

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI A N. 1 POSTO DI**

**DIRIGENTE MEDICO DI OTORINOLARINGOIATRIA**

**Criteria di valutazione commissione e tracce delle prove**

**PROVA SCRITTA**

Nella valutazione della prova scritta, la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- livello e profondità di preparazione professionale circa l'argomento oggetto della prova a concorso;
- chiarezza e coerenza espositiva;
- capacità di sintesi concettuale da conciliarsi con la compiuta trattazione dell'argomento oggetto della prova.

**PROVA SCRITTA N. 1**

Effetti degli ormoni sessuali nella patologia ORL.

**PROVA SCRITTA N. 2**

Ototossicità da chemioterapici e metodi preventivi in età pediatrica

**PROVA SCRITTA N. 3**

Epidemiologia dei tumori delle vie aero-digestive superiori nelle Regione Piemonte: trend osservati negli ultimi 30 anni.

**PROVA PRATICA**

Nella valutazione della prova pratica, la Commissione ha definito i seguenti criteri:

- grado di conoscenza della tecnica oggetto della prova e livello di sicurezza nell'approccio della stessa;
- chiarezza espositiva.

La Commissione predispose le prove, consistenti nell'analisi di n. 3 differenti casi clinici, allegati al presente estratto quale parte integrante e sostanziale, che vengono progressivamente numerate dal n. 1 al n. 3 e chiuse ciascuna in una busta.

## **PROVA ORALE**

La Commissione stabilisce che la prova orale verrà valutata con riferimento ai seguenti criteri:

- livello di conoscenza degli argomenti oggetto della prova;
- chiarezza e sicurezza nell'esposizione;
- capacità di sintesi coniugata ad appropriatezza terminologica.

DOMANDE:

- 1) Neurinoma viii
- 2) Carcinoma laringeo
- 3) Carcinoma orofaringe
- 4) Carcinoma rinofaringe
- 5) Tumori parotidei
- 6) Carcinoma del cavo orale
- 7) Carcinoma differenziato della tiroide
- 8) Tumori maligni naso-sinusali
- 9) Correlazioni tumori vads - virus
- 10) Adenoflemmoni cervicali
- 11) Otite media cronica colesteatomatosa



*Mr*

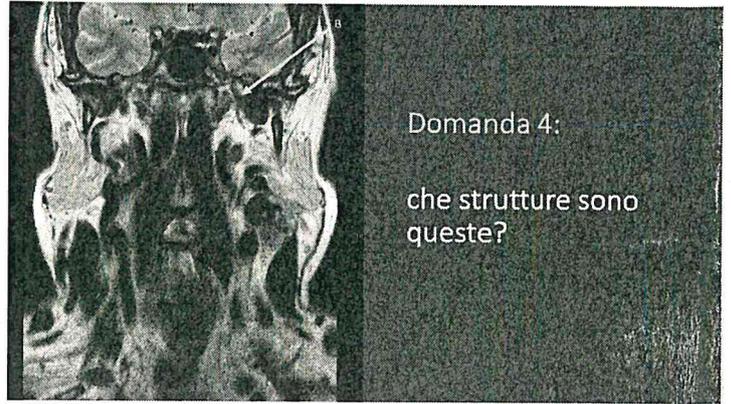
*Medico*

*U*

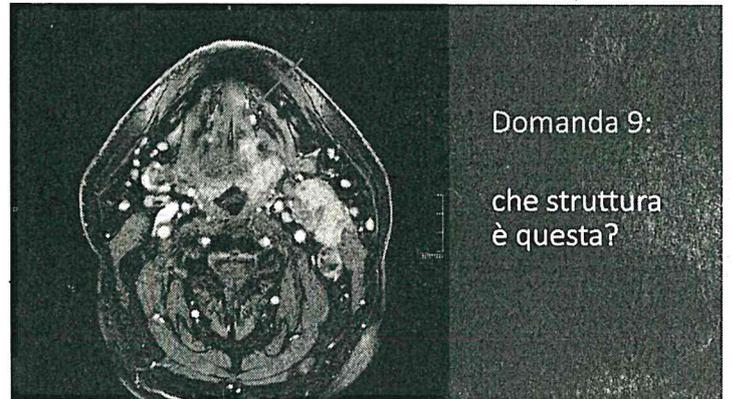
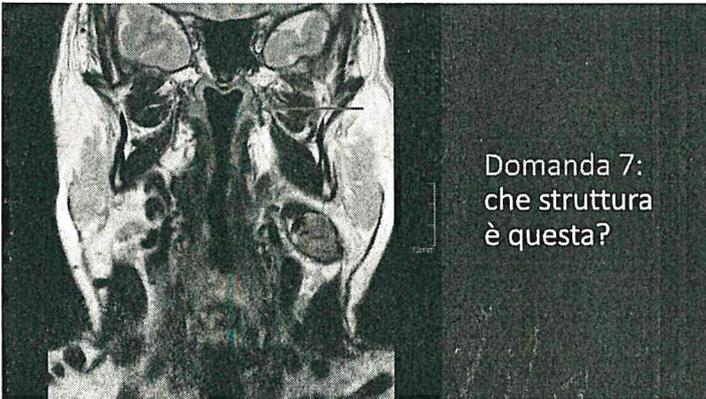
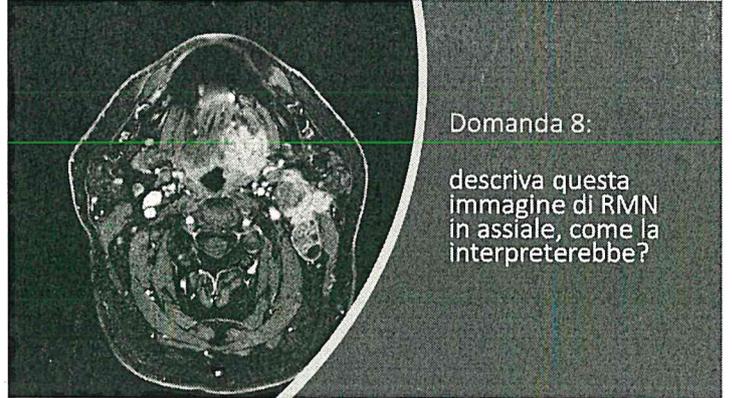
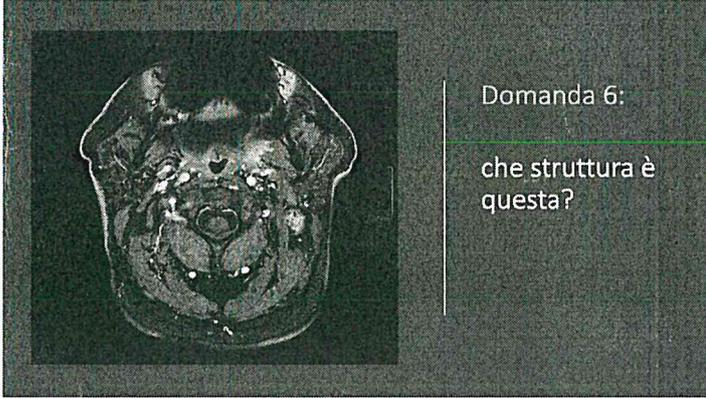
*10*

Domanda 2

Cosa farebbe adesso?



Alm. M. M. G. A. B.



**RMN collo:** in corrispondenza della radice della lingua in sede laterale sinistra ed in regione tonsillare omolaterale si osserva la presenza di una quota di tessuto del diametro antero-posteriore di circa 30 mm, laterolaterale di circa 30 mm, caudale di circa 34 mm che è caratterizzata da segnale ipointenso in T1, intermedio in T2 ed è dotata di una lieve restrizione della diffusività molecolare nelle sequenze in diffusione e da intensa impregnazione contrastografica (T1 ha grasso bianco, T2 ha grasso scuro e liquidi bianchi). Medialmente il tessuto descritto giunge sino al rafe linguale, con interessamento del complesso io-stilglosso con conseguente minima estensione nello spazio sublinguale, posteriormente minimo interessamento del muscolo costrittore della faringe. A livello II-III a sinistra si apprezza una formazione ovalare costituita da due differenti subunità del diametro assiale massimo di 32 mm e antero-posteriore di circa 55 mm con aree necrotiche frammiste ad aree apparentemente solide prive di significativo contrast enhancement. I margini della formazione descritta appaiono in alcuni punti lateralmente in rapporto di contiguità con la ghiandola parotide omolaterale. Tale formazione, posterolateralmente, giunge in stretto contatto con il margine antero-mediale del muscolo sternocleidomastoideo a cui appare indissociabile, anteriormente contrae rapporti di stretta contiguità con il ventre posteriore del muscolo digastrico. La carotide comune interna ed esterna non contraggono rapporti di contiguità con la suddetta lesione. Da ambo i lati si osservano alcuni linfonodi di aspetto reattivo.

FNAB su (a) formazione laterocervicale sinistra e su (B) neoformazione lobo profondo parotideo → (A) materiale mucoside comprendente un singolo aggregato di cellule oncocitarie. (B) quadro citologico di formazione a cellule oncocitarie senza atipia a basso indice proliferativo della parotide. Si propende per una lesione benigna (T. di Warthin) vs Adenoma oncocitario. Si rende tuttavia necessaria valutazione istologica dell'intera lesione per un esaustivo inquadramento diagnostico

**Domanda 10**

**Cosa farebbe ?**

**Domanda 11**

**Cosa farebbe?**

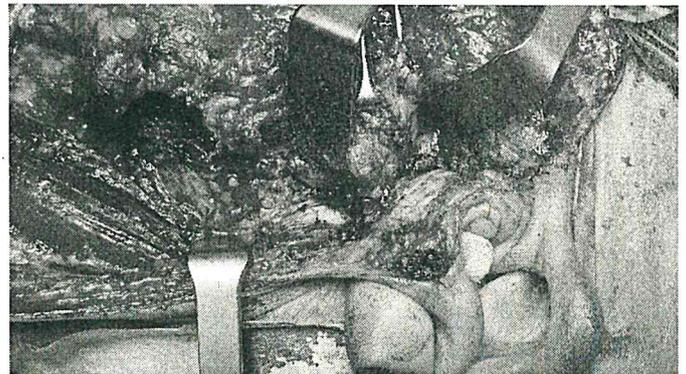
Alm - MD MC H. B

**Biopsia incisionale di neof ormazione del base lingua :** Minuti frammenti di tessuto connettivo fibromuscolare dissociati da materiale mucoide, comprendenti aggregati di cellule epiteliali prive di evidenti atipie citologiche, le caratteristiche del materiale non consentono un giudizio diagnostico di certezza.



**Domanda 12**

**Cosa farebbe?**

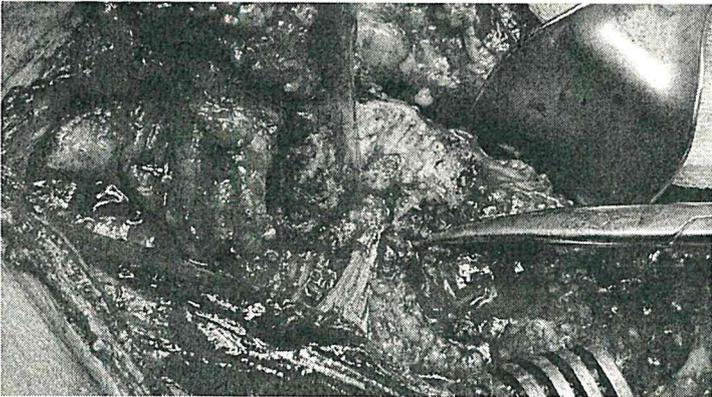
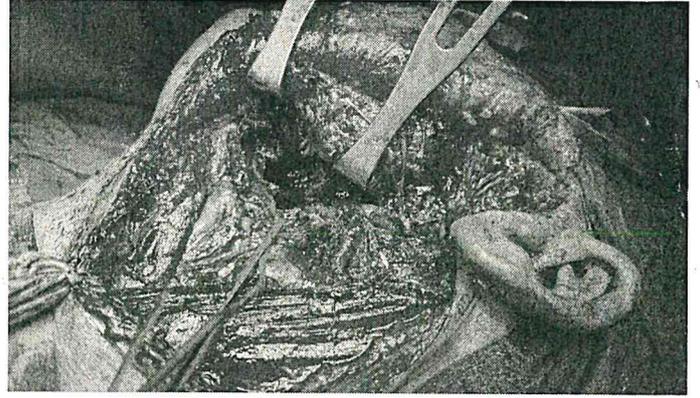


Mr.

Murphy

44

16



*[Handwritten signatures]*

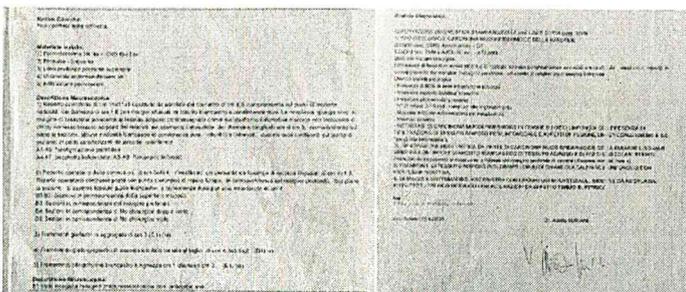
**Domanda 13**

Esame istologico su pezzo operatorio: Carcinoma mucoepidermoide della parotide G1 pT3N3, infiltrazione di fasci di muscolo striato e di tessuto adiposo perighiandolare associati a microfocoli neoplastici, reperiti in corrispondenza del margine chirurgico parotideo, adiacente al relativo svuotamento linfonodale (pacchetto adenopatico). Infiltrazione neoplastica da parte di carcinoma mucoepidermoide dell'emibasi lingua sinistra, con interessamento neoplastico di tessuto adiposo e di fasci muscolari striati, microfocoli neoplastici si osservano a ridosso del margine profondo di exeresi, distanza minima inferiore a 1 mm.

**Cosa farebbe?**

**Domanda 14**

**Quali sarebbero le sue indicazioni al tumor board?**



Am

Indhi

44. 10

PROVA EJANATA  
Yone Terese Achen

*M*

*M. P. 10*



*U*

*DS*

## PROVA PRATICA N.2

Domanda 1

**Cosa farebbe?**

Donna di 62 anni si presenta all'osservazione lamentando sensazione di corpo estraneo in gola  
All'anamnesi nulla di rilevante da segnalare

All'esame obiettivo endoscopico si rileva una tumefazione a carico della base della lingua in toto, mucosa apparentemente normale, tessuto linfatico organizzato in follicoli.

*M.*

*U.*

*M. P.*

*P.*

Domanda 2

Cosa farebbe?

Domanda 4:

cosa è questa  
struttura?



Domanda 3:

cosa è questa  
struttura?



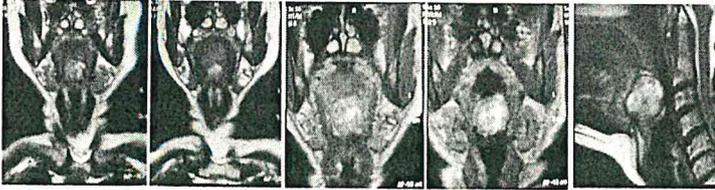
Domanda 5:

cosa è questa  
struttura?



Mr. [Signature]

[Signature]



Funzionalità tiroidea nella norma  
Scintigrafia tiroidea → intensa avidità con captazione a livello della base della lingua; assenza di captazione a livello della base del collo

Domanda 6:  
descrive questa sequenza di immagini

Domanda 7

Cosa farebbe?

Domanda 8

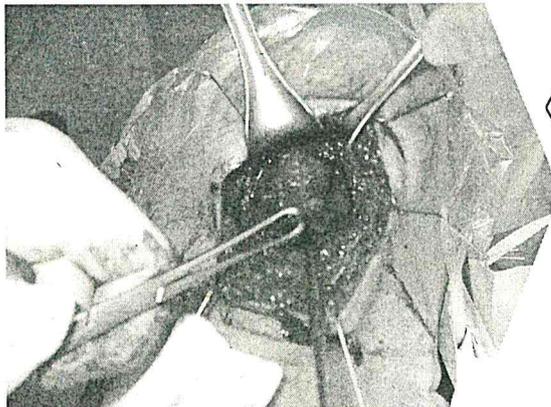
Cosa farebbe?

*M...*

*U...*

*M...*

*OF*



Exeresi per via  
cervicotomica  
mediana  
sovraioidea, previa  
tracheostomia

Domanda 9

Possibili complicanze o sequele?

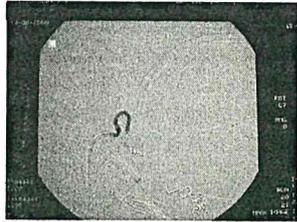
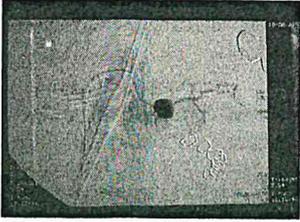
Domanda 10

**In caso di una complicanza emorragica  
in 15<sup>a</sup> giornata con tracheostomia  
ancora pervia?**

Esame istologico: tiroide ectopica, corretta dissezione extracapsulare, resezione completa.

Ms -

Wof - H - 00



M

Medicine

44

9

Handwritten signature

NOV  
EJCHWIPPA

*Am*

*muohic*



*AA*

### PROVA PRATICA N.3

Domanda 1

Cosa farebbe?

Uomo di 56 anni si presenta all'osservazione lamentando una polinodulia cervicale destra in regione parotidea, livello IIa, livello Ib. Presenta cicatrice al collo esito di pregressa parotidectomia subtotale destra e svuotamento laterocervicale (livelli I,II,III) eseguita 14 anni prima: risultato dell'esame istologico carcinoma a cellule aciniche, non adenopatie metastatiche. Resezione considerata radicale, non indicazione alla radioterapia post-operatoria.  
All'anamnesi nulla di ulteriore da segnalare  
Paziente con pregressa reazione allergica (shock anafilattico) al mezzo di contrasto iodato

Obiettività di tumefazioni plurime di consistenza teso-elastica, la maggiore delle quali a livello pre-tragale destra, fissa sui piani profondi + alcuni noduli sottocutanei anch'essi di consistenza teso-elastica, localizzati a livello IIa e Ib. Non deficit del VII nc.

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*

*Handwritten signature*

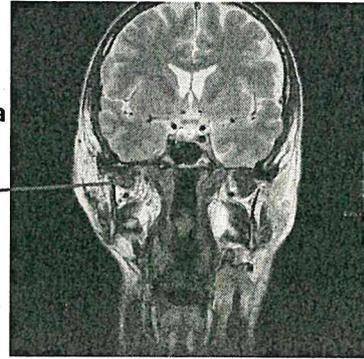
*Handwritten initials*

Domanda 2

Cosa farebbe?

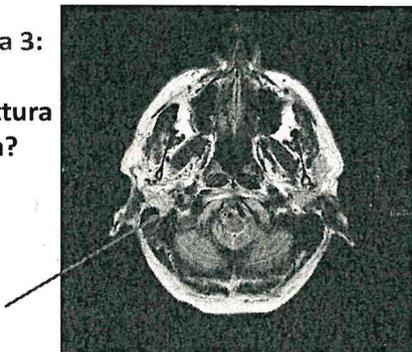
Domanda 4:

che struttura  
è questa?



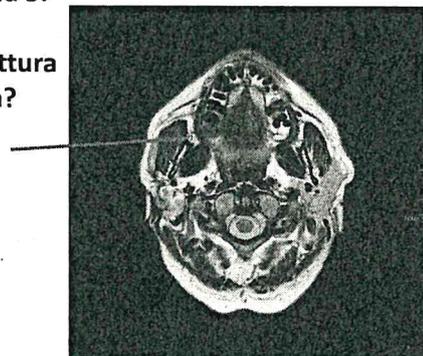
Domanda 3:

che struttura  
è questa?



Domanda 5:

che struttura  
è questa?



M.

medicina

HA - DS

Domanda 6:  
che struttura  
è questa?



RMN con mdc: In loggia parotidea destra si evidenzia presenza di tessuto solido, polilobulato e a margini irregolari, di circa 29 mm di diametro trasverso, circa 26 mm di diametro antero-posteriore e circa 42 mm di estensione cranio caudale; il tessuto descritto è caratterizzato da disomogeneità di segnale in T2 per la presenza di aree di aspetto simil cistico, ipointensità in T1 e restrizione della diffusività molecolare dell'acqua nella mappa ADC. Dopo somministrazione di mdc si osserva modesta impregnazione contrastografica. Nel complesso i reperti depongono per la presenza di tessuto evolutivo, verosimile espressione di recidiva di malattia.

Tale tessuto antero-medialmente contrae rapporti di contiguità per un breve tratto con la vena giugulare interna e l'arteria carotide interna senza che comunque siano apprezzabili segni di infiltrazione; caudalmente la lesione contrae rapporti di contiguità con l'arteria carotide esterna, senza infiltrarla.

Posteriormente il tessuto descritto appare indissociabile dal ventre posteriore del muscolo digastrico e contrae rapporti di contiguità con il muscolo sternocleidomastoideo, estendendosi nel tessuto adiposo dello spazio cervicale posteriore.

Postero-cranialmente la lesione giunge ad interessare il forame stilomastoideo di destra; a tale livello il nervo faciale risulta mal riconoscibile.

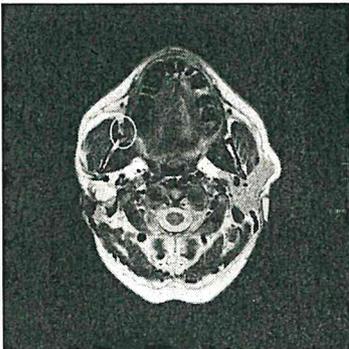
Posteriormente, nelle porzioni più craniali contrae rapporti di contiguità con la corticale della mastoide.

Le cellette mastoidee omolaterali presentano regolare segnale RM.

Caudalmente alla lesione ed in contiguità con essa si segnala la presenza di una formazione rotondeggiante iperintensa in T2, che contrae rapporti di contiguità con il profilo anteriore del muscolo sternocleidomastoideo, di circa 10 mm, riferibile a localizzazione di malattia o ad adenopatia. In sede laterocervicale ai livelli II, III e V si evidenziano alcuni linfonodi di aspetto globoso, di cui il maggiore di circa 13x7 mm (livello Va), ancora compatibili con linfonodi reattivi ma meritevoli di valutazione specialistica. La ghiandola parotide di sinistra presenta regolare aspetto RM. Non si osservano alterazioni di segnale a carico delle strutture del rinofaringe, dell'orofaringe e del cavo orale. Lungo il profilo laterale del massetere destro si evidenzia la presenza di tessuto ghiandolare esteso in senso antero-posteriore per circa 14 mm, riferibile a prolungamento massetero della ghiandola parotide.

Domanda 7:

che regione  
anatomica  
è questa?



Domanda 8

Cosa farebbe?

*Am*

*muhi*

*St*

*B*

**Notizie Cliniche:**  
Formazione solida disomogenea in loggia di parotidectomia destra eseguita nel 2005 per adenocarcinoma a cellule aciniche.

**Materiale inviato:**  
FNA su guida clinica (con ago da 25 Gauge) su loggia parotidea DX  
N. procedure: 2  
Valutazione citologica estemporanea: eseguita

**Macroscopica:**  
Materiale da agospirazione strisciato su vetrini (A), processazione per citoinclusione con la tecnica del coagulo, allestite sezioni da inclusione in paraffina (A1).  
Colorazioni: Diff Quick, ematossilina-eosina e ferro

**Giudizio Diagnostico:**  
Fna formazione loggia parotidea DX  
REPERTO POSITIVO PER CELLULE NECPLASTICHE.  
QUADRO CITOLOGICO COERENTE CON ADENOCARCINOMA A CELLULE ACINICHE.

**Ref:**  
T. MALIZI, F. VENTURA, M. S. S. S. S.

**Domanda 10**

**Programmazione terapeutica chirurgica**

**Domanda 9**

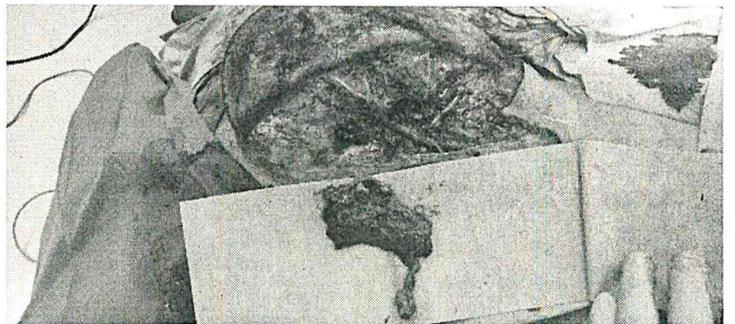
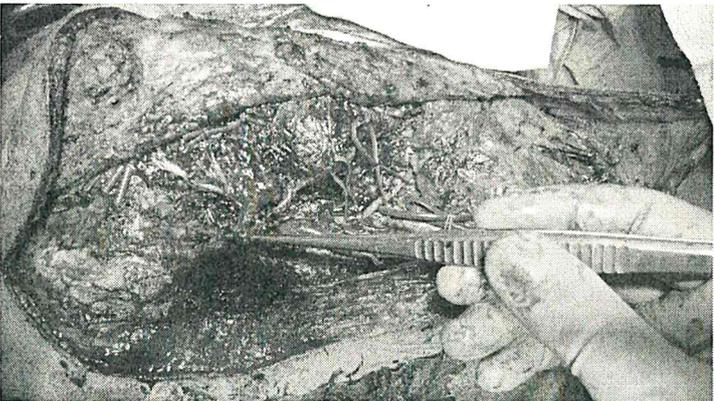
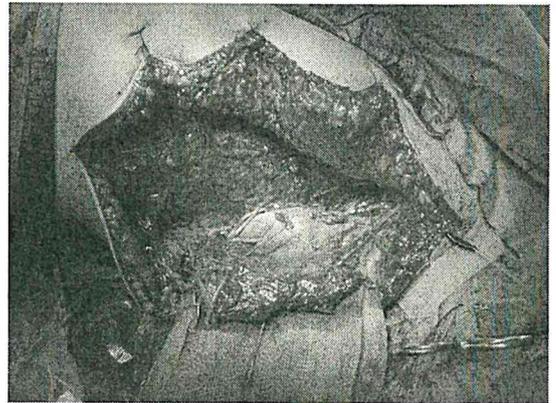
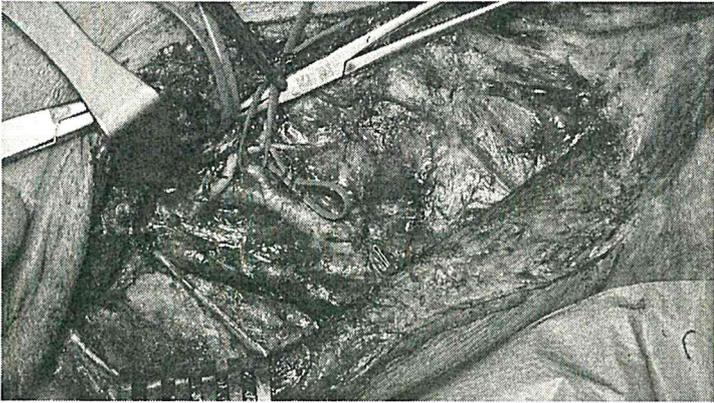
**Cosa farebbe?**



Am. ...

11

12



*Man*

*maurice*

*H. Tene*

*HA*

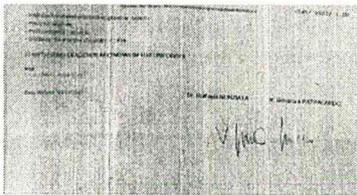
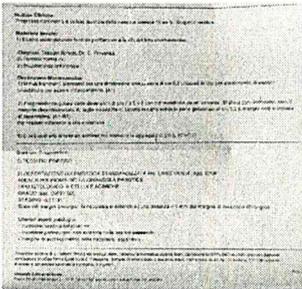
*DS*

**Domanda 11**

Esame istologico sul pezzo operatorio: adenocarcinoma della ghiandola parotide, tipo istologico a cellule aciniche, grado G2 staging: pT1N1. stato dei margini chirurgici: la neoplasia si estende ad una distanza <1 mm dal margine di resezione chirurgico

**Cosa farebbe?**

*Non  
estirpare*



**Domanda 12**

**Quali sarebbero le sue indicazioni al tumor board?**