

Une jeune femme de 32 ans, non烟ouuse, comptable, sans antécédents, vous consulte pour dyspnée. Elle signale l'apparition depuis 3 mois d'une dyspnée émaillée par le râle crépitant, d'oncours et d'un gruit. Elle a perdu 3kg en 3 mois.

A l'examen, la patiente est apyrétique, à une fréquence respiratoire à 20/min, une pression artérielle à 115/70 mmHg; une fréquence cardiaque à 80/min. Sa saturation en oxygène est à 99%. Elle présente un comblement des creux sur claviculaires.

1/ Quels autres signes recherchez-vous à l'inspection? Des signes du syndrome cave supérieur

- Hipostase
- Odème en pétrome
- Circulation veineuse collatérale thoracique
- Cyanose
- Dysphonie

2/ Que recherchez-vous à l'auscultation pulmonaire dans ce contexte?

- Un wheezing
- Silence auscultatoire
- MV augmentés
- Râles conflants aux bases
- Râles sous crépitant

3/ Quels autres éléments recherchez-vous à l'examen physique?

- Adénopathies périphériques
- Hépato-splénomégalie
- Une hypoesthésie de la houppe du menton
- Masse thyroïdiennes
- Masse parathyroïdiennes

Un homme de 57 ans, fumeur à 50 paquets-années, garagiste, vient vous consulter pour dyspnée. Il a comme antécédents une hypertension artérielle contrôlé sous traitement. Il se plaint d'une dyspnée d'effort depuis 2 ans, progressivement croissante, et d'une toux avec expectoration muqueuse quotidienne.

A l'examen clinique, la pression artérielle est à 150/90 mm Hg, la fréquence cardiaque à 85/min, la fréquence respiratoire à 24/min, la saturation en oxygène à 95% en air ambiant. Le thorax est distendu. L'auscultation pulmonaire montre une diminution du murmure vésiculaire.

7/ Quels autres signes recherchez-vous à l'inspection?

- Cyanose
- Tirage
- Mise en jeu des muscles respiratoires accessoires
- Râles crépitant
- Hippocrate digital

8/ Quels sont les signes radiographiques de distension thoracique?

- Augmentation de la silhouette cardiaque
- Horizontalisation des côtes et des clavicules
- Elargissement des espaces intercostaux
- Aplatissement des coupoles diaphragmatiques
- Ouverture de l'angle sternodiaphragmatique

4/ Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention?

- Une radiographie thoracique de face et de profil
- Une radiographie thoracique de profil
- Echographie thoracique
- Artériographie cervicale
- Phléboscavographie

5/ Que vous attendez-vous à y trouver?

- Une masse médiastinale antérieure
- Masses postérieures
- Masses pulmonaires
- Pleurésie enkysté
- masse pariétale

6/ Quelle hypothèse diagnostique émettez-vous?

- Kyste péricardique
- Lymphome malin
- Lymphome tuberculeux
- Kyste hydatique sain
- Kyste bronchogénique

9/ Quel bilan pour clinique demandez-vous?

- Une radiographie thoracique de face
- Une radiographie des sinus
- Des explorations fonctionnelles respiratoires avec une spirométrie
- Un test de réversibilité aux bronchodilatateurs
- Une capacité de transfert du CO

10/ Les données de l'EFR sont les suivantes : VEMS 28% de la théorique ; CVL 50% ; VEMS/CV 55% ; CRF 140% ; CPT 150% ; VR 195%. Interprétez les

- Trouble ventilatoire obstructif sévère
- Distension thoracique
- Trouble respiratoire restrictif sévère
- Trouble ventilatoire restrictif modéré
- Trouble ventilatoire obstructif modéré

11/ Quels sont les éléments qui vous orientent vers une sarcoïdose ?

- Le caractère bilatéral des adénopathies
- La présence d'une uvête
- Le caractère compressif des adénopathies
- Le caractère symétrique des adénopathies
- La présence d'un épanchement liquide unilatérale

13/ Les épanchements transsudats

- Rivalta positif
- Rivalta négatif
- Sont souvent bilatérales
- Causées par la tuberculose
- Contre indique une ponction exploratrice

12/ La sarcoïdose médiastino pulmonaire :

- Est la forme la plus fréquente
- Risque d'évoluer vers une fibrose
- Doit être obligatoirement associé à une forme extra-pulmonaire
- L'évolution peut être spontanément favorable
- Est éliminée si IDR Négative

14/ La ponction pleurale est contre indiquée formellement :

- Troubles de la coagulation
- Dans les épanchements de faible abondance
- en cas d'un épanchement associé à une fièvre
- Si épanchement enkysté
- Aucune réponse n'est juste

- 15/ Le pneumothorax spontané peut être secondaire à :
- La tuberculose
 - Mucoviscidose
 - Pneumopathie interstitielle diffuse
 - Fibrose pulmonaire
 - Endométriose thoracique

- 16/ Un pneumothorax spontané peut être traité par :
- Répos strict au lit
 - Exsufflation à l'aiguille
 - Thoracoscopie médicale
 - Kinéthérapie respiratoire
 - Pleurodèse chirurgicale

- 17/ La triade de Gaillard englobe :
- Des râles crépitant des bases
 - Un tympanisme
 - Une Maitîse
 - Un Silence auscultatoire
 - Une abolition des vibrations vocales

- 18/ Le signe clinique pathognomonique du kyste hydatique fissuré est :
- La douleur thoracique
 - L'hémoptysie
 - La dyspnée
 - La vomique
 - La toux sèche

- 19/ L'image radiologique dite « en double arc » est caractéristique du :
- Kyste hydatique sain
 - Kyste hydatique flétrissant
 - Kyste hydatique rompu
 - Kyste hydatique ouvert
 - Kyste hydatique calcifié

- 20/ En cas de suspicion d'une infection de type Covid-19 en phase aigüe, pour confirmer le diagnostic, vous demandez :
- une sérologie SARS COV-2
 - RT-PCR à SARS COV-2
 - un test antigénique SARS COV-2
 - un TDM thoracique
 - une CRP

- 21/ Une IDR négatif à la tuberculine peut se rencontrer devant (RF) :
- Une cause anergisante
 - Un déficit de l'immunité humorale
 - Une dépression de l'immunité cellulaire
 - Une injection de tuberculine mal faite
 - D'une tuberculine périmee

- 22/ Le diagnostic d'une dilatation de bronche (RJ) :
- Radiologique
 - Clinique
 - Biologique et fonctionnelle
 - Bactériologique
 - Immunologique

- 23/ Parmi les causes de DDB acquise en côte (RF) :
- La mucoviscidose
 - Les maladies éruptives de l'enfance avant l'âge de deux ans
 - La primo-infection tuberculeuse
 - Le corps étranger intra-bronchique
 - Le déficit en IgA sécrétoire

- 24/ Le diagnostic différentiel de l'abcès du poumon en phase de foyer ouvert se fait (RF) :

- Avec le kyste hydatique rompu
- L'aspergillome intra cavitaire
- Séquestration pulmonaire
- La caverne tuberculeuse
- La pneumonie excavée

- 25/ Le traitement de l'abcès du poumon nécessite (RJ) :
- Une protection de l'abcès sous scanner avec des protéiformes pour étude bactériologique
 - Une association d'antibiotiques par voie centrale pendant plus de 10 jours
 - Une kinéthérapie avec drainage de posture
 - Une ablation chirurgicale avec poursuite de l'antibiothérapie
 - Une corticothérapie au long cours avec antimotrice selon la sensibilité de germe en cause

- 26/ Les indications de la chirurgie dans le pneumothorax sont :
- Résistant au drainage supérieur à 3 jours.
 - Pneumothorax sur tuberculose pulmonaire
 - Pneumothorax récidivant
 - Pneumothorax spontané dès le premier épisode
 - Pneumothorax bilatéral

- 27/ Parmi les facteurs de risque du pneumothorax en côte :
- Le tabagisme
 - L'exposition à l'amiante
 - La profession
 - Le sujet longiligne
 - Le thorax en « entonnoir »

- 28/ La BPCO est un problème de santé publique de part sa prévalence et surtout sa mortalité. Sa prévalence en Algérie selon l'étude internationale « BREATH » est :
- aussi fréquente en Tunisie
 - plus fréquence qu'au Maroc
 - plus fréquente qu'en Tunisie
 - aussi fréquente au Maroc
 - moins fréquente qu'en Tunisie

- 29/ Parmi les facteurs de risque de la BPCO où le lien de causalité est établi on peut citer :
- la pollution individuelle
 - les infections respiratoires
 - le sexe féminin
 - le sexe masculin
 - la pollution professionnelle

- 30/ Dans l'asthme bronchique le test de réversibilité bronchique est considéré comme positif si le VEMS est :
- inférieur à 12%
 - augmente de 12% **et plus**
 - supérieur ou égale à 15%
 - supérieur ou égale à 20%
 - supérieur ou égale à 200 ml de a valeur de base

Bon courage

COCHEZ LA OU LES BONNES REPONSES

31- L'inflammation granulomateuse:

- Est synonyme de granulome inflammatoire
- Est d'architecture folliculaire ou nodulaire
- Est faite de follicules épithélio-giganto-cellulaires
- Peut correspondre à une tuberculose
- Ne comportant jamais de fibroblastes

32- nécrose caseuse:

- Est spécifique à la tuberculose
- Son nom provient de son aspect macroscopique, qui rappelle celui du lait caillé
- D'aspect blanc-jaunâtre, pâleux, si la lésion est ancienne,
- Se présente à la microscopie optique comme une substance anhystique
- Uniformément eosinophile de coloration bleutée

33- Parmi ces lésions laquelle ou lesquelles correspondent à des lésions pré-invasives ?

- A- L'hyperplasie mésothéliale diffuse
- L'hyperplasie adénomateuse typique
- L'hyperplasie diffuse idiopathique des cellules neuroendocrines
- Le carcinoïde atypique
- L'adénocarcinome lépidique

34- dénocarcinome broncho-pulmonaire de type solide:

- Est une prolifération mésenchymateuse maligne du poumon
- Pose le diagnostic différentiel avec le carcinome épidermoïde moyennement différencier

Peut produire de la mucine

Il est TTF1 positif

Il est P40 positif

35- Carcinome épidermoïde:

- Est une tumeur épithéliale bénigne

Spécifique au poumon

La kératinisation et les ponts intercellulaires sont des critères cardinaux du diagnostic

Il est gradé en : grade I, grade II ou grade III

La tumeur réalise des formations glandulaires

BON COURAGE

Pr S. KETIT

5)- la coloration de ZIEHL-NEELSEN objective les B.A.A.R comme des :

- A. -coccobacilles à GRAM négatif,
- B. -cocci à GRAM positif,
- C. -cocci à GRAM négatif,
- D. -bacilles rouges de $1\text{-}4\mu / 0,2\mu$ isolés ou en amas, sur fond bleu,
- E. -bacilles jaunes orangé sur fond rouge.

7)- la catalase des mycobactéries atypiques est :

- A. -(+) à 22°C et (-) à 68°C.
- B. -(-) à 22°C et (-) à 68°C.
- C. -(-) à 22°C et (+) à 68°C.
- D. -(+) à 22°C et (-) à 68°C.
- E. -thermolabile.

9)- L'aspect classique des colonies de *M. tuberculosis* sur L.J. est :

- colonies sèches, verrueuses, rugueuses,
- rugueuses, en « chou fleur », de 5 à 10 mm de diamètre, eugoniques, de couleur crème beige, se détachant facilement du milieu, se dispersant mal dans l'eau,
- mates, verdâtres, utilisant le vert malachite du milieu,
- colonies minuscules, de culture lente, dysgoniques avec résistance à l'INH.
- colonies lisses, hémisphériques blanches. ??

Devant une suppuration pulmonaire, la responsabilité de germes anaérobies peut être suspectée devant :

- Une localisation des lésions pulmonaires dans les parties déclives.
- Un odeur fétide de l'expectoration.
- Un herpès concomitant.
- Un état comateux.
- Un diabète.

-Les caractéristiques suivantes : photo-chromogène, culture lente à 37°C, colonies lisses ou sessiles, catalase (+) à 22°C et (+) à 68°C, nitrate réductase (-), PAS résistant, sont en faveur de :
-*M. kansasii*.
-*M. fortuitum*.
-*M. xenopi*.
-*M. africanum*.
-*M. avium*.



Nom:

Prénom:

Salle/Place
Matricule

Date de
naissance:

21/02/21

Cocher les cases au stylo noir avec un astérisque épais : croix avec une barre horizontale ou verticale (✕ ou ✚)

Ce sujet contient 70 QCM

corrigé-type

A B C D E

1. ☐ ✕ ✕ ✕ ☐

2. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

3. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

4. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

5. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

6. ☐ ✕ ☐ ☐ ☐

7. ✕ ✕ ✕ ☐ ✕

8. ☐ ☐ ✕ ✕ ✕

9. ✕ ☐ ✕ ✕ ✕

10. ✕ ✕ ☐ ☐ ☐

A B C D E

26. ☐ ✕ ✕ ☐ ✕

27. ✕ ☐ ✕ ✕ ✕

28. ✕ ✕ ☐ ☐ ☐

29. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

30. ☐ ✕ ☐ ☐ ☐

31. ☐ ✕ ✕ ✕ ☐

32. ✕ ✕ ☐ ☐ ✕

33. ☐ ☐ ✕ ☐ ☐

34. ☐ ✕ ✕ ✕ ☐

35. ☐ ☐ ☐ ✕ ☐

A B C D E

51. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

52. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

53. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

54. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

55. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

56. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

57. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

58. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

59. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

60. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A B C D E

11. ✕ ✕ ☐ ☐ ☐

12. ✕ ✕ ☐ ✕ ☐

13. ☐ ✕ ✕ ☐ ☐

14. ☐ ☐ ☐ ☐ ✕

15. ✕ ✕ ☐ ☐ ☐

16. ✕ ✕ ✕ ☐ ☐

17. ☐ ✕ ☐ ☐ ☐

18. ☐ ✕ ☐ ☐ ☐

19. ☐ ☐ ✕ ☐ ☐

20. ☐ ✕ ✕ ☐ ☐

A B C D E

36. ☐ ☐ ☐ ✕ ☐

37. ☐ ☐ ☐ ✕ ☐

38. ☐ ✕ ☐ ☐ ☐

39. ✕ ✕ ☐ ☐ ☐

40. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

41. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

42. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

43. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

44. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

45. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A B C D E

61. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

62. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

63. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

64. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

65. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

66. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

67. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

68. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

69. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

70. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A B C D E

21. ☐ ✕ ☐ ☐ ☐

22. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

23. ✕ ☐ ☐ ☐ ☐

24. ☐ ✕ ✕ ☐ ☐

25. ☐ ✕ ☐ ☐ ☐

A B C D E

46. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

47. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

48. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

49. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

50. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pr. MOKRANE Zine Labidine
 Pneumo Allergo Phthisiologie
 Médecin Chef de service
 C.H.U Constantine
 N°.I. Odre: 25/1572

NB: 40 séju

P.D
 → MOKRANE

Responsable du module

Pr. MOKRANE Zine Labidine
 Pneumo Allergo Phthisiologie
 Médecin Chef de service
 C.H.U Constantine
 N°.I. Odre: 25/1572