Prova pratica n. 2

Tempi dell'ernia inguinale con protesi

Prova pratica non estratta

Prova Pratica n. 1

Tempi dell'intervento di colecistectomia laparoscopica

Prova pratica non estratta

A.S.S.T. Monza e Brianza e ASO Lario D.G.R. n. 4407 del 10/12/15

A.S.S.T. Valtellina e Alto Lario
D.G.R. n. 4497 del 10/12/15

Prova Pratica n. 3

Tempi dell'emicolectomia destra

Prova pratica estratto

Prova scritta n. 2

1. Qual è la percentuale di lesioni iatrogene delle vie biliari da colecistectomia laparoscopica riportata in letteratura?

a) 4-7%
b) 0.4-0.7%
c) 0.1-0.2%
d) 5-8%

2. Il 70-80% delle lesioni delle vie biliari durante la procedura di colecistectomia laparoscopica è dovuto a:

a) learning curve non completata
b) mancata identificazione della via biliare principale
c) mancata identificazione degli elementi ilari della colecisti prima di effettuare clippaggio, legatura e sezione di tali strutture
d)anomalie anatomiche

3. Il tronco di Henle è formato nel 60% dei casi da:

a) dalla vena gastroepiploica di destra, dalla vena colica destra superiore e dalla vena pancreatico duodenale inferiore che confluiscono in un unico tronco nella vena mesenterica superiore
b) dai rami sinistri dell'arteria colica media ed i rami marginali dell'arteria colica di sinistra
c) dalla vena pancreatico duodenale superiore ed i rami destri venosi della colica media
d) dalla vena colica media e dalla vena colica destra

4. In che percentuale l'arteria epatica destra deriva dall'arteria mesenterica superiore?

a) fino al 10% dei pazienti
b) fino al 5% dei pazienti
c) <1%
d) <0.5%

5. Negli adenocarcinomi della flessura colica di destra va eseguita la legatura dei vasi gastro-epiploici di destra:

a) solo se sono evidenti dei linfonodi patologici
b) solo se c'è un'infiltrazione del duodeno
c) mai
d) è sempre consigliata nei tumori della flessura destra

6. L'adenoma di CONN è causa di:

a) Ipercortisolemia primaria
b) Iperaldosteronismo primario con conseguente ipertensione arteriosa ed ipopotassemia
c) Iperaldosteronismo primario con conseguente ipertensione arteriosa ed iperpotassemia
d) un quadro misto di sindrome di Cushing e virilizzazione.

Prova scritta estratta

Bruni

7. Nei tumori del Cardias Siewert tipo III (vecchia classificazione) che tipo di intervento va eseguito?

a) Resezione esofago-gastrica sec Ivor – Lewis con asportazione dei linfonodi del mediastino inferiore e linfoadenectomia D2 addominale.
b) Esofagectomia totale con linfoadenectomia mediastinica.
c) Gastrectomia totale con linfoadencectomia D2.
d) Gastrectomia totale con resezione dell'esofago distale con linfoadenectomia D2.

8. Negli adenocarcinomi gastrici cT3 con o senza linfonodi patologici sospetti la chemioterapia peri-operatoria:

a) Può essere presa in considerazione come prima opzione terapeutica
b) Non va mai eseguita, l'intervento chirurgico di asportazione della malattia è sempre la prima opzione terapeutica
c) Va eseguita solo nei paziente asintomatici
d) Va eseguita solo nei tumori sottocardiali

9. Negli adenocarcinoma della flessura colica di sinistra quale tipo di intervento è consigliato:

a) emicolectomia destra allargata al trasverso distale con anastomosi ileo-discendente e preservazione dell'arteria colica di sinistra.
b) resezione dell'angolo colico sinistro con sezione all'origine dell'arteria colica di sinistra, del ramo ascendente colico sinistro e dei rami sinistri della colica media.
c) emicolectomia sinistra.
d) trasversectomia con linfoadectomia dei vasi colici di sinistra ed anastomosi colo-colica.

10. La manifestazione clinica più frequente nella MEN 1 è:

a) carcinoma midollare della tiroide
b) ulcere gastriche e duodenali multiple
c) l'iperparatiroidismo
d) le crisi ipertensive

11. Quali tra le seguenti rappresentano, rispettivamente, l'incidenza di TVP e TEP dopo chirurgia bariatrica?

a) 5-10%; 3-8%
b) 0,01-0,06%; 0,01-0,02%
c) 0,2-3,8%; 0,5-1,0%
d) 2,0-8,5%; 1,0-5,0%

12. Quale tra i seguenti è considerato fattore prognostico favorevole per la correzione dell'equilibrio glicemico nel paziente con DM tipo II sottoposto a chirurgia bariatrica?

a) C-peptide basale > 3 ng/mL
b) Storia di DM inferiore a 8 anni
c) DM in monoterapia per os
d) Tutte le precedenti

Prova scritta estratta

13. Quale tra i seguenti pazienti NON è candidabile a chirurgia bariatrica?

a) A)BMI 46 kg/m2 in presenza di disturbi della condotta alimentare
b) B) BMI 35 kg/m2 in presenza di DM tipo II
c) C) BMI 36 kg/m2 in presenza di OSAS
d) D) BMI 42 kg/m2 in presenza di disturbo bipolare non stabilizzato

14. Nel tumore del retto pT1 – SM3 il rischio di contestuali metastasi linfonodali è stimato attorno:

a) al 8,0%
b) 25%
c) 15%
d) 35%

15. Quale tra i seguenti è un criterio di esclusione per TEM (transanal endoscopic microsurgery) in un paziente con carcinoma del retto?

a) neoplasia interessante <30% della circonferenza del viscere
b) escissione a tutto spessore tecnicamente fattibile
c) presenza di linfonodi sospetti per metastasi alla RMN
d) neoformazione localizzata entro 8 cm dalla RA

16. Nell'early gastric cancer una resezione endoscopica è considerata curativa se:

a) la lesione da trattare ha diametro non superiore ai 3 cm
b) i margini di resezione sono focalmente interessati da neoplasia
c) la lesione all'EI risulta T1b, ben differenziata, senza invasione linfatica o vascolare
d) nessuna delle precedenti

17. Nel paziente con diverticolite acuta complicata da peritonite generalizzata:

a) il lavaggio laparoscopico del cavo peritoneale con posizionamento di drenaggio è considerato la strategia di scelta
b) la resezione colica con confezionamento di anastomosi ed eventuale stomia di protezione è considerata la terapia di scelta nel paziente stabile
c) la resezione colica sec. Hartmann rimane la procedura di scelta nella stragrande maggioranza dei pazienti
d) l'approccio laparoscopico è controindicato dalla maggior parte degli autori

18. Un paziente con trauma addominale emodinamicamente stabile con reperto TAC di ematoma sottocapsulare epatico (<10% della superficie) ed aria libera intraperitoneale:

a) Può essere candidato a *non operative managment*
b) Deve essere sottoposto a procedura angiografica se disponibile od a trattamento chirurgico epatico.
c) Deve essere sottoposto a laparoscopia esplorativa vs laparotomia

Prova scritta estratta

Buoni [illegible]

d) Nessuna delle precedenti

19. Un paziente con trauma addominale emodinamicamente stabile con una lesione splenica sottocapsulare > 10% della superficie.

a) Può essere sottoposto a *non operative managment* con stretto monitoraggio clinico ed ematochimico.
b) Deve essere sottoposto a splenectomia d'urgenza.
c) Deve essere sottoposto ad esplorazione chirurgica d'urgenza.
d) Deve eseguire TAC addome con mdc a 4 ore di distanza dal trauma.

20. Nella colecistite acuta litiasica:

a) L'interventi di colecistectomia non dovrebbe essere proposto dopo 10 giorni dall'esordio dei sintomi.
b) Va sempre eseguito un approccio laparotomico
c) Va sempre eseguita una colangio-RMN preoperatoria
d) Il primo episodio va trattato con terapia antibiotica

21. Nella gestione della pancreatite acuta litiasica, secondo le linee guida AGA (American Gastroenterological Association) 2018:

a) è raccomandata la reintroduzione precoce della alimentazione per os, se tollerata;
b) la nutrizione per via enterale, qualora l'alimentazione per os non sia possibile, è preferibile alla nutrizione parenterale;
c) l'intervento chirurgico di colecistectomia deve essere proposto preferibilmente prima della dimissione del paziente;
d) tutte le precedenti

22. Quali tra i seguenti è considerato precursore del carcinoma spinocellulare cutaneo?

a) cheratosi attinica
b) malattia di Paget mammaria ed extramammaria
c) malattia di Bowen
d) tutti i precedenti

23. Quale delle seguenti affermazioni è falsa:

a) le ernie inguinali dirette si estrinsecano lateralmente ai vasi epigastrici
b) le ernie inguinali indirette sono più frequenti delle dirette
c) nel sesso femminile le ernie inguinali sono più frequenti delle crurali
d) la riparazione delle ernie inguinali va sempre eseguita con una protesi

24. In un paziente con quadro di shock emorragico qual è la prima cosa da fare?

a) posizionamento di catetere venoso centrale
b) richiedere emotrasfusione
c) inserire una via venosa periferica di largo calibro
d) infusione di colloidi

25. Quale delle seguenti manifestazioni cliniche del diverticolo di Meckel NON è tipica:

Prova scritta estratta

Bruni

a) occlusione intestinale
b) perforazione
c) melena
d) rettorragia

26. La rottura del mucocele appendicolare da origine:

a) mesotelioma peritoneale
b) carcinosi peritoneale primaria
c) Psedomixoma peritonei
d) Adenocarcinoma dell'appendice

27. La stazione 8 della linfoadenectomia per adenocarcinoma dello stomaco corrisponde a:

a) Linfonodi sottopilorici
b) Linfonodi dell'arteria gastrica di sinistra
c) Linfonodi dell'arteria epatica propria
d) Linfonodi dell'arteria epatica comune

28. L'ernia di Littré è:

a) Un tipo di ernia crurale
b) Un ernia inguinale contenente il diverticolo di Meckel
c) Un ernia congenita
d) Un ernia inguinale contenente l'appendice

29. I criteri radiologici TAC di Balthazar sono utilizzati nella:

a) pancreatite
b) diverticolite
c) lesione traumatica splenica
d) lesioni traumatica epatica

30. Un'immagine TAC addome di un ascesso pericolico da diverticolite che stadio di malattia di Hinchey è?

a) I
b) II
c) III
d) IV

Prova scritta estratta

Bruni

Prova scritta non estratta

Prova scritta n. 3

1. Qual è la percentuale di lesioni iatrogene delle vie biliari da colecistectomia laparoscopica riportata in letteratura?

a) 4-7%
b) 0.4-0.7%
c) 0.1-0.2%
d) 5-8%

2. Il 70-80% delle lesioni delle vie biliari durante la procedura di colecistectomia laparoscopica è dovuto a:

a) learning curve non completata
b) mancata identificazione della via biliare principale
c) mancata identificazione degli elementi ilari della colecisti prima di effettuare clippaggio, legatura e sezione di tali strutture
d)anomalie anatomiche

3. Il tronco di Henle è formato nel 60% dei casi da:

a) dalla vena gastroepiploica di destra, dalla vena colica destra superiore e dalla vena pancreatico duodenale inferiore che confluiscono in un unico tronco nella vena mesenterica superiore
b) dai rami sinistri dell'arteria colica media ed i rami marginali dell'arteria colica di sinistra
c) dalla vena pancreatico duodenale superiore ed i rami destri venosi della colica media
d) dalla vena colica media e dalla vena colica destra

4. In che percentuale l'arteria epatica destra deriva dall'arteria mesenterica superiore?

a) fino al 10% dei pazienti
b) fino al 5% dei pazienti
c) <1%
d) <0.5%

5. Negli adenocarcinomi della flessura colica di destra va eseguita la legatura dei vasi gastro-epiploici di destra:

a) solo se sono evidenti dei linfonodi patologici
b) solo se c'è un'infiltrazione del duodeno
c) mai
d) è sempre consigliata nei tumori della flessura destra

6. L'adenoma di CONN è causa di:

rtisolemia primaria
o primario con conseguente ipertensione arteriosa ed ipopotassemia
no primario con conseguente ipertensione arteriosa ed iperpotassemia
di sindrome di Cushing e virilizzazione.

Frase sovra non estratta

Buoni

7. Nei tumori del Cardias Siewert tipo III (vecchia classificazione) che tipo di intervento va eseguito?

a) Resezione esofago-gastrica sec Ivor – Lewis con asportazione dei linfonodi del mediastino inferiore e linfoadenectomia D2 addominale.
b) Esofagectomia totale con linfoadenectomia mediastinica.
c) Gastrectomia totale con linfoadencectomia D2.
d) Gastrectomia totale con resezione dell'esofago distale con linfoadenectomia D2.

8. Negli adenocarcinomi gastrici cT3 con o senza linfonodi patologici sospetti la chemioterapia peri-operatoria:

a) Può essere presa in considerazione come prima opzione terapeutica
b) Non va mai eseguita, l'intervento chirurgico di asportazione della malattia è sempre la prima opzione terapeutica
c) Va eseguita solo nei paziente asintomatici
d) Va eseguita solo nei tumori sottocardiali

9. Negli adenocarcinoma della flessura colica di sinistra quale tipo di intervento è consigliato:

a) emicolectomia destra allargata al trasverso distale con anastomosi ileo-discendente e preservazione dell'arteria colica di sinistra.
b) resezione dell'angolo colico sinistro con sezione all'origine dell'arteria colica di sinistra, del ramo ascendente colico sinistro e dei rami sinistri della colica media.
c) emicolectomia sinistra.
d) trasversectomia con linfoadectomia dei vasi colici di sinistra ed anastomosi colo-colica.

10. La manifestazione clinica più frequente nella MEN 1 è:

a) carcinoma midollare della tiroide
b) ulcere gastriche e duodenali multiple
c) l'iperparatiroidismo
d) le crisi ipertensive

11. Quali tra le seguenti rappresentano, rispettivamente, l'incidenza di TVP e TEP dopo chirurgia bariatrica?

a) 5-10%; 3-8%
b) 0,01-0,06%; 0,01-0,02%
c) 0,2-3,8%; 0,5-1,0%
d) 2,0-8,5%; 1,0-5,0%

12. Quale tra i seguenti è considerato fattore prognostico favorevole per la correzione dell'equilibrio glicemico nel paziente con DM tipo II sottoposto a chirurgia bariatrica?

a) C-peptide basale > 3 ng/mL
b) Storia di DM inferiore a 8 anni
c) DM in monoterapia per os
d) Tutte le precedenti

A.S.S.T. Lariana e Alto Lario
DGR n. 4467 del 10/12/15

Traccia scritta mai estratta

13. Quale tra i seguenti pazienti NON è candidabile a chirurgia bariatrica?

a) BMI 46 kg/m2 in presenza di disturbi della condotta alimentare
b) BMI 35 kg/m2 in presenza di DM tipo II
c) BMI 36 kg/m2 in presenza di OSAS
d) BMI 42 kg/m2 in presenza di disturbo bipolare non stabilizzato

14. Nel tumore del retto pT1 – SM3 il rischio di contestuali metastasi linfonodali è stimato attorno:

a) al 8,0%
b) 25%
c) 15%
d) 35%

15. Quale tra i seguenti è un criterio di esclusione per TEM (transanal endoscopic microsurgery) in un paziente con carcinoma del retto?

a) neoplasia interessante <30% della circonferenza del viscere
b) escissione a tutto spessore tecnicamente fattibile
c) presenza di linfonodi sospetti per metastasi alla RMN
d) neoformazione localizzata entro 8 cm dalla RA

16. ERAS (enanched recovery after surgery)

a) Ha lo scopo di permettere una dimissione precoce
b) Consiste in una serie di misure pre – intra e post-operatorie
c) Comporta un aumento delle riammissioni in ospedale dopo le dimissioni
d) tutte le precedenti

17. La revisione critica dell'uso del sondino naso-gastrico ha dimostrato che:

a) L'impiego nelle anastomosi esofago-digiunale o gastro-digiunale riduce la percentuale di deiescenze
b) La rimozione al termine della procedura chirurgica aumenta il rischio di polmoniti ab ingestis.
c) Deve essere mantenuto fino alla canalizzazione ai gas
d) nessuna delle precedenti

18. Dopo intervento di resezione intestinale in elezione l'alimentazione solida precoce

a) Va incoraggiata non appena tollerata
b) Comporta un rischio aumentato di deiescenza anastomotica
c) Va ripresa alla canalizzazione alle feci
d) Aumenta il tasso di morbilità

19. In una ragazza di 16 anni con colelitiasi la diagnosi più probabile è:

A.S.S.T. Valtellina e Alto Lario D.G.R. n. 4497 del 10/12/15

Prova scritta mai estratta

a) sferocitosi ereditaria
b) anemia emolitica acquisita
c) porpora trombocitopenica ideopatica
d) nessuna delle precedenti

20. Quale fra i seguenti non è un fattore eziologico di pancreatite acuta:

a) emocromatosi
b) alcolismo
c) ipercalcemia
d) iperlipemia

21. In quale dei seguenti visceri e spazi intraperitoneali non si reperta gas:

a) fondo gastrico
b) spazio sottodiaframmatico destro
c) Digiuno
d) Colon

22. Quale tra questi NON è un criterio di Ranson per la pancreatite acuta severa

a) Età superiore ai 55 anni
b) leucocitosi > 16000
c) Emoglobina inferiore a 9 g/dl
d) Azotemia > 180 mg/dl

23. In un paziente ricoverato per sospetta appendicite acuta quale fra i seguenti esami è più utile per la diagnosi:

a) conta dei leucociti
b) esame obiettivo
c) ecografia addome
d) TAC addome con mdc

24. Nel carcinoma spinocellare del canale anale qual è la sede più frequente di metastasi linfonodale

a) Lombo-aortici
b) Mesenterici inferiori
c) Inguinali
d) Mesenterici superiori

25. Quale è la sede più frequente dei GIST

a) Digiuno
b) Duodeno
c) Retto
d) Stomaco

26. Il trattamento più efficace dell'acalasia

Prova scritta non estratta

Buoni

a) Iniezione endoscopica sottomucosa di tossina botulinica
b) esofago-cardiomiotomia
c) Dilatazione pneumatica endoscopica
d) Plastica antireflusso laparoscopica

27. Caratteristica comune di shock settico, emorragico e cardiogeno è:

a) diminuita pressione atriale destra
b) Ipovolemia
c) Inadeguata perfusione tissutale
d) Riduzione della gittata cardiaca

28. L'ipotensione per shock emorragico si riscontra per perdita di sangue in volume percentuale di:

a) Del 10-15%
b) Del 15-30%
c) del 30-40%
d) Tutte le precedenti

29. Un paziente con quadro di occlusione intestinale deve essere sottoposto ad intervento chirurgico urgente se affetto da:

a) ileo paralitico
b) Livelli idroaerei ileali nel post-operatorio
c) sindrome di Olgivie
d) Nessuna delle precedenti

30. L'ernia che si manifesta nello spazio di Petersen

a) E' dovuta al passaggio di un'ansa ileale attraverso il foro di Winslow
b) E' un'ernia tra i muscoli retti ed obliquo esterno
c) E' un'ernia interna nello spazio posteriore alla gastro-digiunostomia
d) E' un raro tipo di ernia inguinale obliqua interna

Prova scritta non estratta

Buoni

Prova Scritta n. 1

1. Qual è la percentuale di lesioni iatrogene delle vie biliari da colecistectomia laparoscopica riportata in letteratura?

a) 4-7%
b) 0.4-0.7%
c) 0.1-0.2%
d) 5-8%

2. Il 70-80% delle lesioni delle vie biliari durante la procedura di colecistectomia laparoscopica è dovuto a:

a) learning curve non completata
b) mancata identificazione della via biliare principale
c) mancata identificazione degli elementi ilari della colecisti prima di effettuare clippaggio, legatura e sezione di tali strutture
d) anomalie anatomiche

3. Il tronco di Henle è formato nel 60% dei casi da:

a) dalla vena gastroepiploica di destra, dalla vena colica destra superiore e dalla vena pancreatico duodenale inferiore che confluiscono in un unico tronco nella vena mesenterica superiore
b) dai rami sinistri dell'arteria colica media ed i rami marginali dell'arteria colica di sinistra
c) dalla vena pancreatico duodenale superiore ed i rami destri venosi della colica media
d) dalla vena colica media e dalla vena colica destra

4. In che percentuale l'arteria epatica destra deriva dall'arteria mesenterica superiore?

a) fino al 10% dei pazienti
b) fino al 5% dei pazienti
c) <1%
d) <0.5%

5. Negli adenocarcinomi della flessura colica di destra va eseguita la legatura dei vasi gastro-epiploici di destra:

a) solo se sono evidenti dei linfonodi patologici
b) solo se c'è un'infiltrazione del duodeno
c) mai
d) è sempre consigliata nei tumori della flessura destra

6. L'adenoma di CONN è causa di:

a) Ipercortisolemia primaria
b)Iperaldosteronismo primario con conseguente ipertensione arteriosa ed ipopotassemia
c) Iperaldosteronismo primario con conseguente ipertensione arteriosa ed iperpotassemia
d) un quadro misto di sindrome di Cushing e virilizzazione.

Prova scritta non estratta

Bruni

7. Nei tumori del Cardias Siewert tipo III (vecchia classificazione) che tipo di intervento va eseguito?

a) Resezione esofago-gastrica sec Ivor – Lewis con asportazione dei linfonodi del mediastino inferiore e linfoadenectomia D2 addominale.
b) Esofagectomia totale con linfoadenectomia mediastinica.
c) Gastrectomia totale con linfoadencectomia D2.
d) Gastrectomia totale con resezione dell'esofago distale con linfoadenectomia D2.

8. Negli adenocarcinomi gastrici cT3 con o senza linfonodi patologici sospetti la chemioterapia peri-operatoria:

a) Può essere presa in considerazione come prima opzione terapeutica
b) Non va mai eseguita, l'intervento chirurgico di asportazione della malattia è sempre la prima opzione terapeutica
c) Va eseguita solo nei paziente asintomatici
d) Va eseguita solo nei tumori sottocardiali

9. Negli adenocarcinoma della flessura colica di sinistra quale tipo di intervento è consigliato:

a) emicolectomia destra allargata al trasverso distale con anastomosi ileo-discendente e preservazione dell'arteria colica di sinistra.
b) resezione dell'angolo colico sinistro con sezione all'origine dell'arteria colica di sinistra, del ramo ascendente colico sinistro e dei rami sinistri della colica media.
c) emicolectomia sinistra.
d) trasversectomia con linfoadectomia dei vasi colici di sinistra ed anastomosi colo-colica.

10. La manifestazione clinica più frequente nella MEN 1 è:

a) carcinoma midollare della tiroide
b) ulcere gastriche e duodenali multiple
c) l'iperparatiroidismo
d) le crisi ipertensive

11. Quali tra le seguenti rappresentano, rispettivamente, l'incidenza di TVP e TEP dopo chirurgia bariatrica?

a) 5-10%; 3-8%
b) 0,01-0,06%; 0,01-0,02%
c) 0,2-3,8%; 0,5-1,0%
d) 2,0-8,5%; 1,0-5,0%

12. Quale tra i seguenti è considerato fattore prognostico favorevole per la correzione dell'equilibrio glicemico nel paziente con DM tipo II sottoposto a chirurgia bariatrica?

a) C-peptide basale > 3 ng/mL
b) Storia di DM inferiore a 8 anni
c) DM in monoterapia per os

A.S.S.T. Alto Lario Valtellina e Valchiavenna D.G.R. n. 4487 del 10/12/15

Prova scritta mai estratta

d) Tutte le precedenti

13. Quale tra i seguenti pazienti NON è candidabile a chirurgia bariatrica?

a) BMI 46 kg/m2 in presenza di disturbi della condotta alimentare
b) BMI 35 kg/m2 in presenza di DM tipo II
c) BMI 36 kg/m2 in presenza di OSAS
d) BMI 42 kg/m2 in presenza di disturbo bipolare non stabilizzato

14. Nel tumore del retto pT1 – SM3 il rischio di contestuali metastasi linfonodali è stimato attorno:

a) al 8,0%
b) 25%
c) 15%
d) 35%

15. Quale tra i seguenti è un criterio di esclusione per TEM (transanal endoscopic microsurgery) in un paziente con carcinoma del retto?

a) neoplasia interessante <30% della circonferenza del viscere
b) escissione a tutto spessore tecnicamente fattibile
c) presenza di linfonodi sospetti per metastasi alla RMN
d) neoformazione localizzata entro 8 cm dalla RA

16. La TEM garantisce i medesimi outcome oncologici della TME?

a) fino a T1Sm3
b) No
c) solo in assenza di metastasi linfonodali
d) nelle neoplasie pT1Sm1 (cN0)

17. Quale tra i seguenti è considerato criterio di qualità tecnica per resezione del retto transaddominale con TME (total mesorectal excision)?

a) margine di resezione circonferenziale (CRM) > 1 mm
b) margine di resezione distale (DRM) > 2 cm dal limite inferiore della lesione (escluse le lesioni del retto basso)
c) parziale integrità della fascia mesorettale
d) tutte le risposte sono corrette

18. Nella classificazione di Rullier dei tumori del retto basso di tipo I:

a)possono essere trattati con resezione anteriore del retto, mucosectomia ed anastomosi colo-anale
b) nei casi di infiltrazione del muscolo elevatore dell'ano è possibile eseguire una resezione intersfinterica totale.
c) non va mai eseguita una terapia chemio e radioterapica neoadiuvante.
d) va sempre eseguito l'intervento di amputazione addomino-perineale sec. miles.

Prova scritta non estratta

19. Quale tra i seguenti casi NON è candidabile a Ta-TME (transanal total mesorectal excision)?

a) paziente maschio con BMI elevato
b) paziente con pelvi stretta e tumore del retto medio
c) paziente con tumore del retto basso tipo I sec. Rullier
d) paziente con tumore infiltrante il muscolo elevatore dell'ano

20. Quale delle seguenti affermazioni relative alla malattia M1 sincrona epatica nell'adenocarcinoma del colon è corretta?

a) l'ottenimento di una resezione R0 del primitivo è indispensabile nella pianificazione del trattamento della malattia metastatica
b) una resezione epatica maggiore (3 o più segmenti), quando necessaria, è da eseguirsi preferibilmente in simultanea con la resezione della malattia primitiva
c) l'approccio *liver first* è il primo step del trattamento del paziente con tumore primitivo stenosante
d) il debulking della malattia epatica può essere preso in considerazione prima dell'inizio di una terapia sistemica

21. Quale tra i seguenti items non rientra nella diagnosi della LARS (*Low Anterior Resection Syndrome* Score)?

a) incontinenza a feci liquide
b) incontinenza ai gas
c) numero di evacuazioni giornaliere
d) evacuazione dolorosa

22. Quale tra i seguenti è considerato fattore prognostico negativo nel carcinoma spinocellulare cutaneo?

a) recidiva locale
b) immunodepressione
c) tutte le risposte sono corrette
d) livello di Clark = 2 all'esame istologico

23. Quale tra le seguenti lesioni può essere trattata in modo oncologicamente sicuro con una resezione pancreatica *parenchyma-sparing* (es. enucleazione)?

a) una neoplasia neuroendocrina non funzionante della testa pancreatica di diametro 15 mm con Ki-67 1% all'EI ottenuto in corso di ecoendoscopia
b) un IPMN del dotto pancreatico principale del corpo pancreatico con diametro di 15 mm dotato di una componente solida all'imaging preoperatorio
c) un secondarismo pancreatico di melanoma maligno riscontrato in corso di f-up radiologico dopo resezione della lesione primitiva
d) tutte le precedenti

24. Quale tra le seguenti affermazioni relative alla diagnosi differenziale tra le neoplasie cistiche del pancreas è corretta?

Prova scritta non estratta

a) Il dosaggio del CEA su liquido cistico consente di differenziare lesioni maligne da quelle non-maligne
b) Il dosaggio del CEA e delle amilasi su liquido cistico è utile nella diagnosi differenziale tra lesioni mucinose e non-mucinose
c) Il dosaggio del CA 19,9 e delle amilasi su liquido cistico consente di differenziare lesioni maligne da quelle non-maligne
d) Il dosaggio del CA 19,9 su liquido cistico è utile nella diagnosi differenziale tra lesioni mucinose e non-mucinose

25. Nell'adenocarcinoma della testa pancreatica condizionante ittero ostruttivo alla diagnosi:

a) è sempre indicata la palliazione endoscopica dell'ittero prima di procedere ad intervento chirurgico resettivo
b) la palliazione endoscopica dell'ittero è riservata esclusivamente ai pazienti con malattia localmente non resecabili o candidati a chemioterapia neoadiuvante
c) la palliazione preoperatoria dell'ittero è consigliata quando per elevati valori di bilirubina, con ittero prolungato vi è sofferenza epatica secondaria
d) va sempre utilizzato uno stent biliare in materiale plastico

26. Nella diagnosi istologica di carcinoma della colecisti occasionale pTis o pT1a con margine del dotto cistico indenne è indicato:

a) Follow-up senza ulteriori procedure invasive o sistemiche.
b) Intervento di radicalizzazione con resezione epatica, linfoadenectomia, resezione del moncone del dotto cistico ed in alcuni casi la resezione della VBP e dei tramiti dei trocars usati per la colecistectomia;
c) chemioterapia adiuvante con gemcitabina
d) Nessuna delle precedente

27. Nel colangiocarcinoma perilare resecabile:

a) Vi è sempre indicazione a trattamento chirurgico resettivo
b) se il fegato residuo è inadeguato, è indicata embolizzazione portale con drenaggio biliare del fegato residuo
c) è comunque indicato trattamento sistemico preoperatorio ad intento neoadiuvante
d) l'insufficienza epatica secondaria a stasi protratta controindica una resezione radicale, rendendo necessario il confezionamento di bypass biliodigestivo a scopo palliativo

28. Nel paziente sottoposto a gastrectomia totale per carcinoma gastrico la splenectomia:

a) è associata ad una maggiore perdita ematica senza significativo incremento della morbidità postoperatoria
b) è necessaria poiché conferisce un significativo incremento della sopravvivenza a 5 anni
C) è indicata in presenza di infiltrazione della milza da parte della neoplasia e in caso di macroscopico coinvolgimento dei linfonodi splenici
c) tutte le precedenti

29. Nel tumore della giunzione esofago-gastrica tipo Siewert III:

A.S.T. Marche Nord Pesaro e Fano D.G.R. n. 4497 del 10/12/15

Prova scritta non estratta

a) l'intervento di scelta è rappresentato dalla esofago-gastrectomia totale con esofago-digiuno-anastomosi su ansa alla Roux
b) l'intervento dovrebbe interessare un tratto di esofago di almeno 5 cm al di sopra della estensione macroscopica del tumore con esame istologico estemporaneo della trancia di resezione
c) la linfoadenectomia raccomandata è la dissezione linfonodale D2 che viene associata all'asportazione dei linfonodi del mediastino inferiore
d) D)tutte le precedenti

30. Nel tumore della giunzione esofago-gastrica tipo Siewert II:

a) non esiste tuttora una standardizzazione dell'intervento chirurgico sia in termini di estensione della resezione esofago-gastrica che in termini di adeguatezza della linfoadenectomia
b) la resezione esofago-gastrica con approccio addominale e toracotomia destra (Ivor Lewis) è associata ad outcomes di sopravvivenza significativamente inferiori rispetto alle tecniche addominali
c) l'intervento di scelta è la gastrectomia totale con confezionamento di esofago-digiuno-anastomosi intratoracica
d) l'approccio mediante toracotomia sinistra con confezionamento di una esofago-gastroplastica è preferibile nei casi di infiltrazione gastrica estesa

A.S.S.T. Valtellina e Alto Lario D.G.R. n. 4497 del 10/12/15