

درسنامه

آپدیت اورولوژی و عفونی ۱۴۰۵

مدمشاور

شامل تغییرات منابع آزمون دستیاری ۱۴۰۶ نسبت به منابع دستیاری ۱۴۰۵

گردآوری و تالیف:

دکتر مهدی مخملی

دکتر امیرعلی بشارت ده سلوط

فهرست

آپدیت اورولوژی

- فصل اول: اورژانس‌های اورولوژی ۱.
- فصل دوم: ارزیابی بیماران اورولوژی ۵.
- فصل سوم: اوروگرافی و سیستوگرافی ۵.
- فصل چهارم: کاربرد سونوگرافی در دستگاه ادراری ۵.
- فصل پنجم: کاربرد سی‌تی‌اسکن و MRI در اورولوژی ۷.
- فصل ششم: عفونت‌های ادراری ۷.
- فصل هفتم: پیوند کلیه ۱۱.
- فصل هشتم: اختلالات مجرای ادراری در زنان ۱۱.
- فصل نهم: فیستول‌های سیستم ادراری - تناسلی در زنان ۱۱.
- فصل دهم: آنومالی‌های مادرزادی کلیه و انسداد محل اتصال حالب به لگنچه ۱۲.
- فصل یازدهم: ناهنجاری‌های مادرزادی حالب ۱۲.
- فصل دوازدهم: مثانه عصبی (نوروژنیک) ۱۲.
- فصل سیزدهم: عفونت ادراری در کودکان ۱۲.
- فصل چهاردهم: برگشت ادرار از مثانه به حالب (رفلاکس) ۱۳.
- فصل پانزدهم: مثانه عصبی و اختلالات ادراری در اطفال ۱۴.
- فصل شانزدهم: والو مجرای خلفی و سایر ناهنجاری‌های مجرا ۱۴.
- فصل هفدهم: کریپتورکدیسیم ۱۴.
- فصل هجدهم: سنگ‌های سیستم ادراری ۱۵.
- فصل نوزدهم: درمان‌های مداخله‌ای در سنگ‌های ادراری ۱۵.
- فصل بیستم: بزرگی خوش‌خیم پروستات ۱۵.
- فصل بیست و یکم: سرطان پروستات ۱۵.
- فصل بیست و دوم: تومورهای کلیه ۱۹.
- فصل بیست و سوم: سرطان سطحی مثانه ۱۹.
- فصل بیست و چهارم: درمان تومور مثانه مهاجم به عضله و متاستاتیک ۱۹.
- فصل بیست و پنجم: سرطان بیضه ۲۰.
- فصل بیست و ششم: ناباروری در مردان ۲۰.
- فصل بیست و هفتم: آدرنال ۲۱.
- فصل بیست و هشتم: تنگی مجرا در مردان ۲۱.
- فصل بیست و نهم: بایدها و نبایدهای اورولوژی ۲۱.

آپدیت عفونی

- فصل اول: برخورد با بیمار عفونی..... ۲۲
- فصل دوم: برخورد با بیمار عفونی تب دار بدحال ۲۲
- فصل سوم: پنومونی ۲۲
- فصل چهارم: آبسه ریه ۲۳
- فصل پنجم: اندوکاردیت عفونی(IE) ۲۳
- فصل ششم: عفونت پوست، بافت نرم و عضله..... ۲۵
- فصل هفتم: آرتریت عفونی ۲۵
- فصل هشتم: اسهال عفونی حاد و مسمومیت غذایی باکتریال ۲۵
- فصل نهم: عفونت با کلستریدیوم دیفیسیل، کولیت سودومامبرانو ۲۵
- فصل دهم: عفونت ادراری، پیلونفریت و پروستاتیت ۲۶
- فصل یازدهم: بیماری‌های مقاربتی ۲۷
- فصل دوازدهم: مننژیت حاد ۲۷
- فصل سیزدهم: عفونت ناشی از گازگرفتگی..... ۲۷
- فصل چهاردهم: عفونت پنوموکوکی ۲۸
- فصل پانزدهم: عفونت استافیلوکوکی ۲۸
- فصل شانزدهم: عفونت استرپتوکوکی..... ۲۸
- فصل هفدهم: دیفتری ۲۸
- فصل هجدهم: کزاز..... ۲۸
- فصل نوزدهم: بوتولیسم ۲۹
- فصل بیستم: عفونت مننگوکوکی ۲۹
- فصل بیست و یکم: عفونت گنوکوکی ۲۹
- فصل بیست و دوم: سالمونلوز ۲۹
- فصل بیست و سوم: شیگلوز..... ۳۰
- فصل بیست و چهارم: وبا..... ۳۰
- فصل بیست و پنجم: بروسلوز ۳۰
- فصل بیست و ششم: سل ۳۰
- فصل بیست و هفتم: لپتوسپیروز ۳۲
- فصل بیست و هشتم: هرپس سیمپلکس ۳۲
- فصل بیست و نهم: واریسلا زوستر ۳۲
- فصل سی‌ام: ویروس اپشتین بار..... ۳۲
- فصل سی و یکم: عفونت‌های تنفسی..... ۳۲
- فصل سی و دوم: آنفلوانزا ۳۲
- فصل سی و سوم: گاستروانتریت ویروسی..... ۳۲

- فصل سی و چهارم: سرخک ۳۲
- فصل سی و پنجم: کاندیدیازیس ۳۳
- فصل سی و ششم: آسپرژیلوس ۳۳
- فصل سی و هفتم: موکورمایکوزیس ۳۳
- فصل سی و هشتم: آمیبیازیس ۳۳
- فصل سی و نهم: مالاریا ۳۳
- فصل چهلم: توکسوپلازما ۳۴
- فصل چهل و یکم: نماتودهای روده‌ای ۳۴
- فصل چهل و دوم: سستود ۳۴
- فصل چهل و سوم: سپسیس و شوک سپتیک ۳۴

آپدیت اورولوژی ۱۴۰۵

فصل ۱: اورژانس های اورولوژی

۳ سرفصل «رنال کولیک»، «احتباس ادراری حاد» و «گانگرن فورنیه» به این فصل اضافه گردیده است که در ادامه بررسی می شوند. سایر مطالب فصل تغییری نداشته اند.

۱. خانمی با درد کولیکی پهلوی چپ به اورژانس مراجعه نموده است. کدام یک از تشخیص های زیر کمتر برای این بیمار مطرح است؟

- الف) اندومتريوز
ب) حاملگی خارج رحمی
ج) پانکراتیت
د) کولیت

● جواب: گزینه «د»

درد کولیکی:

● درد با شروع ناگهانی و شدید که پس از مدتی کاهش یافته یا از بین می رود و سپس مجدداً آغاز می شود

● دوره های افزایش و کاهش به صورت امواج پشت سر هم تکرار می شوند.

رنال کولیک: به درد کولیکی در ناحیه پهلوی (فلانک) اطلاق می شود.

علل رنال کولیک:

- شایع ترین علت: عبور سنگ از کلیه به مثانه
- سایر علل: اندومتريوز، حاملگی اکتوپیک، تورش تخمدان، آپاندیسیت، دیورتیکولیت و...

افتراق بین علل رنال کولیک: شرح حال و معاینه فیزیکی + تست های آزمایشگاهی + تصویربرداری

۲. خانم ۲۵ ساله با درد ناگهانی پهلوی چپ به اورژانس آورده شده است. اولین اقدام در بررسی بیشتر علت درد بیمار کدام گزینه است؟

- الف) سونوگرافی
ب) CT با کنتراست وریدی
ج) CT بدون کنتراست
د) IVP

● جواب: گزینه «الف»

تشخیص رنال کولیک (ناشی از سنگ سیستم ادراری):

بررسی فوری مبتلایان به رنال کولیک در ۳ مورد پیشنهاد می شود: ۱. کلیه منفرد ۲. وجود تب ۳. تشخیص مشکوک

سونوگرافی:

- اولین وسیله تصویربرداری تشخیصی

- مزایا: ایمن، بدون خطر ناشی از اشعه، قابل تکرار، کم هزینه
- توان متوسط شناسایی محل احتمالی سنگ
- سنگ های کلیوی: ۴۵٪ حساسیت و ۸۸٪ اختصاصیت
- سنگ های حالبی: ۴۵٪ حساسیت و ۹۴٪ اختصاصیت
- CT اسکن شکم و لگن بدون ماده حاجب:

- روش تشخیصی استاندارد

- تا ۹۸٪ حساسیت و اختصاصیت در تشخیص سنگ حالب

- در ۱۰٪ موارد در کلیشه اول CT یا Scout امکان تشخیص سنگ نیست که در این موارد KUB انجام می شود که با آن سنگ های رادیوپاک را از رادیولوسنت می توان افتراق داد.

- همچنین در پیگیری بیماران هم از آن می توان استفاده کرد.

IVP:

- در موارد حاد رنال کولیک کاربرد ندارد
- CT اسکن بدون کنتراست جایگزین آن شده است (حساسیت ۷۵٪ و اختصاصیت ۹۱٪).

- تصویربرداری های با ماده حاجب صرفاً زمانی که برای برداشتن سنگ نیاز به دانستن آناتومی سیستم جمع کننده باشد انجام می شود.

۳. خانم ۲۲ ساله با حاملگی ۱۱ هفته به دلیل درد ناگهانی پهلوی چپ به اورژانس مراجعه نموده است. در سونوگرافی انجام شده سنگ رویت نشده است کدام یک از مدالیته های زیر را در گام بعدی برای بررسی بیشتر بیمار استفاده می کنید؟

- الف) CT اسکن بدون کنتراست
ب) CT اسکن با کنتراست
ج) MRI بدون کنتراست
د) KUB

● جواب: گزینه «ج»

ارزیابی رنال کولیک در اطفال:

- اولین روش تشخیصی: سونوگرافی

- در صورت نیاز به ارزیابی تکمیلی: Low-dose CT یا KUB



ارگان	نوع	توصیف	زمان انتظار (به سال)
کلیه	آدنوکارسینوما	کوچک، تصادفی	۰
کلیه	آدنوکارسینوما	بزرگ، انفیلتراسیون فرا تر از کپسول	۲
کلیه	تومور ویلمز		۲
مثانه	ترانزیشنال سل	غیرتهاجمی	۰
مثانه	ترانزیشنال سل	تهاجمی	۲
بیضه	جرم سل		۲
پروستات	آدنوکارسینوم		از ۰ تا ۵ سال (بسته به ریسک بیماری)
تیرئوئید	آدنوکارسینوم		۲
پستان	آدنوکارسینوم		۲-۵
کولون	آدنوکارسینوم		۲-۵
لنفوم			۲
پوست	ملانوم		۲-۵
پوست	اسکواموس سل		۲
پوست	بازال سل		۰

• همچنین در متن کتاب ذکر شده است که تومورهای پاپیلری غیرتهاجمی مثانه نیاز به دوره انتظار ندارند (در ویراست قبلی علاوه بر تومورهای پاپیلری غیرتهاجمی، سرطان Insitu مثانه نیز ذکر شده بود که در ویراست جدید آورده نشده است. سایر مطالب تغییری نداشته‌اند.)

مطالب مربوط به تکنیک‌های جراحی پیوند کلیه (من جمله سرفصل‌های اتصال وریدی، اتصال شریانی و اتصال حالب) تغییراتی داشته‌اند که با توجه به احتمال کم طراحی سؤال از این مباحث در آزمون دستیاری در درسنامه آپدیت پوشش داده نشده است. تنها مطلبی که از این قسمت لازم به مطالعه است به شرح زیر است:

جراحی اهدای کلیه (نفرکتومی از فرد دهنده زنده) به دو روش باز و لاپاراسکوپیک قابل انجام است. عملکرد کلیه پیوندی در هر دو روش جراحی باز و لاپاراسکوپیک مشابه است لذا به دلیل مسائل زیبایی، روش لاپاراسکوپیک ارجح است. (این مطلب در ویراست جدید اضافه شده است.)

فصل ۸: اختلالات مجرای ادراری در زنان

این فصل تغییر خاصی نداشته است.

فصل ۹: فیستول‌های سیستم ادراری - تناسلی در زنان

این فصل تغییر خاصی نداشته است.

فصل ۷: پیوند کلیه

۱. کدام یک از بیماران مرگ مغزی زیر برای اهدای کلیه وضعیت مناسب‌تری دارد؟

- (الف) مرد ۶۵ ساله مبتلا به تومور مغزی اولیه
(ب) کودک ۵ ساله مبتلا به تومور بیضه
(ج) خانم ۳۵ ساله با دیابت نوع ۱ از ۱۰ سالگی
(د) خانم ۳۰ ساله که در سیر بستری دچار سپسیس شده است.

● **جواب: گزینه «الف»**

جدول «کنتراندیکاسیون‌های دریافت کلیه از جسد» در ویراست جدید کتاب تغییری نداشته‌اند. اما در متن کتاب شرایط ایده‌آل بیمار مرگ مغزی برای اهدای کلیه تغییراتی داشته است که به شرح زیر است:

- نداشتن بدخیمی فعال یا سابقه کانسر متاستاتیک (به جز تومور مغزی اولیه یا کانسر سطحی درمان شده) در ویراست قبلی، ابتلا به **تومور بیضه** هم در کنار تومور مغزی اولیه و کانسر سطحی درمان شده استثنا شده بود که در ویراست جدید تومور بیضه از متن حذف شده است.

- در ویراست قبلی **بازه سنی ۶ تا ۶۰ سال**، بازه سنی ایده‌آل برای دهنده جسد ذکر شده بود که در **ویراست جدید حذف شده است**. (لیکن سن بیشتر از ۷۰ سال همچنان در جدول «کنتراندیکاسیون‌های دریافت کلیه از جسد» بدون تغییر ذکر شده است.) «خلاصه: سن بیش از ۷۰ سال کنتراندیکاسیون اهدای کلیه از جسد است ولی به جز این محدودیت بازه سنی ایده‌آلی ذکر نشده است.

۲. در کدام یک از تومورهای زیر حداکثر مدت زمان عاری از سرطان بودن مورد نیاز برای انجام پیوند کلیه بیشتر است؟

- (الف) پروستات
(ب) بیضه
(ج) تیرئوئید
(د) سرطان تهاجمی مثانه

● **جواب: گزینه «الف»**

در جدول «زمان انتظار عاری از کانسر توصیه شده از آخرین ویزیت کانسر برای افراد کاندید پیوند کلیه» میزان زمان مورد انتظار برای کانسر پروستات در ویراست قبلی کتاب، ۲ سال ذکر شده بود که در ویراست جدید به ۰ تا ۵ سال تغییر یافته است. سایر موارد بدون تغییر بوده است.



آپدیت عفونی ۱۴۰۵

فصل اول: برخورد با بیمار عفونی

این فصل تغییرات مهمی ندارد.

فصل دوم: برخورد با بیمار عفونی تب دار بدحال

CRP و LDH از بررسی‌های تشخیصی قبل از شروع آنتی‌بیوتیک حذف شد.

درمان ریکتز: درمان ترکیبی با **داکسی‌سیکلین** و **آزیترومایسین**، عوارض و مرگ‌ومیر را در بیماران مبتلا به scrub typhus شدید کاهش می‌دهد. (جدید)

فصل سوم: پنومونی

عوامل خطر عفونت با ارگانیزم مقاوم: **بیماری‌های همراه، بستری اخیر در بیمارستان و درمان اخیر با آنتی‌بیوتیک** (این جمله جایگزین ریسک فاکتورهای عفونت با MRSA و سودوموناس آئروژینوزا شد).

اتیولوژی: **مایکوپلاسما پنومونیه** بیشتر در موارد **سرپایی** نقش دارد، در حالی‌که **لژیونلا** معمولاً با موارد شدیدتر همراه است و همچنین می‌تواند در **طغیان‌ها** نیز دیده شود. (جدید)

تشخیص: CXR در افتراق CAP از سایر وضعیت‌ها ناتوان (ویراست قبل: ضروری) است. اگر چه مشابه ویراست قبل جهت تشخیص CAP علائم بالینی به همراه ارتشاح جدید در CXR لازم است.

تغییرات درمان:

- عوامل خطر MRSA: کلونیزاسیون یا عفونت قبلی MRSA، آنتی‌بیوتیک‌درمانی اخیر، بستری شدن در بیمارستان، آنفلوآنزا، پنومونی کاویتاری یا نکروزان و امپیم (جدید)

- لگامولین (یک پلوروموتیلین) و اوماداسیکلین (یک تتراسایکلین)، داروهای جدید برای بیماران سرپایی مبتلا به CAP هستند که قادر به مصرف بتالاکتام‌ها نیستند و / یا می‌خواهند از مصرف فلوروکینولون‌ها خودداری کنند. (جدید)
- گزینه‌های بتالاکتام در درمان پنومونی بیماران بستری (پاورقی جدول): آمپیسیلین - سولباکتام، **سفت‌ریاکسیون**، **سفتوتاکسیم**، **سفتارولین** یا **ارتاپنم** (به جز مورد اول سایر موارد جدید است).

- در درمان **بستری پنومونی شدید بدون ریسک فاکتور**، درمان ترکیبی با **بتالاکتام + ماکرولید** نسبت به بتالاکتام +

فلوروکینولون **ارجح** است. (جدول درمان مشابه ویراست قبل است).

درمان بستری پنومونی شدید و غیرشدید با ریسک فاکتور:

- بسته به شدت عفونت، داده‌های محلی مربوط به مقاومت سودوموناس و مصرف آنتی‌بیوتیک طی ۹۰ روز گذشته، باید پوشش تک‌دارویی یا دودارویی به کار رود؛ برای مثال یک بتالاکتام ضد سودوموناس به همراه **سیپروفلوکساسین**، **لووفلوکساسین**، یا **آمینوگلیکوزید**. (نام داروها جدید است).

- اگر پاتوژن ویروسی مانند آنفلوآنزا یا SARS-CoV-2 یافت شود و پاتوژن باکتریایی وجود نداشته باشد، می‌توان درمان آنتی‌باکتریال را قطع کرد. (جدید)

نقش **گلوکوکوتیکوئیدها**: در موارد CAP شدید که به **تهویه مکانیکی** نیاز دارند یا با **شوک** همراه هستند، مفید است. درمان معمولاً به مدت **۸ تا ۱۴ روز** ادامه می‌یابد. (ویراست قبل: فقط در شوک سپتیک مقاوم ذکر شده بود).

پیگیری درمان CAP: در صورت **عود** بیماری، به‌ویژه در همان سگمان ریوی، احتمال وجود یک **نئوپلاسم** زمینه‌ای یا **برونشکتازی فوکال** (جدید) باید در نظر گرفته شود.

جزئیات واکسن‌های نوموکوکی و آنفلوآنزا حذف شد. (هر چند تابه‌حال از مباحث ذکر شده در این فصل سوال طرح نشده بود).

VAP حداقل ۴۸ ساعت پس از ونتیلاسیون رخ می‌دهد. (جدید)

اضافات پیشگیری از VAP: دوره کوتاه آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک برای بیماران در کما؛ **دوره کوتاه**

آمینوگلیکوزیدهای استنشاقی. (جدید)

در جدول درمان VAP در ستون دارای ریسک فاکتور برای گرم منفی‌های مقاوم داروهای جدیدی، زیر ستون داروهای بتالاکتام اضافه شده است (احتمال طرح سوال بسیار کم):

- علیه سودوموناس آئروژینوزای مقاوم: سفتازیدیم - آویباکتام، سفتولوزان - ت ازوباکتام، ایمپنم - رلباکتام، پلازومایسین

- انتروباکتریاسه مقاوم به کارباپنم: سفتازیدیم - آویباکتام، ایمپنم - رلباکتام، مروپنم - وابورباکتام



MDR/RR-TB	BPALM	۶ ماه	برای بیماران حداقل ۱۴ سال بدون سابقه مواجهه قبلی با B, L, Pa
MDR/RR-TB	BDLLfxCfz	۶ ماه	برای بیماران بدون سابقه مواجهه با B, D, L؛ شامل کودکان، نوجوانان، بارداران و شیرده‌ها. در صورت نیاز، Lfx یا Cfz می‌تواند حذف شود.
MDR/RR-TB	BLMZ یا BLLfxCfzZ یا BDLLfxZ	۹ ماه	برای بیماران بدون سابقه مواجهه با B, D, L و در صورت رد مقاومت به فلوروکینولون‌ها
جایگزین	رژیم خوراکی ۹ ماهه حاوی B	۴ ماه + ۵ ماه	۴ ماه اول B (تا ۶ ماه قابل استفاده)، Lfx یا M، Eto یا Pto، Cfz، Z، Hh، E، M، E یا Lfx: ۵ ماه بعد از Lfx؛ مناسب کودکان و بالغین بدون مواجهه قبلی با درمان‌های خط دوم شامل B، با رد مقاومت به کینولون و بدون سل ریوی گسترده یا انواع شدید خارج ریوی
XDR-TB / MDR پیچیده	رژیم فردی‌سازی شده	حداقل ۱۸ ماه	

رژیم‌های درمانی WHO برای MDR/RR-TB:

نکته: رژیم‌های ۶ ماهه فوق انتخاب اول و دوم هستند.

۱. خوراکی ۶ ماهه: BPALM

موارد توصیه:

- بیماران MDR/RR-TB یا pre-XDR-TB با سن حداقل ۱۴ سال، صرف نظر از وضعیت HIV.

- همه انواع بیماری به‌جز سل منتشر، سیستم عصبی مرکزی و استئوآرتریکولار.

- بیماران بدون سابقه قبلی یا با مواجهه کمتر از ۱ ماه با بداکویلین، پرتومانید و لینزولید (امکان استفاده در موارد درمان‌شده قبلی در صورت تایید حساسیت).

- منع مصرف: زنان باردار و شیرده

۲. خوراکی ۶ ماهه: BDLLfxCfz

- مقاومت به فلوروکینولون = حذف کینولون

- حساسیت به فلوروکینولون = حذف کلوفازیمین

- موارد استفاده: بیماران بدون سابقه قبلی یا با مواجهه کمتر از ۱ ماه با بیداکویلین، دلامانید و لینزولید. همچنین در کودکان، نوجوانان و زنان باردار یا شیرده قابل استفاده است.

۳. رژیم‌های خوراکی مختلف ۹ ماهه حاوی بیداکویلین

- ترتیب ارجحیت از راست به چپ: BLMZ، BLLfxCfzZ، BDLLfxZ

- این رژیم در کودکان و نیز زنان باردار (با جایگزینی اتیونامید با لینزولید) قابل استفاده است.

- شرط مهم: عدم مقاومت به کینولون

۴. رژیم طولانی‌تر فردی‌شده (دست‌کم ۱۸ ماه): ترکیب بهینه داروهای خوراکی بر اساس رویکرد منطقی و گروه‌بندی اولویت‌دار داروهای WHO

جدول معیارهای تجویز رژیم خوراکی کوتاه‌مدت در MDR/RR-TB حذف شد.

حداقل سن مصرف آمیکاسین و استرپتومایسین: ۱۸ سال
داروهای جدول «گروه‌های دارویی توصیه شده در رژیم طولانی‌مدت درمان سل MDR در کودکان و بالغین» بدون تغییر باقی ماند، اما توضیحات مربوط به هر گروه تغییر کرد که به شرح زیر است:

A: هر سه دارو باید لحاظ شوند برای اطمینان از اینکه حداقل چهار عامل احتمالاً موثر (شامل یک عامل از گروه B در ادامه) شروع شوند و در صورت قطع بداکویلین، حداقل سه عامل برای باقی درمان لحاظ شوند.

B: حداقل یکی از این داروها باید همیشه لحاظ شود.

C: داروهایی که برای تکمیل رژیم به کار می‌روند و زمانی که داروهای گروه‌های A و B قابل استفاده نباشند.

و در توضیح اتیونامید یا پرتیونامید ذکر شده است که: تنها در صورتی باید لحاظ شوند که بداکویلین، لینزولید، کلوفازیمین یا دلامانید استفاده نشوند، یا اگر گزینه‌های بهتر ممکن نباشند.

درمان سل همراه با HIV: