

VII Corso Nazionale Congiunto SIDV-GIUV e SINSEC
BERTINORO, 1-4 APRILE 2009

ULTRASONOLOGIA VASCOLARE DIAGNOSI E TERAPIA
Embolia e Microembolia

QUIZ

(le risposte corrette sono indicate in grassetto)

NELLA VALUTAZIONE DELLA PATOLOGIA AORTICA ACUTA, LA RM È PRINCIPALMENTE INDICATA RISPETTO AD ALTRE METODICHE SOLO IN UNO DI QUESTI CASI:

- a) Valutazione delle ulcere penetranti aterosclerotiche
- b) Datazione dell'ematoma intramurale**
- c) Diagnosi di versamento pericardico

QUALE TRA QUESTE TRE METODICHE DETERMINA UNA MAGGIORE NEFROTOSSICITÀ

- a) Angio-TC**
- b) Angio-RM
- c) Ecotransesofageo

QUALE DI QUESTE AFFERMAZIONI È ESATTA:

- a) La RM visualizza meglio la struttura dello stent
- b) La RM non è indicata nello studio della patologia aortica cronica
- c) L'angiografia non è utile nella diagnosi di ematoma intramurale**

QUALE AFFERMAZIONE È SBAGLIATA?

- a) Le sequenze black-blood sono utilizzate in RM per lo studio morfologico dell'aorta
- b) la quantificazione dei flussi aortici e transvavolari è eseguibile con la TC**
- c) per la valutazione pre-operatoria della patologia aortica sono molto importanti le ricostruzioni multiplanari

UNA DELLE COMPLICANZE DELLA DISSEZIONE ACUTA DELL'AORTA TIPO B È:

- a) il tamponamento cardiaco
- b) l'insufficienza aortica severa
- c) l'insufficienza renale acuta**

L'INCIDENZA STIMATA NELLA POPOLAZIONE GENERALE DI PRESENZA SIMULTANEA DI DUE DIFFERENTI LESIONI ANEURISMATICHE A LIVELLO TORACICO ED ADDOMINALE È PARI A CIRCA:

- a) 10 casi/100.000/anno
- b) 20 casi/100.000/anno
- c) 3 casi/100.000/anno**
- d) 50 casi/100.000/anno

LA PIÙ COMUNE COMPLICANZA DEL TRATTAMENTO IBRIDO DELLA PATOLOGIA DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE È.

- e) L'ischemia intestinale
- f) L'insufficienza renale acuta
- g) L'ischemia acuta degli arti inferiori
- h) L'ischemia midollare**

LA COPERTURA DELL'ARTERIA SUCLAVIA SINISTRA IN CORSO DI TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI UN ANEURISMA DELL'AORTA TORACICA

- i) E' sempre necessaria
- j) Non è mai necessaria
- k) E' necessaria in assenza di un adeguato colletto prossimale**
- l) Si esegue solo in presenza di una patologia stenosante della succlavia associata

LA PRINCIPALE CAUSA DI EMBOLIA CEREBRALE IN CORSO DI STENTING CAROTIDEO È:

- a) **Presenza di placche ateromasiche dell'arco aortico**
- b) Embolizzazione a partire dalla placca carotidea durante le manovre di ingaggio della carotide interna distale
- c) Embolia cardiogena
- d) Embolizzazione durante il recupero del device di protezione

QUAL È LA TECNICA MIGLIORE PER LO STUDIO DELL'AORTA ADDOMINALE NEI PAZIENTI CON ANEURISMA E DA TRATTARE CON ENDOPROTESI?

- a) Angiografia
- b) TC**
- c) RM

LA TC MULTISTRATO NEI PAZIENTI CON PATOLOGIA ANEURISMATICA DELL'AORTA ADDOMINALE CONSENTE LO STUDIO:

- a) Dei trombi parietali dell'aorta addominale
- b) Delle ulcere
- c) Delle calcificazioni
- d) Di tutte e tre le precedenti**

LA RM NEI PAZIENTI CON PATOLOGIA ANEURISMATICA DELL'AORTA ADDOMINALE NON CONSENTE LO STUDIO:

- a) Delle ulcere
- b) Delle calcificazioni**
- c) Delle dissezioni

L'ANGIOGRAFIA RAPPRESENTA IL GOLD STANDARD NELLO STUDIO DELLA PATOLOGIA ANEURISMATICA DELL'AORTA ADDOMINALE?

- a) Vero
- b) falso**

L'EMBOLOGIZZAZIONE PERIFERICA RAPPRESENTA LA PRIMA MANIFESTAZIONE DELL'AAA NEL

- a) 50% dei casi
- b) 25% dei casi
- c) 5% dei casi**

L'ECOCOLODOPPLER DELL'AORTA ADDOMINALE DEVE ESSERE ESEGUITO CON SONDA

- a) Lineare
- b) Microconvex
- c) Convex**

SECONDO LE ATTUALI EVIDENZE, UN ANEURISMA POPLITEO SINTOMATICO DEVE ESSERE TRATTATO

- a) Se il diametro è superiore a 2.5 cm
- b) Sempre**
- c) Solo in pazienti di età inferiore a 80 anni

UN BLISTER DELL'AORTA È

- a) Una limitata dissezione parietale
- b) Una trombosi periferica dell'aneurisma
- c) Una estroflessione sacciforme della parete aortica**

LA PRIMA INDAGINE DIAGNOSTICA NEL SOSPETTO DI ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE È

- a) Angio-TC
- b) Angiografia
- c) Ecocolordoppler**

QUAL'È L'INCIDENZA PERCENTUALE DI FATTIBILITÀ ANATOMICA DI UNA PROCEDURA EVAR NEL PAZIENTE PORTATORE DI UN AAA?

- a) inferiore al 30%
- b) compresa tra il 50 e il 60%**
- c) oltre il 70%

UNA ENDOPROTESI IMPIANTATA PER UN AAA NECESSITA DI UN COLLETTO AORTICO SOTTORENALE DI ALMENO:

- a) un centimetro, se il colletto è retto**
- b) almeno tre centimetri
- c) 5 millimetri

LE COMPLICANZE COMPLESSIVE DELLA CHIRURGIA "OPEN" PER UN AAA NEL CORSO DEL FOLLOW-UP SONO:

- a) inferiori all'8%**
- b) superiori all'8%, ma inferiori al 20%
- c) superiori al 20%

LE COMPLICANZE COMPLESSIVE DEL TRATTAMENTO EVAR PER UN AAA NEL CORSO DEL FOLLOW-UP SONO:

- a) inferiori all'8%
- b) superiori all'8%, ma inferiori al 20%
- c) superiori al 20%**

LA PROBABILITÀ CLINICA PRE-TEST (SCORE DI WELLS) È UNO SCORE CHE PREVEDE L'UTILIZZO DI:

- a) criteri clinici ed empirici
- b) criteri clinici ed anamnestici senza diagnosi differenziale
- c) criteri anamnestici, clinici e con diagnosi differenziale**

IL D-DIMERO È UN TEST DIAGNOSTICO CHE POSSIEDE:

- a) alto valore predittivo negativo**
- b) alto valore predittivo positivo
- c) alta accuratezza diagnostica

L'ECO COLOR DOPPLER COMPLETO NELLA DIAGNOSI DI TVP, RISPETTO ALLA CUS (2-POINT ULTRASONOGRAPHY) SI È DIMOSTRATO:

- a) equivalente**
- b) inferiore
- c) superiore

LE METODICHE ULTRASONOGRAFICHE NELLA DIAGNOSI DELLA TVP ASINTOMATICA POSSIEDONO:

- a) elevata specificità ed elevata sensibilità**
- b) bassa specificità e bassa sensibilità
- c) elevata specificità e bassa sensibilità

LA TVP DISTALE, QUANDO DIAGNOSTICATA CON CERTEZZA, DEVE ESSERE SEMPRE TRATTATA CON FARMACI ANTITROMBOTICI?

- a) sì, sempre
- b) non esistono dati certi della letteratura che supportino tale strategia**
- c) no, mai

Le TVS sono associate al rischio di Embolia Polmonare:

- a) Sì, solo se è interessata la Safena Interna di coscia
- b) Sì, in ogni caso**
- c) No, se coinvolgono soltanto la piccola Safena

LE TVS A MAGGIOR RISCHIO EMBOLIGENO SONO:

- a) Le tromboflebiti migranti
- b) le varicoflebiti di safena di coscia**
- c) le tromboflebiti iatrogene.

DI FRONTE AD UNA TVS DI SAFENA INTERNA SU VENA SANA È CONSIGLIABILE:

- a) la legatura chirurgica della crosse della Safena
- b) la ricerca di stato trombofilico congenito o acquisito**
- c) una angioTC del polmone .

LE FLEBITI MIGRANTI :

- a) hanno lo stesso rischio embolico delle varicoflebiti
- b) generalmente son associate ad eritema nodoso.
- c) Il rischio emboligeno è legato alla possibilità di una concomitante TVP.**

NELLE TVS L'ECOCOLORDOPPLER :

- a) valuta l'estensione della TVS**
- b) è determinante nella decisione della sospensione della terapia anticoagulante
- c) stabilisce l'età del trombo

LE TVP DELL'ARTO SUPERIORE SONO RARE.

- a) vero
- b) vero ma solo per le primitive**
- c) falso

QUALI SONO I SEGNI DI TVP DELL'ARTO SUPERIORE.

- a) incompressibilità della vena
- b) immagine ecografia
- c) alterazione del segnale Doppler con demodulazione e mancata risposta alle manovre di compressione prossimale e diastale
- d) tutte le precedenti**

IL CVC È CAUSA DI TVP DELL'ARTO SUPERIORE.

- a) vero**
- b) falso
- c) vero solo in pazienti oncologici

LA TROMBOSI ACUTA DI UNA VENA RENALE IN CORSO DI SINDROME NEFROSICA È DETERMINATA DA :

- a) stato di ipercoagulabilità**
- b) ipertensione
- c) Disproteidemia

L'IPOTESI PIÙ ACCREDITATA DELL'EZILOGIA DELLA FLEBITE DELLA VENA DORSALE DEL PENE È:

- a) infettiva
- b) traumatica
- c) **alterata conformazione dell'arcata venosa cui agisce la compressione meccanica da erezione prolungata**

LA TROMBOSI SETTICA ILIO-CAVALE È ASSOCIATA A

- a) processo osteomielitico
- b) trombosi settica vene ovariche
- c) complicanze catetere venoso centrale (CVC)
- d) **tutte le precedenti**

L'INCIDENZA DELLA TROMBOSI OVARICA È:

- a) 4 - 7 %
- b) **0,15 - 0,18 %**
- c) 10 - 15 %

LA TROMBOSI VENOSA PROFONDA ORIGINA DALLE VENE ADDOMINO-PELVICHE NEL :

- a) 2 - 3 %
- b) **4 - 11 %**
- c) 20-30 %

IL QUADRO CLINICO NELLE TROMBOSI VENOSE SPLANCNICHE:

- a) è sempre eclatante con quadro sintomatologico tipico
- b) **si presenta in modo eterogeneo ed in maniera diversa secondo il distretto coinvolto**
- c) raramente coinvolge la funzionalità epatica

NELLA TROMBOSI PORTO-MEENTERICA:

- a) il rischio di rottura di varici esofagee è ridotto rispetto al paziente cirrotico
- b) può essere presente il segno dello pseudocolangiocarcinoma
- c) **a+b**

NELLA SINDROME DI BUDD-CHIARI:

- a) raramente si ha l'associazione con patologia maligna
- b) la TIPS è procedura di routine e risolutiva nell'insufficienza epatica
- c) **il trapianto epatico ha buoni risultati a distanza**

LA DIAGNOSI DI TROMBOSI VENOSA MEENTERICA SUPERIORE:

- a) **spesso avviene sul tavolo operatorio**
- b) non è facilitata dall'utilizzo di tac con mdc e studio in fase venosa
- c) a+b

NELLA TERAPIA DELLA TROMBOSI MEENTERICA SUPERIORE:

- a) la trombectomia mesenterica è sempre indicata
- b) **è essenziale instaurare precocemente una terapia anticoagulante**
- c) raramente è richiesto un "second look" laparotomico nell'infarto intestinale

FRA I PIÙ FREQUENTI FATTORI DI RISCHIO DI TROMBOSI VENOSA CEREBRALE (TVC) SI ANNOVERA/NO

- a) La sindrome nefrosica
- b) **Le coagulopatie**
- c) Il trauma cranico

QUAL È LA METODICA STRUMENTALE DI SCELTA NELLA DIAGNOSI DI TVC ?

- a) Eco-color-doppler transcranico
- b) Angiografia
- c) **RM/Flebografia-RM**

IL TRATTAMENTO DI SCELTA DELLA TVC È

- a) Trombolitico
- b) Eparina a bpm**
- c) Diuretico osmotico

FRA I FATTORI CHE PIÙ FREQUENTEMENTE AGGRAVANO LA PROGnosi DELLA TVC SI RILEVANO

- a) La giovane età, rettocolite ulcerosa,
- b) Emorragia intracerebrale, coma, infezione del SNC, neoplasia**
- c) Trauma cranico, cateterismo della v giugulare, AIDS

QUALE È LA PERCENTUALE DI ICTUS ISCHEMICO CARDIOEMBOLICO?

- a) 50%
- b) 40%
- c) 20%**

QUALE È LA CAUSA PIÙ FREQUENTE DI ICTUS ISCHEMICO CARDIOEMBOLICO?

- a) Infarto del Miocardio
- b) Fibrillazione Atriale**
- c) Formale Ovale Pervio

QUALE FRA QUESTI ESAMI HA LA MAGGIORE POTENZA DIAGNOSTICA?

- a) ECG**
- b) Ecocardiogramma
- c) Doppler Transcranico

A COSA SERVE IL BUBBLE TEST?

- a) a rilevare un forame ovale pervio
- b) a rilevare un aneurisma del setto interatriale
- c) a rilevare e quantificare uno shunt destro-sinistro**

IL TCD/TCCD È UTILE NEI PAZIENTI CON POSSIBILI CARDIOPATIE EMBOLICHE, POICHÉ:

- a) rileva il passaggio di segnali microembolici**
- b) permette di individuare la fonte emboligena
- c) permette di scegliere la terapia più appropriata

QUALE È LA PERCENTUALE DEGLI EVENTI CEREBRO VASCOLARI ISCHEMICI DI NATURA CARDIOEMBOLICA?

- a) 40%
- b) 20%**
- c) 15%

L'ASA ALLE DOSI DI 300 MG/DIE È INDICATO COME TERAPIA DI PREVENZIONE SECONDARIA PRECOCE DOPO UN ICTUS CARDIOEMBOLICO: È CONTROINDICATA AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE ?

- a) in tutti i casi nei quali la terapia anticoagulante non possa essere adeguatamente monitorata**
- b) in tutti i casi nei quali la terapia con clopidogrel è controindicata
- c) in tutti i casi nei quali di recidiva di ictus nonostante la terapia con ASA 100 mg/die

NELL'ICTUS O TIA CARDIOEMBOLICO ASSOCIATO A CARDIOPATIE E VALVULOPATIE EMBOLIGENE È INDICATO:

- a) la terapia anticoagulante orale mantenendo l'INR tra 2 e 3.
- b) La doppia antiaggregazione
- c) La terapia anticoagulante orale mantenendo l'INR tra 3 e 4.**

NEI PAZIENTI CON PFO ASSOCIATO AD ANEURISMA DEL SETTO:

- a) La chiusura percutanea con device si è dimostrata più efficace
- b) La terapia con anticoagulanti orali si è dimostrata più efficace
- c) La terapia con ASA ha mostrato la stessa efficacia della terapia con anticoagulanti orali**

IL RISCHIO DI RICORRENZA PRECOCE È AUMENTATO NEI PAZIENTI CON

- a) Valvola meccanica**
- b) Pervietà del forame ovale
- c) Aneurisma del setto interatriale

LA CAROTIDE ESTERNA:

- a) Ha un diametro maggiore rispetto a quello della carotide interna
- b) E' in genere situata medialmente rispetto alla carotide interna al collo**
- c) E' in genere situata lateralmente rispetto alla carotide interna al collo
- d) E' sempre situata posteriormente rispetto alla carotide interna al collo
- e) E' sempre situata anteriormente rispetto alla carotide interna al collo

UN SOFFIO CAROTIDEO UDIBILE AL FONENDOSCOPIO:

- a) E' espressione di stenosi emodinamicamente non significativa
- b) E' espressione di stenosi dell'arteria cerebrale media.
- c) E' tipico per una stenosi carotidea di recente formazione
- d) Fa sospettare una possibile stenosi carotidea**

UNA PLACCA CAROTIDEA CALCIFICA:

- a) Rende difficile la valutazione del lume residuo
- b) Rende difficile la valutazione del reperto Doppler
- c) Rende difficile entrambe le valutazioni suddette**
- d) Produce un danno irreversibile dei cristalli della sonda

IL CRITERIO DI MISURAZIONE DELLA STENOSI CAROTIDEA UTILIZZATO NEL TRIAL NASCET:

- a) è identico al criterio ECST
- b) sottostima la stenosi rispetto al criterio ECST**
- c) è il più facilmente applicabile alla diagnostica tramite ultrasuoni della stenosi carotidea
- d) nessuna delle precedenti

DICHIARARE IL CRITERIO UTILIZZATO NELLA MISURAZIONE DELL'ENTITÀ DELLA STENOSI CAROTIDEA

- a) è importante perché l'entità della stenosi è il principale determinante dell'utilità dell'endoarterectomia**
- b) non è necessario perché i metodi si equivalgono
- c) è meno importante della descrizione delle caratteristiche della placca
- d) nessuna delle precedenti

LE MISURE DELL'ENTITÀ DELLA STENOSI CAROTIDEA BASATE SULLA VELOCIMETRIA DOPPLER

- a) implicano un'attenta correzione dell'angolo**
- b) sono da ritenersi non angolo-corrette
- c) la correzione dell'angolo non ha alcuna influenza sulla misurazione
- d) nessuna delle precedenti

LA MISURAZIONE DELL'ENTITÀ DELLA STENOSI CAROTIDEA SINTOMATICA

- a) non è più necessaria in quanto si tratta di un parametro superato
- b) resta il parametro più importante per la predizione del beneficio dell'endoarterectomia**
- c) è altrettanto importante che per la stenosi carotidea asintomatica
- d) nessuna delle precedenti

IL CRITERIO PER DEFINIRE LA PRESENZA DI UN MICROEMBOLO NELLO SPETTROGRAMMA È:

- a) unidirezionalità
- b) breve durata (< 300 msec)
- c) suono tipico
- d) tutti i precedenti**

LA DURATA CONSIGLIATA DEL MONITORAGGIO TCD È:

- a) 30 minuti
- b) 45 minuti
- c) 2 ore
- d) 1 ora**

SE L'EMBOLIA È DI ORIGINE CAROTIDEA:

- a) si registra in entrambe le arterie cerebrali medie
- b) si registra solo nella cerebrale posteriore ipsilaterale
- c) si registra solo nella cerebrale media ipsilaterale**
- d) nessuna delle precedenti

QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI È VERA:

L'EZIOLOGIA DELLE STENOSI INTRACRANICHE È PIÙ FREQUENTEMENTE:

- a) infettiva
- b) traumatica
- c) aterosclerotica**
- d) vasculitica
- e) fibrodisplasica

QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI È VERA:

NELLO STROKE ISCHEMICO LE STENOSI INTRACRANICHE SONO PIÙ FREQUENTI FRA LA POPOLAZIONE DI ORIGINE:

- a) caucasica
- b) africana
- c) ispanica
- d) ebrea
- e) asiatica**

QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI È VERA:

LA PATOLOGIA PIÙ FACILMENTE CORRELATA ALLE STENOSI INTRACRANICHE È:

- a) diabete mellito**
- b) iperuricemia
- c) ipertiroidismo
- d) ipertensione arteriosa
- e) ipertrigliceridemia

QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI È FALSA:

I PAZIENTI CON STENOSI INTRACRANICHE HANNO UN ELEVATO RISCHIO DI:

- a) recidive ischemiche cerebrali
- b) infarto miocardico
- c) pervietà del forame ovale**
- d) TIA
- e) crisi anginose

QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI È VERA:

IN CASO DI STENOSI DELLA MCA >50% LA VELOCITÀ DI PICCO SISTOLICO È SUPERIORE A:

- a) 120 cm/sec
- b) 140 cm/sec
- c) 145 cm/sec
- d) 155 cm/sec
- e) **220 cm/sec**

LA PREVALENZA DELL'EMICRANIA NELLA POPOLAZIONE ADULTA È DEL:

- a) 4%
- b) 10%
- c) **25%**

I SEGNALI AD ALTA FREQUENZA RILEVATI AL DOPPLER TRANSCRANICO DEVONO ESSERE CONTEGGIATI DALL'INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO DOPO:

- a) **7 sec**
- b) 10 sec
- c) 20 sec

LA SPECIFICITÀ E LA SENSIBILITÀ DEL DOPPLER TRANSCRANICO NELLA RILEVAZIONE DI MICROEMBOLI È RISPETTIVAMENTE DI:

- a) 70% -- 60%
- b) 80% -- 70%
- c) **100% -- 90%**

IN GIOVANI PAZIENTI CON ICTUS CRIPTOGENETICO E PFO L'EMICRANIA ERA PRESENTE NEL:

- a) **27%**
- b) 38%
- c) 10%

L'ESAME È PIÙ SENSIBILE SE ESEGUITO SU ENTRAMBE LE MCA:

- a) **vero**
- b) falso
- c) è indifferente

IN CASO DI ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO DEVE ESSERE RICERCATO IL PFO

- a) nei pazienti ipertesi che presentino lesioni lacunari.
- b) **in seguito all'evidenza di lesioni ischemiche in territori cerebrali differenti**
- c) in pazienti che presentino un'ampia area ischemica

IN UN PAZIENTE CHE PRESENTI UNA TROMBOSI VENOSA PROFONDA E UN ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO

- a) Va ricercato il PFO per evidenziare un'eventuale embolia paradossa
- b) Deve essere iniziata la terapia anticoagulante
- c) **Entrambe le precedenti**

IN UN PAZIENTE CON ICTUS ISCHEMICO A CAUSA DI EMBOLIA PARADOSSA VIENE RISCONTRATA LA TROMBOSI VENOSA AGLI ARTI INFERIORI

- a) nel 90% dei pazienti studiati
- b) **nel 10% dei pazienti**
- c) nel 50% dei pazienti

NEI PAZIENTI CON PFO E RISCONTRO DI PIÙ DIFETTI TROMBOFILICI:

- a) **E' più frequente la recidiva di ictus ischemico**
- b) Il recupero funzionale dopo l'episodio ischemico è più difficile
- c) Sono meno a rischio di infarcimento emorragico

LA PREVENZIONE SECONDARIA DOPO L'EVENTO ISCHEMICO CEREBRALE IN CASO DI RISCONTRO DI PFO E TROMBOFILIA È IN PRIMA SCELTA:

- a) Chiusura transcateretere del forame
- b) Terapia anticoagulante orale**
- c) Terapia antiaggregante piastrinica

IN PRESENZA DI UNO SHUNT DX-SN QUALI CONDIZIONI INCREMENTANO IL RISCHIO DI EMBOLIA PARADOSSA ATTRAVERSO IL FORAME OVALE PERVIO:

- a) Aneurisma del setto interatriale**
- b) Prolasso della Valvola Mitrale
- c) Valvola di Eustachio Prominente**
- d) Ipertensione arteriosa polmonare**

QUALE È LA METODICA PIÙ SENSIBILE PER PORRE DIAGNOSI DI SHUNT DX-SN?

- a) Ecocardiogramma transtoracico
- b) Doppler transcranico con mdc**
- c) Ecocardiogramma trans esofageo

I DEVICES ATTUALMENTE DISPONIBILI PER LA PROCEDURA DI CHIUSURA PERCUTANEA DEL PFO

- a) Sono costituiti da materiali Ferromagnetici
- b) Sono costituiti da materiali Non-Ferromagnetici**
- c) Possono indurre una reazione immunitaria da rigetto da corpo estraneo

LE VELOCITA' DI FLUSSO DOPO UNO STENTING BEN RIUSCITO DELLA CAROTIDE INTERNA MANTENGONO LE STESSA CARATTERISTICHE POST TEA?

- a) Decrementano rispetto alla stenosi presente prima della procedura.
- b) Si incrementano secondo criteri definiti.**
- c) Appaiono alterati come in caso di TEA carotidea.

GLI STENT APPAIONO SPESSO MAL VISUALIZZABILI.

- a) Vero
- b) Falso**
- c) Solo quelli di prima generazione

LA PLACCA AL DI SOTTO DELLO STENT NON APPARE MAI VISIBILE AI CONTROLLI COLOR DOPPLER.

- a) Falso**
- b) Solo nei soggetti ipercolesterolemici
- c) Vero

QUAL'È IL MEZZO DI CONTROLLO DI SCELTA DI UN PAZIENTE SOTTOPOSTO A TRATTAMENTO CHIRURGICO "OPEN" PER AAA:

- a) L'angioTC
- b) l'ecocolorDoppler**
- c) l'angio RM

QUALE TIPO DI STENT RIDUCE IL NUMERO DI EVENTI MICROEMBOLICI UNA VOLTA CHE È STATO POSIZIONATO:

- a) stent a celle strette**
- b) stent a celle larghe
- c) sten in nitinolo

IN QUALE FASE DELLO STENTING CAROTIDEO SI PRODUCONO PIÙ MICROEMBOLIE CORPUSCOLATE?

- a) durante l'introduzione e l'estrazione dei cateteri**
- b) durante il posizionamento dello stent
- c) durante il pallonamento dello stent

I SISTEMI DI PROTEZIONE DALLE MICROEMBOLIE RIDUCONO LE PERCENTUALI DI EVENTI MICROEMBOLICI

- a) sempre
- b) solo se prevedono un sistema di aspirazione
- c) **solo se sono scelti sulla base del tipo di procedura da effettuare**

GLI EVENTI MICROEMBOLICI CEREBRALI INDUCONO L'INSORGENZA DI UNA SINTOMATOLOGIA CLINICA NEUROLOGICA:

- a) sempre
- b) **solo se sono corpuscolati, numerosi e ravvicinati nel tempo**
- c) solo se colpiscono il territorio dell'arteria silviana (a. cerebrale media)

DOPO L'APPLICAZIONE DI UNO STENT, L'INSORGENZA DI EVENTI MICROEMBOLICI PUÒ ESSERE RIDOTTO

- a) dall'applicazione di un sistema di protezione
- b) **dalla terapia antiaggregante**
- c) dall'uso di uno stent a celle larghe

QUAL È TRA QUESTI IL FATTORE DI RISCHIO PIÙ MODIFICABILI DELLA PATOLOGIA ATEROSCLEROTICA CAROTIDEA?

- a) ETÀ
- b) **Ipertensione**
- c) Fibrillazione atriale

LA PERCENTUALE DI PATOLOGIA ATEROSCLEROTICA STENOSANTE >50% NELLA POPOLAZIONE DAGLI 80 ANNI IN SU È:

- a) **il 10% circa**
- b) il 20% circa
- c) l'80% circa

SECONDO LO STUDIO ACAS NELLE STENOSI ASINTOMATICHE >60%:

- a) l'endoarteriectomia non migliora la storia naturale dei pazienti
- b) **l'endoarteriectomia migliora in maniera statisticamente significativa la storia naturale dei pazienti**
- c) l'endoarteriectomia non migliora in maniera statisticamente significativa la storia naturale dei pazienti

QUAL È LA PIÙ FREQUENTE CAUSA DI COMPLICANZE NELLO STENTING CAROTIDEO:

- a) la trombosi dello stent impiantato
- b) **la partenza di emboli durante il trattamento**
- c) l'arresto cardiaco da crisi vagale

LA CONOSCENZA DA PARTE DEL NEURORADIOLOGO/RADIOLOGO INTERVENTISTA DEI FARMACI ANTICOAGULANTI ED ANTIAGGREGANTI:

- a) **deve essere bagaglio culturale indispensabile di chi si occupa di stenting carotideo**
- b) va delegata ai clinici che gestiscono il paziente
- c) non serve se si usano i sistemi di protezione