
Examen blanc de résidanat

Session de Décembre 2020

- 1. Le polygone de Willis est formé par :**
 - A. Les artères cérébrales antérieures
 - B. Les artères sylviennes
 - C. Le tronc basilaire
 - D. Les artères cérébrales postérieures
 - E. Les artères communicantes postérieures

- 2. Les deux voies essentielles de suppléance d'une obstruction carotidienne sont :**
 - A. L'artère occipitale
 - B. L'artère ophtalmique
 - C. La communicante antérieure
 - D. La méningée moyenne
 - E. La cérébelleuse supérieure

- 3. Un accident ischémique transitoire carotidien peut se manifester par :**
 - A. Une hémiplégie brachio-faciale
 - B. Une aphasie de Wernicke si l'hémisphère dominant est touché
 - C. Une cécité monoculaire
 - D. Un trouble de la déglutition avec signe du rideau
 - E. Un vertige rotatoire

- 4. Chez un sujet droitier, on évoque une ischémie du territoire de l'artère sylvienne superficielle gauche devant :**
 - A. Hémianopsie latérale homonyme droite
 - B. Troubles sphinctériens
 - C. Hémiplégie à prédominance crurale droite
 - D. Une anosognosie et une hémiasomatognosie
 - E. Une hémiplégie à prédominance brachio-faciale droite

- 5. Un infarctus total du territoire de l'artère cérébrale moyenne droite se manifeste par :**
 - A. Une hémianopsie latérale homonyme gauche
 - B. Une aphasie de Broca
 - C. Une déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté de la lésion
 - D. Une hémiplégie à prédominance brachio-faciale gauche
 - E. Des troubles de la conscience

- 6. Un syndrome de Wallenberg droit peut se manifester par :**
- A. une anesthésie faciale gauche
 - B. un syndrome cérébelleux droit
 - C. une hémiparésie droite
 - D. un syndrome vestibulaire périphérique droit
 - E. un syndrome de Claude Bernard Horner droit.
- 7. Le mécanisme hémorragique d'un AVC est évoqué devant :**
- A. Un souffle cervical
 - B. Des troubles de conscience immédiats
 - C. Une régression en moins de 24 h
 - D. Des vomissements immédiats
 - E. Une raideur de la nuque
- 8. Le syndrome de Weber :**
- A. Est un syndrome alterne sensitif
 - B. Est caractérisé par une paralysie faciale périphérique homolatérale à la lésion et une hémiparésie controlatérale à la lésion
 - C. Comporte une atteinte du III homolatérale à la lésion
 - D. Est une manifestation d'AVC pédonculaire
 - E. Est due à une occlusion du tronc basilaire
- 9. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles plaide(nt) pour le diagnostic d'AVC ischémique lacunaire?**
- A. Sujet hypertendu.
 - B. Déficit précédé par des accidents ischémiques transitoires.
 - C. Constatation d'une aphasie à l'examen clinique.
 - D. Déficit sensitif isolé de l'hémicorps droit
 - E. Une hémiparésie ataxique à l'examen
- 10. Les accidents ischémiques transitoires dans le territoire vertébro-basilaire peuvent se manifester par :**
- A. Une hémianopsie latérale homonyme
 - B. Des troubles sensitifs bilatéraux
 - C. Une dysarthrie
 - D. Une anosognosie
 - E. Une voie nasale
- 11. Une thrombophlébite du sinus sagittal supérieur peut se manifester par :**
- A. Des céphalées aiguës.
 - B. Un ptosis
 - C. Des crises épileptiques
 - D. Une exophtalmie
 - E. Une hémiparésie à bascule
- 12. Parmi les signes de thrombose veineuse cérébrale suivants, ceux qui orientent vers le sinus caverneux sont :**
- A. Un ptosis.
 - B. Un chémosis
 - C. Des crises épileptiques
 - D. Une exophtalmie
 - E. Une hémiparésie

13. En cas d'occlusion d'origine colique, Les niveaux hydro-aériques sont :

- A. Traversé par des valvules conniventes
- B. Périphérique
- C. Plus hautes que larges
- D. Peu nombreux
- E. Marqués par des haustrations épaisses

14. Au cours d'un syndrome occlusif la sonde naso gastrique en aspiration permet de :

- A. Réduire la distension abdominale
- B. Éviter une infection
- C. Éviter les vomissements, de,
- D. Éviter l'inhalation au moment de l'induction anesthésique
- E. Suivre l'évolution en appréciant la quantité et la qualité du liquide aspiré.

15. Au cours des OIA, les vomissements sont :

- A. Précoces en cas d'occlusion haute
- B. Tardifs en cas d'occlusion basse
- C. Soulagent le malade
- D. Responsables d'une alcalose métabolique par perte du HCL
- E. Peuvent être remplacé par des nausées

16. En faveur de l'occlusion basse :

- A. des signes fonctionnels atténués
- B. des signes généraux important
- C. des signes physiques marqués
- D. vomissement précoce
- E. météorisme discret

17. Devant un tableau douloureux et fébrile de l'hypogastre avec diarrhées et pollakiurie, les deux diagnostics à suspecter en premier sont :

- A. Une cystite
- B. Une gastro entérite
- C. Un abcès de Douglas
- D. Une appendicite aigue pelvienne
- E. Une poussée de RCH

18. Concernant la péritonite aigue généralisée par perforation digestive :

- A. Le début des douleurs siège toujours au niveau de l'épigastre
- B. La perforation d'ulcère duodénal en est souvent la cause
- C. Le début de la symptomatologie est généralement brutal
- D. Elle est toujours chimique au début
- E. Son traitement peut consister en un drainage percutané

19. Concernant l'abcès sous phrénique droit :

- A. Son diagnostic est basé sur la clinique
- B. Le hoquet en est un signe révélateur
- C. Il ne constitue pas une urgence thérapeutique vu le caractère localisé de la péritonite
- D. Le drainage percutané associé à l'antibiothérapie est l'option thérapeutique de choix
- E. Il s'agit d'une complication fréquente de la chirurgie de l'étage sous mésocolique

20. Concernant la péritonite aigue appendiculaire généralisée :

- A. La présence de pneumopéritoine témoigne de la perforation appendiculaire
- B. Elle est de plus mauvais pronostic quand elle survient en deux temps
- C. La rupture d'abcès appendiculaire en péritoine libre définit la péritonite en trois temps
- D. Le plastron appendiculaire en constitue une forme particulière
- E. Peut être traitée chirurgicalement par la voie de Mac Burney chez l'adulte de petite taille

21. Une crise d'asthme peut être déclenchée par :

- A. L'exercice physique
- B. L'anxiété
- C. L'inhalation de grains de pollen
- D. La prise d'aspirine
- E. L'inhalation de Salbutamol

22. Les éléments cliniques en faveur de l'asthme aigu grave sont :

- A. une fréquence cardiaque : 128 /mn
- B. une fréquence respiratoire : 34 cycles/mn
- C. une distension thoracique
- D. un DEP : 20% de la valeur théorique
- E. des sibilants audibles à l'auscultation

23. L'examen à réaliser en première intention chez un patient qui consulte pour crise d'asthme est :

- A. Un scanner thoracique
- B. Une courbe débit-volume
- C. Une pléthysmographie
- D. Des tests cutanés allergologiques
- E. La mesure du débit expiratoire de pointe

24. chez un patient BPCO classé mMRC 1 et hospitalisé une seule fois durant l'année en cours, le traitement pharmacologique de fond de 1^{ère} intention qui doit être instauré comporte :

- A. β_2 adrénergique de longue durée d'action seul
- B. Association d'un β_2 adrénergique de longue durée d'action et d'un anticholinergique de longue durée d'action
- C. Association corticothérapie inhalée et un β_2 adrénergique de longue durée d'action
- D. Anticholinergique de longue durée d'action seul
- E. corticothérapie inhalée seule

25. Quel (s) signe(s) parmi les propositions est (sont) un (des) critère(s) de gravité d'une embolie pulmonaire :

- A. La syncope
- B. Une hypotension artérielle
- C. La tachycardie sinusale
- D. Un pouls paradoxal
- E. Une hémoptysie

26. Indiquer la ou les proposition(s) exacte(s) : la douleur thoracique dans la dissection aortique :

- A. Est d'installation brutale
- B. Est fugace, de durée brève
- C. Est typiquement constrictive
- D. Constitue le signe fonctionnel le plus fréquent
- E. Peut s'associer à des douleurs des membres inférieurs

27. Les signes électriques qui peuvent être rencontrés dans la péricardite aiguë :

- A. Un sus-décalage de ST dans toutes les dérivations
- B. Une onde q transitoire précordiale
- C. Ondes T plates
- D. Un flutter auriculaire
- E. Des extrasystoles ventriculaires

28. Le nodule érythémateux d'Osler a les caractères suivants, sauf un, lequel ?

- A. Il siège à la pulpe des doigts
- B. Il est très douloureux
- C. Il a la taille d'un petit pois
- D. Il évolue vers la suppuration
- E. Il est de couleur rougeâtre

29. A propos de l'endocardite infectieuse subaiguë d'OSLER, quelle (s) est (sont) la ou les propositions exactes ?

- A. Elle contre-indique la chirurgie de remplacement valvulaire
- B. Le germe le plus habituellement en cause est un staphylocoque
- C. Elle survient habituellement sur un cœur pathologique
- D. Elle impose le recours aux anticoagulants en raison du risque embolique
- E. Elle peut provoquer l'apparition de végétations visibles à l'échocardiogramme

30. L'endocardite infectieuse peut être responsable de toutes les complications suivantes, sauf une, laquelle ?

- A. Des troubles de conduction auriculo-ventriculaire
- B. De l'insuffisance cardiaque
- C. Des complications rénales de type tubulopathie
- D. Un infarctus splénique
- E. Des accidents vasculaires cérébraux

31. Parmi ces crises épileptiques, la(es) quelle(s) sont de type focales :

- A. Spasmes épileptiques
- B. Crise hémicorporelle
- C. Crise clonique bilatérale et symétrique
- D. Crise à début généralisé non moteur (absence)
- E. Crise avec hallucinations visuelles

32. Une absence typique est une crise épileptique :

- 1. De type généralisé
- 2. Qui survient uniquement chez l'enfant
- 3. Qui s'accompagne de pointes ondes à 3c/s généralisées à l'EEG
- 4. De durée dépassant toujours une minute
- 5. Qui se manifeste chez les enfants avec encéphalopathie

33. Une absence typique à sémiologie simple se manifeste par la sémiologie suivante:

- A. Des clonies des paupières
- B. Une chute brutale et traumatisante de la tête
- C. Une durée inférieure à 25 secondes
- D. Un ralentissement à l'EEG intercritique
- E. Des automatismes complexes

34. Est considéré atteint d'une épilepsie toute personne qui a :

- A. Une première crise épileptique spontanée si le risque de récurrence est d'au moins 60%
- B. Deux crises épileptiques spontanées séparées de plus de 24 heures
- C. Un syndrome épileptique
- D. Une première crise épileptique chez un adolescent
- E. Une crise épileptique survenant à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral

35. En cas d'épilepsie, l'EEG est d'un grand apport :

- A. Pour le diagnostic positif
- B. Pour le diagnostic différentiel
- C. Pour le diagnostic étiologique
- D. Pour déterminer le type de crise épileptique
- E. Pour le choix du médicament antiépileptique

36. Deux crises épileptiques survenant dans les 7 jours après un AVC ischémique :

- A. Sont des crises symptomatiques aiguës
- B. Imposent un traitement antiépileptique à long cours
- C. Aggravent le pronostic de l'AVC
- D. Augmentent le risque de crises épileptiques tardives
- E. Sont toujours secondaires à des perturbations ioniques

37. Les crises d'absences atypiques sont :

- A. A début et fin progressif
- B. La perte de connaissance n'est pas complète
- C. De durée plus que 30 secondes
- D. Ressemblent à des crises à début focal avec perte de contact
- E. Le rythme de base à l'EEG est normal

38. L'EMJ est caractérisé par :

- A. Début chez l'enfant jeune
- B. Des myoclonies au réveil
- C. L'association des myoclonies à des crises à début généralisé moteur tonico-cloniques
- D. Evolution favorable sous traitement
- E. Secondaire à une dysplasie corticale

39. L'EMJ est :

- A. Est une épilepsie de cause indéterminée (cryptogénique)
- B. Survient chez l'adolescent
- C. Des anomalies inter-critiques typiques à l'EEG
- D. Favorisée par la photosensibilité
- E. Très sensible aux anti-épileptiques

40. Le syndrome de West est caractérisé par :

- A. Un âge de début 3-5 ans
- B. Des spasmes épileptiques
- C. Un bon développement psychomoteur jusqu'à l'âge de deux ans
- D. Une hypersyndrome à l'EEG
- E. Une IRM cérébrale est indispensable pour rechercher la cause

41. Les critères diagnostiques définissant le syndrome de West sont :

- A. Spasmes épileptiques
- B. Arrêt du développement psychomoteur
- C. Microcéphalie
- D. Hysarythmie à l'EEG
- E. Survenant après l'âge de 18 mois

42. L'épilepsie à paroxysme rolandique ou à pointes centro-temporales est considérée comme une

- A. Epilepsie idiopathique (génétique) liée à l'âge
- B. Epilepsie symptomatique d'une lésion rolandique
- C. Epilepsie généralisée
- D. Un syndrome spécial
- E. Une épilepsie de cause indéterminée

43. L'épilepsie à paroxysme rolandique ou à pointes centro-temporales de l'enfant est caractérisée par :

- A. La fréquence des crises focales oro-faciales
- B. Un pronostic favorable
- C. Des anomalies spécifiques à l'imagerie cérébrale
- D. Un EEG qui montre des pointes bi-phasiques centro-temporales bilatérales
- E. La résistance aux antiépileptiques

44. Les confusions mentales ou délirium:

- A. Sont le plus souvent d'origine toxique
- B. Evoluent toujours vers un état démentiel
- C. Ont comme symptomatologie principale des troubles de l'humeur
- D. S'accompagnent dans les formes aiguës d'une hyperthermie
- E. Peuvent mettre en jeu le pronostic vital

45. Le(s) affirmation(s) suivantes caractérisent un syndrome confusionnel :

- A. L'onirisme est constamment retrouvé
- B. Les troubles de la mémoire sont constants
- C. L'étiologie la plus fréquente est psychiatrique
- D. La perplexité anxieuse est un des symptômes caractéristiques
- E. Le contact verbal est impossible

46. Les symptômes qui caractérisent un syndrome confusionnel sont :

- A. La perplexité anxieuse
- B. L'amnésie sélective
- C. Le troubles de la vigilance
- D. La fabulation compensatrice
- E. Les fausses reconnaissances

47. Un syndrome confusionnel peut être causé par :

- A. La schizophrénie
- B. L'hypoglycémie
- C. L'hypercuprémie
- D. Le trouble panique
- E. L'intoxication mercurielle

48. La sémiologie des confusions mentales ou delirium comporte:

- A. Une désorientation spatiale
- B. Un délire de persécution
- C. Des hallucinations visuelles
- D. Une agitation anxieuse
- E. Un automatisme mental

49. A la phase pré-hospitalière lors de la prise en charge d'un choc hémorragique

- A. Il faut rétablir une pression artérielle normale
- B. La perfusion des cristaalloïdes est indiquée de première intention
- C. Le volume de remplissage doit être large
- D. Une diurèse > à 2 cc /kg/h est le meilleur indicateur d'une réanimation correcte
- E. Il faut mobiliser le volume non contraint par le recours à la noradrénaline

50. En cas des lésions axonales diffuses :

- A. Le tableau clinique est dominé par une perte de connaissance immédiate prolongée et durable avec intervalle libre.
- B. Les lésions sont dues à un mécanisme indirect.
- C. Les lésions sont marquées par la présence de l'œdème cérébrale diffus.
- D. Les lésions sont le résultat du fait que la substance grise et la substance blanche n'ont pas la même densité.
- E. Les lésions sont dues à des hématomes sous duraux.

51. Au cours du traumatisme crânien grave, quelles propositions qui ne représentent un ACSOS ?

- A. hypercapnie
- B. hypoglycémie.
- C. hypocalcémie.
- D. Hyponatrémie.
- E. hypoxie.

52. A propos des brûlures :

- A. Les brûlures du 2^e degré, caractérisées par des phlyctènes et sont indolores
- B. Les brûlures du 2^e degré aux mains, à la face ou au périnée sont un facteur de gravité
- C. Les brûlures de l'arbre trachéobronchique sont constantes en cas d'explosion
- D. L'évaluation de la surface brûlée ne doit tenir compte que des brûlures du 3^e degré
- E. Les brûlures du 3^e degré nécessitent une greffe cutanée

53. Après le bilan clinique complet d'un polytraumatisé, quelle est la technique qui fournit le plus grand nombre de données lésionnelles ?

- A. Échographie abdominale
- B. Radiographie d'abdomen et de thorax
- C. Un body-scan
- D. Angiographie numérisée par voie veineuse
- E. Ponction abdominale sous guidage échographique

54. Devant un patient présentant un ictère cholestatique avec cytolyse à 15 N vous évoquez :

- A. Une cirrhose biliaire primitive.
- B. Un accident de migration lithiasique.
- C. Une hépatite virale.
- D. Une tumeur de la tête du pancréas
- E. Une stéatose hépatique.

55. Un ictère cholestatique associé à une hépatomégalie siège de multiples nodules à l'échographie fait évoquer :

- A. Métastases hépatiques.
- B. Abscesses du foie.
- C. Foie cardiaque.
- D. Stéatose hépatique.
- E. Angiomes.

56. Chez un patient ictérique, une origine hémolytique de l'ictère doit être évoquée devant l'association à :

- A. Une hépatomégalie.
- B. Une splénomégalie.
- C. Une pâleur cutanéomuqueuse.
- D. Des adénopathies périphériques.
- E. Une fièvre.

57. Devant une hépatomégalie dure et indolore chez un patient présentant un ictère cholestatique vous évoquez :

- A. Métastases hépatiques.
- B. Hépatite aiguë virale.
- C. Cirrhose du foie.
- D. Cholangite sclérosante primitive.
- E. Lithiase de la voie biliaire principale.

58. Un ictère cholestatique avec dilatation isolée des voies biliaires intrahépatiques à l'échographie vous évoque le(s) diagnostic(s) suivants :

- A. Un ampulomeVaterien.
- B. Un cancer de la tête du pancréas.
- C. Un cancer du hile du foie.
- D. Une cirrhose biliaire primitive.
- E. Une hépatite virale chronique.

59. Pour différencier entre ictère cholestatique et non cholestatique vous devez étudier les paramètres suivants :

- A. L'aspect des urines.
- B. L'aspect des selles.
- C. La température.
- D. La diurèse.
- E. Le taux des transaminases.

60. Un ictère cholestatique associé à un épisode de méléna peut être secondaire à :

- A. Un cholangiocarcinome du bas cholédoque.
- B. Un ampulomeVaterien.
- C. Une lithiase de la voie biliaire principale compliquée.
- D. Une cirrhose compliquée de rupture de varices œsophagiennes.
- E. Un cancer du corps du pancréas.

61. Les médicaments potentiellement gastro-toxiques sont :

- A. L'indométacine (AINS).
- B. Le paracétamol.
- C. L'acide acétylsalicylique (aspirine).
- D. La sulfasalazine (salazopyrine).
- E. Les aminosides

62. Le diagnostic d'infection à *Helicobacter pylori* (HP) peut être fait par :

- A. Le test respiratoire à l'urée (breath test).
- B. La sérologie.
- C. Les hémocultures.
- D. La recherche de la toxine de la bactérie dans les selles.
- E. La coproculture.

63. Concernant l'ulcère gastrique associé à l'infection par HP :

- A. Le contrôle endoscopique n'est pas utile si le patient devient asymptomatique sous IPP.
- B. Le traitement par IPP est nécessaire pendant au moins 6 semaines.
- C. Le contrôle de l'éradication de HP est nécessaire.
- D. Le traitement d'éradication de HP se base en première intention sur la trithérapie : IPP + Amoxicilline + Clarithromycine.
- E. Peut se compliquer d'un ictère cholestatique.

64. Parmi les cardiopathies suivantes, lesquelles sont à haut risque d'endocardite infectieuse ?

- A. Une communication inter-ventriculaire non corrigée
- B. Une communication inter-auriculaire non corrigée
- C. Un remplacement valvulaire aortique par une prothèse biologique
- D. Une insuffisance aortique rhumatismale
- E. Une tétralogie de Fallot non opérée

65. Le faux panaris d'osler a les caractéristiques suivantes :

- A. Il est indolore
- B. Il peut évoluer vers la suppuration
- C. Il est fugace
- D. Il siège au niveau de la pulpe des doigts
- E. Il est spécifique des endocardites à streptocoque

66. Quels sont, parmi ces germes, ceux à évoquer en cas d'endocardite à hémocultures négatives ?

- A. Streptocoque viridans
- B. Streptocoque bovis
- C. Streptocoque déficient
- D. Staphylocoque doré
- E. *Coxiellaburnetii*

67. En cas d'endocardite infectieuse survenant sur prothèse aortique 2 ans après son implantation, vous prescrivez comme antibiothérapie empirique :

- A. Ampicilline + Rifampicine + Gentamicine
- B. Ampicilline + Oxacilline + Gentamicine
- C. Fosfomycine + Rifampicine + Gentamicine
- D. Vancomycine + Fosfomycine + Gentamicine
- E. Vancomycine + Rifampicine + Fosfomycine

68. Concernant les endocardites infectieuses sur prothèse valvulaire:

- A. Elles ont le même pronostic que les endocardites sur valve native
- B. Elles peuvent se compliquer d'une thrombose ou d'une désinsertion de prothèse
- C. Elles ont des indications opératoires peu fréquentes
- D. Elles sont dites tardives si elles surviennent deux mois après de l'implantation de la prothèse
- E. Leur profil bactériologique dépend du délai de leur survenu par rapport à l'implantation de la prothèse

69. Les signes échographiques en faveur d'une endocardite infectieuse mitrale sont :

- A) Une perforation de la valve mitrale
- B) Un prolapsus de la valve mitrale
- C) Des calcifications de l'anneau mitral
- D) Une désinsertion d'une prothèse mitrale
- E) Une élévation des cordages

70. L'antibioprophylaxie d'endocardite infectieuse chez un patient porteur d'une prothèse aortique est indiquée avant les gestes suivants :

- A) Une laryngoscopie
- B) Une fibroscopie bronchique
- C) Une extraction dentaire
- D) Une évacuation d'un abcès dentaire
- E) Une cystoscopie

71. Selon les critères de Duke, le diagnostic d'endocardite infectieuse est certain en présence de :

- A) 2 critères majeurs
- B) 1 critère majeur et 3 critères mineurs
- C) 5 critères mineurs
- D) 1 critère majeur et 2 critères mineurs
- E) 4 critères mineurs

72. La douleur thoracique au cours d'une péricardite aiguë a les caractéristiques suivantes :

- A) Elle survient à l'effort
- B) Elle est de durée brève
- C) Elle varie selon les mouvements respiratoires
- D) Elle est résistante à la trinitrine
- E) Elle est soulagée par la position penchée en avant

73. Le frottement péricardique a les caractéristiques suivantes :

- A) Il est fugace
- B) Il est mésocardiaque superficiel
- C) Il persiste en apnée
- D) Il irradie vers l'aisselle
- E) Il est rapec

74. Les signes électriques suivants sont évocateurs d'une péricardite aiguë :

- A) Un sus-décalage diffus du segment ST
- B) Un sous-décalage du segment PQ
- C) Une onde Q de pseudo-nécrose
- D) Un bloc auriculo-ventriculaire
- E) Un microvoltage

75. Les signes cliniques suivants sont évocateurs d'une tamponnade :

- A) Un pouls paradoxal de Kussmaul
- B) Un reflux hépato-jugulaire
- C) Des œdèmes des membres inférieurs
- D) Un frottement péricardique
- E) Un assourdissement des bruits du cœur

76. Les signes échographiques suivants sont en faveur d'une tamponnade:

- A) Un swingingheart
- B) Une dilatation du ventricule droit
- C) Une dilatation du ventricule gauche
- D) Un septum inter-ventriculaire paradoxal
- E) Une compression des cavités cardiaques droites

77. La douleur thoracique au cours d'une dissection aortique :

- A) Est transfixiante
- B) Peut irradier vers les membres inférieurs
- C) Est résistante à la trinitrine
- D) Est variable avec les mouvements respiratoires
- E) Est calmée par la position penchée en avant

78. Le diagnostic d'une dissection aortique peut être confirmé par :

- A) Un angio-scanner aortique
- B) Une radiographie de thorax
- C) Une échographie cardiaque trans-oesophagienne
- D) Un électrocardiogramme
- E) Une échographie abdominale

79. La thrombose veineuse en post opératoire peut être prévenue par :

- A) Le lever précoce
- B) La prescription d'un anti-agrégant plaquettaire
- C) La prescription de bas de contention
- D) La prescription d'un anti-vitamine K pendant une semaine
- E) La prescription d'une dose préventive d'héparine à bas poids moléculaire

80. Les signes électriques suivants sont évocateurs d'une embolie pulmonaire :

- A) Un microvoltage
- B) Une alternance électrique
- C) Un bloc de branche droit
- D) Un aspect S en V1 et Q en V3
- E) Une ischémie sous épicaudique de V1 à V3

81. Parmi ces examens, lequel s'il est normal, permet d'éliminer formellement le diagnostic d'embolie pulmonaire quel que soit son niveau de probabilité ?

- A) Angioscanner thoracique
- B) Electrocardiogramme
- C) Echographie cardiaque
- D) D-Dimères
- E) Scintigraphie pulmonaire de perfusion-ventilation

82. Une embolie pulmonaire est dite à risque élevé si l'examen clinique met en évidence:

- A. Une hépatomégalie douloureuse
- B. Une polypnée à 26 cycles par minute
- C. Une tachycardie à 120 battements par minute
- D. Des signes périphériques de choc
- E. Des râles crépitants à l'auscultation pulmonaire

83. En cas d'embolie pulmonaire à risque élevé :

- A. L'embolectomie chirurgicale est le traitement de première intention
- B. Un remplissage prudent est nécessaire
- C. La drotamine peut être prescrite en cas de bas débit cardiaque persistant
- D. Les antivitaminiques K doivent être prescrits dès le premier jour
- E. L'héparine à bas poids moléculaire est l'anticoagulant de choix au moment du diagnostic

84. Les facteurs permanents de thrombose veineuse sont :

- A. L'âge avancé
- B. Une thrombophilie constitutionnelle
- C. Une chirurgie récente
- D. Une immobilisation plâtrée
- E. Un cancer bronchique métastasé

85. Les signes radiologiques suivants sont évocateurs d'embolie pulmonaire :

- A. Des atélectasies en bandes
- B. Une opacité basale rétractile
- C. Une hyperclarté pulmonaire unilatérale
- D. Une sur-élévation de la coupole diaphragmatique
- E. Un élargissement médiastinal

86. En cas d'embolie pulmonaire à risque élevé, la thrombolyse peut être indiquée devant les signes échographiques suivants:

- A. Une dilatation du ventricule droit
- B. Un septum inter-ventriculaire paradoxal
- C. Une hypertension artérielle pulmonaire
- D. Une dilatation du ventricule gauche
- E. Une veine cave inférieure fine et collabée

87. En cas d'une thrombose veineuse du membre inférieur, une thrombophilie constitutionnelle est suspectée devant :

- A. Le caractère récidivant de la thrombose
- B. La survenue de la thrombose à l'âge de 35 ans
- C. La survenue d'une nécrose cutanée sous antivitaminique K
- D. Le siège de la thrombose au niveau du membre supérieur
- E. La survenue de la thrombose dans un contexte post-opératoire

88. Dans un contexte de gastroentérite aiguë, la déshydratation aiguë chez le nourrisson est jugée sévère :

- A. si le score de déshydratation est à 10
- B. si le nourrisson présente un état de choc
- C. si le nourrisson présente des cernes oculaires
- D. si la perte pondérale est estimée à 12%
- E. si le nourrisson est apathique

89. A l'état physiologique, les principaux acteurs de la régulation hydro-électrolytique sont :

- A. La fièvre
- B. La sensation de soif
- C. Le coeur
- D. La variation de l'osmolalité entre milieu intra- et extra-cellulaire
- E. L'hormone antidiurétique (ADH).

- 90. Les facteurs influençant la proportion d'eau corporelle totale par apport au poids sont:**
- A. L'âge
 - B. La masse grasse
 - C. La taille
 - D. Le sexe
 - E. Les facteurs génétiques
- 91. Un nourrisson âgé de 5 semaines est hospitalisé pour un état de choc. L'examen a révélé des signes de déshydratation sévère et une hyper-pigmentation des organes génitaux externes. Les examens biologiques : Glycémie : 1,8 mmol/L, Na⁺ : 124 mEq / L et K⁺ : 6,8 mEq /L. Le diagnostic le plus probable est :**
- A. Une insuffisance hépatique aiguë
 - B. Une hémorragie aiguë
 - C. Une hyperplasie congénitale des surrénales
 - D. Une maladie d'Addison
 - E. Un diabète insipide
- 92. Devant une anémie macrocytaire, on évoque une anémie de Biermer devant :**
- A. Une glossite atrophique
 - B. Un prurit
 - C. Une atteinte pyramidale
 - D. Un subictère
 - E. Une koïlonychie.
- 93. Une anémie hémolytique auto-immune est recherchée au cours :**
- A. Du myélome multiple
 - B. D'un plasmocytome osseux
 - C. D'une leucémie aiguë myéloblastique
 - D. D'une leucémie lymphoïde chronique
 - E. D'un lupus érythémateux systémique.
- 94. Une splénomégalie non fébrile associée à une hyperleucocytose avec myélémie fait évoquer :**
- A. Une leucémie lymphoïde chronique
 - B. Une leucémie aiguë lymphoblastique
 - C. Une septicémie
 - D. Une leucémie myéloïde chronique
 - E. Une hypertension portale.
- 95. Une splénomégalie associée à une anémie hémolytique se voit dans :**
- A. Maladie de surcharge
 - B. Thalassémie majeure
 - C. Anémie hémolytique auto-immune
 - D. Microsphérocytose héréditaire
 - E. Drépanocytose hétérozygote.
- 96. Parmi les signes suivants quels sont ceux qui permettent d'évoquer une hypothyroïdie ?**
- A. Présence d'un amaigrissement
 - B. Présence d'une constipation
 - C. Palpitations
 - D. Frilosité
 - E. Brutalité du tableau clinique

97. Pour confirmer le diagnostic de l'hypothyroïdie, quelle proposition choisissez-vous?

- A. FT4, FT3
- B. Echographie cervicale
- C. TSH, FT3
- D. Scintigraphie cervicale
- E. TSH, FT4

98. Au cours de l'hypothyroïdie fruste, les facteurs pourvoyeurs de passage en hypothyroïdie franche sont :

- A. La positivité des anticorps antiTPO
- B. Un taux de TSH > 10 mU/l
- C. Un âge > 60 ans
- D. La prise de médicaments iodés
- E. Les antécédents familiaux d'hypothyroïdie franche

99. Concernant l'hypothyroidie par surcharge iodée :

- A. Les produits de contraste iodés constituent le facteur le plus incriminé
- B. L'hypothyroïdie peut être définitive
- C. L'hypothyroïdie peut être expliquée par l'effet de Wolff-Chaikoff
- D. L'hypothyroïdie peut être expliquée par l'effet cytotoxique de l'iode
- E. Se voit en cas de thyroïde saine ou pathologique

100. Chez un patient comateux :

- A. La résistance à l'ouverture des yeux est en faveur d'un mutisme akinétique.
- B. Le mutisme akinétique réalise une altération de la vigilance.
- C. La recherche des réflexes du tronc cérébral doit être systématique.
- D. Lors du Locked-in syndrome les mouvements de verticalité des yeux sont conservées.
- E. La présence des signes de localisation impose la réalisation d'imagerie cérébrale.

101. Devant un coma :

- A. La durée supérieure à 30 minutes est en faveur d'un coma postcritique.
- B. Un coma calme d'installation brutale avec une hypotonie peut faire évoquer une intoxication aux barbituriques.
- C. La présence d'asterixis est évocatrice d'un coma métabolique.
- D. Un myosis serré bilatéral évoque l'origine toxique.
- E. L'absence de signes de localisation élimine une lésion du système nerveux central.

102. Un coma d'installation progressive fait évoquer en première intention :

- A. Un processus expansif intracrânien.
- B. Une hémorragie méningée.
- C. Une encéphalopathie hépatique.
- D. Un accident vasculaire cérébral.
- E. Un coma hyperosmolaire.

103. Les organophosphorés :

- A. Sont toxiques par voie digestive, pulmonaire ou cutanée.
- B. Ont une dose mortelle par ingestion de 15 mg/Kg de poids corporel.
- C. Induisent déficit en acétylcholine au niveau synaptique.
- D. Sont des parasympholytiques.
- E. Sont des anticholinestérasiques spontanément réversibles.

104. Les organophosphorés ont une ou plusieurs parmi les propriétés suivantes :

- A. Une faible solubilité dans l'eau
- B. Les membranes biologiques lipoprotéiques limitent leur diffusion
- C. La voie respiratoire permet la pénétration de faible quantité du toxique
- D. Produit peu stables dans la nature
- E. Produit peu stables dans l'organisme

105. Les insecticides organophosphorés :

- A. Sont peu hydrosolubles
- B. Sont peu liposolubles
- C. Ne peuvent pas franchir les barrières biologiques
- D. Leur métabolisme hépatique aboutit à des métabolites atoxiques
- E. Sont des sympathomimétiques

106. La physiopathologie de l'état de choc septique comporte :

- A. Une distribution inappropriée des flux sanguins locorégionaux
- B. Une augmentation de l'extraction d'oxygène
- C. Une activation du système fibrinolytique
- D. Diminution de la sécrétion du monoxyde d'azote (NO)
- E. Une vasoconstriction

107. La prise en charge de l'état de choc septique doit comporter les mesures suivantes :

- A. Remplissage vasculaire initial par 10 ml/kg de colloïdes
- B. Association systématique de la Dobutamine à la Noradrénaline
- C. Administration d'une corticothérapie substitutive par voie orale
- D. Hémodialyse en cas d'oligurie
- E. Un objectif de pression artérielle moyenne > 65 mmHg

108. Une hématurie macroscopique est habituellement retrouvée dans toutes les éventualités suivantes sauf une, laquelle ?

- A. Lithiase urinaire
- B. Néphropathie du purpura rhumatoïde
- C. Néphrose lipoidique
- D. Maladie de Berger
- E. Glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique

109. Chez un homme âgé de 68 ans et tabagique, la présence d'une hématurie de 500 hématies/mm³ fait soupçonner en premier lieu :

- A. une amylose rénale
- B. un myélome
- C. une tubulopathie toxique
- D. un lupus érythémateux systémique
- E. une tumeur vésicale maligne

110. Les éléments qui orientent vers le caractère glomérulaire d'une hématurie sont :

- A. Son association à la présence de leucocytes altérés
- B. Son association à une protéinurie supérieure à 3 g/24 h
- C. L'élévation de la bêta-2-microglobuline urinaire
- D. Le caractère terminal de l'hématurie
- E. La présence de cylindres hématiques

111. Une hématurie totale :

- A. peut être d'origine vésicale
- B. peut compliquer un calcul rénal
- C. peut provenir du haut appareil urinaire
- D. est le plus souvent un signe de gravité
- E. peut être d'origine néphrologique

112. Une hématurie macroscopique abondante sous anti vitamine K :

- A. Est bénigne
- B. Peut révéler une tumeur vésicale
- C. N'a pas besoin d'être explorée
- D. Se traite par l'administration de vitamine K
- E. Contre indique la mise en place d'une sonde vésicale

113. Les causes possibles d'une hyperkaliémie sont :

- A. Insuffisance surrénalienne
- B. Hyperaldostéronisme primaire
- C. Insuffisance rénale aiguë
- D. Vomissements
- E. Alcalose métabolique

114. Une hypokaliémie peut entraîner :

- A. **Une Syncope**
- B. **Une Rhabdomyolyse**
- C. **Une polyurie**
- D. Une Diarrhée
- E. **Des Crampes musculaires**

115. Les médicaments qui peuvent baisser la kaliémie sont :

- A. Spironolactone
- B. Captopril
- C. Hydrochlorothiazide
- D. Bicarbonate de sodium
- E. Prednisone

116. L'excrétion urinaire du potassium est :

- A. stimulée par l'augmentation des apports alimentaires de potassium
- B. stimulée par l'augmentation des apports sodés
- C. stimulée par l'acidose métabolique
- D. stimulée par l'aldostérone
- E. réglée pour annuler le bilan journalier de potassium

117. Les signes ECG qui peuvent s'observer en cas d'hyperkaliémie sont :

- A. Une disparition de l'onde P
- B. Un sous-décalage du segment ST
- C. Un élargissement des complexes QRS
- D. Une augmentation de l'amplitude des ondes T
- E. L'apparition d'ondes U

118. Les éléments suivants sont retrouvés au cours d'une IRA secondaire à une néphropathie lupique classe IV :

- A. Une Protéinurie à 2 g /24 heures
- B. Une hypertension artérielle
- C. Une hématurie microscopique
- D. Une leucocyturie aseptique
- E. Une hypotension artérielle orthostatique

119. Les éléments biologiques suivants sont en faveur d'une IRA par nécrose tubulaire aigue secondaire à une rhabdomyolyse aigue post traumatique

- A. Une protéinurie 0,3g/24h
- B. Une hématurie microscopique à l'ECBU
- C. CPK élevés
- D. N_{Au}/K_u>1
- E. uréu /Urée<10

120. Au cours de l'IRA un traitement à base de corticoïdes est indiqué en cas d' :

- A. Une néphropathie interstitielle aigue secondaire à une maladie de système
- B. Une vascularite à ANCA
- C. Une néphropathie interstitielle aigue immuno-allergique
- D. Une néphropathie interstitielle aigue para- infectieuse
- E. Une nécrose tubulaire aigue

121. Les éléments biologiques suivants sont en faveur de l'IRA fonctionnelle

- A. Une osmolarité urinaire basse
- B. Une augmentation plus importante de l'urée par rapport à la créatinine
- C. Une natriurèse effondrée
- D. Une uricémie élevée
- E. Une hémodilution

122. Dans la liste suivante, relever l(les) anomalie(s) clinique(s) qui peut(vent) être observer chez un patient victime de TC à la phase séquellaire?

- A. Troubles du comportement avec syndrome dépressif
- B. Spasticité qui prédomine sur les extenseurs au membre supérieur
- C. Rétractions tendino-musculaire avec raideur articulaire douloureuse
- D. Douleurs neuropathiques aux membres
- E. Raideur articulaire en rapport avec un ostéome

123. Dans la liste suivante, relever la(les) complications(s) qui peut(vent) être observer en cas de rétraction tendino-musculaire chez un patient victime de TC à la phase séquellaire?

- A. Lésions d'escarre au niveau du creux poplité
- B. Luxation de hanche
- C. Syndrome douloureux régionale complexe de type 1
- D. Para ostéo-athropathiesneurogène
- E. Lésions articulaires de chondropathie

124. La morphine peut induire les effets indésirables suivants:

- A. Une diarrhée
- B. Des nausées
- C. Une dépression respiratoire
- D. Une hypertension artérielle
- E. Une dépendance

125. La morphine:

- A. Est un antalgique de palier III
- B. Est un opioïde faible
- C. Possède une action antitussive
- D. Est un antagoniste des récepteurs opioïdes
- E. Possède un effet analgésique dose-dépendant.

126. La buprénorphine :

- A. Est agoniste opioïde pur.
- B. Est un agoniste des récepteurs « mu » -agoniste «Kappa»
- C. Est un agoniste des récepteurs « mu » - antagoniste «Kappa»
- D. Est un agoniste partiel des récepteurs « kappa »
- E. Possède un effet dépresseur respiratoire plus important que celui de la morphine

127. La digoxine:

- A. Augmente la contractilité myocardique
- B. Diminue la fréquence cardiaque
- C. Augmente la conduction sinusale
- D. Diminue la conduction auriculo-ventriculaire
- E. Augmente l'excitabilité myocardique

128. Les germes habituellement responsables d'une méningite bactérienne du nouveau-né sont :

- A. Streptocoque B
- B. E. coli
- C. *Listeria monocytogenes*
- D. Méningocoque
- E. Pneumocoque

129. Le bilan à demander devant une suspicion de méningo-encéphalite herpétique comporte :

- A. Un EEG
- B. Une IRM cérébrale
- C. Un dosage de l'interféron dans le LCR
- D. Une procalcitonine
- E. Une PCR HSV

130. Les localisations extra-génitales du gonocoque sont :

- A. Ano-rectites
- B. Pharyngite
- C. Rétinite
- D. Septicémie
- E. Arthrite

131. Le germe responsable du chancre mou est :

- A. *Treponema pallidum*
- B. Herpès
- C. Gonocoque
- D. *Haemophilus ducreyi*
- E. *Chlamydia trachomatis*

132. Les antibiotiques actifs sur *T. pallidum* sont :

- A. Pénicillines G
- B. Ceftriaxone
- C. Cyclines
- D. Gentamicine
- E. Vancomycine

133. Le traitement d'un écoulement urétral repose sur :

- A. Ceftriaxone 1 g en IM
- B. Ceftriaxone 500 mg en IM dose unique + Doxycycline 200 mg/j pendant 07 jours
- C. Doxycycline 200mg/j pendant 05 jours
- D. Ofloxacin 600mg/j
- E. Ceftriaxone 500mg en IM dose unique + azithromycine 1g PO

134. Une sérologie syphilis (VDRL – et un TPHA +) peut se voir dans les situations suivantes :

- A. Syphilis en incubation
- B. Syphilis tertiaire
- C. Tréponématose non vénérienne
- D. Syphilis guérie
- E. Syphilis primaire

135. Les facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) sont :

- A. La multiplicité des partenaires
- B. Age > 20 ans
- C. Bas niveau socio-économique
- D. Sexe féminin
- E. Antécédent d'IST

136. Les urétrites à gonocoque sont caractérisées par :

- A. Un écoulement survenant lors des mictions
- B. Un écoulement purulent
- C. Un écoulement peu abondant
- D. Un écoulement jaune verdâtre
- E. Un écoulement associé à des brûlures mictionnelles intenses

137. En faveur du diagnostic de glaucome aigu par fermeture de l'angle vous retenez :

- A. Une douleur oculaire intense
- B. Une vision conservée
- C. Une pupille serrée
- D. Une rougeur oculaire prédominant au niveau des culs-de-sac conjonctivaux
- E. Un aspect terne de la cornée

138. Parmi les éléments suivants, lesquels représentent des facteurs déclenchants du glaucome par fermeture de l'angle ?

- A. Stress émotionnel
- B. Obscurité
- C. Adrénaline
- D. Anesthésie générale
- E. Instillation de corticoïdes

139. Parmi les étiologies suivantes, lesquelles se manifestent par un œil rouge et douloureux ?

- A. Le glaucome à angle ouvert
- B. L'uvéite antérieure
- C. La sclérite antérieure
- D. Une hémorragie intravitréenne
- E. La conjonctivite infectieuse

140. Parmi les éléments suivants, lesquels représentent des facteurs prédisposant au glaucome par fermeture de l'angle ?

- A. Myopie forte
- B. Mégalocornée
- C. Chambre antérieure étroite
- D. Age avancé
- E. Cristallin de petite taille

141. Au cours d'un SCA ST(-), l'ECG peut montrer:

- A. Un sous-décalage du segment ST
- B. Un sus-décalage transitoire du segment ST
- C. Des modifications isolées de l'onde T
- D. Aucune modification de ST et de T
- E. Une onde Q de nécrose

142. A propos de l'infarctus du myocarde antéroseptal, choisir les propositions exactes :

- A. il peut se compliquer d'un bloc auriculo-ventriculaire complet
- B. il correspond habituellement à une thrombose de l'artère inter-ventriculaire antérieure
- C. il peut se compliquer de rupture myocardique
- D. il peut se compliquer d'un syndrome péricardique aigu plusieurs semaines après le début
- E. il entraîne souvent un dysfonctionnement de la valve mitrale

143. Les propositions suivantes contre indiquent la réalisation d'une épreuve d'effort :

- A. Un syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment à haut risque
- B. Une embolie pulmonaire récente
- C. Dans les 3 jours suivant un IDM trans-mural
- D. Une hypertension artérielle sévère mal-équilibrée
- E. Un rétrécissement aortique serré asymptomatique

144. Comparée à la thrombolyse, l'angioplastie primaire possède comme avantages :

- A. Un délai de mise en route plus précoce
- B. Un taux de succès plus élevé
- C. Des contre-indications plus rares
- D. Une meilleure disponibilité
- E. Un cout plus faible

145. Parmi les critères de succès de la thrombolyse au cours de l'IDM, on retiendra :

- A. La régression de plus de 50% du sus décalage du segment ST
- B. L'apparition d'une onde Q de nécrose
- C. Un pic précoce des marqueurs de nécrose myocardique précoce
- D. La sédation de la douleur
- E. La survenue de troubles du rythme ventriculaire de type RIVA

146. L'infarctus du myocarde :

- A. Est à l'origine d'une dysfonction cardiaque systolique
- B. S'accompagne d'une nécrose myocardique au bout de 30min d'évolution
- C. Touche le plus souvent les deux ventricules
- D. Survient plus souvent au cours des saisons chaudes
- E. Est à l'origine d'une hyper excitabilité ventriculaire et auriculaire

147. La viabilité myocardique :

- A. Est recherchée au cours des premiers jours de l'évolution de l'IDM
- B. Est recherchée par des tests non invasifs
- C. Est retrouvée dans des territoires sidérés
- D. Est retrouvée dans des territoires hibernés
- E. Est retrouvée dans des territoires infarctés

148. En cas de douleur thoraciques avec suspicion d'infarctus du myocarde on dose certaines protéines plasmatiques pour différentes raisons :

- A. la myoglobine car c'est le marqueur le plus précoce de la nécrose
- B. la myoglobine car c'est un marqueur spécifique de la nécrose myocardique
- C. la troponine I car c'est le marqueur le plus spécifique de la nécrose myocardique
- D. la CPKMB car c'est l'iso enzyme le plus spécifique des créatines kinases
- E. la troponine car c'est le marqueur le plus précocement élevé

149. L'apparition d'un souffle systolique à la 48ème heure d'évolution d'un infarctus postéro-inférieur aigu doit faire évoquer :

- A. un obstacle éjectionnel ventriculaire gauche
- B. une insuffisance tricuspide aiguë
- C. une insuffisance mitrale aiguë par rupture de pilier
- D. une communication inter-auriculaire
- E. une communication inter-ventriculaire

150. La maladie de Basedow peut être précipitée par :

- A. Le stress professionnel
- B. Des diarrhées
- C. Une corticothérapie
- D. Une infection à Echerichia coli
- E. Le tabac

151. Les marqueurs périphériques dans l'hyperthyroïdie:

- A. diminution du LDL-cholestérol
- B. une augmentation de l'ostéocalcine sérique et à un moindre degré des phosphatases alcalines (PAL) osseuses.
- C. Macrocytose (NFS)
- D. leucopénie
- E. Hypoglycémie

152. Les complications d'hyperthyroïdie non traitée sont :

- A. Délire
- B. fracture pathologique
- C. amyotrophie
- D. Constipation
- E. Insuffisance cardiaque

153. Les facteurs aggravant une orbithopathie basedowienne sont:

- A. HLA DR 3/DR4
- B. Tabac
- C. Traitement par Iode radioactif
- D. Corticothérapie
- E. L'élévation de la TSH

154. Les médicaments qui peuvent entraîner une hyperthyroïdie sont :

- A. Interféron
- B. corticoïdes
- C. lithium
- D. Amiodarone
- E. Bromocriptine

155. Les causes d'hyperthyroïdies d'origine auto-immune sont :

- A. la thyroïdite d'Hashimoto
- B. l'adénome toxique
- C. le goitre multinodulaire toxique
- D. les interférons
- E. la maladie de Basedow

156. Le goitre multinodulaire toxique :

- A. est plus fréquent chez l'homme
- B. est plus fréquent dans les zones d'endémie goitreuse
- C. est déclenché par un stress
- D. est associé à une sécrétion prédominante de T4
- E. est plus fréquent chez le sujet âgé

157. L'hyperthyroïdie peut régresser spontanément dans :

- A. Thyroïdite auto-immune
- B. Thyroïdite de Dequervain
- C. Maladie de basedow
- D. Hyperthyroïdie factice
- E. Goitre multinodulaire toxique

158. La prise en charge chirurgicale de la maladie de Basedow comporte un risque :

- A. d'hypothyroïdie
- B. de paralysie récurrentielle
- C. de crise aiguë thyrotoxique postopératoire
- D. hémorragique
- E. de complications abortives en cas de grossesse ultérieure

159. Une insuffisance surrénalienne aiguë peut se manifester par :

- A. Un tableau d'anasarque
- B. Des convulsions
- C. Pic hypertensif
- D. Une diarrhée
- E. Un syndrome douloureux abdominal aigu

160. L'insuffisance surrénalienne aiguë centrale est caractérisée par:

- A. Hypoglycémie
- B. Hyponatrémie
- C. hyperkaliémie
- D. hypocalcémie
- E. Insuffisance rénale fonctionnelle

161. Une décompensation aiguë d'une insuffisance surrénalienne connue peut survenir dans les circonstances suivantes :

- A. Jeun prolongé
- B. Excès d'ajout de sel dans l'alimentation
- C. Prise de diurétique
- D. Vomissement
- E. Coronarographie

162. Les situations à risque d'insuffisance surrénale aiguë périphérique :

- A. arrêt brutal d'une corticothérapie à forte dose et au long cours
- B. un déficit enzymatique complet en 21 hydroxylase
- C. syndrome de Sheehan
- D. adénome cortisonique
- E. un traumatisme abdominal grave

163. Les situations à risque d'insuffisance surrénalienne secondaire à corticothérapie sont :

- A. Prednisone 20 mg/j pendant 3 semaines
- B. Dermocorticoïdes locales une application par jours pendant 7 jours
- C. Fortes doses de corticoïdes administrés le soir pendant 3 semaines
- D. Bolus de corticoïdes en intraveineux 3 jours de suite
- E. Glucocorticoïdes collyre pendant 15 jours

164. La surface d'absorption de l'intestin grêle dépend :

- A. de la longueur de l'intestin grêle
- B. de l'intégrité des villosités
- C. des cellules à mucus
- D. des entérocytes
- E. des bactéries présentes dans l'intestin grêle

165. L'absorption intestinale du glucose :

- A. se produit au niveau de l'intestin grêle proximal
- B. se fait par transport actif secondaire
- C. est couplée avec les ions Na^+ du côté luminal
- D. fait intervenir le transporteur SGLUT1 du côté sanguin
- E. est similaire à celle du fructose

166. L'absorption intestinale des acides aminés :

- A. dépend du gradient H^+
- B. est couplée avec celle du glucose
- C. met en jeu des transporteurs dépendants du Na^+
- D. met en jeu des transporteurs indépendants du Na^+
- E. nécessite la formation d'une émulsion

- 167. La formation de micelles est nécessaire à l'absorption :**
- A. de la vitamine C
 - B. de la vitamine K
 - C. des acides biliaires
 - D. du cholestérol
 - E. du fer
- 168. L'ablation de la vésicule biliaire entraîne une malabsorption des lipides parce que la vésicule biliaire synthétise les acides biliaires :**
- A. vrai vrai avec relation
 - B. vrai vrai sans relation
 - C. faux vrai
 - D. vrai faux
 - E. faux faux
- 169. Une stéatorrhée est apparue après une résection iléale (~1 m) chez un patient atteint d'une maladie de Crohn. Le mécanisme de cette stéatorrhée serait :**
- A. l'absence de digestion des triglycérides
 - B. l'absence de sécrétion de lipase pancréatique
 - C. un défaut de synthèse des acides biliaires
 - D. un excès de synthèse des acides biliaires
 - E. une fuite excessive d'acides biliaires dans le colon
- 170. Une résection iléale distale (~1 m) chez un patient atteint d'une maladie de Crohn a été réalisée. Ce patient peut développer une malabsorption :**
- A. de la vitamine B12
 - B. des acides biliaires
 - C. du calcium
 - D. du fer
 - E. du glucose
- 171. Dans les conditions physiologiques, les ions hydrogène de l'organisme:**
- A. ont un bilan négatif
 - B. ont un bilan positif
 - C. ont une production indépendante de l'alimentation
 - D. prennent origine du métabolisme cellulaire oxydatif
 - E. sont éliminés sous forme de dioxyde de carbone (CO₂) par les poumons
- 172. A propos du système tampon bicarbonate-acide carbonique, les propositions correctes sont :**
- A. joue un rôle essentiel dans les compartiments intra-cellulaires
 - B. la concentration en bicarbonate est d'environ 14 mmol/l
 - C. la concentration en dioxyde de carbone est contrôlée par le rein
 - D. sa masse est variable
 - E. son pk est proche du pH plasmatique
- 173. Les chémorécepteurs centraux :**
- A. sont insensibles au CO₂
 - B. sont sensibles à la PO₂
 - C. sont situés dans le bulbe rachidien
 - D. sont stimulés par les ions H⁺
 - E. stimulent les muscles ventilatoires

174. Les chémorécepteurs périphériques :

- A. inhibent les muscles ventilatoires
- B. sont stimulés par les ions H^+
- C. sont insensibles aux CO_2
- D. sont sensibles à la PO_2
- E. sont situés dans le glomus carotidien et la crosse aortique

175. L'hypercapnie entraîne une hyperventilation en agissant sur :

- A. le nerf phrénique
- B. les chémorécepteurs centraux
- C. les chémorécepteurs aortiques
- D. les récepteurs J
- E. les récepteurs pulmonaires de l'étirement

176. Le rein intervient dans l'équilibre acido-basique :

- A. au bout de quelques minutes
- B. en éliminant une urine de pH variable
- C. en sécrétant les acides fixes
- D. en sécrétant les acides volatils
- E. en sécrétant les bases

177. La réabsorption tubulaire des bicarbonates :

- A. a lieu principalement dans le tube contourné proximal
- B. se fait dans les cellules intercalaires de type A du tubule collecteur
- C. concerne 50 % des bicarbonates filtrés
- D. diminue en cas d'acidose
- E. s'accompagne d'une sécrétion équivalente d'ions H^+

178. A propos de la sécrétion acide par les cellules pariétales, les propositions correctes sont:

- A. l'ouverture d'un canal chloré initie la sécrétion acide
- B. la pompe H^+/Na^+ ATPase secrète les ions H^+
- C. la sécrétion d'un ion H^+ nécessite l'hydrolyse de l'ATP
- D. la sortie d'un ion H^+ se fait contre l'entrée d'un ion Cl^-
- E. le repli des canalicules sécrétoires arrête la sécrétion acide

179. La stimulation des cellules pariétales entraîne la libération des facteurs suivants :

- A. l'acide chlorhydrique
- B. la lipase
- C. le facteur intrinsèque
- D. le mucus
- E. le pepsinogène

180. La sécrétion acide gastrique augmente sous l'effet de :

- A. l'acétylcholine
- B. l'histamine
- C. la cholécystokinine
- D. la sécrétine
- E. la somatostatine

181. La sécrétion de gastrine augmente en réponse à :

- A. l'arrivée d'aliments riches en protéines
- B. l'histamine

- C. la distension de la paroi gastrique
- D. la stimulation vagale
- E. un pH gastrique < 2

182. La sécrétion acide gastrique est inhibée par :

- A. l'acidité elle-même
- B. l'histamine
- C. la gastrine
- D. la sécrétine
- E. la somatostatine

183. Le potentiel de repos d'une cellule myocardique banale (contractile):

- A. a la même amplitude que celui d'une cellule du nœud sinusal
- B. dépend de la perméabilité membranaire aux ions Na⁺, K⁺ et Ca⁺⁺
- C. est de l'ordre de -90 mV
- D. est instable
- E. est maintenu négative par l'activité de la pompe Na⁺/K⁺ ATPase

184. Les cellules du tissu nodal sont :

- A. conductrices
- B. contractiles
- C. douées d'automatisme
- D. excitables
- E. ont la même fréquence de décharge

185. Le débit cardiaque augmente en cas d'augmentation

- A. du retour veineux
- B. du volume téléstolique
- C. de la post-charge
- D. du tonus parasympathique
- E. de l'inotropisme myocardique

186. Une diminution de la pression artérielle moyenne provoque une :

- A. diminution de l'activité des barorécepteurs aortiques et carotidiens
- B. stimulation du centre bulbaire vasomoteur
- C. diminution du débit cardiaque
- D. augmentation de la post charge
- E. inhibition de la médullosurrénale

187. Le filtrat glomérulaire :

- A. correspond à du sang débarrassé de ses cellules
- B. est du plasma débarrassé des sels minéraux
- C. a un pH acide
- D. ne contient quasiment pas de protéines
- E. a la même composition chimique que les urines définitives

188. Les qui traversent facilement le filtre glomérulaire sont :

- A. l'inuline
- B. l'albumine
- C. le fibrinogène
- D. la créatinine
- E. le PAH (l'acide para- amino-hippurique)

189. Les facteurs qui interviennent dans la sélection des substances qui traversent le filtre glomérulaire sont :

- A. leur concentration plasmatique
- B. la forme
- C. le poids moléculaire
- D. la structure chimique
- E. la charge électrique

190. La pression efficace, ou nette, d'ultrafiltration (PEF ou PUF) :

- A. est de 45 mmHg du côté de l'artériole afférente
- B. est dépendante des forces de Starling
- C. est constante depuis l'entrée jusqu'à la sortie du capillaire glomérulaire
- D. est le coefficient d'ultrafiltration (Kf) multiplié par le débit de filtration glomérulaire (DFG)
- E. s'annule à la fin du capillaire glomérulaire

191. La régulation intrinsèque du débit de filtration glomérulaire (DFG) :

- A. fait intervenir le système nerveux végétatif
- B. fait appel au facteur atrial natriurétique (FAN)
- C. fait appel aux propriétés du muscle lisse artériolaire
- D. implique un mécanisme de rétrocontrôle tubulo-glomérulaire
- E. est efficace dans les limites de variation de la pression artérielle moyenne entre 40 et 210 mmHg

192. Le débit de filtration glomérulaire augmente en cas de :

- A. vasodilatation de l'artériole afférente uniquement
- B. vasodilatation de l'artériole efférente uniquement
- C. vasoconstriction de l'artériole efférente uniquement
- D. vasoconstriction de l'artériole afférente et vasodilatation de l'artériole efférente
- E. vasodilatation de l'artériole afférente et vasoconstriction de l'artériole efférente

193. Concernant le rétrocontrôle tubulo-glomérulaire :

- A. il fait partie de la régulation extrinsèque du débit de filtration glomérulaire (DFG)
- B. l'augmentation du débit de fluide tubulaire provoque une baisse du débit sanguin glomérulaire
- C. l'élévation de la pression de perfusion rénale provoque directement une constriction du muscle lisse de l'artériole afférente
- D. une hausse du DFG entraîne une augmentation de la réabsorption tubulaire d'eau et de solutés

194. Pour qu'une substance chimique puisse servir à une mesure fiable du débit de filtration glomérulaire, elle doit obéir aux critères suivants :

- A. être liée aux protéines plasmatiques
- B. non toxique
- C. sécrétée par le tubule rénal
- D. chargée électriquement
- E. non métabolisée ni synthétisée par les cellules tubulaires

195. Le débit de filtration glomérulaire peut être estimé par la mesure de la clairance de :

- A. l'urée
- B. l'acide para-amino-hippurique (PAH)
- C. la créatinine
- D. l'acide urique
- E. l'inuline

196. La(les) substance(s) suivante(s) a(ont) une clairance supérieure à celle de l'inuline :

- A. l'acide urique
- B. l'acide para-amino-hippurique(PAH)
- C. l'ion bicarbonate
- D. le glucose
- E. la créatinine

197. On relève les valeurs suivantes de clairance chez un sujet adulte : clairance du PAH : 635 ml/min ; clairance de l'urée : 60 ml/min ; clairance du glucose : 0 ml/min ; clairance de l'inuline : 135 ml/min. Sachant que l'hématocrite est de 45 %, le débit de filtration glomérulaire, exprimé en ml/min, est égal à :

- A. 1155
- B. 600
- C. 135
- D. 100
- E. 60

198. Les récepteurs de la douleur :

- A. sont situés exclusivement au niveau de la peau
- B. sont tous des terminaisons nerveuses libres
- C. ont un seuil d'excitation élevé
- D. sont de type adapté
- E. répondent à différents modes de stimuli

199. Concernant le système "Gate Control" de la douleur :

- A. les fibres G stimulent les interneurons de la substance gélatineuse de Rolando (SGR)
- B. les interneurons de la SGR inhibent le neurone central T de la douleur
- C. les fibres P excitent le neurone central T de la douleur
- D. la sensation douloureuse augmente quand le niveau de décharge des fibres P diminue
- E. la sensation douloureuse diminue quand le niveau de décharge des fibres G diminue

200. La douleur :

- A. est une sensation utile à l'organisme
- B. est intégrée au niveau de zones très limitées du cortex cérébral
- C. est contrôlée dès son entrée au niveau du système nerveux central
- D. n'est pas modifiée depuis le récepteur périphérique jusqu'aux centres d'intégration
- E. est plus vive quand elle est concomitante à des influx de nature tactile

201. Le système analgésique endogène :

- A. est un système de contrôle supra-médullaire de la douleur
- B. comporte la substance gélatineuse de Rolando
- C. fait intervenir la substance grise périaqueducale
- D. met en jeu une transmission enképhalinergique et sérotoninergique
- E. correspond au contrôle inhibiteur diffus induit par un stimulus nociceptif (CIDN)

CAS CLINIQUES

Cas clinique 1 :

Madame H.L. âgée de 43 ans aux antécédents de valvulopathie mitrale serrée et ACFA sous sintrom $\frac{3}{4}$ cp/jour, consulte en urgence pour installation brutale à 15h, de lourdeur de l'hémicorps gauche avec des troubles de l'élocution et des céphalées. L'examen à l'admission vers 17h montre une patiente conscience, bien orientée dans le temps et dans l'espace, céphalalgique sans raideur méningée, regarde sa lésion, présentant une hémiplégie massive proportionnelle gauche avec une hémianesthésie du même côté, une hémianopsie latérale homonyme gauche et un syndrome d'hémi-négligence gauche. Sa TA est à 210/115 et sa température est à 37.1°C et SaO₂ : 98%. Vous suspectez un AVC.

202. En faveur de l'AVC ischémique on retient :

- A. L'antécédent de valvulopathie
- B. La prise du Sintrom
- C. Les chiffres de la TA
- D. Les céphalées
- E. La systématisation artérielle des symptômes

203. Le territoire suspecté est :

- A. Carotidien interne droit
- B. Sylvien superficiel droit
- C. Sylvien total droit
- D. Choroidienne antérieure droite
- E. Cérébrale postérieure droite

204. Les examens complémentaires à demander obligatoirement en urgence sont:

- A. Une TDM cérébrale
- B. Une IRM cérébrale
- C. Un INR
- D. Une créatinine sanguine
- E. Une glycémie

205. Le diagnostic d'AVC ischémique étant confirmé votre conduite en urgence est :

- A. Commencer immédiatement la thrombolyse IV sans tarder
- B. Respecter la TA
- C. Mettre de l'oxygène à 3l/min pour améliorer l'oxygénation du cerveau
- D. Arrêter le Sintrom
- E. Donner un antiagrégant plaquettaire

Cas clinique 2 :

Patient âgé de 55 ans se présente aux urgences pour douleurs de la FID évoluant depuis 4 jours avec vomissements. A l'examen T= 39.2 °C, sensibilité de la FID avec palpation d'une masse à ce niveau, douloureuse et mobile par rapport au plan superficiel. A la biologie GB= 15000 EB/mm³.

206. Le tableau présenté par le patient cadre avec (une ou plusieurs propositions est/sont juste(s)) :

- A. Un plastron appendiculaire
- B. Une tumeur caecale infectée
- C. Une appendicite aiguë non compliquée
- D. Un abcès appendiculaire
- E. Un abcès du muscle psoas droit

Vous pratiquez un scanner abdominal qui objective une collection au niveau de la FID faisant 5 cm de diamètre, ayant une paroi rehaussée après injection de PDC, l'appendice n'est visible qu'au niveau de sa base sans épaissement de la paroi du caecum.

207. Quel (s) diagnostic (s) reprenez-vous en fonction de ces constatations (une ou plusieurs propositions est/sont juste(s)) :

- A. Un plastron appendiculaire
- B. Une tumeur caecale infectée
- C. Une appendicite aiguë non compliquée
- D. Un abcès appendiculaire
- E. Un abcès du muscle psoas droit

208. Avant de proposer un traitement pour ce patient (une ou plusieurs propositions est/sont juste(s)) :

- A. Une exploration par coloscopie est nécessaire
- B. Une IRM abdominale est indiquée
- C. Un complément d'exploration échographique est utile
- D. Une préparation colique est obligatoire
- E. Aucune exploration supplémentaire n'est nécessaire

209. Les possibilités thérapeutiques pour ce patient comprennent (une ou plusieurs propositions est/sont juste(s)) :

- A. Une antibiothérapie avec drainage percutané
- B. Une exploration par voie de Mac Burney
- C. Une hémicolectomie droite
- D. Une antibiothérapie seule
- E. Une appendicectomie si elle s'avère possible

Cas clinique 3 :

Un patient âgé de 62 ans tabagique à 70 PA suivie depuis 8 ans au dispensaire local pour une BPCO avec un nombre moyen d'exacerbations modérées et sévères de 3/ans et une symptomatologie respiratoire évaluée par le score CAT à 22. Une spirométrie réalisée chez ce patient à l'état stable a objectivé une CVF à 1.5 L (42%), VEMS à 0.9 L (30%). Après la prise de bronchodilatateur la CVF passe à 1.5 L (42%) et le VEMS passe à 1 L (33%). La gazométrie sanguine réalisée à 2 reprises à l'état stable a montré une PaO₂ à 54 mm Hg, PaCO₂ à 55 mm Hg, PH 7.38, HCO₃⁻ à 32 mmole /L. La NFS a montré une éosinophilie sanguine à 70 éléments /mm³.

210. Selon la nouvelle classification de la BPCO, ce patient est classé :

- A. GOLD 2 groupe C
- B. GOLD 3 groupe C
- C. GOLD 4 groupe D
- D. GOLD 4 groupe C
- E. GOLD 3 groupe D

211. Le traitement pharmacologique de fond de ce patient doit comporter :

- A. L'oxygénothérapie continue à domicile
- B. La ventilation non invasive à domicile.
- C. L'association LABA et LAMA.
- D. La corticothérapie inhalée.
- E. Le Roflumilast (inhibiteur de phosphodiésterase 4).

3 mois plus tard, ce patient consulte les urgences pour aggravation de sa dyspnée, toux et expectorations purulentes abondantes. La gazométrie sanguine montre PaO₂ : 48 mmHg, PaCO₂ : 64 mmHg, PH 7.30, HCO₃⁻ : 34 mmole/L.

212. Le traitement de cette exacerbation doit comporter :

- A. Amoxicilline – acide clavulanique.
- B. Nébulisation des Béta 2 adrénergiques.
- C. Nébulisation des corticoïdes.
- D. La ventilation non invasive.
- E. L'oxygène à débit de 6 litres/mn.

Cas clinique 4 :

Patient âgé de 60 ans consulte pour amaigrissement et palpitations. A l'examen : exophtalmie bilatérale, tachycardie à 120/min, goitre homogène avec souffle à l'auscultation. Une hyperthyroïdie est suspectée.

213. Une cardiomyopathie doit être recherchée devant :

- A. Arythmie
- B. Signe de tabouret positif
- C. Reflux hépato-jugulaire
- D. Souffle au niveau du goitre
- E. Oedèmes des membres inférieurs

214. L'hyperthyroïdie a été confirmée. Le diagnostic à évoquer est :

- A. Thyroïdite d'Hashimoto
- B. Thyroïdite de De Quervain
- C. Thyroïdite de Riedel
- D. Hyperthyroïdie factice
- E. Maladie de Basedow

215. En dehors de cardiomyopathie, le(s) traitement(s) indiqué(s) est (sont) :

- A. Corticoïdes par voie générale
- B. Lugol gouttes
- C. Anti-thyroïdiens de synthèse
- D. Iode comprimés
- E. Propranolol

216. Le patient consulte après une semaine de traitement pour fièvre. L'examen complémentaire à demander en urgence est :

- A. CRP
- B. VS
- C. Numération formule sanguine
- D. Ionosanguin
- E. Transaminases

Cas clinique 5 :

Une femme âgée de 56 ans consulte en ophtalmologie pour diplopie et céphalées intermittentes. L'examen révèle une acuité visuelle normale, une atteinte de l'adduction oculaire gauche. Avec découverte d'une adénopathie sus-claviculaire gauche de 3 cm. A la reprise de l'interrogatoire, la patiente rapporte la notion d'épistaxis gauche répétée de très faible abondance avec plénitude auriculaire gauche.

217. Le diagnostic à évoquer en premier lieu devant ce tableau est

- A. Un cancer de l'ethmoïde
- B. Un cancer de l'orbite
- C. Un cancer du cavum
- D. Un cancer des fosses nasales
- E. Un cancer de l'oreille moyenne

218. L'examen qui permet de confirmer le diagnostic est

- A. Sérologie EBV
- B. Endoscopie nasale avec biopsie
- C. Cytoponction de l'adénopathie
- D. Adénectomie avec examen histologique
- E. TDM cérébrale

219. Les autres examens à réaliser dans ce cas sont

- A. Un champ visuel
- B. Une paracentèse
- C. Un audiogramme
- D. Une IRM du cavum
- E. Une TDM des rochers

220. La tumeur sera classée

- A. T3N1Mx
- B. T4N3Mx
- C. T2N1Mx
- D. T4N2Mx
- E. T3N3Mx

Cas clinique 6 :

Patient âgé de 45 ans, consulte pour une Trismus associée à hypoacousie gauche

L'examen montre une hypoesthésie de l'hémiface gauche et une formation bourgeonnante comblant le cavum dont la biopsie a conclu à un carcinome épidermoïde non kératinisant. Le patient ne présente pas d'adénopathie cervicale.

221. Le bilan d'extension locorégional se base sur :

- A. Une TDM du cavum
- B. Une TDM des rocher
- C. Une échographie cervicale
- D. Une IRM du cavum
- E. Un TDM cervico-thoracique

222. La classification TNM de cette tumeur est :

- A. T3N0Mx
- B. T2N0Mx
- C. T4N0Mx
- D. T1N0Mx
- E. T4N0M0

223. Le bilan pré-thérapeutique doit comporter :

- A. Un audiogramme
- B. Une TDM thoracique
- C. Une sérologie EBV
- D. Une impédancemétrie
- E. Une scintigraphie thyroïdienne

224. Le traitement est basé sur :

- A. Une chimiothérapie néo-adjuvante suivie de curiethérapie
- B. Une radiothérapie externe
- C. Une radio-chimiothérapie
- D. Une chirurgie ganglionnaire avec radio-chimiothérapie
- E. Une nasopharyngectomie avec radio-chimiothérapie

Cas clinique 7 :

Femme de 30 ans, connue allergique à la pénicilline se présente aux urgences pour une odynophagie avec fièvre et asthénie sans toux. L'examen trouve une fièvre à 40°, des amygdales palatines augmentées de taille, rouges recouvertes d'un enduit blanchâtre adhérent avec des adénopathies cervicales douloureuses.

225. Le diagnostic devant ce tableau est :

- A. Angine érythémateuse
- B. Angine pseudomembraneuse
- C. Angine vésiculeuse
- D. Angine pultacée
- E. Angine nécrotique

226. L'origine de cette angine peut être :

- A. Bactérienne
- B. Mycosique
- C. Virale
- D. Toxique
- E. Médicamenteuse

227. Le score de Mc-Isaac est de :

- A. 1
- B. 2
- C. 0
- D. 3
- E. 4

228. Le traitement de première intention se base sur :

- A. Cefuroxime
- B. Amoxicilline
- C. Ciprofloxacine
- D. Antiseptique local
- E. Amoxicilline-acide clavulanique

229. La durée du traitement est de :

- A. 9 jours
- B. 8 jours
- C. 6 jours
- D. 4 jours
- E. 10 jours

Cas clinique 8 :

Enfant âgé de 10 ans amené par ses parents au service des urgences devant l'apparition d'une rougeur périorbitaire droite. L'interrogatoire révèle une symptomatologie faite de fièvre à 39° et de rhinorrhée purulente évoluant depuis 48 heures. L'enfant ne présente aucun antécédent.

L'examen physique trouve une exophtalmie droite avec discret chémosis et du pus issu de la fosse nasale droite.

230. Devant ce tableau on évoque en premier lieu le diagnostic de :

- A. Dacryocystite aigue
- B. Cellulite orbitaire
- C. Tumeur du cavum
- D. Conjonctivite bactérienne
- E. Tumeur orbitaire

231. L'origine probable de ce tableau est une :

- A. Rhinopharyngite
- B. Sinusite maxillaire aigue
- C. Ethmoïdite aigue
- D. Sphénoïdite aigue
- E. Sinusite frontale aigue

232. Les examens complémentaires radiologiques à réaliser devant ce tableau sont :

- A. Échographie orbitaire
- B. TDM du massif facial
- C. Radiographie Blondeau
- D. Denta scan
- E. TDM cérébrale

233. Les autres examens complémentaires à réaliser devant ce tableau sont :

- A. Vitesse de sédimentation
- B. Hémocultures
- C. Numération formule sanguine
- D. Étude bactériologique des sécrétions nasales
- E. Dosage de la CRP

234. Le traitement de première intention comporte une antibiothérapie en IV à base de :

- A. Amoxicilline
- B. Ciprofloxacine
- C. Ceftriaxone
- D. Amoxicilline-acide clavulanique
- E. Cefotaxime

Cas clinique 9 :

Patiente Fatma G, âgé de 52 ans, consulte pour prurit évoluant depuis 1 mois sans signes associés. Dans ses antécédents on note une hypothyroïdie sous L-thyroxine et un diabète type 1 sous insuline.

L'examen physique a montré : T° = 37°, Poids = 60 kg, IMC = 23 kg/m², des lésions de grattage sur tout le corps. Le reste de l'examen était normal.

Le bilan biologique a montré les résultats suivants : ALAT = 130UI/l, ASAT = 90UI/l, BT = 14umol/l, BD = 8umol/l, PAL = 450UI/l, GGT = 700UI/l, TP = 85 %, Hb= 12 g/dL, GB = 5900, Plq = 210 000, glycémie = 7,5 mmol/L. EPP : albuminémie = 38 g/L, gammaglobuline = 25 g/L (N < 15). IgM = 18 (N <9) IgG= 10 g/L (N < 12), Sérologie B : AgHBs (-) et IgG anti-HBc (-) ; Sérologie C (-). Ac anti-nucléaires (+) à 1/100, Ac anti-muscle lisse (-), Ac anti-LKM1 (-), Ac anti-mitochondries (+) à 1/200.

L'échographie abdominale a montré : Foie d'aspect normal. Voies biliaires intra et extra-hépatiques fines. Vésicule alithiasique.

Une PBF pratiquée a montré un épithélium des canaux biliaires infiltré par des lymphocytes réalisant un aspect de cholangite destructrice lymphocytaire. Absence d'hépatite d'interface ou de lésions péri-portales. Les lésions étaient classées stade II de Ludwig.

235. Les signes cliniques orientant vers le diagnostic d'une cholangite biliaire primitive sont :

- A. Le prurit
- B. Le terrain d'autoimmunité
- C. Le sexe féminin
- D. L'absence de fièvre
- E. Les lésions de grattage

236. Le Syndrome de cholestase biologique présent chez cette patiente comprend :

- A. bilirubinémie conjuguée à 8 umol/l
- B. GGT à 700 ui/l
- C. PA à 450ui/l
- D. GGlobulines à 25 g/l
- E. TP à 85%

237. Le diagnostic d'un syndrome de chevauchement CBP/ hépatite autoimmune peut être suspectée chez cette patiente sur la présence des éléments suivants :

- A. La cytolyse hépatique
- B. La négativité des sérologies virales
- C. L'échographie hépatique normale
- D. L'hypergammaglobulinémie à Ig G
- E. La positivité des anticorps antinucléaires

238. Le diagnostic de CBP étant retenu sur la présence d'une cholestase biologique, la positivité des anticorps anti M2 et les lésions histologiques évocatrices, le traitement de première ligne comporte :

- A. Questran
- B. Acide ursodésoxycholique
- C. La rifampicine
- D. La vitamine K
- E. Un inhibiteur de la pompe à protons.

Cas clinique 10 :

Madame B.A âgée de 46 ans, G5P1A4, obèse et diabétique ayant des antécédents de contraception par stérilet, consulte pour trouble du cycle avec méno-métrorragies évoluant depuis 6 mois.

Les antécédents familiaux : un cancer du côlon chez la mère à l'âge de 40 ans et un cancer de l'ovaire chez la sœur à 36 ans.

L'examen note un saignement de moyenne abondance extériorisé par un col macroscopiquement sain, un utérus légèrement augmenté de taille non douloureux à la mobilisation, les culs de sacs vaginaux sont libres et il n'y a pas de masse annexielle pathologique palpable.

Les BHCG sont négatifs et la NFS note une hémoglobine à 7,5 g/dl sans autres anomalies.

L'échographie était normale en dehors d'un endomètre épais à 15 mm.

Le premier diagnostic évoqué aux urgences était celui de métrorragies fonctionnelles en rapport avec la pré-ménopause.

239. Quel serait le mécanisme de ces métrorragies fonctionnelles ?

1. Une insensibilité aux œstrogènes en rapport avec l'âge.
2. Une insensibilité aux progestatifs en rapport avec l'âge.
3. Anovulation ou dysovulation avec déficit en progestatifs.
4. Un déficit en œstrogènes.
5. Une hyperprogestéronémie.

240. Tenant du diagnostic de métrorragies fonctionnelles, quel serait à votre avis le traitement le plus adapté ?

- A. Une pilule progestative microdosée.
- B. Une pilule oestroprogestative macrodosée.
- C. Un traitement hormonal substitutif de la ménopause.
- D. Un traitement à base de progestatifs dérivés nor-stéroïdes.
- E. Une abstention thérapeutique avec surveillance.

241. Le traitement choisi a été prescrit pendant 3 mois sans aucune amélioration. Quel sont les 2 autres diagnostics à évoquer en dehors du cancer de l'endomètre dans le contexte ?

- A. Une atrophie de l'endomètre.
- B. Une hyperplasie de l'endomètre.
- C. Un fibrome sous muqueux.
- D. Un cancer du col.
- E. Une endométriome.

242. Indiquer les facteurs de risque de cancer de l'endomètre chez cette patiente.

- A. Les antécédents familiaux.
- B. La contraception par stérilet.
- C. L'obésité.
- D. Le diabète.
- E. La maladie abortive.

243. Pour infirmer ou confirmer le diagnostic de cancer de l'endomètre, l'exploration la plus appropriée serait :

- A. Une hystérosalpingographie.
- B. Une IRM pelvienne.
- C. Une hystérosonographie.
- D. Un curetage biopsique de l'endomètre.
- E. Une hystéroscopie avec curetage biopsique orienté.

Cas clinique 11 :

Patiente âgée de 16 ans, ayant eu un bon développement psychomoteur, chez qui, les parents ont remarqué depuis quelques mois une maladresse occasionnant la chute des objets des mains et parfois des mouvements brusques des membres inférieurs entraînant la chute survenant surtout le matin après le réveil. Une semaine avant la consultation, elle a eu brutalement à 2 reprises des mouvements arythmiques bilatéraux des 4 membres associées à une perte de connaissance et une fuite urinaire. L'examen neurologique est strictement normal.

244. Quel syndrome épileptique évoquez-vous d'après ces données cliniques ?

- A. Spasme épileptique
- B. Epilepsie myoclonique juvénile
- C. Epilepsie à paroxysme rolandique
- D. Epilepsie myoclonique progressive
- E. Epilepsie focale avec automatismes gestuels

245. Quel examen complémentaire demandez-vous et quel est le résultat attendu ?

- A. Une IRM à la recherche d'une lésion cérébrale
- B. Un bilan biologique à la recherche d'une hypoglycémie ou hyponatrémie
- C. Un EEG à la recherche des poly pointes ondes généralisée et une photosensibilité
- D. Un EEG de sommeil à la recherche des pointes centro-temporales
- E. Un bilan génétique

246. Quel traitement proposez-vous en 1^{ère} intention ? A quelle dose ?

- A. Tegretol à forte dose
- B. Depakine à faible dose
- C. levetiracetam à faible dose
- D. Phenobarbital à forte dose
- E. Benzodiazepine à faible dose

247. Quelle est la durée de traitement ?

- A. Durant 3 ans sans crises
- B. A vie
- C. Durant 5 ans sans crises
- D. Abstention thérapeutique est possible
- E. A la ménopause

Cas clinique 12 :

Madame L.S âgée de 26 ans, nullipare a été opérée d'une lésion de dysplasie de haut grade du col utérin. Elle a bénéficié d'une conisation.

248. Indiquer parmi les propositions suivantes, les conditions requises pour considérer cette conisation comme un traitement chirurgical suffisant.

- A. La taille de la pièce de conisation doit obligatoirement dépasser 3cm.
- B. L'examen anatomopathologique doit exclure le caractère infiltrant de la lésion.
- C. L'examen anatomopathologique doit confirmer le passage in sano (limites saines).
- D. L'invasion de la membrane basale ne doit pas dépasser 1mm.
- E. Absence de cellules types KOILOCYTE.

249. L'examen anatomopathologique de la pièce de conisation de madame L.S a réuni ces conditions et a autorisé le traitement conservateur. Quel serait le traitement adjuvant dans ce cas ?

- A. Une curiethérapie.
- B. Une radiothérapie complémentaire.
- C. Une hormonothérapie.
- D. Une chimiothérapie adjuvante.
- E. Aucun traitement complémentaire n'est nécessaire.

250. La surveillance post-thérapeutique chez cette patiente se basera essentiellement sur :

- A. La cytologie annuelle.
- B. La colposcopie au moindre doute.
- C. L'échographie pelvienne endo-vaginale annuelle.
- D. Le typage viral.
- E. Une IRM pelvienne annuelle.

251. Cinq ans après, la patiente présente une petite lésion inflammatoire au niveau du col dont la biopsie a conclu à un carcinome épidermoïde infiltrant du col étendu sur 7mm de profondeur et 10 mm de large. Comment classez-vous ce cancer selon FIGO ?

- A. Stade 0.
- B. Stade IA1.
- C. Stade IA2.
- D. Stade IB1.
- E. Stade IB2.

252. Concernant la prise en charge dans cette patiente :

- A. Le traitement conservateur est toujours possible (lésion < 1cm).
- B. Le bilan d'extension est obligatoire.
- C. La lymphadenectomie pelvienne est indiquée.
- D. La conservation ovarienne est possible.
- E. Une radiochimiothérapieconcommitentepré-opératoire est indiquée.

253. Les facteurs de mauvais pronostic de ce cancer sont :

- A. La taille tumorale ayant dépassé les 5 mm.
- B. Le stade FIGO.
- C. Les éventuels ganglions envahis au curage pelvien.
- D. Le type histologique du cancer.
- E. L'antécédent de conisation.

Cas clinique 13 :

Un patient âgé de 67 ans hypertendu sous lasilix, coronarien sous Aspégic, victime d'un accident de la voie publique. Il s'agit d'un piéton heurté par un motocycliste avec une réception sur la face. L'examen initial, montre un épistaxis avec une déformation du nez. Le patient était parfaitement conscient mais agité, sa pression artérielle à 110/60 mm Hg et sa fréquence cardiaque à 130 bat/min Initialement il a eu une voie veineuse périphérique, un collier cervical et perfusion de 500 ml de sérum physiologique et 01 gr de perfalgan en IVL.

254. Pour caractériser la gravité de traumatisme crânien ;

- A. Rechercher la violence de l'accident
- B. Le traitement en cours
- C. La pression artérielle correcte élimine une gravité
- D. Le traumatisme facial témoigne d'une gravité potentielle
- E. La tachycardie est un signe de gravité

Lors de son transport le patient présente une aggravation de l'état de conscience avec agitation suivie de convulsions généralisées

255. Il peut s'agir :

- A. D'un hématome extradural
- B. D'une hémorragie sous arachnoïdienne
- C. Des lésions axonales diffuses
- D. D'une ischémie corticale
- E. D'une lésion cérébelleuse

256. Après résolution de la convulsion par 01 mg de rivotril en IV le patient garde une hémiparésie gauche avec un score de Glasgow à 9 :

- A. Le patient doit être intubé et ventilé
- B. Il s'agit d'un traumatisme crânien grave
- C. Une lésion médullaire est fortement suspecte
- D. Il faut vérifier le diamètre pupillaire chez ce patient
- E. Vérifier la glycémie chez ce patient

257. A l'arrivée à l'hôpital un scanner cérébral fait en urgence montre un œdème cérébral de l'hémisphère cérébral droit :

- A. Il s'agit d'un effet des ACSOS
- B. Il peut être en rapport avec une ischémie cérébrale débutante
- C. Il faut refaire le scanner après 06 H
- D. Il faut compléter par un angioscanner des vaisseaux du cou
- E. Il faut procéder à une craniectomie décompressive en urgence

Cas clinique 14 :

Monsieur XY vient vous consulter suite à la découverte d'une sérologie VIH positive lors d'un don de sang. Il avoue une toxicomanie par voie intraveineuse depuis plusieurs années

258. Quelles sont les modes de transmission de l'infection par le VIH :

- A. Transmission par contact cutané
- B. Transmission aérienne
- C. Transmission materno-fœtale
- D. Transmission sexuelle
- E. Transmission sanguine

259. Quelles sont les examens complémentaires que vous réalisez pour confirmer l'infection par le VIH :

- A. Western blot
- B. PCR ADN VIH
- C. Taux de CD4
- D. PCR ARN VIH
- E. Antigénémie p24

260. Vous annoncez le diagnostic à Monsieur XY et vous envisagez prescrire une trithérapie anti-rétrovirale.

Concernant la trithérapie, lesquelles parmi ces propositions sont justes :

- A. La trithérapie est indiquée de façon systématique et précoce quelque soit le taux de CD4
- B. La trithérapie est indiquée seulement si taux de CD4 < 200/mm³
- C. La trithérapie est indiquée uniquement si le patient est symptomatique
- D. La trithérapie consiste à l'administration de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase réverse+ inhibiteur de protéase
- E. La trithérapie est indiquée en cas de co-infection avec le VHB

261. Après la prescription de la trithérapie le patient était perdu de vue. Plusieurs années plus tard il consulte les urgences pour un déficit moteur focal accompagné de crises convulsives. Son taux de CD4 est à 100/mm³.

Les diagnostics à évoquer chez ce patient sont :

- A. Une toxoplasmose cérébrale
- B. Un lymphome cérébral
- C. Une cryptococcose neuro-méningée
- D. Une méningite à entérovirus
- E. Une tuberculose neuro-méningée

Cas clinique 15 :

Mr âgé de 25 ans consulte pour des urines hématiques apparues depuis 48 heures.

A la bandelette urinaire: Hématies +++

262. A ce stade on peut évoquer les diagnostics suivants :

- A. Une hématurie
- B. Une hémoglobinurie
- C. Une porphyrie
- D. Une consommation de betterave
- E. Une myoglobinurie

EXAMEN CLINIQUE : PA: 160/90 mmHg, Œdème des membres inférieurs

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- ECBU: H: 1500/mm³, L: 2/mm³, culture: négative
- Protéinurie de 24heures: 3g/24h

- Créatinine plasmatique: 150 $\mu\text{mol/l}$
- NFS: Hb: 8g/dl, GB: 9000/mm³, plaquettes: 200000/mm³

263. Les arguments en faveur de l'origine glomérulaire de l'hématurie sont son association à :

- A. Une anémie
- B. Une protéinurie
- C. Une insuffisance rénale
- D. Une hypertension artérielle
- E. Des œdèmes des membres inférieurs

264. Les étiologies possibles à cette hématurie sont:

- A. Une glomérulonéphrite aiguë post infectieuse
- B. Une néphropathie à IgA
- C. Une amylose rénale
- D. Un syndrome hémolytique et urémique
- E. Une lésion glomérulaire minime

265. Le complément sérique est effondré. Quelles sont les causes possibles de cette hématurie :

- A. Une glomérulonéphrite aiguë post infectieuse
- B. Une néphropathie à IgA
- C. Une glomérulonéphrite membranoproliférative
- D. Une Cryoglobulinémie
- E. Une vascularite à ANCA

264. Quel est l'examen indispensable pour le diagnostic étiologique de cette hématurie :

- A. Un uro-scanner
- B. Une urographie intra veineuse
- C. Une ponction biopsie rénale
- D. La recherche des cylindres hématiques dans les urines
- E. Une échographie doppler des artères rénales

Cas clinique 16 :

Monsieur B. 39 ans, a été retrouvé errant dans la rue. Ses papiers indiquent qu'il est de nationalité Russe. Il présente une instabilité motrice : il répète des geste de préhension comme s'il voulait attraper ou chasser des objets autours de lui et apparait anxieux.

Il ne répond pas aux question, il semble angoissé et perdu, il répète la même phrase inlassablement « i toldyouitwillhappen!».

L'examen clinique est normal, mis à part une fièvre à 38,3 degrés et des signes de déshydratation (soif, langue sèche, ébauche de pli cutané).

L'examen neurologique est normal hormis un tremblement.

265. Parmi la liste de symptômes suivants, quel est celui ou quels sont ceux qu'on retrouve dans cette observation ?

- A. Bradypsychie
- B. Automatisme mental
- C. Désorientation temporo-spatiale
- D. Dissociation
- E. Perplexité anxieuse

266. A quel syndrome correspond ce tableau clinique ?

- A. Confusion mentale
- B. Délire paranoïaque
- C. Schizophrénie paranoïde

- D. Accès maniaque
- E. Bouffée délirante

267. Quels examens devriez-vous demander immédiatement ?

- A. Radiographie crâne Face + Profil
- B. Électroencéphalogramme
- C. Bilan hépatique
- D. Bilan biologique standard, bilan hydroélectrolytique
- E. Tomodensitométrie Cérébrale

268. Sa femme vous informe qu'il ne souffre d'aucune maladie organique et qu'il ne prend aucun traitement, mais qu'il essaye d'arrêter l'alcool depuis quelques jours, quelle étiologie vous paraît la plus probable ?

- A. Sevrage aux opiacés
- B. Epilepsie
- C. Ivresse pathologique
- D. Délirium Tremens
- E. Acido cétose diabétique

Cas clinique 17 :

Madame AB, 50 ans femme au foyer est amenée aux urgences psychiatriques. Depuis quelques semaines, elle se sent très fatiguée et a de plus en plus de problèmes pour se concentrer. Elle a perdu l'appétit et a maigri de 7 kilos. Elle a des difficultés pour s'endormir et se réveille à 3 heures du matin. Lors de l'entretien, elle est figée. Son discours est monotone et lent. Vous la trouvez abattue. Elle pense avoir commis des erreurs graves dans l'éducation de ses enfants, les mettant de ce fait en danger. Elle vous dit : « Je ne suis plus bonne à rien, je suis une incapable, une mère et une épouse indigne... ».

Son mari vous apprend qu'il ya 20 ans, elle « avait fait une petite bêtise... elle avait pris trop de médicaments... ». Il vous signale aussi que son père s'est pendu et que sa mère souffre d'une maladie de Parkinson.

269. Madame AB présente :

- A. Une désorientation temporo-spatiale.
- B. Un délire de persécution.
- C. Un ralentissement moteur.
- D. Une vision négative de soi
- E. Une baisse de l'humeur.

270. Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est retenu, quels antidépresseurs peuvent être utilisés en première intention

- A. Venlafaxine
- B. Clomipramine
- C. Paroxétine
- D. Escitalopram
- E. Amytriptyline

271. Parmi les antidépresseurs suivants, lesquels appartiennent à la famille des ISRS

- A. Sertraline
- B. Clomipramine
- C. Paroxétine
- D. Fluoxétine
- E. Venlafaxine

Cas clinique 18 :

Un patient de 42 ans aux antécédents de cirrhose hépatique est admis aux urgences pour hématomèse.

272. Les signes de gravité qui doivent être recherchés sont :

- A. Une tachycardie à 140 battements / min
- B. Une sensation de soif
- C. Une douleur abdominale
- D. Une hypotension artérielle à 75/45 mm Hg
- E. Froideur des extrémités

273. Le bilan biologique en urgence doit comporter :

- A. une numération formule sanguine
- B. un groupe sanguin
- C. une urée – créatinine
- D. ASAT – ALAT
- E. Protidémie

274. Pour assurer un remplissage vasculaire initial, nous procédons à :

- A. la mise en place d'un cathéter veineux central jugulaire interne
- B. la perfusion de solutés colloïdes de première intension
- C. la transfusion de culot globulaire
- D. la mise en place de deux voies veineuses périphériques aux membres supérieures de gros calibres (16G)
- E. la perfusion de 1 à 2 l de cristalloïdes

275. L'évaluation de l'efficacité de la prise en charge se fait sur :

- A. l'évolution de la pression veineuse centrale
- B. la diurèse horaire
- C. la mesure de la pression artérielle
- D. la fréquence respiratoire
- E. la fréquence cardiaque

276. L'hématémèse récidive et devient abondante avec installation d'une agitation du patient avec un pouls filant, vous optez pour un remplissage rapide par les hydroxy éthyle amidons car

- A. l'efficacité volumique initiale est $\geq 100\%$ du volume perfusé
- B. n'interfèrent pas avec l'hémostase
- C. sont allergisants
- D. assurent une efficacité de 12 à 24 heures
- E. sont hypotoniques

Cas clinique 19 :

Patiente de 27 ans, se plaint depuis 2 semaines d'asthénie intense avec ictère.

A l'interrogatoire on note une anorexie, une somnolence, des vomissements post-prandiaux et des polyarthralgies. La patiente rapporte qu'elle est toxicomane et qu'elle n'a pas eu de vaccination contre l'hépatite virale B.

A l'examen physique on note un score de Glasgow à 15/15, un ictère cutanéomuqueux franc et une hépatomégalie de 14 cm, ferme et à bord inférieur mousse.

Vous évoquez le diagnostic d'hépatite virale aiguë.

277. Vous retenir comme signe(s) clinique(s) évoquant une hépatite grave chez cette patiente :

- A- L'asthénie.
- B- L'hépatomégalie.
- C- Les polyarthralgies.
- D- Les vomissements.
- E- La somnolence.

278. L'examen biologique qui permet d'évaluer la gravité de l'hépatite aiguë chez cette patiente est:

- A- Taux des transaminases sériques.
- B- Taux de bilirubinémie
- C- Taux des plaquettes.
- D- Taux de prothrombine.
- E- Taux d'hémoglobine.

279. Cette patiente, toxicomane, il faut rechercher systématiquement une infection par le(s) virus suivant(s) :

- A- Virus de l'hépatite E.
- B- Virus de l'hépatite B.
- C- Virus de l'immuno-déficience humaine (VIH).
- D- Virus de l'hépatite A.
- E- Virus de l'hépatite C.

280. Le diagnostic d'hépatite aiguë grave est porté chez cette femme. Quelle recherche doit être positive pour rapporter au virus B cette hépatite aiguë ?

- A- Recherche de l'antigène HBe.
- B- Recherche d'anticorps anti-HBs.
- C- Recherche de l'antigène HBc.
- D- Recherche d'anticorps anti-HBe.
- E- Recherche d'anticorps anti-HBc de type IgM.

281. L'évolution ultérieure de cette hépatite B peut être émaillée de(s) complication(s) suivante(s) :

- A- L'insuffisance rénale.
- B- Le lymphome hépatique.
- C- La cirrhose du foie.
- D- Le carcinome hépato-cellulaire.
- E- La pancréatite chronique.

Dans le cadre de l'enquête familiale, une sérologie B a été pratiquée chez le mari de la patiente et a montré les résultats suivants : AgHBs (-), Ac anti-HBs (+), Ac anti-HBc type IgM (-), Ac anti-HBc type IgG (+), AgHbe (-), Ac anti-HBe (-).

282. Le profil sérologique B du mari vous évoque une des hypothèses suivantes :

- A- Sujet vacciné contre le virus B.
- B- Hépatite B occulte.
- C- Hépatite B chronique répliquative.
- D- Hépatite B ancienne guérie.
- E- Hépatite B chronique non répliquative.