

**FACULTE DE MEDECINE
DE MONASTIR**

**COMITE LOCAL DE PREPARATION
DE RESIDANAT**

**EXAMEN BLANC DE RESIDANAT
(Question 1 à 22)**

Le 10/9/2004

230

1- Un accident ischémique transitoire dans le territoire carotidien se manifeste par tous les signes suivants sauf un lequel ?

- A. Une hémiparésie controlatérale à la lésion
- B. Une hypoesthésie controlatérale à la lésion
- C. Une cécité monoculaire controlatérale à la lésion
- D. Une aphasie par atteinte de l'hémisphère majeur
- E. Un syndrome de négligence motrice par atteinte de l'hémisphère mineur

2- Un accident vasculaire cérébral ischémique dans le territoire sylvien superficiel antérieure se manifeste par

- A. Une hémianopsie latérale homonyme à la lésion
- B. Une aphasie de Wernicke
- C. Une aphasie de Broca par atteinte de l'hémisphère mineur
- D. Une hémiplégie à prédominance brachio-faciale controlatérale à la lésion
- E. Des troubles de la conscience

3- Le syndrome de Wallenberg se définit par tous les signes suivants sauf un lequel ?

- A. Hypoesthésie faciale
- B. Un syndrome cérébelleux homolatéral à la lésion
- C. Un syndrome vestibulaire homolatéral à la lésion
- D. Une hémiplégie homolatérale à la lésion
- E. Un syndrome de Claude Bernard Horner homolatéral à la lésion
- F. Une atteinte du X, XI, XII paires crâniennes

4- Une thrombose basilaire complète peut se manifester par le (les) signe (s) suivant (s) :

- A. Mutisme
- B. Paralysie de la verticalité du regard
- C. Quadriplégie flasque
- D. Paralysie labio-glosso-pharyngée
- E. Altération de l'état de conscience

5- Un accident vasculaire cérébral ischémique dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne profonde peut se manifester par le (les) signe (s) suivant(s)

- A. Une aphasie par atteinte de l'hémisphère majeur
- B. Une hémiplégie totale
- C. Une hypoesthésie controlatérale à la lésion
- D. Une hémianopsie latérale homonyme
- E. Une hémiplégie massive controlatérale à la lésion

6- Parmi ces diagnostics quel (s) est (sont) celui (ceux) qui pose (ent) un diagnostic différentiel avec l'accident vasculaire ischémique transitoire ?

- A- Un processus expansif intracrânien
- B- Une crise de migraine avec aura
- C- Une épilepsie à début partiel
- D- Une crise d'hystérie
- E- Le vertige paroxystique du sujet âgé

7- La ou les causes suivantes peuvent être à l'origine d'un accident vasculaire cérébral ischémique chez le sujet jeune :

- A- Arythmie complète par fibrillation auriculaire
- B- Rétrécissement mitral
- C- Infarctus du myocarde
- D- Athérosclérose
- E- La maladie de Horton

8- Quel est l'examen complémentaire à réaliser en urgence devant la suspicion d'un accident vasculaire cérébral ischémique ? Qu'est ce qu'il peut montrer ?

.....

.....

.....

.....

9- Citer quatre étiologies d'AVC ischémique chez le sujet âgé.

- A.
- B.
- C.
- D.

10- Citer les deux mécanismes physiopathogéniques essentiels de la survenue de l'accident cérébral ischémique. Donner deux étiologies pour chacun des mécanismes.

.....

.....

.....

.....

.....

11- Définir l'accident cérébral ischémique transitoire.

Cas clinique

Une femme de 45 ans, sans antécédents, ni facteurs de risque vasculaires, est hospitalisée à la suite d'une hémiparésie droite survenu brutalement la veille précédée d'une céphalée brutale et supportable

L'examen d'entrée a objectivé un déficit modéré sensitivomoteur à prédominance brachio-faciale droite avec une aphasie de Broca. La tension artérielle était à 20/10 aux 2 bras. L'auscultation cardiaque était normale. Il n'existe pas de souffle cervical. Le scanner cérébral était réalisé le premier jour d'hospitalisation, et il était normal.

12- Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) envisagez-vous

- A. Accident vasculaire cérébral ischémique
- B. Hémorragie méningée pure
- C. Accident vasculaire cérébral hémorragique
- D. Hématome sous-dural
- E. Thrombophlébite cérébrale

13- Faut-il abaisser la tension artérielle rapidement dans ce cas et pourquoi ?

Si oui quel traitement faut-il donner, quelle dose, et quelle voie d'administration

14- L'écho-doppler des vaisseaux du cou pratiquée en urgence a montré une thrombose complète du siphon carotidien.

- A. Quelle(s) est (sont) la (les) mesure(s) de précaution à prendre dans ce cas ?

B. Quel traitement faut-il envisager, quelle dose et quelle voie d'administration et pour combien de temps ?

C. Quels sont les risques de ce traitement ? Comment les surveiller ?

15- Comment prévenir la récurrence de cette attaque ?

16- Est-ce que cette patiente était candidate à la thrombolyse ? Pourquoi ? Quelles sont les indications des thrombolytiques ?

17- Si ce déficit sensitivomoteur était transitoire et à répétition, Quelle sera votre conduite ?

18- Les crises d'absences simples :

- A- Se manifestent par une suspension brève de la conscience
- B- S'accompagne d'une chute traumatique
- C- Peuvent débuter à n'importe quel âge
- D- Durant 10 - 30 secondes
- E- Se caractérisent par des décharges de pointes ondes à 3 cycles / seconde à l'E.E.G.

19- 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- Elimine le diagnostic d'épilepsie s'il est normal
- E- Doit être complété chez l'enfant par un EEG de sommeil

20- ne crise partielle complexe se caractérise par :

- A- Une perte de connaissance
- B- Des automatismes psychomoteurs
- C- Un accès tonico-clonique localisé au niveau d'un membre
- D- Une amnésie post critique
- E- Une durée brève 30 à 40 secondes

21- Le(s) élément(s) du diagnostic positif d'une crise tonico-clonique généralisée est (sont) :

- A- Le caractère paroxystique des crises
- B- L'aspect stéréotypé des crises
- C- La fuite urinaire
- D- La reprise lente de la conscience
- E- L'amnésie post critique

22- Une crise généralisée tonico-clonique se caractérise par :

- A- un début progressif
- B- une chute traumatisante
- C- une durée brève 5 à 10 mn
- D- une suspension isolée de la conscience
- E- une contracture des muscles des 4 membres en extension

23- Une crise partielle simple se manifeste par :

- A- Une perte de connaissance brève
- B- Des mouvements tonico-cloniques localisés au membre supérieur ou inférieur
- C- Des troubles visuels paroxystiques
- D- Des automatismes psychomoteurs
- E- Des anomalies focales à l'EEG

24- Le(s) antiépileptique(s) efficace(s) sur les crises d'absence petit mal est (sont) :

- A- Gardenal
- B- Dépakine
- C- Tégretol
- D- Zarontin
- E- Dihydan

25- La carbamazépine (Tégretol) est surtout indiquée dans :

- A- Les crises d'absence
- B- Les crises généralisées type grand mal
- C- Les crises partielles simples
- D- Les crises partielles complexes
- E- Le syndrome de WEST

26- La conduite à tenir devant une femme épileptique bien équilibrée sous antiépileptiques désirant une grossesse est de :

- A- arrêter le traitement
- B- Le remplacer par une benzodiazépine
- C- Diminuer les doses
- D- Augmenter les doses
- E- Laisser le même traitement et la même dose

27- Une crise généralisée tonico-clonique est sensible au :

- A- Zarontin
- B- Gardenal
- C- Sabril
- D- Dépakine
- E- Tégretol

28- Une crise partielle complexe est plus sensible à (aux) :

- A- Gardenal
- B- Tégretol
- C- Zarontin
- D- Sabril
- E- Dépakine

29- Les crises d'absence petit mal :

- A- survient à tout âge
- B- s'accompagnent d'une chute traumatisante
- C- durée entre 3 à 5 minutes
- D- se traduit par des pointes ondes à 3 cycles / secondes à l'EEG
- E- secondes à une lésion cérébrale

30- Les convulsions fébriles simples :

- A- surviennent à un âge plus d'un an
- B- se manifeste surtout par un accès clonique des membres
- C- s'associent à un déficit neurologique post critique
- D- durent plus que 15 minutes
- E- risquent de passer à l'épilepsie dans 1 % des cas

31- La CAT devant des convulsions fébriles simples :

- A- prévenir les récives par les antipyrétiques
- B- Prescrire du Valium d'emblée après une première crise
- C- prescrire systématiquement un traitement prophylactique à long court
- D- le traitement prophylactique diminue le risque de passage à l'épilepsie
- E- L'EEG est indispensable après la première crise

32- Prescrire une ordonnance pour un enfant de 25 kg qui présente des crises d'absence typique et quels sont les moyens de surveillance ?

33- Donner 2 indications d'installations d'un traitement anti-épileptique après une 1ère crise

34- Le principal mécanisme physiopathologique de l'insuffisance respiratoire aigue au cours des oedèmes pulmonaires lésionnels est :

- A- le trouble de la diffusion alvéolocapillaire
- B- le Shunt intra pulmonaire
- C- l'hypoventilation alvéolaire
- D- l'effet shunt
- E- l'effet espace mort

35- Dans une insuffisance respiratoire aigue, on trouve de façon constante :

- A- des troubles de la vigilance
- B- Une dyspnée
- C- une cyanose
- D- une hypersudation
- E- une tachycardie

36- Les éléments cliniques de gravité d'une insuffisance respiratoire aigue sont :

- A- la fréquence respiratoire > 30 cycles/mn
- B- les convulsions
- C- la bradycardie
- D- l'agitation
- E- l'irrégularité respiratoire

37- Les éléments orientant vers une insuffisance respiratoire aigue en rapport avec un œdème pulmonaire lésionnel sont :

- A- la présence des opacités alvéolaires bilatérales à la radiographie du thorax
- B- La dyspnée à type de polypnée
- C- la pression capillaire pulmonaire élevée
- D- L'hypoxie réfractaire à l'oxygène
- E- localisation constante sous corticothérapie.

38- Les éléments de mauvais pronostic au cours d'une insuffisance respiratoire aigue chez un patient porteur de BPCO sont :

- A- l'encombrement bronchique
- B- l'incapacité de tousser
- C- la présence de signes d'insuffisance ventriculaire droite
- D- la présence d'hypercapnie
- E- les antécédents de ventilation invasive

39- Les étiologies des insuffisances respiratoires aiguës (IRA) hypercapniques sont :

- A- L'IRA des œdèmes pulmonaires cardiogéniques
- B- l'IRA secondaire à une myopathie des muscles respiratoires
- C- l'IRA des BPCO
- D- l'IRA des œdèmes pulmonaires lésionnels
- E- L'IRA par traumatisme crânien

40- Les indications de la ventilation invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë sont :

- A- l'épuisement respiratoire
- B- l'angoisse
- C- le collapsus circulatoire
- D- la cyanose franche
- E- l'hypersudation importante

41- les traits suivants caractérisent l'asthme persistant :

- A- l'existence d'une hyperréactivité bronchique
- B- l'existence d'une inflammation chronique des voies aériennes
- C- l'existence d'une bronchoconstriction permanente
- D- l'existence d'une hypersécrétion chronique
- E- la réversibilité du trouble ventilatoire obstructif

42- Dans une crise d'asthme modéré, on retrouve d'une façon constante :

- A- des rales sibilants
- B- une diminution des débits expiratoires de pointe
- C- une cyanose
- D- une polypnée
- E- un tirage intercostal

43- Chez un patient de 18 ans présentant une oppression thoracique nocturne, avec une spirométrie normale en dehors des crises , l'examen complémentaire indiqué dans le cadre du diagnostic positif de la maladie asthmatique dans ce cas est :

- A- le dosage des IgE spécifiques
- B- les tests cutanés allergologiques
- C- le test de provocation bronchique non spécifique
- D- la radiographie du thorax
- E- la gazométrie sanguine

44- Dans une crise d'asthme, l'exploration fonctionnelle respiratoire montre une diminution :

- A- du VEMS
- B- de la capacité pulmonaire totale
- C- du Rapport de Tiffeneau
- D- des débits expiratoires
- E- du volume résiduel

45- L'allergène le plus fréquemment responsable de l'asthme allergique chez l'enfant est :

- A- acariens
- B- pollens
- C- moisissures
- D- phanères des animaux
- E- allergènes alimentaires.

46- Les effets secondaires des β_2 adrénergiques sont :

- A- l'hypotension
- B- la tachycardie
- C- l'hypokaliémie
- D- les vomissements
- E- la nervosité.

47- Le syndrome de Fernand Widal associe :

- A- des manifestations asthmatiques déclenchées par la prise de l'aspirine
- B- une conjonctivite
- C- une migraine
- D- une pansinusite
- E- une rhinite vasomotrice

48- Le traitement indiqué chez un patient âgé de 30 ans présentant un asthme léger persistant comporte :

- A- les B_2 sympathomimétiques à la demande
- B- les B_2 sympathomimétiques de longue durée d'action
- C- les théophyllines retard
- D- la corticothérapie inhalée
- E- la corticothérapie per os.

49- Le traitement de l'asthme aigu grave de l'adulte comporte de façon systématique :

- A- l'oxygénothérapie à fort débit
- B- les B_2 adrénergiques en nébulisation
- C- les anticholinergiques en nébulisation
- D- la corticothérapie inhalée à forte dose
- E- la corticothérapie intraveineuse à forte dose

50- Le traitement d'un carcinome épidermoïde du poumon droit associé à une adénopathie susclaviculaire homolatérale néoplasique et sans métastases à distance comporte :

- A- la chimiothérapie
- B- la chimiothérapie et radiothérapie
- C- la radiothérapie
- D- la chirurgie et radiothérapie
- E- la chirurgie et chimiothérapie

51- Dans la classification TNM du cancer bronchique T4 correspond à :

- A- une pleurésie néoplasique homolatérale
- B- un envahissement trachéal
- C- un envahissement pariétal
- D- un envahissement de la plèvre viscérale
- E- un envahissement de l'aorte thoracique

52- Le bilan d'extension à distance d'un carcinome bronchique épidermoïde du poumon gauche chez un patient âgé de 45 ans asymptomatique comporte :

- A- l'échographie abdominale
- B- la scintigraphie osseuse
- C- le scanner cérébral
- D- la scintigraphie pulmonaire de perfusion
- E- l'échographie prostatique

53- Les contre indications à la chirurgie au cours du carcinome bronchique épidermoïde sont :

- A- l'atteinte ganglionnaire axillaire homolatérale
- B- l'atteinte ganglionnaire susclaviculaire homolatérale
- C- l'atteinte ganglionnaire médiastinale homolatérale
- D- l'atteinte ganglionnaire médiastinale controlatérale
- E- l'atteinte ganglionnaire hilaire homolatérale

54- Le traitement d'un carcinome à petites cellules envahissant le médiastin et sans métastases à distance comporte :

- A- la chirurgie
- B- la chirurgie et radiothérapie
- C- la chimiothérapie
- D- la radiothérapie
- E- la chimiothérapie et radiothérapie

55- Les médicaments suivants sont indiqués dans le traitement d'une crise d'asthme de l'adulte :

- A- la Terbutaline (Bricanyl)
- B- le Salbutamol (ventoline)
- C- le cromoglycate disodique (Intal)
- D- le fénotérol (Bérotec)
- E- les corticoïdes inhalés.

56- L'examen physique d'un patient présentant un pneumothorax total montre du côté atteint :

- A- une diminution des murmures vésiculaires
- B- une diminution de l'ampliation thoracique
- C- une distension thoracique
- D- un frottement pleural
- E- un souffle pleurétique

57- Les aspects endoscopiques évocateurs de cancer bronchique primitif sont :

- A- l'aspect inflammatoire diffus des bronches
- B- l'hypersécrétion bronchique localisée
- C- le bourgeon endobronchique
- D- la sténose endobronchique
- E- la compression extrinsèque d'une bronche.

58- Les germes le plus fréquemment responsables de pleurésie purulente post chirurgie thoracique sont :

- A- le pneumocoque
- B- les germes anaérobies
- C- les bacilles gram négatifs
- D- le staphylocoque
- E- les germes atypiques

59- La dose quotidienne de la Streptomycine chez l'adulte est de :

- A- 5 mg/kg/j
- B- 10 mg/kg/j
- C- 15 mg/kg/j
- D- 20 mg/kg/j
- E- 30 mg/kg/j

60- Les effets secondaires de l'isoniazide sont :

- A- la cytolyse hépatique
- B- l'ototoxicité
- C- la polynévrite
- D- les troubles psychiques
- E- la néphrotoxicité

61- L'immunité tuberculeuse :

- A- permet toujours de prévenir une nouvelle réinfection
- B- elle est définitive
- C- elle protège contre les formes sévères des tuberculoses
- D- elle est acquise par une primo-infection tuberculeuse
- E- elle est acquise par la vaccination

62- Citer les particularités du LCR au cours d'une méningite tuberculeuse.

Réponse :

63- Les germes les plus fréquemment responsables de méningites purulentes de l'enfant sont :

- A- Méningocoque
- B- *Listeria monocytogenes*
- C- *Haemophilus influenzae*
- D- Streptocoque du groupe B
- E- *Streptococcus pneumoniae*

Réponse :

64- Les signes habituellement révélateurs d'une méningite de l'adulte sont :

- A- Céphalée unilatérale
- B- Vomissements
- C- Fièvre
- D- Photophobie
- E- Atteinte des paires crâniennes

Réponse :

65- Le traitement d'une méningite purulente d'un enfant de plus de 6 mois en l'absence de toute orientation concernant l'identité du germe est :

- A- Céfotaxime
- B- Ampicilline parentérale
- C- Céfotaxime + Gentamicine
- D- Ampicilline parentérale + Gentamicine
- E- Cotrimoxazole + Gentamicine

Réponse :

.....

66- Que préconisez-vous à l'entourage adulte d'un enfant souffrant d'une méningite cérébro-spinale à méningocoque du groupe B ?

- A- Pas de mesure particulière
- B- Spiramycine : 3 MU, 2 fois/j pendant 10 jours
- C- Vaccination
- D- Rifampicine : 600 mg, 2 fois/j pendant 2 jours
- E- Doxycycline : 200 mg/j pendant 5 jours

67- L'état de choc est définie comme :

- A- une baisse brutale et durable de la pression artérielle
- B- une baisse brutale et durable du débit cardiaque
- C- une baisse brutale et durable du transport d'oxygène
- D- une baisse brutale et durable de l'extraction de l'oxygène
- E- une détérioration brutale et durable de l'oxygénation tissulaire

68- Le choc septique :

- A- est souvent associé à une hypovolémie
- B- est souvent associé à une vasoconstriction artérielle systémique
- C- est souvent associé à une vasoconstriction artérielle pulmonaire
- D- est aussi appelé un choc distributif
- E- est appelé hyperkinétique quand la fièvre est élevée

69- Le choc hypovolémique :

- A- correspond toujours à une vasodilatation intense
- B- est souvent associé à une tachycardie
- C- peut se voir quand un saignement dépasse 25 cc/kg
- D- est toujours associé à des signes de déshydratation
- E- est à exclure devant une pression veineuse centrale normale ou élevée

70- L'acidose rencontrée au cours de l'état de choc est toujours :

- A- une acidose métabolique
- B- une acodi-cétose
- C- une acidose lactique
- D- une acidose mixte
- E- aucune réponse n'est correcte.

71- Pour le diagnostic d'un état de choc :

- A- la mesure de la PVC est indispensable
- B- la mesure des gaz du sang est indispensable
- C- l'absence d'une acidose exclue le diagnostic
- D- si les pouls périphériques sont présents le diagnostic est exclu
- E- aucun signe clinique

72- Dans le diagnostic étiologique d'un état de choc :

- A- la fièvre indique toujours un choc septique
- B- l'absence de fièvre doit éliminer le diagnostic de choc septique
- C- un urticaire évoque un choc anaphylactique
- D- une cyanose intense est rare au cours d'un choc hémorragique
- E- un souffle cardiaque indique souvent un choc cardiogénique

73- La PVC :

- A- indique la pression qui règne dans l'oreillette droite
- B- indique la pression qui règne dans l'oreillette gauche
- C- est un bon reflet de la PTD VG
- D- est un bon reflet de PTD VD
- E- est normale quand elle est $> 10 \text{ cmH}_2\text{O}$

74- Apparier les profils hémodynamiques suivants avec la cause la plus probable d'état de choc :

POD	PAP	PAPO	IC
18	30/19	18	1.9
8	40/28	27	1.8
17	30/15	10	1.6
14	45/28	14	2.1
10	32/16	14	5

1. IDM antérieur
2. choc septique
3. tamponnade
4. IDM inférieur touchant le VD
5. EP

245

75- Concernant le choc septique :

- A- la constatation d'une leucopénie n'est pas en faveur du diagnostic
- B- les amines sympathicomimétiques inotropes positives sont indiquées en première intention
- C- le purpura filmonans est une forme grave de choc septique
- D- l'hyperlactatémie est spécifique

76- Un coma d'origine psychogène :

- A- s'accompagne d'un rythme EEG (théta)
- B- s'accompagne d'un rythme EEG aplati
- C- est un diagnostic d'élimination
- D- traduit une souffrance du système réticulaire activateur ascendant

77- L'appréciation de la profondeur du coma :

- A- permet de préciser le pronostic quelle que soit la cause du coma
- B- permet de suivre l'évolution
- C- se fait habituellement à l'aide d'un score dit score de Glasgow
- D- se fait habituellement par la mesure de la pression intracrânienne

78- Un coma d'installation brutale est en faveur :

- A- d'un processus expansif tumoral
- B- d'une souffrance métabolique
- C- d'une cause toxique
- D- d'un accident vasculaire

79- Les comas d'origine métabolique ne s'accompagnent pas généralement de signes de localisation sauf :

- A- le coma hépatique
- B- le coma hyperosmolaire
- C- le coma hypoglycémique
- D- le coma myoedemateux

80- Devant un coma avec des signes de localisation, l'examen le plus utile est :

- A- la radiographie du crâne
- B- l'ionogramme sanguin
- C- la ponction lombaire
- D- la tomodensitométrie du crâne

81- Le diagnostic de coma dépassé exige que soient réunis les critères suivants sauf un :

- A- absence de motricité spontanée
- B- abolition de la respiration spontanée
- C- absence de réflexes tendineux
- D- absence de toute participation pharmacodynamique

82- Le roulement diastolique du rétrécissement mitral est caractérisé par :

- A - Siège à la pointe
- B- Mieux perçu en décubitus latéral gauche
- C- Débute immédiatement après le B2
- D- Diminue à l'effort
- E- Augmente lors de l'AC/ FA

83- Le rétrécissement aortique peut donner les complications suivantes :

- A- Mort subite
- B- Embolie pulmonaire
- C- Oedème aigu du poumon
- D- Bloc auriculo- ventriculaire
- E- Embolies coronaires

84- Quel (s) examen (s) complémentaire (s) permet (tent) de quantifier une insuffisance mitrale ?

- A- L'électrocardiogramme
- B- Une Echographie cardiaque trans-oesophagienne
- C- Une angiographie sus sigmoïdienne
- D- Une radiographie de thorax
- E- Une angiographie ventriculaire gauche

85- Quels sont les signes électrocardiographiques qu'on trouve au cours d'une insuffisance aortique chronique ?

- A- Elargissement de QRS à 120 ms
- B- Ondes T négatives et symétriques en précordiale gauche
- C- Sus-décalage de ST en précordiale gauche
- D- Indice de Sokolow > à 35 mm
- E- Ondes Q fines et profondes en précordiale gauche

86- Cocher la ou les affirmations (s) exacte (s) concernant l'insuffisance aortique.

- A- Elle se traduit par un souffle systolique le long du bord gauche du sternum
- B- La dissection de type I en est l'étiologie la plus fréquente.
- C- Elle peut être une complication de l'infarctus du myocarde
- D- Elle peut être responsable d'une insuffisance cardiaque gauche
- E- Elle peut se compliquer d'endocardite infectieuse

87- Le roulement de Flint est perçu à l'auscultation en cas de :

- A- Rétrécissement aortique serré
- B- Rétrécissement mitral serré
- C- D'insuffisance mitrale aiguë
- D- D'insuffisance aortique massive
- E- De communication inter- ventriculaire

88- Le rétrécissement aortique peut donner les complications suivantes :

- A- Une Mort subite
- B- Une embolie pulmonaire
- C- Un Oedème aigu du poumon
- D- Un Bloc auriculo- ventriculaire de haut degré
- E- Une embolie coronaire

89- L'exploration hémodynamique d'un rétrécissement mitral permet de :

- A) Déterminer le gradient de pression diastolique entre le ventricule gauche et l'oreillette gauche
- B) Montrer l'existence d'une HTAP précapillaire
- C) Montrer une élévation de la pression capillaire pulmonaire
- D) Calculer la surface mitrale
- E) Montrer une réduction de la fraction d'éjection ventriculaire gauche

90- Sur une radiographie de thorax de face, quel est (sont) le (les) signe(s) qui n'est (ne sont) pas en faveur d'un œdème aigu du poumon sur un rétrécissement mitral :

- A) une redistribution de la vascularisation pulmonaire vers les sommets
- B) un rapport cardio-thoracique supérieur à 0.6 au dépend des cavités gauches
- C) des images floconneuses péri hilaires
- D) des lignes de Kerley type B
- E) une scissurite

91- Quel est l'intérêt de la réalisation d'une échographie transoesophagienne dans l'évaluation du rétrécissement mitral :

- A) permet une meilleure appréciation de la surface mitrale
- B) recherche un thrombus de l'auricule gauche
- C) doit être systématique avant chaque dilatation mitrale percutanée
- D) demander en première intention pour le diagnostic positif
- E) Permet de bien visualiser l'appareil sous valvulaire mitral

92- Parmi les propositions suivantes se rapportant à l'insuffisance mitrale laquelle (s) est (sont) inexacte (s) :

- A) les signes auscultatoires sont mieux perçus en décubitus latéral gauche
- B) peut se compliquer d'insuffisance ventriculaire gauche
- C) un frémissement cataire perçu à la palpation correspond au souffle systolique d'IM
- D) l'origine rhumatismale est prédominante
- E) l'oreillette gauche est dilatée

93- Les signes échocardiographiques en mode TM observés au cours du rétrécissement mitral sont :

- A) Une diminution de la pente DE
- B) Un épaississement des deux valves mitrales.
- C) Une accentuation de l'onde A.
- D) Un mouvement paradoxal de la petite valve mitrale.
- E) Une accentuation de la pente EF

94- Les éléments suivants permettent de différencier la péricardite aiguë de l'infarctus du myocarde :

- A. variabilité de la douleur
- B. topographie de la douleur
- C. sous décalage du segment PQ
- D. sous décalage en miroir du segment ST
- E. onde Q

95- Un infarctus du myocarde antérieur compliqué d'état de choc cardiogénique impose :

- A- La mise en place d'un ballon de contreimpulsion diastolique intra-aortique.
- B- Avlocardyl 40 : 1cp X 3/3
- C- Dobutrex: 15 gamma/Kg/min
- D- Lasilix 80 mg en IVD
- E- Risordan: 2 mg/heure.

249

96- En cas d'infarctus du ventricule droit, les mesures suivantes sont contre-indiquées sauf :

- A- Remplissage vasculaire par du plasmagel
- B- Dérivés nitrés
- C- Dobutrex
- D- Diurétiques
- E- Aspirine 250 mg/j

97- Cocher la ou les propositions exactes concernant l'infarctus du myocarde antéro-septal.

- A- Les signes électriques directs s'observent en V7, V8, V9.
- B- Correspond à une occlusion de l'artère circonflexe.
- C- Peut se compliquer de tachycardie ventriculaire
- D- Peut se compliquer de dissection de l'aorte ascendante.
- E- Passe souvent inaperçu

98- Les signes cliniques de l'infarctus du myocarde non compliqué comprennent :

- A- Une chute tensionnelle
- B- Une fièvre retardée de 48 heures
- C- Un frottement péricardique contemporain de la douleur thoracique
- D- Un bruit de galop pré-systolique
- E- Une tachycardie sinusale

99- Un patient présente des douleurs thoraciques suspectes après un infarctus du myocarde de topographie inférieure. L'épreuve d'effort réalisée 10 jours après cet infarctus est positive.

Que lui proposez vous ?

- A- prélèvement sanguin pour dosage de CPK
- B- une seconde épreuve d'effort un mois plus tard
- C- une échographie cardiaque
- D- une scintigraphie myocardique d'effort après arrêt de son traitement
- E- une coronarographie

100- Devant la réapparition de douleurs thoraciques trois jours après un infarctus du myocarde, inhibant la respiration profonde, vous évoquez :

- A- une rupture de pilier mitral
- B- une extension de la nécrose
- C- un syndrome de Dressler
- D- une réaction péricardique précoce
- E- une embolie pulmonaire

101- Les mesures suivantes font partie du traitement initial de l'infarctus du myocarde sauf :

- A- Aspirine
- B- Angioplastie coronaire
- C- Traitement fibrinolytique
- D- Inhibiteurs calciques
- E- Bêta bloquants

102- Citer cinq contre indications formelles de la fibrinolyse intra veineuse

A

103- Préciser une ordonnance de sortie d'un patient de 45 ans hospitalisé pour infarctus du myocarde antérieur étendu traité par angioplastie coronaire avec pose de stent réalisée à la 4ème heure après le début des douleurs.

104-L'épreuve d'effort est contre-indiquée de façon absolue dans les situations suivantes :

- A- A visé diagnostique chez le patient hémodialysé
- B- En cas de syndrome de Wolff-Parkinson-White.
- C- En cas de rétrécissement aortique avec un gradient maximal échographique à 50 mmHg
- D- Dans les 10 jours d'une angioplastie coronaire
- E- En cas d'angor instable

105- A propos de la scintigraphie myocardique, laquelle ou lesquelles de cette(s) proposition(s) sont vraies :

- A- C'est un examen qui est plus sensible que l'ECG d'effort
- B- Il est moins coûteux que l'ECG d'effort
- C- Peut constituer un examen de première intention chez des patients non valides
- D- Contre-indiqué chez la femme enceinte
- E- Permet de préciser le siège de l'ischémie

106- La maladie coronaire chez le diabétique est caractérisée par :

- A- Une prévalence féminine plus fréquente
- B- Un taux élevé d'ischémie myocardique silencieuse
- C- Des lésions coronaires souvent uniques et proximales à la coronarographie
- D- Une mortalité plus faible
- E- Une contre-indication aux bêta-bloquants

107- Le dosage des troponines permet :

- A- Peut s'élever en cas d'embolie pulmonaire grave
- B- De poser à elle seule l'indication d'une thrombolyse
- C- D'éliminer le diagnostic d'angor instable si les troponines sont négatives
- D- Un rôle diagnostique permettant de fortement suspecter la maladie coronaire
- E- Son élévation est un facteur pronostic dans les syndromes coronariens aigus

Cas clinique

Un patient âgé de 45 ans consulte des douleurs thoraciques évoluant depuis deux heures. Il est diabétique et tabagique. A son arrivée de l'équipe du SAMU à son domicile, il constate les éléments suivants : Un patient agité et couvert de sueurs, sa TA est à 80/50 mmHg avec une fréquence cardiaque à 45 C/min. Une turgescence des jugulaires et un foie douloureux sans OMI. Il n'existe pas de crépitements à l'auscultation pulmonaire. Son ECG montre une bradycardie sinusale avec un sus-décalage de ST en D2, D3, AVF, V1 et en V3r et V4r de plus de 2mm.

108- Quel est à priori votre diagnostic ?

- A- Une tamponnade est très probable
- B- Un IDM antérieur à la phase aiguë
- C- Un IDM inférieur compliqué d'extension au VD
- D- Un malaise vagal
- E- Une embolie pulmonaire massive

109- Quelle est votre attitude de première intention ?

- A- Aspegic 250 à 500 mg en IVD
- B- Atropine en IVD
- C- Risordan à la SE à 1 mg/H
- D- Tenormine en IVL sous contrôle scopique
- E- Remplissage par des macromolécules

110- En ce qui concerne votre stratégie de reperfusion :

- A/Angioplastie primaire est supérieure à la thrombolyse et donc vous la privilégiez
- B/Streptokinase en première intention car je suis à distance d'une salle de cathétérisme
- C/Pas de thrombolyse avant d'avoir amélioré l'état hémodynamique
- D/La thrombolyse est contre-indiqué chez ce patient diabétique
- E/J'exige la confirmation par le dosage enzymatique avant tous gestes de revascularisation

....

qu'elle sera son traitement de sortie ?

- A- Aspegic 100 mg J
- B- Ticlopidine 500 mg J pendant 1 mois
- C- Digoxine 1 Cp J
- D- Atropine 1 amp buvable J
- E- Nitrés per os

112- Les cardiopathies responsables d'insuffisance cardiaque gauche par augmentation de la post charge sont :

- A- L'insuffisance mitrale
- B- L'insuffisance aortique
- C- Le rétrécissement aortique
- D- La cardiomyopathie non obstructive
- E- La coarctation de l'aorte

113- Les étiologies extra-cardiaques de l'insuffisance cardiaque sont :

- A- L'anémie sévère chronique
- B- La polyglobulie
- C- Les fistules artério-veineuses
- D- L'hypothyroïdie
- E- La maladie de paget

114- Les facteurs de décompensation d'une insuffisance cardiaque sont :

- A- Intervention chirurgicale
- B- Fièvre prolongée
- C- L'hypothyroïdie
- D- Maladie d'Addison
- E- Grossesse

115- Les étiologies du cœur pulmonaire chronique sont

- A- Pneumonie franche lobaire aiguë
- B- Collapsothérapie
- C- Fibrose pulmonaire
- D- Asthme
- E- Pleurésie séro-fibrineuse

116- L'insuffisance cardiaque à débit élevé peut être secondaire à

- A- hyperthyroïdie
- B- un syndrome de cushing
- C- anémie sévère
- D- déficit en vitamine B1
- E- insuffisance tricuspide massive

117- L'auscultation cardio-pulmonaire d'un patient en insuffisance ventriculaire gauche fait entendre :

- A- un murmure vésiculaire normal aux bases pulmonaires
- B- un éclat de B2 au foyer pulmonaire
- C- une insuffisance aortique fonctionnelle
- D- un galop (B3, B4 ou sommation)
- E- une bradycardie

118- L'insuffisance ventriculaire droite secondaire à une hypertension artérielle pulmonaire primitive associe :

- A- un signe Harzer
- B- des râles crépitants aux deux champs pulmonaires
- C- des oedèmes des membres inférieurs
- D- un reflux hépato jugulaire
- E- une hépatomégalie douloureuse

119- La coarctation de l'aorte peut se manifester par :

- A- Une abolition des pouls fémoraux,
- B- Une insuffisance cardiaque néonatale,
- C- Une HTA,
- D- Un souffle systolique,
- E- Des malaises anoxiques.

120- Concernant l'hémorragie méningée non traumatique, cochez les propositions exactes :

- A- L'hémorragie méningée est une urgence neurochirurgicale
- B- L'atteinte du nerf oculomoteur commun (III) a toujours une valeur localisatrice
- C- Le bilan artériographique doit être réalisé immédiatement
- D- La gravité de l'hémorragie est liée au risque de resaignement
- E- L'atteinte du nerf oculomoteur (VI) a une valeur localisatrice

121- Les signes cliniques suivants peuvent être révélateurs d'une hémorragie méningée non traumatique :

- A- Céphalée brutale
- B- Strabisme divergent unilatéral
- C- Raideur de la nuque
- D- Troubles trophiques
- E- Troubles de la marche

122- La céphalée est évocatrice d'une hémorragie méningée si elle est :

- A- De localisation hémicrânienne
- B- Remarquable par sa durée et son intensité
- C- Associée à des vomissements
- D- Associée à un ptosis
- E- Diffuse et irradie vers le cou

123- L'hématome extra-dural traumatique :

- A- Est à redouter devant une fracture coupant le trajet de l'artère méningée moyenne
- B- Se manifeste après un intervalle de quelques heures
- C- Se manifeste au scanner sous forme d'un croissant
- D- Est une extrême urgence neurochirurgicale
- E- Peut masquer une urgence abdominale

124- Parmi les complications précoces de l'hémorragie méningée non traumatique :

- A- Une récurrence du saignement
- B- Une infection urinaire haute
- C- Une hydrocéphalie aiguë
- D- Un spasme artériel
- E- Une bronchopneumopathie

125- Le pronostic de l'hémorragie méningée spontanée dépend :

- A- De l'état clinique du patient
- B- D'une collection sanguine intra-parenchymateuse
- C- D'une inondation ventriculaire
- D- D'une récurrence du saignement
- E- D'un spasme artériel

126- Parmi les moyens thérapeutiques d'une hémorragie méningée par rupture d'un anévrisme artériel, nous citons le principal traitement :

- A- Nimodipine
- B- Dérivation ventriculo-péritonéale
- C- Clippage du collet anévrismal
- D- Mesure de pression intra-crânienne
- E- Morphine

127- L'hypertension intra-crânienne peut être révélatrice :

- A- D'un abcès cérébral
- B- De la maladie de Horton
- A- D'un A.V.C. hémorragique
- B- D'une thrombophlébite cérébrale
- C- D'une tumeur cérébrale

128- Une hypertension intra-crânienne par tumeur de la fosse cérébrale postérieure chez un enfant de 3 ans se manifeste habituellement par :

- A- Des céphalées
- B- Une attitude guindée de la tête
- C- Des vomissements matinaux à jeun
- D- Des crises convulsives
- E- Un syndrome polyuro-polydipsique