**Cap. 32 - Grile Boli inflamatorii intestinale**

1. \*Alegeți afirmația corectă referitoare la colita microscopică:
2. poate evolua către megacolon toxic;
3. este consecința infecției cu Clostridium Difficile;
4. este subdivizată în limfocitară și colagenoasă;
5. poate afecta toate segmentele tractului digestiv;
6. se mai numește și colită nedeterminată;
7. În etiopatogeneza bolilor inflamatorii intestinale intervin:
8. sistemul imun al gazdei, ce determină un răspuns inadecvat la antigenele din lumen;
9. microbiota intestinală care are un rol crucial in perpetuarea inflamației intestinale;
10. susceptibilitatea genetică, prin mutațiile genei NOD2;
11. sindroamele polipozice intestinale
12. afectarea funcției de barieră a mucoasei;
13. Care dintre urmatoarele afirmații cu privire la implicarea factorilor de mediu in etiologia bolilor inflamatorii intestinale sunt adevarate:
14. utilizarea AINS se asociază cu debutul bolii și perioadele de acutizare ale bolii inflamatorii intestinale;
15. fumatul are rol în exacerbarea bolii Crohn şi în creşterea riscului de recurenţă a bolii după intervenţiile chirurgicale;
16. boala Crohn este mai des întâlnită în rândul familiilor numeroase care trăiesc într-un habitaclu aglomerat;
17. factorii psihologici nu au rol în evoluția bolilor inflamatorii intestinale;
18. apendicectomia pare să crească riscul dezvoltării colitei ulcerative.
19. Mecanismele prin care microbiota intestinală intervine în etiopatogenia BII includ:
20. disbioza intestinală;
21. organismele patogene specifice, spre exemplu E. Coli care prezintă o aderență crescută la celulele epiteliale ileale în BC;
22. antigenele bacteriene și familia de receptori Toll-like;
23. integritatea crescută a funcței de barieră a mucoasei intestinale;
24. bariera chimică deficientă;
25. Boala Crohn are următoarele caracteristici:
26. Afectează cu predilecție ileonul terminal;
27. este o boală inflamatorie cronică;
28. cel mai frecvent se localizează la nivel recto-sigmoidian;
29. se poate însoți de apariția fistulelor perianale;
30. mucoasa afectată poate fi discontinuă, separată de zone intestinale cu structură normală.
31. Următoarele afirmații referitoare la colita ulcerativa sunt adevarate :
32. poate afecta orice segment al tractului digestiv, inclusiv esofagul, stomacul;
33. când este localizată strict la nivelul rectului poartă denumirea de proctită;
34. există cazuri în care afectează și ileonul terminal distal - ileită de reflux;
35. colita extensivă este definită de afectarea întregului colon;
36. are o tendință particulară de a afecta ileonul terminal și colonul ascendent (boala ileocolonică).
37. Boala colonică fulminantă se caracterizează prin:
38. mucoasa este distrusă în cea mai mare parte;
39. apare dilatația toxică denumită megacolon toxic;
40. zone de mucoasă afectată ce alternează cu zone de mucoasă normală;
41. cea mai mare proporție din mucoasă este normală, dar pot exista rare zone afectate, edemațiate;
42. în cursul procesului de vindecare mucoasa poate să revină la normal dar frecvent se constată cicatrici reziduale.
43. În boala Crohn se pot intalni urmatoarele modificari anatomopatologice:
44. ulcerația aftoidă, care este un semn tardiv;
45. inflamația se extinde la toate straturile intestinului.
46. la nivelul mucoasei se întâlnesc ulcere profunde și fisuri ce determină aspectul de „piatră de pavaj”;
47. abcese intra-abdominale;
48. fistule digestive.
49. Modificările anatomopatologice din colită ulcerativă sunt:
50. la peste jumătate dintre pacienți sunt prezente granuloamele epitelioide la examenul histopatologic;
51. mucoasa este eritematoasă, friabilă;
52. în formele severe de boală mucoasa inflamată adiacentă ulcerelor extensive capătă aspectul de pseudo-polipi;
53. inflamația este profundă ce afectează toate straturile peretelui tubului digestiv;
54. microscopic, pot fi întâlnite abcesele criptice și depleția celulelor caliciforme.
55. Despre complicațiile articulare întâlnite în bolile inflamatorii intestinale putem afirma că:
56. În artropatia periferică, tipul 1, pauciarticulară atacurile sunt acute, autolimitate, < 10 săptămâni;
57. artropatia periferică, tipul 2, poliarticulară, durează luni sau ani;
58. artropatia periferică, tipul 1, pauciarticulară, independentă de activitatea BII, este independetă de alte manifestări extraintestinale;
59. artropatia periferică, tipul 2, poliarticulară, independentă de activitatea BII, se poate asocia cu uveita;
60. sunt caracteristice doar colitei ulcerative.
61. Diagnosticul diferențial al bolilor inflamatorii intestinale presupune:
62. excluderea altor cauze de diaree;
63. efectuarea coproculturii și totodată recoltarea toxinei pentru Clostridium Difficile;
64. persistența simptomelor peste 5 zile va sugera o cauză infecțioasă;
65. excluderea unei tuberculoze intestinale;
66. excluderea infecției cu Yersinia.
67. Despre boala Crohn se poate afirma că:
68. poate debuta insidios sau acut;
69. pacienţii cu boală extinsă au episoade frecvente de recurenţă;
70. apariția complicațiilor este mai frecventă la pacienții cu boală localizată;
71. poate debuta frecvent cu durere pe cadrul colic stâng mimând o diverticulită acută;
72. manifestările clinice sunt foarte variabile şi depind parţial de regiunea intestinală afectată.
73. Tabloul clinic în boala Crohn este dominat de:
74. diaree;
75. dureri abdominale
76. rectoragii;
77. anorexie, greață, vărsături;
78. tenesme rectale.
79. Manifestările clinice întâlnite la un pacient cu boala Crohn sunt reprezentate de:
80. durere abdominală cu caracter colicativ;
81. diaree, ce poate conține și sânge;
82. steatoree, atunci când boala este localizată strict la nivelul colonului;
83. durere abdominală preponderent pe cadrul colic drept;
84. febră ușoară.
85. Examenul obiectiv al unui pacient cu boala Crohn poate evidenția:
86. eritemul nodos.
87. ulcerația aftoasă la nivelul gurii;
88. masă abdominală la nivelul fosei iliace drepte;
89. fisuri sau abcese perianale;
90. creștere în greutate progresivă în timpul puseelor de activitate a bolii.
91. Investigațiile de laborator la un pacient cu boala Crohn pot evidenția:
92. anemie normocromă normocitară;
93. lactoferina și calprotectina din scaun sunt scăzute în boala intestinală activă;
94. VSH și PCR crescute;
95. hipoalbuminemie în formele ușoare;
96. anticorpi perinucleari ANCA pozitivi
97. În boala Crohn investigațiile imagistice ale intestinului subțire:
98. sunt obligatorii la toți pacienții cu suspiciune de boală Crohn;
99. capsula endoscopică este indicată doar în cazul stricturilor intestinului subțire;
100. ecografia este o metodă neiradiantă, utilă pentru evaluarea activității bolii localizate ileo-colonic;
101. RMN perianală poate evidenția prezența unor abcese sau fistule;
102. capsula endoscopică este explorare de elecție pentru colonul stâng.
103. Pentru a evalua activitatea bolii la bacienții cu boală Crohn se pot utiliza următorii parametrii:
104. Hemoglobina glicată;
105. LDH;
106. Markerii inflamatori (VSH, PCR)
107. Albumina serică;
108. Calprotectina fecală și lactoferina.
109. Menținerea remisiunii în boala Crohn are umătoarele obiective:
110. monitorizare regulată pentru excluderea inflamației intestinale persistente;
111. pacienții cu boală perianală nu necesită terapie de întreținere;
112. scopul terapiei de întreținere este de a reduce consumul de corticoizi;
113. pacienții cu prognostic bun nu vor necesita terapie de întreținere;
114. în cazul activității continue a bolii poate fi necesară optimizarea dozelor.
115. \*Terapia convențională de menținere a remisiunii în boala Crohn se efectuează cu:
116. prednisolon oral 30-60 mg/zi;
117. aminosalicilați;
118. ciprofloxacină;
119. azatioprină 2,5 mg/kg pe zi;
120. adalimumab.
121. Principiile de tratament cu corticoizi în boala Crohn presupun:
122. Azatioprină2,5 mg/kg pe zi;
123. utilizarea budesonidul în cazul formelor de boală ilecececală ușoară spre moderată;
124. prednisonul este utilizat pentru menținerea remisiunii clinice;
125. sunt recomandați cu predilecție în boala intestinală penetrantă;
126. budesonidul se asociază cu o intensitate redusă a efectelor secundare steroidiene.
127. \*Agenții anti-TNF ce pot fi utilizați în boala Crohn sunt:
128. budesonid;
129. sulfasalazină;
130. certilizumab pegol;
131. metotrexat;
132. ustekinumab.
133. Indicațiile chirurgicale în boala Crohn sunt:
134. eșecul terapiei medicamentoase cu glucocorticoizi;
135. apariția unor fistule enterocutanate;
136. abcesele perianale;
137. răspunsul deficitar la tratamentul cu budesonid;
138. dilatarea toxică a colonului.
139. Complicațiile ileostomei întâlnite în boala Crohn pot fi:
140. complicații sistemice cu caracter imun;
141. complicații mecanice;
142. recurența bolii Crohn;
143. în cazul unor rezecții extinse poate apărea deshidratarea;
144. tromboembolismul pulmonar.
145. \*Precizați care dintre următorii factori este asociat cu un prognostic defavorabil în boala Crohn:
146. debutul bolii la vârstă înaintată;
147. afectarea perianală importantă;
148. boala intestinală localizată;
149. ulcerațiile superficiale;
150. alimentația bogată în lipide
151. În tabloul clinic al colitei ulcerative se pot întâlni:
152. anorexia și scădere greutate;
153. diaree cu mucus și sânge;
154. disconfort în etajul abdominal inferior;
155. tenesme rectale;
156. alternanță diaree/constipație.
157. Despre megacolonul toxic se poate afirma:
158. este o complicație majoră asociată colitei severe;
159. diagnosticul se realizează prin efectuarea colonoscopiei de urgență;
160. diagnosticul diferențial se va realiza cu colitele infecțioase;
161. prezintă un risc crescut de penetrație în organele învecinate;
162. chirurgia de urgență este necesară dacă simptomatologia nu s-a remis în 48 de ore.
163. Testele sangvine efectuate în colita ulcerativă pot evidenția:
164. în forme severe poate să apară tombocitoza;
165. anemia megaloblastica;
166. VSH și PCR sunt crescute;
167. anticorpii p Anca pot fi pozitivi;
168. în formele severe poate fi prezentă hipoalbuminemia.
169. Colonoscopia în colita ulcerativă este necesară pentru:
170. punerea în evidență a megacolonului toxic;
171. evidențierea anumitor complicații precum perforația în formele severe;
172. permite aprecierea activității bolii;
173. utilă pentru a aprecia extensia bolii;
174. anumite tehnici precum cromoendoscopie pot fi utilizate pentru excluderea dizplaziei.
175. Tratamentul medicamentos în bolile inflamatorii presupune:
176. formele ușoare-moderate și moderate vor beneficia de 5-ASA;
177. steroizii topici sunt mai eficienți decât preparatele 5-ASA în cazul proctitelor;
178. în cazul unei colite stângi tratamentul va debuta cu prednisolon oral;
179. pancolita cu simptome moderate poate beneficia de clismă cu 5 ASA pentru a crește rata de remisie;
180. pacienții diagnosticați la debut cu pancolită necesită terapie anti-TNF de urgență.

**Răspunsuri:**

**1. c**

**2. a,b,c,e**

**3.a,b**

**4.a,b,c,e**

**5.a,b,d,e**

**6.b,d**

**7.a,b,e**

**8.b,c,d,e**

**9.b,c,e**

**10.a,b,d**

**11.a,b,d,e**

**12.a,b,e**

**13.a,b,d**

**14.a,b,d,e**

**15.a,b,c,d**

**16.a,c**

**17.a,c,d**

**18.c,d,e**

**19.a,c,d,e**

**20.d**

**21.b,e**

**22.c**

**23.b,c,e**

**24.b,c,d**

**25.b**

**26.a,b,c,d**

**27.a,c,e**

**28.a,c,d,e**

**29.c,d,e**

**30.a,b,d**