

Etudiant : Nom : .....

Prénom : .....

Contrôle de Pneumologie Lundi le 07 février 2022 Année Universitaire 2021-2022

1- Les bronchectasies peuvent se compliquer de :

- a. Cœur pulmonaire chronique
- b. Cancer bronchique
- c. Hémoptysie
- d. Greffe aspergillaire
- e. L'amylose secondaire

2- Dans la dilatation des bronches :

- a. Les antibiotiques sont systématiques dans le traitement de l'exacerbation
- b. L'EFR peut retrouver un trouble ventilatoire obstructif
- c. Les corticoïdes sont indiqués en période d'exacerbation
- d. La vaccination est formellement contre indiquée
- e. La radiographie du thorax peut être normale

3- Les maladies suivantes, peuvent être à l'origine d'une dilatation des bronches : (RF)

- a. Bronchite chronique
- b. La tuberculose pulmonaire commune
- c. Mucoviscidose
- d. Syndrome des cils immobiles
- e. Syndrome du lobe moyen (syndrome de brock)

4- Au cours des dilatations des bronches la maladie de KARTAGENER est caractérisée par :

- a. Un situs inversus
- b. Une sinusite
- c. Un déficit immunitaire
- d. Une DDB diffuse
- e. Une DDB lobaire moyenne

5- Parmi les maladies suivantes, indiquez celles qui peuvent entraîner des adénopathies médiastinales (ou hilaires) identifiables sur un cliché standard :

- a. SARCOIDOSE
- b. DILATATION DES BRONCHES
- c. TUBERCULOSE
- d. SILICOSE
- e. LYMPHOME

6- Parmi les affections suivantes quelle est celle qui se développe habituellement dans le médiastin postérieur ?

- a. Le kyste pleuro péricardique
- b. Thymome
- c. Hernie épiploïque de la fente de larrey
- d. Neurinome
- e. Tumeur germinale

7- Devant des adénopathies hilaires bilatérales de découverte fortuite chez un jeune de 25ans quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu :

- a. Tuberculose
- b. Sarcoidose
- c. Lymphome de hodgkinien
- d. Lymphome non hodgkinien
- e. Métastase d'un kc osseux

8- devant une suppuration broncho pulmonaire d'origine bactérienne chez un sujet âgé de plus de 50 ans quel est l'examen non recommandé ? (R.J.):

- a. rechercher une cause générale d'immunodépression et une porte d'entrée
- b. Lancer la culture des crachats pour les germes pyogènes
- c. Pratiquer l'antibiogramme pour orienter le traitement
- d. Lancer la recherche de BK dans les crachats
- e. pratiquer une fibroscopie bronchique

9- Quelle est la substance responsable de l'accoutumance au tabagisme ?

- a. Le CO
- b. Le méthanol
- c. La nicotine
- d. Les benzopyrènes
- e. L'amoniac

10- Devant une pleurésie exsudative dont l'étiologie reste indéterminée après deux biopsies pleurales percutanées ; on peut proposer (RJ) :

- a. Un traitement antituberculeux d'épreuve.
- b. Une pleurodèse par talcage.
- c. Une thoracoscopie.
- d. Un traitement corticoïde.
- e. Un traitement diurétique.

11- Les aspects radiologiques évocateurs d'un cancer-bronchique secondaire sont:

- a. Un syndrome interstitiel bilatéral prédominant aux bases
- b. Un aspect en lâcher de ballon
- c. Une atélectasie lobaire
- d. Une opacité ronde intra-parenchymateuse
- e. Une opacité hilare mal limitée

12- L'apnée obstructive du sommeil

- a. Résulte d'une obstruction des voies aériennes supérieures souvent anatomique
- b. D'un syndrome d'hypoventilation centrale
- c. D'un syndrome métabolique tel que l'obésité ou le diabète
- d. D'une anomalie de la commande nerveuse centrale de la respiration
- e. D'un trouble du sommeil avec hypersomnolence

13- Le syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil : (RF)

- a. Se pose par la polysomnographie
- b. S'exprime à l'EEG par un trouble du sommeil
- c. S'évalue par un indice d'apnée-hypopnée (IAH) < 10
- d. Se mesure par des gaz du sang nocturne
- e. Se traduit cliniquement par une somnolence diurne, une fatigue, des céphalées et des ronflements nocturnes



14- Devant un épanchement pleural contenant moins de 30g/l de protéines on évoque : (RJ)

- a. Une pleurésie cirrhotique.
- b. Une pleurésie tuberculeuse.
- c. Une pleurésie purulente.
- d. Une pleurésie cardiaque.
- e. Une pleurésie virale.

Transsudat

15- Les syndromes paranéoplasiques susceptibles d'être retrouvés au cours des cancers bronchiques sont : (RF)

- a. Le syndrome de Schwartz Bartter
- b. L'hypocalcémie
- c. Le syndrome de Cushing
- d. L'hippocratisme digital
- e. Pseudo myasthénie de Lambert-Eaton.

16- Les indications chirurgicales du pneumothorax (PNO) :

- a. PNO persistant
- b. PNO complet total
- c. PNO récidivant
- d. Tamponnade gazeuse
- e. Professions à risque (pilotes/plongée sous-marine)

17- Les étiologies de pneumothorax PNO iatrogène :

- a. Ponction biopsie transparietale
- b. Intubation trachéale
- c. Mise en place d'une voie centrale
- d. Traumatisme thoracique ouvert
- e. Biopsie pleurale

18- Signes de gravité radiologique du pneumothorax PNO :

- a. Présence de bulles d'emphysème
- b. PNO compressif
- c. Indice de light supérieur 20%
- d. Hemo-pneumothorax
- e. PNO bilatérale

19- La dyspnée chronique est jugée à travers :

- a. La durée de la dyspnée
- b. L'intensité de la dyspnée
- c. L'existence d'une toux productive
- d. La persistance de l'hypoxie
- e. L'apparition de l'hémoptysie

20- Les moyens indispensables dans la prise en charge de l'asthme bronchique allergique sont :

- a. Dosage des IGE totale
- b. Test cutané (prick test)
- c. Mesure du DEP (débit expiratoire de pointe)
- d. La spirométrie
- e. Bilan ORL

21- Le bilan de sévérité de la crise d'asthme repose sur : (RF)

- a. Les éléments anamnestiques
- b. Sur les données cliniques
- c. Les éléments radiologiques
- d. La spirométrie
- e. La gazométrie

22- Le diagnostic positif de la sarcoïdose repose sur un ensemble d'éléments :

- a. Eléments cliniques
- b. Eléments radiologiques
- c. Eléments spirométriques
- d. L'examen anapath
- e. Dosage de l'ECA (biologique)

23- L'apparition des complications au cours de la primo infection tuberculeuse peuvent être en rapport avec :

- a. Un traitement précoce
- b. Une abstention thérapeutique
- c. Un traitement incorrect
- d. Un diagnostic tardif
- e. Un traitement anti tuberculeux irrégulier

24- L'évolution de l'insuffisance respiratoire chronique peut se faire vers : (RF)

- a. Le cœur pulmonaire chronique
- b. L'insuffisance respiratoire aiguë
- c. L'embolie pulmonaire
- d. Surinfection
- e. L'œdème aiguë du poumon (OAP)

25- La pratique d'un cliché du thorax au cours l'insuffisance respiratoire permet de :

- a. Rechercher l'étiologie
- b. Evaluer l'importance de l'insuffisance respiratoire
- c. Permet le diagnostic positif
- d. Faire le diagnostic différentiel
- e. Révéler des complications cardiovasculaires

26- Au cours de la tuberculose pulmonaire évolutive le diagnostic de certitude se trouve poser devant : (RJ)

- a. Amaigrissement avec fièvre
- b. L'intradermo-réaction à la tuberculine positive (IDR)
- c. L'image de caverne sur la radio du thorax
- d. La découverte de BK dans les sécrétions bronchiques
- e. Lésion anapath de type granulome tuberculoïde

27- Quelles sont les pathologies qui peuvent être à l'origine d'un poumon cardiaque :

- a. Rétrécissement mitrale
- b. Insuffisance cardiaque droite
- c. Insuffisance cardiaque gauche
- d. Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)
- e. Hypertension artérielle (HTA)

28- Le traitement spécifique de la tuberculose pulmonaire doit être ajusté en fonction : (RJ)

- a. Poids du malade
- b. Le sexe
- c. La taille
- d. Le nombre de BK retrouvé à l'examen direct des crachats
- e. L'intradermo-réaction à la tuberculine (IDR)

29- Quelles sont les propositions justes concernant l'épisode hémoptoïque :

- a. Survient suite à un effort de toux
- b. Survient au décours d'un effort de vomissement
- c. Correspond au rejet du sang rouge aéré
- d. Souvent mêlé à des débris alimentaire
- e. S'accompagne du hoquet

30- L'insuffisance respiratoire chronique obstructive se définit par :

- a. VEMS/CVF inférieur à 70%
- b. PAO2 inférieur à 70 mmHg
- c. VEMS/CVF entre 70 ET 80%
- d. VEMS supérieur à 80%
- e. VEMS/CVF supérieur à 70%



### Cas clinique n 01

Une femme de 54 ans, femme au foyer, suivie pour un diabète non fumeuse, consulte pour une douleur latéro-thoracique droite évoluant depuis 5 jours, avec une toux sèche et une fièvre. *Pne. inf.*

A l'examen on note une fréquence respiratoire à 24 cycles/min, une pression artérielle à 100/70, une fréquence cardiaque à 110 bpm, une T à 39.7.0°C et une SpO2 à 95% avec une diminution du murmure vésiculaire à droite, Le reste de l'examen est normal.

*VMV Pleurésie*

31- Vous décidez de compléter à ce stade par :

- a. Un examen pleuro-pulmonaire complet.
- b. Une ponction pleurale exploratrice
- c. Un test antigénique.
- d. Une PCR (SARS- CoV2)
- e. faire une radiographie de thorax et un ECG.

ECG : rythme régulier et sinusal tachycardie à 100, sans troubles de la conduction ni de la repolarisation.

Biologie : créatinémie 06 mg /L; Na 139 mEq/L; K 4 mEq/L; glucose 0,99g/L; CRP 35 mg/L; GB 18800 élé/mm3

Rx Thorax : Opacité dense homogène, occupant la 1/2 inférieure droite, comblant des CDS costo-diaphragmatique et cardio-phrénique, effaçant l'hémi coupole diaphragmatique avec une limite supérieure concave en haut et en dedans.

32- Quel diagnostic retenez-vous :

- a. Epanchement pleural liquidien purulent
- b. Epanchement pleural liquidien tuberculeux
- c. Epanchement pleural liquidien métastatique
- d. Epanchement pleural liquidien libre
- e. Epanchement pleural liquidien enkysté.

### Cas clinique 02

Un jeune homme de 24 ans, sans antécédents notables, non-fumeur, étudiant, ne pratiquant pas de sport, est vu en urgence pour une dyspnée aiguë avec point de cote gauche apparue brutalement au repos.

La radiographie du thorax montre une hyperclarté avasculaire avec une ligne bordante interne

36- Que montre votre examen clinique ?

- a. Abolition des vibrations vocales
- b. Tympanisme
- c. Abolition du murmure vésiculaire
- d. Fréquence respiratoire plus de 30/mn
- e. Râles sibilants

37- Quelles complications faut-il craindre ?

- a. Pneumomédiastin
- b. Hemo-pneumothorax
- c. Emphysème sous cutané
- d. Insuffisance respiratoire aiguë
- e. Pneumothorax compressif a soupape

38- Y a-t-il des examens complémentaires à demander ?

- a. Gaz du sang
- b. Bilan biologique standard
- c. Bilan de coagulation

La ponction pleurale objective un liquide trouble, taux de protide

*exudat* à 45 g/L LDH à 360 UI/L, avec prédominance de PNN altérées, *Purulent*  
absence de cellule maligne.

Examen direct absence de germes et de BAAR, culture en cours

IDR à la tuberculine 18mm  X T B C

33- Que retenez-vous ?

- a. Pleurésie tuberculeuse
- b. Pleurésie séro-fibrineuse
- c. Pleurésie transsudative.
- d. Pleurésie métastatique
- e. Pleurésie purulente.

34- Quelle est votre conduite dans ce cas :

- a. Hospitalisation.
- b. Traitement à domicile.
- c. traiter par : l'Amoxicilline- Acide Clavulanique 3g/j.
- d. traiter par une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération.
- e. Evacuation de l'épanchement

35- Quelles sont les complications évolutives de cette pathologie :

- a. Le choc septique.
- b. L'enkystement.
- c. Un épanchement mixte.
- d. Une métastase carcinomateuse.
- e. Toutes les réponses sont juste

d. TDM thoracique

e. Thoracoscopie

39- Quel traitement proposez-vous ? (R)

- a. Drainage thoracique
- b. Exsufflation a l'aiguille
- c. Repos
- d. Talcage
- e. Traitement antalgique

40- Quelle est la conduite à tenir ultérieure après l'épisode ?

- a. TDM thoracique
- b. EFR
- c. Traitement chirurgicale en cas de récidence
- d. Traitement chirurgicale après retour du poumon à la paroi
- e. Contrôles réguliers

Bonne chance et bon courage

(3)

6  
AD



# Département de Médecine de Constantine-Epreuve de PNEUMOLOGIE -A4-R1-(théorie+pratique) le 17-02-2022

Date de l'épreuve : 16/01/2022

Page

## Corrigé Type

14 question(s) retirée(s) - Barème par question : 0,55555556 (au lieu de 0,40)

N°	Rép./Alternatives 1&2		
1	ACDE		
2	ABCE		
3	E		
4	ABD		
5	ACDE		
6	D		
7	B		
8	C		
9	C		
10	C		
11	BD		
12	A		
13	B		
14	AD		
15	B		
16	ACE		
17	ACE		
18	BDE		
19	ABD		
20	ABCDE		
21	C		
22	ABCDE		
23	BCDE		
24	X		
25	X		
26	D		
27	X		
28	A		
29	AC		
30	X		
31	AE		
32	D		
33	E		
34	ACE	ADE	
35	ABC		

N°	Rép./Alternatives 1&2		
36	ABCD		
37	ABCDE		
38	ABC		
39	A	B	
40	AC		
41	X		
42	X		
43	X		
44	X		
45	X		
46	X		
47	X		
48	X		
49	X		
50	X		

Pr. MOKRANE Zine Labidine  
Pneumo Allergo Phtisiologie  
Médecin Chef de Service  
F.U.C Constantine  
N° J. Odre: 25/15/2