

Brwl

COMITE D'ORGANISATION
FACULTE DE MEDECINE DE
MONASTIR

CONCOURS DE RESIDANAT BLANC
NOVEMBRE 2003

1- Une fixation thyroïdienne d'iode radio-actif nulle ou très faible chez une patiente présentant un syndrome clinique et biologique de thyrotoxicose peut s'expliquer par

- a- Une surcharge iodée
- b- Une thyroïdite subaiguë de De Quervain
- c- Une ingestion de forte dose d'hormones thyroïdiennes
- d- Maladie de Basedow
- e- Thyroïdite de Hashimoto

réponses

2- Parmi les manifestations cliniques de l'hypothyroïdie périphérique l'infiltration mucoïde est responsable de la ou (des) manifestation(s) clinique(s) suivante(s)

- a- Voix rauque
- b- Ronflement nocturne
- c- Macroglossie
- d- Frilosité
- e- Bourdonnement des oreilles

3- parmi les méthodes thérapeutiques de la maladie de Basedow, indiquer celle qui peuvent entraîner une d'hypothyroïdie définitive

- a- anti thyroïdien de synthèse
- b- (avlocardyl)®
- c- Iode radioactif
- d- Iugol
- e- thyroïdectomie

4- si une hyperglycémie provoquée par voie orale donne une glycémie au temps 0 mn à 6,7 mmol/L et 2 heures à 9mmol/L votre conclusion pratique sera

- a- diabète sucré
- b- intolérance au glucose
- c- résultat normal
- d- résultat nécessitant de compléter par un dosage de l'insuline
- e- Résultat non interprétable : refaire l'épreuve

5- la cète- acidose diabétique peut comporter les signes cliniques suivants :

- a- polypnée ample
- b- déshydratation globale
- c- vomissements
- d- sueurs et tremblements
- e- tachycardie

6- l'évolution d'une hypoglycémie chez un diabétique traité par l'insuline peut être aggravée par

- a- une insuffisance hépatique associée
- b- un traitement par des glucocorticoïdes
- c- une insuffisance anté-hypophysaire associée
- d- prise de sulfamides antibiotiques
- e- une insuffisance rénale

La durée de la période anté-allergique au cours de la primo-infection tuberculeuse est de :

- A- 6 heures
- B- 48 à 72 heures
- C- 1 à 2 semaines
- D- 4 à 8 semaines
- E- 2 à 6 mois

La pleurésie éosinophile est définie par un taux des éosinophiles dans le liquide pleural supérieur ou égal :

- A- 5%
- B- 10%
- C- 20%
- D- 50%
- E- 80%

Parmi ces étiologies, celles qui induisent une insuffisance respiratoire aiguë chez un insuffisant respiratoire chronique sont :

- A- les antitussifs
- B- l'oxygène à débit de 1 litre/mn
- C- le pneumothorax partiel
- D- les médicaments sédatifs
- E- le traitement corticoïde

L'examen physique d'un patient présentant un pneumothorax total retrouve du :

- A- une diminution de l'inspiration thoracique
- F- un souffle pleurétique
- G- une exagération des vibrations vocales
- H- une diminution des murmures vésiculaires
- I- un tympanisme

En cas d'une poussée évolutive d'une rectocolite ulcéro-hémorragique, quels parmi les signes suivants ceux qui évoquent la sévérité de celle-ci ?

- a) une vitesse de sédimentation supérieure à 30 à la première heure
- b) 6 émissions sanglantes / 24h
- c) un taux d'hémoglobine inférieur à 75% de la normale
- d) La présence de signes radiologiques d'une sacro-illite bilatérale
- e) un érythème noueux

Le cours de la recto-colite hémorragique, une ou plusieurs des situations suivantes est (sont) fausses, la quelle (les quelles) ?

- a- L'atteinte rectale est constante
- b- Les lésions sont segmentaires sur le côlon
- c- L'extension est rétrograde au cours des poussées du rectum au caecum
- d- Les lésions ano-périnéales sont fréquentes
- e- L'inflammation pariétale est cantonnée à la muqueuse et à la sous-muqueuse

184

7. L'exploration fonctionnelle respiratoire au cours d'une crise d'asthme montre une diminution :
- A- de la capacité pulmonaire totale
 - B- du volume résiduel
 - ✓ C- du VEMS
 - ✓ D- du rapport de tiffeneau
 - E- des résistances des voies aériennes
8. Les éléments cliniques de gravité d'une crise d'asthme sont :
- A- La bradypnée expiratoire
 - ✓ B- La fréquence respiratoire supérieure à 35 cycles/mn
 - ✓ C- La fréquence cardiaque supérieure à 125/mn
 - D- La toux sèche
 - ✓ E- Le pouls paradoxal
9. Le traitement de l'asthme intermittent comporte :
- ✓ A- Les β_2 adrénergiques à la demande
 - B- La corticothérapie inhalée
 - C- Les β_2 adrénergiques à longue action
 - D- Les théophyllines
 - E- Les anticholinergiques en continu
10. Les indications de la ventilation mécanique au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë sont :
- A- L'existence d'une hypercapnie
 - ✓ B- Les troubles majeurs de la conscience
 - ✓ C- Le collapsus cardiovasculaire
 - D- La $PaO_2 < 50$ mmHg
 - ✓ E- L'existence des signes de lutte
11. Les contre indications à la chirurgie dans le cancer bronchique primitif sont :
- A- L'envahissement de la paroi thoracique
 - B- L'envahissement de l'œsophage
 - C- L'envahissement de la veine cave supérieure
 - D- L'adénopathie axillaire homolatérale
 - E- L'adénopathie médiastinale homolatérale
12. Le syndrome cave supérieur compliquant un cancer bronchopulmonaire comporte :
- A- Un œdème de la face et du thorax
 - B- Une turgescence des veines jugulaires
 - C- Une pleurésie bilatérale
 - ✓ D- Une circulation collatérale thoracique
 - E- Une hépatomégalie

19. Au cours d'une hépatite aiguë, quels sont parmi les signes cliniques suivants, ceux qui font craindre l'évolution vers une forme grave ?

- a) une inversion du rythme du sommeil
- b) des échymoses cutanées
- c) un ictère foncé
- d) un tremblement des extrémités (asténixis)
- e) l'apparition de troubles de la conscience

20. Parmi les critères compatibles avec un portage sain de virus B suivants, la (les) quelle(s) des propositions suivantes est (sont) fausse (s) ?

- a- absence de sémiologie clinique
- b- absence de cytolyse
- c- un antigène HBe non détectable et un anticorps anti HBe présent
- d- un ADN viral non détectable
- e- lésions histologiques d'hépatite chronique à la biopsie hépatique

21. Concernant l'ulcère gastrique une ou plusieurs des propositions suivantes est (sont) exacte(s). Laquelle (lesquelles) ?

- a) il est toujours précédé d'un ulcère duodénal
- b) une surveillance histo-endoscopique est obligatoire
- c) la gastrinémie est toujours élevée
- d) il est toujours associé à une hypersecretion chlorhydro-peptique
- e) *helicobacter pylori* doit être éradiqué

22. Parmi les médicaments prescrits en cas d'ulcère gastro-duodénal, lesquels ont un effet cicatrisant aux posologies usuelles ?

- a- Les antihistaminiques de type H2
- b- Le sucralfate (ulcar*)
- c- Le métoclopramide (primpéran*)
- d- Les anti-acides
- e- Les inhibiteurs de la pompe à proton

23. Parmi les propositions suivantes. Quelles sont celles qui font évoquer une migration lithiasique avec obstacle biliaire ?

- a) la présence de signes d'insuffisance hépatocellulaire
- b) un ictère cutanéomuqueux
- c) une douleur de l'hypochondre droit
- d) une cytolyse à 10 fois la normale
- e) un taux élevé des phosphatases alcalines

185

chez un patient ictérique, quels sont les 2 examens les plus performants pour diagnostiquer une lithiase cholédocienne ?

- a- Echographie des voies biliaires
- b- Echoendoscope des voies biliaires
- c- Cholangio-IRM
- d- Tomodensitométrie
- e- Cholangiographie par voie rétrograde endoscopique

Le foie est gros s'il correspond à une ou plusieurs des situations citées, laquelle, (les quelles) ?

- Foie palpable
- Sa hauteur sur la ligne médio-claviculaire est > 12 cm
- Son rebord par rapport à l'appendice xyphoïde dépasse 7 cm
- Il entraîne une surélévation en brioche de la coupole diaphragmatique droite
- L'épaisseur du lobe gauche est supérieure à 5 cm avec des angles marginaux ouverts à l'échographie

Une hépatomégalie douloureuse et fébrile peut être observée dans les situations suivantes sauf une, laquelle ?

- Abscès à pyogène du foie
- Abscès amibien du foie
- Foie de stéatose chronique
- Cancer primitif du foie
- Syndrome de Budd chiari aigu

Parmi les caractéristiques suivantes d'une hépatomégalie, certaines font penser à un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose. Lesquelles ?

-]- le bord inférieur est moussé
-]- la surface est irrégulière
-]- il existe un reflux hépatojugulaire
-]- il existe un souffle artériel à l'auscultation de l'aire hépatique
-]- la consistance est dure

En faveur de la cirrhose biliaire primitive, on peut retenir :

- un taux élevé des anticorps anti-mitochondries de type M2
- un taux élevé des anticorps anti-muscle lisse
- un taux élevé des anticorps anti-nucléaires
- une augmentation importante des phosphatases acides
- une augmentation importante des immunoglobulines de type M (IgM) à l'immuno-electrophorèse des protéides

29- propos des crises d'épilepsie partielle à symptomatologie complexe, citer la (les) réponse (s) juste(s) :

- A- leur sémilogie est très polymorphe
- B- leur origine est souvent frontale ou temporale
- C- l'EEG donne toujours le siège du foyer épileptique
- D- l'éthosuximide (Zorontin) est un traitement efficace
- E- le traitement est parfois chirurgical

30- En faveur d'un ramollissement sylvien superficiel gauche chez un droitier, on retient :

- F- la topographie brachio-faciale du déficit droit
- G- l'association du déficit à des troubles de la sensibilité de l'hémicorps droit
- H- hémiasomato-anosognosie
- I- une hémianopsie latérale homonyme gauche
- J- un signe de Babinski droit

31- peut (peuvent) se compliquer d'infarctus cérébraux :

- A- les migraines
- B- la polyglobulie
- C- le syndrome de coagulation intra vasculaire disséminée
- D- le rétrécissement mitral
- E- la prescription d'aspirine au long cours

32- Un accident ischémique transitoire dans la territoire carotidien peut se manifester par :

- A- une hémiplégie brachio-faciale
- B- une aphasie de Wernicke
- C- une cécité monoculaire
- D- un trouble de la déglutition avec signe de rideau
- E- un vertige rotatoire

33- Quelles sont les critères diagnostiques définissant, dans le cadre des encéphalopathies épileptiques du nourrisson l'encéphalopathie myoclonique infantile ou syndrome de West ?

- A- spasmes en flexion
- B- arrêt du développement psychomoteur
- C- microcéphalie
- D- aspect d'hyperrythmie à l'EEG
- E- survenant avant l'âge de 18 mois

Parmi les crises suivantes, quelle (s) est (sont) celle (s) qui est (sont) une (les) crise(s) focale(s) ?

- A- crise somato-motrice Bravais-Jacksonienne
- B- absence petit mal
- C- crise adversive
- D- spasme en flexion
- E- crise somato-sensitive

La cécité monoculaire transitoire est en rapport avec une (plusieurs) des entités suivantes, laquelle (lesquelles) ?

- A- ischémie occipitale centro-latérale
- B- plaque athéromateuse ulcérée de la carotide interne
- C- sténose serrée de l'artère carotidienne homolatérale
- D- ischémie transitoire du nerf optique au cours de la maladie de Horton
- E- névrite optique toxique alcool-tabagique

Parmi les propositions suivantes, retenir celle(s) qui plaident en faveur du diagnostic d'épilepsie généralisée idiopathique

- A- les crises sont des absences petit mal
- B- Il existe des antécédents de souffrance néonatale
- C- l'EEG objective des anomalies paroxystiques bilatérales synchrones
- D- l'examen clinique intercritique est normal
- E- il existe des antécédents familiaux d'épilepsie

Parmi les effets secondaires suivants lequel (lesquels) est (sont) susceptible (s) à la Dépakine ?

- A- une thrombopénie
- B- un lupus induit
- C- une hépatite médicamenteuse
- D- une ataxie
- E- une algodystrophie

Le mollissement cérébelleux se manifeste par :

- A- une ataxie à la marche
- B- des vertiges
- C- une hémiparésie
- D- une paralysie oculomotrice
- E- des mouvements choréo-athétoniques

39- Au cours d'une épilepsie l'électroencéphalo-gramme

- A- est toujours pathologique
- ✓ B- peut être normal en intercritique
- ✓ C- peut orienter vers le foyer lésionnel
- D- élimine le diagnostic d'épilepsie s'il est normal
- E- Doit être complété chez l'enfant par un EEG de sommeil

40- Le traitement de 1^{ère} intention devant une crise partielle :

- A- Sabril*
- B- Dilédan*
- C- Tégrétol*
- ✓ D- Dépakine*
- E- Gardenal*

41- Une crise d'absence typique chez l'enfant est sensible :

- A- Zaronin*
- ✓ B- Gardenal*
- ✓ C- Tégrétol*
- D- Lamictal*
- ✓ E- Dépakine*

42- La carbamazépine (Tégrétol) :

- A- est efficace dans les épilepsies myocloniques
- B- aggrave les crises d'absences
- ✓ C- a un effet thymorégulateur
- D- peut donner une leucopénie
- E- est associé au Sabril en cas d'épilepsie partielle rebelle

43- Devant des convulsions fébriles quelle(s) et (sont) le(s) indication(s) d'un traitement antiépileptique prophylactique au long cours :

- ✓ A- crises récidivantes successives
- ✓ B- signes neurologiques associés
- ✓ C- une crise prolongée > 15 mn
- D- une crise convulsive simple
- ✓ E- un âge de début précoce < 1 an

44- Chez un patient qui présente un angor de Prinzmetal, la prescription thérapeutique appropriée comporte :

- ✓ A- Trinitrine
- B- Antagoniste du calcium
- ✓ C- Béta-bloquant
- D- Méthylergométrine (Methergin)
- E- Cordarone

l'épreuve d'effort est contre-indiqué de façon absolue dans les situations suivantes :

- cas de rétrécissement aortique avec un gradient maximal échographique à 50 mmhg
- ans/les 10 jours d'une angioplastie coronaire
- cas d'angor instable
- visé diagnostique chez le patient hémodialysé
- cas de syndrome de Wolff-Parkinson-White.

propos de la scintigraphie myocardique, laquelle ou lesquelles de cette(s) propositions sont vraies :

- est un examen qui est plus sensible que l'ECG d'effort
- est moins coûteux que l'ECG d'effort
- réalise après un effort et dans certains cas au repos
- contre-indiqué chez la femme enceinte
- permet de préciser le siège de l'ischémie

la maladie coronaire chez le diabétique est caractérisée par :

- paradoxalement un meilleur pronostic
- un retard diagnostique
- des lésions coronaires plus fréquentes et plus distales à la coronarographie
- une mortalité plus faible
- les bêtabloquants sont contre-indiqués

une chute tensionnelle pendant l'épreuve d'effort peut être un critère de :

- du degré de sévérité de la maladie coronarienne
- de la sévérité de la maladie coronarienne
- de la probabilité de la maladie coronarienne
- de la présence d'un spasme
- de ne pas être le témoin d'une atteinte tritrunculaire

à ce qui concerne la revascularisation myocardique à la phase aiguë d'un IDM, quelle(s) est (sont) la(les) proposition(s) exacte(s)

- la thrombolyse reste indiquée au delà de la 6^{ème} heure
- l'angioplastie primaire est uniquement contre indiquée en cas de thrombolyse
- l'angioplastie primaire est contre-indiquée chez les sujets âgés
- l'âge de plus de 75 ans est une contre-indication absolue à la thrombolyse
- la co-administration aspirine-streptokinase est synergique

un malade a une oligurie dans les suites d'une cholécystectomie. Quels sont les éléments qui permettent de penser qu'il s'agit d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle secondaire à une hydratation insuffisante?

- la concentration uréique urinaire est basse (U/P urée égal à 4).
- la concentration sodée urinaire est basse (inférieure à 20 mmol/l)
- une hypotension artérielle orthostatique.
- une plaie cutanée.
- une hypoprotidémie.

190

215

51- Après quelques jours de vomissements et de diarrhée, un homme de 60 ans, dont on sait que la fonction rénale était antérieurement normale, a une insuffisance rénale fonctionnelle. Vous vous attendez donc à retrouver :

- A. Une diurèse de 100 ml/24 H
- B. Une urée plasmatique de 33 mmol/l
- C. Une créatinine plasmatique de 260 μ mol/l
- D. Une urée urinaire de 500 mmol/l
- E. Une natriurèse de 80 mmol/l

52- Une insuffisance rénale aiguë peut être consécutive à :

- A. Une septicémie à bacille à Gram négatif
- B. Une glomérulonéphrite
- C. Un traitement par la gentamicine
- D. Une hépatite HBs+
- E. Une urographie intraveineuse

53- Les médicaments ou produits suivants peuvent être responsables d'une insuffisance rénale aiguë :

- A. Antibiotiques du type aminoside
- B. Produits de contraste iodés
- C. Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- D. Antalgiques contenant de la noramidopyrine
- E. Soluté salé physiologique

54- Les insuffisances rénales aiguës dues aux produits de contraste iodés sont :

- A. Favorisées par l'insuffisance rénale chronique préalable
- B. Favorisées par le diabète
- C. Dues à une néphropathie urique aiguë
- D. Liées à la dose injectée
- E. Favorisées par la déshydratation extra-cellulaire

55- Quels éléments favorisent l'apparition d'une hyperkaliémie au cours de l'insuffisance rénale aiguë ?

- A. Hémolyse
- B. Etat de choc prolongé
- C. Hémorragie digestive
- D. Hyperhydratation
- E. Acidose métabolique

56- Devant la découverte d'une insuffisance rénale on peut évoquer son caractère aigu :

- A. S'il existe une anémie importante
- B. Si la calcémie est basse
- C. Si les reins sont petits à l'échographie
- D. Si le malade a eu récemment un choc infectieux
- E. Si le malade a reçu les jours précédents un traitement prolongé par un antibiotique de type aminoside.

Le traitement de la fièvre typhoïde chez la femme enceinte repose sur :

- A- Ceftriaxone
- B- Ofloxacine
- C- Chloramphénicol
- D- Amoxicilline
- E- Cotrimoxazole

Réponse :

Les manifestations cliniques évocatrices au cours du deuxième septénaire d'une fièvre typhoïde :

- A- Fièvre en plateau
- B- Orchi-épididymite
- C- Splénomégalie
- D- Angine de Duguet
- E- Gingivorragie

Réponse :

Les examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic de fièvre typhoïde au cours du premier septénaire sont :

- A- Hémocultures
- B- Uroculture
- C- Sérodiagnostic de Wright
- D- Coproculture
- E- Hémogramme

Réponse :

La Brucellose aiguë :

- A- A une incubation de 6 semaines
- B- Est une septicémie à point de départ lymphatique
- C- Peut s'accompagner d'algies diffuses
- D- Peut s'accompagner d'une orchiepididymite
- E- Est caractérisée typiquement par une fièvre en plateau

Réponse :

Au cours de la brucellose aiguë, la fièvre :

- A- Est d'installation brutale
- B- Peut être prolongée
- C- S'accompagne toujours d'une dissociation du pouls
- D- S'accompagne de sueurs nocturnes profuses
- E- Est bien tolérée par le malade

Réponse :

Les associations d'antibiotiques utilisées au cours de la brucellose aiguë sont :

- A- Doxycycline + Rifampicine
- B- Spiramycine + Rifampicine
- C- Streptomycine + Oxytétracycline
- D- Rifampicine + Pristinamycine
- E- Norfloxacine + Streptomycine

Réponse :

192

-12-

63- Le Tétanos :

- A- Est une maladie contagieuse
- B- Est due à un bacille à Gram négatif anaérobie
- C- Peut être secondaire à une plaie souillée
- D- Est une maladie non immunisante
- E- A une incubation moyenne de 3 jours.

Réponse :

64 - Le vaccin antitétanique est à base de :

- A- Antitoxine tétanique
- B- Anatoxine tétanique
- C- Bacilles tétaniques atténués
- D- Bacilles tétaniques tués
- E- Antigènes pariétaux de Clostridium tetani

Réponse :

65- Devant un tétanos, les facteurs de mauvais pronostic sont :

- A- Les vomissements
- B- L'âge > 70 ans
- C- La période d'invasion < 2 jours
- D- L'incubation courte < 7 jours
- E- Les contractures généralisées

Réponse :

66- Au cours d'un choc septique, on observe :

- A- Des extrémités froides
- B- Une obnubilation
- C- Une polypnée
- D- Une bradycardie
- E- Une oligo-anurie

Réponse :

67- La staphylococcie maligne de la face :

- A- Est secondaire à un furoncle de la face
- B- S'accompagne du prurit
- C- Se caractérise par une atteinte unilatérale
- D- Est caractérisée par la présence d'un bourrelet périphérique
- E- Peut se compliquer d'une thrombophlébite des sinus caverneux.

Réponse :

68- Une jeune femme de 25 ans, enceinte de 10 semaines d'aménorrhée a une sérologie toxoplasmique négative. Vous lui conseillez :

- A- de consommer de la viande bien cuite
- B- une prophylaxie par la spiramycine jusqu'à la 2^{ème} semaine de grossesse
- C- d'éviter tout contact avec les chats
- D- de faire une vaccination anti-toxoplasmique après l'accouchement
- E- de bien laver les légumes avant leur consommation

Réponse :

193

13

9- Les deux localisations fréquentes de toxoplasmose chez les sujets immunodéprimés sont :

- A- Pulmonaire
- B- Cérébrale
- C- Oculaire
- D- Cardiaque
- E- Hépatique

Réponse :

10- Au cours de l'amibiase colique non compliquée, on observe :

- A- Une fièvre à 40°C
- B- Des selles glairo-sanglantes
- C- Des vomissements incoercibles
- D- Des douleurs abdominales
- E- Un typhos

Réponse :

PROC

1- Citer un signe pathognomonique des septicémies à *Pseudomonas aeruginosa*

Réponse : *chrysemia gangrenosum*

2- Au cours de la toxoplasmose congénitale, la contamination du fœtus se fait par quelle forme de parasite ?

Réponse :

3- Devant une splénomégalie fébrile, les examens qui permettent de confirmer le diagnostic de leishmaniose viscérale sont :

Réponse : *myélogramme, gatte, epin*

4- Citer le vecteur responsable de la transmission de la leishmaniose viscérale en Tunisie.

Réponse : *Phlebotomus*

CAS CLINIQUE QCM 1

Énoncé

Un homme de 40 ans est hospitalisé pour insuffisance rénale aiguë. Cet homme, jusque là en bonne santé a vu apparaître 10 jours plutôt : une hématurie totale..., une oligurie, de discrets œdèmes des membres inférieurs. Le médecin traitant, consulté, lui trouve une tension artérielle à 160/100 mmHg. Un bilan biologique est réalisé qui objective : NFS normale ; VS, 30 mm à la première heure ; urée, 10 mmol/l ; créatininémie, 200 µmol/l. Le patient est alors hospitalisé. A l'entrée : aucune prise médicamenteuse récente ; discrets œdèmes indolores ; TA, 170/110 ; FO, normal ; TR, normal ; fosses lombaires, normales ; auscultation pulmonaire, râles crépitants deux bases. Dans le plasma : urée, 20 mmol/l ; créatinine, 300 µmol/l ; natrémie, 132 mEq/l ; kaliémie, 5.7 mEq/l ; chlorémie, 95 mEq/l ; hématurie, 500.000 H/ml. Dans les urines : diurèse, 1 000 cc/24 h ; protéinurie, 3g/l ; urée, 200 mmol/l ; sodium, 20 mEq/l ; potassium, 40 mEq/l ; chlore, 20 mEq/l. L'échographie rénale ne met pas en évidence de distension, les reins sont de taille normale.

QCM

1. Quelle hypothèse diagnostique retenez-vous comme probable chez ce patient? (CS)
 - A. Nécrose tubulaire aiguë
 - B. Néphrite interstitielle aiguë allergique
 - C. Glomérulonéphrite aiguë
 - D. Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
 - E. Syndrome néphrotique
2. Parmi l'(les) élément (s) suivant (s), lequel (lesquels) est (sont) en faveur de votre hypothèse diagnostique? (CM)
 - A. Hypertension artérielle récente
 - B. Syndrome œdémateux
 - C. Hyperkaliémie
 - D. Protéinurie
 - E. Hématurie microscopique
3. Quel (s) examen (s) envisagez-vous de réaliser rapidement chez ce patient? (CM)
 - A. Radiographie du thorax
 - B. Complément sérique
 - C. Urétéropyélographie ascendante
 - D. UIV
 - E. Artériographie rénale
4. Quelle (s) anomalie (s) associée (s) à l'insuffisance rénale aiguë paraît (paraissent) présent (s) chez ce patient? (CM)
 - A. Déshydratation intracellulaire
 - B. Hypohydratation globale
 - C. Hyperkaliémie
 - D. Hypertension artérielle maligne
 - E. Œdème pulmonaire

195

Dans le cas où votre hypothèse diagnostique principale serait vérifiée, quel (s) élément (s) parmi les suivants vous paraît (paraissent) être déterminant (s) pour le pronostic? (CM)

Aspect histologique rénal

Absence d'anurie

Hypertension artérielle modérée

Oedèmes discrets

Créatininémie 300 $\mu\text{mol/l}$.

Dans l'hypothèse où existerait une prolifération extra-capillaire diffuse dans le chambre de Bowman des glomérules de ce patient, quel (s) traitement (s) est (sont) envisageable (s)? (M)

Corticothérapie à fortes doses

Plasma frais congelé

Immunosuppresseurs

Absention thérapeutique

Echanges plasmatiques

CAS CLINIQUE QCM2

1000g

l'enfant est un nourrisson de 11 mois sans antécédents particuliers. Il est le premier enfant de parents bien portants, né à terme au poids de 3080 g pour une taille de 49 cm et un périmètre crânien de 34 cm.

Il présente depuis 5 jours une diarrhée glairo-sanglante fébrile ($38,5^{\circ}\text{C}$) persistante malgré un traitement symptomatique correct (arrêt du lait, hydratation par solution salée-sucrée), il est hospitalisé en raison de vomissements et d'une altération de l'état général. Il est fébrile à $38,5^{\circ}\text{C}$, peu réactif et paraît déshydraté (yeux creux) mais son poids est de 9220 g, comparable au dernier poids connu il y a 10 jours. Les examens complémentaires montrent : hémoglobine, 7,6g/100 ml ; VGM: 77 m^3 ; globules rouges 21200/ mm^3 ; plaquettes 94000 ; ionogramme (mmol/l) : Na 124, K 5,2 ; Cl 92 ; bicarbonates 27 ; urée 20 ; Ca 2,07 ; protéines 145 g/l ; créatinine 145 $\mu\text{mol/l}$; à la bandelette : protéinurie à quatre croix, hématurie à quatre six.

CM

Quel diagnostic évoquer en priorité? (CS)

Néphrose lipidique

Syndrome hémolytique et urémique

Glomérulonéphrite aiguë postinfectieuse

Infection urinaire

Syndrome d'aloport

Parmi les éléments de l'examen clinique, lequel (les-quels) doit (doivent) être précisé (s)? (CM)

Pression veineuse

Pression artérielle

Rythme respiratoire

Diurèse de 24h

Périmètre crânien

196

3. quel(s) examen(s) complémentaire(s) vous paraît (paraissent) nécessaire(s)? (CM)
- A. protéinurie des 24 heures
 - B. recherche des schizocytes
 - C. taux de prothrombine *à la recherche d'une (LVD) associée*
 - D. urographie intraveineuse
 - E. test de Coombs
4. Quel examen, parmi les suivants, est nécessaire? (CS)
- A. échographie rénale
 - B. index de sélectivité de la protéinurie
 - C. compte d'Addis
 - D. ECBU
 - E. Temps de saignement

Dossier I

Enoncé

Un homme de 62 ans est hospitalisé pour une insuffisance rénale de découverte récente. Il ne présente aucun antécédent particulier notamment néphrologique. Il y a 40 jours des lombalgies ténaces à recrudescence nocturne ont amené la réalisation de radiographies du rachis et d'une UIV qui se sont avérées normales et d'un bilan biologique qui notait une VS à 80 à la 1^{ère} heure et une anémie modérée normocytaire à 10 g d'hémoglobine pour 100 ml. L'urée, était à 7 mmol/l, la créatinine à 100 µmol. Au cours de cette hospitalisation la créatinine à 630 µmol/l ; Hb 9g/100ml ; protidémie 90g/l, globules blancs 10400 ; Na 130 ; dont 80 % de polynucléaires neutrophiles ; K 5,1 ; Cl 110 ; Bicarbonates 17. Dans les urines : diurèse de 24heures, 600ml. A la bandelette : protéides G ; sang 0 ; leucocytes 0 ; Ph, 5, biochimie : protéinurie 0,40 g/24h, Na : 100 mmol/l ; Cl 80 mmol/l.

Questions

1. Quelle hypothèse diagnostique évoquez-vous sur l'ensemble du tableau clinique et biologique?
2. Comment affirmez-vous ce diagnostic?
3. Donnez les explications possibles à l'insuffisance rénale chez ce patient
4. Dans l'hypothèse où votre diagnostic principal est confirmé et l'insuffisance rénale directement dépendant, quelle attitude thérapeutique adoptez-vous?
5. Quel élément du bilan urinaire vous paraît évocateur du diagnostic?

Bert B., 64 ans, vous est envoyé pour une insuffisance rénale: créatinine à 217 $\mu\text{mol/l}$. Il est connu comme étant porteur d'une bronchite et surtout d'une myocardiopathie chronique avec insuffisance cardiaque traitée par la prise quotidienne d'un comprimé de furosemide (furosémide) et d'un comprimé de digitaline. Il y a 2 mois le sujet a été opéré cliniquement: cholécystectomie d'une vésicule lithiasique. Intervention et suites opératoires simples. Environ 8 jours après cette intervention survient une crise douloureuse abdominale, un ictère et une poussée fébrile à plus de 39°C ; le sujet a été oligurique pendant 24 heures, la créatinine est montée jusqu'à $850 \mu\text{mol/l}$, l'évolution de cet épisode est favorable, l'ictère a disparu ainsi que les douleurs et l'état fébrile. L'échographie rénale montre un petit rein gauche avec mauvaise différenciation cortico-médullaire. Il est porteur d'haustriations et près de la colonne vertébrale à droite, un gros rein kystique bénin volumineux du pôle inférieur. Il n'y a pas de dilatation apparente de la vésicule. Les constatations sont identiques à celle de l'échographie faite au moment de l'opération. Les examens biologiques vous sont confiés. Dans les urines: protéinurie, 0,17 g/l; cytologie urinaire normale; hémoglobine, 16,7 g/dl; globules blancs $12 \cdot 10^3$, dont 10% de polynucléaires neutrophiles; calcium, phosphore, cholestérol, lipides: normaux; urée, 769 $\mu\text{mol/l}$; transaminases, phosphatases normales, gamma-GT, 147 unités (normal 8 à 38); sodium, 137; potassium 3,8; chlore, 93 mmol, digitoxinémie, 61 ng/ml (taux thérapeutique entre 20 et 45) avant la prise du comprimé quotidien.

- 1) Quelle définition permet de définir la pathologie rénale présentée: quelle est cette définition?
- 2) Quel est le facteur physiopathologique à évoquer devant la montée de la créatinine à $850 \mu\text{mol/l}$ dans ce contexte et avec la notion d'une créatinine normale avant l'intervention, quel est le pronostic sur l'évolution rénale, et pourquoi?
- 3) Comment devez-vous modifier la prescription diurétique, quel est l'élément à prendre en considération et pourquoi?
- 4) Comment devez-vous modifier le traitement tonocardiaque, comment et pourquoi?
- 5) Quelles sont les causes probables dans ce contexte du petit rein gauche?

Donnée 3

Mme A., 68 kg pour 1,63 m, a un diabète sucré traité par insuline. Les examens faits s'il y a eu un épisode de l'hypochondre droit associées à des vomissements, son médecin a fait faire une échographie sans préparation de l'abdomen a montré une lithiase vésiculaire et elle montre deux reins normaux. Après cet examen, une insuffisance rénale aiguë apparaît. Mme A. est hospitalisée d'urgence. Les nausées avec parfois des vomissements persistent. La pression artérielle systolique est de 110 mmHg en décubitus, le pouls 120 par minute, la fréquence respiratoire à 32 par minute. Il existe un léger pœdème des globes oculaires un peu hypotoniques. Un électrocardiogramme est fait de même que des examens biologiques sanguins qui montrent en particulier: pH artériel à 7,30; PaCO_2 à 28 mmHg; potassium à 7,5 mmol/l.

- 1) Comment expliquez-vous une déshydratation extra-cellulaire. Quels sont les signes biologiques que vous pouvez observer si cette déshydratation extra-cellulaire était isolée?

798

2. Cette patiente a une hyperkaliémie. Quels sont les signes électrocardiographiques que l'on pourrait observer?
3. Quels étaient chez cette femme les facteurs qui pouvaient faire craindre qu'une complication apparaîtrait à la suite de l'urographie intraveineuse ?
4. Quelles sont les facteurs de risque à considérer avant l'indication d'une UIV ?

Dossier n°4

Énoncé

Mme R., 54 ans, a eu 3 reprises une crise douloureuse sous-costale droite dont la dernière s'est accompagnée de fièvre et d'un ictère qui ont été régressifs. La dernière, qui s'est déclenchée il y a 5 jours, a été du même type. La patiente est fébrile, l'ictère est net et de type retentionnel. Trois hémocultures ont été positives à *Escherichia coli*. On note une oligurie à 300 ml/24 h avec une natriurèse de 92 mmol/l, la créatininémie est à 650 µmol pour mille ; glycémie 5,6 ; sodium 127 ; chlore 86 mmol/l ; urée 41 mmol/l. La patiente n'a pas vomie et a bu en grandes quantités. Elle est essouffée et se plaint de céphalées. Le poids est de 5 kg au-dessus du poids habituel, les plis du drap laissent une marque nette en creux sur le revêtement cutané du dos. La radiographie simple abdominale montre malgré de nombreuses images hydroaériques une lithiase vésiculaire et des calcifications de la zone corticomédullaire des deux reins qui sont de taille normale. Avant son épisode digestif, la patiente se plaignait de soif, de fatigue, de nausées et de douleurs osseuses, en particulier des jambes lors de la descente des escaliers. Le mois précédent, une prise de sang a été faite montrant une anémie, une urée normale, une phosphorémie basse et une calcémie à 2,7 mmol/l. Après 24 heures la diurèse se maintient à 250 ml, les mêmes troubles hydroélectrolytiques sont observés, la créatininémie est à 815 µmol/l et la calcémie à 2,7, l'hématocrite est à 28%. L'examen des urines : urée 250 mmol/l ; Na⁺ 88 mmol/l ; K⁺ 22 mmol/l ; chlore 91 mmol/l.

1. Quel est le type étiologique de l'insuffisance rénale aiguë? Justifiez votre réponse.
2. Quel est le trouble de l'hydratation observé?
3. Quels sont les éléments qui risquent de mettre sa vie immédiatement en danger?
4. Pourquoi l'hématocrite est-il à 28% (explications à extraire de l'énoncé)?
5. Quelles sont les données qui conduisent à écarter en première analyse l'hypothèse de l'évolution terminale d'une insuffisance rénale chronique ?
6. Comment expliquer l'hypercalcémie?

TMEN
/

REPONSES

- 1- a, b, c
- 2- a, b, c, d, e
- 3- c, e
- 4- b
- 5- a, b, c
- 6- a, b, c, d, e
- 7- C-D-E
- 8- B-C-E
- 9- A
- 10- B-C
- 11- B-C-D
- 12- A-B-D
- 13- D
- 14- B
- 15- A-C-D
- 16- A-D-E
- 17- a-b-c
- 19- b-d
- 20- a-b-d-e
- 21- e
- 22- b-e
- 23- a-b-e
- 24- b-c-d-e
- 25- b, e
- 26- b-c-e
- 27- a-b-d-e
- 28- b-d-e
- 29- abe
- 30- abde
- 31- abd
- 32- abc
- 33- abde
- 34- ace
- 35- bcd
- 36- acde
- 37- ac
- 38- ab
- 39- bce
- 40- c
- 41- ae
- 42- bcde
- 43- abce
- 44- ab
- 45- ab
- 46- ace
- 47- bc

- 48-be
- 49-ae
- 50/BCD
- 51/ABCD
- 52/ABCE
- 53/ABCD
- 54/ABDE
- 55/ABE
- 56/DE
- 57- A D
- 58- A C D
- 59- A D
- 60- B C D
- 61- B D E
- 62- A C
- 63- B C D
- 64- B
- 65- B C D E
- 66- A B C E
- 67- A C E
- 68- A C E
- 69- B C
- 70- B D

71- Ecthyma gangréneux d'Ehlers

72- Trophozoite

73- Recherche de leishmanie sur un frottis de moelle osseuse obtenu par ponction sternale, culture à partir d'un prélèvement sanguin (leucoconcentration), sérologie.

74- Phlebotomus perniciosus

QCM I : 1/C 2/ABDE 3/AB 4/BCE 5/ABCE - 6/ACE
 QCM II : 1/B 2/BD 3/ABC 4/A

Dossier N°1

- 1- tubulopathie myelomateuse
- 2- ponction sternale
- 3- utilisation de produits de contraste, prise des AINS, déshydratation
- 4- réhydratation, chimiothérapie
- 5- dissociation entre bandelettes urinaires et dosage pondérale de la protéinurie

Dossier N°2

- 1- IRA organique
- 2- Nécrose tubulaire suite à une angiocholite urémigène
- 3- Bon pronostic car la nécrose tubulaire est réversible
- 4- Diurétiques de l'anse car IR
- 5- Baisser à 1 cp/j 5j/7

Dossier N°3

- 1- natrémie normale, hémococoncentration
- 2- onde T ample et symétrique, anomalie du segment de ST, QRS large et PR long, trouble de la conduction
- 3- age, IR, diabète
- 4- age, IR, diabète, déshydratation, HTA, hyperuricémie, myelome, prescription concomittente d'AINS, d'IEC, diurétiques, régime sans sel, metformine

Dossier N°4 :

- 1- nécrose tubulaire (sodium urinaire élevé)
- 2- hyperhydratation globale
- 3- OAP, hyperkaliémie
- 4- Hémodilution (prise de poids, boissons abondantes)
- 5- Le mois précédent : urée normale
- 6- hyperparathyroïdie primaire