

## خون و سرطان بالغین

۱- خانم ۳۸ ساله برای ارزیابی لکوپنی ارجاع داده شده است. طی سال گذشته در CBC های انجام شده لکوپنی در حدود ۳۰۰۰ تا ۳۵۰۰ در میکرولیتر داشته است. بیمار سابقه ای از عفونت های مکرر، تب، زخم دهانی، کاهش وزن یا خستگی ندارد. در سابقه شرح حال کم کاری تیروئید دارد که با مصرف لووتیروکسین کنترل شده است. سابقه خانوادگی اختلالات خونی یا بیماری های خود ایمنی ندارد. معاینه فیزیکی طبیعی است و لنفادنوپاتی و اسپلنومگالی ندارد.

در آزمایش ها:

WBC:3000 /micL PMN:40% Lymph :55% Hb:14 g/dL Plt:230,000/micL ANA: neg TSH:2 mIU/L B12: nl  
Folate: nl

مناسب ترین اقدام کدام است؟

Begin filgrastim (G-CSF)

bone marrow aspiration /biopsy and cytogenetic study

Observation with periodic monitoring

Start antibiotic prophylaxis for neutropenia

Konkur.in

۲- بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای است که به علت آنمی مراجعه کرده است، آزمایشات به شرح ذیل است:

WBC=5200 /micL Hb=8.6 g/dL RBC=4,010,000 /micL MCV= 68 fL PLT=325,000 micL ferritin= 25 ng/mL

در تصویر ذیل پوست و مخاط‌های ایشان را ملاحظه می‌فرمائید. اندوسکوپی و کولونوسکوپی طبیعی بوده است. ایشان تحت درمان با قرص Ferrous sulfate روزانه ۳ عدد قرار می‌گیرد. پس از یک ماه از گذشت درمان کماکان Hb=9 دارند. کدام اقدام زیر مناسب‌تر است؟



ادامه Ferrous sulfate همراه با مصرف ویتامین C  
ادامه Ferrous sulfate و بررسی بیمار از نظر بررسی روده باریک  
مصرف آهن به صورت IV  
اضافه کردن اریتروپویتین به Ferrous sulfate

۳- آقای ۲۰ ساله با پان سایتوپنی تحت بررسی قرار می‌گیرد. در لام خون محیطی کاهش رده‌های سلولی مشاهده می‌شود اما سلول غیر طبیعی ندارد. تحت آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان قرار می‌گیرد. همه یافته‌های زیر با تشخیص آنمی اپلاستیک ناسازگار است بجز:

رینگ سیدروبلاست

دیسپلازی رده اریتروئید

دیسپلازی رده میلوئید

مگاکاریوسیت دیسپلاستیک

۴- خانم ۵۵ ساله با ضعف و بیحالی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

WBC: 1500 /micL, PMN: 10%, Hb: 7 g/dl , PLT: 20000 /micL

رتیکولوسیت حدود نیم درصد گزارش می‌شود. در آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان سلولاریته حدود بیست درصد و سلول‌های هماتوپوئیتیک نیز حدود ۲۵ درصد است. دهنده مناسب پیوند ندارد. تحت درمان با ATG+ cyclosporine قرار می‌گیرد که پاسخ مناسب به درمان می‌دهد. حدود ۲ سال بعد دچار عود بیماری می‌شود. درمان‌های زیر در این مرحله توصیه می‌شود بجز:

Alemtuzumab

High dose cyclophosphamide

Eltrombopag

Corticosteroid

۵- آقای ۵۵ ساله با تشخیص سندرم میلودیس پلاستیک در چند سال اخیر تحت پیگیری است.

WBC: 3000 /micL , PMN: 60% , Hb: 8.6 g/dL , MCV: 90 fL PLT: 110,000 /micL

سینوزنیتیک del 11q دارد. همه موارد زیر پیش بینی کننده پاسخ به تزریق اریتروپویتین هستند بجز:

سطح اریتروپویتین 150 U/L

تزریق ۴ واحد packed RBC در ۴ ماه اخیر

وجود رینگ سیدروبلاست

وجود سه درصد میلوبلاست در مغز استخوان

۶- در شرایط اضطرار در دهنده خون با سابقه ابتلا به COVID-19 حداقل زمان لازم بعد از ابتلا برای اهدا خون کدام است؟

اهدا خون از فرد مبتلا به کرونا منعی ندارد.

دو هفته بعد از برطرف شدن علائم کرونا

یک ماه بعد از منفی شدن تست کرونا

دو ماه بعد از برطرف شدن علائم کرونا

۷- آقای ۶۵ ساله با سابقه ET از ۱۱ سال پیش که تحت درمان با هیدروکسی اوره بوده به علت مقاومت به هیدروکسی اوره از ۵ سال پیش تحت درمان اناگرلید می باشد. در آزمایشات اخیر بیمار کم خونی  $Hb=10\text{ g/dl}$  و  $PLT=100,000/\text{micL}$  داشته است. در معاینه رنگ پریده و طحال 25 سانتی متر زیر لبه دنده ملموس و دردناک می باشد.

کدام گزینه درمانی در بیمار فوق ارجح می باشد؟

درمان با اینترفرون

ادامه درمان با اناگرلید با دوز بالاتر

درمان با مهارکننده JAK 2

اسپلنکتومی

۸- خانم ۲۰ ساله با سابقه بیماری لوپوس از ۳ ماه قبل با ترومبوز حاد ورید فمورال به اورژانس مراجعه می کند. بیمار تحت درمان با هیدروکسی کلروکین می باشد. در بررسی آزمایشات:

Activated Partial Thromboplastin time=39 s,  $Hb=10\text{ g/dl}$ ,  $WBC=3200/\text{micL}$ ,  $Plt=300000/\text{micL}$ , Prothrombin Time=11 s

لوپوس آنتی کواگولان و آنتی کاردیولیپین مثبت گزارش شد.

کدام گزینه جهت درمان ترمبوز فوق ارجح می باشد؟

Apixaban

Dabigatran

Fondaparinux

Low Molecular Weight Heparin

۹- خانم ۲۵ ساله مبتلا به آنمی داسی شکل SS کاندید جراحی کوله سیستکتومی می‌باشد. بیمار در سال دو یا سه بار دچار انسداد دردناک عروق می‌شود. به علت درد ناشی از انسداد اکسی کدون مصرف می‌کند. در بررسی آزمایشات هموگلوبین بیمار ۸ گرم در دسی‌لیتر می‌باشد. کدام گزینه در اقدام قبل از جراحی بیمار فوق کفایت می‌کند؟

نیاز به اقدام خاصی ندارد.

مصرف هیدروکسی اوره قبل از جراحی جهت افزایش هموگلوبین

تزریق خون قبل از جراحی تا هموگلوبین به ده گرم در دسی‌لیتر برسد.

تعویض خون به منظور سطح هموگلوبین S به زیر 30 درصد با تزریق خون

۱۰- بیمار ۵۸ ساله با ESRD تحت همودیالیز سه بار در هفته، در ۳ ماه گذشته اریتروپویتین ۱۲۰۰۰ واحد در هفته دریافت کرده اما Hb او از ۹ به ۹/۲ g/dL افزایش یافته است. کلیه آزمایشات بیمار نرمال می‌باشد.  $\text{iron و Ferritin} = ۳۰۰ \text{ ng/mL}$  saturation=20% است. جهت درمان کم‌خونی با شما مشاوره شده است. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

افزایش دوز اریتروپویتین

تجویز darbepoietin به جای Erythropoietin

آهن داخل وریدی

آهن خوراکی

۱۱- آقای ۴۶ ساله با سابقه DVT تحت درمان با وارفارین از ۶ ماه قبل می‌باشد و قرار است تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی قرار بگیرد. روش مناسب تنظیم آنتی‌کواگولانت کدام است؟

قطع وارفارین ۵ روز قبل از عمل و شروع انوکسپارین ۲۴ ساعت پس از عمل

قطع وارفارین ۵ روز قبل از عمل و شروع انوکسپارین 72 ساعت پس از عمل

قطع وارفارین و شروع انوکسپارین تا 12 ساعت قبل از عمل و ادامه آن ۴۸ ساعت پس از عمل

قطع وارفارین و شروع انوکسپارین و ادامه آن 24 ساعت پس از عمل

۱۲- بیمار ۴۲ ساله بدون علامت، در بررسی  $WBC = 28,000$ ،  $Hb = 11$ ،  $Plt = 126,000$  دارد. در معاینه طحال ۳ سانتی متر زیر لبه دنده لمس می شود. اسمیر خون محیطی کمتر از 1% بلاست دارد. JAK2 مثبت، کاریوتایپ نرمال، در بیوپسی مغز استخوان فیبروز +2 و بلاست 3% گزارش شده است. مناسب ترین اقدام درمانی کدام است؟

- Ruxolitinib
- Follow up
- Allo-HSCT
- Hydroxyurea

۱۳- خانم 50 ساله با ائوزینوفیلی در CBC مراجعه کرده است. برای ایشان آزمایشات زیر انجام شده است:

$WBC = 22000 / \text{micL}$  ,  $Eos = 60\%$  ,  $Hb = 11 \text{ g/dL}$  ,  $Plt = 156000 / \text{micL}$  ,  $FIP1L1\text{-PDGFRA: Positive Troponin: higher than normal}$

آزمایشات کبد و قند و کلیه نرمال است.

همراه با تجویز ایماتینیب در ۱۰ روز اول درمان، کدام گزینه جهت پیشگیری از عوارض قلبی پیشنهاد می شود؟

- میولیزوماب
- پردنیزولون
- هیدروکسی اوره
- کارویدیلول

۱۴- بیمار آقای ۶۷ ساله با آزمایشات زیر مراجعه کرده است.

$WBC = 9800 / \text{micL}$   $Hb = 14.7 \text{ g/dL}$   $MCV = 89 \text{ fL}$   $Plt = 1,400,000 / \text{micL}$   $PT:NI$   $PTT: NI$

در معاینه طحال لمس نمی شود. JAK 2 مثبت است. بیمار گاستریت شدید و منع مصرف آسپرین دارد. آزمایشات تکمیلی درخواست شده است تا آماده شدن آنها کدام درمان را پیشنهاد می کنید؟

- هیدروکسی اوره + کلوییدگروول
- اناگرلید + کلوییدگروول
- هیدروکسی اوره
- اناگرلید

۱۵- خانم 32 ساله با سابقه تالاسمی اینترمدیا که در سن 25 سالگی اسپلنکتومی شده است، در هفته 12 حاملگی جهت مراقبت های حین بارداری مراجعه کرده است.

در آزمایشات انجام شده:

WBC:18000 /micL Hb:8 g/dL Plt: 800,000 /micL ferritin:600 ng/mL

برای بیمار فوق مناسبترین توصیه کدام است؟

ترانسفوزیون پکدسل - آسپیرین

ترانسفوزیون پکدسل- دفرازیروکس- آسپیرین

دفرازیروکس- آسپیرین

ترانسفوزیون پک سل- دفرازیروکس

۱۶- آقای ۴۰ ساله به علت لنفوم هوچکین کلاسیک تحت درمان قرار گرفته است. هشت ماه بعد از اتمام درمان به علت آدنوپاتی 10 سانتی متری مدیاستن بیوپسی شده است که عود را تایید می کند. بیمار تحت شیمی درمانی salvage قرار می گیرد. در پایان کموتراپی salvage در CT scan توده مدیاستن 4 سانتی متری مشاهده و پاسخ نسبی گزارش شده است. بیمار تحت پیوند اتولوگ قرار می گیرد. بعد از انجام پیوند اتولوگ بر اساس PET Scan در رمیسیون است. مناسبترین اقدام بعدی کدام است؟

رادیوتراپی مدیاستن

رادیوتراپی مدیاستن + یک سال Brentuximab

Pembrolizumab به مدت ۲ سال

تحت نظر می گیریم.

۱۷- خانم ۳۰ ساله با آدنوپاتی سمت راست گردن بیوپسی می شود که NPLHL است. در بررسی انجام شده در PET/CT Scan در سمت راست گردن درگیری غدد لنفاوی گزارش شده است و در سایر مناطق درگیری گزارش نشده است. مناسبترین درمان کدام گزینه است؟

RT و ABVD-R × 2

RT و ABVD × 4

R-CVP × 6

رادیوتراپی

۱۸- بیماری با تشخیص AML تحت پیوند آلوژنیک مغز استخوان قرار می‌گیرد ولی دو ماه بعد از پیوند در چندین آزمایش پان سیتوپنی دارد. در بررسی : BMA/B مغز استخوان هیپوپلاستیک و MRD منفی می‌باشد. کایمریسم ۹۹ درصد گزارش شده است. کدام گزینه بیشترین شانس بهبود دارد؟

تزریق Erythropoirtin ، G-CSF و در صورت عدم بهبودی Romiplostim

قطع سرکوب ایمنی و انتظار

تزریق CD34+ cell boost از همان اهداکننده

تغییر رژیم سرکوب ایمنی و افزودن Eltrombopag

۱۹- بیمار ۴۸ ساله کاندید Haploidentical BM transplant است. کدام روش بیشترین کاهش در بروز GVHD را نشان داده است؟

CSA+MTX

TAC+MMF+sirolimus

Posttransplant cyclophosphamide

ATG پیش از پیوند

۲۰- بیمار ۳۵ ساله مبتلا به vWD نوع 2B دچار خونریزی پس از تروما شده است. بهترین اقدام اولیه برای کنترل خونریزی کدام است؟

تزریق DDAVP

تزریق کنسانتره فاکتور VIII

تزریق کنسانتره حاوی vWF و فاکتور VIII

تجویز آنتی‌فیبرینولیتیک به تنهایی

۲۱- بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای است که بدون سابقه بیماری به دلیل شکستگی پاتولوژیک مهره L2 تحت فیکساسیون مهره قرار گرفته است گزارش آسیب شناسی پلاسماسیتوم می‌باشد آزمایشات بیمار به شرح ذیل می‌باشد:

WBC : 6000 /micL (NL DIFF) HB: 9 gr/dl PLT: 250000 /micL RPI:1.5 Ferritin:120 ng/mL ESR: 30 BUN :30 mg/dL Cr:2.5 mg/dL

Ca:10 mg/dL serum Protein electrophoresis: nl BMA/BMB: 8% monoclonal plasma cell

کدامیک از موارد ذیل را به عنوان درمان این بیمار پیشنهاد می‌کنید؟

رادیوتراپی مهره L2

درمان سیستمیک با رژیم درمانی VCD

درمان سیستمیک با رژیم درمانی VRD

یافته‌های تشخیصی کافی نیست.

۲۲- آقای ۶۰ ساله با تشخیص مولتیپل میلوم و Del 17p در ارزیابی FISH تحت درمان با رژیم درمانی DVRd و سپس تحت پیوند اتولوگ قرار می‌گیرد. کدام گزینه به عنوان درمان نگهدارنده مناسب‌تر است؟

درمان با پایه بورتزومیب تا زمان پیشرفت بیماری

درمان با پایه بورتزومیب تا ۳ سال

لنالیدوماید تا زمان پیشرفت بیماری

لنالیدوماید تا ۳ سال

۲۳- خانم ۵۳ ساله با تشخیص CLL از ۵ سال قبل بررسی و درمان شده است. در آن زمان unmutated IGHV, del(13q) داشته و با رژیم FCR تحت درمان قرار گرفته است. ۳ سال قبل با عود بیماری بررسی شده و 17p deletion گزارش شده است و تحت درمان با Ibrutinib قرار گرفته است. از یک ماه قبل مجدداً دچار ترومبوسیتوپنی و کاهش وزن شده است. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

Allogeneic transplantation

Venetoclax and Obinutuzumab

Add Obinutuzumab to Ibrutinib

Rituximab and Bendamustin

۲۴- خانم ۵۱ ساله با تشخیص CLL از یک سال قبل تحت پیگیری بوده است. وی با ضعف و بی‌حالی شدید تحت بررسی قرار گرفته است. در معاینه بیمار رنگ پریده است و اسکلرا ایکتریک می‌باشد. طحال ۷ سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود.

در آزمایش‌های انجام شده:

WBC:250,000 /micL Hb:5 g/dL PLT:200,000 /micL Coombs' test direct: positive Retic:15% LDH:1800 U/L

بیمار تحت درمان با پردنیزولون 1 mg/kg قرار می‌گیرد. بعد از سه هفته هموگلوبین بیمار ۶ گرم در دسی‌لیتر می‌باشد. بیمار با ریتوکسیماب هفتگی برای ۴ هفته درمان می‌شود. هموگلوبین ۷ گرم در دسی‌لیتر و رتی‌کولوسیت بیمار ۱۲% می‌باشد. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

BTK inhibitor

Fludarabine, cyclophosphamide, rituximab

Cyclosporine

Obinutuzumab

۲۵- بیمار آقای ۵۴ ساله‌ای است که با تشخیص CLL تحت بررسی قرار گرفته است. در معاینه فیزیکی لنفادنوپاتی های حجیم جنرالیزه دارد. طحال بیمار ۱۰ سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود. در آزمایشات انجام شده:

WBC:72000 /micL lymph:90% Hb:8 g/dL Plt:80,000 /micL LDH:400 U/L Cr:0.8 mg/dL Retic:2% coombs test: neg FISH 17p del:positive

بیمار تحت درمان با Ibrutinib 420 mg روزانه قرار می‌گیرد. چهار هفته بعد از شروع درمان جهت پیگیری مراجعه کرده است. در معاینه فیزیکی لنفادنوپاتی ندارد و طحال بیمار 4 سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای به دست می‌خورد. در آزمایش‌های جدید:

WBC:140,000 /micL lymph:90% Hb: 10 g/dL Plt:100,000 /micL می‌باشد.

بیمار از افزایش گلبول‌های سفید بسیار نگران است. مناسب‌ترین تصمیم کدام است؟

قطع Ibrutinib و شروع Venetoclax-Rituximab

ادامه Ibrutinib

کاهش دوز Ibrutinib به 280 mg روزانه

قطع Ibrutinib و شروع Rituximab- bendamustin

۲۶- خانم باردار با کمبود شدید فاکتور XIII و سابقه دو بار سقط مراجعه کرده است. کدام اقدام برای پیشگیری توصیه می‌شود؟

پروفیلاکسی با Cryoprecipitate یا FFP هر ۲۱ روز

درمان با PCC

تزریق فاکتور VIIa

مانیتورینگ سطح فاکتور XIII

۲۷- آقای ۵۲ ساله با تب و تعریق شبانه و آدنوپاتی آگزیلاری از سه ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه فیزیکی در آگزیلای چپ و سوپراکلاویکولار چپ آدنوپاتی دارد. سایر معاینات طبیعی است. در سی تی اسکن انجام شده از قفسه سینه آدنوپاتی ۶ سانتی‌متری در آگزیلای چپ و ۳ سانتی‌متری در سوپراکلاویکولار چپ دارد. در بیوپسی از غده لنفاوی آگزیلاری

diffuse large B cell lymphoma non-germinal center subtype, Ki67 of 70%, and "positive" staining for Bcl-2 and MYC in 30% of cells

FISH test: no abnormality

در پت اسکن انجام شده درگیری فقط در آگزیلای چپ و سوپراکلاویکولار چپ دیده می‌شود. LDH ، CBC ، تست‌های عملکرد کبدی و کلیوی و اکوکاردیوگرافی طبیعی است. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

Six cycles of R-CHP-Polatumab

Three cycles of R-CHP-Polatumab followed by involved field RT

Three cycles of R-CHOP

Four cycles of R-CHOP plus 2 additional rituximab

۲۸- آقای ۶۴ ساله با همولیز و تست مثبت آنتی گلوبولین مستقیم در بخش شما بستری است. بیمار دو سال قبل در جریان عمل جراحی قلب باز چند واحد خون دریافت کرده است. ظرف ۲۴ ساعت هموگلوبین تا ۴.۸ g/dl افت کرده و بیمار دچار درد قفسه سینه، تنگی نفس و بی‌قراری است. از بانک خون تقاضای یک واحد پکدسل می‌کنید ولی بانک خون گزارش می‌دهد که کراس مچ هیچکدام از کیسه‌های خون موجود با بیمار سازگار نیست. مناسب‌ترین اقدام چیست؟

تزریق خون در این بیمار کنتراندیکه می‌باشد.

خون ABO match با کمترین ناسازگاری را تزریق می‌کنیم.

تست آلوانتی بادی درخواست نموده و تا آماده شدن جواب صبر می‌کنیم.

از ترکیب سیکلوفسفامید + ریتوکسیمب استفاده می‌کنیم.

۲۹- آقای ۳۸ ساله با تشخیص سنگ صفراوی تحت بررسی است.  $Hb=12.5$  g/dl بوده MCHC مختصری افزایش یافته و سایر اندکس‌های RBC نرمال است. رتیکولوسیت ۵ درصد گزارش شده و در لام خون محیطی تعداد کمی اسفروسیت می‌بینید.  $bilirubin=1.8$  mg/dl و فریتین و میزان اشباع ترانسفرین طبیعی است. تست شکنندگی اسموتیک روی خون تازه بیمار نرمال ولی روی خون انکوبه شده افزایش یافته گزارش شده است. تشخیص چیست؟

بیمار مبتلا به اسفروسیتوز ارثی خفیف است.

بیمار به یکی از سندروم‌های تالاسمیک مبتلا است.

آنمی هیپوپرولیفراتیو قویا برای بیمار مطرح است.

بررسی بیشتری از نظر متابولیسم آهن الزامی است.

۳۰- آقای ۲۸ ساله مورد جدید لوکمی میلوپتییک مزمن تحت درمان Imatinib می‌باشد. نتیجه ارزیابی با PCR کمی سه ماه بعد از شروع درمان میزان BCR/ABL1 را ۵ درصد نشان می‌دهد. مناسب‌ترین اقدام در این مرحله کدام گزینه است؟

ادامه درمان

PCR مجدد در فاصله کوتاه

درمان با نسل دوم TKI

بررسی Additional cytogenetic abnormalities

۳۱- بیمار آقای ۷۳ ساله‌ای است که به علت CBC مختل تحت بررسی قرار گرفته است. سابقه هیپرتانسیون و کم کاری تیروئید دارد که تحت درمان است. در معاینه فیزیکی طحال بیمار ۶ سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود. در ناحیه گردنی دو طرفه نیز لنفادنوپاتی های متعدد به حداکثر ۲ در ۳ سانتی‌متر لمس می‌شود. در آزمایشات

WBC:13000/micL lymph:60% PMN:30% Hb:8 g/dL Plt:70,000 /micL LDH:600 U/L

Cr:1.2 mg/dl

BMA/BMB: Diffuse infiltration by small- to medium-sized lymphocytes expressing CD5, CD20, Cyclin D1, and SOX11

FISH: Positive for t(11;14)(q13;q32)

ECOG performance status=1 می‌باشد.

مناسب‌ترین درمان کدام است؟

Rituximab,bendamustin ,cytarabine followed by ASCT

Rituximab, bendamustin followed by rituximab maintenace

Rituximab-CHOP followed by rituximab maintenace

Rituximab,bendamustin,ibrutinib followed by ibrutinib, rituximab maintenace

۳۲- آقای ۳۸ ساله با لکوسیتوز جهت بررسی ارجاع شده است. در معاینه اسپلنومگالی دارد. در لام خون محیطی ۱۰% و در نمونه مغزاستخوان ۱۵% بلاست می‌لوییدی مشاهده می‌کنید. پلاکت بیمار ۸۰۰۰۰ در میکرولیتر است. PCR برای BCR/ABL مثبت گزارش می‌شود. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

شیمی درمانی با رژیم ۳+۷ به همراه TKI

درمان با TKI و در صورت پاسخ مناسب ادامه آن

درمان با TKI و در صورت پاسخ مناسب پیوند آلوزن

درمان با رژیم ۳+۷

۳۳- بیمار آقای 72 ساله با تشخیص AML ارجاع شده است. در بررسی مغز استخوان سلولاریتی 60% و بلاست 40% گزارش شده است. سیتوژنتیک نرمال است و  $EF=50\%$  می باشد. بهترین درمان کدام است؟

Gemtuzumab Ozogamicin

دانوروبیسین و سیتارابین

آزاسیتیدین و ونتوکلاکس

آزاسیتیدین

۳۴- بیمار خانم 32 ساله در هفته ی 24 بارداری با لکوسیتوز و افت پلاکت مراجعه کرده است، در بررسی لام خون محیطی بلاست میلوئید مشهود است، نمونه برداری مغز استخوان تشخیص AML با کاریوتیپ نرمال و موتاسیون FLT3-ITD را تایید کرده است. اقدام مناسب کدام است؟

ختم بارداری و شروع رژیم  $V+3$

درمان با میدوستارین تا انتهای بارداری و سپس شیمی درمانی  $V+3$

ادامه ی بارداری و شروع رژیم  $V+3$

درمان حمایتی تا زایمان و سپس شروع درمان استاندارد

۳۵- بیمار خانم ۲۹ ساله بدون سابقه ی بیماری خاص با تب طول کشیده و CBC غیر طبیعی به اورژانس ارجاع شده است، در بررسی تشخیص AML با موتاسیون FLT3-ITD و  $del 7q$  مطرح شده و بیمار تحت درمان با رژیم  $3+7$  و میدوستارین قرار می گیرد، پس از دور دوم کانسالیديشن با رژیم HiDAC، بیمار از نظر MRD بررسی می شود و منفی گزارش شده است. برادر ۲۳ ساله ی بیمار برای پیوند آلوژن با ایشان کاملاً سازگار است. کدام توصیه ی درمانی مناسب تر است؟

ادامه ی رژیم HiDAC تا چهار دوره و سپس درمان نگهدارنده با میدوستارین

ادامه ی رژیم HiDAC تا چهار دوره و سپس قطع درمان

پیوند آلوژن و سپس درمان نگهدارنده با میدوستارین

پیوند آلوژن در صورت مثبت شدن MRD

۳۶- خانم ۳۸ ساله با خستگی پیش رونده طی دو هفته گذشته به پزشک مراجعه کرده است، در CBC بیمار  $WBC:3800$ ,  $HB:10$  و  $PLT: 77000$  دارد، در مطالعه مغز استخوان حاوی ۱۲ درصد سلول نابالغ با هسته ی بزرگ، هستک برجسته و سیتوپلاسم گرانوله است. مطالعه سیتوژنتیک مغز استخوان نشان دهنده ی  $t(8;21)$  مثبت می باشد. بهترین درمان پیشنهادی کدام است؟

ازاسیتیدین+ونتوکلاکس

درمان با آزاسیتیدین

درمان با رژیم  $3+7$  و سپس پیوند آلوژن

درمان با رژیم  $3+7$  و جمتوزوماب اوزوگامیسین

۳۷- بیمار خانم 50 ساله تحت پیوند آلوژن قرار گرفته است و از مایکوفنولات موفتیل و سیکلوسپورین برای پروفیلاکسی GvHD استفاده می‌کند. در روز 28 بعد از پیوند با درد شکم و تهوع و اسهال شدید مراجعه کرده است. بیمار تحت درمان با متیل پردنیزولون 2mg/kg برای aGvHD قرار گرفت، ولی بعد از 7 روز بهبودی نداشت. در مورد درمان بعدی همه گزینه‌های زیر صحیح می‌باشد بجز:

Rabit ATG

Ibrutinib

Ruxolitinib

Infliximab

۳۸- بیمار آقای 35 ساله با آنمی آپلاستیک شدید مراجعه کرده است. در بررسی ۳۰ درصد PNH clone گزارش شده است. بیمار full match sibling donor دارد. مناسب‌ترین درمان بیمار کدام است؟

پیوند آلوژن با رژیم ATG و سیکلوفسفامید

پیوند آلوژن با رژیم BU/CY

ATG+cyclosporin+eltrombopag

Eculizumab

۳۹- آقای ۳۴ ساله مبتلا به AML تحت پیوند سلول‌های بنیادی آلوژنیک از اهداکننده‌ی unrelated full match donor قرار گرفته است. رژیم آماده سازی پیوند شامل بوسولفان و سیکلوفسفامید بوده است. در روز 17 پس از پیوند دچار تهوع و درد شکم شده است. معاینه فیزیکی نشان دهنده‌ی دیسترس خفیف، حساسیت به لمس در ربع فوقانی راست شکم و آسیت و افزایش وزن است. تمام آزمایش‌های خون اولیه در حد نرمال، اما سطح بیلی‌روبین ۳ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بود. موثرترین درمان پیشنهادی شما براساس علت زمینه‌ای کدام است؟

دفیروتید

پردنیزولون

سیکلوسپورین

روکسولوتینیب

۴۰- بیمار خانم 55 ساله که مبتلا به MDS بوده بعد از مدتی به AML تبدیل می‌شود. وی با ازاسیتیدین درمان می‌شود و جواب مناسبی می‌دهد، پرفرمس بیمار خوب است. و خواهر بیمار سازگاری کامل HLA دارد. در ادامه درمان کدامیک از اقدامات زیر مناسب‌تر است؟

پیگیری بیمار با بررسی MRD

آلوژن از خواهرش با رژیم RIC

آلوژن از خواهرش با رژیم MAC

ادامه درمان با ازاسیتیدین

۴۱- خانم 37 ساله با علائم خستگی و تب خفیف مراجعه می‌کند. در معاینه فیزیکی رنگ پریده است و طحال بیمار 3 سانتی‌متر زیر لبه دنده‌ای لمس می‌شود:

WBC : 40,000 /micL Hb: 10 g/dL , PLT : 30,000 /micL

BMA/B: blast 40%

Myeloperoxidase: negative CD13: 30% Tdt: 40% CD33: 35% CD20: 10% CD10: 40% CD19: 80% CD22: 90% cytogenetic study: normal

گزینه درمانی صحیح کدام است؟

Cytarabine+danurubicin (7+3)

درمان متناوب با رژیم 7+3 و رژیم hyper-CVAD

Hyper-CVAD

FLAG

۴۲- در درمان ALL تجویز کدام دارو به تنهایی اندیکاسیون ندارد؟

Blinatumomab

Inotuzumab ozogamycine

Rituximab

Nelarabine

۴۳- آقای 65 ساله ای مبتلا به AML پس از درمان با azacitidin plus venetoclax در Complete Remission با MRD منفی، به شما مراجعه کرده است. وی قرار است از matched unrelated donor تحت پیوند مغز استخوان قرار بگیرد. سابقه دیابت و بیماری عروق کرونر قلب دارد. پنج سال قبل استنت دارویی کرونر تعبیه شده است. بهترین رژیم conditioning در بیمار ذکر شده چیست؟

Fludarabine 40mg/m<sup>2</sup>/day for 5 days, IV busulfan 3.2 mg/kg/day for 2 days  
 cyclophosphamide 60mg/kg/day for 2 days, IV busulfan 3.2 mg/kg/day for 4 days  
 Cyclophosphamide 60mg/kg/day for 2 days, total body irradiation 1200cGy over 4 days  
 Etoposide 60mg/kg/day for 2 days, total body irradiation 1200 cGy over 4 days

۴۴- بیمار خانم 43 ساله با تشخیص Nodular sclerosis -Hodgkin disease در بررسی‌های انجام شده لنفادنوپاتی در ناحیه گردن دوطرفه و توده مدیاستن 10 سانتی‌متری و لنفادنوپاتی‌های پارائورتیک دارد. در PET/CT scan درگیری در مناطق فوق تایید می‌گردد و درگیری در سایر مناطق ندارد. بیمار دو کورس ABVD دریافت نموده است. در PET/CT scan توده دو سانتی‌متری مدیاستن با Deauville score=3 گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

بیوپسی توده مدیاستن و تصمیم‌گیری بر اساس جواب آن  
 رژیم AVD برای 4 دوره  
 ادامه رژیم ABVD برای 4 دوره و سپس رادیوتراپی  
 رژیم AVD برای دو دوره و سپس رادیوتراپی

۴۵- خانم ۶۳ ساله با سابقه diffuse large B cell lymphoma با ۶ دوره R-CHOP درمان شده است و در حال حاضر با عود بیماری به شما ارجاع شده است. آخرین دوره شیمی درمانی را ۱۸ ماه قبل دریافت کرده است. در حال حاضر بیمار لنفادنوپاتی جنرالیزه دارد. LDH بیش از سه برابر نرمال است ولی درگیری سایر ارگان‌ها و مغز استخوان ندارد. بیوپسی غده لنفاوی سرویکال انجام شده است:

Diffuse large B cell lymphoma – CD 19 positive , CD20 positive

FISH : myc rearrangemnt positive, bcl2 and bcl6 negative

اکوکاردیوگرافی طبیعی است و ECOG performance status=1 می‌باشد.

مناسب‌ترین درمان کدام است؟

CAR T cell- liso-cel

R-ICE assuming remission then ASCT

Bispecific antibody

Polatumumab- Bendamustin - Rituximab

۴۶- بیمار آقای 65 ساله‌ای است که با تشخیص لنفوم فولیکولار grade 2، stage IV تحت بررسی قرار گرفته است. در آزمایش‌ها:

WBC :7000 /micL Hb:9 g/dL Plt: 60,000/micL LDH:450 U/L

در بیوپسی مغز استخوان درگیری با لنفوم گزارش شده است.

مناسب‌ترین درمان کدام است؟

Rituximab-Bendamustin

Rituximab-CHOP

Rituximab

Rituximab-CHOP then maintenance rituximab

۴۷- آقای ۴۳ ساله با WBC اولیه 35 هزار و پلاکت 12 هزار تحت بیوپسی و آسپیراسیون مغز استخوان قرار می‌گیرد. در فلوسیتومتری مغز استخوان HLA DR و CD34 منفی گزارش می‌شود. PML-RARa مثبت گزارش می‌شود. بیمار تحت درمان با ATRA , Arsenic , Idarubicine قرار می‌گیرد. در بررسی انجام شده در روز 35 درمان:

WBC:3500 /micL NI diff Hb:13 g/dL PLT:356000 /micL

مغز استخوان بررسی شده و در CR می‌باشد ولی PML/RARa کماکان مثبت است.

در این مرحله اقدام صحیح کدام است؟

پیوند آلوزن

پیوند اتولوگ

ادامه‌ی درمان با consolidation

Re-induction

۴۸- خانم ۷۰ ساله با تشخیص مولتیپل میلوم پس از درمان با VRd به رمیسیون کامل می‌رسد. بیمار تحت درمان نگهدارنده با لنالیدوماید ۱۰ میلی‌گرم قرار می‌گیرد. یک سال بعد گاماپاتی مونوکلونال در الکتروفورز مشاهده می‌شود.

WBC: 8400 /micL Neut:66% Hb:13.1 /g/dL PLT: 185000 /micL Ca: 8.8 mg/dL Cr: 0.9 mg/dL ESR:32  
monoclonal protein:1 g/dL

چه اقدام درمانی را برای این بیمار توصیه می‌کنید؟

تجویز داراتوموماب بورتزومیب -تالیدوماید -دگزامتازون

تجویز بورتزومیب دگزامتازون

کموتراپی با بورتزومیب- سیکلوفسفامید- دگزامتازون

ادامه لنالیدوماید

۴۹- خانم ۶۷ ساله با هیپرتروفی کانسنتریک و نارسایی قلبی، Pro-BNP = 2200 ng/L، پروتئینوری ۱۶ گرم در ۲۴ ساعت، پیک مونوکلونال لامبدا در سرم پروتئین الکتروفورز دارد. در بررسی مغز استخوان پلاسما سل 8% و کنگورد مثبت گزارش شده است. تحت درمان با ۶ سیکل Dara-CyBorD قرار می‌گیرد. در ارزیابی مجدد Cr: 0.8، پروتئینوری ۴ گرم، ایمونوفیکساسیون سرم و ادرار نرمال، Pro-BNP = 1000 ng/L و LVEF:30% و Troponin T = 0.1 ng/mL می‌باشد. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

ادامه درمان قبلی

پیوند اتولوگ

تجویز لنالیدوماید و دگزامتازون

ادامه داراتوموماب

۵۰- بیمار ۲۸ ساله مورد تالاسمی ماژور بعد از پیوند آلوژن مغز استخوان CBC نرمال است. \*MRI T2 کبد نشان‌دهنده Iron concentration 7 mg/g liver dry weight (محدوده نرمال >1.8) می‌باشد و Ferritin برابر 1800 نانوگرم در میلی‌لیتر است. بهترین اقدام کدام است؟

تکرار فریتین سه ماه بعد

شروع Chelation therapy

فلبوتومی دوره‌ای

تکرار MRI در یک سال

۵۱- بیمار آقای 67 ساله‌ای است که با مشکلات چشمی مراجعه کرده است. در بررسی‌های انجام شده توده در ملتحمه داشته که بیوپسی انجام شده است. در بیوپسی marginal zone lymphoma با CD20 مثبت گزارش شده است. تصویربرداری از سایر مناطق طبیعی بوده است. BMA/B نیز نرمال گزارش شده است. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

Rituximab

Rituximab- bendamustin

R-CVP

Radiotherapy

۵۲- آقای ۵۸ ساله، سیگاری به دلیل توده سه سانتی‌متری ریه راست بیوپسی شده و پاتولوژی small cell lung cancer بوده است. در بررسی‌ها متاستاز نداشته است. توسط جراح توراکس تحت عمل لوبکتومی قرار گرفته است. در گزارش پاتولوژی بعد از عمل نتیجه قبلی تایید شده و تمام غدد لنفاوی برداشته شده هم منفی گزارش گردیده است. بیمار جهت ادامه درمان به شما ارجاع شده است. کدام اقدام صحیح است؟

رادیوتراپی محل عمل

شیمی درمانی ادجوانت

کمورادیوتراپی همزمان

درمان بیشتری ضرورت ندارد.

۵۳- در خصوص غربالگری سرطان ریه با سی تی اسکن کدام گزینه صحیح است؟

در NSCLC در تشخیص سرطان ریه در مراحل اولیه بر گرافی قفسه سینه برتری ندارد.

در NSCLC می‌تواند مرگ و میر اختصاصی ناشی از سرطان را در افراد غیر سیگاری کاهش دهد.

در NSCLC باعث کاهش مرگ و میر اختصاصی سرطان در کسانی که قبلاً سیگاری بوده‌اند، می‌شود.

در SCLC با تشخیص زود هنگام استیج‌های پایین باعث بهبود سوریوال می‌شود.

۵۴- بیمار خانم ۳۵ ساله‌ای است که به علت Rectal bleeding مراجعه کرده است. بررسی‌ها مؤید آدنوکارسینوم رکتوم در فاصله 3cm از Anal verge بوده است. بررسی با EUS انجام شده و T3 N0 گزارش شده است. آزمایشات نرمال بوده و در سی تی اسکن نیز متاستاز دور دست گزارش نشده است. در این مرحله کدام روش درمانی را توصیه نمی‌کنید؟

جراحی Abdominoperineal Resection (APR) و تصمیم‌گیری برای لزوم رادیوتراپی و کموتراپی بر اساس پاتولوژی پس از عمل

شروع درمان با کمورادیاسیون و سپس کموتراپی Consolidation و در صورت پاسخ کامل پیگیری بیمار به صورت Wait and watch

شروع درمان با Induction کموتراپی و سپس کمورادیاسیون و در صورت پاسخ کامل، پیگیری بیمار به صورت Wait and watch

شروع درمان با Induction کموتراپی و سپس کمورادیاسیون و انجام جراحی APR پس از ۸ هفته از خاتمه کمورادیاسیون

۵۵- بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای است که پس از جراحی کولون سیگموئید جهت تصمیم‌گیری در مورد درمان ادجوانت به شما ارجاع شده است، سابقه بیماری خاصی را قبل از ابتلا به کانسر کولون مطرح نمی‌کند، از نظر سایر نکات در سلامت کامل به سر می‌برد. جواب پاتولوژی به شرح ذیل است:

Well diff. Adeno Carcinoma of sigmoid colon

Tumor has invaded to pericolic fat

Perineural invasion and Lympho vascular invasion positive

Tumor deposit: 1 deposit found. Lymph node: one Lymph node out of 25 Lymph nodes is involved

MLH1 = Loss of nuclear staining

MSH2 = Intact nuclear staining

PSM2 = Loss of nuclear staining

MSH6 = Intact nuclear staining

کدام تصمیم را در مورد ایشان پیشنهاد می‌کنید؟

۶ ماه مصرف Capecitabine

رژیم FOLFOX به مدت ۶ ماه

ایمونوتراپی با Pembrolizumab به مدت یکسال

رژیم FOLFOX به مدت ۳ ماه

۵۶- آقای ۶۴ ساله با سابقه مصرف سیگار، با تشخیص آدنوکارسینومای ریوی و توده ۴ سانتی متری در لوب فوقانی چپ مراجعه کرده است. در PET Scan درگیری لنف نود های مدیاستینال دیده می شود. مدیاستینوسکوپی انجام شده و بیوپسی از لنف نود مدیاستن مثبت می باشد. بیمار تحت کمورادیوتراپی قرار می گیرد و در ارزیابی پاسخ به درمان Stable disease می باشد. بیمار عملکرد ریوی مناسب ندارد و PS=1 است. قدم بعدی درمان کدام است؟

شیمی درمانی

Durvalumab به مدت ۱۲ ماه

Pembrolizumab در صورت PD-L1 مثبت

pemetrexed نگهدارنده

۵۷- بیمار خانم ۶۵ ساله ای غیر سیگاری است که به علت کانسر کولون II stage که سه سال قبل سیگموئیدکتومی شده است تحت نظر شما قرار دارد. کلونوسکوپی و سی تی اسکن دو سال قبل نرمال بوده است. در مراجعه اخیر (N: <5) CEA:6 ng/ml داشته است که پس از ۲ هفته تکرار شده و معادل 8 ng/ml گزارش می گردد. معاینات و سایر آزمایشات نرمال هستند و سی تی اسکن نیز نرمال گزارش شده است. کدام روش زیر را برای ادامه مسیر صحیح است؟

PET/CT scan

کلونوسکوپی

تکرار CT اسکن سه ماه بعد

تکرار آزمایش CEA سه ماه بعد

۵۸- آقای ۶۰ ساله با آدنوکارسینوم ریه متاستاتیک به ریه مقابل و آدرنال تحت درمان با Alectinib می باشد. بیمار علامت ندارد. در بررسی های دوره ای در MRI مغز دچار متاستاز مغزی ۳ عدد که بزرگترین آن ها ۲ سانتی متر می باشد، بدون ادم مغزی شده است. در بررسی سایر مناطق بدن Stable Diseases می باشد. کدام گزینه صحیح است؟

Brain RT سپس ادامه Alectinib

تغییر دارو به Brigatinib

افزایش دوز Alectinib

جراحی ضایعات

۵۹- بیمار خانم ۳۳ ساله با توجه به توده پستانی 3 سانتی متر بدون درگیری غده لنفاوی (در ماموگرافی و سونوگرافی) تحت بیوپسی توده قرار گرفته است، گزارش آسیب شناسی invasive ductal carcinoma - triple negative می باشد. بیمار در شرح حال و معاینه فیزیکی یافته خاصی ندارد. کدامیک از موارد ذیل در خصوص درمان این بیمار صحیح می باشد؟

ارجاع به جراح پستان

درمان نئوادجوانت با رژیم دارویی ترکیبی Pembrolizomab -TC/Pembrolizomab-AC و سپس جراحی

درمان نئوادجوانت با رژیم دارویی ترکیبی Paclitaxel/ Adriamycin - Endoxan

درمان نئوادجوانت با رژیم دارویی ترکیبی Docetaxel- Endoxan

۶۰- آقای ۷۸ ساله با کانسر ریه از نوع NSCLC متاستاتیک به استخوان و آدرنال و درد استخوانی که PS=2 دارد. EGFR موتاسیون ندارد. ROS و ALK منفی است. در صورت اصرار بیمار به درمان کدام گزینه را توصیه می کنید؟

Atezolizumab

Bevacizumab

Nivolumab

Docetaxol

۶۱- آقای جوان با تنگی نفس، درد قفسه سینه و سرفه مراجعه و تصویربرداری توده مدیاستن را نشان داده است. بیوپسی انجام شده و تشخیص mature mediastinal teratoma داده شده است. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته و complete surgical resection انجام گردیده است. بیمار برای ادامه درمان به شما ارجاع شده است. اقدام صحیح کدام است؟

تجویز سه کورس EP

تجویز دو کورس BEP

رادیوتراپی بستر تومور

درمان بیشتری ضرورت ندارد.

۶۲- خانم ۳۸ ساله‌ای جهت مشاوره به کلینیک انکولوژی مراجعه کرده است اظهار می‌دارد خواهرش در سن ۴۵ سالگی مبتلا به کانسریستان شده است و حامل موتاسیون BRCA1 بوده است. ولی این فرد علیرغم توصیه انجام شده تمایل به انجام این تست را ندارد. جهت غربالگری کدامیک از موارد ذیل را پیشنهاد می‌کنید؟

انجام MRI پستان سالیانه

انجام ماموگرافی سالیانه

انجام MRI پستان و ماموگرافی سالیانه

انجام MRI پستان و ماموگرافی پستان هر دو سال

۶۳- بیمار آقای ۵۵ ساله‌ای است که با درد قفسه سینه و تنگی نفس بررسی شده است و با تشخیص sarcomatoid pleural mesothelioma برای تصمیم‌گیری درمانی ارجاع شده است. بیماری محدود به همی توراکس راست بوده و لنفادنوپاتی گزارش نشده است. مناسب‌ترین انتخاب درمانی کدام گزینه است؟

Surgery followed by adjuvant pemetrexed/platinum

Neoadjuvant pemetrexed/platinum followed by surgery and adjuvant RT

Pemetrexed/platinum/bevacizumab

Ipilimumab/nivolumab

۶۴- خانم ۴۸ ساله به علت لمس توده در پستان چپ تحت بررسی قرار گرفته است. در ماموگرافی و سونوگرافی انجام شده توده ۵ سانتی‌متری در UOQ به همراه چند غده لنفاوی غیر طبیعی در اکزیلائی چپ گزارش شده است. بیمار تحت بیوپسی سوزنی از توده پستان و غده لنفاوی اکزیلا قرار می‌گیرد. گزارش پاتولوژی به شرح زیر است:

Invasive ductal carcinoma , grade III/III , ER:neg PR: neg Her2: 3+

بیمار تحت درمان نئوادجوانت با رژیم (TCHP) Docetaxel, carboplatin, trastuzumab, pertuzumab برای ۶ دوره قرار می‌گیرد و سپس جراحی می‌شود. گزارش پاتولوژی بعد از جراحی نشان دهنده complete pathologic response می‌باشد. مناسب‌ترین درمان ادجوانت برای بیمار کدام گزینه است؟

Trastuzumab, pertuzumab تا یک سال دوره درمان تکمیل شود.

Trastuzumab, pertuzumab تا 6 ماه دوره درمان تکمیل شود.

Trastuzumab, pertuzumab تا دو سال دوره درمان تکمیل شود.

Trastuzumab emtansine تا ۱۴ دوره

۶۵- خانم 36 ساله به علت التهاب نوک پستان تحت بررسی قرار گرفته است. در تصویربرداری ادم پوست در ناحیه آرنول گزارش شده است. در ماموگرافی و ام آر آی پستان توده گزارش نشده است. بیوپسی انجام شده و پاتولوژی paget disease گزارش شده است. ER و PR مثبت می باشد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

local excision +Radiotherapy + tamoxifen

local excision+ tamoxifen

local excision

local excision+ lymph node dissection

۶۶- خانم ۵۳ ساله با کانسر پستان متاستاتیک از نوع هورمون رسپتور منفی و  $HER2=3+$  در IHC تحت درمان با رژیم درمانی Vinorelbine, trastuzumab, pertuzumab قرار گرفته است. در سی تی اسکن پس از درمان فوق بیماری پیشرفت کرده است. بیمار دو سال قبل در درمان نئوادجوانت رژیم (TCHP) Docetaxel, carboplatin, trastuzumab, pertuzumab دریافت نموده است. در حال حاضر بیمار ECOG PS:1 دارد و از نظر قلبی ممنوعیتی جهت ادامه درمان ندارد. مناسبترین پیشنهاد درمانی کدام گزینه است؟

Trastuzumab emtansine

Capecitabine and lapatinib

Trastuzumab deruxtecan

Trastuzumab, pertuzumab and paclitaxel

۶۷- خانم ۴۹ ساله دو سال پیش با تشخیص کانسر پستان چپ تریپل نگاتیو stage1 تحت جراحی BCS و SLNB و سپس کموتراپی و رادیوتراپی ادجوانت قرار گرفت. اکنون به دلیل لنفادنوپاتی متعدد به هم چسبیده زیر بغل چپ CNB شده است. گزارش آسیب شناسی مؤید عود رژیونال TNBC می باشد. در سی تی اسکن و اسکن استخوان متاستاز دوردست گزارش نشده است. آزمایش ژنتیکی BRCA germline منفی است. کدامیک از اقدامات درمانی ذیل را توصیه می کنید؟

Chemotherapy

Axillary Lymph Node Dissection

Chemotherapy then Axillary Lymph Node Dissection

Radiation

۶۸- خانم ۵۷ ساله با تشخیص کانسر پستان راست مراجعه کرده است. در بررسی H&E و IHC بر روی نمونه بیوپسی:

Invasive ductal carcinoma , grade II/III ER: neg PR: neg HER2: 3+ ki67:60% گزارش شده است.

بیمار از سرفه شکایت دارد. در سی تی اسکن قفسه سینه چند ندول متاستاتیک دیده می شود. در CNB ندول ریوی متاستاز کانسر پستان تشخیص داده می شود. در سی تی اسکن شکم و لگن، اسکن استخوان و ام آر آی مغزیافته ای به نفع متاستاز ندارد. ECOG PS: 0-1 و LVEF:55% گزارش شده است. مناسبترین رژیم درمانی برای بیمار کدام گزینه است؟

Trastuzumab emtansine

Docetaxel, trastuzumab, pertuzumab

Docetaxel and trastuzumab

T-DM1 and pertuzumab

۶۹- خانم ۵۷ ساله با تشخیص داکتال کارسینومای مهاجم پستان ۲/۵ سانتی متری گرید III و ER: pos PR: pos HER2: neg و Ki67%= 40% است. بیمار عمل می شود و دو غده لنفاوی مثبت دارد و در بررسی ها BRCA1 موتاسیون دارد. بعد از انجام کموتراپی ادجوانت کدامیک از گزینه های زیر همراه با AI پیشنهاد می گردد؟

Abemaciclib

Palbociclib

Olaparib

Olaparib + Abemaciclib

۷۰- خانم ۵۶ ساله با سرطان پستان ER: pos PR: pos HER2: neg و متاستاز متعدد به استخوان دارد. بهترین انتخاب خط اول درمان کدام است؟

Letrozol

Fulvestrant

Letrozol + Palbociclib

Fulvestrant + Palbociclib

۷۱- آقای ۶۸ ساله با وضعیت بالینی مناسب مبتلا به آدنوکارسینوم کاردیا متاستاتیک (دو ضایعه متاستاتیک در لوب چپ کبد) جهت درمان به کلینیک انکولوژی مراجعه نموده است. یافته‌های هیستولوژیک و مولکولار بیوپسی اندوسکوپیک توده ناحیه کاردیا به شرح ذیل می‌باشد:

Invasive adenocarcinoma HER2=3+ PDL1/CPS=5% low probable of MSI-H

کدامیک از درمان‌های ذیل را توصیه می‌کنید؟

گاسترکتومی و متاستاتکتومی کبد، سپس درمان با رژیم FLOT

FOLFOX + trastuzumab + nivolumab

Trastuzumab deruxtecan

FOLFOX +trastuzumab

۷۲- خانم ۵۴ ساله به علت آدنوکارسینوم مری میانی تحت کمورادیوتراپی و سپس ازوفازکتومی قرار گرفته است، گزارش آسیب شناسی بعد از جراحی T3N1 می‌باشد. کدام اقدام را در این مرحله ارجح می‌دانید؟

شیمی درمانی با پایه ۵- فلوراسیل

پیگیری بیمار

ایمونوتراپی

کمورادیوتراپی

۷۳- خانم ۵۵ ساله با سابقه ۵ سال قبل هیستریکتومی و رادیوتراپی به علت Squamous Cell Carcinoma Cervix بدون وابسته به ویروس HPV, با درد RUQ از دو ماه پیش مراجعه کرده است. در بررسی توده‌های متعدد کبدی که در بیوپسی متاستاز با منشاء سرویکس گزارش می‌شود.  $PD-L1 \geq 10$  کدام روش درمانی در بیمار فوق ارجح می‌باشد؟

درمان با Pembrolizumab

شیمی درمانی Paclitaxel and carboplatin

شیمی درمانی همراه با Pembrolizumab

شیمی درمانی همراه با Nivolumab

۷۴- خانم 43 ساله‌ای با توده کبدی 8 سانتی‌متری به شما ارجاع شده است. در بررسی اندوسکوپی و کولونوسکوپی نرمال و در سی تی اسکن متاستازهای ریوی دارد. بیوپسی از توده کبدی کلاژیوکارسینوما گزارش شده است. CA 19-9=385 و CEA=15 و سایر آزمایشات نرمال بوده است. بیمار تحت درمان با Gemcitabin+Cisplatin قرار گرفته است. در ارزیابی بعد از سه ماه توده کبدی بزرگتر شده است. کدام گزینه را برای بیمار مناسب‌تر می‌دانید؟

بررسی استفاده از مهار کننده‌های FGFR2 یا IDH-1

تبدیل رژیم کموتراپی به FOLFIRI

SBRT توده کبدی

ادامه کموتراپی Gemcitabin+Cisplatin

۷۵- خانم ۵۰ ساله با احساس سنگینی در لگن تحت بررسی قرار می‌گیرد. در سونوگرافی توده لگنی و در بررسی با PET/CT scan توده بزرگ لگن با منشا تخمدان راست و درگیری غدد لنفاوی و پریتونئوم گزارش می‌شود. بیمار تحت جراحی TAH+BSO قرار می‌گیرد. جواب پاتولوژی موسینوس ادنوکارسینوم تخمدان با درگیری غدد لنفاوی و پریتونئوم گزارش می‌شود. آزمایشات نرمال می‌باشد. بیمار BRCA1 موتاسیون دارد. کدام گزینه درمانی ارجح می‌باشد؟

Paclitaxel+Carboplatin

olaparib

Paclitaxel+Carboplatin و شروع Bevacizumab

Paclitaxel+Carboplatin و شروع Olaparib

۷۶- بیمار آقای 68 ساله‌ای که با تشخیص کانسر پانکراس متاستاز به کبد تحت درمان با رژیم کموتراپی Gemcitabin+nab- paclitaxol قرار گرفته است. در بررسی بعد از 4 ماه با سی تی اسکن، متاستازها ثابت بوده و در بررسی تکمیلی مولکولی BRCA1 mutation داشته ولی NTRK fusion منفی و low MSI می‌باشد. کدام اقدام بعدی را برای بیمار مناسب‌تر است؟

تغییر رژیم درمانی به FOLFIRINOX

کموآدیاسیون

تغییر رژیم درمانی به nano-liposomal Irinotecan +5FU

استفاده از PARP inhibitor

۷۷- خانم ۵۰ ساله مبتلا به کانسر تخمدان بعد از جراحی کامل تحت درمان با پروتکل Paclitaxol+Carbolpatin قرار می‌گیرد. در طی فالوآپ بیمار در ماه ۴ بعد از درمان با احساس تورم شکم و تکرر ادرار مراجعه می‌کند. در PET/ct scacn انجام شده توده شکمی با درگیری پریتونئ گزارش می‌شود. کدام روش درمان ارجح می‌باشد؟

Paclitaxel+Carbolpatin

Carbolpatin+Pegylated Liposomal Doxorubicin

Olaparib + Pegylated Liposomal Doxorubicin

Pegylated Liposomal Doxorubicin +Bevacizumab

۷۸- بیمار مورد کانسر ریه از نوع NSCLC متاستاتیک تحت درمان با nivolumab قرار گرفته است. در طی درمان گزارش ALK-ML4 مثبت گزارش می‌شود با شروع درمان با crizotinib کدام عارضه جدی زیر مراقبت بیشتری می‌طلبد؟

Myelosuppression

Interstitial pneumonitis

Hepatotoxicity

Cardiotoxicity

۷۹- خانم 50 ساله با درد مبهم شکم مراجعه می‌کند. در سونوگرافی توده تخمدان سمت چپ گزارش شده است. در سی تی اسکن توده تخمدان تایید می‌شود. در معاینه نکته مثبتی ندارد. در آزمایشات فقط CA125= 300 گزارش می‌شود. بیمار تحت جراحی قرار می‌گیرد. پاتولوژی سرطان تخمدان یک طرفه از نوع Clear cell carcinoma با تهاجم به کیسول گزارش می‌شود. کدام گزینه درمانی ارجح می‌باشد؟

Paclitaxel+Carboplatin برای 6 دوره

نیاز به اقدام درمانی ندارد.

Paclitaxel+Carboplatin برای 6 دوره و یکسال Bevacizumab

Paclitaxel+Carboplatin برای 3 کورس

۸۰- بیمار خانم 58 ساله‌ای است که با درد شکم تحت بررسی قرار گرفته است. در سی تی اسکن توده 4 سانتی‌متری در تنه پانکراس دارد که شریان SMA بیش از 180 درجه encasement دارد و ترومبوز ورید پورت نیز گزارش شده است. در سایر بررسی‌ها شواهدی از متاستاز دور دست ندارد. بیوپسی با EUS از توده آدنوکارسینوم پانکراس را تایید می‌کند. تست‌های بیوشیمیایی نرمال و  $CA19-9 = 422 \text{ mU/L}$  می‌باشد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

جراحی ویپل

شیمی درمانی نئوادجوانت و سپس جراحی

کمورادیوتراپی

شیمی درمانی

۸۱- آقای ۶۲ ساله به دلیل دیس پپسی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. اندوسکوپی فوقانی و کولونوسکوپی او یافته‌های قابل توجهی نداشتند. سی تی اسکن یک توده ۸ سانتی‌متری در روده باریک و همچنین متاستازهای متعدد در کبد را نشان داد. وی تحت بیوپسی از متاستاز کبدی قرار می‌گیرد. پاتولوژی نهایی GIST را با  $\text{mitotic rate: } 10/50 \text{ HPF}$ , بدون موتاسیون c-KIT و با موتاسیون مثبت PDGFRA D842V نشان داد. کدامیک از گزینه‌های زیر مناسب‌ترین اقدام بعدی است؟

Imatinib 400 mg/day

Imatinib 400 mg bid

Regorafenib 160 mg daily

Avapritinib 300 mg/day

۸۲- آقای 45 ساله heavy smoker با سرفه، تنگی نفس و توده در بیضه چپ مراجعه می‌کند. سونوگرافی اسکروتوم، توده‌ای ناهمگن، 5 سانتی‌متر گزارش می‌دهد. ارکیکتومی رادیکال اینگوینال چپ انجام شده است. پاتولوژی، 60٪ کارسینوم امبریونال، 30٪ ترانوم و 10٪ سمینوما را گزارش می‌دهد. پس از ارکیکتومی،  $B-hCG = 5721$ ,  $\alpha-FP = 12059 \text{ ng/dl}$ ,  $LDH = 237$  است. سی تی اسکن، توده‌های بزرگ خلف صفاقی و متعدد ریوی را نشان می‌دهد که بزرگترین آنها در ریه 3 سانتی‌متر می‌باشد. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

دیسکسیون غدد لنفاوی خلف صفاق (RPLND) و رزکسیون جراحی متاستازهای ریوی

اتوپوزاید، ایفوسفامید و سیس پلاتین (VIP)

بلئومایسین، اتوپوزاید و سیس پلاتین (BEP)

وین بلاستین، بلئومایسین و سیس پلاتین (PVB)

۸۳- آقای ۶۳ ساله مورد سرطان پروستات ارجاع شده است. در بیوپسی پروستات Gleason score = 3+3 گزارش شده است. PSA = 7 می باشد. مناسبترین اقدام تشخیصی کدام است؟

PSMA PET CT scan

Bone scan

Abd/pelvic CT scan

بررسی بیشتر لازم ندارد.

۸۴- خانمی 22 ساله چهار سال پیش دچار استئوسارکوم در ناحیه دیستال هومروس چپ شد و تحت عمل آمپوتاسیون بالای آرنج چپ قرار گرفت. پس از آن شیمی درمانی با دوکسوروبیسین و سیسپلاتین دریافت کرد. سی تی اسکن قفسه سینه و شکم و لگن اخیر جهت پیگیری، دو ندول جدید در ناحیه محیطی لوب فوقانی ریه چپ به اندازه های ۲ سانتی متر و ۱/۵ سانتی متر نشان داده است. اسکن استخوان بیمار نرمال است. این ندول ها در زمان تشخیص اولیه یا در سی تی اسکن شش ماه قبل وجود نداشتند. CNB از ندول ۱/۵ سانتی متری در لوب فوقانی چپ، متاستاز استئوسارکوم را تأیید کرد. کدامیک از گزینه های زیر مناسبترین اقدام بعدی است؟

Observation

Ifosfamide and etoposide

Radiotherapy

Resection of lung nodules

۸۵- بیمار مورد desmoid tumor می باشد که بعد از تشخیص جراحی و رادیوتراپی شده است. بیمار مجدداً دچار عود موضعی شده است که قابل جراحی نمی باشد. بهترین درمان کدام گزینه می باشد؟

Sorafenib

Tamoxifen

Imatinib

Letrozole

۸۶- آقای 65 ساله مورد سرطان پروستات با متاستاز غدد لنفاوی لگن و رتروپریتون و مهره‌های کمری تحت درمان با ADT بوده است. شش ماه بعد از شروع درمان با افزایش PSA در دو بررسی متوالی مواجه شده‌ایم. سطح تستوسترون در آن زمان 10 ng/dl بوده است. بیمار تحت درمان با دوستاکسل برای 6 دوره قرار می‌گیرد کاهش PSA و بهبود علائم داشته است. هفت ماه بعد از پایان دوستاکسل مجدداً افزایش PSA و تشدید علائم استخوانی داشته است. بیمار روی ابیراترون و پردنیزولون قرار می‌گیرد. مجدداً 6 ماه بعد دچار تشدید علائم و افزایش PSA می‌شود. اقدام بعدی چیست؟

ادامه ADT و افزودن کابازیتاکسل

ادامه ADT و تجویز مجدد دوستاکسل

قطع ADT و تجویز کابازیتاکسل

قطع ADT و تجویز میتوکسانترون

۸۷- آقای ۲۳ ساله با توده بدون درد و به سرعت در حال بزرگ شدن بیضه سمت راست به کلینیک انکولوژی مراجعه می‌کند. سونوگرافی توده complex بیضه سمت راست را نشان می‌دهد. AFP = 75 ng/mL ، LDH=110 units/L قبل از جراحی به شرح زیر می‌باشد. سی تی اسکن شکم و لگن و ریه نرمال می‌باشد. بیمار تحت ارکیکتومی قرار می‌گیرد و ارزیابی پاتولوژیک مطابق با stage I yolk sac tumor با تهاجم لنفاوی عروقی گزارش می‌شود. تومور مارکر پس از جراحی نرمال می‌باشد. اکنون کدام یک از موارد زیر را توصیه می‌کنید؟

یک دوره کربوپلاتین

رادیوتراپی

یک دوره بلئومایسین، اتوپوزید و سیس پلاتین (BEP)

درمان دیگری لازم ندارد.

۸۸- بیمار با RCC متاستاتیک پس از 6 ماه درمان با ایپیلیوماب + نیولوماب، بیماری پیشرونده داشته است. بهترین درمان انتخابی در این مرحله کدام است؟

ادامه ایمونوتراپی

کابوزانتینیب

افزودن بواسیزوماب

درمان حمایتی

۸۹- آقای 59 ساله در بررسی سی تی اسکن شکم، توده ۹ سانتی‌متر محدود به کلیه سمت راست را نشان داد. نفرکتومی رادیکال راست انجام شده است. Clear Cell Carcinoma: T2 grade IV ، گزارش می‌شود. برای کاهش احتمال عود بیمار کدام یک از موارد زیر را توصیه می‌کنید؟

Sunitinib

Pembrolizumab

Cabozantinib

Lenvatinib

۹۰- بیمار خانم ۳۵ ساله مبتلا به low risk GTN بدون متاستاز هیستریکتومی شده است. کدام اقدام توصیه شده است؟

- سه نوبت MTX و پیگیری
- یک نوبت Dactinomycin و پیگیری
- سه نوبت Dactinomycin پیگیری
- EMA یک نوبت و پیگیری

۹۱- خانم ۴۵ ساله با ضایعه پوستی نامنظم در سمت چپ کمر مراجعه می‌کند؛ بیوپسی با ملانوما مطابقت دارد. بیمار تحت عمل جراحی وسیع موضعی قرار می‌گیرد. یافته‌های پاتولوژی منطبق با ملانوم پوستی به عمق 3 میلی‌متر و بدون زخم می‌باشد. SLNB منفی است. PET/CT Scan نکته پاتولوژیک ندارد. MRI مغز نشانه‌ای از متاستاز نشان نمی‌دهد. تومور حاوی موتاسیون BRAF V600E می‌باشد. صحیح‌ترین اقدام کدام گزینه است؟

- Adjuvant dabrafenib with trametinib
- Adjuvant nivolumab with ipilimumab
- Adjuvant pembrolizumab
- No additional systemic therapy

۹۲- بیمار خانم 48 ساله‌ای است که با رکتوراژی مراجعه کرده است. در کولونوسکوپی توده زخمی در 12 سانتی‌متری آنال ورج دیده می‌شود. در بررسی MRI رکتوم T3N0 گزارش شده است. در سی تی اسکن شکم و لگن متاستاز ندارد. در درمان بیمار فوق همه گزینه‌های زیر به عنوان اقدام اول درمان می‌تواند به کار رود بجز:

- Chemotherapy
- Radiotherapy
- Chemoradiotherapy
- Surgery

۹۳- خانم 35 ساله با تشنج فوکال تحت بررسی قرار گرفته است. در تصویربرداری تومور لوب فرونتال چپ تشخیص داده شده و بیمار تحت جراحی رزکسیون کامل تومور قرار می‌گیرد. پاتولوژی oligodendroglioma grade III -IDH mutant 1p and 19 q deletion را نشان می‌دهد. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

- Observation with MRI q 3 months
- Whole brain Radiotherapy
- Regional RT followed by adjuvant chemotherapy
- IDH inhibitor

۹۴- بیمار ۵۶ ساله بعد از درمان کموتراپی نئوآدجوانت، جراحی رادیکال مثانه شده است. جواب پاتولوژی High grade Urothelial carcinoma T3N0, PDL1= 2% می باشد. مناسبترین اقدام درمانی برای ایشان کدام است؟

- Nivolumab
- Radiotherapy
- Chemotherapy
- lipilimumab

۹۵- آقای ۴۵ ساله با انسداد بینی، اپیستاکی متناوب و کاهش شنوایی یک طرفه مراجعه می کند. معاینه فیزیکی و تصویربرداری، توده در نازوفارنکس با گسترش به فضای پارافارنژیال و لنفادنوپاتی دوطرفه گردنی را نشان می دهد. بیوپسی، کارسینوم غیرکراتینه غیرتمایز یافته (undifferentiated nonkeratinizing) با EBER مثبت را تأیید می کند. وضعیت عملکردی بیمار مناسب است (ECOG=0). بهترین درمان برای بیمار کدامیک از موارد ذیل می باشد؟

- IMRT به تنهایی
- شیمی درمانی القایی سپس جراحی و رادیوتراپی
- شیمی درمانی القایی سپس کمورادیوتراپی
- کمورادیوتراپی

۹۶- بیمار ۶۷ ساله کانسر آندومتر متاستاتیک که به شیمی درمانی پاسخ خوبی نداده است. بررسی به روش IHC شده و dMMR گزارش شده است. بیمار پوشش بیمه کامل داشته و امکان تهیه داروها را دارد. کدام گزینه صحیح است؟

- بررسی به روش PCR جهت تایید MSI-H
- Pembrolizumab
- Avelumab
- Second line chemotherapy

۹۷- آقای ۶۰ ساله با کانسر ریه تحت درمان با داروی Brigatinib می باشد. اخیرا به دلیل تنگی نفس و سرفه به اورژانس مراجعه کرده و با تشخیص پنومونی تحت درمان با داروی کلاریترومایسین قرار می گیرد. دو روز بعد بیمار مجددا به دلیل تشدید تنگی نفس و ۲ بار سنکوپ به اورژانس مراجعه می کند. اولین اقدام کدام است؟

EKG

داپلر سونوگرافی وریدهای عمقی اندام تحتانی

CT آنژیوگرافی

اکوکاردیوگرافی

۹۸- آقای ۵۷ ساله با کاهش وزن و خستگی مفرط مراجعه کرده است. در معاینه فیزیکی در قدام ناحیه گردنی توده به ابعاد ۴ سانتی متر لمس می شود. بیوپسی از توده نشان دهنده کانسر مدولاری تیروئید است. بررسی از نظر RET mutation منفی است. در تصویربرداری متاستاز های متعدد کبد، ریه و استخوان گزارش شده است. کلسیتونین ۱۲۰۰ pg/mL گزارش شده است. مناسب ترین درمان کدام گزینه است؟

Sorafenib

Vandetanib

Doxorubicin based chemotherapy

Thyroidectomy

۹۹- مردی ۵۴ ساله با سابقه سرطان مثانه متاستاتیک به مطب شما مراجعه می کند و از افزایش درد در ناحیه هیپوگاستر شکایت دارد. او توصیف می کند که درد از سمت چپ ستون فقرات شروع شده و به سمت چپ هیپوگاستر امتداد می یابد. بیمار می گوید این درد دائمی نیست، اما مکررا یک درد ناگهانی تیرکشنده را احساس می کند. تصویربرداری نشان دهنده پیشرفت ضایعات متاستاتیک در ستون فقرات است. او از اکسی کدون ۵ میلی گرم هر ۴ ساعت استفاده می کند که در ابتدا برای درد ناحیه لگنی تجویز شده بود و اکنون هم درد لگن با همین رژیم به خوبی کنترل شده، اما این دارو تأثیر چندانی بر درد جدید شکم نداشته است. مناسب ترین توصیه برای کنترل درد جدید چیست؟

شروع چسب فنتانیل

اضافه کردن دگزامتازون

اضافه کردن پرگابالین

افزایش دوز اکسی کدون

۱۰۰- خانم ۵۴ ساله با درد شکمی بستری شده است و در کولونوسکوپی توده در ناحیه ایلئوسکال داشته است. بیوپسی از توده مزبور نشان دهنده  $ki67=2\%$  well diff neuroendocrine tumor می باشد. بیمار شرح حالی از اسهال یا علایم فلاشینگ نمی دهد. در تصویربرداری شواهدی از متاستاز ندارد. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته است و همی کولکتومی راست همراه با رزکسیون دیستال ایلئوم انجام شده است. مناسبترین اقدام بعدی کدام است؟

شروع ساندوستاتین طولانی اثر ماهیانه

ارجاع بیمار جهت درمان با لوتیشیوم

پیگیری بیمار

انجام Ga67 Dotatate PET /CT

۱۰۱- مرد 34 ساله‌ای به دلیل سرطان مناستاتیک کلیه تحت بررسی و درمان بوده است ولی در حال حاضر امیدی به بهبودی وجود ندارد. با توجه دیدگاه‌های اسلامی، در مراقبت‌های پایان زندگی در این بیمار که دچار درد و رنج شدید می باشد، کدام تصمیم لزوماً باید انجام گیرد؟

با توجه به جوان بودن بیمار، استفاده از تمام مراقبت‌های پیشرفته با هر قیمت

عدم حمایت از درخواست‌های خانواده او برای بهره‌مندی از تمام امکانات بیمارستان

درمان‌های تسکینی و کنترل درد

بررسی درخواست بیمار جهت خاتمه حیات او با داروهای مسکن در کمیته اخلاق

۱۰۲- یکی از همکاران مورد اعتماد شما در یک کلینیک خصوصی اقدامات طب مکمل و پزشکی سنتی برای بیماران ارائه می کند. اخیراً درمان جدیدی شامل تزریق سرنگ‌های آماده حاوی پلاکت غلیظ شده (PRP) را در پوست و مفصل زانو انجام می دهد. وی از شما درخواست دارد بیماران خود را برای این درمان جدید معرفی نمایید. مطالعه مقالات موجود نشانگر مطالعه موفق درمان در مطالعات حیوانی و در کارآزمایی بالینی محدود در انسان‌ها بوده است. از منظر اخلاقی، معرفی بیماران برای انجام این درمان جدید مورد قبول است یا خیر؟

شکی نیست که تجویز درمان جدید، با احتمال تاثیر قابل قبول، مشکل اخلاقی ندارد.

به هیچ وجه نباید این دارو تجویز شود چون هنوز به تایید قطعی نرسیده است.

بر حسب وضعیت مالی بیمار و سود درمانی که عاید او خواهد شد، باید در مورد تجویز این درمان تصمیم گرفت.

تجویز این درمان جدید فقط پس از تایید کمیته اخلاق، توضیح درمان استاندارد موجود و بیان تحقیقاتی بودن درمان جدید برای بیمار و پس از اخذ رضایت آگاهانه از او صحیح خواهد بود.

## پاسخ نامه خون و سرطان بالغین\_سایت

ج	۱۰۱	الف	۵۱	ج	۱
د	۱۰۲	ب	۵۲	ب	۲
		ج	۵۳	ب	۳
		الف	۵۴	د	۴
		ب	۵۵	ج	۵
		ب	۵۶	ب	۶
		ب	۵۷	ج	۷
		الف	۵۸	د	۸
		ب	۵۹	ب	۹
		الف	۶۰	ب	۱۰
		د	۶۱	ب	۱۱
		ج	۶۲	ب	۱۲
		د	۶۳	ب	۱۳
		الف	۶۴	ج	۱۴
		الف	۶۵	الف	۱۵
		ج	۶۶	ب	۱۶
		ج	۶۷	د	۱۷
		ب	۶۸	ب	۱۸
		ب	۶۹	ب	۱۹
		ب	۷۰	ب	۲۰
		ب	۷۱	ب	۲۱
		ج	۷۲	الف	۲۲
		ج	۷۳	ب	۲۳
		الف	۷۴	الف	۲۴
		د	۷۵	ب	۲۵
		د	۷۶	الف	۲۶
		د	۷۷	د	۲۷
		الف	۷۸	ب	۲۸
		الف	۷۹	الف	۲۹
		ب	۸۰	الف	۳۰
		د	۸۱	ب	۳۱
		ب	۸۲	ب	۳۲
		د	۸۳	ب	۳۳
		د	۸۴	ب	۳۴
		الف	۸۵	ب	۳۵
		الف	۸۶	د	۳۶
		ب	۸۷	ب	۳۷
		ب	۸۸	الف	۳۸
		ب	۸۹	الف	۳۹
		ب	۹۰	ب	۴۰
		د	۹۱	ب	۴۱
		ب	۹۲	الف	۴۲
		الف	۹۳	الف	۴۳
		الف	۹۴	ب	۴۴
		ب	۹۵	ب	۴۵
		ب	۹۶	الف	۴۶
		الف	۹۷	ب	۴۷
		ب	۹۸	د	۴۸
		ج	۹۹	د	۴۹
		ج	۱۰۰	ج	۵۰