

CF-12-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire-QCM-EVC-2025

Q 1. Une tumeur médiastinale antérieure sans extension extra thymique de découverte fortuite chez un patient sans comorbidité:

- a) Doit être biopsiée avant tout traitement
 - b) Peut être réséquée d'emblée
 - c) Devra ensuite être présentée en RCP RYTHMIC pour enregistrement
 - d) Pourra nécessiter une radiothérapie adjuvant en cas de résection incomplète R1
 - e) Pourra nécessiter une chimiothérapie adjuvante en cas de résection incomplète R1
-

Q 2. Dans le bilan initial d'une suspicion de cancer bronchique non à petites cellules, vous réalisez:

- a) un scanner cérébral et thoracoabdominopelvien avec injection
 - b) un TEP scanner
 - c) un scanner cérébral injecté
 - d) une scintigraphie osseuse
 - e) une scintigraphie myocardique
-

Q 3. L'examen anatomopathologique d'une biopsie sous scanner d'une suspicion de cancer bronchique non à petites cellules de stade. Il doit comprendre :

- a) Une immunohistochimie TTF1
 - b) Une immunohistochimie PSA et BRCA
 - c) Une immunohistochimie p40
 - d) Une immunohistochimie TSH
 - e) Une immunohistochimie PDL1
-

Q 4. Dans la 9ème classification TNM, un stade IIIA:

- a) Est toujours N2
 - b) Est toujours T4
 - c) Est toujours M0
 - d) Peut correspondre à une tumeur T3N1
 - e) Peut correspondre à une tumeur T4N1
-

Q 5. Pour une tumeur cT1bN0M0 chez un patient de 50 ans à l'état général normal et à la fonction cardiorespiratoire normale, vous proposez :

- a) Impérativement une segmentectomie
 - b) Impérativement une lobectomie
 - c) Une lobectomie ou une segmentectomie en fonction de la position de la tumeur, de l'anatomie du patient, et des possibilités d'effectuer une résection R0
 - d) Uniquement un curage ganglionnaire scissural
 - e) Uniquement un curage ganglionnaire hilair
-

Q 6. Au terme du bilan préopératoire, vous discutez en RCP d'un adénocarcinome primitif pulmonaire cT2N2aM0, ALK-, EGFR wt, PDL1 80%, localisé au niveau du lobe supérieur droit, chez une patiente de 60 ans à l'état général préservé mais à la fonction respiratoire altérée (VEMS 50%, DLCO 45%):

- a) Il existe une indication formelle à une chimiothérapie néoadjuvante seule
 - b) Il existe une indication formelle à une immunothérapie néoadjuvante seule
 - c) Il existe une indication formelle à une chimio immunothérapie néoadjuvante
 - d) La patiente doit bénéficier d'un sevrage tabagique et d'une réhabilitation respiratoire
 - e) Sous réserve du bilan physiologique complémentaire et de la réévaluation post induction, la patiente pourrait ensuite bénéficier d'une lobectomie supérieure droite / curage.
-

Q 7. Sur le bilan préopératoire d'un patient présentant un adénocarcinome primitif pulmonaire cT2aN0M0, vous trouvez un VEMS à 50% et une DLCO à 45% et une échographie cardiaque normale. Comment complétez-vous le bilan préopératoire ?

- a) Scintigraphie pulmonaire de ventilation / perfusion
 - b) Scintigraphie myocardique
 - c) Coronarographie
 - d) Epreuve d'effort avec mesure de la V02max
 - e) Cathétérisme cardiaque droit
-

Q 8. Pour un adénocarcinome primitif pulmonaire EGFR muté opéré avec un résultat anatomopathologique pT2aN0M0R0, une taille de 35mm, et des suites simples :

- a) Il existe une indication formelle à une chimiothérapie adjuvante
 - b) Il existe une indication formelle à 3 ans de crizotinib adjuvant
 - c) Il existe une AMM pour 3 ans d'osimertinib adjuvant
 - d) L'étude ADAURA ne retrouve pas de bénéfice de survie globale pour l'osimertinib adjuvant dans le sous groupe des stades Ib
 - e) Il est possible de proposer une surveillance basée sur l'ADN tumoral circulant
-

Q 9. Pour un adénocarcinome primitif pulmonaire avec translocation ALK opéré avec un résultat anatomopathologique pT1N1M0R0, une taille de 20mm, et des suites simples :

- a) Il existe une indication formelle à une chimiothérapie adjuvante
 - b) Il existe une indication formelle à 2 ans d'alectinib adjuvant
 - c) Il existe une aMM pour 3 ans d'osimertinib adjuvant
 - d) L'étude ALINA ne retrouve pas de bénéfice de survie globale pour l'alectinib adjuvant dans le sous-groupe des stades II
 - e) Il est possible de proposer une surveillance basée sur l'ADN tumoral circulant
-

Q 10. Concernant les voies d'abord pour résection anatomique et curage d'un cancer bronchique non à petites cellules de stade I, quelles sont les propositions exactes ?

- a) La voie d'abord vidéo-assistée est associée à une diminution des douleurs postopératoires par rapport à la thoracotomie
 - b) La voie d'abord vidéo-assistée est associée à une accélération de la récupération postopératoire par rapport à la thoracotomie
 - c) La voie d'abord robot-assistée est associée à une diminution des douleurs postopératoires par rapport à la voie d'abord vidéo-assistée
 - d) La voie d'abord robot-assistée est associée à une accélération de la récupération postopératoire par rapport à la voie d'abord vidéo-assistée
 - e) La voie d'abord robot-assistée est associée à une augmentation du nombre de zones ganglionnaires prélevées par rapport à la voie d'abord vidéo
-

Q 11. Un patient de 50 ans fumeur à 40 paquets-années présente un premier épisode de pneumothorax droit complet justifiant un drainage. Vous êtes appelé pour la suite de sa prise en charge :

- a) Vous suspectez un pneumothorax spontané primaire
 - b) Vous suspectez un pneumothorax spontané secondaire
 - c) Il est possible d'opérer ce patient sans scanner préopératoire
 - d) Il est indispensable de réaliser un scanner préopératoire
 - e) En cas d'emphysème sous jacent, il existera une indication formelle à un talcage
-

Q 12. Une patiente de 20 ans sans antécédent particulier présente un troisième épisode de pneumothorax partiel droit. Vous êtes appelé pour la suite de sa prise en charge:

- a) Vous suspectez un pneumothorax spontané primaire
 - b) Vous suspectez un pneumothorax spontané secondaire
 - c) Il est indispensable de savoir si les pneumothorax surviennent pendant les règles
 - d) Il est indispensable d'avoir une IRM diaphragmatique préopératoire
 - e) Il est indispensable d'inspecter le diaphragme au cours de la chirurgie de la symphyse
-

Q 13. oncologie thoracique, quelles sont les réponses vraies ?

- a) La recherche du statut d'expression PD-L1 en immunohistochimie est recommandée dans tous les cancers bronchiques non à petite cellule (CBNPC) à partir du stade II dès le diagnostic initial.
 - b) Pour les cancers non épidermoïdes de stade IB réséqués, il faut rechercher une anomalie moléculaire du récepteur de l'EGFR
 - c) Une recherche d'altération moléculaire doit systématiquement être demandée en cas de cancer épidermoïde de stade avancé chez les patients non-fumeurs
 - d) Un patient non-fumeur est défini comme un patient ayant consommé moins de 100 cigarettes au cours de toute sa vie
 - e) Il est recommandé de rechercher les altérations moléculaires PD-L1, ALK et EGFR chez tout patient atteint de stade II à III résécables.
-

Q 14. oncologie thoracique, quelles sont les réponses vraies ?

- a) En France, la prise en charge d'un patient porteur d'un cancer broncho pulmonaires nécessite de suivre les recommandations du référentiel AURA 2025
 - b) En cas de cancer bronchique avéré ou suspecté, un scanner thoraco abdomino-pelvien doit être réalisé.
 - c) En cas d'adénopathies médiastinales supérieures à 1,5 centimètres de grand axe des explorations complémentaires sont utiles
 - d) Pour les patients opérables avec tumeur Résécable ou relevant d'une radiothérapie curative une TEP-TDM est recommandée avant le traitement.
 - e) En cas d'hyper métabolismes ganglionnaires médiastinales révélés lors de la TEP-FDG, une confirmation histocytologique est recommandée.
-

Q 15. Quels sont les facteurs de risque de re-déformations secondaires à une correction initiale d'un pectus excavatum par techniques de Ravitch ou Ravitch modifiée ?

- a) Chirurgie faite avant l'âge pubertaire
 - b) une déformation initialement asymétrique
 - c) un retrait tardif de la barre
 - d) le sexe féminin
 - e) Une maladie de Marfan
-

Q 16. Exérèses pulmonaires, quelles sont les réponses vraies ?

- a) La pneumonectomie est l'intervention la plus souvent réalisée en cancérologie thoracique
 - b) La segmentectomie est proposable pour les tumeurs de moins de 3 cm
 - c) Le segmentectomie pour cancer pulmonaire peut exposer à davantage de rechutes locales
 - d) La bilobectomie inférieure comporte davantage de risque de fistule bronchique postopératoire que la lobectomie supérieure.
 - e) Lors d'une bilobectomie inférieure il y a 2 sutures bronchiques.
-

Q 17. Anatomie de la bronche lobaire moyenne, quelles sont les réponses vraies ?

- a) La bronche lobaire moyenne est une fine et longue bronche de 3 à 4 cm ce qui lui permet de contourner l'artère pulmonaire dans la scissure
 - b) Elle naît fréquemment du versant interne de la bronche souche
 - c) Elle se divise généralement en bronches segmentaires supérieure et inférieure
 - d) Elle se divise généralement en bronches segmentaires interne et externe
 - e) Sa trifurcation est observée dans environ 12% des cas
-

Q 18. les artères bronchiques, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Elles peuvent naître sur toute la longueur de l'aorte thoracique ou de ses branches
 - b) Dans 50% des cas c'est un tronc unique qui vascularise les 2 arbres bronchiques
 - c) Elles ont un rôle essentiel dans la nutrition et l'oxygénation des bronches
 - d) C'est elles qui sont le plus souvent impliquées dans les hémoptysies survenant chez des patients porteurs de Mucoviscidose.
 - e) Il peut exister des anastomoses entre les artères bronchiques et les artères coronaires.
-

Q 19. Chylothorax, quelle(s) réponse(s) est (sont) vraie(s) ?

- a) Correspond à la présence de chyle dans le thorax provenant toujours d'une rupture du canal thoracique
 - b) Il nécessite de faire rapidement une ligature du canal thoracique
 - c) Il faut rechercher une cirrhose associée
 - d) Un chylopéritoine est habituellement associé au chylothorax
 - e) Le régime alimentaire de type TCM (triglycérides à chaîne moyenne) doit systématiquement faire partie des premières mesures à prendre dès le diagnostic de chylothorax posé.
-

Q 20. Hémoptysie: Quelle stratégie adopter devant une hémoptysie de sang rouge de moyenne abondance révélant un probable aspergillome du lobe supérieur droit chez un patient de 55 ans :

- a) Lobectomie supérieure droite en urgence
 - b) Bilobectomie supérieure droite en urgence
 - c) Embolisation des artères pulmonaires en urgence
 - d) Embolisation première des artères bronchiques
 - e) Prélèvement sanguin pour Sérologie aspergillaire à prévoir
-

Q 21. Revascularisation coronaire : Indications préférentielles du Pontage vs Angioplastie, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Maladie tritonculaire avec dysfonction ventriculaire
 - b) Tronc commun non protégé
 - c) STEMI < 6 heures
 - d) Score Syntax élevé
 - e) Ischémie silencieuse isolée
-

Q 22. Indications chirurgicales urgentes dans l'endocardite infectieuse, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Insuffisance cardiaque aiguë
 - b) Volumineuse végétation de 10 mm sans embolie
 - c) Embolie systémique récidivante
 - d) Infection non contrôlée
 - e) Délabrement valvulaire
-

Q 23. A propos du TAVI, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Alternative validée à la chirurgie chez les patients à risque intermédiaire
 - b) Indiqué chez certains patients à bas risque
 - c) Expose à un risque accru de troubles de la conduction
 - d) Est contre indiqué en cas de bicuspidie
 - e) Doit être discuté en heart team
-

Q 24. Concernant l'HTAP sévère pré-opératoire, quelles sont les réponses vraies ?

- a) L'HTAP fixée est un facteur de mauvais pronostic
 - b) Elle contre-indique la chirurgie
 - c) La réversibilité doit être évaluée
 - d) Les inhibiteurs des phosphodiésterases peuvent être utiles
 - e) Doit faire privilégier le CLIP en cas d'insuffisance mitrale
-

Q 25. A propos de l'ECMO, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Elle augmente la post charge VG
 - b) Peut entraîner une distension ventriculaire gauche
 - c) La décharge ventriculaire gauche est utile
 - d) Elle améliore systématiquement la fonction VG
 - e) Peut entraîner un œdème pulmonaire
-

Q 26. Concernant la chirurgie de l'arche aortique, quelles sont les réponses vraies ?

- a) La perfusion cérébrale antérograde est protectrice
 - b) L'hypothermie profonde est indispensable chez le sujet âgé
 - c) La durée d'ischémie cérébrale est critique
 - d) Le monitoring NIRS améliore la sécurité
 - e) Les traitements endovasculaires permettent d'éviter la chirurgie dans la majorité des cas
-

Q 27. A propos de l'artère mammaire interne gauche, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Sa perméabilité à 10 ans dépasse 90 %
 - b) Elle est résistante à l'athérosclérose
 - c) Son utilisation augmente le risque opératoire
 - d) Elle améliore la survie à long terme
 - e) Son utilisation est déconseillée chez le diabétique
-

Q 28. La CEC est associée à :

- a) Une activation de la coagulation
 - b) Une réponse inflammatoire systémique
 - c) Une hémodilution
 - d) Une diminution des résistances systémiques
 - e) Une augmentation de la consommation d'O₂
-

Q 29. La sténose aortique serrée, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Surface valvulaire < 1 cm²
 - b) Gradient moyen > 40 mmHG
 - c) Vmax > 4 m/s
 - d) Hypertrophie concentrique VG
 - e) Baisse de la Fraction d'éjection
-

Q 30. Concernant l'insuffisance mitrale primaire dégénérative, quelles sont les réponses vraies ?

- a) La chirurgie n'est recommandée que si la valve est réparable
 - b) Une FE < 60 % est un critère de gravité
 - c) Le DTSVG > 45 mm est un critère opératoire
 - d) En cas de maladie de Barlow le remplacement valvulaire est recommandé
 - e) L'HTAP est un critère de mauvais pronostic
-

Q 31. Le cerclage du tronc de l'artère pulmonaire, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Est conseillé pour une CIV péri-membraneuse unique mais large
 - b) Est toujours réalisé par thoracotomie
 - c) N'est plus réalisé pour les CIV + coarctation
 - d) Est la meilleure option pour les CIV musculaires antérieures et/ou les CIV apicales larges
 - e) Doit être accompagné d'une ligature du canal artériel
-

Q 32. Une CIV restrictive chez l'adulte, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Ne se ferme jamais
 - b) Peut se compliquer d'endocardite
 - c) Peut entraîner une dilatation du VG
 - d) Peut se compliquer d'une fuite valvulaire aortique
 - e) Ne constitue pas une indication chirurgicale
-

Q 33. Les endocardites du cœur droit, quelles sont les réponses vraies ?

- a) La réparation de la valve tricuspide quand possible doit être préférée au remplacement valvulaire
 - b) La chirurgie doit être considérée si il y a une persistance de bactériémie après une semaine d'antibiothérapie bien conduite
 - c) Il n'y a pas d'indication de pace maker épicaudique après chirurgie tricuspidiennne et bloc auriculo-ventriculaire
 - d) L'aspiration de la végétation par voie percutanée peut être considérée pour les patients à risque
 - e) Une végétation tricuspidiennne résiduelle de plus de 20 mm après embolie pulmonaire est une indication chirurgicale
-

Q 34. Une intervention de Warden, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Est essentiellement réalisée chez les enfants ; chez les adultes d'autres interventions sont réalisées.
 - b) Chez les adultes, cette intervention est souvent associée à la mise en place d'un court tube en Gore-Tex (interposé entre la veine cave supérieure et l'auricule droit)
 - c) N'est pas réalisable en cas de RVPAP supérieure à la veine cave supérieur sans CIA associé
 - d) Diminue le risque de dysfonction sinusale post-opératoire
 - e) Une sténose de la veine cave supérieure doit être recherchée dans le suivi post- opératoire
-

Q 35. Concernant la chirurgie mitrale chez l'enfant : quelles sont les réponses vraies ?

- a) Elle peut s'adresser aux enfants porteurs du Syndrome de Shone
 - b) La classification de Carpentier comporte 5 items
 - c) Chez le nourrisson, une anomalie de l'appareil sous-valvulaire mitrale élimine la présence d'une membrane supra-mitrale
 - d) La valve mécanique la plus petite disponible est de 15 mm
 - e) Une valve mitrale en parachute peut être fuyante et sténosante
-

Q 36. Devant des difficultés de sevrage d'une CEC chez un nouveau-né, vous devez (quelles sont les réponses vraies ?)

- a) Vérifier l'absence d'une lésion résiduelle
 - b) Augmenter les doses inotropes autant qu'il faut
 - c) L'hypocalcémie peut expliquer la situation
 - d) Une assistance peut être nécessaire
 - e) Une dysfonction myocardique n'est pas à exclure malgré le respect du protocole de cardioplogie
-

Q 37. En ce qui concerne les anomalies du retour veineux pulmonaire, quelles sont les réponses vraies ?

- a) Les 4 veines pulmonaires se drainent toujours ensemble
 - b) Le retour anormal supra cardiaque est presque toujours bloqué
 - c) Le retour anormal infra cardiaque est presque toujours bloqué
 - d) Le risque de poussées d'HTAP post-opératoire est plutôt élevé
 - e) Le chirurgien ne doit pas fermer la veine de drainage
-

Q 38. Avantages de l'intervention de Norwood Sano par rapport au Norwood classique (autrement dit, du tube VD-AP vs. l'anastomose systémico-pulmonaire) dans le contexte de la prise en charge initiale de l'hypoplasie du VG sont :

- a) Assure un flux pulsé dans les APs mais rend les gestes d'angioplastie des APs plus à risque
 - b) Assure une meilleure croissance des APs
 - c) Est associé à un risque majeur de distorsion des APs
 - d) Est associé à une meilleure survie à court terme
 - e) Est associée à une meilleure survie à long terme
-

Q 39. Les complications tardives les plus probables d'une transposition des gros vaisseaux opérée par switch artériel sont :

- a) Une dilatation de la voie aortique
 - b) Un rétrécissement de la voie pulmonaire
 - c) Des sténoses coronaires
 - d) Un rétrécissement de la voie aortique
 - e) une sténose du chenal cave supérieur
-

Q 40. Les anomalies coronaires congénitales sont :

- a) Toutes les anomalies de la coronaire droite naissant du sinus gauche doivent être opérées
 - b) Toutes les anomalies de la coronaire gauche naissant du sinus droit avec trajet inter aortico-pulmonaire doivent être opérées
 - c) Les anomalies de naissance de la coronaire gauche naissant au niveau du tronc de l'artère pulmonaire sont une urgence chirurgicale
 - d) Pour les anomalies de trajet de la coronaire droite naissant du sinus gauche, la technique de réimplantation est le gold standard
 - e) Pour les anomalies de la coronaire gauche , on ne peut patcher la coronaire car trop petite
-