مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

خون و سرطان بالغین (تعداد 102)

---

۱ **آقای ۴۴ ساله مبتلا به $B\text{-}ALL\ Ph^+$ پس از تکمیل induction و consolidation chemotherapy در Hematologic Complete Remission قرار دارد. ارزیابی مغز استخوان پس از consolidation نشان‌دهنده بلاست برابر 2 درصد و MRD به روش flow cytometry برابر 0.15 درصد را نشان می‌دهد. بلاست‌ها CD19 و CD22 مثبت می‌باشند. کدام اقدام در این مرحله مناسب‌تر است؟**

۱) درمان نگهدارنده با Prednisolon + Vincristin + Methotraxate + 6-mercaptopurin
۲) Blinatumomab
۳) Salvage chemotherapy
۴) Inotuzumab Ozogamicin

---

۲ **همه موارد زیر در درمان relapse/refractory T Cell All اندیکاسیون دارد به‌جز:**

۱) Nelarabin
۲) L- Aspargimase
۳) Inotuzumab ozogamicin
۴) high dose cytarabin

---

۳ **خانم ۲۸ ساله باردار، با سن بارداری ۱۸ هفته با تشخیص Non M_3 AML در بخش بستری می‌باشد؛ اقدام مناسب در درمان این بیمار کدام است؟**

۱) ختم بارداری و شروع کموتراپی ایندکشن
۲) ادامه بارداری و شروع ایندکشن با دوز کاهش‌یافته
۳) درمان حمایتی تا انتهای بارداری، سپس شروع درمان
۴) شروع کموتراپی ایندکشن با دوز استاندارد

---

۴ **خانم ۷۸ ساله‌ای با تشخیص AML سیکل اول درمان را با Venetoclax 400 mg/day در روزهای ۱ تا ۲۸ همراه با Azacitidine 75 $mg/m^2/day$ در روزهای ۱ تا ۷ دریافت کرده است. در ارزیابی مغز استخوان در روز ۲۸ سیکل اول، میزان myeloblast برابر 3% گزارش شده است. CBC بیمار به شرح زیر است:**

WBC= 1000/mm^3 , Neutrophil= 30% , Hb= 9.2 g/dL , Platelet= 10,000/mm^3

مناسب‌ترین اقدام در این مرحله کدام است؟

۱) شروع سیکل دوم Venetoclax + Azacitidine با نصف دوز قبلی
۲) عقب انداختن سیکل بعدی تا ANC ≥500/mm^3 و platelet ≥50,000/mm^3
۳) قطع دائمی Venetoclax و ادامه درمان با Azacitidine monotherapy
۴) تجویز G-CSF و شروع سیکل بعدی در صورت WBC ≥2000/mm^3

dibateb.net | Exam 1405 | Source verified 2026-10-30

۵ **آقای ۴۷ ساله‌ای با AML $FLT3\text{-}ITD^{+}$ با رژیم ۳+۷ به همراه midostaurin درمان شده و پس از consolidation تحت Allo-HSCT قرار گرفته است و midostaurin maintenance دریافت کرده است. هشت ماه پس از پیوند، بیمار با پان سیتوپنی مراجعه می‌کند. بررسی مغز استخوان نشان‌دهنده ۳۵٪ blast است و بررسی مولکولی مجددا $FLT3\text{-}ITD^{+}$ را نشان می‌دهد. بیمار ECOG=1 دارد.**
مناسب‌ترین گزینه درمانی کدام است؟

۱) DLI
۲) Sorafenib
۳) Gilteritinib
۴) Quizartinib

---

۶ **خانم 32 ساله با ضعف و بی‌حالی مراجعه کرده است. در معاینه، pale و اسکلرا ایکتریک است. طحال 3 سانتی‌متر زیر لبه دنده لمس می‌شود. در آزمایش‌ها:**
WBC: 9000 /micL , PMN: 80% , Lymph: 18% , Hb: 7.5 g/dL , PLT: 360,000 /micL
LDH: 1200 U/L , Retic:12% , Bill T: 3.5 mg/dL , Bill direct: 0.5 mg/dL
Direct Coombs test: Pos
درمان پردنیزولون 75 میلی‌گرم روزانه شروع شده است. سه هفته بعد از شروع درمان، هموگلوبین بیمار به 11 گرم در دسی‌لیتر افزایش یافته است و LDH نرمال شده است، ولی تست کومبس مستقیم بیمار کماکان مثبت گزارش شده است. مناسب‌ترین گزینه جهت ادامه درمان بیمار کدام است؟

۱) taper پردنیزولون
۲) اضافه کردن ریتوکسیماب به پردنیزولون با دوز قبلی
۳) taper پردنیزولون و اضافه کردن ریتوکسیماب
۴) پالس متیل پردنیزولون سه روزه

---

۷ **خانم 45 ساله مبتلا به Aplastic Anemia مراجعه کرده است. در بررسی بیوپسی مغز استخوان سلولاریتی 20 درصد گزارش شده است.**
WBC= 2000 µ/dl , Neut= 700 , Hb= 9 g/dl , PLT= 60000 µ/dl
کدام‌یک از درمان‌های زیر برای بیمار مناسب می‌باشد؟

۱) ATG+Cyclosporin + Eltrombopag
۲) انجام پیوند آلوژن مغز استخوان
۳) پیگیری و در صورت لزوم اقدامات حمایتی
۴) ATG + Prednisolon

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۸ **خانم 33 ساله مورد تالاسمی ماژور با حاملگی 12 هفته مراجعه کرده است.به صورت منظم روی ترانسفوزیون بوده و در سن 28 سالگی اسپلنکتومی شده است. در آزمایشات:**
CBC: WBC= 12500 /micL , Hb= 8,2 g/dL , Plt= 680,0000 /micL , ferritin= 1200 ng/dL
همسر بیمار کم‌خونی ندارد. در مورد درمان تالاسمی و بارداری، مناسب‌ترین گزینه کدام است؟

۱) با توجه به خطر برای مادر و جنین، معرفی به پزشکی قانونی برای مجوز سقط جنین
۲) هموگلوبین را حدود 8,5 نگه داشته و تجویز iron chelator در طول حاملگی و تجویز LMWH در دوره peripartum
۳) هموگلوبین را حدود 10 نگه داشته و تجویز iron chelator در سه ماهه آخر حاملگی و آسپرین با دوز پایین در طول بارداری
۴) هموگلوبین را حدود 11 نگه داشته و تجویز iron chelator در طول حاملگی و آسپرین در سه ماهه آخر بارداری

---

۹ **کدام‌یک از الکتروفورزهای هموگلوبین با تشخیص Sickle Beta+ منطبق است؟**

۱) HbA=65% ,HbF=1% ,HbS=40% ,HbA2=3%
۲) HbA=65% ,HbA2=3% ,HbS=0% ,HbF=1%
۳) HbA=0% ,HbA2=5% ,HbF=5% ,HbS=90%
۴) HbA=25% ,HbA2=5% ,HbF=10% ,HbS=60%

---

۱۰ **در درمان بیمار مبتلا به PNH با داروی Eculizumab واکسیناسیون بر علیه کدام ارگانیسم ضرورت دارد؟**

۱) Pneumococcus
۲) Neisseria meningitidis
۳) H- influenza
۴) Bordetella Pertusis

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۱۱ **بیمار آقای ۶۵ ساله‌ای است که با ضعف و بی‌حالی و پارستزی دیستال اندام‌های تحتانی مراجعه کرده است. در معاینه فیزیکی، علایم حیاتی پایدار است. بیمار Pale است و اسکلرا ایکتریک است. طحال بیمار just palpable است. سابقه تالاسمی مینور داشته است. در آزمایش‌ها:**

WBC: 3600/micL , PMN: 70% , Lymph: 25% , Hb: 7,5 g/dL , MCV: 88 fL , PLT: 120,000 , LDH: 1800 U/L , AST: 64 IU/L , ALT: 30 IU/L , Bill T: 4g/dL , Bill D: 0.8d/dL , Retic: 1% , ferrritin: 150ng/ml

PBS: anisocytosis, poikilocytosis, hypochromia, target cell, no blast Coombs test: neg

مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

۱) انجام BMA/B و ترانسفوزیون پک سل
۲) ارسال سطح ویتامین B12 و فولات و شروع درمان با B12 و فولیک اسید
۳) شروع کورتیکواستروییید به میزان 1 mg/kg
۴) ارسال هموگلوبین الکتروفورز و ترانسفوزیون پک سل

---

۱۲ **پسر ۱۸ ساله به دنبال عفونت مشابه سرماخوردگی به علت ضعف و بی‌حالی مراجعه می‌کند. در معاینه، رنگ‌پریده بوده و ایکتر خفیف دارد. طحال ۳ سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود. آزمایشات به شرح زیر است:**

WBC: 7800 /micL , Hb:10 g/dL , MCV: 85 fL , MCHC:36 , PLT: 350,000 /micL
LDH: 900 U/L , Retic: 10% , Coombs test: Neg

مناسب‌ترین تشخیص در بیمار فوق کدام است؟

۱) Immune Hemolytic Anemia
۲) Hereditary Spherocytosis
۳) PNH
۴) Hypersplenism

---

۱۳ **بیمار آقای 68 ساله‌ای می‌باشد که با تشخیص CLL از 5 سال قبل تحت پیگیری قرار دارد. سابقه بستری و یا مصرف مکرر آنتی‌بیوتیک را ندارد. در معاینه فیزیکی لنفادنوپاتی و اسپلنومگالی ندارد. در آزمایش‌های انجام شده:**

WBC: 78000 /micL , PMN: 5% , Lymph: 90% , Hb: 13g/dL , Plt: 156000 /micL
IgG: 320mg/dL

مناسب‌ترین اقدام کدام گزینه است؟

۱) انجام واکسیناسیون پنوموکک و پیگیری
۲) شروع پیشگیرانه ایمونوگلوبولین وریدی ماهیانه
۳) شروع درمان با ایبروتینیب
۴) شروع آنتی‌بیوتیک و ضد قارچ پروفیلاکسی

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۱۴ **بیمار آقای 68 ساله با سابقه CLL از 10 سال قبل، حدود 4 سال قبل با رژیم bendamustin + rituximab تحت درمان قرار گرفته است. در بررسی‌های اخیر آنمی پیشرونده و طحال بزرگ دردناک داشته است. CBC به شرح ذیل است:**

WBC: 75000 /micL , Lymph: 95% , Hb: 8.5 g/dL , PLT: 85000 /micL

در این مرحله کدام درمان جهت ایشان مناسب‌تر است؟

۱) تکرار رژیم درمانی قبلی
۲) CAR- T cell Therapy
۳) Ibrutinib
۴) رژیم FCR

---

۱۵ **بیمار آقای 65 ساله‌ای است که به علت پان سیتوپنی ارجاع شده است. سابقه تب و خونریزی و عفونت را ذکر نمی‌کند. CBC ایشان به شرح ذیل است:**

WBC: 2700 /micL, Neut: 45%, Lymph: 48%, Mono: 7%, Hb: 11 g/dL, PLT: 140,000 /micL

در معاینه، طحال 4 سانتی‌متر زیر لبه دنده ملموس است. در بررسی فلوسیتومتری مغز استخوان سلول‌های لنفاوی با مارکرهای مثبت CD19/CD20/CD22/ CD25/CD103 گزارش شده است. در مورد بیمار کدام اقدام مناسب است؟

۱) رژیم Hyper CVAD
۲) 2CDA
۳) Wait & Watch
۴) Rituximab

---

۱۶ **بیمار آقای 68 ساله‌ای است که به علت لکوسیتوز به شما ارجاع شده‌اند. سوابقی دال بر بیماری قبلی دیگری ندارند. CBC ایشان به شرح ذیل است:**

WBC: 30000 /micL , Neut: 75% , Band: 1% , Metamyel: 2% , Myelo: 3% , Blast: 1%
Eos: 3% , Baso: 1% , Lymph: 14% , HB: 13.8 g/dL , PLT: 475,000 /micL

در بررسی‌های تکمیلی BCR/ABL مثبت گزارش شده است. در معاینه طحال قابل لمس نمی‌باشد. کدام‌یک از درمان‌های ذیل جهت ایشان مناسب‌تر است؟

۱) Imatinib
۲) Bosutinib
۳) Ponatinib
۴) Dasatinib

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۱۷ **آقای ۴۸ ساله‌ای با CML در فاز مزمن، طی درمان با ایماتینیب به MMR رسیده بود. در پیگیری، میزان BCR-ABL1 از 0.05 به 2.4 درصد افزایش یافته و این افزایش در آزمایش تکراری تأیید شده است. کدام رویکرد مناسب‌تر است؟**

۱) افزایش دوز ایماتینیب به 800 میلی‌گرم و تکرار qPCR پس از سه ماه
۲) کاریوتیپ مغز استخوان و آنالیز جهش‌های ژنتیکی
۳) تغییر درمان به TKI نسل دوم
۴) پیوند آلوژنیک

---

۱۸ **مرد ۵۹ ساله مبتلا به AML در CR1 پس از conditioning myeloablative با Fludarabine/Busulfan قرار است از یک matched unrelated donor پیوند آلوژنیک دریافت کند. گروه خونی بیمار A مثبت و گروه خونی دهنده O مثبت است. کدام گزینه در مورد گروه‌های خونی این پیوند صحیح است؟**

۱) این یک Major ABO mismatch است و خطر اصلی آن Pure Red Cell Aplasia (PRCA) است.
۲) این یک Minor ABO mismatch است و خطر همولیز ناشی از آنتی‌بادی‌های ضد گیرنده موجود در graft وجود دارد.
۳) این یک Bidirectional ABO mismatch است و graft باید هم از RBC و هم از پلاسما جدا شود.
۴) این یک Minor ABO mismatch است، اما به علت سازگاری Rh، خطر همولیز مرتبط با ABO وجود ندارد.

---

۱۹ **آقای ۱۸ ساله مبتلا به Pre-B ALL (Ph+) با WBC اولیه 23000/µL تحت شیمی‌درمانی با رژیم Hyper-CVAD + Imatinib قرار گرفته است. در پایان induction در complete morphologic and molecular response است. پس از دریافت سه کورس درمان به علت CNS relapse کاندید پیوند مغز استخوان است. قبل از پیوند تحت شیمی‌درمانی اینتراتکال قرار گرفته و در remission است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟**

۱) پیوند آلوژنیک با رژیم MAC (Bu+Cy) + پروفیلاکسی Imatinib پس از پیوند به مدت یکسال
۲) پیوند آلوژنیک با رژیم MAC (TBI+Cy) + پروفیلاکسی Dasatinib پس از پیوند به مدت یکسال
۳) پیوند آلوژنیک با رژیم MAC (TBI+Cy) + پروفیلاکسی Dasatinib پس از پیوند به مدت حداقل سه‌سال
۴) پیوند آلوژنیک با رژیم MAC (TBI+Cy) + شروع Dasatinib پس از پیوند در صورت مثبت شدن MRD

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۲۰ **آقای ۵۷ ساله‌ای مبتلا به AML در اولین رمیشن (CR1) تحت پیوند سلول‌های بنیادی خون‌ساز محیطی با رژیم conditioning از نوع RIC از دهنده غیرخویشاوند سازگار (MUD) قرار می‌گیرد. کدام رژیم پروفیلاکسی GVHD بقای بدون GVHD و بقای بدون عود بیماری یک ساله بهتری را نشان داده است؟**

۱) تاکرولیموس + متوترکسات
۲) سیکلوفسفامید پس از پیوند + تاکرولیموس + مایکوفنولات موفتیل
۳) تاکرولیموس + متوترکسات + بورتزومیب
۴) سیکلوسپورین + مایکوفنولات موفتیل

---

۲۱ **مرد ۵۱ ساله‌ای مبتلا به میلوفیبروز اولیه (Primary Myelofibrosis) در سیستم امتیازدهی DIPSS در گروه Intermediate-2 قرار می‌گیرد و performance وی مناسب است. طحال ۸ سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود. مناسب‌ترین اقدام درمانی برای ایشان کدام است؟**

۱) درمان نامحدود با مهارکننده JAK2
۲) پیوند آلوژن سلول‌های بنیادی خون‌ساز
۳) درمان با هیدروکسی اوره
۴) پیوند آلوژن در صورت پیشرفت بیماری به فاز بلاستیک

---

۲۲ **خانم ۵۰ ساله مورد AML از خواهر full match خود پیوند می‌شود. در روز ۲۸ بعد پیوند، دچار راش و قرمزی کل بدن می‌گردد. درمان با پردنیزولون به مقدار 100 میلی‌گرم در روز شروع می‌شود، ولی بعد از ۷ روز ضایعات بهبود نداشتند. کدام دارو به عنوان خط دوم مناسب‌تر است؟**

۱) Ruxolitinib
۲) ATG
۳) پالس متیل پردنیزولون
۴) Anti TNF

---

۲۳ **خانم ۵۰ ساله با تشخیص آنمی آپلاستیک تحت Allogeneic Transplant قرار گرفته است. برای وی پروفیلاکسی GVHD مایکوفنولات موفتیل و سیکلوسپورین تجویز شده است. یک ماه بعد از پیوند، با درد شکم و تهوع و اسهال آبکی با حجم زیاد مراجعه کرده است. بیمار با تشخیص acute GVHD تحت درمان با متیل پردنیزولون 2mg/kg قرار گرفته است، ولی بعد از ۷ روز، هیچ بهبودی در علایم نداشته است. در قدم بعدی درمان، همه گزینه‌های زیر قابل تجویز است، بجز:**

۱) Rabit ATG
۲) Ibrutinib
۳) روکسولیتینیب
۴) اینفلکسی ماب

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۲۴ **آقای ۳۰ ساله مورد AML که ۲ ماه قبل از برادر کاملاً سازگار پیوند آلوژن دریافت کرده و در آن زمان با engrafment نوتروفیل و پلاکت مرخص شده است. در پیگیری رده‌های خونی کاهش یافته است؛ در حال حاضر WBC: 1900/ micL , ANC: 300/micL , Hb: 10g/dL , PLT: 25000 /micL دارد. بیمار در معاینه، یافته‌ای به نفع GVHD ندارد. کایمریسم بیمار ۹۰ درصد سلول دهنده را نشان می‌دهد. بررسی مغز استخوان، شواهدی به نفع عود ندارد و MRD منفی است. همه اقدامات زیر در این مرحله کمک‌کننده است، به‌جز:**

۱) تجویز GCSF
۲) تزریق سلول‌های + CD34
۳) DLI (Donor lymphocyte infusion)
۴) تجویز Eltrombopag

---

۲۵ **آقای ۵۰ ساله با اکیموزهای متعدد در اندام فوقانی و تحتانی مراجعه کرده است. در بررسی، میزان PTT افزایش داشته و در سونوگرافی، شکم بیمار هماتوم رتروپریتوئن دارد. Mixed test PTT همچنان افزایش دارد. کاهش فاکتور VIII و افزایش مهارکننده فاکتور بیش از 15 BU می‌باشد. کدام‌یک از موارد زیر، روش درمان ارجح می‌باشد؟**

۱) استفاده از DDAVP
۲) Factor VIII
۳) rFVIIa
۴) Tranexamin acid

---

۲۶ **خانم ۱۸ ساله با سابقه اپیستاکسی و منوراژی مراجعه کرده است. تعداد و اندازه پلاکت‌ها طبیعی هستند. در بررسی Light Transmission Aggregometry (LTA)، تجمع پلاکتی در پاسخ به ADP، کلاژن و اپی‌نفرین وجود ندارد، اما آگلوتیناسیون در پاسخ به ریستوستین (Ristocetin) طبیعی است. تشخیص بیمار کدام است؟**

۱) Bernard-Soulier syndrome
۲) Glanzmann thrombasthenia
۳) von Willebrand disease type 3
۴) Wiskott-Aldrich syndrome

---

۲۷ **خانم ۳۸ ساله مبتلا به ITP مقاوم، چهار هفته قبل، آخرین دوز ریتوکسیماب را دریافت کرده است. پلاکت بیمار 20,000 در هر میکرولیتر می‌باشد، اما خونریزی ندارد. کدام‌یک از موارد زیر مناسب‌ترین اقدام است؟**

۱) درمان با IVIG
۲) انجام اسپلنکتومی اورژانسی
۳) تا ۸ هفته صبر کنیم، احتمال افزایش پلاکت هست
۴) شروع Romiplastim

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۲۸ **بیماری با تشخیص TTP پس از درمان اولیه با پلاسمافرز و کورتیکواستروئید از نظر بالینی بهبود یافته است، اما فعالیت فاکتور ADAMTS 13 کمتر از 10 درصد می‌باشد. مناسب‌ترین اقدام بعدی چیست؟**

۱) پیگیری بیمار بدون درمان تا عود بیماری
۲) شروع ریتوکسیماب
۳) درمان با FFP
۴) شروع پلاسمافرز تا طبیعی شدن فعالیت ADAMTS 13

---

۲۹ **مرد ۳۷ ساله‌ای با بزرگ‌شدن پیشرونده یک غده لنفاوی گردنی در سمت چپ به درمانگاه مراجعه می‌کند. وی تعریق شبانه، تب یا کاهش وزن ندارد. بررسی مرحله‌بندی با PET/CT فقط دو غده لنفاوی فعال به اندازه‌های ۴ و ۵ سانتی‌متر در ناحیه تحتانی گردن نشان می‌دهد. بیوپسی اکسیزیونال غده لنفاوی نشان‌دهنده محو شدگی نسبی ساختمان غده به‌وسیله ارتشاح مختلط ندولار و منتشر، متشکل از لنفوسیت‌های کوچک، ماکروفاژها و هیستیوسیت‌های اپی‌تلوئید، همراه با سلول‌های پاپ‌کورن است. بررسی مولکولی نشان‌دهنده CD45، CD79A، CD22، CD20، CD19 و BCL6 مثبت و CD15 و CD30 منفی هستند.**
در حال حاضر مناسب‌ترین توصیه کدام است؟

۱) ABVD برای ۶ کورس
۲) پرتودرمانی ناحیه درگیر (ISRT)
۳) R-CHOP برای ۶ کورس و سپس ISRT
۴) تحت نظر گرفتن بیمار

---

۳۰ **خانم ۳۵ ساله‌ای با لنفادنوپاتی منتشر مراجعه می‌کند و در بررسی‌های بعدی، لنفوم هوچکین برای وی تشخیص داده می‌شود. بیمار با ABVD درمان شده و به بهبودی کامل می‌رسد. بیماری وی ۳ ماه پس از پایان درمان اولیه عود می‌کند، سپس با رژیم ICE درمان می‌شود و مجدداً به CR2 می‌رسد؛ پس از آن، بیمار تحت پیوند اتولوگ قرار می‌گیرد و پس از پیوند، همچنان در رمیشن است. وی از سایر جهات در وضعیت سلامت خوبی قرار دارد. بیمار تمایل دارد هر اقدام ممکنی را برای کاهش احتمال عود بیماری انجام دهد. در حال حاضر، کدام‌یک از اقدامات زیر را توصیه می‌کنید؟**

۱) Brentuximab vedotin
۲) Gemcitabine/Oxaliplatin
۳) Nivolumab
۴) Pembrolizumab

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۳۱ **خانم ۲۳ ساله‌ای با سابقه ۲ هفته تورم پیشرونده در سمت چپ ناحیه اینگوینال مراجعه می‌کند. در سابقه پزشکی وی، پیوند قلب ۶ هفته قبل ذکر می‌شود. بیمار پس از جراحی اولیه، وضعیت خوبی داشته و تحت درمان نگهدارنده با داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی بوده است. بیوپسی اخیر اندومیوکارد شواهدی از رد پیوند نشان نداده است. در معاینه فیزیکی، یک توده ۵ سانتی‌متری در سمت چپ ناحیه اینگوینال مشاهده می‌شود و ناحیه دیگری از درگیری در معاینه وجود ندارد. تصویربرداری، بزرگی غدد لنفاوی مدیاستن و شکم را نشان می‌دهد. بیوپسی غده لنفاوی، سلول‌های CD20 مثبت، CD10 منفی و CD30 مثبت را نشان می‌دهد که با تشخیص DLBCL سازگار است. آزمایش PCR نیز افزایش قابل‌توجه ویروس اپشتین–بار (EBV) را در خون نشان می‌دهد. در حال حاضر، مناسب‌ترین تصمیم کدام است؟**

۱) Brentuximab vedotin
۲) R-CHOP
۳) Reduction in immunosuppression
۴) Rituximab

---

۳۲ **خانم ۳۷ ساله مبتلا به لنفوم اولیه سلول B مدیاستن (Primary Mediastinal B-cell Lymphoma) به شما مراجعه کرده است. بیمار در ابتدا با یک توده مدیاستن قدامی به ابعاد ۱۱ × ۸ سانتی‌متر و بدون درگیری در سایر نواحی مراجعه کرده است. CT پس از ۳ سیکل درمان dose-adjusted R-EPOCH کاهش اندازه توده به ۸ × ۴ سانتی‌متر را نشان می‌دهد. بیمار در مجموع ۶ سیکل dose-adjusted R-EPOCH را تکمیل می‌کند. PET/CT هشت هفته پس از پایان درمان انجام شده است، یک توده باقیمانده مدیاستن قدامی به ابعاد ۶ × ۳ سانتی‌متر با امتیاز Deauville برابر ۳ نشان می‌دهد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟**

۱) ارجاع برای رادیوتراپی
۲) ارجاع برای درمان با سلول‌های CAR-T
۳) پیگیری بیمار
۴) Pembrolizumab

---

۳۳ **آقای ۶۰ ساله مبتلا به پلی‌سیتمی ورا بدون ریسک فاکتور ترومبوز، تحت درمان با فلبوتومی و آسپیرین قرار دارد. بیمار از خارش شدید پس از استحمام شاکی است که به درمان آنتی‌هیستامین و SSRI و سایمتیدین پاسخ مناسب نداشته و بیمار هنوز از خارش شدید شاکی است. مناسب‌ترین اقدام درمانی چیست؟**

۱) افزایش دفعات فلبوتومی
۲) شروع کورتیکواستروئید
۳) درمان با اینترفرون
۴) ادامه درمان اخیر و انتظار برای جواب دیررس

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۳۴ **خانم ۶۸ ساله با تشخیص Essential Thrombocythemia و جهش JAK2 با پلاکت ۱۰۰۰,۰۰۰ در میکرولیتر و سابقه ترومبوز مراجعه می‌کند. معاینه نرمال است. کدام گزینه درمانی مناسب‌تر است؟**

۱) آسپیرین با دوز ۸۰ میلی‌گرم
۲) افزایش دوز آسپیرین به ۳۲۵ میلی‌گرم
۳) شروع هیدروکسی اوره
۴) شروع همزمان هیدروکسی اوره و آسپیرین

---

۳۵ **خانم ۵۲ ساله‌ای جهت بررسی آزمایش‌های روتین طب کار مراجعه کرده است. وی علامت بالینی ندارد و معاینه فیزیکی نکته غیر طبیعی ندارد.**
در آزمایش انجام‌شده:
WBC:8700 /micL PMN:70% Lymph:26% Hb: 12 g/dL PLT: 600,000 /micL
JAK2 mutation: neg CALR: Pos
BMA/BMB: hypercellular marrow with increased megakaryocytes - Fibrosis grade 2
آزمایش‌های دوره‌ای دو سال قبل طبیعی بوده است. مناسب‌ترین تشخیص کدام است؟

۱) Essential thrombocytosis
۲) Prefibrotic myelofibrosis
۳) Post ET myelofibrosis
۴) Post PV myelofibrosis

---

۳۶ **آقای ۶۸ ساله مبتلا به Primary Myelofibrosis با ریسک Intermediate -1 بر اساس DIPSS با اسپلنومگالی علامت‌دار و کاهش وزن مراجعه کرده است. بیمار به مدت 6 ماه تحت درمان با Ruxolitinib بوده؛ ابتدا کاهش قابل توجهی در سایز طحال و بهبود علائم داشته، اما طی ۲ ماه اخیر، مجدداً طحال افزایش سایز داشته و علائم Constitutional تشدید شده است. بهترین اقدام درمانی بعدی، کدام‌یک از موارد زیر می‌باشد؟**

۱) ادامه Ruxolitinib
۲) قطع Ruxolitinib و شروع Hydroxyurea
۳) Lenalidomide همراه با پردنیزلون
۴) Pegylated INF

---

۳۷ **بیمار خانم ۷۶ ساله‌ای مبتلا به مولتیپل میلومای تازه تشخیص داده شده است؛ وی کاندید پیوند اتولوگ نیست و از نظر عملکرد جسمانی Non-frail محسوب می‌شود. کدام‌یک از گزینه‌های درمانی زیر با PFS طولانی‌تری همراه است؟**

۱) ملفالان / پردنیزولون / تالیدومید
۲) بورتزومیب / دگزامتازون
۳) لنالیدومايد
۴) داراتومومب / لنالیدومايد / دگزامتازون (DRd)

dibateb.net | Exam 1405 | Source verified 2026-10-30

۳۸ آقای ۶۱ ساله به دلیل ESR بالا مشاوره شده است. در آزمایش‌های انجام شده:

CBC: WBC=8700 micL PMN=63% ,lymph=32%, Hb=14,2 g/dL

Plt=213000 /micL Ca=8.9 g/dL , Cr=1.05 mg/dL

الکتروفورز پروتئین‌های سرم نشان‌دهنده پروتئین مونوکلونال به میزان ۲ گرم در دسی‌لیتر و FLC ratio=4 بوده و پروتئین بنس جونز ادرار مثبت است. برای بیمار BMA/B انجام شده است که ۲۰% پلاسماسل مونوکلونال نشان می‌دهد. پت اسکن یافته‌ای نداشته است. اقدام صحیح کدام است؟

۱) بیمار را تحت نظر گرفته و بررسی هر ۳ تا ۶ ماه

۲) شروع رژیم VRD و ذخیره سلول‌های بنیادی مغز استخوان

۳) شروع رژیم Dara-VRD شروع کرده و بعد از پاسخ مناسب انجام پیوند اتولوگ

۴) شروع رژیم لنالیدومواید + دگزامتازون نموده و بررسی مجدد بعد از ۳ ماه

---

۳۹ آقای ۶۳ ساله سیگاری با سرفه خشک مراجعه و تصویربرداری توده‌ای در لب فوقانی ریه راست نشان داده است. Core needle biopsy انجام شده که نشان‌دهنده پلاسماسیتوم می‌باشد.

CBC:WBC=10800 /micL , PMN dominant, Hb=16,5 g/dL , PlT=245000 /micL

کلسیم و کراتینین سرم نرمال بوده و الکتروفورز پروتئین‌های ادرار و سرم نرمال است. پت اسکن ضایعه منفرد ریوی را نشان می‌دهد. کدام گزینه صحیح است؟

۱) درمان با رژیم VRD شروع شود.

۲) توده برداشته شده و بستر توده پرتودرمانی شود.

۳) توده برداشته شده و شش تزریق زیرجلدی بورتزومیب هفتگی انجام شود.

۴) پرتودرمانی موضعی انجام شود.

---

۴۰ آقای ۲۴ ساله بدون سابقه ترومبوز؛ اما با سابقه خانوادگی کمبود ارثی فاکتور آنتی‌ترومبین هتروزیگوت به شما مراجعه می‌کند. کدام عبارت در مورد احتمال خطر ترومبوز در این شخص صحیح است؟

۱) ترومبوز بعد از ۵۵ سالگی افزایش می‌یابد.

۲) PT و PTT در این بیمار نرمال است.

۳) برای بروز ترومبوز در این بیمار، نیاز به عامل ایجادکننده ترومبوز دیگری می‌باشد.

۴) ریسک ترومبوز در بیماران هتروزیگوت با افراد نرمال تفاوتی ندارد.

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۴۱ **خانم ۳۰ ساله با سابقه Factor V Leiden به فرم هتروزیگوت و سابقه DVT در حاملگی اخیر، جهت مشاوره در مورد ادامه درمان آنتی‌کواگولانت مراجعه کرده است. در حاملگی قبلی اخیر در هفته 24 دچار DVT شده که تحت درمان با آنتی‌کواگولانت تا ۶ هفته بعد از بارداری قرار گرفته است. کدام‌یک از موارد زیر در مورد درمان با داروی آنتی‌کواگولانت صحیح است؟**

۱) قطع آنتی‌کواگولانت
۲) ادامه نامحدود آنتی‌کواگولانت
۳) ادامه آنتی‌کواگولانت تا یک‌سال
۴) قطع آنتی‌کواگولانت و شروع ASA

---

۴۲ **بیماری که گیرنده پیوند آلوژن سلول‌های بنیادی خون‌ساز (Allogeneic HSCT) است، به تزریق گلبول قرمز نیاز دارد. کدام عارضه به‌طور اختصاصی با irradiation فرآورده خونی پیشگیری می‌شود؟**

۱) واکنش‌های تب‌دار غیرهمولیتیک ناشی از انتقال خون (FNHTR)
۲) TRALI
۳) انتقال CMV
۴) بیماری GVHD مرتبط با انتقال خون

---

۴۳ **بیمار Pre-B ALL با گروه خونی O از یک دهنده گروه خونی A تحت پیوند آلوژن قرار می‌گیرد؛ در دوره قبل از Engraftment، برای ترانسفوزیون Packed cell مناسب‌ترین گروه خونی کدام گزینه است؟**

۱) گروه A
۲) گروه O
۳) گروه AB
۴) گروه B

---

۴۴ **مردی 70 ساله با تشخیص CLL با خستگی پیشرونده مراجعه کرده است. در معاینه، رنگ‌پریده است. لنفادنوپاتی‌های منتشر و حجیم دارد. طحال بیمار 8 سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود. یافته‌های آزمایشگاهی عبارت‌اند از:**

WBC: 140,000 /micL Hb: 8.7 g/dL PLT: 87000 /micL Cr: 0.9 mg/dL

IGVH mutation: positive del(17p) or TP53 mutation: neg

در سوابق پزشکی بیمار، فیبریلاسیون دهلیزی پایدار نیازمند درمان ضدانعقادی، پرفشاری خون کنترل‌نشده و سابقه یک حمله تاکی‌کاردی بطنی وجود دارد. در اکوکاردیوگرافی، EF=۴۵٪ گزارش شده است.

در بیمار فوق، کدام‌یک از درمان‌های زیر با PFS طولانی‌تری همراه است؟

۱) ایبروتینیب
۲) ونتوکلاکس همراه با اوبینوتوزوماب
۳) رژیم FCR
۴) کلرامبوسیل همراه با اوبینوتوزوماب

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۴۵ **مردی ۶۸ ساله مبتلا به لنفوم هوچکین کلاسیک مرحله IIIB، دارای سابقه بیماری انسدادی مزمن ریه خفیف است. درمان با ABVD آغاز می‌گردد. پس از دو دوره درمان، PET/CT انجام شده و Deauville score =2 گزارش شده است. عملکرد ریوی بیمار نیز کاهش نیافته است. مناسب‌ترین گزینه برای ادامه درمان بیمار کدام است؟**

۱) ABVD برای چهار دوره دیگر ادامه یابد.
۲) بلئومایسین حذف و AVD برای چهار دوره دیگر ادامه داده شود.
۳) درمان به چهار دوره escalated BEACOPP تغییر یابد.
۴) ABVD برای دو دوره دیگر ادامه یابد.

---

۴۶ **آقای ۴۲ ساله‌ای با تشخیص لنفوم هوچکین کلاسیک مرحله IVB و درگیری غدد لنفاوی، طحال و مغز استخوان مراجعه کرده است. او بیماری همراه مهمی ندارد و دو دوره escalated BEACOPP دریافت می‌کند. در PET/CT بعد از دوره دوم، Deauville score= 2 گزارش می‌شود.**
کدام گزینه مناسب‌ترین درمان برای بیمار است؟

۱) قطع شیمی‌درمانی و ادامه پیگیری بدون درمان
۲) تجویز دو دوره دیگر escalated BEACOPP، در مجموع چهار دوره
۳) تجویز چهار دوره دیگر escalated BEACOPP، در مجموع شش دوره
۴) تغییر درمان به چهار دوره ABVD

---

۴۷ **مردی ۷۴ ساله با شکایت خستگی پیشرونده، تعریق شبانه و بی‌اشتهایی مراجعه کرده است. در معاینه، لنفادنوپاتی منتشر و اسپلنومگالی وجود دارد. نتایج آزمایش‌های بیمار به شرح زیر است:**
WBC: 18,000/micL Hb: 10 g/dL PLT: 90,000 /micL Cr: 1 mg/dL LDH: 800 U/L
در PET/CT، لنفادنوپاتی گسترده و درگیری طحال دیده می‌شود. بررسی مغز استخوان، درگیری ۴۰ درصدی با سلول‌های لنفوئیدی مثبت برای CD20, CD5 و Cyclin D1 را نشان می‌دهد و ترانس‌لوکاسیون t(11;14) نیز مثبت است. شاخص Ki-67 برابر ۲۵ درصد است و مورفولوژی بلاستوئید مشاهده نمی‌شود.
وضعیت عملکردی بیمار ECOG=1 است و سابقه پرفشاری خون کنترل‌شده دارد.
مناسب‌ترین درمان خط اول کدام است؟

۱) درمان با ایبروتینیب تا زمان پیشرفت بیماری
۲) رژیم‌های متناوب R-CHOP و R-DHAP و سپس پیوند اتولوگ سلول‌های بنیادی
۳) بندامواستین–ریتوکسیماب و سپس درمان نگه‌دارنده با ریتوکسیماب
۴) رژیم CHOP و سپس پیگیری

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۴۸ **مرد 57 ساله با اختلال حافظه و همی‌پارزی راست مراجعه کرده است. MRI دو ضایعه عمقی پری‌ونتریکولار با enhancement در corpus callosum نشان می‌دهد. بیوپسی استریوتاکتیک Diffuse Large B cell Lymphoma - CD20 positive را تأیید می‌کند. PET-CT شواهدی از لنفوم خارج CNS نشان نمی‌دهند. ECOG=1 و CrCl=85 mL/min است. مناسب‌ترین درمان کدام است؟**

۱) R-CHOP و سپس ASCT با رژیم BEAM

۲) HD-MTX + rituximab و سپس ASCT با رژیم thioptepa based

۳) MATRix و سپس ASCT با رژیم thioptepa based

۴) MATRix و سپس ASCT با رژیم BEAM

---

۴۹ **مرد ۶۸ ساله با ضعف و خستگی پیشرونده، سردرد، سرگیجه، تاری دید و چند نوبت اپیستاکسی مراجعه کرده است. در معاینه طحال بیمار 6 سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود. فوندوسکوپی اتساع و پیچ‌خوردگی وریدهای شبکیه همراه با خونریزی را نشان می‌دهد. در آزمایشات:**
WBC: 8900/µL, Hb= 9.1g/dL, Plt=110,000/µL, Cr=1.0 mg/dL, Ca=9.2 mg/dL
SPEP/IF یک IgM monoclonal protein برابر 6.8g/dL نشان می‌دهد.
در تصویربرداری ضایعه لیتیک استخوانی وجود ندارد. بیوپسی مغز استخوان، ارتشاح 50% با small lymphocytes، plasmacytoid lymphocytes و plasma cells را نشان می‌دهد. CD20 مثبت و MYD88 L265P نیز مثبت است. مناسب‌ترین درمان بیمار کدام است؟

۱) Dara-VRd

۲) Plasmaphresis-CyBorD

۳) Rituximab-Ibrutinib

۴) Plasmapheresis-BR

---

۵۰ **خانم ۴۸ ساله‌ای با توده پستان چپ cT2N1 که در بررسی‌های اولیه دارای ویژگی‌های زیر بوده است:**
G3 , invasive ductal carcinoma , HER2: 3+ Positive, ER: Negative, PR:Negative
کموتراپی نئوادجوانت با TCHPدریافت نموده و تحت عمل جراحی SLNB, BCS قرار 'گرفته، گزارش آسیب‌شناسی Pathologic Complete Response بوده است. بیمار تحت درمان ادجوانت با Trastuzumab+Pertuzumab قرار می گیرد. پنج ماه پس از قطع درمان، دچار متاستاز کبدی می‌شود که در بررسی پاتولوژیک، ویژگی‌های مشابه تومور اولیه دارد. بهترین اقدام درمانی جهت بیمار کدام است؟

۱) Tucatinib/Capecitabin/Trastuzumab

۲) Ado-Trastuzumab emtansine

۳) Fam-Trastuzumab Deruxtecan

۴) Capecitabin/ Lapatinib

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۵۱ **خانم ۴۹ ساله مبتلا به کانسر پستان متاستاتیک به کبد با ویژگی‌های ایمونوهیستوشیمی HER2:3+, ER:Negative, PR:Negative پس از پیشرفت روی درمان THP، تحت درمان با fam-trastuzumab deruxtecan قرار گرفته است؛ به علت سردرد تحت بررسی قرار گرفته و در MRI مغز سه متاستاز مغزی دو سانتی‌متری بدون ادم مغزی گزارش شده است. در سی‌تی‌اسکن شکم و لگن و ریه بیماری پاسخ نسبی داده است. بیمار تحت درمان با SRS قرار گرفته است و سردرد بیمار بهبود شده است. بهترین گزینه درمانی کدام است؟**

۱) قطع T-DXd و شروع Lapatinib/Capecitabin
۲) قطع T-DXd و شروع Trastuzumab/Tucatinib
۳) قطع T-DXd و شروع TDM1
۴) ادامه T-DXd

---

۵۲ **خانم ۳۲ ساله، ۲۲ هفته باردار است. در معاینه، متوجه توده‌ای در پستان راست خود شد. در سونوگرافی توده‌ای ۴ سانتی‌متری و حداقل دو غده لنفاوی زیر بغل بزرگ‌شده را نشان می‌دهد. بیوپسی توده سینه، Invasive Ductal Carcinoma گرید یک گزارش می‌شود. در بررسی ایمونوهیستوشیمی HER2: 3+ است. او مایل به حفظ بارداری خود است. مناسب‌ترین درمان کدام گزینه است؟**

۱) Doxorubine + Cyclophosphamide و سپس Paclitaxel
۲) Trastuzumab + Pertuzumab + Paclitaxel + Carboplatin
۳) تاخیر درمان تا اتمام حاملگی
۴) تاخیر درمان تا سه ماهه سوم

---

۵۳ **خانم ۶۶ ساله مبتلا به سرطان پستان HR منفی، HER2 مثبت، سال قبل تحت درمان با TCHP قرار گرفته؛ در پیگیری بیمار دچار متاستاز به کبد و استخوان شده و تحت درمان با تراستوزوماب امتانسین (TDM-1) در خط دوم درمان قرار گرفته است. به علت پیشرفت بیماری، درمان او با تراستوزوماب دروکستکان (T-Dxd) در خط سوم درمان آغاز می‌شود. او در ابتدا این درمان را به‌خوبی تحمل کرده، اما سپس دچار سرفه خشک و تنگی نفس حین فعالیت شده است. میزان اشباع اکسیژن او 80٪ بوده و از تنگی نفس فعالیتی شاکی است. کدام یک از موارد زیر، مناسب‌ترین قدم بعدی است؟**

۱) ادامه درمان با T-Dxd و انجام سی‌تی ریه
۲) درمان Tucatinib
۳) قطع T-Dxd و شروع استروئید و انجام سی‌تی‌اسکن ریه
۴) بررسی اکوکاردیوگرافی و اسپیرومتری

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۵۴ **خانم ۳۸ ساله با توده پستان ۲۵ میلی‌متری تحت عمل جراحی MRM قرار گرفته است، پاتولوژی Invasive ductal carcinoma- grade 2- HR: Pos HER2: neg ki67:20% می‌باشد.بررسی غدد لنفاوی زیر بغل منفی است. برای بیمار انکوتایپ درخواست شده که اسکور ۱۵ گزارش شده است. کدام درمان مناسب‌تر است؟**

۱) شیمی‌درمانی سپس تاموکسیفن
۲) تاموکسیفن + OFS
۳) لتروزول
۴) شیمی‌درمانی سپس تاموکسیفن + OFS

---

۵۵ **خانم ۵۴ ساله، Post-menopausal، در بررسی غربالگری با توده پستانی به اندازه ۱۳ mm، بدون درگیری غدد لنفاوی آگزیلاری، با مشخصات پاتولوژی زیر در نمونه‌برداری انجام شده:**

Invasive Ductal Carcinoma, ER+ = 90% , PR+ = 80% , HER2- , Ki-67 = 15%

در گزارش پاتولوژی جراحی انجام شده T1b, N0، بدون تهاجم عروقی و عصبی گزارش شده است. کدام‌یک از گزینه‌های زیر را برای شروع درمان تکمیلی پیشنهاد می‌کنید؟

۱) سی‌تی‌اسکن شکم و لگن + Bone scan + تست‌های بیوشیمی
۲) سونوگرافی شکم و لگن + عکس ساده قفسه سینه + تست‌های بیوشیمی
۳) سی‌تی‌اسکن قفسه سینه + تست‌های بیوشیمی + Bone Scan
۴) تست‌های بیوشیمی و CBC

---

۵۶ **خانم ۶۱ ساله، Post-menopausal، با توده ۵ سانتی‌متر در پستان راست و لنف‌نودهای آگزیلاری قابل لمس مراجعه کرده است. در بررسی پاتولوژی:**

Invasive Ductal Carcinoma , Grade 2 HER2: neg , ER: 100% , PR: 70% , Ki-67: 12%

بیمار تحت جراحی MRM + ALND قرار گرفته است و در گزارش پاتولوژی، ۴ لنف نود از ۱۵ لنف نود خارج‌شده درگیر گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام درمانی کدام است؟

۱) Endocrine therapy
۲) Chemotherapy + Endocrine therapy
۳) Endocrine therapy + CDK4/6 inhibitor
۴) Chemotherapy + Endocrine therapy + CDK4/6 inhibitor

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۵۷ **خانم ۴۴ ساله مورد سرطان پستان HR مثبت با متاستازهای متعدد استخوانی تحت درمان با لتروزول + OFS قرار گرفته است. دو ماه بعد، به علت آرترالژی شدید و عدم تحمل بیمار، لتروزول به تاموکسیفن تغییر داده شد. یک هفته بعد از شروع تاموکسیفن با افزایش درد استخوانی مراجعه می‌کند. در معاینه، به نظر می‌رسد توده پستان بزرگ‌تر شده و در آزمایش انجام‌شده، کلسیم سرم 10 میلی‌گرم/دسی‌لیتر گزارش می‌شود. (کلسیم هفته قبل = 9mg/dl). اقدام صحیح کدام است؟**

۱) قطع تاموکسیفن و شروع شیمی‌درمانی
۲) قطع تاموکسیفن و شروع آروماسین
۳) درمان علامتی و ادامه تاموکسیفن
۴) ادامه تاموکسیفن و شروع شیمی‌درمانی

---

۵۸ **خانم ۵۵ ساله‌ای، ۱۸ ماه پس از تکمیل شیمی‌درمانی ادجوانت مبتنی بر آنتراسیکلین و تاکسان برای سرطان پستان سه‌گانه منفی، دچار متاستازهای متعدد کبدی و ریوی شده است. وضعیت عملکردی او بر اساس ECOG برابر ۱ است. آزمایش PDL1 CPS =15% می‌باشد. germ line BRCA1/2 muatation منفی گزارش شده است. بیمار به‌دنبال درمان قبلی با تاکسان، نوروپاتی محیطی درجه ۱ دارد. مناسب‌ترین درمان مبتنی بر شواهد کدام گزینه است؟**

۱) Pembrolizumab plus nab-paclitaxel
۲) Pembrolizumab plus gemcitabine and carboplatin
۳) Sacituzumab govitecan
۴) Olaparib

---

۵۹ **خانم ۴۱ ساله‌ای به‌دلیل سرطان پستان سه‌گانه منفی به‌اندازه ۳ سانتی‌متر، گرید ۳ و بدون درگیری غدد لنفاوی، از ابتدا تحتBCT به همراه SLNB قرار گرفته است. آزمایش ژنتیک germline BRCA1 mutation را نشان می‌دهد. PDL1 CPS =20% گزارش شده است. بیمار شیمی‌درمانی استاندارد ادجوانت مبتنی بر آنتراسیکلین و تاکسان و نیز رادیوتراپی را تکمیل کرده است. مناسب‌ترین درمان در این مرحله کدام است؟**

۱) Pembrolizumab for one year
۲) Olaparib for one year
۳) Pembrolizumab and olaparib for one year
۴) Observation

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۶۰ **خانم ۲۸ ساله‌ای با توده پستان راست به ابعاد ۳ سانتی‌متر و درگیری غده لنفاوی زیر بغل (CT2N1 M0) با پاتولوژی Invasive Ductal Carcinoma، گرید ۳، سه‌گانه منفی تحت درمان نئوادجوانت با رژیم Pembrolizumab, Paclitaxel, Carboplatin/Pembrolizumab, Adriamycin, Cyclophosphamide قرار می‌گیرد. بعد از اتمام درمان نئوادجوانت، بیمار تحت جراحی ماستکتومی و ALND قرار می‌گیرد. در پاتولوژی بعد از جراحی در محل توده، بقایای توموری به اندازه ۴ میلی‌متر گزارش شده است، ولی غدد لنفاوی منفی می‌باشد (ypT1a ypN0). موتاسیون BRCA1/2 ندارد. در سابقه فامیلی، شرح حال ابتلای دو خواهر به کانسر پستان در سن ۴۰ و ۴۸ سالگی را ذکر می‌کند. کدام اقدام درمانی، بیشترین اثربخشی را بر بقای بیمار دارد؟**

۱) تکمیل دوره Pembrolizumab ادجوانت تا ۹ سیکل
۲) قطع Pembrolizumab؛ شروع Capecitabine خوراکی ۶ تا ۸ دوره
۳) ادامه Pembrolizumab ادجوانت تا ۹ سیکل و شروع Capecitabine ادجوانت ۶ تا ۸ دوره
۴) ادامه Pembrolizumab ادجوانت تا ۹ سیکل و شروع Capecitabine ادجوانت ۶ تا ۸ دوره و سپس Olaparib ادجوانت به مدت یک‌سال

---

۶۱ **آقای ۳۲ ساله با سابقه سردردهای پیشرونده به پزشک مراجعه می‌کند. در ام‌آرآی مغز، تومور T2-hyperintense پیشانی با افزایش نکروز مرکزی را نشان می‌دهد. تحت عمل جراحی برداشتن کامل تومور قرار می‌گیرد. آسیب‌شناسی با گلیوبلاستوما از نوع wild type IDH, grade IV ،methylated MGMT مطابقت دارد. بیمار پرتودرمانی (RT) با دوز ۶۰ گری در ۳۰ جلسه به همراه شیمی‌درمانی همزمان با تموزولامید دریافت می‌کند. کدام یک از موارد زیر، مناسب‌ترین قدم بعدی است؟**

۱) Temozolomide
۲) Dexamethasone
۳) Regorafenib
۴) Bevacizumab

---

۶۲ **آقای ۴۰ ساله با درد RLQ و بی‌اشتهایی در سرویس جراحی بستری و پس از سونوگرافی، با تشخیص آپاندیست حاد تحت آپاندکتومی قرار می‌گیرد، بعد از ترخیص از بیمارستان، با جواب پاتولوژی زیر به شما مراجعه می‌کند:**

Well diff NET- Tumor site: Base of Appendix- Tumor size=1,8 cm N0/5

کدام اقدام را برای ایشان توصیه می‌کنید؟

۱) شروع درمان با Sandostatin – LAR
۲) شروع درمان با پروتکل Xelox
۳) پیگیری بیمار
۴) همی کولکتومی راست

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۶۳ **کدام دارو در درمان کانسر مدولاری تیروئید متاستاتیک بدون موتاسیون ژن RET، اندیکاسیون تجویز دارد؟**

۱) Selpercatinib
۲) Pralsetinib
۳) Vandetanib
۴) Sorafenib

---

۶۴ **خانم ۵۸ ساله‌ای به‌علت درد شکم تحت بررسی قرار می‌گیرد. در CT اسکن، توده‌ای به قطر ۹ سانتی‌متر در ژژنوم مشاهده می‌شود، متاستاز کبدی وجود ندارد. بیمار تحت رزکسیون کامل تومور قرار می‌گیرد. پاتولوژی، GIST با شاخص میتوزی ۸ میتوز در 5 میلی‌متر مربع و حاشیه‌های منفی را نشان می‌دهد. پارگی تومور حین عمل رخ نداده است. بررسی مولکولی، موتاسیون KIT exon 9 را گزارش می‌کند. بر اساس شواهد و مطالعات انجام شده بعد از جراحی کدام‌یک از اقدامات زیر توصیه می‌گردد؟**

۱) پیگیری بدون درمان
۲) ایماتینیب ۴۰۰ میلی‌گرم روزانه به‌مدت سه سال
۳) ایماتینیب ۸۰۰ میلی‌گرم روزانه به‌مدت سه سال
۴) سونیتینیب به‌مدت سه سال

---

۶۵ **خانم ۵۶ ساله‌ای به دنبال علائم bowel obstruction توده‌ای در ascending colon تشخیص داده شد. بیمار تحت right hemicolectomy با R0 resection قرار می‌گیرد. بررسی‌های تصویربرداری، شواهد متاستاز ندارد.**

گزارش پاتولوژی:

Mod Diff Adenocarcinoma – T3- N: 0/10 – LVI: Pos PNI: Pos margin: neg

MMR IHC: Loss of MLH1 and PMS2- MSH2 and MSH6: retained

بیمار ECOG PS=0 است. مناسب‌ترین رویکرد درمانی کدام است؟

۱) Observation
۲) Capecitabine alone
۳) Chemotherapy Oxaliplatin based regimen
۴) Pembrolizumab monotherapy pembrolizumab monotherapy

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۶۶ **خانم ۶۱ ساله‌ای با Ascending Colon metastatic adenocarcinoma و multiple liver metastases پس از progression روی FOLFOX + bevacizumab مراجعه می‌کند. Molecular testing نشان می‌دهد: MSS/pMMR، KRAS/NRAS wild-type، BRAF V600E positive ECOG=۱ است. مناسب‌ترین درمان بعدی کدام است؟**

۱) FOLFIRI + Cetuximab
۲) Encorafenib + Cetuximab
۳) Vemurafenib monotherapy
۴) Pembrolizumab

---

۶۷ **بیمار خانم ۴۵ ساله‌ای است که ۳ هفته قبل، به علت کانسر کولون صعودی، تحت همی‌کولکتومی راست قرار گرفته است. پاتولوژی به‌شرح ذیل است:**
Moderately differentiated Adenocarcinoma. Tumor Invades to Pericolic fat Lymphovascular & Perineural invasion: Negative Tumor Budding : Low score All of 15 Lymph nodes are free from tumor
کدام اقدام زیر را جهت ایشان مناسب می‌دانید؟

۱) رژیم FOLFOX به مدت شش ماه
۲) رژیم CAPOX به مدت شش ماه
۳) Capecitabine به تنهایی به مدت شش ماه
۴) Watch & Wait

---

۶۸ **بیمار آقای ۵۹ ساله‌ای است که با کاهش وزن، بی‌اشتهایی و درد اپی‌گاستر مراجعه نموده است. آندوسکوپی، توده‌ای در خم بزرگ معده نشان می‌دهد. بیوپسی آدنوکارسینوم معده را تایید می‌کند. در CT شکم و لگن، متاستازهای متعدد کبدی و درگیری در غدد لنفاوی شکمی دیده می‌شود. بیمار ECOG PS=۱ دارد. بررسی مولکولی نشان می‌دهد؛ تومور HER2 (+1) است. MSS می‌باشد و PD-L1 CPS=7% است. مناسب‌ترین درمان برای ایشان کدام است؟**

۱) FOLFOX
۲) FOLFOX به همراه نیوولوماب
۳) FLOT
۴) FOLFOX به همراه تراستوزوماب و پمبرولیزوماب

---

۶۹ **Response rate کدام تک‌دارو در کانسر معده متاستاتیک بیشتر است؟**

۱) Capecitabine
۲) S1
۳) 5FU
۴) Irinotecan

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۷۰ **بیمار خانم ۵۳ ساله مورد ناقل هپاتیت B می‌باشد که در بررسی‌های اخیر، متوجه توده‌های متعدد کبدی شده‌اند. AFP: 300 گزارش شده است. در بررسی‌های CT و MRI هفت توده کبدی با سایز حداکثر ۲ سانتی‌متر که دارای Arterial Hyperenhancement و دارای wash out می‌باشند، گزارش شده است، اما درگیری عروقی و خارج کبدی گزارش نشده است. بیمار از نظر PS ECOG:0 و از نظر تقسیم‌بندی Child Pugh کلاس A می‌باشد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟**

۱) انجام بیوپسی Core Neddle تحت هدایت سونوگرافی یا سی‌تی‌اسکن
۲) ارجاع بیمار جهت پیوند کبد
۳) ارجاع بیمار جهت TACE
۴) شروع درمان با Atezolizumab + Bevacizumab

---

۷۱ **آقای ۵۰ ساله به دنبال ایکتر انسدادی، با تشخیص کانسر پانکراس تحت جراحی وپیل قرار گرفته است. گزارش پاتولوژی جراحی بیمار well diff adenocarcinoma -T1N0 بدون LVI می‌باشد. در حال حاضر CA19-9 بیمار نرمال است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟**

۱) پیگیری بیمار
۲) کموراديوتراپی
۳) رژیم mFOLFIRINOX
۴) Gemcitabine

---

۷۲ **بیمار خانم ۶۲ ساله، با درد شکم و کاهش وزن و ایکتر تحت بررسی قرار گرفته است. در CT scan شکم و لگن توده‌ای در سر پانکراس با تهاجم به دئودنوم و encasment شریان مزانتریک فوقانی بیشتر از ۱۸۰ درجه و متاستازهای متعدد کبدی گزارش شده است. گزارش آسیب‌شناسی بیوپسی کبد مطابقت با آدنوکارسینوم دارد. در ارزیابی ژنتیکی PALB2 منفی و BRCA مثبت بوده است. کدام اقدام صحیح‌تر است؟**

۱) Gemcitabin + Nab paclitaxel => stable disease : maintenance by gemcitabine
۲) Gemcitabin + Cisplatin => stable disease : maintenance by Olaparib
۳) FOLFIRINOX => stable disease : Radiotherapy
۴) Gemcitabin + Nab paclitaxel => surgery even the stable disease

---

۷۳ **آقای ۴۸ ساله‌ای با آدنوکارسینوم رکتوم در فاصله ۷ سانتی‌متری از anal verge مراجعه کرده است. MRI لگن نشان‌دهنده cT3N2M0 و threatened mesorectal fascia است. بیمار ECOG=1 دارد و شواهدی از متاستاز دوردست وجود ندارد. مناسب‌ترین رویکرد درمانی کدام است؟**

۱) Chemoradiotherapy → Total Mesorectal Excision → FOLFOX × 8 cycles
۲) FOLFOX × 8 cycles → Chemoradiotherapy → Total Mesorectal Excision
۳) FOLFIRINOX × 6 cycles → Total Mesorectal Excision → Chemoradiotherapy
۴) Total Mesorectal Excision → FOLFOX × 8 cycles → Chemoradiotherapy

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۷۴ **بیمار آقای 58 ساله مبتلا به مزوتلیومای متاستاتیک، یک سال قبل با Ipilimumab+nivolumab درمان شده و پاسخ مناسبی داشته است. ماه گذشته با تشدید علایم مراجعه کرده و تصویربرداری، نشان‌دهنده پیشرفت بیماری است. مناسب‌ترین درمان کدام است؟**

۱) platinum + pemetrexed ± bevacizomab
۲) platinum + pemetrexed + pembrolizumab
۳) gemcitabine
۴) vinorelbine

---

۷۵ **آقای ۶۰ ساله با هماچوری مراجعه کرده است. سیستوسکوپی و TURBT انجام می‌شود. جواب نمونه‌برداری cancer bladder با T1 high grade همراه با carcinoma Insitu بدون درگیری ماسکولاریس پروپریا گزارش شده است. مجدداً TURBT انجام می‌شود و جواب پاتولوژی مشابه جواب قبل است. درمان با BCG داخل مثانه انجام می‌شود، ولی پاسخ مناسب دریافت نمی‌کند. بیمار رضایت به سیستکتومی نمی‌دهد. شرایط بالینی بیمار خوب است. کدام درمان مناسب است؟**

۱) Dose Dense M-VAC
۲) Nivolumab
۳) Gemcitabine + Cisplatin
۴) Pembrolizumab

---

۷۶ **مرد ۶۲ ساله‌ای به‌دلیل توده کلیه تحت رادیکال‌نفرکتومی قرار می‌گیرد. پاتولوژی، clear-cell RCC، اندازه ۸ سانتی‌متر، Grade 3، تهاجم به چربی پری‌رنال، pT3aN0M0 و حاشیه‌های منفی را نشان می‌دهد. ECOG بیمار صفر است و بیماری خودایمنی ندارد.**
مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

۱) پیگیری دوره‌ای
۲) پمبرولیزوماب به‌مدت یک سال
۳) نیولوماب همراه با ایپیلیموماب به‌مدت شش ماه
۴) سونیتینیب به‌مدت یک سال

---

۷۷ **بیمار با RCC متاستاتیک ۶ ماه پس از درمان درمان با ایپیلیموماب + نیولوماب، بیماری پیشرفت کرده است. بهترین درمان انتخابی در این مرحله کدام است؟**

۱) پمبرولیزومب
۲) کابوزانتینیب
۳) بواسیزوماب
۴) درمان حمایتی

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۷۸ **آقای ۶۵ ساله، با درد استخوانی پیشرونده و علائم ادراری با PSA:50 تحت بررسی قرار گرفته است. بیوپسی پروستات آدنوکارسینوم را تایید کرده است. در اسکن استخوان انجام شده متاستاز در دنده‌ها و مهره‌های توراسیک، لگن و فمور مشهود است. علاوه بر تجویز Zolendronic acid، کدام درمان برای این بیمار مناسب‌تر است؟**

۱) ADT

۲) ADT+ Abiraterone

۳) ADT + Abiraterone + Docetaxel

۴) Docetaxel

---

۷۹ **آقای ۶۸ ساله دیابتی با سابقه نروپاتی محیطی مبتلا به آدنوکارسینوم متاستاتیک متعدد استخوانی و غدد لنفاوی رتروپریتوئن پروستات، از ۲۶ ماه قبل تحت درمان مداوم با Leuprolide و Abiraterone/Prednisone بوده است. پس از درمان، PSA از 146 به 0.7ng/mL کاهش یافت. اکنون بیمار با درد ستون فقرات کمری مراجعه کرده است. ارزیابی‌ها نشان می‌دهد: PSA سه ماه قبل 1,8 و اکنون به 2.4ng/mL رسیده است. تستوسترون سرم 11ng/dL گزارش شده است. در سی‌تی‌اسکن جدید، بزرگ‌تر شدن غدد لنفاوی رتروپریتوئن و دو ضایعه متاستاتیک کبدی مشهود است. در اسکن استخوان، چند ضایعه جدید استخوانی در ستون فقرات کمری مشاهده می‌شود. بیوپسی کبد آدنوکارسینوم با بیان AR و PSA گزارش شده است؛ synaptophysin و chromogranin منفی بوده است. در NGS بافتی موتاسیون پاتوژنیک BRCA2 گزارش شده است. ECOG PS:1 است. کدام گزینه، مناسب‌ترین راهبرد درمانی است؟**

۱) Enzalutamide + ADT

۲) ADT + Olaparib

۳) Etoposide + Platinum

۴) Enzalutamide + ADT

---

۸۰ **آقای ۲۲ ساله‌ای به‌دلیل NSGCT به‌اندازه ۲٫۸ سانتی‌متر تحت ارکیکتومی قرار گرفته است. هشتاد درصد تومور را embryonal carcinoma و مابقی را yolk sac tumor تشکیل می‌دهد و تهاجم لنفوواسکولار وجود دارد. مارکرهای پس از عمل طبیعی شده‌اند و CT طبیعی است. بیمار نگران عود بیماری است و روشی را می‌خواهد که بیشترین کاهش خطر عود را ایجاد کند. بهترین انتخاب کدام است؟**

۱) Active surveillance

۲) One cycle of BEP

۳) Four cycles of EP

۴) nerve-sparing RPLND

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۸۱ **خانم ۳۸ ساله با خونریزی واژینال مراجعه کرده است، باردار نیست و در تصویربرداری، متاستازهای متعدد دو طرفه ریوی مشهود است. در آزمایش‌ها، تیتر HCG بالا می‌باشد. کدام اقدام صحیح است؟**

۱) بیوپسی متاستازهای ریوی جهت تایید تشخیص الزامی است.
۲) در اسرع وقت باید شیمی‌درمانی شروع شود.
۳) بیوپسی آندومتر با هدایت سونو ترانس واژینال تشخیصی خواهد بود.
۴) چک کردن HCG سه بار متوالی به فواصل هفتگی جهت اثبات تشخیص.

---

۸۲ **خانم ۴۰ ساله با SCC سرویکس Stage 2A، تومور ۲ سانتی‌متری که عمل جراحی شده و ۲ لنف نود مثبت و LVI مثبت و مارژین‌ها منفی و پارامتریوم نرمال است. اقدام بعدی کدام است؟**

۱) کموتراپی سپس رادیوتراپی
۲) کمورادیوتراپی همزمان
۳) رادیوتراپی
۴) شیمی‌درمانی

---

۸۳ **خانم ۳۰ ساله متاهل بدون فرزند، با توده تخمدان راست تحت عمل جراحی برداشتن یک طرفه تخمدان (USO) قرار می‌گیرد. تصویربرداری‌های انجام‌شده، تومور را محدود به تخمدان نشان داده و در گزارش، پاتولوژی کپسول تخمدان درگیر بوده و نوع تومور non gestational choriocarcinoma گزارش شده است. اقدام بعدی چیست؟**

۱) تکمیل جراحی شامل برداشت تخمدان مقابل و رحم
۲) پرتودرمانی لگن و پاراآئورت
۳) تزریق متوترکسات وریدی هفتگی برای شش هفته متوالی
۴) شروع شیمی‌درمانی با رژیم BEP

---

۸۴ **خانم ۳۵ ساله برای درمان آندومتریوز تحت عمل جراحی قرار گرفته است. جراح در حین عمل، متوجه توده ۵ سانتی‌متری در تخمدان چپ شده و تخمدان و سالپنکس را برمی‌دارد (USO). یادداشت جراح حاکی از سالم بودن کپسول تخمدان و عدم مشاهده درگیری جای دیگر است. پاتولوژی mucinous ovarian cancer گزارش می‌شود. سی‌تی‌اسکن و CA125 بعد از عمل نرمال است. اقدام درست چیست؟**

۱) احتمال وجود باقیمانده بیماری و عود ناچیز بوده و بیمار پیگیری شود.
۲) برای بیمار پت‌اسکن انجام شود و در صورت نرمال بودن، اقدام دیگری لازم نیست.
۳) با توجه به سی‌تی‌اسکن و CA125 نرمال اقدام جراحی نیاز ندارد، ولی 6 سیکل شیمی‌درمانی با پایه پلاتین انجام شود.
۴) بیمار برای complete surgical staging به جراح معرفی شود.

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۸۵ **بیمار خانم ۵۵ ساله‌ای است که با درد شکمی مراجعه کرده و در سونوگرافی، توده تخمدان راست گزارش شده است. بیمار تحت عمل جراحی TAH/BSO قرار گرفته و نتیجه پاتولوژی، درگیری دو طرفه تخمدان، پاتولوژی اندومتریوئید کارسینوما، گرید 2، کپسول تخمدان سالم، مایع پریتوئن پاک، بدون درگیری امنتوم گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟**

۱) پاکلیتاکسل و کربوپلاتین برای ۶ دوره
۲) پاکلیتاکسل و کربوپلاتین برای ۳ دوره
۳) کربوپلاتین برای ۳ دوره
۴) پیگیری دوره‌ای

---

۸۶ **خانم ۵۹ ساله مورد کانسر اندومتر تحت عمل جراحی قرار گرفته است. پاتولوژی اندومتریال کارسینوما با درگیری سروز رحم بوده است. غدد لنفاوی لگن منفی و سیتولوژی مایع شستشوی پریتوئن منفی بوده است. بیمار سابقه ابتلا به دیابت از ۱۲ سال قبل دارد و از پارستزی دیستال اندام‌ها رنج می‌برد. مناسب‌ترین گزینه در مورد بیمار کدام است؟**

۱) شیمی‌درمانی با لیپوزومال دوکسوروبیسین + کاربوپلاتین
۲) شیمی‌درمانی با جمسیتابین + اگزالی پلاتین
۳) هورمون‌درمانی با تاموکسیفن + مدروکسی پروژسترون
۴) پیگیری دوره‌ای بیمار

---

۸۷ **بیمار مبتلا به کانسر آندومتر سه سال قبل جراحی شده و شیمی‌درمانی ادجوانت با پایه پلاتین دریافت نموده، سال گذشته عود در لگن و پارا آئورت داشته است که خط دوم شیمی‌درمانی نیز دریافت نموده است. امسال با عود مجدد به شما معرفی شده و بررسی مولکولار نشان‌دهنده pMMR می‌باشد. کدام درمان ارجح می‌باشد؟**

۱) پمبرولیزومب
۲) پمبرولیزومب + لنواتینیب
۳) دوستارلیمب
۴) ایکساباپیلون + دوستارلیمب

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۸۸ **مرد ۶۲ ساله‌ای به‌دلیل استفراغ‌های مکرر تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرد. در آندوسکوپی، توده بزرگی در ناحیه آنتروم معده مشاهده می‌شود و بیوپسی، Diffuse Large B-Cell Lymphoma, NOS را نشان می‌دهد.**
بررسی FISH برای بازآرایی‌های MYC و BCL۲ منفی است. سطح LDH برابر ۹۰۰ واحد در لیتر است. در PET/CT، درگیری غدد لنفاوی سلیاک، پاراآئورت و ایلیاک دیده می‌شود. وضعیت عملکردی بیمار ECOG=۲ است.
کدام‌یک از درمان‌های زیر، بیشترین احتمال بهبود بقای بدون پیشرفت بیماری را در خط اول دارد؟

۱) شش دوره R-CHOP
۲) شش دوره DA-EPOCH-R
۳) شش دوره Polatuzumab vedotin همراه با R-CHP
۴) چهار دوره R-CHOP و سپس رادیوتراپی معده

---

۸۹ **خانم ۳۶ ساله با ضایعه هیپرپیگمانته در بازوی سمت راست از حدود 6 ماه قبل که در ۳ تا ۴ ماه گذشته بزرگ‌تر و خارش‌دار شده است، مراجعه می‌کند. بیوپسی ضایعه، ملانوم ندولار با ضخامت ۲/۵ میلی‌متر و زخمی با حاشیه‌های مثبت را نشان داد. بیمار تحت عمل جراحی برداشتن wide local excision و همچنین SLNB قرار گرفت. حاشیه تومور منفی بود، اما غده لنفاوی زیر بغل راست، مثبت گزارش می‌شود. T3bN2aM0؛ Stage IIIC را نشان داد. آزمایش مولکولی تومور، BRAF نوع wild type را نشان داد، PET/CT و MRI مغز برای بیماری متاستاتیک دوردست منفی هستند.**
کدام‌یک از موارد زیر، مناسب‌ترین روش درمانی است؟

۱) Adjuvant Nivolumab for 1 year
۲) Ipilimumab/Nivolumab immunotherapy for 1 year
۳) Adjuvant Ipilimumab for 1 year
۴) Dabrafenib and Trametinib

---

۹۰ **آقای ۳۰ ساله به دلیل شکستگی ناگهانی در ناحیه تیبیا تحت بررسی قرار می‌گیرد و تشخیص High Grade Osteosarcoma برایشان گذاشته می‌شود. در تصویربرداری، شواهدی از متاستاز ندارد، ولی درگیری نورو واسکولار فقط در محل تومور گزارش می‌شود. مناسب‌ترین روش درمانی کدام است؟**

۱) کموتراپی، سپس limb salvage surgery و سپس پرتودرمانی
۲) کموتراپی و سپس limb salvage surgery
۳) کموتراپی و سپس amputation
۴) amputation

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۹۱ **آقای ۴۵ ساله با یک توده در ساق پای راست به طول ۸ سانتی‌متر مراجعه می‌کند. در جواب نمونه‌برداری T(x;18) دارد. در تصویربرداری هیچ‌گونه شواهدی از متاستاز ندارد. مناسب‌ترین روش درمانی بر اساس تشخیص کدام است؟**

۱) کموتراپی و سپس جراحی و رادیوتراپی
۲) پرتودرمانی، سپس جراحی و به‌دنبال آن، کموتراپی ادجوانت
۳) کموتراپی و سپس جراحی در صورت حاشیه کمتر از یک سانتی‌متر پرتودرمانی
۴) ابتدا پرتودرمانی و سپس جراحی

---

۹۲ **کدام‌یک از موارد زیر در پروفیلاکسی ضد تهوع سیس پلاتین در روز اول کموتراپی مناسب‌تر است؟**

۱) اولانزاپین + لورازپام + دگزامتازون + انداسترون
۲) متوکلوپرامید + دگزامتازون + اندانسترون
۳) آنتاگونیست گیرنده NK1 + اولانزاپین + لورازپام + هیوسین
۴) آنتاگونیست گیرنده NK1 + اولانزاپین + دگزامتازون + اندانسترون

---

۹۳ **مناسب‌ترین درمان برای بیمار medically fit با NSCLC با مرحله T1bN0M0 چیست؟**

۱) Wedge resection
۲) SBRT
۳) Lobectomy
۴) Percutaneous thermal ablation

---

۹۴ **آقای ۶۷ ساله، سیگاری، از دو ماه قبل سرفه خشک پیشرونده داشته است. در سی‌تی‌اسکن، ضایعه‌ای حدود ۵ سانتی‌متر در لوب فوقانی ریه راست همراه با درگیری غدد لنفاوی هیلار راست دیده می‌شود. بررسی برای متاستاز دوردست منفی است. بیوپسی ترانس توراسیک توده ریوی انجام شده است و گزارش پاتولوژی آدنوکارسینوم ریه را نشان می‌دهد. FDG PET/CT انجام شده و در تومور و هیلوم راست ریه افزایش جذب دیده می‌شود. PDL1 برابر ۵٪، EGFR mutation منفی است. بیمار سابقه بیماری دیگری ندارد و PS ECOG:1 است. برای بیمار جراحی انجام می‌شود و تومور complete resection می‌شود. گزارش پاتولوژی T2N1 می‌باشد. CBC، آزمایش‌های عملکرد کبدی و کلیوی طبیعی است.**
برای ایشان کدام اقدام درمانی مناسب‌تر است؟

۱) چهار سیکل platinum-based doublet
۲) چهار سیکل platinum-based doublet و سپس Atezolizumab هر سه هفته برای 16 سیکل
۳) Osimertinib 80 mg روزانه به‌مدت سه سال
۴) چهار سیکل platinum-based doublet و سپس osimertinib 80 mg روزانه به‌مدت سه سال

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۹۵ **خانم ۶۴ ساله با سرفه و خلط خونی از ۶ هفته قبل مراجعه کرده است. سابقه مصرف سیگار ندارد. در Chest CT scan توده ریه با حداکثر اندازه ۷ سانتی‌متر در لوب تحتانی ریه راست و دو ندول دیگر در همان لوب همراه با عقده‌های لنفاوی ساب کارینال دیده می‌شود. در برونکوسکوپی تومور در برونش لوب تحتانی راست دیده می‌شود و از آن بیوپسی گرفته می‌شود. در بررسی پاتولوژی، NSCLC گزارش شده است. PDL1 برابر ۸۰٪ و EGFR mutation منفی است. بیمار دیابت کنترل شده دارد و PS ECOG:1 می‌باشد. CBC و آزمایش‌های کبدی و کلیوی طبیعی‌اند. متاستاز دوردست ندارد. مناسب‌ترین اقدام درمانی کدام است؟**

۱) چهار سیکل شیمی‌درمانی به همراه پمبرولیزوماب و سپس ادامه ایمونوتراپی تا یک سال
۲) Definitive concurrent CRT با platinum-based doublet
۳) Concurrent CRT و پس از آن سه سیکل کموتراپی platinum-based doublet
۴) Concurrent CRT با platinum-based doublet و در صورت عدم پیشرفت بیماری، durvalumab برای یک سال

---

۹۶ **خانم ۵۴ ساله با تشخیص آدنوکارسینوم متاستاتیک ریه مراجعه کرده است. EGFR exon 19 deletion مثبت، PDL1 برابر ۲۰٪ و ECOG=1 است. CBC، BUN ، Cr نرمال است. مناسب‌ترین اقدام درمانی برای ایشان کدام است؟**

۱) چهار سیکل کموتراپی Platinum-based doublet همراه با Pembrolizumab و سپس ادامه ایمونوتراپی تا یک سال
۲) چهار سیکل کموتراپی Platinum-based doublet همراه با Osimertinib و سپس ادامه Osimertinib تا زمان پیشرفت بیماری
۳) چهار سیکل کموتراپی Platinum-based doublet همراه با Durvalumab و سپس ادامه ایمونوتراپی تا یک سال
۴) چهار سیکل کموتراپی Platinum-based doublet همراه با Erlotinib و سپس ادامه Erlotinib تا زمان پیشرفت بیماری

---

۹۷ **خانم ۵۸ ساله با یک توده ۶ سانتی‌متری در ناحیه superior sulcus ریه راست مراجعه می‌کند. در بررسی‌های تصویربرداری و بیوپسی مدیاستن درگیری لنف نود ندارد. EGFR و ALK منفی می‌باشد. درمان مناسب کدام است؟**

۱) جراحی
۲) نئو اجوانت کموایمونوتراپی و سپس جراحی
۳) جراحی و سپس کموتراپی و رادیوتراپی
۴) نئو اجوانت کمورادیوتراپی و سپس جراحی

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۹۸ **خانم ۵۰ ساله که برایشان تشخیص Small Cell Lung Cancer stage III گذاشته می‌شود، تحت درمان با ۴ سیکل اتوپوزاید و سیسپلاتین و رادیوتراپی همزمان قرار می‌گیرد و در ارزیابی مجدد، پاسخ کامل داده است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟**

۱) درمان نگهدارنده با Etoposide
۲) درمان نگهدارنده با Durvalumab
۳) اقدامی نیاز نیست و پیگیری بیمار انجام شود
۴) رادیوتراپی پروفیلاکسی مغز

---

۹۹ **کدام‌یک از گزینه‌های زیر در مورد Lung Cancer صحیح است؟**

۱) در سال‌های اخیر، کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان ریه، فقط در مردان مشاهده شده است.
۲) افراد سیگاری که سیگار را به مدت طولانی قطع کرده‌اند، ریسک ابتلای برابر با افرادی دارند که تاکنون سیگار نکشیده‌اند.
۳) رادون بدون همراهی با سیگار، ریسک فاکتور مهم ابتلا به سرطان ریه است.
۴) استفاده از سی‌تی‌اسکن جهت غربالگری small cell lung cancer با کاهش مورتالیتی همراه بوده است.

---

۱۰۰ **خانم ۵۹ ساله با سابقه تیموما از ۴ سال قبل که تحت عمل جراحی تیمکتومی قرار گرفته و سپس رادیوتراپی شده است، از ۸ ماه قبل به علت عود، شیمی‌درمانی بر پایه سیس پلاتین دریافت کرده است. در حال حاضر دچار متاستازهای متعدد دو طرفه پلور گردیده است. بیمار کاندید جراحی نمی‌باشد و موتاسیون KIT ندارد. مناسب‌ترین روش درمان در بیمار فوق کدام است؟**

۱) Everolimus
۲) BRAF/MEK Inhibitor
۳) Osimertinib
۴) Trastuzumab

---

۱۰۱ **در مورد سه جزء اصلی رضایت کدام گزینه صحیح است؟**

۱) اتونومی، توانمندسازی بیمار، امضای فرم
۲) ارائه اطلاعات، ظرفیت فردی، تصمیم‌گیری آزادانه
۳) امضای فرم اخذ رضایت، برائت پزشکی، اختیار بیمار
۴) درک صحیح اطلاعات، احترام به بیمار، رضایت خانواده

مرکز آموزشی:مرکز سنجش آموزش پزشکی	مقطع:دانشنامه فوق تخصصی	رشته:رشته خون و سرطان بالغین

۱۰۲ در شرایط کمبود منابع مثلا کمبود تخت ICU ، تصمیم‌گیری بر اساس کدام اصل اخلاقی انجام می‌شود؟

۱) سودرسانی بیشتر
۲) عدالت
۳) اختیار فرد (اتونومی)
۴) صداقت