



Feuille de réponses

Veillez suivre les instructions sur la feuille de questions. Pour chaque question, remplissez en entier les cercles qui correspondent à vos réponse(s).

Comment sont prises en compte vos réponses?

Correct = ● Incorrect = ✗ ☑ ⊖



Informations:

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

Copie #9329470 de l'examen #379792

- 1 A B C D E
- 2 A B C D E
- 3 A B C D E
- 4 A B C D E
- 5 A B C D E
- 6 A B C D E
- 7 A B C D E
- 8 A B C D E
- 9 A B C D E
- 10 A B C D E
- 11 A B C D E
- 12 A B C D E
- 13 A B C D E
- 14 A B C D E
- 15 A B C D E
- 16 A B C D E
- 17 A B C D E
- 18 A B C D E
- 19 A B C D E
- 20 A B C D E
- 21 A B C D E
- 22 A B C D E
- 23 A B C D E
- 24 A B C D E
- 25 A B C D E

- 26 A B C D E
- 27 A B C D E
- 28 A B C D E
- 29 A B C D E
- 30 A B C D E
- 31 A B C D E
- 32 A B C D E
- 33 A B C D E
- 34 A B C D E
- 35 A B C D E
- 36 A B C D E
- 37 A B C D E
- 38 A B C D E
- 39 A B C D E
- 40 A B C D E



Feuille de questionnaire

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

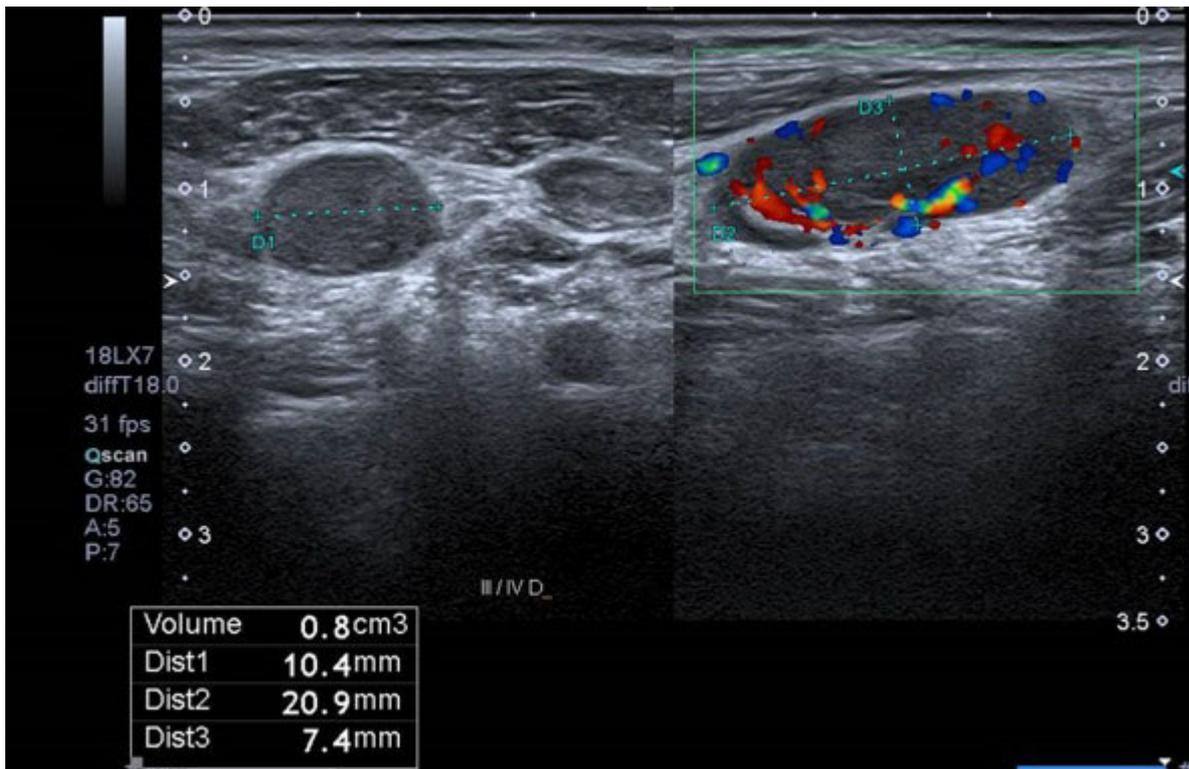


www.evalbox.com

Informations:(40 questions)

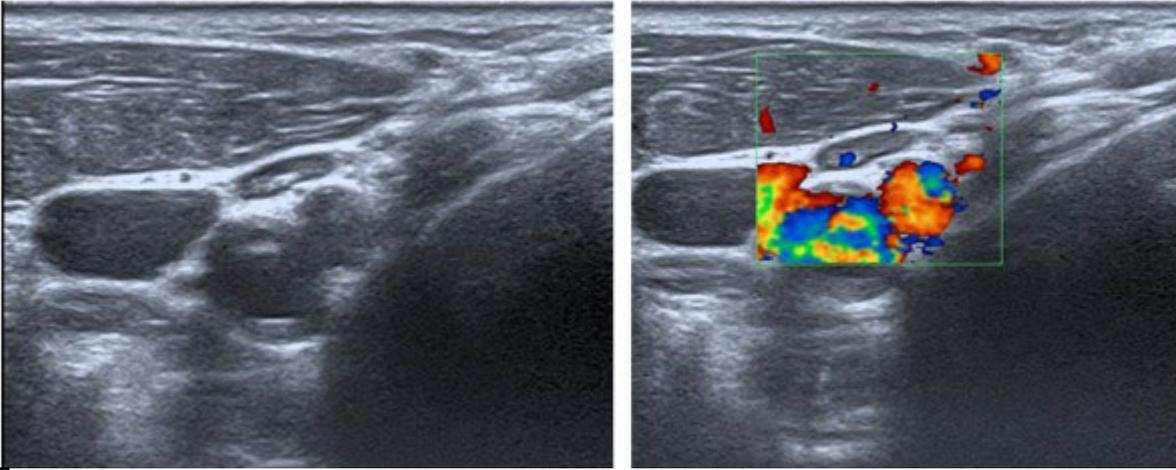
Sélectionner la ou les bonne(s) réponse(s) - ne vous fiez pas aux pluriels dans l'énoncé !
- Téléphone interdit. - Documents interdits.

Copie #9329470 de l'examen #379792 (Référence: 240529-19343-168402-379792)



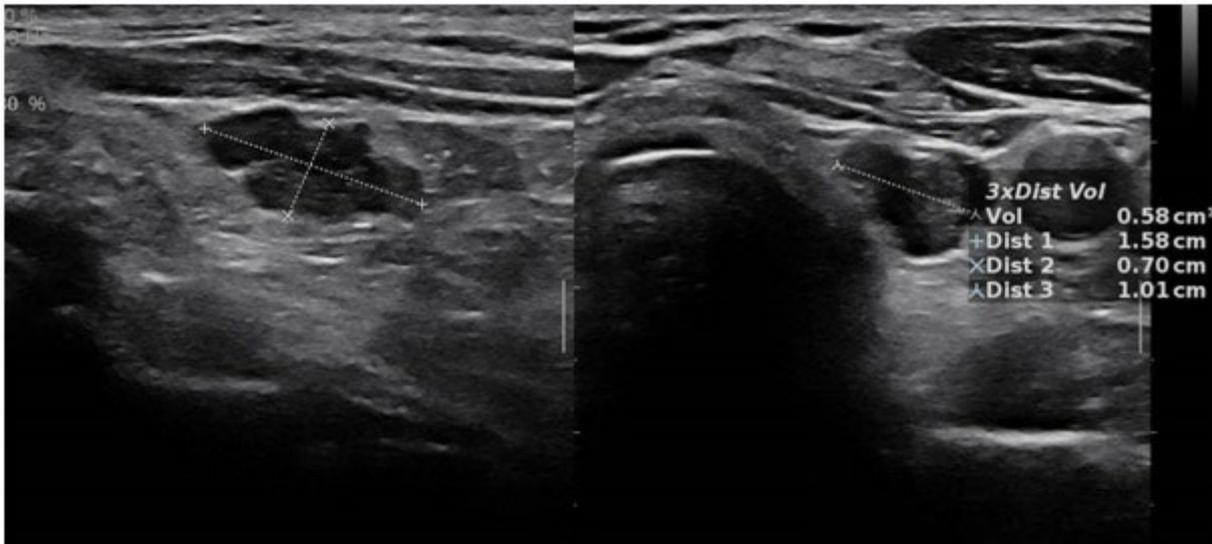
1 Vous recevez Mr O. 75 ans suivi pour un cancer médullaire de la thyroïde de haut grade avec un foyer principal droit de 25 mm pT2(s) N1a(2N+/2) traité par thyroïdectomie totale et curage récurrentiel et central le 14/12/2022. Vous visualisez sur l'échographie que vous faites, dans le suivi, ce ganglion dans le secteur III-IV droit. Vous ne disposez pas du dernier dosage de calcitonine. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

- A - il s'agit d'une adénopathie suspecte
- B - le ganglion a un aspect qui rappelle le parenchyme thyroïdien qui est suspect.
- C - vous discutez une cytoponction de ce ganglion en raison de sa taille
- D - La vascularisation périphérique est en faveur de la bénignité
- E - Il s'agit d'un ganglion d'allure bénigne



2 Vous avez réalisé l'échographie de Mme C. 43 ans qui a été opérée il y a 6 mois d'un cancer thyroïdien papillaire classique avec un foyer lobaire droit de 38 mm pT2(s)N0 (0/12) totalisé par 30 mCi d'iode 131 sous Thyrogen. On lui a transmis que les résultats au moment de l'irathérapie était bon. Le dosage de thyroglobuline ultrasensible fait quelques jours avant votre échographie est indétectable et sans Ac anti thyroglobuline. Vous avez visualisé un ganglion ayant cet aspect. Les autres ganglions visualisés avaient un aspect proche. Parmi les propositions suivantes lesquelles sont exactes ?

- A - vous allez proposer dans la conclusion de votre échographie une échographie annuelle pendant 15 ans
- B - la vascularisation du ganglion est pathologique
- C - le ganglion visualisé est d'allure suspecte
- D - le ganglion visualisé présente un hile hyperéchogène central en faveur de la bénignité
- E - le rapport L/S supérieur à 2 est en faveur de la bénignité



3 Vous voyez en échographie un patient suivi pour un carcinome thyroïdien papillaire multifocal avec un foyer principal lobaire gauche de 12 mm et deux foyers lobaires droits respectivement de 9 et 4 mm, intra-thyroïdiens, classé pT1b(m)N1a (métastase millimétrique sur 13N) M0 opéré en 2015 et traité par 100 mCi d'iode 131 la même année. Vous visualisez en 2023 cette image de loge gauche. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

- A - L'aspect est évocateur d'un reliquat thyroïdien d'allure banal
- B - l'aspect est compatible avec une récurrence tumorale de loge gauche ou une adénopathie suspecte
- C - le côté homolatéral au foyer principal du cancer initial est un argument de plus en faveur du caractère suspect de cette image
- D - si la ponction de cette image est réalisée, vous proposez de faire un dosage de calcitonine in situ
- E - Comme il vous paraît banal de voir un reliquat de cet aspect dans la loge de thyroïdectomie après traitement par 100 mCi d'iode 131, vous ne discutez pas la réalisation d'une cytoponction

4 Cochez-la ou les propositions exactes. Les secteurs latéraux sont composés des secteurs suivants :

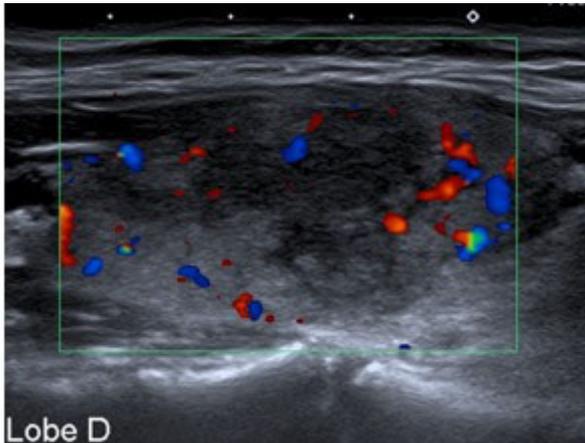
- A - IIB
- B - IV
- C - IIA
- D - III
- E - VI

5 Parmi les propositions suivantes concernant les loges de thyroïdectomie, laquelle ou lesquelles est/sont vraies ?

- A - normalement, elle peut être le siège d'une zone hyperéchogène située entre la trachée et la carotide
- B - 80 % des récidives cervicales des cancers thyroïdiens se situent dans une des loges de thyroïdectomie
- C - normalement, elle peut être le siège d'une petite zone solide homogène
- D - une récidive de loge chez un homme âgé de 70 ans avec un antécédent de cancer vésiculaire est associé à un sur-risque de décès
- E - les récidives de loge sont généralement plus à risque pour les structures de voisinage que les récidives ganglionnaires latérales

6 Parmi les propositions concernant les nodules thyroïdiens de l'enfant, quelles sont les propositions exactes ?

- A - la classification de Bethesda utilise la même terminologie chez l'enfant et l'adulte
- B - le seuil de ponction d'un nodule solide entièrement ou en partie est à 1 cm chez l'enfant
- C - le pourcentage de nodule malin est moindre qu'à l'âge adulte
- D - la classification Eu-TIRADS n'est pas applicable chez l'enfant
- E - si on vous adresse un enfant de 12 ans avec un syndrome DICER1 pour une échographie thyroïdienne de dépistage, vous refusez de la faire car l'examen n'est pas justifié



7 Quel diagnostic est à évoquer en premier devant cette image échographique thyroïdienne ?

- A - carcinome anaplasique
- B - maladie de Basedow
- C - carcinome papillaire de type sclérosant diffus
- D - thyroïdite de Riedel
- E - thyroïdite subaiguë de De Quervain

8 Une image hypoéchogène au sein du parenchyme de la glande submandibulaire peut être :

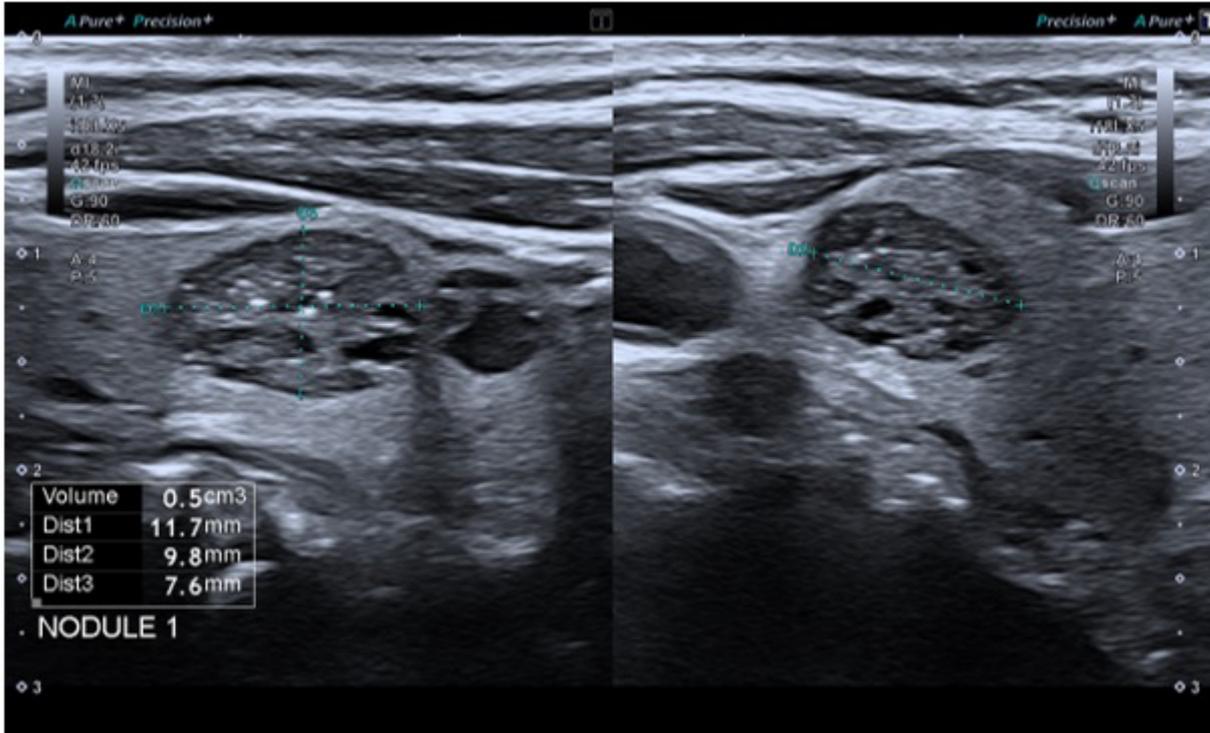
- A - une lésion maligne
- B - un ganglion non pathologique
- C - une lithiase
- D - une lésion bénigne
- E - une dilatation canalaire

9 Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont exactes concernant la thyroïdite lymphocytaire chronique d'origine auto-immune ?

- A - possible hypervascularisation diffuse modérée au Doppler couleur à la phase initiale
- B - accélération de la vitesse systolique dans l'artère thyroïdienne inférieure au doppler pulsé, souvent supérieur à 100 voire 150 cm/s
- C - cytoponction sous contrôle échographique indispensable en cas de pseudo nodule de thyroïdite
- D - présence constante d'un goitre
- E - parenchyme hypoéchogène

10 Quelles sont les propositions exactes ?

- A - Les microcalcifications ont une taille ne dépassant pas 1mm
- B - Les microcalcifications sont le plus souvent linéaires
- C - La présence d'une logette liquidienne à la partie antérieure de la ponctuation hyperéchogène traduit la présence d'une microcalcification
- D - Une microcalcification peut générer un cône d'ombre postérieur
- E - Les microcalcifications sont situées dans la partie solide du nodule

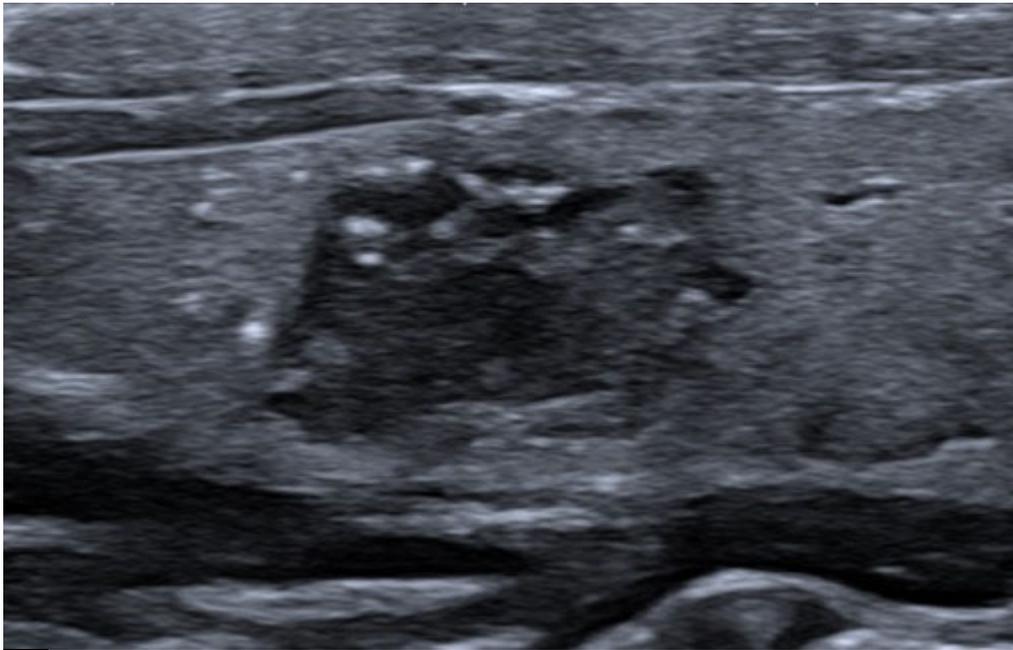


11 Décrivez l'aspect sémiologique et le score EU-TIRADS du nodule suivant :

- A - Il est plus épais que large et plus épais que long
- B - Il est de score EU-TIRADS 4
- C - Ses contours sont nets et réguliers
- D - Il est isoéchogène
- E - Il contient des cavités microkystiques

12 Concernant les ponctuations hyperéchogènes, quelles sont les propositions exactes ?

- A - l'artefact en queue de comète est le plus souvent associé aux microcalcifications
- B - Les microcalcifications sont évocatrices de carcinome papillaire
- C - Les granulations colloïdales ont habituellement un artefact en queue de comète
- D - Les cavités microkystiques sont caractérisées par des ponctuations hyperéchogènes rondes
- E - Les granulations colloïdales ne sont jamais mobiles

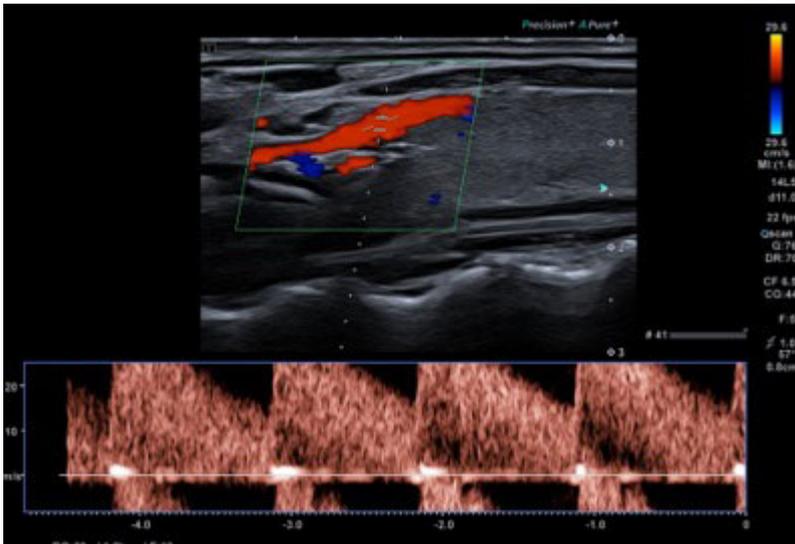


13 Décrivez l'aspect sémiologique et le score EU-TIRADS du nodule suivant :

- A - Il contient des macrocalcifications
- B - Ses contours sont réguliers
- C - Il est fortement hypoéchogène
- D - Il est de score EU-TIRADS 5
- E - Il contient des microcalcifications

14 Concernant les artères thyroïdiennes, quelles sont les propositions exactes ?

- A - Il y a 2 paires d'artères et une inconstante
- B - Les artères supérieures s'anastomosent avec les artères inférieures
- C - L'artère thyroïdienne supérieure est une branche du tronc thyrocervical
- D - L'artère thyroïdienne supérieure croise en arrière la carotide commune
- E - L'artère thyroïdienne IMA (thyroïdienne moyenne de Neubauer) peut naître de l'aorte



15 Cochez les propositions vraies décrivant cette image :

- A - L'angle de tir Doppler est correct
- B - Je peux diminuer l'aliasing en modifiant la ligne de base
- C - Il s'agit d'une artère thyroïdienne inférieure
- D - Je peux enlever l'aliasing en augmentant le gain Doppler pulsé
- E - Je peux enlever l'aliasing en diminuant l'échelle de vitesse Doppler pulsé

16 Concernant l'alcoolisation percutanée des kystes thyroïdiens, quelles propositions sont exactes ?

- A - Un patch d'anesthésique doit être mis en place avant l'alcoolisation
- B - On peut utiliser l'aiguille d'évacuation pour injecter l'alcool
- C - On peut utiliser un robinet 3 voies pour évacuer, rincer et alcooliser le nodule liquidien
- D - Le patient doit être à jeun de 6 heures avant la procédure
- E - On peut injecter une petite dose d'anesthésique après l'injection d'alcool

17 Concernant l'alcoolisation percutanée des nodules mixtes et kystes thyroïdiens, quelle proposition est exacte ?

- A - L'utilisation d'une seringue en verre est obligatoire
- B - Seules les lésions entièrement kystiques sont concernées par la technique
- C - L'alcool à 96° doit être dilué
- D - L'alcoolisation doit être effectuée lors de la première évacuation
- E - L'alcool peut être laissé en place en fin de procédure

18 Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les contre-indications absolues de traitement par thermoablation ?

- A - les goitres multi-hétéro-nodulaires toxiques
- B - la maladie de Basedow
- C - les nodules cytologiquement indéterminés (classe III, IV de Bethesda)
- D - micro-carcinome inférieur à 10 mm
- E - patient porteur de pacemaker

19 Quels calibres d'aiguille sont les plus adaptés à la réalisation d'une cytoponction d'un nodule thyroïdien à visée diagnostique ?

- A - aiguille 27 gauge
- B - aiguille 18 gauge
- C - aiguille 16 gauge
- D - aiguille 25 gauge
- E - aiguille 21 gauge

20 Concernant les techniques possibles pour la réalisation d'une cytoponction : quelle est la proposition correcte ?

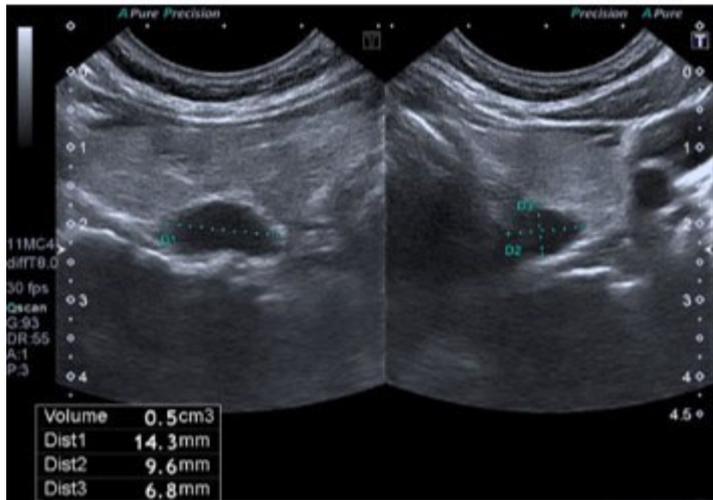
- A - l'abord par l'aiguille doit toujours s'effectuer par le « petit côté » de la sonde d'échographie
- B - il faut toujours effectuer au moins 3 passages par nodule
- C - le prélèvement doit être effectué par capillarité plutôt que par aspiration, grâce à des mouvements radiaux de l'aiguille au sein du nodule
- D - une fois l'aiguille en place dans le nodule, la sonde d'échographie peut être retirée pour la suite du geste
- E - une fois en place à l'intérieur du nodule, l'aiguille ne bouge plus et l'échantillon est aspiré à l'aide d'une seringue

21 En cas de traitement anticoagulant ou antiagrégant, en vue d'une cytoponction thyroïdienne, quelles propositions vous paraissent pertinentes ?

- A - Un relais par HBPM doit être systématiquement organisé en cas de traitement par clopidogrel
- B - la cytoponction est formellement contre-indiquée
- C - En cas de traitement par AOD, il est recommandé d'interrompre le traitement la veille de l'examen et de le reprendre au moins 6 heures plus tard.
- D - Un relais par Héparine de Bas Poids Moléculaire (HBPM) doit être systématiquement organisé en cas de traitement par AOD (anticoagulants oraux d'action directe)
- E - Un traitement par antiagrégant ne nécessite pas d'adaptation particulière dans la majorité des cas

22 Dosage in situ de PTH (parathormone) : quelles sont les propositions exactes ?

- A - il s'effectue par rinçage de l'aiguille de cytoponction par 1 ou 2 ml de sérum physiologique
- B - il n'a aucune contre-indication
- C - il doit être systématiquement proposé en cas de suspicion d'adénome parathyroïdien en échographie
- D - il est indiqué en cas de suspicion de kyste parathyroïdien
- E - il peut être associé à un dosage in situ de thyroglobuline



23 Vous recevez un patient pour exploration avant chirurgie d'une hyperparathyroïdie primaire, présentant une calcémie à 2,6 mmol/l et une PTH à 90 pg/ml. Vous identifiez en échographie cette image située en arrière du tiers moyen du lobe gauche. Que pouvez-vous proposer en première intention pour confirmer votre localisation ?

- A - une cytoponction avec dosage in situ de PTH
- B - Une TEP Choline
- C - une IRM cervicale
- D - Rien, l'échographie est typique, c'est suffisant
- E - une scintigraphie au MIBI

24 Vous recherchez en échographie un adénome parathyroïdien chez un patient présentant une hyperparathyroïdie primaire avec calcémie à 2,75 mmol/l. Parmi ces caractéristiques échographiques, lesquelles sont compatibles avec un adénome parathyroïdien sécrétant ?

- A - localisation secteur IIA droit interjugulo-carotidien
- B - vascularisation exclusivement interne
- C - grand axe de 6 mm
- D - échostructure exclusivement kystique
- E - forme ovale

25 Cochez les propositions exactes :

- A - Un nodule plus épais que long est fortement suspect de malignité
- B - Un nodule spongiforme à 30 % et isoéchogène avec des contours réguliers et une orientation parallèle est classé EU-TIRADS 3
- C - Le risque de malignité du score EU-TIRADS 3 est compris entre 2% et 4 %
- D - Un nodule dont la partie solide est fortement hypoéchogène est classé EU-TIRADS 4
- E - Le risque de malignité du score EU-TIRADS 5 est compris entre 26% et 87%

26 Cochez les propositions exactes :

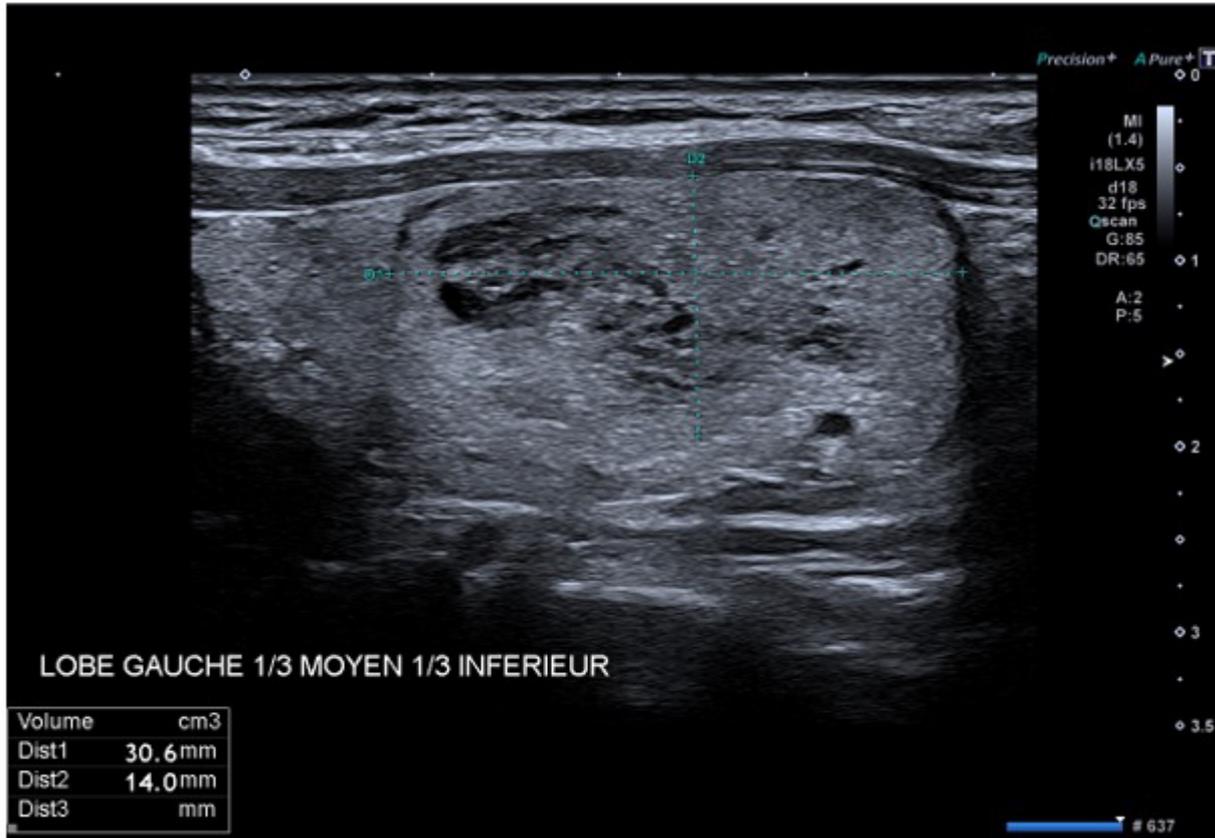
- A - Dans un nodule thyroïdien, les ponctuations échogènes millimétriques sont plus suspectes lorsque leur distribution est périphérique
- B - Les nodules solides ont un risque de malignité plus important que les nodules d'échostructure mixte
- C - Pour apprécier l'échogénicité d'un nodule si le tissu thyroïdien est hypoéchogène, il faut prendre comme référence la composante grasseuse des muscles situés en avant de la thyroïde
- D - La plupart des cancers thyroïdiens sont isoéchogènes
- E - Un vrai nodule dont le halo est absent présente un risque de malignité moindre qu'un nodule avec un halo fin et complet

27 Cochez les propositions exactes :

- A - Les macrocalcifications périphériques discontinues sont à risque intermédiaire de cancers
- B - L'EU-TIRADS est uniquement un système de stratification du risque
- C - Concernant la numérotation des nodules thyroïdiens lors de l'échographie, si un nouveau nodule apparaît et qu'un ancien nodule a disparu, le nouveau nodule prend le numéro de l'ancien
- D - Lorsqu'il existe un nodule suspect de malignité, l'interruption de la capsule thyroïdienne est un signe formel d'extension extra-thyroïdienne microscopique
- E - Une TSH basse doit faire prescrire une scintigraphie lorsqu'il existe un ou plusieurs nodules avant d'envisager une cytoponction

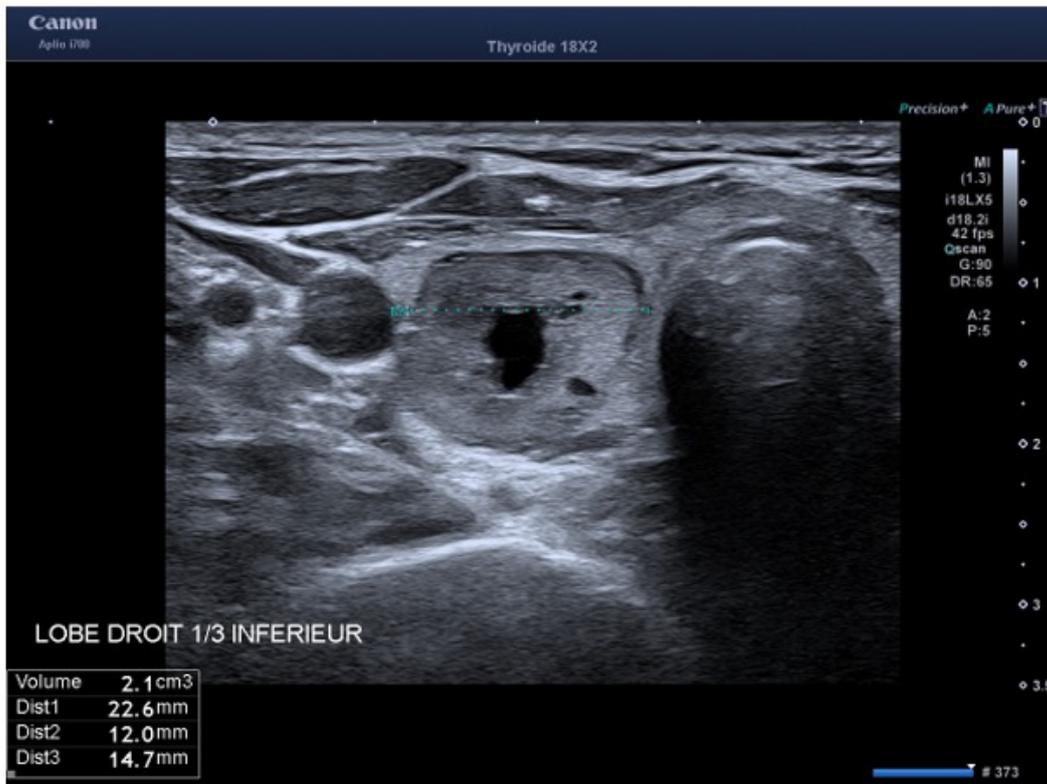
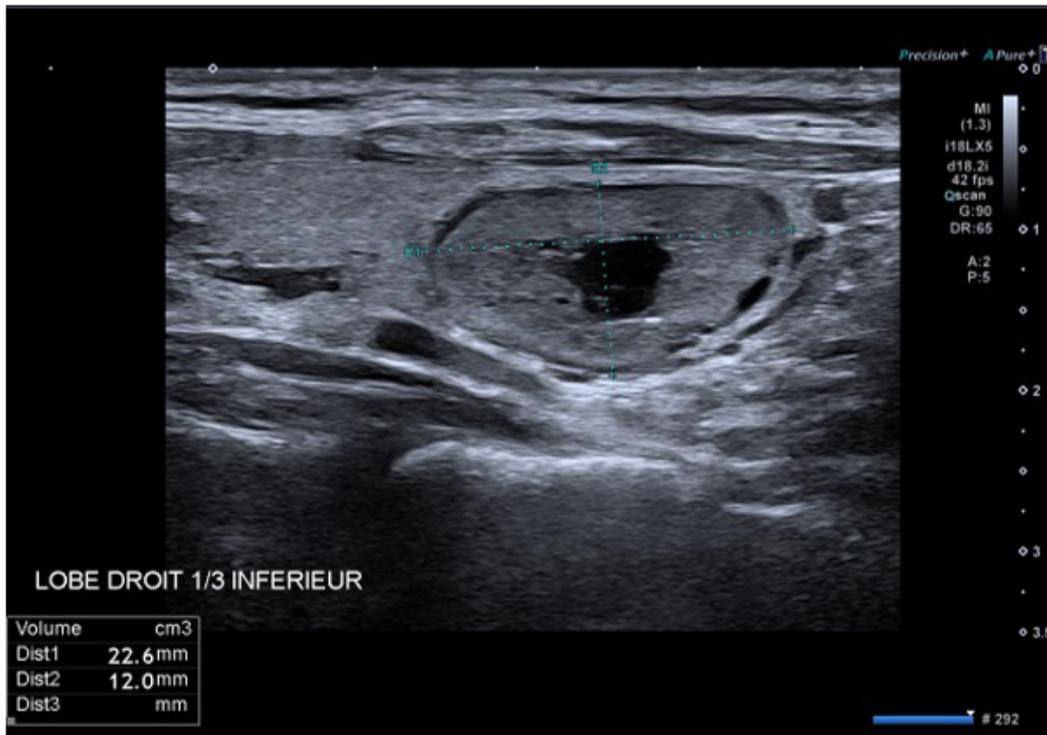
28 Cochez la ou les propositions exacte(s) :

- A - Les amas nodulaires isoéchogènes sans microcalcifications sont de score EU-TIRADS 4
- B - Dans les nodules de plus de 40 mm dont la cytologie est bénigne, la surveillance peut être espacée à cinq ans
- C - Un nodule majoritairement kystique avec une composante solide hypoéchogène est de score EU-TIRADS 3
- D - Les nodules de plus de 40 mm peuvent être surveillés s'ils sont asymptomatiques, de score EU-TIRADS 3 et bénins en cytoponction
- E - Les contours flous font partie des signes de forte suspicion de cancer



29 Concernant ce nodule en coupe longitudinale, quelles est/ sont la ou les affirmations exacte(s) :

- A - Il est hypoéchogène
- B - son orientation est parallèle au plan cutané
- C - La capsule thyroïdienne paraît discontinue
- D - Il est mixte, majoritairement kystique
- E - Il mesure 30,6 mm d'épaisseur et 14 mm de largeur



30 Concernant ce nodule, quelles sont les affirmations exactes :

- A - les contours sont irréguliers
- B - il déforme la carotide commune
- C - Son orientation est parallèle au plan cutané dans le sens longitudinal et dans le sens transversal (sa forme est harmonieuse)
- D - il est mixte à prédominance solide
- E - il est de score EU-TIRADS 4

31 Cochez les affirmations exactes :

- A - Les nodules de score EU-TIRADS 5 ont généralement une hypoéchogénéicité marquée
- B - Les nodules de score EU-TIRADS 2 peuvent correspondre soit à des kystes purs, soit à des nodules spongiformes
- C - Les nodules de score EU-TIRADS 5 ont généralement des contours irréguliers
- D - Les nodules de score EU-TIRADS 2, 3 et 4 ont des contours réguliers
- E - Les nodules de score EU-TIRADS 2, 3 et 4 ont une orientation parallèle au plan cutané (forme harmonieuse)

32 Concernant le diagnostic échographique des masses cervicales, celui-ci est basé avant tout sur :

- A - leur localisation
- B - l'aspect en imagerie
- C - l'âge du patient
- D - leur taille
- E - la cytoponction et/ou la microbiopsie

33 Cochez les affirmations exactes :

- A - Le kyste branchial du deuxième arc est en secteur III et il est vascularisé
- B - Les métastases ganglionnaires cervicales des carcinomes épidermoïdes sont souvent situés en secteur IIA
- C - Les métastases ganglionnaires des carcinomes épidermoïdes et les adénopathies d'origine tuberculeuse peuvent comporter des microcalcifications
- D - Les masses du secteur IB situées en dehors de la glande submandibulaire sont avant tout des kystes branchiaux
- E - Le diverticule de Zenker est situé habituellement dans le compartiment central

34 Quelles sont les propositions justes concernant la prise en charge des micronodules EU-TIRADS 5 ?

- A - La surveillance active est une procédure sûre pour les microcarcinomes papillaires thyroïdiens (MCPT) de faible risque chez des patients sélectionnés
- B - Le taux de mortalité des MCPT est compris entre 3-5%
- C - La cytoponction des micronodules EU-TIRADS 5 est à réaliser en cas de refus du patient d'une surveillance active
- D - Le seul facteur prédictif de progression d'un MCPT est l'âge du patient supérieur à 60 ans
- E - Deux contrôles échographiques successifs sont conseillés pour valider une évolutivité significative des micronodules en surveillance active

35 Quels critères contre indiquent formellement la surveillance active d'un micronodule EU-TIRADS 5 ?

- A - Le risque d'atteinte du nerf laryngé inférieur
- B - Un antécédent de cancer thyroïdien familial
- C - La multifocalité des nodules EU-TIRADS 5
- D - Des signes d'extension extra-thyroïdienne
- E - La présence d'une adénopathie du secteur VI inférieur

36 Quelles sont parmi ces conclusions cytopathologiques exprimées selon la terminologie de Bethesda 2023 celles qui correspondent à un diagnostic cytologique formel ?

- A - catégorie maligne
- B - néoplasme folliculaire
- C - catégorie bénigne
- D - atypies de signification indéterminée
- E - catégorie suspecte de malignité

37 Concernant un résultat cytologique Non Diagnostique (Bethesda I) :

- A - le risque de malignité attendu selon le système de Bethesda 2023 est de 13%
- B - en cas de nodule kystique avec composante tissulaire significative, c'est la zone tissulaire qui doit faire l'objet du contrôle cytologique
- C - il faut toujours corrélér l'aspect cytologique décrit à l'aspect échographique du nodule ciblé
- D - si le prélèvement ne comporte que de la colloïde kystique, la surveillance peut être décidée quelle que soit l'échostructure du nodule
- E - le prélèvement peut être refait moins de 3 mois après le premier

38 Pour l'évaluation du volume d'un goitre :

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

39 A propos des nodules thyroïdiens (selon la classification EU-TIRADS 2017) :

- A - Les nodules EU-TIRADS 4 représentent environ 27% des nodules
- B - Les nodules EU-TIRADS 3 représentent environ 83% des nodules
- C - Les nodules EU-TIRADS 4 supérieurs à 15 mm doivent être cytoponctionnés
- D - Les nodules EU-TIRADS 5 doivent être systématiquement cytoponctionnés quel que soit l'âge du patient, leur taille et leur topographie
- E - Environ un quart des nodules thyroïdiens sont des cancers

40 D'après le consensus SFE/SFMN/AFCE 2022, quelles sont les indications de la cytoponction ?

- A - Un nodule thyroïdien EU-TIRADS 4 supérieur à 10 mm, fixant en TEP-FDG, doit être cytoponctionné
- B - Un nodule fixant en TEP-FDG doit obligatoirement être cytoponctionné
- C - En cas de nodule thyroïdien d'échostructure mixte, la portion solide doit être systématiquement cytoponctionnée
- D - En cas de goitre multi-nodulaire, aucun nodule ne doit être ponctionné
- E - Un nodule thyroïdien gênant/compressif peut faire discuter d'une thermo-ablation à la condition que deux cytoponctions soient bénignes, et de cellularité satisfaisante