

37  
UNIVERSITE DE MONASTIR  
*FACULTE DE MEDECINE DE MONASTIR*

COMITE DE RESIDANAT

EXAMEN DE PATHOLOGIE MEDICALE  
SESSION DE JUILLET 2007

1) Parmi les propositions suivantes, lesquelles correspondent à des étiologies d'une insuffisance mitrale aiguë :

- A) Le rhumatisme articulaire aigu
- B) La dissection de l'aorte
- C) L'endocardite infectieuse
- D) L'infarctus du myocarde
- E) La commissurotomie mitrale percutanée

2) Les mécanismes possibles de l'insuffisance mitrale sont :

- A) Une rupture des cordages
- B) Une fusion commissurale
- C) Une dilatation de l'anneau mitral
- D) Une ischémie du pilier de la valve mitrale
- E) Un prolapsus valvulaire mitral

3) Parmi les propositions suivantes se rapportant à l'insuffisance mitrale aiguë laquelle (s) est (sont) inexacte (s)

- A) Le souffle systolique est constant
- B) Elle est souvent mal tolérée quelque soit la sévérité de la fuite mitrale.
- C) Un frémissement cataire perçu à la palpation traduit une insuffisance mitrale importante
- D) Les pressions artérielles pulmonaires sont élevées
- E) L'oreillette gauche est souvent dilatée

4) La maladie mitrale est caractérisée par :

- A) Une oreillette gauche dilatée et de compliance élevée
- B) Un ventricule gauche non dilaté
- C) Une surface mitrale réduite
- D) Une hyperpulsatilité artérielle périphérique
- E) Elle ne se complique jamais d'une insuffisance ventriculaire gauche

5) Sont en faveur d'une insuffisance mitrale importante

- A) Un souffle systolique au foyer mitral intense et frémissant
- B) Une irradiation large du souffle systolique d'insuffisance mitrale
- C) L'association d'un roulement diastolique au foyer mitral
- D) Un éclat de deuxième bruit du cœur
- E) L'auscultation d'un bruit de galop protodiastolique (B<sub>3</sub>)

6) Les complications évolutives suivantes peuvent survenir chez un patient porteur d'une prothèse valvulaire mécanique en position mitrale

- A) Une endocardite infectieuse précoce
- B) Une dégénérescence de la prothèse
- C) Reprise de la maladie rhumatismale.
- D) Thrombose de prothèse
- E) Un accidents vasculaire cérébral ischémique

7) Cochez les propositions exactes

- A) Les prothèses en position mitrale sont plus thrombogènes que celles en position aortique  
*Trausspite > Mitral > aortique*
- B) Le risque de thrombose de prothèse est plus important en rythme sinusal.
- C) Les prothèses à bille sont les plus thrombogènes des prothèses mécaniques.
- D) Les porteurs de prothèses valvulaires sont des patients à haut risque d'endocardite infectieuse.
- E) La dégénérescence des bi-prothèses est plus rapide chez les hémodialysés.

8) Concernant le RAA, les propositions suivantes sont exactes

- A) La porte d'entrée du Streptocoque est exclusivement rhinopharyngé
- B) Tous les sérotypes du Streptocoque sont rhumatogènes
- C) Il survient avec prédilection à l'âge scolaire.
- D) L'atteinte cardiaque est précoce.
- E) Une prophylaxie du rhumatisme articulaire aigu n'est pas nécessaire en cas d'atteinte articulaire isolée.

9) Sont en faveur d'une infection streptococcique récente :

- A) L'isolement d'une streptocoque bêta hémolytique au niveau de la gorge
- B) Un point d'ASLO à 300 UI/L
- C) Une VS accélérée
- D) Des hémoculture négatives
- E) Une scarlatine datant de 15 jours.

10) Parmi les cardiopathies congénitales suivantes, la (les) quelle (s) échappe (nt) au risque d'endocardite d'Osler :

- A) Tétralogie de fallot
- B) Canal artériel persistant
- C) Communication interauriculaire
- D) Rétrécissement mitral congénital
- E) Rétrécissement pulmonaire congénital

11) Une endocardite infectieuse du cœur droit peut se compliquer de :

- A) Embolie pulmonaire
- B) Abscès pulmonaire
- C) Ischémie aigue du membre inférieur droit
- D) Un abcès cérébral
- E) Une insuffisance cardiaque droite.

12) Les faux panaris d'Osler observés au cours de l'endocardite infectieuse :

- A) Siègent au niveau de la paume de la main et les plantes des pieds
- B) Sont douloureux
- C) Sont pathognomoniques de l'endocardite infectieuse.
- D) Sont fugaces.
- E) Evoluent vers la suppuration

13) La réapparition de la fièvre au cours du traitement d'une Endocardite infectieuse doit faire rechercher

- (A) Abscès cardiaque
- (B) Une localisation secondaire de l'endocardite infectieuse
- (C) Une Phlébite
- (D) Une rechûte de l'endocardite infectieuse (✓)
- (E) Une récurrence de l'endocardite infectieuse

14) La ou (les) proposition (s) suivante (s) concernant le rétrécissement mitral rhumatismal est (sont) vrai (s) :

- A) Plus fréquent chez l'homme (✓)
- (B) S'observe plusieurs années après l'épisode initial de RAA (✓)
- C) Est en rapport avec une tumeur obstructive de l'oreillette gauche (✓)
- D) Se complique rarement de fibrillation auriculaire (✓)
- E) Ne peut être traité que par une chirurgie de remplacement valvulaire (✓)

15) L'auscultation d'un rétrécissement mitral pur et serré en rythme sinusal fait entendre:

- (A) un éclat de B1 à la pointe
- B) un roulement diastolique avec renforcement protodiastolique (✓)
- (C) un claquement d'ouverture de la mitrale suivi d'un roulement diastolique
- (D) un éclat de B2 au foyer pulmonaire
- E) un souffle holosystolique à la xiphoïde en inspiration forcée (✓)

16) Le mécanisme de la syncope d'effort observée dans le rétrécissement aortique serré est en rapport avec:

- A- Un accident vasculaire cérébral embolique
- (B) Une ischémie cérébrale secondaire à l'absence d'élévation du débit cardiaque (✓)
- C- Une syncope vaso-vagale
- D- Une sténose des artères carotides
- E- Un bloc auriculo-ventriculaire paroxystique

17) Les signes périphériques observés au cours d'une insuffisance aortique sévère sont :

- A- Un pincement de la pression artérielle différentielle .
- B- Un abaissement de la pression artérielle diastolique
- C- Un pouls radial faible. (anglé)
- D- Un hippus pupillaire. ( = il y a une dilatation des pupilles )
- E- Un pouls capillaire (rouge de la tige unguéale)

18) Cocher la ou les affirmations (s) exacte (s) concernant l'insuffisance aortique sévère :

- A- Elle se traduit par un souffle systolique le long du bord gauche du sternum. (A. aortique)
- B- L'endocardite infectieuse en est l'étiologie la plus fréquente. (ne s'en)
- C- Elle peut être une complication de la dissection de l'aorte.
- D- Elle peut être responsable d'une insuffisance cardiaque gauche.
- E- Elle est responsable d'une hyperpulsatilité artérielle.

19) Le rétrécissement aortique serré peut donner les complications suivantes :

- A- Un anévrisme mycotique
- B- Une embolie pulmonaire fibrino-crucique
- C- Un Œdème aigu du poumon
- D- Un Bloc auriculo-ventriculaire. (BAV)
- E- Un accident vasculaire cérébral. (par H perfusion coronal).

20) La péricardite chronique constrictive s'accompagne des modifications hémodynamiques suivantes :

- A- Les pressions systoliques sont abaissées.
- B- Les pressions diastoliques sont élevées
- C- Il y a un Dip plateau sur la courbe de pression droite.
- D- Il existe un gradient intraventriculaire droit (??) )
- E- Il existe un gradient auriculo-ventriculaire droit )

21) Les caractères du frottement péricardique sont les suivants

- (A) Il est Superficiel et mésocardiaque
- B- Il est protosystolique et télédiastolique
- (C) Il est mieux perçu en décubitus latéral gauche
- (D) Il est doux et à type de froissement de la soie
- (E) Il persiste en apnée

*(Handwritten notes: D2G)*

22) Les complications précoces de l'infarctus du myocarde sont :

- (A) La tachycardie ventriculaire
- (B) Le bloc auriculo-ventriculaire
- (C) L'insuffisance mitrale aiguë
- D- La communication inter-auriculaire
- (E) L'état de choc cardiogénique

23) Devant une probabilité clinique forte d'embolie pulmonaire quel(s) est (sont) la (les) situation(s) qui permet(tent) d'éliminer le diagnostic d'embolie pulmonaire

- A- D-dimères < 500 ng/ml
- B- Radiographie de thorax normale
- (C) Une scintigraphie normale
- D- L'absence de thrombophlébite à l'échoDoppler
- (E) Un angio-scanner normal

*(Handwritten note: in fait suspicion clinique)*

24) Un patient se présente aux urgences avec une douleur thoracique. L'ECG montre un susdcalage du segment ST en D2 D3 et aVF avec un sous décalage du segment ST en V1 V2 et V3. Devant ces données ECG :-

- (A) Le sous décalage du segment ST en V1 V2 et V3 correspond à des images en miroir du susdcalage de ST en D2 D3 et aVF
- (B) Le diagnostic d'infarctus du myocarde peut être confirmé
- C- Il s'agit d'un infarctus antéroseptal
- (D) L'artère coupable de cet infarctus est probablement l'artère coronaire droite
- (E) Une extension électrique au ventricule droit de cet infarctus doit être systématiquement recherchée par la réalisation des dérivation ventriculaire droites V4R et V5R

*(Handwritten notes: V4R, V5R, V6R, V7)*

25) Quel (quelles) est (sont) le ou les propositions exactes concernant l'infarctus du myocarde du ventricule droit :

- A- Il est souvent isolé.
- (B) S'accompagne d'un état de choc cardiogénique.
- (C) Donne un tableau d'insuffisance cardiaque droite aigue.
- D- Se complique rarement de bloc auriculoventriculaire.
- E- Est souvent en rapport avec une occlusion de l'artère inter-ventriculaire antérieure.

26) Le diagnostic biologique de l'insuffisance cardiaque gauche se fait par le dosage de :

3 N B = Marqueur hyperfonction de P.I.P.D

- (A) La BNP (Biomarqueur neuro-humoral - peptide natriuretique atrial - BNP) *général*
- B- La rénine plasmatique.
- C- Le cortisol libre urinaire
- D- La TSH
- E- Les dérivés méthoxylés des catécholamines

*Handwritten notes:*  $\leftarrow$  marqueur de l'insuffisance cardiaque gauche.  $\leftarrow$  marqueur de l'insuffisance cardiaque gauche.

27) Sont des étiologies de l'insuffisance cardiaque droite :

- (A) La sténose pulmonaire
- (B) La maladie d'Ebstein *(en l'absence de valve tricuspide -> dans IVD + II)*
- (C) L'insuffisance tricuspide.
- D- La coarctation de l'aorte
- (E) La péricardite aigue

28) L'hypo perfusion tissulaire d'un choc peut être reconnue grâce aux signes suivants :

- (A) une oligo-anurie.
- (B) une confusion mentale
- (C) des marbrures cutanées au niveau des genoux.
- (D) une acidose lactique.
- (E) des extrémités froides et cyanosées.

29/ Concernant la physiopathologie des états de choc :

- (A) Les modifications de la pression artérielle sont liées aux modifications du débit cardiaque et des résistances vasculaires périphériques
- (B) La pression artérielle systolique est toujours diminuée
- (C) Le débit cardiaque est diminué dans tous les états de choc
- (D) Il n'y a pas d'état de choc sans vasoconstriction périphériques
- (E) Les pressions de remplissage ventriculaire droite et gauche sont modifiées de façon parallèle

30/ Au cours du choc hypovolémique isolé d'intensité modérée

- (A) Les pressions de remplissage sont diminuées
- (B) Le débit cardiaque est élevé
- (C) Les résistances vasculaires systémiques sont augmentées
- (D) La PaO<sub>2</sub> est basse
- (E) Aucune des propositions précédentes n'est exacte

31/ Les caractéristiques hémodynamiques du choc hypovolémique pur comportent :

- (A) Une diminution du débit cardiaque
- (B) Une diminution de la pression veineuse centrale
- (C) Une diminution de la pression artérielle pulmonaire d'occlusion
- (D) Une diminution des résistances vasculaire systémiques
- (E) Aucune des propositions précédentes n'est exacte

32/ Un état de choc septique à la phase initiale comporte habituellement le profil hémodynamique suivant :

- (A) Pression artérielle moyenne systémique à 100 mmHg
- (B) Index cardiaque supérieur à 2 litres/500
- (C) Résistances artérielles systémiques élevées
- (D) Pression artérielle pulmonaire d'occlusion inférieure ou égale à 12 mmHg
- (E) Pression artérielle pulmonaire d'occlusion à 20 mmHg

33/ Un choc anaphylactique :

- A- Est lié à une histaminolibération importante après l'introduction d'une substance étrangère dans l'organisme
- B- Survient habituellement quelques heures après l'introduction d'une substance étrangère dans l'organisme
- C- Peut s'accompagner d'une éruption de type urticarien
- D- Nécessite un traitement urgent par adrénaline, par voie intraveineuse ou intramusculaire !!!
- E- Peut aboutir à un arrêt circulatoire par désamorçage de la pompe cardiaque

34/ En présence d'un état de choc, les signes suivants peuvent orienter vers le diagnostic de choc septique :

- A- Une peau érythrosique, chaude
- B- Une fièvre élevée
- C- Des frissons
- D- Une pâleur des conjonctives
- E- Un état d'immunodéficience connu

35/ Dans les chocs cardiogéniques

- A- Le débit cardiaque est augmenté ✓
- B- Les résistances vasculaires systémiques sont augmentées ✗
- C- La pression télédiastolique du ventricule droit représentée par la pression artérielle pulmonaire d'occlusion est augmentée
- D- Une diminution des résistances vasculaires systémiques
- E- Aucune des propositions précédentes n'est exacte

36/ Devant des troubles neurologiques avec des signes de localisation chez un patient VIH, l'examen complémentaire à demander en urgence est :

- A. Fond d'œil.
- B. TDM cérébrale
- C. Ponction lombaire
- D. Hémoculture.
- E. Une charge virale.

37/ Les signes cliniques au cours d'une Syphilis primaire sont

- A) Chancre
- B Roséole.
- C Syphilides.
- D) Adénopathie satellite
- E Insuffisance aortique.

38/ Les éléments de mauvais pronostic du tétanos sont :

- A) Durée d'incubation courte.
- B Durée d'invasion longue.
- C) Rapidité de la généralisation des contractures.
- D) Paroxysmes fréquents.
- E) Complications respiratoires.

39/ Les complications précoces du Tétanos sont :

- A) Spasme laryngé
- B) Blocage des muscles respiratoires
- C) Fausse route.
- D. Décompensation de tare.
- E Séquelles fonctionnelles ostéo articulaires

40/ les germes responsables d'une méningites lymphocytaire hypoglycorachique, hyperprotéinorrachique sont :

- A Méningocoque.
- B) *Listeria monocytogenes*.
- C) *Mycobacterium tuberculosis*.
- D Pneumocoque.
- E) Brucella.

41/ Le sérodiagnostic de Wright :

- A. Se positive dès le cinquième jour de la maladie
- B. Est considérée comme positif à partir du titre de 1/80.
- C. Peut être positif au cours d'une infection à yersinia enterocolitica
- D. Est toujours positif au cours de la brucellose chronique
- E. Détecte des anticorps de classe IgM et IgG. (I, 3, 11, 16, 17)

42/ Les portes d'entrée orientant vers le diagnostic de septicémie à staphylocoque sont :

- A. Un panaris.
- B. Une angine ulcéronécrotique.
- C. Une lithiase
- D. Une plaie traumatique
- E. Un cancer du côlon.

43/ Les brucelles sont :

- A. Transmises à l'homme par l'animal.
  - B. Des petits bacille gram positif (B-G<sup>+</sup>)
  - C. Des germes qui poussent difficilement dans les milieux enrichis.
  - D. Responsables de septicémie à point de départ lymphatique.
  - E. Des germes qui pénètrent l'homme par voie cutanée ou par voie orale.
- Brucelle = bacille culturable*

44/ Les antibiotiques efficaces sur les brucelles sont :

- A. aminopénicillines.
- B. Rifampicine.
- C. Cyclines
- D. Streptomycine. (cl. β-lactamase)
- E. Macrolides

45/ Un épanchement pleural transudatif s'observe dans :

- A- les métastases pleurales du cancer bronchique primitif
- B- l'insuffisance ventriculaire gauche
- C- la tuberculose pleurale
- D- le mésothéliome pleural
- E- la cirrhose du foie

46/ 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 <sup>p</sup>

47/ Le traitement de fond de l'asthme persistant modéré comporte :

- A- Les  $\beta_2$  adrénergiques inhalés de courte durée d'action
- B- La corticothérapie continue per os
- C- La corticothérapie inhalée
- D- Les  $\beta_2$  adrénergiques à longue durée d'action
- E- Les anticholinergiques

48/ Les indications formelles de la ventilation mécanique au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë sont :

- A- le coma
- B- le collapsus cardiovasculaire
- C- l'épuisement respiratoire
- D- la cyanose franche
- E- le pH sanguin inférieur à 7,30 (si <sup>note</sup> le patient)

49/ La dose quotidienne de l'éthambutol 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

50/ Le traitement de l'asthme intermittent comporte :

A- Les antileucotriennes

B- Les  $\beta_2$  adrénergiques inhalés à la demande

C- Les  $\beta_2$  adrénergiques à longue durée d'action

D- La corticothérapie inhalée

E- La théophylline

51/ Les signes physiques d'un pneumothorax sont :

A- Le frottement pleural (pleurés)

B- L'hypersonorité

C- Le silence respiratoire

D- Le souffle pleurétique (pleurés)

E- L'exagération des vibrations vocales

52/ Les constatations suivantes constituent une contre indication au traitement chirurgical chez un patient porteur de carcinome bronchique épidermoïde :

A- la présence d'adénopathie axillaire homolatérale néoplasique (Métastase)

B- la présence d'une paralysie de la corde vocale à la fibroscopie bronchique (Métastase - Paralysie récurrente)

C- la présence d'adénopathie hilare homolatérale

D- la présence d'un hippocratisme digital

E- la présence d'une pleurésie néoplasique homolatérale (T<sub>4</sub>)

53/ 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

54/ 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 ( *asthmatique* )
- B- les tests cutanés allergologiques ( *asthmatique* )
- C- le test de provocation bronchique non spécifique ( *Ox* )
- D- la radiographie du thorax
- E- la gazométrie sanguine

### CAS CLINIQUE Numéro 1:

Un homme de 25 ans, tabagique 5 PA, porteur d'une hyposcoustie, ayant un frère tuberculeux traité il y a 3 ans, consulte pour des hémoptysies récidivantes, altération de l'état général et fébricule

L'examen physique trouve :

- T° : 37,8
- Quelques ronflements du côté droit
- FR : 18 cycles/min
- TA : 13/8

Le bilan biologique montre des GB à 7800/mm<sup>3</sup> - CRP à 70 mg/L.

La radio thorax montre un infiltrat associé à des images nodulaires apicales droites, l'IDR à tuberculine est à 10 mm et la recherche de BK est positive à 2 croix.

55/ L'examen qui vous permet de confirmer le diagnostic de tuberculose chez ce patient est :

- A- la radiographie du thorax
- B- l'IDR à 10 mm
- C- la présence de BK dans les crachats
- D- le syndrome inflammatoire biologique
- E- la notion de contact tuberculeux

56/ Le traitement antituberculeux chez ce patient comporte :

- A- INH
- B- Rifadine
- C- Piazoline
- D- Ethambutol
- E- Streptomycine ( *est* )

Sous traitement antituberculeux on note l'apparition d'une hyperuricémie à 800  $\mu$ mol/L avec arthralgie

57/ L'antituberculeux responsable de cette hyperuricémie est :

- A- INH
- B- Rifadine
- C- Piazoline
- D- Ethambutol
- E- Streptomycine

58/ Le syndrome Sylvien total gauche se caractérise par :

- A- Une hémiparésie à prédominance brachio-faciale
- B- Des troubles de la conscience
- C- Une hémia-somatognosie.
- D- Une aphasie
- E- Une hémianopsie latérale homonyme

59/ Un accident ischémique transitoire dans le territoire vertebro-basilaire se traduit par :

- A- Aphasie
- B- Hémiparésie
- C- Vertiges
- D- Diplopie
- E- Ataxie

60/ Un accident ischémique transitoire dans le territoire carotidien se manifeste par :

- A- Une cécité monoculaire
- B- Une hémianopsie latérale homonyme
- C- Une aphasie
- D- Une confusion mentale
- E- Une hémiparésie

61/ L'ischémie dans le territoire de la cérébrale antérieure se manifeste par :

- A- Une aphasie de Broca
- B- Une hémiparésie à prédominance brachio-faciale
- C- Un grasping réflexe
- D- Des troubles de comportement
- E- Une hémianopsie latérale homonyme

62/ L'atteinte complète du tronc basilaire se manifeste par :

- A- Coma
- B- Quadriplégie
- C- Diplopie faciale
- D- Troubles végétatifs
- E- Paralyse de la verticalité du regard

63/ Le scanner cérébral pratiqué en urgence après un accident ischémique cérébral peut montrer au niveau du foyer lésionnel :

- A. Une hypodensité.
- B. Une hyperdensité.
- C. Un effacement des sillons.
- D. Une prise de contraste hétérogène.
- E. Un aspect normal.

*à l'infarctus TD A vers PDC*

64/ Chez un droitier, une ischémie dans le territoire de l'artère sylvienne superficielle antérieure gauche se traduit par :

- A. Une aphasie de Wernicke.
- B. Une hémiplégie droite.
- C. Une anosognosie.
- D. Une hémianopsie latérale homonyme droite.
- E. Une apraxie idéo-motrice.

*à gale (est l'ensemble majeur) et gale*

65/ Un hématome capsulo-lenticulaire gauche a entraîné l'installation d'un coma associé à :

- A. Une hémiplégie droite.
- B. Une déviation de la tête et des yeux du côté gauche.
- C. Une déviation de la commissure labiale du côté gauche.
- D. Un signe de Charles Bell du côté droit.
- E. Une mydriase du côté gauche.

66/ Parmi les signes cliniques suivants, quel(s) est (sont) qui plaide (nt) en faveur d'un accident vasculaire cérébral hémorragique :

- A. Céphalées concomitantes à l'AVC.
- B. Troubles de la conscience.
- C. Crises comitiales.
- D. Régression au bout de quelques heures.
- E. Syndrome méningé.

67/ L'aspect du scanner cérébral demandé en urgence en cas d'AVC hémorragique peut :

- A. être normal.
- B. Montrer une hyperdensité.
- C. Montrer une hypodensité triangulaire à base corticale.
- D. Montrer un effacement des ventricules avec effet de masse.
- E. Montrer des signes d'engagement.

68/ Parmi les causes de l'hémorragie intra-cérébrale lobaire on note :

- A. l'HTA
- B. La rupture d'une malformation artério-veineuse
- C. Le traitement anticoagulant
- D. L'angiopathie amyloïde
- E. Les affections hématologiques

69/ Quelle(s) est (sont) le(s) indication(s) d'un traitement anticoagulant devant un AVC ischémique :

- A. AVC en évolution
- B. AIT récurrent
- C. Dissection carotidienne
- D. Ischémie étendue
- E. Thrombose carotidienne

70/ Un accident ischémique dans le territoire carotidien gauche chez un droitier se manifeste par

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

71/ 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

72/ 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

73/ 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 épilepsie
- C Une hypoesthésie controlatérale à la lésion
- D Une hémianopsie latérale homonyme
- E Une hémiplégie massive controlatérale à la lésion

74/ 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

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

- A Vasculite inflammatoire,
- B Rétrécissement mitral
- C Infarctus du myocarde
- D Athérosclérose
- E La maladie de Horton.

76/ 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.

77/ Un accident vasculaire cérébral ischémique dans le territoire de l'artère cérébelleuse supérieure peut se manifester par le (les) signe (s) suivant (s)

- A Une aphasie
- B Une hémiplégie totale
- C Un syndrome cérébelleux statique et cinétique
- D Une hémianopsie latérale homonyme
- E Un syndrome vestibulaire

78/ Les crises d'absence typique de l'enfant se caractérisent par :

- A- Une durée très brève (30 secondes)
- B- Une chute traumatisante
- C- Des automatismes de Novo
- D- Une reprise lente de la conscience
- E- Une guérison à l'adolescence

79/ Le(s) signe (s) qui oriente (nt) vers l'origine épileptique d'une crise convulsive est (sont) :

- A- Début et fin brusques des crises
- B- Aspect stéréotypé des crises
- C- Durée variable de 30 minutes à 1 heure
- D- Fuite urinaire
- E- Morsure de la langue

80/ Une 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

81/ Au cours d'une épilepsie l'électroencéphalogramme :

- A- Est toujours pathologique
- B- Peut être normal en inter critique
- 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

82/ Le traitement de 1<sup>ère</sup> intention devant une crise partielle :

- A- Sabril
- B- Dilysdan
- C- Tégrétol
- D- Dépakine
- E- Gardénil

83/ Une crise d'absence typique chez l'enfant est sensible :

- A- Zatonin
- B- Gardénil
- C- Tégrétol
- D- Lamictal
- E- Depakine

84/ Le Carbamazépine (Légrétol):

- A- Est efficace dans les épilepsies myocloniques
- B- Aggrave les crises des absences
- C- A un effet thémorégulateur
- D- Peut donner une leucopénie
- E- Est associé au Sabril en cas d'épilepsie partielle rebelle

85/ Devant des convulsions fébriles quelle(s) est (sont) le(s) indication(s) d'un traitement antiépileptique prophylactique au long court:

- A- Crises récidivantes successives
- B- Signes neurologiques associés
- C- Une crise prolongée > 15 minutes
- D- Une crise convulsive simple
- E- Un âge de début précoce < 1 an

86/ Quels sont parmi les signes suivants ceux qui caractérisent une forme grave d'hépatite virale aiguë ?

- A- une augmentation importante des ALAT > 100 N
- B- un TP < 50%
- C- la présence d'échymoses cutanées
- D- l'intensité de l'ictère
- E- la diminution de la flèche hépatique

87/ L'interféron alpha en monothérapie est préconisé dans certaines situations, les quelles des propositions suivantes sont vraies ?

- A- hépatite aiguë à virus E
- B- hépatite aiguë à virus B
- C- hépatite aiguë à virus C
- D- hépatite chronique virale B
- E- hépatite chronique virale C

88/ Indiquez la (les) proposition(s) exacte(s) des hépatites virales aiguës :

- A- Le virus de l'hépatite A est à transmission par voie oro-fécale
- B- Le virus de l'hépatite A peut être responsable d'hépatites chroniques
- C- Le diagnostic de l'hépatite aiguë A repose sur la positivité des IgG anti-HAV
- D- Devant une hépatite aiguë, il faut arrêter tout médicament non indispensables
- E- Le virus delta peut compliquer une hépatite A

89/ Devant un foie tumoral, une ou plusieurs des anomalies suivantes sont en faveur d'une lésion plutôt primitive que secondaire :

- (A) la positivité des marqueurs viraux (AgHBs, anti-VHC) *→ marqueurs viraux hépatites*
- (B) la présence d'une circulation collatérale et/ou d'une splénomégalie
- (C) l'auscultation d'un souffle systolique au niveau du foie tumoral
- (D) l'augmentation des phosphatases alcalines et des  $\delta$ GT
- (E) le taux d' $\alpha$ foetoprotéine  $> 200$  ng/mL *→ l'AFP est élevée dans les cancers primaires*

90/ Indiquez parmi les affirmations suivantes celles qui caractérisent l'hépatomégalie liée à un cancer primitif du foie :

- A- surface régulière
- (B) consistance dure *→ dure*
- C- bord inférieur tranchant *→ tranchant*
- (D) sensible à l'examen
- E- s'accompagne d'un reflux hépato-jugulaire

91/ Devant une hépatomégalie dont l'origine hydatique est suspectée, quel examen ne doit pas être pratiqué ?

- A. Echographie
- B. Sérodiagnostic
- C. Hémogramme
- (D) Ponction du kyste
- E. Tomodensitométrie

92/ Parmi les schémas thérapeutiques suivants, lesquels peuvent être proposés dans le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* (HP) au cours d'un ulcère gastroduodénal HP (+) ?

- (A) IPP + métronidazole + clarithromycine
- (B) IPP + clarithromycine + amoxicilline
- (C) IPP + amoxicilline + métronidazole
- D- Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole
- (E) Anti-H2 + amoxicilline + métronidazole

93/ En fin de traitement d'un ulcère GD en poussée, le contrôle endoscopique avec contrôle d'éradication de *helicobacter pylori* s'impose dans certaines des situations suivantes :

- A- Ulcère bulbaire non compliqué
- (B) Ulcère gastrique non compliqué
- (C) Ulcère bulbaire ayant été responsable d'un accident hémorragique
- (D) Ulcère bulbaire chez une personne devant bénéficier d'un traitement anti-coagulant
- E- Ulcère dans le cadre du syndrome de Zollinger-Ellison.

94/ Parmi les facteurs étiologiques suivants, quels sont les deux qui apparaissent actuellement les plus importants en ce qui concerne l'ulcère gastrique ?

- A- L'hélicobactérie
- B- Le tabac
- C- Le stress
- D- La prise d'AINS ou d'aspirine
- E- Infestation par Helicobacter pylori

95/ Devant un sujet jeune présentant une colite inflammatoire, quels sont parmi les signes suivants, ceux qui sont plus en faveur d'une rectocolite ulcéra-hémorragique que d'une maladie de Crohn ?

- A- la présence d'une uvéite (non)
- B- la distribution des lésions depuis le rectum sans intervalles de muqueuses saines à l'endoscopie
- C- la présence d'une sacroaléite (non)
- D- l'atteinte cantonnée à la muqueuse à l'histologie
- E- la présence de granulomes à l'histologie (non)

96/ Parmi les classes thérapeutiques suivantes les quelles sont proscrites chez un patient atteint de recto-colite hémorragique en poussée ?

- A- Sulfasalazine et dérivés
- B- anti-inflammatoires non stéroïdiens non sélectifs
- C- anti-inflammatoires non stéroïdiens anti-COX2
- D- corticoïdes
- E- azathioprine

97/ Parmi les classes thérapeutiques suivantes les quelles sont proscrites chez un patient atteint de recto-colite hémorragique en poussée grave ?

- A- ralentisseurs du transit
- B- corticoïdes
- C- immunosuppresseurs
- D- anti-inflammatoires non stéroïdiens
- E- anticoagulants

98/ Les critères clinicobiologiques de gravité d'une RCH en poussée sont :

- A) Un nombre de selles sanglantes supérieur à 4 fois /j
- B) Une fréquence cardiaque > 90 b/min
- C) Une VS = 15 à 111
- D) Une albuminémie inférieure à 40 g/l
- E) Une chute de l'hémoglobine supérieure à 25% de sa valeur de base

99/ Quelles sont parmi les propositions suivantes, celles qui caractérisent l'ascite au cours de la cirrhose ?

- A. elle peut être accompagnée d'une splénomégalie
- B. elle a habituellement un aspect jaune citrin
- C. elle peut être accompagnée d'une circulation veineuse collatérale
- D. elle est de type exsudat
- E. le taux d'albumine dans le liquide d'ascite est inférieur à 25 g/L.

100/ Au cours d'une ascite cirrhotique infectée, il est habituel de constater dans le liquide d'ascite :

- A. Des protéides à 20 g/l
- B. Des polynucléaires neutrophiles supérieurs à 250/mm<sup>3</sup>
- C. Une élévation de l'amylase
- D. Un aspect hémorragique
- E. Des germes à l'examen bactériologique

101/ Devant un ictère cholestatique, le ou les signes suivants est (sont) en faveur de son origine extra-hépatique, le(s)quel(s) ?

- A. l'intensité du prurit
- B. l'aspect très foncé des urines
- C. la décoloration totale des selles
- D. la dilatation des voies biliaires à l'échographie
- E. un taux de bilirubine totale > 100 µmol/L

102/ Les caractéristiques suivantes sont celles de la cholangite sclérosante primitive, lesquelles sont vraies ?

- A. maladie de la femme
- B. accompagne généralement une maladie inflammatoire du colon
- C. se traduit par une angiocholite
- D. les anticorps anti-mitochondries sont présents à un titre > 1/80
- E. les lésions histologiques sont évocatrices

103/ Chez un malade de 75 ans présentant successivement une douleur épigastrique, un ictère et une fièvre, et ayant à l'hémogramme une anémie microcytaire hyposidérémique, quel diagnostic envisagez-vous parmi les hypothèses suivantes ?

- A. Un cancer de la tête du pancréas
- B. Un calcul de la voie biliaire principale
- C. Un cancer du hile hépatique
- D. Un ampullome vaterien
- E. Une pancréatite chronique

104/ Chez un homme de 50 ans qui présente une insuffisance rénale aiguë quelle est l'examen de choix pour rechercher un obstacle sur les voies excrétoires ?

- A/ AUSP
- B/ TDM
- C/ IIV
- D/ Uretéropyelographie rétrograde
- E/ Echographie rénale

105/ Une insuffisance rénale aiguë due aux produits de contraste est :

- A/ Favorisée par l'insuffisance rénale chronique préalable.
- B/ Favorisée par le diabète.
- C/ Favorisée par une déshydratation extra cellulaire.
- D/ Irreversible.
- E/ Liée à la dose injectée.

106/ Quels éléments favorisent l'apparition d'une hyperkaliémie au cours d'une insuffisance rénale aiguë ?

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

107/ Concernant la nécrose tubulaire aiguë ; quelles propositions sont exactes ?

- A/ Peut compliquer tous les états de choc.
- B/ Peut avoir un mécanisme toxique.
- C/ Laisse constamment des séquelles fonctionnelles rénales graves.
- D/ S'exprime toujours par une anurie.
- E/ Peut se compliquer rapidement d'hyperkaliémie.

108/ une élévation aiguë de l'urée plasmatique peut se voir au cours

- A/ une insuffisance rénale aiguë
- B/ une insuffisance hépatique
- C/ une hémorragie digestive
- D/ un apport alimentaire accru en protéines
- E/ un foyer infectieux profond

109/ Au cours d'une insuffisance rénale aiguë ?

- A/ La natrémie est habituellement élevée.
- B/ L'hyperkaliémie est plus importante en cas d'oligoanurie.
- C/ L'hyperkaliémie est une cause majeure de décès.
- D/ Il y a une acidose à trou anionique le plus souvent normal.
- E/ L'acidose métabolique est due à une perte rénale de bicarbonates.

110/ Quelle est la glomérulopathie la plus associée à une thrombose des veines rénales ?

- A/ la glomérulonéphrite à lésions glomérulaires minimes
- B/ la glomérulonéphrite extra-membraneuse
- C/ la glomérulonéphrite membranoproliférative
- D/ la glomérulosclérose diabétique
- E/ l'hyalinose segmentaire et focale

## Cas clinique numéro 2 : QROC

Un homme âgé de 34 ans a été hospitalisé pour l'apparition brutale d'œdèmes des membres inférieurs. Il n'a aucun antécédent à l'examen. Œdèmes de type rénal, TA 125/75 mmHg.

À la biologie : créatininémie = 80  $\mu\text{mol/l}$ , protéidémie = 45 g/l, albuminémie = 25 g/l, protéinurie = 4 g/24 heures, pas d'hématurie.

111/ Quel est votre diagnostic ?

112/ Quelles investigations pratiqueriez-vous ?

113/ Quelle est votre attitude thérapeutique ?



## Cas clinique numéro 4 : QROC

Madame F. E est hospitalisée au service de maladies infectieuses pour tuberculose pulmonaire et ganglionnaire à son admission la patiente était fébrile avec un état général altéré à la biologie BAAR positifs dans les crachats à l'examen direct négatifs dans les urines créatinine = 59  $\mu\text{Mmol/l}$  le reste du bilan préthérapeutique a été sans anomalies permettant de débuter une quadrithérapie par rifampicine isoniazide pyrazinamide et ethambutol au bilan du quinzième jour la créatininémie est à 145  $\mu\text{Mmol/l}$  le reste des examens Hb 11,9 g/dl, bilirubine 13  $\mu\text{Mmol/l}$ , ASAT=42 ui/l ALAT=36 ui/l. L'ecth tenale est normale pas de protéinurie ni hématurie.

On vous demande s'il pourrait s'agir d'une néphrite interstitielle aiguë immuno allergique liée à la rifampicine

116/ Quels arguments cliniques pouvez vous rechercher en faveur de ce diagnostic ?

- fièvre
- douleurs articulaires
- rash cutané
- éosinophilie
- 2<sup>e</sup> semaine

117/ Quels arguments biologiques pouvez vous rechercher en faveur de ce diagnostic ?

- élévation plaquettes
- élévation ASAT
- élévation ALAT
- éosinophilie

118/ Pensez vous que la biopsie rénale est indispensable dans ce contexte ?

non, si pas d'insuffisance rénale

119/ Quelles mesures thérapeutiques proposeriez vous ?

arrêter rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, ethambutol

pour attendre à la 1<sup>ère</sup> semaine (2) 500 mg de la 3<sup>ème</sup> semaine (3) 1000 mg de la 4<sup>ème</sup> semaine

120/ Sur quels arguments peut-on imputer un effet secondaire à un médicament ?

température élevée, douleurs articulaires, rash cutané, éosinophilie, élévation ASAT, élévation ALAT, élévation plaquettes, élévation créatininémie

Le diagnostic de Néphrite interstitielle aiguë est fait sur la base de ces arguments.

Il faut arrêter le médicament responsable et attendre la guérison spontanée.

121/ 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 ?

EDM (échographie Doppler) à l'admission, à l'hôpital de jour (ambulatoire), effectuez un examen de la langue, frotte (H&A) et de la parole. On s'attend à un trouble d'articulation.

122/ Citer quatre étiologies d'AVC ischémique chez le sujet âgé.

- A. Hémorragie
- B. Coagulation pathologique (AV, HTA)
- C. Vascularite inflammatoire (hépatite, Hépatite)
- D. Artérite thrombotique (Kohler)

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

C. souffrance (origine de l'ischémie) et thrombose (origine de l'ischémie)   
 HD (Hémorragie) et artérite thrombotique (Kohler)   
 (c'est ça)

### Cas clinique numéro 5 : QROC

Femme âgée de 45 ans, sans antécédents particuliers et sans facteurs de risque vasculaires. Elle a présenté un jour avant son admission une lourdeur de l'hémicorps droit d'installation brutale qui a duré cinq heures et sans laisser des séquelles. Le lendemain elle a présenté la même symptomatologie avec des troubles du langage. L'examen neurologique à l'admission a trouvé une hémi-parésie droite à prédominance brachio-faciale avec une aphasie de Broca (c'est gauche)

La tension artérielle était à 24/12 aux 2 bras.

L'auscultation cardiaque était normale. Il n'existe pas de souffle cervical. Le scanner cérébral était réalisé six heures après le début, et il était normal.

124/ Quelle hypothèse diagnostique évoquez vous ?

AVC ischémique (lourdeur de l'hémicorps droit d'installation brutale)   
 (origine de la symptomatologie)   
 par thrombose (Kohler)

125. Faut il abaisser la tension artérielle rapidement dans ce cas et pourquoi ? Quelle molécule utiliser et à quelle dose si oui ?

11/7 22/12 on traite  
On ne baisse pas le TA. on baisse pas rapidement car on risque d'aggraver le siphon carotidien de l'autre côté.

126/ L'écho doppler des vaisseaux du cou pratiquée en urgence a montré une thrombose complète du siphon carotidien gauche.

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

\* Héparine (si elle est leide -> on doit s'injecter par voie intraveineuse)  
(ne pas l'injecter) (Pas d'antidote)

127/ Quel traitement faut-il envisager, quelle dose ? Quelle voie d'administration ? Et pour combien de temps ?

Héparine (IV) pd 10j puis clonidine ;  
avec AVK (Avalon) jusqu'à ce que le TP soit normal héparine pd 6 jours

128/ Quel sont les risques de ce traitement ? Comment les surveiller ?

Risque = hémorragie (leide -> cause locale) si on injecte au crâne

129/ Est-ce que cette patiente était candidate à la thrombolyse ? Pourquoi ?

elle n'est pas candidate à la thrombolyse car elle a déjà un AVC dans le territoire de l'AVK

130/ Quelles sont les indications des thrombolytiques ?

Délai < 3h  
Jeune  
Pas de traitement antithrombotique (avant ou après)  
TA < 18  
pas de saignement

131/ Quelle est la signification d'une IDR à la tuberculine à 10 mm chez un enfant de 5 ans non vacciné par le BCG ?

132/ Quel est l'examen qui permet de confirmer avec certitude le diagnostic de l'insuffisance respiratoire aiguë ?

133/ Citer les deux signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde.

Ausgangspunkt  
Rose spots

134/ Citer les trois formes de la brucellose.

- A. abortus (ab. abortus)
- B. melitensis (brucellose)
- C. abortus

135/ A partir de quel(s) chiffre(s) de pression artérielle, on pose le diagnostic d'Hypertension Artérielle?

136/ Quels sont les deux principales complications de la phlébite bleue ?

137/ Citez les deux principales complications de la fibrillation auriculaire:

139 }  
ABC }  
chez diabétiques  
PASBC

## Cas clinique numéro 6 : QROC

Un patient consulte aux urgences pour une dyspnée aigue. L'examen clinique montre une fréquence respiratoire à 30 cycles/min avec des signes de lutte respiratoire, une pression artérielle à 75/50 mmHg, une fréquence cardiaque à 120 battements / min, une froideur des extrémités et un pouls filant.

138/ Citez les deux signes auscultatoires à rechercher qui peuvent rattacher cette détresse respiratoire à une insuffisance ventriculaire gauche aigue :

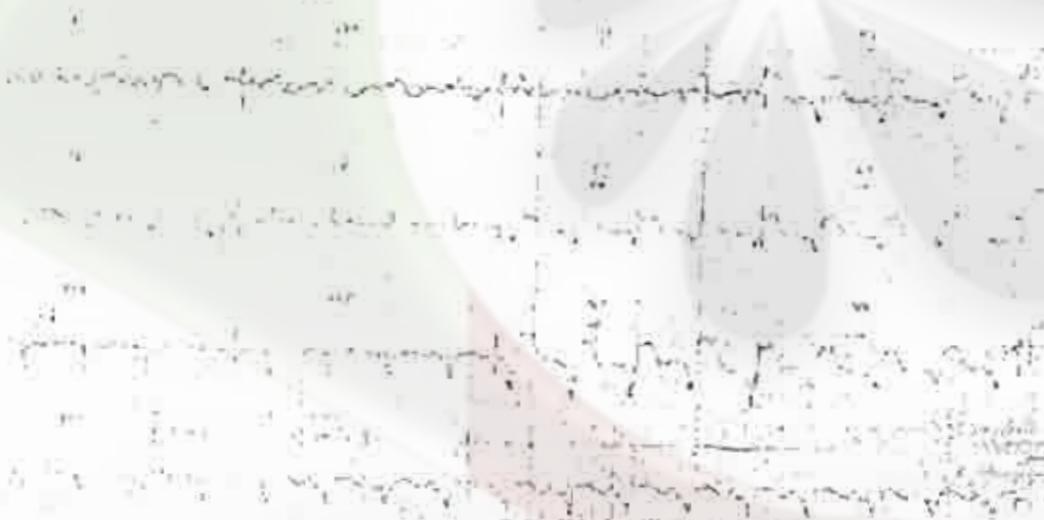
A).....

B).....

139/ Quel examen radiologique faut il faire en urgence pour déterminer la cause de cet détresse respiratoire ?

.....

L'interrogatoire révèle la notion d'une douleur thoracique constrictive intense irradiant au membre supérieure gauche évoluant depuis douze heures de temps. L'ECG pratiqué montre le tracé suivant :



140/ En tenant compte de cet ECG, Quel est l'étiologie de cet insuffisance ventriculaire gauche aigue chez ce malade ?

.....