PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TEST SSM 2025

A B ✓ D E

SVOLTA CON SOLUZIONI COMMENTATE

Il perché di ogni risposta

COSA TROVI IN QUESTO DOCUMENTO

Testo della prova SSM 2025 come distribuita ai candidati; il Ministero non l'ha pubblicata. Impaginazione, soluzioni e commenti di TestBuddy. Non è un documento ufficiale del MUR.

- I quesiti con le risposte in ordine casuale
- Sotto ogni quesito la risposta giusta e il perché di ogni risposta sbagliata

Domande	129 quesiti
Totale	**129 quesiti**

In questa versione ci sono **129 domande su 140** della prova, quelle con la nostra soluzione commentata; le altre (quasi tutte con un'immagine) le aggiungiamo appena pronte.

COME USARLA

1 · A TEMPO

Datti un minuto e mezzo a domanda, senza appunti, come all'esame.

2 · CORREGGI

Segna le risposte sbagliate e leggi il perché di ognuna, non solo la giusta.

3 · RIPASSA

Riprendi gli argomenti dove hai sbagliato di più e rifai le domande nell'app.

DOMANDE

1 **Un bambino di 5 anni nato a termine senza complicazioni perinatali, viene riferito al cardiochirurgo pediatrico per la presenza di un soffio cardiaco continuo rilevato durante una visita di routine. Non presenta sintomi significativi, ma la madre riferisce lieve affaticamento durante l'attività fisica. Nessuna storia di infezioni respiratorie ricorrenti o difficoltà di crescita. L'ecocardiogramma Doppler conferma la diagnosi di dotto arterioso pervio (PDA) con diametro di 3 mm, con shunt sinistro-destro e lieve dilatazione dell'atrio sinistro e del ventricolo sinistro. La via di accesso chirurgico elettiva per l'intervento di chiusura del dotto di Botallo pervio è una:**

A toracotomia postero-laterale destra nel V spazio intercostale

B toracotomia postero-laterale sinistra nel VII spazio intercostale

C sternotomia mediana longitudinale

D toracotomia anteriore sinistra nel VI spazio intercostale

E **toracotomia postero-laterale sinistra nel IV spazio intercostale**

Risposta giusta: E

Il dotto arterioso pervio collega l'aorta discendente all'arteria polmonare sinistra. La **toracotomia postero-laterale sinistra nel IV spazio intercostale** consente di esporlo per la chiusura chirurgica. Nel bambino descritto, lo shunt sinistro-destro è associato a una lieve dilatazione delle sezioni cardiache sinistre.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) toracotomia postero-laterale destra nel V spazio intercostale**: L'accesso dal lato destro non offre un'esposizione adeguata del dotto, situato a sinistra tra aorta e arteria polmonare.
- **B) toracotomia postero-laterale sinistra nel VII spazio intercostale**: Il VII spazio intercostale è troppo caudale per raggiungere agevolmente il dotto, che si trova nella porzione superiore del torace.
- **C) sternotomia mediana longitudinale**: La sternotomia mediana non è l'accesso elettivo per la chiusura chirurgica isolata del dotto; viene riservata a interventi che richiedono l'esposizione delle strutture cardiache anteriori.
- **D) toracotomia anteriore sinistra nel VI spazio intercostale**: L'accesso anteriore nel VI spazio intercostale è troppo basso e non permette un'esposizione ottimale del dotto.

2 **Un uomo di 75 anni affetto da cirrosi epatica HCV relata, esegue una TC addome con riscontro di nodulo epatico di 22 mm di diametro con il seguente comportamento contrasto-grafico: wash-in in fase arteriosa e wash-out in fase venosa. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Tumore di Klatskin
B Lesione vascolare
C Metastasi epatica da tumore del colon
D Iperplasia nodulare focale
E Epatocarcinoma

Risposta giusta: E

In un fegato cirrotico, un nodulo di 22 mm con **ipercaptazione arteriosa** e **wash-out venoso** è altamente indicativo di epatocarcinoma. Questa combinazione consente la **diagnosi non invasiva** quando il reperto è valutato con un esame multiphasico adeguato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tumore di Klatskin**: Il colangiocarcinoma ilare origina alla confluenza delle vie biliari e si presenta tipicamente con ostruzione biliare, non come un nodulo con questo profilo vascolare.
- **B) Lesione vascolare**: Un emangioma mostra di norma un'impregnazione periferica nodulare con progressivo riempimento centripeto, senza wash-out venoso.
- **C) Metastasi epatica da tumore del colon**: Le metastasi da carcinoma colorettale sono generalmente ipovascolari e non mostrano la combinazione tipica descritta in un fegato cirrotico.
- **D) Iperplasia nodulare focale**: L'iperplasia nodulare focale può captare contrasto in fase arteriosa, ma tende a diventare isodensa nelle fasi successive anziché mostrare wash-out.

---

3 **In un paziente affetto da epatocarcinoma quali sono le tre terapie potenzialmente curative di prima scelta per pazienti in stadio A secondo BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer)?**

A Chemioterapia, Termoablazione, Terapia biologica
B Resezione epatica, Ablazione, Chemioembolizzazione
C Resezione epatica, Chemioterapia, Immunoterapia
D Trapianto, Ablazione, Chemioembolizzazione
E Resezione epatica, Ablazione, Trapianto

Risposta giusta: E

Nello stadio A della classificazione BCLC, **resezione epatica**, **ablazione locale** e **trapianto di fegato** sono le tre opzioni potenzialmente curative. La scelta dipende da funzione epatica, ipertensione portale, caratteristiche del tumore e idoneità al trapianto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Chemioterapia, Termoablazione, Terapia biologica**: La chemioterapia e le terapie sistemiche non sostituiscono i trattamenti locali curativi nello stadio A.
- **B) Resezione epatica, Ablazione, Chemioembolizzazione**: La chemioembolizzazione non è una delle tre terapie curative di prima scelta nello stadio A; è impiegata soprattutto nello stadio intermedio.
- **C) Resezione epatica, Chemioterapia, Immunoterapia**: Chemioterapia e immunoterapia non sono terapie curative di prima scelta per l'epatocarcinoma in stadio A.
- **D) Trapianto, Ablazione, Chemioembolizzazione**: La chemioembolizzazione può essere usata come trattamento ponte al trapianto, ma non è una delle tre opzioni curative di prima scelta nello stadio A.

4 **Una paziente di 40 anni, portatrice di mutazione del gene BRCA1, attualmente sana, è in lista per intervento di mastectomia profilattica bilaterale (risk reducing). Quale strategia è la più appropriata fra le seguenti?**

A Sampling linfonodale
B Dissezione linfonodale ascellare
C Biopsia del linfonodo sentinella senza esame istologico estemporaneo
D Nessuna procedura sul cavo ascellare
E Biopsia del linfonodo sentinella con esame istologico intraoperatorio

Risposta giusta: D

Nella mastectomia profilattica di una donna sana, con **valutazione preoperatoria negativa** per neoplasia, non è indicata alcuna procedura ascellare. La probabilità di carcinoma invasivo occulto è bassa e non giustifica i rischi della chirurgia linfonodale. Un reperto sospetto richiederebbe invece un approfondimento diagnostico prima dell'intervento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sampling linfonodale**: Il prelievo di alcuni linfonodi ascellari non offre un beneficio nella paziente senza neoplasia accertata e la espone a morbilità non necessaria.
- **B) Dissezione linfonodale ascellare**: La dissezione ascellare non ha indicazione in assenza di un carcinoma invasivo diagnosticato e comporta un rischio evitabile di **linfedema**.
- **C) Biopsia del linfonodo sentinella senza esame istologico estemporaneo**: La biopsia del linfonodo sentinella non è raccomandata di routine nella mastectomia profilattica, anche se non si prevede un esame estemporaneo.
- **E) Biopsia del linfonodo sentinella con esame istologico intraoperatorio**: La biopsia del linfonodo sentinella non è indicata di routine; aggiungere un **esame intraoperatorio** non ne modifica l'appropriatezza.

5 **L'intervento di resezione di sigma secondo Hartmann per quadro di diverticolite acuta perforata con peritonite purulenta diffusa:**

A è una procedura chirurgica obsoleta poiché gravata da elevati rischi postoperatori e nessuna possibilità di future ricanalizzazioni

B rappresenta l'unica opzione terapeutica in pazienti giovani con diverticolite complicata Hinchey III senza fattori di rischio generali

C presenta una possibilità di ricanalizzazione minore rispetto a pazienti sottoposti a resezione con anastomosi colorettale protetta da ileostomia

D è riservato solo a casi di diverticolite non complicata Hinchey III-IV eseguibile solo con approccio laparotomico e non laparoscopico

E prevede la resezione di sigma con anastomosi colorettale ed ileostomia di protezione

Risposta giusta: C

Nella diverticolite perforata con peritonite purulenta diffusa, classificata **Hinchey III**, la procedura di Hartmann prevede la resezione del sigma, la chiusura del moncone rettale e una colostomia terminale. La **ricanalizzazione** è possibile, ma avviene meno spesso rispetto alla chiusura dell'ileostomia dopo resezione con anastomosi protetta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) è una procedura chirurgica obsoleta poiché gravata da elevati rischi postoperatori e nessuna possibilità di future ricanalizzazioni**: La procedura di Hartmann non è obsoleta: resta un'opzione, soprattutto nei pazienti instabili o ad alto rischio. La colostomia può essere chiusa con un successivo intervento.
- **B) rappresenta l'unica opzione terapeutica in pazienti giovani con diverticolite complicata Hinchey III senza fattori di rischio generali**: Nei pazienti giovani e stabili, senza importanti fattori di rischio, la resezione con anastomosi primaria, eventualmente protetta, è un'alternativa alla procedura di Hartmann.
- **D) è riservato solo a casi di diverticolite non complicata Hinchey III-IV eseguibile solo con approccio laparotomico e non laparoscopico**: Gli stadi Hinchey III e IV indicano una diverticolite **complicata**. L'intervento può essere eseguito anche per via laparoscopica in pazienti selezionati e da équipe esperte.
- **E) prevede la resezione di sigma con anastomosi colorettale ed ileostomia di protezione**: La procedura di Hartmann non prevede un'anastomosi immediata né un'ileostomia di protezione: termina con una **colostomia terminale**.

6 **La regressione/riduzione dell'insulino-resistenza e del diabete mellito di tipo 2 che si osserva dopo confezionamento di bypass gastrico su ansa alla Roux è dovuta:**

- **A** **principalmente all'aumentata secrezione dell'ormone GLP-1 (glucagon-like peptide 1)**
- B al minor introito di cibo per singolo pasto
- C unicamente al calo ponderale superiore a 20 kg conseguente all'intervento
- D unicamente al minor assorbimento degli zuccheri
- E al lungo digiuno postoperatorio

Risposta giusta: A

Il bypass gastrico su ansa alla Roux aumenta rapidamente la secrezione di **GLP-1** da parte delle cellule L intestinali. Questo ormone potenzia la secrezione insulinica dipendente dalla glicemia e riduce quella di glucagone. Il miglioramento glicemico può comparire prima di un **calo ponderale** significativo, anche se restrizione calorica e perdita di peso contribuiscono alla riduzione dell'insulino-resistenza.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) al minor introito di cibo per singolo pasto**: La riduzione dell'introito calorico contribuisce al miglioramento metabolico, ma non spiega da sola gli effetti ormonali del bypass.
- **C) unicamente al calo ponderale superiore a 20 kg conseguente all'intervento**: La perdita di peso contribuisce al miglioramento dell'insulino-resistenza, ma il controllo glicemico può migliorare prima di una perdita ponderale così marcata.
- **D) unicamente al minor assorbimento degli zuccheri**: Il bypass non agisce soltanto attraverso il malassorbimento dei carboidrati: modifica anche la risposta degli ormoni intestinali ai nutrienti.
- **E) al lungo digiuno postoperatorio**: Il digiuno può migliorare temporaneamente la glicemia, ma non spiega gli effetti metabolici persistenti dell'intervento.

---

7 **Quale delle seguenti è una controindicazione assoluta al trapianto di fegato per metastasi epatiche da adenocarcinoma del colon retto?**

- A Più di 5 lesioni epatiche
- **B** **Carcinosi peritoneale**
- C Malattia epatica bilobare
- D Estensione delle lesioni > 50% del parenchima epatico
- E Malattia epatica non resecabile

Risposta giusta: B

La **carcinosi peritoneale** indica diffusione tumorale extraepatica. Il trapianto per metastasi colorettali è riservato a pazienti **selezionati** con malattia confinata al fegato; la carcinosi peritoneale ne costituisce quindi una controindicazione assoluta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Più di 5 lesioni epatiche**: Un numero elevato di lesioni può peggiorare la prognosi, ma **non costituisce da solo** una controindicazione assoluta.
- **C) Malattia epatica bilobare**: La distribuzione **bilobare** può impedire la resezione epatica, ma non esclude di per sé il trapianto.
- **D) Estensione delle lesioni > 50% del parenchima epatico**: Un'estesa sostituzione del parenchima epatico è un **fattore prognostico sfavorevole**, ma non una controindicazione assoluta basata su questa soglia.
- **E) Malattia epatica non resecabile**: La **non resecabilità** delle metastasi epatiche è uno dei presupposti per considerare il trapianto in pazienti selezionati.

---

8 **Una paziente di 34 anni, con diagnosi di morbo di Crohn da 10 anni, si presenta in ambulatorio con dolore addominale cronico localizzato in fossa iliaca destra, diarrea intermittente e perdita di peso di circa 8 kg negli ultimi sei mesi. Poichè non risponde più adeguatamente alla terapia medica, si decide di procedere chirurgicamente. Tutte le seguenti procedure possono trovare indicazione nella terapia chirurgica del morbo di Crohn, TRANNE:**

A proctocolectomia
B colectomia totale con anastomosi ileo-rettale
C resezione segmentaria
D **miotomia extramucosa di Heller**
E stricturoplastica

Risposta giusta: D

La **miotomia extramucosa di Heller** è un intervento per l'**acalasia esofagea**, non per il morbo di Crohn. Consiste nella sezione delle fibre muscolari dello sfintere esofageo inferiore per facilitare il passaggio del cibo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) proctocolectomia**: L'asportazione di colon e retto può essere necessaria nella malattia colorettale grave e refrattaria, soprattutto se è coinvolto anche il retto.
- **B) colectomia totale con anastomosi ileo-rettale**: L'asportazione del colon con conservazione del retto può essere considerata nella malattia colica estesa se il retto è risparmiato.
- **C) resezione segmentaria**: La rimozione di un tratto intestinale malato è indicata in presenza di complicanze localizzate, come stenosi o fistole non controllabili con la terapia medica.
- **E) stricturoplastica**: L'ampliamento chirurgico delle stenosi consente di trattare restringimenti selezionati preservando la lunghezza dell'intestino.

9 **Un uomo di 65 anni si presenta in ambulatorio con astenia, perdita di peso non intenzionale e anemia sideropenica scoperta durante esami ematochimici di routine. Lamenta inoltre alterazioni dell'alvo, con episodi di diarrea alternati a stipsi. La TC addome e torace con mdc evidenzia una neoformazione localizzata al colon ascendente. Endoscopicamente e istologicamente si conferma la presenza di un adenocarcinoma di 5 cm, infiltrante, del colon ascendente. Quale tra i seguenti è il trattamento chirurgico più appropriato?**

A La resezione ileo-ciecale
B La colectomia totale
C La resezione segmentaria minima
D L'emicolectomia sinistra
E L'emicolectomia destra con linfoadenectomia

Risposta giusta: E

L'**emicolectomia destra con linfoadenectomia** è l'intervento oncologico indicato per un adenocarcinoma infiltrante del colon ascendente. Consente di asportare il tratto colico interessato con margini adeguati e i linfonodi regionali lungo i vasi di drenaggio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** La resezione ileo-ciecale non garantisce l'asportazione oncologicamente adeguata di un tumore del colon ascendente e dei suoi linfonodi regionali.
- **B)** La colectomia totale è più estesa del necessario per un tumore isolato del colon ascendente, in assenza di altre indicazioni specifiche.
- **C) La resezione segmentaria minima**: Una resezione segmentaria minima non assicura margini e **linfoadenectomia oncologica** adeguati per un adenocarcinoma infiltrante del colon ascendente.
- **D)** L'emicolectomia sinistra asporta un tratto di colon diverso da quello in cui si trova il tumore.

10 **Un uomo di 52 anni si presenta in Pronto Soccorso con ematemesi massiva e melena, insorte improvvisamente durante la notte. Il paziente riferisce una lunga storia di abuso alcolico e una diagnosi nota di cirrosi epatica. Al momento dell'arrivo è pallido, sudato, confuso ed emodinamicamente instabile. Viene diagnosticata una emorragia digestiva alta secondaria a rottura di varici esofagee. Qual è, in urgenza, il trattamento più indicato tra i seguenti?**

- **A** **Sonda di Sengstaken-Blakemore**
- **B** Introdurre una sonda di Dormia
- **C** Praticare una miotomia esofagea extramucosa sec. Heller
- **D** Impiantare una sonda di LeVeen per la derivazione peritoneo-venosa
- **E** Procedere in urgenza ad una fundo-plicatio sec. Nissen

Risposta giusta: A

La sonda di Sengstaken-Blakemore consente il **tamponamento temporaneo** delle varici sanguinanti mediante palloncini. Nell'emorragia massiva non controllata è una misura ponte, da usare mentre si organizza il trattamento definitivo. La gestione comprende rianimazione, farmaci vasoattivi, antibiotici e **legatura endoscopica** urgente; nei casi refrattari può essere necessario un TIPS.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Introdurre una sonda di Dormia**: La sonda di Dormia serve a recuperare calcoli o altri corpi estranei, non a tamponare un'emorragia varicosa.
- **C) Praticare una miotomia esofagea extramucosa sec. Heller**: La miotomia di Heller tratta l'acalasia esofagea e non è indicata nell'emorragia varicosa.
- **D) Impiantare una sonda di LeVeen per la derivazione peritoneo-venosa**: La derivazione peritoneo-venosa è stata utilizzata per l'ascite refrattaria, non per arrestare il sanguinamento da varici esofagee.
- **E) Procedere in urgenza ad una fundo-plicatio sec. Nissen**: La fundoplicatio di Nissen è un intervento antireflusso e non controlla il sanguinamento da varici esofagee.

11 **Un uomo di 58 anni si presenta in Pronto Soccorso con un forte dolore addominale improvviso generalizzato insorto circa 6 ore prima. Riferisce una storia di ulcera peptica trattata episodicamente con antiacidi, ma senza controlli recenti. Assume antinfiammatori non steroidei per dolori muscolari. Non ha febbre né vomito, ma riferisce nausea. A seguito di accertamenti viene posta diagnosi di perforazione del tubo gastro-intestinale, il cui segno patognomonico tra i seguenti è:**

- A **pneumoperitoneo**
- B contrattura dei muscoli addominali
- C leucocitosi
- D febbre
- E aumento della frequenza cardiaca

Risposta giusta: A

Il **pneumoperitoneo** indica la presenza di aria libera nella cavità peritoneale. Nel contesto di un dolore addominale acuto, è il segno più caratteristico di **perforazione di un viscere cavo**. Può essere rilevato con una radiografia o, con maggiore sensibilità, con una TC.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) contrattura dei muscoli addominali**: La contrattura addominale segnala **irritazione peritoneale**, che può avere anche altre cause.
- **C) leucocitosi**: La leucocitosi è una risposta infiammatoria aspecifica e non identifica una perforazione.
- **D) febbre**: La febbre può comparire con l'evoluzione della peritonite, ma può essere assente nelle prime ore.
- **E) aumento della frequenza cardiaca**: La tachicardia può accompagnare dolore intenso, disidratazione o shock, ma non è specifica della perforazione.

12 **Il riscontro ecografico addominale di una immagine “a coccarda” in un lattante deve porre il sospetto diagnostico di:**

A presenza di fecaloma
B stenosi ipertrofica del piloro
C **invaginazione intestinale**
D neuroblastoma
E idronefrosi

Risposta giusta: C

L’immagine ecografica **a coccarda** è il segno caratteristico dell’**invaginazione intestinale** in sezione trasversale. Deriva dalla sovrapposizione concentrica del segmento intestinale che penetra in quello adiacente. Nel lattante, il sospetto richiede una tempestiva valutazione clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) presenza di fecaloma**: Un fecaloma può produrre un’immagine ecografica iperecogena con ombra acustica, ma non la stratificazione concentrica tipica dell’invaginazione.
- **B) stenosi ipertrofica del piloro**: La stenosi ipertrofica del piloro mostra ispessimento del muscolo pilorico e allungamento del canale. Anche il piloro può avere un aspetto ad anelli in sezione trasversale, ma il reperto descritto, senza indicazione della sede pilorica, orienta classicamente verso l’invaginazione intestinale.
- **D) neuroblastoma**: Il neuroblastoma appare generalmente come una massa solida eterogenea, talvolta con calcificazioni, non come un’immagine intestinale a coccarda.
- **E) idronefrosi**: L’idronefrosi si manifesta con dilatazione della pelvi e dei calici renali, non con anelli intestinali concentrici.

13 **Una ragazza di 25 anni viene visitata dal chirurgo plastico per neoformazione del padiglione auricolare insorta 1 mese dopo la esecuzione di piercing e stabile nel successivo anno senza variazioni del suo aspetto. Appare come una neoformazione, di colorito rossastro, di consistenza aumentata e pruriginosa. Quale è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Carcinoma squamocellulare
B Cisti sebacea
C Melanoma
D Ernia auricolare
E Cheloide

Risposta giusta: E

Il **cheloide** è una proliferazione fibrosa della cicatrice che può comparire dopo un **piercing auricolare**. L'insorgenza dopo il trauma, la consistenza aumentata, il colorito rossastro e il **prurito** sono caratteristiche compatibili. La lesione può rimanere stabile nel tempo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Carcinoma squamocellulare**: Il carcinoma squamocellulare tende a crescere progressivamente e può presentare una superficie cheratosica o ulcerata. La comparsa dopo un piercing e la successiva stabilità sono meno suggestive.
- **B) Cisti sebacea**: La cisti sebacea si presenta generalmente come un nodulo sottocutaneo, talvolta con un'apertura centrale, piuttosto che come una proliferazione cicatriziale pruriginosa.
- **C) Melanoma**: Il melanoma può presentarsi anche senza pigmento, ma la comparsa in sede di piercing e l'aspetto di nodulo cicatriziale stabile lo rendono meno probabile.
- **D) Ernia auricolare**: L'ernia auricolare non è una diagnosi tipica per una neoformazione cutanea comparsa dopo un piercing. Il quadro descritto è più coerente con una cicatrice patologica.

14 **Un uomo di 62 anni, ex fumatore, si presenta con raucedine persistente insorta gradualmente da circa due mesi. Riferisce inoltre affaticamento nel parlare per periodi prolungati e lieve difficoltà a respirare durante sforzi intensi. Non sono presenti disfagia né dolore toracico. Nega febbre, calo ponderale o altri sintomi sistemici. La laringoscopia diretta evidenzia una paralisi della corda vocale sinistra in posizione paramediana, mentre la TC torace e collo con mezzo di contrasto mostra una massa mediastinica sinistra a livello della finestra aorto-polmonare. Qual è il sintomo tipico della lesione monolaterale del nervo ricorrente?**

A Odinofagia
B Tosse
C Disartria
D **Disfonia**
E Laringodinia

Risposta giusta: D

La lesione del **nervo laringeo ricorrente** provoca una **paralisi monolaterale** della corda vocale. La chiusura incompleta della glottide altera la fonazione e causa **disfonia**, spesso accompagnata da affaticamento vocale. Il nervo ricorrente sinistro decorre nella finestra aorto-polmonare, dove può essere compresso da una massa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Odinofagia**: Il dolore durante la deglutizione non è una manifestazione tipica della lesione isolata del nervo ricorrente.
- **B) Tosse**: Una chiusura glottica inefficace può rendere la tosse debole, ma il disturbo tipico è l'alterazione della voce.
- **C) Disartria**: Un disturbo dell'articolazione delle parole indica un problema motorio diverso dalla paralisi di una corda vocale.
- **E) Laringodinia**: Il dolore laringeo non è il sintomo caratteristico di una paralisi della corda vocale, che compromette soprattutto la fonazione.

15 **Un aneurisma dell'aorta addominale sotto-renale di 7 centimetri asintomatico viene scoperto in un uomo di 70 anni che non ha altre problematiche di salute. Il programma terapeutico appropriato consiste in:**

- **A** **correzione in elezione dell'aneurisma**
- **B** correzione in emergenza
- **C** correzione solo se insorge sintomatologia
- **D** esclusivamente terapia antiaggregante
- **E** esclusivamente terapia antiipertensiva

Risposta giusta: A

Un **diametro di 7 cm** supera la **soglia di 5,5 cm** oltre la quale, nell'uomo, è generalmente indicata la riparazione dell'aneurisma. Poiché il paziente è asintomatico e non presenta altre problematiche di salute, è appropriata una **correzione elettiva**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) correzione in emergenza**: In assenza di rottura o sintomi acuti non è indicato un intervento in emergenza.
- **C) correzione solo se insorge sintomatologia**: Attendere la comparsa di sintomi esporrebbe il paziente al rischio di rottura di un aneurisma già molto grande.
- **D) esclusivamente terapia antiaggregante**: La terapia antiaggregante può essere indicata per altre condizioni cardiovascolari, ma non elimina il rischio di rottura dell'aneurisma.
- **E) esclusivamente terapia antiipertensiva**: Il controllo pressorio riduce il rischio cardiovascolare, ma non sostituisce la riparazione di un aneurisma di queste dimensioni.

16 **A un paziente di 47 anni viene riscontrata una retinopatia ipertensiva durante esecuzione di un fundus oculi. La misurazione della pressione arteriosa risulta 160/105 mmHg. Tale valore viene confermato da altre due misurazioni durante la settimana. Nel caso in cui l'ipertensione fosse secondaria a una stenosi dell'arteria renale, l'opzione terapeutica più appropriata, tra le seguenti, sarebbe:**

A assunzione di ACE-inibitori in monoterapia
B assunzione di ACE-inibitori associati a diuretici
C una dieta iposodica
D una correzione della stenosi dell'arteria renale
E assunzione di Sartani associati a beta-bloccanti

Risposta giusta: D

La stenosi dell'arteria renale può causare **ipertensione renovascolare**. Se la stenosi è emodinamicamente significativa e il paziente è un candidato appropriato, la sua **correzione** tratta la causa dell'ipertensione. La rivascolarizzazione è particolarmente indicata nella displasia fibromuscolare; nella stenosi aterosclerotica si riserva a casi selezionati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) assunzione di ACE-inibitori in monoterapia**: Un ACE-inibitore può essere impiegato in una stenosi unilaterale con monitoraggio, ma la monoterapia non corregge la lesione vascolare e può non bastare per controllare la pressione.
- **B) assunzione di ACE-inibitori associati a diuretici**: ACE-inibitori e diuretici possono essere utili nel controllo pressorio, ma non correggono la stenosi. Gli ACE-inibitori richiedono cautela e monitoraggio della funzione renale, soprattutto in caso di stenosi bilaterale.
- **C) una dieta iposodica**: La riduzione del sodio è una misura utile nell'ipertensione, ma da sola non tratta una causa renovascolare.
- **E) assunzione di Sartani associati a beta-bloccanti**: Sartani e beta-bloccanti possono abbassare la pressione, ma non correggono la stenosi. Anche i sartani richiedono cautela e monitoraggio della funzione renale, soprattutto in caso di stenosi bilaterale.

17 **La neoplasia ginecologica con maggiore mortalità è il cancro:**

A della mammella
B dell'endometrio
C **dell'ovaio**
D della vulva
E della cervice uterina

Risposta giusta: C

In Italia, il carcinoma dell'ovaio è la neoplasia dell'apparato genitale femminile con la **maggiore mortalità**. La diagnosi avviene spesso in **stadio avanzato**, perché i sintomi iniziali sono poco specifici e non esiste uno screening efficace per la popolazione generale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) della mammella**: Il carcinoma mammario può causare più decessi in valore assoluto, ma non è una neoplasia dell'apparato genitale femminile.
- **B) dell'endometrio**: Il carcinoma endometriale causa meno decessi in Italia. Il sanguinamento uterino anomalo ne favorisce spesso la diagnosi precoce.
- **D) della vulva**: Il carcinoma vulvare è relativamente raro e causa meno decessi.
- **E) della cervice uterina**: In Italia, il carcinoma cervicale causa meno decessi. Screening e vaccinazione contro l'HPV ne riducono l'impatto.

---

18 **Si presenta in Pronto Soccorso una paziente di 67 anni, in menopausa spontanea dall'età di 52 anni, obesa, con sanguinamento genitale da circa 3 giorni. Riferisce di aver avuto un episodio analogo circa 4 mesi prima. All'esame speculare, il collo dell'utero e la mucosa vaginale appaiono regolari con assenza di sanguinamenti in atto. L'esame ecografico transvaginale rivela un endometrio disomogeneo con spessore, aumentato, di circa 20 mm e annessi bilateralmente nella norma per età. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Tumore dell'endocervice
B Ripresa dell'attività ovarica
C **Iperplasia/carcinoma dell'endometrio**
D Mioma uterino sottosieroso
E Tumore dell'ovaio

Risposta giusta: C

Il **sanguinamento postmenopausale** ricorrente, associato a obesità e a un **endometrio disomogeneo di 20 mm**, rende più probabile un'iperplasia o un carcinoma endometriale. L'ecografia non distingue con certezza le due condizioni: è necessario un **campionamento endometriale** per la diagnosi istologica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tumore dell'endocervice**: Una lesione del canale cervicale non spiega direttamente l'endometrio ispessito e disomogeneo; il collo appare inoltre regolare all'esame speculare.
- **B) Ripresa dell'attività ovarica**: A 15 anni dalla menopausa, una ripresa fisiologica della funzione ovarica non è una spiegazione plausibile del sanguinamento.
- **D) Mioma uterino sottosieroso**: Una lesione sottosierosa interessa prevalentemente la superficie esterna dell'utero e difficilmente spiega il marcato ispessimento endometriale.
- **E) Tumore dell'ovaio**: Gli annessi sono ecograficamente nella norma e il reperto predominante riguarda l'endometrio, non le ovaie.

19 **Una paziente di 36 anni, che ha un partner stabile da anni, ha recentemente effettuato alcuni esami del sangue, con riscontro di mutazione del fattore V di Leiden. Si rivolge al suo ginecologo di fiducia perché desidererebbe una terapia contraccettiva ormonale. Quali tra i seguenti contraccettivi può essere preso in considerazione?**

A Contraccettivo orale combinato con etinilestradiolo e progestinico
B Contraccettivo orale combinato con estradiolo valerato e progestinico
C Cerotto anticoncezionale
D **Dispositivo intrauterino medicato al progestinico**
E Anello vaginale

Risposta giusta: D

La mutazione del fattore V di Leiden è una **trombofilia ereditaria** che aumenta il rischio di tromboembolismo venoso. Il dispositivo intrauterino al progestinico non contiene estrogeni e può essere preso in considerazione anche in questa condizione. La scelta va comunque personalizzata in base alla storia clinica della paziente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Contraccettivo orale combinato con etinilestradiolo e progestinico**: L'etinilestradiolo aumenta il **rischio tromboembolico**. La sua associazione con un progestinico è controindicata nelle portatrici della mutazione del fattore V di Leiden.
- **B) Contraccettivo orale combinato con estradiolo valerato e progestinico**: L'estradiolo valerato è un estrogeno. Anche questa formulazione combinata è controindicata in presenza di **trombofilia nota**.
- **C) Cerotto anticoncezionale**: Espone a un estrogeno per via transdermica. La mutazione del fattore V di Leiden rende **controindicata** questa forma di contraccezione combinata.
- **E) Anello vaginale**: Contiene un estrogeno ed è un **contraccettivo combinato**. La trombofilia nota ne controindica l'uso per l'aumento del rischio tromboembolico.

20 **In caso di primo riscontro di HPV-DNA test positivo per HPV 16 in una paziente di 45 anni, cosa è opportuno eseguire come primo esame di approfondimento tra i seguenti?**

A Colposcopia con biopsia

B Non sono necessari ulteriori esami in quanto il Papillomavirus umano è endemico nella popolazione di età superiore ai 40 anni

C Esame citologico sullo stesso campione

D Isteroscopia con biopsia

E Ecografia transvaginale

Risposta giusta: C

Nello screening con test HPV, un primo test positivo si approfondisce con la **citologia di triage** (Pap-test) eseguita **sullo stesso campione** già prelevato, senza richiamare la donna per un nuovo prelievo. Se la citologia è anormale si passa alla colposcopia; se è negativa si ripete il test HPV dopo un anno. Così si evitano colposcopie e biopsie inutili in un'infezione che spesso regredisce da sola.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Colposcopia con biopsia**: La colposcopia con biopsia è il secondo passo, dopo una citologia di triage anormale o una persistenza dell'HPV al controllo; come primo esame porterebbe a molte procedure invasive non necessarie.
- **B) Non sono necessari ulteriori esami in quanto il Papillomavirus umano è endemico nella popolazione di età superiore ai 40 anni**: L'HPV 16 è il genotipo a **più alto rischio oncogeno**: la positività non si ignora a nessuna età e richiede sempre un approfondimento secondo l'algoritmo dello screening.
- **D) Isteroscopia con biopsia**: L'isteroscopia esplora la cavità uterina e serve per la patologia endometriale, non per le lesioni della cervice legate all'HPV, che nascono nella zona di trasformazione.
- **E) Ecografia transvaginale**: L'ecografia transvaginale studia utero e ovaie ma non vede le lesioni epiteliali precancerose del collo dell'utero.

21 **Una paziente di 28 anni si presenta dal medico lamentando dismenorrea intensa da qualche anno, accompagnata ultimamente da dispareunia profonda e dischezia che peggiora durante la mestruazione. La paziente riferisce uno sviluppo regolare dei caratteri sessuali secondari e un menarca a 13 anni. Non assume attualmente alcuna terapia farmacologica e l'anamnesi patologica remota risulta muta. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Malattia emorroidaria
B Malattia infiammatoria pelvica
C Polipi endometriali
D Fibroma uterino
E Endometriosi

Risposta giusta: E

La combinazione di **dismenorrea intensa**, **dispareunia profonda** e **dischezia ciclica** è tipica dell'endometriosi. Il peggioramento della dischezia durante le mestruazioni suggerisce un possibile interessamento del compartimento posteriore della pelvi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia emorroidaria**: La malattia emorroidaria può causare dolore o sanguinamento durante la defecazione. Non giustifica la dismenorrea e la dispareunia profonda.
- **B) Malattia infiammatoria pelvica**: La malattia infiammatoria pelvica causa dolore pelvico, spesso associato a dolorabilità cervicale, secrezioni anomale o febbre. Il peggioramento ciclico della dischezia è meno caratteristico.
- **C) Polipi endometriali**: I polipi endometriali si manifestano soprattutto con sanguinamenti uterini anomali. Non spiegano tipicamente la dispareunia profonda e la dischezia legata alle mestruazioni.
- **D) Fibroma uterino**: Il fibroma uterino può causare mestruazioni abbondanti, dolore o sintomi da compressione. L'associazione di dispareunia profonda e dischezia ciclica orienta maggiormente verso l'endometriosi.

22 **Una paziente di 75 anni, con BMI 28, forte fumatrice e madre di 3 figli nati da parto vaginale, si presenta dal medico riferendo perdita involontaria di urina in caso di colpi di tosse e starnuti, in assenza di altri sintomi o segni rilevanti. Quale fra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Incontinenza da urgenza
B Cistite interstiziale
C Cistite batterica
D Endometriosi vescicale
E Incontinenza da stress (SUI)

Risposta giusta: E

Le perdite durante tosse e starnuti sono tipiche dell'**incontinenza urinaria da sforzo**: l'aumento della pressione addominale supera la capacità di chiusura uretrale. Età, parti vaginali e sovrappeso sono fattori predisponenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Incontinenza da urgenza**: La perdita urinaria sarebbe preceduta da un **bisogno improvviso e impellente** di urinare, che qui non è riferito.
- **B) Cistite interstiziale**: Questa condizione si manifesta soprattutto con **dolore vescicale cronico** associato a urgenza o frequenza minzionale.
- **C) Cistite batterica**: Un'infezione urinaria si associa di solito a **disuria e aumento della frequenza** minzionale, assenti nel caso descritto.
- **D) Endometriosi vescicale**: La localizzazione vescicale dell'endometriosi è improbabile a 75 anni e può causare dolore o ematuria, non perdite provocate dalla tosse.

23 **Quale tra le seguenti affermazioni sulla gonadotropina corionica umana NON è corretta?**

A Mantiene livelli plasmatici costanti per tutta la durata della gravidanza
B Raggiunge il picco plasmatico a 10 settimane
C Previene l'involuzione del corpo luteo fino alla produzione di progesterone da parte della placenta
D È prodotta dalle cellule trofoblastiche
E È probabilmente coinvolta nell'eziopatogenesi della nausea in gravidanza

Risposta giusta: A

I livelli plasmatici di **hCG non restano costanti** durante la gravidanza. Aumentano rapidamente nel primo trimestre, raggiungono un picco intorno alla decima settimana e poi diminuiscono, stabilizzandosi su valori inferiori.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Raggiunge il picco plasmatico a 10 settimane**: Il picco plasmatico dell'hCG si osserva intorno alla decima settimana di gravidanza.
- **C) Previene l'involuzione del corpo luteo fino alla produzione di progesterone da parte della placenta**: L'hCG sostiene il **corpo luteo** e la secrezione di progesterone finché la placenta non ne assume la produzione.
- **D) È prodotta dalle cellule trofoblastiche**: L'hCG è prodotta dal trofoblasto, in particolare dal **sinciziotrofoblasto**.
- **E) È probabilmente coinvolta nell'eziopatogenesi della nausea in gravidanza**: L'hCG è associata alla nausea gravidica e può contribuire alla sua comparsa, sebbene il meccanismo non sia completamente chiarito.

24 **Una paziente di 34 anni, nulligravida, si reca dal curante perché ha intenzione di iniziare la ricerca di una gravidanza. Oltre a prescriverle alcuni esami preconcezionali, il curante le consiglia la supplementazione di acido folico. Per quale ragione è importante mantenere livelli adeguati di acido folico nel periodo periconcezionale?**

A Riduce il rischio di parto pretermine
B Riduce il rischio di patologie del trofoblasto
C **Riduce il rischio di difetti del tubo neurale**
D Riduce il rischio di ipertensione gestazionale
E Riduce il rischio di anidramnios

Risposta giusta: C

L'acido folico assunto nel periodo periconcezionale riduce il rischio di **difetti del tubo neurale**, come spina bifida e anencefalia. Il tubo neurale si chiude nelle prime settimane di sviluppo, spesso prima che la gravidanza sia riconosciuta. Per questo si raccomanda di iniziare la supplementazione **prima del concepimento**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Riduce il rischio di parto pretermine**: L'acido folico non viene prescritto nel periodo periconcezionale come misura specifica per prevenire il parto pretermine. Il suo beneficio preventivo consolidato riguarda lo sviluppo del tubo neurale.
- **B) Riduce il rischio di patologie del trofoblasto**: Le patologie del trofoblasto non sono prevenute dalla supplementazione periconcezionale di acido folico. Non esiste un'indicazione a prescriverlo con questo obiettivo.
- **D) Riduce il rischio di ipertensione gestazionale**: La supplementazione di acido folico non è raccomandata per prevenire l'ipertensione gestazionale. La prevenzione nelle pazienti a rischio si basa su interventi specifici, come l'aspirina a basse dosi quando indicata.
- **E) Riduce il rischio di anidramnios**: L'anidramnios può dipendere, tra le altre cause, da anomalie renali fetali o dalla rottura delle membrane. La supplementazione di acido folico non è una misura di prevenzione riconosciuta.

26 **Un paziente di 75 anni presenta da alcuni mesi incertezza della marcia, incontinenza urinaria e deficit della memoria a breve termine. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Ematoma sottodurale cronico
B Corea di Huntington
C Craniostenosi
D Sindrome di Chiari di tipo 1
E Idrocefalo normoteso

Risposta giusta: E

L'associazione di **disturbo della marcia**, **incontinenza urinaria** e **deficit cognitivo** nell'anziano è la triade tipica dell'**idrocefalo normoteso**. Il disturbo della marcia è spesso il sintomo più precoce e prominente. La diagnosi si approfondisce con neuroimaging e valutazione della risposta alla sottrazione di liquor.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ematoma sottodurale cronico**: Può provocare deterioramento cognitivo e difficoltà della marcia nell'anziano, ma la triade descritta è più caratteristica dell'idrocefalo normoteso.
- **B) Corea di Huntington**: È caratterizzata soprattutto da movimenti coreici e alterazioni cognitive e psichiatriche, non dalla triade descritta.
- **C) Craniostenosi**: La fusione prematura delle suture craniche è una condizione dell'età pediatrica, non una causa tipica di questa triade nell'anziano.
- **D) Sindrome di Chiari di tipo 1**: Può causare instabilità della marcia, ma si associa più spesso a cefalea occipitale e sintomi da compressione del tronco encefalico.

---

27 **Quale di queste condizioni NON rientra tra le cause di leucocoria nel bambino?**

A Glaucoma congenito
B Retinoblastoma
C Cataratta congenita
D Retinopatia del prematuro
E Malattia di Coats

Risposta giusta: A

Il glaucoma congenito causa soprattutto **edema corneale**, aumento del diametro corneale e fotofobia. Non è una causa tipica di **leucocoria**, che indica un riflesso pupillare biancastro dovuto a patologie del cristallino o del segmento posteriore.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Retinoblastoma**: Una massa tumorale retinica può manifestarsi con leucocoria, spesso rilevata nelle fotografie con flash.
- **C) Cataratta congenita**: L'opacità del cristallino può produrre leucocoria già alla nascita.
- **D) Retinopatia del prematuro**: La proliferazione fibrovascolare retinica può provocare **distacco di retina** e un riflesso pupillare bianco.
- **E) Malattia di Coats**: L'essudazione retinica massiva può rendersi visibile attraverso la pupilla come riflesso biancastro.

28 **Un uomo di 45 anni giunge in Pronto Soccorso a seguito di un incidente stradale. Lamenta dolore e visione offuscata all'occhio destro. All'esame obiettivo la motilità oculare risulta nella norma. All'esame alla lampada a fessura del segmento anteriore dell'occhio destro si apprezza iperemia congiuntivale e una ferita penetrante sclerale temporale. L'esame del fondo oculare mostra la presenza di un corpo estraneo di aspetto metallico all'interno della camera vitrea. Quale dei seguenti esami è controindicato in tale situazione?**

A Optical Coherence Tomography (OCT)

B Misurazione della acuità visiva

C **RM encefalo e orbite**

D Ecografia bulbare

E TC encefalo e orbite

Risposta giusta: C

La **RM è controindicata** quando è presente un corpo estraneo intraoculare potenzialmente ferromagnetico. Il campo magnetico può spostarlo e aggravare la lesione oculare. La **TC delle orbite** è l'esame di riferimento per localizzarlo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Optical Coherence Tomography (OCT)**: L'**OCT è non invasiva** e non espone il corpo estraneo a un campo magnetico, sebbene la ferita e l'opacità dei mezzi possano limitarne l'utilità.
- **B) Misurazione della acuità visiva**: L'**acuità visiva** può essere valutata senza comprimere l'occhio ed è utile per documentare la funzione visiva iniziale.
- **D) Ecografia bulbare**: L'ecografia può aiutare a valutare il segmento posteriore, ma in presenza di una ferita aperta **va evitata prima della riparazione** se la sonda esercita pressione sul bulbo. Non presenta il rischio magnetico della RM.
- **E) TC encefalo e orbite**: La **TC è indicata** nel sospetto di corpo estraneo intraoculare metallico e consente di valutarne sede e caratteristiche.

29 **Una donna di 70 anni affetta da Fibrillazione Atriale è in terapia con Amiodarone. Quale delle seguenti condizioni può essere un effetto collaterale oculare associato all'assunzione di tale farmaco?**

A Anomalie retiniche pigmentarie a "sale e pepe"

B **Cornea verticillata**

C Effusione ciliare

D Uveite anteriore acuta

E Cataratta corticale

Risposta giusta: B

L'amiodarone può causare **depositi corneali** con disposizione a vortice, detti cornea verticillata. Sono spesso bilaterali e asintomatici; talvolta provocano aloni o lieve offuscamento visivo. Di norma regrediscono dopo la sospensione del farmaco.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Anomalie retiniche pigmentarie a "sale e pepe"**: Il reperto pigmentario retinico a chiazze non è un effetto oculare caratteristico dell'amiodarone.
- **C) Effusione ciliare**: L'accumulo di liquido nel corpo ciliare è associato ad altri farmaci, tra cui il topiramato, e può provocare una chiusura secondaria dell'angolo.
- **D) Uveite anteriore acuta**: L'infiammazione acuta del segmento anteriore non è una tossicità oculare tipica dell'amiodarone.
- **E) Cataratta corticale**: L'opacità corticale del cristallino è frequente con l'invecchiamento, ma non è l'effetto oculare caratteristico dell'amiodarone.

30 **Un bambino di 6 anni viene condotto a visita ortopedica dalla madre che riferisce di aver osservato una comparsa di difficoltà a camminare del bambino insorta acutamente pochi giorni prima. All'esame obiettivo si evidenzia una zoppia di fuga a sinistra con articolarità dell'anca corrispondente limitata sia in flesso-estensione che nelle rotazioni interna ed esterna. Non è presente febbre, lo stato di salute generale è conservato e la cute in corrispondenza dell'anca non presenta rossore o calore al tatto e all'ispezione. L'esame radiografico del bacino e delle anche è negativo. Nell'anamnesi patologica prossima è presente un'infezione del tratto respiratorio superiore risoltasi da circa 5 giorni. In base a questi elementi, quale fra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Sinovite transitoria dell'anca**
- **B** Epifisiolisi acuta dell'anca
- **C** Coxite settica
- **D** Malattia di Legg-Calvè-Perthes
- **E** Condroblastoma del nucleo epifisario prossimale del femore

Risposta giusta: A

La **sinovite transitoria** causa una zoppia acuta nel bambino, spesso dopo un'**infezione respiratoria recente**. Lo stato generale conservato e l'**assenza di febbre** la rendono la diagnosi più probabile. Le radiografie possono essere normali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Epifisiolisi acuta dell'anca**: Lo scivolamento dell'epifisi femorale prossimale è tipico dell'adolescenza, non di un bambino di 6 anni.
- **C) Coxite settica**: L'artrite batterica dell'anca si associa più spesso a febbre, marcata compromissione generale e incapacità di sostenere il peso. L'assenza di febbre non la esclude del tutto, ma il quadro descritto la rende meno probabile.
- **D) Malattia di Legg-Calvè-Perthes**: L'osteonecrosi della testa femorale può esordire con radiografie normali, ma provoca generalmente una zoppia a insorgenza più graduale e persistente. L'esordio acuto dopo un'infezione respiratoria orienta verso un'altra causa.
- **E) Condroblastoma del nucleo epifisario prossimale del femore**: Questa neoplasia causa in genere dolore progressivo e una lesione ossea visibile alle indagini per immagini, non una zoppia acuta dopo un'infezione respiratoria.

31 **Nel trattamento conservativo del piede torto congenito equino-cavo-varo-addotto-supinato con manipolazione e gessi secondo la tecnica di Ponseti, quale tra le seguenti è la prima manovra correttiva da effettuare?**

A Correzione combinata del cavismo e dell'equinismo
B Correzione dell'equinismo
C Correzione del varismo
D Correzione del cavismo
E Correzione della supinazione

Risposta giusta: D

Nella tecnica di Ponseti si corregge per primo il **cavismo**, allineando l'avampiede al retropiede. Per farlo, si solleva il primo metatarso e si supina l'avampiede. Si procede poi con l'abduzione progressiva del piede; l'equinismo si corregge per ultimo, spesso mediante tenotomia achillea.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Correzione combinata del cavismo e dell'equinismo**: Il cavismo si corregge all'inizio, mentre l'equinismo viene affrontato per ultimo: non si correggono simultaneamente.
- **B) Correzione dell'equinismo**: L'equinismo si corregge solo dopo le altre componenti della deformità, spesso con tenotomia achillea.
- **C) Correzione del varismo**: Il varismo del retropiede si corregge durante la progressiva abduzione del piede, dopo la correzione del cavismo.
- **E) Correzione della supinazione**: La supinazione dell'avampiede è una manovra usata per correggere il cavismo, non la deformità da eliminare per prima.

---

32 **Quale tra le seguenti malattie rappresenta una causa di grave varismo patologico del ginocchio in età pediatrica?**

A Displasia congenita (o evolutiva) dell'anca
B Malattia di Sever
C Malattia di Blount
D Ginocchio varo dell'infanzia
E Malattia di Osgood-Schlatter

Risposta giusta: C

La malattia di Blount è un disturbo della crescita della porzione mediale della tibia prossimale. Provoca una **tibia vara progressiva** che può determinare un grave varismo patologico del ginocchio in età pediatrica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Displasia congenita (o evolutiva) dell'anca**: La displasia evolutiva dell'anca interessa l'**articolazione coxofemorale** e non è una causa tipica di grave varismo del ginocchio.
- **B) Malattia di Sever**: La malattia di Sever è un'**apofisite del calcagno** e causa dolore al tallone, non varismo del ginocchio.
- **D) Ginocchio varo dell'infanzia**: Il ginocchio varo dell'infanzia è generalmente **fisiologico e transitorio**. Di norma tende a correggersi con la crescita, senza evolvere in un grave varismo patologico.
- **E) Malattia di Osgood-Schlatter**: La malattia di Osgood-Schlatter è un'**apofisite della tuberosità tibiale** che provoca dolore anteriore al ginocchio, non una deformità in varo.

---

33 **A seguito di un incidente stradale, una donna di 50 anni ha riportato un violento trauma al braccio sinistro. È stata diagnosticata una frattura spiroide della diafisi omerale, come evidenziato nella radiografia riportata. Quale nervo tra i seguenti può essere tipicamente leso in seguito a questa frattura?**

A Nervo ulnare
B Nervo ascellare
C Nervo muscolo-cutaneo
D **Nervo radiale**
E Nervo mediano

Risposta giusta: D

Il nervo radiale decorre nel **solco radiale** della diafisi omerale ed è quindi esposto nelle fratture di questa sede. Una sua lesione può causare deficit di estensione del polso e delle dita, con **caduta del polso**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Nervo ulnare**: Il nervo ulnare è più vulnerabile nei traumi dell'**epicondilo mediale** dell'omero che nelle fratture della diafisi.
- **B) Nervo ascellare**: Il nervo ascellare è a rischio soprattutto nelle fratture del **collo chirurgico** dell'omero e nelle lussazioni della spalla.
- **C) Nervo muscolo-cutaneo**: Il nervo muscolo-cutaneo decorre nella **loggia anteriore** del braccio e non è quello tipicamente coinvolto nelle fratture diafisarie omerali.
- **E) Nervo mediano**: Il nervo mediano è più esposto nelle fratture della **regione sovracondiloidea** dell'omero che in quelle diafisarie.

34 **Una donna di 60 anni riferisce una progressiva sensazione di dolore e bruciore sulla superficie laterale della coscia bilateralmente. Tali sintomi sono compatibili con una meralgia parestesica (o sindrome di Bernhardt-Roth). L'irritazione/compressione di quale tra i seguenti nervi è responsabile di questa sintomatologia?**

- **A** **Nervo femoro cutaneo laterale**
- **B** Nervo peroneo comune
- **C** Nervo pudendo
- **D** Nervo femorale
- **E** Nervo otturatorio

Risposta giusta: A

La meralgia parestesica è causata dalla compressione del **nervo femoro cutaneo laterale**, che innerva la cute della superficie anterolaterale della coscia. È un nervo esclusivamente sensitivo: la sua sofferenza provoca dolore, bruciore e parestesie senza deficit di forza. Un punto frequente di compressione è il passaggio vicino al **legamento inguinale**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Nervo peroneo comune**: Una sua lesione può compromettere la dorsiflessione del piede e la sensibilità della gamba laterale e del dorso del piede, non quella della coscia.
- **C) Nervo pudendo**: Innerva prevalentemente il perineo, quindi non spiega i sintomi localizzati alla coscia laterale.
- **D) Nervo femorale**: Una sua lesione può causare debolezza del quadricipite e alterazioni sensitive sulla coscia anteriore e sulla gamba mediale, non una sindrome sensitiva isolata della coscia laterale.
- **E) Nervo otturatorio**: La sua sofferenza interessa soprattutto gli adduttori e la sensibilità della coscia mediale.

37 **Un paziente di 40 anni si reca in ambulatorio specialistico lamentando ipoacusia monolaterale destra ad insorgenza improvvisa. Il test di Weber risulta lateralizzato a sinistra. Otoscopia nella norma. Quale tra le seguenti affermazioni NON è corretta?**

A L'esame audiometrico tonale è l'esame di scelta per dirimere la diagnosi

B La terapia di prima scelta è quella corticosteroidea

C **È indicato eseguire le manovre liberatorie**

D I potenziali evocati uditivi al tronco possono essere utili nel work-up diagnostico

E È possibile porre indicazione ad ossigenoterapia iperbarica

Risposta giusta: C

Il Weber lateralizzato a sinistra, in presenza di ipoacusia destra, orienta verso un'**ipoacusia neurosensoriale improvvisa** dell'orecchio destro. Le manovre liberatorie sono indicate nella **vertigine parossistica posizionale benigna**, non nel trattamento dell'ipoacusia improvvisa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) L'esame audiometrico tonale è l'esame di scelta per dirimere la diagnosi**: L'audiometria tonale conferma e quantifica l'ipoacusia e permette di distinguerne la natura neurosensoriale da quella trasmissiva.
- **B) La terapia di prima scelta è quella corticosteroidea**: I corticosteroidi sono il trattamento iniziale di riferimento per l'ipoacusia neurosensoriale improvvisa.
- **D)** I potenziali evocati uditivi al tronco possono contribuire alla ricerca di una patologia retrococleare, sebbene la risonanza magnetica sia preferibile.
- **E) È possibile porre indicazione ad ossigenoterapia iperbarica**: L'ossigenoterapia iperbarica può essere proposta in associazione ai corticosteroidi, soprattutto se avviata precocemente.

38 **Una donna di 55 anni che ha sempre goduto di buona salute, giunge in Pronto Soccorso per febbre con brivido, associata a dolore al fianco destro e vomito. All'esame obiettivo manovra di Giordano francamente positiva a destra. Agli esami ematochimici: GB 14 x 109/L, Creatininemia 1,4 mg/dL (VFG 49 mL/min); PCR 5,3 mg/dL. All'esame chimico-fisico delle urine presenza di esterasi leucocitaria e batteriuria significativa. La donna esegue una TC addome senza mdc che documenta la presenza di una formazione litiasica di circa 11 mm a livello del tratto sotto-giuntale dell'uretere destro, con idro-ureteronefrosi omolaterale di III grado. Quale tra le seguenti opzioni terapeutiche è la più appropriata in prima istanza?**

A Ureterolitotrissia retrograda endoscopica

B Litotrissia extracorporea ad onde d'urto

C Ureterolitotrissia anterograda percutanea

D Posizionamento di stent ureterale o nefrostomia percutanea

E Terapia medica espulsiva

Risposta giusta: D

La febbre associata a un calcolo ureterale ostruttivo e a idroureteronefrosi indica una **ostruzione urinaria infetta**, un'emergenza urologica. Occorre drenare rapidamente la via escretrice con stent ureterale o nefrostomia percutanea, associando prelievi colturali e antibiotici. Il trattamento definitivo del calcolo va rinviato fino alla risoluzione dell'infezione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ureterolitotrissia retrograda endoscopica**: La frammentazione endoscopica del calcolo durante l'infezione acuta può favorire complicanze settiche. L'intervento iniziale deve limitarsi al drenaggio urinario.
- **B) Litotrissia extracorporea ad onde d'urto**: La litotrissia extracorporea non garantisce un drenaggio rapido della via urinaria ostruita e va evitata nella fase di infezione attiva.
- **C) Ureterolitotrissia anterograda percutanea**: Il trattamento percutaneo del calcolo non è la priorità nella fase infettiva acuta. Prima è necessario drenare la via urinaria e trattare l'infezione.
- **E) Terapia medica espulsiva**: La terapia espulsiva non risolve tempestivamente l'ostruzione infetta e non è appropriata in presenza di febbre e idroureteronefrosi.

39 **Tutte le seguenti sono opzioni di trattamento farmacologico dell'ipertrofia prostatica benigna (IPB) con disturbi della minzione, ECCETTO:**

A Tadalafil
B **Duloxetina**
C Tamsulosina
D Solifenacina
E Dutasteride

Risposta giusta: B

La duloxetina non è un trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna (IPB). Agisce sulla ricaptazione di serotonina e noradrenalina ed è impiegata, in ambito urologico, per l'**incontinenza urinaria da sforzo** femminile. Non migliora l'ostruzione prostatica né i sintomi minzionali associati all'IPB.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tadalafil**: L'inibizione della **fosfodiesterasi di tipo 5** può migliorare i sintomi delle basse vie urinarie associati all'IPB.
- **C) Tamsulosina**: Il blocco dei **recettori alfa-1** rilassa la muscolatura liscia prostatica e del collo vescicale, migliorando i sintomi di svuotamento.
- **D) Solifenacina**: Un **antimuscarinico** può trattare i sintomi di riempimento, come urgenza e frequenza urinaria, anche negli uomini con IPB; va usato con cautela se il residuo post-minzionale è elevato.
- **E) Dutasteride**: L'inibizione della **5-alfa-reduttasi** riduce il volume prostatico ed è indicata soprattutto in presenza di una prostata aumentata di dimensioni.

40 **La mutazione germinale di quale gene tra i seguenti predispone ad un aumentato rischio di adenocarcinoma prostatico?**

A VHL
B SDHB
C **BRCA2**
D MET
E FH

Risposta giusta: C

Le varianti germinali patogenetiche di **BRCA2** aumentano il rischio di adenocarcinoma prostatico, spesso associato a caratteristiche più aggressive. BRCA2 interviene nella riparazione del DNA mediante ricombinazione omologa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) VHL**: Le varianti germinali di VHL causano la sindrome di von Hippel-Lindau, associata in particolare al carcinoma renale a cellule chiare.
- **B) SDHB**: Le varianti germinali di SDHB predispongono soprattutto a paragangliomi e feocromocitomi, non all'adenocarcinoma prostatico.
- **D) MET**: Le varianti germinali di MET sono associate al carcinoma renale papillare ereditario, non all'adenocarcinoma prostatico.
- **E) FH**: Le varianti germinali di FH predispongono a leiomiomi cutanei e uterini e al carcinoma renale associato a deficit di fumarato idratasi.

41 **Un uomo di 18 anni si reca presso l'ambulatorio di allergologia e immunologia clinica nel sospetto di una allergia alimentare. In particolare, riferisce comparsa di prurito nel cavo orale quando mangia melone e/o banane. Quale, fra le seguenti, è la corretta definizione di allergia alimentare?**

A Reazione avversa in seguito all'ingestione di cibo determinata da disordini metabolici del paziente

B Reazione avversa a proteine contenute nell'alimento e mediata da un meccanismo non immunologico

C Tossinfezione alimentare in seguito all'ingestione di cibo

D **Reazione avversa a proteine contenute nell'alimento e mediata da un meccanismo immunologico**

E Reazione avversa ai carboidrati contenuti nell'alimento e mediata da un meccanismo non immunologico

Risposta giusta: D

L'allergia alimentare è una **reazione avversa immunomediata** a componenti dell'alimento, generalmente proteine. Può essere mediata da IgE oppure da altri meccanismi immunologici. Il prurito orale dopo l'ingestione di frutta è compatibile con una sindrome allergica orale, ma da solo non conferma la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Reazione avversa in seguito all'ingestione di cibo determinata da disordini metabolici del paziente**: Una reazione dovuta a un **disordine metabolico** non è un'allergia, perché non dipende dal riconoscimento immunitario dell'alimento.
- **B) Reazione avversa a proteine contenute nell'alimento e mediata da un meccanismo non immunologico**: Una reazione **non immunologica** non rientra nella definizione di allergia alimentare.
- **C) Tossinfezione alimentare in seguito all'ingestione di cibo**: Una **tossinfezione alimentare** è causata da microrganismi o loro tossine, non da una risposta immunitaria verso l'alimento.
- **E) Reazione avversa ai carboidrati contenuti nell'alimento e mediata da un meccanismo non immunologico**: Una reazione ai carboidrati mediata da un meccanismo non immunologico, come l'intolleranza al lattosio, è una **intolleranza alimentare**, non un'allergia.

43 **Giunge all' osservazione una donna di 42 anni, per la recente comparsa di un'eruzione cutanea pruriginosa. Presenta delle papule poligonali violacee, diffuse a tutto il corpo, compresi i polsi. Il quadro suggerisce una diagnosi di lichen ruber planus. Quale tra le seguenti indagini NON è appropriata?**

A Screening diagnostico per epatiti virali

B Biopsia cutanea per esame istologico

C Anamnesi farmacologica

D Esame obiettivo dell'area genitale e del cavo orale

E Esame squame

Risposta giusta: E

Le **papule violacee poligonali** e il coinvolgimento dei polsi sono tipici del lichen planus. L'esame delle squame è utile soprattutto quando si sospetta una **micosi cutanea**, non per confermare questa diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Screening diagnostico per epatiti virali**: È appropriata perché il lichen planus è associato all'**infezione da virus dell'epatite C**.
- **B) Biopsia cutanea per esame istologico**: È appropriata perché la biopsia permette la **conferma istologica** nei casi dubbi.
- **C) Anamnesi farmacologica**: È appropriata perché alcuni farmaci possono provocare un'**eruzione lichenoide** simile al lichen planus.
- **D) Esame obiettivo dell'area genitale e del cavo orale**: È appropriata perché il lichen planus può interessare le **mucose orali e genitali**, anche in presenza di lesioni cutanee.

44 **Nella definizione di mieloma multiplo asintomatico, quali tra i seguenti criteri devono essere soddisfatti?**

A Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare superiore al 65% e assenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche), una componente monoclonale sierica (IgG o IgA) ≥ 30 g/L o una componente monoclonale urinaria ≥500 mg/24h

B Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare pari al 20% e presenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche)

C **Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare compresa tra 10-60%, assenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche), una componente monoclonale sierica (IgG o IgA) ≥ 30 g/L o una componente monoclonale urinaria ≥500 mg/24h**

D Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare pari al 8% e una componente monoclonale inferiore al 30% all'elettroforesi sieroproteica, assenza di componenti monoclonali nelle urine

E Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare pari al 5% e iperparatiroidismo

Risposta giusta: C

Il **mieloma multiplo asintomatico** richiede plasmacellule clonali midollari tra il 10% e meno del 60% e/o una componente monoclonale sierica di almeno 30 g/L o urinaria di almeno 500 mg/24 h. Devono essere assenti i criteri CRAB attribuibili alla proliferazione plasmacellulare. Devono inoltre mancare gli altri **eventi definenti il mieloma**, come un rapporto delle catene leggere libere almeno pari a 100 o più di una lesione focale alla risonanza magnetica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare superiore al 65% e assenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche), una componente monoclonale sierica (IgG o IgA) ≥ 30 g/L o una componente monoclonale urinaria ≥500 mg/24h**: Una quota di plasmacellule clonali midollari almeno pari al 60% è di per sé un evento definente il mieloma attivo, anche senza criteri CRAB.
- **B) Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare pari al 20% e presenza di CRAB (ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni osteolitiche)**: La presenza di criteri CRAB attribuibili alla proliferazione plasmacellulare indica un mieloma attivo, non asintomatico.
- **D) Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare pari al 8% e una componente monoclonale inferiore al 30% all'elettroforesi sieroproteica, assenza di componenti monoclonali nelle urine**: Una quota di plasmacellule clonali midollari inferiore al 10%, associata a una componente monoclonale sierica inferiore a 30 g/L e in assenza di danno d'organo, orienta verso una **gammopatia monoclonale di significato incerto**.
- **E) Una percentuale di plasmacellule monoclonali alla biopsia osteomidollare pari al 5% e iperparatiroidismo**: Una quota di plasmacellule clonali midollari del 5% non soddisfa il criterio midollare per il mieloma asintomatico. L'iperparatiroidismo non costituisce un criterio diagnostico di questa condizione.

45 **Ad un paziente di 56 anni viene posta diagnosi di linfoma follicolare. In relazione a questo tipo di linfoma, quale tra le seguenti è un'affermazione NON corretta?**

A La traslocazione t(14;18) è presente in oltre l'80% dei casi

B **Nel 5-7% dei casi vi è un'evoluzione in linfoma anaplastico a grandi cellule T**

C L'infiltrazione del midollo osseo da parte delle cellule linfomatose è frequente

D La presentazione clinica classica è caratterizzata da linfoadenopatie non dolenti in plurime sedi

E Pazienti asintomatici possono non essere sottoposti ad alcun trattamento e monitorati attentamente

Risposta giusta: B

Il linfoma follicolare è una neoplasia dei linfociti B e può trasformarsi in un **linfoma diffuso a grandi cellule B**. L'evoluzione in un linfoma anaplastico a grandi cellule T non è una sua caratteristica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** La traslocazione $t(14;18)$, associata alla sovraespressione di BCL2, è presente in oltre l'80% dei casi.
- **C) L'infiltrazione del midollo osseo da parte delle cellule linfomatose è frequente**: L'**infiltrazione midollare** è frequente nel linfoma follicolare, spesso già alla diagnosi.
- **D) La presentazione clinica classica è caratterizzata da linfoadenopatie non dolenti in plurime sedi**: Le **linfoadenopatie non dolenti** in più sedi sono una presentazione tipica del linfoma follicolare.
- **E) Pazienti asintomatici possono non essere sottoposti ad alcun trattamento e monitorati attentamente**: Nei pazienti asintomatici senza indicazioni immediate al trattamento è appropriata la **sorveglianza attiva**.

46 **Un uomo di 55 anni viene riferito all'ambulatorio di ematologia perché da 6 mesi riferisce astenia ingravescente e dispnea. Da circa 15 giorni lamenta anche episodi di sudorazioni notturne. All'emocromo si rileva: globuli bianchi 1.2x109/L (N58 E7 L30 B5); globuli rossi 3x109/L; emoglobina 70 g/L; piastrine 18x109/L. Alla valutazione microscopica dello striscio di sangue periferico si rivela nella popolazione linfocitaria la presenza di estroflessioni della membrana citoplasmatica. All'esame obiettivo si rilevano alcuni ematomi agli arti inferiori apparentemente spontanei, splenomegalia, assenza di linfoadenopatie superficiali. L'immuno fenotipo linfocitario rileva la presenza di una popolazione di linfociti B sIgk++, CD20+, CD19+, CD103+, CD25+, CD11c+, CD10-, CD5-, CD23-. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Porpora trombocitopenica idiopatica
B Leucemia linfatica acuta
C Leucemia linfatica cronica
D **Leucemia a cellule capellute**
E Linfoma di Hodgkin classico variante sclerosi nodulare

Risposta giusta: D

La **pancitopenia** associata a splenomegalia, senza linfoadenopatie, è tipica della leucemia a cellule capellute. Le estroflessioni citoplasmatiche osservate allo striscio sono i caratteristici **prolungamenti villosi**. L'espressione congiunta di **CD103, CD25 e CD11c** sostiene la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Porpora trombocitopenica idiopatica**: La porpora trombocitopenica immune causa generalmente **trombocitopenia isolata** e non spiega leucopenia, anemia, splenomegalia e cellule villose.
- **B) Leucemia linfatica acuta**: La leucemia linfoblastica acuta comporta la presenza di **blasti immaturi**, non di linfociti B con prolungamenti villosi e questo profilo antigenico.
- **C) Leucemia linfatica cronica**: La leucemia linfatica cronica presenta abitualmente linfocitosi e un immunofenotipo con CD5 e CD23 positivi, qui assenti.
- **E) Linfoma di Hodgkin classico variante sclerosi nodulare**: Il linfoma di Hodgkin classico si manifesta di norma con linfoadenopatie e non con una popolazione circolante di linfociti B con questo immunofenotipo.

47 **Quale di questi test dinamici è indicato nella diagnosi di un ipercortisolismo da qualsiasi causa?**

A Test al GHRH
B Test al glucagone
C **Test al desametasone a basse dosi**
D Test all'arginina
E Test del digiuno

Risposta giusta: C

Il test al desametasone a basse dosi valuta la **soppressione del cortisolo** dopo somministrazione di un glucocorticoide. È indicato come test iniziale per identificare un **ipercortisolismo endogeno**, indipendentemente dalla sua causa. La mancata soppressione richiede ulteriori accertamenti diagnostici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Test al GHRH**: Il GHRH stimola la secrezione di GH ed è utilizzato per valutare la **riserva somatotropa**.
- **B) Test al glucagone**: Il glucagone può essere usato per valutare la secrezione di GH e ACTH, ma non è un test iniziale per diagnosticare l'ipercortisolismo.
- **D) Test all'arginina**: L'arginina stimola la secrezione di ormone della crescita ed è impiegata nello studio del deficit di GH, non dell'ipercortisolismo.
- **E) Test del digiuno**: Il digiuno prolungato è impiegato per documentare un'ipoglicemia da iperinsulinismo, non un eccesso di cortisolo.

---

48 **Il segno di Chvostek è suggestivo di quale delle seguenti possibili diagnosi?**

A Ipotiroidismo
B **Ipoparatiroidismo**
C Iposurrenalismo
D Ipoglicemia
E Ipogonadismo

Risposta giusta: B

Il segno di Chvostek consiste nella contrazione dei muscoli facciali dopo percussione del **nervo facciale**. È suggestivo di **ipocalcemia** e della conseguente ipereccitabilità neuromuscolare. L'**ipoparatiroidismo** può causare ipocalcemia per ridotta secrezione di paratormone. Il segno non è specifico e va interpretato insieme alla calcemia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipotiroidismo**: L'ipotiroidismo può causare rallentamento dei riflessi, ma non determina tipicamente la contrazione facciale evocata dal segno di Chvostek.
- **C) Iposurrenalismo**: L'iposurrenalismo può causare ipotensione e alterazioni elettrolitiche, ma non è la diagnosi suggerita dal segno di Chvostek.
- **D) Ipoglicemia**: L'ipoglicemia può provocare sudorazione, tremore e alterazioni dello stato di coscienza, ma non è la causa caratteristica del segno di Chvostek.
- **E) Ipogonadismo**: L'ipogonadismo causa una ridotta funzione delle gonadi, non la tipica ipereccitabilità neuromuscolare associata all'ipocalcemia.

---

49 **Una donna di 35 anni si presenta in ambulatorio per dimagrimento, tachicardia e insonnia. Temperatura corporea 37,2°C. All'esame obiettivo tremori distali e tumefazione a livello della regione anteriore del collo, non dolente alla palpazione. Agli esami ematici colesterolo totale 137 mg/dL e glicemia 105 mg/dL, TSH inferiore a 0,01 mU/L (v.n. 0,5-5 mU/L), FT4 22 pg/mL(v.n. 8-18 pg/mL). Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Adenoma ipofisario TSH secernente

B **Morbo di Graves-Basedow**

C Sindrome di Sheehan

D Diabete mellito tipo 1

E Ipotiroidismo centrale

Risposta giusta: B

Il dimagrimento, la tachicardia e il tremore indicano **tireotossicosi**, confermata da TSH soppresso e FT4 elevato. La tumefazione tiroidea non dolente, in questo contesto, rende il **morbo di Graves-Basedow** la diagnosi più probabile.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Adenoma ipofisario TSH secernente**: Un adenoma TSH-secernente causa FT4 elevato con TSH non soppresso, contrariamente al profilo ormonale descritto.
- **C) Sindrome di Sheehan**: La **sindrome di Sheehan** è un'insufficienza ipofisaria successiva a un'emorragia ostetrica e non spiega l'FT4 elevato.
- **D) Diabete mellito tipo 1**: La glicemia di 105 mg/dL non è diagnostica di diabete. Il diabete non spiega l'alterazione degli ormoni tiroidei.
- **E) Ipotiroidismo centrale**: Nell'**ipotiroidismo centrale** il TSH è basso o inappropriatamente normale, ma FT4 è ridotto, non elevato.

50 **Una paziente di 85 anni viene ricoverata per polmonite batterica. In fase di stabilità clinica sviluppa diarrea e una recidiva della febbre. La paziente è in quinta giornata di terapia con Ceftriaxone. Quale tra le seguenti è la causa più probabile dei nuovi sintomi lamentati dalla paziente?**

A Comparsa di resistenza alla cefalosporina

B **Clostridioides difficile**

C Streptococcus pneumoniae

D Escherichia coli enterotossigeno

E Reazione allergica alla cefalosporina

Risposta giusta: B

La comparsa di diarrea e febbre durante una terapia con ceftriaxone suggerisce un'infezione da **Clostridioides difficile**. L'antibiotico altera il microbiota intestinale e favorisce la proliferazione del batterio. L'età avanzata e il ricovero aumentano il rischio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Comparsa di resistenza alla cefalosporina**: Una resistenza all'antibiotico potrebbe causare una ripresa della polmonite, ma non spiega bene la nuova diarrea.
- **C) Streptococcus pneumoniae**: Questo patogeno può causare polmonite, ma non spiega la comparsa di diarrea durante il trattamento antibiotico.
- **D) Escherichia coli enterotossigeno**: Questo patogeno causa tipicamente diarrea acquosa dopo un'esposizione alimentare; il quadro è più compatibile con una **diarrea associata agli antibiotici**.
- **E) Reazione allergica alla cefalosporina**: Una reazione allergica può causare febbre, ma di solito si accompagna a manifestazioni cutanee e non è la spiegazione più probabile della diarrea in questo contesto.

51 **Un uomo di 77 anni, con storia di progressivo decadimento delle sue condizioni generali, all'obiettività neurologica presenta tremore a riposo, ipertonia plastica, rigidità muscolare e micrografia. Quale tra le seguenti ipotesi diagnostiche è la più probabile?**

A Sclerosi Laterale Amiotrofica
B Sclerosi Multipla
C Malattia di Alzheimer
D Malattia di Pick
E Malattia di Parkinson

Risposta giusta: E

Il **tremore a riposo**, l'**ipertonia plastica** e la **micrografia** sono caratteristici della malattia di Parkinson. La micrografia riflette la progressiva riduzione dell'ampiezza dei movimenti di scrittura ed è un segno di bradicinesia. L'insieme dei reperti rende questa la diagnosi più probabile.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sclerosi Laterale Amiotrofica**: La sclerosi laterale amiotrofica associa debolezza e atrofia muscolare a segni di interessamento del motoneurone superiore, senza il tipico tremore a riposo.
- **B) Sclerosi Multipla**: La sclerosi multipla causa deficit neurologici legati a lesioni demielinizzanti, ma non presenta tipicamente questa combinazione di tremore a riposo, rigidità e micrografia.
- **C) Malattia di Alzheimer**: La malattia di Alzheimer esordisce generalmente con un deficit della memoria episodica, non con tremore a riposo, rigidità e micrografia.
- **D) Malattia di Pick**: La malattia di Pick si manifesta soprattutto con alterazioni del comportamento o del linguaggio, non con un quadro motorio parkinsoniano come manifestazione principale.

52 **Un uomo di 82 anni arriva in Pronto Soccorso per un forte dolore in regione inguinale sinistra ed impotenza funzionale dell'arto inferiore sinistro. Riferisce un trauma da caduta di lieve entità. All'esame obiettivo presenta l'arto inferiore sinistro più corto del controlaterale, extra ruotato e addotto. A quale delle seguenti indagini il paziente deve essere sottoposto prioritariamente?**

A Ecografia dell'anca sinistra e destra

B Esame radiografico dell'anca sinistra in 2 proiezioni

C RM del bacino

D Rx colonna lombo-sacrale

E RM anca sin in carico

Risposta giusta: B

Il dolore inguinale dopo una caduta, associato ad arto accorciato ed extraruotato, fa sospettare una **frattura prossimale del femore**. La **radiografia dell'anca in due proiezioni** è l'indagine iniziale per confermare la frattura e definirne la sede. Se le radiografie sono negative ma il sospetto clinico persiste, è indicata una RM.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ecografia dell'anca sinistra e destra**: L'ecografia non è l'esame iniziale appropriato per identificare una frattura del femore prossimale.
- **C) RM del bacino**: La RM è utile per ricercare una frattura occulta quando le radiografie non mostrano lesioni, ma il sospetto clinico resta elevato.
- **D) Rx colonna lombo-sacrale**: Una radiografia della colonna lombosacrale non valuta adeguatamente l'anca, sede suggerita dal dolore e dalla deformità dell'arto.
- **E) RM anca sin in carico**: La RM dell'anca non è l'esame di prima scelta e il paziente con sospetta frattura non deve essere posto in carico.

---

55 **All'elettrocardiogramma eseguito ad una paziente di 70 anni in terapia farmacologica viene misurato un intervallo QT corretto per la frequenza cardiaca pari a 0,5 secondi. Quale tra i seguenti farmaci più frequentemente può provocare un allungamento del tempo QT?**

A Captopril

B Amiodarone

C Ivabradina

D Bisoprololo

E Verapamil

Risposta giusta: B

Amiodarone prolunga l'intervallo QT bloccando i canali del potassio. Questo intervento ritarda la ripolarizzazione ventricolare ed è il principale meccanismo alla base della **sindrome del QT lungo acquisita**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Captopril**: Il captopril è un ACE-inibitore indicato per ipertensione e scompenso; la sua azione emodinamica non interferisce con la durata del QT.
- **C) Ivabradina**: L'ivabradina agisce esclusivamente sul nodo seno-atriale riducendo la frequenza cardiaca, senza influenzare i tempi di conduzione o di ripolarizzazione ventricolare responsabili del QT.
- **D) Bisoprololo**: Il bisoprololo è un beta-bloccante cardioselettivo; nei disturbi della ripolarizzazione ha invece funzione protettiva contro le aritmie maligne, non ne è la causa.
- **E) Verapamil**: Il verapamil è un calcio-antagonista non diidropiridinico che rallenta la conduzione atrioventricolare, ma non altera i fenomeni di ripolarizzazione miocardica.

---

56 **Un giovane di 25 anni viene ricoverato nell'Unità Operativa di Cardiologia. Presenta ipertensione arteriosa grave (190/120 mmHg) che riferisce essere insorta recentemente e resistente alla politerapia farmacologica. All'esame obiettivo si rileva un soffio addominale in sede paraombelicale. Vengono eseguiti gli esami ematochimici da cui risultano valori di potassio sierico 2,6 mEq/L. Quale tra i seguenti è il sospetto clinico più probabile?**

A Pervietà del dotto di Botallo
B Feocromocitoma
C Coartazione aortica tipica
D **Ipertensione nefrovascolare**
E Sindrome di Cushing

Risposta giusta: D

Il quadro clinico combina ipertensione grave e resistente insorta di recente con soffio addominale e ipokaliemia, suggerendo una **stenosi dell'arteria renale**. Nei pazienti giovani questa eziologia corrisponde spesso a una **displasia fibromuscolare**. L'ipoperfusione renale stimola il rilascio di renina, attivando il sistema renina-angiotensina-aldosterone e determinando sia la pressione elevata sia la perdita renale di potassio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pervietà del dotto di Botallo**: Il dotto di Botallo pervio manifesta con un soffio continuo a macchina e segni di iperafflusso polmonare, senza correlazione con soffio addominale, ipertensione resistente o alterazioni della kaliemia.
- **B) Feocromocitoma**: Il feocromocitoma produce episodi ipertensivi parossistici accompagnati da cefalea, sudorazione profusa e tachicardia. Non giustifica il reperto del soffio addominale e non rende l'ipokaliemia un dato costante o principale.
- **C) Coartazione aortica tipica**: La coartazione aortica provoca ipertensione degli arti superiori con differenza pressoria rispetto agli arti inferiori e polsi femorali ridotti. Il soffio si auscita prevalentemente nella regione interscapolare e non comporta ipokaliemia.
- **E) Sindrome di Cushing**: L'ipercortisolismo può indurre ipertensione e ipokaliemia, ma richiede reperti caratteristici come obesità centrale, facies particolare, strie rubre e fragilità cutanea. Il soffio addominale non rientra nei criteri diagnostici della sindrome di Cushing.

57 **Una paziente di 85 anni arriva in Pronto Soccorso per un episodio sincopale; all'esame obiettivo presenta un soffio sistolico aspro 4/6 prevalente ai focolai della base. Quale tra i seguenti è il più probabile sospetto clinico?**

A Insufficienza aortica
B Stenosi mitralica
C Insufficienza tricuspidale
D Stenosi valvolare aortica
E Insufficienza mitralica

Risposta giusta: D

Nell'anziana, la **sincope** associata a un **soffio sistolico aspro** alla base suggerisce una stenosi aortica. La degenerazione calcifica della valvola è frequente a questa età. Il soffio è tipicamente eiettivo e può irradiarsi alle carotidi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Insufficienza aortica**: Il rigurgito attraverso la valvola aortica produce tipicamente un soffio diastolico decrescente.
- **B) Stenosi mitralica**: L'ostruzione dell'orifizio atrioventricolare sinistro provoca un rullio diastolico all'apice.
- **C) Insufficienza tricuspidale**: Il rigurgito attraverso la valvola atrioventricolare destra determina un soffio olosistolico al margine sternale inferiore, accentuato dall'inspirazione.
- **E) Insufficienza mitralica**: Il rigurgito attraverso la valvola atrioventricolare sinistra causa un soffio olosistolico apicale, spesso irradiato all'ascella.

58 **Un uomo di 35 anni affetto da diabete mellito di tipo 1, con una lieve ipertensione arteriosa in terapia con ACE-inibitori, riferisce la comparsa di dolore toracico anteriore che non si modifica con lo sforzo da circa 2 giorni. Viene dosata la troponina ad alta sensibilità che risulta alterata, mentre l'elettrocardiogramma mostra sovraslivellamento tratto ST in tutte le derivazioni e frequenza cardiaca di 80 bpm. Qual è, tra le seguenti, la diagnosi più probabile?**

A Pleurite
B Endocardite
C Pneumotorace
D Dissezione aortica
E Miopericardite acuta

Risposta giusta: E

Il **sopraslivellamento diffuso del tratto ST** è caratteristico della pericardite acuta. La **troponina elevata** indica un concomitante coinvolgimento miocardico. Il quadro è quindi compatibile con **miopericardite acuta**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pleurite**: Può causare dolore toracico, ma non spiega il sopraslivellamento diffuso del tratto ST associato a troponina elevata.
- **B) Endocardite**: Può causare complicanze cardiache, ma non si manifesta tipicamente con questo quadro di dolore toracico e sopraslivellamento diffuso del tratto ST.
- **C) Pneumotorace**: Provoca tipicamente dolore improvviso e dispnea, con reperti respiratori asimmetrici; non giustifica il quadro elettrocardiografico descritto.
- **D) Dissezione aortica**: Si presenta di solito con dolore improvviso e intenso. Un eventuale coinvolgimento coronarico può alterare ST e troponina, ma non produce tipicamente un sopraslivellamento diffuso.

59 **Quale tra le seguenti sindromi geneticamente determinate presenta più frequentemente coesistenza di un difetto interatriale "ostium primum" e di un difetto del setto interventricolare?**

A Sindrome di Turner
B Sindrome di Patau
C **Sindrome di Down**
D Sindrome di Li-Fraumeni
E Sindrome dell'X fragile

Risposta giusta: C

Nella sindrome di Down è frequente il **difetto del setto atrioventricolare**, dovuto a un'alterazione dello sviluppo dei cuscinetti endocardici. La forma completa comprende un difetto interatriale di tipo ostium primum e un difetto interventricolare, oltre a un'anomalia della valvola atrioventricolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome di Turner**: Le cardiopatie congenite più caratteristiche sono la coartazione aortica e la valvola aortica bicuspide, non il difetto del setto atrioventricolare.
- **B) Sindrome di Patau**: Può associarsi a cardiopatie congenite, ma la coesistenza di un ostium primum e di un difetto interventricolare è più caratteristica della sindrome di Down.
- **D) Sindrome di Li-Fraumeni**: È una sindrome di **predisposizione tumorale** e non presenta una particolare associazione con questa combinazione di difetti cardiaci.
- **E) Sindrome dell'X fragile**: È principalmente associata a manifestazioni del neurosviluppo e non a questa specifica malformazione cardiaca.

61 **Una donna, mai fumatrice, di 60 anni, si rivolge all'ambulatorio di Pneumologia per tosse secca persistente. Dall'anamnesi remota non emergono patologie rilevanti e non assume farmaci. L'esame obiettivo del torace è nei limiti della norma. Una RX del torace mostra una linfoadenomegalia ilare bilaterale. La spirometria e la DLCO ed il BNP sierico sono nei limiti della norma. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Bronchiectasie
B Polmone da stasi cardiaca cronica
C Enfisema polmonare
D **Sarcoidosi**
E Asma bronchiale persistente

Risposta giusta: D

La **linfoadenomegalia ilare bilaterale** è un reperto caratteristico della sarcoidosi toracica. In assenza di alterazioni parenchimali alla radiografia, il quadro è compatibile con lo **stadio radiologico I**. Spirometria e DLCO normali non escludono la malattia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Bronchiectasie**: È più tipica una tosse produttiva cronica; la dilatazione dei bronchi, non l'ingrandimento simmetrico dei linfonodi ilari, è il reperto radiologico distintivo.
- **B) Polmone da stasi cardiaca cronica**: Mancano segni clinici e radiografici di congestione polmonare; anche il BNP normale rende meno probabile uno scompenso cardiaco.
- **C) Enfisema polmonare**: Ci si attenderebbe un deficit ostruttivo e spesso una riduzione della DLCO, non una linfoadenomegalia ilare bilaterale isolata.
- **E) Asma bronchiale persistente**: Una spirometria normale non esclude questa malattia, ma la linfoadenomegalia ilare bilaterale non ne è un reperto tipico.

62 **Una paziente di 44 anni, quattro giorni dopo la sua dimissione ospedaliera per una CAP del lobo inferiore destro, si presenta al controllo pneumologico programmato. Attualmente sta proseguendo terapia domiciliare con amoxicillina-clavulanato. Dall'anamnesi risulta che ha una storia di alcolismo. Alla visita riferisce febbricola e anoressia. Viene eseguito un RX torace che mostra un versamento pleurico destro fino al livello di circa metà del campo polmonare. Alla toracentesi esplorativa vengono aspirati 15 mL di liquido purulento. L'intervento terapeutico prioritario tra i seguenti a questo punto è:**

A aggiungere aminoglucoside alla terapia antibiotica in atto

B continuare solo con gli antibiotici attuali

C **inserire un drenaggio toracico**

D aggiungere amfotericina B alla terapia antibiotica in atto

E aggiungere oseltamivir alla terapia antibiotica attuale

Risposta giusta: C

La presenza di **liquido pleurico purulento** identifica un empiema. L'empiema richiede il **drenaggio toracico** tempestivo, oltre alla terapia antibiotica, perché la sola terapia farmacologica non garantisce l'evacuazione del pus. Il liquido prelevato va inviato per esami microbiologici, così da adeguare gli antibiotici ai risultati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) aggiungere aminoglucoside alla terapia antibiotica in atto**: L'aggiunta di un aminoglicoside non evacua il pus pleurico e non è l'intervento prioritario in presenza di empiema.
- **B) continuare solo con gli antibiotici attuali**: Gli antibiotici da soli non assicurano il controllo di una raccolta pleurica purulenta: è necessario drenarla.
- **D) aggiungere amfotericina B alla terapia antibiotica in atto**: Non vi sono elementi che indichino un'infezione fungina; un antifungino non sostituisce il drenaggio dell'empiema.
- **E) aggiungere oseltamivir alla terapia antibiotica attuale**: Non vi sono elementi che indichino un'infezione influenzale; un antivirale non tratta la raccolta purulenta.

63 **Una ragazza di 23 anni con diagnosi recente di rettocolite ulcerosa è seguita in un ambulatorio di Gastroenterologia. L'indagine endoscopica ha confermato la malattia presente unicamente al retto distale, in fase di lieve attività. Quale tra le seguenti è la terapia maggiormente raccomandabile nel caso clinico descritto?**

A Mesalazina e glucocorticoidi sistemici
B **Terapia topica con mesalazina**
C Glucocorticoidi sistemici
D Probiotici
E Terapia topica con glucocorticoidi

Risposta giusta: B

Nella rettocolite ulcerosa limitata al retto e lievemente attiva, la **mesalazina topica in supposte** è il trattamento di prima scelta. Agisce direttamente sulla mucosa interessata ed è più efficace dei glucocorticoidi topici nell'indurre la remissione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Mesalazina e glucocorticoidi sistemici**: L'aggiunta di glucocorticoidi sistemici espone a effetti avversi non giustificati da una malattia lieve e limitata al retto.
- **C) Glucocorticoidi sistemici**: I glucocorticoidi sistemici non sono indicati come trattamento iniziale di una proctite ulcerosa lieve.
- **D) Probiotici**: I probiotici non sono raccomandati come trattamento di prima scelta per indurre la remissione della proctite ulcerosa.
- **E) Terapia topica con glucocorticoidi**: I glucocorticoidi topici possono essere considerati se la mesalazina non è tollerata o risulta inefficace, ma non sono la prima scelta.

---

65 **I criteri diagnostici per la diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile, riconosciuti a livello internazionale, sono anche noti con il nome di criteri di:**

A Seattle
B Praga
C **Roma**
D Sydney
E Parigi

Risposta giusta: C

I **criteri di Roma IV** sono il riferimento internazionale per la diagnosi della sindrome dell'intestino irritabile. Richiedono dolore addominale ricorrente, in media almeno un giorno alla settimana negli ultimi tre mesi, associato ad almeno due tra relazione con la defecazione, variazione della frequenza delle evacuazioni e variazione della forma delle feci. I sintomi devono essere iniziati almeno sei mesi prima della diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Seattle**: Il protocollo di Seattle riguarda il campionamento bioptico nell'esofago di Barrett, non la sindrome dell'intestino irritabile.
- **B) Praga**: La classificazione di Praga descrive l'estensione dell'esofago di Barrett, non i criteri diagnostici della sindrome dell'intestino irritabile.
- **D) Sydney**: Il sistema di Sydney riguarda la classificazione della gastrite, non la diagnosi della sindrome dell'intestino irritabile.
- **E) Parigi**: La classificazione di Parigi descrive la morfologia delle lesioni neoplastiche superficiali del tubo digerente, non i sintomi intestinali funzionali.

---

66 **Viene ricoverato in una Unità Operativa di Neurologia un paziente per sospetta meningite. Viene effettuata puntura lombare; all'esame microscopico del liquido cefalorachidiano, dopo colorazione di Gram, si osservano diplococchi Gram negativi a chicco di caffè. Quale tra i seguenti è l'agente microbico coinvolto, in base al risultato della colorazione di Gram?**

- **A** **Neisseria meningitidis**
- **B** Streptococcus pneumoniae
- **C** Listeria monocytogenes
- **D** Staphylococcus Aureus
- **E** Escherichia coli

Risposta giusta: A

L'esame del liquido cefalorachidiano mostra **diplococchi Gram negativi** disposti a coppie con contorno schiacciato, simile al **chicco di caffè**. Questa morfologia è specifica per il **meningococco**, un patogeno frequentemente rilevato come **intracellulare** nei pazienti con sospetta meningite batterica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Streptococcus pneumoniae**: il diplococco descritto è Gram positivo e assume tipicamente una forma a lancetta, quindi la colorazione e la morfologia risultano incompatibili con il campione esaminato.
- **C) Listeria monocytogenes**: il microrganismo è un bacillo Gram positivo, frequentemente responsabile di meningiti in popolazioni vulnerabili come neonati e anziani, ma privo delle caratteristiche morfologiche citate nel referto.
- **D) Staphylococcus Aureus**: il genere presenta cocchi Gram positivi organizzati in grappoli irregolari, pertanto colore e disposizione cellulare non corrispondono al reperto microscopico osservato.
- **E) Escherichia coli**: il batterio ha forma bastoncellare e colorazione Gram negativa, mentre l'esame richiede una morfologia sferica disposta a coppie.

67 **Una donna di 55 anni, non affetta da patologie croniche, si presenta dal Medico di Medicina Generale per la comparsa, da circa 2 giorni, di tosse scarsamente produttiva, febbre (38°C) e dolore toracico persistente a livello sottoscapolare destro. I valori dei parametri vitali sono: pressione arteriosa 110/70 mmHg, frequenza cardiaca 110bpm ritmico, SpO2: 92% in area ambiente, frequenza respiratoria 25 atti/min. All'auscultazione toracica si apprezzano crepitii medio basali a destra. Viene eseguito un RX torace che mostra opacità medio-basale destra. Quale tra i seguenti è l'agente eziologico più frequentemente responsabile di tale quadro clinico?**

A Pneumocystis jirovecii
B Escherichia coli
C Citomegalovirus
D **Streptococcus pneumoniae**
E Aspergillus fumigatus

Risposta giusta: D

Il quadro è compatibile con una **polmonite acquisita in comunità**. Lo **pneumococco** ne è l'agente eziologico più frequente negli adulti. Febbre, crepitii localizzati e opacità radiografica sono coerenti con una polmonite batterica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pneumocystis jirovecii**: Causa polmonite soprattutto in persone con **immunodepressione** e presenta di solito infiltrati bilaterali diffusi, non un'opacità focale.
- **B) Escherichia coli**: È una causa poco frequente di polmonite acquisita in comunità in un adulto senza patologie croniche; è più associata a infezioni in pazienti fragili o ricoverati.
- **C) Citomegalovirus**: La polmonite da questo virus interessa soprattutto persone gravemente immunodepresse e tende a produrre un interessamento polmonare diffuso.
- **E) Aspergillus fumigatus**: La forma polmonare invasiva colpisce prevalentemente pazienti con neutropenia o altra grave immunosoppressione, assenti nel caso descritto.

68 **Il medico del 118 interviene a casa di un paziente noto cardiopatico che nel corso della giornata aveva presentato dolore toracico. Durante la monitorizzazione elettrocardiografica il paziente perde coscienza e va in arresto cardiorespiratorio. Il ritmo d'esordio al monitor è compatibile con tachicardia ventricolare monomorfa. L'intervento immediato prevede RCP ed in prima istanza:**

- **A** **defibrillazione elettrica**
- **B** somministrazione di adrenalina e.v.
- **C** somministrazione di amiodarone
- **D** intubazione orotracheale
- **E** somministrazione di eparina

Risposta giusta: A

L'arresto con tachicardia ventricolare senza polso è un **ritmo defibrillabile**. La **defibrillazione immediata**, associata alla RCP di alta qualità, è l'intervento prioritario. Dopo la scarica si riprendono subito le compressioni toraciche.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) somministrazione di adrenalina e.v.**: L'adrenalina si somministra durante la rianimazione se il ritmo defibrillabile persiste, ma non sostituisce la scarica iniziale.
- **C) somministrazione di amiodarone**: L'amiodarone è indicato se il ritmo defibrillabile persiste nonostante le scariche, non come primo intervento.
- **D) intubazione orotracheale**: La gestione avanzata delle vie aeree può essere necessaria, ma non deve ritardare la scarica né interrompere le compressioni toraciche.
- **E) somministrazione di eparina**: L'eparina non tratta il ritmo responsabile dell'arresto e non deve ritardare la defibrillazione.

69 **Durante una gara di motocross, un concorrente dopo un salto di circa 5 metri cade dalla moto e viene proiettato a distanza riportando policontusioni ed un trauma del rachide dorso-lombare. Obiettivamente il paziente presenta paraplegia e perdita della sensibilità termica e dolorifica, mentre la propriocezione, la sensibilità profonda e la pallestesia sono conservate. Quale tra le seguenti sindromi ha sviluppato il paziente?**

- **A** **Sindrome midollare anteriore**
- **B** Sindrome midollare centrale
- **C** Sindrome di Brown-Sequard
- **D** Sindrome della cauda equina
- **E** Sindrome midollare completa

Risposta giusta: A

La lesione della porzione anteriore del midollo interrompe bilateralmente i **fasci corticospinali** e le **vie spinotalamiche**. Ne derivano paraplegia e perdita della sensibilità dolorifica e termica. I **cordoni posteriori** restano integri, preservando propriocezione, sensibilità profonda e pallestesia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sindrome midollare centrale**: Una lesione centrale determina tipicamente un deficit motorio più marcato agli arti superiori che agli inferiori, soprattutto nelle lesioni cervicali.
- **C) Sindrome di Brown-Sequard**: L'emisezione midollare causa deficit motori e propriocettivi omolaterali, associati a perdita della sensibilità dolorifica e termica controlaterale.
- **D) Sindrome della cauda equina**: La lesione delle radici lombosacrali produce deficit periferici, spesso asimmetrici, con possibile anestesia a sella e disturbi sfinterici; non spiega il risparmio selettivo delle vie posteriori del midollo.
- **E) Sindrome midollare completa**: Una lesione trasversa completa compromette anche i cordoni posteriori, causando perdita della propriocezione e della pallestesia al di sotto della lesione.

70 **Quale dei seguenti provvedimenti NON è mai raccomandato nella gestione della trombocitopenia indotta dall'eparina (HIT) in un soggetto che l'assume per profilassi antitrombotica post intervento chirurgico?**

A Trattamento anticoagulante con argatroban
B Trattamento anticoagulante con fondaparinux
C Sospensione immediata della somministrazione dell'eparina
D Trattamento anticoagulante con inibitori della vitamina K
E Trattamento anticoagulante con danaparoid

Risposta giusta: D

Nella **fase acuta della HIT**, gli antagonisti della vitamina K non vanno iniziati perché aumentano il rischio di trombosi e gangrena venosa. Possono essere considerati solo dopo il recupero della conta piastrinica, con adeguata sovrapposizione a un anticoagulante non eparinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Trattamento anticoagulante con argatroban**: L'**argatroban** è un inibitore diretto della trombina indicato per l'anticoagulazione nella HIT.
- **B) Trattamento anticoagulante con fondaparinux**: Il **fondaparinux** è un'opzione anticoagulante non eparinica utilizzabile nella HIT in pazienti selezionati.
- **C) Sospensione immediata della somministrazione dell'eparina**: La **sospensione immediata dell'eparina**, comprese le esposizioni tramite lavaggi dei cateteri, è un provvedimento essenziale.
- **E) Trattamento anticoagulante con danaparoid**: Il **danaparoid** è un anticoagulante non eparinico utilizzabile nella HIT, dove disponibile.

72 **Un uomo di 75 anni viene condotto in Pronto Soccorso per la comparsa di stato confusionale. Il medico del Pronto Soccorso, dopo avere valutato i parametri vitali che risultano sostanzialmente nella norma, esegue una rapida valutazione neurologica. Il paziente apre gli occhi spontaneamente, è in grado di eseguire ordini semplici, mentre la risposta verbale risulta confusa. Quale scala di valutazione dello stato di coscienza può essere utilizzata e quale punteggio è possibile attribuire al paziente?**

- **A** **Glasgow Coma Scale, con punteggio pari a 14**
- B Cincinnati Prehospital Stroke Scale, con punteggio pari a 14
- C Glasgow Coma Scale, con punteggio pari a 8
- D Glasgow Coma Scale, con punteggio pari a 15
- E Cincinnati Prehospital Stroke Scale, con punteggio pari a 15

Risposta giusta: A

La **Glasgow Coma Scale** valuta apertura degli occhi, risposta verbale e risposta motoria. L'apertura spontanea vale 4 punti, la risposta verbale confusa 4 e l'esecuzione degli ordini 6. Il **punteggio totale è 14**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Cincinnati Prehospital Stroke Scale, con punteggio pari a 14**: La Cincinnati Prehospital Stroke Scale ricerca segni di ictus attraverso mimica facciale, motilità degli arti superiori e linguaggio. Non attribuisce un punteggio di 14.
- **C) Glasgow Coma Scale, con punteggio pari a 8**: Un punteggio di 8 indica una compromissione della coscienza molto più grave. Le risposte descritte sommano 14 punti.
- **D) Glasgow Coma Scale, con punteggio pari a 15**: Il punteggio di 15 richiede una risposta verbale orientata, che vale 5 punti. Una risposta confusa ne vale 4.
- **E) Cincinnati Prehospital Stroke Scale, con punteggio pari a 15**: La Cincinnati Prehospital Stroke Scale non attribuisce un punteggio di 15 e non sostituisce la Glasgow Coma Scale nella valutazione dello stato di coscienza.

73 **Un uomo di 56 anni, obeso (BMI: 32,8) ed iperteso in terapia con valsartan ed amlodipina, si reca dal proprio Medico Curante in quanto agli esami ematochimici di routine sono emersi valori di glicemia a digiuno pari a 119 mg/dL. Quali fra i seguenti NON può essere considerato un criterio diagnostico per la diagnosi di diabete mellito?**

A Glicemia ≥ 200 mg/dL dopo 2 ore da curva da carico di glucosio con 75 g di glucosio

B Glicemia basale ≥ 110 mg/dL in due differenti determinazioni eseguite in giorni differenti

C Emoglobina glicata ≥ 48mmol/mol (≥ 6.5%), in due differenti determinazioni eseguite in giorni differenti

D Riscontro random di iperglicemia ≥ 200 mg/dL associata a segni clinici di scompenso glicemico (poliuria, polidipsia, polifagia, perdita di peso) o chetoacidosi

E Glicemia basale ≥ 126 mg/dL in due differenti determinazioni eseguite in giorni differenti

Risposta giusta: B

Una glicemia a digiuno di almeno $110\ \mathrm{mg/dL}$ non è sufficiente per diagnosticare il diabete. Valori tra 110 e $125\ \mathrm{mg/dL}$ rientrano nella **alterata glicemia a digiuno**, una condizione di aumentato rischio di diabete. Il valore di $119\ \mathrm{mg/dL}$ del paziente richiede quindi una valutazione successiva, ma non dimostra il diabete.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Glicemia ≥ 200 mg/dL dopo 2 ore da curva da carico di glucosio con 75 g di glucosio**: Una glicemia di almeno $200\ \mathrm{mg/dL}$ a due ore dal **carico orale** di $75\ \mathrm{g}$ di glucosio è un criterio diagnostico di diabete.
- **C) Emoglobina glicata ≥ 48mmol/mol (≥ 6.5%), in due differenti determinazioni eseguite in giorni differenti**: Un'emoglobina glicata di almeno $48\ \mathrm{mmol/mol}$, pari al $6{,}5\%$, confermata con una seconda determinazione, è un **criterio diagnostico** di diabete.
- **D) Riscontro random di iperglicemia ≥ 200 mg/dL associata a segni clinici di scompenso glicemico (poliuria, polidipsia, polifagia, perdita di peso) o chetoacidosi**: Una glicemia casuale di almeno $200\ \mathrm{mg/dL}$ associata a **sintomi classici** di iperglicemia o a una crisi iperglicemica consente la diagnosi di diabete.
- **E) Glicemia basale ≥ 126 mg/dL in due differenti determinazioni eseguite in giorni differenti**: Una glicemia a digiuno di almeno $126\ \mathrm{mg/dL}$, confermata in un altro giorno, soddisfa un **criterio diagnostico** di diabete.

74 **Un uomo di 65 anni ricoverato per una crisi ipertensiva acuta, allettato per recente intervento di protesi all'anca, sviluppa ipostenia dell'emisoma destro e disartria. Quale tra le seguenti NON rappresenta una controindicazione alla terapia fibrinolitica?**

A Segni di emorragia intracranica alla TC encefalo

B Pressione arteriosa persistentemente elevata nonostante terapia, PAS ≥ 185 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg

C Emorragia gastrointestinale attiva o recente (negli ultimi 21 giorni)

D Terapia in corso con LMWH a dosaggio di profilassi per TEV

E Neoplasia intracranica intra-assiale

Risposta giusta: D

La LMWH a **dose profilattica** per il tromboembolismo venoso non è, di per sé, una controindicazione alla fibrinolisi nell'ictus ischemico acuto. È invece controindicata una dose terapeutica di LMWH somministrata nelle 24 ore precedenti. Il recente intervento all'anca richiede una valutazione separata del rischio emorragico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Segni di emorragia intracranica alla TC encefalo**: Un'emorragia intracranica documentata alla TC esclude la fibrinolisi, che potrebbe aggravarla.
- **B) Pressione arteriosa persistentemente elevata nonostante terapia, PAS ≥ 185 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg**: Una pressione persistentemente pari o superiore a 185/110 mmHg impedisce la fibrinolisi endovenosa finché non viene ridotta sotto tale soglia.
- **C) Emorragia gastrointestinale attiva o recente (negli ultimi 21 giorni)**: Un'emorragia gastrointestinale attiva o verificatasi negli ultimi 21 giorni comporta un rischio emorragico che controindica la fibrinolisi endovenosa.
- **E) Neoplasia intracranica intra-assiale**: Una neoplasia intracranica intra-assiale comporta un elevato rischio di sanguinamento ed è una controindicazione alla fibrinolisi endovenosa.

75 **Un paziente viene trasportato in coma in Pronto Soccorso dal 118. Ad una prima valutazione eseguita si riscontra quanto segue: Pressione arteriosa 100/80 mmHg; Frequenza cardiaca 105 bpm/ritmico; TC 36,5 gradi centigradi; Emogasanalisi arteriosa in aria ambiente: pH 7,28; PaCO2 20 mmHg; PaO2 70 mmHg; lattati 0,5 mmol/L; HCO3- 14 mmol/L; glucosio 400 mg/dL; Quale tra i seguenti esami diagnostici è più opportuno eseguire in prima istanza?**

A Valutazione delle troponine sieriche

B **Chetoni sierici ed urinari**

C Coronarografia

D Angio-TC arterie polmonari

E Emocolture

Risposta giusta: B

L'**iperglicemia con acidosi metabolica** e lattati normali fa sospettare una chetoacidosi diabetica. La ricerca dei chetoni è quindi l'esame più opportuno in prima istanza. È preferibile misurare il **beta-idrossibutirrato ematico**, perché la ricerca urinaria può sottostimare la chetosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Valutazione delle troponine sieriche**: Le troponine possono essere utili se si sospetta un infarto come fattore precipitante, ma non chiariscono la causa più probabile dell'acidosi.
- **C) Coronarografia**: La coronarografia richiede un'indicazione cardiologica specifica, non documentata dai dati forniti.
- **D) Angio-TC arterie polmonari**: L'embolia polmonare non è esclusa dai dati disponibili, ma non spiega altrettanto direttamente l'associazione tra iperglicemia marcata e acidosi metabolica.
- **E) Emocolture**: Le emocolture sono indicate se si sospetta un'infezione, ma in assenza di elementi che la suggeriscano non sono l'esame prioritario per chiarire l'acidosi.

76 **Un paziente di 78 anni si reca autonomamente in Pronto Soccorso per insonnia e dispnea notturna. All'ispezione durante l'esame obiettivo si rileva presenza di edemi perimalleolari. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Ictus cerebrale
B Sindrome nefrosica
C **Scompenso cardiaco**
D Embolia polmonare
E Infarto miocardico acuto

Risposta giusta: C

La dispnea notturna in un paziente anziano suggerisce **congestione polmonare** da scompenso cardiaco. Gli **edemi perimalleolari** indicano una concomitante congestione sistemica. La difficoltà respiratoria durante la notte può spiegare anche l'insonnia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ictus cerebrale**: L'ictus cerebrale si manifesta tipicamente con deficit neurologici focali a esordio improvviso, non con dispnea notturna ed edemi declivi.
- **B) Sindrome nefrosica**: La sindrome nefrosica può provocare edemi, spesso anche al volto, ma non spiega altrettanto bene la **dispnea notturna**.
- **D) Embolia polmonare**: L'embolia polmonare causa più spesso dispnea a esordio improvviso; gli edemi perimalleolari bilaterali suggeriscono invece congestione sistemica.
- **E) Infarto miocardico acuto**: L'infarto miocardico acuto può causare scompenso, ma senza sintomi ischemici o un esordio acuto il quadro descritto è più indicativo di insufficienza cardiaca.

---

77 **La conferma della diagnosi di glomerulonefrite di Berger avviene mediante:**

A riduzione della complementemia
B biopsia linfonodale
C riscontro di immunocomplessi nelle urine
D **biopsia renale**
E riscontro di macroematuria

Risposta giusta: D

La conferma della nefropatia di Berger richiede la **biopsia renale**. L'immunofluorescenza mostra **depositi mesangiali di IgA**, reperto caratteristico della malattia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) riduzione della complementemia**: La **complementemia è generalmente normale** nella nefropatia di Berger; una sua riduzione orienta verso altre glomerulonefriti.
- **B) biopsia linfonodale**: Il prelievo di un linfonodo non permette di identificare i depositi glomerulari di IgA.
- **C) riscontro di immunocomplessi nelle urine**: La ricerca di immunocomplessi urinari non è un criterio diagnostico di conferma.
- **E) riscontro di macroematuria**: La macroematuria, spesso associata a un'infezione delle vie respiratorie, può suggerire la diagnosi ma non confermarla.

---

78 **Nei pazienti affetti da mastocitosi sistemica si può riscontrare:**

A un aumento dei livelli sierici di cromogranina

B un aumento dell'escrezione urinaria di acido 5-idrossi-indolacetico

C un aumento dei livelli sierici di renina

D **un aumento dei livelli sierici di triptasi**

E un aumento dell'escrezione urinaria di metanefrine

Risposta giusta: D

Nella mastocitosi sistemica l'accumulo di mastociti può determinare un aumento della **triptasi sierica basale**. Un valore superiore a $20\ \mathrm{ng/mL}$ costituisce un criterio diagnostico minore, da interpretare nel contesto clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) un aumento dei livelli sierici di cromogranina**: La cromogranina A è un marcatore associato a diversi **tumori neuroendocrini**, non un indicatore caratteristico della mastocitosi sistemica.
- **B) un aumento dell'escrezione urinaria di acido 5-idrossi-indolacetico**: L'acido 5-idrossi-indolacetico è un metabolita della serotonina; la sua aumentata escrezione urinaria orienta verso una **sindrome carcinoide**.
- **C) un aumento dei livelli sierici di renina**: L'aumento della renina non è un reperto caratteristico della mastocitosi sistemica. Può comparire, per esempio, nell'**iperaldosteronismo secondario**.
- **E) un aumento dell'escrezione urinaria di metanefrine**: L'aumentata escrezione urinaria di metanefrine orienta verso un **feocromocitoma** o un paraganglioma secernente catecolamine.

79 **Una donna di 60 anni viene ricoverata in Medicina Interna per episodi di dolori addominali ricorrenti associati ad astenia, ipotensione e calo ponderale. Obiettivamente la paziente presenta un'iperpigmentazione cutanea diffusa. Le indagini radiologiche ed endoscopiche risultano negative. Gli esami ematici evidenziano iperkaliemia e iponatriemia. Quale tra le seguenti ipotesi diagnostiche risulta la più probabile?**

A Iperprolattinemia
B Malattia di Addison
C Carcinoma midollare della tiroide
D Sindrome di Cushing
E Diabete insipido

Risposta giusta: B

La **malattia di Addison** è un'insufficienza surrenalica primaria che causa astenia, calo ponderale, dolori addominali e ipotensione. Il **deficit di aldosterone** spiega iponatriemia e iperkaliemia. L'aumento di **ACTH** provoca l'iperpigmentazione cutanea.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Iperprolattinemia**: Si manifesta soprattutto con galattorrea e alterazioni del ciclo mestruale, non con il quadro elettrolitico descritto.
- **C) Carcinoma midollare della tiroide**: Può causare diarrea e calo ponderale, ma non spiega l'associazione tra ipotensione, iperpigmentazione e iperkaliemia.
- **D) Sindrome di Cushing**: Si associa tipicamente a incremento ponderale e ipertensione, con possibile ipokaliemia anziché iperkaliemia.
- **E) Diabete insipido**: Provoca poliuria e polidipsia, spesso con ipernatriemia, non iperkaliemia e iperpigmentazione.

---

80 **Quale tra i seguenti autoanticorpi si ritrova con maggiore frequenza nella miastenia gravis?**

A Anti-recettore dell'acetilcolina
B Anti-Musk-2
C Anti-Jo-1
D Anti-canali del calcio voltaggio-dipendenti
E Anti-SRP

Risposta giusta: A

Gli anticorpi anti-**recettore dell'acetilcolina** sono i più frequenti nella miastenia gravis. Si riscontrano in circa l'80% dei pazienti con forma generalizzata. Interferiscono con la trasmissione alla **giunzione neuromuscolare**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Anti-Musk-2**: Gli anticorpi anti-MuSK identificano un sottogruppo di pazienti con miastenia gravis, ma sono meno frequenti degli anti-recettore dell'acetilcolina.
- **C) Anti-Jo-1**: Gli anticorpi anti-Jo-1 sono associati alla **sindrome antisintetasi**, una malattia infiammatoria muscolare.
- **D) Anti-canali del calcio voltaggio-dipendenti**: Gli anticorpi contro i canali del calcio voltaggio-dipendenti sono caratteristici della **sindrome di Lambert-Eaton**.
- **E) Anti-SRP**: Gli anticorpi anti-SRP sono associati soprattutto alla **miopatia necrotizzante immunomediata**, non alla miastenia gravis.

81 **Le attuali classificazioni dell'insufficienza renale acuta (AKIN, RIFLE):**

A riconoscono la presenza di 4 stadi di insufficienza renale acuta da lieve a grave

B non riconoscono stadi precoci di danno d'organo

C riconoscono 3 stadi in base ai livelli di filtrato glomerulare

D riconoscono differenti stadi sulla base della azotemia e della potassiemia

E riconoscono differenti stadi sulla base della creatinina sierica e dell'output urinario

Risposta giusta: E

Le classificazioni **AKIN e RIFLE** considerano le variazioni della **creatinina sierica** e la riduzione della **diuresi**. Entrambe distinguono tre livelli di gravità del danno renale acuto. RIFLE contempla anche due categorie relative alla durata della perdita di funzione renale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) riconoscono la presenza di 4 stadi di insufficienza renale acuta da lieve a grave**: Gli stadi di gravità sono tre, non quattro. Le ulteriori categorie RIFLE descrivono la perdita prolungata della funzione renale e l'insufficienza renale terminale.
- **B) non riconoscono stadi precoci di danno d'organo**: Entrambe le classificazioni prevedono uno **stadio precoce** di danno renale, identificabile anche attraverso la riduzione della diuresi.
- **C) riconoscono 3 stadi in base ai livelli di filtrato glomerulare**: Il filtrato glomerulare compare nei criteri RIFLE, ma non è il parametro su cui si basano entrambe le classificazioni.
- **D) riconoscono differenti stadi sulla base della azotemia e della potassiemia**: Azotemia e potassiemia possono essere alterate nel danno renale acuto, ma non definiscono gli stadi AKIN e RIFLE.

82 **Un paziente di 45 anni si presenta alla valutazione Nefrologica per il riscontro ecografico accidentale di malattia policistica renale con reni ingranditi in dimensioni (16 cm di diametro longitudinale) e completamente sovvertiti per la presenza di numerose cisti bilaterali a contenuto fluido. Quali valutazioni, tra le seguenti, possono essere consigliate per determinare eventuali coinvolgimenti extrarenali della patologia?**

A EMG e valutazione neurologica

B Visita oculistica e ORL con esame audiometrico

C **Ecografia epatica, RM encefalo, ecocardiogramma**

D Rx torace, elettrocardiogramma, doppler TSA

E Biopsia cutanea

Risposta giusta: C

La malattia policistica renale autosomica dominante può associarsi a **cisti epatiche**, valutabili con ecografia. Tra le manifestazioni extrarenali rientrano anche **aneurismi intracranici** e **valvulopatie cardiache**. L'imaging vascolare encefalico e l'ecocardiogramma si considerano in base ai fattori di rischio e ai reperti clinici, non necessariamente come esami di routine per tutti i pazienti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) EMG e valutazione neurologica**: La neuropatia periferica non è una manifestazione extrarenale caratteristica della malattia policistica renale autosomica dominante; l'elettromiografia non è quindi indicata a questo scopo.
- **B) Visita oculistica e ORL con esame audiometrico**: Alterazioni oculari e sordità neurosensoriale orientano piuttosto verso altre nefropatie ereditarie, come la sindrome di Alport.
- **D) Rx torace, elettrocardiogramma, doppler TSA**: Il Doppler dei tronchi sovraortici non è l'esame appropriato per ricercare aneurismi intracranici. Radiografia del torace ed elettrocardiogramma non valutano adeguatamente le principali manifestazioni extrarenali della patologia.
- **E) Biopsia cutanea**: La biopsia cutanea non identifica le principali manifestazioni extrarenali della malattia policistica renale autosomica dominante.

83 **Un ragazzo di 17 anni si presenta in Pronto Soccorso per una cefalea molto intensa, per lui del tutto inusuale, esordita poche ore prima. L'esame obiettivo neurologico non documenta segni neurologici focali. Quale tra i seguenti è l'approccio di prima istanza più indicato per il paziente?**

A RM encefalo in elezione

B **TC encefalo in urgenza**

C Dimissione protetta con indicazione a visita ambulatoriale dopo 24 ore

D Elettroencefalogramma

E Potenziali evocati somatosensoriali

Risposta giusta: B

Una cefalea **improvvisa, intensa e inusuale** richiede di escludere rapidamente una causa intracranica grave, in particolare un'emorragia subaracnoidea. La **TC encefalo senza contrasto in urgenza** è l'esame di prima istanza. L'assenza di deficit neurologici focali non esclude un'emorragia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RM encefalo in elezione**: Un esame programmato ritarderebbe la valutazione di una possibile emergenza intracranica.
- **C) Dimissione protetta con indicazione a visita ambulatoriale dopo 24 ore**: Una cefalea nuova e molto intensa richiede una valutazione immediata, anche in assenza di segni neurologici focali.
- **D) Elettroencefalogramma**: L'esame dell'attività elettrica cerebrale non è indicato per escludere una causa emorragica di cefalea acuta.
- **E) Potenziali evocati somatosensoriali**: La valutazione delle vie sensitive non chiarisce la causa di una cefalea acuta intensa.

84 **Un uomo di 50 anni di origine portoghese giunge a visita neurologica per una ipoestesia distale agli arti inferiori. In anamnesi presenta una cardiomiopatia restrittiva dall'età di 45 anni ed un pregresso intervento per sindrome del tunnel carpale sinistro. Riferisce inoltre una familiarità per polineuropatia nel padre e nel nonno paterno. Quale tra i seguenti è l'approccio diagnostico più indicato?**

A Esami ematici nel sospetto di una polineuropatia carenziale

B Rachicentesi nel sospetto di una poliradicoloneuropatia demielinizzante

C **Test genetico nel sospetto di amiloidosi da transtiretina**

D Esami ematici nel sospetto di una polineuropatia diabetica

E Test genetico nel sospetto di una malattia di Charcot-Marie-Tooth

Risposta giusta: C

La combinazione di polineuropatia distale, cardiomiopatia restrittiva e sindrome del tunnel carpale suggerisce un'**amiloidosi ereditaria da transtiretina**. La familiarità su più generazioni è compatibile con una **trasmissione autosomica dominante**. Il test genetico del gene TTR è l'approccio più indicato per confermare il sospetto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Esami ematici nel sospetto di una polineuropatia carenziale**: Una carenza nutrizionale può causare neuropatia, ma è poco compatibile con la ricorrenza della polineuropatia in più generazioni e con il quadro cardiaco associato.
- **B) Rachicentesi nel sospetto di una poliradicoloneuropatia demielinizzante**: Una poliradicoloneuropatia demielinizzante non spiega il quadro familiare associato a cardiomiopatia restrittiva e tunnel carpale. La rachicentesi non è quindi l'indagine iniziale più indicata.
- **D) Esami ematici nel sospetto di una polineuropatia diabetica**: Il diabete può causare una polineuropatia distale, ma non spiega in modo unitario la familiarità neurologica e la cardiomiopatia restrittiva.
- **E) Test genetico nel sospetto di una malattia di Charcot-Marie-Tooth**: La malattia di Charcot-Marie-Tooth può essere familiare, ma la cardiomiopatia restrittiva associata al tunnel carpale orienta verso un'amiloidosi da transtiretina.

85 **Un uomo di 69 anni si presenta a visita neurologica per la presenza da almeno 5 anni di un tremore agli arti superiori come disturbo isolato, che nell'ultimo periodo è diventato più ampio fino ad impattare sulle attività quotidiane come bere e mangiare. Riferisce che anche la madre e la sorella presentano un tremore simile dall'età adulta. L'obiettività neurologica mostra unicamente un tremore d'azione agli arti superiori. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Malattia di Alzheimer
B Tremore distonico
C Malattia di Wilson
D Malattia di Parkinson
E Tremore essenziale

Risposta giusta: E

Il **tremore d'azione** agli arti superiori, presente da anni come unico segno neurologico, è tipico del tremore essenziale. La **familiarità** e il progressivo impatto su gesti come bere e mangiare rafforzano la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia di Alzheimer**: La malattia di Alzheimer si caratterizza principalmente per un progressivo **declino cognitivo**, non per un tremore d'azione isolato.
- **B) Tremore distonico**: Il tremore distonico si associa a posture anomale o movimenti distonici, assenti all'esame neurologico descritto.
- **C) Malattia di Wilson**: La malattia di Wilson si manifesta in genere in età più giovane e si accompagna spesso ad altri segni neurologici o epatici.
- **D) Malattia di Parkinson**: La malattia di Parkinson richiede **bradicinesia** associata a tremore a riposo o rigidità; il solo tremore d'azione non è sufficiente.

86 **Una coppia di genitori si presenta a visita dal neuropsichiatra infantile presentando il caso del proprio figlio, dell'età di 7 mesi. Descrivono la comparsa da poche settimane di episodi parossistici di contrazioni ripetitive agli arti superiori e di flessione del tronco che si presentano di solito al risveglio o nel corso di manipolazioni come il cambio del pannolino. Ciascun episodio dura pochi secondi, durante i quali si manifestano decine di spasmi in serie. All'esame obiettivo neurologico si evidenziano: scarso contatto oculare, ipotonia assiale, riflessi osteotendinei presenti ma ipoevocabili ai quattro arti. Si evidenzia anche un ritardo nella acquisizione delle tappe evolutive motorie. Quali dei seguenti accertamenti strumentali si ritiene sia più utile per l'inquadramento diagnostico di questo lattante?**

A **Elettroencefalogramma e RM dell'encefalo**
B Potenziali evocati uditivi e otoemissioni acustiche
C Potenziali evocati visivi ed elettroretinogramma
D Risonanza magnetica della colonna
E Elettroneurografia ed elettromiografia degli arti inferiori

Risposta giusta: A

Gli spasmi in serie al risveglio, associati a ritardo dello sviluppo, sono suggestivi di **spasmi epilettici infantili**. L'elettroencefalogramma, preferibilmente con registrazione del sonno e degli episodi, consente di ricercare le anomalie epilettiformi, tra cui l'ipsaritmia. La RM encefalica è utile per individuare un'eventuale causa strutturale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Potenziali evocati uditivi e otoemissioni acustiche**: Valuta la funzione uditiva, ma non chiarisce la natura degli episodi parossistici descritti.
- **C) Potenziali evocati visivi ed elettroretinogramma**: Valuta le vie visive e la retina; lo scarso contatto oculare non rende questi esami prioritari rispetto all'inquadramento degli spasmi.
- **D) Risonanza magnetica della colonna**: Studia il midollo spinale, mentre il quadro clinico richiede anzitutto una valutazione dell'attività elettrica e della struttura dell'encefalo.
- **E) Elettroneurografia ed elettromiografia degli arti inferiori**: Indaga il sistema nervoso periferico e i muscoli, ma non identifica gli spasmi epilettici.

87 **La chemioterapia adiuvante può trovare indicazione in molti tumori solidi in stadio localizzato come, ad esempio, i tumori polmonari non-microcitomi, i tumori della mammella, i tumori del colon-retto. In che cosa consiste?**

A Un trattamento chemioterapico somministrato prima e dopo un intervento chirurgico radicale con la finalità di aumentare il tasso di guarigione

B Un trattamento chemioterapico con nuovi farmaci somministrato prima di un intervento chirurgico radicale con la finalità di ridurre il rischio di recidiva

C Un trattamento chemioterapico somministrato in concomitanza con un trattamento radioterapico per aumentare le probabilità di una remissione obiettiva completa della malattia per evitare l'intervento chirurgico

D Un trattamento chemioterapico somministrato prima dell'intervento chirurgico con la finalità di ridurre il rischio di recidiva ed aumentare le probabilità di una resezione radicale

E **Un trattamento chemioterapico somministrato dopo un intervento chirurgico radicale con la finalità di ridurre il rischio di recidiva ed aumentare la probabilità di sopravvivenza a lungo termine**

Risposta giusta: E

La **chemioterapia adiuvante** viene somministrata dopo la chirurgia radicale. Mira a eliminare la **malattia micrometastatica** non rilevabile, riducendo il rischio di recidiva e aumentando la probabilità di sopravvivenza a lungo termine.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** Un trattamento somministrato sia prima sia dopo la chirurgia è **perioperatorio**; la fase adiuvante è quella successiva all'intervento.
- **B) Un trattamento chemioterapico con nuovi farmaci somministrato prima di un intervento chirurgico radicale con la finalità di ridurre il rischio di recidiva**: L'impiego prima della chirurgia definisce un trattamento neoadiuvante, indipendentemente dal fatto che i farmaci siano nuovi.
- **C) Un trattamento chemioterapico somministrato in concomitanza con un trattamento radioterapico per aumentare le probabilità di una remissione obiettiva completa della malattia per evitare l'intervento chirurgico**: La **chemioradioterapia concomitante** associa le due modalità terapeutiche, ma non definisce la chemioterapia adiuvante.
- **D) Un trattamento chemioterapico somministrato prima dell'intervento chirurgico con la finalità di ridurre il rischio di recidiva ed aumentare le probabilità di una resezione radicale**: La somministrazione prima della chirurgia definisce un trattamento **neoadiuvante**, che può anche favorire una resezione radicale.

88 **Una paziente di 65 anni, in seguito alla comparsa di dolore addominale, ematochezia e stipsi ostinata, ha effettuato una pancolonscopia con biopsia che ha portato alla diagnosi di adenocarcinoma del sigma. La stadiazione mediante TC e PET ha evidenziato la presenza di metastasi epatiche e peritoneali. Quali tra le seguenti indagini su tessuto vanno richieste al patologo per poter programmare correttamente la terapia medica?**

A VEGF, CKIT, PI3K, PDL1
B CLAUDINA, PGR, ER, Ki67
C IDH1, FGFR, ROS1, NTRK
D **MSI, KRAS, NRAS, BRAF**
E TTF1, PD1, EGFR, ALK

Risposta giusta: D

Nel carcinoma colorettale metastatico, la valutazione di **MSI** e delle mutazioni di **KRAS, NRAS e BRAF** è fondamentale per scegliere la terapia sistemica. L'assenza di mutazioni di KRAS e NRAS è necessaria per considerare gli **anti-EGFR**. La presenza di MSI elevata orienta verso l'**immunoterapia**, mentre una mutazione di BRAF può indirizzare a trattamenti mirati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) VEGF, CKIT, PI3K, PDL1**: Non comprende i biomarcatori fondamentali per la scelta della terapia sistemica nel carcinoma colorettale metastatico. La valutazione tissutale di VEGF o PD-L1 non sostituisce l'analisi di MSI, RAS e BRAF.
- **B) CLAUDINA, PGR, ER, Ki67**: Include marcatori associati soprattutto ad altre neoplasie o privi di un ruolo predittivo consolidato per la terapia sistemica del carcinoma colorettale metastatico.
- **C) IDH1, FGFR, ROS1, NTRK**: Le alterazioni indicate non costituiscono il pannello di base per questa neoplasia. Le fusioni di NTRK possono essere ricercate in casi selezionati, ma non sostituiscono la valutazione di MSI, RAS e BRAF.
- **E) TTF1, PD1, EGFR, ALK**: Comprende marcatori utilizzati soprattutto nel carcinoma polmonare. L'espressione di EGFR nel tessuto tumorale non è il criterio per prescrivere anti-EGFR nel carcinoma colorettale.

89 **Il farmaco imatinib è:**

- **A** **un inibitore tirosin-chinasico di c-KIT utilizzato nel trattamento dei GIST (tumori gastro-intestinali stromali) CD117-positivi**
- B un inibitore tirosin-chinasico indicato nel trattamento di seconda linea dei tumori polmonari metastatici a piccole cellule con riarrangiamento di ALK
- C un anticorpo monoclonale anti-EGFR indicato nel trattamento dell'adenocarcinoma del colon metastatico, in associazione a chemioterapia
- D un inibitore selettivo di PDL1 indicato nel trattamento del melanoma metastatico senza mutazioni del gene BRAF
- E un PARP-inibitore indicato nel trattamento di tutti i tumori avanzati con mutazione del gene BRCA

Risposta giusta: A

Imatinib è un **inibitore delle tirosin-chinasi** che agisce anche su c-KIT. È impiegato nei **GIST CD117-positivi**, soprattutto se non resecabili o metastatici, e come terapia adiuvante nei casi ad alto rischio. La sensibilità dipende anche dalla mutazione presente: alcune varianti sono resistenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) un inibitore tirosin-chinasico indicato nel trattamento di seconda linea dei tumori polmonari metastatici a piccole cellule con riarrangiamento di ALK**: Imatinib non è un **inibitore di ALK**. I riarrangiamenti di ALK sono caratteristici di un sottogruppo di carcinomi polmonari non a piccole cellule, non di quelli a piccole cellule.
- **C) un anticorpo monoclonale anti-EGFR indicato nel trattamento dell'adenocarcinoma del colon metastatico, in associazione a chemioterapia**: Imatinib non è un anticorpo monoclonale. Gli anticorpi **anti-EGFR** impiegati nel carcinoma colorettale metastatico comprendono cetuximab e panitumumab.
- **D) un inibitore selettivo di PDL1 indicato nel trattamento del melanoma metastatico senza mutazioni del gene BRAF**: Imatinib non agisce su **PD-L1**. L'immunoterapia del melanoma metastatico può essere indicata indipendentemente dallo stato mutazionale di BRAF.
- **E) un PARP-inibitore indicato nel trattamento di tutti i tumori avanzati con mutazione del gene BRCA**: Imatinib non inibisce PARP. I PARP-inibitori hanno indicazioni definite in specifici tumori e contesti clinici, non in tutti i tumori avanzati con mutazione di BRCA.

90 **Una bambina di 5 mesi viene portata dal pediatra perché presenta da alcuni giorni al volto ed alle estremità lesioni multiple eritemato-papulose ed alcune pustolose. Viene diagnosticata una forma di impetigine. Quali tra le seguenti scelte terapeutiche è la più corretta e indispensabile?**

A Applicare unicamente sulla cute interessata 2 volte al giorno per 3-4 giorni Vitamina A crema o unguento 2%

B Fare impacchi medicati con amuchina al 5% sulle parti interessate

C Applicare crema a base di cortisone

D Avviare opportuna terapia antibiotica per via sistemica

E Applicare sulle aree interessate unguento a base di iodio

Risposta giusta: D

L'impetigine è un'**infezione batterica** della cute. In questa lattante le lesioni sono **multiple** e interessano sedi diverse, rendendo appropriata una **terapia antibiotica sistemica**. Il trattamento topico è generalmente riservato alle forme con poche lesioni circoscritte.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Applicare unicamente sulla cute interessata 2 volte al giorno per 3-4 giorni Vitamina A crema o unguento 2%**: La vitamina A non ha attività antibatterica e non cura l'impetigine.
- **B) Fare impacchi medicati con amuchina al 5% sulle parti interessate**: Gli impacchi antisettici possono contribuire alla detersione, ma non costituiscono un trattamento sufficiente per lesioni multiple in sedi diverse.
- **C) Applicare crema a base di cortisone**: Un corticosteroide topico non elimina l'infezione batterica e può mascherarne l'evoluzione.
- **E) Applicare sulle aree interessate unguento a base di iodio**: Un preparato iodato non sostituisce la terapia antibiotica indicata per lesioni diffuse.

91 **Quali delle seguenti caratteristiche fenotipiche NON sono indicative di una delle forme della sindrome di Ehlers-Danlos?**

A **Ritardo mentale, aumentato rischio di neoplasie, celiachia**
B Cute sottile, fragile, ipermobilità delle articolazioni
C Miopia, prolasso della valvola mitrale, scoliosi
D Lussazioni articolari multiple e guarigione anomala delle ferite
E Rottura spontanea di arterie di medio calibro e rotture capillari

Risposta giusta: A

La sindrome di Ehlers-Danlos comprende forme ereditarie caratterizzate soprattutto da **fragilità dei tessuti connettivi**. Il ritardo intellettivo non è un segno tipico delle forme principali, mentre celiachia e aumentato rischio di neoplasie non costituiscono una combinazione fenotipica indicativa della sindrome.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Cute sottile, fragile, ipermobilità delle articolazioni**: La fragilità cutanea e l'ipermobilità articolare sono manifestazioni caratteristiche di diverse forme della sindrome.
- **C) Miopia, prolasso della valvola mitrale, scoliosi**: Alterazioni oculari, scoliosi e prolasso mitralico possono comparire in alcune forme della sindrome, pur non essendo da soli diagnostici.
- **D) Lussazioni articolari multiple e guarigione anomala delle ferite**: Le lussazioni ricorrenti sono compatibili con l'ipermobilità articolare; la cicatrizzazione anomala è caratteristica soprattutto della forma classica.
- **E) Rottura spontanea di arterie di medio calibro e rotture capillari**: La **forma vascolare** può causare rotture arteriose spontanee per la marcata fragilità della parete vascolare.

92 **Quale tra le seguenti affermazioni riguardanti il trattamento di una prima crisi asmatica in un bambino, con cortisonici per via inalatoria (ICS) NON è corretta?**

A Indipendentemente dal trattamento ICS i pazienti con asma anche lieve possono avere gravi riacutizzazioni

B La terapia con ICS a basse dosi riduce notevolmente il numero di ospedalizzazioni e l'indice di mortalità

C **Solo la terapia con ICS ad alte dosi, associata a cortisonici orali, garantisce buoni esiti a distanza**

D La terapia con ICS a basse dosi è molto efficace nel prevenire le riacutizzazioni gravi, ridurre i sintomi, migliorare la funzione polmonare e prevenire la broncocostrizione indotta dall'esercizio fisico, anche in pazienti con asma lieve

E Il trattamento precoce con basse dosi di ICS è generalmente ben tollerato

Risposta giusta: C

La **terapia con ICS a basse dosi** è efficace nel controllo dell'asma e nella prevenzione delle riacutizzazioni anche nei bambini. Non è necessario usare ICS ad alte dosi associati a corticosteroidi orali per ottenere buoni esiti a distanza. I corticosteroidi orali sono riservati soprattutto alle riacutizzazioni moderate o gravi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Indipendentemente dal trattamento ICS i pazienti con asma anche lieve possono avere gravi riacutizzazioni**: Anche un bambino con asma lieve può presentare una riacutizzazione grave. Gli ICS ne riducono il rischio, ma non lo eliminano.
- **B) La terapia con ICS a basse dosi riduce notevolmente il numero di ospedalizzazioni e l'indice di mortalità**: L'uso regolare di ICS riduce il rischio di riacutizzazioni gravi e ricoveri; è associato anche a una minore mortalità per asma.
- **D) La terapia con ICS a basse dosi è molto efficace nel prevenire le riacutizzazioni gravi, ridurre i sintomi, migliorare la funzione polmonare e prevenire la broncocostrizione indotta dall'esercizio fisico, anche in pazienti con asma lieve**: Gli ICS a basse dosi migliorano il controllo dei sintomi e la funzione polmonare, riducendo le riacutizzazioni e la broncocostrizione da esercizio anche nell'asma lieve.
- **E) Il trattamento precoce con basse dosi di ICS è generalmente ben tollerato**: Gli ICS a basse dosi hanno generalmente un buon profilo di tollerabilità; gli effetti indesiderati possono essere limitati usando la dose minima efficace e una corretta tecnica inalatoria.

93 **Un neonato di 3 settimane di vita, allattato al seno, giunge in Pronto Soccorso per episodi di vomito ripetuti che avvengono immediatamente dopo il pasto. La sintomatologia è presente da circa 1 settimana, ma da circa 1 giorno è peggiorata fino a manifestarsi dopo ogni pasto. Non presenta altre manifestazioni cliniche, se non una considerevole irrequietezza e segni di disidratazione. Alla palpazione addominale si riscontra una massa di consistenza solida, mobile, lunga circa 2 cm, localizzata in epigastrio. Quale tra le seguenti è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

- **A** **Stenosi ipertrofica del piloro**
- **B** Gastroenterite batterica
- **C** Sindrome dell'intestino corto
- **D** Allergia alle proteine del latte vaccino
- **E** Gastroenterite virale

Risposta giusta: A

La **stenosi ipertrofica del piloro** esordisce tipicamente nelle prime settimane di vita con vomito dopo i pasti, progressivamente più frequente. La massa epigastrica palpabile, descritta come **oliva pilorica**, è un reperto caratteristico. Il vomito ripetuto può causare **disidratazione**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Gastroenterite batterica**: Ci si attendono generalmente diarrea, febbre o altri segni di infezione. La massa epigastrica palpabile orienta verso un'ostruzione dell'uscita gastrica.
- **C) Sindrome dell'intestino corto**: Questa condizione consegue in genere a una resezione intestinale estesa e causa soprattutto malassorbimento e diarrea. Non spiega la massa epigastrica palpabile.
- **D) Allergia alle proteine del latte vaccino**: Può provocare vomito, ma si associa spesso ad altri sintomi gastrointestinali o cutanei. Non causa una massa epigastrica solida caratteristica.
- **E) Gastroenterite virale**: Si manifesta abitualmente con diarrea e talvolta febbre, oltre al vomito. Non giustifica la massa epigastrica palpabile.

94 **Un lattante di 4 mesi viene condotto in Pronto Soccorso Pediatrico perché da 24 ore circa i genitori hanno notato che ha iniziato a respirare con fatica e ad attaccarsi al seno con progressiva difficoltà. Da due giorni il bambino soffre di una modesta rinite sierosa. Alla valutazione obiettiva il piccolo è tachipnoico, manifesta modesti rientramenti al giugulo, intercostali e una modesta bilancia toraco-addominale; si apprezzano crepitii fini diffusi in entrambi gli emitoraci. Sulla base di questi dati clinici il pediatra pone il sospetto di bronchiolite acuta. Quali accertamenti di laboratorio e/o strumentali si ritiene che siano indispensabili per confermare l'ipotesi?**

- **A** **Nessun accertamento di laboratorio e/o strumentale è di per sé indicato per confermare la diagnosi di bronchiolite essendo questa basata primariamente sui reperti clinici**
- **B** È necessario eseguire gli esami ematochimici per identificare eventuali alterazioni dell'emocromo e degli indici di flogosi
- **C** È necessario effettuare l'ecografia polmonare, che permette di risparmiare radiazioni al paziente
- **D** È necessario effettuare la radiografia del torace per identificare aree di air trapping polmonare
- **E** È necessario eseguire accertamenti microbiologici sul siero

Risposta giusta: A

La bronchiolite acuta è una **diagnosi clinica** basata su età, sintomi di infezione delle alte vie respiratorie e segni di interessamento delle basse vie aeree. Nel quadro descritto non servono esami di laboratorio o strumentali per confermarla. La pulsossimetria può aiutare a valutare la gravità, ma non conferma la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) È necessario eseguire gli esami ematochimici per identificare eventuali alterazioni dell'emocromo e degli indici di flogosi**: Emocromo e indici di flogosi non sono utili per confermare una bronchiolite tipica. Si considerano soltanto se il quadro suggerisce diagnosi alternative o complicanze.
- **C) È necessario effettuare l'ecografia polmonare, che permette di risparmiare radiazioni al paziente**: L'ecografia polmonare non è necessaria per diagnosticare una bronchiolite con presentazione clinica tipica. L'assenza di radiazioni non ne giustifica l'uso sistematico.
- **D) È necessario effettuare la radiografia del torace per identificare aree di air trapping polmonare**: La radiografia del torace non è indicata di routine: i reperti sono aspecifici e possono favorire trattamenti antibiotici non necessari. Si riserva a quadri atipici, gravi o con sospette complicanze.
- **E) È necessario eseguire accertamenti microbiologici sul siero**: Gli esami microbiologici sul siero non confermano la bronchiolite e non sono indicati di routine. L'eventuale ricerca di virus respiratori si esegue su campioni delle vie aeree solo quando può modificare la gestione.

95 **Una bambina di 11 anni viene condotta in Pronto Soccorso Pediatrico per la comparsa di lesioni petecchiali diffuse su tutto il corpo e in particolare nei punti di pressione degli indumenti. Non vengono segnalate concomitanti manifestazioni emorragiche. L'anamnesi familiare, così come quella fisiologica e patologica remota, risulta muta. La bambina una settimana circa prima della comparsa di tali lesioni ha sofferto di una modesta infezione delle vie aeree. Vengono eseguiti esami ematici che documentano un valore di piastrine pari a 50x109/L, mentre i restanti valori sono nella norma. Quale delle seguenti condizioni cliniche si ritiene sia più pertinente al quadro clinico presentato da questa bambina?**

A Piastrinopenia grave che necessita di immediato ricovero e trattamento con immunoglobuline endovena alla dose di 0,8 g/kg

B Piastrinopenia grave che necessita di immediato ricovero e trattamento con glucocorticoidi ad alte dosi

C Piastrinopenia in corso di infezione batterica non trattata che necessita di ricovero e terapia antibiotica endovena

D Piastrinopenia grave per la quale stante il sospetto di una disfunzione midollare primitiva si richiede l'esecuzione di un aspirato midollare urgente

E **Piastrinopenia idiopatica per la quale nessun trattamento è immediatamente indicato, se non un attento follow up**

Risposta giusta: E

La **trombocitopenia isolata** comparsa dopo un'infezione respiratoria è compatibile con una trombocitopenia immune di nuova diagnosi. In assenza di sanguinamenti diversi dalle petecchie, è indicata l'**osservazione clinica** con follow-up, purché sia garantita una rivalutazione tempestiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Piastrinopenia grave che necessita di immediato ricovero e trattamento con immunoglobuline endovena alla dose di 0,8 g/kg**: Le sole petecchie, con piastrine a $50 \times 10^9/\mathrm{L}$, non giustificano immunoglobuline endovena né ricovero immediato.
- **B) Piastrinopenia grave che necessita di immediato ricovero e trattamento con glucocorticoidi ad alte dosi**: I glucocorticoidi non sono indicati in una bambina con sole manifestazioni cutanee e senza sanguinamento clinicamente significativo.
- **C) Piastrinopenia in corso di infezione batterica non trattata che necessita di ricovero e terapia antibiotica endovena**: Una recente infezione respiratoria lieve può precedere la trombocitopenia immune, ma non indica un'infezione batterica attiva da trattare con antibiotici endovena.
- **D) Piastrinopenia grave per la quale stante il sospetto di una disfunzione midollare primitiva si richiede l'esecuzione di un aspirato midollare urgente**: L'emocromo altrimenti normale e l'assenza di segni clinici sospetti non indicano una disfunzione midollare. L'aspirato midollare non è richiesto di routine in questo quadro.

96 **Un bambino di 8 anni, si presenta nell'ambulatorio del Pediatra di libera scelta per febbre (temperatura massima 38,6°C) da 3 giorni e mal di gola. Alla valutazione clinica il Pediatra riscontra faringotonsillite essudativa e linfoadenopatia reattiva laterocervicale, effettua quindi il test rapido per Streptococco Beta-Emolitico di gruppo A, che risulta positivo. Alla luce di questi dati, quale tra le seguenti è la terapia antibiotica più opportuna?**

- A **Amoxicillina 50 mg/Kg/die in 3 somministrazioni per 10 giorni**
- B Metronidazolo 30 mg/Kg/die in 3 dosi per 10 giorni
- C Ceftazidime/Avibactam 62,5 mg/kg/die ogni 8 ore per 10 giorni
- D Ceftazidime 150 mg/Kg/die in 3 dosi per 10 giorni
- E Dalbavancina 22,5 mg/Kg 1 sola volta

Risposta giusta: A

Il test rapido positivo conferma la faringotonsillite da **streptococco di gruppo A**. L'**amoxicillina** è una terapia di prima scelta nel bambino senza allergia alle penicilline. La dose proposta per **10 giorni** è appropriata.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Metronidazolo 30 mg/Kg/die in 3 dosi per 10 giorni**: Il metronidazolo è attivo soprattutto contro batteri anaerobi e protozoi, non è indicato contro lo streptococco di gruppo A.
- **C) Ceftazidime/Avibactam 62,5 mg/kg/die ogni 8 ore per 10 giorni**: Ceftazidime e avibactam sono riservati a specifiche infezioni gravi da batteri Gram-negativi resistenti e non sono appropriati in questo caso.
- **D) Ceftazidime 150 mg/Kg/die in 3 dosi per 10 giorni**: La ceftazidime è una cefalosporina ad ampio spettro orientata soprattutto ai Gram-negativi; non è una scelta appropriata per una faringotonsillite streptococcica non complicata.
- **E) Dalbavancina 22,5 mg/Kg 1 sola volta**: La dalbavancina è un antibiotico endovenoso impiegato per alcune infezioni batteriche della cute e dei tessuti molli, non per la faringotonsillite streptococcica.

98 **Una donna di 45 anni è al terzo accesso in Pronto Soccorso per riferita dolenzia addominale e palpitazioni. Le precedenti visite ed esami condotti in setting emergenza-urgenza hanno dato esito negativo per una possibile causa organica. Nel corso del triage scoppia improvvisamente a piangere. Nel corso della visita riferisce anche insonnia tardiva, difficoltà di concentrazione, faticabilità e inappetenza con calo ponderale di circa 6 Kg nell'ultimo mese. Avrebbe smesso di andare al lavoro e di vedere gli amici, per mancanza di energie. La diagnostica di laboratorio e quella strumentale condotta in Pronto Soccorso risultano ancora una volta non suggestive per una patogenesi organica. Quale dei seguenti è l'approccio più corretto?**

A Richiedere una consulenza psichiatrica ponendo l'ipotesi diagnostica di disturbo fittizio

B Prescrivere benzodiazepine e inviarla a domicilio

C **Richiedere una consulenza psichiatrica ponendo l'ipotesi diagnostica di episodio depressivo**

D Prescrivere neurolettici e inviarla a domicilio

E Richiedere consulenza neurologica ponendo l'ipotesi diagnostica di demenza

Risposta giusta: C

Il pianto, l'insonnia tardiva, l'inappetenza con calo ponderale e la faticabilità fanno sospettare un **episodio depressivo**. La rinuncia al lavoro e alle relazioni indica una marcata **compromissione funzionale**. La consulenza psichiatrica permette di approfondire la diagnosi e valutare il **rischio suicidario**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Richiedere una consulenza psichiatrica ponendo l'ipotesi diagnostica di disturbo fittizio**: Il disturbo fittizio richiede evidenze di falsificazione intenzionale dei sintomi, che qui non emergono. La sintomatologia affettiva e vegetativa orienta invece verso una valutazione per depressione.
- **B) Prescrivere benzodiazepine e inviarla a domicilio**: Le benzodiazepine possono alleviare temporaneamente alcuni sintomi, ma non trattano il quadro depressivo sospettato. La dimissione senza una valutazione psichiatrica trascurerebbe anche il rischio suicidario.
- **D) Prescrivere neurolettici e inviarla a domicilio**: I neurolettici non sono indicati come trattamento empirico di questo quadro, in assenza di sintomi psicotici o altre indicazioni specifiche. La dimissione senza una valutazione psichiatrica sarebbe inappropriata.
- **E) Richiedere consulenza neurologica ponendo l'ipotesi diagnostica di demenza**: Le difficoltà di concentrazione possono accompagnare la depressione. Il quadro non descrive un declino cognitivo progressivo tale da orientare prioritariamente verso una demenza.

99 **Un uomo di 25 anni affetto da Schizofrenia, dopo 5 giorni di trattamento con Aloperidolo I.M. al dosaggio di 10 mg/die presenta una sintomatologia caratterizzata dall'insorgenza di contrazioni toniche dolorose involontarie di alcuni gruppi muscolari, crisi oculogire, protrusione della lingua, rigidità della mandibola e dei muscoli del collo, tremori. Si tratta verosimilmente di:**

A disturbo fittizio
B disturbo somatoforme
C **distonia acuta da neurolettici**
D sindrome comiziale
E catatonia da farmaci antipsicotici

Risposta giusta: C

La **distonia acuta** può comparire nei primi giorni di trattamento con aloperidolo, soprattutto nei giovani uomini. Le contrazioni dolorose, le **crisi oculogire** e la protrusione della lingua sono manifestazioni caratteristiche. È un effetto extrapiramidale legato al **blocco dopaminergico** e richiede una rapida valutazione e un trattamento anticolinergico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) disturbo fittizio**: Un disturbo fittizio richiede la **produzione intenzionale** dei sintomi; il quadro descritto è invece caratteristico di una reazione extrapiramidale.
- **B) disturbo somatoforme**: La comparsa di contrazioni muscolari osservabili dopo l'inizio dell'aloperidolo indica un effetto avverso farmacologico, non un disturbo da sintomi somatici.
- **D) sindrome comiziale**: Le crisi epilettiche non spiegano tipicamente contrazioni toniche focali persistenti associate a deviazione oculare e protrusione della lingua nei primi giorni di terapia antipsicotica.
- **E) catatonia da farmaci antipsicotici**: La catatonia si manifesta tipicamente con alterazioni psicomotorie come stupor, mutismo o negativismo, non con spasmi dolorosi e crisi oculogire insorti dopo pochi giorni di terapia.

100 **Un uomo di 48 anni affetto da obesità, ipertensione arteriosa e diabete di tipo 2 riferisce da alcuni anni episodi acuti ricorrenti di artrite della I articolazione metatarsofalangea sinistra o della caviglia sinistra. Gli episodi raggiungono il loro acme nel giro di 12-24 ore, sono estremamente dolorosi e regrediscono anche spontaneamente nel giro di 7-15 giorni. Quale tra le seguenti diagnosi è la più probabile?**

A Polimialgia reumatica
B Artrosi primaria
C Artrite reattiva
D Artrite reumatoide
E Artrite gottosa

Risposta giusta: E

La **podagra**, cioè l'artrite della prima metatarsofalangea, è caratteristica della gotta. Le crisi hanno **esordio rapido**, dolore intenso e risoluzione spontanea in giorni o settimane. Obesità, ipertensione e diabete di tipo 2 sono condizioni associate alla gotta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Polimialgia reumatica**: La polimialgia reumatica causa dolore e rigidità bilaterali alle spalle e al cingolo pelvico, generalmente dopo i 50 anni, non crisi di monoartrite del piede.
- **B) Artrosi primaria**: L'artrosi primaria causa prevalentemente dolore meccanico e decorso cronico, non episodi di infiammazione articolare così intensi e rapidamente insorti.
- **C) Artrite reattiva**: L'artrite reattiva può interessare gli arti inferiori, ma è tipicamente preceduta da un'infezione genitourinaria o gastrointestinale e non presenta la caratteristica podagra ricorrente.
- **D) Artrite reumatoide**: L'artrite reumatoide provoca di norma una poliartrite persistente e simmetrica, soprattutto delle piccole articolazioni delle mani, anziché attacchi acuti isolati.

101 **Una donna di 41 anni riferisce da circa 2 anni dolore muscolo-scheletrico generalizzato in assenza di tumefazioni articolari o rigidità mattutina, astenia con scarsa tolleranza all'esercizio, disturbi del sonno. Gli esami di laboratorio evidenziano normali valori di CPK, indici di flogosi nei limiti e negatività per ANA, ENA, Reuma test e anti-CCP. Quale tra le seguenti diagnosi appare la più probabile?**

A Polimiosite
B Spondiloartrite assiale
C Sclerosi sistemica
D Lupus eritematoso sistemico
E **Fibromialgia**

Risposta giusta: E

Il **dolore diffuso cronico** associato ad astenia, intolleranza all'esercizio e **sonno non ristoratore** è caratteristico della fibromialgia. L'assenza di tumefazione articolare e i normali indici di flogosi sono coerenti con una condizione non infiammatoria. Non esiste un esame di laboratorio diagnostico per la fibromialgia: la valutazione è clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Polimiosite**: La polimiosite si manifesta soprattutto con **debolezza muscolare prossimale** obiettivabile, più che con dolore diffuso, e presenta generalmente CPK elevata.
- **B) Spondiloartrite assiale**: La spondiloartrite assiale causa tipicamente **lombalgia infiammatoria** e rigidità mattutina, non soltanto dolore muscolo-scheletrico generalizzato.
- **C) Sclerosi sistemica**: La sclerosi sistemica presenta abitualmente fenomeno di Raynaud, alterazioni cutanee o interessamento d'organo, non descritti nel caso.
- **D) Lupus eritematoso sistemico**: Mancano manifestazioni cliniche suggestive di lupus, come artrite infiammatoria o interessamento cutaneo e d'organo; inoltre, la negatività degli ANA rende la diagnosi poco probabile.

102 **Un uomo di 65 anni, affetto da diabete mellito di tipo 2, e pregresso infarto miocardico, giunge in ambulatorio diabetologico per effettuare la visita di controllo. Gli esami mostrano: HbA1c 51 mmol/mol; Creatinina 1,68 mg/dL (VFG 47,3 ml/min); Colesterolo totale 162 mg/dL; Colesterolo HDL 52 mg/dL; Trigliceridi 165 mg/dL; Colesterolo LDL (calcolato) 77 mg/dL. Quale si ritiene sia il target di colesterolo appropriato per questo paziente?**

A Colesterolo LDL < 80 mg/dL

B Colesterolo LDL < 100 mg/dL

C **Colesterolo LDL < 55 mg/dL**

D Colesterolo LDL < 70 mg/dL

E Colesterolo HDL > 60 mg/dL

Risposta giusta: C

Il pregresso infarto miocardico colloca il paziente in **prevenzione cardiovascolare secondaria** e nella categoria a rischio molto alto. Il diabete e la riduzione della funzione renale rafforzano questa valutazione. Il **target di colesterolo LDL** è $\mathrm{LDL} < 55\,\mathrm{mg/dL}$; il valore attuale di 77 mg/dL è quindi superiore all'obiettivo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Colesterolo LDL < 80 mg/dL**: È una soglia meno stringente di quella indicata per il rischio cardiovascolare molto alto.
- **B) Colesterolo LDL < 100 mg/dL**: È un obiettivo troppo permissivo per un paziente con malattia cardiovascolare aterosclerotica documentata.
- **D) Colesterolo LDL < 70 mg/dL**: È una soglia meno stringente dell'attuale obiettivo per un paziente con pregresso infarto miocardico.
- **E) Colesterolo HDL > 60 mg/dL**: Il colesterolo HDL non è il bersaglio terapeutico usato per definire l'obiettivo lipidico in prevenzione secondaria.

103 **Una donna di 52 anni, sovrappeso, nullipara, si reca dal ginecologo perché ha notato da alcune settimane la comparsa di un sanguinamento uterino "spotty". Effettua un'isteroscopia che rivela la presenza di una lesione esofitica, friabile, a livello dell'angolo tubarico su cui viene effettuata una biopsia il cui referto istologico recita: "Cellule con nucleo ingrandito e citoplasma eosinofilo, con marcate atipie, disposte a formare abbozzi di ghiandole senza stroma interposto". In base al quadro clinico e al referto istologico, qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Carcinoma squamoso
B Carcinoma a cellule chiare
C **Carcinoma endometrioide**
D Carcinosarcoma
E Carcinoma sieroso

Risposta giusta: C

Il carcinoma endometrioide è favorito dall'esposizione estrogenica non bilanciata, associata a **sovrappeso e nulliparità**. La presenza di **ghiandole addossate senza stroma interposto** è un reperto caratteristico dell'invasione stromale in questo tumore. Le marcate atipie indicano una componente di alto grado.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Carcinoma squamoso**: Il carcinoma squamoso mostra differenziazione squamosa, non una proliferazione di strutture ghiandolari.
- **B) Carcinoma a cellule chiare**: Il carcinoma a cellule chiare presenta spesso cellule con citoplasma chiaro o aspetto a chiodo di tappezziere, in architetture tubulocistiche, papillari o solide.
- **D) Carcinosarcoma**: Il carcinosarcoma contiene una componente epiteliale maligna e una componente sarcomatosa, non descritta nella biopsia.
- **E) Carcinoma sieroso**: Il carcinoma sieroso può mostrare marcate atipie, ma presenta più tipicamente un'architettura papillare e insorge spesso in un endometrio atrofico. Il quadro di rischio e le ghiandole addossate orientano maggiormente verso il carcinoma endometrioide.

104 **Un uomo di 48 anni si presenta dal medico perché ha notato negli ultimi mesi un diffuso aumento delle dimensioni addominali, anche se sostiene di non aver modificato le sue abitudini alimentari. Durante l'anamnesi il paziente riferisce di fumare oltre 20 sigarette e di bere circa 6 lattine di birra al giorno. All'esame obiettivo l'addome risulta batraciano, ascitico. È prescritta ecografia epatica che, nel contesto di un fegato cirrotico, riscontra la presenza di un nodulo di 1,8 cm a livello del V segmento, su cui viene eseguita agobiopsia. L'esame istologico mostra: "Cellule poligonali, atipiche, con elevato rapporto nucleo/citoplasma, citoplasma eosinofilo, talora contenente pigmento verdastro, aggregate in acini e pseudo ghiandole". In base al quadro clinico ed al reperto istologico, qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Colangiocarcinoma

B **Carcinoma epatocellulare**

C Metastasi da carcinoma polmonare

D Metastasi da carcinoma del colon-retto

E Nodulo epatico rigenerativo

Risposta giusta: B

La cirrosi è un importante fattore di rischio per **carcinoma epatocellulare**. Le cellule atipiche possono disporsi in strutture pseudoghiandolari. Il **pigmento verdastro** nel citoplasma è compatibile con bile prodotta dalle cellule tumorali e sostiene la loro origine epatocitaria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Colangiocarcinoma**: Il colangiocarcinoma origina dall'epitelio biliare e può formare ghiandole, ma non produce bile nelle cellule tumorali come un carcinoma epatocellulare.
- **C) Metastasi da carcinoma polmonare**: L'abitudine al fumo non basta a indicare un'origine polmonare. La produzione di bile da parte delle cellule neoplastiche orienta verso un tumore primitivo del fegato.
- **D) Metastasi da carcinoma del colon-retto**: Una metastasi colorettale può avere architettura ghiandolare, ma le sue cellule non producono bile.
- **E) Nodulo epatico rigenerativo**: Un nodulo rigenerativo non presenta la marcata **atipia cellulare** descritta nel campione.

105 **Un uomo di 66 anni presenta significativa perdita di peso (5 kg negli ultimi 6 mesi), associata a vomito e senso di sazietà precoce. All'esofagogastroduodenoscopia si evidenzia la presenza di un'area pallida e irregolare, con perdita del disegno plicale, di circa 3 cm a livello dell'antro. È effettuata biopsia che mostra: "Cellule in piccoli gruppi o singole, con citoplasma chiaro PAS positivo e Alcian Blue negativo e nucleo schiacciato alla periferia". Sulla base del quadro clinico ed istologico, qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Morbo di Crohn

B **Adenocarcinoma gastrico diffuso (ad anello con castone)**

C Adenocarcinoma gastrico di tipo intestinale

D Gastrite cronica atrofica

E Linfoma gastrico

Risposta giusta: B

Le cellule isolate o in piccoli gruppi, con il nucleo spinto alla periferia dal citoplasma ricco di mucina, sono tipiche delle **cellule ad anello con castone**. La positività alla PAS sostiene la presenza di mucina intracellulare. Il quadro clinico ed endoscopico è compatibile con una neoplasia gastrica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Morbo di Crohn**: Il morbo di Crohn gastrico può causare infiammazione e granulomi, ma non presenta cellule mucinose ad anello con castone.
- **C) Adenocarcinoma gastrico di tipo intestinale**: Il tipo intestinale forma prevalentemente **strutture ghiandolari**, assenti nella descrizione istologica.
- **D) Gastrite cronica atrofica**: L'atrofia gastrica comporta perdita delle ghiandole della mucosa, ma non spiega la presenza di cellule mucinose isolate con nucleo periferico.
- **E) Linfoma gastrico**: Il linfoma presenta cellule linfoidi neoplastiche, non cellule con citoplasma mucinoso e nucleo periferico.

106 **Un uomo di 34 anni accusa una sensazione di peso allo scroto e all'autopalpazione è presente un aumento di dimensioni del testicolo sinistro. All'ecografia si rileva una massa di 3,5 cm all'interno di detto testicolo. Gli esami ematici mostrano incremento lieve della beta-HCG. È effettuata orchiectomia e macroscopicamente si rileva la presenza di: "Nodulo grigio, solido, plurilobato"; all'esame istologico: "Neoplasia composta da cellule, perlopiù monomorfe, disposte in cordoni e piccoli nidi con citoplasma pallido e chiaro, nuclei poligonali. I tubuli seminiferi alla periferia della lesione risultano ripieni di cellule con simile morfologia; è presente componente linfocitaria benigna". Alla luce del quadro clinico e del reperto istologico, qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Teratoma
B Yolk Sac Tumor (Tumore del sacco vitellino)
C Linfoma
D **Seminoma**
E Tumore a cellule di Leydig

Risposta giusta: D

Il seminoma presenta cellule relativamente uniformi, con citoplasma chiaro, associate a **infiltrato linfocitario**. La presenza di cellule simili nei tubuli seminiferi adiacenti è compatibile con una **neoplasia germinale intratubulare**. Un lieve aumento della beta-HCG può dipendere dalla presenza di cellule del **sinciziotrofoblasto**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Teratoma**: Il teratoma contiene tessuti differenziati di più linee cellulari, anziché una popolazione neoplastica prevalentemente uniforme.
- **B) Yolk Sac Tumor (Tumore del sacco vitellino)**: Il tumore del sacco vitellino è più tipico dell'infanzia e si associa spesso a un aumento dell'alfa-fetoproteina; può presentare corpi di Schiller-Duval, assenti nella descrizione.
- **C) Linfoma**: Il linfoma testicolare è più frequente negli uomini anziani e presenta cellule linfoidi neoplastiche, non cellule germinali con citoplasma chiaro.
- **E) Tumore a cellule di Leydig**: Il tumore a cellule di Leydig origina dallo stroma testicolare e non si associa alla presenza di cellule neoplastiche simili nei tubuli seminiferi adiacenti.

107 **Viene ricoverato in rianimazione un uomo di 54 anni con diagnosi di shock settico a partenza dalle vie urinarie. Per sostenerlo dal punto di vista emodinamico, quale dei seguenti farmaci è maggiormente indicato somministrare?**

A Dopamina
B **Noradrenalina**
C Dobutamina
D Desmopressina
E Aminofillina

Risposta giusta: B

Nello shock settico il collasso circolatorio dipende dalla marcata vasodilatazione periferica e dall'ipotensione conseguente. La **noradrenalina** è il vasopressore di prima scelta perché attiva i **recettori α1**, producendo una decisa **vasocostrizione** arteriosa. Questo incremento delle **resistenze vascolari** ripristina la **pressione arteriosa** media essenziale per garantire la perfusione tissutale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dopamina**: Sebbene eserciti effetti simpaticomimetici, le linee guida attuali preferiscono altri agenti poiché la dopamina comporta un rischio aritmogeno superiore e garantisce un controllo pressorio meno stabile rispetto alla noradrenalina.
- **C) Dobutamina**: Agisce principalmente come inotropo positivo ed è indicato per la disfunzione ventricolare sinistra o la bassa portata cardiaca, non per contrastare la vasodilatazione ipotonica tipica della sepsi.
- **D) Desmopressina**: È un analogo sintetico dell'ADH utilizzato nel diabete insipido e in alcune anomalie della coagulazione, ma non offre il supporto pressorio adeguato per il trattamento emodinamico dello shock settico.
- **E) Aminofillina**: Derivato xantinico a predominante azione broncodilatatoria, viene impiegato unicamente in patologie respiratorie ostruttive e non interviene sui meccanismi emodinamici della sepssi.

108 **Un giovane di 23 anni, sportivo e fumatore attuale, durante l'attività sportiva avverte un dolore trafittivo all'emitorace sinistro, improvviso e molto violento, con dispnea. La diagnosi più probabile tra le seguenti è:**

- **A** **pneumotorace spontaneo**
- **B** polmonite lobare
- **C** colecistite acuta
- **D** reflusso gastro-esofageo
- **E** versamento pleurico

Risposta giusta: A

Il **dolore pleuritico improvviso** associato a **dispnea acuta** è tipico dello pneumotorace spontaneo. La giovane età e il **fumo di sigaretta** aumentano la probabilità di uno pneumotorace spontaneo primario. Lo sforzo può coincidere con l'esordio, anche se non è necessario per provocarlo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) polmonite lobare**: La polmonite si presenta in genere con febbre, tosse e sintomi a esordio meno brusco.
- **C) colecistite acuta**: La colecistite provoca tipicamente dolore nel quadrante superiore destro dell'addome, spesso con nausea o febbre.
- **D) reflusso gastro-esofageo**: Il reflusso causa più spesso bruciore retrosternale, frequentemente dopo i pasti, e non spiega bene la dispnea improvvisa.
- **E) versamento pleurico**: Il versamento pleurico causa più spesso una dispnea progressiva, anziché un dolore toracico violento a esordio improvviso.

---

109 **Un paziente deve essere sottoposto a un intervento chirurgico ortopedico. Dopo l'anestesia loco-regionale, il paziente sviluppa i sintomi di tossicità sistemica da anestetico locale. Quale tra i seguenti NON è un sintomo caratteristico di tale tossicità?**

- **A** Aritmie cardiache
- **B** Intorpidimento della lingua
- **C** **Iperventilazione**
- **D** Tinnito
- **E** Convulsioni

Risposta giusta: C

La tossicità sistemica da anestetici locali mostra inizialmente segni **neurologici** precoci come parestesie, sapore metallico, tinnito e intorpidimento lingua o periorale. Il quadro può progredire fino ad arrivare a convulsioni e successive manifestazioni **cardiovascolari** quali aritmie e depressione miocardica. L'**iperventilazione** non rientra nelle manifestazioni classiche attese.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aritmie cardiache**: le aritmie cardiache sono tipiche soprattutto quando la tossicità interessa il sistema cardiovascolare, potendo evolvere fino alla depressione miocardica.
- **B) Intorpidimento della lingua**: l'intorpidimento della lingua è un sintomo molto frequente e precoce, che si manifesta sempre unitamente al formicolio periorale e al tinnito.
- **D) Tinnito**: il tinnito è un sintomo tipico ed è spesso precoce, poiché fa parte dei primi segnali neurologici dell'intossicazione sistemica.
- **E) Convulsioni**: le convulsioni rappresentano un segno classico e importante, indicando una tossività neurologica più avanzata rispetto ai soli sintomi iniziali.

110 **Quando si utilizza un anestetico locale NON è necessario valutare:**

- **A** **permeabilità capillare**
- **B** onset di azione
- **C** potenza
- **D** concentrazione della formulazione farmaceutica
- **E** durata d'azione

Risposta giusta: A

La scelta di un anestetico locale si fonda sui parametri che ne guidano l'impiego clinico, ovvero **onset**, **durata**, **concentrazione** e **potenza**. La permeabilità capillare non rientra tra i criteri diagnostici o prescrittivi standard per questa classe di farmaci.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) onset di azione**: L'onset indica la velocità di insorgenza del blocco nervoso ed è un dato cruciale per organizzare la tempistica delle procedure.
- **C) potenza**: La potenza permette il confronto tra i diversi anestetici disponibili e supporta la selezione del composto più idoneo alla patologia.
- **D) concentrazione della formulazione farmaceutica**: La concentrazione della formulazione farmaceutica influenza direttamente il rapporto tra efficacia terapeutica e tossicità sistemica.
- **E) durata d'azione**: La durata stabilisce per quanto tempo permane l'efficacia analgesica ed è necessaria per gestire il decorso post-operatorio e le eventuali integrazioni posologiche.

---

111 **In un adulto la modalità corretta di esecuzione del BLS da parte di un operatore sanitario formato prevede:**

- **A** compressioni/ventilazioni 30:2, 130 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm
- **B** **compressioni/ventilazioni 30:2, 100 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm**
- **C** compressioni/ventilazioni 10:2, 110 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm
- **D** compressioni/ventilazioni 15:2, 130 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm
- **E** compressioni/ventilazioni 15:2, 100 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm

Risposta giusta: B

Nel BLS dell'adulto, senza una via aerea avanzata, si alternano **30 compressioni** e **2 ventilazioni**. La frequenza raccomandata è da 100 a 120 compressioni al minuto: 100 rientra quindi nell'intervallo. La profondità deve essere di **almeno 5 cm**, evitando di superare 6 cm.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) compressioni/ventilazioni 30:2, 130 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm**: La frequenza di 130 compressioni al minuto supera l'intervallo raccomandato, che va da 100 a 120.
- **C) compressioni/ventilazioni 10:2, 110 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm**: Il rapporto tra compressioni e ventilazioni non è quello raccomandato per l'adulto.
- **D) compressioni/ventilazioni 15:2, 130 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm**: Il rapporto tra compressioni e ventilazioni non è corretto; inoltre, 130 compressioni al minuto superano la frequenza raccomandata.
- **E) compressioni/ventilazioni 15:2, 100 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm**: Nell'adulto il rapporto corretto prevede 30 compressioni per ogni 2 ventilazioni.

112 **Una paziente di 24 anni deve sottoporsi a miomectomia videolaparoscopica. Presenta una anamnesi muta, nessuna allergia riferita, non fumatrice. Ha subito un intervento di appendicectomia 3 anni prima, del quale ricorda spiacevolmente alcuni episodi di vomito al risveglio. Quale dei seguenti NON è una misura adeguata a prevenire la PONV (nausea e vomito post-operatorio) in questa paziente?**

- **A** **Optare per una anestesia inalatoria**
- **B** Mantenere una idratazione adeguata durante e dopo l'intervento
- **C** Impostare una anestesia multimodale con tecniche "opioid-sparing"
- **D** Impostare una TIVA (anestesia totalmente endovenosa) con propofol
- **E** Profilassi farmacologica multimodale

Risposta giusta: A

La paziente presenta un **rischio elevato di PONV** per sesso femminile, assenza di fumo e precedente vomito postoperatorio. Gli **anestetici inalatori** aumentano il rischio di PONV rispetto all'anestesia endovenosa con propofol. Sceglierli non è quindi una misura preventiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Mantenere una idratazione adeguata durante e dopo l'intervento**: Un'**idratazione adeguata** nel periodo perioperatorio contribuisce a ridurre il rischio di PONV.
- **C) Impostare una anestesia multimodale con tecniche "opioid-sparing"**: Ridurre il ricorso agli oppioidi limita un importante fattore di rischio di PONV.
- **D) Impostare una TIVA (anestesia totalmente endovenosa) con propofol**: Il propofol riduce l'incidenza di PONV rispetto agli anestetici inalatori.
- **E) Profilassi farmacologica multimodale**: Associare antiemetici con meccanismi d'azione diversi è appropriato in una paziente ad alto rischio di PONV.

113 **Giunge in Pronto Soccorso per dispnea acuta una paziente di 24 anni con anamnesi positiva per asma bronchiale allergico. La paziente presenta dispnea, Frequenza Respiratoria 30 atti/min, SpO2 92% con FiO2 al 60%, Frequenza Cardiaca 110 bpm, PA 120/75 mmHg. All'esame obiettivo presenti fischi e sibili espiratori. Il medico di Pronto Soccorso ha già effettuato terapia inalatoria con salbutamolo, ipratropio bromuro e metilprednisolone EV, ma la paziente non è responsiva. Quale ulteriore trattamento nell'immediatezza è indicato tra i seguenti?**

A Adrenalina EV

B Riempimento volemico con colloidi

C **Magnesio solfato**

D Immediata cricotirotomia

E Posizionamento di catetere venoso centrale

Risposta giusta: C

Nell'**asma acuto grave** non responsivo ai broncodilatatori inalatori, è indicato il **solfato di magnesio EV**, generalmente 2 g in 20 minuti. Può favorire la broncodilatazione e ridurre il rischio di ricovero. L'ipossiemia persistente richiede anche una rivalutazione immediata dell'eventuale necessità di supporto ventilatorio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Adrenalina EV**: Non è indicata in assenza di segni di anafilassi o di un'altra specifica indicazione. La somministrazione endovenosa comporta inoltre un rischio di aritmie.
- **B) Riempimento volemico con colloidi**: Non vi sono segni di ipovolemia o shock. L'infusione di colloidi non tratta l'ostruzione bronchiale.
- **D) Immediata cricotirotomia**: È una procedura di salvataggio riservata all'impossibilità di ossigenare o ventilare con le altre tecniche di gestione delle vie aeree. Non è il trattamento immediato di una riacutizzazione asmatica refrattaria ai farmaci inalatori.
- **E) Posizionamento di catetere venoso centrale**: Un accesso venoso centrale non determina broncodilatazione e non è necessario per somministrare il trattamento indicato.

114 **Durante una anestesia generale bilanciata per intervento chirurgico di prostatectomia, l'anestesista rileva un aumento dell'etCO2 e un brusco rialzo della temperatura corporea a 39,5 °C. Qual è tra le seguenti la terapia specifica nel sospetto di ipertermia maligna?**

A Riempimento volemico

B Dantrolene

C O_2 terapia

D Ampicillina

E Adrenalina

Risposta giusta: B

Il brusco aumento della temperatura e della $EtCO_2$ suggerisce un'ipertermia maligna, soprattutto se associato a un aumento della $EtCO_2$. Il **dantrolene** è la terapia specifica: riduce il rilascio di calcio dal reticolo sarcoplasmatico nel muscolo scheletrico. Occorre inoltre sospendere gli agenti scatenanti e avviare le misure di supporto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Riempimento volemico**: I liquidi possono essere necessari per sostenere la circolazione e proteggere i reni in caso di rabdomiolisi, ma non interrompono la crisi.
- **C) O_2 terapia**: La somministrazione di ossigeno al 100% è una misura essenziale di supporto, ma non sostituisce il dantrolene.
- **D) Ampicillina**: È un antibiotico e non ha alcun ruolo nel trattamento specifico dell'ipertermia maligna.
- **E) Adrenalina**: È indicata in specifiche emergenze emodinamiche, ma non tratta il meccanismo dell'ipertermia maligna.

115 **Una donna di 58 anni si presenta dal medico curante per la comparsa di una sintomatologia addominale caratterizzata da diarrea profusa che non risponde a loperamide. La donna ha ricevuto numerosi e prolungati cicli di antibiotici negli ultimi due anni per infezioni ricorrenti delle vie urinarie. A seguito di accertamenti, viene posta diagnosi di infezione di diarrea da Clostridioides difficile, e viene instaurata una terapia a base di Vancomicina. Relativamente a tale farmaco, quale delle seguenti affermazioni è corretta in questo contesto clinico?**

A La Vancomicina è sempre attiva nei confronti di Clostridioides difficile

B La Vancomicina viene somministrata per via endovenosa lenta per ridurre il rischio di reazioni di ipersensibilità

C La Vancomicina richiede sempre il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche

D **La Vancomicina viene somministrata per via orale nell'infezione di diarrea da Clostridioides difficile**

E La Vancomicina richiede sempre il monitoraggio della funzionalità renale

Risposta giusta: D

Nell'infezione da Clostridioides difficile, la vancomicina si somministra per **via orale**. Il suo scarso assorbimento consente di raggiungere **concentrazioni elevate nel lume intestinale**, dove agisce sul batterio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La Vancomicina è sempre attiva nei confronti di Clostridioides difficile**: La sensibilità alla vancomicina è generalmente conservata, ma **non è garantita in ogni caso**. Sono stati descritti isolati con sensibilità ridotta e la risposta clinica può variare.
- **B) La Vancomicina viene somministrata per via endovenosa lenta per ridurre il rischio di reazioni di ipersensibilità**: L'infusione endovenosa lenta riduce il rischio di **reazione da infusione**, ma in questa infezione non è la via appropriata: non assicura concentrazioni efficaci nel lume intestinale.
- **C) La Vancomicina richiede sempre il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche**: Le **concentrazioni plasmatiche** non richiedono un controllo sistematico durante la terapia orale, dato lo scarso assorbimento. Il monitoraggio può essere considerato se aumenta il rischio di assorbimento sistemico.
- **E) La Vancomicina richiede sempre il monitoraggio della funzionalità renale**: Con la terapia orale l'assorbimento sistemico è generalmente minimo, quindi il **controllo della funzione renale** non è sempre necessario. Può essere opportuno in presenza di colite grave o insufficienza renale.

116 **Una donna di 34 anni al secondo mese di gravidanza si reca dal ginecologo. Gli esami del sangue documentano FT4 31pg/mL (valori normali 9-20 pg/mL), TSH <0,01 mU/L (valori normali 0,5-5 mU/L). La donna presenta asma moderato persistente in terapia con formoterolo e glucocorticoidi inalatori. Quale dei seguenti farmaci rappresenta la terapia più appropriata nel primo trimestre di gravidanza?**

A Levotiroxina
B Metimazolo
C Iodio radioattivo
D **Propiltiouracile**
E Propranololo

Risposta giusta: D

Il TSH soppresso con FT4 elevato indica un **ipertiroidismo manifesto**. Se è necessaria una terapia antitiroidea, nel **primo trimestre** si preferisce il propiltiouracile per il minor rischio di embriopatia rispetto al metimazolo. Dopo il primo trimestre si valuta il passaggio al metimazolo per ridurre il rischio di epatotossicità materna.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Levotiroxina**: È una terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo e aggraverebbe l'eccesso di ormoni tiroidei.
- **B) Metimazolo**: Nel primo trimestre è associato a un maggior rischio di malformazioni congenite rispetto al propiltiouracile.
- **C) Iodio radioattivo**: È controindicato in gravidanza perché attraversa la placenta e può danneggiare la tiroide fetale.
- **E) Propranololo**: Può attenuare i sintomi adrenergici, ma non riduce la sintesi degli ormoni tiroidei; inoltre l'**asma** ne rende sfavorevole l'impiego.

117 **Un uomo di 62 anni sovrappeso (IMC 27 kg/m2), iperteso in trattamento con idroclorotiazide/valsartan, pregresso infarto del miocardio ed uno scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione in terapia con beta-bloccante e ASA, diabete di tipo 2 diagnosticato da 8 anni in terapia con metformina 2 g/die, presenta una emoglobina glicata di 64 mmol/mol (8%), un volume di filtrazione glomerulare di 50 ml/min, potassiemia nella norma. Quale tra le seguenti strategie farmacologiche è preferibile ulteriormente utilizzare?**

A Aggiungere una sulfanilurea

B Aggiungere un DPP-4 inibitore

C **Aggiungere un inibitore del trasportatore renale sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) o un agonista dei recettori del GLP-1**

D Nessuna strategia farmacologica aggiuntiva essendo in buon compenso metabolico

E Aumentare la dose di metformina

Risposta giusta: C

La glicata dell'8% indica un **controllo glicemico non ottimale**. Gli **inibitori di SGLT2** sono particolarmente indicati per il beneficio nello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta, anche con filtrato glomerulare di 50 ml/min. Gli agonisti recettoriali del GLP-1 offrono un **beneficio cardiovascolare** nella malattia aterosclerotica, ma in questo paziente la priorità va a un inibitore di SGLT2.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aggiungere una sulfanilurea**: Le sulfaniluree possono causare **ipoglicemia e aumento ponderale** e non offrono i benefici sullo scompenso degli inibitori di SGLT2.
- **B) Aggiungere un DPP-4 inibitore**: Gli inibitori di DPP-4 non offrono un beneficio documentato sullo scompenso cardiaco; per alcuni, come saxagliptin, è stato osservato un aumento delle ospedalizzazioni per scompenso.
- **D) Nessuna strategia farmacologica aggiuntiva essendo in buon compenso metabolico**: Una glicata dell'8% non indica un controllo metabolico ottimale; inoltre, lo scompenso cardiaco giustifica una terapia con beneficio cardiovascolare indipendentemente dalla glicata.
- **E) Aumentare la dose di metformina**: Il paziente assume già 2 g/die di metformina. Aumentarne la dose non apporterebbe il beneficio specifico sullo scompenso cardiaco e richiederebbe cautela per la funzione renale ridotta.

118 **Il fenomeno dell'anticipazione, che si osserva in alcune patologie monogeniche, è dovuto prevalentemente a:**

A un riarrangiamento cromosomico bilanciato
B **l'espansione di una sequenza nucleotidica ripetuta**
C la delezione intronica di 9 paia di basi nucleotidiche
D la variante di un elemento regolatore
E una mutazione nel DNA mitocondriale

Risposta giusta: B

L'anticipazione consiste nella comparsa di una malattia a un'età **sempre più precoce** nelle generazioni successive, spesso con maggiore gravità. È dovuta prevalentemente all'**espansione di sequenze ripetute**, instabili durante la trasmissione ai figli. Ne sono esempi la malattia di Huntington e la distrofia miotonica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) un riarrangiamento cromosomico bilanciato**: Un riarrangiamento bilanciato può essere trasmesso alla prole, ma non è il meccanismo caratteristico dell'anticipazione.
- **C) la delezione intronica di 9 paia di basi nucleotidiche**: Una delezione intronica di dimensioni fisse non determina l'aumento progressivo delle ripetizioni tra generazioni.
- **D) la variante di un elemento regolatore**: Una variante regolatoria può modificare l'espressione genica, ma non comporta necessariamente una variazione progressiva tra generazioni.
- **E) una mutazione nel DNA mitocondriale**: Le mutazioni mitocondriali possono causare malattie ereditarie, ma non spiegano il meccanismo tipico dell'anticipazione.

---

119 **Per confrontare l'effetto di un nuovo antibiotico rispetto all'efficacia della cefalosporina per il trattamento delle infezioni polmonari lo studio più adatto tra i seguenti è:**

A studio descrittivo
B studio a coorte storica
C **sperimentazione clinica controllata**
D studio caso-controllo
E studio retrospettivo

Risposta giusta: C

La **sperimentazione clinica controllata** confronta direttamente il nuovo antibiotico con la cefalosporina in pazienti con infezione polmonare. L'**assegnazione casuale** ai trattamenti, se prevista, riduce l'influenza dei fattori confondenti. È il disegno più adatto per valutare l'efficacia comparativa dei due farmaci.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) studio descrittivo**: Descrive le caratteristiche dei pazienti o la frequenza degli eventi, ma non è progettato per confrontare l'efficacia di due terapie.
- **B) studio a coorte storica**: Utilizza dati raccolti in passato senza assegnare i trattamenti, quindi è più esposto a differenze preesistenti tra i gruppi.
- **D) studio caso-controllo**: Seleziona i partecipanti in base all'esito ed è più adatto a studiare associazioni tra esposizioni e malattie che l'efficacia comparativa di due antibiotici.
- **E) studio retrospettivo**: Ricostruisce esposizioni ed esiti già avvenuti e non permette di controllare l'assegnazione dei trattamenti.

120 **Si considerino una malattia e un fattore di rischio. Per determinare il rischio relativo è sufficiente conoscere:**

A l'incidenza della malattia tra gli esposti al fattore di rischio e la prevalenza del fattore di rischio

B **l'incidenza della malattia tra gli esposti al fattore di rischio e quella tra i non esposti al fattore di rischio**

C la prevalenza della malattia nella popolazione e la prevalenza del fattore di rischio tra gli individui con la malattia

D l'incidenza della malattia nella popolazione e la prevalenza del fattore di rischio

E la prevalenza della malattia tra gli esposti al fattore di rischio e la prevalenza del fattore di rischio

Risposta giusta: B

Il **rischio relativo** si calcola rapportando i tassi di **incidenza** nei due gruppi di studio. Servono necessariamente i nuovi casi tra gli esposti e tra i non esposti durante un periodo definito. Il valore finale corrisponde al rapporto tra questi due valori: $RR = \frac{\text{incidenza negli esposti}}{\text{incidenza nei non esposti}}$.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) l'incidenza della malattia tra gli esposti al fattore di rischio e la prevalenza del fattore di rischio**: Include correttamente il tasso di nuovi casi negli esposti, ma omette completamente quello nei non esposti. Senza il secondo valore non è possibile effettuare il confronto quantitativo tra le due coorti.
- **C) la prevalenza della malattia nella popolazione e la prevalenza del fattore di rischio tra gli individui con la malattia**: Le prevalenze indicano solo la presenza di casi in un istante preciso, senza distinguere i nuovi insorgenti. Non forniscono il confronto temporale tra gruppi necessario per determinare l'incidenza.
- **D) l'incidenza della malattia nella popolazione e la prevalenza del fattore di rischio**: L'incidenza complessiva aggrega tutti i soggetti, cancellando la distinzione cruciale tra chi ha ed chi non ha il fattore di rischio. I dati richiesti rimangono insufficienti per isolare i due tassi specifici richiesti.
- **E) la prevalenza della malattia tra gli esposti al fattore di rischio e la prevalenza del fattore di rischio**: Manca il dato sui non esposti, fondamentale per stabilire se l'esposizione modifichi effettivamente la probabilità di ammalarsi. La prevalenza del fattore di rischio è irrilevante per questo calcolo specifico.

121 **L'assessorato alla sanità di una Regione ha introdotto un nuovo test di screening per una patologia genetica. Il test ha una specificità del 95%. Pertanto, è atteso un:**

A 10% di falsi positivi
B 10% di veri negativi
C 95% di veri positivi
D 90% di falsi positivi
E 5% di falsi positivi

Risposta giusta: E

La **specificità** è la proporzione di risultati negativi tra le persone **senza la patologia**. Se è del 95%, il restante 5% delle persone senza la patologia riceverà un risultato positivo: sono i **falsi positivi**. Questa percentuale non si riferisce all'intera popolazione sottoposta a screening.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 10% di falsi positivi**: Un tasso di falsi positivi del 10% tra le persone senza la patologia corrisponderebbe a una specificità del 90%.
- **B) 10% di veri negativi**: Tra le persone senza la patologia, la proporzione attesa di veri negativi è del 95%, non del 10%.
- **C) 95% di veri positivi**: La proporzione di veri positivi tra le persone con la patologia misura la sensibilità, che non è ricavabile dalla specificità.
- **D) 90% di falsi positivi**: Un tasso di falsi positivi del 90% tra le persone senza la patologia corrisponderebbe a una specificità del 10%.

---

122 **Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è un sistema:**

A a finanziamento pubblico con erogatori di prestazioni solo privati accreditati
B a stampo mutualistico
C a finanziamento pubblico con erogatori di prestazioni solo pubblici
D di matrice privatistica
E a finanziamento pubblico con erogatori di prestazioni sia pubblici sia privati accreditati

Risposta giusta: E

Il SSN è finanziato prevalentemente con risorse pubbliche. Le prestazioni sono erogate da **strutture pubbliche e private accreditate**, secondo le regole del servizio sanitario.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) a finanziamento pubblico con erogatori di prestazioni solo privati accreditati**: L'erogazione non è riservata ai privati accreditati: le strutture pubbliche hanno un ruolo centrale.
- **B) a stampo mutualistico**: Il SSN ha superato il precedente sistema mutualistico, in cui l'assistenza era legata all'appartenenza a una cassa mutua.
- **C) a finanziamento pubblico con erogatori di prestazioni solo pubblici**: L'erogazione non è riservata alle strutture pubbliche: vi partecipano anche soggetti privati accreditati.
- **D) di matrice privatistica**: Il SSN garantisce l'assistenza sanitaria nell'ambito di un sistema pubblico, non fondato prevalentemente su rapporti privatistici.

123 **Un operaio edile di 47 anni, durante una visita periodica, riferisce alcuni disturbi all'udito. L' esame audiometrico suggerisce un'ipoacusia neurosensoriale la cui eziologia professionale può essere sospettata per questa caratteristica:**

A aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 650 Hz
B aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 4000 Hz
C aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 500 Hz
D aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 1000 Hz
E aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 750 Hz

Risposta giusta: B

L'ipoacusia neurosensoriale da esposizione cronica a rumore presenta tipicamente un **notch audiometrico** intorno a 4000 Hz. La perdita uditiva interessa inizialmente le **alte frequenze** ed è spesso bilaterale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 650 Hz**: Un deficit a questa frequenza non è il segno audiometrico caratteristico dell'ipoacusia professionale da rumore.
- **C) aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 500 Hz**: Le **basse frequenze** sono generalmente risparmiate nelle fasi iniziali dell'ipoacusia da rumore.
- **D) aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 1000 Hz**: Una perdita isolata a questa frequenza non è il reperto iniziale caratteristico dell'ipoacusia da rumore professionale.
- **E) aumento della soglia di udibilità per i toni di frequenza a 750 Hz**: Questa frequenza non corrisponde alla tipica incisura audiometrica associata all'esposizione cronica a rumore.

---

124 **Un giovane infermiere riferisce di aver avuto contatti protratti e ripetuti con un paziente successivamente risultato affetto da tubercolosi polmonare attiva durante vari turni di lavoro. Il protocollo prescrive l'esecuzione del test di Mantoux. Il test è considerato positivo quando:**

A l'arrossamento è di 1 mm di diametro
B l'area di infiammazione cutanea con papula centrale indurita è di 3 mm di diametro
C l'arrossamento non è evidente ad occhio nudo
D l'area di infiammazione cutanea con papula centrale indurita è superiore a 5 mm di diametro
E l'area di infiammazione cutanea con papula centrale indurita è inferiore a 2 mm di diametro

Risposta giusta: D

Nei contatti stretti di un paziente con tubercolosi polmonare attiva, il test di Mantoux è positivo se l'**indurimento** misura almeno **5 mm**. La lettura si effettua dopo 48-72 ore, misurando l'indurimento e non l'arrossamento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) l'arrossamento è di 1 mm di diametro**: L'arrossamento non è il parametro utilizzato per interpretare il test.
- **B) l'area di infiammazione cutanea con papula centrale indurita è di 3 mm di diametro**: Un indurimento di 3 mm è inferiore alla soglia di positività prevista per i contatti stretti.
- **C) l'arrossamento non è evidente ad occhio nudo**: L'assenza di arrossamento visibile non stabilisce l'esito del test: occorre valutare l'indurimento palpabile.
- **E) l'area di infiammazione cutanea con papula centrale indurita è inferiore a 2 mm di diametro**: Un indurimento inferiore a 2 mm non raggiunge la soglia di positività prevista per i contatti stretti.

125 **In un paziente con lesione del primo motoneurone con spasticità focale dei flessori plantari del piede quale trattamento di prima scelta è più indicato tra i seguenti?**

A Rotigotina 2 mg
B Stimolazione magnetica transcranica
C Elettrostimolazione
D Infusione spinale di baclofene
E Iniezione IM di tossina botulinica di tipo A nei muscoli flessori del piede

Risposta giusta: E

La **tossina botulinica di tipo A** è il trattamento di prima scelta per la **spasticità focale** dei flessori plantari. Iniettata nei muscoli interessati, riduce la contrazione bloccando il rilascio di acetilcolina. Il trattamento va integrato con la riabilitazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Rotigotina 2 mg**: La rotigotina è un agonista dopaminergico impiegato principalmente nella malattia di Parkinson e nella sindrome delle gambe senza riposo, non per la spasticità.
- **B) Stimolazione magnetica transcranica**: La stimolazione magnetica transcranica non è un trattamento di prima scelta consolidato per la spasticità focale.
- **C) Elettrostimolazione**: L'elettrostimolazione può essere un supporto riabilitativo, ma non sostituisce la tossina botulinica come trattamento di prima scelta della spasticità focale.
- **D) Infusione spinale di baclofene**: Il baclofene intratecale è riservato soprattutto alla spasticità grave e diffusa, non a quella limitata ai flessori plantari.

---

126 **In un paziente di 30 anni con esiti di lesione del legamento crociato anteriore del ginocchio destro, l'instabilità del ginocchio viene valutata:**

A mediante il test del cassetto anteriore ed il test di Lachman
B mediante risonanza magnetica del ginocchio
C non è possibile effettuare test clinici per valutare l'instabilità del ginocchio
D mediante esame radiografico del ginocchio
E mediante il test dello stress in varo e valgo

Risposta giusta: A

Il **test di Lachman** e il **cassetto anteriore** valutano la traslazione anteriore della tibia rispetto al femore. Un aumento della traslazione o un arresto poco netto indicano **instabilità da lesione del legamento crociato anteriore**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) mediante risonanza magnetica del ginocchio**: La risonanza magnetica documenta la lesione del legamento e le eventuali lesioni associate, ma non misura direttamente l'instabilità clinica.
- **C) non è possibile effettuare test clinici per valutare l'instabilità del ginocchio**: L'instabilità del ginocchio può essere valutata con manovre cliniche specifiche per il legamento crociato anteriore.
- **D) mediante esame radiografico del ginocchio**: La radiografia mostra soprattutto le strutture ossee e non valuta direttamente la lassità dovuta alla lesione del legamento crociato anteriore.
- **E) mediante il test dello stress in varo e valgo**: Le manovre in varo e valgo valutano soprattutto la stabilità dei legamenti collaterali.

127 **Una signora di 67 anni viene trovata morta dal figlio nel proprio appartamento a Roma. Quando intervengono i carabinieri la trovano supina sul letto con le braccia flesse sotto al capo. Le finestre della casa sono chiuse e la temperatura ambientale è di 20°C. Il medico legale, durante il sopralluogo, esegue la misurazione della temperatura corporea del cadavere per via rettale che risulta pari a 36°C all'inizio del sopralluogo e di 35,5°C alla rilevazione finale (circa un'ora dopo). Non è evidente rigidità cadaverica, ma sono presenti macchie ipostatiche ai glutei e alle spalle. I dati identificati dal medico legale hanno permesso di determinare l'epoca della morte della signora, stimando che il decesso sia avvenuto verosimilmente:**

A una settimana prima del sopralluogo
B tra le 12 e le 24 ore antecedenti il sopralluogo
C **entro le tre ore antecedenti il sopralluogo**
D tra le 24 e le 48 ore antecedenti il sopralluogo
E circa tre giorni prima del sopralluogo

Risposta giusta: C

La temperatura rettale mantiene valori prossimi alla norma ($36\ ^\circ\mathrm{C}$ discesi a $35{,}5\ ^\circ\mathrm{C}$ dopo un'ora), segno di un raffreddamento appena avviato. Manca la rigidità cadaverica e le macchie ipostatiche risultano solo abbozzate. Tali reperti indicano che i fenomeni post-mortali sono nelle loro primissime fasi, collocando il decesso entro poche ore.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) una settimana prima del sopralluogo**: Il lasso di tempo indicato è nettamente incompatibile con i dati emersi. Dopo sette giorni il corpo mostrerebbe alterazioni cadaveriche molto più avanzate, ben oltre la semplice assenza di contrattura e le sfumate macule osservate.
- **B) tra le 12 e le 24 ore antecedenti il sopralluogo**: Oltre mezza giornata si configura uno scenario differente. In genere dopo dodici ore la rigidità è già presente o in pieno sviluppo, e il calore disperso dal corpo sarebbe sceso molto più di quanto osservato.
- **D) tra le 24 e le 48 ore antecedenti il sopralluogo**: L'intervallo tra ventiquattro e quarantotto ore non spiega il preservarsi di elevati gradi termici né la totale assenza di contratture. Ci si aspetterebbe un decremento termico pronunciato e uno sviluppo completo delle alterazioni fisiche.
- **E) circa tre giorni prima del sopralluogo**: Tre giorni rappresentano un arco temporale troppo lontano. Sarebbe atteso il ritorno completo della rigidità e macchie ipostatiche già stabilizzate e ben visibili, contrariamente a quanto rilevato.

128 **Durante una colluttazione, Michele colpisce Claudio con un coltellino tascabile a lama corta. Uno dei colpi provoca una lesione vascolare al polso di Claudio. Claudio, abbandonato al suolo, muore per shock emorragico. Durante l'autopsia, il perito incaricato deve concentrarsi sulla morfologia delle lesioni per verificarne le caratteristiche e la compatibilità con l'arma utilizzata. Nello specifico, trattandosi di lesioni da taglio, si evidenzia:**

A l'estensione in superficie; i margini frastagliati; l'assenza di "codette" e il lungo tramite sottocutaneo

B margini netti, contusi, con frattura traumatica ossea sottostante

C un profondo orifizio di entrata con margini frastagliati e un lungo tramite

D l'irregolarità di margini con setti fibrosi sottostanti; l'assenza di "codette" e lo stampo dell'arma utilizzata

E **la regolarità dei margini; le estremità acute; la presenza di "codette"; il fondo regolare privo di ponti di tessuto**

Risposta giusta: E

Le lesioni da taglio presentano **margini regolari e netti** ed estremità acute. Le **codette** sono sottili prolungamenti superficiali che possono indicare la direzione del movimento della lama. Il fondo è regolare e privo di **ponti di tessuto**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) l'estensione in superficie; i margini frastagliati; l'assenza di "codette" e il lungo tramite sottocutaneo**: I margini frastagliati non sono tipici delle lesioni da taglio. Un lungo tramite sottocutaneo orienta invece verso un meccanismo penetrante.
- **B) margini netti, contusi, con frattura traumatica ossea sottostante**: La contusione dei margini e la frattura ossea sottostante orientano verso un trauma da corpo contundente, non verso una tipica lesione da taglio.
- **C) un profondo orifizio di entrata con margini frastagliati e un lungo tramite**: Un orifizio con tramite profondo descrive una ferita da punta o da punta e taglio, non una lesione da taglio prevalentemente superficiale.
- **D) l'irregolarità di margini con setti fibrosi sottostanti; l'assenza di "codette" e lo stampo dell'arma utilizzata**: Margini irregolari e ponti fibrosi sono caratteristici delle ferite lacero-contuse. L'impronta dell'oggetto può comparire nelle lesioni da corpo contundente.

129 **Un ragazzo HIV-positivo non segue correttamente la terapia antiretrovirale che gli è stata prescritta dall' infettivologo. Da diversi giorni lamenta febbre, tosse, dispnea e dolore toracico. Agli esami del sangue si osserva un valore di linfociti T CD4+ di 250 cellule/µL. Quale fra questi microrganismi è la più probabile causa del quadro clinico?**

- **A** **Pneumocystis jirovecii**
- **B** Cryptosporidium
- **C** Haemophilus influenzae
- **D** Candida albicans
- **E** HHV-8

Risposta giusta: A

In una persona con HIV, febbre, tosse, **dispnea** e dolore toracico fanno pensare per prima alla **polmonite da Pneumocystis jirovecii**, l'infezione opportunistica polmonare più tipica dell'AIDS. Il rischio cresce sotto i 200 linfociti $CD4^+$ per microlitro: con 250 cellule il paziente è vicino alla soglia e fra le opzioni è l'unico agente che dà questo quadro respiratorio.

Perché le altre sono sbagliate

- **B)** Cryptosporidium dà soprattutto **diarrea acquosa** cronica nell'immunodepresso, non una polmonite.
- **C)** Haemophilus influenzae può dare polmoniti batteriche anche nelle persone con HIV, ma con esordio acuto ed espettorato purulento; fra le opzioni non è la causa più tipica di questo quadro.
- **D)** Candida albicans nell'HIV dà soprattutto candidosi orale ed esofagea; la polmonite da Candida è eccezionale.
- **E)** HHV-8 è il virus del **sarcoma di Kaposi** e di alcuni linfomi; può interessare il polmone ma non dà un quadro infettivo acuto con febbre e tosse.

130 **Un bambino di 2 anni viene accompagnato dai nonni in Pronto Soccorso. Questi riferiscono che il bimbo è arrivato da pochi giorni in Italia, per poter finalmente conoscerli. Il bambino vive con la sua famiglia in un villaggio del nord dell'Argentina. Presenta un edema peri-orbitale a sinistra, febbre, malessere generalizzato ed epatosplenomegalia. Quale fra questi microrganismi è l'agente eziologico più probabile del quadro clinico descritto?**

A Plasmodium falciparum
B Leishmania donovani
C **Trypanosoma cruzii**
D Leishmania infantum
E Trypanosoma brucei

Risposta giusta: C

L'**edema periorbitale monolaterale**, detto segno di Romaña, è caratteristico della fase acuta della malattia di Chagas dopo inoculazione congiuntivale. Febbre, malessere ed epatosplenomegalia sono compatibili con l'infezione acuta da Trypanosoma cruzi, indicato nell'opzione come T. cruzii. Il soggiorno in un'area rurale dell'Argentina rafforza il sospetto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Plasmodium falciparum**: La malaria può causare febbre ed epatosplenomegalia, ma non spiega il caratteristico edema periorbitale monolaterale.
- **B) Leishmania donovani**: Causa leishmaniosi viscerale soprattutto in Asia meridionale e Africa orientale; non è la causa tipica del segno di Romaña.
- **D) Leishmania infantum**: Può causare leishmaniosi viscerale in America Latina, con febbre ed epatosplenomegalia, ma l'edema periorbitale monolaterale orienta verso la malattia di Chagas.
- **E) Trypanosoma brucei**: Questo parassita causa la tripanosomiasi africana, non la malattia di Chagas endemica in America Latina.

131 **Donna di 35 anni in buona salute presenta all'esecuzione di esami di controllo il seguente quadro laboratoristico: Hb 13,5 g/dL, MCV 82 fL, ferritina 1000 ng/mL, indice di saturazione della transferrina 75%, AST e ALT moderatamente elevate. Quale tra le seguenti ipotesi diagnostiche è più probabile?**

- **A** **Emocromatosi**
- **B** Beta Talassemia
- **C** Anemia da flogosi cronica
- **D** Epatite acuta clinicamente silente
- **E** Eccessiva introduzione di ferro con la dieta

Risposta giusta: A

La **saturazione della transferrina del 75%** indica un marcato eccesso di ferro circolante. La ferritina di 1000 ng/mL suggerisce un importante accumulo di ferro, mentre il lieve aumento delle transaminasi è compatibile con un interessamento epatico. Il quadro è suggestivo di **emocromatosi** e richiede approfondimento diagnostico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Beta Talassemia**: Una talassemia clinicamente significativa comporta generalmente alterazioni dell'emoglobina e una microcitosi più marcata. In questa paziente entrambi i valori sono sostanzialmente normali.
- **C) Anemia da flogosi cronica**: L'infiammazione cronica può aumentare la ferritina, ma tende a ridurre il ferro circolante e la saturazione della transferrina. Spesso si associa anche ad anemia.
- **D) Epatite acuta clinicamente silente**: Un'epatite acuta può aumentare la ferritina e talvolta alterare la saturazione della transferrina, ma è meno coerente con transaminasi solo moderatamente elevate e indici di sovraccarico marziale così pronunciati.
- **E) Eccessiva introduzione di ferro con la dieta**: In condizioni normali l'assorbimento intestinale del ferro è regolato; la sola alimentazione difficilmente determina una saturazione della transferrina così elevata.

132 **Donna di 38 anni presenta uno stato anemico sintomatico, con affaticamento, pallore cutaneo e debolezza persistente. L'emocromo rivela anemia macrocitica, con spiccata anisopoichilocitosi e viene evidenziata carenza di vitamina B12. Quale tra i seguenti test immunologici è indicato per la diagnosi?**

A Test di Coombs indiretto
B Anti-ds-DNA
C ANA
D **APCA**
E ANCA

Risposta giusta: D

Gli **anticorpi anti-cellule parietali gastriche (APCA)** sono indicati nella valutazione di una possibile anemia perniciosa in presenza di carenza di vitamina B12. La distruzione autoimmune delle cellule parietali riduce la produzione del fattore intrinseco, necessario per assorbire la vitamina. Gli APCA non sono specifici: gli **anticorpi anti-fattore intrinseco** sono più utili per confermare la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Test di Coombs indiretto**: Il test di Coombs indiretto ricerca anticorpi diretti contro gli eritrociti, non l'autoimmunità gastrica associata alla carenza di vitamina B12.
- **B) Anti-ds-DNA**: Gli anticorpi anti-ds-DNA sono marcatori del lupus eritematoso sistemico, non dell'anemia perniciosa.
- **C) ANA**: Gli ANA orientano verso malattie autoimmuni sistemiche, ma non sono indicati per identificare l'anemia perniciosa.
- **E) ANCA**: Gli ANCA sono associati soprattutto ad alcune vasculiti e non identificano la causa autoimmune della carenza di vitamina B12.

133 **Donna, 74 anni, esegue approfondimento di imaging a seguito di riscontro ecografico di area ipoecogena al passaggio testa-corpo pancreatico. Quale tra le seguenti è la principale metodica utilizzata per la diagnosi e la stadiazione del tumore pancreatico?**

A TC senza mdc
B Ecografia con mezzo di contrasto
C **TC senza e con mdc**
D ERCP
E RM con mdc epatospecifico

Risposta giusta: C

La **TC con mezzo di contrasto**, eseguita con protocollo pancreatico multiphasico, è la metodica principale per diagnosticare e stadiare il carcinoma pancreatico. Permette di valutare l'estensione locale, il coinvolgimento vascolare e le metastasi. Queste informazioni sono essenziali per stabilire la resecabilità.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) TC senza mdc**: Senza contrasto, la TC distingue meno efficacemente la lesione dal parenchima pancreatico e non valuta adeguatamente i rapporti con i vasi.
- **B) Ecografia con mezzo di contrasto**: L'ecografia con contrasto può aiutare a caratterizzare una lesione pancreatica, ma non offre una valutazione completa dell'estensione tumorale e della resecabilità.
- **D) ERCP**: L'ERCP ha soprattutto un ruolo terapeutico nel drenaggio delle ostruzioni biliari; non consente una stadiazione completa.
- **E) RM con mdc epatospecifico**: La RM con contrasto epatospecifico è utile soprattutto per caratterizzare lesioni epatiche, ma non è l'esame principale per la stadiazione iniziale del tumore pancreatico.

---

134 **Uomo, 65 anni, obeso, affetto da ipertensione arteriosa e da diabete mellito di tipo 2, portatore di duplice stent coronarico esegue ecografia dell'addome che evidenzia grave steatosi epatica. Quale tra i seguenti NON è un segno ecografico di steatosi epatica?**

A Scarsa visualizzazione del diaframma
B Epatomegalia
C **Dilatazione delle vie biliari intra-epatiche**
D Scarsa visualizzazione delle porzioni più profonde del parenchima epatico
E Diffusa iperecogenicità del parenchima epatico

Risposta giusta: C

La **dilatazione delle vie biliari intraepatiche** non è un segno di steatosi epatica. Suggerisce piuttosto un ostacolo al deflusso della bile e richiede una valutazione delle vie biliari.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Scarsa visualizzazione del diaframma**: L'attenuazione degli ultrasuoni nel fegato steatosico può causare una **scarsa visualizzazione del diaframma**.
- **B) Epatomegalia**: L'**epatomegalia** può accompagnare la steatosi, pur non essendo sempre presente.
- **D) Scarsa visualizzazione delle porzioni più profonde del parenchima epatico**: La steatosi provoca **attenuazione del fascio ultrasonoro**, rendendo meno visibili le porzioni profonde del fegato.
- **E) Diffusa iperecogenicità del parenchima epatico**: L'accumulo di grasso negli epatociti determina tipicamente un **aumento diffuso dell'ecogenicità** epatica.

135 **Uomo di 57 anni, a seguito di riscontro di anemia e positività al sangue occulto nelle feci, ha eseguito pancolonscopia con diagnosi di tumore del retto medio. Quale tra le seguenti metodiche di imaging è la più indicata per la stadiazione locale di malattia?**

A FDG-PET

B **RM addome inferiore senza mdc**

C TC addome completo senza mdc

D TC addome completo con e senza mdc

E RM addome completo con mdc epatospecifico

Risposta giusta: B

La **RM pelvica ad alta risoluzione** è la metodica di riferimento per la stadiazione locale del tumore del retto. Valuta la profondità di invasione, la fascia mesorettale e i linfonodi regionali. Il mezzo di contrasto endovenoso non è necessario di routine.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) FDG-PET**: La FDG-PET non è indicata di routine per la stadiazione locale: non definisce con sufficiente precisione i rapporti del tumore con le strutture pelviche.
- **C) TC addome completo senza mdc**: La TC senza contrasto offre una valutazione ancora meno accurata dell'estensione locale e dei linfonodi rispetto alla RM pelvica.
- **D) TC addome completo con e senza mdc**: La TC con contrasto è utile per cercare **metastasi a distanza**, ma ha una risoluzione dei tessuti pelvici inferiore alla RM per la stadiazione locale.
- **E) RM addome completo con mdc epatospecifico**: Il mezzo di contrasto epatospecifico serve soprattutto a caratterizzare eventuali lesioni del fegato, non a definire l'estensione locale del tumore rettale.

137 **Una donna di 45 anni, senza patologie croniche note, si presenta in Pronto Soccorso riferendo febbricola persistente, sudorazione notturna e tosse produttiva da circa 3 settimane. Un esame TC del torace mostra una lesione cavitata in comunicazione con il bronco ed opacità nodulari. Quale tra le seguenti è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

- **A** **Tubercolosi polmonare**
- **B** Amartoma del polmone
- **C** Polmonite influenzale
- **D** Malformazione artero venosa polmonare
- **E** Polmonite lobare

Risposta giusta: A

Il **decorso subacuto** con febbricola, sudorazione notturna e tosse è suggestivo di tubercolosi polmonare. La **lesione cavitata** in comunicazione con un bronco e le opacità nodulari sono compatibili con tubercolosi attiva e possibile disseminazione endobronchiale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Amartoma del polmone**: L'amartoma è una lesione benigna generalmente solitaria, spesso con grasso o calcificazioni alla TC, e non causa questo quadro clinico.
- **C) Polmonite influenzale**: La polmonite influenzale ha in genere esordio acuto e non presenta tipicamente cavitazioni polmonari.
- **D) Malformazione artero venosa polmonare**: Una malformazione arterovenosa è una lesione vascolare e non spiega febbricola, sudorazione notturna e cavitazione.
- **E) Polmonite lobare**: La polmonite lobare si manifesta di solito con consolidamento di un lobo ed esordio acuto, non con un quadro subacuto di cavitazione e noduli.

138 **Una donna di 28 anni con familiarità per tumore alla mammella risulta portatrice di una mutazione del gene BRCA1; all'esame obiettivo non presenta noduli sospetti; quale tra i seguenti esami diagnostici è indicato per i controlli annuali in associazione all'ecografia mammaria?**

A Mammografia bilaterale senza mdc
B Mammografia Dual Energy con mdc
C Risonanza magnetica della mammella bilaterale senza mdc
D **Risonanza magnetica della mammella bilaterale con mdc**
E Tomosintesi mammaria bilaterale

Risposta giusta: D

Nelle portatrici di mutazione BRCA1, la **risonanza magnetica mammaria con contrasto** è indicata per la sorveglianza annuale già dai 25 anni. A 28 anni è quindi l'esame da associare all'ecografia mammaria. Il contrasto è necessario per rilevare le lesioni sospette con elevata sensibilità.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Mammografia bilaterale senza mdc**: La mammografia può entrare nel programma di sorveglianza a un'età successiva, ma a 28 anni non sostituisce la risonanza magnetica con contrasto.
- **B) Mammografia Dual Energy con mdc**: La mammografia con contrasto non è l'esame di riferimento per la sorveglianza annuale in questa fascia d'età.
- **C) Risonanza magnetica della mammella bilaterale senza mdc**: Senza mezzo di contrasto, la risonanza magnetica ha una sensibilità inferiore per l'identificazione delle lesioni mammarie sospette.
- **E) Tomosintesi mammaria bilaterale**: La tomosintesi non sostituisce la risonanza magnetica nella sorveglianza di una portatrice di BRCA1 di 28 anni.

139 **A un paziente di 76 anni, operato per carcinoma del colon due anni fa, sono state diagnosticate tre metastasi al fegato rispettivamente di 2, 2,5 e 3 cm di diametro. In caso di non indicazione chirurgica, in questo paziente oligometastatico, fra le opzioni terapeutiche vi è la radioterapia. Quale modalità di trattamento è più appropriata fra le seguenti?**

- **A** **Radioterapia stereotassica**
- **B** Brachiterapia endocavitaria
- **C** Radioterapia normofrazionata (2Gy/die)
- **D** Radio-ligand therapy con Lu-PSMA
- **E** Radioterapia iperfrazionata

Risposta giusta: A

La **radioterapia stereotassica** è indicata per metastasi epatiche limitate e non resecabili, se sede e funzionalità epatica consentono il trattamento. Somministra una **dose ablativa** in poche sedute, con elevata precisione e risparmio del fegato sano. È quindi appropriata per le tre lesioni descritte, previa valutazione multidisciplinare.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Brachiterapia endocavitaria**: La brachiterapia endocavitaria tratta lesioni accessibili attraverso una cavità anatomica, non metastasi localizzate nel parenchima epatico.
- **C) Radioterapia normofrazionata (2Gy/die)**: Il frazionamento convenzionale non è la modalità preferita per ottenere un trattamento ablativo di poche metastasi epatiche, anche per i limiti di tolleranza del fegato sano.
- **D) Radio-ligand therapy con Lu-PSMA**: La terapia con Lu-PSMA è impiegata in specifici casi di carcinoma prostatico metastatico che esprime PSMA, non per le metastasi epatiche da carcinoma del colon.
- **E) Radioterapia iperfrazionata**: L'iperfrazionamento prevede dosi più piccole somministrate più volte al giorno e non è il trattamento locale di scelta per metastasi epatiche oligometastatiche.

---

140 **Quale tra le seguenti è una misura di tendenza centrale?**

- **A** Coefficiente di correlazione lineare
- **B** Range di valori
- **C** Deviazione standard
- **D** Indice di curtosi
- **E** **Mediana**

Risposta giusta: E

La **mediana** è una misura di **tendenza centrale**. È il valore che divide in due metà una serie di dati ordinati ed è poco influenzata dai valori estremi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Coefficiente di correlazione lineare**: Misura la forza e la direzione dell'associazione lineare tra due variabili, non il centro di una distribuzione.
- **B) Range di valori**: Misura la dispersione dei dati come differenza tra valore massimo e minimo.
- **C) Deviazione standard**: Misura la dispersione dei valori attorno alla media.
- **D) Indice di curtosi**: Descrive la forma della distribuzione, in particolare il peso delle code, non la sua posizione centrale.

TEST SSM 2025

RIFALLA NELL'APP

Inquadra il QR oppure apri

app.testbuddy.it

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT