

CF-58-Chirurgie vasculaire-QCM-EVC-2025

Q 1. Chez un patient présentant une ischémie chronique menaçant le membre (CLTI), quelles sont les propositions vraies ?

- a) Les pressions d'orteil sont préférables à l'IPS quand les artères de jambe sont incompressibles
 - b) Un IPS normal exclut formellement une CLTI
 - c) La médiacalcose peut rendre l'IPS faussement élevé
 - d) Une douleur de décubitus ischémique est souvent associée à pression d'orteil < 30 mmHg
 - e) Une perte tissulaire ischémique est souvent associée à pression d'orteil < 50 mmHg
-

Q 2. Pour un patient atteint de CLTI, citez les outils/repères recommandés et leur finalité.

- a) Wifl classe la gravité selon Wound / Ischaemia / foot Infection (plaie, ischémie, infection du pied)
 - b) GLASS gradue la complexité anatomique le long d'un trajet artériel cible (TAC), de l'aine à la cheville
 - c) Wifl sert à estimer le risque d'amputation et le bénéfice attendu d'une revascularisation
 - d) La disponibilité d'une veine autologue (grande saphène) influence le choix de revascularisation recommandé
 - e) Wifl remplace GLASS : on n'utilise pas les deux ensembles
-

Q 3. Classification de Whelan/Rich du syndrome de l'artère poplitée piégée (PAES) : quelles correspondances sont exactes ?

- a) Type I : artère poplitée à trajet médial aberrant autour d'un gastrocnémien médial normal
 - b) Type II : insertion latérale anormale du chef médial du gastrocnémien déplaçant l'artère en dedans
 - c) Type III : bande/tendon accessoire du gastrocnémien compressant une artère en position normale
 - d) Type IV : artère en position primitive profonde/axiale, comprimée par le muscle poplité ou une bride fibreuse
 - e) E. Type V : compression associée artère + veine poplitées quel que soit le mécanisme
-

Q 4. Dans la prise en charge d'un syndrome de l'artère poplité piégée, sur une artère indemne (sans sténose/thrombose) : quelle conduite tenir en 1re intention ?

- a) Thrombolyse intra-artérielle
 - b) Libération chirurgicale des structures compressives (section des brides/muscles anormaux)
 - c) Stenting poplité primaire
 - d) Anticoagulation seule prolongée
 - e) Abstention thérapeutique
-

Q 5. Ischémie aiguë de membre chez un patient artéritique : quel traitement initial est recommandé immédiatement (hors contre-indication) ?

- a) Antalgie adéquate
 - b) Héparine non fractionnée IV : bolus 5 000 UI ou 70-100 UI/kg puis perfusion ajustée (APTT/ACT)
 - c) Attendre l'imagerie avant toute anticoagulation
 - d) Revascularisation à discuter sans retarder par une imagerie inutile
 - e) Admission dans un service non spécialisé en l'absence de déficit moteur
-

Q 6. Dans l'ischémie aiguë du membre, la thrombolyse intraveineuse (IV) en première intention est

- a) Recommandée chez la plupart des patients
 - b) Non recommandée
 - c) À préférer aux techniques endovasculaires in situ
 - d) À utiliser si classe Rutherford I
 - e) Obligatoire en cas d'anévrisme artériel poplité
-

Q 7. Quel dépistage d'anévrismes associés faut-il réaliser lorsqu'un anévrisme de l'artère poplitée est identifié ?

- a) Dépistage d'AAA à intervalles 5-10 ans peut être envisagé
 - b) Faire une échographie abdominale ciblée pour AAA
 - c) Dépistage systématique de sténoses des artères carotides recommandé
 - d) L'absence d'AAA associé est rare chez l'anévrisme artériel poplitée
 - e) Pas de dépistage recommandé par l'ESVS
-

Q 8. Chez un patient atteint de CLTI, dans quelles situations une amputation majeure primaire (sans tentative préalable de sauvetage) doit-elle être envisagée en première intention ?

- a) Maladie artérielle non revascularisable documentée (pas de vaisseaux cibles distaux utilisables)
 - b) Destruction majeure des zones d'appui du pied (calcaneus, têtes 1re/5e métatarsiennes) rendant un pied fonctionnel rendant un pied non fonctionnel
 - c) Membre non fonctionnel (paralysie, rétractions sévères) ou patient non ambulateur pour raisons extravasculaires
 - d) Infection sévère/gangrène nécessitant l'exérèse complète du pied pour contrôle septique
 - e) Il faut toujours au préalable tenter au moins deux revascularisations, même si l'anatomie est non revascularisable
-

Q 9. Lorsqu'une amputation est retenue, quels principes guident le choix du niveau d'amputation ? (ex. viser une transtibiale plutôt qu'une transfémorale)

- a) Envisager une revascularisation "d'amont" si elle peut abaisser le niveau (ex. préserver le genou : au-dessus du genou → en dessous du genou) chez un patient apte à la rééducation
 - b) Utiliser des tests de perfusion locaux (pression d'orteil, TcPO₂, pression de perfusion cutanée) pour estimer le potentiel de cicatrisation du niveau choisi
 - c) Se baser exclusivement sur l'IPS de cheville pour prédire la cicatrisation du moignon
 - d) Intégrer la probabilité de réhabilitation (âge, comorbidités, projet prothétique) dans la décision de niveau
 - e) Le partage décisionnel (patient/équipe) est recommandé pour aligner objectifs fonctionnels et risques
-

Q 10. Principes de base de GLASS : quelles propositions sont vraies ?

- a) On définit d'abord un trajet artériel cible (du pli inguinal jusqu'au pied)
 - b) GLASS évalue deux segments : fémoro-poplitée (FP) et infrapoplitée (IP)
 - c) Le flux d'amont (aorto-iliaque/fémorale commune) est inclus dans le stade GLASS
 - d) Un item pédieux/inframalléolaire (P0-P2) est associé à GLASS
 - e) L'évaluation doit se faire sur une imagerie de bonne qualité (CTA/MRA/écho)
-

Q 11. Interprétation et usage clinique de GLASS : quelles propositions sont vraies ?

- a) GLASS estime une perméabilité attendue "à l'échelle du membre" (limb-based patency)
 - b) GLASS est un nouveau schéma anatomique pour l'ischémie critique
 - c) GLASS est un score de risque systémique (cardiaque) du patient
 - d) GLASS aide à stratifier la complexité anatomique en vue d'un traitement endovasculaire ou d'un pontage
 - e) GLASS remplace l'évaluation clinique du membre (plaie/ischémie/infection)
-

Q 12. Choix du conduit pour un pontage infra-gonal en contexte d'ischémie aiguë du membre inférieur liée à un anévrisme de l'artère poplitée.

- a) La veine autologue est à privilégier
 - b) Une prothèse peut être considérée si veine indisponible/urgence
 - c) Les résultats prothétiques sont supérieurs à la veine à long terme
 - d) Le choix tient compte de la sévérité ischémique (Rutherford), du lit d'aval et des ressources
 - e) Le stent-graft poplitée est recommandé en première intention en situation d'ischémie aiguë
-

Q 13. Concernant la prise en charge antiplaquettaire des patients présentant une sténose carotidienne asymptomatique > 50 %, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- a) Chez les patients asymptomatiques avec sténose carotidienne > 50 %, l'aspirine à faible dose (75-325 mg/j) est recommandée principalement pour prévenir l'infarctus du myocarde tardif et les autres événements cardiovasculaires occlusifs majeurs.
 - b) En cas d'intolérance ou d'allergie à l'aspirine, le clopidogrel 75 mg/j est une alternative recommandée.
 - c) En cas de chirurgie envisagée, la double anti agrégation plaquettaire peut être possible
 - d) Chez les patients asymptomatiques bénéficiant d'une endartériectomie carotidienne, une forte dose d'aspirine (> 325 mg/j) est recommandée afin de réduire le risque thrombotique péri-opératoire.
 - e) Chez les patients asymptomatiques traités par stenting carotidien, une double anti-agrégation plaquettaire par aspirine et clopidogrel est recommandée, avec poursuite pendant au moins quatre semaines après le geste.
-

Q 14. Concernant la prise en charge des sténoses carotidiennes asymptomatiques selon les recommandations ESVS 2023, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- a) Une endartériectomie carotidienne est indiquée chez tout patient asymptomatique présentant une sténose de 60-99 %, dès lors que le taux de complications neurologiques à 30 jours est < 3 %.
 - b) Chez un patient asymptomatique à risque chirurgical moyen, une sténose carotidienne de 60-99 % ne justifie une endartériectomie que s'il existe au moins un critère clinique ou d'imagerie associé à un risque accru d'AVC tardif, et si l'espérance de vie est > 5 ans.
 - c) Chez un patient asymptomatique jugé à haut risque chirurgical, le stenting carotidien peut être envisagé même en l'absence de critères cliniques ou d'imagerie à haut risque, si l'anatomie est favorable.
 - d) Chez un patient asymptomatique avec sténose carotidienne de 70-99 % et troubles cognitifs, une revascularisation carotidienne peut être proposée à visée de prévention du déclin cognitif si le taux de décès/AVC à 30 jours est < 3 %.
 - e) Une intervention carotidienne peut être envisagée chez un patient asymptomatique uniquement si le bénéfice attendu dépasse le risque péri-opératoire, ce qui implique notamment une espérance de vie longue.
-

Q 15. Concernant la prise en charge médicale des patients présentant une sténose carotidienne symptomatique récente, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) selon les recommandations ESVS 2023 ?

- a) Chez un patient symptomatique récent (AIT ou AVC ischémique mineur) non candidat à une endartériectomie carotidienne ou à un stenting, une bithérapie aspirine-clopidogrel pendant 21 jours suivie d'une monothérapie par clopidogrel est recommandée.
 - b) Chez ces patients non candidats à une revascularisation, la bithérapie aspirine-clopidogrel doit être poursuivie au long cours afin de réduire le risque de récurrence ischémique.
 - c) Chez un patient symptomatique récent non candidat à une revascularisation et intolérant ou allergique à l'aspirine et au clopidogrel, le ticagrelor en monothérapie est une option recommandée.
 - d) Chez un patient symptomatique récent chez qui une endartériectomie carotidienne est envisagée, une bithérapie antiplaquettaire standardisée doit être instaurée systématiquement afin de réduire le risque thrombotique préopératoire.
 - e) Chez les patients symptomatiques récents programmés pour une endartériectomie carotidienne ou un stenting, l'instauration d'un traitement par statine en préopératoire est recommandée.
-

Q 16. Concernant les facteurs cliniques et d'imagerie influençant le bénéfice de l'endartériectomie carotidienne chez les patients présentant une sténose carotidienne symptomatique, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- a) Lorsque l'endartériectomie carotidienne est réalisée dans les deux semaines suivant l'événement neurologique, il faut traiter environ cinq patients pour prévenir un accident vasculaire cérébral ipsilatéral supplémentaire à cinq ans par rapport au traitement médical seul.
 - b) Chez les patients âgés de plus de soixante-quinze ans, le bénéfice de l'endartériectomie carotidienne est faible, nécessitant de traiter environ vingt patients pour prévenir un accident vasculaire cérébral ipsilatéral à cinq ans.
 - c) En présence d'une plaque carotidienne irrégulière, il faut traiter environ six patients par endartériectomie carotidienne pour prévenir un accident vasculaire cérébral ipsilatéral supplémentaire à cinq ans, contre environ treize patients en cas de plaque lisse.
 - d) Chez les patients présentant une sténose carotidienne symptomatique comprise entre quatre-vingt-dix et quatre-vingt-dix-neuf pour cent, il faut traiter environ trois patients pour prévenir un accident vasculaire cérébral ipsilatéral à cinq ans.
 - e) Chez les femmes présentant une sténose carotidienne symptomatique, le bénéfice de l'endartériectomie carotidienne est comparable à celui observé chez les hommes, nécessitant de traiter moins de dix patients pour prévenir un accident vasculaire cérébral ipsilatéral.
-

Q 17. Concernant la prise en charge des patients présentant une sténose carotidienne symptomatique, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) selon les recommandations ESVS 2023 ?

- a) Chez un patient ayant présenté des symptômes du territoire carotidien au cours des 6 derniers mois et présentant une sténose carotidienne comprise entre 70 et 99 %, l'endartériectomie carotidienne est recommandée si le risque combiné de décès ou d'accident vasculaire cérébral à 30 jours est $< 6\%$.
 - b) Chez un patient ayant présenté des symptômes du territoire carotidien au cours des 6 derniers mois et présentant une sténose carotidienne comprise entre 50 et 69 %, l'endartériectomie carotidienne est recommandée de façon systématique, indépendamment du risque opératoire à 30 jours.
 - c) Chez les patients âgés de ≥ 70 ans ayant présenté un accident ischémique transitoire ou un accident vasculaire cérébral ischémique du territoire carotidien au cours des 6 derniers mois, associé à une sténose carotidienne comprise entre 50 et 99 %, l'endartériectomie carotidienne doit être préférée au stenting carotidien.
 - d) Chez les patients symptomatiques présentant une sténose carotidienne comprise entre 50 et 99 % pour lesquels une intervention carotidienne est jugée appropriée, celle-ci doit être réalisée le plus précocement possible, idéalement dans les 14 jours suivant le début des symptômes.
 - e) Chez les patients devant bénéficier d'une revascularisation carotidienne dans les 14 jours suivant le début des symptômes, le stenting carotidien est recommandé afin de réduire le risque péri-opératoire précoce.
-

Q 18. Selon les recommandations ESVS 2023, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) chez les patients présentant une sténose carotidienne symptomatique en situation aiguë ?

- a) En cas de sténose 50-99 % associée à un accident vasculaire cérébral invalidant (score de Rankin modifié > 3), à un infarctus dépassant 1/3 du territoire de l'artère cérébrale moyenne ipsilatérale ou à une altération de la conscience, il est recommandé de différer toute intervention carotidienne.
 - b) En cas de sténose 50-99 % associée à un accident vasculaire cérébral en évolution ou à des accidents ischémiques transitoires répétés rapprochés, une endartériectomie carotidienne urgente doit être envisagée, idéalement dans les 24 heures.
 - c) Après thrombolyse intraveineuse pour un accident ischémique cérébral aigu lié à une sténose carotidienne 50-99 %, une revascularisation carotidienne doit être réalisée dans les 48 heures afin de réduire le risque de récurrence.
 - d) Chez un patient ayant reçu une thrombolyse intraveineuse pour un accident ischémique cérébral aigu sur sténose carotidienne 50-99 %, un délai d'environ 6 jours avant endartériectomie carotidienne ou stenting carotidien doit être envisagé.
 - e) Lors d'une thrombectomie mécanique intracrânienne pour accident ischémique aigu avec sténose carotidienne associée 50-99 % et infarctus ipsilatéral de petite taille, un stenting carotidien synchrone peut être envisagé en cas de mauvais flux antérograde carotidien ou de collatéralité insuffisante via le polygone de Willis.
-

Q 19. Selon les recommandations ESVS 2023, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) chez les patients présentant une sténose carotidienne symptomatique dans des situations particulières ?

- a) En cas de quasi-occlusion carotidienne avec collapsus du vaisseau distal chez un patient symptomatique, l'endartériectomie carotidienne et le stenting carotidien ne sont pas recommandés en dehors d'un essai randomisé.
 - b) Chez un patient présentant une quasi-occlusion carotidienne avec collapsus distal et des symptômes récidivants malgré un traitement médical optimal, une revascularisation carotidienne peut être envisagée après discussion en réunion multidisciplinaire.
 - c) En présence d'un thrombus flottant intra-carotidien chez un patient ayant des symptômes récents du territoire carotidien, un traitement anticoagulant à dose curative est recommandé.
 - d) En cas de thrombus flottant intra-carotidien avec symptômes récents, la thrombolyse intraveineuse est recommandée afin de réduire le risque embolique précoce.
 - e) Chez les patients présentant une quasi-occlusion carotidienne avec collapsus distal, le stenting carotidien est préférable à l'endartériectomie carotidienne en raison d'un risque opératoire plus faible.
-

Q 20. Selon les recommandations ESVS 2023, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) concernant les techniques chirurgicales et les stratégies péri-opératoires en pathologie carotidienne ?

- a) Lors d'une endartériectomie carotidienne, une technique par éversion ou une fermeture par patch est recommandée plutôt qu'une fermeture artérielle directe.
 - b) Lors d'une endartériectomie carotidienne, un contrôle per-opératoire par imagerie (angiographie, échographie Doppler) peut être envisagé afin de réduire le risque d'accident vasculaire cérébral péri-opératoire.
 - c) Chez les patients récemment symptomatiques présentant une occlusion athéroscléreuse complète de la carotide interne extracrânienne, un pontage extracrânien-intracrânien est recommandé afin de réduire le risque d'accident vasculaire cérébral.
 - d) Lors d'un stenting carotidien, l'administration intraveineuse d'atropine avant le gonflage du ballon est recommandée afin de prévenir l'hypotension, la bradycardie ou l'asystolie.
 - e) Lors d'une endartériectomie carotidienne, la fermeture directe est équivalente aux techniques par patch ou par éversion en termes de prévention des complications neurologiques.
-

Q 21. Selon les recommandations ESVS 2023, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- a) Chez les patients présentant un accident ischémique transitoire ou un accident vasculaire cérébral du territoire vertébrobasilaire associé à une sténose de l'artère vertébrale de 50-99 %, le stenting vertébral systématique n'est pas recommandé.
 - b) Chez les patients devant bénéficier d'une chirurgie cardiaque, un dépistage systématique des maladies carotidiennes est recommandé.
 - c) Chez les patients devant bénéficier d'un pontage coronarien, un dépistage par échographie Doppler des carotides doit être envisagé chez les patients âgés de > 70 ans, chez ceux ayant des antécédents d'accident ischémique transitoire ou d'accident vasculaire cérébral, un souffle carotidien ou une atteinte du tronc commun coronaire gauche.
 - d) Chez les patients devant bénéficier d'un pontage coronarien et présentant une sténose carotidienne unilatérale asymptomatique de 70-99 %, une intervention carotidienne associée ou programmée est recommandée afin de prévenir l'accident vasculaire cérébral post-opératoire.
 - e) Chez les patients devant bénéficier d'un pontage coronarien ayant présenté un accident ischémique transitoire ou un accident vasculaire cérébral dans les 6 derniers mois et présentant une sténose carotidienne de 50-99 %, une intervention carotidienne programmée ou associée doit être envisagée.
-

Q 22. Selon les recommandations ESVS 2023, dans quelle(s) situation(s) une revascularisation est-elle formellement indiquée ?

- a) Chez les patients atteints de maladie occlusive de plusieurs artères digestives et souffrant d'une ischémie mésentérique chronique.
 - b) Patient présentant des symptômes abdominaux chroniques avec sténoses > 50 % de l'artère mésentérique supérieure et d'une seconde artère digestive.
 - c) Patient présentant une dissection isolée symptomatique de l'artère mésentérique supérieure, sans signe d'ischémie intestinale, bien contrôlée sous traitement médical.
 - d) Patient présentant un anévrisme d'artère viscérale symptomatique, quelle que soit sa taille, en l'absence de contre-indication opératoire majeure.
 - e) Patient présentant une dissection isolée de l'artère mésentérique supérieure ou du tronc cœliaque avec symptômes persistants malgré un traitement médical optimal et suspicion d'ischémie intestinale.
-

Q 23. Selon les recommandations ESVS 2023 (classe I), quelle(s) proposition(s) concernant les techniques opératoires ou interventionnelles est/sont correcte(s) ?

- a) Chez un patient atteint d'ischémie mésentérique chronique nécessitant une revascularisation et présentant une anatomie favorable, une stratégie endovasculaire en première intention est recommandée, indépendamment du nombre d'artères digestives atteintes.
 - b) Lors d'un traitement endovasculaire de l'ischémie mésentérique chronique, l'angioplastie simple au ballon est équivalente au stenting et peut être privilégiée afin de limiter le matériel implanté.
 - c) Chez un patient présentant un anévrisme d'artère viscérale avec une anatomie favorable, une réparation endovasculaire est recommandée plutôt qu'une chirurgie ouverte.
 - d) Chez un patient présentant un anévrisme d'artère viscérale et n'étant pas à haut risque chirurgical, une occlusion artérielle est recommandée plutôt qu'une reconstruction artérielle lorsque les deux options sont techniquement possibles.
 - e) En cas d'ischémie mésentérique aiguë compliquée d'un syndrome du compartiment abdominal, une laparotomie de décompression urgente est recommandée.
-

Q 24. Selon les recommandations ESVS 2023, quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- a) Chez un patient présentant une ischémie mésentérique chronique sévère (amaigrissement important, diarrhée, douleur continue), il n'est pas recommandé d'améliorer l'état nutritionnel si cela retarde une revascularisation urgente.
 - b) Une revascularisation primaire, endovasculaire ou chirurgicale, est indiquée chez un patient présentant une dissection isolée asymptomatique de l'artère mésentérique supérieure.
 - c) Une revascularisation primaire, endovasculaire ou chirurgicale, n'est pas indiquée chez un patient présentant une dissection isolée asymptomatique ou peu symptomatique non compliquée de l'artère mésentérique supérieure ou du tronc cœliaque.
 - d) Une angioplastie transluminale percutanée de l'artère rénale, avec ou sans stenting, est indiquée chez un patient ayant une sténose de l'artère rénale avec pression artérielle contrôlée et fonction rénale contrôlée, afin de prévenir une aggravation future.
 - e) Chez un patient présentant une sténose de l'artère rénale avec pression artérielle contrôlée et fonction rénale contrôlée, une angioplastie transluminale percutanée de l'artère rénale, avec ou sans stenting, n'est pas indiquée.
-

Q 25. Quelle(s) proposition(s) est/sont correcte(s) ?

- a) En cas de suspicion clinique d'ischémie mésentérique aiguë, une mesure unique de lactate ou de D-dimères peut confirmer ou exclure le diagnostic.
 - b) En cas de suspicion clinique d'ischémie mésentérique aiguë, il n'est pas recommandé d'utiliser une mesure unique de lactate ou de D-dimères pour confirmer ou exclure le diagnostic.
 - c) En cas de suspicion clinique d'ischémie mésentérique aiguë non occlusive, une mesure unique de lactate ou de D-dimères est recommandée pour confirmer ou exclure le diagnostic.
 - d) En cas de suspicion clinique d'ischémie mésentérique aiguë non occlusive, il n'est pas recommandé d'utiliser une mesure unique de lactate ou de D-dimères pour confirmer ou exclure le diagnostic.
 - e) Chez un patient présentant une dissection isolée asymptomatique ou peu symptomatique non compliquée de l'artère mésentérique supérieure ou du tronc cœliaque, une revascularisation primaire endovasculaire ou chirurgicale doit être proposée afin d'éviter la progression.
-

Q 26. Quelle(s) proposition(s) concernant les seuils de taille justifiant un traitement des anévrismes viscéraux asymptomatiques est/sont correcte(s) ?

- a) Un traitement endovasculaire ou chirurgical doit être envisagé pour un anévrisme asymptomatique de l'artère splénique lorsque le diamètre est ≥ 30 mm.
 - b) Un traitement endovasculaire ou chirurgical doit être envisagé pour un anévrisme asymptomatique de l'artère hépatique lorsque le diamètre est ≥ 25 mm.
 - c) Un traitement endovasculaire ou chirurgical doit être envisagé pour un anévrisme asymptomatique de l'artère pancréaticoduodénale lorsque le diamètre est ≥ 15 mm.
 - d) Un traitement endovasculaire ou chirurgical doit être envisagé pour un anévrisme asymptomatique de l'artère mésentérique supérieure lorsque le diamètre est ≥ 30 mm.
 - e) Un traitement endovasculaire ou chirurgical doit être envisagé pour un anévrisme asymptomatique de l'artère rénale lorsque le diamètre est ≥ 25 mm.
-

Q 27. Concernant les données épidémiologiques des anévrismes de l'aorte abdominale sous rénal (AAA), quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Les données récentes (< 10 ans) montrent une stabilisation de la prévalence masculine autour de 3 %, principalement expliquée par la hausse du diabète et du surpoids.
 - b) L'incidence des ruptures d'AAA est stable, mais la mortalité liée à la rupture augmente.
 - c) Même si le tabac reste un facteur de risque majeur de développement d'un AAA, l'antécédent familial d'AAA demeure le facteur de risque le plus important.
 - d) Le risque de rupture aortique est estimé à 10% à 1 an pour les AAA à 50mm, à 4 ans pour les AAA à 40mm et à 8 ans pour les AAA de 30mm de diamètre
 - e) La prévalence des AAA chez la femme de plus de 60 ans est jusqu'à quatre fois moins élevée que chez les hommes du même âge
-

Q 28. Concernant le dépistage des AAA, quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Le dépistage par échographie d'un AAA est recommandé pour les patients porteurs d'une maladie cardiovasculaire que lors d'un d'antécédent familial
 - b) Chez les patients porteurs d'un anévrisme poplité environ 40% développeront un AAA à sept ans.
 - c) Le dépistage d'un AAA est recommandé chez les patients greffés cardiaques ou pulmonaire
 - d) Le dépistage par échographie d'un AAA est recommandé pour les patients à haut risque : homme ou femme > 65 ans, tabagisme actif ou sevré, antécédant au 1er degrés d'AAA, anévrisme périphérique, patient transplanté d'organe.
 - e) La surveillance scanographique doit être faite tous les 5 ans pour un AAA entre 25 et 29mm, tous les 3 ans entre 30 et 39mm, tous les ans entre 40 et 49mm et tous les 6 mois pour ceux ≥ 50 mm.
-

Q 29. Concernant le bilan préopératoire d'une prise en charge d'AAA, quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Un dépistage des sténoses carotidiennes asymptomatiques est recommandé en prévision d'une chirurgie ouverte d'AAA.
 - b) Les patients présentant une sténose carotidienne asymptomatique $> 70\%$ doivent bénéficier systématiquement d'une prise en charge chirurgicale carotidienne en amont de la prise en charge de l'AAA.
 - c) Une albumine pré-opératoires < 2.8 g/dL doit être considérée comme une dénutrition sévère et nécessiter une correction avant chirurgie ouverte .
 - d) Une évaluation de la fonction pulmonaire systématique évaluée par une radiographie de thorax ou une spirométrie est recommandée en prévision d'une chirurgie d'AAA.
 - e) Les patients présentant une faible capacité fonctionnelle (met < 4) ou des facteurs de risque cliniques importants (angine instable, insuffisance cardiaque décompensée, valvulopathie sévère et troubles du rythme cardiaque significatifs) doivent avoir un bilan cardiaque et une optimisation avant une réparation programmée d'un anévrisme de l'aorte abdominale.
-

Q 30. Parmi les items suivants, le(s)quel(s) est(sont) prédictor(s) de complication rénale dans les suites d'une chirurgie d'AAA ?

- a) HTA
 - b) AOMI
 - c) Surcharge pondérale
 - d) Diabète
 - e) Insuffisance rénale préexistante
-

Q 31. Concernant l'indication opératoire d'un AAA selon les recommandations de l'ESVS, quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Les hommes avec un AAA asymptomatique stable <55mm de diamètre ne sont pas candidats à une prise en charge chirurgicale
 - b) Les femmes avec un AAA asymptomatique stable < 50mm de diamètre ne sont pas candidates à une prise en charge chirurgicale
 - c) Les hommes porteurs d'un anévrisme iliaque commun > 30mm de diamètre doivent être considérés pour une prise en charge chirurgicale
 - d) Les femmes porteuses d'un anévrisme iliaque commun > 30mm de diamètre doivent être considérés pour une prise en charge chirurgicale
 - e) Les patients dont l'évolution d'un AAA de diamètre non chirurgical est initialement évalué à $\geq$ 10mm/an doivent d'emblée se voir proposer une prise en charge chirurgicale
-

Q 32. Concernant les grandes études randomisées comparants EVAR vs chirurgie ouverte pour la prise en charge d'un AAA : laquelle a montré une mortalité peri-opératoire plus faible pour l'EVAR ainsi qu'une absence de différence de taux de réintervention à long terme entre les deux groupes ?

- a) DREAM
 - b) OVER
 - c) ACE
 - d) EVAR-1
 - e) Aucune
-

Q 33. Concernant les techniques chirurgicales ouverte de prise en charge des AAA quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) L'utilisation de greffon argentique de routine pour prévenir l'infection du greffon est recommandée
 - b) La laparotomie médiane doit être préférée à la laparotomie transverse en première intention
 - c) La réimplantation de l'artère mésentérique inférieure est indiquée uniquement chez les patients à risque d'ischémie colique ou présentant une insuffisance de perfusion des organes du pelvis.
 - d) La section de la veine rénale gauche afin d'exposer le collet proximal doit être faite le plus possible à distance de la veine cave inférieure pour préserver les veines tributaires de la veine rénale.
 - e) Pour la fermeture des laparotomies médianes l'utilisation préventive de routine d'une plaque de renfort doit être envisagée pour éviter le risque d'éventration secondaire.
-

Q 34. Concernant la prise en charge endovasculaire des AAA par EVAR, quelle(s) affirmation(s) est(sont) vraie(s) ?

- a) L'accès percutané doit être favorisé en première intention si l'anatomie le permet.
 - b) Il est recommandé de préserver les artères rénales accessoires de gros calibre (>4mm) ou celles irrigants plus de 1/3 du rein.
 - c) L'embolisation préventive des artères rénales accessoires n'est pas recommandé de routine
 - d) L'embolisation préventive de l'artère mésentérique inférieure doit être proposé de routine afin de réduire le risque d'endofuite de type 2
 - e) L'embolisation préventive des artères lombaires doit être proposée de routine afin de réduire le risque d'endofuite de type 2
-

Q 35. Concernant les ruptures d'anévrisme de l'aorte abdominale, quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Pour les patients présentant un AAA rompu avec une anatomie favorable, une prise en charge par EVAR est recommandée en première intention
 - b) En cas d'angioscanner réalisé au cours d'une hypotension permissive, il faut considérer un oversizing de 20% de l'endoprothèse pour prévenir une endofuite de type 1a ou 1b
 - c) Un syndrome du compartiment abdominal est défini par une pression intra-abdominale > 12mmHg.
 - d) La réalisation d'une sigmoïdoscopie doit être considérée si une colite ischémique est suspectée dans les suites d'une chirurgie d'AAA rompu.
 - e) Une fistule aorto-cave est constatée dans moins de 1% des cas d'AAA rompu.
-

Q 36. Concernant les endofuites dans les suites du traitement d'un AAA par EVAR, quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

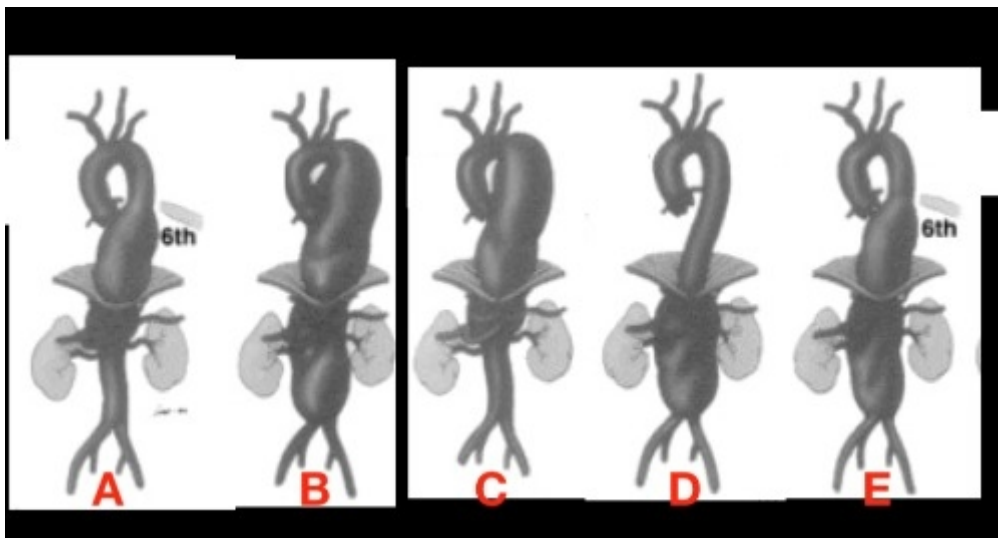
- a) Les endofuites de type II sont présentes dans 20 à 40% des cas à 5 ans avec un risque de rupture faible s'il n'y a pas d'augmentation du sac anévrysmal et un risque élevé s'il y a augmentation du sac.
 - b) Une endofuite de Type 3b désigne une disjonction ou mal-apposition de deux composants de l'endoprothèse.
 - c) Par définition, il ne peut pas y avoir d'endofuite de type 1c à la suite de l'implantation d'une endoprothèse aorto-bi iliaque ou mono-iliaque.
 - d) En cas d'endofuite de type 1a, une intervention rapide doit être proposée pour obtenir une étanchéité distale de l'endoprothèse.
 - e) La présence de plus de 3 artères lombaires naissantes de l'AAA, une artère mésentérique ≥ 3 mm de diamètre et une anticoagulation curative sont des facteurs de risques d'endofuite de type 2.
-

Q 37. Un patient se présente avec un angioscanner mettant en évidence une thrombose jonction iliaques (interne externe) gauche étendue sur 3 cm de longueur associée à une sténose serrée de la jonction iliofémorale droite étendue sur 3.5cm. A quel grade de la classification TASC II relèvent ces lésions ?

- a) TASC A
 - b) TASC B
 - c) TASC C
 - d) TASC D
 - e) TASC E
-

Q 38. Concernant les indications de revascularisation aorto-iliaque chez le patient claudicant, quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Pour des lésions aorto-iliaques TASC II C/D il n'y a pas de différence de perméabilité entre l'utilisation de stents couverts ou nus.
 - b) Pour des lésions occlusives aorto-iliaque TASC II C/D, le pontage aorto bifémoral a une meilleure perméabilité à long terme que l'angioplastie stenting chez des patients à bas risque avec espérance de vie longue
 - c) Pour une occlusion iliaque seule, il est recommandé de pré dilaté par angioplastie avant stenting.
 - d) En cas de lésion aorto-iliaque occlusive, il est recommandé en première intention de proposer un programme d'exercices supervisés.
 - e) Toutes les réponses sont fausses
-



Q 39. Concernant la classification de Crawford modifié par Safi des anévrysmes complexes de l'aorte : À quel type correspond chacune de ces présentations ?

- a) A= Type V
- b) B= Type I
- c) C= Type II
- d) D= Type III
- e) E= Type IV

Q 40. Concernant la prise en charge chirurgicale des anévrysmes complexes de l'aorte abdominale, quelle(s) affirmation(s) est(sont) vraie(s) ?

- a) A. L'utilisation d'une solution de perfusion froide des artères rénales doit être utilisée pour tout clampage supra-rénal
- b) B. Un clampage inter-rénal excluant une seule artère rénale permet une diminution du taux d'insuffisance rénale post-opératoire comparativement à un clampage supra-rénal excluant les deux artères rénales
- c) C. Pour les patients à risque chirurgical standard, la prise en charge par F/BEVAR doit être proposée en première intention.
- d) D. Pour les patients à haut risque chirurgical, la prise en charge par chirurgie endovasculaire (F/BEVAR) doit être proposée en 1ère intention
- e) E. Il est recommandé de poser un cathéter de drainage du LCR prophylactique avant toute chirurgie d'un anévrysme complexe pour diminuer le risque d'ischémie médullaire per ou post-opératoire