

Le Cours en Questions



RADIOLOGIE

MANAR sans Exclusivité

Bon Courage 2013

**0
0
8**

**QCM
QROC
classés par cours**

Groupés et assemblés par : DR. N. MELBOUCI.

Le Coursus en Questions

- Déjà paru :

- . HISTOLOGIE
- . PHYSIOLOGIE
- . RESIDANAT 2000
- . RESIDANAT 2001
- . RESIDANAT PAR SPECIALITE 1996-2003
- . RESIDANAT PAR SPECIALITE 2004
- . RESIDANAT PAR SPECIALITE 2005.
- . RESIDANAT PAR SPECIALITE 2006.
- . RESIDANAT PAR SPECIALITE 2007.
- . RESIDANAT PAR SPECIALITE 1996-2007
- . INFECTIOLOGIE
- . MICROBIOLOGIE 2008
- . PEDIATRIE
- . NEUROLOGIE

**LE PHOTOCOPIAGE NON AUTORISÉ
EST UN DÉLIT ET UN PÉCHÉ**

Groupés et assemblés par : **Dr N. MELBOUCI**

*Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.*

*Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite. Une
copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constitue
une contrefaçon
passible des peines prévues par la loi.*

Achévé d'impression : Juin 2008.
Edition 2008.

Dépôt légal : 1577 - 2008.
ISBN : 978 - 9947 - 0 - 2244 - 3.

Le Coursus en Questions

PREFACE

*Toujours dans le souci du mieux, nous avons tenu cette
fois-ci à améliorer le rendement de cet ouvrage.
Présenter un document encore plus fiable et encore plus
performant est actuellement notre objectif, c'est dans cet
esprit que cette nouvelle édition améliorée, revue, recorri-
gée et complétée à été mise à jours.*

*Ainsi l'étudiant trouve à sa disponibilité la plus grande
banque d'Annales et corrigées et arrive par conséquent à
trouver le document le plus fiable et le plus précieux afin de
préparer ses évaluations dans des conditions optimales et
efficaces.*

*Cette nouvelle édition à été conçu a partir des sujets d'exa-
mens d'externat depuis 1980 jusqu'a 2007.*

Dr. N. MELBOUCI.

Existe aussi chez l'auteur :

- Déjà paru :

**ANNALES DU CONCOURS D'INTERNAT
1985 - 2004**

- . IMMUNOLOGIE
- . ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- . PARASITOLOGIE
- . VIROLOGIE
- . MICROBIOLOGIE
- . GASTROLOGIE
- . CARDIOLOGIE

MANAR

Sommaire

Anatomie QCM	7
Anatomie QROC	14
Techniques radiologiques QCM	17
Techniques radiologiques QROC	24
Signe de la silhouette QCM	27
Signe de la silhouette QROC	30
Atélectasie QCM	31
Atélectasie QROC	34
Bronchogramme aérique QCM	35
Bronchogramme aérique QROC	37
Syndrome pleural QCM	38
Syndrome pleural QROC	42
Syndrome extra-pleural QCM	43
Syndrome extra-pleural QROC	44
Divers QCM	45
Divers QROC	49
Radiologie dossiers	50
Corrigés	53

paraîtra prochainement :

- INFECTIOLOGIE 2008
- NEUROLOGIE 2008

1. Sur une radiographie pulmonaire, vous voyez les poumons parcequ'ils contiennent :
- A- De l'air, des artères et des veines
 - B- Des artères et des veines
 - C- Des structures contenant du sang et du gaz
 - D- Du gaz seulement
2. Sur un cliché de face normale, on peut voir a gauche :
- A- La petite scissure
 - B- La scissure azygos
 - C- La grande scissure
 - D- Aucune de ces structures
3. Chez un sujet normal, le hile pulmonaire visible radiologiquement est constitué par :
- A- Les ganglions lymphatiques
 - B- Les nerfs
 - C- Les vaisseaux pulmonaires
 - D- Les bronches
 - E- Les bronches et les vaisseaux
4. Le bouton aortique est situé :
- A- En avant
 - B- En arrière
5. Le bouton aortique représente la jonction entre :
- A- Aorte ascendante - Aorte horizontale
 - B- Aorte horizontale - Aorte descendante
6. Le terme de bouton aortique est appliqué a la jonction :
- A- Aorte ascendante - aorte horizontale
 - B- Aorte horizontale - aorte descendante
 - C- Ventricule gauche - aorte ascendante
 - D- Ventricule gauche - aorte descendante
7. Un malade en décubitus latéral inhale accidentellement un petit corps étranger, il risque par obstruction bronchique d'avoir un abcès pulmonaire qui se localisera de préférence dans l'un des segments suivants :
- A- 1-3 apico-dorsal ou culmen
 - B- 10 postéro-basal
 - C- 4-5 lingula
 - D- 6 Fowler
 - E- 9 latéro-basal
8. Le segment antérieur du lobe supérieur est plus souvent le siège d'un cancer, d'une tuberculose :
- A- Vrai
 - B- Faux
9. Sur un cliché de profil, la poche à air gastrique qui se projette dans le diaphragme le plus haut situé, témoigne d'une ascension pathologique de l'hémicoupe gauche :
- A- Vrai
 - B- Faux
10. Une atelectasie des segments 4 et 5 du lobe moyen et des segments 6, 7, 8, 9, 10 du lobe inférieur, témoigne d'une obstruction de :
- A- La bronche lobaire supérieure droite
 - B- La bronche souche droite
 - C- La bronche intermédiaire
 - D- La bronche lobaire inférieure
11. La petite scissure ?
- A- Est toujours visible sur un téléthorax
 - B- Est visible pratiquement une fois sur deux
 - C- Est visible pratiquement une fois sur 4
 - D- Se situe entre la partie antérieure des 7ème et 10ème cotes

ANATOMIE

QCM

12. La scissure azygos comporte ?

- A- Un feuillet pleural
- B- Deux feuillets pleuraux
- C- Quatre feuillets pleuraux
- D- Aucun

13. Une opacité effaçant le bouton aortique se trouve dans ?

- A- Le segment apico-dorsal (1, 3)
- B- Le segment antérieur (2)
- C- Le lobe supérieur gauche
- D- Le lobe moyen

14. La petite scissure part de la grande scissure et atteint la paroi au niveau de la 4ème cote :

- A- Vrai
- B- Faux

15. Le segment antérieur du lobe supérieur ?

- A- Est souvent le siège d'un foyer tuberculeux
- B- Est souvent le siège d'un cancer

16. Le segment (6) du lobe inférieur ?

- A- Est souvent le siège d'un cancer
- B- Est souvent le siège d'un abcès

17. Le segment interne (5) du lobe moyen ?

- A- Est de situation para-cardiaque de face
- B- Est de situation antérieure par rapport au segment 4
- C- Est de situation postérieure par rapport au segment 4
- D- Est limité en arrière par la grande scissure

18. Le segment (6) du lobe inférieur occupe une position plus haute que le segment du lobe moyen :

- A- Vrai
- B- Faux

19. Une lésion du segment para-cardiaque du lobe inférieur de même densité que le cœur va effacer ce dernier :

- A- Vrai
- B- Faux

20. Au niveau du lobe supérieur gauche ?

- A- L'apico-dorsal occupe une position plus haute que l'antérieur
- B- L'apico-dorsal se superpose de face avec l'antérieur
- C- Les segments linguaires sont de situation para cardiaque
- D- L'apico-dorsal occupe une position para-trachéale

21. Un effacement du bouton aortique signifie que la lésion peut se situer ?

- A- Dans le poumon
- B- Dans la cavité pleurale postérieure
- C- Dans le médiastin postérieur
- D- Sur le grill costal

22. Un hile gauche est plus bas situé par rapport au hile droit ?

- A- Se voit normalement
- B- N'est pas normal

23. Le lobe azygos est séparé du reste du lobe supérieur par ?

- A- La scissure azygos
- B- La veine azygos
- C- La veine cave supérieure
- D- Le tronc porte

24. La bronche lobaire moyenne naît de la bronche ?

- A- Souche droite
- B- Souche gauche
- C- Souche intermédiaire
- D- Souche supérieure gauche

25. Quel est le segment qu'occupe une position para-trachéale ?

- A- L'apicale
- B- L'antérieure
- C- Le segment postérieur
- D- L'apico-dorsal

ANATOMIE

QCM

26. La face supérieure du segment 4 se trouve en contact intime avec la face inférieure du segment 2 ?

- A- Vrai
- B- Faux

27. La coupole diaphragmatique droite, sur un cliché de profil :

- A- Est visible d'avant en arrière
- B- Est plus basse que la coupole gauche
- C- Se croise avec la coupole gauche

28. Les organes suivants sont tous antérieurs, sauf ?

- A- Bord droit du cœur
- B- Bouton aortique
- C- Bord gauche du cœur
- D- Aorte descendante
- E- Aorte ascendante
- F- Oreillette droite

29. Une affection qui recouvre, mais n'efface pas le bord gauche du cœur, est ?

- A- Située dans la lingua
- B- Située dans le lobe inférieur gauche
- C- On ne peut le dire

30. Le lobe inférieur droit est en regard du lobe supérieur et du lobe moyen :

- A- Vrai
- B- Faux

31. La grande scissure se dirige de D5 jusqu'au 1/3 antérieur du diaphragme :

- A- Vrai
- B- Faux

32. Une opacité se projetant de face au dessus de la petite scissure appartient toujours au lobe supérieur :

- A- Vrai
- B- Faux

33. Une scissure accessoire peut séparer le segment apical du reste du lobe inférieur :

- A- Vrai
- B- Faux

34. Le segment (6) du lobe supérieur droit naît presque en regard avec l'apico-dorsal à gauche, et le postérieur à droite :

- A- Vrai
- B- Faux

35. La bronche lobaire supérieure droite naît presque en regard de la carène ?

- A- Vrai
- B- Faux

36. Le segment apical (1) occupe une position para-trachéale de face :

- A- Vrai
- B- Faux

37. Le segment (2) repose sur la petite scissure de face et de profil :

- A- Vrai
- B- Faux

38. La bronche intermédiaire prolonge la bronche souche droite après le départ de la bronche supérieure droite :

- A- Vrai
- B- Faux

39. La bronche lobaire moyenne naît de la bronche intermédiaire et peut se diviser pour ventiler le segment (5) interne qui est para-cardiaque de face, et repose sur la grande scissure de profil et le segment (4) externe de face et antérieur de profil :

- A- Vrai
- B- Faux

ANATOMIE

QCM

40. La bronche lobaire inférieure droite prolonge la bronche intermédiaire après le départ de la bronche lobaire moyenne droite, qui est située juste en avant de la bronche de NELSON :

- A- Vrai
B- Faux

41. Le segment (6) est en regard sur un cliché de face des segments 4 et 5 en bas, et du 3 en haut :

- A- Vrai
B- Faux

42. Les segments antéro-dorsal (8) et postéro-basal (10) se superposent de face, les segments para-cardiaque et latéro-basal de profil :

- A- Vrai
B- Faux

43. Les segments (4) externe et (7) para-cardiaque se superposent de face, et sont l'un en face de l'autre de profil :

- A- Vrai
B- Faux

44. Les segments (4) et (5) se superposent avec le coeur sur le cliché de profil :

- A- Vrai
B- Faux

45. La bronche linguale naît de la bronche supérieure gauche, la bronche lobaire moyenne naît de la bronche intermédiaire :

- A- Vrai
B- Faux

46. La scissure azygos, rencontrée chez environ 50% des individus normaux, délimite une portion variable de la région interne et apicale du lobe supérieur droit ?

- A- Vrai
B- Faux

47. La scissure accessoire est prise généralement à tort pour la petite scissure, car ces deux scissures sont à peu près situées à la même hauteur ?

- A- Vrai
B- Faux

48. La bronche du lobe moyen droit (LMD) naît de la bronche intermédiaire et se divise en deux bronches segmentaires ?

- A- Vrai
B- Faux

49. La bronche lobaire droite naît de la bronche intermédiaire, la lingula naît de la lobaire inférieure gauche ?

- A- Vrai
B- Faux

50. La grande scissure se dirige de la 5ème cote jusqu'au 1/3 postérieur du diaphragme ?

- A- Vrai
B- Faux

51. Les segments 5 externe et 7 para-cardiaque se superposent de face, et sont l'un en face de l'autre de profil ?

- A- Vrai
B- Faux

52. Toutes les scissures pulmonaires peuvent être vues sur un téléthorax de profil ?

- A- Vrai
B- Faux

53. La coupole diaphragmatique gauche est légèrement plus haute que la droite ?

- A- Vrai
B- Faux

54. Les lignes de Kerley A se trouvent au niveau des bases pulmonaires ?

- A- Vrai
B- Faux

ANATOMIE

QCM

55. Cochez les structures qui constituent l'interstitium pulmonaire ?

- A- Parois des bronches intra-pulmonaires
B- Artères et veines
C- Lymphatiques
D- Cloisons inter-alvéolaires
E- Tissus conjonctif

56. La bronche souche droite est un peu plus verticale que la gauche ?

- A- Vrai
B- Faux

57. Une hernie du poumon sein est ?

- A- Trans-médiastinale
B- Trans-diaphragmatique
C- Thoraco-cervicale

58. La petite scissure atteint la paroi latérale du thorax au niveau ?

- A- De la 10ème cote
B- De la 1ère cote
C- Entre la 2ème et la 7ème cote
D- Le plus souvent au niveau de la 4ème cote

59. La bronche de Nelson naît ?

- A- En arrière juste en regard de la bronche lobaire moyenne droite
B- En avant juste en regard de la bronche lobaire moyenne droite
C- Tout à fait en bas de la bronche lobaire inférieure
D- A un point médian de la bronche lobaire inférieure

60. Les segments du LID se situent ?

- A- En avant de la grande scissure
B- En arrière de la grande scissure
C- En haut de la petite scissure

61. Le cliché de profil permet de préciser si la lésion siège à droite ou à gauche ?

- A- Vrai
B- Faux

62. Le cliché de profil permet de préciser si la lésion siège en avant ou en arrière ?

- A- Vrai
B- Faux

63. Cochez la ou les réponses justes ?

- A- La petite scissure existe à droite et à gauche
B- La grande scissure est vue de face et de profil
C- La scissure azygos n'existe qu'à droite
D- La scissure accessoire n'existe qu'à droite

64. La grande scissure n'est pas visible habituellement sur l'incidence normale de face car :

- A- Elle est anatomiquement souvent absente
B- Elle n'est pas parallèle au rayon incident
C- Elle a la même densité que le tissu pulmonaire voisin

65. Quel est le but de la connaissance de l'anatomie segmentaire du poumon ?

- A- Extraction des corps étrangers avec précision
B- Repérage des lésions
C- Etablir un diagnostic différentiel
D- Comprendre la radiologie pulmonaire

66. Sur une incidence de profil, il est possible d'identifier le lobe supérieur et le lobe inférieur séparés par la petite scissure ?

- A- Vrai
B- Faux

67. L'abcès du poumon atteint fréquemment le segment apical du lobe inférieur droit :

- A- Vrai
B- Faux

68. La scissure accessoire :

- A- Sépare le segment apical du reste du LSD
- B- Sépare le segment apical du reste du LID
- C- Sépare le segment apical du reste du LIG
- D- Sépare le segment apical du LSG

69. Le bouton aortique et l'aorte ascendante sont de situation postérieure ?

- A- Vrai
- B- Faux

70. Le lobe azygos résulte du développement normal de la veine azygos qui coupe à travers le lobe supérieur droit :

- A- Vrai
- B- Faux

71. La petite scissure sépare ?

- A- Le lobe supérieur de la lingua
- B- Le lobe moyen du lobe inférieur
- C- Le lobe azygos du lobe supérieur
- D- Le segment para-cardiaque du lobe inférieur

72. La lingua est ventilée par :

- A- La bronche lobaire inférieure
- B- La bronche du segment antérieur
- C- La bronche lobaire supérieure
- D- La bronche de Nelson
- E- La bronche intermédiaire

73. R.J. Toutes ces structures anatomiques sont antérieures, sauf une. Laquelle ?

- A- Le bouton aortique.
- B- Le bord droit du cœur.
- C- Le bord gauche du cœur.
- D- Le segment antérieur du lobe supérieur droit.
- E- L'aorte ascendante.

74. R.J. La scissure para-cardiaque sépare :

- A- Une portion médiane et basale du reste du lobe inférieur.
- B- Les segments de la lingua.
- C- Le segment apical du reste du lobe inférieur.
- D- Les lobes inférieur et moyen.
- E- Les segments du lobe moyen.

75. R.J. La petite scissure, les scissures azygos et para-cardiaque se voient :

- A- Souvent chez l'enfant.
- B- Presque toujours à gauche.
- C- Souvent à droite.
- D- Des deux côtés.
- E- Souvent chez la femme.

76. R.J. Sur un cliché thoracique, les adénopathies tuberculeuses sont le plus souvent en situation :

- A- Mammaire interne
- B- Inter bronchique droite et gauche
- C- Latéro-trachéale droite, inter-bronchique droite et inter-trachéo-bronchique
- D- Latéro-trachéale gauche et inter-aortico-pulmonaire
- E- Latéro-trachéale droite et inter-bronchique droite et gauche

77. R.J. Une petite scissure dont le trajet oblique vers le bas est accentué signifie que :

- A. Le lobe pulmonaire moyen est de petite taille
- B. Le lobe pulmonaire moyen est absent anatomiquement
- C. Le lobe pulmonaire moyen est normal
- D. Le lobe pulmonaire moyen est volumineux
- E. Le lobe pulmonaire moyen est atelectasié

78. R.J. La scissure para-cardiaque sépare :

- A. Le segment apical du reste du lobe inférieur
- B. Les lobes moyens et inférieurs
- C. Les lobes supérieur et moyen
- D. Une portion médiane du reste du lobe inférieur
- E. Le lobe inférieur

79. La scissure azygos est constituée de :

- A- Un feuillet pleural
- B- Deux feuillets pleuraux
- C- Trois feuillets pleuraux
- D- Quatre feuillets pleuraux
- E- Cinq feuillets pleuraux

80. La grande scissure n'est pas visible habituellement sur l'incidence classique de face car :

- A- Anatomiquement souvent absente
- B- Non parallèle aux rayons X
- C- N'a pas la même densité que le tissu pulmonaire adjacent
- D- N'a pas la même densité que la masse cardiaque
- E- Toutes ces réponses sont fausses

81. La petite scissure part de la grande scissure pour atteindre la paroi latérale du thorax au niveau de :

- A- Le plus souvent au niveau de la 4ème cote
- B- Entre la 1ère et la 2ème cote
- C- Le plus souvent la 3ème cote
- D- Toujours la 8ème cote
- E- Entre la 5ème et la 6ème cote

ANATOMIE

QROC

1. Enumérez les segments du lobe inférieur ?
2. Enumérez les segments du lobe supérieur gauche ?
3. Enumérez les segments ventilés par la bronche supérieure gauche ?
4. A quel niveau se trouve la bronche de NELSON ?
5. Citez toutes les scissures que vous connaissez, précisez leur situation anatomique ?
6. Citez les segments qui sont en contact avec la grande scissure :
 - a- A droite
 - b- A gauche
7. Quels sont les segments du lobe inférieur qui se superposent de face et de profil ?
8. Citez les éléments anatomiques qui sont en contact anatomique avec le segment antérieur du lobe supérieur droit et du lobe supérieur gauche :
 - a- Antérieur droit
 - b- Antérieur gauche
9. Un hile gauche est situé plus bas que le hile droit, indiquez ?
10. Citez toutes les scissures interlobaires que vous connaissez ?
11. Parmi les segments du lobe supérieur droit, citez celui qui est le plus souvent le siège d'un foyer cancéreux ?
12. Préciser la situation antérieure ou postérieure des éléments suivants :
 - a- Bouton aortique
 - b- Bord gauche du cœur
 - c- Bord droit du cœur
 - d- Aorte ascendante
 - e- Aorte descendante
13. Quels sont les éléments anatomiques en contact avec le segment (2) du lobe supérieur droit ?
14. Citez les segments des lobes inférieurs droits et gauche en contact avec le cœur ?
15. Selon la classification de BOYDEN, quels sont les noms des segments :
 - a- Du lobe supérieur droit
 - b- Du lobe supérieur gauche
16. Quelles sont les localisations référentielles segmentaire :
 - a- De l'abcès du poumon
 - b- De la tuberculose
17. Une lésion située au niveau :
 - a- De la lingula efface :
 - b- Du lobe moyen efface :
 - c- Du lobe moyen efface :
 - d- Du segment antérieur droit efface :
 - e- Du segment antérieur gauche efface :
18. Conditions de visibilité d'une scissure ?
19. La petite scissure se situe entre quelle et quelle structure ?
20. Donnez la segmentation du lobe supérieur du poumon droit ?
21. Quels sont les lobes qui délimitent entre eux la petite scissure ?

ANATOMIE

QROC

22. Comment s'appellent les segments H9 et H10 du LID ?
23. Quels sont les deux segments ventilés par la bronche supérieure de la lobaire supérieure gauche ?
24. Qu'est ce que la lingula ?
25. La grande scissure est-elle visible sur un téléthorax de face ?
26. A quelle structure anatomique médiastinale correspond l'arc inférieur gauche ?
27. Quel segment des arcs costaux n'est pas visible sur un téléthorax de face ? Pourquoi ?
28. Quels sont les lobes qui se trouvent de part et d'autre de la petite scissure ?
29. Intérêt de la connaissance de l'anatomie segmentaire ?
30. Pourquoi la petite scissure apparaît-elle sur les clichés de face et de profil, alors que la grande scissure n'est visible qu'en incidence de profil ?
31. A l'état normal, le poumon reste accolé à la paroi, quels sont les facteurs physiologiques qui interviennent dans cet équilibre ?
32. Enumérez les différentes scissures et indiquez si elles sont vues de face et/ou de profil ?
33. Par combien de feuillets pleuraux est formée la scissure azygos ?
34. Enumérez les différents organes du médiastin ?
35. Citez en les nomant les différents arcs du médiastin et indiquez à quelles structures anatomiques ils correspondent ?
36. Comment différencier les coupes diaphragmatiques sur un cliché de profil ?
37. Citez les scissures accessoires ?
38. Sur un schéma de votre réalisation, indiquez l'emplacement des différentes scissures ?
39. Quelle différence existe-t-elle entre un bord et une ligne ?
40. Parmi les segments du LSD, citez celui qui est le plus souvent siège d'une tuberculose ?
41. Le sinus costo-diaphragmatique comprend 4 parties, lesquelles ?
42. Avec quelles structures vasculaires le segment apico-dorsal du LSG est-il en contact intime ?
43. La scissure azygos ne se voit jamais à gauche, pourquoi ?
44. Pourquoi les seins, de densité hydrique, sont-ils visibles sur un téléthorax de face ?
45. Pourquoi les vaisseaux pulmonaires sont-ils visibles dans le parenchyme pulmonaire ?
46. Pourquoi la trachée et les bronches ne sont-elles pas visibles dans les champs pulmonaires ?
47. Pourquoi les vaisseaux pulmonaires ne sont-ils pas visibles dans le médiastin et à l'intérieur de la silhouette cardiaque ?

48. Quelle est la segmentation du lobe inférieur (dans l'ordre) ?

49. Quelle est la définition de l'espace extra-pleural ? Quelles pathologies peut-on y trouver ?

50. Citer deux éléments du médiastin qui sont antérieurs ?

RADIOLOGIE

NOUVEAU

TECHNIQUES RADIOLOGIQUES

Le Cours en Questions QCM Questions

1. Un téléthorax de face est strictement valable :

- A- Quand la colonne dorsale est strictement au milieu du thorax
- B- Quand les cotes gauches et droites sont symétriques
- C- Quand les articulations sterno-claviculaires sont symétriques
- D- Aucune de ces propositions n'est juste

2. Un téléthorax de profil est strictement valable quand :

- A- Le sternum est strictement de profil
- B- La colonne dorsale est strictement de profil

3. Le téléthorax standard de face, se pratique habituellement le sujet :

- A- En inspiration debout
- B- En expiration debout
- C- En expiration et en apnée debout
- D- En expiration couché

4. Lorsqu'un cliché est pris en expiration, la position de la coupole diaphragmatique se situe :

- A- Au niveau de l'arc postérieur de la 8ème cote
- B- Au niveau de l'arc antérieur de la 9ème cote
- C- Au niveau de l'arc postérieur de la 9ème cote
- D- Au niveau de l'arc postérieur de la 4ème cote et au niveau de l'arc antérieur de la 5ème cote

5. Vous devez examiner radiologiquement un blessé du thorax en décubitus dorsal, il faut lui faire nécessairement un profil franc, indiquez la direction du rayon :

- A- Horizontale
- B- Verticale

6. Au cours d'une pneumonie, on pratique deux clichés. L'un sous tension normale, l'autre sous haute tension. Le film en haute tension paraît :

- A- Plus accentué
- B- Moins accentué
- C- Identique

7. Une téléradiographie du thorax se prend à une distance du film de :

- A- 1m
- B- 2m
- C- 1,5m
- D- 3m

8. Une téléradiographie du thorax se prend à une distance définie du film afin de :

- A- Majorer l'agrandissement
- B- De diminuer l'agrandissement
- C- N'a pas d'influence sur l'agrandissement
- D- D'augmenter la netteté de l'image
- E- De diminuer la netteté de l'image

9. Le cliché pulmonaire doit être pratiqué, préférentiellement pour un face, chez un sujet très fatigué :

- A- Debout en PA
- B- Debout en AP
- C- Couché en PA
- D- Couché en AP

10. Une lésion située derrière le cœur sera visible sur un cliché :

- A- De face pris en PA
- B- De face en AP
- C- En profil droit
- D- En profil gauche
- E- En oblique

48. Quelle est la segmentation du lobe inférieur (dans l'ordre) ?

49. Quelle est la définition de l'espace extra-pleural ? Quelles pathologies peut-on y trouver ?

50. Citer deux éléments du médiastin qui sont antérieurs ?

RADIOLOGIE

2008

TECHNIQUES RADIOLOGIQUES

QCM

1. Un téléthorax de face est strictement valable :

- A- Quand la colonne dorsale est strictement au milieu du thorax
- B- Quand les côtes gauches et droites sont symétriques
- C- Quand les articulations sterno-claviculaires sont symétriques
- D- Aucune de ces propositions n'est juste

2. Un téléthorax de profil est strictement valable quand :

- A- Le sternum est strictement de profil
- B- La colonne dorsale est strictement de profil
- C- Le sternum est strictement de face
- D- La colonne dorsale est strictement de face

3. Le téléthorax standard de face, se pratique habituellement le sujet :

- A- En inspiration debout
- B- En expiration debout
- C- En expiration et en apnée debout
- D- En expiration couché

4. Lorsqu'un cliché est pris en expiration, la position de la coupole diaphragmatique se situe :

- A- Au niveau de l'arc postérieur de la 8ème côte
- B- Au niveau de l'arc antérieur de la 9ème côte
- C- Au niveau de l'arc postérieur de la 9ème côte
- D- Au niveau de l'arc postérieur de la 4ème côte et au niveau de l'arc antérieur de la 5ème côte

5. Vous devez examiner radiologiquement un blessé du thorax en décubitus dorsal, il faut lui faire nécessairement un profil franc, indiquez la direction du rayon :

- A- Horizontale
- B- Verticale

6. Au cours d'une pneumonie, on pratique deux clichés. L'un sous tension normale, l'autre sous haute tension. Le bronchogramme mis en évidence sur le film en haute tension paraît :

- A- Plus accentué
- B- Moins accentué
- C- Identique

7. Une téléradiographie du thorax se prend à une distance du film de :

- A- 1m
- B- 2m
- C- 1,5m
- D- 3m

8. Une téléradiographie du thorax se prend à une distance définie du film afin de :

- A- Majorer l'agrandissement
- B- De diminuer l'agrandissement
- C- N'a pas d'influence sur l'agrandissement
- D- D'augmenter la netteté de l'image
- E- De diminuer la netteté de l'image

9. Le cliché pulmonaire doit être pratiqué, préférentiellement pour un face, chez un sujet très fatigué :

- A- Debout en PA
- B- Debout en AP
- C- Couché en PA
- D- Couché en AP

10. Une lésion située derrière le cœur sera visible sur un cliché :

- A- De face pris en PA
- B- De face en AP
- C- En profil droit
- D- En profil gauche
- E- En oblique

11. Une incidence en oblique visualise mieux qu'un cliché de face :

- A- Un aggrandissement hilair
- B- Une image cavitaire sous claviculaire
- C- La bifurcation trachéale
- D- Les culs de sacs costo-diaphragmatiques latéraux

12. Un cliché en décubitus latéral, rayon horizontal, mettra mieux en évidence :

- A- Une cavité d'abcès pulmonaire avec niveau
- B- Une pleurésie enkystée
- C- Une hyalination pneumonique
- D- Un épanchement libre discret

13. Un cliché en lordose, en PA, donne des résultats identiques à :

- A- Un cliché debout en PA, tube incliné de 45° vers le haut
- B- Un cliché debout en PA, tube incliné de 45° vers le bas
- C- Un cliché en lordose en AP

14. Une opacité arrondie visible au niveau de l'hémithorax droit sur un cliché de face et disparaissant des plages pulmonaires sur le cliché de profil correspond à ?

- A- Une tumeur fantôme
- B- Un épanchement enkysté de la petite scissure
- C- Une tumeur cutanée
- D- Un shunt artério-veineux

15. Dans un épanchement pleural gauche, le cliché en DL droit permet d'étudier correctement la ligne para-aortique gauche :

- A- Vrai
- B- Faux

16. Sur un cliché de profil ?

- A- Le diaphragme le plus proche du film présente une meilleure netteté
- B- Le diaphragme gauche se voit en totalité
- C- Le diaphragme droit est caché par le cœur dans sa portion antérieure
- D- Le diaphragme droit et gauche se voient en totalité

17. Un téléthorax en haute tension se pratique ?

- A- A 10 Kw
- B- A 20 Kw
- C- A 50 Kw
- D- Aucune des trois propositions

18. Le sens de rotation pour le cliché en oblique est déterminé par le siège de la lésion à étudier ?

- A- Vrai
- B- Faux

19. Les bronches sont ?

- A- Visibles sur un téléthorax
- B- Non visibles sur un téléthorax

20. En mettant la lésion aussi loin du film que possible, cela réduit l'aggrandissement et augmente la netteté ?

- A- Vrai
- B- Faux

21. Quelle est la série d'éléments physiologiques ayant la même densité radiologique ?

- A- Muscle
- B- Sang
- C- Plevre
- D- Cote
- E- Graisse
- F- Sang
- G- Cœur
- H- Muscle

C-

- Sang
- Cœur
- Muscle
- Diaphragme

22. Quelle incidence peut permettre de retrouver sur une cliché les caractéristiques anatomiques d'un syndrome pleural localisé ?

- A- Tangentielle
- B- Profil
- C- Décubitus latéral
- D- Décubitus dorsal

23. L'oblique antérieur gauche permet une meilleure analyse des segments du poumon droit, l'oblique antérieur droit, lui, permet une meilleure analyse du poumon gauche :

- A- Vrai
- B- Faux

24. En cas de surélévation de l'hémicoupe droite, vous demandez en premier lieu, l'examen suivant ?

- A- Un téléthorax en expiration
- B- Un téléthorax en inspiration
- C- Une tomographie de la base thoracique droite
- D- Une échographie abdominale
- E- Une scintigraphie hépatique

25. L'incidence en lordose qui projette les sommets au dessous des clavicules et horizontalise les cotes est réalisée avec un tube surélevé, puis incliné à 30° vers le bas ?

- A- Vrai
- B- Faux

26. Le rayonnement diffusé :

- A- Produit une image floue
- B- Est peu important chez les sujets obèses
- C- Est atténué par l'utilisation d'une grille anti-diffusante
- D- B+C
- E- A+C

27. En cas d'obstruction bronchique incomplète avec piégeage de l'air, les signes radiologiques sont majorés par le cliché en inspiration profonde ?

- A- Vrai
- B- Faux

28. Le cliché en expiration :

- A- Apprécie la mobilité des coupoles
- B- Est utile dans l'exploration des emphysemes pulmonaires
- C- Recherche les petits pneumothorax

29. Un téléthorax chez l'adulte est :

- A- Réalisé en haute tension
- B- Réalisé en basse tension
- C- En incidence antéro-postérieure
- D- En incidence postéro-antérieure

30. Une TDM utilise des ultra sons ?

- A- Vrai
- B- Faux

31. L'échographie est l'examen de choix pour l'exploration :

- A- Des organes creux intra-abdominaux
- B- Des reins
- C- Du foie
- D- Des poumons
- E- Des cavités cardiaques

32. Lors d'un examen échographique, une collection liquidienne apparaîtra très échogène ?

- A- Vrai
- B- Faux

33. Le cliché du thorax en oblique droit est réalisé :

- A- La partie antérieure de l'hémithorax droit au contact du film
- B- La partie postérieure de l'hémithorax droit au contact du film
- C- La partie antérieure de l'hémithorax gauche au contact du film
- D- La partie postérieure de l'hémithorax gauche au contact du film

34. L'angle costo-diaphragmatique postérieur est visible sur une radiographie de face ?

- A- Vrai
B- Faux

35. Pour éviter les problèmes de la superposition au niveau du poumon droit en pratique, on pratiquera ?

- A- Un profil
B- Un OAD
C- Un OAG

36. Le téléthorax en haute tension se pratique ?

- A- a 120 kv
B- a 80 kv
C- a 50 kv
D- a 10 kv

37. Le téléthorax en haute tension ?

- A- Réduit l'absorption osseuse
B- Augmente l'absorption osseuse

38. Une augmentation de la transparence pulmonaire se voit dans les situations suivantes ?

- A- Pneumothorax
B- Emphysème
C- Kystes aériens
D- Atélectasie

39. Le profil pulmonaire est utile pour ?

- A- La mise en évidence de lésions situées au niveau costo-diaphragmatique antérieur et postérieur
B- La mise en évidence de processus retro-sternal et retro-cardiaque

40. Chez un malade tétraplégique, un téléthorax au lit se fera dans les conditions suivantes ?

- A- Distance foyer-film de 2m
B- Distance foyer-film de 1m
C- Distance foyer-film de 3m
D- Aboutira à une distorsion de la silhouette cardiaque

41. Sur un cliché de face normal, on peut voir à gauche :

- A- La petite scissure
B- La scissure azygos
C- La grande scissure
D- Aucune de ces structures

42. Un téléthorax de face se réalise sur un patient en position debout (RF) :

- A- A 1 m de la source de rayon X
B- A la fin d'une inspiration profonde
C- Avec un rayon incident antéro-postérieur

43. En cas de tuberculose du sommet droit, quelle est l'incidence la plus informative ?

- A- Incidence AP de face
B- Incidence PA de face
C- Incidence de profil droit
D- Incidence en lordose

44. La radiographie thoracique standard est réalisée chez Mr. X et l'externe de garde s'étonne de l'aspect flou du cliché. Quel sera votre avis la dessus ?

- A- Le patient a bougé durant la réalisation du cliché
B- Le manipulateur a choisi des constantes inadéquates
C- La position couchée du patient fausse l'examen
D- La faible distance entre le tube à rayon X et le film (1m)

45. Mr. X est victime d'un accident de la circulation suite auquel il est transféré dans un service d'urgence. L'examen clinique retrouve un patient en état de choc, dyspnéique et difficile à mobiliser. Quelle est l'exploration qui s'impose ?

- A- Radiographie thoracique standard de face debout
B- Radiographie thoracique standard de profil en position couchée
C- Radiographie thoracique standard de face en position couchée
D- Radiographie thoracique standard de face, en position couchée, en incidence PA

46. Sur une radiographie pulmonaire, pourquoi voit-on à la fois les limites du cœur et de l'aorte ?

- A- Parce que le cœur est devant l'aorte
B- Parce qu'ils ont la même densité
C- Parce qu'ils ont des densités différentes

47. Le cliché en expiration est très utile pour détecter un emphysème obstructif unilatéral ?

- A- Vrai
B- Faux

48. La grande scissure n'est pas visible habituellement sur l'incidence normale de face car :

- A- Elle est anatomiquement souvent absente
B- Elle n'est pas parallèle aux rayons incidents
C- Elle a la même densité que le tissu pulmonaire voisin

49. Les incidences obliques localisent les lésions et les dégagent de toute superposition ?

- A- Vrai
B- Faux

50. Les critères de réussite d'un téléthorax sont ?

- A- Une bonne pénétration
B- Un noircissement correct
C- Une inspiration profonde
D- Un cliché de face stricte
E- Des omoplates bien dégagées

51. Pour apprécier le déplacement du hile, on doit connaître ses positions relatives (la ou les R.J) :

- A- Le hile gauche est légèrement plus élevé que le hile droit chez 97% des individus normaux
B- Les deux hiles sont au même niveau dans 3% des cas
C- Le hile peut se déplacer du côté opposé de l'atélectasie
D- Une atélectasie du lobe moyen entraîne invariablement le hile droit

52. Le pneumothorax apparaît mieux en inspiration qu'en expiration ?

- A- Vrai
B- Faux

53. L'incidence en lordose met mieux en évidence :

- A- Le lobe supérieur et le sommet
B- Le lobe inférieur
C- Le lobe moyen
D- Le lobe supérieur, le lobe moyen et la lingula

54. Un patient présente une douleur thoracique droite soudaine, avec dyspnée. L'examen clinique est en faveur d'un pneumothorax mais la radiographie pulmonaire standard de face n'est pas convaincante. Quel cliché sera le plus utile pour confirmer la clinique ?

- A- Profil droit
B- Face en expiration forcée
C- Face en décubitus dorsal
D- Face avec manœuvre de Valsalva
E- OAD

55. RF. Le téléthorax en expiration :

- A- Diminue la clarté pulmonaire
B- Augmente la silhouette cardiaque
C- Détecte une atélectasie
D- Détecte un emphysème obstructif
E- Est utile pour détecter les petits pneumopéritoines

56. Un téléthorax en expiration est indiqué dans :

1. Un emphysème unilatéral
2. Un petit pneumothorax
3. Une opacité basi-thoracique
4. Un petit pneumopéritoine
5. Un épanchement en ménisque

- A- 1+2+5
B- 2+3+4
C- 1+4+3
D- 3+4+5
E- 1+2+4

57. Dans les appareillages d'échographie, un transducteur est un émetteur :

- A- D'ultrasons pulsés
- B- De rayons X
- C- D'ondes électromagnétiques
- D- De rayonnement alpha
- E- De rayonnement bêta

58. Un épanchement interlobaire est visible sur un cliché thoracique :

- A- De face
- B- De profil
- C- Gravitationnel
- D- En hyperlordose
- E- En expiration forcée

59. R.J. Une pneumonie de la lingua sera soupçonnée sur une incidence en :

- A- Oblique antérieure droite.
- B- Décubitus latéral gauche.
- C- Lordose.
- D- Procubitus.
- E- Décubitus latéral droit.

60. R.J. Une téléradiographie de face se réalise habituellement, selon les règles suivantes, sauf une. Laquelle ?

- A- Patient en position debout.
- B- Patient à 1,5 mètres de la source de rayon X.
- C- A la fin d'une inspiration profonde.
- D- Avec un rayon incident antéro-postérieur.
- E- En apnée.

61. R.F. Le téléthorax en position debout est préférable au téléthorax couché pour toutes ces raisons, sauf une. Laquelle ?

- A. Plages pulmonaires plus grandes
- B. Silhouette cardiaque petite
- C. Image thoracique plus nette
- D. Plus grand agrandissement de l'image
- E. Réalisation de l'examen plus rapide.

62. R.J. Parmi ces indications, quelle est celle qui ne nécessite pas un téléthorax en expiration ?

- A. Emphyseme pulmonaire
- B. Insuffisance cardiaque
- C. Mobilité diaphragmatique
- D. Petit pneumothorax
- E. Corps étranger intra-bronchique

63. R.J. L'IRM est une méthode de diagnostique utilisant :

- A- Les ultrasons
- B- Les rayons X
- C- Un faisceau cathodique
- D- Un champ magnétique
- E- Les rayons Bétha

64. R.J. Devant une suspicion d'emphyseme obstructif on réalise :

- A- Une incidence en expiration forcée
- B- Une incidence en inspiration forcée
- C- Une incidence après manoeuvre de Valsalva
- D- En décubitus latéral
- E- Une incidence classique du thorax

65. R.J. Les moyens d'anti-diffusion utilisés en radiologie sont :

1. Compression
2. Collimation
3. Diminution de la distance foyer-film
4. Plombage du centre de la cassette
5. Grille anti-diffusante

- A- 1, 3, 5
- B- 1, 2, 3, 4, 5
- C- 1, 2, 5
- D- 1, 4, 5
- E- 1, 3, 4

66. R.J. En tomodensitométrie (TDM), la qualité de l'image dépend :

1. La résolution de densité
2. Collimation
3. Résolution spatiale
4. Epaisseur de coupe

- A- 1+2+4
- B- 1+2
- C- 1+3+4
- D- 2+3+4
- E- 1+3

67. R.J. L'incidence radiologique permettant l'étude des sinus maxillaires est :

- A- L'incidence de HIRTZ
- B- L'incidence nez-front plaque
- C- L'incidence de BLONDEAU
- D- L'incidence de SCHULLER
- E- L'incidence de STENVERS

68. La tension utilisée pour réaliser un cliché pulmonaire en radiologie standard est comprise entre :

- A- 50-60 kv
- B- 60-110 kv
- C- 70-100 kv
- D- 30-40 kv
- E- 90-125 kv

69. Un cliché pulmonaire de face est réalisé habituellement :

1. En position debout
2. A 1,5m de la source de rayon X
3. A la fin d'une inspiration profonde
4. Avec un rayon incident horizontal antéro-postérieur
5. Avec un rayon incident vertical

- A- 4+5
- B- 1+5
- C- 1+3
- D- 3+4
- E- 3+5

70. Le contraste radiologique :

- A- Diminue quand l'énergie du rayonnement augmente
- B- Augmente quand l'énergie du rayonnement diminue
- C- Est indépendant de l'énergie du rayonnement
- D- Ne dépend pas des paramètres de détection
- E- Dépend des paramètres de détection.

71. En radiologie, le rayonnement diffusé peut être diminué :

- A- Par compression
- B- En interposant une grille antidiffusante
- C- En diminuant la taille du foyer
- D- En mettant le patient au plus près du détecteur
- E- En ouvrant le diaphragme (qui limite géométriquement l'émission du tube)

72. En radiologie, la résolution spatiale de l'image peut être augmentée :

- A- Avec un tube RX ayant une intensité plus forte
- B- En augmentant la tension du tube RX
- C- En technique agrandissement même avec un foyer standard
- D- En technique agrandissement à condition d'avoir un petit foyer adapté
- E- Avec un détecteur ayant une meilleure FTM.

TECHNIQUES RADIOLOGIQUES

QROC

1. Énumérez en ordre décroissant les 4 opacités radiologiques fondamentales ?
2. Citez les trois signes qui sur un téléthorax de face, pratiqué debout, font penser à un épanchement sous pulmonaire ?
3. Citez les critères techniques de bonne qualité d'un téléthorax de face ?
4. Intérêt du profil pulmonaire ?
5. Définition et intérêt d'une grille ?
6. Citez toutes les incidences pulmonaires que vous connaissez, en précisant l'intérêt de chacune d'entre elles ?
7. Quel est le devenir des rayons X, lorsqu'ils traversent un malade ?
8. Composition et intérêt d'une grille ?
9. Quelles sont les indications d'une tomographie ?
10. Quelles sont les raisons qui font qu'un cliché debout soit préférable à un cliché couché ?
11. Intérêt des incidences obliques ?
12. Intérêt du cliché en lordose ?
13. Quel est le phénomène responsable des ombres que nous voyons sur un téléthorax ?
14. Avantage et inconvénient d'une grille ?
15. Les bronches ne sont pas visibles sur un téléthorax, pourquoi ?
16. Technique et intérêt de la position lordotique ?
17. Intérêt du cliché en expiration ?
18. Définition et principe d'une tomographie ?
19. Conditions de visibilité d'une scissure ?
20. Dans quelle condition, la poche à air gastrique est plus éloignée de la base pulmonaire ?
Quelle incidence radiologique demanderiez vous pour trancher le problème ?
21. Dans quelle affection du poumon, le cliché en expiration est l'il utile ?
22. L'un des héli-diaphragmes paraît surélevé, il faut demander :
a- Un cliché :
b- Pour éliminer :
23. Citez dans un ordre croissant ou décroissant les différentes densités radiologiques du corps humain et donnez des exemples correspondants ?
24. Quand réalise t'on un téléthorax en lordose ?
25. Quels sont les trois phénomènes qui surviennent dans le faisceau de rayon X lors de la traversée du malade ?
26. Un téléthorax de face met en évidence une opacité thoracique gauche; en complément d'investigation, vous demandez une radiographie thoracique de profil : droit ou gauche ? Expliquez pourquoi ?

TECHNIQUES RADIOLOGIQUES

QROC

27. Associez à chaque technique d'imagerie son principe de base :
a- Scanner
b- Echographie
c- IRM
d- Scintigraphie

1- Isotopes
2- Rayons X
c- Ultra son
4- Ondes magnétiques
28. La grande scissure est elle visible sur un téléthorax de face ? Pourquoi ?
29. Quand réalise t'on un téléthorax en lordose ?
30. Quelles structures doit t'on analyser sur un téléthorax ?
31. Quelle doit être la distance foyer-film pour la réalisation d'un téléthorax de face debout ?
32. Classez dans l'ordre croissant les densités élémentaires ?
33. Pour un cliché en OAD, quelle partie du thorax est contre la plaque ?
34. Sur quels critères peut-on dire qu'un téléthorax a été réalisé en bonne inspiration ?
35. Sur quels critères peut-on dire qu'un cliché thoracique est strictement de profil ?
36. Sur un cliché thoracique de profil comment reconnaît-on la coupole droite de la coupole gauche ?
37. Sur le plan imagerie, comment différencier un cliché pris en expiration d'un cliché réalisé en inspiration ?
38. Qu'est ce que le rayonnement diffusé ? pourquoi doit-on l'éviter ?
39. Pourquoi la petite scissure apparaît-elle sur les clichés de face et de profil, alors que la grande scissure n'est visible qu'en incidence de profil ?
40. Une femme enceinte de 4 mois, se plaint de migraine, vous est adressée pour examen radiologique du thorax en incidence de face. Quelle sera votre attitude ? Justifiez votre réponse ?
41. Dans quelles circonstances les bronches intra-pulmonaires deviennent-elles visibles ?
42. Quel est l'intérêt d'un cliché avec Potter ?
43. Schéma annoté du tube de Collidge ?
44. De quoi est constitué un film radiographique ?
45. Technique d'examen d'une radiographie thoracique de face ?
46. Donnez trois indications du cliché de face en AP ?
47. Comment différencier les coupoles diaphragmatiques sur un cliché de profil ?
48. Avantage de l'amplificateur de luminescence par rapport à la radioscopie ?
49. Quelles sont les incidences qui permettent de situer une opacité dans le plan antéro-postérieur ?
50. Quels sont les téléthorax en expiration ?
51. Décrire la technique de réalisation d'un téléthorax en oblique gauche ?

52. Quels sont les signes radiologiques que l'on peut rencontrer sur un téléthorax de face en présence d'une métastase costale ?

53. Dans les incidences suivantes, le rayon directeur est-il horizontal ou vertical :

- a- Téléthorax de routine :
- b- Cliché en décubitus latéral :
- c- Cliché couché en antéro-postérieur :

54. En dehors du téléthorax de face et de profil, quelle est l'incidence ou la technique de radiologie conventionnelle qui donne des renseignements sur :

- Pneumonie linguale
- Emphysème obstructif lobaire
- Opacité ronde pulmonaire

55. Le cliché en lordose : ses techniques de réalisation et intérêt.

56. Quel est le phénomène responsable de la formation de l'image radiologique ?

57. En dehors du téléthorax de face et de profil quelle est l'incidence ou la technique de radiologie conventionnelle qui donne plus de renseignements complémentaires pour ?

- a- Cancer du sommet :
- b- Pneumonie linguale :
- c- Emphysème obstructif lobaire :
- d- Opacité ronde pulmonaire :

58. Quels sont les signes radiologiques qui affirment l'origine pulmonaire d'une opacité ?

59. Quelle incidence que celle de face et de profil standard donne le plus de renseignement dans la tuberculose du sommet gauche ?

60. Citez les trois indications d'un film réalisé avec Potter ?

61. Supposons que MRX se plaint de douleur basi-thoraciques gauches postérieures, quelle serait l'incidence adéquate à réaliser pour bien explorer cette zone ?

62. Citer 3 moyens anti-diffusion ?

63. Quelle différence existe-t-elle entre un bord et une ligne ?

64. Donnez 3 structures anatomiques qui se traduisent sur un téléthorax par une tonalité hydrique ?

65. Quel profil à réaliser quand cela n'est pas spécifié dans la demande de l'examen radiologique ?

66. Quel est l'examen qui remplace actuellement la tomographie ? Que peut-on explorer par cet examen ?

67. Que doit-on utiliser pour diminuer le pourcentage du rayon diffusé ?

68. Quelle est l'incidence à conseiller pour l'exploration d'une tuberculose du sommet gauche ?

69. Dans quel cas la pratique d'un cliché en expiration est-elle utile ? Que va-t-il montrer ?

SIGNE DE LA SILHOUETTE

Le Coursu QCM Questions

1. Sur une radiographie pulmonaire, pourquoi voit-on à la fois les limites du cœur et de l'aorte ?

- A- Le cœur est devant l'aorte
- B- Ils ont la même densité
- C- Ils ont des densités différentes
- D- Le cœur est derrière l'aorte

2. Sur un film de haute tension, on constate l'existence d'une opacité dense du poumon gauche, mal limitée, faisant signe de la silhouette avec :

- A- Toute l'aorte descendante
- B- Tout le bord gauche du cœur
- C- Tout le bouton aortique
- D- Toute la totalité de l'hémi-coupole

3. Une opacité localisée du poumon gauche efface l'aorte descendante immédiatement au dessous du bouton aortique, elle sera localisée :

- A- Culmen
- B- Fowler gauche
- C- Postéro-basal gauche
- D- Basale

4. Une opacité qui se situe au niveau de l'arc de l'aorte ascendante, et qui l'efface se trouve dans :

- A- Le Fowler
- B- Le lobe moyen
- C- Le segment apical du lobe supérieur
- D- Le segment antérieur du lobe supérieur
- E- Le segment para-cardiaque

5. Une opacité apico-dorsale efface :

- A- Le bouton aortique
- B- Le bord gauche du cœur
- C- L'arc de l'artère pulmonaire
- D- L'arc de l'aorte ascendante

6. A l'état normal et sur un cliché de profil, le cœur efface :

- A- La partie antérieure du diaphragme
- B- L'aorte descendante
- C- La partie antérieure du diaphragme gauche
- D- Aucune des structures

7. Une opacité qui se situe au niveau du Fowler peut effacer :

- A- L'aorte ascendante
- B- Le bouton aortique
- C- L'aorte descendante
- D- Le bouton aortique et l'arc moyen

8. Une opacité du LID efface plus vraisemblablement :

- A- Le bord droit du cœur
- B- La coupole phrénique
- C- L'aorte ascendante
- D- Aucune de ces structures

9. Le bronchogramme aérique peut être le seul signe pour diagnostiquer une lésion pulmonaire postérieure cachée derrière le bord gauche du cœur :

- A- Vrai
- B- Faux

10. Une opacité basale droite effaçant le bord droit du cœur est situé dans :

- A- Le segment 7
- B- Le LID
- C- Le segment 3
- D- Le segment 8
- E- Le LM

11. Une lésion du segment para-cardiaque du lobe inférieur de même densité que le cœur va effacer ce dernier :

- A- Vrai
- B- Faux

SIGNE DE LA SILHOUETTE**QCM**

12. Un effacement du bouton aortique signifie que la lésion peut se situer ?

- A- Dans le poumon
- B- Dans la cavité pleurale postérieure
- C- Dans le médiastin postérieur
- D- Sur le grill costal

13. Le signe de la silhouette ne s'applique pas aux lésions médiastinale et pleurale ?

- A- Vrai
- B- Faux

14. Une masse du médiastin postérieur n'effacera pas le bord du coeur ?

- A- Vrai
- B- Faux

15. Une pneumonie du segment antéro-basal gauche (segment 8) :

- A- Efface le bord gauche du coeur
- B- N'efface pas le bord gauche du coeur

16. Une opacité du lobe moyen efface ?

- A- L'aorte descendante
- B- L'oreillette droite
- C- Le diaphragme
- D- L'aorte ascendante

17. Le bouton aortique est effacé par une lésion du segment ?

- A- Antérieur du lobe supérieur gauche
- B- Apical du lobe inférieur
- C- Apico-dorsal du lobe supérieur gauche
- D- Aucune réponse n'est juste

18. L'aorte ascendante est effacée par une lésion du segment ?

- A- Postérieur du lobe supérieur droit
- B- Apical du lobe inférieur droit
- C- Antérieur du lobe supérieur droit
- D- Apical du lobe supérieur droit

19. Une opacité pulmonaire effaçant le bouton aortique est située dans ?

- A- Le lobe supérieur gauche
- B- Le lobe inférieur gauche
- C- Le segment apical (6) gauche
- D- Le segment apico-dorsal

20. Le bord gauche du coeur est effacé par une affection ?

- A- De la lingua
- B- Du LIG
- C- Du LSG

21. Si sur un cliché du thorax de face, une opacité se projette sur la silhouette cardiaque mais sans effacer les bords, cela signifie qu'elle est située ?

- A- En avant du coeur
- B- En arrière du coeur
- C- Dans le même plan que le coeur

22. L'effacement du bouton aortique et de l'aorte thoracique descendante peut être en rapport avec ?

- A- Lésion pulmonaire postérieure
- B- Lésion pleurale postérieure
- C- Lésion médiastinale postérieure
- D- Lésion costale postérieure

23. Une affection du segment antérieur du lobe supérieur droit peut cacher ?

- A- L'aorte ascendante
- B- Le bord droit du coeur
- C- Le bouton aortique
- D- L'artère pulmonaire

24. Une affection du lobe supérieur gauche effacera ?

- A- Le bouton aortique
- B- L'aorte ascendante
- C- Le bord gauche du coeur

25. Une opacité liquidienne en contact du bord gauche du coeur ?

- A- Fait disparaître le bord gauche du coeur
- B- Ne fait pas disparaître le bord gauche du coeur
- C- Est antérieure
- D- Est situé dans la lingua
- E- B+C+D
- F- A+C+D

SIGNE DE LA SILHOUETTE**QCM**

26. Les organes suivants sont tous antérieurs, sauf ?

- A- Bord droit du coeur
- B- Bouton aortique
- C- Bord gauche du coeur
- D- Aorte descendante
- E- Aorte ascendante
- F- Oreillette

27. Une affection qui recouvre mais qui n'efface pas le bord gauche du coeur est située ?

- A- Dans la lingua
- B- Dans le LIG
- C- Aucune

28. Une lésion du segment para-cardiaque du lobe inférieur de même densité que le coeur va effacer ce dernier ?

- A- Vrai
- B- Faux

29. Le signe de la silhouette ne peut être appliqué au bord droit du coeur :

- A- Si ce bord se projette sur le rachis
- B- S'il existe un "pectus excavatum"
- C- Si le film est sur-exposé
- D- S'il existe des franges graisseuses

30. Quand les éléments suivants sont effacés, quel segment ou lobe pulmonaire est atteint ?

- A- La grande partie du bord gauche du coeur
- B- La petite partie du bord droit du coeur
- C- La partie supérieure du bord gauche du coeur
- D- L'aorte descendante
- E- La partie supérieure du bord droit du coeur

31. Le signe de la silhouette ne peut pas s'appliquer à un thorax en entonnoir :

- A- Vrai
- B- Faux

32. Le signe de la silhouette s'applique aux lésions pulmonaires, médiastinales et épanchements pleuraux ?

- A- Vrai
- B- Faux

33. Si le bord droit du coeur est effacé par une lésion pulmonaire, le signe de la silhouette nous indique que la lésion est antérieure et qu'elle est située dans le lobe moyen ?

- A- Vrai
- B- Faux

34. L'effacement du bord droit du coeur évoque ?

- A- Une atéléctasie du lobe moyen
- B- Une atéléctasie du lobe inférieur
- C- Une atéléctasie du lobe moyen et inférieur
- D- Une atéléctasie du segment 6

35. Le siège d'une opacité basi-thoracique droite qui efface le bord droit du coeur est :

- A- Le lobe inférieur
- B- Le segment para-cardiaque
- C- Le lobe moyen
- D- Le segment antéro-basal
- E- Le segment latéro-basal

36. R.J. Toutes ces structures anatomiques sont antérieures, sauf une. Laquelle :

- A- Le bouton aortique.
- B- Le bord droit du coeur.
- C- Le bord gauche du coeur.
- D- Le segment antérieur du lobe supérieur droit.
- E- L'aorte ascendante.

SIGNE DE LA SILHOUETTE

QROC

1. Que vous suggère la disparition du hile gauche ?
2. L'existence d'une opacité pulmonaire avec bronchogramme aérique effaçant le bord gauche du coeur sur un téléthorax de face témoigne d'un siège ?
3. Citez les deux situations où le signe de la silhouette est pris en défaut ?
4. Le signe de la silhouette ne s'applique pas au bord droit du coeur. Dans quels cas ?
5. Signe de la silhouette ?
 - a- Définition :
 - b- Intérêt :
6. Quel est le segment ou le lobe qui fait signe de la silhouette avec les structures anatomiques suivantes :
 - a- Bord gauche du coeur
 - b- Bord droit du coeur
 - c- L'aorte ascendante
 - d- Partie supérieure du bord gauche du coeur
 - e- Partie supérieure du bord droit du coeur
 - f- Bouton aortique
7. Sur un cliché radiologique normal du poumon de profil, quel élément anatomique est effacé ? Donnez l'explication ?
8. Sur un téléthorax, le bord droit du coeur est effacé, la lésion est ?
 - a- Antérieure ou postérieure
 - b- Elle siège dans le lobe moyen ou le LID
9. Limites d'application du signe de la silhouette ?

10. Etablir les correspondances :

- 1- Cancer du segment 2
- 2- Pneumonie du lobe moyen
- 3- Tuberculose du culmen
- 4- Infarctus de la pyramide basale

- a- Bord droit du coeur
- b- Aorte ascendante
- c- Aorte descendante
- d- Bouton aortique

11. Un sujet normal peut présenter à l'occasion un signe de la silhouette, Citez une situation ?

12. Une opacité située dans les lobes inférieurs peut-elle effacer les bords du coeur ? Justifiez votre réponse ?

ATÉLECTASIE

QCM

1. Le déplacement vers le haut ou même la disparition du bouton aortique peut être indirect d'une atélectasie de ?

- A- La lingua
- B- Du lobe supérieur gauche
- C- Du lobe supérieur droit
- D- Du lobe inférieur droit
- E- Du lobe moyen

2. L'atélectasie importante du LSG entraîne :

- A- Un effacement du bouton aortique
- B- Un effacement de l'aorte descendante
- C- Une attraction trachéale
- D- Un tassement vasculaire de la base gauche

3. Au cours d'une atélectasie sévère du LSG, le hile gauche est déplacé :

- A- Vers le haut
- B- Vers le bas
- C- Peut totalement disparaître
- D- Ne subit aucune modification

4. La disparition du hile gauche suggère :

- A- Une atélectasie du LSD
- B- Une atélectasie du lingua
- C- Une atélectasie du LSG
- D- Aucune réponse n'est juste

5. La condensation totale d'un poumon avec disparition de l'opacité cardio-médiastinale et la diminution des espaces intercostaux permet d'évoquer ?

- A- Une atélectasie du poumon
- B- Une opacité pulmonaire non retractile
- C- Une atélectasie du lobe inférieur
- D- Un épanchement pleural

6. Dans une atélectasie du LSG, la clarté de la base correspondante est :

- A- Accentuée
- B- Non modifiée
- C- Diminuée
- D- Aucune de ces réponses n'est juste

7. Les arborisations vasculaires au cours de l'atélectasie :

- A- Subissent un écartement
- B- Ne sont pas modifiées dans leur situation
- C- Sont au contraire tassées
- D- Aucune de ces réponses n'est juste

8. Un pneumothorax complet entraîne une atélectasie par :

- A- Processus de rétraction
- B- Processus d'obstruction extrinsèque
- C- Processus d'obstruction intrinsèque
- D- Processus de compression

9. Des formations suivantes, quelle est celle dont l'atélectasie entraîne le déplacement du hile le moins important ?

- A- LSG
- B- Lingula
- C- Lobe inférieur
- D- Aucun

10. L'atélectasie du LID peut entraîner un déplacement de la partie inférieure de la grande scissure :

- A- En avant
- B- En arrière
- C- En arrière, en bas et en dedans
- D- En bas
- E- En haut, en bas et en dedans

11. En entend par atélectasie :

- A- Une opacité parenchymateuse rétractée contractile
- B- Une lésion extra-pleurale
- C- Une lésion costale
- D- Une tumeur

12. Le lobe inférieur atélectasié se déplace vers :

- A- L'arrière
- B- Le milieu
- C- Le bas
- D- Le haut

ATÉLECTASIE**QCM**

13. Quand il y'a association d'atélectasie et de réaction pleurale, il y'a au niveau du médiastin :

- A- Attraction
- B- Refoulement

14. Une atélectasie lobaire, chez un enfant, doit faire rechercher souvent :

- A- Un cancer bronchique
- B- Une tuberculose
- C- Un corps étranger

15. Une atélectasie des segments 4 et 5 du lobe moyen et des segments 6, 7, 8, 9, 10 du lobe inférieur, témoigne d'une obstruction de :

- A- La bronche lobaire supérieure droite
- B- La bronche souche droite
- C- La bronche intermédiaire
- D- La bronche lobaire inférieure

16. Les exsudats inflammatoires et le mucus, peuvent entrainer un collapsus obstructif :

- A- Vrai
- B- Faux

17. Toute obstruction doit entrainer une atélectasie ?

- A- Vrai
- B- Faux

18. La mise en évidence sur un téléthorax d'une opacité triangulaire dense, contiguë à la colonne vertébrale, à limite externe nette témoigne d'une atélectasie ?

- A- Du lobe supérieur
- B- Du lobe moyen
- C- Du lobe linguale
- D- Du lobe inférieur

19. Un cancer obstructif de la bronche supérieure de la bronche lobaire supérieure entrainera une atélectasie ?

- A- Du culmen
- B- De la lingula
- C- Du LSG
- D- Du poumon gauche

20. Dans l'atélectasie ?

- A- Les alvéoles sont distendues
- B- Les alvéoles sont transparentes
- C- Les alvéoles sont moins radio-transparentes
- D- Les alvéoles sont pauvres en air
- E- Un pneumothorax peut en être la cause

21. Une atélectasie du LSD est caractérisée par ?

- A- Une opacité systématisée du lobe supérieur
- B- Une attraction de la trachée vers le coté droit
- C- Une surélévation de la petite scissure
- D- un déplacement du hile vers le bas

22. Parmi les étiologies suivantes du collapsus obstructif, cochez celle(s) qui a (ont) une cause intrinsèque ?

- A- Corps étranger
- B- Gros coeur
- C- Adénopathie
- D- Cancer

23. Les signes indirects de l'atélectasie sont :

- A- Déplacement du hile
- B- Surélévation du diaphragme
- C- Déviation des organes médiastinaux
- D- Déplacement des scissures
- E- Pincement des espaces intercostaux

24. Dans le collapsus obstructif :

- A- L'air ne peut pas entrer dans les alvéoles au delà de l'obstruction
- B- Le mécanisme peut être central ou périphérique
- C- L'obstruction centrale intrinsèque est le plus souvent provoquée par un cancer bronchique
- D- Peut être la conséquence d'une séquelle tuberculeuse

ATÉLECTASIE**QCM**

25. Dans l'atélectasie, les signes radiologiques sont (RF) :

- A- Déplacement du hile
- B- Abaissement du diaphragme
- C- Attraction des organes médiastinaux
- D- Emphysème compensateur
- E- Pincement des espaces intercostaux

26. Dans l'atélectasie (la ou les RF) :

- A- L'obstruction est la cause la plus fréquente du collapsus
- B- L'obstruction extrinsèque est souvent provoquée par un cancer bronchique
- C- Les exsudats inflammatoires peuvent obstruer plusieurs bronches périphériques
- D- Une obstruction périphérique est habituellement observée dans les pneumonies

27. L'atélectasie par obstruction périphérique :

- A- Se nettoie uniquement après traitement médical
- B- Est observée dans les pneumonies et après traitement chirurgical
- C- Ne peut se nettoyer de façon spontanée
- D- Se nettoie lorsque les bouchons sont soit résorbés ou expectorés

28. Les signes radiologiques qui caractérisent une atélectasie du lobe supérieur droit sont :

- 1- Déplacement vers le haut de la petite scissure
- 2- Abaissement du hile droit
- 3- Déplacement de la trachée vers la gauche
- 4- Emphysème compensateur du lobe inférieur droit
- 5- Tassement broncho-vasculaire du lobe supérieur droit

- A- 2+3+4
- B- 1+3+5
- C- 2+4+5
- D- 1+4+5
- E- 3+4+5

29. RF L'atélectasie par obstruction se voit dans :

- A- Le cancer bronchique.
- B- Le corps étranger.
- C- Le bouchon muqueux.
- D- L'épanchement pleural.
- E- L'adénome bronchique.

30. RF. Une atélectasie du lobe moyen :

- A- Efface le bord droit du coeur.
- B- Déplace la petite scissure vers le bas.
- C- Déplace la grande scissure vers l'atélectasie.
- D- Efface la partie interne du diaphragme.
- E- Peut déplacer le hile droit vers le bas.

31. RF. Tous ces signes peuvent se voir en cas d'atélectasie, sauf un. Lequel ?

- A- Déplacement du hile
- B- Emphysème obstructif
- C- Surélévation diaphragmatique
- D- Attraction des organes du médiastin
- E- Opacité systématisée

32. Une atélectasie du lobe moyen :

1. Efface le bord droit du coeur
2. Déplace la petite scissure vers le bas
3. Efface l'artère pulmonaire droite
4. Déplace la grande scissure vers la lésion
5. Efface la partie interne du diaphragme

- A- 4+5
- B- 3+5
- C- 1+5
- D- 2+3
- E- 3+4

ATÉLECTASIE

QROC

1. Les affections suivantes sont la cause d'une atélectasie suivant un mécanisme précis. Indiquez devant chaque affection ci-dessous le mécanisme en cause ?

1. Adénopathie
2. Pneumothorax
3. Silicose
4. Corp étranger

- a. Obstruction extrinsèque
- b. Compression
- c. Obstruction intrinsèque
- d. Rétraction

2. Énumérez les segments, signes directs d'atélectasie ?

3. Énumérez les mécanismes d'atélectasie ?

4. Indiquez le signe d'atélectasie indirect le plus important ?

5. Les exsudats inflammatoires et le mucus, peuvent entraîner un collapsus obstructif, de quel type ?

6. Toute obstruction doit entraîner une atélectasie, pourquoi ?

7. Décrivez une atélectasie du lobe moyen sur un téléthorax de face et sur l'incidence en lordose ?

8. Citez les causes d'obstructions intrinsèques centrales et d'obstructions extrinsèques centrales ?

9. Signes directs et indirects d'une atélectasie ?

10. Citez les mécanismes de l'atélectasie que vous connaissez, avec deux causes concrètes pour chaque mécanisme ?

11. Un hile gauche plus bas situé par rapport au hile droit n'est pas normal. Ceci traduit ?

12. Parmi les étiologies suivantes de collapsus obstructifs, lesquelles sont centrales, périphériques, extrinsèques et intrinsèques ?

- a- Gros coeur
- b- Corps étranger
- c- Adénopathies
- d- Cancer
- e- Tumeur du médiastin
- f- Retrecissement inflammatoire
- g- Pneumopathie

13. Citez les signes radiologiques (direct puis indirect) d'une atélectasie du lobe inférieur gauche ?

14. Devant un cancer obstructif de la bronche lobaire supérieure gauche, on s'attend à une atélectasie de quel segment ?

15. Parmi les étiologies suivantes de collapsus obstructifs, lesquelles sont intrinsèques et lesquelles sont extrinsèques ?
 - a- Tuberculose bronchique
 - b- Grosse oreillette gauche
 - c- Cancer bronchique
 - d- Adénopathies
 - e- Bouchon muqueux

16. Citez les signes indirects de l'atélectasie de par obstruction complète ?

17. Quels sont les mécanismes mis en jeu dans les atélectasies secondaires ?

18. Devant un cancer de la bronche intermédiaire, on s'attend à une atélectasie de quels segments ?

19. Quels mécanismes entrent en jeu dans l'atélectasie secondaire à un épanchement pleural ?

20. Citez les 2 causes d'atélectasie par compression ?

21. Citez les trois mécanismes responsables d'un collapsus lobaire et segmentaire ?

22. L'atélectasie de tout un poumon entraîne un signe direct supplémentaire, lequel ?

23. Quel est le signe direct le plus évocateur de l'atélectasie ?

BRONCHOGRAMME AÉRIQUE

QCM

1. La présence du signe du bronchogramme est :

- A- Toujours pathologique
- B- Dans la majorité des cas pathologique
- C- Est dans quelques cas normal
- D- Est toujours normal

2. Au cours d'une pneumonie, on pratique deux clichés. L'un sous tension normale, l'autre sous haute tension. Le bronchogramme mis en évidence sur le film en haute tension paraît :

- A- Plus accentué
- B- Moins accentué
- C- Identique

3. Le bronchogramme aérique peut être le seul signe pour diagnostiquer une lésion pulmonaire postérieure cachée derrière le bord gauche du coeur :

- A- Vrai
- B- Faux

4. Le bronchogramme aérique est retrouvé chaque fois que :

- A- L'air souligne les parois bronchiques en dehors
- B- Du liquide souligne les parois bronchiques en dehors
- C- L'air souligne les parois bronchique en dedans
- D- Du liquide souligne les parois bronchiques en dedans

5. Une lésion à point de départ pulmonaire, peut ne pas montrer de bronchogramme aérique ?

- A- Vrai
- B- Faux

6. La mise en évidence de bronche au sein d'une lésion signifie que la lésion est exclusivement ?

- A- Pulmonaire
- B- Médiastinale
- C- Pleurale
- D- Pariétale

7. Si on voit un bronchogramme aérique au sein d'une lésion réelle, nous permet toujours d'exclure une cause tumorale ?

- A- Vrai
- B- Faux

8. La mise en évidence d'un bronchogramme aérique au sein d'une lésion pulmonaire traduit le plus souvent ?

- A- Une affection tumorale
- B- Une affection infectieuse
- C- Une affection inflammatoire
- D- Une affection dystrophique

9. La découverte d'un bronchogramme aérique au sein d'une opacité signifie ?

- A- Que la lésion est probablement parenchymateuse, mais que l'on ne peut éliminer sa nature pleurale
- B- Qu'elle est certainement pariétale
- C- Qu'elle est certainement parenchymateuse
- D- Aucune

10. Parmi les affections suivantes, citez celles qui peuvent donner un bronchogramme aérique sur un cliché pulmonaire ?

- A- Un infarctus pulmonaire
- B- Une tuberculose
- C- Une pleurésie enkystée
- D- Une coarctation de l'aorte
- E- Un cancer bronchique

11. Une opacité située contre la partie moyenne de la paroi latérale du thorax présentant un signe du bronchogramme aérique représente sûrement ?

- A- Un épanchement enkysté
- B- Une lésion parenchymateuse
- C- Une lésion extra-pleurale
- D- Un épanchement pleural d'origine cardiaque

12. Le bronchogramme aérique visible au sein d'une opacité thoracique signifie que cette opacité est ?

- A- D'origine parenchymateuse
- B- D'origine alvéolaire
- C- D'origine bronchique
- D- D'origine vasculaire

13. La mise en évidence du bronchogramme aérique avec des bronches accolées indique ?

- A- Une lésion pulmonaire avec bronchectasie
- B- Une lésion pulmonaire avec atélectasie

14. Parmi les affections suivantes, quelles sont celles qui ne peuvent donner de bronchogramme aérique ?

- A- Mésothélium pleural
- B- Broncho-pneumonie tuberculeuse
- C- Pneumonie à bacille de Friedlander
- D- Kyste hydatique médiastinal
- E- Kyste pleuro-péricardique

15. Une opacité est le siège d'un bronchogramme aérique avec lyse costale en regard :

- A- Est pleurale
- B- Pulmonaire avec envahissement pariétal
- C- Pulmonaire avec envahissement pleural
- D- Pleural avec envahissement pariétal

16. La présence d'un bronchogramme aérique signe la nature interstitielle d'une opacité parenchymateuse pulmonaire ?

- A- Vrai
- B- Faux

17. La constatation d'un signe du bronchogramme aérique au sein d'une opacité permet d'exclure ?

- A- L'origine pleurale de cette lésion
- B- La nature pulmonaire de cette lésion
- C- L'origine médiastinale de cette lésion
- D- La nature extra-pleurale de cette lésion

18. On voit toujours un bronchogramme aérique dans une lésion pulmonaire ?

- A- Vrai
- B- Faux

19. Si on voit un bronchogramme aérien au sein d'une lésion réelle, vous permet toujours d'exclure une lésion tumorale ?

- A- Vrai
- B- Faux

20. Chez les nourrissons et les jeunes enfants, la partie proximale des bronches se trouve à l'intérieur des tissus mous du médiastin et dès lors, elles peuvent étre visibles simulant un bronchogramme aérique ?

- A- Vrai
- B- Faux

21. Les affections pouvant entrainer un bronchogramme aérique :

- A- Tuberculose
- B- Oedeme pulmonaire
- C- Pleuresie purulente
- D- Kyste hydatique
- E- Lipome de la paroi thoracique

22. La mise en évidence du signe du bronchogramme aérique signifie que la lésion est :

- A- Pleurale
- B- Pariétale
- C- Pulmonaire
- D- Médiastinale
- E- Thoracique

23. RF. Une lésion pulmonaire peut ne pas montrer de bronchogramme aérique quand les bronches :

- A- Sont détruites
- B- Sont remplies de liquide
- C- Sont absentes congénitalement
- D- Sont en contact d'une opacité liquidienne
- E- Sont dilatées

1. L'existence d'une opacité pulmonaire avec bronchogramme aérique effaçant le bord gauche du coeur sur un téléthorax de face témoigne d'un siège ?

2. Citez les causes pouvant expliquer l'absence de bronchogramme aérique ?

3. Citez les trois situations où une lésion pulmonaire peut ne pas montrer de bronchogramme aérien ?

4. Citez toutes les affections pouvant entrainer un bronchogramme aérique ?

5. Définition et intérêt d'un bronchogramme aérique ?

6. Le signe du bronchogramme aérique peut étre pris en défaut dans quelles situations ?

7. Citez les cas où le bronchogramme aérique est absent ?

8. Au cours d'une pneumonie, le signe du bronchogramme est le plus souvent présent, citez deux cas où il est absent ?

9. Le bronchogramme aérique n'est pas visible sur une lésion pulmonaire dans 3 situations. Lesquelles ?

SYNDROME PLEURAL

QCM

1. Les limites d'un épanchement pleural enkysté sont :

- A- Concaves
- B- Convexes

2. Un malade présente un épanchement pleural à gauche, lequel des diagnostics ci-dessous, pouvez vous éliminer dans la majorité des cas ?

- A- Pleurésie tuberculeuse
- B- Infarctus pulmonaire
- C- Défaillance pulmonaire
- D- Métastase pulmonaire
- E- Défaillance cardiaque

3. Quand il y'a association d'atélectasie et de réaction pleurale, il y'a au niveau du médiastin :

- A- Attraction
- B- Refoulement

4. Un épanchement pleural enkysté de la petite scissure a des bords nets sur :

- A- Un cliché de face
- B- Un cliché de profil
- C- Sur les deux à la fois
- D- Sur un cliché oblique

5. Dans un épanchement pleural de moyenne abondance, le médiastin peut être :

- A- Refoulé
- B- Attiré

6. Une hyperclarté d'un téléthorax dénuée de toute vascularisation avec opacité hilare à limite externe nette, témoigne d'un ?

- A- Emphysème lobaire géant
- B- De grosses bulles staphylococciques
- C- D'un pneumothorax
- D- D'un syndrome de Mac Léod

7. Un épanchement pleural enkysté postérieur présente des contours nets sur la téléradiographie de face ?

- A- Vers le haut
- B- Vers le bas
- C- Dans ces versants interne et externe
- D- Nulle part

8. Dans un épanchement pleural gauche, le cliché en DL droit permet d'étudier correctement la ligne para-aortique gauche :

- A- Vrai
- B- Faux

9. L'épanchement pleural cardiaque se voit le plus souvent ?

- A- A droite
- B- A gauche
- C- Lorsqu'il est bilatéral, il est plus important à droite
- D- Est souvent interlobaire

10. Un épanchement pleural enkysté de la grande scissure présente des limites de cloisonnement nettes ?

- A- Sur le cliché de face
- B- Sur le cliché de profil
- C- Sur les deux
- D- Aucun

11. Un épaississement pleural sans liquide peut se traduire par ?

- A- Un épaississement de la plèvre à la périphérie du poumon
- B- Un épaississement des scissures
- C- Un épaississement partiel ou complet de l'angle costo-diaphragmatique

12. Un épanchement pleural enkysté peut simuler une lésion extra-pleurale :

- A- Vrai
- B- Faux

SYNDROME PLEURAL

QCM

13. Le syndrome pleural enkysté, vu en incidence tangentielle sur la liste suivante. Un des signes est faux. Lequel ? "Opacité"

- A- A la limite interne nette
- B- Collée à la paroi
- C- Se raccordant en pente douce à la paroi
- D- Mobile aux changements de position du malade

14. En cas d'épanchement libre, très abondant, (atteignant le niveau de la 2ème cote gauche), de la grande cavité pleurale gauche, on peut parfois situer sur un téléthorax de face pris debout ?

- A- Le bord gauche du cœur
- B- Le hile pulmonaire gauche
- C- Le diaphragme gauche
- D- La plèvre gauche

15. Devant un cul de sac costo-diaphragmatique comblé, vous suggère quelle affection ?

- A- Un petit épanchement pleural
- B- Une adhérence pleurale
- C- Un neurinome
- D- Un méningiome

16. Chez un sujet normal, entre les deux feuillets pleuraux, la pression est ?

- A- Supérieure à la pression atmosphérique
- B- Egale à la pression atmosphérique
- C- Inférieure à la pression atmosphérique

17. Sur un téléthorax, vous suspectez un pneumothorax minime, vous demandez comme examen complémentaire :

- A- Une échographie
- B- Un téléthorax en bonne inspiration
- C- Un téléthorax en inspiration
- D- Un décubitus latéral
- E- Un téléthorax en expiration

18. Pour visualiser un pneumothorax minime, vous pratiquez ?

- A- Un téléthorax en inspiration
- B- Un téléthorax en expiration
- C- Un examen tomodynamométrique
- D- Une angiographie

19. Un pneumothorax compressif se traduit par ces signes, sauf un. Lequel ?

- A- Elargissement des espaces intercostaux
- B- Attraction du médiastin du côté atteint
- C- Abaissement du diaphragme
- D- Réduction importante de la taille du moignon pulmonaire collé contre le hile

20. Un épanchement liquidien dans une cavité pleurale libre se traduit sur un téléthorax de face par :

- A- Un effacement de la coupole diaphragmatique du même côté
- B- Une limite supérieure concave vers le bas
- C- Une immobilité avec les changements de position
- D- Un comblement du cul de sac cardio-phrénique lorsqu'il est peu abondant
- E- Un comblement du cul de sac costo-diaphragmatique lorsqu'il est peu abondant

21. Un hémithorax opaque sans déplacement médiastinal traduit ?

- A- Un épanchement pleural liquidien libre de grande abondance
- B- L'atélectasie de tout un poumon
- C- Un épanchement liquidien libre de grande abondance associé à une atélectasie obstructive

22. Un cul de sac costo-diaphragmatique comblé, vous suggère comme affection (2 réponses justes) ?

- A- Un petit épanchement pleural
- B- Une adhérence pleurale
- C- Un neurinome

23. Les limites d'un épanchement enkysté de la grande scissure sont nettes sur ?

- A- Cliché de face
- B- Cliché de face et de profil
- C- Cliché de profil
- D- Aucun

SYNDROME PLEURAL**QCM**

24. En cas de pneumothorax, les signes radiologiques sont majorés par le téléthorax en expiration ?

- A- Vrai
B- Faux

25. Un pneumothorax compressif se traduit par ?

- A- Elargissement des espaces intercostaux
B- Refoulement du médiastin
C- Attraction du diaphragme
D- Réduction importante de la taille du moignon pulmonaire

26. Devant un épanchement pleural de l'hémithorax gauche, vous éliminez ?

- A- Un infarctus pulmonaire
B- Une défaillance pulmonaire
C- Une défaillance cardiaque
D- Une métastase pleurale

27. Si un épanchement est limité à l'hémithorax gauche, le diagnostic d'épanchement cardiaque peut être retenu ?

- A- Vrai
B- Faux

28. En cas d'épanchement pleural droit, l'incidence qui apporte le plus de renseignements est :

- A- Incidence de face
B- Incidence de face en décubitus latéral droit
C- Incidence de profil
D- Incidence oblique

29. Le pneumothorax apparaît toujours plus important en inspiration qu'en expiration ?

- A- Vrai
B- Faux

30. Dans un pneumothorax, le moignon pulmonaire est collabé :

- A- Vers le hile
B- Vers le sommet
C- Vers la paroi thoracique latérale

31. Lors d'un épanchement enkysté de la petite scissure, les limites du cloisonnement sont nettes aussi bien sur le cliché de face que de profil ?

- A- Vrai
B- Faux

32. Un patient présente une douleur thoracique droite soudaine, avec dyspnée. L'examen clinique est en faveur d'un pneumothorax mais la radiographie pulmonaire standard de face n'est pas convaincante. Quel cliché sera le plus utile pour confirmer la clinique ?

- A- Profil droit
B- Face en expiration forcée
C- Face en décubitus dorsal
D- Face avec manoeuvre de Valsalva
E- OAD

33. Le signe du liseré pleural est à rechercher devant :

- A- Opacité pleurale
B- Opacité pariétale se développant vers l'extérieur du thorax
C- Opacité pariétale se développant vers l'intérieur du thorax
D- Opacité pulmonaire
E- Pneumothorax.

34. R.J. Les limites d'un épanchement enkysté de la grande scissure sont nettes sur :

- A- Le cliché de face.
B- Les clichés de face et de profil.
C- Le cliché de profil.
D- Aucun des deux.
E- Le décubitus latéral avec rayon horizontal.

35. R.F. Un pneumothorax compressif se traduit par tous ces signes, sauf un. Lequel ?

- A. Elargissement des espaces intercostaux
B. Attraction du médiastin du côté atteint
C. Abaissement du diaphragme
D. Hyperclarté avasculaire
E. Moignon pulmonaire collé contre le hile

SYNDROME PLEURAL**QCM**

36. Les limites d'un épanchement pleural enkysté sont nettes sur :

- A- Un cliché de face
B- Un cliché de profil
C- Un cliché de face et profil
D- Un cliché en hyperlordose
E- Aucune proposition n'est juste

37. Un épanchement pleural de grande abondance sans déplacement du médiastin prouve qu'il existe :

- A- Un emphysème
B- Une atélectasie homolatérale sous jacente
C- Une atélectasie contro-latérale
D- Une atélectasie homolatérale associée
E- Aucune de ces réponses

38. Un pneumothorax complet entraîne une atélectasie par :

- A- Processus de retraction
B- Processus d'obstruction extrinsèque
C- Processus d'obstruction intrinsèque
D- Processus de compression

SYNDROME PLEURAL

Le Coursu QROC Questions

1. Un épanchement pleural libre de grande abondance, avec déplacement homolatéral du médiastin témoigne ?
2. Quels sont les signes distinctifs entre un syndrome extra-pleural et un syndrome pleural ?
3. Citez les signes radiologiques du syndrome pleural ?
4. Énumérez 3 signes radiologiques d'un épanchement pleural enkysté ?
5. Un malade présente un volumineux épanchement pleural avec déplacement du médiastin du côté de l'épanchement. A quoi pensez-vous ?
6. Citez les signes d'un épanchement enkysté ?
7. En cas d'épanchement liquidien libre de moyenne abondance, la coupole diaphragmatique est-elle effacée ? Pourquoi ?
8. Un malade présente un épanchement pleural gauche, citez les diagnostics possibles ?
9. Quelles sont les deux images que l'on voit au cours des épanchements pleuraux libres ?
10. Citez au moins trois causes de calcifications pleurales ?
11. Donnez 4 aspects radiologiques d'un épanchement pleural liquidien, en fonction de son abondance, sur un cliché de face ?
12. Quelle est la cause de la formation d'un épanchement pleural enkysté ?
13. Dans l'épanchement pleural enkysté, pour mieux visualiser la paroi latérale d'un abcès du poumon. Quelles sont les scissures visibles de face ?
14. Un épanchement pleural enkysté est dû à des adhérences pleurales préexistantes ou alors il peut être développé après la constitution d'un épanchement pleural libre. Quel est le cliché utile pour son diagnostic ?
15. Le cliché gravitationnel, est-il utile lors d'un épanchement enkysté ? Justifiez votre réponse ?
16. Par quoi se traduit un épaississement pleural sans liquide sur le plan radiologique ?
17. Par quelle technique radiologique peut-on confirmer l'existence d'un pneumothorax de faible abondance ?
18. Vous suspectez un pneumothorax pariétal sur le téléthorax de face, quelle manoeuvre vous permettra de mieux le visualiser ?

SYNDROME EXTRA-PLEURAL

Le Coursu QCM Questions

1. Tout ces signes correspondent à une lésion pariétale, sauf ?
A- Raccordement à la paroi en pente douce
B- Lésion costale
C- Opacité des parties molles
2. Le point de départ d'une lésion extra-pleurale peut être ?
A- Les côtes
B- Les parties molles
C- La plèvre
D- Le poumon
3. La lyse costale est le signe pathogène du :
A- Syndrome alvéolaire
B- Syndrome pleural
C- Syndrome pariétal
D- Syndrome médiastinal
4. Une opacité de l'hémithorax droit refoulant le médiastin vers la gauche correspond à :
A- Un pneumothorax
B- Une atélectasie
C- Une pneumonie
D- Un épanchement pleural
E- Un syndrome extra-pleural
5. Une opacité de tonalité hydrique, hémithoracique, qui refoule le médiastin correspond à :
A- Une pneumonie
B- Un pneumothorax
C- Un épanchement pleural
D- Un emphysème obstructif
E- Un syndrome pariétal
6. Le signe radiologique le plus caractéristique du syndrome extra-pleural est :
A- Une opacité floue
B- Une opacité bien limitée
C- Une atteinte pleurale
D- Une lyse costale
E- Une opacité avec bronchogramme aérique
7. Une opacité du médiastin antérieur correspond aux possibilités suivantes, sauf une. Laquelle ?
A- Goitre
B- Kyste pleuro-péricardique
C- Thymome
D- Anévrisme de l'aorte descendante
E- Hernie rétro-costo-xyphoïdienne
8. Une masse du médiastin moyen latéralisée à droite ou à gauche, attirant l'œsophage ou ne le refoulant pas correspond à :
A- Un processus de la paroi œsophagienne
B- Un kyste bronchogénique
C- Une aorte à droite
D- Un élargissement de la veine azygos
E- Une adénopathie médiastinale.
9. Les adénopathies tuberculeuses sont le plus souvent de topographie :
A- Mammaire interne
B- Latéro-trachéale droite, inter-bronchique droite et inter-trachéo-bronchique
C- Inter-bronchique droite et gauche
D- Latéro-trachéale gauche et inter-aortopulmonaire
E- Latéro-trachéale droite et inter-bronchique droite et gauche
10. RF. En présence d'une métastase costale, tous ces signes peuvent se voir, sauf un. Lequel ?
A. Opacité concave vers le poumon
B. Opacité à limites nettes
C. Angle de raccordement en pente douce
D. Lyse costale
E. Absence de participation pleurale.
11. RJ. Sur un cliché thoracique, les adénopathies tuberculeuses sont le plus souvent en situation :
A- Mammaire interne
B- Inter-bronchique droite et gauche
C- Latéro-trachéale droite, inter bronchique droite et inter trachéo-bronchique
D- Latéro-trachéale gauche et inter aortopulmonaire
E- Latéro-trachéale droite et inter bronchique droite et gauche

SYNDROME EXTRA-PLEURAL

QROC

1. Citez les trois signes qui sur un téléthorax de face, pratiqué debout, font penser à un épanchement sous pulmonaire ?
2. Citez les signes extra-pleuraux d'une masse médiastinale ?
3. Définition de l'espace extra pleural ?
4. Citez par ordre de fréquence, les affections de l'espace extra pleural ?
5. Enumérez les signes d'un épanchement sous pulmonaire ?
6. Citez tous les éléments anatomiques de l'espace extra-pleural ?
7. Quels sont les points de départ des lésions extra-pleurales (par ordre de fréquence) ?
8. Quelles sont les affections les plus fréquemment retrouvées au niveau de l'espace extra-pleural ?
9. Enumérez les 3 signes qui doivent faire suspecter un épanchement sous pulmonaire sur les clichés en position debout ?
10. Enumérez les 5 signes extra-pleuraux ?
11. Enumérez les trois signes qui doivent faire suspecter un épanchement sous pulmonaire sur les clichés en position debout ?
12. Citez les signes radiologiques du syndrome extra-pleural ?
13. Qu'est ce qu'un épanchement sous pulmonaire ?
14. Quels sont les signes radiologiques que l'on peut rencontrer sur un téléthorax de face en présence d'une lyse costale ?
15. Enumérez 5 signes extra-pleuraux et encerclez celui qui ne s'applique pas à la masse médiastinale ?
16. Quel est l'examen radiologique pratiqué pour confirmer un épanchement sous pulmonaire ?
17. Enumérez les trois points de départ des lésions extra-pleurales et soulignez la plus fréquente ?
18. Citez 3 pathologies qu'on peut trouver dans l'espace extra-pleural ?

DIVERS

QCM

1. Un cliché de face objective une opacité de tout le poumon gauche, le bord droit du rachis est bien visible et se projette dans la clarté pulmonaire droite. Que peut-on évoquer ?
A- Un emphysème avec réaction pleurale gauche
B- Une défaillance cardiaque
C- Une atéléclasis par obstruction avec réaction pleurale
D- Des sequelles traumatiques avec hemothorax gauche
2. Un poumon noyé correspond à ?
A- Un poumon collabé
B- Un poumon dilaté
3. Au cours d'un emphysème compensateur ?
A- Les arborisations vasculaires sont tassées
B- Les arborisations vasculaires s'écartent
4. L'ampoule de Vater se compose de ?
A- Cholédoque + canal de Sténion
B- Cholédoque + canal cystique
C- Cholédoque + canal de Wirsung
D- Canal cystique + canal de Wirsung
E- Canal cystique + canal de Sténion
5. Vous suspectez une hémorragie méningée, vous pratiquez ?
A- Un téléthorax
B- Une radiographie du crâne
C- Un examen tomодensitométrique
D- Une échographie trans-fontanelle
E- Une angiographie
6. Quels sont les sites habituels de rétrécissement physiologique où on doit rechercher un corps étranger oesophagien chez l'enfant ?
A- Muscle crico-pharyngien
B- Crosse aortique
C- Bronche souche gauche
D- Ventricule gauche
E- Jonction gastro-oesophagienne
7. Parmi les propositions suivantes, une est fautive. Laquelle ?
A- Le foie se situe entre les vertèbres D9 et L2
B- Le pancréas se situe entre D12 et L2
C- Les surrénales sont localisées au niveau de L1
D- Les reins sont situés entre D12 et L3
E- La rate est localisée entre D12 et L1
8. Parmi les signes radiologiques suivants, quels sont ceux qui sont évocateurs d'emphysème obstructif ?
A- Hypertansparence pulmonaire
B- Opacité pulmonaire
C- Poumon rétracté
D- Poumon dilaté
E- Attraction médiastinale
F- Refoulement du médiastin
9. De ces signes quel est ou quels sont ceux que l'on ne retrouve pas dans un syndrome interstitiel ?
A- Lignes de Kerley
B- Image en rayon de miel
C- Opacités confluentes
D- Opacités systématisées
E- Opacités à limites floues
10. En cas d'obstruction bronchique incomplète avec trappage, les signes radiologiques sont majorés par le cliché en inspiration profonde ?
A- Vrai
B- Faux
11. Dans l'emphysème pulmonaire unilatéral, le médiastin et le coeur sont souvent déplacés vers le côté opposé ?
A- Vrai
B- Faux
12. Une surélévation de la coupole diaphragmatique droite peut correspondre à ?
A- Paralysie diaphragmatique
B- Kyste hydatique du foie

13. L'obstruction se voit dans :

- A- Cancer bronchique
- B- Corps étranger
- C- Bouchon muqueux
- D- Epanchement pleural

14. Devant une suspicion d'emphysème obstructif, on réalise :

- A- Une incidence en expiration forcée
- B- Une incidence avec la manoeuvre de Valsalva
- C- Une incidence de profil avec rayon horizontal

15. Le cliché en expiration est très utile pour détecter un emphysème obstructif unilatéral ?

- A- Vrai
- B- Faux

16. Le signe en faveur d'une occlusion de type mécanique sur un cliché d'abdomen sans préparation est le suivant :

- A- Absence d'air dans le grêle
- B- Absence d'air dans le colon transverse
- C- Absence d'air dans le sigmoïde
- D- Absence d'air à la fois dans le colon et dans le grêle
- E- Absence d'air dans le rectum

17. A la radiographie de l'abdomen sans préparation, une appendicite aiguë est suspectée devant :

- A- Une occlusion fonctionnelle
- B- Un syndrome de masse de la fosse iliaque droite.
- C- Stercorite
- D- Une occlusion mécanique,
- E- Un pneumopéritoine

18. L'IRM est le plus performant actuellement dans les inflammations :

- A- Vrai
- B- Faux

19. L'IRM est le plus performant actuellement dans les lésions cartilagineuses :

- A- Vrai
- B- Faux

20. L'IRM est le plus performant actuellement dans la moelle et le canal médullaire :

- A- Vrai
- B- Faux

21. L'IRM est le plus performant actuellement dans le système nerveux central :

- A- Vrai
- B- Faux

22. L'IRM est le plus performant actuellement dans l'étude des articulations :

- A- Vrai
- B- Faux

23. Quel est l'examen le plus lisible en traumatologie osseuse ?

- A- IRM
- B- TDM
- C- Radiographie numérisée

24. L'échographie est améliorée par la présence d'air :

- A- Vrai
- B- Faux

25. L'échographie est améliorée par la présence de liquide :

- A- Vrai
- B- Faux

26. L'échographie est idéale pour l'étude des parenchymes, parties molles, tendons :

- A- Vrai
- B- Faux

27. L'échographie est conseillée le 10ème jour du cycle pour l'étude de l'endomètre :

- A- Vrai
- B- Faux

28. La TDM spiralée peut avoir une définition de coupe de un millimètre :

- A- Vrai
- B- Faux

29. La TDM spiralée permet une étude haute résolution corps entier :

- A- Vrai
- B- Faux

30. La TDM spiralée est incompatible avec l'usage de produits de contraste :

- A- Vrai
- B- Faux

31. La TDM spiralée permet des reconstitutions en 2D et 3D :

- A- Vrai
- B- Faux

32. La TDM spiralée doit être ciblée pour obtenir une haute résolution :

- A- Vrai
- B- Faux

33. Les contre indications de l'IRM sont la claustrophobie :

- A- Vrai
- B- Faux

34. Les contre indications de l'IRM sont les prothèses articulaires :

- A- Vrai
- B- Faux

35. Les contre indications de l'IRM sont les clips métalliques vasculaires et neuro-chirurgicaux :

- A- Vrai
- B- Faux

36. Les contre indications de l'IRM sont les pace makers :

- A- Vrai
- B- Faux

37. Les contre indications de l'IRM sont les prothèses mammaires en silicone :

- A- Vrai
- B- Faux

38. Les contre indications de l'IRM sont l'agitation :

- A- Vrai
- B- Faux

39. Les contre indications de l'IRM sont l'allergie à l'iode :

- A- Vrai
- B- Faux

40. La TDM est plus performante actuellement que l'IRM sous forme d'arthroscanner car il visualise mieux les cartilages :

- A- Vrai
- B- Faux

41. La TDM est plus performante actuellement que l'IRM au niveau rachidien car on peut reconstruire en 2D ou 3D sur un même cliché tout le rachis :

- A- Vrai
- B- Faux

42. La TDM est plus performante actuellement que l'IRM sous forme d'angioscanner, il permet de visualiser très facilement des images de thrombose ou d'embolies :

- A- Vrai
- B- Faux

43. La TDM permet à l'instar de l'IRM, de visualiser en jouant sur les contrastes, des zones d'ischémie chronique :

- A- Vrai
- B- Faux

44. L'IRM permet l'étude anatomique à partir de l'étude de la résonance des neutrons dans un champ magnétique :

- A- Vrai
- B- Faux

45. L'IRM a une résolution supérieure à la TDM :

- A- Vrai
- B- Faux

46. L'IRM ne permet pas de visualiser les flux :

- A- Vrai
B- Faux

47. L'IRM n'est plus interprétable dès qu'il y a un objet métallique dans l'organisme :

- A- Vrai
B- Faux

48. L'IRM a une discrimination tissulaire élevée :

- A- Vrai
B- Faux

49. L'IRM permet de visualiser les zones d'ischémie :

- A- Vrai
B- Faux

1. L'existence d'une opacité de même situation apparente sur un téléthorax de face, sans bronchogramme aérique, à contours nets en dedans, témoigne en principe d'un siège ?

2. Les exsudats inflammatoires et le mucus, peuvent entrainer un collapsus obstructif, de quel type ?

3. Qu'est ce qu'une tumeur fantôme (Vanishing tumor) ?

4. Quelle est la caractéristique d'un épanchement cardiaque ?

5. Citez les troncs supra-aortiques ?

6. Citez les cavités ventriculaires intracranienne ?

7. L'épanchement interlobaire est le plus souvent rencontré dans ?

8. Quelle est la traduction radiologique de l'épaississement des septa interlobulaires ?

9. Dans quelle situation peut se voir la protrusion du poumon normal dans l'hémithorax atteint ?

10. Chez un cardiaque hospitalisé en réanimation, un cliché fait au lit montre une asymétrie de transparence avec augmentation de densité de l'hémithorax droit :

- a- Quel diagnostic évoquez vous ?
b- Comment assurez vous votre diagnostic ?

11. Signes radiologiques de l'emphysème compensateur ?

12. Dans quelle circonstance retrouve t'on une hernie du poumon sein ?

13. Donnez les signes radiologiques d'un hématome de la paroi thoracique ?

14. Quel est le signe radiologique qui permet d'affirmer l'origine pulmonaire d'une cavité ?

15. Quelles sont les localisations préférentielles de :

- a- Abscès pulmonaire.
a- Tuberculose pulmonaire.

16. Quelle incidence que celle de face et de profil standard donne le plus de renseignement dans la tuberculose du sommet gauche ?

17. Citez les 4 mécanismes en cause d'encoques costales d'origine artérielle ?

18. Citez 4 causes d'encoques costales ?

Dossier N° 1 :

La radiographie pulmonaire d'un patient de 20 ans, fébrile (39°C) et dyspnéique, montre une opacité de la moitié inférieure du champs pulmonaire gauche. Cette opacité efface le bord gauche du coeur, et contient un bronchogramme aérien. Le poumon droit et le médiastin sont normaux.

1. Quelles incidences complémentaires faut-il pratiquer pour s'assurer de la topographie de la lésion ?
2. Quel signe est pathognomonique d'une atteinte du parenchyme pulmonaire ?
3. Que signifie l'effacement du bord gauche du coeur ?
4. A quel (s) diagnostic (s) pouvez-vous arriver ?

Dossier N° 2 :

Un sujet traumatisé de la circulation présente au téléphone, une opacité de la base pulmonaire gauche, avec surélévation apparente de la coupole et éloignement de la poche à air gastrique.

5. Quel est votre diagnostic ?
6. Quelles incidences allez vous pratiquer pour le confirmer ?
7. Un grill costal est il nécessaire pour le confirmer ? Pourquoi ?
8. Au 3ème jour, on note une image en ménisque, quelle est sa signification ?

Dossier N° 3 :

Un patient en assez mauvais état général, présente un épanchement pleural libre de moyenne abondance, limité à l'hémithorax gauche.

9. Quels diagnostic (s) évoquez vous ?
10. Quelques jours après, le téléthorax objective une très grande quantité de liquide libre avec un déplacement médiastinal du côté de l'épanchement. A quoi pensez vous ?

11. Parmi les diagnostics que vous évoquez pour la première question, lequel retenez-vous ?

Dossier N° 4 :

Un malade présente une opacité de l'hémithorax inférieur gauche effaçant la coupole gauche, et respectant le bord gauche du coeur.

12. Où situez-vous la lésion ?
13. Situez la position du hile gauche ?
14. Un bronchogramme aérique est il possible ?
15. Quelle sera la position de la grande scissure ?
16. Quel sera l'état de l'aorte thoracique descendante ?

Dossier N° 5 :

Un malade hospitalisé, présente brusquement de la fièvre et une dyspnée, au décours d'une cholecystectomie. Le

téléthorax pratiqué objective un déplacement de la petite scissure vers le bas, une surélévation du diaphragme.

17. Vous proposez une atteinte de quels ségments ?
18. Quels sont les autres signes que vous allez rechercher ?
19. A quel diagnostic pensez vous ?

Dossier N° 6 :

Un enfant fébrile, présente une opacité du lobe supérieur droit avec une limite inférieure nette au téléthorax.

20. A quoi correspond la limite inférieure nette ?
21. Quelles sont les structures qui vont être effacées ?
22. Un bronchogramme aérique est il possible ?
23. Son absence est elle significative ?
24. A quel diagnostic pensez vous ?

Dossier N° 7 :

Un téléthorax de face montre un opacité à limite supérieure convexe vers le haut, comblant le cul de sac costo-diaphragmatique droit.

25. Citez 3 étiologies possibles pouvant donner une telle image ?
26. Quelle incidence complémentaire demandez-vous ?
27. Expliquez brièvement l'intérêt de cette incidence ?

Dossier N° 8 :

La radiographie pulmonaire pratiquée chez un enfant fébrile, qui tousse depuis quatre jours, montre :
- Une opacité de la moitié inférieure des champs pulmonaires droit qui efface le bord droit du coeur et la coupole diaphragmatique avec une limite supérieure de l'opacité floue imprécise.
- Le hile droit est nettement abaissé
- Il existe au sein de l'opacité un bronchogramme aérique.

28. Le cliché de face suffit il pour étudier la lésion ? Expliquez pourquoi ?
29. Le bronchogramme aérique témoigne dans ce cas ?
A- D'une atteinte bronchique
B- D'une atteinte pleurale
C- D'une atteinte pulmonaire
30. L'abaissement du hile témoigne d'une atelectasie ?
A- Du lobe moyen
B- Des lobes moyens et inférieurs
C- Du lobe supérieur
31. Quels sont les autres signes d'atelectasie à rechercher ?

32. Le cliché de profil montre :
- Une petite scissure oblique en avant et en bas.
- Un effacement de la coupole diaphragmatique.

A quel (s) ségment (s), situez-vous la lésion ?

Dossier N° 9 :

Un malade présente une opacité thoracique droite, à limites nettes vers le poumon, et à angle de raccordement

aigu.

Dossier N° 12 :

33. Quelle est la localisation anatomique de cette lésion ?

34. Quelle sont les autres signes que vous devez retrouver ?

35. Chez ce malade, il n'existe pas de lyse costale. Quelle localisation anatomique éliminez-vous ?

36. Quelles sont les affections les plus probables ?

Dossier N° 10 :

Un malade présente une opacité basithoracique gauche, effaçant l'hémidiaphragme, et respectant le bord gauche du coeur, avec hile gauche abaissé.

37. Où se situe la lésion ?

38. Quel est le diagnostic radiologique ?

39. Un bronchogramme aérique sera obligatoirement présent :

- A- Vrai
B- Faux

Dossier N° 11 :

Un patient présente brusquement de la fièvre et une dyspnée au décours d'un acte chirurgical, la radiographie du thorax de face montre : un déplacement de la petite scissure vers le bas, une surélévation du diaphragme.

40. Quel segment est suspecté d'être atteint ?

41. A quel diagnostic pensez vous ?

42. Quels sont les autres signes à rechercher ?

Un patient de 30 ans, vivant dans de mauvaises conditions socio-économiques, consulte pour toux et expectoration dans un contexte fébrile avec amaigrissement non chiffré.
Un téléthorax de face est réalisé, objectivant une opacité à limites floues du LSD hétérogène et par la présence d'un bronchogramme aérien.

43. A quel diagnostic pensez-vous ?

44. Quel est l'examen complémentaire à réaliser ?

45. Après quelques minutes de traitement on note l'apparition d'une opacité excavée dans le champ pulmonaire contro-latéral.

A quoi pensez-vous ?

CORRIGÉS

ANATOMIE

1-	12-	23-	34-	45-	56-	67-	78-
2-	13-	24-	35-	46-	57-	68-	79-
3-	14-	25-	36-	47-	58-	69-	80-
4-	15-	26-	37-	48-	59-	70-	81-
5-	16-	27-	38-	49-	60-	71-	
6-	17-	28-	39-	50-	61-	72-	
7-	18-	29-	40-	51-	62-	73-	
8-	19-	30-	41-	52-	63-	74-	
9-	20-	31-	42-	53-	64-	75-	
10-	21-	32-	43-	54-	65-	76-	
11-	22-	33-	44-	55-	66-	77-	

TECHNIQUES RADIOLOGIQUES

1-	10-	19-	28-	37-	46-	55-	64-
2-	11-	20-	29-	38-	47-	56-	65-
3-	12-	21-	30-	39-	48-	57-	66-
4-	13-	22-	31-	40-	49-	58-	67-
5-	14-	23-	32-	41-	50-	59-	68-
6-	15-	24-	33-	42-	51-	60-	69-
7-	16-	25-	34-	43-	52-	61-	70-
8-	17-	26-	35-	44-	53-	62-	71-
9-	18-	27-	36-	45-	54-	63-	72-

SIGNE DE LA SILHOUETTE

1-	6-	11-	16-	21-	26-	31-	36-
2-	7-	12-	17-	22-	27-	32-	
3-	8-	13-	18-	23-	28-	33-	
4-	9-	14-	19-	24-	29-	34-	
5-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	

ATÉLECTASIE

1-	5-	9-	13-	17-	21-	25-	29-
2-	6-	10-	14-	18-	22-	26-	30-
3-	7-	11-	15-	19-	23-	27-	31-
4-	8-	12-	16-	20-	24-	28-	32-

BRONCHOGRAMME AÉRIQUE

1-	4-	7-	10-	13-	16-	19-	22-
2-	5-	8-	11-	14-	17-	20-	23-
3-	6-	9-	12-	15-	18-	21-	

Le SYNDROME PLEURAL

1-	6-	11-	16-	21-	26-	31-	36-
2-	7-	12-	17-	22-	27-	32-	37-
3-	8-	13-	18-	23-	28-	33-	38-
4-	9-	14-	19-	24-	29-	34-	
5-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	

SYNDROME EXTRA-PLEURAL

1-	3-	5-	7-	9-	11-
2-	4-	6-	8-	10-	

DIVERS

1-	8-	15-	22-	29-	36-	43-
2-	9-	16-	23-	30-	37-	44-
3-	10-	17-	24-	31-	38-	45-
4-	11-	18-	25-	32-	39-	46-
5-	12-	19-	26-	33-	40-	47-
6-	13-	20-	27-	34-	41-	48-
7-	14-	21-	28-	35-	42-	49-

Le Coursus en Questions

Manar sans Exclusivité

Bon Courage



MANAR