

PROVA NON ESTRATTA

C. M.

PROVA SCRITTA 3

1. Stadio 4 della classificazione di Moore nel trauma epatico
 - a. Lesione parenchimale 25-75% o 1-3 segmenti di un lobo
 - b. Lesione parenchimale >75% o di più di 3 segmenti di un lobo
 - c. Ematoma sottocapsulare 10-50% della superficie < 1cm di profondità
 - d. Ematoma sottocapsulare >50% o in espansione
2. Classificazione di Hinchey
 - a. Stadio: I flemmone pericolico, IIa ascesso pelvico, IIb ascesso sottoepatico, III ascessi multipli, IV peritonite diffusa
 - b. Stadio: I flemmone pericolico, IIa ascesso unico pelvico, IIb ascesso complesso, III peritonite purulenta, IV peritonite fecale
 - c. Stadio: I flemmone pericolico, IIa ascesso intramurale colico, IIb ascesso pelvico, III peritonite purulenta, IV peritonite saccata
 - d. Stadio: I flemmone pericolico, IIa fistola semplice, IIb fistola vescicale, III peritonite fecale, IV peritonite purulenta
3. Definizione di linfonodo sentinella
 - a. Stazione linfonodale con funzione oncologia primaria
 - b. Linfonodo identificato come prima stazione di diffusione da tumore primitivo
 - c. Linfonodo centrale della stazione linfonodale statisticamente più interessata da metastasi
 - d. Stazione linfonodale principale di una catena
4. Riscontro di Tumore Neuroendocrino dopo appendicectomia: quale tra questi è un criterio fondamentale per eseguire un'emicolecctomia destra oncologica?
 - a. Dimensioni del tumore tra 1 e 2 cm
 - b. Invasione del meso-appendice tra 2 e 3 mm
 - c. Ki67 \geq 3
 - d. Giovane età
5. Stazioni linfonodali per linfectomia in gastrectomia totale (CLASSIFICAZIONE JGCA 2014-4)
 - a. D1: 1-4, D1+: 1-7, D2: 1-11
 - b. D1: 1-7, D1+: 1-8a e 9 e 11, D2: 1-12a
 - c. D1: 1-6, D1+: 1-8a, D2: 1-11p
 - d. D1: 1-7, D1+: 1-9, D2: 1-10

6. Classificazione neoplasie del giunto gastro-esofgeo sec. Siewert
- Tipo I: lesione tra 5 e 10 cm sopra GGE Tipo II: lesione tra 1 e 5 cm sopra GGE, tipo III: lesione tra 0 e 1 cm sotto la GGE
 - Tipo I: lesione tra 5cm e 8cm sopra la GGE Tipo II: lesione tra 1cm sopra e 2cm sotto la GGE, tipo III: lesione tra 0 e 1 cm sotto GGE
 - Tipo I: lesione tra 1 e 5cm sopra la GGE, Tipo II: lesione tra 1cm sopra e 2 cm al di sotto della GGE, tipo III: lesione tra 2 e 5cm sotto la GGE
 - Tipo I: lesione tra 1 e 10cm sopra la GGE Tipo II: lesione tra 1 e 5 cm sotto la GGE, tipo III: lesione tra 0 e 1 cm sopra la GGE
7. In quale di questi casi è indicata la chemioterapia neoadiuvante nel carcinoma gastrico?
- cT1 – N0
 - cT2 – N0
 - cT2 – N+
 - Nessuna delle precedenti
8. Stadiazione del carcinoma della tiroide AJCC 8 ed.
- Il cut off per età è invariato, la estensione microscopica extra-capsulare modifica prognosi
 - Il cut off per età è 55aa, la estensione microscopica extra-capsulare non modifica prognosi
 - Il cut off per età è 45aa, la estensione microscopica extra-capsulare non modifica prognosi
 - Il cut off per età è 65aa, la estensione microscopica extra-capsulare modifica prognosi
9. Nella stadiazione del carcinoma del rene AJCC 8 ed.
- Lo stadio III è determinato da parametro T4, o parametro M1
 - Lo stadio III è determinato da parametro T2, o parametro M1
 - Lo stadio III è determinato da parametro T3, o parametro N1

d. Lo stadio III è determinato solo da parametro T4

10. Uno tra questi criteri è quello corretto per un intervento chirurgico nella diagnosi di IPMN dei dotti secondari:

- a. dotto pancreatico principale tra 3 e 4 mm
- b. Presenza di noduli intramurali
- c. Diametro > 2 cm
- d. Dotto pancreatico tra 4 e 5 mm

11. Trattamento perforazione non massiva iatrogena del colon

- a. Laparoscopia con sutura della perforazione e drenaggio cavità peritoneale
- b. Laparotomia con resezione colica
- c. Laparoscopia esplorativa e drenaggio cavità peritoneale
- d. Confezionamento di colostomia in corrispondenza del tratto perforato

12. Trattamento delle pseudocisti pancreatiche

- a. Resezione pancreatica di principio
- b. Drenaggio percutaneo
- c. Drenaggio trans-gastrico endoscopico
- d. Pseudo-cisto-digiuno-anastomosi di principio

13. Cosa si intende per Early Gastric Cancer e quale trattamento iniziale?

- a. Limitato alla mucosa e sottomucosa, suscettibile di resezione chirurgica
- b. Esteso alla muscolaris e suscettibile di resezione endoscopica (EMR)
- c. Tutte le risposte sono corrette
- d. Limitato alla mucosa e sottomucosa, suscettibile di resezione endoscopica (EMR)

14. Protocollo eras (2018)

- a. Correzione deficit nutrizionali preoperatori, anestesia locoregionale, nutrizione parenterale spinta, monitoraggio prolungato
- b. Correzione deficit nutrizionali preoperatori, ridotto digiuno preoperatorio, ridotto uso SNG, prevenzione ileo post-operatorio

- c. Carico idroelettrolitico preoperatorio, ventilazione ed ossigenazione prolungate, profilassi antibiotica per 48 ore, mobilizzazione precoce
- d. Profilassi antitrombotica, infusione soluzioni glucosate, terapia antalgica aggressiva, terapia antiemetica

15. Nel carcinoma mammario la chemioterapia neoadiuvante è indicata:

- a. Nel carcinoma duttale in situ multifocale
- b. Nel triplo negativo anche nello stadio I e II A
- c. In caso di linfonodi clinicamente positivi anche nello stadio I
- d. b+c

16. Nella sindrome di Cowden è aumentato il rischio di sviluppare neoplasie a carico di :

- a. Surrene
- b. Pancreas
- c. Ovaio
- d. Tiroide

17. La MEN di tipo 2A è caratterizzata da tutte le seguenti patologie, eccetto:

- a. Iperplasia delle paratiroidi
- b. Feocromocitoma
- c. carcinoma midollare della tiroide
- d. Tumore corticosurrenalico

18. La linea di Malgaigne:

- a. consente di distinguere le ernie inguinali da quelle crurali
- b. congiunge l'ombelico al tubercolo del pube
- c. corrisponde alla linea bis-iliaca
- d. corrisponde alla linea ombelicale traversa

19. L'ernia di Littrè contiene

- a. Omento
- b. ovaio con salpinge
- c. Diverticolo di Meckel
- d. Testicolo

20. Nel trauma pelvico di grado moderato (WSES II) emodinamicamente stabile e con meccanica instabile qual è il trattamento di prima linea?

- a. Pelvic binder immediato + Tc addome e se presente blush eseguire angioembolizzazione poi fissatore esterno C-clamp
- b. Fissatore esterno + Tc addome e se presente blush eseguire angioembolizzazione
- c. Pelvic binder immediato + Tc addome e se presente blush eseguire packing pelvico, poi fissatore esterno C-clamp
- d. Nessuna risposta è corretta

21. In una neoplasia del retto extraperitoneale sottoposta a escissione locale quando è indicata la chirurgia radicale?

- a. pT1N0 con Grading G3
- b. pT2N0 solo in presenza di fattori di rischio

- c. Margine di resezione di 2 mm
 - d. Nessuna delle risposte è corretta
22. Iter diagnostico preferenziale nella pancreatite acuta
- a. TC addome, risonanza magnetica
 - b. CPRE, esami di laboratorio
 - c. TC addome, risonanza magnetica, CPRE
 - d. Risonanza magnetica, esami di laboratorio
23. Tumore T2a della colecisti
- a. Tumore che infiltra il connettivo pericolecistico senza invasione della seriosa o del fegato (versante epatico)
 - b. Tumore che infiltra il connettivo pericolecistico senza invasione della seriosa o del fegato (versante peritoneale)
 - c. Tumore che infiltra lo strato muscolare della colecisti
 - d. Tumore che infiltra la lamina propria
24. Trattamento emorragia da ulcera antro-pilorica
- a. Emostasi endoscopica con biopsie ed eventuale trattamento chirurgico
 - b. Resezione gastro-duodenale di principio
 - c. Embolizzazione vasi gastroduodenali
 - d. Terapia da contatto tramite SNG
25. Tecnica di riparazione laparocele "component separation"
- a. Posizionamento di protesi "on lay"
 - b. Preparazione ed isolamento dei vari gruppi muscolari e sintesi della linea mediana
 - c. Esecuzione incisioni "di scarico" laterali
 - d. Posizionamento di protesi in una tasca peritoneale
26. Quale di queste è una controindicazione assoluta all'approccio laparoscopia nelle occlusioni del piccolo intestino?
- a. Elevato rischio anestesilogico
 - b. Diametro ansa > 4 cm
 - c. Pregresse laparotomie >2
 - d. Nessuna delle precedenti
27. Stadio C della classificazione di Strasberg sulle lesioni della via biliare in corso di colecistectomia:
- a. Lesione laterale della VBP che genera più spesso fistole biliari maggiori

- b. Fistole a bassa portata provenienti da un dotto in continuità con la via biliare principale
- c. Fistola biliare provocata da lesione di un dotto non comunicante con la VBP
- d. Nessuna risposta è corretta

28. Il tumore di Klatskin di tipo II secondo Bismuth - Corlette:

- a. È esteso al dotto epatico di sinistra
- b. È esteso al dotto epatico di destra
- c. È localizzato alla confluenza con interruzione di comunicazione dei due dotti epatici
- d. È localizzato alla confluenza esteso bilateralmente ai rami di 2° ordine

29. Trattamento preferenziale del volvolo del sigma

- a. Viscerolisi e sintesi viscere in fossa iliaca sinistra
- b. Resezione secondo Hartmann
- c. Sigmoidectomia
- d. Detensione endoscopica

30. La tecnica AALPS è indicata:

- a. Solo su fegato cirrotico
- b. Nei pazienti con una sola metastasi
- c. Solo nei pazienti sottoposti a CHT neoadiuvante
- d. Nelle metastasi bilobari