

Ai sensi dell'art. 12 D.P.R. n. 483/1997, la Commissione, predispone il seguente elenco di temi, che vengono progressivamente numerati dall'uno al tre e chiusi in pieghi allo stesso modo numerati, sigillati e firmati esternamente sui lembi di chiusura dai componenti presenti e dal segretario:

- 1 – Stato dell'arte nella radioterapia adiuvante dell'Early Breast Cancer.
- 2 – Il trattamento del tumore della prostata a rischio intermedio e basso.
- 3 – Inquadramento diagnostico e approccio terapeutico nel carcinoma del rinofaringe.

Concorda quindi la seguente terna di prove pratiche, consistenti in casi clinici:

PROVA N. 1

Donna di 19 anni. Epatite acuta in età pediatrica, adenoidectomia e tonsillectomia, onicectomia piede dx e sin. Nega allergie a farmaci. Intolleranze a graminacee, nocciolo e acari.

In seguito a comparsa di tosse secca persistente, dispnea da sforzo con singolo episodio di febbre e sporadiche sudorazioni notturne, riscontro all'Rx torace di slargamento bozzuto del mediastino superiore per la presenza di massa linfadenopatica (diametro max: 15 cm); concomita la presenza di ulteriori altra linfadenopatie a livello retrosternale.

TC collo torace e addome: voluminosa massa solida espansiva policiclica nel mediastino anteriore di verosimile natura linfatica (diametro max: 20 cm) con maggiore sviluppo paramediastinico superiore sin e paracardiaco basale dx (malattia bulky). Concomitano adenomegalie isolate (diametro max: 17 mm) in loggia sovraclaveare sin e in paratracheale dx.

TC/PET FdG total body: ipercaptazione patologica di pertinenza linfonodale sovra-diaframmatica in sede mediastinica e sovraclaveare bilaterale.

Linfoadenectomia claveare sin: Linfadenopatia caratterizzata dalla presenza di numerose cellule tipo R-S con immunofenotipo CD20-, CD3-, Pax5+ debole, CD30+ debole, CD15+. Presenza di bande di sclerosi capsulari e inizialmente intralinfonodali. Reperto istologico consistente con Linfoma di Hodgkin classico, tipo sclerosi nodulare.

Diagnosi: Linfoma di Hodgkin classico, tipo sclerosi nodulare con bulky mediastinico. Stadio: IIAX

Il/la candidato/a indichi le conclusioni e l'iter terapeutico dettagliando, la tecnica, i volumi e le dosi di trattamento, constraints, organi a rischio ed eventuali integrazioni con altre terapie.

PROVA N. 2

Uomo di 66 anni, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. Nega allergie. Accesso al DEA per malessere generalizzato e cefalea.

TC encefalo: neoformazione parieto-occipitale dx in sede periventricolare al corno posteriore del ventricolo laterale (diametro: 40 mm).

RM encefalo: presenza di formazione espansiva di natura eteroproduttiva della serie gliale in sede parieto-occipitale dx, grossolanamente centrata tra la corteccia retrospleniale ed il giro cingolato ed estesa caudalmente alla regione paraippocampale. (diametro max: 33 mm) concomita modesto edema perilesionale nel parenchima limitrofo con compressione sul corno temporale del ventricolo laterale. Strutture della linea mediana in asse.

TC toraco-addominale: reperti negativi per malattia a distanza.

Agobiopsia stereotassica frameless: glioblastoma grado 4 sec. WHO 2021 IDH1-wildtype.

Diagnosi: Glioblastoma grado 4 sec. WHO 2021 IDH1-wildtype in sede parieto-occipitale dx.

Il/la candidato/a indichi le conclusioni e l'iter terapeutico dettagliando, la tecnica, i volumi e le dosi di trattamento, constraints, organi a rischio ed eventuali integrazioni con altre terapie.

PROVA N. 3

Uomo di 48 anni. Fumatore attivo (circa 10 sigarette al giorno), nega abuso alcolico, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. Nega allergie.

Da alcuni mesi comparsa di tumefazione adenopatica laterocervicale dx in progressivo incremento dimensionale.

Valutazione specialistica ORL: alla palpazione del collo presenza di linfadenopatie laterocervicali dx (livelli: II° e III°), a livello del pilastro tonsillare anteriore dx tessuto patologico con apparente estensione al solco amigdaloglosso. In videolaringoscopia flessibile: ipertrofia tonsillare dx non segni di infiltrazione posteriore della neoplasia, rinofaringe, laringe e ipofaringe nella norma.

Agoaspirato tumefazione linfonodale laterocervicale dx: reperto positivo per cellule tumorali maligne; localizzazione di carcinoma a differenziazione squamosa p16 non valutabile per assenza di cellularità neoplastica residua su citoincluso.

TC collo e torace: presenza di due voluminose adenopatie in sede laterocervicale dx (livelli: IIa e IIb) di aspetto colliquato (diametro max: 45 mm) con effetto compressivo a carico della vena giugulare omolaterale, regolari le strutture faringo-laringee. Non altri segni di malattia.

RM massiccio facciale e collo: voluminosa adenopatia in sede laterocervicale dx (livello IIA) che determina compressione sulla vena giugulare interna che a tale livello non è riconoscibile (diametro max: 35 mm). Ulteriore adenopatia laterocervicale dx al livello IIB (diametro max: 20 mm). A livello della tonsilla palatina dx formazione espansiva (diametro max: 28 mm) che infiltra il pilastro tonsillare anteriore senza infiltrazione del muscolo stilo-glosso e io-stilo-glosso. Non segni di infiltrazione dello spazio parafaringeo nè oltre il profilo del muscolo costrittore superiore del faringe. Conservati gli spazi parafaringei.

TC/PET FdG total body: iperaccumulo patologico che si localizza in corrispondenza della nota neoplasia a livello della tonsilla palatina dx (SUVmax: 14), ulteriore iperaccumulo di pertinenza linfonodale laterocervicale dx livello IIA e livello IIB (SUVmax: 8); non altre sedi captanti di significato patologico.

Biopsie multiple della neoformazione tonsillare dx: carcinoma squamocellulare infiltrante, non cheratinizzante, a medio grado di differenziazione p16 positiva.

Diagnosi: carcinoma squamocellulare G2 della tonsilla palatina dx p16 positivo.
Stadio: cT2 N2b M0

Il/la candidato/a indichi le conclusioni e l'iter terapeutico dettagliando, la tecnica, i volumi e le dosi di trattamento, constraints, organi a rischio ed eventuali integrazioni con altre terapie.

11
17
LC
all

A tal fine la Commissione predispone le seguenti tre domande:

- 1 – Il trattamento radioterapico nel paziente con malattia oligometastatica e/o oligoricorrente.
- 2 – La radioterapia nel carcinoma del retto localmente avanzato. Stato dell'arte e direzioni future.
- 3 – Trattamento del carcinoma del polmone non a piccole cellule (NSCLC) stadio: III