



? Pré-test > QCM

Retenir l'(es) affirmation(s) exacte(s) :

1 / Concernant les lésions résecables en endoscopie :

- a • Les lésions en dysplasie de haut grade, quelle que soit leur taille, de localisation rectale, colique, œsophagienne ou gastrique peuvent être traitées exclusivement en endoscopie
- b • Les carcinomes épidermoïdes T1m3 de l'œsophage peuvent être traités exclusivement en endoscopie
- c • Les adénocarcinomes gastriques de plus de 3 cm peuvent être résecués par endoscopie s'ils ne présentent pas d'ulcération
- d • Un traitement complémentaire n'est pas nécessaire en cas de résection d'un adénocarcinome T1sm1 < 500 µ de l'œsophage
- e • Les adénocarcinomes rectocoliques envahissant la sous-muqueuse sur moins de 1 000 µ sans facteur de mauvais pronostic relèvent d'un traitement endoscopique exclusif

2 / À propos de la polypectomie :

- a • L'augmentation de « l'effet » sur l'unité d'électrocoagulation permet d'augmenter la puissance de section
- b • Il est recommandé d'utiliser un courant d'endocoupe, alternant section et coagulation
- c • La technique d'immersion permet de mieux exposer le polype mais ne permet pas l'utilisation correcte du courant électrique
- d • La résection des polypes pédiculés dont le pied a une largeur dépassant le centimètre doit être précédée d'une hémostase préventive
- e • La polypectomie à l'anse froide génère plus d'hémorragies post-polypectomie que la polypectomie diathermique chez les patients sous anticoagulants

3 / En cas de doute sur la résecabilité endoscopique d'une lésion colique :

- a • Vous réalisez une ou deux biopsies pour déterminer le degré d'invasion
- b • Vous tentez une injection sous-muqueuse
- c • Vous réalisez une macrobiopsie à l'anse de la zone la plus péjorative
- d • Vous prenez avis auprès d'un centre expert à l'aide de photos ou vidéos
- e • Vous réalisez un tatouage à l'encre de chine sur la lésion

4 / Afin de faciliter la résection monobloc à l'anse d'une lésion colique de 20 mm, vous pouvez :

- a • Inonder la lésion pour faciliter l'injection
- b • Utiliser un cap
- c • Utiliser une anse froide
- d • Ancrer la pointe de l'anse en créant une courte incision en courant d'endocoupe
- e • Utiliser une anse tressée

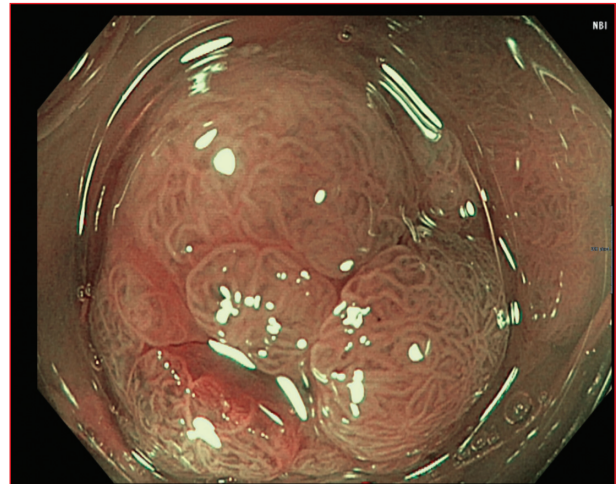
5 / Concernant la récurrence après mucoséctomie colique :

- a • Le taux de récurrence augmente avec la taille des lésions
- b • La coagulation des berges à la pointe de l'anse après mucoséctomie piece-meal diminue le risque de récurrence
- c • 10 % des mucoséctomies piece-meal nécessitent une résection chirurgicale complémentaire
- d • Le taux de récurrence après mucoséctomie monobloc R0 est proche de celui après dissection sous-muqueuse
- e • Environ 10 % des cancers d'intervalle sont en lien à une récurrence post-résection

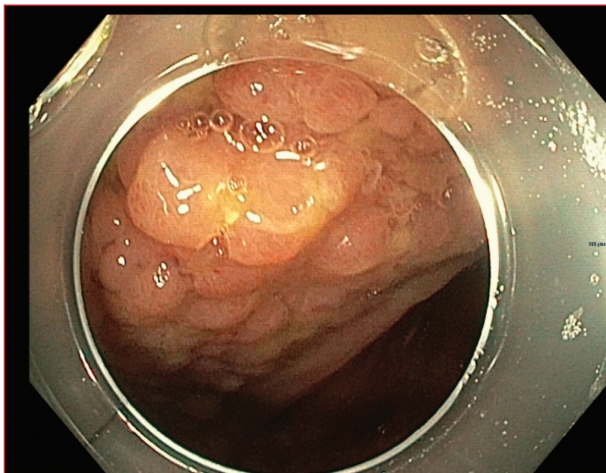


6 / À propos des cancers superficiels de l'œsophage :

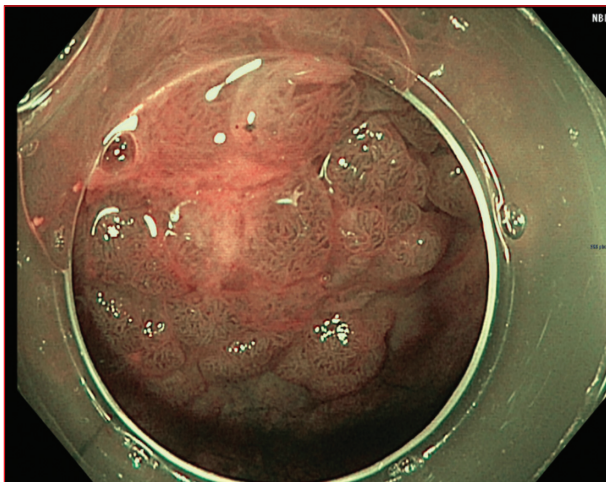
- a • La dissection sous-muqueuse est recommandée pour les adénocarcinomes intramuqueux de plus de 10 mm
- b • La dissection sous-muqueuse est recommandée pour les carcinomes épidermoïdes intramuqueux de plus de 10 mm
- c • Le risque ganglionnaire des carcinomes épidermoïdes dépasse les 5 % en cas d'atteinte de la lamina propria
- d • Le taux de récurrence locale après mucoséctomie pièce-meal d'un carcinome épidermoïde superficiel atteint près de 50 %
- e • La mucoséctomie au cap est plus sûre et performante que la mucoséctomie « multiband »



7 / À propos de cette lésion colique droite de 35 mm :

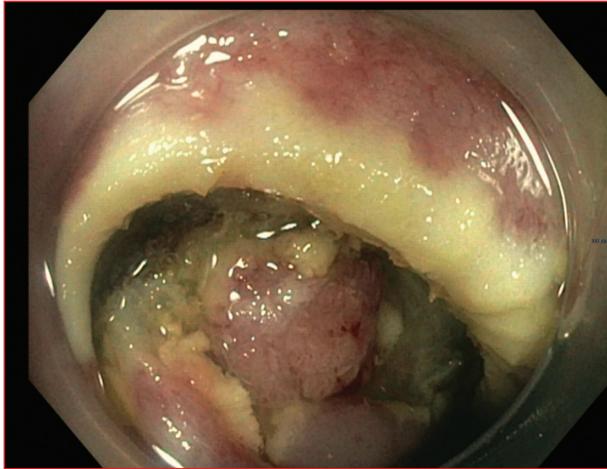


- a • La lésion est classée 0-IIb dans la classification de Paris
- b • La lésion est classée IIIA dans la classification de Sano
- c • La lésion est classée Kudo IV
- d • Il s'agit d'une tumeur à développement latéral (LST) non granuleux homogène
- e • Une mucoséctomie pièce-meal peut être envisagée pour réséquer cette lésion

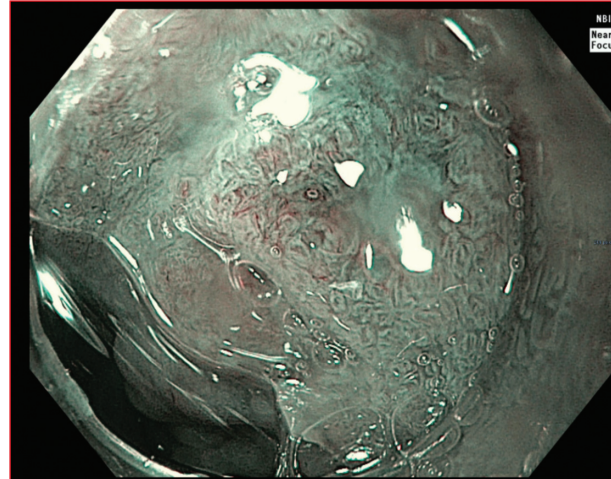


8 / À propos de cette lésion appendiculaire, traitée par mucoséctomie :



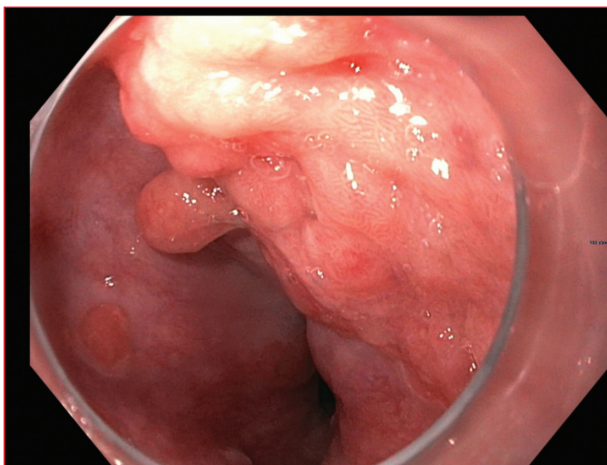


- a • Le non-soulèvement traduit une probable infiltration sous-muqueuse
- b • Les résidus restants pourraient être retirés à l'aide d'une anse froide
- c • Une résection transpariétale (FTRD) peut permettre de compléter la mucosectomie
- d • Une résection transpariétale aurait pu être envisagée dès le début de la procédure
- e • La dissection sous-muqueuse ne permet pas de traiter les lésions envahissant l'appendice du fait de l'absence de sous-muqueuse



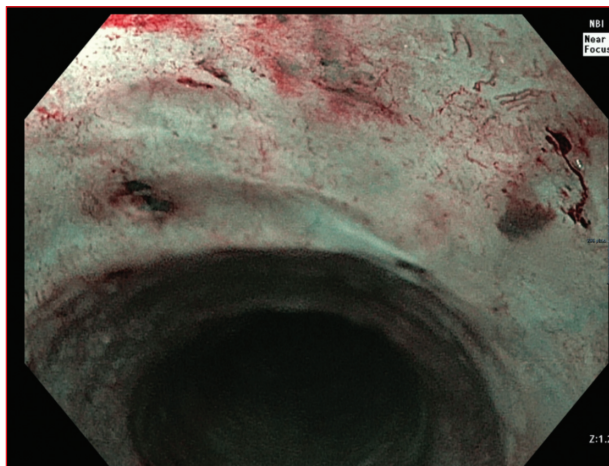
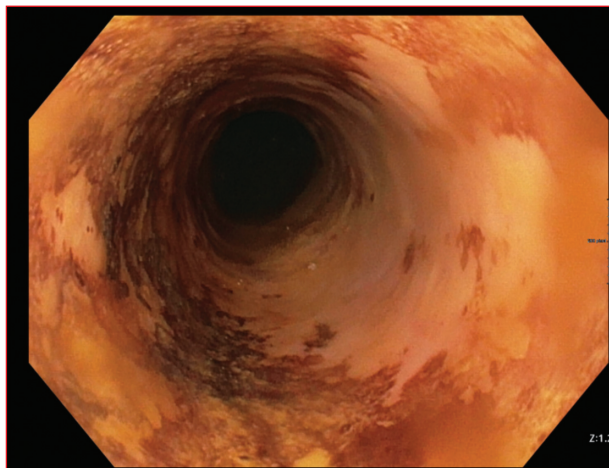
- a • Il s'agit d'une lésion classée Paris 0-IIa
- b • Il s'agit d'une lésion classée Kudo V
- c • L'absence d'ulcération prédit une résécabilité endoscopique
- d • Une résection chirurgicale doit être proposée en première intention si le patient est opérable
- e • Le patient doit être adressé à un centre expert

9 / Concernant cette lésion développée sur une muqueuse de Barrett :



10 / À propos de cette lésion de l'œsophage :





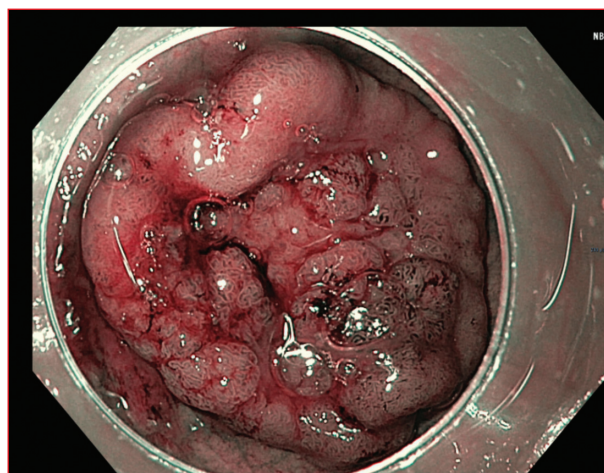
- a • L'absence de coloration au lugol signe la non-résécabilité de la lésion
- b • Il s'agit d'une lésion classée Paris 0-IIc
- c • Il s'agit probablement d'une lésion résécable par dissection sous-muqueuse
- d • Le risque d'invasion ganglionnaire est certainement de moins de 5 %
- e • Il existe un risque majeur d'invasion sous-muqueuse

11 / À propos des lésions duodénales :

- a • La technique sous-marine peut permettre de faciliter la résection sans injection sous-muqueuse
- b • Le risque de saignement retardé est de 5 à 15 % environ
- c • Une résection par dissection sous-muqueuse est recommandée lorsqu'il existe un risque d'invasion sous-muqueuse
- d • Le taux de récurrence des résections fragmentées est d'environ 25 %

- e • Une méthode d'hémostase préventive post-résection est indispensable après mucosectomie

12 / Concernant cette lésion rectale de 3 cm :



- a • La lésion est classée Paris 0-I_s + 0-IIa
- b • La lésion est ulcérée
- c • La probabilité de réaliser une mucosectomie monobloc est d'environ 50 %
- d • Il s'agit d'un cas « facile » pour un opérateur débutant la dissection sous-muqueuse sous la direction d'un expert
- e • La présence de traces de sang (photo en chromoendoscopie virtuelle) est probablement associée à une invasion sous-muqueuse