

Examen: n°443872 "ENDOC 2025"

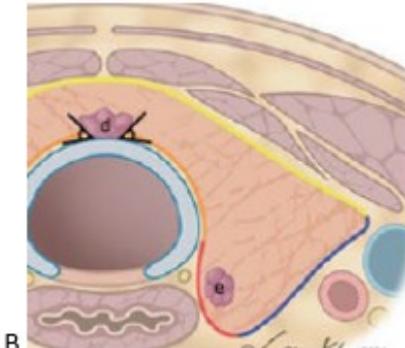
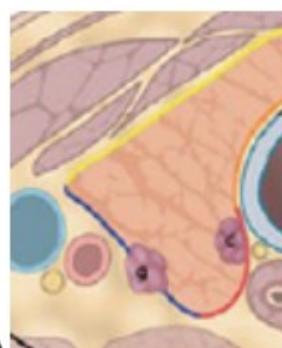
Copie n°11546429 / Naxos

Référence de l'examen: 250515-19343-189984-443872

Légende**Attention, l'étudiant n'a pas encore passé l'examen****1** Quels critères contre indiquent la surveillance active d'un micronodule EUTIRADS-5 ou d'un carcinome papillaire thyroïdien de taille ≤ 10 mm ?

- A Augmentation de taille de plus 3 mm au cours de la surveillance active
 B Un patient suivi pour un cancer ORL métastatique
 C L'âge du patient < 18 ans
 D la bilatéralité des micronodules EUTIRADS5
 E L'absence d'un croissant de tissu sain entre le micronodule et le sillon trachéo-oesophagien

(0 point / 1) Question à choix multiple

**2** Quelles sont les propositions justes concernant la prise en charge de ces micronodules EUTIRADS-5 ?

- A Le micronodule postéro-médial (>7 mm) de l'image A est dans la catégorie idéal pour une surveillance active
 B Le micronodule postéro médial de l'image B est considéré dans la catégorie appropriée pour une surveillance active (selon consensus coréen)
 C Le micronodule postéro-latéral de l'image A est classé inapproprié à la surveillance active du fait d'un risque d'extension extra-thyroïdienne macroscopique
 D Quel que soit l'angle réalisé par un micronodule < 7 mm avec la trachée, le risque d'envahissement trachéal est quasiment inexistant
 E Le micronodule paratrachéal de l'image B présente un angle aigu associé à un risque accru d'envahissement trachéal

(0 point / 1) Question à choix multiple

3 Patient de 75 ans présentant un micronodule EUTIRADS 5 de 9 mm de localisation postéro médial lobaire gauche localisé à 3 mm de la capsule, isolé, sans adénopathie individualisable du compartiment central et des compartiments latéraux droit et gauche, sans antécédent particulier.

Que pouvez-vous proposer à votre patient ?

- A Dossier adressé dans un centre de référence pour valider une surveillance active
 B Avis ORL en vue d'une lobectomie gauche car suspect de cancer thyroïdien papillaire
 C Surveillance échographique tous les 2 ans
 D Nodule de catégorie "appropriée" à la surveillance active (selon consensus coréen)
 E Cytoponction du micronodule d'emblée car nodule de localisation postéro-médiale

(0 point / 1) Question à choix multiple

4 Quels sont les avantages de la cytoponction par capillarité par rapport à l'aspiration ?

- A Plus adapté pour les nodules durs
 B Plus rapide
 C Plus simple car moins de manipulations
 D Meilleure tolérance mais prélèvement moins riche
 E Moins douloureux et moins hématique

(0 point / 1) Question à choix multiple

5 Quel(s) réglages est (sont) recommandé(s) sur l'échographe pour optimiser le guidage ?

- A Réduire le gain
- B Utiliser le Doppler puissance
- C Réduire la gamme dynamique
- D les réglages sont identiques à l'échographie thyroïdienne diagnostique.
- E Activer le compound

(0 point / 1) Question à choix multiple

6 En cas de traitement anticoagulant ou antiagrégant, en vue d'une cytoponction thyroïdienne, quelle(s) proposition(s) vous paraît(sen)t pertinente(s) ?

- A Un relais par HBPM doit être systématiquement organisé en cas de traitement par AOD (anticoagulants oraux d'action directe)
- B La cytoponction étant à faible risque hémorragique, aucune adaptation particulière n'est indiquée.
- C Un traitement par antiagrégant ne nécessite pas d'adaptation particulière dans la majorité des cas
- D En cas de traitement par AOD (anticoagulants oraux d'action directe), il est recommandé d'interrompre le traitement 24h avant l'examen, et la reprise est possible au-delà de 6h après l'examen.
- E L'interruption dépend du rapport bénéfice/risque

(0 point / 1) Question à choix multiple

7 Concernant les dosages in situ lors des ponctions cervicales, cochez la(les) proposition(s) exacte(s)

- A La réalisation de dosages in situ nécessitent au moins 2 passages dédiés
- B Un dosage in situ de PTH doit être systématiquement proposé en cas de suspicion d'adénome parathyroïdien en échographie
- C Une PTH in situ détectable (> seuil de détection du laboratoire) signe toujours l'origine parathyroïdienne du prélèvement
- D Un dosage in situ de thyroglobuline doit être systématiquement proposé en cas de cytoponction d'adénopathie suspecte de cancer papillaire
- E Les dosages in situ ne sont jamais réalisables chez les patients sous anticoagulants

(0 point / 1) Question à choix multiple

8 Vous recherchez en échographie un adénome parathyroïdien chez un patient présentant une hyperparathyroïdie primaire avec indication opératoire. Parmi ces caractéristiques échographiques, lesquelles sont compatibles avec un adénome parathyroïdien ?

- A Forme polylobée
- B Hétérogène avec zones hyper et hypoéchogènes
- C Forme ronde à contours nets
- D Avasculaire
- E Taille < 10 mm

(0 point / 1) Question à choix multiple

9 Quelles affirmations concernant l'anatomie/embryologie des parathyroïdes sont correctes ?

- A Les supérieures peuvent être intrathyroïdiennes
- B Il peut exister des glandes surnuméraires
- C Les inférieures ont une grande aire de dispersion potentielle
- D Les parathyroïdes supérieures proviennent de la 3e poche branchiale
- E Les glandes normales mesurent en moyenne 20 mm

(0 point / 1) Question à choix multiple

10 Concernant les alcoolisations de nodules kystiques, cochez les propositions exactes.

- A Il faut toujours faire au moins une (et le plus souvent 2) ponction(s)-évacuation(s) avant de réaliser une alcoolisation
- B l'alcoolisation est un geste à haut risque qui doit impérativement être réalisé au bloc opératoire
- C Pour un nodule kystique symptomatique, une alcoolisation peut être proposée en première intention
- D il est possible de répéter l'alcoolisation en cas d'échec ou d'efficacité insuffisante sur les symptômes
- E Un nodule kystique EU-Tirads 2 de 10 ml asymptomatique et non progressif doit forcément être alcoolisé en raison de son volume

(0 point / 1) Question à choix multiple

11 Parmi les propositions suivantes, quelles sont les indications de traitement par thermoablation d'un nodule thyroïdien solide ?

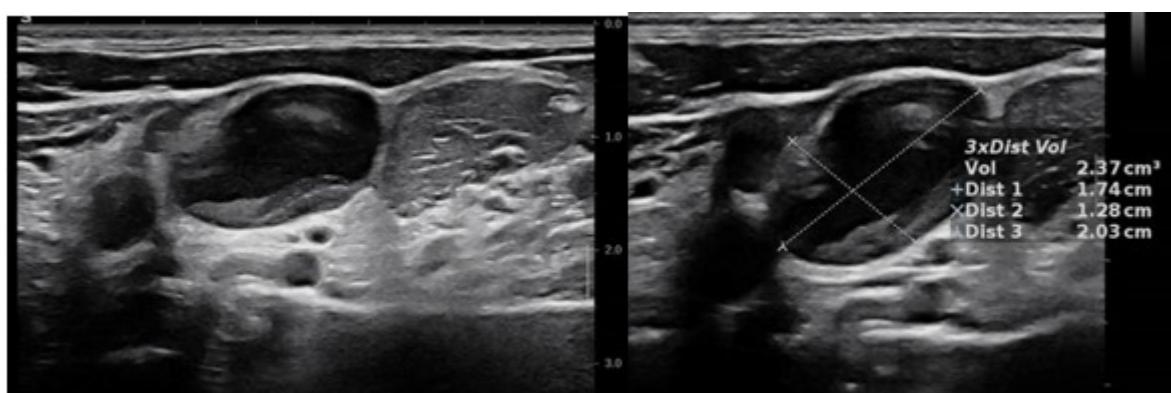
- A goitre multi-nodulaire sans nodule dominant
- B nodule asymptomatique sans gêne esthétique non progressif mais de grande taille
- C nodule unique ou dominant entraînant une gêne esthétique
- D nodule dominant asymptomatique mais dont le volume augmente de manière significative
- E nodule unique ou dominant symptomatique

(0 point / 1) Question à choix multiple

12 Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les contre-indications absolues de traitement par thermoablation en 2025 ?

- A maladie de Basedow
- B patient sous anticoagulant
- C patient porteur de pacemaker
- D nodules thyroïdiens cytologiquement indéterminés (classe III et IV de Bethesda)
- E carcinomes thyroïdiens > 10 mm

(0 point / 1) Question à choix multiple



13 Vous recevez une femme de 29 ans avec une première échographie thyroïdienne, faite par un collègue, décrivant :

Un nodule lobaire gauche de 11 mm de grand axe Eu-TIRADS 4 dont la cytologie conclut à un nodule malin avec un aspect évocateur de cancer papillaire Bethesda VI

Une formation liquidienne d'échostructure mixte basi-cervicale gauche

La seule image anormale visualisée en dehors de la thyroïde est la suivante

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes :

- A je mentionne dans ma conclusion qu'il s'agit d'une image basicervicale gauche, sans autre précision
- B comme il n'y a aucun signal en mode doppler couleur, je décris l'image comme kystisée
- C le dosage de thyroglobuline in situ lors de la ponction de cette image n'est pas indiqué
- D je conclus à un aspect typiquement évocateur d'adénopathie suspecte
- E l'image étant sous le croisement du muscle omohyoïdien, je la décris comme étant dans le secteur IV gauche

(0 point / 1) Question à choix multiple

14 Parmi les propositions suivantes concernant les secteurs du cou, lesquelles sont exactes :

- A la limite latérale du secteur II est le bord postérieur du sternocléidomastoïdien
- B le secteur III est subdivisé en secteur III A et III B
- C la limite échographique supérieure du secteur III est la bifurcation de l'artère carotide commune
- D les secteurs latéraux comprennent les secteurs II, III, IV et VI
- E la limite inférieure du secteur IV est l'os hyoïde

(0 point / 1) Question à choix multiple

15 Parmi les propositions suivantes, concernant les ganglions cervicaux, lesquelles sont exactes ?

- A la forme allongée avec un rapport grand axe/ petit axe > 2 est en faveur de la bénignité
- B si il y a des microcalcifications au sein d'un ganglion, je ne peux pas conclure à un aspect de ganglion normal
- C la présence de cavités microkystiques est en faveur de la bénignité d'un ganglion
- D la présence d'un petit hile hyperéchogène au centre du ganglion permet presque toujours d'affirmer sa bénignité
- E la vascularisation périphérique est un élément orientant vers la bénignité

(0 point / 1) Question à choix multiple

16 Concernant la description d'une loge de thyroïdectomie après chirurgie pour cancer thyroïdien, quelles sont les propositions exactes ?

- A Il est très classique de visualiser et décrire un reliquat thyroïdien chez un patient avec cancer thyroïdien ayant eu 2 traitements par 100 mCi d'iode 131
- B une lésion hypoéchogène, vascularisée, de contours irréguliers doit être décrite comme une lésion suspecte de loge de thyroïdectomie
- C un reliquat thyroïdien homogène, régulier et isoéchogène est compatible avec un reliquat banal
- D une loge normale peut être une zone virtuelle avec simplement internalisation du paquet jugulo-carotidien.
- E son analyse risque d'être difficile à moins de 3 mois de la chirurgie

(0 point / 1) Question à choix multiple

17 Concernant les nodules thyroïdiens de l'enfant, quelles sont les propositions exactes ?

- A l'irradiation cervicale dans l'enfance est un facteur de risque de cancer thyroïdien
- B les nodules thyroïdiens de l'enfant sont très fréquents et plus fréquents que chez l'adulte
- C un nodule EU-TIRADS 2 est constamment bénin chez l'enfant comme chez l'adulte
- D une cytoponction doit être proposée pour tout nodule thyroïdien EU-TIRADS 3, 4 et 5 de plus d' 1 cm chez l'enfant
- E un nodule thyroïdien de l'enfant a une probabilité de malignité inférieure à celle de l'adulte

(0 point / 1) Question à choix multiple

18 Concernant les nodules thyroïdiens découverts chez la femme enceinte, quelle sont les propositions exactes ?

- A la scintigraphie thyroïdienne étant contre-indiquée chez la femme enceinte, il est inutile de doser la TSH dans cette situation
- B le score de risque de malignité échographique EU-TIRADS de l'adulte n'est pas applicable chez la femme enceinte.
- C il faut systématiquement proposer de réaliser la ponction d'un nodule thyroïdien pendant la grossesse, sans délai
- D si le nodule thyroïdien découvert est un cancer, son pronostic est équivalent que le diagnostic soit fait pendant ou en dehors de la grossesse
- E si le nodule thyroïdien est EU-TIRADS 5 avec adénopathies cervicales suspectes et découvert au 1er trimestre, des ponctions peuvent être faites pour envisager une chirurgie thyroïdienne au 2ème trimestre

(0 point / 1) Question à choix multiple

19 Concernant les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie sur la prise en charge des nodules thyroïdiens bénins cytologiquement, cochez les propositions exactes.

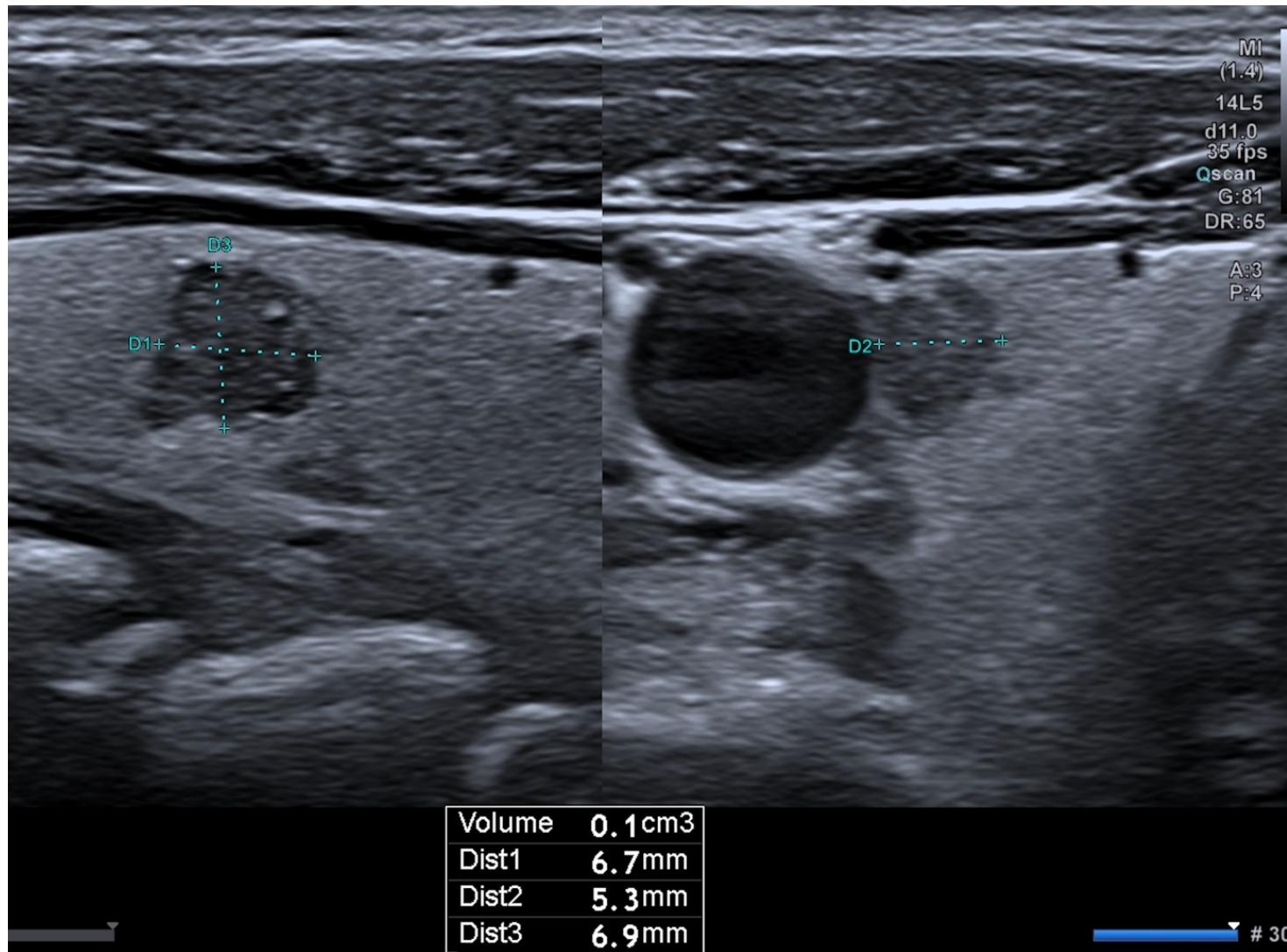
- A dans la conclusion d'une échographie ayant décrit un nodule EU-TIRADS 4 de 20 mm bénin cytologiquement, vous allez proposer une échographie thyroïdienne 1 à 2 an(s) plus tard
- B si le nodule grossit significativement et devient gênant, une thermoablation pourrait être envisagée sous réserve d'une 2ème cytoponction bénigne
- C vous allez proposer une 2ème cytoponction à 1 an systématique pour tout nodule thyroïdien cytologiquement bénin pour ne pas méconnaître un faux négatif de la première cytologie
- D dans la conclusion d'une échographie ayant décrit un nodule TIRADS 3 de 25 mm cytologiquement bénin, vous allez proposer une surveillance annuelle pendant 5 ans, puis tous les 2 ans à vie si le nodule reste stable
- E si le nodule est EU-TIRADS 5 avec plusieurs de signes de suspicion échographique, vous allez proposer une 2ème cytoponction systématique

(0 point / 1) Question à choix multiple

20 Concernant la description échographique des contours d'un nodule thyroïdien, quelles sont les propositions exactes ?

- A Une lobulation est une ondulation à grand rayon
- B Les spiculations mesurant 1 mm sont considérées comme un signe cardinal
- C Une spiculation est une angulation ou une pointe
- D Les lobulations mesurant 3 mm sont considérées comme un signe accessoire
- E La présence de 3 lobulations de 3 mm doit conduire à scorer le nodule EU-TIRADS 5

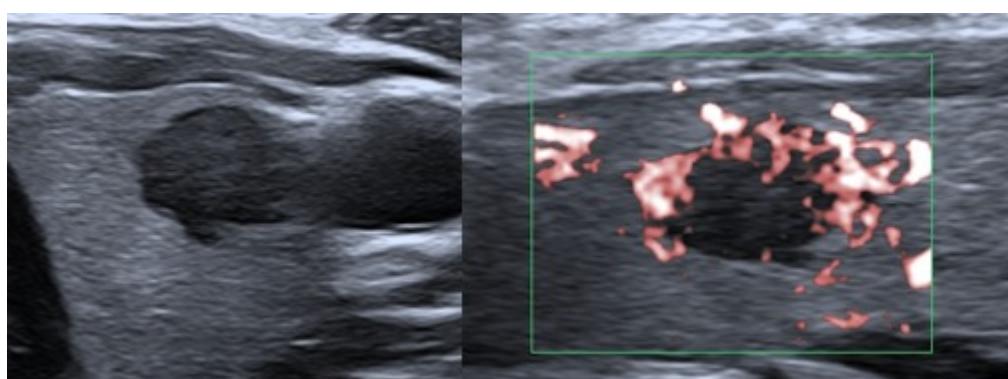
(0 point / 1) Question à choix multiple



21 Concernant l'aspect sémiologique et le score EU-TIRADS du nodule suivant, cochez les propositions exactes

- A sa forme est ovale
- B présence d'un halo épais
- C il est de score EU-TIRADS 5
- D il est modérément hypoéchogène
- E ses contours sont flous

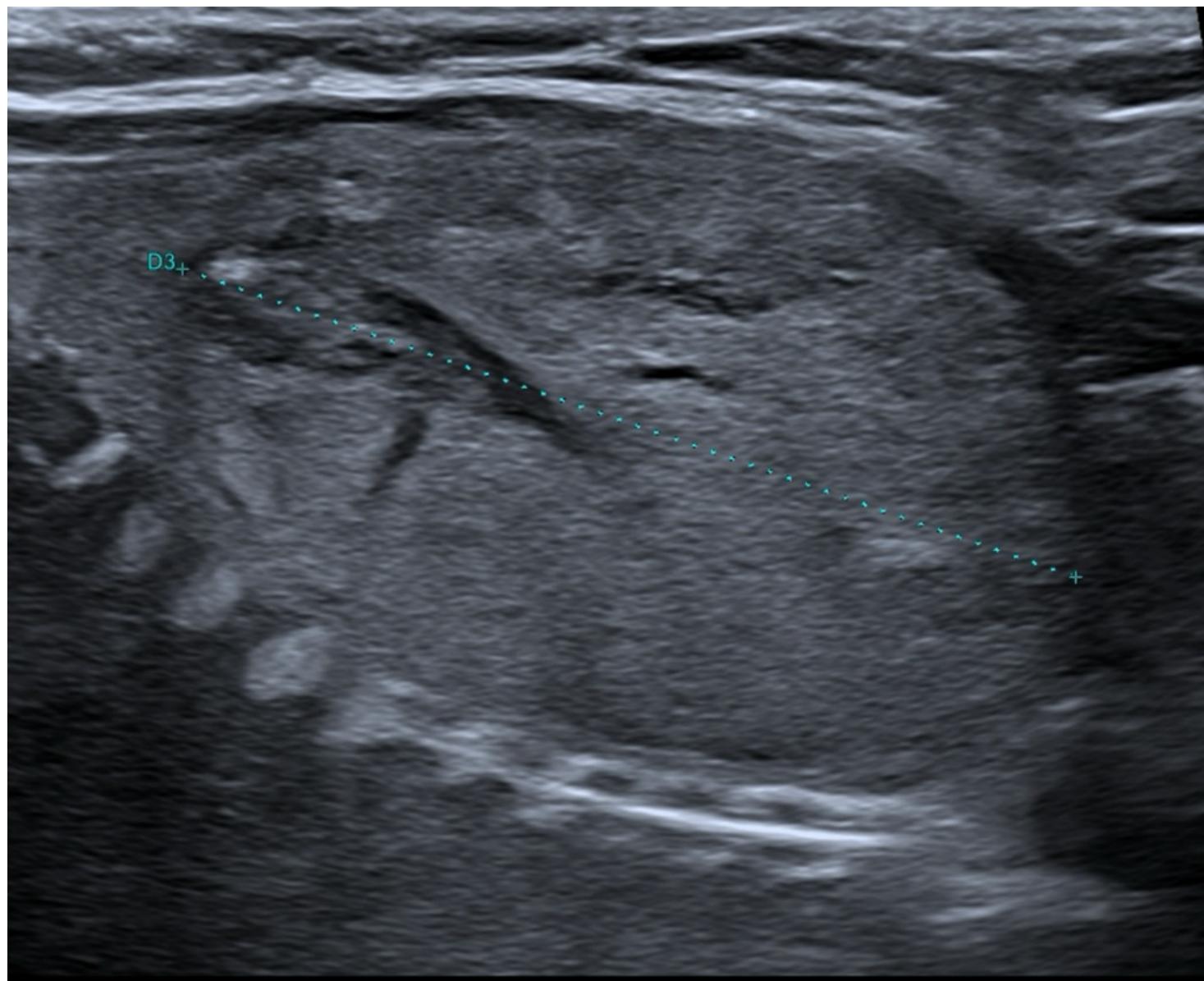
(0 point / 1) Question à choix multiple



22 Concernant l'aspect sémiologique et le score EU-TIRADS du nodule suivant, cochez les propositions exactes

- A Il est solide
- B ses contours sont irréguliers
- C il est de score EU-TIRADS 4
- D son échotexture est hétérogène
- E il est modérément hypoéchogène

(0 point / 1) Question à choix multiple



23 Concernant l'aspect sémiologique et le score EU-TIRADS du nodule suivant, cochez les propositions exactes

- A ses contours sont réguliers
- B il est de forme ovale
- C il est de score EU-TIRADS 3
- D il contient des microcalcifications
- E il est mixte à prédominance liquide

(0 point / 1) Question à choix multiple

24 Le plan d'un compte rendu type d'une échographie thyroïdienne doit comporter systématiquement

- A une évaluation de l'évolutivité du volume des nodules, si on dispose des examens antérieurs
- B un paragraphe avec le motif de l'examen
- C la position d'une jugulaire antérieure
- D le score de tous les nodules thyroïdiens visibles en échographie, quelle que soit leur taille
- E la localisation sur un schéma des ganglions normaux

(0 point / 1) Question à choix multiple

25 Le schéma des nodules thyroïdiens obéit aux règles suivantes :

- A Tous les nodules visibles en échographie doivent être numérotés
- B La possibilité de reprendre un ancien numéro lorsqu'un nodule a disparu, et qu'un nouveau nodule apparaît
- C Un code couleur obligatoire
- D Un nouveau numéro pour un nodule qui changerait d'aspect
- E Un seul numéro par nodule

(0 point / 1) Question à choix multiple

26 Les risques de malignité du score EU-TIRADS versus histologie définis en 2017 dans les guidelines ETA sont :

- A De 6 % à 17 % pour le score 4
- B De ≈ 0 % pour le score 2
- C De plus de 2% pour le score 1
- D De 2% à 6 % pour le score 3
- E De 17% à 87 % pour le score 5

(0 point / 1) Question à choix multiple

27 Les signes de forte suspicion de malignité en échographie d'un nodule thyroïdien sont :

- A Des spicules de taille supérieure à 2 mm
- B Une épaisseur plus importante que la largeur
- C Une échogénicité égale à celle de la glande submandibulaire
- D La présence de ponctuations échogènes linéaires de distribution homogène
- E Un halo d'épaisseur irrégulière

(0 point / 1) Question à choix multiple

28 Un nodule de score EU-TIRADS 4 est par définition :

- A Hétérogène
- B Mixte la plupart du temps
- C Doté de contours réguliers
- D Plus large qu'épais
- E Isoéchogène

(0 point / 1) Question à choix multiple

29 Parmi les signes échographiques suivants, lesquels sont considérés comme accessoires pour l'évaluation du risque de malignité selon la définition du score EU-TIRADS ?

- A L'échostructure
- B Les macrocalcifications
- C Le halo
- D Les contours
- E La localisation

(0 point / 1) Question à choix multiple

30 Cochez les réponses exactes

- A Une forme plus épaisse que large est pathognomonique de malignité
- B Les carcinomes thyroïdiens sont le plus souvent isoéchogènes
- C Le risque de malignité d'un nodule thyroïdien augmente avec le nombre de signes de forte suspicion
- D Les carcinomes thyroïdiens sont le plus souvent solides
- E Le score ACR-TIRADS prend en compte certains signes considérés comme accessoires par le EU-TIRADS

(0 point / 1) Question à choix multiple

31 Concernant les macrocalcifications :

- A Les macrocalcifications périphériques discontinues sont à risque faible de malignité
- B Elles génèrent un artefact en queue de comète
- C Elles sont plus suspectes quand elles sont centrales que périphériques
- D Une protrusion tissulaire au-delà d'une macrocalcification périphérique fait classer le nodule à risque élevé
- E Elles ne gênent pas l'analyse du contenu quand elles sont circonférentielles et complètes

(0 point / 1) Question à choix multiple

32 Concernant les signes d'extension extra-thyroïdienne, cochez les propositions exactes

- A Il sont plus faciles à analyser en postérieur qu'en antérieur
- B Un contact capsulaire postérieur de plus de 50% est très spécifique en faveur d'une extension extra-thyroïdienne
- C L'absence de contact capsulaire élimine pratiquement une extension extra-thyroïdienne
- D La sensibilité de l'échographie est meilleure pour l'extension macroscopique que microscopique
- E L'extension macroscopique implique une capsule thyroïdienne discontinue

(0 point / 1) Question à choix multiple

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

- A deux cytoponctions doivent être réalisées et bénignes de cellularité satisfaisante, avant thermoablation d'un nodule thyroïdien gênant/compressif.
B Un nodule thyroïdien EU-TIRADS 4 > 10 mm, fixant en TEP-FDG, doit obligatoirement être cytoponctionné.
C Un nodule thyroïdien fixant en TEP-FDG doit obligatoirement être cytoponctionné.
D En cas de nodule thyroïdien d'échostructure mixte, la portion solide doit être systématiquement cytoponctionnée.
E En cas de goitre multi-nodulaire, aucun nodule ne doit être ponctionné.

(0 point / 1) Question à choix multiple

34 Concernant la prise en charge des nodules selon le score EU-TIRADS, cochez les propositions exactes

- A Les nodules EU-TIRADS 2 nécessitent systématiquement une cytoponction.
B Les nodules EU-TIRADS 4 de 12 mm doivent être généralement surveillés sans cytoponction.
C Une cytoponction est indiquée pour un nodule EU-TIRADS 3 de 25 mm.
D Tous les nodules EU-TIRADS 5 de moins de 10 mm sont suivis sans cytoponction.
E Une cytoponction est indiquée pour un nodule EU-TIRADS 5 de 12 mm.

(0 point / 1) Question à choix multiple

35 Parmi les caractéristiques échographiques suivantes, lesquelles sont exactes concernant la thyroïdite subaiguë de De Quervain ?

- A cytoponction sous contrôle échographique indispensable pour confirmer le diagnostic
B douleurs cervicales au passage de la sonde échographique à la phase initiale
C possible envahissement des structures musculaires de voisinage
D zones de parenchyme hypovascularisées voire avasculaires au Doppler couleur
E parenchyme hétérogène avec plages hypoéchogènes non systématisées

(0 point / 1) Question à choix multiple

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

- A possible aspect réticulé du parenchyme avec travées hyperéchogènes
B évolution possible vers l'atrophie thyroïdienne.
C parenchyme hypoéchogène hétérogène
D possible hypervascularisation diffuse modérée au Doppler couleur à la phase initiale
E présence constante d'un goître

(0 point / 1) Question à choix multiple

37 Quelles sont les propositions exactes concernant le mode Doppler ?

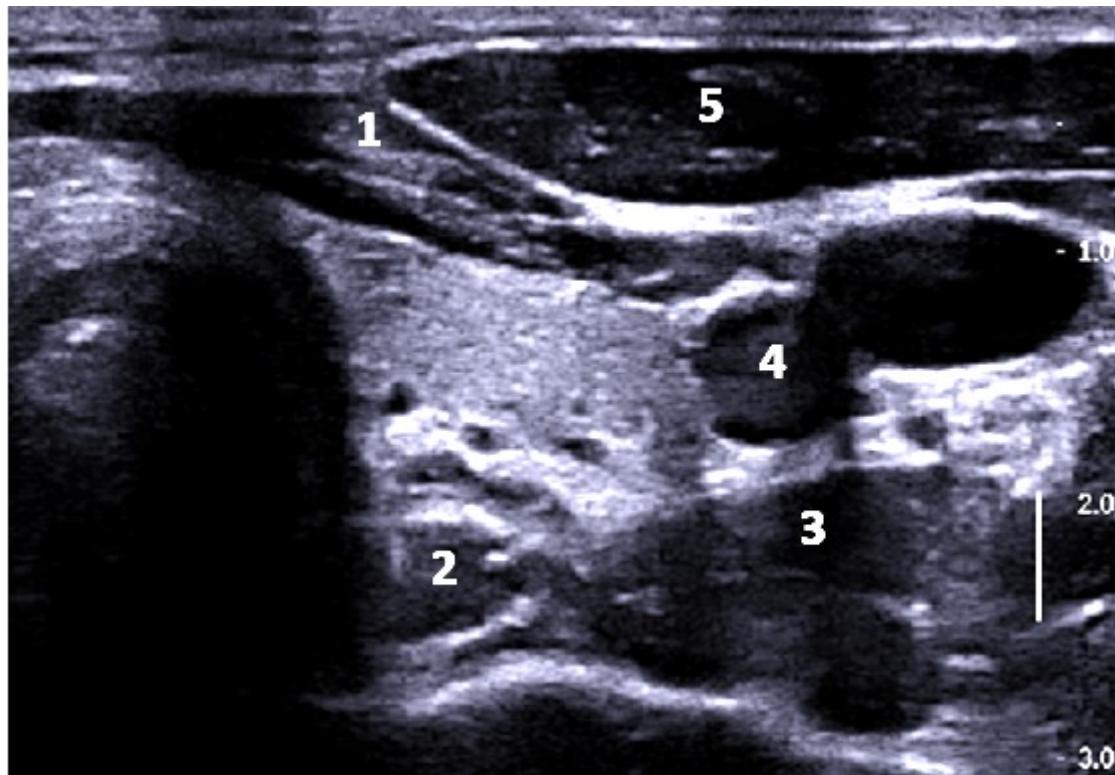
- A Le gain Doppler couleur doit être réglé immédiatement en dessous du niveau auquel le bruit de fond apparaît
B Le mode Doppler SMI (superb microvascular imaging) permet de mieux visualiser les flux lents
C Le mode Doppler couleur permet de visualiser un flux vasculaire et d'en déterminer la direction
D Par convention, le flux se dirigeant vers le transducteur (la sonde) est de couleur bleue
E Un angle d'insonation (ou angle Doppler) inférieur à 45 ° permet d'enregistrer correctement un flux vasculaire

(0 point / 1) Question à choix multiple

38 Quelles sont les propositions exactes concernant l'enregistrement des artères thyroïdiennes ?

- A Des vitesses systoliques enregistrées à 120 cm/s dans les artères thyroïdiennes sont considérées comme pathologiques
B En cas d'aliasing, il faut réduire le gain pour le faire disparaître.
C l'artère thyroïdienne supérieure est une branche du tronc thyro-bicervico-scapulaire.
D Pour optimiser un enregistrement Doppler dans une artère thyroïdienne supérieure, il est nécessaire d'incliner la fenêtre d'échantillonnage dans la direction du flux
E L'artère thyroïdienne supérieure s'enregistre au pôle supérieur du lobe thyroïdien

(0 point / 1) Question à choix multiple



39 Voici une coupe transversale de la région cervicale. A quoi correspondent les structures numérotées ?

- A 3 Muscle scalène antérieur
- B 1 Muscle sterno-thyroïdien
- C 5 Muscle sterno-cléido-mastoïdien
- D 4 Carotide interne gauche
- E 2 Muscle long du cou

(0 point / 1) Question à choix multiple

40 Cochez les propositions exactes concernant la pyramide de Lalouette.

- A Elle est toujours médiane
- B Elle est présente dans 10% des cas
- C elle peut être le siège de nodules
- D Elle est située en dessous de la thyroïde
- E Elle a la même échostructure que la glande thyroïde

(0 point / 1) Question à choix multiple