

1) Au cours de l'asthme bronchique, les lésions histologiques rencontrées sont :

- A. Une atrophie de l'épithélium bronchique.
- ☒ B. Une hypersécrétion du mucus.
- C. Un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles.
- D. Une hyperplasie de la musculature.
- E. Une atrophie de la membrane basale.

2) Une alvéolite pulmonaire est :

- A. Une lésion de la paroi alvéolaire.
- ☒ B. Une lésion de la lumière alvéolaire.
- ☐ C. Peut être de type hémorragique.
- ☒ D. Peut évoluer vers une fibrose pulmonaire.
- E. Elle évolue toujours vers une suppuration.

3) Les bronchopneumonies :

- A. Comportent des lésions de suppuration bronchique.
- ☒ B. Comportent des lésions d'alvéolite fibrino-leucocytaire.
- ☒ C. Comportent des lésions d'alvéolite hémorragique.
- D. Se présentent toujours sous forme disséminée.
- ☒ E. Peut prendre une forme pseudo-lobaire.

4) La fibrose pulmonaire est caractérisée par :

- A. Une multiplication des cellules septales.
- B. Une multiplication des cellules musculaires lisses.
- C. Une diminution du nombre des vaisseaux.
- ☒ D. Une métaplasie des cellules de la paroi alvéolaire.
- ☒ E. Un aspect lardacé du poumon.

5) La tuberculose pulmonaire :

- ☒ A. Une inflammation spécifique.
- B. Une inflammation tuberculoïde..
- C. Comporte des cellules géantes de type Muller.
- D. Comporte des lymphocytes.
- ☒ E. Comporte toujours une nécrose caséeuse

6) L'hamartome pulmonaire est :

- A. Une tumeur purement bronchique
- B. Une tumeur purement parenchymateuse
- ☒ C. La tumeur bénigne la plus fréquente
- D. Marqué par une composante cartilagineuse prédominante
- E. Macroscopiquement d'aspect diffus

7) L'hyperplasie adénomateuse atypique ( HAA) peut se dégénérer en :

- ☐ A. Carcinome épidermoïde
- ☒ B. Adénocarcinome
- C. Tumeur carcinoïde atypique
- D. Carcinome à petites cellules
- E. Carcinome adénoïde kystique

8) Les marqueurs spécifiques de carcinome épidermoïde sont :

- A. CK<sub>5/6</sub>
- ☒ B. TTF<sub>1</sub>
- C. P<sub>40</sub>
- D. P<sub>63</sub>
- ☐ E. Napsine A

9) L'aspect de la chromatine en poivre et sel est caractéristique :

- A. Carcinome mucoépidermoïde
- B. Carcinome épidermoïde
- ☒ C. Carcinome à petites cellules
- D. Pneumoblastome
- E. Papillome

10) La tumeur carcinoïde typique est marquée par :

- A. Un nombre de mitoses  $< 2$  mitoses/ $2\text{mm}^2$
- B. Un nombre de mitoses  $> 10$  mitoses/ $2\text{mm}^2$
- ☒ C. Une nécrose étendue
- D. Une nécrose focale
- E. L'absence de nécrose

Module de Pneumo-phtisiologie  
Sujet de bactériologie  
Rotation 3 (2018-2019)

11-Parmi ces colorations, lesquelles sont utilisées pour la mise en évidence de mycobacterium tuberculosis ?

a-Bleu de méthylène.

☒ b-Ziehl -Neelsen.

☐ c-Auramine.

d-Gram.

e-MGG.

A (a,c)

B (a,b)

☒ C (b,c)

D (b,d)

E (b,c,e)

12-En cas de suspicion de tuberculose pulmonaire, quelle est l'examen à demander en priorité ?

☒ A-Hémocultures.

B-Examen cyto bactériologique (ECB) des crachats.

C-ECB des crachats avec détection de la résistance aux antituberculeux par PCR.

D-ECB des crachats avec antibiogramme.

E-Toutes ces propositions sont justes.

13-Parmi ces mycobactéries, laquelle a une croissance rapide ?

A-M.africanum.

B-M.tuberculosis.

C-Bacille de Hansen.

☒ D-M.fortuitum.

E-M.bovis.

14-Mycobacterium tuberculosis ?

A-Est Niacine test négatif.

B-Donne des colonies rugueuses et plates avec bourgeon central, sur Lowenstein Jensen.

C-Est sensible au TCH.

D-Est catalase positif à 68°C.

☒ E-Est nitrate réductase positif.

15-Parmi les propositions suivantes concernant le MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube), laquelle est **fausse** ?

A-C'est le milieu de référence pour la culture des mycobactéries.

☒ B-C'est un milieu liquide.

C-Il permet une détection rapide de M.tuberculosis (12 jours).

D-La détection de la culture peut se faire à l'œil.

E-La détection de la culture peut se faire grâce à des automates.



16- Parmi les caractères suivants des Mycobactéries atypiques, lesquels sont justes ?

- a- Anaérobie strict.
  - ☒ b- Catalase positif à 68°C.
  - c - Mobile.
  - d- Nitrate réductase positif.
  - ☒ e- Résistant au PAS.
- A (a,c,e)      B (a,c,d)      C (b,d)      ☒ D (b,e)      E (a,d,e)

17- Mycobactérium Avium :

- a- Cultive à 30°C.
  - b- Possède une Morphologie caractéristique à l'examen direct (coccobacille).
  - c- A été isolé la première fois chez des patients dialysés.
  - d- Cause des lésions cutanées : « granulome des piscines ».
  - ☒ e- Est résistant aux antituberculeux.
- A (a,b)      B (b,c)      C (a,e)      D (d,e)      ☒ E (b,e)

18- Concernant le LBA (lavage broncho-alvéolaire), Le seuil de positivité des cultures est de :

- A-  $10^3$  UFC/ml.
- ☒ B-  $10^4$  UFC/ml.
- C-  $10^5$  UFC/ml.
- D-  $10^6$  UFC/ml.
- E-  $10^7$  UFC/ml.

19- Dans l'examen cyto bactériologique des aspirations bronchiques, l'interprétation des résultats est valide si :

- a- Les polynucléaires neutrophiles sont  $< 15$ /champ.
  - ☒ b- Les cellules épithéliales sont  $< 10$ /champ.
  - ☒ c- A la culture il existe une flore monomorphe  $> 10^5$  UFC/ml.
  - ☒ d- Les polynucléaires neutrophiles sont nombreux.
  - e- A la culture il existe une flore monomorphe  $> 10^7$  UFC/ml.
- A (a,b,e)      ☒ B (b,c,d)      C (a,b,c)      D (d,e)      E (b,d,e)

20- Le diagnostic biologique de légionellose est recherché par :

- A- La coloration de Ziehl Neelsen.
- B- La culture bactérienne en 48 h.
- C- L'isolement de la bactérie sur gélose nutritive.
- D- La ponction de moelle.
- ☒ E- La recherche d'antigènes solubles dans les urines du malade.

**Faculté De Médecine**  
**Module de pneumo-physiologie 4<sup>ème</sup> année**  
**3<sup>ème</sup> rotation, Jeudi 21 02 2019**

21. Le traitement d'un adénocarcinome pulmonaire classé selon la classification TNM en T1N2M1C (Stade IV) avec un PS a 1 est basé sur :

- a. Une association radio chimiothérapie concomitante.
- b. La chirurgie.
- c. La chirurgie + une chimiothérapie adjuvante.
- ☒ d. Une chimiothérapie exclusive.
- e. Une radiothérapie exclusive.

22. Quelle est (ou quelles sont) la (ou les) réponse(s) **fausse(s)** : le syndrome de Pancoast et Tobias est caractérisé par :

- a. Une lyse costale.
- b. Une tumeur de l'apex.
- ☒ c. Une névralgie C5-C6.
- d. Un syndrome de Claude Bernard Horner.
- e. Un trouble sensitivo-moteur.

23. Un patient de 50 ans qui a un carcinome à petites cellules hilaire droit, la TDM thoracique a objectivé plusieurs adénopathies médiastinales. Les ETR, la TDM cérébrale, l'échographie abdominale et la scintigraphie osseuse sont normaux. Quelle est votre attitude thérapeutique :

- ☒ a. Chimiothérapie + radiothérapie
- b. Chirurgie + chimiothérapie adjuvante
- c. Radiothérapie seule
- d. Chirurgie
- e. Chimiothérapie seule

24. Les syndromes paranéoplasiques susceptibles d'être retrouvés au cours des cancers bronchiques sont :

- ☒ a. Le syndrome de Schwartz Bartter
- ☒ b. L'hypercalcémie
- ☒ c. Le syndrome de Cushing
- ☒ d. L'hippocratisme digital
- ☒ e. Toutes les réponses sont justes.

Aux urgences, vous recevez Mr R. AHMED 55 ans, fumeur à raison de 40 PA, pour une hémoptysie.

25. : Quelle est ou quelles sont la ou les réponses **exactes** ?

- A - une hémoptysie peut provenir des voies aériennes supérieures.
- ☒ B - une hémoptysie s'accompagne habituellement d'un effort de toux.
- C - L'épistaxis est le seul diagnostic différentiel d'une hémoptysie
- ☒ D - Une hémoptysie a une origine sous-glottique
- ☒ E - Le risque de décès par hémoptysie est plus lié à l'anghaxie qu'au choc hypovolémique par spoliation sanguine.

26. : À propos des hémoptysies, quelle est ou quelles sont la ou les réponses **exactes** ?

- A - une hémoptysie de 40 ml est considérée comme de moyenne abondance.
- B - le choc hémorragique, est habituellement la cause de la mort au cours des hémoptysies.
- ☒ C - la Fibroscopie bronchique confirme le diagnostic d'hémoptysie
- ☒ D - une hémoptysie de sang noir évoque un saignement devenu inactif.
- ☒ E - la quantification par le patient de sa propre hémoptysie est habituellement exagérée

27. : Quel est ou quelles sont les examens à demander en première intention pour Mr R. AHMED

- ☒ A. Groupe sanguin.
- ☒ B. Formule de numération sanguine.
- ☒ C. Fibroscopie bronchique
- ☒ D. Artériographie pulmonaire
- ☒ E. Radio pulmonaire

28. : L'examen clinique de Mr R. AHMED met en évidence une **toux quinteuse**, une **douleur thoracique postérieure droite** augmentée à l'inspiration. Le patient est **apnéique**, **dyspnéique** et **tachycarde**. Parmi les signes suivants, quel est ou quels sont le ou les signes de gravité de l'hémoptysie que vous devez rechercher ?

- A - présence de râles d'encombrement bronchique
- ☒ B - une cyanose
- C - un tympanisme postérieur droit
- D - un hippocratisme digital
- E - une SpO2 inférieure à 92 %.

29. : Compte tenu des facteurs de risques de Mr R. AHMED, quel est le diagnostic étiologique le plus probable ?

- A - une pneumonie infectieuse
- ☒ B - un cancer broncho-pulmonaire
- C - des dilatations de bronches
- D - une tuberculose pulmonaire
- E - un aspergillome.

30. : le traitement de l'hémoptysie de moyennement abondance de M. RAHMED consiste à :

- a. Pas de traitement immédiat.
- ☒ b. Oxygénothérapie.
- ☒ c. La libération des voies aériennes par fibro-aspiration.
- d. Embolisation.
- e. Utilisation de la glypressine

31. : Quelles sont les propositions **fausses** au cours de l'OAP ?

- ☒ A - l'OAP massive est définie l'œdème de l'interstitium inter-alvéolaire
- ☒ B - Au cours de l'OAP, on a une élévation de la pression hydrostatique des capillaires.
- ☒ C - Une cardiomégalie est fréquente
- ☒ D - Un infiltrat ulcéro-nodulaire est toujours présent
- ☒ E - Peut s'associer à une hémoptysie s'il est secondaire à une insuffisance tricuspidienne.

32. : Parmi ces propositions laquelle ou lesquelles sont des étiologies de l'OAP :

- A - Rétrécissement tricuspidien
- B - Insuffisance cardiaque droite
- ☒ C - Pousée d'hypertension artérielle
- ☒ D - Insuffisance cardiaque gauche
- E - Infarctus myocardique

33. : Quel est ou quels sont le ou les signes radiologiques habituels au cours de l'OAP :

- ☒ A - Une cardiomégalie
- ☒ B - Redistribution vasculaire vers les sommets.
- ☒ C - un aspect en ailes de papillon
- ☒ D - Opacités axillaires bilatérales
- ☒ E - Hyperclarté des bases pulmonaires.

34. Les miliaires **viraux** se caractérisent par :

- ☒ 1) Une image réticulo-nodulaire prédominant dans la région hilaire et la base
- ☒ 2) Une miliaire fébrile radiologiquement localisée
- ☒ 3) Une miliaire radiologiquement diffuse et calcifiée
- ☒ 4) Une miliaire généralement rapidement régressive



5) S'associe presque toujours à des ADP biliaires

35. Les formes atténuées des pleurésies purulentes :

- 1) Sont fréquentes chez les adultes jeunes
  - 2) La fièvre est moins élevée, mais les signes respiratoires d'appel sont nets.
  - 3) La ponction met en évidence toujours un liquide purulent
  - 4) Sont en général le fait d'une antibiothérapie préalable insuffisante
  - 5) L'examen direct et la culture du liquide sont le plus souvent positifs.
36. Une pleurésie purulente au stade de diffusion se caractérise par :
- 1) Un cloisonnement rapide
  - 2) Une plèvre mince et souple.
  - 3) Une plèvre sclérosée.
  - 4) Un dépôt fibrineux en lame enveloppant le poumon.
  - 5) Un liquide louche libre dans la grande cavité pleurale.

37. Une opacité est dite ronde si :

- 1) Elle est ronde ou ovoïde, et son diamètre est supérieur à 3 cm.
- 2) Elle est ronde ou ovoïde, et son diamètre est supérieur à 6 cm.
- 3) Elle est ronde ou ovoïde, quel que soit son diamètre.
- 4) Elle est ronde ou ovoïde, et son diamètre est supérieur ou égal à 1 cm bien limitée sur toute sa circonférence.
- 5) Elle est ronde ou ovoïde, et son diamètre est supérieur ou égal à 1 cm bien limitée sur les 3/4 au moins de sa circonférence.

38. Devant une opacité ronde intra parenchymateuse pulmonaire les critères radiologiques en faveur de la bénignité sont :

- 1) Les limites floues et irrégulières
- 2) Présence d'amas graisseux sur le scanner
- 3) Diamètre inférieur ou égal à 2,5 cm
- 4) Présence d'excavations
- 5) Présence de calcifications

39. Dans la miliaire pulmonaire typique, les micronodules sont caractérisés par :

- a) 1) Des contours arrondis et séparés les uns des autres.
- b) 2) L'irrégularité des contours.
- c) 3) La répartition inhomogène.
- d) 4) La répartition égale dans les 2 champs pulmonaires.
- e) 5) Les dimensions égales.

40. Concernant l'évolution de la pleurésie purulente :

- 1) L'évolution classique se fait en 4 stades.
- 2) La fistule broncho-pleurale est une complication possible
- 3) Le stade de diffusion est responsable de lourdes séquelles.
- 4) Les rechutes et les récidives sont fréquentes.
- 5) L'évolution est défavorable même en cas de traitement précoce

41. Parmi les caractéristiques du tuberculome :

- 1) Il réalise une opacité arrondie ou ovale, à contours nets et réguliers.
- 2) Il réalise une opacité de tonalité hydrique.
- 3) Il présente souvent des calcifications centrales

- 4) Il se manifeste le plus souvent par des opacités multiples
- 5) Il s'agit en général d'une opacité excavée

42. Les fibroses pulmonaires sont caractérisées par :

- 1) Une hyperplasie collagène
- 2) Une hyperplasie lymphoïde
- 3) Une infiltration cellulaire siégeant dans les parois alvéolaires.
- 4) Une infiltration cellulaire siégeant dans la sous-muqueuse bronchique.
- 5) Une hypertrophie des glandes séro-muqueuses.

43. Quelles sont les maladies qui peuvent être à l'origine de la fibrose pulmonaire :

- 1) BPCO
- 2) Pneumopathies d'hypersensibilité
- 3) Pneumopathies médicamenteuses
- 4) Asthme
- 5) Connectivites

44. Concernant le pneumothorax, quelle est (ou quelles sont) la (ou les) affirmation(s) exacte(s) ?

- a. Le pneumothorax survient le plus souvent chez le jeune obèse
- b. Un décollement pleural partiel peut se résorber spontanément
- c. La présence d'un épanchement sanglant est habituelle dans le pneumothorax bénin idiopathique
- d. Une symphyse pleurale médicamenteuse ou chirurgicale est toujours indispensable
- e. La silicose est une cause fréquente des pneumothorax secondaires chez le jeune.

45. Un pneumothorax total, primitif, inférieur à 20 %, premier épisode, nécessite :

- a. Un drainage pleural en urgence
- b. Une exsufflation à l'aiguille
- c. Un repos strict au lit
- d. Un traitement chirurgical
- e. Un talcage pleural

46. Un PNO total de grande abondance avec signes de gravité, nécessite :

- a. Une exsufflation à l'aiguille
- b. Un drainage pleural
- c. Une Symphyse pleurale sous thoracoscopie
- d. Une Symphyse pleurale sous thoracotomie
- e. Toutes les réponses sont fausses

47. Un pneumothorax est grave si :

- a. Il survient chez un adulte jeune
- b. Il est à soupape
- c. Il est bilatéral
- d. Il existe une tare respiratoire préalable
- e. Il s'agit d'une récidive

48. Quelle est l'étiologie la plus fréquente des pleurésies hémorragiques chez le sujet âgé ?

- a. La tuberculose pleurale
- b. La cirrhose hépatique
- c. La pancréatite
- d. L'attente néoplasique de la plèvre
- e. Toutes les réponses sont fausses

49. la pleurésie hémorragique se caractérise par ? :

- a. Survient chez l'adulte jeune
- b. Aussi fréquente que la pleurésie à liquide clair
- c. Est toujours bilatérale
- d. Un liquide transudatif
- e. Toutes les réponses sont fausses

50. Le liquide de la pleurésie hémorragique se définit par la présence dans la cavité pleurale d'un liquide :

- a. Sanglant
- b. Incoagulable



Rosé  
Toutes les réponses sont justes

51. Le diagnostic de certitude de la pleurésie hémorragique est obtenu par :

- a. L'examen clinique
- b. Biopsie pleurale
- c. La ponction pleurale exploratrice
- d. La radiographie du thorax
- e. Toutes les réponses sont fausses

52. Le syndrome cave supérieur peut inclure les signes cliniques suivants :

- ☒ A. Bourdonnements d'oreille
- ☒ B. Céphalées
- ☒ C. Cyanose de la face qui s'exagère à la toux
- ☒ D. Somnolence
- ☒ E. Turgescence des jugulaires

53. La paralysie du sympathique cervical est responsable des signes cliniques suivants :

- ☒ A. Enophtalmie
- ☒ B. Myosis
- ☒ C. Dysphonie
- ☒ D. Hoquet
- ☒ E. Ptosis

54. Les caractéristiques du tératome mature sont les suivantes :

- ☒ A. Il représente 20 % des tumeurs germinales du médiastin
- ☒ B. Il s'agit d'une tumeur maligne
- ☒ C. Les calcifications ne sont jamais présentes au scanner thoracique
- ☒ D. Il est le plus souvent asymptomatique
- ☒ E. Les taux sanguins de  $\beta$ -hCG et d' $\alpha$ -fœtoprotéine sont normaux

55. Le syndrome de Löfgren se caractérise par la présence :

- ☒ A. Adénopathies bilatérales
- ☒ B. Adénopathies compressives
- ☒ C. Adénopathies hilaires
- ☒ D. Fatigabilité musculaire
- ☒ E. Erythème noueux

56. L'insuffisance respiratoire obstructive est définie par :

- a.  $\text{PaO}_2 < 70 \text{ mmHg}$
- ☒ b.  $\text{VEMS} < 80\%$
- c.  $\text{CVF} < 77\%$
- ☒ d.  $\text{VEMS} / \text{CV} < 70\%$
- e. Saturation  $< 90\%$

57. Un sujet jeune de 21 ans se présente en consultation pour le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec IDR(+) à la tuberculine.

Le télé thorax ne montre pas d'anomalies.

Il s'agit :

- a- D'une tuberculose pulmonaire probable et vous demandez les basciloopies
- b- D'une infection tuberculeuse et vous recherchez une atteinte extra pulmonaire
- ☒ c- D'une primo-infection tuberculeuse latente et vous recherchez la cicatrice vaccinale
- d- D'une contamination par une personne de l'entourage et vous décidez de pratiquer un dépistage familial
- e- D'une réaction normale de l'organisme vacciné par le BCG.

58. Le diagnostic de silicose pulmonaire repose sur :

- a- Les troubles ventilatoires à l'EFR et les opacités radiologiques
- b- La présence de particule de silice au cours de la fibroscopie bronchique

☒ c- L'anamnèse professionnelle et les opacités radiologiques au télé thorax

59. Parmi les professions suivantes laquelle expose le plus souvent à l'asbestose pulmonaire ? (RF)

- a. Maçon fumiste
- b. Perceurs de tunnel et sablage
- c. mineurs de charbon
- ☒ d. ouvriers du bâtiment et de la construction navale
- e. prothésiste dentaire

60. la bacilloscopie est demandée : (RF)

- ☒ a. pour tout patient qui se présente pour toux et expectoration
- ☒ b. pour toute infection respiratoire s'améliorant après une antibiothérapie de 15 jours
- c. devant la présence de lésions radiologiques suspectes à la radiographie pulmonaire
- d. au 4<sup>ème</sup> mois du traitement anti tuberculeux
- e. avant la réalisation d'une fibroscopie bronchique

61. quelle sera votre conduite lorsque vous posez le diagnostic de pneumoconiose ? (RF)

- a. confirmer au malade l'exposition professionnelle à l'origine de son atteinte pulmonaire
- b. adresser le patient à la caisse d'assurance
- c. faire un bilan fonctionnel respiratoires et vous l'orientez chez le médecin de travail avec un certificat descriptif pour indemnisation
- d. établir le certificat de reconnaissance de maladie professionnelle selon le tableau de déclaration
- ☒ e. prescrire un traitement symptomatique

Patient âgé de 24 ans, consulte pour douleur basi-thoracique gauche associée à une toux productive ramenant des expectorations jaunâtres évoluant depuis 3 semaines. Il rapporte à l'interrogatoire la notion d'une fièvre non chiffrée, des sueurs nocturnes et un amaigrissement.

A l'examen le patient est en état général conservé, T 37,9°, TA 100/60, Fc 88bmn, Fr 24c/mn. L'auscultation retrouve un silence

au 2/3 inférieur.

62. vous décidez à ce stade de compléter par :

- A - Une ponction pleurale exploratrice
- B - Une ponction pleurale évacuatrice
- ☒ C - une radiographie du thorax
- ☒ D - une formule sanguine
- E - une TDM thoracique

P. pleurale : liquide jaune citron, riche en éléments cellulaires, (90% lymphocytes, 10% polynucléaires) taux de protide 40 g/l, examen bactériologique direct négatif, culture en cours.

Rx : opacité comblant les CDS costo-diaphragmatique et cardio-phrénique gauche, dense homogène, occupant la 1/2 inférieure avec une limite supérieure concave en haut associée à une clarté homolatérale sous claviculaire de 2cm de diamètre entourée d'une paroi épaisse et de multiples micronodules.

NFS Hb 12,1 g/dl, Gb 11000 e/mm3, plaquettes 190000 e/mm3

63. Quels examens vous semblent nécessaires pour poser le diagnostic :

- ☒ 1- La recherche de BK dans les crachats
  - ☒ 2- biopsie pleurale
  - 3 - VS et CRP
  - 4 - bronchoscopie avec fibro-aspiration
  - ☒ 5- IDR à la tuberculose
- A (2) B (1.2) C (2.4) D (2.3.4) ☒ E (1.2.5)
- Bk 10 BAAR/ champ, biopsie : granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséeuse, CRP 78 mg/l, bronchoscopie : aspect inflammatoire à gauche avec présence de sécrétions verdâtre épaisses, IDR 16 mm

64. Quels diagnostics retenez-vous :

- 1- pleurésie purulente
  - ☒ 2- tuberculose pulmonaire évolutive
  - ☒ 3- pleurésie tuberculeuse
  - 4- séquelles de tuberculose pulmonaire surinfectées
  - 5- abcès pulmonaire
- A (2) B (1.2) ☒ C (2.3) D (3.4) E (5).

65. Quelle est votre conduite :

- ☒ 1- 2RHZ/4RH
- ☒ 2- 2RHZE/4RH
- ☒ 3- ponction évacuatrice





A (1, 3) B (2, 3) ~~C (1, 3, 4)~~ ☒ D (2, 3, 4) E (3, 4, 5)

66. quelles sont les modalités de suivi de ce patient :

- ☒ 1 la recherche des effets secondaires du traitement.
- ☒ 2 supervision de la prise médicamenteuse.
- ☒ 3 contrôle bactériologique des crachats 2, 5 et 6eme mois.
- ☒ 4 surveillance clinique et radiologique de l'épanchement.

5- TDM thoracique après la phase d'entretien.  
A (1, 2) B (2, 3) C (1, 2, 4) ☒ D (1, 2, 3, 4) E (1, 2, 3, 4, 5)

67. L'hyperréactivité bronchique est considérée comme limite si la concentration de l'agoniste pour faire diminuer le VEMS de 20% est de :

- a. 17 mg/ml
- b. 2 mg/ml
- c. 0,5 mg/ml
- d. 15 mg/ml
- ☒ e. 16 mg/l

68. Patient présentant une tuberculose pleurale à MBT nécessite un traitement associant :

- a. RHZ
- b. RHZES
- c. RHZE
- ☒ d. RHZ + kinésithérapie
- e. RHZE + Kinésithérapie

69. Un patient présentant une caverne pulmonaire tuberculose déjà traitée moins d'un mois nécessite un traitement à base de :

- a- RHZ
- ☒ b- RHZE
- c- RH
- d. RHZES
- e. RHE

70. La toxicité hépatique dans le traitement de la tuberculose peut être provoquée par :

- a. la streptomycine
- ☒ b. la rifampicine
- c. l'éthambutol
- d. l'association streptomycine - éthambutol
- ☒ e. le pyrazinamide



# Département de Médecine de Constantine-Epreuv pneumo-phtisiologie-A4-R2- THEORIE+PRATIQU

Date de l'épreuve : 21/02/2019

Corrigé Type

Barème par question : 0.285714

N°	Rép./Alternatives 1&2		
1	BD		
2	BCD		
3	ABCE		
4	ABDE		
5	ABD		
6	BCD		
7	B		
8	ACD		
9	C		
10	AE		
11	C		
12	B		
13	D		
14	E		
15	A		
16	D		
17	E		
18	B		
19	B		
20	E		
21	D		
22	CE		
23	A		
24	E	ABCD	
25	BOE		
26	CDE		
27	ABCE		
28	ABE		
29	B		
30	BCE		
31	ADE		
32	CDE		
33	ABC		
34	D		
35	D		

N°	Rép./Alternatives 1&2		
36	BE		
37	E		
38	BCE		
39	ADE		
40	B		
41	A		
42	A		
43	BCE		
44	B		
45	C		
46	B		
47	BCD		
48	D		
49	E		
50	E		
51	C		
52	ABCDE		
53	ABE		
54	DE		
55	ACE		
56	AD		
57	E		
58	E		
59	D		
60	A		
61	AB		
62	AC		
63	E		
64	C		
65	D		
66	D		
67	D		
68	D		
69	B		
70	BE		