



CONTROVERSES
ET ACTUALITÉS EN CHIRURGIE VASCULAIRE



CONTROVERSIES
& UPDATES
IN VASCULAR SURGERY

JANUARY 21-23 2016

MARRIOTT RIVE GAUCHE & CONFERENCE CENTER
PARIS, FRANCE

Quiz

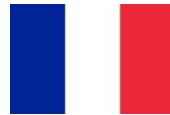
KELLY Patrick



Pour le traitement endovasculaire des anévrisme complexes, qu'est-ce qui est vrai ? (une bonne réponse)

1. Les bridging stents courts permettent que les flux de disruption de se redéveloppent
2. Les bridging stents courts compensent mieux le défaut d'alignement que les longs
3. La longueur du bridging stent influence plus le flux que son diamètre.
4. Les stents les plus longs (5-7 cm) permettent que les flux de disruption de se redéveloppent au moment d'atteindre l'artère native, diminuant ainsi l'hyperplasie intimale

MELISSANO Germano



L'ischemia médullaire après TEVAR peut être liée à (une bonne réponse) :

1. L'occlusion des intercostales
2. Une hypotension majeure prolongée
3. L'absence d circulation collatérale vers la spinal antérieure
4. Une pression élevée du LCR
5. Toutes les réponses

KEIRSE Koen



Dans le traitement des lésions TASC A & B lésions de l'a fémorale superficielle, le groupe DES (Drug Eluting Stent) de l'étude Majestic a montré à 12 mois une perméabilité primaire et un taux de Target Lesion Revascularisation de respectivement (une bonne réponse) :

1. 75% et TLR14%
2. 90% et TLR <10%
3. 94.4% et TLR 3.6%
4. 96.1% et TLR 3.8%

KEIRSE Koen



Le succès du DES (Drug Eluting Stent) dans l'étude Majestic repose sur... (une bonne réponse)

1. Un petit nombre de patients dans des centres sélectionnés
2. Faible incidence des fractures de stent (0%)
3. **Le design du stent**
4. Meilleure drogue et coating que les autres DES

DAKE Michael



Au bout de 5 ans de l'étude randomisée Zilver PTX DES
quelle affirmation est fausse ? (une bonne réponse)

1. La perméabilité du DES est supérieure à celle du traitement standard (ATL avec stenting nu en cas d'échec)
2. La différence de perméabilité à 1 an entre DES et traitement standard of care group a creusé un écart de 35% entre 1 an et 5 ans
3. Le taux de perméabilité du DES "provisional" est supérieure à celle du stent nu "provisional" à 5 ans
4. La mortalité toutes causes confondues est moindre dans le groupe DES

BICKNELL Colin



L'entraînement et la répétition d'équipe peuvent significativement réduire les erreurs et les dommages aux patients, mais quelles en sont les principaux facteurs dans votre institution?

1. Les moyens financiers
2. Les locaux
3. L'organisation du service
4. Les simulateurs
5. Autre

BICKNELL Colin



On pratique des exercices d'entraînement d'équipe dans notre hôpital...

1. Jamais
2. Seulement en réaction à des incidents cliniques
3. 1/an
4. 1/mois
5. au moins 1/semaine

KAKKOS Stavros



Dans l'étude ACSRS (Asymptomatic Carotid Stenosis and Risk of Stroke), quel(s) facteur(s) suivants n'étaient pas prédictif d'AVC ?

1. ATCD de symptômes contralatéraux
2. Discrètes zones blanches sur la plaque carotidienne à l'échographie
3. Sténose de sévérité croissante
4. Petites zones noires juxtaluminales (hypoéchogènes) à l'échographie
5. Aucun, tous sont prédictifs d'AVC

HASSEN-KHODJA Réda



Pour les sténoses asymptomatiques de plus de 60% selon les critères NASCET parmi les propositions suivantes laquelle est fausse

1. La réduction du risque absolu d AVC qu' offre la chirurgie comparativement au traitement médical est de 5-6%
2. La réduction du risque relatif d AVC qu' offre la chirurgie comparativement au traitement médical entre 45 % et 53 %
3. Il faut opérer 190 patients sans accident pour prévenir un AVC
4. 53 AVC sont prévenus pour 1000 malades opérés

MOORE Wesley s.



Parmi les lésions suivantes, lesquelles sont à risque pour le stenting carotidien et doivent préférentiellement être traitées par chirurgie ? (une bonne réponse)

1. Lésions longues (>13mm)
2. Lésions tandem
3. Lésions distales du bulbe carotidien
4. Toutes les réponses ci-dessus



LIAPIS Christos d. Cherchez l'erreur...

1. L'effet du stenting carotidien sur les fonctions neurocognitives chez les patients porteurs d'une pathologie carotidienne extracranienne est clairement bénéfique
2. Le Doppler transcranien montre les microembolies pendant le stenting carotidien
3. L'IRM de diffusion (DW-MRI) a montré que les patients peuvent développer de nouvelles lésions cérébrales pendant le stenting carotidien
4. Les infarctus cérébraux après stenting carotidien peuvent être infracliniques ou associés à des modifications neurologiques discrètes à long terme ou à une détérioration des fonctions cognitives
5. Le stenting carotidien peut à la fin améliorer certaines fonctions cognitives

FRAEDRICH Gustav



Traitement des sténoses carotides récentes :

1. L'endovasculaire est + sûr
2. La chirurgie est plus sure
3. Les deux se valent

LONG Anne



L'anévrisme poplitée... : (une bonne réponse)

1. est défini comme une dilatation localisée de la poplitée > 3 cm
2. est bilatéral chez presque la moitié des patients
3. est plus fréquent chez la femme
4. a un risque de rupture élevé
5. est grevé d'un taux d'amputation majeure de 35% pour les interventions en urgence

McWILLIAMS Richard



Une endofuite de Type 3b... (une bonne réponse)

1. décrit la déconnection des composants d'une endoprothèse modulaire
2. ne survient que pour les EP de première génération
3. ne survient jamais avant 5 ans
4. est mieux diagnostiqué au temps tardif du scanner
5. Est difficile à diagnostiquer

DALMAN Ronald



En comparant les effets des techniques snorkel/chimney et des EP fenêtrées sur les artères rénales : (une bonne réponse)

1. Les stents snorkel/chimney n'augmentent que l'angulation à la sortie du stent sur la rénale
2. Les stent des EP fenêtrées n'augmentent que l'angulation à la sortie du stent sur la rénale
3. L'angulation moyenne à la sortie sur stent est plus grande avec les stents snorkel/chimney
4. L'angulation moyenne à la sortie sur stent est plus grande avec les stents des EP fenêtrées

DAKE Michael



Dans l'imagerie des dissections aortiques de type B, quels sont les signes de risque de aggravation précoce ? (une bonne réponse)

1. Thrombose partielle du faux chenal
2. Porte d'entrée $\leq 10\text{mm}$ à proximité de l'aorte descendante
3. Diamètre du faux chenal $< 20\text{mm}$
4. Diamètre aortique global de $< 40\text{ mm}$ au moment du diagnostic