



CONCORSO PUBBLICO N. 151270 DEL 2.10.2024, PER TITOLI ED ESAMI, A N.
3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI RADIOTERAPIA

PROVA SCRITTA

Tempo a disposizione: minuti 60 (sessanta)

Prova scritta n. 1

IRRADIAZIONE PARZIALE DELLA MAMMELLA

Prova scritta n. 2

RADIOTERAPIA STEREOTASSICA NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

Prova scritta n. 3 (ESTRATTA)

TRATTAMENTO DEL TUMORE DEL POLMONE (NON MICROCITOMA) LOCALMENTE AVANZATO

PROVA PRATICA

Tempo a disposizione: minuti 30 (trenta)

PROVA PRATICA N. 1 (ESTRATTA)

Paziente donna, 46 anni.

Sintesi Oncologica:

- 20.07.22 biopsia diagnostica

Immunofenotipo su primitivo mammario: G3, ER/PgR negativi, HER2 IHC score 0, Ki 67 90%, PD-L1 CPS 1, IC score <1%

Stato mutazionale gBRCA1-2: WT

Trattamento neoadiuvante:

- dal 05.09 al 23.11.2022 carboplatino 1.5 AUC + paclitaxel 80 mg/m² 1,8,15 q21 + pembrolizumab 200 mg flat dose q21
- dal 13.12.2022 al 22.02.2023 adriamicina 60 mg/m² + ciclofosfamide 600 mg/m² + pembrolizumab 200 mg flat dose q21
- In data 29.03.2023 intervento di mastectomia semplice sn con biopsia del linfonodo sentinella omolaterale, ypT2 (37 x 31 mm) N0 M0

Trattamento adiuvante:

- dal 16.05 al 23.10.2023 capecitabina 2000 mg/mq 1-15 q21

A maggio 2024 evidenza radiologica di ripresa polmonare ed encefalica di malattia

- 10.05.2024 metastasectomia encefalica

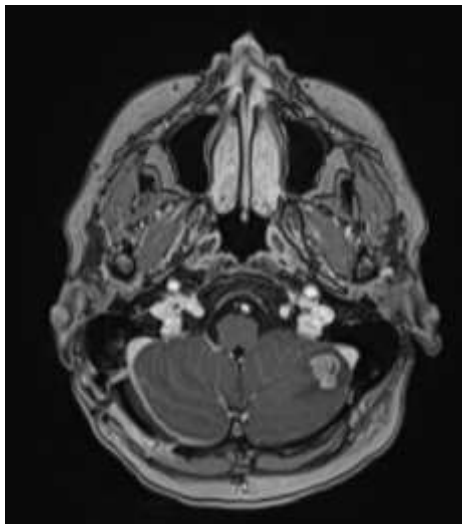
Immunofenotipo su metastasi encefalo: G3, ER/PgR negativi, HER2 IHC score 0, Ki 67 70%, PD-L1 CPS 1, IC score <1%, GATA3

- Dal 06.06.24 al 18.09.2024 trattamento di prima linea con eribulina 1.23 mg/mq gg1,8 q 21

TC Total body (19/09/2024): PD encefalica con 2 localizzazioni. Una localizzata in sede cerebellare destra (32mm) fortemente edematosa.

- dal 08.10.24 terapia di seconda linea con Sacituzumab govitecan
- 18.11.24 intervento craniotomia ed asportazione di lesione espansiva intrassiale cerebellare dx. El: metastasi da carcinoma poco differenziato con morfologia ed immunofenotipo sovrapponibili alla lesione cerebrale nota in anamnesi

RM cervello tronco encefalico con MdC (10.12.2024): Si segnala aumento di dimensioni dell'ulteriore nota localizzazione di malattia in sede cerebellare infero-laterale sinistra, delle dimensioni massime assiali di 15x10 mm, associata a modesto edema vasogenico perilesionale.



Inviata in visita per valutazione radioterapica: Quale approccio terapeutico ritieni indicato?

PROVA PRATICA N. 2

Paziente maschio di 58 anni

Anamnesi familiare sostanzialmente negativa

Fumatore (20 sigarette die da oltre 35 anni)

Consumo regolare di bevande alcoliche (5-6 birre/die)

Nega allergie

Non comorbidità, non terapia farmacologica domiciliare fissa

Appendicectomia nell'infanzia

Interventi ortopedici minori per traumi da incidenti stradali

Avvia accertamenti per disfagia ingravescente a solidi e liquidi associata a significativo calo ponderale (oltre 20 Kg in un mese)

EGDS

Introduzione agevole. Abbondante ristagno di saliva nell'esofago prossimale che si aspira. Transitto regolare fino a circa 33 cm dalle AD dove si evidenzia lesione eccentrica, substenosante, che risulta transitabile con leggera resistenza con strumento di calibro ridotto (gastroscopio pediatrico, diametro esterno 8 mm), di consistenza dura alla presa biottica. La suddetta lesione presenta una estensione cranio-caudale di circa 30 mm. Giunzione esofago-gastrica sita a 39 cm dall'AD.

Distretti a valle (stomaco e duodeno) senza reperti patologici. Si effettua campionamento biottico multiplo della neoformazione esofagea.

ISTOLOGICO

Adenocarcinoma invasivo a pattern tubulare.

TC collo-torace-addome con mdc di stadiazione

COLLO Riconoscibili multipli piccoli linfonodi nelle comuni sedi di repere del collo, il maggiore di circa 13 mm a ridosso dei vasi del collo a destra. Non linfadenomegalie in sede sovra e sottoclaveare.

TORACE - Ispessimento eccentrico vascularizzato delle pareti dell'esofago distale per un'estensione longitudinale di circa 35 mm riferibile al reperto endoscopico con presenza di alcuni piccoli linfonodi in adiacenza, il maggiore di circa 9 mm.

L'esofago a monte risulta ectasico (calibro fino a circa 30 mm) con contenuto nel lume disposto a livello. Accenno ad ernia gastrica jatale. Non significative alterazioni della densità parenchimale polmonare, in particolare a carattere nodulare. Multipli linfonodi in sede mediastinica, il maggiore in sede di finestra aorto-polmonare (dimensioni assiali di 13x11 mm) con aspetto in parte colliquoato. Non versamento pleurico né pericardico.

ADDOME - Fegato di dimensioni regolari; sfumata areola ipodensa in sede pericolecistica preferenzialmente da riferire ad area di diversa infiltrazione adiposa. Non calcoli calcifici in sede colecistica né dilatazione delle vie biliari. Pervio l'asse venoso spleno-porto-mesenterico. Riconoscibili alcuni linfonodi ad asse corto subcentimetrico a ridosso del tronco portale e in sede celiaca. Pancreas, milza, surreni e reni nei limiti; non dilatazione delle vie escrettrici urinarie con regolare escrezione di urina iodata in fase tardiva. Non versamento endoaddominale.

REPERTI SCHELETRICI - Non lesioni ossee focali sospette.

PET-TC di stadiazione

Limitatamente al potere risolutivo della metodica, circa 5 mm, si è rilevata un'anomala concentrazione del radiofarmaco in corrispondenza di:

- Grossolano ispessimento tissutale, di circa 4 cm di diametro massimo, a livello della porzione distale dell'esofago toracico dove determina stenosi del viscere (SUV=5,9);
- Linfadenopatie nella finestra aorto-polmonare e lateralmente ad essa (SUVMax=4,2), sottocarenale, paraesofagee, loggia del Barety infracarenale e parailare polmonare destro (SUVmax=3,3);
- Pareti del fondo gastrico (SUV=4,6) e minute linfadenopatie ascellari di sinistra, la più evidente, con ilo conservato, a ridosso del pilastro posteriore (SUVMax=4,9).

CONCLUSIONI - Il rilievo esofageo è riferibile alla patologia "mali moris" nota con localizzazioni secondarie linfonodali locoregionali. Il riscontro gastrico, per il carattere diffuso, potrebbe essere riferibile ad eziologia flogistica. I reperti ascellari, infine, per sede e caratteristiche, sono preferenzialmente riconducibili a modesto stravasamento del radiofarmaco nel punto di iniezione.

Stadiazione clinica – Adenocarcinoma esofago distale cT3N2M0, stadio III

cT3 (non definibile con certezza per assenza di ecoendoscopia di stadiazione)

T1 Tumor invades the lamina propria, muscularis mucosae, or submucosa

T2 Tumor invades the muscularis propria

T3 Tumor invades adventitia

T4 Tumor invades adjacent structures

cN2 (verosimile)

N1 Metastasis in one or two regional lymph nodes

N2 Metastasis in three to six regional lymph nodes

N3 Metastasis in seven or more regional lymph nodes

Paziente giudicato candidabile a chirurgia dopo trattamento neoadiuvante

Inviato in visita per valutazione radioterapica: Quale approccio terapeutico riteni indicato?

PROVA PRATICA N. 3

Maschio, anni 66.

Paziente veniva inviato dal Curante per cefalea parzialmente responsiva ai FANS da circa 10-12 giorni, 5 giorni prima del ricovero insorgenza di episodio di emesi a getto con persistenza di nausea non responsiva a terapia farmacologica.

Eseguiva accesso in PS dove eseguiva TC encefalo di controllo che evidenziava una lesione espansiva intrassiale temporo parietale destra.

In anamnesi: Iperensione arteriosa Ipercolesterolemia seminoma 2011

pT1aN0M0,S0

Terapia domiciliare: Nebivololo 5MG 1/2 cp ore 20 doxazosina 2 mg 1 cp ore 20 RM encefalo

voluminosa lesione espansiva intra-assiale in sede temporale destra, ovalare, di 52 mm. di maggior diametro antero-posteriore, di aspetto conglomerato, caratterizzata da segnale molto disomogeneo in tutte le sequenze per la presenza di componenti solide e di componenti pseudocistiche. La componente solida della lesione assume intensamente il mezzo di contrasto. Posteriormente il tessuto neoformato si porta strettamente a ridosso e verosimilmente infiltra il plesso corioideo del ventricolo laterale di ds. Piccolo nodulo di 7 mm. di diametro, con le stesse caratteristiche, si riconosce a pochi mm. dal margine mediale della lesione. Riscontro, in sequenza SWI, di multiple aree anintense riferibili a strutture vascolari ectasiche e/o calcifiche nel contesto della lesione. La neoformazione appare circondata da edema digitato della sostanza bianca che si estende nell'ambito della corona radiata omolaterale ed impronta la regione nucleocapsulare, il mesencefalo ed il ventricolo laterale di destra; accennata deviazione della linea mediana verso sn ... La neoformazione ha l'aspetto di una lesione gliale maligna

Consulenza neurochirurgica

Indicato intervento chirurgico di craniotomia e asportazione di lesione intrassiale temporale destra

Descrizione intervento

Corticectomia minima in area sicura. Si raggiunge tessuto di alterata consistenza che viene asportato fino a raggiungere margini liberi da malattia. Asportazione radicale del polo temporale anteriormente, raggiungimento del corno temporale del ventricolo laterale.

Esito istopatologico

Glioblastoma IDH wild-type (grado 4 secondo CNS WHO 2021)

- GFAP: positivo;
- Olig2: negativo;
- Sinaptofisina: negativa;
- EMA: positività dot perinucleare in rare cellule;

- D2-40: positività dot perinucleare in parte delle cellule;
- Neurofilamenti: negativi;
- IDH1 (R132H): negativo;
- ATRX: espressione nucleare conservata;- P53: positiva nel 100% delle cellule neoplastiche;
- L1CAM: negativo;
- Ki67 (nelle aree a maggiore marcatura): positivo nel 75% delle cellule neoplastiche.
- MGMT negativo

Il paziente viene inviato in post ricovero a visita radioterapica

Quale approccio terapeutico ritieni indicato?

QUESITI PROVA ORALE

1. Radioterapia Post-Mastectomia
2. Radioterapia del carcinoma della mammella iniziale
3. Carcinoma della prostata a rischio intermedio sec. NCCN
4. Glioblastoma Multiforme
5. Carcinoma del Rino-Faringe