

SujetExamenEVC2025-29 Neurochirurgie-16122025

Q 1. Parmi les tumeurs suivantes, laquelle ou lesquelles n'est ou ne sont jamais des tumeurs de grade IV selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO) 2021 des tumeurs du système nerveux central ?

- a) Ependymome supratentoriel
 - b) Astrocytome IDH muté
 - c) Xanthoastrocytome pléomorphe
 - d) Oligodendrogliome IDH mute et codélété 1p/19q
 - e) Ependymome myxopapillaire
-

Q 2. Parmi les tumeurs suivantes, quelle est ou quelles sont celle(s) qui peu(ven)t présenter une mutation du gène BRAF ?

- a) Astrocytome pilocytique
 - b) Tumeur fibreuse solitaire
 - c) Xanthoastrocytome pléomorphe
 - d) Astrocytome IDH muté
 - e) Craniopharyngiome papillaire
-

Q 3. Parmi les symptômes suivants, quel est ou quels sont celui ou ceux faisant particulièrement évoquer une lésion insulaire ?

- a) Une prosopagnosie
 - b) Un trouble langagier prédominant sur la compréhension du langage
 - c) Des métamorphopsies paroxystiques
 - d) Des paresthésies et/ou des sensations douloureuses paroxystiques, homolatérales à la lésion ou bilatérales
 - e) Des sensations critiques de striction laryngée à type de strangulation
-

Q 4. S'agissant des gliomes diffus de l'adulte :

- a) Une crise comitiale est révélatrice chez plus de la moitié des patients porteurs de gliomes de bas grade, et moins fréquemment chez les patients porteurs de gliomes de haut grade.
 - b) Les gliomes diffus de bas grade apparaissent en hypersignal FLAIR à l'IRM et sont hyper-perfusés.
 - c) Dans les gliomes tant de bas grade que de haut grade, la chirurgie d'exérèse, à chaque fois qu'elle est fonctionnellement possible tout en étant oncologiquement pertinente, est le traitement de référence, en première ligne comme à la récurrence.
 - d) Dans les gliomes de haut grade, l'on observe en IRM spectroscopique un pic de N-Acétyl-Aspartate (NAA) et une baisse de la Choline (Cho).
 - e) Dans les gliomes de haut grade, l'on observe en IRM spectroscopique un pic de Choline (Cho) et un abaissement du N-Acétyl-Aspartate (NAA).
-

Q 5. Concernant les lymphomes cérébraux primitifs, quelle est ou quelles sont parmi les propositions suivantes celle ou celles qui sont exactes ?

- a) Les crises comitiales sont fréquentes (plus de 40% des patients)
 - b) Les localisations oculaires sont très rarement symptomatiques
 - c) Les troubles neuropsychologiques sont fréquents (plus de 40% des patients)
 - d) En IRM de perfusion, le lymphome cérébral primitif présente un rCBV bas, en raison de l'absence de néo-angiogenèse
 - e) Ils sont fréquemment de localisation corticale
-

Q 6. L'aire motrice supplémentaire (AMS), située sur la face médiale du lobe frontal, a pour limites :

- a) En arrière, le sillon central
 - b) En avant, la ligne verticale tangente au bord antérieur du genou du corps calleux
 - c) En bas, le sillon cingulaire
 - d) En avant, la ligne VCA, ligne verticale passant par la commissure blanche antérieure et perpendiculaire à la ligne CA-CP (Commissure Blanche Antérieure - Commissure postérieure)
 - e) En arrière, la limite antérieure du lobule paracentral
-

Q 7. Concernant la définition et la physiopathologie de la douleur, quelle est la ou quelles sont les affirmations exactes ?

- a) On définit une douleur aiguë pour une durée inférieure à 3 mois
 - b) Les fibres C afférentes à la corne postérieure de la moelle épinière sont non myélinisées.
 - c) Au sein des mécanismes de modulation de la sensation douloureuse, les contrôles inhibiteurs descendants jouent un rôle primordial au niveau du tronc cérébral
 - d) La neuromatrice de la douleur inclut, entre autres, les aires somatosensorielles primaire et secondaire ainsi que l'insula
 - e) Au sein du thalamus, c'est le pulvinar qui joue le rôle essentiel dans le traitement des informations douloureuses.
-

Q 8. Concernant les syndromes canaux des nerfs périphériques, quelle est ou quelles sont les affirmations exactes ?

- a) Un syndrome du canal carpien peut être responsable de phénomènes végétatifs et vasomoteurs avec œdème de l'avant-bras.
 - b) Le syndrome d'Alcock est un syndrome canalaire compressif qui concerne le nerf pudendal et qui peut faire l'objet d'infiltration et/ ou de décompression chirurgicale sur plusieurs sites anatomiques.
 - c) Le syndrome canalaire du nerf ulnaire peut être responsable d'un déficit d'adduction des deux derniers doigts de la main
 - d) Un syndrome du canal carpien peut inclure un déficit de la pronosupination
 - e) Un syndrome du canal carpien peut être responsable d'un déficit de l'éminence Thénar
-

Q 9. Concernant le syndrome de l'aire motrice supplémentaire, quelle est ou quelles sont les affirmations exactes ?

- a) En cas de déficit langagier post opératoire immédiat, la récupération est complète dans un délai de six mois.
 - b) En cas de déficit de la coordination bimanuelle post opératoire immédiat, la récupération est complète dans un délai de douze mois.
 - c) En cas de déficit moteur post-opératoire immédiat, celui-ci est de sévérité variable, pouvant aller d'une hémiparésie à une hémiplégie.
 - d) En cas de déficit moteur, les réflexes ostéotendineux sont conservés.
 - e) L'examen post opératoire immédiat peut objectiver un mutisme.
-

Q 10. Parmi les affirmations suivantes, quelle est celle ou quelles sont celles qui sont exactes ?

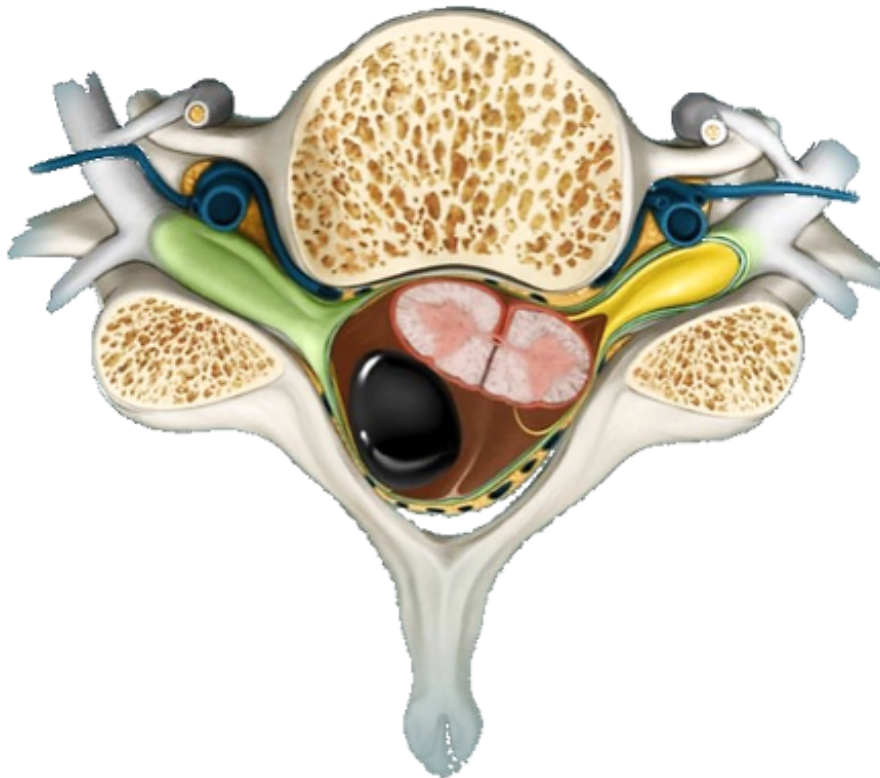
- a) Une lésion de la pointe du lobe temporal peut être responsable d'une quadranopsie contralatérale temporale inférieure.
 - b) Une lésion du gyrus fusiforme peut être responsable d'un défaut de reconnaissance des visages (ou prosopagnosie).
 - c) Une lésion du tiers antérieur du lobe temporal peut être responsable d'une anomie portant sur les noms propres.
 - d) Une lésion temporale peut être responsable d'une apraxie de l'habillage.
 - e) Un syndrome dysexécutif peut être symptomatique d'une lésion pariéto-occipitale
-

Q 11. Quelle(s) est(sont) la(les) cause(s) possible(s) d'une compression médullaire cervicale chez l'adulte de plus de 50 ans ?

- a) un canal thoracique étroit
 - b) un abcès épidural c5c6
 - c) un neurinome cervical en sablier
 - d) une métastase rachidienne en c7
 - e) une volumineuse hernie discale lombaire
-

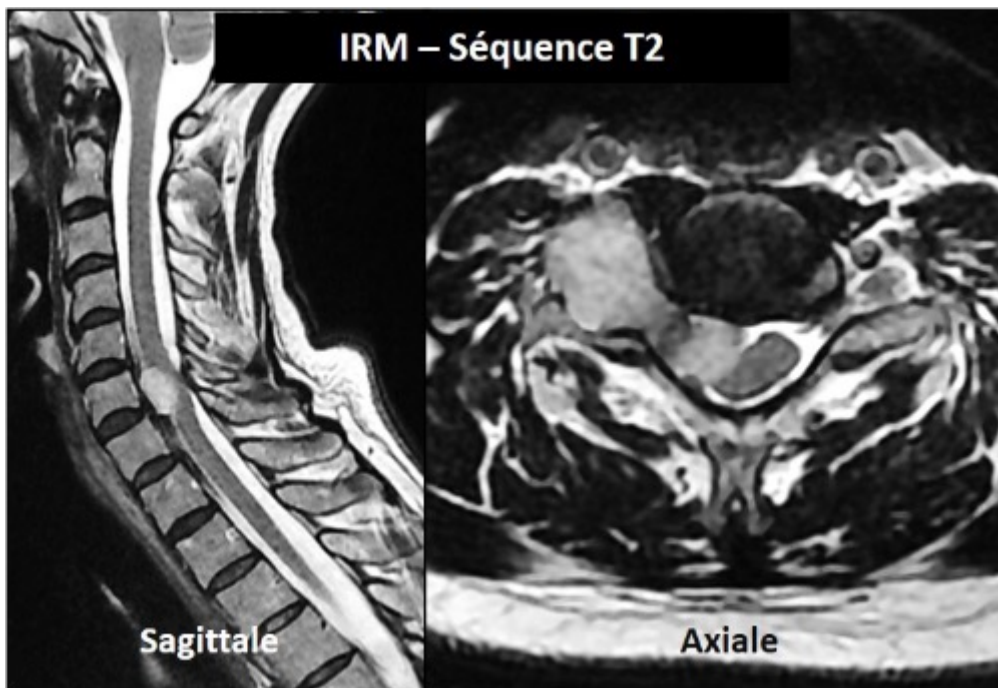
Q 12. Quel(s) symptôme(s) peut(vent) s'intégrer dans un syndrome de Brown-Sequard par atteinte de la moelle cervicale en C4C5?

- a) une paralysie oculo-motrice homolatérale à la lésion
 - b) un syndrome pyramidal controlatéral à la lésion
 - c) un syndrome cordonal postérieur homolatéral à la lésion
 - d) un syndrome spino-thalamique homolatéral à la lésion
 - e) des réflexes vifs de l'hémicorps du côté de la lésion
-



Q 13. Sur le schéma ci-joint représentant une lésion comprimant la moelle spinale, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?

- a) la lésion visible sur le schéma est de topographie épidurale
 - b) la lésion visible sur le schéma est de topographie intradurale intramédullaire
 - c) la lésion visible sur le schéma est de topographie intradurale extramédullaire
 - d) la lésion peut correspondre à un épéndymome
 - e) la lésion peut correspondre à un méningiome
-



Q 14. Voici l'IRM cervico-dorsale d'une patiente chez qui vous suspectez une compression médullaire à l'étage cervical. Comment interprétez-vous cet examen ?

- a) canal cervical étroit
 - b) compression médullaire en c6c7
 - c) lésion en sablier
 - d) hernie discale cervicale
 - e) œdème médullaire
-

Q 15. Quel(s) signe(s) pourrait(ent) s'observer dans le cadre d'une atteinte radiculaire C7 ?

- a) faiblesse de l'extension du poignet
 - b) faiblesse de l'extension des doigts
 - c) perte de sensibilité du pouce
 - d) un signe de Lhermitte
 - e) un signe de Hoffmann
-

Q 16. Parmi les propositions suivantes concernant les neurinomes spinaux, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) le neurinome se développe à partir des axones des neurones
 - b) le neurinome est plus fréquemment observé chez la femme
 - c) le neurinome est rarement unique
 - d) le neurinome est le plus souvent bénin
 - e) le neurinome peut s'observer au niveau de la queue de cheval
-

Q 17. Parmi les propositions suivantes concernant le spondylolisthésis dégénératif, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) il est le plus souvent observé en L5S1
 - b) il peut être responsable d'une sténose centrale
 - c) il peut être responsable d'une sténose récessale
 - d) il peut être responsable d'une sténose foraminale
 - e) le risque de déficit neurologique impose une chirurgie en urgence
-

Q 18. Parmi les propositions suivantes concernant la myélopathie cervicale d'origine dégénérative, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) c'est une cause rare de compression médullaire chez l'adulte
 - b) le score JOA permet d'évaluer la sévérité de la sténose en IRM
 - c) l'aggravation neurologique est parfois brutale et massive à l'occasion d'un traumatisme bénin
 - d) la chirurgie n'est indiquée que pour les formes graves très déficitaires
 - e) la laminectomie cervicale étendue est la technique de référence
-

Q 19. Parmi les propositions suivantes quel(s) signe(s) est(sont) en faveur d'une entorse grave isolée du rachis cervical en hyperflexion sur une radiographie de profil ?

- a) une perte de la lordose physiologique
 - b) un pincement discal de plus de 50%
 - c) une cyphose locale de plus de 15°
 - d) un listhésis de plus de 3 mm
 - e) un tassement corporel de plus de 50% de la hauteur
-

Q 20. Parmi les propositions suivantes concernant les fractures de l'odontoïde, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) toute fracture de l'odontoïde est chirurgicale devant le risque d'instabilité
 - b) les fractures de la base (type II) sont les plus à risque de déplacement secondaire
 - c) une fracture OBAR signifie une fracture orientée en haut et en arrière
 - d) un déplacement supérieur à 3 mm doit faire discuter une chirurgie de stabilisation
 - e) le vissage antérieur de l'odontoïde entraîne une perte de mobilité en C1C2 d'environ 30%
-

Q 21. Parmi les propositions suivantes concernant les schwannomes vestibulaires, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) Pour les schwannomes vestibulaires, le traitement d'emblée au diagnostic par radiochirurgie permet de mieux préserver l'audition que la surveillance.
 - b) En cas de reliquat tumoral post-chirurgie de schwannome vestibulaire sans paralysie faciale, on envisage le traitement complémentaire dans les mois qui suivent la chirurgie.
 - c) Les voies d'abord rétrosigmoïdes permettent de retirer des schwannomes vestibulaires de toutes tailles.
 - d) Le résultat pour la préservation de la fonction faciale pour les gros schwannomes vestibulaires est actuellement de l'ordre de 50 à 60 %.
 - e) Un schwannome vestibulaire qui progresse à plus de 3 ans après un traitement par radiochirurgie stéréotaxique doit être opéré.
-

Q 22. Parmi les propositions suivantes concernant les schwannomes vestibulaires, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) Pour les schwannomes vestibulaires, il n'y a pas de lien entre taille tumorale et statut auditif.
 - b) Le trouble de l'équilibre avec syndrome vestibulaire périphérique prédominant est révélateur des schwannomes vestibulaires les plus gros.
 - c) En cas de symptomatologie clinique et radiologique d'hydrocéphalie chronique de l'adulte associée à un petit schwannome vestibulaire, l'exérèse chirurgicale d'emblée du schwannome vestibulaire peut résoudre la symptomatologie neurologique sans dérivation ventriculaire.
 - d) L'envahissement de la fossette cochléaire par le schwannome vestibulaire n'est pas de moins bon pronostic pour la préservation de l'audition.
 - e) 50 % des schwannomes vestibulaires intra-canalaux n'évoluent pas dans les 5 ans
-

Q 23. Parmi les propositions suivantes concernant les méningiomes, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) Avec la nouvelle classification WHO 2024, les méningiomes de grade 2 représentent 10 à 15 % des tumeurs.
 - b) Les mutations du gène NF2 sont les plus fréquentes pour les méningiomes.
 - c) La prise de progestatif de synthèse au long cours est associée classiquement au développement de multiples méningiomes de la convexité.
 - d) Les méningiomes sont les tumeurs primitives intra-craniennes les plus fréquentes chez l'adulte de plus de quarante ans.
 - e) Un index mitotique KI-67 supérieur à 30 % est un critère de grade 3 dans la classification WHO des méningiomes.
-

Q 24. Parmi les propositions suivantes concernant les méningiomes, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) La radiochirurgie stéréotaxique a montré plus d'efficacité que la radiothérapie conformationnelle pour les méningiomes de grade 2 et 3.
 - b) La radiochirurgie stéréotaxique n'est pas indiquée pour les petits méningiomes de la convexité.
 - c) Une radiothérapie conformationnelle post-opératoire est habituellement pratiquée après résection totale des méningiomes de grade 2 et 3.
 - d) La lutathérapie est une nouvelle option thérapeutique dans les méningiomes.
 - e) Il existe des solutions médicales pour certains méningiomes.
-

Q 25. Parmi les propositions suivantes concernant la chirurgie des méningiomes, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) L'utilisation de la neuronavigation est médico-légale pour la chirurgie des méningiomes de la convexité.
 - b) Le traitement d'un méningiome symptomatique, enclos dans le sinus caverneux avec des symptômes est en premier lieu chirurgical.
 - c) En France, les méningiomes de la base du crâne sont plutôt opérés par voie basse endoscopique.
 - d) La voie d'abord rétro-sigmoïde sous-occipitale permet de traiter la majorité des méningiomes de l'angle ponto-cérébelleux.
 - e) Une artériographie cérébrale préopératoire est indispensable pour la prise en charge des méningiomes parasagittaux.
-

Q 26. Parmi les propositions suivantes concernant les tumeurs de la base du crâne, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) Les récurrences de kystes épidermoïdes de l'angle ponto-cérébelleux sont exceptionnelles.
 - b) Les granulomes à cholestérine ont un signal caractéristique en IRM.
 - c) Les chondrosarcomes sont le plus souvent localisés au niveau de l'ethmoïde.
 - d) Les chordomes sont le plus fréquemment localisés au niveau du clivus.
 - e) La chirurgie des dysplasies fibreuses de la base du crâne doit être maximale pour éviter les risques de transformation maligne.
-

Q 27. Parmi les propositions suivantes concernant les syndromes de prédisposition à des tumeurs du système nerveux, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) La Neurofibromatose de type 2 est caractérisée par l'association de schwannomes vestibulaires, méningiomes, épendymomes et gliomes du nerf optique.
 - b) Dans la neurofibromatose de type 1, le principal risque oncologique est la transformation maligne des neurofibromes périphériques.
 - c) Les neurofibromes plexiformes dans le cas de la Neurofibromatose de type 1 sont des tumeurs très vasculaires et hémorragiques.
 - d) Dans la maladie de von Hippel-Lindau, les principales lésions qui impactent le pronostic oncologique sont les hémangioblastomes localisées dans le système nerveux central et l'œil.
 - e) La sclérose tubéreuse de Bourneville est constituée principalement de sub-épendymomes du quatrième ventricule.
-

Q 28. Parmi les propositions suivantes concernant les cavernomes cérébraux laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) Dans le bilan préopératoire d'un gros cavernome cérébral, il est important de faire une artériographie cérébrale pour étudier la vascularisation artérielle et veineuse.
 - b) Le risque de saignement d'un cavernome cérébral de découverte fortuite est de l'ordre de 10 % par an.
 - c) La radiochirurgie stéréotaxique peut être utilisée pour traiter un cavernome cérébral.
 - d) Il faut retirer les anomalies veineuses de développement associées aux cavernomes cérébraux corticaux pour réduire le risque épileptique post-opératoire.
 - e) Les cavernomatoses familiales sont la seule cause de cavernomes cérébraux multiples
-

Q 29. Parmi les propositions suivantes concernant l'hydrocéphalie chronique de l'adulte, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) Le diagnostic radiologique d'hydrocéphalie chronique nécessite la présence de signes de résorption péri-épendymaire en séquence FLAIR T2.
 - b) En cas de suspicion d'hydrocéphalie chronique de l'adulte, le résultat de la ponction lombaire évacuatrice permet toujours de se décider ou pas pour la chirurgie de dérivation ventriculaire.
 - c) En cas de sur-drainage avec hématome sous-dural asymptomatique à distance de la mise en place d'une dérivation ventriculaire pour hydrocéphalie de l'adulte, il faut immédiatement ligaturer le cathéter distal.
 - d) La neuro-navigation est indispensable pour placer tous les cathéters intra-ventriculaires.
 - e) L'amélioration clinique après dérivation ventriculaire dans le cadre d'une hydrocéphalie chronique de l'adulte n'est pas toujours très rapide
-

Q 30. Parmi les propositions suivantes concernant la chirurgie des méningiomes, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- a) Les méningiomes de la faux doivent être abordés par une craniotomie découvrant le sinus sagittal et les 2 hémisphères cérébraux pour réaliser une exérèse totale
 - b) L'infiltration partielle du sinus sagittal par un méningiome rend la résection non totale.
 - c) La plastie de dure-mère avec de l'épicrâne a montré la diminution des fuites de LCR par rapport à une plastie avec des produits synthétiques.
 - d) Lors de l'exérèse de méningiomes de la convexité, l'exérèse d'une marge de sécurité sur de la dure-mère saine est idéale.
 - e) La résection des gros méningiomes olfactifs est réalisée le plus souvent par voie trans-frontale /trans-sinusienne.
-

Q 31. Un patient porteur de dérivation ventriculo-péritonéale (DVP) présente une fièvre, des céphalées, et une ventriculomégalie au scanner. La ponction lombaire montre un liquide cérébro-spinal (LCS) trouble, une hyperprotéinorachie, des polynucléaires élevés. La(les)quelle(s) des propositions suivantes est (sont) exacte(s) ?

- a) Le retrait complet du matériel de shunt est recommandé.
 - b) La mise en place d'une DVE (Dérivation Ventriculaire Externe) temporaire est généralement indiquée.
 - c) Il est recommandé de simplement changer la valve en laissant les cathéters en place si le patient est stable.
 - d) Une antibiothérapie IV probabiliste doit être débutée rapidement puis adaptée aux résultats des cultures.
 - e) Une DVP définitive peut être reposée après stérilisation documentée du LCS.
-

Q 32. Vous prenez en charge un Nourrisson de 3 mois amené pour convulsions et hypotonie. Le scanner met en évidence des hématomes sous-duraux bilatéraux d'âges différents. Au fond d'œil on note des hémorragies rétinienues. A l'examen clinique il n'y a pas de fracture pariétale d'impact. La(les)quelle(s) des propositions suivantes est (sont) exacte(s) ?

- a) Le tableau est très évocateur d'un traumatisme crânien non accidentel de type bébé secoué.
 - b) Une enquête de maltraitance avec signalement doit être systématiquement déclenchée.
 - c) Une coagulopathie congénitale isolée explique typiquement ce tableau.
 - d) Une IRM médullaire peut être indiquée pour rechercher des lésions ligamentaires cervicales.
 - e) Il s'agit d'un contexte dans lequel l'hospitalisation est rarement nécessaire.
-

Q 33. Vous opérez un anévrisme de l'artère cérébrale moyenne rompu. A propos de la gestion de la rupture peropératoire de l'anévrisme, parmi les affirmations suivantes, la(les)quelle(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Il faut immédiatement essayer de mettre un clip définitif sur le sac.
 - b) Si le saignement est minime, il faut réaliser l'hémostase en tamponnant le point de fuite.
 - c) Si le saignement est majeur, il faut placer une seconde canule d'aspiration sur le point de fuite.
 - d) Il faut placer un clip temporaire sur le ou les troncs porteurs, mais jamais pendant plus de 3 minutes.
 - e) En cas de dissection longue, il est possible de réaliser un clippage temporaire du sac si la situation est bien comprise.
-

Q 34. A propos du traitement endovasculaire des anévrysmes intracrâniens, la(les)quelle(s) des propositions suivantes est (sont) exacte(s) ?

- a) Pour les anévrysmes rompus, lorsque traitement endovasculaire et chirurgical sont possibles, il faut préférer le traitement endovasculaire.
 - b) Pour les anévrysmes non rompus, il faut toujours préférer le traitement endovasculaire au traitement chirurgical.
 - c) La réalisation d'une artériographie diagnostic présente un risque d'ischémie cérébrale.
 - d) La pose de stent dans les artères pour traiter un anévrisme nécessite une anti-agrégation plaquettaire prolongée.
 - e) Un traitement endovasculaire par coiling est un traitement durable ne nécessitant pas de suivi spécifique.
-

Q 35. A propos des craniectomies décompressives (CD) dans les AVC ischémiques, la(les)quelle(s) des propositions suivantes est (sont) exacte(s) ?

- a) Si une indication de craniectomie décompressive pour AVC ischémique sylvien est posée, la technique de référence est une hémi-craniectomie décompressive.
 - b) Si une indication de craniectomie décompressive pour AVC ischémique sylvien est posée, un volet dont le diamètre est de 8 cm est suffisant.
 - c) Une craniectomie décompressive sous occipitale peut être indiquée en cas d'AVC ischémique cérébelleux de grand volume.
 - d) Si une indication de CD pour AVC ischémique sylvien est posée, la pose d'un capteur de PIC doit être systématique.
 - e) Si une CD pour AVC sylvien a été réalisée, il faut formellement contre-indiquer la prescription d'anticoagulants ou d'anti-agrégants pendant au moins 2 semaines.
-

Q 36. Parmi les éléments suivants, le(les)quel(s) est(sont) des éléments d'indication d'une craniectomie décompressive dans le cadre d'un AVC ischémique ?

- a) Un score de GCS à 13.
 - b) Un score de GCS à 4.
 - c) Un AVC ischémique de tout un territoire sylvien.
 - d) Un âge de 45 ans.
 - e) Un AVC dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure.
-

Q 37. À propos de la prise en charge des malformations artérioveineuses cérébrales, la(les)quelle(s) des propositions suivantes est(sont) exacte(s) ?

- a) Un traitement d'une malformation artérioveineuse cérébrale non rompue chez un patient de moins de 40 ans doit être systématiquement proposé.
 - b) En cas de malformation artérioveineuse cérébrale rompue bien tolérée cliniquement il faut proposer un traitement en urgence de la malformation.
 - c) Le traitement préférentiel des malformations artérioveineuses cérébrales est un traitement endovasculaire.
 - d) Le traitement complet d'une malformation artérioveineuse cérébrale est obtenu plus fréquemment par radiochirurgie que par chirurgie.
 - e) En cas de malformation artérioveineuse de bas grade rompue avec un hématome mal toléré (patient dans le coma), il faut réaliser une chirurgie d'évacuation de l'hématome et l'exérèse de la MAV en urgence.
-

Q 38. Vous voyez en consultation spécialisée de neurochirurgie vasculaire des patients présentant des malformations vasculaires non rompues. La(les)quelle(s) des propositions suivantes est (sont) exacte(s) ?

- a) Le risque de rupture annuelle d'un anévrisme de circulation antérieure non rompu de 1 centimètre de grand axe est de l'ordre de 1% par an.
 - b) Le risque de saignement d'une malformation artérioveineuse cérébrale non rompue est de l'ordre de 20% par an.
 - c) Le risque de saignement d'une anomalie veineuse de développement est de l'ordre de 5% par an.
 - d) Le risque de saignement d'une fistule durale ethmoïdale est nul.
 - e) Une maladie de Moya-Moya ne présente pas de risque d'hémorragie cérébrale.
-

Q 39. À propos de la réalisation d'une craniectomie décompressive dans le contexte d'un traumatisme crânien grave, laquelle et/ou lesquelles des propositions suivantes est/sont exactes ?

- a) Chez un patient présentant un traumatisme crânien grave avec un score de Glasgow inférieur à 4, une craniectomie décompressive est toujours indiquée.
 - b) Si vous retenez l'indication d'une craniectomie décompressive, il faut réaliser une craniectomie bi frontale.
 - c) Une craniectomie décompressive est indiqué en cas d'hypertension intracrânienne réfractaire au traitement médical maximal, c'est à dire une pression intracrânienne supérieure à 25 mm Hg pendant plus d'une heure.
 - d) Vous évacuez un hématome sous-dural aigu chez un patient Glasgow 5, il faut alors systématiquement ne pas reposer le volet.
 - e) La réalisation de la cranioplastie doit s'envisager dans les 2 semaines suivant la craniectomie.
-

Q 40. À propos de la prise en charge des hématomes sous durs chroniques, laquelle et/ou lesquelles des propositions suivantes est/sont exactes ?

- a) Une corticothérapie adjuvante est toujours recommandée dans la prise en charge.
 - b) En cas de survenue d'un hématome sous dural chronique chez un patient jeune sans histoire de traumatisme crânien, il faut rechercher une hypotension intracrânienne.
 - c) un traitement d'embolisation de l'artère méningée moyenne diminue le risque de récurrence de l'hématome.
 - d) en cas de récurrence radiologique de l'hématome sans signe clinique une reprise chirurgicale est toujours indiquée.
 - e) la pose d'un drain sous-dural ou sous galéal en fin de chirurgie a montré une diminution du risque de récurrence dans des essais randomisés de puissance adaptée.
-