

EXAMEN BLANC DE RESIDANAT
(EPREUVE MEDICALE)
Durée : 2 H

Q.C.M.

Cocher la ou les propositions exacte(s) :

- 1/ En cas d'insuffisance aortique aigue :
- A - r ECG peut être normal.
 - B - le cœur est de volume normal à la radio du thorax.
 - C - l'auscultation cardiaque révèle un souffle systolique au foyer aortique
 - D - il existe fréquemment un tableau d'œdème aigu du poumon
 - E - les pouls périphériques sont amples
- 2/ Le rétrécissement aortique acquis :
- A - est plus fréquent chez le sujet âgé
 - B - est d'étiologie dégénérative.
 - C - associé avec une insuffisance aortique en cas d'étiologie rhumatismale
 - D - est plus fréquent dans les pays en voie de développement
 - E - touche surtout la femme
- 3/ Devant une douleur thoracique, l'origine péricardique est suspectée si :
- A - le siège de la douleur est retrosternale.
 - B - elle survient à l'effort.
 - C - elle est prolongée.
 - D - elle s'exagère à l'inspiration profonde
 - E - elle est trinitrorésistante
- 4/ La douleur thoracique en cas d'insuffisance coronaire aigue peut être :
- A - prolongée
 - B - spontanée
 - C - d'apparition récente
 - D - absente
 - E - trinitrorésistante
- 5/ L'auscultation cardiaque du rétrécissement mitral serré révèle :
- A - un éclat de B₂ au foyer pulmonaire
 - B - un roulement diastolique au foyer mitral
 - C - un éclat de B₁ au foyer mitral
 - D - un souffle systolique apexien
 - E - un cliquement d'ouverture de la mitrale
- 6/ Le traitement curatif d'une insuffisance mitrale importante par prolapsus valvulaire est :
- A - médical par les diurétiques
 - B - chirurgical par remplacement valvulaire mitral
 - C - chirurgical par plastie mitrale
 - D - la surveillance sans traitement
 - E - médical par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion

7/ L'épreuve d'effort est contre-indiquée en cas de

- A - HTA légère
- B - rétrécissement aortique serré
- C - dissection de l'aorte
- D - infarctus du myocarde à la phase aigüe
- E - IM modérée

8/ Quel est le marqueur le plus spécifique de nécrose myocardique

- A - transaminases
- B - CPK totales
- C - CPK - MB
- D - troponines
- E - myoglobine

9/ Parmi les signes suivants, lequel (ou lesquels) est (ou sont) observé (s) au cours du syndrome néphrotique pur et primitif

- A - Protéinurie 3 g/24 h
- B - Hématurie microscopique
- C - Hypo-albuminémie
- D - Hypertension artérielle
- E - Hypercholestérolémie

10/ Quel est le principal mécanisme physiopathologique permettant d'expliquer la présence des œdèmes et de l'hypertension au cours de la glomérulonéphrite aigüe ?

- 1. Pertes sodées rénales.
- 2. Acidose tubulaire
- 3. Rétention hydro-sodée.
- 4. Hyperaldostéronisme primaire
- 5. Sténose de l'artère rénale

11/ Quelle est l'étiologie la plus fréquente de la glomérulonéphrite aigüe typique de l'enfant ?

- 1. Staphylocoque
- 2. Streptocoque bêta-hémolytique
- 3. Toxique
- 4. Diabète
- 5. Infection urinaire

12/ Parmi les signes biologiques suivants, indiquer celui ou ceux qui sont en faveur de l'origine streptococcique d'une glomérulonéphrite aigüe.

- 1. Hématurie
- 2. Protéinurie
- 3. Antistreptolysines O élevées à deux dosages
- 4. Baisse du complément
- 5. Augmentation de la vitesse de sédimentation

13/ Parmi les signes biologiques suivants, indiquer ceux qui définissent le syndrome néphrotique.

- 1. Hypoprotidémie
- 2. Hypoalbuminémie
- 3. Protéinurie supérieure à 3 g/24 h
- 4. Hypercalcémie
- 5. Baisse du complément

2/8

2

14/ Parmi les anomalies suivantes de l'électrophorèse des protéides sanguins, indiquer celle ou celles que l'on peut trouver au cours d'un syndrome néphrotique primitif.

- 1. Hypoalbuminémie
- 2. Hypogammaglobulinémie
- 3. Hypergammaglobulinémie polyclonale.
- 4. Hyper alpha 2 globulinémie
- 5. Hypergammaglobulinémie monoclonale.

15/ Parmi les éléments suivants, indiquer celui ou ceux qui sont en faveur du caractère pur d'un syndrome néphrotique.

- 1. Protéinurie très sélective
- 2. Hypertension artérielle.
- 3. Hématurie microscopique
- 4. Absence d'insuffisance rénale
- 5. Hyperlipidémie.

16/ La glomérulonéphrite extramembraneuse possède un ou plusieurs des caractères suivants

- 1. Lésions glomérulaires prolifératives extracapillaires
- 2. Hématurie fréquente.
- 3. Evolution lente habituellement vers la rémission complète.
- 4. Evolution rapidement mortelle due aux complications infectieuses et à l'insuffisance rénale.
- 5. Parfois associée à un syndrome néphrotique

Indiquer la ou les réponses exactes

17/ En cas de syndrome néphrotique secondaire chez une femme jeune porteuse d'un lupus, on peut trouver l'un ou plusieurs des éléments suivants. Indiquer lequel ou lesquels.

- 1. Leucopénie.
- 2. Hypergammaglobulinémie
- 3. Baisse du complément sérique.
- 4. Anticorps anti-DNA présents.
- 5. ASLO élevés

18/ Un enfant de 7 ans présente un syndrome néphrotique pur et primitif. Parmi les signes suivants, lequel ou lesquels peuvent correspondre à l'état biologique et clinique de cet enfant ?

- 1. Hypoalbuminémie
- 2. Augmentation de la créatinine sanguine.
- 3. Hypocholestérolémie
- 4. Hématurie microscopique
- 5. Protéinurie égale à 5 g/24 h

19/ Parmi les signes cliniques cutanéomuqueux suivants, lequel (s) qui peut (peuvent) se voir au cours d'un lupus érythémateux systémique ?

- a- alopecie
- b- ulcérations de la muqueuse buccale
- c- nodules rhumatoïdes
- d- érythème noueux
- e- acné conglobata

20/ L'atteinte articulaire au cours du lupus érythémateux systémique peut se manifester par

- a- simples arthralgies
- b- arthrites aiguës
- c- arthrites subaiguës
- d- arthrite chronique déformante et destructrice
- e- ankylase vertébrale

2/9

21/ Parmi les atteintes suivantes qui peuvent se voir dans le lupus érythémateux systémique, laquelle (ou lesquelles) qui constitue (nt) un (des) facteur (s) de mauvais pronostic

- A - hypertension artérielle
- B - polyarthrite chronique
- C - pleurésie
- D - atteinte du système nerveux périphérique
- E - créatinémie supérieure à 30 mg/l

22/ Parmi les signes cliniques suivants pouvant survenir au cours du Rhumatisme articulaire aiguë de l'enfant, quel est celui qui est le plus grave ?

- A - Erythème marginé
- B - Arthrites
- C - Endocardite
- D - Péricardite
- E - Fièvre élevée

23/ Tous les signes suivants sont des critères majeurs définis par JONES pour établir le diagnostic de Rhumatisme articulaire aigu sauf un lequel ?

- A - Cardite
- B - Fièvre
- C - Polyarthrite
- D - Signes cutanés évocateurs
- E - Chorée

24/ Parmi les signes biologiques suivants, quel est celui, ou que's sont ceux qui sont observés dans le Rhumatisme articulaire aigu ?

- A - Augmentation de la vitesse de sédimentation
- B - Taux sérique d'anti streptolysine > 300U
- C - Taux sérique élevé d'anti staphylolysine
- D - Hémocultures positives streptocoque beta hémolytique
- E - Hyperleucocytose à polynucléaire

25/ Au cours d'une déshydratation chez le nourrisson quel(s) est (sont) parmi les signes suivants les signes qui ont une valeur de gravité ?

- A - La tachycardie
- B - Le collapsus
- C - Le pli cutané
- D - L'oligurie
- E - L'allongement du temps de recoloration

26/ Chez un enfant de 4 ans le(s) germe (s) habituellement rencontré(s) au cours des méningites purulentes sans traumatisme préalable est (sont) le (s) suivant(s) ?

- A - Méningocoque B
- B - Haemophilus influenza
- C - Staphylocoque
- D - Pneumocoque
- E - Streptocoque D

27/ Quels sont les trois germes le plus souvent responsables de méningites purulentes chez le nouveau-né ?

- A - Méningocoque
- B - Haemophilus influenzae
- C - Listeria monocytogene
- D - D. streptocoque B.
- E - Escherichia coli

28/ Parmi les signes suivants, lequel(lesquels) est (sont) fréquent(s) lors du purpura fulminans méningococcique de l'enfant ?

- A- Altération de la conscience
- B- Purpura extensif
- C- Délire
- D- Etat de choc
- E- Hypertonie musculaire

29/ Une ponction lombaire vient d'être pratiquée à un enfant de 3 ans fébrile (40° C) choqué et présentant des troubles de la conscience ; elle ramène un liquide clair avec une protéinorachie de 0,50 g/l, 10 éléments dont 5 polynucléaires non allérés, de très nombreux cocci Gram positif en diplocoque ; quel diagnostic, parmi les suivants, évoquez-vous ?

- A- Souillure
- B- Méningite herpétique
- C- Méningite à pneumocoque
- D- Méningite à méningocoque
- E- Réaction puriforme aseptique à un abcès cérébral

30/ Une hépatomégalie sensible chez un patient fébrile fait évoquer :

- A- Un carcinome hépato-cellulaire
- B- Un cirrhose compensée
- C- Une tuberculose hépatique
- D- Une stéatose hépatique
- E- Un ou des abcès hépatiques

31/ Une hépatomégalie chez un patient ictérique peut se voir dans :

- A- la lithiase de la voie biliaire principale
- B- l'hépatite virale B chronique
- C- La maladie de Gilbert
- D- L'insuffisance cardiaque droite
- E- Le cancer de la tête du pancréas

32/ Un patient de 17 ans présente un ictère chronique évoluant par poussées, non accompagné de prurit, ses urines sont foncées. Il n'existe aucun antécédent personnel ou familial. La biologie montre une hyperbilirubinémie totale à 70 micromoles/l dont 55 de bil. Conjugée. Les phosphatases alcalines et les gamma GT ont des taux normaux de même que les transaminases.

L'échographie abdominale est normale.

Sur ces données quel est le diagnostic le plus probable ?

- A- La maladie de Gilbert
- B- La maladie de Dubin-Johnson
- C- La cholestase récurrente bénigne
- D- L'hépatite virale chronique B
- E- Une maladie hémolytique

33/ Dans les ictères cholestatiques :

- A- le bord antérieur du foie est tranchant
- B- la grosse vésicule est constante
- C- la VBP est toujours dilatée
- D- la fraction conjuguée de la bilirubine est élevée
- E- Les selles sont constamment blanc-mastic

34/ Dans la maladie de Gilbert :

- A- l'ictère apparaît dès la naissance
- B- L'hyperbilirubinémie est mixte
- C- L'intensité de l'ictère est fluctuante
- D- L'examen physique trouve une HMG
- E- La novobiocine entraîne une rémission de l'ictère

35/ Parmi les causes de cirrhose alcoolique :

- A- la pancréatite chronique éthylique
- B- la sarcoïdose hépatique
- C- la cirrhose
- D- les adénopathies tuberculeuses du hile hépatique
- E- le calcul cancer de la vésicule biliaire

36/ L'hépatite virale fulminante :

- A- est plus fréquente chez le nouveau-né que chez l'adulte
- B- est caractérisée par la présence d'une hépato-splénomégalie
- C- est caractérisée par une cytolysse au delà de 50 fois la normale
- D- est rencontrée plus fréquemment avec le virus C qu'avec les autres virus hépatotropes
- E- Evolue dans plus de la moitié des cas vers le décès

37/ Une encéphalopathie chez un sujet cirrhotique peut être déclenchée par :

- A- Une hémorragie digestive
- B- Une infection du liquide d'ascite
- C- Une infection urinaire
- D- Une dégénérescence de cette cirrhose
- E- Un conflit familial

38/ Parmi ces complications, quelle(s) est (sont)-celle(s) qui peuvent émailler l'évolution de la RCH ?

- A- Colectasie
- B- Hémorragie intestinale massive
- C- Péritonite par perforation
- D- Fistule intestinale
- E- Sténose iléale terminale

39/ Quelle(s) est (sont) parmi ces complications celles(s) qui (peuvent) émailler l'évolution de l'ulcère gastrique :

- A- Perforation
- B- Septicémie à *helicobacter pylori*
- C- Mélènas
- D- Oesophagite peptique
- E- lymphome gastrique du mall

40/ le risque suicidaire, chez un patient déprimé est accru en cas de :

- A) age adulte jeune (< à 40 ans)
- B) sexe féminin
- C) maladie psychiatrique grave associée
- D) forme anxieuse
- E) cinq premiers jours de la mise sous anti-dépresseurs

41/ la dépression endogène :

- A) évolue dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive
- B) survient généralement en réaction à une agression extérieure
- C) s'accompagne d'une sémilogie dépressive intense
- D) s'associe à une mauvaise conscience du trouble
- E) réagit bien aux sollicitations de l'entourage

42/ devant un état dépressif :

- A) l'hospitalisation psychiatrique s'impose toujours
- B) l'hospitalisation psychiatrique peut se faire contre la volonté du patient
- C) les électrochocs sont inefficaces
- D) le traitement médicamenteux doit associer un antidépresseur à un thymorégulateur
- E) les anxiolytiques sont à proscrire

- 43/ le traitement préventif des rechutes dépressives
- A) est indiqué dans toutes les formes de dépression
 - B) s'impose dès le premier accès dépressif
 - C) peut se faire par les sels de lithium
 - D) peut se faire par certains anti-épileptiques, qui ont une action thymorégulatrice
 - E) est un traitement de courte durée (moins de six mois)
- 44/ la schizophrénie
- A) fait partie des troubles de l'humeur
 - B) altère peu la personnalité du sujet
 - C) se caractérise par une tendance à cesser de construire son monde avec autrui
 - D) s'associe fréquemment à un délire et des hallucinations
 - E) altère peu le fonctionnement socio-familial et professionnel du sujet
- 45/ la pensée du schizophrène accuse souvent :
- A) des diffuences
 - B) un fading mental
 - C) des barrages
 - D) une amnésie
 - E) une érotisation des relations humaines
- 46/ la schizophrène se caractérise par
- A) un syndrome dissociatif
 - B) un délire de type paranoïaque
 - C) un dysfonctionnement social ou des activités
 - D) un dysfonctionnement émotionnel et cognitif
 - E) une conscience douloureuse du trouble
- 47/ la schizophrénie paranoïde
- A) est la forme de schizophrénie la plus fréquente
 - B) est caractérisée par l'importance des symptômes négatifs
 - C) débute généralement plus précocement que les autres formes
 - D) a une évolution ondulante, avec des accalmies relatives
 - E) répond moins bien aux neuroleptiques que les autres formes
- 48/ la schizophrénie désorganisée
- A) est aussi appelé schizophrénie catatonique
 - B) est caractérisée par la prédominance du délire et des hallucinations
 - C) débute généralement plus précocement que les autres formes
 - D) évolue fréquemment vers un état déficitaire
 - E) répond moins bien aux neuroleptiques que les autres formes
- 49/ L'hystérie
- A) Est caractérisée par la conversion des conflits psychologiques en des symptômes corporels.
 - B) L'existence de symptômes de conversion somatique suffit pour porter le diagnostic de névrose hystérique
 - C) Ces symptômes de conversion sont en relation avec une personnalité pathologique
 - D) Il y a recherche inconsciente d'un statut de malade
 - E) Est assimilable à la simulation
- 50/ Les symptômes de conversion hystérique:
- A) Apparaissent rarement avant l'âge de 30 ans.
 - B) Surviennent souvent suite à un conflit.
 - C) Le patient se montre indifférent à leur égard.
 - D) Respectent bien la systématisation anatomique
 - E) Ont une évolution paradoxale et capricieuse

51/ Le coma hyperosmolaire du diabétique

- A- Atteint surtout les patients âgés
- B- Est favorisé par la prise de diurétiques
- C- Est d'installation brutale
- D- S'accompagne d'une acidose métabolique franche
- E- Se manifeste par une hyperglycémie modérée

52/ Parmi les facteurs suivants, quels sont ceux qui peuvent induire une acidocétose chez un diabétique ?

- A- Prise de corticoïdes
- B- Infarctus du myocarde
- C- Grossesse
- D- Diarrhée motrice
- E- Insuffisance surrénalienne

53/ Quelles sont les propositions exactes concernant la polyneuropathie diabétique ?

- A- Douleurs à type de brûlures des membres inférieurs
- B- Prédominance proximale
- C- Abolition des pouls périphériques
- D- Troubles de la sensibilité vibratoire
- E- Areflexie achilléenne

54/ Quels sont les arguments en faveur du diabète insulino-nécessitant chez un patient diabétique de type 2 mal équilibré sous traitement oral ?

- A- Le mauvais équilibre glycémique persistant malgré fortes doses d'antidiabétiques oraux
- B- L'existence d'un amaigrissement très important
- C- La persistance d'un état général bon
- D- L'absence de causes intercurrentes qui peuvent expliquer le déséquilibre du diabète
- E- La présence d'une cétose spontanée

55/ Devant une hyperthyroïdie, quels sont parmi les signes suivants, ceux qui évoquent la surcharge iodée.

- A- Goitre dououreux
- B- Tableau de thyrotoxicose très marqué
- C- Scintigraphie à l'iode 131 blanche
- D- Taux d'anticorps anti-thyroïdiens faible ou nul
- E- VS accélérée

56/ Quels sont parmi les suivants, les signes qui évoquent une hyperthyroïdie compliquée chez un patient présentant une maladie de Basedow ?

- A- Troubles du rythme cardiaque
- B- Vomissement abondants
- C- Hypothermie
- D- Ostéoporose
- E- Apnée du sommeil

57/ La suspicion clinique d'hypothyroïdie primaire nécessite en première intention

- A- Un dosage des anticorps anti-thyroïdiens
- B- Une échographie thyroïdienne
- C- Une scintigraphie thyroïdienne
- D- Un dosage de la thyroglobuline
- E- Un dosage de la TSH

58/ Parmi les signes suivants les quels sont évocateurs d'hypoglycémie chez un diabétique traité par l'insuline ?

- A- Convulsions
- B- Sueurs froides
- C- Dyspnée de Kussmaul
- D- Exophtalmie bilatérale
- E- tremblement

59/ Le Bacille Gram Négatif le plus fréquemment rencontré dans les septicémies communautaires est

- A - Le pseudomonas aëruginoso
- B - L'acinetobacter
- C - Le Klebsiella pneumoniae
- D - L'Escherichia coli
- E - L'Hémophilus influenzae

60/ Au cours d'une brucellose focalisée ostéo-articulaire, la confirmation du diagnostic étiologique peut se faire par

- A - la réaction au rose bengale
- B - Le sérodiagnostic de Wright
- C - L'IDR à la méltine
- D - Les hémocultures
- E - La culture du produit d'une ponction disco-vertébrale

61/ Parmi les examens complémentaires suivants, le ou lesquels permettent de poser avec certitude le diagnostic de fièvre typhoïde

- A - Hémoculture
- B - Recherche d'antigène soluble circulant
- C - Coproculture
- D - Hémogramme
- E - Intra dermo-réaction avec l'antigène spécifique

62/ Au cours d'une fièvre typhoïde, quels sont les signes ou complications qui relèvent de l'inondation par les endotoxines de l'organisme

- A - Bradycardie
- B - Perforations digestives
- C - Tufhos
- D - Splénomégalie
- E - Collapsus cardio vasculaire

63/ Lesquels de ces antibiotiques sont efficaces en cas de fièvre typhoïdes

- A - Cotriaxone
- B - Ampicilline
- C - Chloramphénicol
- D - Sulfaméthoxazole - triméthoprime
- E - Peflazine

64/ Une septicémie à BGN (bacille à gram négatif) a souvent une porte d'entrée

- A- ORL
- B- Urinaire
- C- Digestive
- D- Biliaire
- E- Oculaire

261

65/ Une ponction pleurale évacuatrice est indiquée en urgence dans un épanchement pleural de grande abondance quand il s'accompagne d'un ou de plusieurs des signes suivants

- ✓ A - Collapsus cardiovasculaire
- ✓ B - Turgescence des veines jugulaires
- ✓ C - Polypnée
- ✓ D - Fièvre
- E - Douleur thoracique

66/ La découverte d'un taux de protéines inférieur à 30 g/l dans un liquide pleural permet de rattacher cet épanchement à

- A - Un syndrome néphrotique
- ✓ B - Une insuffisance cardiaque
- C - Une métastase d'un cancer du foie
- ✓ D - Une tumeur ovarienne bénigne
- E - Une tuberculose pleurale

67/ Un exsudat pleural est un liquide

- ✓ A - Riche en protéines (> 30 g/l)
- B - Riche en polynucléaires neutrophiles
- C - Accompagnant un syndrome néphrotique
- ✓ D - Accompagnant une pneumopathie virale
- E - Pauvre en cellules

68/ L'anomalie biologique pleurale la plus caractéristique du mésothéliome est une

- A - Augmentation de la fibrine
- B - Augmentation de l'amylopleurie
- C - Richesse en lymphocytes
- D - Augmentation de l'acide urique
- ✓ E - Augmentation de l'acide hyaluronique

69/ Un enfant âgé de 12 ans présente un épisode aigu de dyspnée avec sifflements thoracique, et expectoration grisâtre, ferme et collante. Des épisodes similaires sont retrouvés à l'anamnèse, tous spontanément résolutifs en moins d'une heure. La radiographie thoracique révèle une distension thoracique. A la NFS la leucocytose est à 8 300 / mm³ avec 65 % de neutrophiles, 11 % d'éosinophiles, 16 % de lymphocytes et 10 % de monocytes. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Primo-infection tuberculeuse
- B - Emphysème
- C - Alvéolite allergique extrinsèque
- ✓ D - Asthme
- E - Corps étranger intra-bronchique

70/ A la radiographie thoracique, les lésions de tuberculose pulmonaire commune siègent le plus souvent

- A - Aux bases
- B - Au lobe moyen
- ✓ C - Aux sommets
- D - A la lingua
- E - Absence de localisation préférentielle

266

71/ Une fillette de 9 ans se plaint depuis un mois d'asthénie avec anorexie et perte de poids. A l'examen, la température est à 37°9 C, le pouls à 80 c/mn, la fréquence respiratoire à 20 c/mn et la TA à 11/8. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. La radiographie thoracique révèle des adénopathies hilaires droites et un nodule de 1 cm de siège axillaire droit. Les recherches de BK sont négatives.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Alvéolite allergique extrinsèque
- B - Primo-infection tuberculeuse
- C - Carcinofde bronchique
- D - Maladie de Hodgkin
- E - Tuberculose pulmonaire commune

72/ La tuberculose-maladie

- A - Se définit par la persistance de bacilles dans les foyers tuberculeux
- B - Est toujours mortelle en l'absence de traitement
- C - Peut s'accompagner d'une IDR négative
- D - Concerné le poumon dans 15 % des cas
- E - Apparaît toujours dans les 6 premiers mois suivant une primo-infection non traitée

73/ Concernant l'IDR à la tuberculine quelles propositions sont-elles vraies

- A - La lecture s'effectue à la 72^{ème} heure
- B - Elle est dite positive en cas d'induration supérieure à 10 mm
- C - Elle est dite positive en cas d'érythème ou d'induration supérieurs à 10 mm
- D - Sa positivité affirme la tuberculose-maladie
- E - Elle peut être négativée par une virose

74/ Les essais cliniques de phase III

- a- étudient principalement le degré de tolérance du médicament chez les volontaires sains
- b- se font sur un nombre réduit de malades gravement atteints.
- c- peuvent être interrompus en cas d'accident grave
- d- ont pour objectif de déterminer la petite dose unique ayant une activité
- e- peuvent se dérouler dans des centres multiples

267

QROC

1/ L'étiologie la plus fréquente du rétrécissement aortique acquis de l'adulte est

Récalcification

2/ L'étiologie la plus fréquente de la péricardite aigue chez l'adulte jeune est

Virales

3/ Le complication la plus fréquente de la péricardite tuberculeuse est

Épanchement

4/ Citer les trois complications possibles d'une péricardite aigue

Épanchement, tamponnade, anévrysme

5/ Quel est l'objectif primaire du traitement d'un infarctus du myocarde ?

Reperfusion

6/ Citer 3 cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse en cas de geste à risque

Sténose aortique, valvulopathie mitrale, cardiopathie congénitale

7/ Citer 3 caractéristiques cliniques faisant rattacher une masse de l'hypochondre gauche au diagnostic d'une splénomégalie

Adynamie, fièvre, anémie

8/ Citer deux diagnostics différentiels cliniques d'une splénomégalie

Hépatosplénomégalie, leucémie

9/ Citer 4 étiologies des splénomégalies bactériennes

Endocardite infectieuse, splénectomie, B. coli, Brucellose

(10) Citer la parasitose la plus fréquente en Tunisie responsable de splénomégalie fébrile

B. vivax

11/ Monsieur A âgé de 22 ans est admis aux urgences pour exploration d'une fièvre à 40° et frissons d'apparition brutale. L'examen clinique trouve une splénomégalie sensible. L'interrogatoire révèle la notion d'un séjour au Sénégal il y a 2 mois.

a/ quel diagnostic évoquez vous en premier lieu ?

Paludisme

b/ quel examen biologique demandez vous pour confirmer le diagnostic ?

Sérum et frottis

12/ Monsieur A âgé de 30 ans consulte pour asthénie et pesanteur de l'hypochondre gauche. L'examen clinique trouve une température à 37°C, un état général conservé, une splénomégalie arrivant à l'ombilic.

NFS: GB: 70 000/mm³, PNN: 40%, lymphocyte: 10%.

Métamyélocyte: 22%, myélocyte: 13%, basophile: 5%, éosinophile: 5% et monocyte: 5%, Hb: 13 g/dl, plaquettes: 530 000/mm³.

Uricémie à 560 µmoles/l, Urée: 5,2, créat: 70 µmoles/l.

Radiographie du thorax normale.

PNN = 40%

1/ Interpréter l'hémogramme

Leucocytose avec neutrophilie et métamyélocytose, éosinophilie et monocytemie.

2/ Quel diagnostic évoquez vous ?

- A leucémie aigue
- B leucémie lymphoïde chronique
- C myélofibrose primitive
- D leucémie myéloïde chronique
- E leucémie à tricholeucocyte

3/ Quel est l'élément qui permet de confirmer le diagnostic ?

- A un taux de blastes médullaire supérieur à 20 %
- B un score de phosphatase alcaline leucocytaire élevé
- C une translocation t(8,21)
- D une translocation t(9,22)
- E la présence de fibrose médullaire

4/ Quelle complication métabolique risque ce patient ?

Leucocytose et neutrophilie sévères peuvent entraîner une leucostase.

13/ Mr. K âgé de 56 ans, consulte pour asthénie. L'examen clinique trouve un subictère conjonctival, une pâleur, une splénomégalie à 6 cm du rebord costal, une flèche hépatique à 14 cm et une ascite de moyenne abondance.

NFS: GB: 3200/mm³, Hb: 10,2 g/dl, VGM: 84 fl.

plaquettes: 114 000/mm³, Bilirubine totale: 35, bilirubine conjuguée: 25 ASAT: 35, ALAT:

48, Phosphatases alcalines: 520, γGT: 86.

TP: 80%, Fibrinogène: 2 g, créat: 80.

1/ Interpréter l'hémogramme

Leucocytose avec neutrophilie et métamyélocytose, éosinophilie et monocytemie.

2/ par quel mécanisme expliquez vous les anomalies observées à l'hémogramme ?

Leucocytose avec neutrophilie et métamyélocytose.

3/ Quel diagnostic évoquez vous devant ce tableau clinique ?

14/ Quelle (s) exploration (s) permet (tent) de confirmer votre diagnostic ?

- A ponction biopsie de la rate
- B splénectomie
- C échographie abdominale
- D sérologie des hépatites virales
- E fibroscopie oeso-gastro-duodénale

14/ Mr. H. âgé de 65 ans, consulte pour asthénie évoluant depuis quelques mois, diarrhée et paresthésie des membres inférieurs. L'examen clinique trouve une pâleur, un subictère conjonctival, une langue lisse luisante et décapitée, une perte de la sensibilité osseuse et au diapason un signe de babinski bilatéral et un vitiligo

Biologie : - GB = 4000/mm³, Hb = 5,6 g/dl, VGM = 125,
réticulocytes = 35000/mm³, Plaquettes = 110 000/mm³,
Créat = 100 µmol/l, calcémie = 2,32 mmol/l, LDH = 4600 UI/l

1/ interpréter l'hémogramme

2/ quelle est le type de l'anémie évoquez vous ?

3/ quel examen complémentaire demandez vous pour confirmer ce type d'anémie ?

4/ quelle maladie évoquez vous, expliquant tout ce tableau clinico-biologique ?

15/ Citer la triade clinique d'une anémie hémolytique intra-tissulaire chronique

16/ L'enfant Ali âgé de 5 ans consulte la nuit aux urgences pour fièvre, douleur abdominale d'apparition brutale. L'examen trouve une pâleur un ictère franc et un aspect rouge foncé des urines. L'interrogatoire est pauvre en dehors d'une ingestion de fève il y a deux jours

Biologie : NFS GB = 12000/mm³, Hb = 5 g VGM = 91, rétic = 200000/mm³, plq = 256000/mm³,
bilirubine libre = 110, bilirubine conjuguée = 15, phosphatases alcalines = 180, γGT = 28, ASAT = 47
ALAT = 58, LDH = 1200

1/ interpréter l'hémogramme

2/ quel est le tableau hématologique de ce patient ?

3/ Quelle est l'étiologie de cette maladie ?

- A déficit en G 6PD
- B microsphérocytose héréditaire de Minkowski chauffard
- C B thalassémie
- D anémie hémolytique auto immune
- E Hémoglobinurie paroxysmique nocturne

17/ Décrire l'aspect de l'électrophorèse de l'hémoglobine lors de la maladie de Cooley

Hb F = 97%
Hb A = 2%
Hb A₂ = 1%
Hb S = 0%
270

18/ Citer trois facteurs déclenchants d'une crise vaso-occlusive chez un patient atteint d'une drépanocytose homozygote

Jeu de
méthylglutathém
au cinéma

19/ Quel examen biologique permet de confirmer l'origine auto-immune d'une anémie hémolytique acquise

20/ Mr M, âgé de 35 ans, consulte pour épistaxis et gingivorragie. L'examen clinique trouve des taches purpuriques sur tout le corps et un saignement au point de ponction

Biologie : NFS : GB = 15000/mm³, Hb = 8 g/dl, VGM = 90 fl,

pla = 11000/mm³, TP = 37 %, fibrinogène = 0,9 g, D-Dimères > 2 µg/ml

Myélogramme : présence de 86 % de cellules blastiques bourrées de grosses granulations et contenant des corps d'Auer en fagot

1/ Commenter le bilan d'hémostase chez ce patient

2/ Quel diagnostic portez vous chez ce patient ?

- A purpura thrombopénique périphérique
- B leucémie aigue lymphoblastique
- C leucémie myéloïde chronique
- D leucémie lymphoïde chronique
- E leucémie aigue à promyélocyte

3/ Quel est l'anomalie cytogénétique la plus souvent détectée dans cette pathologie ?

- A t(8;21)
- B t(9;22)
- C t(15;17)
- D Caryotype normal
- E t(8;14)

21/ Un homme de 35 ans a une hématurie. L'examen du sédiment urinaire montre la présence de cylindres hématiques.

Quelle est l'origine probable de l'hématurie ?

22/ Un homme de 38 ans, diabétique insulino-dépendant depuis l'âge de 16 ans, consulte pour des œdèmes de membres inférieurs d'apparition récente (prise de poids de 6 kg environ)

La TA est à 140/80 le pouls à 90. il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque. L'examen clinique trouve des œdèmes.

Les examens biologiques apportent les informations suivantes : urée : 6 mmol/l, créatininémie : 96 µmol/l, glycémie à jeun : 12,5 mmol/l (sous insuline 28 U le matin) ; cholestérol : 8,2 mmol/l, triglycérides 2,90 mmol/l ; protéides totaux : 60 g/l avec albumine à 22 g/l ; glycosurie : 400 mmol/24 h ; protéinurie : entre 3 et 8 g/24 h, HLM : leucocyturie par minute : 6 000, hématies par mn : 8 000, ECBU : stérile.

1. Quel diagnostic néphrologique évoquez-vous ?

2. Quelle en est l'étiologie la plus probable ?

3. Faut-il faire obligatoirement une ponction-biopsie rénale ?

271

23/ Un homme de 30 ans, jusque là en bonne santé, consulte pour des céphalées et un bouffisme de paupières.

L'interrogatoire trouve une angine non traitée 3 semaines auparavant.

L'examen clinique découvre une HTA à 160/100 et de discrets œdèmes des membres inférieurs, sans signe d'insuffisance cardiaque. Les examens biologiques : NFS normale VS 40 à la première heure ; urée 20 mmol/l ; créatininémie : 220 μ mol/l ; protéinurie : 1,90 g/24 h ; protéides totaux : 70 g/l dont 38 g d'albumine ; HLM hématies : 1 000 000/mm³ ; leucocytes : 600/mm³ ; ECBU stérile.

1. Quel diagnostic néphrologique envisagez-vous ?

2. Quels sont les 2 examens biologiques qui vous paraissent les plus utiles au diagnostic ?

3. Quel est l'examen qui confirmerait ce diagnostic ?

24/ Un homme de 70 ans est hospitalisé pour une anémie. Il a dans ses antécédents une dysurie et des hématuries terminales depuis 3 ans liées à des polypes vésicaux et traités à 3 reprises par résection endoscopique.

Actuellement, il a depuis 15 jours une dysurie et une pollakiurie nocturne associées à une hématurie terminale, sans fièvre.

Depuis 3 jours, il se plaint d'une anémie et d'un vague endolorissement lombaire bilatéral.

À l'examen : hyperhydratation extra-cellulaire avec OMI, crépitants aux deux bases, dyspnée. Pas de globe vésical. Au TR la prostate est normale. Biologiquement, dans le sang, on note : urée : 32 mmol/l ; créatinine :

250 μ mol/l ; Na⁺ : 125 mmol/l ; K⁺ : 6,2 mmol/l ; hématoците : 32 ; protéides : 52 g/l

Dans les urines : pas d'infection, sang (+), urée : 85 mmol/l

1. Quel est le mécanisme probable de cette IRA ?

2. Quels sont les 2 examens à proposer pour en confirmer le mécanisme ?

3. Quelle est la cause de l'IRA ?

4. Quelle anomalie métabolique est-il nécessaire de traiter d'urgence et par quels moyens ?

5. Une urétérostomie bilatérale est pratiquée. À quel risque métabolique s'expose-t-on en post-opératoire ?

25/ Quelles sont les 4 principales causes de mortalité dans le lupus érythémateux systémique ?

26/ Quelles sont les thérapeutiques médicamenteuses à prescrire dans les formes cutanées ou articulaires du lupus érythémateux systémique ?

— ANS
— Co faible dose
— anti-inflammatoires non stéroïdiens

27/ Citer les manifestations cliniques et paracliniques rencontrées dans le syndrome de Sharp

Cliniq : érythème, œdème, induration, des muscles
Biologie : ANA, ANF, IgG, anticorps anti-DNAse B, anti-RNP, etc.

28/ Quels sont les anticorps les plus spécifiques du lupus érythémateux systémique ?

anti-DNAse B, anti-RNP

29/ Un garçon de 7 ans, est hospitalisé pour polyarthrite du genou droit et du coude gauche évoluant depuis 24 heures avec une fièvre à 38°C

1/ Quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui vous permettent de rattacher ces arthrites à un rhumatisme articulaire aigu ?

Fièvre, polyarthrite, ASO, ANF, etc.

2/ Citer en précisant les résultats des examens biologiques qui vous permettent de confirmer le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu

ASO, ANF, etc.

3/ Quels traitements à visée curative et préventive proposez-vous à ce patient, sachant qu'il pèse 30 kg

Aspirine, pénicilline, etc.

4/ Citer les éléments de surveillance clinique et biologique

ASO, ANF, etc.

30/ Nourrisson âgé de 18 mois, hospitalisé pour fièvre à 39° avec convulsion

La ponction lombaire retire un liquide céphalorachidien comportant d'innombrables éléments blancs à prédominance de polynucléaires neutrophiles, l'examen direct a mis en évidence des cocci gram +

1/ Quel est votre diagnostic ?

Meningite bactérienne

2/ Quelle est l'antibiothérapie de première intention ?

Amoxicilline

3/ Citer les éléments de surveillance clinique et biologique

ASO, ANF, etc.

4/ Préciser la durée du traitement antibiotique

10-14 jours

31/ Vous êtes amenés à prescrire à un protocole de réhydratation intraveineuse chez un enfant atteint d'une malnutrition protéino-énergétique sévère

Quelles sont les 3 précautions particulières à prendre par rapport au protocole habituellement prescrit chez un enfant eutrophique

Mécanisme de l'œdème
L'œdème est dû à une augmentation de la perméabilité capillaire et à une diminution de la pression oncotique.

32/ Mr OM, âgé de 34 ans, présente depuis six mois une dysphagie haute d'installation et d'aggravation progressives associée à des accès intermittents de toux nocturne survenant au sommeil. Cependant, le patient garde toujours un bon état général et sa femme se plaint au médecin du caractère récemment fétide de l'haleine de son époux.

L'anamnèse révèle la notion d'ingestion accidentelle de diluant il y a 1 an pour laquelle il a été traité par une solution antacide.

L'examen physique note une pâleur cutané-muqueuse.

Le bilan biologique trouve une anémie hypochrome microcytaire s-déropénique (Hb : 8,5, VGM : 74, fer sérique : 7 micromoles/l).

1 - évoquez chez ce patient, par ordre de probabilité décroissante, quatre diagnostics

*1. Anémie ferriprive
2. Anémie hémolytique érythrocytaire
3. Anémie hémolytique érythrocytaire
4. Anémie hémolytique érythrocytaire*

2 - quel examen demanderez vous en premier lieu ?

- a - fibroscopie oeso-gastro-duodénale
- b - transit oesophagien Face + Profil
- c - scintigraphie oesophagienne
- d - Plimétrie oesophagienne
- e - Manométrie oesophagienne

3 - parmi les explorations sus citées, une peut être particulièrement dangereuse (tenant compte des diagnostics que vous avez évoqué chez ce patient) laquelle et quel risque peut courir ce malade par cette exploration ??

La manométrie oesophagienne est la plus dangereuse car elle peut provoquer une perforation de l'oesophage.

33/ Citez les trois domaines dans lesquels se manifeste le syndrome dissociatif

*1. Identité
2. Conscience
3. Mémoire*

34/ Citer 4 facteurs susceptibles de conférer au diabète type 1 un caractère instable

*1. Infection
2. Traumatisme
3. Stress
4. Médicaments*

35/ Citer 4 facteurs favorisant l'apparition du mal perforant plantaire chez le diabétique

*1. Hypertension artérielle
2. Tabac
3. Obésité
4. Dyslipidémie*

220

36/ Citer 3 causes d'hypothyroïdie iatrogène

- utilisation d'un traitement à base de lithium
- utilisation d'un traitement à base de propylthiouracil
- traitement à base de carbimazole

37/ Donner les critères biologiques du diagnostic d'une acidocétose diabétique

pH < 7,35
pCO₂ < 32
pO₂ < 100
pH < 7,35
pCO₂ < 32
pO₂ < 100

38/ Une femme de 40 ans consulte pour un goitre découvert par elle-même quelques mois auparavant. Le goitre n'entraîne aucune gêne locale.

Cette patiente se plaint surtout d'une prise de poids, de frilosité, de sécheresse de la peau, d'une chute de cheveux et d'une aménorrhée secondaire sans bouffées de chaleur. L'examen clinique trouve :

- Goitre de consistance ferme indolore, non vasculaire et sans adénopathies satellites
- Un faciès pâle, légèrement bouffi avec raréfaction des sourcils
- Une peau sèche avec dépilation axillaire
- Une TA à 11/7, un pouls à 56 batt/min
- Un vitiligo

Les examens complémentaires montrent : une anémie modérée normocytaire normochrome, un cholestérol à 7 mmol/l, triglycérides à 0,8 mmol/l.

1/- Quel diagnostic évoquez-vous ? Citer les signes cliniques et biologiques en faveur de ce diagnostic

hypothyroïdie

2/- Comment confirmez-vous ce diagnostic ?

TSH

3/ Quelle étiologie évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

cause iatrogène

4/- Quel examen biologique permettrait de la confirmer ?

Quel en serait le résultat ?

la TSH est élevée

5/- En l'absence de traitement quels risques en court cette patiente ?

23/

39/ Un jeune homme, homosexuel, se présente à votre consultation. Il désire faire le test de dépistage du SIDA car il a déjà fréquenté des partenaires à risque.

1) Quels examens paracliniques prescrivez-vous ?

2) La sérologie VIH demandée est positive. Quels sont les trois examens complémentaires qui vous paraissent les plus importants ?

CV / CD4 / ...

3) Quels sont les points importants de votre surveillance clinique ?

40/ Vers 14 h 00, un enfant de 3 ans est amené à l'urgence pour vomissements et diarrhées. Ses symptômes auraient débuté vers la fin de l'avant-midi. L'enfant s'est levé en pleine forme et est allé jouer dehors, selon son habitude. Son père confirme qu'il était avec lui dans la remise de leur ferme, avant de partir travailler aux champs. L'enfant jouait avec son chien. Lorsqu'il est entré pour dîner, il s'est plaint de crampes abdominales. Il a commencé à présenter de la diarrhée et a vomi une fois. Comme la diarrhée augmentait, sa mère l'a amené à l'urgence.

Au moment de son arrivée, vous notez un enfant amorphe mais répondant aux stimuli verbaux. L'examen physique révèle un rythme cardiaque à 50/minute et une pression artérielle de 95/60. Bien que l'enfant transpire beaucoup, sa température corporelle est normale à 37,8°C. La respiration semble embarrassée avec beaucoup de ronchis. Le rythme respiratoire est de 20/minute. Les pupilles sont en myosis. L'abdomen est souple sans évidence de viscéromégalie avec possibilité d'un petit globe vésical. Le péristaltisme est augmenté. L'enfant ne montre pas de signe de déshydratation mais présente plutôt une salivation abondante. Il semble avoir des fasciculations. Les réflexes ostéotendineux sont normaux.

1°) Quels sont les trois premiers diagnostics à évoquer devant ce tableau clinique ?

2°) Quels sont les trois syndromes cliniques rencontrés lors d'intoxication aux esters organophosphorés ?

3°) Quels sont les trois signes les plus rencontrés dans chacun des trois syndromes ?

4°) Quels sont les bases du traitement d'une telle intoxication ?

41/ Quel type de cellules trouve-t-on principalement dans une pleurésie purulente à pyogènes à la ponction ?

? N.N albu

42/ Quel est le temps de division du bacille de Koch ?

20 h

43/ Pendant quelle durée doit être prescrit le pyrazinamide dans le traitement de la tuberculose ?

? 2 mois

44/ Citez une complication à long terme d'une caverne tuberculeuse guérie

REPONSE

.....Séquelle, fistule, hémoptie

45/ Quel est la durée totale du traitement standard d'une tuberculose pulmonaire commune

REPONSE

.....24 mois

46/ Quel est le type idéal d'essais cliniques à la phase III ?

.....Essai randomisé contrôlé en double aveugle

277

EXAMEN BLANC DE RESIDANT (REPONSES)
(EPREUVE MEDICALE)
Durée : 2 H

Réponses QCM

1. A - B - D
2. A - B - C
3. C - D
4. A - B - C - D - E
5. A - B - C - E
6. C
7. B - C - D
8. D
9. A - C - E
10. 3
11. 2

Commentaire

Autre réponse admise : post-streptococcique

Le streptocoque bêta hémolytique du groupe A est le plus souvent en cause dans une glomérulonéphrite aiguë

Le point de départ est le plus souvent une infection O.R.L. (angine, otite, sinusite...), parfois dentaire, cutané, voire broncho-pulmonaire. Il est rare qu'un autre germe que le streptocoque ou qu'un virus soit en cause

12. 3

Commentaire

Devant une glomérulonéphrite aiguë il faut rechercher les stigmates de l'infection streptococcique : infection rhinopharyngée 1 à 3 semaines avant la glomérulonéphrite aiguë, prélèvement de gorge (qui découvre rarement le streptocoque) et surtout examen biologique : dosage des ASLO, des anti DNase, des anti Hyaluronidase... dont le taux s'élève à deux dosages successifs, et baisse du complément.

13. : 1, 2 et 3.

Commentaire :

La définition du syndrome néphrotique n'est pas clinique mais biologique hypoprotidémie avec hypoalbuminémie et protéinurie importante supérieure à 3 g/24 h. Il existe inconstamment une hyperlipémie et parfois une lipurie

14. : 1, 2 et 4

15. : 1, 4

Commentaire

En faveur du caractère pur du syndrome néphrotique on retient, une protéinurie très sélective, l'absence d'HTA, d'hématurie, d'insuffisance rénale et taux de complément normal.

16. : 2 et 3.

Commentaire

La glomérulonéphrite extra-membraneuse est une glomérulopathie diffuse non proliférative, souvent hématurique dont l'évolution est habituellement bonne à long terme quel que soit le traitement.

17. : 1, 2, 3 et 4

18. : 1 et 5

Commentaire

Les critères qui permettent d'affirmer qu'un syndrome néphrotique est pur et primitif sont essentiels en particulier pas d'hématurie, pas d'insuffisance rénale, pas d'hypertension artérielle, sélectivité de la protéinurie et normalité du complément. Le caractère primitif repose aussi sur le jeune âge du patient et l'absence d'étiologie définie.

19. a, b

20. a, b, c

21. a, e

278

22. C
23. B
24. ABE
25. BE
26. ABD
27. CDE
28. ABD
29. C
30. A-C-E
31. A-B-E
32. B
33. D
34. C
35. A-D-E
36. E
37. A-B-C-D
38. A-B-C
39. A-C
40. C, D, E
41. A, C, D
42. B
43. C, D
44. C, D
45. A, B, C
46. A, C, D
47. A, D
48. C, D, E
49. A, C, D
50. B, C, E
51. A-B
52. A-B-C
53. A-D-E
54. A-C-D
55. C
56. A-B-D
57. E
58. A-B-E
59. D
60. B-D-E
61. A-C
62. A-B-C-E
63. A-B-C-D-E
64. B-C-D
65. A-B-C
66. A-B
67. A-D
68. E
69. D
70. C
71. B
72. A-C
73. A-B-E
74. C-H

Réponses QROC

1. dégénérative
2. virale ou idiopathique
3. la construction péricardique
4. Rechute
 - Construction
 - Tamponnade
5. recanaliser l'artère coronaire
6. Réponse : cardiopathies congénitales cyanogènes
Prothèses valvulaires
Insuffisance aortique + insuffisance mitrale
7.
 - superficielle
 - mobile avec la respiration
 - bord antéro-interne crénelé
 - ne donnant pas le contact lombaire
8.
 - tumeur du pôle supérieur du rein gauche
 - pseudo kyste de la queue du pancréas
 - hypertrophie du lobe gauche du foie
 - tumeur de l'angle colique gauche
9.
 - septicémie à Pyogène
 - endocardite
 - fièvre typhoïde
 - brucellose
 - tuberculose
10. leishmaniose viscérale ou Kala Azar
11. a- paludisme
b- examen de la goutte épaisse
12. Réponse :
 - 1/ hyperleucocytose avec polynucléose, éosinophilie, basophilie et myélorémie, thrombocytose
 - 2/ leucémie myélorde chronique : D
 - 3/ une translocation 1 (9,22) : D
 - 4/ crise de goutte
13. Réponse :
 - 1/ pancytopénie avec leucopénie modérée, anémie modérée normocytaire et une thrombopénie
 - 2/ hypersplénisme
 - 3/ hypertension portale
 - 4/ échographie abdominale, fibroscopie naso-gastro-duodénale : C, E
14. Réponse :
 - 1/ bicytupénie avec anémie sévère fortement macrocytaire arégénérative et thrombopénie modérée
 - 2/ anémie centrale mégalo-blastique
 - 3/ myélogramme (ponction sternale)
 - 4/ maladie de Biermer
15. ictère, pâleur, splénomégalie
16. Réponse :
 - 1/ anémie sévère à 5 g/dl normocytaire, régénérative avec hyperleucocytose modérée et un chiffre normal des plaquettes
 - 2/ crise hémolytique aigüe ou crise hémolytique intra-vasculaire aigüe
 - 3/ A

17. Électrophorèse de l'Hb = HbA = 0 %, HbA2 = 2 à 3 % Hb F = 98 %
18. Infection, déshydratation, anoxie, acidose
19. Test de coombs direct
20. Réponse :
- 1/ Coagulation intravasculaire disséminée
 - 2/ E
 - 3/ C
21. Rénale
22. Réponse
1. Syndrome néphrotique pure
 2. diabète
 - 3 Non
23. Réponse
- 1 Syndrome néphrotique aiguë secondaire à une glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique
 - 2 ALSO et complément
 - 3 PBR.
24. Réponse
- 1 IRA par obstacle sur les voies excrétrices (en l'occurrence obstacle sur les bas uretères)
 - 2
 - a. Abdomen sans préparation
 - b. Echotomographie rénale
 - 3 Tumeur vésicale (confirmée par cystoscopie)
 - 4 Hyperkaliémie à traiter par Kayexalate ou dialyse
 - 5 Syndrome de levée d'obstacle avec polyurie et fuité potassique (risque de déshydratation et d'hypokaliémie)
- Commentaire
- À la question 2, tous les examens ne sont pas nécessaires. Un seul peut suffire à montrer la dilatation des voies excrétrices et justifier la cystoscopie qui confirme le diagnostic.
25. Réponses
- 1) les complications infectieuses
 - 2) l'insuffisance rénale chronique
 - 3) les complications cérébrales
 - 4) l'infarctus du myocarde
26. Réponses
- De première intention : AINS et anti-malariques de synthèse
 - En cas d'échec on peut donner la Prednisone à la dose de 15 à 20 mg/j pendant un mois environ.
27. Réponses :
- 1) Arthrites périphériques et systémiques
 - 2) Sclérodactylie
 - 3) Phénomène de Raynaud
 - 4) Episodes myositiques
 - 5) Anticorps anti U1RNP à un taux très élevé
28. Réponses :
- 1) Anticorps anti DNA natif
 - 2) Anticorps anti Sm
 - 3) Anticorps anti protéine Po ribosomale.
29. Cas clinique
- 1 / - antécédents d'angine récente
 - polyarthrite fugace multiple
 - présence d'un souffle systolique
 - 2 / - VS augmentée
 - ASLO augmentée
 - 3 / Pénicilline G : 1,5 M x 2 / j IM pendant 15 j
 - puis : Extencilline 1200000 U tous les 15 jours + Aspirine 70 mg/kg/j = 1 cp x 4 / j jusqu'à normalisation de la VS
 - 4 / Éléments de surveillance : - fièvre,
 - arthralgie
 - auscultation cardiaque
 - paraclinique : - VS

239

30. Cas clinique

- 1 / méningite à pneumocoque
- 2 / Céfotaxime 300 mg Ig/j + Vancomycine 60 mg/kg/j
- 3 / Eléments de surveillance
 - * clinique
 - température
 - état neurologique
 - convulsion
 - PC
 - * paraclinique :
 - PL (48 H, 14 j)
 - CRP
 - ETF
 - Potentiel évoqué auditif (2 mois après l'épisode initial)
- 4 / durée du traitement antibiotique : 14 jours

31. Réponse

- 1 / demander les apports hydriques (ne pas dépasser 160 ml/kg/j)
- 2 / diminuer les apports en sodium
- 3 / augmenter les apports en potassium

32. Réponse

- 1/ les quatre diagnostics à évoquer par ordre de probabilité croissante sont : a- syndrome de plummer vinson
 - a- diverticule de Zincker
 - b- sténose caustique de l'œsophage
 - c- cancer œsophagien
- 2/ l'examen à demander en premier lieu est le Transit œsophagien vu que la fibroscopie peut être dangereuse s'il s'agit d'un diverticule de Zincker. Ainsi, on commence par un Transit œsophagien avec de clichés de face et de profil centrés sur la région cervicale, puis, en l'absence d'un diverticule pharyngo-œsophagien, on demandera une fibroscopie œso-gastro-duodénale.
- 3/ l'exploration qui peut être particulièrement dangereuse chez ce patient est la fibroscopie compte tenu du fait qu'on a évoqué l'éventualité d'un diverticule de Zincker. En effet, celui-ci peut se perforer lors de l'introduction de l'endoscope à l'aveugle engendrant ainsi un pneumomédiastin parfois suffocant.

33. Réponse

- la pensée ; (; les idées)
- les affects (; la thymie ; l'humeur ; les émotions)
- les comportements (; les conduites ; le fonctionnement)

34. Réponse

- Adolescence
- Grossesse
- Labilité psychologique
- Lipodystrophies responsables d'anomalies de résorption de l'insuline
- Carence insulinaire profonde, sévère
- Existence de neuropathie diabétique autonome (gastroparésie, diarrhée motrice)
- Erreurs diététiques
- Erreurs de prescription (changements trop fréquents de doses d'insuline)

35. Réponse

- Polyneuropathie diabétique (hypoesthésies et Δ sensibilité douloureuse)
- Atérite des membres inférieurs
- Susceptibilité aux infections
- Tabac
- Chaussures inadaptées
- Déformations osseuses

36. Réponse

- Chirurgie
- Traitement par Iode radioactif
- Radiothérapie externe
- Médicaments iodés
- Antithyroïdiens de synthèse
- Lithium

37. Réponse

- Glycémie augmentée
- Glucosurie positive +++
- Cétonurie positive +++
- Acidose métabolique - PH diminué < 7,3
- HCO₃ basse < 15 mmol/l

38. Cas clinique

1) Réponse

- Hypothyroïdie primitive
- Prise du poids, frilosité, sécheresse peau, chute de cheveux, raréfaction sourcils, dépilaton axillaire
- Aménorrhée secondaire sans bouffées de chaleur
- Bradycardie, faciès pâle, bouffi
- Anémie normocytaire, normochrome.
- Hypercholestérolémie

2) Réponse FT4 basse
TSH élevée

3) Réponse :

- Thyroïdite de Hashimoto
- Arguments : Sexe féminin
Age 40 ans
Goitre ferme, indolore, non vascularisé.
Vitiligo

4) Réponses :

Anticorps anti TPO très augmenté

5) Réponses

- Epanchement péricardique
- Insuffisance coronaire
- Apnée de sommeil
- Coma myxœdémateux

39. CAS CLINIQUE

1) Réponse :

- Sérologie de dépistage du VIH1 et 2 par technique ELISA
- On proposera le dépistage des autres maladies sexuellement transmissibles
- Sérologie de l'hépatite B (Ag Hbs, Ac Hbs, Ac Hbc)
- Sérologie de l'hépatite C
- TPHA - VDRL

203