

**CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO
PIENO ED INDETERMINATO DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO
DISCIPLINA RADIOTERAPIA
CD 13/25**

Tracce prove del 22 luglio 2025

PROVA SCRITTA

TEMA N. 1

Indicazioni e tecniche di trattamento dell'irradiazione linfonodale dei tumori alla mammella in setting post-operatorio.

TEMA N. 2

La radioterapia nei tumore dell'endometrio, indicazioni dosi e volumi di trattamento.

**TEMA N. 3
(PROVA ESTRATTA)**

Il ruolo della cone-beam-CT (CBCT) nelle strategie di adaptive.

PROVA PRATICA

TEMA N. 1

Uomo 46 anni nota una tumefazione laterocervicale destra per la quale esegue ECO+FNAC negativo per cellule maligne.

Fumatore di circa 5-6 sigarette al giorno (circa 10 py), nega consumo alcolici, NO patologie associate.

RMN collo : “A destra livello della tonsilla palatina è apprezzabile formazione espansiva maggiori assi di 2,8x2,8x2,1cm, determinante infiltrazione del pilastro tonsillare anteriore e dei settori caudali del muscolo stilo-glosso e del complesso io-stilo-glosso. Lateralmente e superiormente non segni di infiltrazione della spazio parafaringeo né segni di sconfinamento oltre il profilo del muscolo

costrittore superiore della faringe. Conservati gli spazi parafaringei. Alcuni linfonodi ad aspetto patologico, parzialmente colliquati, in regione latero-cervicale destra a livello 2a, il maggiore di 3x2,5cm. Non segni di sconfinamento extra-nodale. Lieve ispessimento mucoso del pavimento dei seni mascellari”

PET-FDG: “La tomografia ed emissione di positroni con il tracciante del metabolismo glucidico eseguita con scansioni dalla base cranica al tratto prossimale degli arti inferiori e particolari del distretto capo/collo mediante tomografo ibrido PET/TC, documenta, nelle scansioni del distretto capo/collo:

- voluminosa area di patologico metabolismo glucidico in corrispondenza della neoplasia nota a livello della tonsilla palatina destra (SUVmax 18,4) che, nei piani più caudali, non appare clivabile con sicurezza dalla tonsilla palatina controlaterale, con SUVmax 6,5 (vedasi comunque la recente RM del 06/03/2025

per il dettaglio anatomico);

- discreto ipermetabolismo glucidico a carico di 2 linfonodi laterocervicali di destra del livello 2A, con SUVmax 4,8; in laterocervicale omolaterale, si apprezzano altri piccoli linfonodi, solo debolmente captanti, ai livelli III e IV;

nelle scansioni a corpo intero: - non documentabili aree di significativo focale patologico metabolismo glucidico.

Conclusioni: reperti compatibili con il primitivo noto e secondarismi linfonodali cervicali omolaterali.

Biopsia in sedazione: Carcinoma squamocellulare infiltrante, non cheratinizzante, a medio grado di differenziazione. IHC per p16 positiva

Videolaringoscopia: trisma che impedisce una valutazione agevole, a livello del pilastro tonsillare anteriore destro tessuto di aspetto patologico con pattern NBI alterato, con apparente estensione al solco amigdaloglosso. Loggia tonsillare scarsamente ispezionabile. In videolaringoscopia flessibile ipertrofia tonsillare simmetrica, non segni di sconfinamento posteriore della neoplasia, rinofaringe e laringe nella norma. Ipofaringe nella norma. Alla palpazione del collo pacchetto linfonodale noto e di grosse dimensioni ai livelli II- e III destro.

Diagnosi: Carcinoma squamoso G2 tonsilla palatina destra P16 positivo T4a N1.

TEMA N. 2 (PROVA ESTRATTA)

Donna di 48 anni, mai eseguita visita ginecologica o eseguito pap-test. Accede in PS per metrorragia (riferita da due mesi)

COMORBILITA': ipertesa in terapia con olmesartan. Obesità BMI 30, fumo (20 sigarette/die); varici arti inferiori bilaterali.

ACCERTAMENTI ESEGUITI:

-visita in PS: Genitali esterni e vagina regolari, perdita liquida sieroematica maleodorante. Alla visita fornici vaginali e portio scomparsi, sostituiti da lesione ulcerata di circa 3 cm su cui si eseguono multiple biopsie. Utero e annessi non palpabili. La paziente rifiuta visita per manovre interne. Si procede a biopsie multiple punch in sede di cratere neoplastico, con scarso sanguinamento.

ECO TV Utero in asse di 71x41x46mm. Cervice di dimensioni aumentate (21x32x46 mm) ad ecostruttura ipoecogena riccamente vascolarizzata al controllo color Doppler (color score 1), sede anteriormente di formazione ipoecogena di 12x18mm sospetta per mioma cervico istmico. Sospetta

invasione parametricale destra. Endometrio sottile e lineare di 1.5mm- Ovaio destro regolare di 11x19x21mm .Ovaio sinistro non visibile. Non falde. Non dilatazioni calico pelliche destre.

-Pap-test: Test HPV per genotipo ad alto rischio: negativo. **RISULTATO:** Carcinoma squamoso
Biopsia cervice uterina: Materiale necrotico inglobante frammenti di carcinoma squamocellulare, HPV-associato, scarsamente differenziato. Immunoistochimica: CK7, p16, p40: +; CK20, ER: -.

- RM addome-pelvi: Utero antroverso, nei limiti morfovolumetrici. Apprezzabile diffuso ispessimento della zona giunzionale come da adenomiosi diffusa. Formazione cistica (2 cm) in sede istmica anteriore (istmocele). Lo stroma cervicale appare completamente sovrastato da tessuto patologico infiltrante con dimensioni complessive massime di circa 3,2 x 3,5 x 4,3 (CCxAPxLL); tale tessuto presenta precoce impregnazione contrastografica con regione centrale necrotica e margini frastagliati.

Infiltra a tutto spessore l'endocervice e l'esocervice; si associa ad infiltrazione dei parametri.

Cranialmente lambisce l'OUI con verosimile infiltrazione del miometrio lungo la parete posteriore.

Caudalmente infiltra i forni vaginali e le pareti vaginali prossimali (reperto più evidente in sede anteriore). Non evidente piano di clivaggio con la parete posteriore della vescica.

Annessi in sede nei limiti morfostrutturali con alcune piccole formazioni cistiche (diam max 7 mm).

Un linfonodo a morfologia rotondeggiante si osserva lungo i vasi iliaci esterni di destra (ac 7 mm), sospetto per patologico. Non ulteriori linfonodi ingranditi in sede retroperitoneale. Non idroureteronefrosi.

Non versamenti liberi.

- PET: La tomografia per emissione di positroni con tracciante del metabolismo glucidico, eseguita con scansioni dalla base cranica al tratto prossimale degli arti inferiori mediante tomografo ibrido implementato con TC ai fini della correzione dell'attenuazione e della localizzazione anatomico-strutturale dei foci di aumentato metabolismo, evidenzia: intenso e diffuso iperaccumulo del tracciante di metabolismo glucidico (SUVmax 26.5) in corrispondenza della cervice uterina con estensione ai forni

e parete vaginale, come peraltro descritto alla RM del 26/03/2025 (alla quale si rimanda per ulteriori dettagli anatomici); disomogenea captazione a livello del fondo uterino; iperfissazione del tracciante che, alle immagini TC di repere anatomico, si proietta all'altezza degli annessi, bilateralmente; area di focale discreto ipermetabolismo (ca. 10 mm e SUVmax 4.9) a carico di verosimile elemento linfonodale all'altezza della biforcazione dell'iliaca comune sinistra; qualche ulteriore linfonodo solo lievemente captante lungo gli assi iliaci bilateralmente (ca. 10 mm e SUVmax 2.2 in iliaca esterna sinistra); iperfissazione del tracciante a livello delle pareti gastriche ed in ambito intestinale, come da verosimile fenomeni di natura flogistico/aspecifica. Non evidenza di altre aree di patologico accumulo del tracciante nel restante ambito corporeo esplorato.

Conclusioni: quadro PET indicativo per lesione cervicale uterina ad elevato metabolismo glucidico con estensione vaginale e verosimile interessamento linfonodale pelvico.

Diagnosi carcinoma squamoso della cervice uterina HPV-associato T2b N1 stadio FIGO IIIC

TEMA N. 3

DML Donna, 20 anni

Ex fumatrice (STOP 1 anno fa). Donatrice di midollo (MUD) (2022). Pregressa adenoidectomia, infezione da COVID-19 . Nega allergie

Terapia a domicilio: pillola anticoncezionale.

Comparsa di linfadenopatia laterocervicale a sinistra per cui ha eseguito gli accertamenti del caso, fra cui ecografia e biopsia

- **Biopsia linfonodo laterocervicale sinistro:** linfoma di Hodgkin classico, sclerosi nodulare.

-**PET -FDG:** tessuto di significato adenopatico ad elevato metabolismo si sviluppa in sede para-tracheale destra e pre-carenale (SUVmax:13.8); ulteriori più circoscritti accumuli adenopatici al III e IV livello laterocervicale di sinistra (SUVmax: 10.), in sede retro-pettorale omolaterale, tra i tronchi epiaortici, lungo l'arco aortico. (SUVmax: 11.6) ed in sede prevascolare; modesto incremento della captazione a carattere diffuso, di probabile natura funzionale, in sede scheletrica. Conclusioni: esame PET-TC indicativo di patologia ad elevato metabolismo in sede linfonodale sopradiaframmatica.

- **TAC torace:** Multiple linfadenomegalie: -retroclaveare sinistra (2cm), -pretracheale (4.3x2.7x5.2cm), -loggia timica e finestra aortopolmonare (2.1x5.5x6.4cm), Non alterazioni a carattere evolutivo a carico di entrambi i parenchimi polmonari. Non evidenza di significative linfadenopatie a livello dei cavi ascellari. Assenza di versamento pleurico bilateralmente. Assenza di versamento pericardico. Lo studio dello scheletro assiale, eseguito con opportuni valori di finestra, non ha evidenziato significative alterazioni osteostrutturali a carattere evolutivo a carico dei segmenti ossei in esame.

- Ecocardio: nei limiti

Diagnosi di LH classico stadio II B (per comparsa di febbre serotonina)

Proposta: ABVD x 4 + RT se fattibile (da discutere con radioterapisti) con TAC-PET dopo 2 cicli.

=====