

1/L'une des sciences fondamentales est :

- A- L'épidémiologie
- B- L'hématologie
- C- La sérologie
- D- La microbiologie
- E- L'oncologie médicale

2 / la vascularisation de l'extrémité supérieur de l'humérus est assurée par : RJ

- A- L'artère circonflexe postérieure
- B- L'artère circonflexe antérieur
- C- L'artère axillaire
- D- L'artère humérale
- E- L'artère sous-clavière

3 /Quelle est la principale artère nourricière de la tête fémorale ?RJ

- A- L'artère circonflexe antérieur
- B- L'artère circonflexe postérieur
- C- L'artère ischiatique
- D- L'artère fessière
- E- L'artère du ligament rond

4 / Le poumon droit :RF

- A- Comporte trois lobes
- B- Comporte deux lobes
- C- Est constituée de plusieurs segments
- D- Montre une empreinte cardiaque sur la face médiastinale
- E- Ses lobes sont séparés par scissures

5/ la métaplasie : RF

- A- Conversion de la forme et de la fonction des cellules
- B- Est représentée par des cellules plus aptes à résister aux agressions
- C- Est identifiée selon le tissu nouvellement installé
- D- Intéresse généralement les épithéliums de revêtement
- E- Est l'expression d'une involution ou d'une dégénérescence

6/ la dysplasie correspond à : RF

- A- Un bouleversement architectural
- B- Une lésion précancéreuse
- C- Une altération des niveaux de maturation cellulaire
- D- Des altérations cyto- nucléaires
- E- Une tumeur bénigne des épithéliums glandulaires

7 / les mécanismes qui interviennent dans l'apparition d'une lésion cellulaire cibler : RF

- A- La membrane cytoplasmique
- B- Les fibres élastiques
- C- Le noyau
- D- Les mitochondries
- E- Le cytosquelette

8/ la stéatose est représentée par :RJ

- A- Une infiltration graisseuse de l'espace porte hépatique
- B- Des dépôts intercellulaire de substances lipidiques
- C- Une élévation du taux de cholestérol sanguin
- D- Une élévation du taux de lipides complexes sanguin
- E- Des vacuoles lipidiques intracytoplasmiques

9/ l'amylose :RJ

- A- Est une maladie infectieuse rare
- B- Est une mycose viscérale
- C- Est une malformation tissulaire acquise
- D- Est une amyotrophie
- E- Peut apparaître dans des pathologies très différentes

10/ la lésion d'adaptation cellulaire et tissulaire est :RJ

- A- L'atrophie
- B- L'apoptose
- C- La dégénérescence hydropique
- D- La dysplasie
- E- La dégénérescence graisseuse

CopyWal

-a l'interieur de la fac usdb (Pavillon-18)
-en face des amphis médecine (pav-29)

11/ la nécrose :RJ

- A- N'apparaît que dans les inflammations aiguës
- B- N'apparaît que dans inflammations chroniques
- C- Est une mort cellulaire programmée par des gènes spécifiques
- D- Peut représenter un infarctus
- E- Est une modification tissulaire apparaissant sur un cadavre

12/ l'inflammation : RF

- A- Est toujours réactionnelle et secondaire à une agression
- B- Est une modification morphologique des cellules épithéliales agressées
- C- Peut avoir une cause indéterminée
- D- N'est pas forcément d'origine infectieuse
- E- Peut évoluer sur un mode aigu ou chronique

13/ l'inflammation est une réaction vasculaire , cellulaire ,et humorale , dans ce cas les cellules ,RJ

- A- Proviennent de la moelle osseuse essentiellement
- B- Sont des cellules épithéliales indifférenciées
- C- Sont des cellules épithéliales hyperplasiques
- D- Sont des cellules souches indifférenciées
- E- Sont des cellules en adaptation métaplastique

14/ l'inflammation est une réaction vasculaire , cellulaire , et humorale , dans ce cas les vaisseaux sont :RJ

- A- De gros troncs artériels
- B- Des capillaires et veinules post-capillaires
- C- Des artères élastiques de moyen calibre
- D- Des veines de moyen calibre
- E- Des lymphatiques de moyen calibre

15/ les médiateurs chimiques de l'inflammation : RJ

- A- N'agissent pas dans la phase aiguë de l'inflammation
- B- N'interviennent pas dans la phase chronique
- C- Ont tous un rôle vasodilatateurs
- D- Agissent localement et ne provoquent de réaction systémique
- E- Modulent l'activité cellulaire et vasculaire de l'inflammation

16/toute ces substances sont des médiateurs chimique de l'inflammation sauf une :

- A- Bradykinine
- B- Histamine
- C- Ergotamine
- D- Prostaglandine
- E- Cytokines

17/ les fibroses : RF

- A- Se constitue à partir de cellules épithéliales altérées
- B- Succèdent parfois à des troubles métaboliques (dystrophiques)
- C- Succèdent le plus souvent à l'inflammation
- D- Peuvent être de type élastique
- E- Intéressent l'espace intercellulaire

18/la cicatrice :RF

- A- Peut être hypertrophique
- B- Peut être atrophique
- C- Signe la fin d'un processus inflammatoire
- D- Est une lésion cyclique , qui apparaît surtout à la chaleur
- E- Est pratiquement indélébile

19/ la régénération tissulaire :RJ

- A- Concerne les cellules spécialisées détruites au cours d'un processus lésionnel
- B- Concerne les fibroblastes qui sécrètent le collagène
- C- Est l'apparition d'un tissu nouveau hyperplasique
- D- Est la réapparition d'une tumeur après l'ablation totale
- E- Est l'acquisition

20/toutes ces lésions sont des tumeurs sauf une :RF

- A- Lymphangiome
- B- Lymphome
- C- Granulome
- D- Sarcome
- E- Insulinome

21/une seule lésion est une tumeur maligne :RJ

- A- Mélanome
- B- Botriomycome
- C- Granulome
- D- Tuberculome
- E- Rhabdomyome

22/ tous ces éléments constituent l'œdème sauf :RF

- A- Des fractions du complément
- B- Des lipides simples
- C- De l'eau
- D- Des immunoglobulines
- E- Des électrolytes (sels)

CopyWal

-a l'interieur de la fac usdb (Pavillon-18)
-en face des amphis médecine (pav-29)

23/la néoplasie :RF

- A- Est un processus de prolifération cellulaire
- B- Peut constituer des tumeurs bénignes
- C- Peut constituer des tumeurs malignes
- D- Est un processus réversible
- E- Est soumise aux classifications histogénétiques

24/les classifications histogénétiques des tumeurs malignes : RF

- A- Sont anatomo-cliniques et évaluent le TNM
- B- Sont anatomo-pathologiques
- C- Ont un intérêt pronostique
- D- Ont un intérêt diagnostique
- E- Ont un intérêt thérapeutique

25/l'apoptose :RJ

- A- Est une mort cellulaire avec dépôts nécrotique
- B- Est responsable de la gangrène humide
- C- Est responsable de la mort cellulaire par fixation au formol
- D- Est une destruction programmée des cellules et sans dépôts nécrotique
- E- Est responsable de la mort cellulaire dans l'infarctus du myocarde

26/ il peut être utile de rechercher dans les urines :RJ

- A- Le virus de l'herpes HSV2
- B- Le virus ourlien
- C- Le rotavirus
- D- Le virus respiratoire syncytial
- E- Le cytomégalovirus CMV

27/l'infection est définie par : RJ

- A- L'invasion tissulaire par un micro-organisme provoquant une réaction inflammatoire aiguë œdémateuse ou purulente
- B- L'invasion de un plusieurs tissu par un micro-organisme sans réaction inflammatoire
- C- La présence d'agent pathogènes dans le tissu
- D- L'équilibre entre la virulence d'un agent pathogène et la résistance de l'hôte
- E- L'aptitude d'un germe à se développer chez l'hôte et à y sécréter des toxines

28/qu'est ce qu'un porteur sain ? RF

- A- Un individu porteur d'un agent pathogène sans manifestation clinique
- B- Un individu qui présente comme seule manifestation une sérologie positive
- C- Un individu porteur d'un agent pathogène incapable de le transmettre
- D- Un individu porteur d'une maladie génétique sans expression clinique apparente
- E- Un individu qui peut contaminer d'autres personnes

29 / le virus oncogènes (capables de déclencher une tumeur) :RF

- A- Le virus de l'immunodéficience acquise (HIV)
- B- Le papilloma virus (HPV)
- C- Le myxovirus influenzae
- D- Le virus de l'hépatite B
- E- Le virus d'epstein -Barr

30/listeria monocytogène présente une résistance naturelle à :RJ

- A- Trimetoprim sulfaméthoxazol
- B- Ampicilline
- C- Erythromycine
- D- Ciprofloxacine
- E- Gentamicine

31/la présence dans le LCR d'un bacille à Gram négatif associé à des polynucléaires altérés évoque une méningite à : RJ

- A- Haemophilus influenzae
- B- Candida albicans
- C- Mycobacterium tuberculosis
- D- Shigella
- E- Bacillus

32/ les viroses sexuellement transmissibles :RF

- A- Virus de l'immunodéficience acquise (HIV)
- B- Virus de l'hépatite B
- C- Le papilloma virus (HPV)
- D- Virus de l'orchite ourlienne
- E- Virus de l'herpes (HSV)

33 / l'un de ces parasitoses provoque une anémie sévère

- A- Trichinose
- B- Anguillulose
- C- Hydatidose
- D- Paludisme à plasmodium falciparum
- E- Cysticercose

34/l'insuline : RJ

- A- Est sécrétée par tous les types cellulaires des îlots de Langerhans du pancréas
- B- Freine l'utilisation cellulaire de glucose
- C- Stimule la glycogénèse
- D- Stimule la néoglucogénèse
- E- N'est plus ou quasiment plus sécrétée en cas de diabète de type 2

35/a propos de la glycémie :RJ

- A- Le sujet présente une glycosurie lorsque la glycémie atteint 1.26g/l
- B- Le muscle peut restituer son glycogène au sang sous forme de glucose
- C- L'insuline et l'adrénaline sont sécrétées par le foie ; en réponse à des variations de la glycémie
- D- Le glucose est distribué aux cellules par le sang ou son taux se maintient à 1g/l
- E- Toutes ses propositions sont exactes

36/ une alcalose métabolique peut être due à : RJ

- A- L'administration de spironolactone
- B- Des vomissements
- C- Une diarrhée toxi-infectieuse
- D- La ventilation d'un patient en insuffisance respiratoire chronique et décompensée
- E- L'administration de furosémide

37/ une acidose métabolique peut entraîner : RJ

- A- Une hyperpnée
- B- Un arrêt cardiaque
- C- Allongement du QT à l'ECG
- D- Toutes les propositions sont exactes
- E- Toutes les propositions sont fausses

38/ les situations pathologiques qui exposent au risque d'acidose métabolique comprennent : RJ

- 1- Diarrhée chronique
- 2- Vomissement
- 3- Insuffisance rénale chronique
- 4- Administration de spironolactone (aldactone)
- 5- Etat de choc

A 1+2+4 B 1+3+4+5 C 2+3+4 D 1+4+5 E 2+4+5

39/la growth hormone GH : RJ

- A- Est une hormone hypophysaire responsable de la croissance osseuse
- B- A faible dose , a des effets similaires à ceux de prolactine
- C- Son taux plasmatique normal signifie un développement statural normal
- D- Sa libération est de type monotone
- E- Son taux plasmatique normal ou élevé caractérise le nanisme de type laron

40/Lors du jeune prolongé (au delà de 24H) RJ

- A- Le foie peut restituer du glucose au sang
- B- Les muscles peuvent restituer du glucose au sang
- C- Le tissu adipeux peut restituer le glucose au sang
- D- Tous les organes augmentent leur consommation de glucose
- E- La dégradation du glycogène en glucose est accélérée

41/les immunoglobulines (IG) ont la propriété suivante : RJ

- A- Les IgA constituent la classe dominante d'anticorps circulants
- B- Les IgD sont des anticorps des sécrétions externes
- C- Les IgM jouent le rôle de récepteurs sur les cellules
- D- Les IgG peuvent intervenir dans les réactions allergiques
- E- Les IgA sont principalement des sériques

42/ Le diabète sucré se caractérise par : RJ

- A- Une glycémie à jeun supérieure à 1,20 g /l
- B- De grandes quantités de sucre dans le sang ; mais incapacité pour les neurones à consommer ce sucre
- C- La transformation par l'organisme du sucre excédentaire en acides aminés d'où le risque de néphropathie diabétique
- D- Une glycémie oscillant rapidement ; le matin à jeun entre 0,7 et 1,26 g/l
- E- Toutes ces propositions sont inexactes

43/ la toxoplasmose peut se contracter par :RF

- A- Contact direct avec les déjections de chat
- B- Transmission cutanée
- C- Ingestion de viande mal cuite
- D- Infection in utéro via le placenta
- E- Greffes d'organes ou du sang contaminé

44/ giardia intestinalis est : RJ

- A- Un hématozoaire
- B- Un parasite dont le cycle comporte une phase tissulaire
- C- Responsable d'une hyperéosinophilie sanguine élevée
- D- Une parasite dont le diagnostic repose sur une recherche d'œufs dans les selles
- E- Plus fréquent chez les enfants

45/ la teigne tondante microscopique :RJ

- A- Se caractérise par la présence de petites plaques disséminées très prurigineuses
- B- Est traitée par la griséoflvine
- C- Est caractérisée par la présence de phialides à l'examen direct
- D- Touche les personnes immunodéprimées
- E- Est traitée par du flagyl

46/le traitement des candidoses buccale est basé sur ;RJ

- A- L'amphotéricine B et voriconazole par voie orale
- B- Flagyl en gel buccal
- C- 5 fluoro-cytosine et ketocanazole en comprimé
- D- Fungizone par voie orale
- E- Lamisil par voie générale

47/ le diagnostic biologique de la leishmaniose cutanée repose sur :RJ

- A- La recherche des formes epimastigotes dans les globules blancs
- B- La recherche des formes amastigotes dans les macrophages
- C- La recherche des formes promastigotes dans les globules blancs
- D- La sérologie par immunofluorescence indirect
- E- Aucune proposition n'est juste

48/ au cours de l'échinococcose hydatique :RJ

- A- L'hyperéosinophilie permet le diagnostic de certitude
- B- Le cycle accidentel fait intervenir le mouton et le chien
- C- Le diagnostic de certitude repose sur la recherche des vers adultes dans le liquide de la ponction hydatique
- D- L'agent pathogène est l'échinococcus multilocularis
- E- Toutes les réponses sont fausses

49/au cours de l'ambiase : RJ

- A- Le diagnostic de certitude de l'ambiase intestinale repose sur la recherche des anticorps spécifiques
- B- Signe majeur de l'ambiase intestinale est la diarrhée glairo sanglante fébrile
- C- Le diagnostic de l'ambiase hépatique repose sur la recherche de l'agent pathogène dans les selles et l'échographie abdominale
- D- L'agent pathogène est entamoeba coli
- E- Toutes les réponses sont fausses

50/ les prélèvement bactériologique :RJ

- A- Doivent être placés au réfrigérateur à 4° c quelque soit leur type
- B- Doivent être prélevés au sein même du laboratoire de microbiologie
- C- Doivent être effectués après stérilisation par des antibiotiques
- D- Doivent être effectués dans un bloc stérile ou du moins avec une asepsie stricte
- E- Doivent être remis au laboratoire ; avec une fiche de renseignement ; le plus tôt possible

51 / au cours de l'échinococcose hydatique la contamination se fait par : RJ

- A- Ingestion de viande de mouton mal cuite
- B- Par ingestion de l'hydatide présente dans divers organes de l'hôte intermédiaire
- C- Par l'ingestion de l'hydatide présente dans les divers organes de l'hôte définitif
- D- Autoinfestation endogène ce qui explique la chronicité chez l'homme
- E- Toutes les réponses sont fausses

52/ le diagnostic de certitude d'une oxyurose repose sur :RJ

- A- Une échographie abdominale
- B- Une sérologie
- C- Un test de Graham
- D- Une numération formule sanguine à la recherche l'hyperéosinophilie
- E- Un examen parasitologique des selles

53/ parmi les champignons opportunistes

- A- Pneumocystis jirovecii
- B- Trichosporum sp
- C- Trichophyton violaceum
- D- Microsporium oudouinli
- E- Histoplasma duboisii

54/ au cours de pityriasis versicolor l'examen direct permet de mettre en évidence :RJ

- A- Des levures bourgeonnantes
- B- Des spores en grappes de raisin et conidiophore
- C- Des spores en grappes de raisin
- D- Des spores en grappes de raisin et arthrospores
- E- Des macroconidies

55/ les schistosomes infecte l'homme par : RJ

- A- Pénétration active transcutanée
- B- Pique d'insectes vecteurs
- C- Voie aérienne ; respiratoire
- D- Voie alimentaire
- E- Muqueuse à épithélium abrasé

56/ la voie pyramidale directe : RJ

- A- Véhicule les messages nociceptifs
- B- Le siège de son croisement est bulbaire
- C- Véhicule les messages proprioceptifs
- D- Est responsable de la sensibilité thermo-algésique
- E- Aucune de ces propositions n'est juste

57/ une démarche ataxique est en rapport avec une lésion de :RJ

- A- Pallidum
- B- Striatum
- C- Hémisphère cérébelleux
- D- Substance noire
- E- Cervelet médian

58/ l'atropine est un : RJ

- A- Bloquant de la plaque motrice
- B- Sympathicomimétique
- C- Antagoniste muscarinique
- D- Antagoniste alpha-adrénergique
- E- Agoniste Beta -adrénergique

59/ le choc spinale est : RJ

- A- Dû à la fatigabilité musculaire
- B- Du à la fatigabilité synaptique
- C- Du à l'hémisection transversale de la moelle épinière
- D- Une perte momentanée des réflexes suivie d'une récupération de certains réflexes
- E- Une abolition irréversible de certains réflexes

60/ le mannitol est un marqueur de : RJ

- A- Milieu intracellulaire
- B- Milieu extracellulaire
- C- Plasma
- D- Eau totale du corps
- E- Aucune de ces propositions

61/ la vitamine D : RF

- A- Est exclusivement synthétisée par le cholécalférol apporté par l'alimentation
- B- Sa carence est responsable du rachitisme
- C- Finit sa synthèse dans le rein
- D- Sa forme active est la 1-25(OH)₂D₃
- E- La vitamine D₃ subit l'action de la 25-OHase hépatique

62/ la thiamine intervient dans : RJ

- A- La vision crépusculaire
- B- La stabilisation des membranes
- C- L'hématopoïèse
- D- La transmission de l'influx nerveux
- E- Le métabolisme énergétique

63/ un des oligoéléments suivants constitue le site actif de l'enzyme glutathion peroxydase , nécessaire à la lutte contre les radicaux libres : RJ

- A- Le cuivre
- B- Le chrome
- C- Le zinc
- D- Le sélénium
- E- Le fluor

64/ au cours de la grossesse ; un supplément vitaminique est recommandée :RJ

- A- Vitamine A
- B- Vitamine K
- C- Vitamine B₉
- D- Vitamine B₈
- E- Vitamine E

65/le BMI ou IMC (indice de masse corporelle) :RJ

- A- Il indique une maigreur s'il est inférieur à 18
- B- Représente la masse / taille soit Kg / cm²
- C- La norme de l'IMC diffère en fonction du sexe
- D- Il indique une obésité chez l'homme s'il est supérieur à 25
- E- Un individu de 55kg/1m80 a un BMI dans les normes

66/ les résistances vasculaire siègent principalement au niveau de : RJ

- A- La veine cave supérieure
- B- Artère pulmonaire
- C- Aorte
- D- Artérioles
- E- Veinules

67/ la tendance à la turbulence de l'écoulement sanguin est caractérisé par : RJ

- A- Une augmentation de la viscosité
- B- Une augmentation de l'hématocrite
- C- Une dilatation des vaisseaux sanguins
- D- Une diminution de la vitesse du sang
- E- Aucune de ces propositions n'est juste

68/ la pepsine : RJ

- A- Rompe les liaisons peptidiques dont le radical aminé appartient aux amines aromatiques
- B- Active le pepsinogène
- C- Est sécrétée par le foie
- D- Est indispensable l'absorption de la vitamine B₁₂
- E- A la structure d'une glycoprotéine

69/ le sang qui pénètre dans le foie par la veine porte hépatique :RF

- A- Est faiblement oxygéné
- B- Contient des molécules absorbées par l'intestin à partir des aliments
- C- Contient des métabolites de l'hémoglobine produits dans la rate
- D- Est déversé dans les sinus hépatiques
- E- Contient de la bile formée par les hépatocytes

70/ les cellules épithéliales les vésicules thyroïdiennes : RF

- A- Elaborent et sécrètent la calcitonine
- B- Peuvent convertir les iodures en iodes
- C- Peuvent catalyser la thyroglobuline pour sécréter des hormones
- D- Sont contrôlées par la TSH hypophysaire
- E- Sont d'origine entoblastique

71/ l'appareil juxta glomérulaire :RF

- A- Est localisé dans le mésangium glomérulaire
- B- Comporte l'artériole afférente , une partie du tube contourné distal , et un tissu conjonctif
- C- Sécrète l'angiotensine
- D- Sécrète la rénine
- E- Est essentielle au maintien de la volémie et de la pression artérielle

72/ les étapes de la phagocytose sont représentées par : RJ

- A- Fixation de l'antigène sur son site récepteur spécifique
- B- Formation de vacuole de phagocytose
- C- Fusion du lysosome primaire avec la vacuole de phagocytose
- D- Destruction enzymatique intralysosomiale
- E- Toutes les propositions sont justes

73 / chez l'embryon : les battements cardiaques débutent : RJ

- A- A la fin de la deuxième semaine du développement embryonnaire
- B- Au début de la troisième semaine du développement embryonnaire
- C- Les 21 et 22^{ème} jours du développement embryonnaire
- D- Au début de la quatrième semaine du développement embryonnaire
- E- La fin de la quatrième semaine du développement embryonnaire

74 / sur une radiographie l'os apparait : RJ

- A- En blanc
- B- En gris
- C- Transparent
- D- En noir
- E- Opaque et grumeleux

75/les quatre densités radiologiques fondamentales du corps humain sont par ordre croissant :RJ

- A- Aérique-calciq-ue-hydrique-graisseuse
- B- Aérique-hydrique-calciq-ue-graisseuse
- C- Hydrique-graisseuse-aérique-calciq-ue
- D- Aérique-graisseuse-hydrique-calciq-ue
- E- Aérique-calciq-ue-hydrique-graisseuse

76/ l'échotomographie est une technique d'imagerie qui utilise : RJ

- A- Les rayons X
- B- Les champs magnétiques
- C- Les ultrasons
- D- La lumière infrarouge
- E- La lumière ultraviolette

CopyWal

-a l'interieur de la fac usdb (Pavillon-18)
-en face des amphis médecine (pav-29)

77/ les artéfacts radiologiques : RJ

- A- Sont normalement présents sur tous les clichés
- B- Sont en rapport avec des erreurs techniques inadmissibles
- C- Leur présence oriente l'interprétation radiologique
- D- Permettent le diagnostic des lésions parenchymateuses
- E- Dessinent normalement les contours des tumeurs bénignes

78/ l'interprétation d'un cliché radiologique : RF

- A- Découle de son analyse
- B- Tient compte du contexte clinique et des autres examens complémentaires
- C- Permet et toujours de choisir un seul diagnostic
- D- Nécessite des clichés de bonne qualité
- E- Soulève parfois des diagnostics différentiels

79/ sur une radiographie du thorax de face la scissure azygos :RJ

- A- Est constamment visible
- B- Est située au niveau du lobe supérieur gauche à sa face interne
- C- Permet de séparer le lobe supérieur du lobe moyen
- D- Est située au niveau du lobe supérieur droit à sa face interne
- E- Est située sur le lobe moyen gauche

80 / une caverne tuberculeuse de l'apex pulmonaire gauche est suspectée sur une radiographie du thorax de face, quelle est incidence la plus informative à demander : RJ

- A- Incidence de profil gauche
- B- Incidence antéro-postérieure de face
- C- Incidence en lordose
- D- Incidence postéro-antérieur de face
- E- Le cliché de face est seul déterminant

81/sur une radiographie du thorax de face un poumon blanc unilatéral peut être du à :RF

- A- Epanchement pleural de grande abondance
- B- Atelectasie du poumon
- C- Pneumothorax compressif
- D- Pneumopathie inflammatoire
- E- Pneumopathie tumorale

82/ sur une radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) vous visualisez une opacité déformant les contours du rein gauche avec effacement de la ligne du muscle psoas homolatéral , cela évoque une localisation :RJ

- A- Sous péritonéale
- B- Intrapéritonéale
- C- Extra péritonéale
- D- Rétropéritonéale
- E- Toutes les propositions sont fausses

83/les molécules HLA de classe 1 :RF

- A- Sont exprimées par les cellules nucléées de l'organisme
- B- Présentent le peptide immunogène exogène aux lymphocytes T CD4
- C- La chaîne B2 microglobuline est extracellulaire
- D- La chaîne α est polymorphe
- E- Les gènes de la chaîne α sont localisés au niveau du chromosome 6

84/ la réaction anaphylactique implique la participation :RF

- A- D'IgE
- B- De récepteur RFce I et RFce II
- C- De récepteurs RFcY
- D- De mastocytes
- E- De basophiles et d'éosinophiles

85/la désensibilisations : RF

- A- Consiste à administrer des doses progressivement croissantes d'une préparation allergique
- B- Est indiquée en cas d'asthme modéré
- C- Est contre indiquée en cas de grossesse
- D- Est indiquée en cas d'allergie aux venins d'hyménoptères
- E- Est indiquée en cas de pneumonies allergiques extrinsèques

86/ les déficits immunitaires combinés sévères sont :RF

- A- Des pathologies fréquentes
- B- Mortelles en générales avant l'âge de 1 an
- C- Caractérisés par l'absence des lymphocytes T
- D- Le traitement est assuré par la greffe de moelle osseuse
- E- De transmission autosomique dominante dans les trois formes

87/ les auto anticorps naturels :RF

- A- Ce sont des anticorps qui ont subi des mutations somatiques
- B- Surtout d'isotype
- C- Poly spécifique
- D- De faible affinité
- E- Excrétés principalement par les lymphocytes B CD5+ T indépendants

88/ les immunoglobulines :RF

- A- Sont fabriqués par l'organisme
- B- Sont apportées par une alimentation appropriée
- C- Représentent un large groupe de glycoprotéines
- D- Sont destinées à la défenses contre les microbes
- E- Se distinguent en plusieurs types

89/ parmi ces maladies auto immunes une seule est spécifique d'organe :RJ

- A- La polymyosite
- B- La sclérose en plaque
- C- La sclérodermie
- D- Le syndrome de CREST
- E- La polyarthrite rhumatoïde

90/ les principaux effets biologiques de l'activation du complément sont : RF

- A- L'induction d'une réaction inflammatoire par libération des anaphylatoxines (C3a ,C5a)
- B- L'opsonisation des micro-organismes ou les cellules étrangères par C3b , C3bi et C4b
- C- La lyse membranaire des micro-organismes par le complexe d'attaque membranaire
- D- La solubilisation et le transport des complexes immuns par la liaison aux récepteurs CR1 des hématies
- E- La présentation de l'antigène aux lymphocytes T par les cellules dendritiques folliculaires

91 / un B stimulant utilisé pour dilater les bronches dans l'asthme se traduit par : RJ

- A- Contraction des muscles utérins
- B- Une accélération cardiaque
- C- Diminution de l'excitabilité cardiaque
- D- Manque de vigilance
- E- Contraction des muscles lisses intestinaux

92/ l'iproniazide est une substance médicamenteuse appartenant :RJ

- A- Aux B-bloquant
- B- Aux antibiotiques
- C- Aux antiviraux
- D- Aux IMAO
- E- Aux neuroleptiques

93/ la spiramycine est un antibiotique ; il agit sur : RJ

- A- Les virus
- B- Les bactéries
- C- Les microbes en général
- D- Les parasites
- E- Les fongiques

94/ un alcaloïde , principe actif physiologique contient dans sa structure : RJ

- A- Un produit organique basique
- B- Un noyau gonane
- C- Un dérivé acide
- D- Un composé glucidique
- E- Un composant lipidique

95/ une préparation magistrale représente : RJ

- A- Une substance médicamenteuse préparée de façon industrielle
- B- Une forme de médicament exclusivement pour une utilisation externe
- C- Une formule médicamenteuse inventée par le médecin selon la pharmacopée
- D- Une substance médicamenteuse en voie de péremption
- E- Une composition proposée par le patient

96/ dans l'interaction entre deux médicaments , on peut observer une synergie de potentialisation au cours de laquelle :RJ

- A- Les actions des deux médicaments sont neutralisées
- B- L'un des deux médicament utilisés voit son effet diminué
- C- Les actions des deux seront supérieurs à la somme des actions des deux constituants su mélange pris isolément
- D- Le mélange des deux effets s'ajoute
- E- Le patient doit être sous control médical strict

97 / l'effet secondaire d'un médicament est la manifestation observée à la suite :RJ

- A- D'une réponse nuisible et fortuite d'un médicament pris à une dose thérapeutique normale
- B- D'une prise d'un médicament à forte dose par rapport la prise normale utilisée de façon thérapeutique
- C- D'une prise d'un médicament d'une façon répétée
- D- Est la prise d'un médicament périmé ou contre indiqué
- E- De la prise d'un médicament présentant en effet d'accoutumance

98/l'oxacilline est un antibiotique : RJ

- A- Appartenant à la famille des tétracyclines
- B- Agit essentiellement sur le bacille de koch
- C- Agissant en tant qu'antifongiques
- D- Détruisant l'ARN messager
- E- Pouvant résister aux B-lactamases

99 / Les salicylates sont éliminés : RJ

- A- Voie digestives
- B- Par voie hépatique
- C- Par voie sudorale
- D- Par voie capillaire
- E- Par voie rénale

100/ l'immunologie :RF

- A- Trouve son application dans les laboratoires de recherche
- B- Trouve son application dans les laboratoires de diagnostic
- C- Trouve son application dans les centres de radiologie par utilisation d'anticorps marqués
- D- Permet la détection d'agents pathogènes
- E- Permet la détection de paramètres biologiques

CT Fondamentaux 2013

Question	Réponse	Question	Réponse	Question	Réponse	Question	Réponse
1	D	27	B	53	A	79	D
2	B	28	C	54	C	80	C
3	B	29	C	55	A	81	C
4	B	30	D	56	E	82	D
5	E	31	A	57	E	83	B
6	E	32	D	58	C	84	C
7	B	33	D	59	D	85	E
8	E	34	C	60	B	86	E
9	E	35	D	61	A	87	A
10	A	36	B	62	E	88	B
11	B	37	D	63	D	89	B
12	B	38	B	64	C	90	E
13	A	39	AE	65	A	91	B
14	B	40	A	66	D	92	D
15	E	41	C	67	E	93	B
16	C	42	B	68	A	94	A
17	A	43	B	69	E	95	C
18	D	44	E	70	A	96	C
19	A	45	B	71	C	97	A
20	C	46	D	72	E	98	E
21	A	47	E	73	C	99	E
22	B	48	E	74	A	100	D
23	D	49	E	75	D		
24	A	50	E	76	C		
25	D	51	E	77	B		
26	E	52	C	78	C		

Concours de résidanat octobre 2013

Epreuve de dossier et cas cliniques

Cas clinique 1 : une cohorte de 1013 nouveau-nés issus d'une grossesse unique à terme (supérieure ou égale à 37 semaines de gestation) a été suivie jusqu'à l'âge d'un an pour évaluer l'impact du nombre de consultations prénatales sur la mortalité au cours de la première année de vie (c'est-à-dire entre la naissance et l'âge de 11 mois révolus) en milieu rural défavorisé. Parmi les nouveau-nés dont les mères ont bénéficié d'au moins trois consultations prénatales, 7.8 pourcent sont décédés contre 3.7 pourcent des nouveau-nés dont les mères ont au moins trois consultations prénatales. On supposera qu'il existe une relation de causalité entre le facteur de risque et le phénomène étudiés.

Q1. Les pourcentages de l'énoncé : 1 RJ

- A. Ne peuvent pas être assimilés à des incidences cumulées
- B. Sont des ratios de mortalité spécifique
- C. Sont des taux de mortalité spécifique
- D. Ne peuvent pas être comparés en utilisant la méthode du test de l'hypothèse nulle
- E. Peuvent être assimilés à des prévalences

Q2. Le taux de mortalité global (tous nouveau-nés confondus) est : 1RJ

- A. 7.8 pourcent
- B. 3.7 pourcent
- C. 11.5 pourcent
- D. 5.8 pourcent
- E. Ne peut être déterminé

Q3. La structure de cette étude est : 1RJ

- A. Une étude cas-témoins
- B. Un essai randomisé
- C. Une étude transversale analytique
- D. Une étude cohorte étiologique
- E. Une étude cas-témoins emboîtée dans une cohorte

Q4. Le surcroît de mortalité imputable au nombre de consultations prénatales chez les nouveau-nés dont les mères ont eu moins de trois consultations prénatales est de : 1RJ

- A. 8 pourcent
- B. 16 pourcent
- C. 4 pourcent
- D. 2 pourcent
- E. Ne peut être déterminé

Q5. Sachant que le nombre de décès parmi les nouveau-nés dont les mères ont eu moins de trois consultations prénatales s'est élevé à 54, le nombre de décès qui auraient pu être évités par un programme assurant au moins trois consultations prénatales aux femmes enceintes avait été mis en place, est de : 1RJ

- A. 28
- B. 38
- C. 48
- D. 18
- E. Ne peut pas être déterminé

Cas clinique 2 : vous recevez à la garde un nouveau-né âgé de 48 heures de vie pour refus de téter et geignement. La maman est âgée de 30 ans, G3P3, sans antécédents particuliers. Grossesse menée à terme avec notion de brûlure mictionnelles durant les 15 derniers jours. Durant l'accouchement, une fièvre maternelle et un liquide amniotique clair et fétide ont été constatés. L'APGAR 7/10 à 1 min et 8/10 à 5 mn de vie. Il a reçu du lait artificiel. L'examen clinique révèle : PN= 3300 g, PC=34,5 cm, un teint grisâtre et des signes de détresse respiratoire : geignement audible à distance, battement des ailes de nez et tirage intercostales peu marqués, entonnoir xiphoïdien modéré et absence de balancement thoraco abdominal. Par ailleurs on retrouve une température à 35°C, un temps de recoloration cutanée à 4 secondes, FC = 180 bat/mn, FR=70 cycles/mn. Le murmure vésiculaire est perçu aux deux champs pulmonaires, absence de râles et absence de souffle cardiaque à l'auscultation. Une flèche hépatique à 5,5 cm et une splénomégalie de type I. Le nouveau-né est en semi flexion et hyporéactif.

Q6. Le score de SILVERMAN chez ce nouveau-né est estimé à : 1RJ

- A. 2
- B. 3
- C. 4
- D. 5
- E. 6

Q7. Quel est l'examen à réaliser en 1ère intention devant cette détresse respiratoire ? 1RJ

- A. Abdomen sans préparation
- B. Radiographie pulmonaire de face avec sonde radio opaque
- C. Radiographie pulmonaire de face et profil
- D. Cliché thoraco-abdominale avec sonde radio opaque
- E. TDM thoracique

L'interprétation de la radiographie est sans anomalies.

Q8. Chez ce nouveau-né, vous évoquez le diagnostic de : 1RJ

- A. Malformation pulmonaire
- B. Maladie de membranes hyalines
- C. Infection materno-fœtale
- D. Inhalation meconiale
- E. Retard de réabsorption de liquide pulmonaire

Q9. Quels sont les signes en faveur de ce diagnostic ? 1RJ

- A. Symptomatologie précoce et teint grisâtre
- B. Critères anamnestique et résultat de la radiographie
- C. Syndrome de détresse respiratoire et tachycardie
- D. Critères anamnestique, Syndrome de détresse respiratoire et troubles hémodynamiques
- E. Aucune de ces réponses n'est juste

Q10. Quels sont les examens nécessaires pour confirmer le diagnostic : 1RJ

- A. Bilan métabolique et hémocultures
- B. CRP, NFS et prélèvement périphériques
- C. CRP, NFS et ECBU chez la maman
- D. Prélèvement périphériques et bilan métabolique
- E. CRP, NFS et hémocultures

Q11. Quelles sont les complications à redouter dans cette pathologie ? 1RJ

- A. Déshydratation aigue
- B. CIVD et méningite néonatale
- C. Décompensation cardiaque
- D. Pneumothorax
- E. Toutes ces réponses sont justes

Q12. L'examen complémentaire à réaliser dès la régression de la détresse respiratoire est : 1RJ

- A. Test de Guthrie
- B. Contrôle de la radiographie
- C. Ponction lombaire
- D. ECBU
- E. Bilan hormonal

Q13. Pour la prise en charge de ce nouveau-né, vous mettez en route en urgence : 1RJ

- A. Pose d'une voie d'bord veineuse
- B. Oxygénothérapie seule
- C. Oxygénothérapie et antibiothérapie
- D. Antibiothérapie et drogues inotropes
- E. Oxygénothérapie, antibiothérapie et drogues inotropes

Q14. Ce nouveau-né aurait dû bénéficier dès la naissance d'un : 1RJ

- A. Bilan biologique et antibiothérapie
- B. Antibiothérapie
- C. Oxygénothérapie et antibiothérapie
- D. Oxygénothérapie
- E. Bilan biologique

Q15. La prévention de cette pathologie néonatale repose sur : 1RJ

- A. Traitement de toutes infection maternelle
- B. Corticothérapie anténatale
- C. Echographie fœtale
- D. Aspiration du liquide amniotique meconial a la naissance
- E. Toutes ces réponses sont justes

Cas clinique 3 : nadir, 9ans, sans antécédents notables, présente depuis quelques jours une éruption d'allure purpurique des membres inférieurs avec des douleurs abdominales diffuses et des douleurs des grosses articulations.

Le médecin traitant l'adresse dans l'hypothèses d'un purpura rhumatoïde. Durant l'hospitalisation, les douleurs abdominales persistent.

Biologiquement : hémogramme normal, si ce n'est une discrète polynucléose, ionogramme normal, Créatinine sanguine à 15 mg/l, compte d'Addis normal, protéinurie des 24 h à 40 mg/24h.

Q16. Le diagnostic positif de purpura rhumatoïde repose sur : 1RJ

- A. Les données cliniques
- B. L'existence d'une thrombopénie
- C. L'élévation possible des IgE sériques
- D. L'abaissement du complément (C3, CH50)
- E. La présence du facteur rhumatoïde

Q17. L'atteinte articulaire du purpura rhumatoïde : 1RJ

- A. Concerne les grosses et les petites articulations
- B. Ne laisse jamais de séquelles
- C. A souvent une topographie différente que les lésions purpuriques
- D. N'est que rarement retrouvée
- E. Justifie parfois la corticothérapie

Q18. Les manifestations abdominales du purpura rhumatoïde (1RF)

- A. Sont parfois inaugurales
- B. Peuvent comporter des hémorragies intestinales
- C. Sont en rapport avec des petits hématomes pariétaux de l'intestin
- D. Nécessitent toujours un traitement médical
- E. Justifient parfois la corticothérapie

Q19. L'atteinte rénale du purpura rhumatoïde : 1RJ

- A. Ne comporte jamais un syndrome néphrotique
- B. Survient généralement précocement
- C. Correspond à une glomérulonéphrite segmentaire et focale
- D. Est caractérisée par des dépôts marginaux d'IgA
- E. Ne laissent pas de séquelles

Q20. Le traitement du purpura rhumatoïde : 1RJ

- A. Comporte uniquement le repos au lit
- B. Justifie un régime du fait du risque d'hypertension artérielle
- C. La corticothérapie n'a pas sa place
- D. Nécessite une antibiothérapie de couverture
- E. Peut justifier une nutrition parentérale exclusive

Cas clinique 4 : patiente âgée de 24 ans victime d'une agression sexuelle qui se présente seule au pavillon d'urgences.

Q21. Quelle conduite adopter ? (RJ)

- A. Demander une réquisition avant toute prise en charge
- B. Adresser la patiente à la police judiciaire
- C. Informer la direction de l'hôpital
- D. Exiger la présence de la famille
- E. Donner d'abord les soins d'urgences nécessaires

Une réquisition est alors établie au médecin d'urgence concernant cette même patiente en vue d'effectuer un examen des blessures subies :

Q22. Le médecin devra alors : (RF)

- A. Informer la patiente du contenu de la mission
- B. Se récuser pour incompétence, ce type de mission ne révélant pas des actes médicaux courants
- C. Interroger la patiente sur les circonstances de l'agression
- D. Effectuer un examen de la région génito-anale
- E. Effectuer une évaluation des répercussions psychologiques

À l'examen, une affection contagieuse sexuellement transmissible est diagnostiquée fortuitement

Q23. La découverte de cette affection implique alors : (RF)

- A. L'information de la patiente
- B. L'orientation vers un service approprié
- C. L'information de l'autorité requérante
- D. Aucune mesure particulière
- E. Réponse C et D sont justes

Q24. La prévention des conséquences des violences sexuelles se traduit par : (RJ)

- A. Entreprendre une psychothérapie dès la survenue de l'agression
- B. Prévention d'une grossesse
- C. Pratiques de sérologies répétées
- D. Réponses A et C sont justes
- E. Toutes ces propositions sont justes

Q25. Le rapport de l'examen médical : (RJ)

- A. Doit être adressé à l'autorité requérante
- B. Ne doit comporter aucun diagnostic
- C. Est remis à la direction de l'hôpital
- D. Ne comporte que les réponses objet de la mission
- E. Réponses A et D sont justes

Cas clinique 5 : un adolescent, 15 ans présente une tumeur du membre inferieur. Après bilan, le médecin pose le diagnostic d’ostéosarcome fémoral, pour lequel il indique une amputation.

Q26. l’attitude de médecin face à cette indication se traduira alors par : (RJ)

- A. La pratique de l’intervention préconisée sans aucun préalable
- B. L’information de la direction de l’hôpital
- C. L’obtention d’un consentement éclairé du tuteur légal avant l’intervention
- D. Une information adaptée du malade avant tout acte chirurgicale
- E. Réponses C et D sont justes

Le tuteur légal refuse alors tout acte d’amputation pratiqué sur son fils malade.

Q27. Devant cette situation et d’un point vue déontologique, le médecin est tenu : (RJ)

- A. De respecter la volonté du tuteur légal
- B. De faire appel au conseil de l’ordre des médecins
- C. De faire signer une attestation de refus par le tuteur
- D. D’informer le tuteur du malade sur les conséquences néfastes de ce refus
- E. Aucune réponse juste

Q28. Dans les cas extrêmes, lorsque le tuteur légal refuse les soins nécessaire a la santé d’un mineur, le médecin doit envisager alors : (RJ)

- A. De faire intervenir le directeur de l’hôpital
- B. D’informer la direction de la santé
- C. De faire opérer le patient a l’insu du tuteur légal
- D. D’informer le procureur de la république
- E. Aucune réponse juste

Q29. Le consentement éclairé aux soin : (RF)

- A. Suppose une information intelligible et loyal préalable
- B. Est facultatif en situation d’urgence
- C. Ne concerne que les actes chirurgicaux
- D. Constitue une obligation déontologique
- E. Est un critère de qualité des soins

Q30. D’un point de vue déontologique, le refus de soins d’un patient majeur et lucide implique pour le médecin : (RF)

- A. D’insister par l’information auprès du patient
- B. De se faire aider par la famille pour tenter de convaincre le patient
- C. D’user de tout moyen nécessaire pour réaliser la thérapeutique préconisée
- D. De respecter le choix du malade dans les cas extrêmes même en cas de maladie grave
- E. informer le patient sur les conséquences de son refus

Cas clinique 6 : madame AB, G3P2, aménorrhée 39 semaines s’est présenté pour accouchement. Le col long, dilaté a 2doigts, les CU sont régulières depuis 2H. au bout de 3H, le statut est le même. 6H plus tard, sans thérapeutique, la dilatation est à 7 cm

- A dilatation complète, la présentation s’engage en ODP.
- L’expulsion est lente spontané en OP sans épisiotomie.
- Enfant vivant bien portant de poids 3500 g.
- Après 15 min, la délivrance s’effectue sous la seule poussée maternelle, sans hémorragie.
- La rétraction est bonne, le placenta est complet.

Q31. Cet accouchement doit être considéré comme étant (RJ) :

- 1. Préaturé
- 2. A terme
- 3. Naturel
- 4. Dystocique
- 5. Spontané

A ? B ? C ? D ? E ?

Q32. Pour parler de début de travail, quel élément manque à l’entrée de la patiente (R ?)

- 1. Rupture prématuré des membranes
- 2. CU efficaces
- 3. Perte du bouchon muqueux
- 4. Les modifications cervico isthmiques
- 5. Une présentation engagée

Combinaison : ?

Q33. Quel élément permettent d’expliquer la lenteur de l’engagement : (RJ)

- 1. La variété postérieure
- 2. La flexion imparfaite de la présentation
- 3. La nécessité d’une rotation importante
- 4. Une disproportion fœto pelvienne
- 5. Un défaut d’intensité de CU

A-1+2 B-2+3 C-1+4 D-3+4 E-4+5

Q34. Quel est l'élément le plus important qui permet d'expliquer la lenteur de la 2eme phase du travail (RJ) :

- A. Une expulsion très douloureuse
- B. Une éventuelle anesthésie péridurale
- C. Une flexion imparfaite de la présentation
- D. Une disproportion fœto pelvienne
- E. La nécessité d'une rotation importante

Q35. La délivrance est normale car (RF) :

- A. La durée est normale
- B. Non hémorragique
- C. Dirigée
- D. Spontanée
- E. Le placenta est complet

Cas clinique 7 : madame A.B 23 ans G1P10 présente une aménorrhée de 08 semaines, vous confirmez le diagnostic de grossesse. Votre gestante demande des conseils quant à son suivi.

Q36. En 1^{er}, quel examen préconisez-vous ? (RJ)

- 1. Sérologie syphilis
 - 2. Sérologie toxoplasmose, rubéole
 - 3. Sérologie VIH
 - 4. Glucosurie, Albuminurie
 - 5. Groupage sanguin, rhésus
- A-1+2+3 B-2+3+4+5 C-3+4+5 D-1+2+3+4 E-1+2+4+5

Q37. La sérologie toxoplasmose est négative, que conseillez-vous ? (RJ)

- 1. Supprimer la consommation de vide
 - 2. Supprimer la consommation de cresson sauvage
 - 3. Se laver les mains
 - 4. Laver les fruits et les légumes
 - 5. Eviter de changer la litière des chats
- A-1+2+3+5 B-1+2+3+5 C-2+3+4+5 D-1+2+3 E-1+2+4

Q38. La patiente vous interroge sur les risques pour l'enfant en cas de contamination : (RJ)

- 1. Atteinte embryonnaire rare au T1
 - 2. L'atteinte grave en fin de grossesse
 - 3. Atteinte fœtale est bénigne
 - 4. Les lésions oculaires sont systématique si atteinte précoce
 - 5. Le traitement de la mère par spiramycine
- A-2+4+5 B-1+3 C-1+4+5 D-3+4+5 E-2+3+5

Q39. Vous faites une sérologie toxoplasmique chaque mois, l'examen à la 20 eme semaines est positif. La date de contamination est située à la 13 eme semaines, quel est le traitement (RJ) :

- A. Abstention thérapeutique
- B. Spiramycine
- C. Pyriméthamine
- D. sulfaméthaxazol triméthoprime
- E. sulfataxine pyrémithamine

Q40. Quels examens prévoir pour l'enfant a la naissance (RJ).

- 1. Examen neurologique
 - 2. Echographie transfontanellaire
 - 3. Fond d'œil
 - 4. Hémoculture
 - 5. Sérologie toxoplasmique sur sang de cordon
- A-1+2+3+5 B-2+3+5 C-1+2+3 D-2+3+4 E-2+3+4+5

Cas clinique 8 : Mme L.N est immobilisée dans son lit par une contention plâtrée pour une fracture du tibia droit. À bénéficier d'un traitement préventif Enoxoparine 0,4 ml/j. au 9 eme jour, elle présente brutalement une douleur violente du membre inferieur droit. La jambe et le pied sont froids et livides. La palpation du mollet déclenche une très vive douleur. Il y a une disparition des poulx poplité, tibial postérieur et pédieux droits. L'auscultation cardiaque est normale et l'ECG est sans anomalies notables : le rythme est sinusal. Il n'existe pas de déficit sensitivomoteur à l'examen neurologique. Les résultats partiels du bilan sont les suivants : FNS : Hub=12gr/l, GB =7200/ml (PNN 68 pourcent), Hte=41 pourcent , plaquettes= 32000/ml. CPK = 8500 UL. Créatinine = 10 mg/l.

Q41. Quel est le mécanisme de la thrombopénie ? (RJ)

- A. Induite par l'héparine
- B. Séquestration
- C. Déperdition
- D. Induite par l'immobilisation
- E. Aucune des propositions citées : la thrombopénie est fausse

Q42. Quel est le diagnostic le plus probable ? (RJ)

- A. Phlegmatia cerulea
- B. Syndrome des loges
- C. Ischémie aiguë du membre inférieur
- D. Ostéomyélite aiguë
- E. Fasciite de la jambe

Q43. Comment confirmer le diagnostic ? (RJ)

- A. Echographie doppler des membres inférieurs
- B. Echographie cardiaque doppler
- C. Radiographie de la jambe
- D. Echographie des parties molles
- E. Scintigraphie osseuse

Q44. L'élévation des enzymes musculaires est expliquée par (RJ) :

- A. Ischémie musculaire
- B. Immobilisation plâtrée
- C. Infection des parties molles
- D. Compression œdémateuse
- E. Aucune des propositions suivantes

Q45. Quelle mesure thérapeutique préconisez-vous ? (RJ)

- A. Double antibiothérapie : amoxicilline + gentamicine
- B. Chirurgie décompressive : aponevrotomie
- C. Remplacement de l'héparinothérapie par le danaparoïde sodique et désobstruction vasculaire par sonde de Fogarty
- D. Héparinothérapie à dose curative et transfusion plaquettaire
- E. Aucune des propositions citées n'est exacte

Cas clinique 9 : patient 35 ans, fumeur 2 paquets/jour depuis 15 ans, poids 72 kg pour une taille 1,88 m. il est vu en consultation pour douleur thoracique constrictive apparue depuis 2 mois. Celle-ci survient à l'effort et est calmée par la trinitrine sublinguale . TA = 135/80mmHg. FC= 85 b/min.

Q46. Quel est votre diagnostic ? (RJ)

- A. Péricardite chronique
- B. Angine de poitrine stable
- C. Angor crescendo
- D. Angor instable
- E. Dissection de l'aorte

Q47. Quels examens complémentaires demandez-vous dans un premier temps ? (RF)

- A. ECG de repos
- B. Coronarographie
- C. Echographie de stress
- D. Holter ECG
- E. Scintigraphie myocardique

Q48. Une épreuve d'effort est programmée. Quels examens préalables faut-il pratiquer ? (RF)

- A. Echodoppler cardiaque
- B. Formule de numération sanguine
- C. Dosage de la kaliémie
- D. Glycémie à jeun
- E. Dosage des troponines

Q49 dès la 1^{er} palier de l'épreuve d'effort, le patient présente une douleur médiosternale constrictive avec un sous-décalage du segment ST de 2,5 mm en V1, V2, V3. Votre CAT ? (RJ)

- A. Coroscanner
- B. Echocardiographie de stress
- C. Coronarographie
- D. Holter ECG
- E. Scintigraphie myocardique

Q50. Le traitement médical comportera (RF) :

- A. Ramipiril
- B. Clopidogrel
- C. Metoprolol
- D. Atorvastatine
- E. Sildénafil

Cas clinique 10 : un patient âgé de 40 ans, sans ATCD pathologiques particuliers, présente depuis quelques mois une asthénie, une dyspnée d’effort, des palpitations, céphalées et des vertiges. Il signale des troubles dyspeptiques avec une diarrhée et des paresthésies des deux membres inférieurs. À l’examen, l’état général est conservé, apyrexie, on note une pâleur cutanéomuqueuse, un discret ictère conjonctival et un vitiligo. La langue est dépapillée, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et le signe de Babinski est bilatéral.

Un bilan biologique retrouve : FNS : 8g/dl, Hte :24 pourcent , GR :2 .10⁶/ul, réticulocytes :4.5 pourcent , GB=3,5 .10³/ul (70,00,00,28,02), plaquettes :90 .10³. Bilirubine totale : 15mg/l (BI12mg/l)

Q51. Interprétez les résultats de l’hémogramme : RJ

- 1. Anémie macrocytaire normochrome arégénérative
- 2. Anémie macrocytaire hypochrome régénérative
- 3. Leucopénie sévère avec neutropénie et thrombopénie modérée
- 4. Leucopénie et thrombopénie modérées
- 5. Pancytopénie severe

A-1+2 B-1+4 C-2+3 D-2+5 E-1+5

Un medullogramme pratiqué retrouve une moelle très riche. On note de nombreux érythroblastes (60 pourcent) de grande taille intensément basophiles et gigantisme des autres lignées granuleuses et mégacaryocytaires.

Q52. Il s’agit (RJ)

- A. Erythroleucemie
- B. myélodysplasie
- C. myéloprolifération maligne
- D. mégaloblastose médullaire
- E. Moelle réactionnelle

Q53. Les examens à demander pour avancer dans votre démarche diagnostic sont (RJ) :

- 1. Dosage des cobalamines sériques
- 2. Test thérapeutiques à la vitamine B12
- 3. Dosage de la ferritine sérique
- 4. Dosage des folates sériques et érythrocytaire
- 5. Dosage de la vitamine B6

A-1+2 B-1+3 C-2+3 D-3+4

Q54. A la lumière de ces données cliniques et biologiques vous évoquez en priorité : (RJ)

- A. Maladie cœliaque
- B. Maladie de Biermer
- C. Maladie de Whipple
- D. Entéropathies exsudatives
- E. Maladie de Crohn

Q55. Les examens qui confirment votre hypothèse diagnostic sont : (RJ)

- 1. Biopsie gastrique
- 2. Biopsie jéjunale
- 3. Recherche d’anticorps anti facteur intrinsèque
- 4. Recherche d’anticorps anti-orosomucoide
- 5. Recherche d’anti-cellule pariétales gastriques

A-1+2+3 B-1+3+4 C-2+3+4 D-1+3+5 E-3+4+5

Q56. Le diagnostic étant retenu, le traitement consiste en (RJ)

- A. Prise orale de la Vit B12 a vie
- B. Injection de vitamine B12 par voie intramusculaire a vie
- C. Prise orale de la vitamine B9 pendant 2 mois
- D. Régime sans gluten
- E. Gastrectomie subtotale

Q57. L’évolution peut être marqué par : (RJ)

- 1. Cancérisation gastrique
- 2. Survenue d’un diabète sucré
- 3. Survenue de thyroïdite d’Hashimoto
- 4. Survenue de leucémie aigue
- 5. Survenue d’un lymphome intestinal

A-1+2+4 B-1+3+4 C-2+3+5 D-1+2+3 E-1+3+5

Cas clinique 11 : Mme M 33 ans (G1P1) est ramenée par son mari a votre consultation. Il vous apprend qu’il y’a 4 mois, à la suite d’un accouchement par césarienne, son épouse fait une petite déprime et pleure tout le temps. Elle avait alors peur de ne pas être capable de s’occuper de leur enfant. Quelques jours après leur retour à leur domicile, tout était rentré dans l’ordre mais tout recommence depuis 2 semaines. Souvent très angoissé, Mme M a été incapable de reprendre son travail. Elle dort peu la nuit et reste de plus en plus dans sa chambre pour se reposer. Elle s’occupe de moins en moins de sa fille pour qui elle ne manifeste quasiment plus d’intérêt. Elle s’adresse à nous sur un ton las, un débit verbal ralentit. Elle affirme être de toute façons incapable de s’occuper de son enfant, et pense qu’elle aurait mieux fait d’avorter. Vous lui propose d’être hospitalisée, elle refuse disant que cela ne sert à rien, la seule solution serait de ne plus exister. Le dernier bilan biologique réalisé il y a un mois montre les résultats suivants :

GR : 3,9 T/l Leucocytes : 4,6 G/l Polynucléaires neutrophiles : 48 pourcent Lymphocytes : 32 Plaquettes : 159 G/l Hémoglobine : 115 g/l Ht : 35 pourcent	Na+ : 139 mmol/l Cl- : 101mmol/l HCO3 : 25 mmol/l K+ : 3,3 mmol/l Glycémie à jeun : 4,5 mmol/l
--	--

Q58. La symptomatologie présenté dans les suites immédiates de l’accouchement est en faveur : RJ

- A. D’un trouble obsessionnel compulsif
- B. D’un syndrome délirant aigu
- C. D’un accès maniaque
- D. D’un tableau de post-partum blues
- E. D’une personnalité schizoïde

Q59. La symptomatologie actuelle est en rapport avec : RJ

- A. Un tableau de post-partum blues chronique
- B. Un épisode dépressif majeur
- C. Un trouble phobique
- D. Un épisode maniaque
- E. Un état confusionnel

Q60. Votre conduite à tenir comportera alors : RJ

- 1. Une hospitalisation sous contrainte en service de psychiatrie
- 2. Faire un bilan clinique et paraclinique pour contrôler les anomalies biologiques constatées il y a un mois
- 3. L’instauration d’un traitement antidépresseur
- 4. L’instauration d’un traitement hormonal
- 5. La prescription d’un traitement antibiotique

A-1+2 B-1+4 C-4+5 D-1+2+3 E-2+4+5

A la 3 eme semaine d’hospitalisation, vous êtes appelés en urgence au chevet de votre patiente. Sur place la patiente est agitée, en proie à des hallucinations. Elle dit voir des êtres qui veulent lui nuire et vous demande l’aide à les chasser et protéger sa fille. Elle vous prend pour un membre de sa famille, ne se rappelle pas de vous avoir vu auparavant et crois reconnaître en l’infirmière sa mère. Elle ne reconnaît pas les lieux, ne trouve pas sa chambre, se trompe sur les dates.

Q61. Quel est votre diagnostic : RJ

- A. Un virage maniaque
- B. Un syndrome confusionnel
- C. Une bouffée délirante
- D. Un état catatonique
- E. Un trouble panique

Q62. Pour calmez cette agitation cous préconisez : RJ

- A. Un arrêt de traitement antidépresseur
- B. L’institution d’un traitement sédatif a base de benzodiazépine
- C. La pratique d’une électroconvulsivothérapie
- D. L’instauration d’une cure psychanalytique
- E. L’augmentation de posologie du traitement anti dépresseur

A l’examen de cette patiente vous retrouvez les éléments cliniques suivants :

Maux de tête (sans raideur rachidienne), une hyperthermie en plateau à 40°C, un poulx a Bt/min, douleurs abdominales, météorisme abdominal avec taches rosées lenticulaires au niveau de l’abdomen et une splénomégalie.

Q63. Ce tableau clinique est en faveur : RJ

- A. D’une syphilis
- B. D’une méningite cérébrospinale
- C. Une fièvre typhoïde avec tumphos
- D. Un choléra
- E. Un syndrome grippal

Q64. La FNS pratiqué en urgence retrouve une leucopénie avec granulopénie. Pour confirmer votre diagnostic vous pratiquez chez elle : RJ

- 1. Une ponction lombaire avec étude LCR
- 2. Un BW (bordet-wasserman)
- 3. Une coproculture
- 4. Un sérodiagnostic de Widal
- 5. Un test de Nelson

A-1+2 B-2+3 C-3+4 D-4+5 E-1+3

Q65. Votre diagnostic posé, votre attitude thérapeutique sera de : RJ

- 1. Maintenir le traitement antidépresseur
- 2. Arrêter le traitement antidépresseur
- 3. Instituer un traitement antibiotique à base de phénicol
- 4. Instituer un traitement antibiotique à base de pénicillines
- 5. Instituer un traitement antibiotique à base de spyramycine

A-1+3 B-2+3 C-1+4 D-1+5 E-2+5

Un mois après le début des troubles, vous recevez ces parent qui vous indiquent que leur fille avait déjà été hospitalisée à 3 reprises pour des troubles du comportement. Le dernier avait été particulièrement important marqué par les insomnies, une excitation psychomotrice avec logorrhée et humeur expansive. Depuis son mariage il y’a un an, elle ne voulait prendre aucun traitement.

Q66. Quel diagnostic faites-vous ? RJ

- A. Psychose paranoïaque
- B. Hystérie
- C. Psychose maniaco-dépressive
- D. Bouffée délirante
- E. Trouble obsessionnel-compulsif

Q67. Quel traitement proposez-vous ? RJ

- A. Neuroleptique
- B. Hypnotique
- C. Psychothérapie
- D. Thymorégulateur
- E. Anxiolytique

Cas clinique 12 : un patient âgé de 32 ans, consulte pour un syndrome d’HIC et hypoacousie évoluant depuis 3mois. L’examen retrouve une atteinte du VII à gauche et une faiblesse musculaire de l’hémicorps gauche.

Q68. Vous situez la lésion au niveau de : RJ

- A. Oreille interne
- B. Angle ponto-cérébelleux gauche
- C. Angle ponto-cérébelleux droit
- D. Lobe temporal droit
- E. Tronc cérébral

Q69. Pour étayer votre diagnostic, vous demander les examens suivants : RJ

- A. Examen ORL
- B. Potentiels évoqués auditifs
- C. EEG
- D. Scanner de la FCP
- E. IRM médullaire

Q70. Quel diagnostic évoquez-vous parmi les propositions suivantes : RJ

- A. Choléstéatome
- B. Tumeur du lobe temporal
- C. Tumeur cérébelleuse
- D. Neurinome du VII
- E. Tumeur médullaire haute

Ce patient au décours de sa convalescence, chute de sa hauteur, occasionnant un TC avec une perte de connaissance. L’examen montre une mydriase à droite at une pâleur cutanéomuqueuse.

Q71. Vous pensez à quel diagnostic ? RJ

- A. Une contusion cérébrale à droite
- B. Un hématome extradural adroite
- C. Une anémie sévère
- D. Une hémorragie cérébrale
- E. Une atteinte du parasymphatique droit

Q72. Votre CAT sera de : RJ

- A. Donner du mannitol en flash
- B. Opérer ce patient
- C. Transfuser le malade
- D. Adresser le patient en réanimation
- E. L’adresser pour avis en hématologie

Après guérison, il présente un écoulement liquidien par l’oreille droite associé à 39°C de fièvre.

Q73. Vous pensez à quelle complication : RJ

- A. Une otorrhée
- B. Une méningite débutante
- C. Une otite moyenne infectée
- D. Un écoulement de LCR
- E. Une otite externe simple

- Q74.** Vous pratiquer un geste rapidement, lequel ? RJ
- A. Prélèvement de l'écoulement de l'oreille
 - B. Une ponction lombaire
 - C. Une instillation de sérum + dakin au niveau de l'oreille
 - D. Une ATBthérapie par voie générale
 - E. Aucune de ces réponses

Après un mois de traitement, le malade va mieux mais avec il y a persistance d'écoulement liquidien par l'oreille droite.

- Q75.** Vous envisager alors de : RJ
- A. Opérer le malade de son oreille
 - B. De pratiquer un transit isotopique du LCR
 - C. Opérer le malade pour visualiser et fermer une éventuelle brèche de la dure-mère
 - D. Traiter par une ATBthérapie prolongée
 - E. Aucune de ces réponses

Cas clinique 13 : une jeune fille de 15 ans, sans antécédent particulier, est hospitalisée en urgence. Le tableau initial dans la matinée était marqué par des douleurs de la fosse iliaque droite, avec malaise, nausée et fièvre a 37,8°C. après une accalmie de quelques heures, sont progressivement apparus des douleurs abdominales diffuses et des vomissements avec arrêt du transit.

L'examen de l'abdomen montre une contracture abdominale diffuse prédominant dans la fosse iliaque droite. La température est à 39,8°C, il y a une leucocytose a 23 700 globules blancs. L'abdomen sans préparation debout de face met en évidence des niveau hydro-aériques centraux multiples.

- Q76.** Les signes typiques s'une péritonite appendiculaire comportent : RJ
- A. Début et prédominance des signes à droite
 - B. Douleur au TR
 - C. Niveaux hydro-aériques centraux
 - D. Syndrome infectieux
 - E. Toutes les réponses sont exactes

- Q77.** Le tableau présenté dans ce cas fait évoquer : RJ
- 1. Une péritonite par diffusion
 - 2. Une péritonite asthénique
 - 3. Une pelvipéritonite
 - 4. Une péritonite généralisée
 - 5. Un plastron

A-1+5 B-1+4 C-1+2 D-3+4 E-2+5

- Q78.** Les conséquences générales d'une péritonite généralisé sont : RF
- A. Une élévation des résistances vasculaires périphériques
 - B. Une gêne au retour veineux vers le cœur
 - C. Une alcalose métabolique
 - D. Une séquestration de sans veineux splanchnique
 - E. Une hypovolémie et un choc septique

- Q79.** Le diagnostic clinique en présence du syndrome péritonéal comprend : RF
- A. Des signes fonctionnels : douleur abdominale, nausées et ou vomissements, troubles du transit
 - B. Des signes généraux : fièvre souvent élevés, un facies péritonéal, parfois signes de choc
 - C. Des signes physiques : diminution ou absence de respiration abdominale et contracture abdominale
 - D. La présence de la contracture permet d'affirmer le diagnostic et de porter l'indication opératoire
 - E. Un ballonnement abdominal

Q80. Dans le cadre d'une péritonite aigue généralisée du sujet jeune, quelle constatation à l'examen clinique est-elle à elle seule une indication opératoire formelle ? RJ

- A. Météorisme abdominal
- B. Toucher rectal sensible
- C. Contracture abdominale
- D. Faciès vultueux
- E. Douleur provoquée avec défense de la fosse iliaque droite

- Q81.** Quelle proposition s'applique à l'antibiothérapie des péritonites appendiculaires ? RF
- A. Hémocultures avant l'antibiothérapie
 - B. Examen bactériologique aérobie et anaérobie du liquide péritonéal au cours de la laparotomie
 - C. Antibiothérapie dirigée contre les streptocoques D et les Serratia
 - D. Antibiothérapie à large spectre incluant le métronidazole (Flagyl)
 - E. Démarrage de l'antibiothérapie avant la laparotomie

Q82. Quelles sont, parmi les suivantes, les trois complications les plus fréquentes après chirurgie pour péritonite appendiculaire ? RJ

- 1. Fistule du grêle
- 2. Abscess du cul-de-sac de Douglas
- 3. Occlusion postopératoire
- 4. Hémorragie digestive
- 5. Suppuration pariétale

A-1+5+4 B-1+4+3 C-1+2+4 D-2+3+5 E-1+2+5

Q83. Un appendice montre histologiquement des plages de nécros étendue, des images de thrombose vasculaire, un infiltrat inflammatoire peu important. Il s’agit : RJ

- A. D’un appendice normal.
- B. D’une appendicite catarrhale
- C. D’une gangrène appendiculaire
- D. D’un abcès appendiculaire
- E. D’une endo-appendicite subaiguë

Cas Clinique 14 : Un patient 35 ans, victime d'une chute après un saut de parachute ayant occasionné un traumatisme fermé au niveau des 2 pieds ; Il se plaint des douleurs vives au niveau de son dos, en regard de la charnière dorsolombaire avec impossibilité de mobiliser les deux membres inférieurs. Evacué par les éléments de la protection civile a l’hôpital sur une civière.

Q84 .Quelle est votre conduite à tenir ? RJ

- A. Intuber le patient afin de prévenir les troubles respiratoires, suivi d'une corticothérapie a raison de 50 mg/kg/24 heures
- B. Retourner le patient afin d'inspecter la région dorsale a la recherche d'une ecchymose ou d'une saillie excessive d'une épineuse
- C. Eliminer une urgence vitale, puis pratiquer un examen neurologique complet suivi d’administration de corticoïde par voie intraveineuse
- D. Adresser directement le patient au service de radiographie afin de confirmée le diagnostic
- E. Examiner le patient en 1/2assis afin de déterminer l'étage de la lésion dorsale avec précision

L'examen radiologique standard du rachis dorsolombaire retrouve un tassement de la vertèbre D12 qui est supérieur au 1/3 de la hauteur de cette dernière avec recul du mur postérieur.

Q85. Quel est le meilleur examen para clinique qui permet d'affirmer les lésions osseuses. RJ

- A. Résonance magnétique
- B. Le scanner
- C. Tomographie du rachis
- D. Myélographie du rachis
- E. Radiographie standard en 3/4

Q86. L’étude du cliché radiologique du rachis dorsolombaire de face permet d'analyser les paramètres suivants, lesquels ? RJ

- 1. Hauteur du disque inter vertébral et écart entre les 2 pédicules
- 2. Cyphose vertébral
- 3. Largeur et hauteur du corps vertébral
- 4. Recul du mur vertèbre postérieur
- 5. Diamètre sagittal du corps vertébral

A-1+3 B-2+4 C-4+5 D-1+2+5 E-1+2+4

Q87. L’embolie graisseuse est favorisée par : RF

- A. Essentiellement les fractures du fémur ou des 2 os de la jambe.
- B. Les fractures multiples ou avec instabilité du foyer de fracture.
- C. Un transport avec mauvaise contention du foyer de fracture.
- D. L'utilisation de faibles doses de Catécholamines
- E. La pérennisation d'un état de choc hypovolémique

Q88. Le diagnostic de l'embolie graisseuse comprend des signes : RF

- A. Pulmonaire essentiellement
- B. Manifestations neuropsychiatriques
- C. Manifestations cutanéomuqueuses
- D. Gazométrie : Hypoxie
- E. Perturbation du bilan lipidique : augmentation du cholestérol

Q89. Les Complications des lésions urinaires des fractures du bassin sont représentées par toutes les suivantes sauf une, laquelle ? RF

- A. Cellulite pelvi-périnéale
- B. Fistule urétérale
- C. Rétrécissement de l'urètre
- D. Complication rénale infectieuse secondaire
- E. Troubles de la puissance sexuelle, stérilité

Q90. Le diagnostic de rupture de la vessie, lors d'une fracture du bassin est posée sur l'association des signes suivants : RF

- A. Absence de la miction
- B. Absence du globe vésicale
- C. Empâtement sus pubien
- D. Hématome périnéal ou douleur au niveau prostatique
- E. Urétrorragie

Cas Clinique 15 : Jeune homme, 23ans, admis aux urgences pour gêne respiratoire apparue 03heures avant. Dans ses ATCD, on retrouve la même gêne respiratoire à prédominance nocturne qui se renouvelle 10 fois par an. A l'examen physique : malade en état général conservé, bien coloré, T :37°C, TA : 120/80 mm Hg, FC : 90 bat/mn. L'examen pleuropulmonaire montre un FR : 19 Cycles/mn, l'auscultation retrouve de fins râles sibilants aux 02 champs (DEP) est de 4,50 l/mn (80 % du débit habituel).

Q91. Devant ce tableau clinique vous décidez de prescrire le traitement suivant : RJ

- A. Une injection sous cutanée d'une ampoule de terbutaline
- B. Inhalation de 4 bouffées de terbutaline
- C. Inhalation de 02 bouffées de salbutamol
- D. Inhalation de 2 bouffées de salbutamol + 200 mg d'HHC en IVD
- E. Inhalation de 02 bouffées de salbutamol + inhalation de 02 bouffées de Beclométhasone

Au bout de 30 mn l'examen pleuropulmonaire permet de constater la persistance des râles sibilants diffus, le DEP est de 3,50 l/mn, la FC : 90 bat/mn, FR : 22 C/mn.

Q92. Vous décidez alors : RJ

- A. De rajouter une perfusion de 250 de sérum isotonique avec une ampoule de Théophylline
- B. De continuer l'inhalation de Beclométhasone
- C. De continuer de donner des B2 mimétiques en augmentant les doses (4 à 8 bouffées de Salbutamol)
- D. Associer un antibiotique type Pénicilline A
- E. Rajouter une perfusion de 200 mg d'hémisuccinate d'hydrocortisone

Une heure après, malgré le traitement entrepris de nouveaux signes cliniques apparaissent à type d'un tirage sus sternal : TA : 100/60 mm Hg FC : 100 bat/mn, FR : 26 C/mn.

Q93 . Vous décidez alors :

- A. Solution de salbutamol en nébulisation + 200 mg d'Hémisuccinate d'hydrocortisone
- B. Oxygénothérapie
- C. Injection d'adrénaline en sous cutanés
- D. Un traitement digitalo-diurétique
- E. Rajouter une autre perfusion de Théophylline

8 jours après sa sortie, il revient pour contrôle : l'examen physique est normale et le DEP= 500.

Q94. Vous proposez à votre patient le traitement suivant :

- A. B2 mimétiques de courte durée d'action en aérosol à la demande
- B. B2 mimétiques à action prolongée en aérosol
- C. B2 mimétiques de courte durée d'action en aérosol à la demande +corticoïde inhalé
- D. Théophylline à libération prolongée en per os
- E. B2 mimétiques de courte durée d'action en aérosol à la demande + B2 mimétiques action prolongée en aérosol

Cas Clinique 16 : homme de 40 ans a ressenti dans la nuit au décours d'un épisode infectieux d'allure grippale une violente douleur thoracique gauche inhibant l'inspiration profonde, associée à une dyspnée modérée. Il a pris 2 comprimés de paracétamol. L'examen clinique retrouve une température à 40°C, le malade se plaint d'une toux qui ramène une expectoration purulente, de frissons et de sueurs profuses. L'auscultation est normale à droite : il existe un foyer de râles crépitant de la base gauche. Un bouton d'herpès est apparu au niveau de la lèvre depuis le matin chez cet homme sujet à l'herpès récidivant, le reste de l'examen ne retrouve aucune anomalie.

Q95. Quels sont les critères qui vous orientent vers la pneumopathie bactérienne ? RJ :

1. L'expectoration purulente
2. L'association à un herpès de la lèvre
3. L'âge du patient
4. La survenue de la fièvre contemporaine de la douleur thoracique
5. Le foyer de râles crépitants

Réponses : A-1+5 B-1+2+5 C-1+4+5 D-1+3+4+5 E-tous

Q96. En Absence de signes de gravité, vous prescrivez avant de traiter votre patient : RJ

- A. Un lavage broncho-alvéolaire
- B. Une ponction Trans pariétale
- C. Une ponction Trans trachéale
- D. Deux hémocultures
- E. Aucun examen para clinique n'est nécessaire

Q97. Vous prescrivez dans l'immédiat pour les prochaines 24 heures : RJ

- A. Acyclovir
- B. Association céphalosporine + aminoside
- C. Amoxicilline 3 g/j
- D. Oxygénothérapie à 5 l/mn
- E. Héparine de bas poids moléculaire en sous-cutané

La température est à 37°C après 3 jours de traitement et les signes cliniques rétrocedent

Q98. Que faites-vous lors de cette nouvelle consultation ?

- A. Vous arrêtez le traitement antibiotique
- B. Vous poursuivez sans la modifier l'antibiothérapie
- C. Vous réduisez la dose du traitement antibiotique aux deux tiers
- D. Vous associez un macrolide au traitement initial
- E. Vous prescrivez 3 aérosols quotidiens d'un mucolytique et d'un aminoside associés

Q99. Si l'évolution n'était pas favorable au troisième jour, vous évoqueriez pour expliquer l'absence d'amélioration franche de l'état du patient : RJ

- 1. L'apparition d'une pleurésie
- 2. Une surinfection par une mycose
- 3. Un germe résistant au traitement prescrit
- 4. Une mauvaise prise des médicaments
- 5. Une maladie associée favorisant l'infection

Réponses : A-1+3+4 B-1+5 C-3+4 D-1+2+3+4 E-tous

Q100. Dans quel délai revoyez-vous ultérieurement ce patient si l'évolution est favorable après les 4 premiers jours ? R.J

- A. Tous les jours durant 15 jours
- B. Dans 10-15 jours
- C. Dans 2 mois
- D. Dans 6 mois
- E. Il n'est pas nécessaire de le revoir

CT Concours de résidanat octobre 2013

Question	Réponse	Question	Réponse	Question	Réponse	Question	Réponse
1	C	27	D	53	AB	79	/
2	E	28	E	54	B	80	/
3	D	29	C	55	ACE	81	/
4	C	30	C	56	B	82	/
5	A	31	D	57	D	83	/
6	E	32	B	58	D	84	/
7	D	33	E	59	B	85	/
8	C	34	C	60	D	86	/
9	D	35	C	61	B	87	/
10	E	36	E	62	B	88	/
11	E	37	C	63	C	89	/
12	C	38	C	64	C	90	/
13	E	39	B	65	A	91	/
14	B	40	D	66	C	92	/
15	A	41	A	67	D	93	/
16	A	42	A	68	B	94	/
17	B	43	A	69	D	95	/
18	D	44	A	70	D	96	/
19	D	45	E	71	B	97	/
20	AE	46	B	72	B	98	/
21	E	47	D	73	B	99	/
22	B	48	E	74	B	100	/
23	E	49	C	75	C		
24	D	50	E	76	/		
25	E	51	D	77	/		
26	E	52	D	78	/		