



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 6

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **COLOPROCTOLOGIA**

DATA: 05/02/2017 – HORÁRIO: 9h às 11h. (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2 (duas) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h** do início de sua prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.
 PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – COLOPROCTOLOGIA

Nº DE INSCRIÇÃO						

- 01.** Os anestésicos locais:
- a) interferem no potencial de repouso.
 - b) não interferem na propagação do potencial de ação.
 - c) não interferem no potencial de repouso.
 - d) facilitam a entrada de sódio através da membrana do axônio.
 - e) a maioria dos anestésicos locais tem ação vasoconstritora.
- 02.** São funções da epinefrina na resposta endócrina ao trauma, **EXCETO**:
- a) Estimula a lipólise.
 - b) Promove a broncoconstrição.
 - c) Atonia intestinal pós-operatória.
 - d) Relaxamento esfíncteriano.
 - e) Aumento da frequência cardíaca.
- 03.** O hormônio antidiurético (ADH) é sintetizado na(o):
- a) Supra-renal (porção glomerulosa).
 - b) Supra-renal (porção fascicular).
 - c) Parênquima renal.
 - d) Hipotálamo.
 - e) Neuro-hipófise.
- 04.** Em relação aos abscessos hepáticos é **INCORRETO** afirmar que:
- a) a apendicite é a causa mais comum de abscesso piogênico.
 - b) os abscessos piogênicos do lobo hepático direito predominam sobre os do lobo hepático esquerdo.
 - c) os bacterioides e os fusobacterium são os anaeróbios mais comuns.
 - d) o abscesso hepático amebiano é complicação de infecção intestinal por *Entamoeba histolytica*, que chega ao fígado pela veia porta.
 - e) a *Escherichia coli*, *Klebsiella* e os enterococos são os aeróbios mais comuns.
- 05.** Sobre o triângulo de Calot é **CORRETO** afirmar que:
- a) é limitado pelo ducto cístico, colédoco e borda inferior do fígado.
 - b) as artérias cística e hepática esquerda localizam-se dentro dele.
 - c) as artérias cística e hepática comum localizam-se dentro dele.
 - d) as artérias cística e hepática direita localizam-se dentro dele.
 - e) é limitado pela vesícula biliar, ducto hepático comum e borda inferior do fígado.

06. São fatores de coagulação sintetizados no fígado e dependentes da vitamina K:
- a) Fibrinogênio, II, VIII e X.
 - b) II, V, VIII e X.
 - c) II, VII, IX e X.
 - d) Fibrinogênio, VIII, IX e X.
 - e) VII, VIII, Fibrinogênio e IX.
07. Quanto aos elementos absorvidos no trato gastrointestinal, marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) Duodeno: ferro, cálcio e magnésio.
 - b) Jejuno proximal: glicídios, lipídios, aminoácidos, vitaminas hidrossolúveis e lipossolúveis e folatos.
 - c) Transição jejuno-íleo: sais biliares, vitaminas hidrossolúveis e lipossolúveis.
 - d) Íleo terminal: sais biliares e vitamina B12.
 - e) Cólon: água e eletrólitos.
08. A manobra de compressão da cricóide para facilitar a intubação traqueal chama-se manobra de:
- a) Sellick.
 - b) Heimlich.
 - c) Pringle.
 - d) Kocher.
 - e) Murphy.
09. A hérnia caracterizada por conter parte da parede da alça intestinal é:
- a) hérnia de Spigel.
 - b) hérnia de Littre.
 - c) hérnia de Shoudice.
 - d) hérnia de Richter.
 - e) hérnia do obturador.
10. Câncer gástrico com estadiamento T2N2M0 é classificado como:
- a) IB
 - b) II
 - c) IIIA
 - d) IIIB
 - e) IV
11. Assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Na colangite aguda, a infecção geralmente é polimicrobiana.
 - b) A linha de Cantlie divide o fígado em lobos direito e esquerdo e corresponde a um plano que vai do lado esquerdo da fossa vesicular ao lado esquerdo da veia cava inferior.
 - c) A lesão neoplásica maligna mais comum observada no fígado é de origem metastática.
 - d) Vesícula em porcelana é fator predisponente de carcinoma de vesícula.
 - e) A manobra de Kehr destina-se à avaliação cirúrgica da cabeça do pâncreas.

12. Assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Os pólipos colônicos são tumores benignos.
 - b) A manifestação extraintestinal mais comum da doença de Crohn é de natureza articular.
 - c) Dois terços dos tumores mesentéricos, sejam eles císticos ou sólidos, são localizados no mesocólon transversos.
 - d) O sinal radiológico da “impressão digital” está associado à colite isquêmica.
 - e) A colite isquêmica é mais comum no ângulo esplênico.
13. O procedimento de Whipple, a gastroduodenopancreatectomia, está indicada para as seguintes doenças, **EXCETO**:
- a) Adenocarcinoma da cabeça do pâncreas.
 - b) Adenocarcinoma da papila duodenal.
 - c) Adenocarcinoma do ducto biliar distal.
 - d) Adenocarcinoma da vesícula biliar.
 - e) Neoplasias císticas, cistoadenomas serosos e mucinosos.
14. Estão relacionados ao aumento do adenocarcinoma de esôfago, **EXCETO**:
- a) Molho à base de caldo de carne.
 - b) Dieta pobre em cálcio e antioxidantes.
 - c) Dieta rica em gorduras.
 - d) Produção aumentada de radicais livres.
 - e) Infecção pelo *Helicobacter pylori*.
15. Na classificação morfológica macroscópica de Borrmann, os tumores Tipo II são:
- a) Polipóides.
 - b) Ulcerados.
 - c) Difusos.
 - d) Ulcerados e infiltrantes.
 - e) Linite plástica.
16. Após trauma abdominal fechado ou contuso, observa-se no exame físico durante o toque retal, crepitação em fundo de saco posterior. Qual é a principal suspeita diagnóstica?
- a) Rotura esplênica.
 - b) Rotura duodenal.
 - c) Pancreatite aguda.
 - d) Infarto mesentérico.
 - e) Perfuração de jejuno.
17. Qual é a localização mais frequente dos tumores carcinóides?
- a) Vias respiratórias.
 - b) Intestino delgado.
 - c) Apêndice.
 - d) Cólon.
 - e) Reto.

18. Marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) Quanto maior a área do triângulo de Hessert maior a predisposição à hérnia inguinal direta.
- b) Principal fator predisponente para as hérnias indiretas é a persistência do conduto peritônio-vaginal após o nascimento.
- c) Melhor opção para o tratamento das hérnias femorais é a técnica de Lichtenstein.
- d) O ligamento inguinal e o ligamento pectíneo são duas estruturas importantes que podem ser utilizadas como reparo caudal no tratamento das hérnias inguinais.
- e) A hérnia femoral é classificada como IIIC de Nyhus.

19. Dos fios cirúrgicos abaixo, qual o fio não absorvível com maior força tênsil?

- a) Náilon.
- b) Seda.
- c) Poligrecapone.
- d) Polipropileno.
- e) Poliéster.

20. São sinais radiológicos da hérnia diafragmática traumática:

- a) Hemopneumotórax esquerdo e baço visível do hemitórax esquerdo.
- b) Hemopneumotórax esquerdo e pneumomediastino direito.
- c) Apagamento do seio costofrênico esquerdo e pneumomediastino direito.
- d) Apagamento do seio costofrênico esquerdo e sonda nasogástrica visível no hemitórax esquerdo.
- e) Apagamento do músculo psoas-íliaco à direita.

21. Dentre as variantes histológicas dos pólipos intestinais, aqueles com maior potencial para malignização são:
- a) Hiperplásicos.
 - b) Adenomas tubulares.
 - c) Adenomas vilosos.
 - d) Hamartomas.
 - e) Pólipos juvenis.
22. Sobre os pólipos intestinais, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A maioria são maiores que 10mm.
 - b) São sintomáticos, na sua grande maioria.
 - c) Os pólipos retais possuem maior potencial oncogênico.
 - d) Sua remoção deve ser feita apenas nos casos sintomáticos.
 - e) A polipectomia é o tratamento mais empregado.
23. Sobre a Polipose Adenomatosa Familiar(PAF), podemos afirmar:
- a) Trata-se de afecção de caráter esporádico.
 - b) Os pólipos estão presentes ao nascimento.
 - c) Pode manifestar-se fora do intestino grosso.
 - d) Não carrega potencial oncogênico.
 - e) A principal complicação é hemorragia digestiva.
24. Sobre as complicações pós-operatórias em cirurgia colorretal, podemos afirmar:
- a) As lesões intestinais não reconhecidas durante o ato operatório são as principais responsáveis por peritonite pós-operatória tardia.
 - b) O sangramento proveniente de anastomoses é uma complicação comum, necessitando de intervenção endoscópica ou cirúrgica na maioria dos casos.
 - c) O uso de estomas de derivação proximal diminui as graves consequências de uma deiscência anastomótica, mas não reduz a incidência da deiscência em si.
 - d) O uso de drenos pélvicos aumenta a incidência de deiscências anastomóticas.
 - e) As estenoses provenientes de anastomoses colorretais baixas são mais comuns em pacientes submetidos à estoma de proteção e geralmente necessitam de intervenção cirúrgica para sua resolução.

25. Paciente do sexo masculino, 45 anos, casado, comerciário, apresenta quadro de hematoquezia e cólicas abdominais recorrentes. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial. Não sabe informar sobre antecedentes familiares, pois foi adotado, sem conhecer os pais biológicos. Tem dois filhos de 18 e 20 anos, assintomáticos e esposa assintomática. Realizou colonoscopia com achado de múltiplas e incontáveis formações polipóides de variado tamanho em todos os segmentos do colon e reto, além de lesão vegetante com ulceração central em reto médio. A biópsia de alguns pólipos revelou adenoma tubular com displasia de baixo grau e a biópsia da lesão retal mostrou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Diante deste caso, assinale a resposta **CORRETA**.
- a) Não é possível fechar o diagnóstico de PAF, pois o histórico familiar é desconhecido.
 - b) Para fechar o diagnóstico de PAF é necessário realizar teste genético para mutação no gene K-ras.
 - c) Há indicação para realização de polipectomias associado à retossigmoidectomia com tratamento para o caso.
 - d) Trata-se de um caso sem possibilidade de tratamento devido à grande disseminação de pólipos.
 - e) Há indicação para fazer vigilância endoscópica nos filhos.
26. Paciente de 65 anos, sexo feminino, branca, empresária, apresenta quadro de aumento da frequência evacuatória associado a hematoquezia há cerca de 30 dias. Antecedente pessoais e familiares não relatados. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, hemodinamicamente estável. Exame proctológico revela lesão vegetante, ocupando cerca de 1/3 da luz do reto médio, com sinais de invasão de planos profundos. A partir destes dados assinale a resposta **CORRETA**.
- a) A paciente possui prognóstico sombrio, pois a lesão retal é irresssecável.
 - b) Uma retossigmoidoscopia com biópsia é a conduta inicial mais apropriada para o estadiamento.
 - c) Há indicação para realização de manometria anorretal para estadiamento pré-operatório.
 - d) O tratamento deste caso envolve a realização de radioquimioterapia.
 - e) Está contraindicado a realização de videolaparoscopia no tratamento operatório.
27. O uso de terapia neoadjuvante no tratamento de neoplasia maligna do reto tem como principais benefícios, **EXCETO**,
- a) aumenta as taxas de cirurgia com preservação esfinteriana.
 - b) diminuição das taxas de recidiva local.
 - c) diminuição das taxas de sobrevida global.
 - d) promove “downstage” tumoral.
 - e) facilita a abordagem operatória.
28. Em qual das seguintes situações pode-se propor a realização de ressecção local ou endoscópica como tratamento de um tumor maligno do cólon e reto?
- a) Carcinoma in situ.
 - b) Carcinoma bem diferenciado.
 - c) Carcinoma menor de 3cm.
 - d) Carcinoma de aspecto polipóide.
 - e) Carcinoma do reto.

- 29.** Sobre as metástases do câncer colorretal, podemos afirmar:
- a) Tem como sítio principal o pulmão e o peritônio.
 - b) Sua ressecção não traz benefício na sobrevida.
 - c) Geralmente cursam com elevação dos níveis do CEA.
 - d) O exame de eleição para detecção é a colonoscopia.
 - e) São mais frequentes no sexo masculino.
- 30.** São métodos para rastreamento de neoplasia colorretal, **EXCETO**,
- a) Colonoscopia.
 - b) Dosagem de CEA.
 - c) Pesquisa de DNA fecal.
 - d) Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF).
 - e) Retossigmoidoscopia.
- 31.** São situações com indicação para rastreamento de neoplasia colorretal, **EXCETO**,
- a) mulher de 55 anos, assintomática.
 - b) mulher de 20 anos, com pai de 70 anos, diagnosticado com adenoma.
 - c) homem de 30 anos, portador de PAF, submetido a colectomia total com ileorreto anastomose a 1 ano.
 - d) homem de 40 anos com antecedente de adenoma removido há cerca de 12 meses.
 - e) mulher de 40 anos portadora de neoplasia de ovário, tratada há cerca de 6 meses.
- 32.** São características do câncer colorretal não relacionadas à polipose (HNPCC), **EXCETO**,
- a) presença de tumores sincrônicos.
 - b) elevada incidência de tumores metacrônicos.
 - c) maior incidência de tumores proximais.
 - d) incidência em idades mais precoces.
 - e) histologia mais favorável.
- 33.** São fatores de risco implicados no câncer do canal anal, **EXCETO**,
- a) Neoplasia intraceclular anal.
 - b) Vírus HIV.
 - c) Imunodeficiência.
 - d) Tabagismo.
 - e) Pólipos.

- 34.** Homem de 46 anos, professor, apresenta queixa de nodulação anal dolorosa associado à hematoquezia. Faz uso de medicação antirretroviral há cerca de 10 anos. Histórico de várias internações por infecções oportunistas. Ao exame proctológico apresenta lesão de aspecto infiltrativo, medindo aproximadamente 5cm de diâmetro em canal anal anterior, com extensão para reto inferior. Realizado biópsia com anatomopatológico compatível com carcinoma epidermóide. Diante deste quadro podemos afirmar:
- a) Trata-se provavelmente de um tumor primário do reto com invasão do canal anal.
 - b) No estadiamento desta neoplasia está indicado a realização ressonância magnética pélvica.
 - c) Por se tratar de um paciente com AIDS, o tratamento deste tumor é o uso de antirretrovirais associado à ressecção local do tumor.
 - d) A indicação de amputação abdominoperineal reserva-se para pacientes sem imunodeficiência.
 - e) O tratamento deste tumor inevitavelmente resultará em uso de colostomia definitiva.
- 35.** Sobre a doença diverticular do cólon, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A ocorrência dos divertículos no cólon é igual em todas as faixas etárias.
 - b) São constituídos por divertículos verdadeiros, contendo todas as camadas que compõem a parede cólica.
 - c) Ocorrem principalmente nas proximidades das tênias.
 - d) O reto é o segmento mais acometido.
 - e) Sua ocorrência aumenta o risco de câncer colorretal.
- 36.** Em paciente com dor abdominal e febre, devemos ter com hipótese diagnóstica principal:
- a) Diverticulite de sigmóide.
 - b) Doença diverticular do cólon direito.
 - c) Divertículo verdadeiro de cólon.
 - d) Doença diverticular hipotônica.
 - e) Sangramento diverticular.
- 37.** As fístulas da doença diverticular são principalmente para:
- a) Pele.
 - b) Bexiga.
 - c) Vagina.
 - d) Uretra.
 - e) Intestino Delgado.
- 38.** Na investigação da colopatia isquêmica o exame de maior sensibilidade é:
- a) Colonoscopia.
 - b) Enema opaco.
 - c) Tomografia computadorizada.
 - d) Angiografia.
 - e) Cintilografia.

- 39.** Dentre as indicações para cirurgia em pacientes com megacólon chagásico, podemos assinalar:
- a) Ausência de reflexo inibitório retoanal.
 - b) Intratabilidade clínica.
 - c) Cardiopatia chagásica associada.
 - d) Idade avançada.
 - e) Megaesôfago associado.
- 40.** Sobre a incontinência fecal, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A complacência retal é importante no armazenamento temporário das fezes, podendo causar urgência e perda fecal quando alterada.
 - b) O principal responsável pelo tônus de repouso do canal anal é o esfíncter anal externo e sua lesão geralmente provoca sintomas de escape involuntário de fezes.
 - c) O trauma esfíncteriano isolado não é capaz de provocar sintomas de incontinência fecal.
 - d) O reparo pós-anal é indicado em casos de lesão esfíncterina com bons resultados a longo prazo.
 - e) O uso de esfíncter artificial é técnica com boa aceitação, baixa morbidade e está indicada em casos graves de incontinência.
- 41.** Paciente idosa, múltipara procura atendimento com queixas de dor e peso retal, constipação intestinal com grande esforço evacuatório, protusão do reto para a vagina, sendo necessário a introdução do dedo na vagina para auxiliar a defecação. O diagnóstico mais provável desta paciente é:
- a) Retocele.
 - b) Procidência retal.
 - c) Fístula reto-vaginal.
 - d) Proctalgia fugaz.
 - e) Inércia cólica.
- 42.** Sobre a fissura anal, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) É mais frequente em crianças.
 - b) Aparece geralmente no quadrante lateral esquerdo.
 - c) A cronificação geralmente esta relacionada à hipertonia esfíncteriana.
 - d) O tratamento clínico consiste em utilização de antibioticoterapia.
 - e) A injeção de toxina botulínica tem taxa de sucesso próximo de 100%.
- 43.** Na hemorroidectomia aberta pela técnica de Milligan Morgan, a preservação das pontes cutâneo-mucosas tem por finalidade evitar:
- a) Plicoma residual.
 - b) Estenose anal.
 - c) Infecção de ferida operatória.
 - d) Fissura pós-operatória.
 - e) Hipertonia esfíncteriana.

- 44.** A realização da colonoscopia pode acarretar complicações decorrentes do preparo intestinal, sedação e da realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos. Dentre essas complicações, a que apresenta maior morbidade é a perfuração intestinal. Essa complicação é descrita na literatura na frequência de:
- a) 0,1 a 1%.
 - b) 1 a 5%.
 - c) 5 a 10%.
 - d) 10 a 15%.
 - e) 15 a 20%.
- 45.** São métodos utilizados no tratamento da proctopatia actínica com sangramento, **EXCETO**,
- a) Coagulação com plasma de argônio.
 - b) Aplicação tópica de formol a 4%.
 - c) Mesalazina via retal.
 - d) Enemas de sucralfato.
 - e) Antibioticoterapia tópica.
- 46.** A técnica operatória que possui as maiores taxas de sucesso no tratamento das fístulas anorretais é:
- a) Fistulotomia.
 - b) Ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso (LIFT).
 - c) Uso de cola de fibrina.
 - d) Retalho de avanço mucoso.
 - e) Tratamento endoscópico (VAFT).
- 47.** Em pacientes com quadro de enterorragia, a investigação etiológica deve seguir uma sequência, iniciando-se com a realização de:
- a) Endoscopia digestiva alta.
 - b) Retossigmoidoscopia.
 - c) Colonoscopia.
 - d) Angiografia mesentérica.
 - e) Cápsula endoscópica.
- 48.** São sintomas que caracterizam a Síndrome do Intestino Irritável:
- a) Dor abdominal e aumento da frequência evacuatória.
 - b) Dor abdominal e enterorragia.
 - c) Diarreia e enterorragia.
 - d) Constipação e enterorragia.
 - e) Febre e diarreia.

49. Acerca da retocolite ulcerativa, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Podem ocorrer manifestações extraintestinais, apesar de pouco frequentes, como, por exemplo, pericolangite.
- b) Possui quadro agudo e autolimitado, em geral, regredindo espontaneamente.
- c) A cirurgia é necessária em mais de 90% dos casos.
- d) Atinge o intestino em toda sua extensão, causando granulomas.
- e) O uso de corticóides é totalmente contraindicado para pacientes portadores dessa enfermidade.

50. Sobre o tratamento cirúrgico da doença de Crohn, podemos afirmar que:

- a) Os procedimentos cirúrgicos normalmente utilizados incluem técnicas de ressecção ampla com margens livre de doença.
- b) A continuação do tratamento clínico ineficaz aumenta os riscos de desenvolvimento de complicações com necessidade de novas intervenções.
- c) A abordagem laparoscópica é contraindicada devido ao intenso processo inflamatório que envolve os casos.
- d) Na abordagem perineal deve-se evitar a colocação de seton, pois aumentam a taxa de abscesso local.
- e) É contraindicado a realização de cirurgias nos pacientes em uso de biológicos (anti-TNF).