

- c) Oznaczenie odpowiedzi następuje przez zamazanie **ołówkiem 2B lub 3B całej powierzchni prostokąta** wybranej przez Ciebie odpowiedzi. Pamiętaj, że od poprawności zamazania pola w dużej mierze zależy poprawność odczytu podanej przez Ciebie odpowiedzi. Przykłady poprawnego zamazywania pola możesz zobaczyć powyżej.
- d) Proponujemy, aby w czasie rozwiązywania testu najpierw zaznaczać odpowiedź delikatną kropką. Gdy przekonasz się, że dobrze wybrałaś/eś, zakreślisz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wymaż gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłaś/eś poprawnie, zamaż starannie prostokąty.

Niedopuszczalne jest zniszczenie karty, jej uszkodzenie (załamanie, zagięcie) zarysowanie brzegu karty, gdyż może to być przyczyną złego jej odczytu.

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **3 godziny**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać karty odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartami odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

Twój zestaw zadań testowych został oznaczony jako **WERSJA I**. W związku z tym przypominamy Ci, że Twój numer karty winien być **nieparzysty**. Dla potwierdzenia tego, że rozwiązujesz wersję I **w wierszu 7 górnej części karty** zakreślono pole z **cyfrą 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

cem EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
JESIEŃ 2022

1	A	B	C	D	E	61	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E	62	A	B	C	D	E

Nr 1. W ok. 12–40% przypadków rozpoznania NEN/NET stwierdza się IV stopień zaawansowania nowotworu, a przerzuty odległe rozpoznaje się głównie w:

A. płucach. **B.** wątrobie. **C.** kościach. **D.** węzłach chłonnych. **E.** OUN.

Nr 2. Typ 1 NET żołądka to:

- 1) guzy niskozróżnicowane;
- 2) najczęściej G1;
- 3) występują w postaci drobnych polipów w błonie śluzowej żołądka;
- 4) naciekają ogniskowo błonę mięśniową żołądka;
- 5) w 50% towarzyszy im niedokrwistość makrocytarna;
- 6) współistnieją z hipergastrinemią;
- 7) w patogenezie kluczową rolę odgrywa autoimmunologiczne zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka;
- 8) chorzy nie wymagają leczenia chirurgicznego;
- 9) chorzy zwykle operowani są w osłonie sterydowej oraz po nasyceniu analogami somatostatyny.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,3,7,8. **B.** 2,3,5,6,7,8. **C.** 4,7,9. **D.** 2,8. **E.** 4,9.

Nr 3. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące dysplazji dużego stopnia, rozpoznanej w wycinku z błony śluzowej żołądka, pobranego w czasie gastroskopii:

- A.** rozpoznanie to odpowiada nowotworowi śródnabłonkowemu.
B. jest definiowana jako pTis.
C. musi zostać potwierdzona przez co najmniej 2 specjalistów patomorfologii.
D. jest wskazaniem do miejscowego usunięcia, czyli dyssekcji podśluzówkowej.
E. jest wskazaniem do obserwacji – gastroskopia z pobraniem ponownych wycinków co 6 miesięcy.

Nr 4. „Zespół zmęczenia” jest długo utrzymującym się, typowym objawem, obserwowanym i opisywanym:

- A.** po resekcji płuca.
B. po gastrektomii.
C. po resekcji okrężnicy.
D. po resekcji odbytnicy.
E. w transplantologii z powodów nowotworowych.

Nr 5. Spośród wymienionych zespołów genetycznych, zespołem genetycznym, który nie zwiększa ryzyka powstania raka żołądka, jest:

- A.** zespół Li Fraumeni.
B. zespół wrodzonego niedoboru witaminy B12.
C. zespół Peutza-Jeghersa.
D. rodzinna polipowatość gruczolakowa.
E. wrodzony, niepolipowaty rak jelita grubego.

Nr 6. W badaniu endoskopowym, przy podejrzeniu, że zmiana w żołądku może być rakiem wczesnym, należy pobrać następującą liczbę wycinków do badania histopatologicznego:

- A.** 1–2. **B.** 3–4. **C.** nie więcej niż 5. **D.** 6–7. **E.** 9–12.

Nr 7. Najczęstszą lokalizacją przerzutów krwiopochodnych w raku żołądka jest:

- A.** mózg. **B.** wątroba. **C.** płuca. **D.** kości. **E.** nadnercza.

Nr 8. W obrazie badania TK (tomografia komputerowa) radiologiczną cechą przerzutów do węzłów chłonnych nie jest:

- A.** okrągły kształt węzłów.
B. obecność martwicy centralnej.
C. „zlewianie się” węzłów w konglomeraty.
D. niejednorodne wzmocnienie kontrastowe.
E. obecność otoczki typu „haloo” wokół torebki węzła.

Nr 9. Pięcioletnie przeżycie, u pacjentów z rakiem żołądka bez przerzutów do węzłów chłonnych, pNo, szacowane jest na około:

- A.** 86%. **B.** 60%. **C.** 48%. **D.** 30%. **E.** 20%.

Nr 10. Czułość badania TK (tomografia komputerowa) w obrazowej ocenie przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych w raku żołądka oceniana jest na około:

- A.** 95–98%. **B.** 62–90%. **C.** 40–60%. **D.** 30%. **E.** 15–20%.

Nr 11. Przeciwwskazaniem do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego u chorych na raka piersi jest:

- A.** stan po wszczepieniu ekspandera do wieloetapowego rozprężania tkanek.
B. stan po bariatrycznym zmniejszeniu pojemności żołądka (długa linia szwów metalowych w jamie brzusznej).
C. stan po użyciu nieferromagnetycznego klipsa naczyniowego na tętnicy mózgowej lub w jej sąsiedztwie.
D. stan po wszczepieniu definitywnego implantu piersiowego.
E. stan po leczeniu oszczędzającym piersi z użyciem tytanowych klipsów z oznaczenia łoża po wycięty guzie.

Nr 12. Badania diagnostyczne u chorego z podejrzeniem raka jądra obejmują:

- 1) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej;
- 2) oznaczenia stężenia ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej beta;
- 3) oznaczenie stężenia antygenu rakowo-płodowego;
- 4) oznaczenie stężenia testosteronu;
- 5) oznaczenie stężenia alfafetoproteiny;
- 6) oznaczenia stężenia estradiolu.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 1,2,5. **C.** 3,4,5. **D.** 3,4,6. **E.** 4,5,6.

Nr 13. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące pierwotnych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego:

- A. najczęstszym z nich jest oponiak.
- B. najczęstszym z nich jest glejak.
- C. najczęstszym z nich jest wyściółczak.
- D. stanowią 10% wszystkich nowotworów złośliwych u dorosłych.
- E. odpowiadają za 30% zgonów z powodów nowotworowych u dorosłych.

Nr 14. Do charakterystycznych cech klinicznych raka nerki należy:

- 1) przerzutowanie do węzłów chłonnych śródpiersia;
- 2) naciekanie układu żylnego;
- 3) tworzenie czopa nowotworowego w wielkich naczyniach żylnych;
- 4) bezwzględna konieczność biopsji guza przez operacją;
- 5) obecność tzw. tetrad objawów (ból, gorączka, krwimocz, podwyższone stężenie kreatyniny w surowicy);
- 6) współwystępowania raka urotelialnego w moczowodzie.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,6. B. 2,3. C. 3,4,5. D. 3,5,6. E. 3,5.

Nr 15. W diagnostyce grasiczaka rola obrazowania metodą rezonansu magnetycznego jest najważniejsza w przypadku:

- A. wstępnej oceny wielkości i położenia zmiany.
- B. podejrzenia naciekania naczyń.
- C. poszukiwania przerzutów w płucach.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A i B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B i C.

Nr 16. Zgodnie ze skalą RECIST częściowa odpowiedź (*partial remission* – CR) nowotworu złośliwego na leczenie systemowe oznacza:

- 1) zniknięcie wszystkich zmian docelowych (*target*) i niedocelowych (*non-target*);
- 2) zmniejszenie wielkości węzłów chłonnych w osi krótkiej do mniej niż 10 mm;
- 3) zmniejszenie sumy wielkości zmian docelowych o co najmniej 30% w stosunku do badania wyjściowego;
- 4) zmniejszenie sumy wielkości zmian docelowych o co najmniej 15% w stosunku do badania wyjściowego;
- 5) pojawienie się nowych zmian przy jednoczesnym zniknięciu wszystkich zmian docelowych widocznych w badaniu wyjściowym;
- 6) brak widocznych cech radiologicznych progresji choroby.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2. B. 2,5. C. 3,6. D. 4,5. E. 1,6.

Nr 17. Bezwzględny przeciwwskazaniem do TK z dożylnym podaniem jodowego środka kontrastującego **nie jest**:

- A. planowane leczenie raka tarczycy.
- B. niewydolność wątroby i nerek.
- C. astma i rozedma płuc.
- D. wiek dziecka <2 r.ż.
- E. jaskra.

Nr 18. W przypadku ognisk przerzutowych niskozróżnicowanego nowotworu złośliwego rozmieszczonych w linii pośrodkowej ciała (śródpierście, przestrzeń zaotrzewnowa) należy w pierwszej kolejności zlecić m.in.:

- A. obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego piersi.
- B. oznaczenie stężenia beta hCG i AFP.
- C. oznaczenia Ca-125.
- D. wykonanie testu enzymatycznego na krew utajoną.
- E. oznaczenie stężenia chromograniny A.

Nr 19. W przypadku przerzutu z nieznanego ogniska pierwotnego najczęściej rozpoznawanym typem histologicznym nowotworu jest:

- A. rak płaskonabłonkowy.
- B. rak gruczołowy wysokodojrzały (G1 i G2).
- C. rak gruczołowy niskodojrzały (G3).
- D. rak neuroendokrynnny.
- E. czerniak.

Nr 20. Podstawowym badaniem obrazowym stosowanym do oceny zaawansowania i kwalifikacji do leczenia w przypadku potwierdzonego raka żołądka jest:

- A. USG jamy brzusznej.
- B. TK jamy brzusznej i klatki piersiowej.
- C. endoskopowa ultrasonografia.
- D. MR jamy brzusznej i klatki piersiowej.
- E. pozytonowa tomografia emisyjna.

Nr 21. Obustronny rak piersi metachroniczny oznacza:

- A. zdiagnozowanie 2 pierwotnych raków obu piersi, wykrytych w odstępie czasowym przekraczającym 6 miesięcy.
- B. zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym obu piersi, wykryte w odstępie czasowym nieprzekraczającym 6 miesięcy, o różnym typie histologicznym zmian.
- C. zdiagnozowanie 2 pierwotnych raków obu piersi, wykrytych w odstępie czasowym nieprzekraczającym 6 miesięcy.
- D. zdiagnozowanie 2 pierwotnych raków obu piersi, wykrytych jednocześnie, o różnym typie histologicznym zmian.
- E. zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym obu piersi, wykryte w odstępie czasowym nieprzekraczającym 6 miesięcy, o tym samym typie histologicznym zmian.

Nr 22. W przypadku przedoperacyjnego zdiagnozowania obecności zmian przerzutowych raka gruczołu piersiowego w obrębie węzłów chłonnych pachowych – tworzących pakiet węzłowy oraz braku obecności guza pierwotnego, należy rozpoznać następującą cechę N oraz następujący anatomiczny stopień zaawansowania choroby:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| A. N2 i stopień II. | D. N3 i stopień II. |
| B. N3 i stopień III. | E. N3c i stopień IIIC. |
| C. N2 i stopień IIIA. | |

Nr 23. W przypadku stwierdzenia w węźle wartowniczym w pooperacyjnym badaniu histopatologicznym zmian przerzutowych o charakterze mikroprzerzutów, u chorej na raka gruczołu piersiowego poddanej chemio-immunoterapii neoadjuwantowej, należy:

- A.** wykonać uzupełniającą limfadenektomię pachową – tylko w przypadku chorych poddanych mastektomii.
- B.** zastosować leczenie zachowawcze – ze względu na wielkość zmian przerzutowych – pod warunkiem wykonania radioterapii gruczołu piersiowego z boostem.
- C.** zastosować leczenie zachowawcze – ze względu na wielkość zmian przerzutowych – w każdym przypadku.
- D.** wykonać uzupełniającą limfadenektomię pachową – w każdym przypadku.
- E.** zastosować leczenie zachowawcze – ze względu na wielkość zmian przerzutowych lub opcjonalnie wykonać uzupełniającą limfadenektomię pachową.

Nr 24. Zastosowanie u chorej z rakiem inwazyjnym gruczołu piersiowego częściowego napromieniania piersi (*accelerated partial breast irradiation* – APBI) jest zalecane w przypadku:

- A.** konieczności wykonania elektywnej limfadenektomii pachowej.
- B.** rozpoznania raka luminalnego A w stopniu zaawansowania klinicznego cT1a-c N0 M0, u chorej w wieku 48 lat.
- C.** rozpoznania raka luminalnego A w stopniu zaawansowania klinicznego cT1a-c N0 M0, u chorej w wieku 72 lat.
- D.** rozpoznania raka potrójnie ujemnego w stopniu zaawansowania klinicznego cT1a N0 M0, u chorej w wieku 72 lat.
- E.** chorych z rakiem inwazyjnym poddanych uprzedniemu leczeniu systemowemu (chemio-immunoterapia neoadjuwantowa).

Nr 25. Możliwość zastosowania opcji leczenia zachowawczego u chorych na raka piersi z obecnością makroprzerzutu w węźle wartowniczym, poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł piersiowy – z zastosowaniem pooperacyjnej radioterapii, wykazano w wynikach badania:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| A. NSABP B-32. | D. LORD i LORIS. |
| B. ACOSOG Z0011. | E. AMAROS. |
| C. SENTINA. | |

Nr 26. Stosowana jako metoda śródoperacyjnej weryfikacji patologicznej materiału tkankowego – po miejscowym wycięciu guza nowotworowego gruczołu piersiowego, makroskopowa ocena marginesów (*macroscopic margin assessment* – MMA) polega na:

- A.** określeniu przez patologa odległości zmiany od brzegów usuniętego specimenu, po uprzednim oznakowaniu powierzchni materiału tkankowego tuszem lub innym barwnikiem.
- B.** wykonaniu i doraźnej ocenie preparatów świeżo mrożonych.
- C.** uwzględnieniu podczas przeprowadzania badania każdego z marginesów radialnych (górnego, dolnego, bocznego i przyśrodkowego).
- D.** prawidłowe są odpowiedzi A i C.
- E.** prawidłowe są odpowiedzi A, B i C.

Nr 27. W przypadku uwidocznienia podczas badania ultrasonograficznego zmiany ogniskowej gruczołu piersiowego o charakterze torbieli z obecnością składowej litej (w tym obecność pogrubiałych ścian torbieli, pogrubiałych przegród, litych struktur wewnątrztorbielowych) – najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:

- A.** torbiel niepowikłana.
- B.** podejrzenie postaci granicznej guza liściastego.
- C.** torbiel prosta.
- D.** torbiel złożona.
- E.** torbiel powikłana.

Nr 28. Do metod śródoperacyjnej oceny radykalności wycięcia guza pierwotnego u chorych na raka piersi, wykorzystujących interpretację widm świetlnych nie należy:

- A.** optyczna elastografia koherencyjna.
- B.** spektroskopia rozproszonego odbicia.
- C.** spektroskopia fluorescencyjna.
- D.** luminescencja Cerenkova.
- E.** optyczna spektroskopia koherencyjna.

Nr 29. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zmiany ogniskowej gruczołu piersiowego o charakterze płaskiej atypii nabłonkowej (*flat epithelial atypia* – FEA):

- A.** zmiana z obecnością mikrozwapnień w obrazie radiologicznym, zwiększająca ryzyko wystąpienia raka piersi ok. 2–5-krotnie, stanowiąca wskazanie do biopsji otwartej.
- B.** zmiana z obecnością zmiany spikularnej w obrazie radiologicznym, zwiększająca ryzyko wystąpienia raka piersi ok. 2–5-krotnie, stanowiąca wskazanie do biopsji otwartej.
- C.** zmiana z obecnością zmiany spikularnej w obrazie radiologicznym, zwiększająca ryzyko wystąpienia raka piersi ok. 2–5-krotnie, umożliwiającą postępowanie zachowawcze po jej zdiagnozowaniu po biopsji gruboigłowej.
- D.** zmiana z obecnością rozrostu w obrębie końcowej jednostki przewodowo-zrazikowej, z częstym współwystępowaniem mikrozwapnień w obrazie radiologicznym, zwiększająca ryzyko wystąpienia raka piersi ok. 2–5-krotnie, stanowiąca wskazanie do biopsji otwartej.
- E.** zmiana z obecnością mikrozwapnień w obrazie radiologicznym, bez wpływu na ryzyko wystąpienia raka piersi, stanowiąca wskazanie do biopsji otwartej.

Nr 30. Wskaż sytuację kliniczną, w której po zdiagnozowaniu raka przewodowego *in situ* (DCIS), rozpoznanego po biopsji gruboigłowej zmiany, **nie jest** wymagane wykonanie biopsji węzła wartowniczego:

- A.** DCIS rak na obszarze o wielkości 1,9 cm zdiagnozowany u mężczyzny, obecność zmiany spikularnej w obrazie mammograficznym.
- B.** konieczność wykonania mastektomii, obecność zmiany badanej palpacyjnie.
- C.** możliwość leczenia oszczędzającego gruczoł piersiowy, obecność mikrozwapnień w obrazie mammograficznym na obszarze o wielkości 2,5 cm, obecność zmian palpacyjnych w jamie pachowej.
- D.** podejrzenie mikroinwazji w obrębie DCIS.
- E.** DCIS rak na obszarze o wielkości 0,9 cm zdiagnozowany u mężczyzny.

Nr 31. Optymalną oraz jedyną formą leczenia chorego na raka pęcherzyka żółciowego z intencją wyleczenia w stopniu zaawansowania cT1bN0M0 jest radykalne onkologicznie postępowanie chirurgiczne obejmujące:

- 1) usunięcie pęcherzyka żółciowego;
- 2) usunięcie węzłów chłonnych okolicy krzywizny mniejszej żołądka;
- 3) usunięcie węzłów więzadła wątrobowo-dwunastniczego;
- 4) resekcję miąższu wątroby grubości 2 cm w sąsiedztwie łoża pęcherzyka żółciowego (w segmentach IVb oraz V);
- 5) nie wykonuje się limfadenektomii regionalnej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 2,3,4. **C.** 1,3,4. **D.** 2,3,4,5. **E.** 4,5.

Nr 32. W raku brzoju odbytu w stopniu zaawansowania cT1N0 najbardziej optymalne leczenie chirurgiczne jest możliwe w przypadku:

- 1) możliwości wykonania zabiegu radykalnego;
- 2) nowotworów dobrze zróżnicowanych;
- 3) guzów zwykle poniżej 2 cm;
- 4) braku możliwości zachowania zwieraczy;
- 5) zachowania zwieraczy.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 2,3,4. **C.** 1,3,4. **D.** 1,2,3,5. **E.** 1,5.

Nr 33. W hemikolektomii prawostronnej poszerzonej w stopniu zaawansowania cT2N0M0 wskazane jest wykonanie prawidłowej lifmfadenektomii (*complete mesocolic excision* – CME), która powinna obejmować węzły chłonne wzdłuż naczyń:

- 1) okrężniczych prawych;
- 2) okrężniczych środkowych;
- 3) okrężniczych lewych;
- 4) krętniczo-kątniczych;
- 5) odbytniczych górnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3. **B.** 2,3,4. **C.** 1,2,4. **D.** 2,3,4,5. **E.** 4,5.

Nr 34. W hemikolektomii prawostronnej w stopniu zaawansowania cT2N0M0 wskazane jest wykonanie prawidłowej lifmfadenektomii (*complete mesocolic excision* – CME), która powinna obejmować węzły chłonne wzdłuż następujących naczyń:

- 1) okrężniczych prawych;
- 2) okrężniczych środkowych;
- 3) krętniczo-kątniczych;
- 4) krezkowych dolnych;
- 5) odbytniczych górnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,3. **B.** 2,3,4. **C.** 1,3. **D.** 2,3,4,5. **E.** 4,5.

Nr 35. Całkowite wycięcie mezorektum (*total mesorectal excision* – TME) jest postępowaniem standardowym w raku odbytnicy w stopniu zaawansowania cT2N0M0. W przypadku guzów położonych w górnej części odbytnicy, tj. powyżej załamka otrzewnej zaleca się:

- A.** usunięcie całego mezorektum.
B. usunięcie mezorektum 1 cm poniżej dolnego brzegu guza.
C. usunięcie mezorektum do poziomu zwieraczy odbytnicy.
D. usunięcie mezorektum do 5 cm poniżej dolnego brzegu guza.
E. usunięcie mezorektum na poziomie odcięcia guza odbytnicy.

Nr 36. Guz liściasty piersi stanowi 0,2-2% wszystkich nowotworów piersi u kobiet. Wskaż zdania nieprawdziwe dotyczące tego nowotworu:

- 1) występuje u kobiet najczęściej między 35. a 55. rokiem życia
- 2) w krajach azjatyckich częstość występowania tego nowotworu jest mniejsza w porównaniu z krajami zachodnimi.
- 3) w postaci niezłośliwej występuje rozrost podścieliska o charakterze stromal overgrowth.
- 4) pierwotnym postępowaniem z wyboru w leczeniu guza liściastego piersi jest leczenie chirurgiczne.
- 5) Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia cztery postacie mikroskopowe guza liściastego.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 2,5. **B.** 2,3,4. **C.** 1,2,5. **D.** 1,3,5. **E.** 1,4.

Nr 37. W przypadku nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego w ocenie stopnia zaawansowania zmiany według klasyfikacji AJCC poza typowymi czynnikami (TNM) określa się również:

- A.** ekspresję Ki67.
- B.** indeks mitotyczny.
- C.** obecność mutacji poza eksonem 11 protoonkogenu KIT.
- D.** obecność nacieku limfocytarnego.
- E.** aktywność LDH w surowicy.

Nr 38. W czasie całkowitej resekcji żołądka z powodu raka żołądka w stopniu zaawansowania cT2N0M0 zaleca się wykonanie splenektomii jedynie w następujących sytuacjach klinicznych:

- 1) lokalizacji raka żołądka w okolicy podwpustowej;
- 2) lokalizacji raka żołądka w okolicy krzywizny mniejszej;
- 3) nacieku krzywizny większej w górnej części żołądka;
- 4) nacieku śledziony;
- 5) w przypadku uszkodzenia naczyń wnęki śledziony lub samej śledziony jako usunięcie techniczne.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,5. **B.** 3,4,5. **C.** tylko 4. **D.** tylko 5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 39. W raku przełyku na głębokości 20–25 cm od siekaczy poza wykonaniem radykalnej resekcji chirurgicznej istotnym elementem jest wykonanie właściwej limfadenektomii, która powinna obejmować okolice węzłowe lub węzły chłonne, jako:

- 1) limfadenektomia jednopolowa w zakresie szyi;
- 2) limfadenektomia jednopolowa w zakresie klatki piersiowej;
- 3) limfadenektomia dwupolowa w zakresie klatki piersiowej oraz jamy brzusznej;
- 4) limfadenektomia trójpolewa w zakresie szyi, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej;
- 5) usunięcie w ramach limfadenektomii odpowiednich grup węzłowych: 15, 16, 17 i 20 oraz 2R, 4R, 7, 8 i 9.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,5. **B.** 2,5. **C.** 3,5. **D.** tylko 5. **E.** 4,5.

Nr 40. Pacjentka (65 lat) po wycięciu ogniska mikrozwapnień piersi. Rozpoznanie histopatologiczne w trybie zwykłym: ognisko 1 cm raka przewodowego naciekającego piersi NST ze współistniejącą komponentą DCIS. Dodatnie receptory estrogenowe i progesteronowe, HER2 ujemny. Minimalny margines resekcji od komponenty raka przedinwazyjnego wynosi 1 mm. Wskaż najmniej inwazyjny, ale bezwzględnie konieczny kolejny krok terapeutyczny:

- A. radioterapia.
- B. chirurgiczne docięcie marginesu i zabieg diagnostyczny lub terapeutyczny na układzie chłonnym.
- C. zmodyfikowana radykalna amputacja piersi.
- D. uzupełnienie zabiegu o biopsję węzłów wartowniczych lub limfadenektomię pachową w zależności od klinicznego stanu węzłów chłonnych pachowych i ew. biopsji cienkoigłowej węzłów.
- E. chemioterapia, ew. dalsze postępowanie chirurgiczne po zakończeniu leczenia systemowego.

Nr 41. W przypadku wykonywania przedniej resekcji odbytnicy u 75-letniego mężczyzny, z powodu raka zlokalizowanego na wysokości załamka otrzewnej w II stopniu zaawansowania TNM, dolny margines odcięcia mezorektum powinien wynosić co najmniej:

- A. 0,5 cm.
- B. 1 cm.
- C. 2 cm.
- D. 5 cm.
- E. w takim przypadku zawsze należy wykonać zabieg całkowitego usunięcia mezorektum (TME).

Nr 42. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące diagnostyki i leczenia nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego:

- 1) chorzy z rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego z przerzutami do węzłów chłonnych nadobojczykowych nie kwalifikują się do resekcji;
- 2) w przypadku pierwotnie nieresekcyjnego raka płaskonabłonkowego środkowej części przełyku, pomimo braku cech regresji guza w badaniach obrazowych po radiochemioterapii indukcyjnej należy podjąć próbę leczenia resekcyjnego ze względu na trudności interpretacyjne ww. badań oraz potencjalną bardzo wysoką promieniowrażliwość nowotworu;
- 3) w przypadku gruczolakoraka żołądka cT2N0, typu jelitowego w klasyfikacji Lauréna dopuszczalna jest obwodowa resekcja żołądka z limfadenektomią D1;
- 4) w przypadku podejrzenia guza neuroendokrynnego trzustki należy wykonać scyntygrafię receptorów somatostynowych oraz oznaczenie poziomu chromograniny A.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,4. B. 2,3. C. wszystkie wymienione. D. 1,3,4. E. tył 

Nr 43. Wskaż sytuacje, w których leczenie operacyjne należy poprzedzić terapią neoadiuwantową lub indukcyjną:

- 1) rak brodawkowy tarczycy cT3N+M0;
- 2) rak gruczołowy środkowego odcinka przełyku cT2N1M0 ;
- 3) gruczolakorak żołądka cT3N0M0;
- 4) rak okrężnicy cT2N2M1a (pojedynczy 2 cm przerzut do 3 segmentu wątroby);
- 5) wznowa miejscowa raka odbytnicy.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 2,3,4. **B.** 2,4,5. **C.** 1,2,3,4. **D.** 2,4. **E.** 2,3,5.

Nr 44. W przypadku raka kątnicy w stopniu zaawansowania cT4N+M0 leczenie można rozpocząć od:

- 1) hemikolektomii prawostronnej klasycznej;
- 2) hemikolektomii prawostronnej laparoskopowej lub robotowej;
- 3) chemioterapii systemowej;
- 4) chemioterapii dootrzewnowej;
- 5) chemioterapii dotętniczej.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. tylko 1. **B.** tylko 2. **C.** 1,2. **D.** 1,3. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 45. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące ogniskowego rozrostu guzkowego wątroby (FNH):

- 1) występuje tylko u kobiet, najczęściej w 3–4 dekadzie życia;
- 2) ze względu na typowe cechy w badaniach obrazowych do rozpoznania zwykle nie jest konieczna biopsja;
- 3) rozpoznanie FNH wiąże się z koniecznością wykonywania corocznych obrazowych badań kontrolnych (TK z kontrastem lub MRI), ze względu na możliwą transformację do nowotworu złośliwego wątroby.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. tylko 3. **B.** tylko 2. **C.** tylko 1. **D.** wszystkie wymienione. **E.** żadna z wymienionych.

Nr 46. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące endoskopowego leczenia wczesnego raka żołądka:

- 1) w przypadku owrzodziałych, niskozróżnicowanych guzów cT1a o wymiarach do 20 mm zalecanym postępowaniem jest ESD (endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa);
- 2) jeżeli w preparacie po ESD rozpoznano wysokozróżnicowany guz pT1a, brak owrzodzenia, ale jego największy wymiar wynosi 25 mm, konieczne jest poszerzenie leczenia o chirurgiczny zabieg resekcyjny (co najmniej częściową resekcję żołądka z limfadenektomią D1);
- 3) jeżeli w preparacie po ESD rozpoznano niskozróżnicowany guz pT1b, o największym wymiarze nieprzekraczającym 10 mm, brak owrzodzenia, konieczne jest poszerzenie leczenia o chirurgiczny zabieg resekcyjny (co najmniej częściową resekcję żołądka z limfadenektomią D1).

Prawidłowa odpowiedź to:

A. tylko 3. **B.** tylko 2. **C.** tylko 1. **D.** wszystkie wymienione. **E.** żadna z wymienionych.

Nr 47. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące raka przełyku:

- 1) palenie tytoniu nie jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka gruczołowego przełyku;
- 2) w przypadku guzów w stopniu zaawansowania cT1b preferowane jest leczenie endoskopowe;
- 3) w przypadku raka płaskonabłonkowego w stopniu zaawansowania cT2, zlokalizowanego 15–20 cm od linii siekaczy preferowana jest resekcja sposobem Ivora Lewisa;
- 4) u większości chorych na raka płaskonabłonkowego po neoadiuwantowej radiochemioterapii oraz resekcji R0 stosuje się uzupełniającą chemioterapię;
- 5) ważnym elementem radykalnej resekcji raka płaskonabłonkowego sposobem Ivora Lewisa jest *en bloc* resekcja żyły nieparzystej i przewodu piersiowego.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,5. **B.** 3,4. **C.** 1,3,5. **D.** tylko 5. **E.** tylko 2.

Nr 48. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące anatomii struktur dołu pachowego:

- 1) uszkodzenie nerwu piersiowego długiego skutkuje porażeniem mięśnia zębatego przedniego;
- 2) nerwy piersiowe przednie są nerwami wyłącznie czuciowymi;
- 3) po brzegu przyśrodkowym mięśnia piersiowego mniejszego przebiega nerw piersiowy boczny;
- 4) uszkodzenie nerwu piersiowo-grzbietowego skutkuje porażeniem mięśnia piersiowego większego;
- 5) uszkodzenie nerwów międzyżebrowo-ramiennych skutkuje porażeniem mięśni ramienia.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,5. **B.** 1,3. **C.** 2,4. **D.** 3,5. **E.** 1,3,4,5.

Nr 49. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia nowotworów endokrynnych trzustki:

- 1) w przypadku wykrytego przypadkowo, bezobjawowego i nieczynnego hormonalnie 15 mm guza głowy trzustki, bez cech złośliwości w badaniach obrazowych i biopsji opcją jest obserwacja;
- 2) w guzach o średnicy >2 cm przeciwwskazane są resekcje metodą laparoskopową;
- 3) w przypadku resekcji złośliwych guzów hormonalnie czynnych nie obowiązuje limfadenektomia regionalna, ponieważ guzy te wyjątkowo rzadko dają przerzuty drogą chłonną;
- 4) w przypadkach zaawansowanych, czynnych hormonalnie guzów endokrynnych trzustki zabiegi cytoredukcyjne są zdecydowanie przeciwwskazane.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,4. **B.** tylko 4. **C.** 1,3,4. **D.** tylko 1. **E.** 2,4.

Nr 50. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące nowotworów endokrynnych trzustki:

- 1) insulinomę charakteryzuje bardzo częsta (>30% przypadków) lokalizacja pozatrzustkowa;
- 2) gastrinomę charakteryzuje częsta złośliwość (60–90% przypadków);
- 3) insulinoma często (30–50% przypadków) występuje jako składowa zespołu MEN1;
- 4) gastrinoma najczęściej przerzutuje do płuc;
- 5) glukagonomę charakteryzuje rzadka złośliwość (<10% przypadków) i dość częsta (>30% przypadków) lokalizacja w dwunastnicy.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,5. **B.** tylko 2. **C.** 3,5. **D.** 2,4. **E.** 1,3.

Nr 51. Wskaż opcje postępowania z 3 cm guzem lewego nadnercza, jeżeli na podstawie wykonanych badań (laboratoryjne, TK ze środkiem kontrastowym) stwierdzono, że guz jest niepodejrzany onkologicznie i hormonalnie nieczynny:

- 1) adrenalektomia lewostronna laparoskopowa;
- 2) adrenalektomia lewostronna z dostępu retroperitoneoskopowego;
- 3) wyłuszczenie guza z dowolnego dostępu;
- 4) kontrolne badanie TK jamy brzusznej ze środkiem kontrastowym co rok;
- 5) PET-TK;
- 6) biopsja aspiracyjna cienkoigłowa;
- 7) jednorazowo kontrolne badanie TK jamy brzusznej bez użycia środka kontrastowego oraz przesiewowa ocena czynności hormonalnej za 12 miesięcy;
- 8) zaniechanie dalszej diagnostyki oraz obserwacji w badaniach obrazowych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3,4. **B.** 4,5,7. **C.** 4,5,6. **D.** 1,2,5. **E.** 7,8.

Nr 52. Podczas tyroidektomii wykonywanej z powodu 2 cm raka brodawkowatego lewego płata tarczycy stwierdzono podejrzenie o przerzuty 2 węzły chłonne okółotchawicze po stronie lewej. Brak cech makroskopowego zajęcia pozostałych węzłów chłonnych szyi. Prawidłowy zakres operacji na węzłach chłonnych to:

- A.** obowiązkowa limfadenektomia przedziału VI (przedziału środkowego szyi) oraz obustronna zmodyfikowana limfadenektomia boczna szyi.
- B.** obowiązkowa limfadenektomia przedziału VI (przedziału środkowego szyi) i śródoperacyjne badanie histopatologiczne wyciętych węzłów chłonnych. W przypadku potwierdzenia przerzutowego charakteru węzłów obowiązkowa lewostronna zmodyfikowana limfadenektomia boczna szyi.
- C.** obowiązkowa limfadenektomia przedziału VI (przedziału środkowego szyi), brak wskazań do operacji węzłów chłonnych bocznych szyi.
- D.** obowiązkowe wycięcie całej grupy węzłów okółotchawiczych po stronie lewej, brak wskazań do wycięcia pozostałych węzłów chłonnych szyi.
- E.** obowiązkowe selektywne wycięcie jedynie podejrzanym makroskopowo węzłów chłonnych, brak wskazań do wycięcia pozostałych węzłów chłonnych szyi.

Nr 53. Czynnikiem ryzyka złego rokowania u chorych na raka brodawkowego tarczycy są:

- 1) młody wiek zachorowania;
- 2) płeć żeńska;
- 3) nieradykalne leczenie chirurgiczne;
- 4) obecność przerzutów do węzłów chłonnych;
- 5) średnica guza >4 cm.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. wszystkie wymienione. **B.** 1,2,4,5. **C.** 3,4,5. **D.** 2,3,5. **E.** 1,3,5.

Nr 54. Otyłość jest udowodnionym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na:

- 1) raka tarczycy;
- 2) raka piersi;
- 3) raka płuca;
- 4) raka nerki;
- 5) raka płaskonabłonkowego przełyku.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,4,5. **C.** 2,4,5. **D.** 2,3,5. **E.** 1,2,4.

Nr 55. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące nowotworów neuroendokrynnych dwunastnicy:

- A.** nowotwory neuroendokrynnne dwunastnicy <1 cm, nienaciekające błony mięśniowej właściwej, po wykluczeniu przerzutów odległych i przerzutów do węzłów chłonnych podlegają obserwacji z kontrolnymi badaniami endoskopowymi co 12 miesięcy.
- B.** nowotwory neuroendokrynnne brodawki Vatera charakteryzują się większą złośliwością i zdolnością przerzutowania w porównaniu z NEN dwunastnicy, niezależnie od wielkości guza pierwotnego.
- C.** nowotwory neuroendokrynnne dwunastnicy o wymiarach 1–2 cm, bez zajęcia węzłów chłonnych należy wyciąć miejscowo.
- D.** guzy neuroendokrynnne dwunastnicy wielkości >2 cm oraz każdy guz z przerzutami do węzłów chłonnych i zajęciem błony mięśniowej właściwej, niezależnie od rozmiarów powinien być leczony radykalnym zabiegiem chirurgicznym.
- E.** radykalny zabieg chirurgiczny w obrębie dwunastnicy powinno się wykonać nawet w przypadku stwierdzenia przerzutów w wątrobie, pod warunkiem możliwości ich wycięcia chirurgicznego lub wykonania miejscowej ablacji.

Nr 56. W przypadku NEN wyrostka robaczkowego wskazaniem do prawostronnej hemikolektomii **nie jest**:

- A.** obecność guza w marginesie resekcji chirurgicznej (resekcja R1).
- B.** guz położony w środkowej części wyrostka robaczkowego naciekający kreskę wyrostka.
- C.** nowotwór o największej średnicy <2 cm (T1) z cechami neuro- i angioinwazji.
- D.** rakowiak śluzowo-komórkowy.
- E.** nowotwór o największej średnicy <2 cm (T1) z cechą G1 wg WHO.

Nr 57. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące raka żołądka:

- A. według 8 edycji klasyfikacji TNM dodatni wynik badania cytologicznego odpowiada zaawansowaniu M1.
- B. przerzuty do otrzewnej są najczęstszą przyczyną zgonu z powodu raka żołądka.
- C. laparoscopia diagnostyczna pozwala rozpoznać niewykryte przy użyciu innych metod obrazowania przerzuty u 13–57% chorych.
- D. w celu prawidłowej oceny zaawansowania nowotworu konieczne jest wycięcie i zbadanie przynajmniej 15 węzłów chłonnych.
- E. w przypadku zaawansowania cT1N+ podczas resekcji żołądka konieczne jest wykonanie limfadenektomii D2.

Nr 58. Zgodnie z przyjętymi w Europie zaleceniami dotyczącymi chemioterapii okołoperacyjnej w raku żołądka rekomendacji systemowego leczenia okołoperacyjnego nie powinien otrzymać pacjent z rozpoznaniem gruczolaka żołądka o zaawansowaniu klinicznym:

- A. cT3N0M0. B. cT1bN0M1. C. cT2N0M0. D. cT4N2M0. E. cT1bN1M0.

Nr 59. Laparoskopię diagnostyczną można rozważyć w trakcie jednego znieczulenia u pacjentów zakwalifikowanych do pankreatoduodenektomii będących w grupie wysokiego ryzyka z uwagi na zaawansowaną chorobę w każdym niżej wymienionym przypadku, z wyjątkiem:

- A. wymiarów guza nowotworowego >4 cm.
- B. stanu po przedoperacyjnej chemioterapii.
- C. przerzutów nowotworowych w obrębie obu pól płucnych.
- D. wykrytych w wątrobie małych, niejednoznacznych zmian niekwalifikujących się do przezskórnej biopsji przy niskim poziomie markera CA 19-9.
- E. wzrostu stężenia markera CA 19-9 powyżej 1000 IU/l przy braku widocznego rozsiewu choroby nowotworowej.

Nr 60. Do chorób wrodzonych ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka trzustki należy:

- 1) mukowiscydoza;
- 2) zespół von Hippel-Lindau;
- 3) zespół Li-Fraumeni;
- 4) zespół ataksja–teleangiectazja;
- 5) niedokrwistość Fanconiego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 2,3,4. B. 1,2,4. C. 1,4,5. D. 1,3,5. E. 4,5.

Nr 61. Do najczęstszych niedziedzicznych czynników mających wpływ na ryzyko rozwoju raka trzustki nie należy:

- A. palenie tytoniu.
- B. otyłość.
- C. cukrzyca typu 2.
- D. ostre zapalenie trzustki.
- E. dieta wysokokaloryczna bogata w mięso i tłuszcz zwierzęcy.

Nr 62. Do zmian prekursorowych raka gruczołowego trzustki nie należy:

- A. torbielakogruczolak z komórek zrazikowych.
- B. neoplazja śródnabłonkowa trzustki.
- C. wewnątrzprzewodowy brodawkowy nowotwór śluzowy.
- D. wewnątrzprzewodowy nowotwór cewkowo-brodawkowaty.
- E. śluzowy nowotwór torbielowaty.

Nr 63. Leczeniem z wyboru zapewniającym doszczętność onkologiczną w raku obwodowych dróg żółciowych jest pankreatoduodenektomia. Zarówno klasyczna operacja Whipple'a, jak i pankreatoduodenektomia z zaoszczędzeniem odzwiernika spełniają kryteria radykalnego postępowania chirurgicznego. Elementem składowym operacji jest limfadenektomia regionalnych węzłów chłonnych, do których zaliczają się węzły chłonne:

- 1) wzdłuż przewodu żółciowego wspólnego;
- 2) wzdłuż tętnicy wątrobowej wspólnej aż do pnia trzewnego;
- 3) przednie węzły chłonne trzustkowo-dwunastnicze;
- 4) tylne węzły chłonne trzustkowo-dwunastnicze;
- 5) węzły chłonne krezkowe górne.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3. B. 1,2,3,4. C. 1,3,4. D. 1,3,4,5. E. wszystkie wymienione.

Nr 64. W wybranych przypadkach chorych z nieresekcyjnym wewnątrzwątrobowym *cholangiocarcinoma* wydłużenie czasu przeżycia można uzyskać przy zastosowaniu:

- 1) radioterapii (*CyberKnife*);
- 2) radioembolizacji (mikrosfery z Y90);
- 3) ablacji mikrofalowej;
- 4) nieodwracalnej elektroporacji IRE;
- 5) transplantacji wątroby.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3. B. 1,2,3,4. C. wszystkie wymienione. D. 2,3,4. E. 1,3,4,5.

Nr 65. Zgodnie z klasyfikacją Bismutha-Corlette'a dotyczącą resekcyjności guza Klatskina zmianę nowotworową obejmującą bifurkację przewodów wątrobowych i naciekającą w kierunku na prawy przewód wątrobowy określa się jako typ:

- A. I. B. II. C. IIIa. D. IIIb. E. IV.

Nr 66. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące gruczolaka wątrobowokomórkowego (*hepatocellular adenoma* – HCA):

- A. guzy o charakterze gruczolaka wątrobowokomórkowego występują najczęściej u kobiet w wieku 15–45 lat.
- B. w przypadku mnogich zmian w obrębie miąższu wątroby (gruczolakowatość wątroby) wzrasta ryzyko rozwoju HCC.
- C. często pierwszym objawem gruczolaka jest ból związany z samoistnym pęknięciem i krwawieniem z guza do jamy otrzewnej.
- D. leczenie operacyjne – resekcja wątroby jest postępowaniem z wyboru ze względu zarówno na ryzyko transformacji do nowotworu złośliwego, jak i częste wątpliwości diagnostyczne oraz możliwość pęknięcia i krwawienia.
- E. pewne podtypy gruczolaków o średnicy >5 cm można obserwować, wykonując okresowo badania obrazowe (TK/MR co 6–12 miesięcy) oraz określając stężenie alfa-fetoproteiny (AFP) w surowicy krwi.

Nr 67. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące ogniskowego rozrostu guzkowego wątroby (*focal nodular hyperplasia* – FNH):

- A. FNH to drugi co do częstości występowania łagodny guz wątroby (1% populacji).
- B. najczęściej występuje w postaci pojedynczej zmiany ogniskowej, a średnica większości zmian jest <5 cm.
- C. u ok. 5–10% chorych stwierdza się przemianę ogniskowego rozrostu guzkowego do nowotworu złośliwego, ryzyko to jest większe w przypadku guzów o średnicy >5 cm.
- D. wzrost FNH nie jest wskazaniem do interwencji chirurgicznej, jednak pacjenci, u których dochodzi do powiększania się wymiarów zmiany powinni być skierowani do ośrodka referencyjnego chirurgii wątroby w celu specjalistycznej oceny i obserwacji.
- E. u chorych niezakwalifikowanych do operacji konieczna jest okresowa kontrola radiologiczna USG/TK (co 6–12 miesięcy).

Nr 68. Do oceny makroskopowego wyglądu zaawansowanego raka żołądka najczęściej używana jest klasyfikacja Bormanna, która opiera się na kryteriach morfologicznych zmiany nowotworowej. Zmiana nowotworowa o charakterze owrzodzonego penetrującego guza naciekającego podstawę klasyfikowana jest jako typ:

- A. 0. B. 1. C. 2. D. 3. E. 4.

Nr 69. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia chłoniaka MALT żołądka:

- A.** niezależnie od stopnia zaawansowania – leczenie powinna rozpoczynać eradykacja infekcji *H. pylori*.
- B.** u chorych, u których leczenie eradykacyjne jest skuteczne (dochodzi do regresji chłoniaka), nie należy rozpoczynać żadnego innego leczenia.
- C.** leczenie operacyjne polegające na częściowej lub całkowitej resekcji żołądka powinno być ograniczone do sytuacji wystąpienia rzadkich powikłań, takich jak perforacja lub niedające się opanować endoskopowo krwawienie.
- D.** za pełne wyleczenie uznaje się również prawdopodobną obecność szczątkowego utkania nowotworu (*probable minimal residual disease* – pMRD).
- E.** radioterapia jest skuteczna we wszystkich stopniach zaawansowania klinicznego (T1-4 N0-1 M0-1), zwłaszcza u chorych, u których eradykacja *H. pylori* doprowadziła do całkowitej regresji zmian.

Nr 70. Wskaż zabiegi operacyjne, jakie wykonuje się u mężczyzn chorych na raka piersi, w zależności od stadium zaawansowania:

- 1) mastektomia;
- 2) zabieg oszczędzający;
- 3) biopsja węzła wartowniczego;
- 4) limfadenektomia pachowa.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,3,4. **B.** 1,4. **C.** wszystkie wymienione. **D.** 1,3. **E.** 2,3,4.

Nr 71. Cecha T4b w klasyfikacji TNM raka piersi to:

- A.** rak zapalny.
- B.** naciekanie ściany klatki piersiowej.
- C.** cecha T4a i T4c są obecne.
- D.** naciekanie skóry: owrzodzenie, guzki satelitarne lub obrzęk skóry (nie spełniające kryteriów raka zapalnego).
- E.** rak >5 cm.

Nr 72. Rekomendowany margines wycięcia dla inwazyjnego raka piersi to:

- A.** brak komórek raka w linii cięcia oznaczonej tuszem (*no ink on tumor*).
- B.** 2 mm.
- C.** 5 mm.
- D.** 10 mm.
- E.** 20 mm.

Nr 73. Częstość występowania pierwotnego naczyniakomięsaka (*angiosarcoma*) piersi to około:

- A.** 0,05%. **B.** 1%. **C.** 1,5%. **D.** 3%. **E.** 5%.

Nr 74. U chorej na chorobę Pageta brodawki biopsja węzła wartowniczego jest wskazana w przypadku:

- A. zabiegu oszczędzającego z towarzyszącym chorobie Pageta rakiem przewodowym przedinwazyjnym piersi DCIS o średnicy 20 mm.
- B. mastektomii z towarzyszącym chorobie Pageta rakiem inwazyjnym.
- C. zabiegu oszczędzającego bez towarzyszącego raka przedinwazyjnego lub inwazyjnego w piersi.
- D. zabiegu oszczędzającego onkoplastycznego.
- E. wycięcia kompleksu brodawka-otoczek.

Nr 75. Względne przeciwwskazanie do zabiegu oszczędzającego z uzupełniającą radioterapią u chorych na raka piersi to:

- A. brak możliwości zastosowania radioterapii uzupełniającej.
- B. rozległe mikrozwapnienia podejrzone lub złośliwe.
- C. brak zgody chorej.
- D. brak możliwości radykalnego wycięcia raka piersi.
- E. aktywna choroba tkanki łącznej obejmująca skórę.

Nr 76. 2 mm margines wycięcia zalecany jest dla:

- A. „czystego” raka zrazikowego *in situ* (*lobular carcinoma in situ* – LCIS), wyłączając LCIS pleomorficzny.
- B. raka przewodowego *in situ* (*ductal carcinoma in situ* – DCIS) lub DCIS z mikroinwazją.
- C. raka inwazyjnego piersi.
- D. atypii.
- E. mięsaka piersi.

Nr 77. U chorych na raka piersi, w modelu przedoperacyjnego leczenia systemowego, związek pomiędzy odpowiedzią histopatologiczną a wynikami w zakresie przeżyć jest najsilniejszy dla następujących podtypów raka piersi:

- A. raki luminalne A.
- B. raki luminalne B.
- C. raki potrójnie ujemne, raki HER2 dodatnie.
- D. raki charakteryzujące się Ki67 poniżej 10%.
- E. raki charakteryzujące się Ki67 poniżej 5%.

Nr 78. Torbiele proste piersi klasyfikuje się jako:

- A. BIRADS 0.
- B. BIRADS 1.
- C. BIRADS 2.
- D. BIRADS 3.
- E. BIRADS 4a.

Nr 79. Rekonstrukcja wyniosłości piersiowej z użyciem mięśnia najszerzego grzbietu jest rekomendowana:

- A. u chorych na raka piersi bez radioterapii.
- B. u chorych na raka piersi po radioterapii.
- C. wyłącznie gdy zastosowana jest siatka syntetyczna.
- D. wyłącznie gdy zastosowana jest bezkomórkowa macierz skórna.
- E. gdy istnieją wskazania do mikrochirurgii.

Nr 80. Do czynników ryzyka zachorowania na raka piersi u mężczyzn nie należy:

- A. mutacja BRCA2.
- B. ginekomastia.
- C. przebyta radioterapia klatki piersiowej.
- D. zespół Cowden.
- E. zespół Klinefeltera.

Nr 81. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia nowotworów tkanek miękkich:

- 1) oporność pierwotna na leczenie imatynibem GIST w stadium rozsiewu występuje często (w ok. 50%);
- 2) badaniem obrazowym z wyboru w przypadku oceny mięsaków tkanek miękkich o lokalizacji kończynowej i powłok tułowiowej jest rezonans magnetyczny z kontrastem;
- 3) leczenie chirurgiczne izolowanych przerzutów w płucach (resekcja oszczędzająca miąższ płucny) stanowi postępowanie z wyboru w przypadku zmian policzalnych i możliwych do wycięcia;
- 4) resekcja R0 oznacza świadome zaplanowanie i wykonanie wycięcia mięsaka tkanek miękkich z mikroskopowo niezmiennym marginesem tkanek zdrowych, którego bezwzględnym warunkiem jest uzyskanie przed leczeniem rozpoznania histologicznego za pomocą biopsji;
- 5) naczyniakomięsaki piersi (zwykle o wysokim stopniu złośliwości) wykazują dużą tendencję w kierunku wznów miejscowych i charakteryzują się gorszym przebiegiem klinicznym, wymagają więc *a priori* agresywnego leczenia z zastosowaniem radioterapii i/lub chemioterapii;
- 6) w większości przypadków podstawowym objawem mięsaka tkanek miękkich jest bolesny guz, najczęściej zlokalizowany podpowięziowo.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 2,3,4,5. B. 1,2,4,5. C. 1,3,4,6. D. 2,4,5. E. 2,3,4,6.

Nr 82. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nowotworów złośliwych kości:

- A. protonoterapia stosowana jest w leczeniu struniaków podstawy czaszki i okolicy krzyżowej.
- B. w przypadku klasycznego chrzęstniakomięsaka o stopniu złośliwości histologicznej G2 bez cech przerzutów odległych postępowaniem z wyboru jest chemioterapia okołoperacyjna z resekcją odcinka kości i protezą onkologiczną.
- C. denosumab znajduje zastosowanie w leczeniu zaawansowanego guza olbrzymiokomórkowego kości oraz zapobieganiu powikłaniom kostnym u chorych z przerzutami nowotworów litych do kości.
- D. mięsaki kościopochodne i mięsaki Ewinga (niezależnie od lokalizacji) wymagają leczenia skojarzonego z zastosowaniem chemioterapii wielolekowej okołoperacyjnej w ramach ustalonych protokołów terapeutycznych, ponieważ są nowotworami o wysokiej złośliwości histologicznej.
- E. radioterapia okołoperacyjna nie jest stosowana standardowo w leczeniu mięsaka kościopochodnego (*osteosarcoma*).

Nr 83. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące diagnostyki i leczenia nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego:

- 1) najczęstszą mutacją w pierwotnym GIST jest mutacja w genie *KIT*;
- 2) decyzja o zastosowaniu leczenia uzupełniającego imatinibem po wycięciu pierwotnego GIST musi uwzględniać ryzyko nawrotu po leczeniu chirurgicznym oraz ocenę mutacji pierwotnego GIST;
- 3) nawroty GIST po doszczętnej operacji ogniska pierwotnego dotyczą, jak w innych mięsakach, przede wszystkim płuc;
- 4) w leczeniu chirurgicznym GIST żołądka kluczowe jest wykonanie regionalnej limfadenektomii, gdyż często występują przerzuty do węzłów chłonnych;
- 5) regorafenib jest zarejestrowany do leczenia chorych na zaawansowany GIST.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,5. B. 1,3,4. C. 3,4,5. D. 2,3,4. E. 1,2,3.

Nr 84. U 54-letniego mężczyzny stwierdzono szybko rosnący 9 cm guz tkanek miękkich zlokalizowany w obrębie mięśnia trójgłowego ramienia. W wykonanych badaniach obrazowych i biopsji stwierdzono mięsaka *leiomyosarcoma* (mięśniakomięsak gładkokomórkowy) G2. Wskaż najwłaściwsze postępowanie terapeutyczne:

- A. resekcja przedziału mięśniowego po chemioterapii przedoperacyjnej.
- B. resekcja miejscowa guza z uzupełniającą radioterapią okołoperacyjną.
- C. wyluszczenie kończyny w stawie ramiennym.
- D. wycięcie radykalne nowotworu z chemioterapią uzupełniającą.
- E. resekcja miejscowa.

Nr 85. W przypadku rozpoznania *dermatofibrosarcoma protuberans* **nie zaleca** się:

- A. wykonania biopsji gruboigłowej przed radykalnym leczeniem operacyjnym.
- B. rutynowego zastosowania radioterapii okołoperacyjnej.
- C. szerokiego wycięcia zmiany pierwotnej z marginesem 2–3 cm i powięzią mięśniową.
- D. w przypadku zmiany granicznie resekcyjnej lub przerzutowej włączenia leczenia imatynibem.
- E. wykonania badań obrazowych w celu oceny ewentualnych przerzutów odległych (najczęściej do płuc), zwłaszcza w przypadku postaci fibrosarkomatycznej.

Nr 86. W przypadku stwierdzenia w badaniu przedmiotowym i zweryfikowanych w biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej przerzutów czerniaka skóry przedramienia do węzłów chłonnych pachowych wielkości 2 cm **nie zaleca** się obecnie:

- A. wykonywania oceny mutacji BRAF.
- B. wykonania terapeutycznej limfadenektomii.
- C. pełnej oceny stopnia zaawansowania czerniaka w badaniach obrazowych mózgowia, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy.
- D. radioterapii radykalnej.
- E. kwalifikacji do leczenia systemowego uzupełniającego przez rok (immunoterapii lub inhibitorami BRAF i MEK w zależności od statusu genu *BRAF*).

Nr 87. Oceny mutacji genu *BRAF* **nie zaleca** się u chorych na czerniaki w:

- A. stopniu III zaawansowania.
- B. stopniu IV zaawansowania.
- C. stopniu IIA zaawansowania.
- D. materiale utrwalonym zatopionym w bloczku parafinowym.
- E. przerzutach *in transit*.

Nr 88. W przypadku czerniaka skóry (*nodular melanoma*) zlokalizowanego na tułowie o grubości 2,3 mm bez owrzodzenia w badaniu mikroskopowym preferowany ostateczny margines radykalnego docięcia (w skojarzeniu z biopsją węzłów wartowniczych) wynosi:

- A. 0,5 cm.
- B. 1 cm.
- C. 2 cm.
- D. 3 cm.
- E. ten typ czerniaka nie był przedmiotem badań klinicznych, więc zalecany margines nie jest określony.

Nr 89. Imikwimod znajduje zastosowanie w leczeniu:

- A. rogowacenia słonecznego.
- B. SCC *in situ*.
- C. choroby Bowena.
- D. wczesnych postaci typu powierzchniowego BCC.
- E. wszystkie odpowiedzi są prawdziwe.

Nr 90. W leczeniu systemowym zaawansowanego raka podstawnokomórkowego stosuje się:

- A. dabrafenib z trametynibem.
- B. wismodegib.
- C. awelumab.
- D. cemiplimab.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B i D.

Nr 91. Główną rolę w patogenezie molekularnej rozwoju raka podstawnokomórkowego (BCC) odgrywają zaburzenia:

- A. mTOR.
- B. genu *BRAF*.
- C. genu *NF1*.
- D. szlaku MAPK.
- E. szlaku hedgehog.

Nr 92. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące zasad leczenia raka z komórek Merkla:

- A. w przypadku braku wykrywalnych przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych należy wykonać biopsję węzła wartowniczego oraz szerokie (do uzyskania marginesu co najmniej 1–2 cm) wycięcie blizny, ewentualnie skojarzone z uzupełniającą radioterapią.
- B. w przypadku klinicznych przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych należy wykonać limfadenektomię i rozważyć uzupełniającą radioterapię.
- C. należy ocenić status mutacji *BRAF* w celu kwalifikacji do leczenia ukierunkowanego molekularnie.
- D. w związku z wysoką aktywnością inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego anty-PD-1 i anty-PD-L1 w leczeniu MCC z przerzutami, potwierdzoną w badaniach klinicznych II fazy, obecne rekomendacje zalecają stosowanie tych leków z wyboru w leczeniu MCC z przerzutami.
- E. wiele obserwacji wskazuje na chemiowrażliwość MCC, choć z reguły odpowiedzi nie przekraczają 8–10 miesięcy, a odsetki długotrwałych przeżyć całkowitych wynoszą 0–18%, choć nie jest to obecnie leczenie I linii.

Nr 93. Czynnikiem ryzyka dla rozwoju raka z komórek Merkla nie jest / nie są:

- A. ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe (UV) – naturalne lub sztuczne.
- B. choroby przebiegające z upośledzeniem odporności, takie jak zakażenie HIV/AIDS lub przewlekła białaczka limfocytowa.
- C. zespół Gorlina-Goltza.
- D. immunosupresja po przeszczepieniu narządów.
- E. niektóre infekcje wirusowe, np. wirusem polioma (MCPyV).

Nr 94. Przeciwwskazaniem do zastosowania radioterapii w leczeniu raków skóry jest:

- A. *xeroderma pigmentosum* (skóra barwnikowata i pigmentowata).
- B. zmiana >5 mm w okolicy ust, nosa.
- C. zmiana >2 cm w okolicy czoła i skalpu.
- D. przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych.
- E. nieradykalne wycięcie raka po mikrograficznej technice Mohsa.

Nr 95. W leczeniu uzupełniającym systemowym po leczeniu chirurgicznym czerniaka o dużym ryzyku nawrotu choroby w stopniu zaawansowania III i IV nie stosuje się:

- A. oznaczenia mutacji *BRAF*.
- B. leczenia dabrafenibem z trametynibem.
- C. leczenia pembrolizumabem.
- D. leczenia wismodegibem.
- E. leczenia niwolumabem.

Nr 96. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące zmian przednowotworowych w piersi:

- 1) atypowy rozrost zrazikowy (ALH) zajmuje <50% zrazika;
- 2) w atypowym rozroście przewodowym (ADH) w obrazie mikroskopowym stwierdza się zarówno atypię cytologiczną, jak i zaburzenie architektoniczne;
- 3) głównym kryterium różnicującym ADH i DCIS o małym stopniu złośliwości jest zajęcie węzłów chłonnych pachy przez komórki nowotworowe;
- 4) szacuje się, że ryzyko wystąpienia raka naciekającego w przypadku ALH jest 8–12 razy większe niż w populacji kobiet, u których nie rozpoznano rozrostów zrazikowych;
- 5) rzekomonaczyniowy rozrost podścieliska (PASH) jest związany z zaburzeniami hormonalnymi, stosowaniem antykoncepcji hormonalnej lub hormonalnej terapii zastępczej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,4. B. 1,2,3,4. C. 2,3,5. D. 1,2,5. E. 1,2,4,5.

Nr 97. Wskaż falszywe stwierdzenia dotyczące leczenia oszczędzającego piersi (BCT):

- 1) leczenie oszczędzające u chorych w I i II stopniu zaawansowania raka piersi (wg skali TNM) jest co najmniej tak skuteczne jak amputacja piersi;
- 2) zabrodawkowe położenie guza pierwotnego jest przeciwwskazaniem do BCT;
- 3) leczenie oszczędzające nie jest przeciwwskazane u chorych z rakiem wieloogniskowym, jeżeli możliwe jest radykalne wycięcie i uzyskanie dobrego efektu kosmetycznego;
- 4) ciąża stanowi przeciwwskazanie do leczenia oszczędzającego;
- 5) rozpoznanie raka naciekającego stanowi przeciwwskazanie do BCT.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 2,3. **B.** 1,2,3,4. **C.** 2,4,5. **D.** 1,3. **E.** 4,5.

Nr 98. W badaniu ultrasonograficznym opisywany 3 cm rak piersi lewej, położony w kwadrancie górnym zewnętrznym, pojedynczy przerzutowy węzeł chłonny pachowy po stronie guza pierwotnego – zgodnie ze skalą TNM klasyfikowany jest jako:

A. cT2N1M0. **B.** cT3N1M0. **C.** pT2N1M0. **D.** cT3N0M0. **E.** pT1N1M0.

Nr 99. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące guza liściastego piersi:

- 1) guz liściasty piersi występuje najczęściej u kobiet w wieku 65–80 lat;
- 2) przerzuty guza liściastego do węzłów chłonnych pachowych są częstsze niż w przypadku innych nowotworów piersi;
- 3) pierwotnym postępowaniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne;
- 4) najczęstsze przerzuty odległe guza liściastego występują w wątrobie;
- 5) guz liściasty piersi klinicznie jest owalny, dobrze odgraniczony od otoczenia.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,4. **B.** 3,5. **C.** 1,3,5. **D.** 2,4. **E.** 1,4,5.

Nr 100. Ukryty rak piersi (*carcinoma occultum*) występuje u 0,3–1% chorych na raka piersi. Wskaż zdanie prawdziwe:

- A.** mastektomia z limfadenektomią jest podstawową metodą leczenia tych chorych.
- B.** postępowaniem diagnostycznym jest przede wszystkim USG piersi.
- C.** rokowanie chorych na ukrytego raka piersi jest często gorsze niż rokowanie chorych na raka piersi jawnego klinicznie lub radiologicznie.
- D.** u chorych na ukrytego raka piersi nie ma konieczności wykonywania badania histopatologicznego i immunohistochemicznego węzłów chłonnych pachowych.
- E.** radioterapia uzupełniająca na okolice pachową jest podstawą leczenia pooperacyjnego.

Nr 101. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia w obrębie regionalnych węzłów chłonnych:

- 1) chore, u których przed zabiegiem stwierdzono podejrzany klinicznie węzeł chłonny, powinno się pierwotnie kwalifikować do limfadenektomii pachowej;
- 2) jeżeli badanie histopatologiczne po SNB wykaże, że w węźle wartowniczym był mikroprzerzut (do 2 mm średnicy), można odstąpić od wykonania limfadenektomii pachowej;
- 3) u chorych wyjściowo sklasyfikowanych jako cN+ możliwe jest wykonanie biopsji węzła wartowniczego, jeżeli po zastosowaniu leczenia neoadjuwantowego uzyska się całkowitą remisję zmian w węzłach chłonnych;
- 4) limfadenektomia pachowa w raku piersi powinna obejmować wszystkie 3 piętra węzłów chłonnych;
- 5) przerzut do węzła chłonnego wartowniczego naciekający poza torebkę węzła stanowi wskazanie do limfadenektomii.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,3. **B.** 1,2,3,5. **C.** 2,3,5. **D.** 3,5. **E.** 2,4,5.

Nr 102. Blizna promienista (*radial scar*) nie stanowi zmiany przednowotworowej, natomiast może ją imitować. Rozpoznanie stawia się na podstawie wyniku histopatologicznego biopsji gruboigłowej piersi. Ryzyko rozwoju towarzyszącego raka piersi przy nieobecności innych zmian dużego ryzyka wynosi:

- A.** 0,5–1%. **B.** 1–3%. **C.** 3–5%. **D.** 2–7%. **E.** 1–14%.

Nr 103. Wskazaniem do chemioterapii przedoperacyjnej w raku piersi **nie jest**:

- A.** rak przewodowy naciekający cT4N0M0.
B. wyjściowy wymiar guza uniemożliwiający leczenie oszczędzające.
C. rak zapalny piersi.
D. HER2 dodatni rak piersi o stopniu zaawansowania cT1a.
E. potrójnie ujemny rak piersi o stopniu zaawansowania cT1c.

Nr 104. Pacjentka (60 lat), rak piersi prawej, typ luminalny B, HER2 ujemny, guz wielkości 1,5 cm (w największym wymiarze), z zajęciem więzadeł Coopera, obrzękiem skóry – opisany guz w klasyfikacji TNM to:

- A.** T1a. **B.** T1c. **C.** T3. **D.** T4a. **E.** T4b.

Nr 105. Pacjentka (75 lat), ze zdiagnozowanym rakiem piersi lewej, typ luminalny A, T3N0. Zaproponuj leczenie neoadjuwantowe:

- A.** chemioterapia – antracykliny.
B. hormonoterapia – inhibitory aromatazy.
C. hormonoterapia – tamoksyfen.
D. trastuzumab.
E. nie wymaga leczenia neoadjuwantowego.

Nr 106. U pacjentki (23 lata), która jest nosicielką mutacji genu *BRCA1* ryzyko zachorowania w ciągu całego życia na raka wynosi:

- A. dla raka piersi 50–87%, dla raka jajnika 40–60%.
- B. dla raka piersi 43–84%, dla raka jajnika 15–27%.
- C. dla raka piersi 40–50%, dla raka jajnika 13–20%.
- D. dla raka piersi 80–85%, dla raka jajnika 13–20%.
- E. dla raka piersi 50–87%, dla raka jajnika 15–27%.

Nr 107. Wskaż **falszywe** stwierdzenie:

- A. leczenie oszczędzające jest zalecaną metodą leczenia chorych na raka piersi.
- B. ciąża stanowi przeciwwskazanie do leczenia oszczędzającego.
- C. nosicielstwo genów *BRCA1* lub *BRCA2* u kobiet przed menopauzą stanowi względne przeciwwskazanie do leczenia oszczędzającego.
- D. raka wieloogniskowego rozpoznaje się wtedy, gdy ogniska raka znajdują się w obrębie jednego kwadrantu piersi.
- E. pN1a w klasyfikacji patologicznej TNM raka piersi oznacza przerzuty w 1–3 węzłach chłonnych pachowych, w tym co najmniej 1 przerzut, którego największy wymiar przekracza 2 mm.

Nr 108. Pacjentka (46 lat), ze zobrazowanym w USG guzem piersi o wymiarach 7×5 mm, BIRADS 4a. Wykonano biopsję mammoto-miczną. Uzyskano następującą odpowiedź patomorfologiczną: *columnar cell change*. Wskaż zdanie **falszywe**:

- A. od biopsji otwartej można odstąpić w przypadku całkowitego wycięcia tej zmiany w VABB.
- B. od biopsji otwartej nie można odstąpić mimo całkowitego wycięcia tej zmiany w VABB.
- C. zmiany i rozrosty walcowatokomórkowe w niewielkim stopniu zwiększają ryzyko raka piersi.
- D. *columnar cell change* często współwystępuje z mikrozwapnieniami.
- E. *columnar cell change* rozwija się w obrębie końcowej jednostki zrazikowo-przewodowej.

Nr 109. W przypadku podejrzenia raka piersi każda chora powinna mieć wykonane:

- 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;
- 2) USG piersi i dołu pachowego po stronie wyczuwalnego guza;
- 3) biopsję gruboigłową (BG) lub biopsję gruboigłową wspomaganą próżniowo wszystkich podejrzanych zmian – BI-RADS 4 lub 5;
- 4) biopsję gruboigłową (BG) lub biopsję gruboigłową wspomaganą próżniowo wszystkich podejrzanych zmian – BI-RADS 3, 4 lub 5;
- 5) w przypadku obecności kilku podejrzanych zmian w piersi wystarczy wykonać biopsję zmiany o największym wymiarze.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,5.
- B. 1,2,3.
- C. 1,3.
- D. 1,4.
- E. 1,5.

Nr 110. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia raka inwazyjnego:

- 1) do leczenia oszczędzającego kwalifikowane są chore, u których stosunek objętości guza pierwotnego do objętości piersi pozwala na uzyskanie dobrego efektu kosmetycznego;
- 2) łoża po wyciętym guzie musi być oznaczona metalowymi „klipsami” w celu poprawy dokładności uzupełniającej radioterapii;
- 3) w każdym przypadku leczenia oszczędzającego raka inwazyjnego – w II etapie przeprowadza się napromienianie całej piersi;
- 4) wskazaniem do mastektomii jest zapalny rak piersi po leczeniu neoadiuwantowym oraz miejscowo zaawansowany rak piersi przy braku odpowiedzi na leczenie neoadiuwantowe;
- 5) u chorych w I i II stopniu zaawansowania raka piersi niekwalifikujących się do leczenia oszczędzającego (brak możliwości uzyskania radykalnego marginesu wycięcia raka, zbyt duży guz w stosunku do wielkości piersi i spodziewany zły efekt kosmetyczny, brak możliwości zastosowania pooperacyjnej radioterapii) – należy wykonać mastektomię.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3,4. **B.** 2,4,5. **C.** 1,2,4,5. **D.** wszystkie wymienione. **E.** 1,2,5.

Nr 111. Według systemu Bethesda zmiana pęcherzykowa bliżej nieokreślona (FLUS) to kategoria:

A. I. **B.** II. **C.** III. **D.** IV. **E.** V.

Nr 112. Hiperkalcemia związana z nowotworem najczęściej występuje w:

- A.** raku gruczołu piersiowego.
B. raku niedrobnokomórkowym płuc.
C. raku drobnokomórkowym płuc.
D. nowotworach układu krwiotwórczego.
E. raku gruczołu krokowego.

Nr 113. Leczenie uzupełniające imatynibem przez 3 lata w grupie chorych obarczonych dużym ryzykiem nawrotu GIST wydłuża przeżycia wolne od nawrotu choroby i przeżycia całkowite. Do grupy chorych obarczonych najwyższym ryzykiem nawrotu choroby należą chorzy:

- 1) z guzami, których aktywność mitotyczna wynosi <5 mitoz/50 pól widzenia;
- 2) z guzami >5 cm;
- 3) z guzami zlokalizowanymi w żołądku;
- 4) z resekcją R1 lub pęknięciem guza w czasie zabiegu;
- 5) z obecnością mutacji w eksonie 11 *KIT*.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,4. **B.** 1,3,4. **C.** 2,3,4. **D.** 2,4,5. **E.** 3,4,5.

Nr 114. Nowotwór będący najczęstszym źródłem przerzutów do piersi to:

- A. czerniak.
- B. rak drugiej piersi.
- C. nowotwory układu chłonnego.
- D. rak płuca.
- E. rak jajnika.

Nr 115. Wskaż prawdziwe stwierdzenie charakteryzujące *gastrinoma*:

- A. zakres zabiegów zależny jest od lokalizacji i wielkości guza.
- B. zlokalizowany jest najczęściej w trzonie trzustki.
- C. w 60–90% jest guzem łagodnym.
- D. to często guz pojedynczy.
- E. nie ma wskazań do usunięcia regionalnych węzłów chłonnych.

Nr 116. Przerzuty do kości najczęściej występują w:

- A. raku gruczołu piersiowego.
- B. raku gruczołu krokowego.
- C. raku pęcherza moczowego.
- D. raku gruczołu tarczowego.
- E. szpiczaku mnogim.

Nr 117. Wskaż prawdziwe stwierdzenie charakteryzujące chłoniaka tarczycy:

- A. zwykle pierwszym objawem jest szybko narastające powiększenie obwodu szyi.
- B. jest to częsty nowotwór tarczycy, pochodzący z komórek układu limfatycznego.
- C. stanowi >15% wszystkich nowotworów gruczołu tarczowego.
- D. szczyt zachorowań przypada na 8 dekadę życia.
- E. najczęstszym podtypem rozpoznawanym u >60% chorych jest T-NHL.

Nr 118. Kategoria Bethesda V rozpoznania cytologicznego w biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej guzka tarczycy oznacza:

- A. podejrzenie złośliwości.
- B. nowotwór złośliwy.
- C. zmianę łagodną.
- D. nowotwór pęcherzykowy.
- E. atypię o nieokreślonym znaczeniu.

Nr 119. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące raka rdzeniastego tarczycy:

- A.** jest złośliwym nowotworem wywodzącym się z komórek C.
- B.** stanowi mniej niż 2–3% nowotworów złośliwych tarczycy.
- C.** ok. 70% stanowi sporadyczny rak rdzeniasty tarczycy, występujący nieznacznie częściej u kobiet.
- D.** etiologia sporadycznego raka rdzeniastego tarczycy nie jest znana.
- E.** guz zwykle zlokalizowany jest na granicy środkowej i dolnej części płatów tarczycy.

Nr 120. Górna granica normy (wymiar w osi krótkiej) w badaniu tomografii komputerowej dla węzłów chłonnych nadbrzusza wynosi:

- A.** 5 mm. **B.** 7 mm. **C.** 8 mm. **D.** 10 mm. **E.** 15 mm.

Dziękujemy!