***ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ* ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ**

**ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΓΡΑΠΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΚΑΝΟΝΙΚΩΝ & ΜΕΤΑΦΟΡΕΩΝ**

**ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΙΙ – 10.6.2019**

**- Όσοι έχετε συμμετάσχει επιτυχώς στην πρακτική εξέταση** επί των επιλεγμένων πλακιδίων, απαντήστε **με συντομία και σαφήνεια** από τα παρακάτω δέκα ***θέματα***10 μορίων το καθένα, όποια ***εννέα*** επιθυμείτε. Οι **υπόλοιποι**, απαντήστε ***και τα δέκα****.*

***1ο θέμα*.** Απαντήστε το παρακάτω υποερώτημα Α του 1ου θέματος και, από τα επόμενα δύο υποερωτήματα του 1ου θέματος, το ένα (ή το Β ή το Γ).

**Α.** Ποια λανθασμένη ιατρική πρακτική διακρίνετε στα εξής λόγια γυναίκας ασθενούς : «Βρήκαν αψηλάφητη, μικρή, ύποπτη βλάβη στη μαστογραφία και ο γιατρός μου μου συνέστησε να την αφαιρέσουμε με ανοικτό χειρουργείο για να δούμε τι είναι, πιθανώς κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, και, βλέποντας και κάνοντας»;

Στις ημέρες μας, στις περισσότερες περιπτώσεις οι διαδερμικές βιοψίες με βελόνη (βιοψίες χωρίς χειρουργείο) έχουν καταστήσει την ανάγκη ανοικτής βιοψίας (χειρουργείο για να παρθεί βιοψία) σπάνια. Επίσης, πρέπει να αποφεύγονται οι διεγχειρητικές (ταχείες) βιοψίες σε αψηλάφητους όγκους κάτω από 1 εκ., γιατί μικρές εστίες καρκινώματος μπορεί να διαφύγουν της προσοχής (ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα). Η ταχεία βιοψία δεν αφήνει χρονικά περιθώρια συζήτησης των θεραπευτικών επιλογών. Μία γυναίκα με όγκο στο μαστό πρέπει να διερευνηθεί και με τους τρεις δυνατούς τρόπους – κλινική εξέταση, απεικονιστική εξέταση, βιοψία δια λεπτής ή κόπτουσας βελόνης – προτού παρθεί η απόφαση για χειρουργική επέμβαση. Με απλά λόγια, δεν υφίσταται πια η λογική «πάμε στο χειρουργείο και βλέποντας και κάνοντας». Η διάγνωση και το πλάνο αντιμετώπισης πρέπει να είναι γνωστά και να έχουν συναποφασισθεί με την ασθενή πριν από το χειρουργείο.

Προτεινόμενο σύγγραμμα (Boecker):1483

**Β.** Μετεμμηνοπαυσιακή ασθενής, 52 ετών. To κυτταρολογικό επίχρισμα ρουτίνας κατά Παπανικολάου έδειξε ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας, βαθμού 3 (CIN 3) με υπόνοια διηθητικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Έγινε βιοψία τραχήλου η οποία έδειξε CIN 3. Ποια από τις παρακάτω είναι η ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθενούς και γιατί; Γιατί είναι λανθασμένες οι υπόλοιπες δύο αντιμετωπίσεις;

**i. Κωνοειδής εκτομή τραχήλου**

ii. Απλή υστερεκτομή με ή χωρίς λεμφαδενεκτομή

iii. Ριζική υστερεκτομή με λεμφαδενεκτομή

Απάντηση: Αν και η ασθενής είναι μετεμμηνοπαυσιακή και δεν υπάρχει θέμα να διατηρηθεί η μήτρα για διατήρηση γονιμότητας, η θεραπεία επιλογής είναι η **κωνοειδής εκτομή του τραχήλου**. Εάν διαπιστωθεί ότι η αλλοίωση είναι μόνο CIN 3 και έχει αφαιρεθεί με υγιή όρια, τότε δεν χρειάζεται περαιτέρω αντιμετώπιση. Εάν όμως στο παρασκεύασμα της κωνοειδούς εντομής βρεθεί διηθητικό ακανθοκυττταρικό καρκίνωμα, τότε θα πρέπει να προγραμματιστεί ριζική υστερεκτομή με λεμφαδενεκτομή.

Εάν στην ασθενή είχε επιλεγεί εξ αρχής μία απλή υστερεκτομή με ή χωρίς λεμφαδενεκτομή και η μετέπειτα παθολογοανατομική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος έδειχνε διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του τραχήλου, τότε θα έπρεπε να είχε γίνει ριζική υστερεκτομή, δηλαδή και αφαίρεση του παραμητρικού ινολιπώδους ιστού. Άρα, ογκολογικά, η ασθενής θα είχε αντιμετωπιστεί με λάθος επέμβαση.

Επίσης, το να επιλέξει κανείς εξ αρχής μία ριζική υστερεκτομή χωρίς να υπάρχει ιστολογική επιβεβαίωση διηθητικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, είναι λάθος. Γνωρίζουμε ότι η ριζική υστερεκτομή είναι μία δύσκολη επέμβαση με κίνδυνο διάτμησης των ουρητήρων, οι οποίοι βρίσκονται στον παραμητρικό ινολιπώδη ιστό, κατά την οποία αφαιρείται επίσης και μεγαλύτερο τμήμα κόλπου· είναι δε, η εγχείρηση επιλογής μόνο σε διαγνωσμένο *διηθητικό* καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.

**Γ.** Ασθενής, 69 ετών, με κυστικό όγκο στη δεξιά ωοθήκη μ.δ. 6 εκ., ο οποίος έχει καλοήθη απεικονιστικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, οι δείκτες στον ορό του αίματος δεν εγείρουν υπόνοια κακοήθειας εκ της ωοθήκης. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε επίσης την παρουσία μίας ύποπτης, εστιακής πάχυνσης του ενδομητρίου, χωρίς διήθηση του μυομητρίου. Αποφασίστηκε να σταλεί ο ωοθηκικός όγκος για ταχεία βιοψία και, εφόσον αποβεί καλοήθης, δεν θα ακολουθήσει λεμφαδενεκτομή, θα γίνει όμως υστερεκτομή για την αφαίρεση και της αλλοίωσης στο ενδομήτριο. Η θεραπευτική αυτή αντιμετώπιση είναι σωστή ή λανθασμένη; Εξηγήστε γιατί.

Απάντηση: **Λανθασμένη αντιμετώπιση.** Γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος του ενδομητρίου διακρίνεται στον τύπου Ι - ενδομητριοειδή και τον τύπου ΙΙ - κυρίως ορώδη. Ο τελευταίος αναπτύσσεται σε έδαφος ατροφικού ενδομήτριου, αποκλειστικά σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς και η θεραπευτική του αντιμετώπιση περιλαμβάνει πάντα, εκτός από την υστερεκτομή, λεμφαδενεκτομή και επιπλεκτομή, λόγω της ιδιότητας των καρκινικών κυττάρων να αποκολλώνται της καρκινικής μάζας και, μέσω των σαλπίγγων, να εμφυτεύονται και στο επίπλουν.

Εάν, όπως έδειχναν τόσο τα απεικονιστικά ευρήματα όσο και οι δείκτες, ο κυστικός όγκος της ωοθήκης ήταν πράγματι καλοήθης, αλλά η ύποπτη αλλοίωση στο ενδομήτριο αφορούσε σε ένα ορώδες καρκίνωμα, το οποίο, εξάλλου, ήταν πολύ πιθανό, λόγω της ηλικίας της ασθενούς, τότε ο τρόπος χειρουργικής αντιμετώπισης που είχε επιλεγεί, θα ήταν ανεπαρκής.

Θα έπρεπε κανονικά πριν από την εγχείρηση να γίνει απόξεση του ενδομητρίου για να διερευνηθεί η μορφολογία της αλλοίωσης του ενδομητρίου. Εάν αυτή αφορούσε σε ένα ορώδες καρκίνωμα τότε θα είχε προγραμματιστεί εξ αρχής, πέραν της υστερεκτομής, μία λεμφαδενεκτομή και επιπλεκτομή, ανεξάρτητα από τη φύση του κυστικού όγκου της ωοθήκης.

Έγγραφα 6.07: αρχείο ppt «ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΝΟΣΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ»

***2ο θέμα.*** Απαντήστε το ένα από τα δύο παρακάτω υποερωτήματα του 2ου θέματος (ή το Α ή το Β).

**Α.** Αναφέρετε τους αιτιολογικούς παράγοντες και τους παράγοντες καλής πρόγνωσης του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.

Aιτιολογικοί παράγοντες του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος: Kίρρωση (ηπατοκυτταρική καταστροφή – αναγέννηση) - Ηπατότροποι ιοί : HBV (ογκογόνος): Ενσωμάτωση του ΗΒV DNA στο DNA ηπατοκυττάρων και καρκινικών κυττάρων, HCV - Xημικά καρκινογόνα (αφλατοξίνη Β1/μυκοτοξίνη σε σιτηρά προσβεβλημένα από ασπέργιλλο, λόγω κακών συνθηκών αποθήκευσης) - Αλκοολισμός - Μεταβολικά νοσήματα (αιμοχρωμάτωση, τυροσιναιμία, ανεπάρκεια α1-αντιθρυψίνης) - Αντισυλληπτικά, αναβολικά στεροειδή.

Παράγοντες καλής πρόγνωσης για το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα: - Σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας, η δυνατότητα πλήρους εκτομής η οποία εξαρτάται από: - μέγεθος όγκου - εντόπιση όγκου - διήθηση πυλαίας φλέβας - μεταστατική νόσο - φυσική κατάσταση ασθενούς. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΛΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΗΚΚ: ΚΛΙΝΙΚΟΙ : νεαρή ηλικία, θήλυ φύλο, καλή φυσική κατάσταση. ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΟΓΚΟ: Μακροσκοπικοί: μικρό μέγεθος (κρίσιμο όριο τα 4 εκ. – threshold effect), μονήρης εστία. Ιστολογικοί : Καλή διαφοροποίηση.

**Β.** Ποιοι παράγοντες σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με τη χρόνια παγκρεατίτιδα; Ποια είναι τα κυριότερα ιστολογικά χαρακτηριστικά της χρόνιας παγκρεατίτιδας;

Σε μεγάλο ποσοστό (40%) είναι αγνώστου αιτιολογίας. Κυριότερος γνωστός αιτιοπαθογενετικός παράγοντας θεωρείται το αλκοόλ το οποίο σχετίζεται με παρουσία πρωτεϊνικών βυσμάτων στους πόρους του παγκρέατος λόγω αυξημένης συγκέντρωσης πρωτεϊνών στο παγκρεατικό υγρό. Μετά από ασβεστοποίηση σχηματίζονται λίθοι και επιβραδύνεται η απόφραξη των πόρων. Επίσης το αλκοόλ προκαλεί υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας που τελικά μπορεί να οδηγήσουν σε χρόνια νόσο. Οποιoδήποτε άλλο αίτιο μακροχρόνιας απόφραξης του παγκρεατικού πόρου μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια παγκρεατίτιδα. Σπανιότερα αίτια αποτελούν η τροπική παγκρεατίτιδα σχετιζόμενη με κακή διατροφή και οι μεταλλάξεις του γονιδίου της κυστικής ίνωσης CTFR σε σύνθετους ετεροζυγώτες (διαφορετικές μεταλλάξεις και ηπιότερη νόσος από κυστική ίνωση)

Ίνωση και ουλοποίηση του παρεγχύματος, ατροφία αδενοκυψελών, χρόνια φλεγμονώδης διήθηση, στένωση και διάταση των πόρων, ατροφικό ή υπερπλαστικό επιθήλιο. Τα νησίδια του Langerhans εμφανίζονται υπερπλαστικά, ενώ καταστροφή τους απαντάται μόνο στα τελικά στάδια. Οι βλάβες αυτές προκαλούν μη αναστρέψιμη διαταραχή της λειτουργίας του παγκρέατος

***3ο θέμα.***

**Α.** Από τι εξαρτάται ο κίνδυνος εξαλλαγής του αδενώματος του παχέος εντέρου;

Προτεινόμενο σύγγραμμα: σελ. 2277-8.

**Β.**  Μετά από ποια(-ες) από τις παρακάτω ιστολογικές διαγνώσεις ακολουθεί συμπληρωματική, χειρουργική εξαίρεση; [ Επιλέξτε μία από τις παρακάτω απαντήσεις και απλώς μεταφέρετέ την στην κόλλα σας (π.χ. 3Β-iii) ]

**i.** Eνδοβλεννογονικό καρκίνωμα στομάχου **ii.** Διήθηση μίσχου σε αδένωμα παχέος εντέρου με υψηλόβαθμη δυσπλασία **iii.** Ενδοβλεννογονικό καρκίνωμα εντός υψηλόβαθμης δυσπλασίας αδενώματος παχέος εντέρου **iv. i +ii**

**Γ.** Αντιστοιχίστε, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, μία προς ένα, τις απαντώμενες στον πεπτικό σωλήνα και στα με αυτόν σχετιζόμενα όργανα, οντότητες του συνόλου Α με τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του συνόλου Β και γράψτε απλώς τα ζεύγη σας στην κόλλα σας.

**Σύνολο Α Σύνολο Β**

- ψευδοεκκόλπωμα σιγμοειδούς - κίτρινες στίξεις ή γραμμώσεις της βλεννογονικής επιφάνειας

- οισοφάγος Barrett - ψευδοπυλωρική μεταπλασία

- νόσος του Whipple - μεταλλάξεις του γονιδίου Ret

- εκκόλπωμα του Mekkel - «λύκος με προβιά προβάτου»

- αγαγγλιόνωση - ψευδοκαρκινωματώδης υπερπλασία του υπερκείμενου ακανθώδους καλυπτηρίου επιθηλίου

- γαστρίτις τύπου Α - εξειδικευμένο μεταπλαστικό κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα

-όγκος από κοκκιώδη κύτταρα - απόστημα του Δουγλάσειου χώρου της πυέλου

- βλεννοκήλη σκωληκοειδούς απόφυσης - ετερότοπος γαστρικός βλεννογόνος τύπου σώματος

- αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα - δευτεροπαθής λεμφαγγειεκτασία

- χοληστερίνωση χοληδόχου κύστης - ψευδομύξωμα του περιτοναίου

Βάσει των παρακάτω σελίδων του προτεινόμενου συγγράμματος και των διαφανειών του σχετικού επιπρόσθετου μαθήματος, τα σωστά ζεύγη έχουν ως εξής: ψευδοεκκόλπωμα σιγμοειδούς - απόστημα του Δουγλάσειου χώρου της πυέλου (1224), οισοφάγος Barrett - εξειδικευμένο μεταπλαστικό κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα (990), νόσος του Whipple - δευτεροπαθής λεμφαγγειεκτασία (1047, 1060), εκκόλπωμα του Mekkel - ετερότοπος γαστρικός βλεννογόνος τύπου σώματος (1040), αγαγγλιόνωση - μεταλλάξεις του γονιδίου Ret (1080), γαστρίτις τύπου Α - ψευδοπυλωρική μεταπλασία (1022), όγκος από κοκκιώδη κύτταρα - ψευδοκαρκινωματώδης υπερπλασία του υπερκείμενου ακανθώδους καλυπτηρίου επιθηλίου (953), βλεννοκήλη σκωληκοειδούς απόφυσης - ψευδομύξωμα του περιτοναίου (1072), αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα - «λύκος με προβιά προβάτου» (978), χοληστερίνωση χοληδόχου κύστης - κίτρινες στίξεις ή γραμμώσεις της βλεννογονικής επιφάνειας (1196).

***4o θέμα.*** Απαντήστε το παρακάτω υποερώτημα Α του 4ου θέματος και, από τα επόμενα δύο υποερωτήματα του 4ου θέματος, το ένα (ή το Β ή το Γ).

**Α.** Aντιστοιχίστε, κατά τον καλύτερο τρόπο, τον κάθε παρακάτω ιστολογικό τύπο νεοπλάσματος του ΚΝΣ με το κατάλληλο μοριακό/ιστολογικό εύρημά του ή με τα κατάλληλα μοριακά/ιστολογικά ευρήματά του. Μεταφέρετε τις αντιστοιχίσεις σας στην κόλλα σας.

**Τύπος νεοπλάσματος Εύρημα**

- Πιλοκυτταρικό αστροκύτωμα 3, 7 1- Μετάλλαξη IDH

- Ολιγοδενδρογλοίωμα 1, 2, 8 2- Απάλειψη 1p/19q

-Διάχυτο αστροκύτωμα grade 2 1 3- Ενεργοποίηση BRAF

-Επενδύμωμα grade 2 4 4- Ψευδοροζέτες

-Γλοιοβλάστωμα 5,6 5- Ενδοθηλιακή υπερπλασία

6- Πασσαλοειδής νέκρωση

7- Διφασικό πρότυπο

8- Παρουσία περιπυρηνικής διαυγούς άλω

Έγγραφα 6.01. Αρχείο ppt Καθ. Κας Π. Κορκολοπούλου «ΟΓΚΟΙ Κ.Ν.Σ.»

**Β.** Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια : αναφέρετε τα παθολογοανατομικά ευρήματα ανά χρονική φάση της αμφιβληστροειδοπάθειας, ονομάστε την ομάδα των εναποτιθέμενων ουσιών και συνοψίστε την παθογένεση της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς σε έναν τέτοιο ασθενή.

Διαφάνειες 36-40,ppt «ΟΦΘΑΛΜΟΣ-ΟΥΣ» Καθ. Κας Αικ. Παυλάκη, προτεινόμενο σύγγραμμα σελ. 532,1648-9.

**Γ.** Σε σχέση με τις ιστοπαθολογικές μεταβολές επί νευρομυϊκών παθήσεων: **1.** Αναφέρετε τουλάχιστον τέσσερις από τις μυοπαθητικού τύπου αλλοιώσεις. **2.** Θεωρούνται ειδικές / παθογνωμονικές για κάποια συγκεκριμένη οντότητα;

Απάντηση στη διαφάνεια 24 του αρχείου pdf «ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΙ ΜΥΕΣ» του Αναπλ. Καθ. κ. Γ. Αγρογιάννη.

***5ο θέμα.***

**Α.** Αναφέρετε (ονομαστικά) τις δυσμενείς προγνωστικές παθολογοανατομικές παραμέτρους που αναγνωρίζονται κατά τη μικροσκόπηση των εικονιζόμενων καρκινωμάτων του ουροποιητικού συστήματος.

Εικόνα 5Α:Νεφροκυτταρικό καρκίνωμα.Τομή από *θέση κάτωθεν του βλεννογόνου της νεφρικής πυέλου*. Α-Η, μεγάλη μεγέθυνση.

Διήθηση λίπους νεφρικού κόλπου (παθολογοανατομικό στάδιο Τ3α) .

Εικόνα 5Β : Διαυγοκυτταρικό νεφροκυτταρικό καρκίνωμα. Α-Η, μεσαία μεγέθυνση.

Περιοχή πηκτικής νέκρωσης εντός του νεοπλασματικού παρεγχύματος.

Εικόνα 5Γ : Nεφροκυτταρικό καρκίνωμα. Α-Η, μεγάλη μεγέθυνση.

Ραβδοειδής αποδιαφοροποίηση καρκινικών κυττάρων .

Εικ. 5Δ : Ουροθηλιακό καρκίνωμα ουροδόχου κύστης (μικροθηλώδους ιστολογικής ποικιλίας). Α-Η, μικρή μεγέθυνση.

Διήθηση εξωστήρα μυός (παθολογοανατομικό στάδιο Τ2).

Eικ. 5Ε : Ουροθηλιακό καρκίνωμα ουροδόχου κύστης. Tομή από το χόριο. Α-Η, μεγάλη μεγέθυνση.

Αγγειακό καρκινικό έμβολο.

Έγγραφα 6.05 ηλεκτρονικού χαρτοφυλάκιου: αρχεία ppt «Όγκοι νεφρού» & «Ιστοπαθολογία ουροδόχου κύστης».

**Β.** Παρατηρήστε τις εικόνες 5ΣΤ & 5Ζ από τομές Α-Η σε μεγάλη μεγέθυνση του νεφρικού παρεγχύματος δύο ασθενών. Πρόκειται για δύο περιπτώσεις ασθενών, χαρακτηριζόμενες από αυξημένες τιμές ουρίας και κρεατινίνης ορού έως και 2 ημέρες πριν τη λήψη του ιστικού δείγματος.

Η Εικ. 5ΣΤ αντιστοιχεί σε νεκροτομικό παρασκεύασμα ατόμου που κατέληξε λόγω μη αντιρροπούμενης, συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας με εντονότατη υπόταση και ταχυκαρδία. Το άτομο εμφάνιζε έντονη κακουχία και απέβαλλε περί τα 150 ml σκοτεινόχροα ούρα το 24ωρο. Ο λόγος της ουρίας προς την κρεατινίνη του πλάσματος υπερέβαινε το 40:1.

Η Εικ. 5Ζ αντιστοιχεί σε νεφρική βιοψία που ελήφθη από το νεφρικό μόσχευμα νεφροπαθούς που εμφάνισε ανουρία μετά το χειρουργείο της μεταμόσχευσης (νεφρού). Σε μερικές εβδομάδες, επήλθε αποκατάσταση της λειτουργίας του μοσχεύματος.

Ποιο το κοινό ιστοπαθολογικό υπόβαθρο της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας στα δύο αυτά περιστατικά; Περιγράψτε την παθογένειά του και τα μορφολογικά ευρήματα.

Ισχαιμική οξεία σωληναριακή βλάβη. Προτεινόμενο σύγγραμμα: σελ. 1264-5, 94η διαφάνεια αρχείου ppt «Βασικό κλινικοπαθολογοανατομικό φροντιστήριο νεφρικών νόσων».

***6ο θέμα.*** Απαντήστε το ένα από τα παρακάτω δύο υποερωτήματα του 6ου θέματος (ή το Α ή το Β).

**Α.** Αναφέρετε (ονομαστικά) τις δυσμενείς προγνωστικές παθολογοανατομικές παραμέτρους που αναγνωρίζονται κατά τη μικροσκόπηση των εικονιζόμενων κακοήθων νεοπλασμάτων του γεννητικού συστήματος του άρρενος.

Εικ. 6Α. Καρκίνωμα προστάτη αδένα σε υλικό βιοψίας διά βελόνης. Α-Η, μεγάλη μεγέθυνση.

Περινευριδιακή καρκινική διήθηση.

Εικ.6Β. Tομή από αφοριζόμενη, λευκάζουσα περιοχή όρχεως σε ασθενή με μεταστατικά συμπτώματα όγκου γεννητικών κυττάρων. Α-Η, μικρή μεγέθυνση.

Θέση υποστροφής στην πρωτοπαθή εστία του όγκου

Εικ.6Γ. Σεμίνωμα όρχεως. Τομή από *θέση πριν την κεφαλή της επιδιδυμίδας*. Α-Η, μεσαία μεγέθυνση.

Διήθηση του υποστρώματος του αλληρείου δικτύου του όρχεως.

Έγγραφα 6.06 ηλεκτρονικού χαρτοφυλάκιου: αρχεία ppt «Κλινικοπαθολογοανατομικό φροντιστήριο νόσων γεννητικού άρρενος» & «Όγκοι γεννητικών κυττάρων του όρχεως – διαφάνειες υπ’ αριθμ. 58 & 59»

**Β.** Ταυτοποιήστε και περιγράψτε τα δύο ξεχωριστά εικονιζόμενα, διάχυτα μορφολογικά πρότυπα (Εικ. 6Δ & 6Ε), σχετιζόμενα με ορχικό υπογοναδισμό, στις ορχικές βιοψίες δύο αντρών που έχουν λάβει θεραπεία με αλκυλιούντες παράγοντες.

Εικ.6Δ: Σύνδρομο από κύτταρα Sertoli μόνο. Εικ. 6Ε: (Πρώιμη) Aναστολή της ωρίμανσης στο επίπεδο του σπερματοκυττάρου.

Έγγραφα 6.06 ηλεκτρονικού χαρτοφυλάκιου: αρχεία «Κλινικοπαθολογοανατομικό φροντιστήριο νόσων γεννητικού άρρενος» (διαφάνειες υπ’ αριθμ. 78 & 77) & «Ορχική βιοψία». Προτεινόμενο σύγγραμμα: σελ. 1315.

***7ο θέμα.*** Αντιστοιχίστε την κάθε μία από τις παρακάτω ιστολογικές διαγνώσεις μελανοκυτταρικών νεοπλασμάτων με την πλέον κατάλληλη μικροσκοπική εικόνα (7Α-ΣΤ) και δικαιολογήστε την κάθε επιλογή σας, με μία πρόταση. Οι διαγνώσεις, κατά τυχαία σειρά, έχουν ως εξής: συνδεσμικός σπίλος, επιφανειακά επεκτεινόμενο κακόηθες μελάνωμα ανατομικού επιπέδου διήθησης 3 στην κλίμακα του Clark, δυσπλαστικός σπίλος, μελάνωμα in situ, κακοήθης φακίδα, γνήσιος χοριακός σπίλος.

Εικ. 7Α: Eπιφανειακά επεκτεινόμενο κακόηθες μελάνωμα ανατομικού επιπέδου διήθησης 3 στην κλίμακα του Clark , Εικ. 7Β: Δυσπλαστικός σπίλος (1η παρουσίαση περιστατικού από το 1ο κεφάλαιο “Neoplasms of the skin”, της Ενότητας a Συστηματικής Παθολογικής Ανατομικής της εκπαιδευτικής πλατφόρμας HIPON), Εικ. 7Γ: Μελάνωμα in situ, Εικ. 7Δ: Γνήσιος χοριακός σπίλος , Εικ. 7Ε: Συνδεσμικός σπίλος & Εικ. 7ΣΤ: κακοήθης φακίδα.

Προτεινόμενο σύγγραμμα: σελ. 1521-6– Aρχείο ppt «ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΟΓΚΙΔΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ» ( Έγγραφα 6.08.)

***8ο θέμα.***

**Α.** Σε σχέση με το συμβατικό, κεντρικά αναπτυσσόμενο οστεοσάρκωμα: i. Αναφέρατε τουλάχιστον δύο από τους τρεις υποτύπους. Ποια χαρακτηριστική θεμέλια ουσία παράγει ο καθένας από αυτούς; ii. Σε ποια οστά και σε ποια ηλικία (αδρά) εντοπίζεται συνήθως; iii. Αναφέρετε τα ιστολογικά ευρήματα. Ποια από αυτά μαρτυρούν ότι πρόκειται για κακοήθη όγκο;

i.Οι τρεις υπότυποι (εκ των οποίων ζητούνται οι δύο) και η αντίστοιχη θεμέλια ουσία είναι: οστεοβλαστικό (παράγει οστεοειδές), χονδροβλαστικό (παράγει υαλοειδή χόνδρο), ινοβλαστικό (παράγει ινώδη συνδετικό ιστό). ii. Εντοπίζεται κυρίως στα μακρά οστά και είναι όγκος της παιδικής ηλικίας και των νεαρών ενηλίκων. iii. Παραγωγή οστεοειδούς, ατυπία κυττάρων, νεκρώσεις, μιτώσεις. Μπορεί να εμφανίζει ετερόλογα στοιχεία (χόνδρος, ινώδης ιστός) ή να συνοδεύεται από οστεοκλαστικού τύπου πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα. Συνηγορητικά κακοήθειας είναι η ατυπία, οι νεκρώσεις και οι μιτώσεις.

**Β.** Αναφέρετε επιγραμματικά τα ιστολογικά ευρήματα επί ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Έγγραφα 6.10. : αρχείο ppt «Μη νεοπλασματικές νόσοι οστών και αρθρώσεων»

***9ο θέμα.*** Επιλέξτε *μία* μόνο σωστή απάντηση για κάθε μία από τις 5 παρακάτω ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής που άπτονται της παθολογοανατομίας των ενδοκρινών αδένων και μεταφέρετε τις απαντήσεις στην κόλλα σας (π.χ. 9Β-ii).

**Α.** Γυναίκα ηλικίας 40 ετών, παρατηρεί διόγκωση της πρόσθιας περιοχής του λαιμού της, τους τελευταίους 8 μήνες. Στη φυσική εξέταση, τα ζωτικά σημεία της περιλαμβάνουν: θερμοκρασία 36,8 ° C, καρδιακοί παλμοί 64 / λεπτό, αναπνοές 16 / λεπτό και αρτηριακή πίεση 155/105 χιλ. Hg. Διαπιστώνεται διάχυτη, συμμετρική διόγκωση του θυρεοειδούς, χωρίς ευαισθησία. Η ακτινογραφία θώρακος είναι φυσιολογική. Η δια λεπτής βελόνης αναρροφητική βιοψία του θυρεοειδούς αποδίδει κύτταρα συμβατά με νεόπλασμα. Οι εργαστηριακές μελέτες δείχνουν ότι η ασθενής είναι ευθυρεοειδική, αλλά το ιονισμένο ασβέστιο του ορού της είναι αυξημένο. Ακολουθεί χειρουργική επέμβαση και οι γενόμενες ταχείες βιοψίες από ανευρισκόμενες πολλαπλές θυρεοειδικές εστίες, αναδεικνύουν ένα κακόηθες νεόπλασμα που αποτελείται από πολυγωνικά κύτταρα σε φωλιές. Διεξάγεται θυρεοειδεκτομή. Η ανοσοχρώση των ως άνω νεοπλασματικών εστιών για καλσιτονίνη στις τομές της κανονικής πια βιοψίας είναι θετική και, στο υπόστρωμα του νεοπλάσματος, η χρώση ερυθρού του Κονγκό αποβαίνει θετική. Περί ποιου από τα παρακάτω νεοπλάσματα προφανώς πρόκειται; Εξηγήστε, σε μία πρόταση, την τιμή του ιονισμένου ασβεστίου ορού και της αρτηριακής πίεσης της ασθενούς.

**i.**Aναπλαστικό καρκίνωμα **ii.Μυελoειδές καρκίνωμα iii.**Θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς **iv.**Mεταστατικό νεφροκυτταρικό καρκίνωμα **v.**Παραθυρεοειδικό καρκίνωμα **vi.**Θυλακιώδες καρκίνωμα

Η ασθενής έχει σύνδρομο MENIIa με μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένα (πολυεστιακό, επί οικογενούς μορφής) , υπερπλασία παραθυρεοειδών και φαιοχρωμοκύτωμα.

**Β.** Άνδρας, 37 ετών, αναφέρει κοιλιακό άλγος, ναυτία και δυσκοιλιότητα τις τελευταίες 3 ημέρες. Κατά τη φυσική εξέταση, δεν ψηλαφάται κάποια μάζα στην κοιλιά του· οι δε ήχοι του εντέρου γίνονται αντιληπτοί, κατά την ακρόαση της κοιλιάς. Οι πνεύμονες στερούνται παθολογικών ακροαστικών ευρημάτων. Μετρώνται 80 καρδιακοί παλμοί ανά λεπτό, με ακανόνιστο ρυθμό. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφανίζει ένα συντομευμένο διάστημα QT και ένα παρατεταμένο διάστημα PR. Τα κόπρανα αποβαίνουν θετικά για λανθάνουσα παρουσία αίματος. Η ενδοσκόπηση του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα αποκαλύπτει πολλαπλά ρηχά έλκη, διαμέτρου περί το 1 εκ., στο άντρο του στομάχου. Ποιο από τα παρακάτω ευρήματα εργαστηριακών εξετάσεων είναι πιθανότερο να ανευρεθεί σε αυτόν τον άρρωστο και πώς αυτό εξηγείται πιθανότερα; Δώστε την εξήγησή σας με μία πρόταση.

**i.** Αντίσωμα υπεροξειδάσης θυρεοειδούς: 4 IU / mL **ii.** Γλυκόζη αίματος: 225 mg / dL **iii.Ασβέστιο ορού: 12,4 mg/dL ( φ.τ.: 8,4-10,2 mg/dL) iv.** Ολική θυροξίνη ορού: 21 μg/dL (φ.τ.: 4,5-10,9 μg/dL) **v.** Κορτιζόλη πλάσματος: 45 μικρογραμμάρια / dL (φ.τ.:6-23 μg /dL) στις 8 π.μ. **vi.** Νορμετανεφρίνη ούρων: 692 μg / γραμμάριο κρεατινίνης **vii.** Δραστηριότητα ρενίνης πλάσματος (σε όρθια στάση του σώματος): 6,8 ng / ml / ώρα (φ.τ.: 0,5-3,3 ng / ml / ώρα)

Πιθανότατα πρόκειται για παραθυρεοειδικό αδένωμα το οποίο υπερεκκρίνει παραθορμόνη με αποτέλεσμα την αύξηση του ασβεστίου και τη μείωση του φωσφόρου στον ορό και , λόγω της υπερασβεστιαιμίας, προκαλείται αφενός αυξημένη παραγωγή γαστρίνης με σχηματισμό πεπτικών ελκών αφετέρου καρδιακές αρρυθμίες (ή ασυστολία).

**Γ.** 49χρονη γυναίκα αναφέρει αυξανόμενη δυσανεξία στο ψύχος, αύξηση του σωματικού βάρους της κατά 4 κιλά και υποτονικότητα, τα τελευταία δύο χρόνια. Κατά τη φυσική εξέταση, διαπιστώνεται ξηρό, τραχύ δέρμα και αλωπεκία του τριχωτού της κεφαλής. Ο θυρεοειδής της δεν είναι διογκωμένος κατά την ψηλάφηση. Η τιμή της TSH στον ορό της είναι 11,7 mU/L (φ.τ.: 0,4-5 mU/L), η δε ολική θυροξίνη ορού 2,1 μg/dL (φ.τ.: 4,5-10,9 μg/dL). Πριν από ένα χρόνο, ανιχνεύθηκαν υψηλοί τίτλοι αυτοαντισωμάτων έναντι της θυρεοσφαιρίνης και του θυρεοειδικού μικροσωμιακού αντιγόνου. Ποια από τις ακόλουθες νόσους του θυρεοειδούς είναι η προφανής;

**i.** Θυρεοειδίτις De Quervain **ii.** Θηλώδες καρκίνωμα **iii.** Πολυοζώδης βρογχοκήλη **iv.** Νόσος του Graves **v. Θυρεοειδίτιδα Hashimoto**

**Δ.** 33χρονη γυναίκα έχει παρατηρήσει αύξηση του βάρους της κατά 6 κιλά τον περασμένο χρόνο. Έχει σχετικά κανονικές περιόδους εμμήνου ρύσεως. Κατά τη φυσική εξέταση, η αρτηριακή πίεσή της είναι 170/105 χιλ. Hg. Το δέρμα της παρουσιάζει λέπτυνση και εκχυμώσεις, που αναπτύσσονται εύκολα. Υπάρχουν πορφυρές κοιλιακές ραβδώσεις. Ο ορολογικός της έλεγχος έχει ως εξής: νάτριο 141 mmol / L ( φ.τ.: 136-144 mmol/L) , κάλιο 4,4 mmol / L ( φ.τ.: 3,7-5,2 mmol/L) , χλώριο 100 mmol / L (φ.τ.: 101-111 mmol/L), CO2 25 mmol / L (φ.τ.: 20-29 mmol/L), γλυκόζη 181 mg / dL και κρεατινίνη 1,0 mg / dL ( φ.τ.: 0,7-1,4 mg/dL). Ποιο από τα παρακάτω ακτινολογικά ευρήματα περιμένετε σε αυτήν την ασθενή; Δικαιολογήστε την απάντησή σας σε μία πρόταση.

**i. Δεξιά επινεφριδιακή μάζα μ.δ.2 εκ., στην αξονική τομογραφία κοιλίας ii.** Μάζα μ.δ. 4 εκ., στο διχασμό της αορτής, σε απεικόνιση MR **iii.** Πολλαπλά πνευμονικά οζίδια στην ακτινογραφία θώρακα **iv.** 10 εκατοστών, κυστική αλλοίωση δεξιάς ωοθήκης, στο υπερηχογράφημα κοιλίας **v.** 2 εκατοστών, «θερμός» όζος θυρεοειδούς σε σπινθηρογραφική σάρωση με Tc99

H ασθενής πάσχει από αδένωμα του επινεφριδιακού φλοιού που παράγει περίσσεια κορτικοστεροειδών και οδηγεί σε σύνδρομο Cushing.

**Ε.** Γυναίκα 35 ετών παραπονείται για αϋπνία τους τελευταίους 4 μήνες, καθώς και για επεισόδια διάρροιας με έως και 4 αραιές κενώσεις την ημέρα. Κατά τη φυσική εξέταση, παρουσιάζει αμφοτερόπλευρο εξόφθαλμο. Όταν τεντώνει τα χέρια της, διαπιστώνεται λεπτός τρόμος. Κατά την ψηλάφηση του τραχήλου, ο θυρεοειδής αδένα *δεν* είναι διογκωμένος και δεν ψηλαφώνται όζοι. Εργαστηριακώς, ανευρίσκεται TSH ορού 8,8mU/ L (φ.τ.: 0,4-5 mU/L) σε συνδυασμό με ολική θυροξίνη ορού 15,1 μg/dL (φ.τ.: 4,5-10,9 μg/dL). Ποια η πιθανότερη διάγνωση και πώς αυτή δικαιολογεί την εν λόγω κλινική εικόνα; Απαντήστε σε μία πρόταση.

**i.** Νόσος Graves **ii.**Χρόνια θυρεοειδίτιδα **iii.**Προγενέστερη θυρεοειδεκτομή **iv. Αδένωμα της υπόφυσης v.**Πολυοζώδης βρογχοκήλη

Δεδομένης της υψηλής τιμής της TSH *μαζί* με την υψηλή τιμή ολικής θυροξίνης που προκαλεί τον υπερθυρεοειδισμό, πρόκειται για αδένωμα της υπόφυσης που εκκρίνει TSH (ασυνήθης αιτία υπερθυρεοειδισμού).

***10ο θέμα.*** Χαρακτηρίστε στην κόλλα σας τις παρακάτω προτάσεις ως σωστές (Σ) ή λανθασμένες (Λ). Eφόσον κρίνετε κάποια ή κάποιες ως λανθασμέν-η/-ες, διορθώστε την/τες ως προς το *περιεχόμενό* της/τους, ώστε αυτ-ή/-ές να ευστα-θεί/-θούν.

Απαντήσεις στις παρακάτω σελίδες του προτεινόμενου συγγράμματος

1. Στην πολυαδενική ενδοκρινική ανεπάρκεια, ο διαβήτης τύπου Ι συνδυάζεται με υποθυρεοειδισμό ή κακοήθη αναιμία. (Σ) (647)
2. Η οζώδης πολυαρτηρίτιδα είναι μια νεκρωτική φλεγμονή μεγάλου μεγέθους αρτηριών. (Λ) Είναι νόσος μέσων και μικρού μεγέθους αρτηριών (741).

**Γ.** Η δερματική λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα εμφανίζεται συνήθως ως ψηλαφητή πορφύρα. (Σ) (742, 1501)

**Δ.** Στη μικροσκοπική πολυαρτηρίτιδα, τα νεφρικά σπειράματα κατά κανόνα συμμετέχουν με την εικόνα μιας μεμβρανώδους σπειραματονεφρίτιδας. (Λ) Συμμετέχουν με μια εστιακή τμηματική νεκρωτική ή μηνοειδική σπειραματονεφρίτιδα. (743)

**Ε.** Στο χειρουργικό λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης για καρκίνο του μαστού, οι λεμφαδένες επί τα εκτός του έξω χείλους του ελάσσονος θωρακικού μυός ανήκουν στο 2ο επίπεδο μασχαλιαίων λεμφαδένων. (Λ) Ανήκουν στο 1ο. (1479).

**ΣΤ.** Τα συγγενή τερατώματα εντοπίζονται συνήθως στον τράχηλο ή στον κόκκυγα. (Σ) (1449)

**Ζ.** Σε περιπτώσεις έλλειψης σεληνίου στον οργανισμό παρατηρείται δυσανεξία στη γλυκόζη και αυξημένα επίπεδα λιπαρών οξέων στο πλάσμα. (Λ) Αυτό συμβαίνει στην έλλειψη χρωμίου. Η έλλειψη σεληνίου σχετίζεται με μυοπάθειες. (1665)

**Η.** Στην κυστικέρκωση, αναπτύσσονται κυστεόμορφες νύμφες (υδατίδες κύστεις), κυρίως στο ήπαρ. (Λ) Αυτό συμβαίνει στην κυστική εχινοκοκκίαση. (1749)

**Θ.** Τα εμφυτεύματα σιλικόνης στο μαστό, όταν ρικνωθούν, σχετίζονται με την ανάπτυξη κοκκιωμάτων ξένου σώματος στους γύρω ιστούς. (Σ) (1764)

**Ι.** Η χρόνια επίδραση δονήσεων που αφορούν σε όλο το σώμα, στο εργασιακό περιβάλλον, συνδέεται με τοπικό σύνδρομο οσφυαλγίας ή με ισχιαλγία. Σ (1787)