

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO CON RAPPORTO DI LAVORO ESCLUSIVO DI N.2 DIRIGENTI MEDICI DELLA DISCIPLINA DI "PEDIATRIA", INDETTO CON DELIBERAZIONE N.493 DEL 22/04/2016.

TRACCE PROVA PRATICA ESPLETATA IN DATA 21/06/2017

CASO CLINICO N. 1

Samuele, mesi 5

Nato a Teramo da gravidanza decorsa fisiologicamente. Periodo neonatale regolare. Allattamento al seno. Kg 3.400

A.F.	- Padre e nonno paterno: poliposi intestinale. - Zia paterna deceduta poco dopo la nascita, per cardiopatia congenita non specificata.
A.P.R.	- Eseguito ecocardiogramma alla nascita (familiarità): nei limiti. Riferite frequenti riniti. Buona crescita, buono appetito. Non eseguite vaccinazioni di legge.
A.P.P.	- Da circa 20 gg febbricola (TC massima 37,6°C), da 2 gg iperpiressia (38,9°C) e comparsa di alvo diarroico (2 scariche liquide), vomito (7 episodi) e marcata inappetenza.
E.O.	- Ingresso: Peso Kg 7.850 (75° percentile). Altezza cm 68,5 (90° percentile). Circonferenza cranio cm 43 (50° percentile). T.C. 36,5°. F.A. 2,5 x 2,5 normotesa. Buone le condizioni generali, cute rosea, normoreattivo, megalia linfonodi nicali. Soffio sistolico 2/6 al mesocardio. Torace nella norma. Faringe iperemico. Addome trattabile. Fegato nei limiti. Milza margine inferiore palpabile. E.O.N. nei limiti. Non segni di irritazione meningea. Sviluppo adeguato all'età.
Indagini → laboratorio	- Ingresso (1° g di ricovero): routine + TORCH + EBV + coprocoltura + urinocoltura
Esami significativi (4/6/17)	- Emocromo: GR 4.490.000; Hb 11g/dl ; HT 31,8%; MCV 70,7; Rdw 12,2 %; PLT 169.000; GB 5.290: N 6% (val. ass. 320); L 94%; M 0%; E 0%; B 0%. - Esame microscopico: discreto numero di Linfociti attivati
Controllo (5/6/17)	- Emocromo: PLT 89.000; GB 6.450: N 8,3% (val. ass. 540); L 77,5%; M 5,9% Nota: siero lipemico; CPK 203 u/l ↑

CASO CLINICO N. 2

Riccardo, m 9

Nato a Chieti, pretermine (EG35w+2gg), da gravidanza gemellare decorsa fisiologicamente. TC per presentazione podalica. Periodo neonatale: ricovero in Patologia neonatale per basso peso alla nascita (Kg 2,100 < 10° centile).

A.F.	Nonni: ipertensione arteriosa, diabete
A.P.R.	Buona crescita, buono appetito. Allattamento misto per un mese, poi LF. Divezzamento a cinque mesi. Eseguite vaccinazioni di legge (una dose). Dermatite atopica.
A.P.P.	Comparsa di iperpiressia (TC massima 40°C) da quattro giorni. Il giorno precedente il ricovero si evidenziava esantema eritemato-papuloso su tronco ed arti.
E.O.	Ingresso: Peso Kg 9,100. Buone le condizioni generali, normoreattivo. Cute rosea con lesioni come da dermatite atopica, esantema eritemato-papuloso su tronco ed arti, megalia linfonodi nicali e sottoangolo-mandibolari. Torace: MV aspro, rumori catarrali trasmessi. Faringe iperemico. Addome trattabile. Fegato e milza nei limiti. E.O.N. nella norma, non segni di irritazione meningea. Sviluppo adeguato all'età. Bozze frontali prominenti.
Indagini → laboratorio	Ingresso: routine + TORCH + EBV + MORBILLO
Esami significativi	Emocromo: PLT 452.000, VES 35, PCR 57.23, CMV IgG 126,7. LDH 578, Albumina 3.5

Decorso	Comparsa in prima giornata di congiuntivite, in seconda giornata di cheilite angolare, eritema reg. perineale, edema dorso mani e piedi, associati a scadimento delle condizioni generali

CASO CLINICO N. 3

Matteo, mesi 5, ex pretermine

Nato a 32 W EG, da TC urgente per PROM in placenta previa posteriore, P.N. g 2340, dimesso a 19gg senza ossigenoterapia.

A.P.P.	Lattante di 5 mesi, presenta rinite, tosse e febbre da 48 ore, viene ricoverato per difficoltà respiratoria ingravescente, nonostante terapia a domicilio con aerosol e cortisonico per os.
E. O.	Afebrile, tachipnoico (FR 60 atti/min) e dispnoico, con rientramenti intercostali, espirazione prolungata, rantoli a piccole e medie bolle diffusi su tutto l'ambito polmonare, <u>SaO2 90% in aria.</u>
Ipotesi diagnostiche?	
Quali accertamenti?	
Quale terapia?	
Decorso	Nonostante la terapia, al settimo giorno di ricovero le condizioni cliniche permangono insoddisfacenti: seppure senza necessità di supplemento di ossigeno il lattante presenta ancora tachipnea e dispnea con rumori respiratori patologici.
Ipotesi diagnostiche?	
Quali accertamenti?	
Quale terapia?	

Il Segretario della commissione esaminatrice
Dott.ssa Cinzia Ferri