Rect, colon , anus

**Intrebari tip complement simplu**:

1. Care din afirmația de mai jos cu privire la anatomia colonului este falsă:

A. cecul, colonul ascendent şi portiunea proximală a colonului transvers se dezvoltă, embriologic, din mezenteron;

B. treimea distală a colonului transvers, colonul descendent, sigmoid şi rectul se dezvoltă embriologic din metenteron;

C. colonul diferă de intestinul subţire din cinci puncte de vedere: calibu, gradul de fixare, prezenţa apendicilor epiploici, absența pe suprafaţă a teniilor şi a haustrelor;

D. o mare parte a colonului este retroperitoneală şi este fixată de peretele abdominal posterolateral;

E. colonul prezintă pe toată lungimea lui trei benzi longitudinale distincte, cunoscute sub numele de tenii.

Răspuns: C;

2. Vascularizaţia arterială a canalului anal şi a sfincterului anal este realizată de:

A. artera hemoroidală inferioară care provine din artera ruşinoasă internă, ram al arterei iliace interne;

B. artera rectală superioară, ram al arterei mezenterice inferioare;

C. artera hemoroidală inferioară care provine din artera rusinoasă internă, ram al arterei iliace externe;

D. artera hemoroidală inferioară care provine din artera rectală superioră, ram din artera mezenterică inferioară;

E. artera hemoroidală inferioară, ram din artera iliacă comună.

Răspuns: A.

3. Manifestările clinice ale diverticulitei complicate sunt determinate de consecinţele perforaţiei diverticulare şi nu includ:

A. formarea de abcese;

B. apariția de fistule;

C. perforaţia liberă în peritoneu;

D. obstrucţia parţială sau totală a lumenului colic;

E. aparitia cancerului de colon.

Răspuns: E.

4. Tabloul clinic iniţial în colita ulcerativă variază în funcţie de:

A. sexul și vârsta pacientului;

B. extensia leziunilor la nivelul colonului şi de severitatea bolii;

C. prezența unei neoplazii digestive;

D. prezența manifestărilor extradigestive;

E. prezența anemiei.

Răspuns: B.

5. În absenţa ischemiei sau perforaţiei de colon, tratamentul iniţial al volvulusului de sigmoid este:

A. detorsionarea endoscopică, eficientă pentru 60-95% dintre pacienţi;

B. intervenția chirurgicală de urgență și colectomia de sigmoid;

C. tratamentul medicamentos cu antialgice și metronidazol;

D. urmărirea clinică a pacientului, fără intervenție endoscopică sau chirurgicală;

E. intervenție chirurgicală după 72 ore de la diagnostic și detorsionare.

Răspuns: A

**Grile complement multiplu**

6. Indicaţiile tratamentului chirurgical în boala diverticulară includ:

A. perforaţia liberă;

B. obstrucția (ocluzia colonică);

C. primul episod de boală diverticulară remisă după tratmentul medicamentos;

D. hemoragie;

E. fistule.

Răspuns: A, B, D, E.

7. Tratamentul medical actual al colitei ulcerative poate cuprinde următoarele clase de medicamente:

A. corticosteroizi cu administrare sistemică (metilprednisolon, prednison), orală (budesonidă) si locală (clismă cu hidrocortizon);

B. radioterapie țintită asociată cu cotricoterapie locală (clismă cu hidrocortizon);

C. imunomodulatori precum tiopurine (6-mercaptopurină azatioprină), metotrexat, ciclosporină;

D. antibiotice: penicilina în doze mari asociată cu biseptol;

E. terapie biologică cu agenţi anti-factor de necroză tumorală, cum ar fi infliximab, adalimumab, ce1tolizumab pegol.

Răspuns: A, C, E.

8. Un element important în tabloul clinic al ocluziei intestinului gros este reprezentat de competenţa valvei ileo-cecale, astfel că:

A. dacă valvula ileo-cecală este incompetentă, semnele şi simptomele sunt practic identice cu cele ale ocluziei intestinului subţiri;

B. dacă valvula ileo-cecală este competentă, situaţie întâlnită la aproximativ 75% dintre pacienţi, se formează o „ansă închisă" între valvula ileo-cecală şi locul de obstrucţie distal, de la nivelul colonului sau al rectului si apare adesea o distensie colonică masivă;

C. dacă valvula ileo-cecală este incompetentă, se formează o „ansă închisă" între valvula ileo-cecală şi locul de obstrucţie distal, de la nivelul colonului sau al rectului si apare adesea o distensie colonică masivă;

D. dacă valvula ileo-cecală este competentă, semnele şi simptomele sunt practic identice cu cele ale ocluziei intestinului subţire;

E. daca valvula ileo-cecală este competentă, semne și simptomele sunt identice ce cele ale ocluziei intestinale înalte.

Răspuns: A, B

9. În ceea ce privește pseudo-ocluzia acută a colonului (POAC) sunt adeverate urmatoarele afirmații:

A. boala este cunoscută şi sub denumirea de sindrom Ogilvie;

B. este o afecţiune funcţională, cel mai frecvent întâlnită la pacienţii vârstnici, spitalizaţi sau instituţionalizaţi cu comorbidităţi severe;

C. durerea abdominală, greaţa, vărsăturile, distensia abdominală şi dilatarea colonului ascendent şi transvers pe radiografiile abdominale sunt semne tipice și înalt specifice pentru POAC.

D. decomprimarea endoscopică a colonului trebuie luată în considerare la pacienţii cu POAC la care tratamentul cu neostigmină este contraindicat sau ineficient;

E. tratamentul chirurgical este rezervat pentru cazurile POAC complicate cu ischemie a colonului, perforaţie sau dilataţie refractară la terapia non-chirurgicală.

Răspuns: A, B, D, E,

10. Argumentele pentru potenţialul malign al polipilor colorectali în cazul adenoamelor includ:

A. incidenţa scăzută a cancerului asociat cu polipii din sindromul polipozei adenomatoase familiale (PAF);

B. apariţia simultană a cancerelor şi a polipilor la acelaşi pacient;

C. carcinogenii care produc atât adenoame, cât şi cancere în acelaşi model experimental;

D. riscul redus de cancer asociat la cei la care polipii au fost rezecaţi;

E. riscul crescut de cancer gastric la cei cu polipi colonici rezecați.

Răspuns: B, C, D.

11. Simptomele prolapsului rectal includ:

A. durere rectală sau senzația de presiune anală;

B. sângerare uşoară, incontinentă;

C. eliminare de mucus sau anus umed;

D. scaun cu aspect de melenă;

E. scaune creionate, frecvente şi cu volum scăzut.

Răspuns: A, B, C.

12. Semele clinice şi simptomele cancerului colorectal sunt:

A. date în mare parte de localizarea anatomică;

B. cancerele de colon drept sunt de obicei leziuni exofitice, asociate cu hemoragii oculte, ce pot produce anemie prin deficit de fier;

C. din cauza consistenţei lichide a scaunului în colonul drept, tumora poate rămâne asimptomatică până în stadii avansate în acest segment al colonului;

D. cancerele care apar la nivelul colonului stâng şi sigmoid se manifestă întotdeauna prin hemoragie rectală macroscopică, dar fără modificări ale tranzitului intestinal;

E. cancerele rectale se pot manifesta printr-o varietate de simptome: sângerare digestivă superioară, obstrucţie şi, ocazional, alternanţa diaree-constipaţie sau tenesme.

Răspuns: A, B, C.

13. În ceea ce privește tabloul clinic şi evaluarea paraclinică a abceselor anorectale sunt adevărate urmatoarele afirmații:

A. diagnosticul abceselor anorectale se bazează pe anamneză și examinare clinică;

B. durerea anorectală şi prezenţa unei mase palpabile sau a unei tumefacţii la nivel perineal sunt manifestări clinice frecvente ale abceselor;

C. abcesele profunde se pot prezenta cu durere perineală, lombară joasă sau iradiată în membrele inferioare sau fese;

D. diagnosticele diferenţiale ale abceselor anorectale pot include: hemoroizi trombozaţi, boală pilonidală, fisură anală, condiloame anale sau neoplazile ano-rectale.

E. investigaţiile de laborator, IRM sau ecografia anorectală pot fi utile în evaluarea abceselor anorectale superficiale.

Răspuns: A, B, C, D.

14. În cazul fisurilor anale, urmatoarele afirmații sunt false:

A. sunt cauza cea mai frecventă de durere anorectală care determină pacientul să se prezinte la medic;

B. este o soluţie de continuitate longitudinală la nivelul canalului anal, de obicei dinspre linia dinţată către marginea anală;

C. durerea este rară, fiind descrisă ca având caracter ascuţit, ca de înţepatură de cuţit;

D. durerea este aproape întotdeauna ameliorată de prezența tranzitul intestinal şi de obicei este însoţită de melenă;

E. fisurile apar ca o consecinţă a unei traume locale, fie din cauza constipaţiei sau diareei excesive, fie a instrumentării canalului anal.

Răspuns: C, D.

15. Clasificarea hemoroizii interni cuprinde:

A. gradul I: protruzie la nivelul lumenului anal; nu prolabează în afara lumenului;

B. gradul II: prolabează în timpul defecaţiei și se reduc spontan;

C. gradul III: prolabează în timpul defecaţiei și se reduc manual;

D: gardul II: protruzie la nivelul lumenului anal; nu prolabează în afara lumenului;

E. gradul III: nu se reduc.

Răspuns: A, B, C;

16. Urmatoarele afirmații cu privire la prognosticul cancerului colorectal sunt adevărate:

A. cele mai multe recurenţe au loc în primele 18-24 luni, de aceea supravegherea pacientului este extrem de importantă;

B. majoritatea ghidurilor recomandă anamneză, examen fizic şi dozarea CEA la fiecare 3 luni în primii 2 ani, apoi la fiecare 6 luni pentru următorii 3 ani;

C. colonoscopia este efectuată de rutină la 1 an şi la 4 ani postoperator, apoi la fiecare 5 ani.

D. prima examinare CT de torace, abdomen şi pelvis este efectuat după 5 ani de la intervenția chirurgicală la pacienţii cu risc pentru recidive;

E. cea mai importantă pentru prognostic este invazia limfoganglionară.

Răspuns: A, B, C, E.

17. Sistemul de stadializare TNM în cazul cancerului colorectal cuprinde:

A. T2: tumora invadează prin musculara proprie în subseroasă sau în ţesutul pericolic sau perirectal neperitonealizat;

B. T4: tumoră ce invadează direct alte organe sau structuri din vecinătate sau perforează peritoneul visceral;

C. N2: metastaze în mai mult de 4 ganglioni pericolici sau perirectali;

D. M0: fără prezenţa metastazelor la distanţă;

E. M1: metastaze la distanţă prezente.

Răspuns: B, C, D, E.

18. În ceea ce privește chirurgia pentru cancerul de rect sunt adevarate următoarele afirmații:

A. chirurgia pentru cancerul de rect este reprezentată de rectocolectomia totală cu anastomoză primară;

B. rectul este îndepărtat cu o margine de siguranţă de 5 mm, distal de tumoră;

C. când tumora rectală invadează sfincterul canalului anal este indicata rezecţia rectala joasa cu anastomoză coloanală;

D. progresele tehnologice în chirurgia minim invazivă laparoscopică permit ca rezecţia cancerelor de colon să poată fi făcută în siguranţă şi în mod eficient prin această metodă;

E. piesa de rezecţie a unui cancer de colon sau rect este trimisă la anatomopatolog pentru efectuarea stadializării.

Răspuns: D, E.

19. Colita ulcerativă (CU) şi boala Crohn (BC):

A. sunt două dintre cele mai frecvente forme de boală inflamatorie intestinală;

B. ambele patologii survin în urma unor combinaţii de factori genetici şi de mediu care generează dereglări la nivelul mucoasei, având drept consecinţă apariţia de inflamaţie acută şi cronică;

C. CU interesează mucoasa şi submucoasa şi afectează doar colonul şi rectul;

D. în toate cazurile de BC sunt afectate intestinul subţire şi gros, de obicei în vecinătatea valvei ileocecale;

E. BC reprezintă o afecţiune transmurală care se poate localiza oriunde la nivelul tractului digestiv, de la cavitatea bucală până la anus.

Răspuns: A, B, C, E;

20. Indicațiile ileostomiei sau colostomiei în chirurgia colorectală sunt:

A. după hemicolectomia dreaptă, în cazul ileo-transversoanastomozei;

B. pentru cicatrizarea unei anastomoze distale;

C. când capetele intestinale nu permit efectuarea unei anastomoze din diverse motive (ex. inflamaţie parietală, vascularizaţie precară);

D. când condiţiile locale nu permit anastomoza (ex. peritonită stercorală, pacient instabil sau cu o afecţiune avansată ce nu ar tolera o procedură mai extinsă);

E. în lipsa unui segment intestinal necesar pentru efectuarea unei anastomoze (excizia abdomino-perineală de rect).

Răspuns: B, C, D, E.