

## Feuille de questionnaire

**Ne pas répondre ici sur la feuille des questions de l'examen! Utilisez la feuille de réponse prévue à cet effet.**



www.evalbox.com

**Informations:**(40 questions)

Sélectionner la ou les bonne(s) réponse(s) - ne vous fiez pas aux pluriels dans l'énoncé !  
- Téléphone interdit. - Documents interdits.

Copie #5219687 de l'examen #240116 (Référence: 220524-19343-120345-240116)

### 1 Le kyste du tractus thyroïdienne

- A - Peut se surinfecter
- B - Est une anomalie congénitale
- C - Est la plus fréquente des masses kystiques cervicales
- D - N'est pas mobile à la déglutition
- E - Est situé en regard du cartilage cricoïde



### 2 Décrivez l'aspect sémiologique et le score EU-TIRADS du nodule suivant :

- A - il est de score EU-TIRADS 5
- B - il comporte des ponctuations échogènes
- C - il est plus épais que large
- D - il fait évoquer en priorité un pseudo-nodule de thyroïdite chronique
- E - les contours sont irréguliers

### 3 Concernant les recommandations de la HAS sur la prise en charge diagnostique des nodules :

- A - en cas de TSH basse, l'échographie est le seul examen d'imagerie à réaliser
- B - un nodule EU-TIRADS 4 de moins de 15 mm de grand diamètre stable doit bénéficier d'une simple surveillance échographique, sans cytoponction
- C - quel que soit le mode de découverte du nodule, un dosage de la TSH doit toujours être réalisé
- D - les nodules EU-TIRADS 5 ne doivent pas bénéficier d'une cytoponction car l'indication opératoire est formelle
- E - lors d'une deuxième cytoponction, après un premier résultat non contributif (Bethesda I), un résultat d'anomalie de signification indéterminée (Bethesda III) doit faire demander un avis spécialisé

**4** Concernant les cancers thyroïdiens :

- A - le cancer médullaire représente moins de 5% des cancers thyroïdiens
- B - le cancer médullaire est familial dans la moitié des cas
- C - le cancer folliculaire représente environ 2% des cancers thyroïdiens
- D - le cancer papillaire représente 84% des cancers thyroïdiens
- E - le cancer peu différencié représente moins de 3% des cancers thyroïdiens

**5** Un nodule extra thyroïdien cervico médiastinal bas situé peut correspondre à :

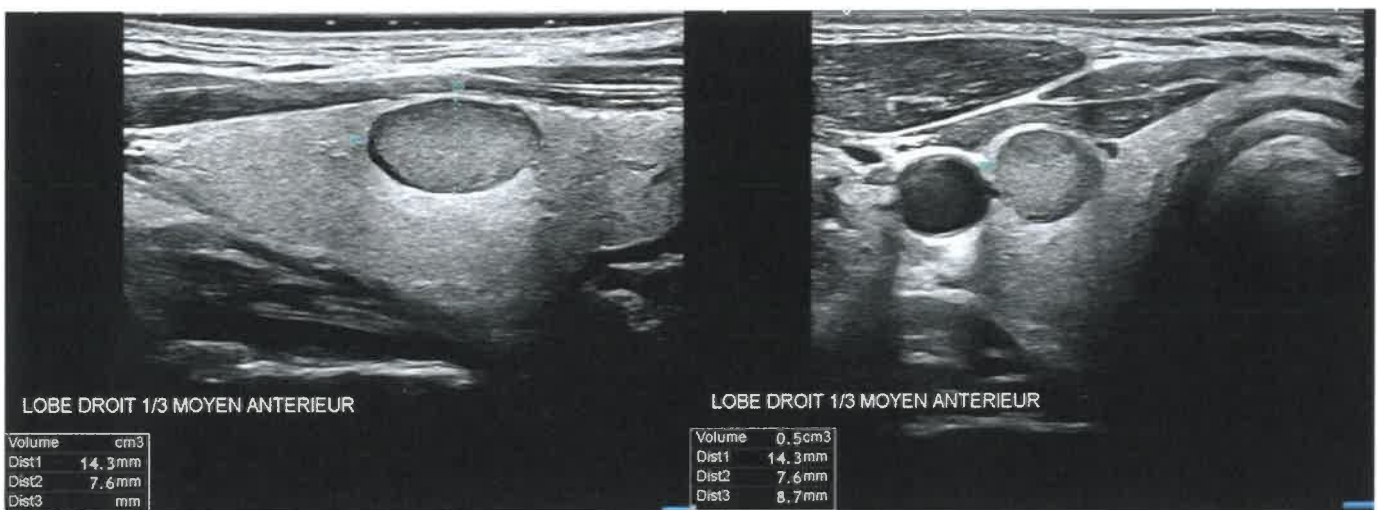
- A - Un adénome parathyroïdien
- B - Un nodule thyroïdien
- C - Un ganglion sarcoïdique
- D - Un nodule thymique
- E - Un kyste thyroglosse

**6** Le carcinome papillaire d'architecture vésiculaire

- A - s'accompagne souvent de microcalcifications ou calcosphérites
- B - est la tumeur maligne primitive la plus fréquente dans la thyroïde
- C - est toujours constitué de papilles
- D - est toujours d'architecture vésiculaire
- E - est toujours invasif

**7** Parmi les propositions suivantes concernant la thyroïdite de Riedel, laquelle ou lesquelles sont vraie(s) :

- A - il est possible de voir un aspect d'engainement carotidien
- B - elle se présente cliniquement sous la forme d'un goitre pierreux, fixé
- C - échographiquement elle se présente sous la forme d'un élargissement hypoéchogène d'un ou 2 lobes thyroïdiens
- D - la vascularisation est diminuée
- E - elle est fréquemment rencontrée dans la pratique échographique

**8** Décrivez l'aspect sémiologique et le score EU-TIRADS du nodule suivant :

- A - les contours sont spiculés
- B - il est fortement hypoéchogène
- C - il est plus long qu'épais et plus large qu'épais
- D - il est de score EU-TIRADS 5
- E - il comporte des punctuations échogènes

**9** Les bonnes pratiques en échographie thyroïdienne incluent en particulier :

- A - un conseil de conduite à tenir dans la conclusion
- B - la mesure d'un seul diamètre pour les nodules principaux
- C - une photographie dans un seul plan pour les nodules principaux
- D - de préciser s'il existe des arguments échographiques en faveur d'une thyroïdite chronique
- E - la comparaison avec les examens antérieurs

**10** Parmi les situations suivantes, laquelle(lesquelles) est (sont) des indications de scintigraphie thyroïdienne :

- A - Un nodule EU-TIRADS 4 avec cytoponction suspecte de malignité
- B - Tout nodule thyroïdien EU-TIRADS 4 avec vascularisation centrale
- C - Un nodule EU-TIRADS 4 avec TSH à 0,5 mUI/l
- D - Un goitre multinodulaire avec TSH basse
- E - Toute maladie de Basedow

**11** Le score EU-TIRADS comporte :

- A - une fourchette de risque pour les scores 3 à 5
- B - un score 1 correspondant à l'absence de nodule significatif
- C - 6 niveaux de risque
- D - un risque de 50% à 90% pour le score 5
- E - un score 6 lorsque le résultat cytologique est malin

**12** Chez une patiente de 58 ans traitée pour thyroïdite de Hashimoto et un cancer du sein droit, présentant un nodule thyroïdien gauche mixte à composante kystique de 13mm EU-TIRADS 4 révélé par un hypermétabolisme focal gauche au TEP-FDG, réalisez-vous une cytoponction du nodule thyroïdien ?

- A - Non car le nodule est controlatéral au cancer du sein
- B - Oui, systématique car nodule fixant au TEP
- C - Oui, dans la portion solide de ce nodule mixte
- D - Non car le nodule est dans un contexte de thyroïdite de Hashimoto ce qui peut expliquer l'hypermétabolisme
- E - Non, car le nodule est EU-TIRADS 4 et < 15 mm

**13** Parmi les propositions suivantes laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- A - les secteurs III et IV font partie des compartiments latéraux
- B - le compartiment central comprend les secteurs V, VI et VII
- C - la jonction entre le secteur III et IV est la bifurcation carotidienne
- D - le secteur VI est situé entre la fourchette sternale et l'os hyoïde
- E - le secteur VI est limité en dehors par le bord interne des carotides

**14** Les adénomes parathyroïdiens peuvent être localisés en arrière de :

- A - La thyroïde
- B - Des muscles de l'aponévrose moyenne (sterno thyroïdien et sternocleido hyoïdien)
- C - L'œsophage
- D - La veine jugulaire interne
- E - La trachée

**15** Sur une échographie cervicale, je peux visualiser les structures suivantes :

- A - Glande parathyroïde normale
- B - Nerf récurrent
- C - Nerf vague
- D - Cartilage cricoïde
- E - Muscle Long du cou

**16** Le plus souvent le cancer thyroïdien se présente sous la forme :

- A - d'un nodule
- B - solide
- C - situé au pôle supérieur du lobe
- D - isoéchogène
- E - toujours hypervascularisé

- 17** Pour l'évaluation du volume d'un goitre
- A - Je n'ai jamais besoin d'un examen d'imagerie en coupes
  - B - Je peux utiliser la technique double-image
  - C - Je ne mesure pas le volume de l'isthme
  - D - Je peux utiliser le mode panoramique
  - E - Je peux utiliser une sonde sectorielle convexe

- 18** La pyramide de Lalouette
- A - Est présente dans 50 % des cas
  - B - Peut être le siège de nodules
  - C - A la même échostructure que la glande thyroïde
  - D - Est toujours médiane
  - E - Est située en dessous de la thyroïde

- 19** Le diagnostic cytologique de carcinome papillaire de variante classique :
- A - s'associe à un risque de malignité de 94 à 96 % selon la Terminologie de Bethesda 2017
  - B - est impossible sur étalements cytologiques
  - C - repose sur l'existence d'un envahissement capsulaire
  - D - repose sur la présence d'anomalies nucléaires et chromatiniennes spécifiques
  - E - repose sur des critères cytologiques stricts

- 20** Au cours du suivi d'un cancer papillaire gauche pT2(s)N1a(2N+/4) vous visualisez un ganglion du secteur IV droit de 16 mm avec logettes kystiques et aspect thyromimétique, ainsi qu'un ganglion de 8 mm du secteur II droit allongé et sans hile visible. Parmi les propositions suivantes que vous souhaitez faire figurer dans la conclusion de votre examen, laquelle ou lesquelles est/sont exactes ?
- A - cytoponction du ganglion du secteur II droit en urgence avec thyroglobuline in situ
  - B - proposition de contrôle de l'échographie cervicale dans 3 ans, sans cytoponction
  - C - cytoponction du ganglion IV droit avec dosage de calcitonine in situ
  - D - proposition de cytoponction du ganglion du secteur IV droit de 16 mm
  - E - proposition de reprise chirurgicale pour curage central et latéral bilatéral sans cytoponction

- 21** Parmi les propositions suivantes laquelle ou lesquelles décrivent un ganglion normal ?
- A - rapport grand axe/petit axe < 2
  - B - vascularisation périphérique
  - C - forme allongée
  - D - visualisation d'une hyperéchogénicité centrale évoquant un hile
  - E - absence de microcalcification

- 22** Les techniques de thermo-ablation :
- A - Ne doivent pas être pratiquées sur les nodules dits indéterminés en cytoponction
  - B - Peuvent être pratiquées sur un nodule gênant esthétiquement
  - C - Peuvent être proposées pour traiter un lobe multinodulaire
  - D - Peuvent être proposées après information éclairée et recueil du consentement
  - E - Peuvent être discutées pour traiter un adénome autonome

- 23** Quels réglages échographiques permettent d'améliorer la visualisation de l'extrémité de l'aiguille pendant la cytoponction ?
- A - augmenter le gain
  - B - désactiver le mode composite (compound)
  - C - activer le mode Doppler couleur
  - D - augmenter la fréquence
  - E - réduire la gamme dynamique

**24** En cas de cytoponction d'adénopathie suspecte, lors du suivi d'un carcinome thyroïdien papillaire, le dosage in situ de thyroglobuline :

- A - peut être envoyé dans tout laboratoire d'analyse
- B - s'effectue à l'aide de sérum physiologique
- C - est systématiquement associé à l'analyse cytologique
- D - nécessite toujours un passage dédié
- E - nécessite une solution tampon spécifique

**25** Le cancer peu différencié :

- A - se présente presque toujours comme un nodule solitaire
- B - ses contours sont le plus souvent irréguliers
- C - son échostructure est presque toujours hétérogène
- D - il présente majoritairement une forme plus épaisse que large
- E - il représente 6% des cancers thyroïdiens

**26** Le carcinome folliculaire :

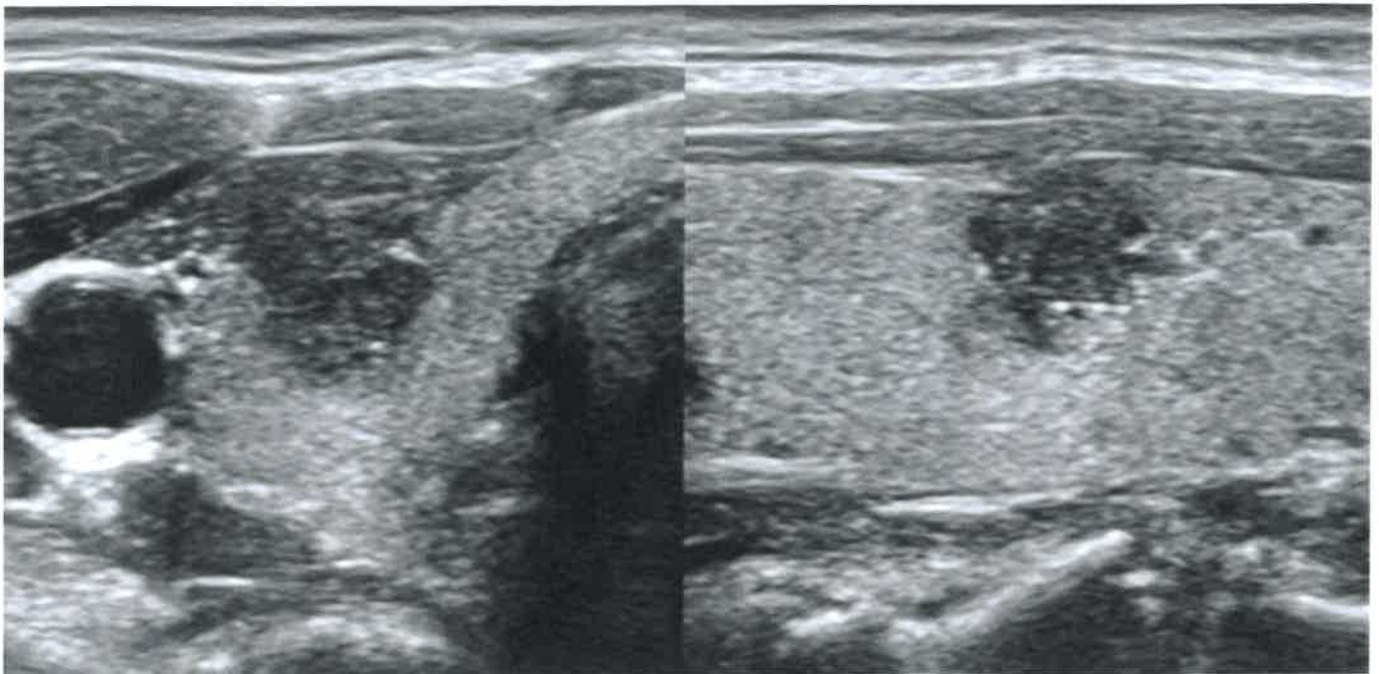
- A - est presque toujours exclusivement solide
- B - est souvent classé en EU-TIRADS 4
- C - est hypoéchogène dans deux tiers des cas
- D - est souvent classé en EU-TIRADS 3
- E - est un sous-type du cancer vésiculaire

**27** Concernant les glandes salivaires :

- A - Les cystadénolymphomes et les adénomes pléïomorphes représentent 80% des masses tumorales des glandes sous-maxillaires
- B - Les glandes parotides comportent un prolongement massétérin
- C - Les glandes parotides comportent physiologiquement des ganglions
- D - Les masses du secteur IB peuvent correspondre à une adénopathie
- E - Les glandes sous-maxillaires comportent physiologiquement des ganglions

**28** Le goitre simple

- A - Se définit par un volume > 16 cc chez l'adolescent
- B - Se définit par un volume > 20 cc chez la femme
- C - S'accompagne d'une dysthyroïdie
- D - Est normoéchogène
- E - Peut présenter des nodules compressifs



**29** Patiente euthyroïdienne de 32 ans adressée pour avis sur la prise en charge d'un micronodule de 7.5mm du tiers moyen antérieur du lobe droit de découverte récente avec un examen clinique cervical sans anomalie. Parmi les propositions suivantes laquelle ou lesquelles est/sont exacte(s) ?

- A - Micronodule EUTIRADS 5 sous capsulaire sans extension extra-thyroïdienne
- B - Perte du liseré capsulaire et protrusion dans les structures adjacentes en faveur d'une extension extra-thyroïdienne minime
- C - Surveillance active avec accord de la patiente dans un centre de référence
- D - échographie d'évaluation ganglionnaire et cytoponction thyroïdienne
- E - Réalisation d'un TEP FDG

**30** Parmi les propositions suivantes laquelle ou lesquelles est/sont vraie(s) ?

- A - face à une augmentation de volume d'un lobe thyroïdien le diagnostic de cancer anaplasique est un diagnostic fréquent à évoquer
- B - lymphome, cancer anaplasique et thyroïdite de Riedel font partie des diagnostics différentiels échographiques des masses thyroïdiennes
- C - un volumineux lobe thyroïdien hypoéchogène, hétérogène, faiblement vascularisé d'apparition brutale chez un sujet de 78 ans doit faire évoquer un cancer anaplasique de la thyroïde
- D - la présence de microcalcifications diffuses dans tout un lobe de la thyroïde est fréquemment vu dans une maladie de Basedow
- E - les caractéristiques échographiques des métastases intra-thyroïdiennes sont très spécifiques et permettent d'évoquer le diagnostic sans connaître le contexte clinique

**31** Quelles sont parmi ces conclusions cytopathologiques exprimées selon la terminologie de Bethesda celles qui rendent le contrôle histologique (ou l'exérèse chirurgicale du nodule) nécessaire ?

- A - catégorie suspecte de malignité
- B - catégorie bénigne
- C - prélèvements cytologiques non significatifs
- D - atypies de signification indéterminée
- E - néoplasme folliculaire à cellules oncocytaires

**32** Le(s)quel(s) de ces traitement(s) antiagrégants/anticoagulants nécessite(nt) une adaptation thérapeutique en vue d'une cytoponction thyroïdienne ?

- A - héparines de bas poids moléculaire
- B - acide acétyl-salicylique
- C - fluindione
- D - apixaban
- E - clopidogrel

**33** Quelles sont les propositions exactes :

- A - l'échostructure mixte d'un nodule diminue son risque de malignité
- B - les contours lobulés et les contours spiculés confèrent un même risque de malignité à un nodule
- C - l'hypoéchogénéité marquée se définit par comparaison du nodule avec la carotide commune
- D - une zone fortement hypoéchogène et plus épaisse que large peut correspondre à une plage de thyroïdite subaiguë de De Quervain
- E - un nodule fortement hypoéchogène et plus épais que large peut correspondre à un kyste bénin

**34** Le cancer sclérosant diffus :

- A - ne présente jamais d'adénopathies satellites lors du diagnostic initial
- B - survient souvent chez un adulte jeune
- C - est souvent associé à une thyroïdite auto-immune
- D - survient toujours sur une thyroïde multinodulaire
- E - présente un aspect de multiples macrocalcifications disséminées fortement absorbantes qui est pathognomonique

**35** Quelles sont les propositions exactes concernant les microcalcifications :

- A - elles se traduisent le plus souvent par des ponctuations linéaires
- B - elles peuvent très rarement s'accompagner d'un artefact en queue de comète
- C - elles sont situées dans la partie solide du nodule
- D - la distribution périphérique augmente le risque de malignité
- E - elles ne mesurent pas plus de 1 mm individuellement

**36** Quelles sont les propositions exactes ?

- A - Des vitesses systoliques enregistrées dans les artères thyroïdiennes inférieures supérieures à 80 cm/s sont considérées comme normales
- B - Pour optimiser un enregistrement Doppler dans une artère thyroïdienne supérieure, il est nécessaire d'incliner la fenêtre d'échantillonnage dans la direction du flux.
- C - Le gain couleur doit se régler à la valeur la plus haute qui ne génère pas d'artefacts
- D - Lorsque l'angle Doppler est voisin de 45°, la correction d'angle n'a aucun intérêt
- E - L'artère thyroïdienne supérieure s'enregistre au pôle supérieur du lobe thyroïdien

**37** Quelles sont les propositions exactes concernant le lipome ?

- A - C'est une tumeur généralement compressible par la sonde d'échographie
- B - il est isoéchogène au tissu graisseux
- C - Son grand axe est parallèle à la peau
- D - Le lipome est une tumeur solide bénigne
- E - Il est toujours de localisation sous-cutanée.

**38** Le NIFT-P

- A - donne fréquemment des métastases
- B - est une tumeur encapsulée
- C - représente 25 à 40% des tumeurs thyroïdiennes en France
- D - est classé dans les tumeurs à bas risque
- E - est une nouvelle entité dans la classification OMS 2022

- 39** Concernant les recommandations de la HAS, devant un tableau de thyrotoxicose, une échographie thyroïdienne :
- A - n'est pas utile pour faire le diagnostic de maladie de Basedow en cas de positivité des anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAB)
  - B - en dehors du contexte d'une maladie de Basedow typique, quand elle est réalisée, l'échographie doit toujours être associée à une scintigraphie
  - C - n'est pas utile au diagnostic au début d'une thyroïdite subaiguë de de Quervain typique
  - D - doit toujours être réalisée dans le cadre d'une maladie de Basedow
  - E - est toujours indiquée

- 40** Parmi les signes suivants lequel ou lesquels est/sont évocateurs d'un ganglion suspect ?
- A - logettes kystiques
  - B - vascularisation centrale
  - C - microcalcifications
  - D - hyperéchogénéité diffuse
  - E - vascularisation anarchique