

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO
DISCIPLINA DI CHIRURGIA VASCOLARE

TRACCE PROVA PRATICA DEL 19/07/2024

1. QUESITO

Paziente maschio di anni 66 in buone condizioni generali

Nel 2008 claudicatio intermittens ingravescente per occlusione dell'arteria iliaca comune dx e stenosi serrata della sinistra – kissing stent iliaco

Nel 2013 trombosi aortica con ischemia acuta bilaterale: by-pass aorto-bi-femorale

Nel 2024 giunge al pronto soccorso per claudicatio intermittens dopo 5-10 mt da tre settimane, da circa 5 giorni dolore a riposo piede destro.

Ecodoppler: occlusione ABF con flussi diastolici alla biforcazione femorale; IW 0.45 a dx e 0.55 a sn.

ANGIO-TC: trombosi by-pass ABF con riabilitazione dell'arteria femorale comune pre-biforcazione bilaterale. Asse arterioso periferico pervio.

CONSIDERAZIONI TERAPEUTICHE

2. QUESITO

Paziente femmina di 79 anni affetta da: fibrillazione atriale, ipertensione, ipercolesterolemia, broncopneupatia cronica ostruttiva, ipotiroidismo in terapia sostitutiva.

Nel dicembre 2023: Sindrome aortica acuta da ulcera penetrante dell'aorta ascendente trattata mediante Intervento cardiocirurgico in emergenza di SOSTITUZIONE DELL'AORTA ASCENDENTE CON PROTESI HEMASHIELD n° 30 in arresto di circolo ipotermico e perfusione cerebrale secondo Kazui

In data : il 16-03-2024 dolore toracico acuto associata a ipertensione per cui eseguiva ANGIO TC TORACE ADDOME che documentava: " In esiti di sostituzione dell'aorta toracica ascendente, dissezione dell'aorta che si estende dall'arco/tratto toracico discendente, in corrispondenza dell' anastomosi tra la protesi aortica e l'aorta nativa (modesto ematoma di parete a tale livello), fino all'aorta addominale sottorenale. L'arteria renale destra ed un ramo accessorio per il polo superiore originano entrambe dal falso lume con ritardata opacizzazione del rene destro rispetto al controlato, senza comunque zone di ipoperfusione/ischemia".La paziente veniva pertanto ricoverata in terapia intensiva e sottoposta a ipotensione controllata con remissione della sintomatologia dolorosa e ottimo controllo della pressione arteriosa; trasferimento in reparto di degenza dopo 48 ore.

Per comparsa di Dolore toracico ed epigastrico associato a nausea, in data 21-03-2024 veniva sottoposta a ANGIOTC TORACE E ADDOME urgente che documentava : "discreto incremento del calibro complessivo dell'arco (48 mm vs 42 mm) nonché dell'aorta addominale in corrispondenza delle arterie renali (46 mm vs 40 mm); a questi ultimi livelli peraltro il falso lume mostra evidenti segni di rifornimento attivo. Comparsa di versamento pleurico sinistro con spessore massimo di 26 mm circa. Non versamento pericardico.

Presenza di flap intimale all'origine dell'arteria brachiocefalica e dell'arteria renale destra che origina dal falso lume, in paziente con doppia arteria renale omolaterale.

Normale opacizzazione degli organi splancnici (lieve ritardo di impregnazione del parenchima corticale del

rene destro in fase arteriosa rispetto al controllato). Paziente emodinamicamente instabile (PA 70/40 mmHg).



3. QUESITO

Paziente di 72 anni con duplice episodio di disturbo transitorio del linguaggio associato ad ipostenia arto superiore dx nelle ultime 48 ore; in Pronto Soccorso regressione completa dei sintomi. Assume terapia antiaggregante.

In Pronto Soccorso, dopo valutazione neurologica, effettuata TC cerebrale: negativa per lesioni acute parenchimali

ECODOPPLER VASI EPIAORTICI: stenosi del 20-25% Arteria Carotide Interna DX; stenosi dell'Arteria Carotide Interna SN dell'80% in diametro con guscio calcifico esterno e componente lipidica all'interno, estesa per 15 mm dalla biforcazione con VPS > 300 cm/sec; il vaso a valle è di calibro e morfologia regolare.

DIAGNOSI: TIA EMISFERICO SN in STENOSI 80% ACI SN

MANAGEMENT DIAGNOSTICO-TERAPUTICO

Prova estratta n. 3

PRESIDENTE:

Dr. MICHELI RAIMONDO

COMPONENTI:

Dr. LORIDO ANTONIO

Dr. LENTI MASSIMO