

رشته: روماتولوژی کودکان

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

روماتولوژی کودکان (تعداد 102)

۱ دختر ۱۴ ساله‌ای با Raynaud مراجعه کرده است. از تشدید حملات می‌گرن اخیر و همچنین دیسفاژی نیز شکایت دارد. محتمل ترین تشخیص برای بیمار کدام است؟

Overlap Syndrome (۱)

پلی آرتریت ندوزا (۲)

Sjogren Syndrome (۳)

اسکلروز سیستمیک (۴)

۲ دختر ۱۷ ساله مبتلا به Systemic sclerosis طی یک سال گذشته دچار Digital ulcer شده است. با وجود درمان، اکنون زخم‌ها بهبود نسبی داشته اند. پزشک تصمیم دارد درمانی اضافه کند تا احتمال ایجاد زخم‌های جدید کاهش یابد. کدام دارو بیشترین شواهد را برای این هدف دارد؟

Fluoxetine (۱)

Bosentan (۲)

Sildenafil (۳)

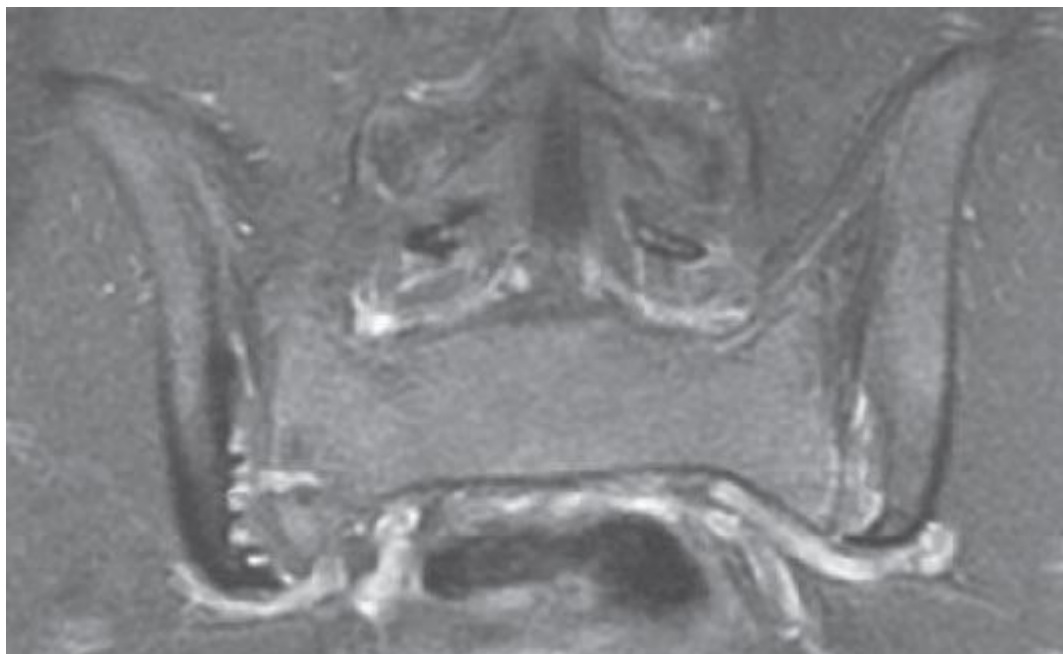
Nifedipine (۴)

رشته: روماتولوژی کودکان

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۳ پسر ۱۴ ساله‌ای با سابقه ۲ ساله درد التهابی لگن، لنگش پیشرونده و محدودیت حرکات مفصل ران مراجعه کرده است. HLA-B27 مثبت است. MRI کرونال STIR مفاصل ساکروایلیاک در شکل زیر نشان داده شده است.



کدام گزینه بهترین توصیف را از این MRI ارائه می‌دهد؟

(۱) Bone marrow edema at iliac sides

(۲) Unilateral Subchondral sclerosis

(۳) Cortical erosions of both sacroiliacs

(۴) Fat metaplasia in subchondral bones

۴ پسر ۱۵ ساله‌ای مبتلا به آرتریت مرتبط با انتزیت (ERA) به مدت دو سال تحت درمان با متوترکسات ۱۵ میلی‌گرم در هفته است. بیماری طی شش ماه اخیر در وضعیت غیرفعال بوده و CBC، آنزیم‌های کبدی و کراتینین طبیعی هستند. بیمار به دلیل پالپیت غیرقابل برگشت قرار است تحت درمان ریشه دندان (Root Canal Therapy) قرار گیرد. دندانپزشک درباره نحوه مدیریت دارویی پیش از انجام پروسجر از شما مشاوره می‌خواهد.

کدام یک از اقدامات زیر درباره مدیریت داروی متوترکسات مناسب‌تر است؟

(۱) قطع یک هفته قبل و دو هفته بعد از جراحی

(۲) قطع فقط در هفته انجام پروسجر

(۳) قطع از ۱ هفته قبل تا بهبود کامل محل

(۴) ادامه طبق برنامه قبلی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۵ پسر ۱۳ ساله‌ای مبتلا به آرتریت مرتبط با انتزیت به علت پاسخ ناکافی به NSAID، درمان با یکی از داروهای تعدیل‌کننده بیماری را آغاز می‌کند. روز بعد، بثورات منتشر ماکولوپاپولر خارش‌دار روی تنه و اندام‌ها ظاهر می‌شود. تب، درگیری مخاط، تاول یا علائم سیستمیک ندارد. معاینه سایر ارگان‌ها طبیعی است و CBC و آنزیم‌های کبدی نیز طبیعی هستند. شما این راش را به عنوان یک واکنش دارویی اولیه ارزیابی می‌کنید.

کدام دارو با بیشترین احتمال مسئول این عارضه می‌تواند باشد؟

(۱) متوترکسات

(۲) سولفاسالازین

(۳) هیدروکسی‌کلروکین

(۴) لفلونوماید

۶ دختر ۱۳ ساله مبتلا به پلی‌آرتریکولار JIA به دلیل عدم تحمل متوترکسات، از سه هفته قبل، درمان با لفلونوماید را آغاز کرده است. وی اکنون با تب، راش منتشر، تهوع و افزایش شدید آنزیم‌های کبدی ($ALT=780 \text{ U/L}$ ، $AST=620 \text{ U/L}$) مراجعه می‌کند. شما به عنوان فوق تخصص روماتولوژی کودکان برای تصمیم‌گیری درمانی فراخوانده شده‌اید. علاوه بر قطع دارو، کدام یک از اقدامات زیر مناسب‌ترین درمان برای تسریع حذف دارو از بدن است؟

(۱) شروع specific Fab

(۲) شروع کلستیرامین

(۳) انجام همودیالیز

(۴) تجویز لوکوپورین

۷ دختر ۱۰ ساله مبتلا به Systemic JIA به علت عود بیماری علاوه بر داروهای دیگر، پردنیزولون با دوز ۲ mg/kg/day دریافت کرده است. طی دو هفته اخیر تب و بثورات برطرف شده، و ESR و CRP به محدوده طبیعی رسیده‌اند. اکنون، هم زمان با کاهش دوز پردنیزولون به ۱ mg/kg/day، بیمار از درد شدید منتشر اندام‌های تحتانی و ناتوانی در برخاستن از حالت نشسته شکایت دارد. والدین تصور می‌کنند بیماری مجدداً فعال شده است. در معاینه، ضعف واقعی عضلانی وجود ندارد، مفاصل متورم نیستند و درد با فشار بر عضلات تشدید می‌شود. ESR، CK و CRP طبیعی هستند. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

(۱) افزایش مجدد دوز پردنیزولون به دلیل احتمال عود بیماری

(۲) ادامه کاهش تدریجی پردنیزولون و درمان حمایتی

(۳) شروع متیل‌پردنیزولون وریدی به مدت سه روز

(۴) شروع ایمونوگلوبولین وریدی به دلیل احتمال میوزیت التهابی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۸ پسر ۱۲ ساله‌ای به دلیل تورم زانوی راست از ۹ ماه قبل به کلینیک روماتولوژی ارجاع شده است. درد زانو به تدریج افزایش یافته و طی دو ماه اخیر با فعالیت تشدید می‌شود. خشکی صبحگاهی کمتر از ۱۰ دقیقه است. طی سه ماه گذشته با تشخیص احتمالی اولیگوآرتیکولار JIA تحت درمان با ناپروکسن قرار گرفته، اما بهبودی قابل توجهی حاصل نشده است. در معاینه، افیوژن متوسط زانوی راست همراه با محدودیت انتهای فلکشن دیده می‌شود. در حین حرکت مفصل، صدای کلیک و احساس کریپتاسیون وجود دارد. ESR و CRP طبیعی هستند. ANA و RF منفی‌اند. آسپیراسیون مفصل، مایع التهابی خفیف بدون کریستال یا رشد میکروبی را نشان می‌دهد. در MRI زانو، ضایعات متعدد ندولار داخل سینوویال با کانون‌های کلسیفیکاسیون مشاهده می‌شود. بهترین اقدام درمانی بعدی کدام است؟

- ۱) شروع متوترکسات
- ۲) تزریق داخل مفصلی تریامسینولون
- ۳) ارجاع به ارتوپدی جهت سینوکتومی
- ۴) شروع آدالیمومب

۹ پسر ۱۰ ساله‌ای به علت تورم زانوی چپ از ۶ ماه قبل به کلینیک روماتولوژی کودکان ارجاع شده است. خشکی صبحگاهی حدود ۳۰ دقیقه داشته است. ANA و RF منفی و ESR=۶۲ و CRP نرمال بوده است. درمان با ناپروکسن طی سه ماه گذشته باعث بهبود قابل توجهی نشده است. در ویزیت پیگیری، بیمار از دردهای متناوب شکم، کاهش اشتها و کاهش وزن ۳ کیلوگرمی شکایت دارد. در معاینه زانوی چپ متورم است. هموگلوبین ۱۰.۵، آلبومین سرم ۳.۱g/dL و ESR=۵۸ است. بهترین اقدام بعدی کدام است؟

- ۱) شروع درمان با متوترکسات
- ۲) تزریق داخل مفصلی تریامسینولون
- ۳) شروع درمان بیولوژیک
- ۴) بررسی مجدد بیمار

۱۰ دختری شش ساله برای پیگیری بیماری JIA خود مراجعه کرده است. در معاینه، مفصل زانوی چپ غیر فعال ولی محدودیت اکسترنسیون حدود ۱۰ درجه دارد. کدام اقدام در این مرحله توصیه نمی‌شود؟

- ۱) stretching programs
- ۲) strengthening regimens
- ۳) intraarticular steroid injection
- ۴) Laser and UV therapy

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۱۱ دختر ۱۰ ساله‌ای با آتروفی پیشرونده نیمه چپ صورت، به مدت ۶ ماه تحت درمان با متوترکسات و پردنیزولون با دوز مناسب قرار گرفته است. با وجود درمان، طی سه ماه اخیر پیشرفت آتروفی و درگیری پوستی ادامه یافته است. بر اساس توصیه‌های کتاب، مناسب‌ترین درمان بعدی کدام است؟

(۱) Cyclophosphamide

(۲) Anakinra

(۳) UVB1 therapy

(۴) Mycophenolate Mefotile

۱۲ دختر ۱۱ ساله‌ای با سفتی پیشرونده پوست طی ۱۸ ماه گذشته مراجعه کرده است. در معاینه، درگیری منتشر سفت و اسکلروتیک در تنه، اندام‌ها و پشت مشاهده می‌شود و محدودیت واضح حرکتی مفاصل وجود دارد. پدیده رینود ندارد و فشار خون و تست‌های عملکردی ریوی طبیعی است. درگیری پوست تمام ناحیه پشتی را نیز شامل می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اسکلروderمی سیستمیک

(۲) مورفه آپان اسکلروتیک

(۳) اسکلرادما

(۴) اسکلروderمی محدود

۱۳ پسر ۱۳ ساله‌ای با تب متناوب به مدت ۴ هفته، کاهش وزن، پورپورای اندام تحتانی، آرترالژی و هماچوری میکروسکوپی مراجعه کرده است. ESR و CRP بالا و pANCA با تیتراژ پایین مثبت است. در معاینه یک سوفل سیستمیک جدید ۲/۶ شنیده می‌شود. C3 کاهش یافته و RF مثبت است. کراتینین سرم در حد طبیعی است. با توجه به یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی، مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

(۱) شروع کورتیکواستروئید

(۲) بیوپسی کلیه یا پوست

(۳) کشت‌های خون و اکوکاردیوگرافی

(۴) درخواست FANA و تکرار ANCA

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۱۴ پسر ۱۶ ساله‌ای با پورپورای قابل لمس اندام تحتانی، درد مفاصل و گرفتگی پیشرونده بینی مراجعه می‌کند. طی ۶ ماه گذشته دچار اپیستاکسی‌های مکرر و ایجاد زخم‌های دردناک داخل بینی شده است. آزمایش‌ها در ذیل آورده شده است. CT قفسه سینه فاقد ندول، کاویته یا درگیری منتشر آلوئولی است. در معاینه گوش، حلق و بینی، زخم‌های نکروتیک وسیع مخاط بینی با تخریب موضعی مشاهده می‌شود. در بیوپسی کلیه pauci-immune necrotizing crescentic glomerulonephritis گزارش شده است.

ESR و CRP بالا، کراتینین ۲/۱، هماچوری میکروسکوپی و پروتئینوری، PR3-ANCA مثبت با تیترا بالا، ANA، MPO-ANCA و anti-dsDNA منفی
کدام یک از تشخیص‌های زیر کمتر مطرح است؟

- ۱) گرانولوماتوز با پلی‌آنژیت
- ۲) میکروسکوپیک پلی‌آنژیت
- ۳) واسکولیت مرتبط با مصرف کوکائین
- ۴) واسکولیت مرتبط با TNF blocker

۱۵ بربالین کودکی با شکایات تب، کاهش اشتها و وزن و درگیری چند سیستمی غیرقابل توجیه جهت مشاوره فراخوانده شده‌اید. همه یافته‌های آزمایشگاهی بیمار، پیشنهاد کننده یک سندرم واسکولیتی می‌باشد بجز:

- ۱) فاکتور فون ویلبراند بالا
- ۲) پلاکت پایین
- ۳) ائوزینوفیلی
- ۴) هماچوری

۱۶ دختر ۳ ساله‌ای به دلیل تورم بدون درد مچ دست‌ها، زانو‌ها و مچ پا از ۱۵ ماهگی تحت پیگیری است. در معاینه، سینوویت متقارن همراه با tenosynovitis پشت مچ دست‌ها دارد، اما محدودیت حرکتی خفیف است. از یک‌سالگی راش منتشر پاپولی قهوه‌ای-قرمز روی تنه و اندام‌ها داشته که در بیوپسی پوست، گرانولوم گزارش شده است. اخیراً به علت فوتوفوبی تحت معاینه چشم قرار گرفته و پان یوئیت دوطرفه تشخیص داده شده است. در بررسی‌ها ANA, RF, ACE و HLA-B27 نکته غیر طبیعی ندارند و شواهد بیماری‌های عفونی وجود ندارد. کدام یک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟

- ۱) Blau syndrome
- ۲) Neonatal onset multisystem inflammatory disease
- ۳) Deficiency of adenosine deaminase 2
- ۴) Cryopyrin-associated periodic syndrome

۱۷ پسر ۱۶ ساله‌ای با سابقه Multiple Hereditary Osteochondromas از ۶ سالگی، برای پیگیری مراجعه کرده است. وی چندین ضایعه استخوانی در دیستال فمور، پروگزیمال تیبیا و پروگزیمال هومروس دارد که طی سال‌های اخیر بدون علامت بوده‌اند. در شش ماه اخیر، یکی از ضایعات ناحیه لگن بتدریج بزرگ‌تر شده و بیمار از درد مداوم آن، به‌ویژه هنگام استراحت شبانه، شکایت دارد. در معاینه، یک توده سفت و ثابت با حساسیت موضعی لمس می‌شود. رادیوگرافی افزایش اندازه ضایعه را نسبت به تصاویر دو سال قبل نشان می‌دهد. کدامیک از یافته‌های زیر بیش از همه احتمال تبدیل شدن به کندروسارکوم ثانویه را مطرح می‌کند؟

- (۱) وجود کلسیفیکاسیون درون ضایعات غضروفی
- (۲) درد پیشرونده و افزایش اندازه ضایعه در این سن
- (۳) محدودیت خفیف دامنه حرکتی مفصل مجاور ضایعه
- (۴) اندازه کلاhek غضروفی ضایعه بیش از ۶ میلی متر

۱۸ پسر ۱۳ ساله‌ای با درد پیشرونده لگن چپ، لنگش و سابقه دو شکستگی پس از تروماهای خفیف مراجعه کرده است. در معاینه، کوتاهی اندام تحتانی چپ و محدودیت ابداکشن مفصل ران وجود دارد. رادیوگرافی، دفورمیتی در فمور چپ همراه با ضایعه داخل استخوانی با نمای ground-glass و نازک شدن کورتکس را نشان می‌دهد. MRI شواهدی از بدخیمی ندارد.



کدامیک از اقدامات درمانی زیر در این بیمار نامناسب است؟

- (۱) استئوتومی اصلاحی
- (۲) درمان با بیس‌فسفونات
- (۳) ورزش و تغذیه مناسب
- (۴) رادیوتراپی موضعی ضایعه

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۱۹ پسر 6 ساله‌ای به علت دردهای حمله‌ای و سوزشی اندام‌های تحتانی از ۶ سالگی، کاهش تحمل ورزش و شکایت از درد متناوب مچ دست و مچ پا به کلینیک روماتولوژی ارجاع شده است. در معاینه، شواهدی از آرتریت فعال، تورم مفصل یا محدودیت حرکتی وجود ندارد. ESR و CRP طبیعی هستند و ANA و RF منفی‌اند. بیمار سابقه درد شدید پس از تب یا ورزش و اپیزودهای مکرر تب را دارد. در بررسی بیشتر، کاهش تعریق، ضایعات پوستی کوچک برجسته ارغوانی در ناحیه ناف و کشاله ران و درگیری قرنیه نیز یافت می‌شود.

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

(۱) FMF

(۲) Fabry disease

(۳) TRAPS

(۴) Goldbloom syndrome

۲۰ دختر ۹ ساله‌ای به علت تورم بدون درد زانوی راست با شروع از ۸ ماه قبل به کلینیک روماتولوژی اطفال ارجاع شده است. در معاینه، افیوژن متوسط زانوی راست بدون اریتم یا افزایش حرارت موضعی مشاهده می‌شود و دامنه حرکتی مختصراً محدود است. سایر مفاصل طبیعی هستند. رادیوگرافی مفصل، تغییرات تخریبی نشان نمی‌دهد. ESR= ۲۴ و CRP طبیعی و ANA و RF منفی است. آسپیراسیون مایع مفصلی ماهیت التهابی با کشت منفی را نشان می‌دهد. در شرح حال، کاهش سرعت رشد طی دو سال اخیر، کم‌خونی فقر آهن مقاوم به درمان خوراکی و نفخ متناوب شکم وجود دارد. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص، مناسب‌ترین اقدام درمانی اولیه برای کنترل علائم مفصلی کدام است؟

(۱) شروع ناپروکسن با دوز ضدالتهابی

(۲) تزریق داخل مفصلی تریامسینولون

(۳) شروع متوترکسات با دوز هفتگی

(۴) حذف کامل گلوتن از رژیم غذایی

۲۱ کودک 4 ساله‌ای با تب ۶ روزه، کوثرنکتیویت، تغییرات مخاط دهان و راش مراجعه کرده است. آزمایشات نشان‌دهنده ترومبوسیتوز و شمارش لنفوسیت و فریتین طبیعی است. کدام یافته بیشتر به نفع بیماری MIS-C است تا بیماری کوازاکی؟

(۱) سن زیر 5 سال

(۲) ادامه تب بیش از ۵ روز

(۳) تعداد لنفوسیت طبیعی

(۴) بروز اختلال عملکرد بطن چپ

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۲۲ دختر ۱۶ ساله مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، دو ماه قبل آخرین دوز ریتوکسیماب را دریافت کرده و در حال حاضر تحت درمان با سیکلوفسفامید و پردنیزولون با دوز ۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم در روز است. بیمار سابقه ابتلا یا واکسیناسیون علیه آبله‌مرغان ندارد. برادر او از دو روز قبل دچار آبله‌مرغان شده و بیمار تماس خانگی با وی داشته است. کدام اقدام در این مرحله برای بیمار صحیح است؟

- ۱) تزریق واکسن زنده تضعیف‌شده آبله‌مرغان
- ۲) تجویز ایمونوگلوبولین اختصاصی واریسلا-زوستر
- ۳) قطع موقت پردنیزولون و سپس تزریق واکسن آبله‌مرغان
- ۴) پیگیری از نظر بروز علائم بیماری و درمان ضد ویروسی

۲۳ پسر ۵ ساله مبتلا به آرتریت ایدیوپاتیک جوانان سیستمیک، به دلیل تداوم علائم بیماری با وجود درمان با کورتیکواستروئید و متوترکسات، برای شروع توسیلیزومب ارزیابی می‌شود. آزمایش‌های اولیه عبارت‌اند از:

برابر حد بالای AST: ، دو برابر حد بالای طبیعی ALT: ، $PLT: 94,000/mm^3$ ، $ANC: 1600/mm^3$

طبیعی $1/8$

کشت‌ها منفی هستند، شواهدی به نفع MAS وجود ندارد. پس از قطع موقت متوترکسات و تکرار آزمایش‌ها یک هفته بعد، نتایج زیر گزارش می‌شوند:

طبیعی AST: ، برابر حد بالای طبیعی ALT: $1/2$ ، $Plt: 138,000/mm^3$ ، $ANC: 2700/mm^3$

کدام اقدام صحیح است؟

- ۱) شروع فوری توسیلیزومب با نصف دوز معمول
- ۲) تعویق توسیلیزومب تا طبیعی‌شدن کامل همه شاخص‌های آزمایشگاهی
- ۳) شروع توسیلیزومب با دوز استاندارد و پایش منظم آزمایش‌ها
- ۴) صرف‌نظر دائمی از توسیلیزومب و جایگزینی آن با اتانرسپت

۲۴ پسر ۱۳ ساله‌ای با JIA پلی‌آرتیکولار تحت درمان با اتانرسپت و متوترکسات قرار دارد و بیماری او به‌خوبی کنترل شده است. قرار است بیمار تحت یک جراحی انتخابی شکمی قرار گیرد. پاسخ صحیح به مشاوره کدام است؟

- ۱) ادامه اتانرسپت تا روز جراحی
- ۲) قطع اتانرسپت به مدت حدود دو نیمه‌عمر
- ۳) قطع اتانرسپت به مدت حدود پنج نیمه‌عمر
- ۴) قطع اتانرسپت و جایگزینی آن با توسیلیزومب

رشته: روماتولوژی کودکان

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۲۵ پایش چربی خون در هنگام مصرف همه داروهای زیر ضروری است بجز:

(۱) ریتوکسی ماب

(۲) آناکینرا

(۳) توسیلی زوماب

(۴) توفاسیتینیب

۲۶ بیمار JIA اولیگوآرتریکولر ANA مثبت بعلت ابتلا به یوئیت کاندید دریافت آدالیمومب می باشد. مادر سابقه MS, پدر سابقه IBD دارد. کدام ارزیابی اولیه ضروری است؟

(۱) Anti dsDNA

(۲) Brain MRI

(۳) Chest X-Ray

(۴) Fecal Calprotectin

۲۷ دختر ۹ ساله‌ای با تب روزانه سه هفته‌ای که بین حملات به حد طبیعی بازمی‌گردد، راش جلدی و آرتریت مچ‌ها و زانوها مراجعه کرده است. اکوکاردیوگرافی افیوژن خفیف پریکارد بدون والولیت را نشان می‌دهد. تیترا SO برابر ۴۵۰ IU/mL است. همه گزینه‌های زیر در Sys JIA قابل انتظار است بجز:

(۱) افزایش سطح کمپلمان در سرم

(۲) RF مثبت

(۳) لکوسیت 100 هزار در مایع سینوویال

(۴) تیترا بالای ASO

۲۸ دختر ۱۵ ساله‌ای با سابقه ۶ ماه آرتریت مزمن قرینه در مچ‌ها، مفاصل متاکارپوفالانژیال و زانوها مراجعه کرده است. RF منفی و ANA مثبت است و در رادیوگرافی مفاصل شواهدی از آروزیون دیده نمی‌شود. تحت درمان با ناپروکسن و متوتروکسات و اسید فولیک می باشد. شمارش سلول‌های خونی، لکوپنی خفیف را نشان می‌دهد. همه اقدامات صحیح است بجز:

(۱) شروع اتانرسپت

(۲) چک Anti dsDNA

(۳) چک LDH , Uric Acid

(۴) قطع موقت متوتروکسات

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۲۹ بیمار 16 ساله از 7 سال پیش با تشخیص JIA Poly articular RF Positive تحت درمان با متوتروکسات و اتانرسپت و اسید فولیک می باشد. از 2 ماه پیش دچار تنگی نفس، سرفه و مختصر تاکی پنه شده است. در بررسی CXR طبیعی، PFT نمای انسدادی و HRCT نمای ground glass دارد. تشخیص اولیه کدام است؟

(۱) Chronic Infection

(۲) Drug-Induced Pneumonitis

(۳) Interstitial Pneumonitis

(۴) Bronchiolitis Obliterans

۳۰ پسر ۸ ساله لاغر و مبتلا به اوتیسم، با درد منتشر اندامها، تورم اطراف زانو و مچ پا و امتناع از راه رفتن از یک ماه پیش مراجعه کرده است. در معاینه خونریزی لثه و حساسیت استخوانی وجود دارد. در سونوگرافی سینوویت واضح دیده نمی شود. شاخص های التهابی فقط اندکی افزایش یافته اند. در این مرحله کدام اقدام تشخیصی مناسب است؟

(۱) بررسی سطح ویتامین C

(۲) الکتروفورز هموگلوبین

(۳) اندازه گیری کالپروتکتین مدفوع

(۴) سنجش Anti-CCP و RF

۳۱ در بیمار JIA Polyarticular RF negative کدام یک از عوامل زیر می تواند در انتخاب نوع درمان ابتدایی تاثیرگذار باشد؟

(۱) وجود ANA مثبت در ارزیابی اولیه

(۲) کاهش فضای مفصلی در رادیوگرافی

(۳) درگیری قرینه مچ دست ها و زانوها

(۴) سن بالاتر در شروع بیماری

۳۲ دختر 10 ساله با شکایت تورم دست ها و پاها، فنومن رینود و سرفه های شبانه از سال گذشته مراجعه کرده است. در بررسی اولیه Anti Scl 70 مثبت، PFT نرمال و DLCO طبیعی دارد. در بدو تشخیص بیماری همه اقدام های زیر توصیه میشود بجز:

(۱) انجام اندوسکوپی

(۲) انجام HRCT

(۳) اندازه گیری آنزیم های عضلانی

(۴) اندازه گیری Pro-BNP

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۳۳ پسر ۶ ساله‌ای با سابقه تب‌های عودکننده از اوایل شیرخوارگی، هپاتواسپلنومگالی و چند نوبت عفونت تنفسی مراجعه می‌کند. طی یک سال اخیر، تورم قرینه زانو‌ها، مچ پا و انگشتان همراه با محدودیت حرکتی ایجاد شده و با تشخیص JIA پلی‌آرتیکولار درمان شده که پاسخ کافی نداشته است. اخیراً بیمار دچار ضعف عضلات پروگزیمال، کاهش تحمل فعالیت و تنگی نفس هنگام بازی شده است. اکوکاردیوگرافی کاردیومیوپاتی را نشان می‌دهد و در بیوپسی عضله، تجمع داخل سلولی آمیلوپکتین مشاهده می‌شود. کدام درمان مناسب تر است؟

(۱) Corticosteroid

(۲) TNF Inhibitor

(۳) JAK Inhibitor

(۴) IL1 Inhibitor

۳۴ یک کودک 3 ساله با سابقه تب 7 روزه و کونژکتیویت دوطرفه غیر چرکی، زبان توت فرنگی، لنفادنوپاتی گردنی و راش جلدی پس از دریافت آزیترمایسین بتدریج بهبود یافته است. در روز دوازدهم شروع به پوسته ریزی می‌کند که پزشک معالج توصیه به اکوکاردیوگرافی و انجام آزمایش می‌کند. نتیجه آزمایش ها و اکو بصورت Z-score در عروق کرونری به شرح زیر است:

WBC: 5800 ; Hgb: 11.5 ; Plt: 645000 ; ESR: 28 ; CRP: 6 mg/l

LMCA: 2.1 ; LAD : 1.9 ; RCA: 1.6

کدام اقدام صحیح است؟

(۱) تجویز IVIG + آسپیرین با دوز ضد پلاکتی

(۲) تجویز IVIG + پردنیزولون خوراکی

(۳) آسپیرین با دوز ضد پلاکتی

(۴) تجویز IVIG + آسپیرین با دوز ضدالتهابی

۳۵ کودک 2 ساله با سابقه تب 5 روزه، کونژکتیویت مترشحه، ضایعات دهانی اروزو، لنفادنوپاتی منتشر و یووئیت قدامی مراجعه کرده است. کدام علامت به نفع بیماری کاوازاکی است؟

(۱) کونژکتیویت مترشحه

(۲) ضایعات دهانی اروزو

(۳) لنفادنوپاتی منتشر

(۴) یووئیت قدامی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۳۶ کودکی 9 ماهه با تب 7 روزه و قرمزی لب ها و چشم ها و پوسته ریزی ناحیه پرینه، در بررسی اولیه اکوکاردیوگرافیک دارای آنوریسم کرونری LAD با Zscore: 6.7 می باشد. همه اقدامات زیر صحیح است بجز:

- (۱) درمان با IVIG + Infliximab
- (۲) تکرار اکوکاردیوگرافی 2-3 روز بعد
- (۳) آسپیرین + کلوپیدوگرل
- (۴) درمان با هپارین

۳۷ پسر 7 ساله ای با شکایت تب و لنفادنوپاتی گردنی از یک هفته قبل در بخش عفونی بستری و تحت درمان آنتی بیوتیکی می باشد. در بررسی به دلیل عدم پاسخ اولیه به درمان تحت سی تی اسکن گردنی قرار گرفت که مناطق هیپودنس پری تونسیلار گزارش گردید. درمان آنتی بیوتیکی تشدید اما تب بیمار همچنان ادامه یافته و اندکس های التهابی خونی بالارونده می باشند. نشانه و یافته دیگری ندارد. کدام اقدام ضروری تر است؟

- (۱) چک دی دایمر، فریتین
- (۲) چک آلbumین، آنزیم های کبدی
- (۳) سونوگرافی شکمی
- (۴) اکوکاردیوگرافی

۳۸ شیرخوار 8 ماهه ای با علایم تب ناگهانی بیش از 38.5، لنفادنوپاتی گردنی، راش ماکولر منتشر، اسهال و استفراغ مراجعه کرده است. در سابقه، 2 نوبت بستری بعلت مشابه ظرف 2 ماه گذشته در دو مرکز متفاوت داشته که با درمان های حمایتی و آنتی بیوتیک پس از حدود 5-6 روز بهبود یافته است. در هر نوبت اندکس های التهابی بالا اما کشت ها منفی بوده است. این نوبت نیز دارای علایم آزمایشگاهی مشابه است. در بررسی اکوکاردیوگرافیک آنوریسم عروق کرونری گزارش شده است. کدام مورد صحیح است؟

- (۱) درمان با IVIG + آسپیرین
- (۲) اندازه گیری سطح IgD سرم
- (۳) دریافت IVIG ماهانه
- (۴) تجویز استروئید طولانی مدت

۳۹ در بررسی بیمار مبتلا به JDM، آنتی بادی anti MDA5 مثبت می باشد. همه موارد زیر مورد انتظار است بجز؟

- (۱) کاهش سطح آنتی بادی بدنبال درمان
- (۲) شدت درگیری عضلانی بیشتر
- (۳) احتمال درگیری ریوی بیشتر
- (۴) سطح فریتین بالاتر

رشته: روماتولوژی کودکان

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۴۰ پسر ۱۰ ساله‌ای با درد عضلانی، ضعف پیشرونده عضلات کمر بند لگنی و دشواری در بالا رفتن از پله‌ها از ۲ ماه پیش مراجعه کرده است. علائم ارتباط مشخصی با ورزش یا ناشتایی ندارند. در معاینه راش پوستی وجود نداشته، عضلات ران دوطرف متورم اما عضلات ساق پا طبیعی هستند. سابقه خانوادگی منفی است. در بررسی اولیه سطح CK افزایش نسبی داشته است. کدام اقدام را جهت تشخیص نهایی توصیه می‌کنید؟

(۱) T3, T4, TSH

(۲) Acylcarnitine profile

(۳) DMD gene sequencing

(۴) Anti JO1 Ab , Anti PM/Scl

۴۱ بیمار مبتلا به درماتومیوزیت جوانان با شدت متوسط که از یک ماه پیش تحت درمان با پردنیزون و متوترکسات قرار گرفته با علائم درد کرامپی شکم و اسهال خونی به اورژانس مراجعه کرده است. رفلکس gag و تعداد تنفس طبیعی است. همه اقدامات زیر صحیح است بجز:

(۱) سی تی اسکن شکم با کنتراست

(۲) تغذیه با لوله نازوگاستریک

(۳) شروع پالس متیل پردنیزولون

(۴) شروع سیکلوفسفاماید

۴۲ پسر ۱۲ ساله با تشخیص کولیت اولسراتیو از ۶ ماه پیش تحت درمان با پردنیزون و سولفاسالازین قرار داشته است. به تازگی علائم گوارشی تشدید یافته و درد کمر التهابی شروع گردیده که تست پاتریک مثبت دارد. در بررسی اولیه HLA B27 مثبت دارد. با مشارکت همکار فوق تخصص گوارش جهت کنترل هر دو وضعیت، تصمیم به شروع داروی بیولوژیک می‌گردد. کدام مورد بهترین انتخاب می‌باشد؟

(۱) Secukinumab

(۲) Etanercept

(۳) Certolizumab

(۴) Adalimumab

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۴۳ پسر 6 ساله از 2 سال گذشته بدنبال سه نوبت ترومای جزیی به زانوها، دچار تورم زانو گشته است که در هر نوبت با احتمال آرتریت سپتیک تحت درمان قرار گرفته است. کشت ها منفی بوده است. این نوبت با تورم مجدد زانوی راست بدنبال تروما مراجعه کرده که در آسپیراسیون نوترفیل فراوان در مایع سینوویال و خوردگی در مفصل در اثر حمله قبلی قابل مشاهده است. در سابقه بدنبال هر نوبت رگ گیری دچار پوستول در محل ورود آنژیوکت می گردید. سابقه آفت های دهانی دارد. با شک به بیماری خودالتهابی، بررسی ژنتیک موتاسیون در ژن PSTPIP1 دارد. درمان پیشنهادی مؤثر در این مرحله کدام است؟

(۱) توفاسیتینیب

(۲) اتانرسپت

(۳) توسیلی زوماب

(۴) آناکیرا

۴۴ دختر ۹ ساله ای با حملات ۱۰ تا ۱۴ روزه تب، درد شکم، میالژی شدید و مهاجر ران، راش اریتماتوزی که همراه درد عضلانی به سمت دیستال اندام حرکت می کند مراجعه کرده است. پدر بیمار علائم مشابه دارد. کلشی سین 1 میلی گرم روزانه بی اثر بوده و برای کنترل هر حمله به دوزهای فزاینده پردنیزولون نیاز پیدا کرده است. کدام درمان نگهدارنده مناسب تر است؟

(۱) اینفلکسی ماب

(۲) کاناکي نوماب

(۳) افزایش دوز کلشی سین

(۴) پردنیزولون روزانه

۴۵ پسر ۱۴ ساله ای با سابقه ۹ ماه درد و تورم متناوب زانوی راست و مچ پای چپ به درمانگاه روماتولوژی مراجعه می کند. در معاینه، آرتریت زانوی راست همراه با حساسیت واضح در محل اتصال تاندون آشیل و فاشیای پلانتار دوطرفه مشاهده می شود. کدام درمان می تواند سرعت پیشرفت آسیب مفصلی را کاهش دهد؟

(۱) NSAIDs

(۲) Methotrexate

(۳) Infliximab

(۴) Sulfasalazine

۴۶ کودک 3 ساله به دنبال 3 نوبت حمله تب به فواصل یک ماه ونیم، در بررسی ژنتیکی موتاسیون در ژن MEFV از نوع هموزیگوت M694V دارد. تمام موارد زیر صحیح است بجز؟

(۱) ریسک بروز میالژی تب دار، با Ck بالا بیشتر است.

(۲) بیمار دارای ریسک فاکتور ابتلا به بیماری بهجت است.

(۳) ریسک آمیلوئیدوز در این بیمار بالاتر است.

(۴) ریسک بروز آرتریت در این بیمار در حملات بعدی بالاتر است.

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۴۷ دختر ۱۵ ساله‌ای با تشخیص نفریت لوپوسی کلاس IV، تحت درمان با پردنیزولون، مایکوفنولات موftیل و هیدروکسی‌کلروکین قرار دارد. پس از ۶ ماه درمان، عملکرد کلیه پایدار است، اما همچنان پروتئینوری قابل توجه، anti-dsDNA بالا و کاهش C3 و C4 دارد. بیمار درمان خود را به‌طور منظم دریافت کرده و سابقه عفونت جدی نیز ندارد. مناسب‌ترین اقدام درمانی بعدی کدام است؟

- (۱) جایگزین کردن مایکوفنولات موftیل با بلیوماب
- (۲) افزودن بلیوماب به درمان استاندارد فعلی
- (۳) جایگزین کردن مایکوفنولات موftیل با ریتوکسیماب
- (۴) افزودن ریتوکسیماب به درمان استاندارد فعلی

۴۸ دختر ۱۶ ساله‌ای به دلیل خشکی چشم از پنج سال پیش مورد بررسی قرار گرفته که Anti-FANA, RF و Ro مثبت داشته است. در این مدت تحت درمان با اشک مصنوعی، هیدروکسی‌کلروکین و متوترکسات بوده است. در حال حاضر، خشکی چشم و دهان نسبت به قبل تغییری نکرده است و از سرفه خشک شکایت دارد. در HRCT انجام شده شواهد درگیری بینابینی ریه و ندولهای ریوی را نشان می‌دهد. مناسب‌ترین اقدام برای بیمار کدام است؟

- (۱) شروع داروی ایمونوساپرسیو
- (۲) شروع استروئید سیستمیک
- (۳) بررسی از لحاظ سارکوئیدوزیس
- (۴) بررسی از لحاظ لنفوم

۴۹ برای نوزادی که از مادر لوپوسی و Anti-SSA مثبت دنیا آمده با شما مشاوره می‌شود. در مشاوره قلب انجام شده بلوک درجه یک و طولانی شدن PR interval گزارش شده است ولی ریتم قلب منظم و عملکرد بطنی در اکوکاردیوگرافی طبیعی بوده است. نوزاد یافته پوستی ندارد و آزمایشات CBC و آنزیمهای کبدی وی طبیعی است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

- (۱) بررسی هفتگی قلبی و مداخله در صورت پیشرفت بلوک قلبی
- (۲) تصمیم‌گیری براساس سطح اتوانتی بادی های نوزاد
- (۳) شروع استروئید خوراکی برای نوزاد به مدت یک ماه
- (۴) با توجه به عدم وجود عارضه جدی اقدامی نیاز ندارد

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۵۰ دختر ۱۴ ساله با سابقه تشخیص واسکولیت تاکیاسو تایپ ۴ تحت درمان با پردنیزولون، متوتروکسات، آملودیپین، آتنولول و هیدروکلروتیازید با حداکثر دوز قرار دارد. هنوز از دردهای شکمی گاهگاهی بدنبال غذا خوردن شاکی است. در پیگیری انجام شده، میزان تنگی در آئورت شکمی افزایش یافته که در تزریق ماده حاجب Enhancement ندارد. فشار خون بیمار ۱۶۰/۹۰ می باشد. آزمایش‌ها به شرح زیر است:

WBC: 5890 (N: 51%) ; Hgb: 12.7 ; PLT: 211000 ; ESR: 15 ; CRP: 6 ; BUN: 22 ; Cr: 0.7

کدام اقدام صحیح است؟

- (۱) شروع سیکلوفسفامید
- (۲) شروع اینفلکسی ماب
- (۳) شروع توسیلی زوماب
- (۴) معرفی جهت جراحی

۵۱ یک نوجوان ۱۴ ساله مبتلا به Cystic Fibrosis به دلیل بروز ضایعات ندولار پورپوریک، دردناک و خارش دارِ عودکننده در ناحیه مچ پا و قسمت تحتانی ساق‌ها مراجعه می‌کند. این ضایعات همزمان با تشدید علائم ریوی ایجاد شده‌اند. بیوپسی پوست، پانیکولیت همراه با واسکولیت عروق کوچک با درگیری غالب ونول‌ها (ونولیت) را نشان می‌دهد. بررسی‌های سرولوژیک، cANCA مثبت گزارش شده، در حالی که سایر اتوآنتی‌بادی‌ها منفی هستند. کدام درمان را تجویز می‌کنید؟

- (۱) کلشی سین
- (۲) میکوفنولات مافتیل
- (۳) پردنیزون با دوز بالا
- (۴) آزاتیوپرین

۵۲ دختر ۱۰ ساله‌ای با شکایت از قرمزی، درد و فتوفوبی چشم راست از سه ماه قبل مراجعه کرده است. وی ابتدا با تشخیص کراتیت تحت درمان موضعی قرار گرفته، اما طی دو هفته اخیر دچار سرگیجه، وزوز گوش شده است. در معاینه کراتیت بینابینی (interstitial keratitis) تأیید می‌شود. در آزمایشات اولیه ESR CRP بالا دارد. در مرحله اولیه همه اقدامات زیر صحیح است بجز؟

- (۱) چک ANA , pANCA , cANCA
- (۲) درمان با آسیکلوویر به مدت ۶ هفته
- (۳) اکوکاردیوگرافی قلب و آئورت
- (۴) شروع زودرس استروئید با دوز بالا

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۵۳ پسر ۹ ساله‌ای با همی‌پارزی حاد سمت راست و اختلال تکلم مراجعه می‌کند. MRI مغز انفارکتوس محدود به قلمرو شریان مغزی میانی چپ را نشان می‌دهد. در MRA، تنگی قطعه‌ای و نامنظمی شریان کاروتید داخلی دیستال و بخش ابتدایی Middle Cerebral Artery مشاهده می‌شود. بررسی عفونت، ترومبوفیلی و بیماری‌های روماتولوژیک سیستمیک منفی است. بر اساس پروتکل BRAINWORKS علاوه بر درمان با استروئید کدام اقدام مناسب است؟

- (۱) MRI سه ماه بعد
- (۲) سیکلوفسفامید برای ۷ دوره
- (۳) میکوفنولات مافتیل برای ۶ ماه
- (۴) اینفلکسی ماب برای ۳ ماه

۵۴ پسر ۵ ساله‌ای با رشد و نمو طبیعی، با تب ۳۸ درجه، درد و تورم زانوی راست از روز قبل مراجعه کرده است. بیمار قادر به تحمل وزن روی اندام راست نیست. در معاینه، درد و تندرns استخوانی یافت نشد و فقط تورم و افیوژن مفصل دارد. بدلیل عفونت تنفسی از هفته گذشته در حال درمان با کوآموکسی کلاو بوده است. در آزمایشات اولیه ESR: 18 ; CRP: 6 ; N: 52% ; WBC: 9100 کدام اقدام زیر صحیح است؟

- (۱) تکرار ESR, CRP, CBC بیست و چهار ساعت بعد
- (۲) MRI زانو
- (۳) اسکن استخوانی
- (۴) شروع آنتی‌بیوتیک وریدی

۵۵ پسر ۱۴ ساله با شکایت درد کشاله ران و لنگش از ۳ ماه پیش مراجعه می‌کند. در معاینه محدودیت حرکت در وضعیت فلکسیون و ادوکسیون هیپ راست داشته و درد تشدید می‌یابد. حرکات هیپ در سایر جهات نرمال است. تشخیص اولیه کدام است؟

- (۱) Slipped Capital Femoral Epiphyses
- (۲) Femoral Acetabular Impingement
- (۳) Legg-Calve-Perthes disease
- (۴) Chondrolysis Hip Joint

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۵۶ دختر 13 ساله مبتلا به لوپوس از 2 سال گذشته تحت درمان که از نظر بالینی و آزمایشگاهی در وضعیت کنترل شده قرار داشته و با شکایت خونریزی لثه و منوراژی مراجعه می کند. داروی مصرفی شامل MMF + HCQ با کمترین دوز بوده و مصرف آسپیرین بدلیل سطوح بالای آنتی کوآگولان نیز داشته است. در معاینه فقط مختصر رنگ پریدگی داشته اما علائم حیاتی و سایر معاینات طبیعی می باشند. در سابقه دو هفته قبل مبتلا به آنفولانزای فصلی شده که با نظر پزشک معالج آسپیرین موقتاً تا رفع علائم قطع شده بود. در آزمایشات سلولهای خونی، مارکهای التهابی، فیبرینوژن، دی دایمر و تستهای عملکرد کلیه و ادرار طبیعی هستند. PT نرمال و PTT=62 و پروترومبین سرم کاهش یافته است.

کدام اقدام درمانی زیر صحیح است؟

- (۱) قطع مجدد آسپیرین و تزریق پلاسمای منجمد تازه
- (۲) ادامه آسپیرین و شروع آنتی کوآگولان مناسب
- (۳) آنتی بیوتیک وسیع الطیف و تزریق خون
- (۴) شروع پردنیزولون و افزایش دوز MMF

۵۷ پسر ۱۴ ساله‌ای با سابقه تنگی نفس و سرفه Non productive از دو سال قبل با تشخیص پنومونیت بینابینی تحت درمان بوده است. از 2 ماه پیش نیز دچار تورم مفاصل MCP انگشتان دو طرف و تورم قرینه زانوها شده است. در آزمایش ها

RF: Positive ; FANA: 1/640 ; P-ANCA (IF): Positive ; C-ANCA (IF): Negative

BUN: 22 ; Cr: 0.6 ; U/A: RBC: 0-1 ; WBC: 0-1 ; Protein: Neg

کدام اقدام در این مرحله به تشخیص کمک بیشتری می نماید؟

- (۱) چک ANTI-MPO
- (۲) چک ANTI-ds DNA
- (۳) Lung Biopsy
- (۴) Stool Calprotectin

۵۸ احتمال و فراوانی RF مثبت در کدام یک از بیماری های زیر بیشتر است؟

- (۱) JIA
- (۲) Sjögren syndrome
- (۳) Granulomatosis with polyangiitis
- (۴) Mixed cryoglobulinemia

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۵۹ بدلیل تاثیر داروهای آنتی کواگولان بر روی سطح آنتی فسفولیپیدها، اندازه گیری کدامیک قبل از شروع دارو توصیه می شود؟

- ۱ Total Antiphospholipid Abid
- ۲ Anti B2 Glycoprotein IgM, IgG
- ۳ Anticardiolipin IgM, IgG
- ۴ Lupus Anticoagulant

۶۰ کودک ۱۲ ساله‌ای به علت اسکولیوز به شما ارجاع شده است. زاویه Cobb در رادیوگرافی PA ستون فقرات (که در آن زاویه بین مهره‌های فوقانی و تحتانی که بیشتر در مسیر انحنا قرار گرفته‌اند را نشان می دهد) ۴۶ درجه می باشد. مناسبترین اقدام درمانی کدام است؟

- ۱ فالوآپ بیمار شش ماه دیگر با تکرار گرافی
- ۲ شروع فیزیوتراپی حداقل هفته ای سه بار
- ۳ تجویز بريس توراколومبار برای بیمار
- ۴ معرفی جهت جراحی و فیوژن

۶۱ پسر ۱۶ ساله‌ای به دلیل درد شدید و ناگهانی بین دو کتف که در حین ورزش ایجاد شده به اورژانس آورده شده است. سابقه بیماری قلبی و تنفسی را ذکر نمی کند. در معاینه ضربان قلب ۱۲۵ و فشارخون بیمار در درست راست ۹۵/۶۰ و دست چپ ۱۱۸/۷۰ می باشد. دفورمیتی قفسه سینه دارد و قد وی ۱۷۵ (بالای صدک ۹۵) می باشد. کدام اقدام برای بیمار اولویت بیشتری دارد؟

- ۱ بستری در CCU و انجام اکوکاردیوگرافی
- ۲ بستری در ICU و انجام سی تی ریه اسکن پرفیوژن ریه
- ۳ تجویز NSAIDs و بررسی از لحاظ کوستوکندريت
- ۴ عدم تجویز دارو و انجام MRI ستون فقرات

۶۲ مادر بارداری در هفته دهم بارداری به دلیل سابقه تولد نوزادی با Complete Congenital Heart Block در بارداری قبلی به شما ارجاع شده است. مادر هیچ‌گونه سابقه شناخته‌شده‌ای از بیماری‌های روماتولوژیک ندارد، اما در بررسی پس از زایمان قبلی، ANA مثبت گزارش شده است. در آزمایشات اخیر هم ANA و Anti-Ro/SSA مثبت دارد ولی علامت بالینی ندارد. مناسبترین توصیه برای ارزیابی مادر و غربالگری درگیری قلب جنین در این بارداری کدام است؟

- ۱ پیگیری ماهانه مادر و تجویز دارو و ارزیابی قلب جنین فقط در صورت بروز برادی کاردی
- ۲ شروع هیدروکسی‌کلروکین و ارزیابی قلب جنین هر ۱ تا ۲ هفته از هفته ۱۶ تا ۲۶ بارداری
- ۳ تکرار Anti-SSA هر دو هفته و در صورت افزایش تیتراژ آنتی بادی تجویز دارو و ارزیابی قلب جنین در هفته ۲۰ بارداری
- ۴ شروع دگزامتازون و انجام نوار قلب (NST) از هفته ۲۰ بارداری به صورت هفتگی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۶۳ نوزادی به دلیل ضایعات پوستی به شما ارجاع شده است. مادر نوزاد مشکوک به بیماری روماتولوژیک است ولی بیماری شناخته شده ای را ذکر نمی کند. در گرافی هیپ نمای *chondrodysplasia punctata* (تصویر زیر) گزارش شده است.



ارزیابی کدامیک از فاکتورهای زیر در مادر و نوزاد ارزش تشخیصی بیشتری دارد؟

(۱) FANA

(۲) Anti RO/LA , Anti RNP

(۳) CBC, LFT, TSH, Ca, Ph

(۴) Anti ds-DNA, C3, C4, Ch50

۶۴ دختر 4 ساله‌ای از 9 ماهگی به علت حملات مکرر تب، راش منتشر و آرتریت با تشخیص *Sys JIA* تحت درمان با پردنیزولون و متوترکسات بوده است اما بیماری هیچگاه کنترل نشده است. در این مدت بیماری فراز و نشیب و حملات تب مکرر داشته است. در معاینه، راش منتشر با ارجحیت روی تنه که شباهت به راشهای آلرژیک است دارد و با حملات بیماری تشدید میشود. والدین از کاهش شنوایی کودک شاکی هستند. در آزمایشات بیمار نیز همواره مارکرهای التهابی بالا داشته است. مناسب ترین اقدام برای کودک چیست؟

(۱) افزودن توسیلیزومب

(۲) اضافه کردن اتانرسپت

(۳) افزودن دوز داروها

(۴) تجویز آناکینرا

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۶۵ دختر 4 ساله‌ای از ۱۸ ماهگی به علت ضایعات دردناک انگشتان دست و پا، زخم‌های عودکننده نوک بینی، تب‌های خفیف مکرر و افزایش مارکرهای التهابی تحت پیگیری بوده است. در بیوپسی پوست واسکولیت عروق کوچک گزارش شده است و به دلیل درگیری ریوی با تشخیص ANCA-negative vasculitis تحت درمان با کورتیکواستروئید، آزاتیوپرین و ریتوکسیماب قرار گرفته اما بیماری همچنان پیشرفت کرده است. در معاینه، اسکارهای متعدد انگشتان، تخریب نوک بینی و در سمع ریه کراکل دوطرفه ریه دارد. مناسب ترین درمان برای بیمار چیست؟

(۱) آناکینرا

(۲) توسیلی زومب

(۳) سل سپت

(۴) توفاسیتینیب

۶۶ کودک دو ساله‌ای از اوایل شیرخوارگی به علت تب‌های راجعه، اسهال مزمن و اسپلنومگالی به شما ارجاع شده است. وی تاکنون چند بار با تابلوی Macrophage Activation Syndrome (MAS) بستری شده است. در آخرین حمله، هایپرفریتینمی شدید، هیپرتری‌گلیسریدمی، هیپوفیبرینوژنمی و پان‌سیتوپنی داشته که تحت درمان با آناکینرا قرار گرفته است. با وجود بهبود نسبی پس از درمان با آناکینرا، التهاب سیستمیک و افزایش سیتوکین‌ها همچنان پایدار باقی مانده است. محتمل ترین تشخیص برای بیمار کدام است؟

(۱) Haploinsufficiency of A20

(۲) Enterocolitis and Autoinflammation with Mutation in NLRC4

(۳) Cryopyrin-associated periodic syndrome

(۴) Mevalonate Kinase Deficiency

۶۷ پسر ۸ ساله با پورپورای قابل لمس در اندام تحتانی، درد شکمی کولیکی، آرترالژی مچ پا و هماچوری میکروسکوپیک مراجعه کرده است. بیوپسی پوست، واسکولیت لکوسیتوکلاستیک با رسوب IgA در دیواره عروق کوچک نشان می‌دهد. کدام یافته با تشخیص اول بیماری همخوانی کمتری دارد؟

(۱) پروتئینوری خفیف

(۲) لکوسیتوز متوسط

(۳) کاویتاسیون ریوی

(۴) درد و تورم اسکروتوم

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۶۸ پسر ۱۳ ساله‌ای با آرتریت مچ دست، زانو و مفاصل کوچک دست به مدت ۹ ماه تحت درمان با متوترکسات و آلتبرل بوده است. با کنترل بیماری و قطع آلتبرل با عود مجدد علائم مراجعه کرده است. در معاینه دچار تورم منتشر و یکنواخت انگشت سوم دست به صورت قرینه بوده و ناخن‌ها هم دچار دفورمیتی شده است. مجدد دوز دارو افزایش می‌یابد ولی پاسخ مناسب درمانی بعد از سه ماه مشاهده نمی‌شود. بیمار تب، علائم گوارشی و شکایت از درگیری محوری نیز ندارد. مناسب‌ترین اقدام درمانی کدام است؟

- ۱) افزایش دوز متوترکسات و ادامه درمان قبلی با آلتبرل
- ۲) ادامه درمان با داروهای قبلی و تزریق داخل مفصلی در مفاصل متورم
- ۳) قطع متوترکسات و Anti TNF و شروع داروی JAK Inhibitor
- ۴) شروع Anti TNF جدید و ادامه درمان با متوترکسات

۶۹ پسر ۱۲ ساله‌ای با تورم موضعی در جلوی زانو مراجعه کرده است. در معاینه، تورم دقیقاً روی پاتلا قرار دارد و با فشار موضعی دردناک است، اما حرکت مفصل زانو تقریباً کامل است و شواهدی از joint effusion وجود ندارد. کدام ساختار به احتمال زیاد درگیر است؟

- ۱) Synovial cavity
- ۲) Infrapatellar fat pad
- ۳) Prepatellar bursa
- ۴) Articular cartilage

۷۰ کودک سه ساله با درگیری مفصل هر دو زانو و مچ دست راست با تشخیص JIA اولیگوآرتریکولار از سه ماه قبل تحت درمان با پردنیزولون خوراکی روزانه ۲/۵ میلی‌گرم و داروی ناپروکسن است. در مراجعه اخیر متوجه گسترش بیماری و درگیری مفصل مچ پای راست و آرنج چپ هم می‌شوید. بهترین توصیه درمانی در این بیمار چیست؟

- ۱) افزایش دوز کورتون خوراکی
- ۲) استفاده از پالس متیل پردنیزولون
- ۳) افزودن بیولوژیک به رژیم درمانی
- ۴) افزودن متوترکسات به درمان

۷۱ پسر ۵ ساله‌ای با Sys JIA تحت درمان با tocilizumab بوده است، به علت بیحالی مراجعه کرده است. در معاینه تب ندارد، آرتریت کنترل نشده و در آزمایشات تعداد پلاکتها و فیبرینوژن به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافته و AST و ferritin نسبت به قبل بالا رفته است. کدام رویکرد مناسب‌تر است؟

- ۱) افزودن متوترکسات
- ۲) ادامه درمان قبلی
- ۳) قطع Tocilizumab
- ۴) شروع درمان MAS

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۷۲ دختر یازده ساله با سابقه بیماری لوپوس اریتماتوی سیستمیک تحت درمان با پردنیزولون، کلروکین و سل سبت به دلیل تنگی نفس و تاکی پنه به اورژانس آورده شده است. در رادیوگرافی قفسه سینه، انفیلتراسیون پاچی و منتشر در لوب تحتانی هر دو ریه همراه با پلورال افیوژن دیده شد. بیمار را فوراً بستری می‌کنیم و آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف به همراه داروی ضد قارچ گذاشته و ارزیابی های عفونی برای بیمار انجام می‌شود. علیرغم استفاده از آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف، بهبودی در بیمار وجود ندارد ضمن اینکه ارزیابی های عفونی انجام شده منفی گزارش می‌گردد. در حال حاضر بهترین پیشنهاد درمانی برای این بیمار کدام است؟

(۱) پالس متیل پردنیزولون

(۲) تغییر رژیم آنتی بیوتیکی بیمار

(۳) هپارین تراپی

(۴) ایمونوگلوبولین وریدی

۷۳ دختر ۱۴ ساله‌ای با تورم انگشتان دست و ضعف عضلات پروگزیمال مراجعه کرده است. بیمار از رنگ پریدگی و سردی انگشت ها در سرما شاکی است. در معاینه، التهاب مفاصل مچ دست‌ها و تغییر در قوام پوست آن مشهود است. آزمایش‌ها نشان‌دهنده ANA با الگوی Speckled است. کدامیک از موارد زیر در تشخیص احتمالی این بیمار کمک بیشتری می‌کند؟

(۱) Anti SCL 70

(۲) U1Anti RNP

(۳) Ds-DNA

(۴) Anti SS-A

۷۴ دختر ۱۴ ساله‌ای مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک با شروع در کودکی (cSLE) با تنگی نفس پیشرونده و درد پلورتیک قفسه سینه مراجعه می‌کند. در رادیوگرافی قفسه سینه، بالا بودن دیافراگم‌ها و کاهش حجم ریه‌ها مشاهده می‌شود. CT با وضوح بالا کاهش واضح حجم ریه را نشان می‌دهد، اما شواهدی به نفع بیماری بینابینی ریه یا درگیری قابل‌توجه پارانشیم ریه وجود ندارد. تست‌های عملکرد ریوی نیز الگوی محدودکننده (restrictive) را نشان می‌دهند. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

(۱) Associated Interstitial Lung Disease

(۲) Pulmonary thromboembolic

(۳) Shrinking lung syndrome

(۴) Pulmonary arterial hypertension

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۷۵ دختر ۱۳ ساله‌ای با خستگی، آرتریت مچ دست و زانو و راش مالار مراجعه می‌کند. ANA با تیترا بالا مثبت است. در بررسی تکمیلی، anti-dsDNA مثبت با تیترا بالا ولی anti-Sm منفی است. C3 و C4 و بررسی ادرار نرمال می‌باشد. کدام گزینه بهترین تفسیر یافته‌ها در این بیمار است؟

- (۱) منفی بودن anti-Sm بدلیل اختصاصی بودن آن احتمال لوپوس را رد می‌کند.
- (۲) مثبت بودن anti-dsDNA از تشخیص لوپوس حمایت می‌کند.
- (۳) تیترا بالای anti-dsDNA مشخصه عود بیماری لوپوس است.
- (۴) در صورت مثبت شدن Anti RO آنتی بادی می‌توان تشخیص لوپوس را مسجل کرد.

۷۶ پسر دوازده ساله با شکایت فشار خون نزد شما آورده شده است. در معاینه متوجه ضایعات پوستی به صورت لویدورتیکولاریس در اندام تحتانی می‌شوید. بیمار همچنین از درد دستگاه ژنیتالیا نیز شکایت دارد. در آنژیوگرافی همراه میکروآنوریسم های متعدد در شریان کلیوی همراه تنگی وجود دارد. علاوه بر استروئید خط اول درمان در این بیمار کدام دارو است؟

- (۱) اینفلکسی ماب
- (۲) سیکلوفسفامید
- (۳) آزاتیوپرین
- (۴) توسیلیزوماب

۷۷ دختر ۱۱ ساله‌ای با سابقه ۶ ماهه تب‌های متناوب، درد عضلات ساق و درد مفاصل مراجعه کرده است. در معاینه، چند ندول زیرجلدی دردناک در سطح ساق‌ها مشاهده می‌شود. فشار خون، کراتینین، C3 و C4 بیمار طبیعی هستند. ANCA منفی است. درگیری سیستم عصبی، گوارشی، کلیوی و قلبی وجود ندارد. آزمایش ASO بیمار افزایش یافته است. بیوپسی پوست واسکولیت نکروزان گزارش شده است. علاوه بر درمان با استروئید بهترین اقدام درمانی در این بیمار کدام است؟

- (۱) Azathioprine
- (۲) Colchicine
- (۳) پنی سیلین ماهانه
- (۴) هیدروکسی کلروکین سولفات

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۷۸ یک دختر ۱۴ ساله طی ۸ ماه گذشته از درد منتشر در گردن، شانه‌ها، پشت، لگن و هر دو اندام تحتانی شکایت دارد. درد با فعالیت تشدید می‌شود و باعث شده است از مدرسه و فعالیت‌های ورزشی کناره‌گیری کند. طی ۳ ماه اخیر اختلال خواب، خستگی، سردرد و احساس تمرکز ضعیف نیز ایجاد شده است. معاینه مفاصل فاقد تورم یا گرمی و محدود حرکتی است. در لمس، حساسیت منتشر در نقاط متعدد بدن وجود دارد. CBC، ESR، CRP، CK و TSH طبیعی هستند. MRI مفاصل و اسکن استخوان‌ها نیز طبیعی است. مناسب‌ترین گزینه درمانی کدام است؟

- (۱) شروع پردنیزون با دوز کم و ادامه آن تا برطرف شدن کامل درد
- (۲) استراحت در منزل، محدود کردن فعالیت فیزیکی و استفاده از مسکن
- (۳) افزایش تدریجی فعالیت فیزیکی همراه با مداخلات روان‌شناختی
- (۴) شروع متوتروکسات به‌منظور مهار التهاب تحت‌بالیانی

۷۹ دختر ۱۵ ساله‌ای با کاهش دید دوطرفه و پان‌یوئیت مراجعه کرده است. در شرح حال، سردرد شدید و کاهش شنوایی اخیر وجود دارد. در معاینه، نواحی depigmentation پوست و سفید شدن ناحیه‌ای مژه‌ها و ابروها مشاهده می‌شود. در معاینه شواهدی از arthritis ندارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

- (۱) TINU syndrome
- (۲) یوئیت در زمینه لوپوس
- (۳) یوئیت در زمینه بیماری هرپس
- (۴) Vogt-Koyanagi-Harada syndrome

۸۰ در یک مطالعه، پژوهشگران ابتدا گروهی از کودکان مبتلا به یک عارضه نادر روماتولوژیک و گروهی بدون این عارضه را انتخاب کرده و سپس سابقه مواجهه قبلی آنها با یک داروی خاص را بررسی می‌کنند. کدام گزینه در مورد این نوع مطالعه صحیح است؟

- (۱) Cross-sectional study
- (۲) Case-Control study
- (۳) Cohort study
- (۴) Randomized controlled trial

رشته: روماتولوژی کودکان

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۸۱ دختر ۱۵ ساله‌ای با سابقه easy bruising و دردهای خفیف مفصلی مراجعه کرده است. پوست او نازک و شفاف است و وریدهای زیرجلدی به وضوح دیده می‌شوند. هیپرموبیلیتی خفیف بوده و عمدتاً به مفاصل دست محدود است. یکی از بستگان درجه اول او در سن پایین به علت پارگی خودبه‌خودی شریان فوت کرده است. برای بیمار بررسی ژنتیک انجام شده که نقص در ژن COL3A1 گزارش شده است. احتمال ترین تشخیص برای بیمار کدام است؟

(۱) Marfan Syndrome

(۲) Vascular Ehlers–Danlos Syndrome

(۳) Loeys–Dietz syndrome

(۴) Fibromuscular dysplasia

۸۲ دختر ۵ ساله‌ای با سابقه oligoarticular JIA و آرتریت فعال و طول‌کشیده زانوی چپ از نه ماه پیش مراجعه کرده که از سه ماه پیش تحت درمان با استروئید با دوز پائین و متوترکسات قرار گرفته است. سابقه تزریق داخل مفصل را نمی‌دهد. در معاینه جدید، اختلاف خفیف در طول اندام‌های تحتانی مشاهده می‌شود کدامیک از گزینه‌های زیر با شرایط بیمار بیشتر قابل توجه است؟

(۱) به دلیل هیپریمی در مفصل مبتلا، افزایش طول اندام مبتلا مورد انتظار است.

(۲) با احتمال تخریب مفصل، افزایش طول اندام سالم مورد انتظار است.

(۳) اختلاف طول اندامها قابل توجه نیست و باید به دنبال علل دیگر اختلاف طول اندامها بود.

(۴) احتمال AVN سر فمور در مفصل هیپ یک طرف می‌تواند علت اختلاف طول اندامها باشد.

۸۳ نوجوان ۱۷ ساله‌ای اهل کردستان با شکایت آفت‌های مکرر دهانی با شروع از ۵ سالگی به کلینیک آمده است. در ۷ سالگی سابقه حمله‌ای از سردرد، قرمزی چشم و تاری دید داشته است که توسط چشم‌پزشک قطره موضعی و داروی سیستمیک شامل گلوکوکورتیکوئید تجویز شده است. با توجه به تشخیص اولیه، محتمل ترین عارضه کلیوی کدام است؟

(۱) آمیلوئیدوز

(۲) نفریت انترسیسیل

(۳) آنوریسم شریان کلیه

(۴) ترومبوز ورید کلیوی

۸۴ پسر ۱۲ ساله‌ای به دلیل پان‌یوئیت از طرف چشم‌پزشک ارجاع شده است. زخم‌های مکرر دردناک دهانی و اسکروتال را از ۶ ماه قبل ذکر می‌کند. جهت درمان وی کدام دارو انتخاب اول و اصلی است؟

(۱) تالیدوماید

(۲) آپرمیلاست

(۳) داپسون

(۴) آزاتیوپرین

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۸۵ پسر 9 ساله مبتلا به SJIA از 10 ماه پیش تحت درمان با آنakinra بوده است. علائم سیستمیک برطرف و مارکرهای التهابی طبیعی شده اند. در طی 5 ماه گذشته سینوویت پایدار در هر دو مچ دست و مچ پا ادامه یافته که در رادیوگرافی کاهش فضای مفصلی در مچ دست ها مشهود است. کدام راهبرد را پیشنهاد می کنید؟

(۱) افزایش دوز آنakinra

(۲) جایگزینی با توسیلیزوماب

(۳) جایگزینی با اتانرسپت

(۴) افزودن ناپروکسن

۸۶ پسر 5 ساله ای با بزرگ شدن تدریجی و بدون درد دوطرفه فک از 3 سالگی مراجعه کرده است. در معاینه، برجستگی متقارن mandibular و اختلال رویش دندان ها وجود دارد. تب یا سایر علائم سیستمیک ندارد. CT ضایعات expansile multilocular دو طرفه فک همراه با cortical thinning را نشان می دهد. مناسب ترین درمان برای این بیمار چیست؟

(۱) Imatinib

(۲) Tofacitinib

(۳) Rituximab

(۴) Tocilizumab

۸۷ دختر ۶ ساله مبتلا به JIA الیگوآرتیکولار با یوویت قدامی مزمن، پس از ۸ ماه درمان با متوترکسات و آدالیموماب همچنان سلول فعال در اتاق قدامی دارد. مناسب ترین اقدام بعدی کدام است؟

(۱) افزایش فاصله تزریق آدالیموماب

(۲) تعویض آدالیموماب با یک مهارکننده TNF دیگر

(۳) تغییر به یک داروی بیولوژیک با مکانیسم متفاوت

(۴) ادامه درمان فعلی و ارزیابی مجدد پس از چند ماه

۸۸ دختر ۹ ساله مبتلا به JIA پلی آرتیکولار و یوویت قدامی مزمن، پس از عدم کنترل التهاب با متوترکسات، آدالیموماب دریافت کرده است. پس از ۱۲ ماه درمان، یوویت خاموش شده بود. اکنون با وجود مصرف منظم دارو، مجدداً التهاب داخل چشمی فعال شده است. مناسب ترین اقدام بعدی کدام است؟

(۱) ارزیابی سطح آدالیموماب و آنتی بادی ضد دارو پیش از تغییر درمان

(۲) افزایش دوز آدالیموماب بدون بررسی عوامل مرتبط با شکست درمان

(۳) تعویض آدالیموماب با اینفلکسی ماب

(۴) جایگزین کردن آدالی مومب با ریتوکسی ماب

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۸۹ کودک 6 ساله‌ای با تغییر شکل اندام‌های تحتانی و کوتاهی نامتناسب قد ارجاع شده است. از درد مفاصل نیز شاکی است ولی در معاینه تورم سینوویال یا افیوژن ندارد. سایر معاینات بجز موه‌های نازک و ظریف نکته غیر طبیعی ندارد. رادیوگرافی نشان‌دهنده abnormalities واضح متافیزهاست که در اطراف زانوها شدیدتر از لگن‌ها هستند؛ epiphyses ستون فقرات نسبتاً حفظ شده‌اند. در رادیوگرافی دست نیز cone-shaped epiphyses مشاهده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

(۱) Nutritional rickets

(۲) Dry Synovitis

(۳) Multiple epiphyseal dysplasia

(۴) Cartilage-hair hypoplasia

۹۰ دختر 4 ساله مبتلا به تریزومی 21 از 15 ماه پیش با تشخیص SJIA ابتدا تحت درمان با توسیلیزوماب بوده که بدلیل بروز واکنش شدید در نوبت دوم، دارو به آنakinra تغییر داده شده و بیماری تحت کنترل می‌باشد. بتازگی دچار دردهای شکمی شده که در بررسی علت خاصی یافت نشده و راش‌های جلدی در مناطق مختلف بدن و کلابینگ اریتماتوی انگشتان مشاهده می‌شود. گاهی تنگی نفس فعالیتی دارد که سمع ریه طبیعی است. مناسب‌ترین اقدام در این مرحله کدام است؟

(۱) افزایش دوز آنakinra

(۲) بیوپسی رکتوم

(۳) جایگزینی با TNF-Inh

(۴) HRCT ریه

۹۱ پسر 4 ساله با علائم مالار راش و آفت دهانی مکرر و سندرم نفروتیک مراجعه کرده است. در بررسی اولیه ANA مثبت، Anti dsDNA مثبت و کمپلمان پایین داشته که پس از دریافت درمان و بهبود علائم بالینی C3 و C4 طبیعی ولی CH50 پایین می‌باشد. کدام گزینه صحیح است؟

(۱) تست ژنتیک الزامی است

(۲) درمان نهایی پیوند کبد است

(۳) تزریق FFP کمک کننده است

(۴) درمان نگهدارنده ریتوکسی ماب است

۹۲ پسر یازده ساله با خشکی صبحگاهی نزد شما مراجعه نموده است مشکل این بیمار از حدود چهار ماه قبل بصورت دردهای عضلانی-اسکلتی گهگاهی شروع شده که اخیراً منجر به اختلال خواب در این کودک شده است. در معاینه تندرست واضح در کف پای سمت راست و تاندون آشیل دو طرف وجود دارد. کدام یک از روش‌های زیر در تشخیص بیماری این کودک کمک بیشتری می‌کند؟

(۱) MRI

(۲) BONE SCAN

(۳) BMA

(۴) X RAY

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۹۳ دختر 6 ساله با سابقه ابتلا به JIA سیستمیک به مدت 12 ماه تحت درمان با گلوکوکورتیکوئید سیستمیک قرار گرفته است. طی ۲ ماه اخیر از درد مبهم ناحیه پشت شکایت می‌کند. کاهش مختصر فعالیت فیزیکی و افزایش BMI نسبت به ۶ ماه قبل مشاهده می‌شود. کدام یک از اقدامات زیر مناسب‌ترین رویکرد برای ارزیابی سلامت استخوان این بیمار است؟

- ارزیابی سطح سرمی کلسیم
- دانسیتومتری استخوان
- اسکن استخوان
- ارزیابی سطح سرمی ویتامین D

۹۴ دختری 11 ساله با تشخیص بیماری نفریت لوپوسی تحت درمان با پردنیزولون روزانه ۵ میلی‌گرم، هیدروکسی کلروکین ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه و آزاتیوپرین 50 میلی‌گرم هر 12 ساعت می‌باشد. در معاینه ۲ ماه بعد حال عمومی بیمار خوب، کمپلمانها نرمال شده اما گلبول‌های سفید بیمار که قبل از درمان ۶۵۰۰ بوده به ۱۴۰۰ کاهش یافته است. بهترین اقدام در این بیمار کدام است؟

- افزایش دوز پردنیزون
- قطع داروی آزاتیوپرین
- افزودن GCSF
- افزودن ریتوکسی مب

۹۵ یک پسر ۹ ساله مبتلا به systemic JIA که اخیراً به دلیل فعال شدن بیماری تحت درمان قرار گرفته است، با تب مداوم و کاهش سطح هوشیاری بستری می‌شود. در معاینه، اسپلنومگالی و پتشی دیده می‌شود. آزمایش‌های دو روز قبل و امروز به صورت زیر هستند.

	۲ روز قبل	امروز
Hb	10.2 g/dL	8.4 g/dL
Platelet	210,000/ μ L	82,000/ μ L
AST	75 U/L	420 U/L
Ferritin	3,800 ng/mL	18,500 ng/mL
Triglyceride	180 mg/dL	390 mg/dL
Fibrinogen	420 mg/dL	150 mg/Dl
D-dimer	mildly elevated	markedly elevated

بیمار تحت درمان با استروئید وریدی با دوز بالا قرار گرفته ولی پاسخ بالینی مناسب نداشته است. افزودن تمام داروهای زیر کمک به درمان این بیمار خواهد کرد بجز:

- توسیلی زوماب
- آناکینرا
- سیکلوسپورین
- آدالیموماب

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: روماتولوژی کودکان

۹۶ تمام توصیه های زیر به والدین دارای کودک که به تازگی تشخیص Oligoarticular JIA در وی داده شده است صحیح است بجز:

- (۱) وجود درد در مفصل مبتلا تا 4 ساعت پس از فعالیت طبیعی است
- (۲) کاهش فعالیت اجتماعی تا زمان کنترل نسبی بیماری فعال
- (۳) ممنوعیت ورزشهای تماسی در صورت درگیری C1/C2
- (۴) استفاده از محافظ در صورت درگیری چشم

۹۷ کودکی 7 ساله با علائم درد ناگهانی قفسه سینه برای سومین بار در طول 5 ماه گذشته به اورژانس مراجعه کرده که با دراز کشیدن بدتر و با نشستن بهبود می یابد. در بررسی اکوکاردیوگرافیک وجود افیوژن در پریکارد و پلور سمت چپ مشهود است. مارکهای ESR و CRP بالا دارد. در دونوبت گذشته با شک به پریکاردیت ویروسی، دریافت IVIG داشته که بهبود یافته است. در بررسی انجام شده ANA مثبت و از نظر بدخیمی و TB منفی بوده است. کدام گزینه در مورد این نوبت بستری صحیح است؟

- (۱) بررسی از نظر علل ویروسی
- (۲) پالس متیل پردنیزولون
- (۳) شروع ایبوپروفن
- (۴) پیگیری درمان با چک دوره ای ESR

۹۸ پسر 11 ساله با شکایت لنگش و درد مفصل زانوی راست مراجعه نموده است. سابقه گلودرد 4 هفته پیش داشته که بدون درمان آنتی بیوتیکی با تشخیص عفونت ویروسی درمان شده بود. در معاینه بیمار تب نداشته ولی تورم و محدودیت حرکت در فلکسیون زانوی مبتلا وجود دارد. ارزیابی آزمایشگاهی لکوسیتوز ندارد ولی ASO بیمار 800 و ESR 88 است. کدامیک از داروهای زیر در این بیمار کاربردی ندارد؟

- (۱) آنتی بیوتیک
- (۲) آسپیرین
- (۳) متوترکسات
- (۴) استروئید

۹۹ پسر ۱۵ ساله ای یک ماه قبل دچار Chlamydia-associated urethritis شده و پس از آن در زانو و مچ پا دچار آرتریت شده است. در حال حاضر یورتریت کاملاً برطرف شده و شواهدی از عفونت وجود ندارد. فاکتورهای التهابی بیمار بالا و HLA B27 منفی و مایع سینوویال استریل است. بیمار با NSAID بهبود نسبی پیدا کرده است. کدام جمله در خصوص مدیریت این بیماری صحیح است؟

- (۱) آنتی بیوتیک تراپی
- (۲) استروئید با دوز پایین
- (۳) متوترکسات
- (۴) نیاز به اقدام دیگری نیست

رشته: روماتولوژی کودکان

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۱۰۰ پسر 11 ساله با تظاهرات پوستی در سطوح اکستانسور، خشکی صبحگاهی و درد کمر که از شش ماه قبل شروع شده مراجعه کرده است. خواهر بزرگتر بیمار با تشخیص پسوریازیس تحت درمان است. در معاینه علاوه بر ضایعات پوستی، تست شوبر مثبت دارد. HLAB27 بیمار مثبت است. در مدیریت این بیمار کدام جمله صحیح است؟

- ۱) درگیری ساکروایلیاک دوطرف در بیمار مورد انتظار است.
- ۲) شانس آنکیلوزیس در بیمار کم است.
- ۳) تغییرات رادیوگرافیک در این مرحله دیده می شود.
- ۴) در موارد مقاوم توسیلیزومب درمان انتخابی است.

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، براءت پزشکی، اختیار بیمار
- ۴) درک صحیح اطلاعات، احترام به بیمار، رضایت خانواده

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

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