

Coordinateur : Pr Beyrouti M.I.



**EXAMEN BLANC DE RESIDANAT  
(EPREUVE DE SCIENCES MEDICALES)**

1- Comment classez-vous une maladie de Hodgkin à cellularité mixte chez un patient présentant une adénopathie sus claviculaire gauche, une adénopathie médiastinale avec atteinte pulmonaire contiguë, une fièvre prolongée, une VS à 70 à la première heure et une polynucléose à 13000/mm<sup>3</sup>.

..... Stade II E (pulmonaire) B2 .....  
 .....  
 .....

2- Un seul des signes suivants est constant dans la leucémie lymphoïde chronique, lequel ?

- A  anémie
- B  hyper lymphocytose médullaire
- C  thrombopénie
- D  adénopathies
- E  hypogammaglobulinémie

3 - A propos de la leucémie lymphoïde chronique, il est exact que :

- A  l'étude des marqueurs de membrane des lymphocytes peut en affirmer le caractère monoclonal
- B  il s'agit dans 90 % des cas d'une prolifération de lymphocytes
- C  elle peut se compliquer d'une anémie hémolytique auto-immune
- D  elle entraîne un déficit immunitaire humoral
- E  elle se transforme en leucémie aiguë lymphoblastique dans environ 50 % des cas

4- Le(s) signe(s) clinique(s) souvent rencontré(s) dans une leucémie myéloïde chronique en phase aiguë est (sont) :

- A  des douleurs osseuses
- B  un amaigrissement
- C  une grosse rate
- D  de la fièvre
- E  un purpura des membres inférieurs

5- (43-19) Dans une leucémie myéloïde chronique, quels sont, parmi les signes biologiques suivants, les deux qui ne se voient pas en phase chronique et qui doivent faire suspecter une transformation aiguë ?

- A  un chiffre plaquettaire à 600 000/mm<sup>3</sup>
- B  une thrombocytopénie
- C  25 % de myélocytes sur la formule leucocytaire
- D  12 % de blastes sur la formule leucocytaire
- E  un chiffre leucocytaire à 150 000 avec 52 % de polynucléaires neutrophiles

62

6 - Dans une leucémie lymphoïde chronique, sont considérées comme mauvais pronostic ?

- A  une grosse rate qui dépasse le rebord costal de plus de 12 cm
- B  une hyperleucocytose supérieure à 100 000 par mm<sup>3</sup>
- C  une anémie arégénérative à 8 g d'hémoglobine pour 100 ml
- D  une thrombopénie inférieure à 100 000 par mm<sup>3</sup>
- E  une hypergammaglobulinémie

### 7 - CAS CLINIQUE :

Ali, âgé de 7 ans, sans antécédents pathologiques ; vous est adressé pour syndrome hémorragique fait de purpura pétéchial et ecchymotique diffus, des gingivorragies et une fièvre entre 39 et 40° depuis 48 heures. A l'examen, il existe une pâleur intense, une tachycardie à 100/mn, des bulles hémorragiques buccales, une splénomégalie à 4 cm du rebord costal et des adénopathies cervicales et axillaires bilatérales de 1 à 2 cm.

- Hémogramme : GB = 65.000 /mm<sup>3</sup>, PNN = 2 %, Mono = 1 %, lymphoblastes = 97 %, GR = 1.100.000/mm<sup>3</sup>, Hb = 3,5 g/dl, VGM = 85 μ<sup>3</sup>, TCMH : 29 pg ; CCMH : 31 g/dl, réticulocytes : 1 %, Plaquettes : 5000/mm<sup>3</sup>.

- Radio thorax : élargissement médiastinal

1. Interpréter l'hémogramme

..... H leucocytose avec neutropénie  
..... moelle normocytaire normochromes arégénérative  
..... thrombopénie

2. Quel est le diagnostic le plus probable ?

..... L.L.L

3. Quel est l'examen biologique qui permet de le confirmer et que doit-il montrer ?

..... Dosage de l'alpha-fœtal

4. Citez 4 examens complémentaires à demander

..... Campylobacter  
..... G.R, Ankin, Acétab, Bil d Hémo lase

5. Citez 2 gestes thérapeutiques à faire en urgence

6. Citez 3 complications aiguës de la drépanocytose homozygote

**4. CAS CLINIQUE 3 :**

Hédi B. âgé de 64 ans, consulte pour vertiges, dyspnée d'effort, palpitation et selles noires. L'examen trouve une pâleur et des ongles striés et cassants. A l'hémogramme : GB : 7800/mm<sup>3</sup>, Hb : 5,3 g/dl ; VGM : 59 fl, TCMH : 22 pg, réticulocytes : 22000/mm<sup>3</sup> et plaquettes : 439000/mm<sup>3</sup>, VS : 40 mm à la 1<sup>ère</sup> heure.

1- Interpréter l'hémogramme

Anémie hémolytique... H. chronique... asynergique...

2- Quel est votre diagnostic ?

3- Enumérer 3 autres signes cliniques de sidéropénie

Tachycardie  
longue

4- Quel examen complémentaire demandez-vous en premier lieu pour rechercher l'étiologie de la carence en fer ?

C.F.T

5- Quel est le traitement que vous préconiser ainsi que sa posologie et sa durée

Ferrum selen... 1 c.p. 3/1... par q.d. mens

9 - Enumérer les 3 grands types d'anémie en cas de microcytose

10- Enumérer les étiologies des anémies ferriprives selon l'âge et le sexe

11- Citer un exemple détaillé d'hémogramme et de frottis sanguin en cas d'anémie mégalo-blastique

12- Citer les critères de Camitta de la sévérité d'une aplasie médullaire

Thrombopénie < 100.000  
Hb < 3 g/dl

13- Définir l'aplasie médullaire

14- Quel est le meilleur traitement à proposer chez un patient de 31 ans ayant une aplasie médullaire

15- Citer 3 caractéristiques cliniques d'une splénomégalie

... Anale à la respiration  
... grand malaise lors de la marche  
... se démontre par le contact abdominal

16- Enumérer les diagnostics différentiels à évoquer devant une splénomégalie

... Tm de la flexion du poignet  
... Tm de la flexion  
... Tm de l'angle latéral de la flexion  
... Tm de la flexion de la main

17- Enumérer 6 maladies hématologiques pouvant être responsables d'une splénomégalie

... LMC  
... Myélodysplasie  
... Leucémie à tricholeucocytes  
... Leucémie  
... M. de Waldenström  
... M. de Waldenström

18- Enumérer 4 maladies infectieuses pouvant entraîner l'apparition d'une splénomégalie

... T. brucei  
... T. brucei  
... M. I.  
... T. brucei

19- Les bactériémies à staphylocoque sont favorisées par :

- A - Le diabète
- B - Les infections urinaires récidivantes
- C - Les lithiases biliaires
- D - Un déficit immunitaire comportant un défaut d'apsonisation
- E - La toxicomanie IV

20- Parmi les antibiotiques suivants, indiquez ceux qui ne doivent pas être utilisés en monothérapie dans le traitement d'une bactériémie à staphylocoque

- A - Rifampicine
- B - Oxacilline
- C - Fluoroquinolones
- D - Vancomycine
- E - Acide fucidique

65

21- Une bactériémie à BGN (bacille à Gram négatif) a souvent une porte d'entrée :

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

22- Dans la fièvre typhoïde, la diarrhée est :

- A - obligatoire pour le diagnostic
- B - accompagnée d'une défense abdominale
- C - contagieuse
- D - Tardive
- E - liquidienne

23- Après un traitement correct de la fièvre typhoïde, un sujet reste porteur chronique de salmonelles, que doit-on rechercher :

- A - Une cholécystite
- B - Un abcès appendiculaire
- C - Une lithiase biliaire
- D - Une diverticulose
- E - Un abcès de la rate

24- Un enfant de 3 ans présente une méningite. Dans les antécédents récents, on note une rhinopharyngite et une otite. Parmi les étiologies bactériennes suivantes, quelles sont les deux les plus probablement en cause

- A - Staphylococcus aureus
- B - Streptocoque groupe B
- C - Streptococcus pneumoniae
- D - Entérocoque
- E - Haemophilus influenzae

25- La méningite à Listeria

- A - Peut être à liquide clair
- B - Est fréquente chez l'adolescent
- C - Doit être évoquée si l'on voit un bacille à Gram positif à l'examen direct du LCR
- D - Réalise plutôt une méningo encéphalite
- E - Se traiter par céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération injectables

26- Retenez les propositions exactes concernant les antibiotiques actifs dans la brucellose

- A - Pénicilline G
- B - Cyclines
- C - Céphalosporines 3<sup>ème</sup> génération
- D - Rifampicine
- E - colistine

27- Donnez les réponses exactes concernant la sérologie de Wright

- A - Elle est positive dans toutes les formes de la brucellose
- B - les faux négatifs sont possibles
- C - détecte principalement les anticorps de type IgG
- D - elle peut rester positive plusieurs mois après une brucellose aiguë traitée
- E - se positive à partir du 5<sup>ème</sup> jour après la contamination

66

## 28- CAS CLINIQUE

Un jeune homme, de 45 ans, porteur de lithiase rénale, consulte pour fièvre à 39°C et asthénie intense, le tout évoluant depuis 48 heures.

L'examen constate une TA à 8,5/6, pouls à 130/mn, des extrémités froides et diurèse à 30CC/heure.

La palpation des fosses lombaires est douloureuse.

1 - Quel est le premier diagnostic à évoquer ?

Pyélonéphrite AS

2 - Tirez de l'observation 3 éléments de gravité

- Fièvre 39°C
- TA 8,5/6
- diurèse = 30cc/h

3 - Citez 2 examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic

- Echo
- 

4 - Citez 3 bactéries pouvant être responsables de ce type d'infection

- 
- 
- 

5 - Quelle antibiothérapie préconisez-vous en 1<sup>ère</sup> intention ?

- 

29- Quel(s) est (sont) parmi ces produits ceux qui est (sont) indiqué(s) dans le traitement de l'ulcère duodéal :

- A - la clarithromycine
- B - le lansoprazole
- C - la salazosulfapyridine
- D - le 5 A. S. A.
- E - l'alginate de sodium

30- Quelle (s) est (sont) parmi ces complications(s) qui peut (peuvent) émailler l'évolution de l'ulcère gastrique :

- A - perforation
- B - septicémie à *Helicobacter pylori*
- C - méléna
- D - oesophagite peptique
- E - fistule gastro-colique

67

31- Quelles sont parmi les affections suivantes celles qui sont pourvoyantes d'un ictère retentionnel :

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

32- l'hémorragie digestive peut émailler l'évolution naturelle de la pancréatite chronique par le biais d'une ou des complications suivantes :

- A - ulcère gastro-duodéal
- B - hypertension portale segmentaire
- C - érosion artérielle au contact d'un pseudo-kyste pancréatique
- D - décompensation métabolique d'un diabète
- E - hémobilie

33- l'ulcère duodéal chronique (de Cruvel Hier) est défini histologiquement par l'association d'un ou plusieurs de ces signes :

- A - interruption de la muqueuse et de la musculuse par un bloc scléro-inflammatoire
- B - présence de lésions vasculo-nerveuses murales
- C - présence constante d'*Helicobacter pylori* sur les berges de l'ulcère
- D - présence constante de foyers de métaplasie gastrique au niveau du bulbe duodéal
- E - une amputation de la muqueuse, de la musculaire muqueuse, de la sous-muqueuse et respect de la musculuse

34- laquelle (s) des propositions suivantes caractérise (nt) la dysphagie du mégaoesophage idiopathique :

- A - dysphagie douloureuse
- B - dysphagie paradoxale
- C - dysphagie cédant au décubitus
- D - dysphagie variable d'un jour à l'autre
- E - dysphagie basse

35- Quels sont les signes radiologiques en faveur du mégaoesophage idiopathique :

- A - sténose irrégulière
- B - distension de la poche à air gastrique
- C - sténose asymétrique
- D - sténose centrée
- E - au-delà très élargi en chaussette

36- Quels sont parmi ces facteurs ceux impliqués dans l'étiopathogénie de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale :

- A - *helicobacter pylori*
- B - les médicaments gastro-toxiques
- C - l'alcoolisme
- D - le reflux bilieux duodéno-gastrique
- E - l'hypersécrétion gastrique acide

68

3

- 37- Au cours d'une période de rémission d'une RCH, la muqueuse recto-colique :
- A – connaît des phénomènes de régénération ad-intégrum
  - B – reste oedématisée et congestive
  - C – devient plate et amincie
  - D – garde sa fragilité
  - E – peut revêtir un aspect granité
- 38- Si un LB est réalisé chez un patient porteur d'une RCH, on peut objectiver :
- A – un mégarectum
  - B – des images spiculaires en « timbre poste » sur les colons sigmoïde et transverse
  - C – un aspect en « pile d'assiettes » bien visible au niveau du sigmoïde
  - D – des images lacunaires sur les colons gauche et transverse
  - E – une double sténose sigmoïdienne et colique droite
- 39- Dans la RCH, la colectasie peut être favorisée par :
- A – la colonoscopie
  - B – le jeu de Ramadan
  - C – la prise d'anticholinergiques
  - D – la réalisation d'un lavement baryté
  - E – la prise de corticoïdes
- 40- Dans les formes graves de la RCH
- A – la colonoscopie est formellement contre indiquée
  - B – la scintigraphie à l'Indium 111 est un examen utile pour apprécier le pronostic de la maladie
  - C – l'atteinte est pancolitique dans tous les cas
  - D – une alimentation parentérale exclusive associée à une corticothérapie peut réduire le score de Truolove et Witts
  - E – les lavements évacuateurs au lactulose doivent être quotidiens jusqu'à disparition de la fièvre
- 41- Le virus de l'hépatite C :
- A – appartient à la famille des hepadna virus
  - B – est un agent carcinogène
  - C – est responsable de la plupart des hépatites post-transfusionnelles
  - D – risque d'être porté de façon chronique dans 20 % des cas
  - E – peut être transmis de la mère à son enfant au cours du premier Trimestre de la grossesse.
- 42- L'hépatite virale aiguë delta
- A – ne peut se voir qu'en présence de l'ARN du virus C
  - B – se transmet essentiellement par voie oro-fécale
  - C – risque de passer à la chronicité
  - D – est particulièrement grave chez la femme enceinte
  - E – est une maladie sexuellement transmise.

43- L'hépatite virale fulminante :

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

QCM :

44- La présence d'anticorps antithyroïdiens (anti-thyropéroxydase) à un titre élevé doit faire évoquer :

- A) Le goitre simple
- B) La thyroïdite de Hashimoto
- C) La maladie de Basedow
- D) Un cancer de la thyroïde
- E) La thyroïdite subaiguë de Dequervain

45- Au cours d'une thyroïdite de Hashimoto :

- A) Une phase transitoire d'hyperthyroïdie est fréquente
- B) Le goitre est douloureux
- C) La scintigraphie thyroïdienne montre typiquement un aspect en Damier
- D) L'évolution se fait toujours vers l'hypothyroïdie
- E) La VS peut être très accélérée.

46- Chez une femme diabétique enceinte :

- A) Le seuil rénal de glucose est augmenté
- B) Les besoins en insuline augmentent au cours du 1<sup>er</sup> trimestre
- C) Le risque de toxémie gravidique est plus grand
- D) Le traitement par anti-diabétiques oraux peut être poursuivi
- E) La rétinopathie diabétique risque de s'aggraver

47- Parmi les signes suivants, quel (s) est (sont) celui (ceux) qui caractérise précocement la néphropathie diabétique ?

- A) Une forte leucocyturie
- B) Une présence de germes dans les urines
- C) Une hématurie microscopique
- D) Une microalbuminurie
- E) Une augmentation de la filtration glomérulaire

48- Un coma acidocétosique comporte typiquement :

- A) Une polypnée de Kussmaul
- B) Une déshydratation globale
- C) Des troubles digestifs
- D) Des convulsions
- E) Des signes neurologiques de localisation

70

- 49- Dans l'hypothyroïdie primaire, on trouve :
- A) Une hypocholestérolémie
  - B) Une anémie hypochrome microcytaire
  - C) Une augmentation des enzymes musculaires
  - D) Un épanchement péricardique
  - E) Une réponse de la TSH au TRH bloquée
- 50- Quelles sont les manifestations qu'on peut rencontrer au cours d'une hyperthyroïdie ?
- A) Un amaigrissement
  - B) Une anorexie
  - C) Une HTA
  - D) Une intolérance au glucose
  - E) Une hyperlipidémie
- 51- Chez un diabétique insuffisant rénal chronique
- A) Les biguanides sont contre indiqués
  - B) L'HTA doit être bien contrôlée
  - C) Toute infection urinaire doit être bien traitée
  - D) Les sulfamides à ½ vie longue peuvent être utilisées
  - E) Une insulinothérapie doit être instaurée systématiquement
- 52- Lesquelles parmi les affections thyroïdiennes suivantes celles qui s'accompagnent classiquement de douleurs cervicales antérieures ?
- A) Thyroïdite sub-aiguë lymphocytaire
  - B) Thyroïdite sub-aiguë de Déquervain
  - C) Maladie de Basedow
  - D) Kyste thyroïdien
  - E) Thyroïdite aiguë suppurée
- 53- Quels sont les signes évocateurs de l'insulino-dépendance chez un patient diabétique traité par anti-diabétiques oraux ?
- A) Les hypoglycémies fréquentes
  - B) Un syndrome polyuropolydipsique persistant
  - C) L'amaigrissement important
  - D) L'apparition de complications dégénératives
  - E) La décompensation acido-cétosique spontanée.
- 54- Chez le diabétique non insulino-dépendant, les circonstances favorisant le coma hyperosmolaire sont :
- A) Corticothérapie
  - B) Accident vasculaire cérébral
  - C) Biguanides
  - D) Gastro-entérite fébrile
  - E) Beta-bloquant
- 55- Quels sont les arguments en faveur du goitre multinodulaire toxique chez un patient présentant une thyrotoxicose ?
- A) Goitre souvent volumineux et ancien
  - B) Présence d'une exophtalmie bilatérale
  - C) Age souvent supérieur à 50 ans
  - D) Fixation élevée de l'iode radio-actif des nodules avec extinction du reste du parenchyme.
  - E) Taux élevés d'anticorps antithyroïdiens.

56- Un diabétique traité est amené aux urgences pour perte de connaissance. Quels sont les arguments en faveur d'une hypoglycémie ?

- A) Sueurs
- B) Crise convulsive
- C) Raideur méningée
- D) Traitement par Insuline
- E) Signe de Babinski

57- La thyrotoxicose factice se manifeste par :

- A) L'élévation des taux des hormones thyroïdiennes et l'effondrement de la TSH
- B) Un goitre volumineux
- C) Une exophtalmie bilatérale
- D) Une thyroglobuline basse
- E) Une hyperfixation de l'Iode 131 à la scintigraphie

58- L'exophtalmie basedowienne :

- A) Est toujours bilatérale
- B) Est inconstante
- C) Entraîne toujours une baisse de l'acuité visuelle
- D) Peut précéder d'hyperthyroïdie
- E) Elimine le diagnostic de maladie de Basedow en son absence

59- GROC- Quels aspects scintigraphiques à l'Iode 131 peut-on observer au cours :

- A) Un nodule chaud toxique
  - B) Une hyperthyroïdie par surcharge iodée
- .....
- .....
- .....

60- Citer 2 situations au cours desquelles il y a augmentation du seuil rénal.

.....

.....

.....

61- Parmi les signes cliniques suivants pouvant survenir au cours du rhumatisme articulaire aigu de l'enfant, quel est celui qui est le plus grave :

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

62- Tous les signes suivants sont des critères majeurs définis par JONES pour établir le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu sauf un lequel ?

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

72

63- Parmi les signes biologiques suivants, quel est celui ou quels sont ceux qui sont observés dans le rhumatisme articulaire aiguë :

- A. Augmentation de la vitesse de la sédimentation
- B. Taux sériques d'antistreptolysine supérieur à 300 U
- C. Taux sérique élevé d'anti staphylolysine
- D. Hemocultures positives : streptocoque, beta hémolytique
- E. Hyperleucocytose à polynucléaire

64- La survenue de convulsions au cours d'une déshydratation avec hypernatrémie chez le nourrisson doit faire évoquer en premier lieu :

- A. Un hématome sous dural
- B. Une méningite purulente
- C. Une thrombose veineuse intracrânienne
- D. Un œdème cérébral
- E. Une hémorragie méningée

65- Parmi les signes suivants de déshydratation aiguë du nourrisson, quel(s) est (sont) celui ou ceux qui évoque (nt) une déshydratation intra cellulaire

- A. Cutané
- B. hypotonie des globes oculaires
- C. fièvre
- D. soif
- E. polypnée

66- Au cours d'une déshydratation, la survenue de convulsions :

- A. peut être due à une hyperthermie
- B. est un signe en faveur d'une méningite
- C. doit faire vérifier la natrémie
- D. peut traduire une encéphalopathie
- E. peut être due à un hématome sous dural

67- Au cours d'une déshydratation du nourrisson :

- A. les vomissements favorisent la survenue d'une hypochlorémie
- B. l'hypernatrémie traduit une déshydratation intra cellulaire
- C. la correction trop rapide de l'acidose peut entraîner une hypokaliémie
- D. l'hyponatrémie peut être à l'origine de convulsions
- E. un nombre normal de leucocytes sur l'hémogramme est contre l'origine infectieuse

68- Au cours d'une déshydratation chez le nourrisson quel(s) est (sont) parmi les signes suivants, les signes qui ont une valeur de gravité :

- A. la tachycardie
- B. le collapsus
- C. le plicutané
- D. l'oligurie
- E. l'allongement du temps de résolution

69- Chez un enfant de 4 ans le(s) germe(s) habituellement rencontré(s) au cours des méningites purulentes sans traumatisme préalable est (sont) le(s) suivants :

- A. méningocoque B
- B. haemophilus influenzae
- C. staphylocoque
- D. pneumocoque
- E. streptocoque D

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

- A. méningocoque
- B. haemophilus influenzae
- C. listeria monocytogenes
- D. streptocoque B
- E. escherichia coli

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

- A. altération de la conscience
- B. purpura extensif
- C. délire
- D. état de choc
- E. hypertonie musculaire

72- Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) au cours des méningites à pneumocoque de l'enfant ?

- A. le début fait souvent suite à une infection otitique ou sinusienne
- B. le début est souvent associé à des troubles neurologiques sévères (convulsions, coma, déficit moteur)
- C. le pneumocoque est très sensible aux pénicilles
- D. un liquide céphalo-rachidien comportant de nombreux polynucléaires altérés sans germe retrouvé à l'examen direct doit faire évoquer en premier lieu un pneumocoque
- E. les complications et les séquelles sont rares

73- Au cours d'une crise de rhumatisme articulaire typique :

- A. la vitesse de sédimentation est peu modifiée
- B. la C réactive protéine est élevée
- C. la mise en évidence de streptocoque du groupe au prélèvement de gorge est un élément du diagnostic de certitude qui doit être exigé
- D. le streptocoque n'est jamais retrouvé à la ponction articulaire
- E. l'existence d'ASLO normale élimine le diagnostic

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

- A. souillure
- B. méningite herpétique
- C. méningite à pneumocoque
- D. méningite à méningocoque
- E. réaction puriforme aseptique à un abcès cérébral.

- 75- Donnez les résultats des examens cyto bactériologiques et chimiques du LCR <sup>CSF</sup>
- dans la méningite purulente de l'enfant avant tout traitement <sup>Fi purulente, Hém</sup>
  - dans la méningite purulente décapitée de l'enfant
  - dans la méningite tuberculeuse de l'enfant
  - dans la méningite virale de l'enfant

*avant tout traitement: Fi purulente, Hém, leucocytes, protéines, glucose, chlorure*  
*CSF purulente: Fi purulente, Hém, leucocytes, protéines, glucose, chlorure*  
*CSF décapitée: Fi purulente, Hém, leucocytes, protéines, glucose, chlorure*  
*CSF tuberculeuse: Fi purulente, Hém, leucocytes, protéines, glucose, chlorure*  
*CSF virale: Fi purulente, Hém, leucocytes, protéines, glucose, chlorure*

**76- CAS CLINIQUE**

Un garçon de 7 ans, est hospitalisé pour polyarthrite du genou droit et du coude gauche évoluant depuis 24H avec une fièvre à 39°.

1- quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui vous permettent de rattacher ces arthrites à un rhumatisme articulaire aigu

*évolution à répétition, antécédents fébriles, urticaire.*

2- quels examens complémentaires demandez-vous (préciser les résultats).

*ASLO, VHS, CRP, NFS, sérologie*

3- détaillez votre conduite thérapeutique

*Aspirine*

4- citer les complications les plus fréquentes du rhumatisme articulaire aigu

*En docteur*

77- Un taux très élevé d'acide hyaluronique dans le liquide pleural fait suspecter :

- A - une métastase pleurale d'un épithélioma du sein
- B - une pleurésie asbestosique bénigne
- C - une maladie de Hodgkin
- D - une pleurésie secondaire à une pancréatite
- E - un mésothéliome pleural malin.

78- Au cours d'une pleurésie à liquide clair, on admet comme étant en faveur du diagnostic de tuberculose :

- A - un taux de protides du liquide à 10 g/l
- B - une cytologie du liquide avec 90 % lymphocytes
- C - un taux élevé d'acide hyaluronique
- D - une biopsie pleurale positive avec présence de follicules épithélioïdes et géo-giganto-cellulaires.

79- Une pleurésie sérofibrineuse avec un taux de protides supérieur à 30 g/l peut résulter :

- A - d'une insuffisance cardiaque gauche.
- B - d'une métastase pleurale
- C - d'un infarctus pulmonaire
- D - d'une cirrhose avec ascite
- E - d'une tuberculose pleurale.

*7/*

80- Quels sont, parmi les signes radiologiques suivants, celui ou ceux qui sont évocateurs de tuberculose pulmonaire commune :

- A - systématisation lobaire
- B - localisation aux sommets
- C - localisation aux bases
- D - calcifications
- E - caractère rétractile des lésions

81- Une IDR positive à la tuberculine 10 U chez un sujet vacciné par le BCG:

- A - Se définit par une induration supérieure à 13 mm
- B - Justifie, dès sa constatation, un traitement antituberculeux.
- C - Affirme la tuberculose - infection
- D - Affirme la tuberculose - maladie
- E - Affirme un contact récent.

82- Concernant le BCG, quelle ou quelles propositions sont-elle vraies ?

- A - peu efficace chez l'enfant
- C - Souche de mycobacterium tuberculosis hominis.
- D - Souche de mycobacterium bovis.
- E - Efficacité de 95 %.

83- Quel (quels) est (sont), parmi les effets secondaires suivants, ceux dont peut être responsable l'isoniazide ?

- A - Hépatite
- B - Insuffisance rénale
- C - Névrite optique rétro bulbaire
- D - Troubles psychiques
- E - Hyper uricémie

84- Les œdèmes aigus du poumon de type hémodynamique sont dus à une:

- A - Augmentation de la pression hydrostatique
- B - Augmentation de la perméabilité capillaire pulmonaire
- C - Diminution de la pression osmotique périmicrovasculaire
- D - Altération anatomique de la paroi alvéolaire

85- Dans les crises d'œdème aigu du poumon peu sévère, on retrouve à la gazométrie une:

- A - Hypoxémie avec hypocapnie
- B - Normoxie avec hypercapnie
- C - Acidose respiratoire
- D - Diminution du pH
- E - Alcalose métabolique

86- Au cours de l'embolie pulmonaire, la radiographie du thorax peut :

- A - Être normale
- B - Montrer une hyper clarté localisée
- C - Montrer une surélévation de la coupole diaphragmatique
- D - Montrer un comblement du cul de sac costo-diaphragmatique
- E - Montrer une opacité systématisée

87- L'atteinte cutanée au cours du lupus systémique se manifeste par :

- A- un lupus discoïde
- B- des aphtes génitaux
- C- un érythème périunguéal
- D- des télangiectasies
- E- un érythème en vespertilio

88- L'atteinte rénale au cours du lupus se manifeste par :

- A- une insuffisance rénale rapidement progressive isolée
- B- une hématurie isolée
- C- une protéinurie isolée
- D- un syndrome néphrotique
- E- une insuffisance rénale + hématurie + protéinurie

89- On réalise une PBR au cours du lupus devant :

- A- un taux d'Ac antinucléaire très élevé
- B- un taux de complément bas
- C- une anomalie du sédiment urinaire
- D- une forme grave avec atteinte viscérale et neurologique
- E- de façon systématique

90- On propose une corticothérapie à forte dose au cours du LED devant :

- A- un taux important d'Ac antinucléaire et une diminution du complément
- B- une néphropathie segmentaire et focale
- C- une atteinte neurologique centrale
- D- une GNMP (glomérulonéphrite membranoproliférative)
- E- une polyarthrite

### 91- Cas clinique

Un homme de 35 ans, agriculteur, est admis en réanimation à la 24<sup>ème</sup> heure d'un coma dont l'étiologie toxique semble très probable.

Cet homme venait de faire une dépression récente avec une tentative de suicide il y a une semaine. Il fut hospitalisé pendant quatre jours en psychiatrie d'où il est sorti avec un traitement par antidépresseurs tricycliques et benzodiazépines.

A l'admission, le patient présentait un coma profond avec des réactions faibles aux stimulations nociceptives, les pupilles étaient en myosis punctiforme, les réflexes ostéotendineux étaient vifs aux quatre membres avec des fasciculations musculaires subintrantes. Une diarrhée importante était par ailleurs notée.

1°/ Pourquoi l'hypothèse d'une intoxication par antidépresseurs et/ou benzodiazépines ne peut être retenue ?

2°/ Ce patient présente trois grands syndromes. Lesquels ? Quelle intoxication évoquent-ils ?

3°/ Quels arguments biologiques confirment cette intoxication ?

4°/ Quels sont les mécanismes possibles de cette insuffisance circulatoire aiguë ?

5°/ Quelles sont les bases thérapeutiques de cette intoxication ?

### 92- Cas clinique

Monsieur « A » est âgé de 22 ans, fils unique, étudiant en Lettres Françaises.

C'est un séducteur, passant souvent de fille en fille. Pour lui, la compagnie des hommes est dangereuse, car entre eux ça se termine souvent par des bagarres. Tandis que la compagnie des femmes est à la fois un plaisir et un défi. Monsieur « A » ne se sent véritablement heureux qu'au moment de la séduction.

Monsieur « A » a fait connaissance d'une femme, Mademoiselle « S », qu'il ne considère pas comme les autres filles, et qu'il n'a pu se décider à la quitter. Mais mademoiselle « S » n'a pas supporté sa conduite, ses discours provocateurs et ses infidélités. Elle souhaite donc la séparation.

Monsieur « A » ne peut accepter cette rupture et au cours d'une visite qu'il lui a rendue, chez elle, pour la convaincre encore une fois qu'il tient à cette relation. Mademoiselle « S » a voulu mettre les choses au point une fois pour toutes.

Soudain, Monsieur « A » se tait, son regard devient lointain, et il s'effondre lentement sui lui-même. Il a été transporté d'urgence au SAMU.

Mademoiselle « S » s'inquiète, est furieuse contre monsieur « A » qu'elle accuse de tout faire pour qu'on s'occupe de lui. Elle rapporte la notion de deux pertes de connaissance dans les jours précédents qui n'avaient duré que quelques minutes. La première c'était il y a deux semaines au cours d'une soirée, la seconde au cours d'un spectacle.

Les parents de monsieur « A » accusent mademoiselle « S » d'être responsable d l'état de leur fils : « il est tellement sensible, et si facilement manipulable » disent-ils.

Seul, monsieur « A » semble paisible. Il est mutique et présente une absence complète de mouvements volontaires. L'examen somatique est négatif.

1- Recueil sémiologique

2- Type de personnalité

*Personnalité Hystérique*

3- Diagnostic positif

4- Diagnostic différentiel

5- Quelle prise en charge proposez-vous ?

78

### 93- CAS CLINIQUE N° 2

Madame X, âgée de 55 ans, est amenée en consultation par sa famille pour trouble du comportement inquiétant. Depuis quelques jours, elle est quasi mutique, ne parlant que pour s'accuser d'une faute grave et pour souhaiter la mort. Elle ne s'alimente plus, ne dort plus, reste allongée toute la journée sur son lit. Elle fait preuve d'incurie. Elle a maigri de 2 kg en dix jours. Madame X a été hospitalisée à plusieurs reprises pour des épisodes semblables.

1- Quel est le diagnostic le plus probable, selon DSM IV ?

- A- Trouble psychotique bref
- B- Trouble dépressif majeur récurrent
- C- Schizophrénie catatonique
- D- Trouble dissociatif
- E- Démence

2- La prise en charge thérapeutique consiste en :

- A- Hospitalisation à la demande d'un tiers
- B- Hospitalisation libre
- C- Traitement en ambulatoire
- D- Hospitalisation de jour
- E- Hospitalisation dans un service de médecine

3- Quelles sont la (ou les) thérapeutique (s) pouvant être instituée(s) ?

- A- Antidépresseurs par voie orale
- B- Antidépresseurs par voie parentérale
- C- Antidépresseurs par voie parentérale avec un médicament sédatif
- D- Sismothérapie
- E- Neuroleptiques incisifs

4- Sachant que la patiente n'a jamais fait d'accès maniaque, hypomaniaque ou mixte, quel est le traitement préventif à envisager ?

- A- Antidépresseur
- B- Sismothérapie
- C- Neuroleptiques
- D- Lithium
- E- Carbamazépine

### 94- CAS CLINIQUE

Melle N., âgée de 25 ans est hospitalisée au décours d'une tentative de suicide par absorption médicamenteuse. La malade paraît triste, anxieuse, s'exprime d'une voix monotone et considère que sa vie est finie et n'a plus de valeur.

Sa famille rapporte que Melle N. a rompu ses fiançailles la semaine précédente et qu'elle a présenté il y a quelques mois des crises d'évanouissement et des douleurs pelviennes pour lesquelles aucune atteinte organique n'a pu être mise en évidence.

1- Cette symptomatologie correspond à :

- A- un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive
- B- un trouble dépressif récurrent
- C- un trouble de conversion
- D- un trouble bipolaire
- E- trouble anxiété généralisée

79

2- Cet épisode aigu peut-il évoluer vers :

- A- la chronicité
- B- une amélioration rapide
- C- une agoraphobie
- X D- une récurrence suicidaire dans les mois ou les années qui viennent
- E- une schizophrénie.

3- Vous proposerez comme traitement :

- X A- une psychothérapie
- B- des sels de lithium
- X C- des anti-dépresseurs
- D- des neuroleptiques
- X E- des anxiolytiques

95 Les troubles de la mémoire au cours de la confusion mentale sont à type de :

- A- amnésie antérograde et rétrograde
- B- fausses reconnaissances
- C- hypermnésie
- D- méconnaissance des proches
- E- amnésie sélective

96- A la phase d'état, la confusion mentale est caractérisée par :

- X A- altération des processus attentionnels et cognitifs
- B- syndrome physique constant
- C- altération du cycle veille sommeil
- D- syndrome d'automatisme mental
- E- auto accusation délirante

97- Dans la confusion mentale, le délire (onirisme) est caractérisé par :

- A- activité hallucinatoire à prédominance auditive
- B- thèmes délirants non spécifiques mais fixes tout au long de la journée
- C- Adhésion totale et immédiate au délire
- D- risque élevé d'un passage à l'acte auto ou hétéroagressif
- E- peut se compliquer d'idées fixes post oniriques

98- Une des propositions suivantes est fautive. L'état confusionnel :

- A- est une urgence médico-psychiatrique
- B- est d'étiologie psychiatrique dans la majorité des cas
- C- a un pronostic qui dépend de l'étiologie et du délai de prise en charge thérapeutique
- D- est fréquent chez les sujets âgés
- E- doit être distingué d'un état démentiel

99- Devant un état dépressif, le (les) facteur(s) à haut risque suicidaire est (sont) :

- X A- phase initiale du traitement antidépresseur
- X B- sexe féminin
- X C- relâchement des liens familiaux (*isolent social*)
- D- antécédents familiaux de trouble panique
- E- niveau socio-économique satisfaisant.

## QROC

100- définir le trouble panique (selon DSM IV)

.....  
.....

101- Enumérer trois affections somatiques constituant des urgences médicales et pouvant s'accompagner d'un état anxieux

.....  
.....  
.....

102- Définir l'obsession

.....  
.....  
.....

## QCM /

103- Le traitement chimiothérapeutique de l'anxiété généralisée (selon DSM IV) est fait de :

- A- antidépresseur inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (IRS)
- B- benzodiazépine
- C- neuroleptique sédatif
- D- carbamazépine
- E- téralithe

104- Le sentiment d'insécurité, avec attente d'un danger indéfinissable, et peur pour l'avenir définit :

- A- l'anxiété
- B- la tristesse pathologique
- C- l'état dépressif
- D- l'état phobique
- E- la névrose hystérique

105- L'anxiété phobique est :

- A- une peur sans objet
- B- une anxiété éprouvée face à un objet, une personne ou une situation n'ayant en eux-mêmes un caractère objectivement dangereux.
- ×C- une anxiété éprouvée à l'évocation d'un objet, une personne ou une situation n'ayant en eux-mêmes un caractère objectivement dangereux
- D- parfois le résultat comportemental, d'un événement psychologiquement traumatisant
- E- de nature psychotique

106- Les termes qui suivent peuvent être utilisés dans une définition générale de l'état de choc :

- A) Défaillance circulatoire aiguë.
- B) Défaillance ventriculaire gauche.
- C) Il comporte une diminution de la plupart des débits circulatoires locaux.
- D) Le trouble circulatoire y est accompagné d'une souffrance des organes dont la circulation est altérée.
- E) Le trouble circulatoire y est accompagné d'emblée d'une perte de conscience.

107- L'hypoperfusion 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.

108- 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 périphérique.
- E) Les pressions de remplissage ventriculaire droite et gauche sont modifiées de façon parallèle.

109- La courbe de pression artérielle pulmonaire d'occlusion (ou PAPO) :

- A) S'obtient en bloquant un cathéter dans une branche de l'artère pulmonaire.
- B) Représente la pression de remplissage du ventricule droit.
- C) Permet d'évaluer les variations de la pression télédiastolique du ventricule gauche.
- D) Lorsqu'elle est élevée, est en faveur d'un choc hypovolémique.
- E) Toutes les propositions sont fausses.

110- La pression veineuse centrale :

- A) Est mesurée grâce à l'introduction d'un cathéter dans l'artère fémorale.
- B) Peut être mesurée en prenant pour référence du zéro le plan du lit.
- C) Ne peut être mesurée de façon valable que si l'on observe des oscillations de la colonne d'eau qui sert à sa mesure, synchrones aux mouvements respiratoires.
- D) Est normale lorsqu'elle est de 0 à 10 cm H<sub>2</sub>O.
- E) Aucune proposition n'est exacte.

111- 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.

112- 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 vasculaires systémiques.
- E) Aucune des propositions précédentes n'est exacte.

113- 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) La pression veineuse centrale est toujours diminuée.
- E) Aucune des propositions précédentes n'est exacte.

114- Concours de l'internat 1991 (interrégion 5, maladies infectieuses)

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.

115- Concernant les états de choc :

- A) la masse sanguine de l'adulte est de l'ordre de 70 ml/Kg de poids.
- B) Si un adulte de 70Kg a perdu 350 ml de sang, de cette hypovolémie il peut résulter un état de choc.
- C) Une infection des voies urinaires est souvent retrouvée comme responsable d'un choc septique.
- D) Dans un choc anaphylactique consécutif à l'injection intraveineuse, sous cutanée ou intramusculaire d'un médicament ou d'un produit de contraste iodé, le choc se produit 30 à 60 minutes après l'injection.
- E) Le contact cutané ou muqueux avec le latex chez un individu sensibilisé peut être responsable d'un choc anaphylactique.

116- 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 cutanée 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.

117- Dans le choc hémorragique on observe constamment :

- A) Une hémorragie extériorisée.
- B) Une pâleur extrême.
- C) Un pincement de la pression artérielle différentielle.
- D) Des veines collabées.
- E) Une oligurie.

118- Quel est le critère le plus précis pour apprécier l'importance d'une hémorragie digestive haute aiguë ?

- A) L'hématocrite.
- B) Le volume de sang aspiré par la sonde gastrique.
- C) Le nombre d'unités de sang et de solutés perfusés pour le maintien hémodynamique.
- D) La baisse de la pression artérielle.
- E) La pression veineuse centrale initiale.

119- 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

120- Les résultats d'un bilan acidobasique du sang artériel sont les suivants :

$\text{PaCO}_2 = 25 \text{ mmHg} (3,3 \text{ KPa})$  ;  $\text{CO}_3\text{H}^- = 15 \text{ mmol/l}$  ;  $\text{pH} = 7,40$

Il s'agit d'une :

- A) Acidose mixte,
- B) Alcalose mixte,
- C) Acidose respiratoire compensée.
- D) Acidose métabolique compensée ou une alcalose respiratoire compensée, que seul le contexte clinique peut départager.

121- Les résultats d'un bilan acidobasique du sang artériel sont les suivants :

$\text{PaCO}_2 = 30 \text{ mmHg} (4 \text{ KPa})$  ;  $\text{CO}_3\text{H}^- = 20 \text{ mmol/l}$ ,  $\text{pH} = 7,45$  ✓

Il s'agit d'une :

- A) Alcalose respiratoire non compensée
- B) Alcalose mixte
- C) Acidose mixte
- D) Acidose respiratoire partiellement compensée
- E) Aucune des propositions précédentes n'est exacte.

122- Les résultats d'un bilan acidobasique du sang artériel sont les suivants :

$\text{PaCO}_2 = 51 \text{ mmHg} (6,93 \text{ KPa})$  ;  $\text{CO}_3\text{H}^- = 29 \text{ mmol/l}$  ;  $\text{pH} = 7,33$  ↓

Il s'agit d'une :

- A) Acidose métabolique compensée.
- B) Alcalose ventilatoire non compensée.
- C) Acidose ventilatoire non compensée.
- D) Alcalose ventilatoire compensée,
- E) Alcalose métabolique compensée.

84

123- Les résultats d'un bilan acidobasique artériel sont les suivants :

$\text{PaCO}_2 = 30 \text{ mmHg (4KPa)}$ ,  $\text{CO}_3\text{H}^- = 13 \text{ mmol/l}$ ,  $\text{pH} = 7,28$

Il s'agit d'une :

- A) Alcalose respiratoire compensée.
- B) Alcalose respiratoire non compensée.
- C) Acidose respiratoire non compensée
- D) Acidose respiratoire compensée.
- E) Acidose métabolique non compensée.

124- Le trou anionique :

- A) Peut être calculé suivant une formule simplifiée, qui fait intervenir le dosage du  $\text{Na}^+$ , du  $\text{Cl}^-$ , du  $\text{CO}_3\text{H}^-$
- B) Par la formule simplifiée est normalement de  $16 \pm 2 \text{ mmol/l}$
- C) Est augmenté dans les acidoses métaboliques par invasion d'acides fixes
- D) Est augmenté dans les acidoses métaboliques par pertes de base.
- E) Est augmenté dans les acidoses respiratoires.

125- Chez un malade de 50 ans sur les antécédents duquel on ne dispose d'aucun renseignement, trouvé chez lui dans le coma, les données biologiques sanguines suivantes sont obtenues :

Urée =  $18 \text{ mmol/l}$ , glycémie =  $5 \text{ mmol/l}$  ;  $\text{Cl}^- = 102 \text{ mmol/l}$ ,  $\text{Na}^+ = 140 \text{ mmol/l}$  ;  $\text{K}^+ = 4 \text{ mmol/l}$ ,  $\text{pH} = 7,35$  ;  $\text{CO}_3\text{H}^- = 18 \text{ mmol/l}$  ;  $\text{PaCO}_2 = 4,5 \text{ KPa}$  ;  $\text{PaO}_2 = 12 \text{ KPa}$

- A) il existe une acidose métabolique
- B) le trou anionique (calcul simplifié) est à  $24 \text{ mmol/l}$
- C) il faut rechercher une cause de perte de bases
- D) le trouble acidobasique est sévère et requiert un traitement d'extrême urgence
- E) aucune des propositions précédentes n'est exacte.

126- Le trou anionique est augmenté :

- A) au cours des acidocétoses diabétiques,
- B) dans les acidoses lactiques
- C) au cours des insuffisances rénales aiguës où il est lié à une accumulation d'anions inorganiques (sulfates, phosphates)
- D) au cours de toutes les formes possibles de pertes digestives abondantes,
- E) au cours de l'usage de certains diurétiques comme le furosémide (Lasilix)

127- Une acidose métabolique peut être due à :

- A) un dérèglement métabolique au cours de l'évolution du diabète sucré
- B) une diarrhée,
- C) un état de choc sévère,
- D) une hypercalcémie
- E) une hyperkaliémie

85

128- Une alcalose métabolique peut être due à :

- A) l'injection intraveineuse de lactate de sodium molaire en quantité importante
- B) l'utilisation excessive de diurétique agissant au niveau de l'anse de Henlé
- C) un hyperaldostérionisme primaire
- D) un hypercorticisme
- E) aucune des propositions ci-dessus n'est exacte.

129- Sont susceptibles de provoquer une acidose respiratoire :

- A) les paralysies des muscles respiratoires
- B) les bronchopneumopathies chroniques obstructives à un stage avancé
- C) les bronchopneumopathies chroniques obstructives modérées, au cours de poussées de décompensation aiguë
- D) les hyperpnées non dues à une hypoxémie
- E) les comas dus à des intoxications par dépresseurs du système nerveux central

130- Les anomalies suivantes sont susceptibles d'être à l'origine d'une alcalose respiratoire :

- A) résorption rénale excessive des bicarbonates
- B) hyperpnée accompagnant un coma
- C) hyperventilation alvéolaire
- D) respiration artificielle avec ventilation -minute insuffisante.
- E) Hyperpnée accompagnant certaines hypoxémies d'origine respiratoire ou anémique chez un sujet conscient

131- Un taux de bicarbonate artériel inférieur à 20 mmol/l est habituel dans :

- A) une insuffisance respiratoire chronique par bronchopneumopathie chronique obstructive
- B) une insuffisance rénale aiguë anurique
- C) une alcalose métabolique par vomissements
- D) une encéphalopathie respiratoire par hypercapnie
- E) un état de choc sévère

132- Une alcalose métabolique peut être due à :

- A) administration de spironolactone
- B) vomissements
- C) diarrhée toxi-infectieuse
- D) ventilation d'un insuffisant respiratoire chronique décompensé
- E) administration de furosémide.

133- Citer les 3 causes les plus fréquentes de RAO de l'adulte

.....

.....

.....

134-Cite les 3 principaux signes fonctionnels d'une RAO serrée

135-Dans l'iso chronique importante

- a)- toujours symptomatique
- b)- la cardiomégalie radiologique est constante
- c)- il existe un élargissement de la différentielle
- d)- indication au remplacement valvulaire aortique systématique

136-Les caractéristiques du souffle d'IM sont tous vrais sauf une

- a) -apexo-axillaire
- b) -d'intensité variable ... .. à l'importance de la régurgitation
- c) -holosystolique
- d) -souvent doux en jet de vapeur

137-En cas d'hypertrophie ventriculaire gauche de type systoliques toutes ces caractéristiques sont vraies sauf une :

- a) -déviation de l'axe QRS à gauche
- b) -indice de sokolow est supérieure à 35MM
- c) -la zone de ... .. est dévié à gauche
- d) -ondes T négatives et asymétriques dans le précordium gauche
- e) -R/S inférieur à 1 en V1

138-L'échocardiographie et doppler montre en cas d'IM rhumatismale importante

- a) -dilatation de l'OG et du VG
- b) -le doppler bidimensionnel ... .. visualise un jet regurgitant du VG vers l'OG qui est limité sous la valve mitrale
- c) -hypertension artérielle pulmonaire au doppler continu
- d) -valves ... .. calcifiées à l'écho bidimensionnel

139-Quelle situation clinique ne correspond à un angor instable

- a) - angor spontané prolongé
- b) - angor de Prinzmetal
- c) -angor post infarctus du myocarde
- d) -angor aggravé
- e) -angor d'effort dont de moins de 3 mois.

140-Citer les trois étiologies les plus fréquentes de péricardites aiguës

141-Parmi ces signes cliniques, l'un est pathognomonique du diagnostic de péricardite aiguë.

- a) -douleur thoracique variable avec la respiration
- b) -sus décalage de ST diffus
- c) -frottement péricardique
- d) -cardiomégalie radiologique

87

142- Tous ces pathologiques peuvent être à l'origine d'une insuffisance cardiaque globale sauf une :

- a) - cardiopathies ischémiques
- b) -HTA
- c) -insuffisance mitrale
- d) -cardiomyopathies dilatées primitives
- e) -rétrécissement pulmonaire isolé.

143- Cas clinique

M.N., 70 ans bénéficie d'une intervention pour arthrose de la hanche. Dans ses antécédents on retient un tabagisme (1 paquet de cigarettes par jour) et une hypertension artérielle apparue il y a 20 ans, stabilisées à 180/100 mmHg par un traitement quotidien qui associe 5 mg de chlorydrate d'amiloride et 50 mg d'hydrochlorothiazide (Modurétic®). L'examen clinique pré-opératoire est sans particularité. Des examens paracliniques, on retient les éléments suivants :

Créatinine 105 mmol/l, cardiomégalie modérée sur la radiographie thoracique et un ECG sans particularité à l'exception d'un indice de Sokolow à 45. En postopératoire le malade est laissé au même traitement hypotenseur. Il reçoit de plus du kétoprofène 5 gélules à 50 mg (Profénid®).

Au 10<sup>ème</sup> jour post-opératoire l'examen clinique et l'électrocardiogramme ne sont pas modifiés. La tension artérielle est à 140/80 mm Hg en position couchée et à 90/60 mm Hg en position assise.

Le bilan biologique met en évidence les éléments suivants : créatinine à 610 mmol/l, Na<sup>+</sup> : 128 mmol/l, K<sup>+</sup> : 6,1 mmol/l, protidémie : 80 g/l, cl : 92 mmol/l, bicarbonates : 32 mmol/l, uricémie : 582 mmol/l, hématocrite : 0,52. la protéinurie des 24 heures est à 0,58 g. Il n'existe pas d'hématurie.

- 1) ce malade présente une insuffisance rénale aiguë. Parmi les étiologies suivantes, vous retenez : (CM)
  - A- néphro-angiosclérose
  - B- toxicité rénale du kétoprofène
  - C- toxicité rénale de l'hydrochlorothiazide
  - D- toxicité rénale du chlorydrate d'amiloride
  - E- hypovolémie.
- 2) le traitement de cette insuffisance rénale repose dans les 12 premières heures sur (CM)
  - A- une perfusion du soluté isotonique
  - B- l'hémodialyse
  - C- l'arrêt du kétoprofène
  - D- l'arrêt de l'hydrochlorothiazide
  - E- la prescription de furosémide (Lasilix®)
- 3) l'hyperkaliémie impose : (CM)
  - A- l'alcalinisation rapide par lactate de soude molaire en perfusion
  - B- l'utilisation de kayexale®
  - C- le régime sans potassium
  - D- l'arrêt du chlorydrate d'amiloride
  - E- le recours à l'hémodialyse

- 4) le malade est revu en consultation au 45<sup>ème</sup> jour post-opératoire. La tension artérielle est à 180/110 mm Hg en position couchée et debout. La créatinémie est à 310 mmol/l, la kaliémie à 5,6 mmol/l. Le malade est sous Modurétic\*. Quelle attitude thérapeutique retenez-vous ? (CM)
- A- adjonction de 100mg/j de spironolactone (Aldactone\*) au traitement en cours
  - B- poursuite de l'hydrochlorothiazide seul
  - C- non-modification du traitement
  - D- remplacement du Modurétic\* par 100 mg de chlortalidone (Hygroton\*)
  - E- aucune de ces hypothèses ne vous semble exacte.

#### 144- CAS CLINIQUE

M.U., 73 ans, est opéré d'une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire. En préopératoire, le poids est de 70 kg ; la pression artérielle à 180/110 mmHg. L'interrogatoire retrouve une pollakiurie avec trois nocturnes, tous les autres éléments cliniques et para cliniques et le toucher rectal sont normaux. Au deuxième jour post opératoire, survient un accès fébrile avec frissons. Deux hémocultures sont positives à colibacille. Le traitement immédiatement entrepris comprend quotidiennement l'administration de 240 mg de Gentamicine par voie IM et la perfusion de 2000 de soluté glucosé isotonique. Alors que la diurèse est à 1800 ml/24h au 2<sup>ème</sup> jour post opératoire, elle chute progressivement pour n'être qu'à 300 mg/24h au 5<sup>ème</sup> jour. Le poids est alors de 73 kg, il n'y a eu ni vomissement, ni diarrhée, la pression artérielle est à 150/90 mmHg. Le bilan biologique révèle les résultats suivants : sang, urée : 40 mmol/l, chlore : 92 mmol/l sodium : 126 mmol/l, potassium : 7,5 mmol/l, bicarbonates : 18 mmol/l, PaCo<sup>2</sup> : 28 mmHg, créatinie : 700 µmol/l, protides totaux : 52g/l, pH artériel : 7,27 ; urines (volumes/24h) : 300 ml, sodium : 80 mml/l, potassium : 30 mmol/l, urée : 100 mmol/l.

- 1- Cette insuffisance rénale aiguë pourrait avoir pour origine :
  - A- un choc toxi-infectieux
  - B- l'administration d'un médicament néphrotoxique
  - C- l'hyperkaliémie
  - D- l'acidose métabolique
  - E- aucune des causes ci-dessus
- 2- Pour éliminer un mécanisme excrétoire il faut demander :
  - A- une radiographie de l'arbre urinaire sans préparation
  - B- une écho échotomographie rénale
  - C- une urétéropyélographie
  - D- un artériographie rénale
  - E- une scintigraphie rénale au technétium 99
- 3- La natrémie à 126 mmol/l
  - A- est le reflet d'une déplétion sodée
  - B- est le reflet d'une hydratation intracellulaire par hémodilution
  - C- influe directement sur le taux de la kaliémie
  - D- peut entraîner des symptômes cliniques
  - E- justifie des mesures thérapeutiques
- 4- La kaliémie à 7,5 mmol/l :
  - A- est accentuée par l'acidose métabolique
  - B- peut être à l'origine de troubles psychiques aigus
  - C- doit être surveillée à l'aide d'électroencéphalogrammes répétés
  - D- représente un péril vital à court terme
  - E- justifie un traitement spécifique immédiat

5- La gentamicine :

- A- a une toxicité accrue chez les sujets âgés
- B- peut être à l'origine d'un syndrome hépato-rénal
- C- peut être à l'origine d'une glomérulonéphrite aiguë
- D- reste longtemps stockée au niveau du cortex rénal
- E- peut être prescrite chez un sujet ayant une néphropathie connue

6- Le traitement de cette insuffisance rénale aiguë comprend :

- A- une restriction de boissons à 500 ml/24
- B- la perfusion de 2 500 ml de soluté bicarbonate isotonique par jour pendant 48 heures
- C- la perfusion de 500 ml de soluté glucosé à 30 % et 20 unités d'insuline
- D- la baisse de la posologie de la gentamicine à 180 mg/j
- E- transport dans une unité d'épuration extra-rénale.

**145- CAS CLINIQUE**

M.F., 40 ans, est hospitalisé pour insuffisance rénale aiguë. Cet homme, jusque-là en bonne santé, a vu apparaître dix jours plus tôt : une hématurie, une origine, de discrets œdèmes des membres inférieurs.

Le médecin traitant, lui trouve une tension artérielle à 160/100 mmHg. Un bilan biologique est réalisé qui objective : NFS : normale ; VS : 30mm à la première heure ; Urée : 10 mmol/l ; créatininémie : 200  $\mu$ mol/l.

Le patient est alors hospitalisé. A l'entrée : aucune prise médicamenteuse récente ; discrets œdèmes indolores ; TA : 170/110 mmHg ; FO : normal ; TR : normal ; fosses lombaires : normales ; auscultation pulmonaires : râles crépitants deux bases.

Dans le plasma : urée : 20 mmol/l ; créatinine : 300  $\mu$ mol/l ; natrémie : 132 mEq/l ; kaliémie : 5,7 mEq/l ; Chlore : 95 mEq/l ; hématurie : 500 000 H/ml.

Dans les urines (diurèse : 1000 cc/24h) : protéinurie : 3 g/l ; urée : 200 mmol/l ; Na : 20 mEq/l ; K : 40 mEq/l ; Cl : 20 mEq/l.

L'échographie rénale ne met pas en évidence de distension, les reins sont de taille normale.

- 1- Quelle hypothèse diagnostique retenez-vous comme probable chez ce patient ?
  - A- nécrose tubulaire aiguë
  - B- néphrite interstitielle aiguë allergique
  - C- glomérulonéphrite aiguë
  - D- insuffisance aiguë fonctionnelle
  - E- syndrome néphrotique
- 2- Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) en faveur de votre hypothèse diagnostique ?
  - A- HTA récente
  - B- Syndrome oedémateux
  - C- Hyperkaliémie
  - D- Protéinurie
  - E- Hématurie microscopique
- 3- Quel (s) examen (s) envisagez-vous de réaliser rapidement chez ce patient ?
  - 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) présente (s) chez ce patient ?
- A- déshydratation intracellulaire
  - B- hypercaliémie
  - C- hypertension artérielle maligne
  - D- œdème pulmonaire
- 5- 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 ?
- A- aspect histologique rénal
  - B- absence d'anurie
  - C- HTA modéré
  - D- Œdèmes discrets
  - E- Créatinémie inférieure à 40 mg/l
- 6- Dans l'hypothèse 0° existerait une prolifération capillaire diffuse dans la chambre de Bowman des glomérules de ce patient, que (s) traitement (s) est (sont) envisageable (s)
- A- corticothérapie à fortes doses
  - B- plasma frais congelé
  - C- immunosuppresseurs
  - D- abstention thérapeutique
  - E- échanges plasmatiques

#### 146- CAS CLINIQUE

M.S. , 50 ans, est hospitalisé en urgence pour insuffisance rénale aiguë et HTA. Dans ses antécédents, on note la notion d'une HTA traitée depuis 10 ans par diurétiques et Aldomet®. Son père et un de ses frères sont également hypertendus:

Dans les semaines précédant l'hospitalisation, le patient avait noté : une perte de poids de 5 kg environ, une polyurie nocturne, des céphalées matinales fréquentes et une baisse progressive de l'acuité visuelle.

A l'entrée, on note : TA / 22/14 CM Hg, pas d'œdèmes, tachycardie à 100 et galop gauche ; au FO : hémorragies, exsudats, œdèmes papillorétinien.

Au plan paraclinique : sur la radio de thorax, cardiomégalie sans œdème pulmonaire. Dans le sang : Na : 132 mEq/l ; K : 41 mEq/l, Cl : 97 Meq/l, bicarbonates : 17 mEq/l, urée : 1,30 g/l, créatinine : 117 mg/l, glycémie : 1g/l.

Dans les urine : hématurie à deux croix, protéinurie à une croix. Le diagnostic d'HTA maligne ou accélérée est porté.

1- L'HTA accélérée est caractérisée par :

- A- tension artérielle systolique supérieure à 20 cm Hg
- B- le fond d'œil décrit
- C- existence d'une protéinurie
- D- céphalées
- E- antécédents familiaux

2- L'HTA maligne peut compliquer :

- A- l'hypoplasie rénale segmentaire
- B- l'HTA rénovasculaire
- C- le syndrome de Conn
- D- le phéochromocytome
- E- une hypertension essentielle

091

3- Si l'activité rénine plasmatique (ARP) et l'adostéronémie étaient dosées chez ce patient on pourrait voir :

- A- une ARP basse
- B- une ARP élevée avec aldostérone basse
- C- une ARP et une adostéronémie toutes deux élevées
- D- une ARP basse avec aldostéronémie haute
- E- aucune des propositions précédentes n'est exacte

4- Les signes histiologiques rénaux de la néphro-angiosclérose maligne comportent :

- A- une nécrose fibrinoïde des artérioles rénales
- B- une prolifération extra-capillaire glomérulaire
- C- une ischémie glomérulaire
- D- une prolifération endocapillaire pure au niveau des glomérules
- E- aucune des lésions ci-dessus

5- Quel(s) traitement (s) d'urgence pouvez-vous proposer à ce patient ?

- A- binéphrectomie
- B- traitement antihypertenseur
- C- épuration extra-rénale
- D- spironolactone
- E- aucun des traitements ci-dessus

147- Dans la liste des caractéristiques cliniques suivantes concernant l'atteinte articulaire, indiquer celles qui évoquent un rhumatisme articulaire aigu :

- A- chaudes et tuméfiées
- B- douloureuses à la mobilisation
- C- fugaces et mobiles
- D- siégeant surtout au niveau des petites articulations de la main et du pied
- E- pouvant entraîner des déformations réductibles des doigts

148- Parmi les signes cliniques suivants pouvant survenir au cours du RAA, quel est celui qui est le plus grave ?

- A- érythème marginé
- B- polyarthrite aiguë
- C- endocardite
- D- péricardite
- E- fièvre permanente

149- Parmi les atteintes cutanées suivantes, indiquer celles qui sont évocatrices d'un rhumatisme articulaire aigu :

- F- érythème marginé
- G- vespertilion
- H- éruption scarlatiniforme
- I- psoriasis pustuleux
- J- nodosités d'Heberden
- K- nodosités de Maynet

92

150- Parmi les signes biologiques suivants, indiquer ceux qui sont le témoin d'une atteinte streptococcique récente :

- A- hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS
- B- élévation importante de la C réactive protéine dans le sang
- C- présence de streptocoque B hémolytique au prélèvement de gorge
- D- élévation à 2 examens successifs des ASLO, des anti-streptokinases ou de l'anti-hyaluronidase
- E - présence de complexes immuns circulants

151- Dans la liste des caractéristiques sémiologiques suivantes concernant la cardite, indiquer celles qui évoquent un RAA :

- A- d'autant plus fréquente que le sujet est plus jeune
- B- son importance est liée au degré de l'atteinte articulaire
- C- souffle d'insuffisance valvulaire aortique ou mitrale
- D- péricardite chronique
- E- allongement de l'espace PR à l'ECG

152- En cas de rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque chez un sujet de 20 ans, quel(s) traitement(s) utilisez-vous ?

- A- repos prolongé au lit
- B- corticoïdes
- C- Aspirine
- D- antipaludéens de synthèse
- E- Pénicilline G

153- L'endocardite avec atteinte valvulaire au cours du RAA est grave car elle est due à la multiplication du streptocoque bêta-hémolytique sur les valves cardiaques

- A- Vrai vrai avec relation
- B- vrai vrai sans relation
- C- vrai faux
- D- faux vrai
- E- faux faux

153- QROC /

Enumérer les critères majeurs de Jones pour le diagnostic positif du RAA.

-----

-----

-----

-----