

**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA: NEFROLOGIA, IN AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI MODENA.**

**PROVE PRATICHE**

**PROVA PRATICA N. 1:**

**IMPIANTO DI CVC TUNNELLIZZATO IN SICUREZZA ED EFFICACIA**

**PROVA PRATICA N. 2**

**Caso clinico e preparato istopatologico.**

**Donna di 64 anni in terapia da alcuni anni per ipertensione (sartano + tiazidico) e diabete di tipo II (metformina), si presenta al PS del Policlinico lo scorso mese di Maggio per insorgenza negli ultimi giorni di febbre associata a diarrea, astenia e dispnea da sforzo. La funzione renale dei mesi precedenti risultava normale con proteinuria inferiore a 1g/die. L'esame obiettivo al ricovero risulta negativo, la paziente non è ipossiémica ed il tampone nasofaringeo RT-PCR è positivo per infezione da SARS-CoV2; la TAC (HR) del Torace mostra piccole opacità bilaterali periferiche a vetro smerigliato. Gli esami eseguiti in reparto hanno mostrato una creatinina di 3,5 mg/dl, e l'esame urine una microematuria glomerulare con proteinuria di 6,7 g/24 ore. La ecografia renale ha rivelato due reni di normali dimensioni con aumento della ecogenicità parenchimale. La diagnostica sierologica non ha evidenziato alterazioni immunologiche o presenza di componenti monoclonali e la ricerca di Ac. antiPLA2r è risultata negativa. Le ricerche infettivologiche sono risultate negative ad eccezione di una emocoltura positiva per *Staph. epidermidis* trattata con Piperacillina/Tazobactam e quindi Ceftriaxone. Dopo 10 gg di degenza, pur in presenza di relativa piastrinopenia (98.000/mm<sup>3</sup>), si esegue biopsia renale.**

**Descrivi il reperto istopatologico riportato nelle immagini (allegate 5 slide).**

**PROVA PRATICA N. 3**

**Caso clinico e referto eco(colordoppler)renale**

**Paziente (R.S.) maschio di 61 anni con malattia renale cronica da GN IgA viene sottoposto nel 2005 a trapianto renale doppio dopo 4 anni di emodialisi. Esegue induzione con ATG e mantenimento in triplice con steroide a scalare, ciclosporina e micofenolato. A distanza di 5 anni dal trapianto progressivamente sospende ciclosporina e converte la terapia ad everolimus e micofenolato. Dopo 12 mesi dalla conversione si ha un incremento brusco della creatinina (+50%); al controllo ambulatoriale riferisce febbre dopo l'inizio dell'irbesartan introdotto per recente rialzo pressorio. Si esegue quindi una ecografia dei reni trapiantati le cui immagini sono allegate. Si può ipotizzare una causa delle alterazioni renali? (allegate 7 slide)**