

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 3 POSTI
DI MEDICO - DISCIPLINA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PROVA N. 3

FRATTURE SOVRACONDILIOIDEE DELL'OMERO

1. La FRATTURA SOVRACONDILIOIDEA DELL'OMERO sono:

- a) Sono rare in età evolutiva
- b) Circa il 67% dei bambini tra i 5 e i 7 anni viene ospedalizzato per questa frattura
- c) Sono sempre esposte
- d) Non sono mai esposte

2. Quale è il meccanismo traumatico più frequente:

- a) In estensione di gomito con avambraccio supinato
- b) in flessione del gomito
- c) in estensione del gomito con avambraccio pronato
- d) NESSUNA delle precedenti

3. Lo spostamento della paletta omerale avviene:

- a) lateralmente
- b) per la più frequente lesione del periosio anteriore la paletta si disloca all'indietro cioè posteriormente e medialmente con pericolo per le strutture vascolari
- c) per la lesione del periosio laterale la dislocazione avviene lateralmente
- d) nessuna delle risposte

4. Il trattamento nelle fratture del terzo tipo consiste:

- a) nel confezionamento apparecchio gessato
- b) riduzione e osteosintesi a cielo aperto
- c) riduzione e osteosintesi a cielo coperto
- d) stabilizzazione della frattura in situ per evitare lesioni

5. La classificazione più usata in letteratura distingue lo spostamento:

- a) in 5 stadi
- b) In un I tipo senza spostamento, in un II tipo con spostamento parziale e in un III tipo con spostamento totale
- c) a seconda del numero dei frammenti ossei
- d) a seconda della presenza o meno del polso radiale

6. Quali sono le complicanze più temibili:

- a) Le complicanze neurologiche
- b) Le complicanze angolari
- c) Le complicanze vascolari
- d) Le complicanze sulle cartilagini di accrescimento

7. La riduzione deve essere particolarmente attenta a correggere:

- a) Le deformità nel piano frontale in varo valgo
- b) Le deformità in recurvato prcurvato
- c) Le deformità torsionale
- d) Tutte lke deformità vanno corrette con attenzione

8. La fisi dell'omero distale:

- a) Contribuisce in maniera notevole alla crescita in lunghezza dell'osso pertanto il rimodellamento di queste fratture è importante
- b) Contribuisce poco alla crescita in lunghezza dell'omero pertanto la correzione delle dislocazioni deve essere particolarmente accurata
- c) Non è importante nella prognosi di queste fratture
- d) E' importante perchè può determinare disturbi della crescita in lunghezza dell'omero

9. Nella valutazione del piccolo paziente che giunge al PS:

- a) Deve considerare solo l'esame del polso radiale
- b) Deve considerare solo la funzionalità del nervo radiale
- c) Deve considerare solo la funzionalità del nervo ulnare
- d) E' necessaria una attenta valutazione delle condizioni neurologiche e circolatorie loco regionali

10. Nella valutazione del danno neurologico vascolare è importante valutare la funzionalità:

- a) Del nervo radiale
- b) Del nervo interosseo anteriore che decorre di fianco alla arteria omerale spesso uncinata dal frammento prossimale
- c) Del nervo ulnare
- d) Del nervo radiale

11. Le complicanze vascolari e neurologiche sono presenti rispettivamente:

- a) Nell'8% le complicanze vascolari e nel 2% le complicanze neurologiche
- b) Nell'8% le complicanze neurologiche e nel 2% le vascolari
- c) Nel 10% le complicanze neurologiche e nel 5% le complicanze vascolari

d) Nel 30% le complicanze neurologiche e nel 10% le complicanze vascolari

12. Le fratture sovra condiloidee esposte sono la conseguenza del fatto che il frammento prossimale aguzzo perfora i piani muscolari e cutanei:

- a) Nel 10%
- b) Nel 20%
- c) Nel 30%
- d) Nell'1% dei casi

13. Quali sono i parametri radiologici da valutare sulla antero posteriore:

- a) L'angolo di inclinazione della diafisi rispetto alla testa dell'omero
- b) Nella antero posteriore l'angolo di Baumann tra l'asse diafisario omerale e la tangente la fisi alla base del condilo omerale
- c) L'angolo di declinazione della testa dell'omero
- d) Nessuna delle precedenti

14. Quale è il valore normale dell'angolo di Baumann:

- a) 90 gradi
- b) Inferiore a 90 gradi intorno agli 80 gradi
- c) 100 gradi
- d) 120 gradi

15. Sulla proiezione laterale del gomito la tangente la corticale anteriore dell'omero nelle fratture composte:

- a) Deve passare al davanti del capitulum humeri
- b) Deve passare dietro al capitulum humeri
- c) Deve intersecare il capitulum humeri
- d) Non da nessuna informazione sulla posizione dei frammenti

16. La frattura sovracondiloidea omero con complicanza vascolare da trattare in emergenza:

- a) Presenta la mano calda senza polso
- b) Presenta la mano con refill superiore ai 2 secondi
- c) Presenta la mano fredda senza polso
- d) Tutte le precedenti

17. Nella mano fredda senza polso e nella mano calda senza polso è imperativo :

- a) Eseguire subito un ecodoppler
- b) Procedere in estrema immediatezza alla riduzione e alla sintesi e verificare la ripresa eventuale delle condizioni circolatorie

- c) Eseguire subito una arteriografia
- d) Eseguire subito una angio Tac

18. La manovra riduttrice della frattura sovracondiloidea prevede:

- a) Trazione longitudinale a 20\30 gradi di flessione, controllo in AP dell'avvenuta riduzione delle due colonne mediale e laterale e graduale flessione del gomito spingendo sull'olecrano fino a raggiungere la iperflessione del gomito
- b) Trazione longitudinale a 50 gradi di flessione, controllo in AP dell'avvenuta riduzione delle due colonne mediale e laterale e graduale flessione del gomito spingendo sull'olecrano fino a raggiungere la iperflessione
- c) Trazione longitudinale in completa estensione, controllo in AP dell'avvenuta riduzione delle due colonne mediale e laterale e graduale flessione del gomito spingendo sull'olecrano fino a raggiungere la iperflessione
- d) Trazione longitudinale a 90 gradi di flessione, controllo in AP dell'avvenuta riduzione delle due colonne mediale e laterale e graduale flessione del gomito spingendo sull'olecrano fino a raggiungere la iperflessione

19) Quale mezzo di sintesi va usato più spesso secondo la letteratura:

- a) Una vite cannulata
- b) Due fili o tre fili ad accesso laterale condiloideo per stabilizzare le due colonne
- c) Due fili mediali
- d) Tre fili mediali

20) I fili devono essere fatti avanzare cercando di raggiungere quale obiettivo per una sintesi stabile:

- a) Divergenti in maniera tale da stabilizzare le due colonne mediale e laterale a doppia corticale per controllare meglio i movimenti di rotazione
- b) Convergenti monocorticali
- c) Convergenti bicorticali
- d) Nessuna delle precedenti

21) Oltre al tipo standard di montaggio con due fili ad accesso condilare quali altri montaggi possono essere messi in campo nelle fratture instabili:

- a) Due fili mediali e uno laterale
- b) un filo mediale e uno laterale per governare meglio la colonna mediale e la rotazione
- c) tre fili mediali
- d) tre mediali e uno laterale

22) Quale è il pericolo della infissione del filo mediale?:

- a) la lesione del nervo radiale

- b) numerosi studi dimostrano una evoluzione favorevole a condizione che la fasciotomia venga eseguita in urgenza
- c) 48 ore
- d) 36 ore

28) Come si valuta clinicamente la insufficienza del nervo ulnare:

- a) Estensione delle dita
- b) Flessione delle dita
- c) Abduzione adduzione delle dita
- d) Estensione del pollice

29) Come si valuta la insufficienza del nervo radiale:

- a) Con la flessione del polso
- b) Con la estensione della mano a dita estese e con la estensione del I dito
- c) Con la flessione del I dito
- d) Con l'adduzione del I dito al palmo

30) Come si valuta l'interessamento del nervo interosseo nella sindrome di Kiloch Nevin:

- a) Facendo chiudere la mano a pugno
- b) facendo toccare il polpastrello del I e del II dito della mano e rilevando la impossibilità a piegare la falange ungueale di I e II dito della mano
- c) facendo stringere una penna al palmo
- d) facendo estendere le dita

PROVA ESTRATTA

The block contains several handwritten signatures and initials in black ink. On the left, there is a large, stylized signature. To its right, there are several smaller, more compact signatures and initials, some of which appear to be 'R' or 'R.' followed by a flourish.

- a) la lesione del nervo ulnare
- b) la lesione del nervo interosseo
- c) la lesione del nervo mediano

23) La immobilizzazione va fatta in apparecchio gessato con fili inglobati su quanti angoli di flessione del gomito?:

- a) Oltre i 90 gradi
- b) A 30 gradi di flessione
- c) intorno ai 60 gradi e mai oltre i 90° per evitare disturbi compressivi sul fascio nervoso vascolare
- d) A 90 gradi

24) Il trattamento chirurgico va effettuato se non sussistono complicanze di tipo vascolare:

- a) In emergenza
- a) va effettuato entro due settimane
- b) va effettuato in urgenza se possibile entro le 24\36 ore
- c) va effettuato dopo una settimana

25) Fattori di alert per la comparsa di lesioni vascolari sono:

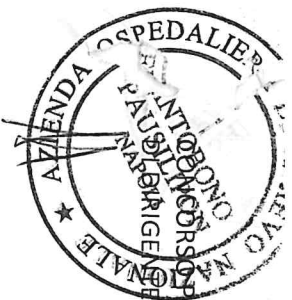
- a) la presenza di un polso flebile
- b) la mano calda
- c) il movimento ridotto delle dita della mano
- d) l'aspetto a "vanga" del frammento prossimale e la sua traslazione marcata anteriormente e medialmente così come la penetrazione del margine acuminato nel brachiale anteriore talora a perforare la cute

26) Elementi clinici più importanti per la instaurarsi di una sindrome di Volkmann o compartimentale dell'avambraccio sono:

- a) il pallore delle dita
- b) lo stato di agitazione del membro in uno con il dolore resistente al paracetamolo ai Fans, l'edema duro e la difficoltà alla estensione delle dita
- c) la riduzione del polso
- d) la presenza di disturbi della sensibilità

27) Entro quanto tempo bisogna intervenire per evitare che la Volkmann abbia una evoluzione irreversibile:

- a) 72 ore



PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 3 POSTI
MEDICO - DISCIPLINA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PROVA N. 2

EPIFISIOLISI DELL'ANCA

1. La classificazione della epifisiolisi dell'anca è in funzione:
 - a) della insorgenza dei sintomi in ACUTA, SUBACUTA SU CRONICA, CRONICA
 - b) del concetto di stabilità in STABILE E INSTABILE secondo Lodler
 - c) della quantificazione della entità dello scivolamento fase di preslipping, grado I meno del 33% , grado II tra 33% e 50% , grado III oltre il 50%
 - d) tutte le precedenti
2. Quale di queste classificazioni è la più importante per la valutazione del rischio di necrosi avascolare NEL 50%:
 - a) quella sulla entità dello scivolamento: EPIFISIOLISI DI I GRADO, DI II GRADO E DI III GRADO
 - b) quella sulla insorgenza dei sintomi EPIFISIOLISI ACUTA, ACUTA SU CRONICA, CRONICA
 - c) quella sulla stabilità cioè EPIFISIOLISI STABILE E NON STABILE fondata sulla capacità o meno del ragazzo\a di camminare
 - d) NESSUNA delle precedenti
3. la Diagnosi delle forme DI EPIFISIOLISI croniche e in fase iniziale:
 - a) avviene subito
 - b) avviene dopo 4 settimane almeno
 - c) avviene dopo 2 settimane almeno
 - d) avviene dopo 3 mesi almeno
4. Tra i fattori predisponenti alla epifisiolisi dell'anca vi sono:
 - a) il peso eccessivo nel senso della alterazione del metabolismo della leptina, della insulina e dell'ormone della crescita e la retroversione femorale e acetabolare
 - b) il sesso femminile e la crisi puberale
 - c) la familiarità
 - d) la attività fisica sportiva
5. Nella diagnostica per immagini di una epifisiolisi sospetta quale esame di PRIMO livello va eseguito:
 - a) La ecografia dell'anca
 - b) La radiografia del bacino in AP e assiali
 - c) La risonanza magnetica nucleare
 - d) La tac con le ricostruzioni tridimensionali

6. Nella diagnostica per immagini di una epifisiolisi sospetta SENZA SLIPPING quale esame di secondo livello va eseguito nelle forme nelle quali l'esame radiologico sia risultato negativo:

- a) La ecografia dell'anca
- b) La radiografia del bacino in AP e assiali
- c) La Risonanza Magnetica Nucleare
- d) La tac con le ricostruzioni tridimensionali

7. Il trattamento delle forme di epifisiolisi slittate acute instabili:

- a) Prevede la stabilizzazione in situ
- b) Prevede una dolce manovra di riduzione in intrarotazione e flessione E LA STABILIZZAZIONE
- c) Prevede una dolce manovra di riduzione in extrarotazione
- d) Prevede una manovra di riduzione in flessione

8. Nelle forme sciolate croniche il trattamento chirurgico di sintesi:

- a) È facoltativo dipende dal dolore
- b) E' obbligatorio con o senza riduzione
- c) E' obbligatorio con riduzione con vite e placca
- d) E' obbligatorio senza riduzione

9. La stabilizzazione in situ viene effettuata nelle forme tardivamente scoperte stabili:

- a) Sempre nei casi di scivolamento lieve
- b) Sempre nei casi di scivolamento moderato
- c) Sempre nei casi di scivolamento grave
- d) Tutte le precedenti con irriducibilità alle manovre delicate

10. Nella scelta della sintesi della epifisiolisi CRONICA in adolescenti la maggiore parte degli AA in letteratura europea concorda nel suggerire:

- a) Due viti cannulate parallele o divergenti
- b) Una unica vite cannulata che cerchi di intercettare il calcar
- c) Multipli fili di Knowles
- d) Fili di Kirschner multipli

11. La epifisiolisi dell'anca si manifesta con maggiore frequenza:

- a) Nei maschi di età compresa tra i 10 e i 15 anni in forma bilaterale
- b) Nei maschi di età compresa tra i 10 e i 15 anni in forma monolaterale e in fase peripuberale
- c) Nelle femmine di età di età compresa tra i 10 e i 15 anni in forma bilaterale



- d) Nelle femmine in crisi puberale in forma bilaterale
12. In caso esordisca monolateralmente si procede:
- a) Sempre alla stabilizzazione della anca controlaterale
 - b) Mai alla stabilizzazione della anca controlaterale
 - c) Dipende dai fattori di rischio in particolare la età inferiore ai 12 anni e i fattori legati alla maturità scheletrica come il Modified Oxford Score e il calcaneal scoring
 - d) Si informano i Genitori sulla necessità di non sottovalutare una sintomatologia alla anca contro laterale e si procede alla stabilizzazione solo nel caso diventi sintomatico il lato contro laterale sulla scorta di casi che stabilizzati in via profilattica hanno poi manifestato necrosi vascolare
13. Nella scelta di procedere a una correzione della deformità residua del collo testa del femore nelle forme moderate e severe di epifisiolisi trattate con fissazione in situ:
- a) Va fatta esclusivamente la osteotomia correttiva basi cefalica come la Ganz
 - b) Le osteotomie inter sottotrocateriche di compensazione come la Imhauser hanno un ruolo ancora importante
 - c) Entrambe conservano pari efficacia e sicurezza nelle varie metanalisi secondo la letteratura
 - d) Nessuna delle precedenti
14. Nelle forme croniche con scivolamento posteriore della epifisi affinché la vite riesca ad intercettare la testa caduta all'indietro:
- a) La vite deve avere un punti di ingresso sulla corticale laterale del femore
 - b) La vite deve avere un punto di accesso sulla corticale anteriore del collo femorale con traiettoria dall'esterno all'interno e dall'alto in basso
 - c) La vite deve avere un punto di accesso sulla corticale posteriore del collo del femore
 - d) La vite deve avere un punto di ingresso molto distale in senso caudale sulla corticale laterale del femore
15. Quale di queste affermazioni è corretta : la vite di sintesi cannulata cervicotrocaterica:
- a) Deve arrivare ad affacciarsi sulla cartilagine di incrostazione
 - b) Deve arrestarsi a 2 cm. Dal profilo della testa femorale
 - c) Deve assolutamente non affacciarsi e giungere al massimo a 1 cm dalla superficie articolare per evitare la condrolisi
 - d) Deve essere completamente filettata per consentire la ripresa della crescita e il rimodellamento
16. La epifisiolisi CRONICA presenta un esordio della sintomatologia:

- a) Dopo le tre settimane
- b) entro le tre settimane
- c) dopo 4 settimane
- d) dopo 5 settimane

17. Nella epifisiolisi il segno clinico classico semeiologico è rappresentato da:

- a) Alla flessione dell'anca con ginocchio flesso il ginocchio va in intrarotazione
- b) Alla flessione dell'anca a ginocchio flesso il ginocchio va in extrarotazione
- c) Alla flessione dell'anca a ginocchio esteso il ginocchio va in extrarotazione
- d) Alla flessione dell'anca a ginocchio esteso il ginocchio va in intrarotazione

18. Nella proiezione anteroposteriore del bacino tracciando due linee tangenti, rispettivamente la corticale superiore e inferiore del collo del femore, lo slittamento della testa rispetto al collo cioè la epifisiolisi viene evidenziato dalla proiezione del nucleo cefalico:

- a) Tra le due tangenti nella porzione centrale il 1\3 centrale
- b) Al di sotto della tangente superiore la porzione superiore della testa del femore
- c) Tra le due tangenti la porzione posteriore della testa del femore
- d) Tra le due tangenti la porzione inferiore della testa del femore

19) L'epifisiolisi dell'anca nella classificazione di Salter Harris è:

- a) un I tipo che attraversa la fisi
- b) un II tipo metafiso – epifisario
- c) un III tipo epifisario
- d) di un IV tipo metafiso fiso epifisario

20) quale movimento dell'anca è ridotto o abolito nella epifisiolisi cronica stabile:

- a) la rotazione esterna
- b) la rotazione interna
- c) la abduzione
- d) la adduzione

21) nella epifisiolisi il collo femorale e il femore compiono un movimento di:

- a) di rotazione in basso e all'interno con allungamento apparente
- b) di rotazione all'esterno e in alto con accorciamento apparente
- c) entrambe le precedenti
- d) nessuna delle precedenti

22) La gravità della riduzione della articolarietà dell'anca:

- a) è indipendente dallo slipping
- a) dipende dallo slipping
- b) è solo in parte influenzata dallo slipping
- c) nessuna delle precedenti

23) Nella proiezione radiografica anteroposteriore nella epifisiolisi con slittamento superiore al 33 % quindi di II grado , la tangente la corticale superiore del collo:

- a) intercetta il III medio della testa
- b) intercetta il III inferiore della testa femorale
- c) non intercetta la testa del femore
- d) intercetta il III prossimale della testa del femore

24) Il trattamento chirurgico della epifisiolisi acuta:

- a) va effettuato entro una settimana
- a) va effettuato entro 1 mese
- b) va effettuato in emergenza e prevede oltre alla riduzione con manovre gentili e alla artrocentesi per drenare il versamento capsulare ematico e ridurre la pressione sul circolo terminale della testa del femore
- c) va effettuato entro 2 settimane

25) Il Golden standard per la epifisiolisi cronica dell'anca è costituito:

- a) dal riposo assoluto a letto
- b) dal confezionamento di un gesso toracopedidio
- c) dalla applicazione di una trazione a cerotto o tran scheletrica
- d) dalla riduzione dolce, se possibile completa anche se tale obiettivo riesce difficilmente , e dalla fissazione con vite cannulata cervicotrocanterica attendendo nel tempo il rimodellamento del bump femorocefalico

26) La vite più comunemente utilizzata in letteratura scientifica per la fissazione della testa femorale:

- a) è una vite in tantalio
- b) è una vite cannulata in titanio o acciaio austenitico
- c) è una vite riassorbibile
- d) è una vite telescopica

27) Nelle epifisiolisi croniche con slittamento severo III grado fissate in situ perché non riducibili:

- a) non vi è assolutamente rimodellamento del bump o sporgenza del collo femorale con conseguente conflitto femoro acetabolare

- b) numerosi studi dimostrano una evoluzione favorevole nel tempo con ripresa graduale della intrarotazione e della abduzione da porre in conto a un progressivo "rimodellamento" del bump
- c) la evoluzione è sfavorevole
- d) è frequente la coxartrosi precoce

28) Quale è l'obiettivo della terapia chirurgica della epifisiolisi dell'anca:

- a) Prevenire un ulteriore slittamento della testa del femore, evitare complicazioni cercando di ottenere un profilo del collo e della testa che non vada in conflitto cointro il cotile cosissetto CAM
- b) Ottenere una osteosintesi stabile
- c) Ottenere una buona riduzione
- d) Ottenere la scomparsa della sintomatologia cruralgica

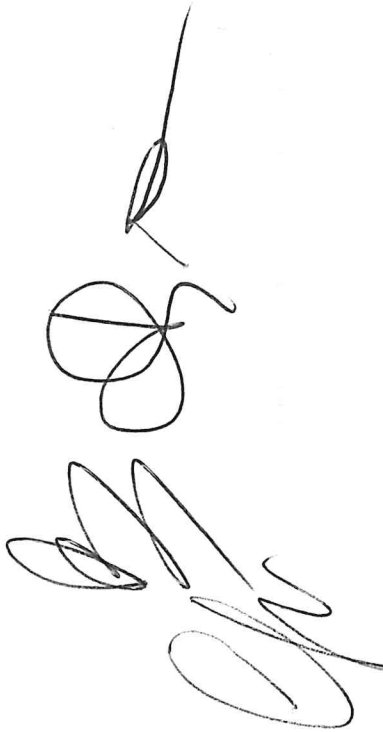
29) In caso di sintomatologia subdola ad irradiazione all'inguine e al ginocchio quali patologie vanno escluse in diagnosi differenziale?:

- a) Morbo di Kohler
- b) Osteomieliti croniche tipo ascesso di Brodie, osteoma osteoide
- c) Morbo di Friberg
- d) Spondilodisciti

30) Il conflitto femoroacetabolare è determinato da:

- a) Una eccessiva ante torsione del collo del femore
- b) Da una eccessiva retro torsione del collo femore
- c) Un aumento del valgismo cervicodiafisario
- d) Un aumento del varismo cervicodiafisario

PROVA NON ES TRATTA





PROVA N. 1

DISTACCHI EPIFISARI DISTALI DI TIBIA

1. I distacchi epifisari distali di tibia:
 - a) Sono rari in età evolutiva
 - b) Più del 58% di incidenza statistica , hanno luogo durante attività sportive come basket e calcio tra gli 8 e i 15 anni
 - c) Sono sempre esposti
 - d) Non sono mai esposti
2. Quale è il meccanismo traumatico più frequente:
 - a) In estensione di caviglia
 - b) in flessione di caviglia
 - c) Sono la conseguenza di traumi in supinazione, inversione, flessione plantare oppure in pronazione eversione rotazione esterna
 - d) Tutte le precedenti
3. La classificazione più usata è la Salter Harris che distingue:
 - a) A seconda dello spostamento dei frammenti un I con contatto subtotale, un II tipo con contatto parziale e un III tipo con perdita di contatto tra i frammenti
 - b) I Tipo Fisarie, II tipo metafiso fisarie, III tipo epifisarie , IV tipo metafiso fiso epifisarie , V tipo per crush
 - c) Fratture uni planari, bi planari e triplanare
 - d) nessuna delle risposte
4. Il trattamento dei distacchi epifisari consiste:
 - a) nel confezionamento apparecchio gessato
 - b) riduzione e osteosintesi a cielo aperto
 - c) riduzione e osteosintesi a cielo coperto con viti cannulate che non debbono violare le fisi ; nelle irriducibili specie che interessano il malleolo mediale in caso di insuccesso è necessario procedere all'accesso chirurgico
 - d) stabilizzazione della frattura in situ per evitare lesioni
5. Il trattamento chirurgico va fatto inizialmente in maniera mini invasiva in caso di insuccesso per via aperta:
 - a) in 5 stadi

- b) Poiché sono distacchi che si accompagnano a importante versamento intraarticolare e a imponente edema delle parti molli, il trattamento o va fatto in urgenza o conviene aspettare che l'emartro si risolva per evitare che gli eventuali accessi chirurgici possano risentirne
- c) a seconda del numero dei frammenti ossei
- d) a seconda della presenza o meno del polso della pedidia
6. Quali sono le complicanze più temibili:
- a) I ritardi di consolidazione e la pseudoartrosi
- b) Le perdite di correzione
- c) I danni subiti dalle fisi al momento del trauma con conseguenti possibili fusioni cioè desi cartilaginee e quindi accorciamenti con ripercussioni sulla pinza malleolare
- d) La rigidità articolare
7. La riduzione deve essere particolarmente attenta e nel crono programma delle riduzioni:
- a) Il primo tempo è quello peroneale : la ricostruzione della normale morfologia e lunghezza del perone rappresenta un elemento che favorisce poi la ricostruzione della componente tibiale in termine di riduzione e sintesi più agevole
- b) La scomposizione da ridurre prima è quella tibiale
- c) Vanno indifferentemente ridotte sia la frattura distacco tibiale sia quella peroneale
- d) Tutte le precedenti
8. La Fisi della tibia e del perone distale:
- a) Contribuisce in maniera notevole alla crescita in lunghezza dell'osso pertanto il rimodellamento di queste fratture è importante
- b) Pur contribuendo poco alla crescita in lunghezza della tibia e del perone interviene con la pinza nella architettura della caviglia e pertanto la correzione delle dislocazioni e il ripristino della geometria deve essere particolarmente accurata
- c) Non è importante nella prognosi di queste fratture
- d) E' importante perché può determinare disturbi della crescita in lunghezza dell'omero
9. Nella valutazione del piccolo paziente che giunge al PS oltre alla radiografia:
- a) Non vi è bisogno di nessuno altro esame
- b) Va fatto un eco color doppler
- c) Va fatta una ecografia
- d) E' necessaria una attenta valutazione Tac con ricostruzioni tridimensionali- Esse danno informazioni sulla posizione e sulla geometria delle dislocazioni propedeutiche alla correzione delle stesse e alla scelta del mezzo di sintesi
10. Nella valutazione del tipo di osteosintesi per il perone:



ANTONIO DI RILIEVO NAZIONALE, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 3 POSTI
DIREZIONE MEDICA - DISCIPLINA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- a) Si utilizza una placca
- b) Si utilizza un filo di Kirschner o un Chiodo in titanio endocanalare la placca non deve comunque superare la fisi distale
- c) Si utilizza un Fissatore esterno assiale
- d) Si utilizza una sintesi a minima con viti

11. Le complicanze più frequenti sono:

- a) Vascolari
- b) Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi per penetrazione del liquido sinoviale nella rima di fratture soprattutto nel III, IV tipo
- c) Neurologiche
- d) Nessuna delle precedenti

12. I distacchi epifisari distali di tibia ESPOSTI:

- a) Sono la conseguenza di incidenti stradali e da intrappolamento in motoveicoli agricoli
- b) Di traumi sportivi
- c) Di traumi accidentali
- d) Di infortuni domestici

13. Quali sono le tecniche di imaging alle quali ricorrere nei distacchi epifisari per una valutazione dei frammenti:

- a) La ecografia
- b) La tac con ricostruzioni tridimensionali dell'immagine
- c) La scintigrafia
- d) Nessuna delle precedenti

14. I nuclei accessori specie sub tibiale e subperoneale come possono venire identificati:

- a) Con la Tac
- b) Con l'esame radiologico comparativo con l'arto sano o con la RMN
- c) Con la scintigrafia
- d) Con la PET Tac

15. La frattura di Tillaux:

- a) E' un distacco di III tipo interessa il nucleo epifisario distale del perone
- b) E' un distacco di IV tipo interessa il malleolo tibiale
- c) E' un distacco di III tipo che è determinato dalla tardiva fusione dei due centri di ossificazione della caviglia quello mediale vicino alla sindesmosi tibioperoneale e quello antero laterale della tibia



d) E' un distacco di I tipo del malleolo peroniero

16. La frattura distacco del V tipo:

- a) Interessa il nucleo epifisario tibiale
- b) Interessa il, nucleo epifisario peroneale
- c) Interessa il nucleo tibiale e peroneale
- d) E'una frattura per crush non visibile sulla radiografia iniziale che si appalesa successivamente con una desi

17. Le fratture del III Salter Harris epifisario e del IV metafiso fiso epifisarie tipo hanno:

- a) Diverso meccanismo di produzione
- b) Stesso meccanismo in supinazione inversione della caviglia
- c) Meccanismo di flessione plantare
- d) Meccanismo di valgoveersione

18. La manovra riduttiva del distacco epifisario distale di tibia e perone in inversione supinazione prevede:

- a) Trazione longitudinale e esecuzione di movimenti nel piano frontale e coronale che saranno speculari. Se vi è una dislocazione in supinazione inversione, occorrerà pronare e evertere
- b) Trazione longitudinale e inversione supinazione in talismo
- c) Trazione longitudinale in completa estensione in equinismo
- d) Trazione longitudinale a 90 gradi di flessione del ginocchio e varo supinazione

19. Le viti devono essere fatte avanzare cercando di raggiungere quale obbiettivo per una sintesi stabile:

- a) Incrociare al più possibile ortogonalmente i piani di frattura nel rispetto delle fisi e chiudere i gap interframmentari
- b) Convergenti monocorticali
- c) Convergenti bicorticali
- d) Nessuna delle precedenti

20. Nel IV tipo metafiso fiso epifisario ,con frammento metafisario di dimensioni consistenti, verranno, usate oltre al filo peroneale se necessario:

- a) Due fili mediali e uno laterale obliqui
- b) Una vite epifisaria parallela e che rispetti la fisi e una o due viti metafisarie nel frammento triangolare con rispetto della fisi
- c) tre fili mediali
- d) tre mediali e uno laterale



CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 3 POSTI
DI DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

21. Nel II tipo con importante gap interframmentario vengono usate

- a) quattro fili di Kirschner per avere una sintesi stabile
- b) due viti o una vite metafisaria che aggancino il frammento triangolare e lo pongano in compressione nel suo letto sempre nel rispetto delle cartilagini di accrescimento
- c) entrambe precedenti
- d) nessuna delle precedenti

22. Nelle Tilliaux cioè nei distacchi epifisari distali 3 tipo epifisario viene adoperata per la osteosintesi:

- a) due fili di Kirschner verticali
- a) una vite in senso lateromediale che a partire dal lato peroneale del nucleo epifisario, compatti il gap nel nucleo epifisario distale determinato dalla presenza dei due centri di ossificazione nel rispetto della cartilagine di accrescimento e senza penetrare in articolazione
- b) una vite trasversale
- c) due viti trasversali

23. La immobilizzazione va fatta in apparecchio gessato sempre?:

- a) Dipende dalla tumefazione della caviglia
- b) Dipende dal peso oltre i 50 chilogrammi
- c) Dipende dal controllo in ampio scopia successivamente al posizionamento della vite o delle viti, si valuta la stabilità in flessione plantare e in equino, se la frattura è stabile si può ricorrere al tutore tipo foam walker
- d) Sempre

24. Il trattamento chirurgico va effettuato se non sussistono complicanze di tipo vascolare:

- a) In emergenza
- a) va effettuato entro due settimane
- b) va effettuato quando vi è stata la risoluzione della tumefazione e vi è il segno della "grinza" in modo tale che se dovessero essere fatte delle incisioni chirurgiche queste non vadano in sofferenza
- c) va effettuato dopo una settimana

25. I distacchi epifisari di tipo triplanare sono quelli che interessano i tre piani dello spazio e sono propri della età adolescenziale:

- a) sono del 1 tipo
- b) sono del 2 tipo
- c) sono del 3 tipo



- d) il malleolo tibiale è integro i fratturato a livello epifisario. Il distacco interessa un elemento prossimo alla sindesmosi tibioperoneale che è posterolaterale epifisario con la porzione posteriore metafisaria integra .

26. Gli Elementi clinici più importanti per la instaurarsi di una sindrome di Volkmann o compartimentale della gamba sono:

- a) il pallore delle dita
- b) lo stato di agitazione del ragazzo in uno con il dolore resistente al paracetamolo ai Fans, l'edema duro e la difficoltà alla estensione delle dita del piede
- c) la riduzione del polso tibiale e della pedidia
- d) la presenza di disturbi della sensibilità al piede

27. Entro quanto tempo bisogna intervenire per evitare che la Volkmann abbia una evoluzione irreversibile:

- a) 72 ore
- b) numerosi studi dimostrano una evoluzione favorevole a condizione che la fasciotomia venga eseguita in urgenza entro le 12 ore dopo consulenza del chirurgo vascolare
- c) 48 ore
- d) 36 ore

28. In caso di frattura distacco epifisario distale ESPOSTO sovente conseguenza di incidenti stradali
O AGRICOLI: TRATTORE, MOTOZAPPA ETC. :

- a) Bisogna ritardare l'intervento
- b) E' necessaria una valva gessata
- c) È necessaria un accurato lavaggio delle parti molli contaminate, un debridement dei tessuti necrotici e devitalizzati , copertura antibiotica ad ampio spettro. Una sintesi temporanea con fissatore a ponte o a minima con fili di Kirschner SE LA SCOMPOSIZIONE È IMPORTANTE
- d) Ossigenoterapia Iperbarica

29. Quali sono i distacchi epifisari distali di tibia a più alto rischio di arresto della crescita e desi:

- a) I tipo
- b) III , IV,V Tipo
- c) II tipo
- d) IV tipo

30. Come si correggono le deviazioni in valgo con ascensione del malleolo peroniero:

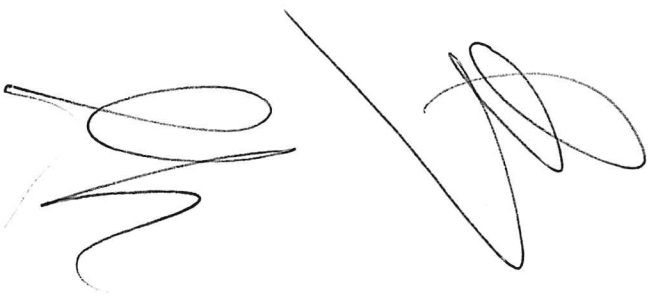
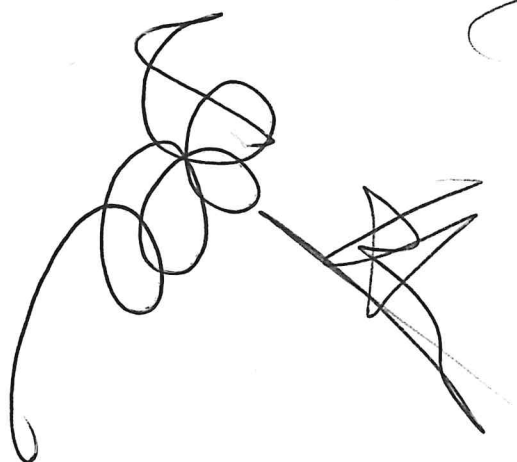
- a) Con osteotomie peroneale
- b) Con osteotomie sovra malleolari di tipo pendolare della tibia spesso associate a accorciamento della tibia o emipifiodesi o con Fissatori esterni

~~ZIONA~~
CORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 3 POSTI
DI DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- c) Non sono correggibili
- d) Nessuna delle precedenti

PROVA HOE ESTRATTA

HL

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'X' or 'A' shape with a long horizontal stroke extending to the right.

