

QCM en Sémiologie: Neurologie, Urologie et Néphrologie

Sémiologie neurologique

I – Syndrome cérébelleux

Question 1 – Dans la marche ataxique ou déséquilibrée :

- a) Le patient a du mal à garder son équilibre
- b) Il peut suivre une ligne droite
- c) Elle peut se voir dans l'ataxie cérébelleuse
- d) Elle peut se voir dans l'ataxie vestibulaire

Réponse(s) correcte(s) : a, c, d

Question 2 – Le syndrome cérébelleux associe :

- a) Des troubles de la statique
- b) Des troubles de la marche
- c) Des troubles de l'exécution du mouvement
- d) Un signe de Babinski

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c

(Le signe de Babinski est un indicateur pyramidal.)

Question 3 – Dans le syndrome cérébelleux :

- a) Il y a un élargissement du polygone de sustentation
- b) Il y a des oscillations dans toutes les directions
- c) Les oscillations sont aggravées par l'occlusion des yeux
- d) Il y a un déséquilibre lors d'un arrêt brusque

Réponse(s) correcte(s) : a, b, d

(L'aggravation des oscillations à l'occlusion des yeux caractérise plutôt l'ataxie proprioceptive/sensorielle.)

Question 4 – Les troubles de la coordination dans l'espace comportent :

- a) La dysmétrie ou hypermétrie
- b) L'asynergie
- c) La dyschronométrie
- d) L'adiadococinésie (manœuvre des marionnettes)

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c, d

(Ces signes traduisent des difficultés dans l'ajustement spatial et temporel des gestes, très caractéristiques des atteintes cérébelleuses.)

II – Syndromes pyramidaux

Question 5 – La marche spastique :

- a) Est due à une hypertonie spastique prédominant sur les muscles extenseurs du membre inférieur
- b) Le patient avance le pas en fauchant
- c) L'hypertonie spastique est un signe du syndrome extrapyramidal
- d) Elle peut se voir dans l'ataxie proprioceptive

Réponse(s) correcte(s) : a, b

(L'hypertonie spastique et la démarche fauchée sont caractéristiques des atteintes pyramidales, tandis que c) et d) sont inappropriées.)

Question 6 – Dans le syndrome pyramidal :

- a) Le déficit moteur peut être total
- b) La paralysie faciale est de type central
- c) La paralysie faciale peut être périphérique
- d) Les réflexes ostéo-tendineux peuvent être exagérés

Réponse(s) correcte(s) : a, b, d

(En atteinte pyramidale, on observe typiquement une paralysie centrale et une hyperréflexie.)

Question 7 – Topographies possibles du déficit moteur :

- a) Hémiplégie : paralysie des muscles de tout un hémicorps
- b) Paraplégie : paralysie des muscles des 4 membres
- c) Monoplégie : paralysie des muscles d'un membre
- d) Topographie tronculaire : paralysie des muscles innervés par une racine nerveuse (exemple : C5 ou S1)

Réponse(s) correcte(s) : a, c, d

(La paraplégie correspond à la paralysie des membres inférieurs, tandis que la quadriplégie concernerait les 4 membres.)

Question 8 – Le réflexe cutané plantaire :

- a) Est polysynaptique
- b) À l'état normal, il est en flexion ou indifférent
- c) En situation pathologique, il se manifeste par l'écartement des orteils avec une extension majestueuse du gros orteil
- d) Le réflexe cutané plantaire en extension constitue le signe de Babinski

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c, d

(Tous les énoncés sont corrects, le signe de Babinski (extension en réponse) étant une manifestation pathologique d'une lésion pyramidale.)

Question 9 – Les réflexes cutanés abdominaux :

- a) Sont des métamères médullaires de D6 à D12
- b) La réponse normale est une contraction du muscle droit de l'abdomen
- c) La réponse pathologique est une contraction du muscle droit de l'abdomen
- d) Ils sont abolis en cas de syndrome extrapyramidal

Réponse(s) correcte(s) : a, b

(En contexte pyramidal, on observe souvent l'ablation des réflexes abdominaux, mais ici la réponse normale est la contraction abdominale ; l'option c est redondante avec b, et d est incorrecte.)

III – Syndrome méningé

Question 10 – Le syndrome méningé comporte :

- a) La céphalée
- b) Une toux
- c) La constipation est inconstante
- d) L'hypotension orthostatique

Réponse(s) correcte(s) : a

(La céphalée est un symptôme majeur du syndrome méningé. Les autres propositions ne sont pas caractéristiques.)

Question 11 – L'examen au cours du syndrome méningé met en évidence :

- a) La raideur méningée, avec une contracture antalgique des muscles paravertébraux

- b) Un signe de Romberg positif
- c) Le signe de Kernig : difficulté à étendre complètement la jambe lorsque la hanche est fléchie
- d) Le signe de Brudzinski : flexion des cuisses sur le bassin lors de la flexion de la nuque

Réponse(s) correcte(s) : a, c, d

(Le signe de Romberg est habituel dans les atteintes proprioceptives, pas dans le syndrome méningé.)

Question 12 – Parmi les symptômes suivants, lesquels sont liés directement à l'hypertension intracrânienne (souvent associée à un syndrome méningé) :

- a) Flou visuel ou brouillard devant les yeux
- b) Céphalées
- c) Vomissements
- d) Paralysie du III^e nerf crânien

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c, d

(Toutes ces manifestations peuvent être directement liées à l'hypertension intracrânienne.)

Sémiologie urologique

Partie I – Rétention aiguë d'urines

Question 1 : Définition

La rétention aiguë d'urines se définit par :

- a) L'impossibilité brutale et totale d'uriner
- b) Une difficulté progressive à uriner
- c) Une émission intermittente de petites gouttes
- d) Une production urinaire réduite mais continue

Réponse correcte : a

Commentaire :

La rétention aiguë d'urines correspond à une incapacité soudaine et totale à vider la vessie, entraînant rapidement une distension vésicale et une douleur sus-pubienne intense.

Question 2 : Signes fonctionnels

Parmi les signes fonctionnels de la rétention aiguë, on retrouve :

- a) Un besoin impérieux et douloureux d'uriner
- b) Une incapacité totale à expulser l'urine (sauf quelques gouttes parfois)
- c) Une douleur sus-pubienne croissante
- d) Une émission régulière et continue d'urine

Réponse correcte : a, b, c

Commentaire :

Le patient présente une envie impérieuse d'uriner mais n'arrive qu'à évacuer quelques gouttes, avec une douleur qui s'intensifie due à la distension de la vessie.

Question 3 : Examen clinique

Lors de l'examen clinique, la rétention aiguë se traduit par :

- a) La présence d'un globe vésical palpable
- b) Une masse hypogastrique tendue, qui peut remonter jusqu'à l'ombilic
- c) Une masse qui descend sur les côtés, typique d'une ascite
- d) Une palpation qui accentue le besoin d'uriner

Réponse correcte : a, b, d

Commentaire :

Le globe vésical se manifeste par une masse hypogastrique tendue et convexe (qui ne se diffuse pas sur les côtés comme dans l'ascite) et sa palpation augmente le besoin d'uriner.

Question 4 : Diagnostic différentiel

Pour distinguer la rétention aiguë d'urines de l'anurie, on note que :

- a) En rétention, la vessie est distendue (globe vésical présent)
- b) En anurie obstructive, il n'y a pas de formation de globe vésical
- c) La rétention est associée à un besoin impérieux d'uriner
- d) L'anurie est caractérisée par une production minimale d'urine malgré un globe vésical

Réponse correcte : a, b, c

Commentaire :

La rétention aiguë se distingue de l'anurie obstructive par la présence d'un globe vésical et un besoin impérieux d'uriner, alors que dans l'anurie la production d'urine est quasi inexistante et la vessie reste vide.

Question 5 : Moyens de drainage

En cas de rétention aiguë d'urines, le drainage vésical s'effectue par :

- a) Le sondage urétral
- b) Le cathétérisme sus-pubien
- c) Une vidange rapide sans précautions
- d) Un drainage chirurgical immédiat

Réponse correcte : a, b

Commentaire :

Le drainage se fait par voie urétrale (sondage) ou sus-pubienne. Dans tous les cas, la vidange doit être progressive (par exemple environ 500 cc par heure) afin d'éviter une hémorragie « à vacuo » due à une vidange trop rapide.

Partie II – Incontinence urinaire

Question 6 : Définition

Quelle est la définition de l'incontinence urinaire ?

- a) Perte involontaire de matières fécales
- b) Perte involontaire de gaz
- c) Perte involontaire d'urines par le méat urétral en dehors des moments de miction
- d) Perte volontaire d'urines

Réponse correcte : c

Commentaire :

L'incontinence urinaire correspond à la perte involontaire d'urines, c'est-à-dire que le patient perd des quantités d'urine en dehors de ses mictions volontaires.

Question 7 : Types chez la femme

Quels sont les trois principaux types d'incontinence urinaire chez la femme ?

- a) Incontinence d'effort
- b) Incontinence par urgenturie
- c) Incontinence mixte
- d) Baisse de la pression intra-abdominale

Réponse correcte : a, b, c

Commentaire :

Les formes les plus fréquentes d'incontinence urinaire chez la femme sont l'incontinence d'effort, par urgenturie et la forme mixte qui combine les deux mécanismes.

Question 8 : Déclencheurs de la fuite en incontinence d'effort

Chez une patiente présentant une incontinence d'effort, quels efforts déclenchent typiquement la fuite ?

- a) Toux
- b) Éternuements
- c) Activités physiques (ex. rire)
- d) Augmentation progressive sans effort brusque

Réponse correcte : a, b, c

Commentaire :

Les efforts qui augmentent brusquement la pression intra-abdominale – comme la toux, les éternuements ou le rire – provoquent en général la fuite urinaire chez les patientes souffrant d'incontinence d'effort.

Question 9 : Examen clinique dans l'incontinence d'effort

Quel examen clinique est essentiel pour poser le diagnostic d'incontinence urinaire d'effort ?

- a) Inspection du périnée et de la région vulvaire
- b) Palpation vésicale
- c) Cystoscopie
- d) Test urodynamique complet

Réponse correcte : a

Commentaire :

L'inspection du périnée et de la région vulvaire permet d'évaluer la trophicité et la mobilité des structures pelviennes, éléments clés pour le diagnostic de l'incontinence d'effort.

Question 10 : Manœuvre diagnostique

Quelle manœuvre est utilisée pour diagnostiquer l'incontinence d'effort (notamment avec la vessie pleine) ?

- a) Manœuvre de Bonney
- b) Manœuvre de Valsalva
- c) Manœuvre de Heimlich
- d) Manœuvre de Murphy

Réponse correcte : a

Commentaire :

La manœuvre de Bonney consiste à examiner la survenue de fuites urinaires lors d'efforts ou de manœuvres qui augmentent la pression intra-abdominale, facilitant ainsi le diagnostic d'incontinence d'effort.

Sémiologie néphrologique

Partie I – Protéinuries

Question 1 : Comment définir une protéinurie physiologique ?

- a) Protéinurie < 150 mg/24h
- b) Elle est faite exclusivement de protéines plasmatiques (albumine, globulines)
- c) Elle est faite de protéines plasmatiques et urinaires (notamment l'albumine et la protéine de Tamm-Horsfall)
- d) Elle est détectée par bandelette urinaire
- e) Ne concerne que les patients diabétiques
- f) Ne concerne que les protéines glomérulaires

Réponse(s) correcte(s) : a, c

Commentaire :

Une protéinurie physiologique se caractérise par une excrétion totale de protéines inférieure à 150 mg/24h. Elle résulte d'un filtrat plasmatique de faible taux composé à la fois d'albumine et de protéines issues de la sécrétion tubulaire (comme la protéine de Tamm-Horsfall).

Question 2 : Concernant une protéinurie pathologique, lesquelles des propositions suivantes sont correctes ?

- a) Elle est supérieure à 300 mg/g de créatinine urinaire
- b) Elle est dite sélective lorsqu'elle comporte plus de 80 % d'albumine
- c) Une protéinurie sélective témoigne d'une atteinte glomérulaire
- d) La protéinurie d'origine tubulaire est toujours supérieure à 2 g/24h

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c

Commentaire :

Une protéinurie pathologique se distingue par des taux supérieurs à 300 mg/g de créatinine ; lorsqu'elle est « sélective » (prédominance d'albumine >80 %), cela suggère une lésion glomérulaire. La protéinurie tubulaire peut être présente à des taux inférieurs à 2 g/24h.

Question 3 : Concernant la microalbuminurie, quelles assertions sont exactes ?

- a) On la définit par une excrétion d'albumine entre 30 et 300 mg/24h
- b) Elle permet de détecter une néphropathie diabétique débutante
- c) Elle est corrélée à une augmentation du risque cardiovasculaire
- d) Un seul dosage suffit généralement pour la confirmer
- e) Elle peut être détectée par bandelette urinaire

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c

Commentaire :

La microalbuminurie, définie par l'excrétion de 30 à 300 mg d'albumine/24h, constitue un marqueur précoce de la néphropathie diabétique et est associée à un risque cardiovasculaire accru. La confirmation nécessite souvent plusieurs dosages, car un seul dosage n'est généralement pas suffisant.

Partie II – Insuffisance rénale aiguë (IRA)

Question 4 : Selon le cours, comment définit-on l'insuffisance rénale aiguë (IRA) ?

- a) Baisse brutale du débit de filtration glomérulaire
- b) Augmentation de l'urée et de la créatinine urinaire
- c) Augmentation de l'urée et de la créatinine plasmatique
- d) Elle est toujours associée à une réduction de la diurèse
- e) Est une urgence médicale

Réponse(s) correcte(s) : a, c, e

Commentaire :

L'IRA est définie par une diminution brutale du débit de filtration glomérulaire, avec augmentation des taux d'urée et de créatinine dans le plasma, et constitue une urgence médicale.

Question 5 : Quels sont les trois grands cadres étiologiques de l'IRA ?

- a) Obstructives (post-rénales)
- b) Organique (rénale)
- c) Fonctionnelle (pré-rénale)
- d) Métaboliques

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c

Commentaire :

Les causes de l'IRA se regroupent en trois catégories principales : obstructives (cause post-rénale), organiques (atteintes directes du tissu rénal) et fonctionnelles ou pré-rénales (liées à une hypoperfusion rénale).

Question 6 : Parmi les anomalies biologiques à rechercher en urgence dans l'IRA, lesquelles sont à prioriser ?

- a) Présence d'une hypokaliémie
- b) Présence d'une acidose
- c) Présence d'un syndrome urémique aigu
- d) Présence de signes biologiques d'hyperhydratation
- e) Présence d'infection urinaire

Réponse(s) correcte(s) : b, c

Commentaire :

En urgence, il est essentiel de rechercher des anomalies telles qu'une acidose et un syndrome urémique aigu. Une hyperhydratation peut apparaître, mais n'est pas l'élément urgent, et l'hypokaliémie n'est pas typique de l'IRA aiguë.

Partie III – Insuffisance rénale chronique (IRC)

Question 7 : Quelle est la définition de l'insuffisance rénale chronique (IRC) ?

- a) Diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire sur une durée supérieure à 3 mois
- b) Augmentation aiguë des taux d'urée et de créatinine en quelques jours
- c) La présence d'une protéinurie persistante
- d) Peut être asymptomatique jusqu'à un stade avancé

Réponse(s) correcte(s) : a, c, d

Commentaire :

L'IRC se caractérise par une baisse progressive, irréversible du débit de filtration glomérulaire sur au moins 3 mois, souvent accompagnée d'une protéinurie persistante et d'un déficit symptomatique tardif.

Question 8 : Parmi les causes de l'IRC, lesquelles figurent parmi les plus fréquentes ?

- a) Diabète

- b) Hypertension artérielle
- c) Glomérulonéphrites
- d) Néphropathies tubulo-interstitielles
- e) Causes obstructives

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c

Commentaire :

Les causes les plus fréquentes d'insuffisance rénale chronique incluent le diabète et l'hypertension artérielle (les principales étiologies de néphropathie diabétique et hypertensive), ainsi que les glomérulonéphrites primaires.

Question 9 : Quel examen biologique est essentiel dans le bilan de l'IRC ?

- a) Dosage de la créatinine plasmatique
- b) Estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG)
- c) Dosage de l'urée plasmatique
- d) Analyse de la protéinurie sur 24 heures
- e) Électrophorèse des protéines sériques

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c, d

Commentaire :

Le bilan de l'IRC repose principalement sur la mesure de la créatinine, l'estimation du DFG, le dosage de l'urée plasmatique et l'évaluation de la protéinurie (souvent sur 24 heures). L'électrophorèse des protéines sériques n'est pas systématiquement utilisée dans l'évaluation initiale.

Question 10 : Parmi les manifestations cliniques de l'IRC, lesquelles peuvent être observées ?

- a) Anémie

- b) Œdème périphérique
- c) Hyperkaliémie
- d) Ostéodystrophie (anomalies osseuses liées à la rénalose)
- e) Hypertrophie thyroïdienne

Réponse(s) correcte(s) : a, b, c, d

Commentaire :

Les patients atteints d'IRC peuvent présenter une anémie, des œdèmes, une hyperkaliémie et des troubles osseux (ostéodystrophie rénale) en raison des perturbations du métabolisme du calcium, du phosphate et de la vitamine D. La hypertrophie thyroïdienne n'est pas une manifestation caractéristique.