

Service de Pneumologie Médecin chef Pr. ZL Mokrane

Prénom : _____

Étudiant : Nom : _____

Contrôle de Pneumologie Lundi le 21 Juin 2021 Année Universitaire 2020-2021

Cas clinique 1

Patiente âgée de 42 ans, enseignante au lycée, non fumeuse, vivant dans une région rurale d'élevage d'ovins, suivie en rhumatologie pour une polyarthrite évoluant depuis six mois, mise sousAINS. La patiente consulte pour une dyspnée d'effort d'aggravation progressive avec une toux sèche évoluant depuis 03 mois dans un contexte fébrile.

L'examen clinique retrouve une patiente avec un état général conservé, fébrile à 38°C, FR à 22 c/mn SaO2 à 97% l'air ambiant, FC à 100 bt/mn, TA = 130/65 mmHg, pesant 56 kg, pour une taille de 1,69

L'examen pleuropulmonaire est sans anomalie, l'examen ostéo-articulaire est normal, le reste de l'examen objective la présence de deux adénopathies cervicales gauches de 1,3 cm mobiles et non douloureuses, radiographie thoracique : opacités denses et homogènes bilatérales à projection hilare, grossièrement ovalaires de 4cm de grand axe vertical évoquant des adénopathies (ADP) hilaires. Par ailleurs on note la présence de multiples opacités reticulo-micronodulaire bilatérale occupant les deux moitiés supérieures des deux poumons.

1/ Quels examens complémentaires demandez-vous en priorité ?

- FNS+ Hémocultures
 - Sérologie hydattique
 - ECB des crachats
 - Tubage gastrique + IDR à la tuberculine
 - TDM thoracique
- A: 1+2 B: 2+3 C: 1+4 D: 4+5 E: 3+5

*TuBC bovis
dyspnée / Toux / fièvre
3 mois*

PNV

Les résultats vous parviennent : FNS : GB 8000/mm3 (dont 80% de polynucléaire neutrophiles et 15% lymphocytes et 2% d'éosinophiles), Hb : 12 g/dl plaquettes : 220000 éléments/mm3, sérologie hydattique : 1/40, tubage gastrique : négatif à l'examen direct, culture en cours, ECBC : flore polymorphe, IDR à la tuberculine : négative, hémocultures : en cours TDM thoracique : présence de multiples micronodules, confluents, bilatéraux, prédominant dans la moitié supérieure des poumons selon une distribution lymphatique c'est-à-dire le long des axes péri-broncho-vasculaire qui sont épaissis et les zones sous pleurales, y compris le long des scissures réalisant un aspect « perlé » des scissures. Sur les fenêtres médiastinale, on note la présence de multiples adénopathies non compressives et non nécrosées siégeant dans les régions hilare et inter bronchique mesurant 1,5 à 2,5 cm.

2/ Quel est le diagnostic à retenir chez cette patiente ?

- A. Pneumonie atypique
- B. Tuberculose pulmonaire
- C. Sarcoidose type I
- D. Sarcoidose type II
- E. Kystes hydattiques multiples

3/ Pour confirmer le diagnostic vous décidez de réaliser chez la patiente :

- A. Une fibroscopie avec un lavage broncho-alvéolaire (LBA)
- B. Une biopsie d'ADP cervicale
- C. Des biopsies bronchiques et trans-bronchiques
- D. Une écho-endoscopie
- E. Une spirométrie

Les résultats vous parviennent : la fibroscopie objective un aspect inflammatoire de l'arbre bronchique, le LBA : une hypercellularité avec une alvéolite lymphocytaire à CD4+, les résultats histologiques des biopsies réalisées sont revenu en faveur d'un granulome tuberculoïde sans nécrose caseuse, spirométrie : trouble ventilatoire restrictif avec une CPT à 58%.

4/ Quelles est votre conduite à tenir ?

- A. Abstention thérapeutique + surveillance
- B. 4 comprimés RHZE
- C. Corticothérapie par voie per-os
- D. Albendazole 800 mg par voie per-os
- E. Erythromycine 1g/8h

5/ Quels sont les principaux risques évolutifs chez cette patiente ?

- A. Des surinfections bronchiques à répétition
 - B. Résistance aux antituberculeux
 - C. Évolution vers un choc septique
 - D. Fibrose pulmonaire
 - E. Insuffisance respiratoire
- A: 1+3+4+5 B: 2+3+4+5 C: 1+2+3+4+5 D: 3+5 E: 4+5

Cas clinique 2

De garde aux urgences, vous recevez Mr. R. Ahmed âgé de 65 ans, ancien fumeur, pour une hémoptysie

6/ Quelle (s) est (sont) la ou les propositions exactes ?

- A. Une hémoptysie peut provenir de 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 à une origine SAA et sous glottique
- E. Le risque de décès par hémoptysie est plus lié à l'asphyxie qu'au choc hypovolémique par spoliation sanguine

7/ A propos des hémoptysies, quelle (s) est (sont) la ou les réponses exactes ?

- A. Une hémoptysie de 40 ml est considérée comme de moyenne abondance

8/ 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 agité, il est tachycarde avec une dyspnée de stade III. Parmi les signes suivantes, quel est ou quelles sont les signes de gravité que vous recherchez ?

- A. Présence de râles sibilants à l'auscultation
- B. Une polypnée
- C. Un tympanisme au postérieur droit
- D. Un hippocratismes digital

B. Le choc hémorragique est habituellement est la cause de la mort aux 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

B/ Quel est ou quelles sont les examens à demandé en première intention (urgence) pour Mr. R. Ahmed ?

- A. Groupage sanguin
- B. Formule numération sanguine FNS
- C. Oxymètre de pouls
- D. Scanner thoracique
- E. Gaz du sang

D E Une SpO2 inférieur à 92%

10/ Compte tenu des facteurs de risque et des antécédents respiratoires, quel est le diagnostic à l'origine de l'hémoptysie de Mr. R. Ahmed évoquez-vous ?

- A. Une pneumonie infectieuse
- B. Un cancer broncho-pulmonaire
- C. Des dilatations de bronches
- D. Une tuberculose pulmonaire
- E. Un Aspergillome

11/ au cours de la tuberculose pulmonaire l'administration du traitement anti tuberculeux doit obéir au règle suivante :

- A. La régularité de la prise du poids
- B. La prise systématique de pansement gastrique pour prévenir les effets secondaires du traitement
- C. La prise concomitante des médicaments anti bacillaire
- D. La dose quotidienne est fonction du poids du malade
- E. La période de la prise médicamenteuse doit être au moins égale à 6 mois

12/ les facteurs déclenchant de la crise d'asthme bronchique sont :

- A. Infection virale
- B. Infection bactérienne non spécifique
- C. Infection bactérienne spécifique
- D. Infection mycosique
- E. Toutes les réponses sont fausses

13/ Dans la prise en charge de l'OAP, une seule réponse est juste, la quelles ?

- A. B2 mimétique si présence de râles sibilants à l'auscultation
- B. Une antibiothérapie est systématique
- C. Le traitement repose sur les diurétiques
- D. Une anticoagulation curative est indiquée
- E. Les vaso-constricteurs (glypressine)

14/ l'hypercalcémie paranéoplasique est secondaire à :

- A. Une sécrétion inappropriée d'une substance ADH like
- B. Une déminéralisation osseuse des localisations secondaires
- C. Une sécrétion inappropriée d'une substance ACTH-LIKE
- D. Une sécrétion par la tumeur d'une PTH-LIKE
- E. Toutes les réponses sont justes

15/ Tous ses signes radiologiques sont des signes indirectes de malignité sauf une :

- A. Des calcifications centriques au sein de l'opacité
- B. Des limites externes nettes et irrégulières
- C. Une lyse osseuse costale associée
- D. Un épanchement pleural homolatéral
- E. Une ascension de l'hémi coupole

16/ Tous ces facteurs pronostics sont péjoratifs sauf un :

- A. Un stade avancé
- B. Une lymphopénie
- C. Un PS élevé
- D. Un LDH élevé
- E. Une hyperleucocytose associée

17/ Le carcinome à petite cellule présente toutes ses caractéristiques sauf 1

- A. Une présentation médiastino-pulmonaire
- B. La fréquence élevée des syndromes paranéoplasiques associés
- C. Il est très chimio sensible
- D. Son pronostic est très péjoratif
- E. C'est le type histologique les plus fréquents des cancers broncho-pulmonaires primitifs

18/ L'abcès pulmonaire :

- A. Survient sur une cavité préexistante du parenchyme pulmonaire
- B. Le pneumocoque est le principal germe en cause
- C. Peut être une localisation pulmonaire secondaire à une septicémie
- D. L'inhalation de corps étranger chez l'enfant, pourrait être à l'origine d'un abcès pulmonaire
- E. L'aspect radiologique évocateur est une condensation pulmonaire

19/ Devant une suppuration pulmonaire, la responsabilité de germes anaérobies peut être suspectée sur :

- A. L'odeur fétide de l'expectoration
- B. Le mauvais état buccodentaire
- C. Une fausse route au cours de la déglutition
- D. Une anémie hémolytique
- E. Une image radiologique pulmonaire hydro-aérique

20/ Concernant l'abcès pulmonaire, cochez la ou les réponses justes :

- A. Un cancer bronchique peut se révéler par un abcès pulmonaire
- B. Le BK est le principal germe en cause
- C. Survient sur une lésion pulmonaire préexistante
- D. Le poumon gauche est le siège de prédilection des abcès pulmonaires
- E. La recherche du BK est systématique

21/ Les indications du traitement chirurgical de l'abcès pulmonaire sont :

- A. La persistance de cavité résiduelle
- B. Le cancer
- C. L'abcès chronique
- D. La greffe aspergillaire
- E. La greffe tuberculeuse

22/ Quels sont parmi ces particularités du liquide pleural, celles que vous retenir en faveur d'une pleurésie purulente

- A. Riche en en protéines. *FK*
- B. PH inférieur à 7,20
- C. Prédominance de lymphocyte
- D. Présence de polynucléaires altérés
- E. Riche en polynucléaires éosinophiles

23/ Dans les suppurations pulmonaires :

- A. L'aspect radiologique le plus fréquent est celui d'une opacité ronde pleine
- B. Les anaérobies sont souvent les germes en cause
- C. Une suppuration pulmonaire peut se produire dans le cadre d'une septicémie
- D. L'examen cyto bactériologique des crachats est un examen indispensable dans l'identification du germe en cause
- E. L'inhalation d'un corps étranger pourrait être à l'origine de l'abcès Pulmonaire

24/ Le Pneumothorax spontané secondaire ;

- A. Survient sur un poumon sain
- B. Survient sur un poumon pathologique
- C. Est moins bien toléré que le pneumothorax spontané primaire
- D. Peut faire suite à la rupture d'une bulle d'emphysème
- E. Est surtout dû à la rupture de blebs.

25/ La physiopathologie du pneumothorax spontané primaire implique :

- A. La rupture de blebs.
- B. Une hyper porosité pleurale.
- C. L'inflammation des petites voies aériennes
- D. La rupture d'une bulle d'emphysème
- E. La rupture d'une caverne tuberculeuse.

26/ Concernant le traitement du pneumothorax :

- A. Le drainage thoracique est indiqué en cas de pneumothorax spontané secondaire.
- B. La pleurodèse est indiquée en cas de première récidence homolatérale.
- C. L'extufflation de l'air à l'aiguille est indiquée en cas de décollement inférieur à 2 cm.
- D. L'abstention thérapeutique n'est jamais une option.
- E. La pleurodèse vise à éviter la récidence.

27/ La réaction inflammatoire dans la bronchite aiguë est caractérisée par (cochez la réponse fausse) :

- A. Une destruction épithéliale.
- B. Une sécrétion sero-muqueuse.
- C. Œdème avec infiltration de polynucléaires.
- D. Des lésions irréversibles.
- E. Une restitution adintegrum en 15 jours.

28/ Parmi les propositions suivantes des tumeurs et des adénopathies du médiastin la quelle est inexacte :

- A. Les tumeurs neurogène occupe de médiastin postérieur
- B. Le goitre endo-thoracique se trouve dans le médiastin antérieur
- C. Les adénopathies siège dans le médiastin postérieur
- D. Le thymome siège dans le médiastin antérieur
- E. Le tératome bénin siège dans le médiastin antérieur

29/ La démarche d'agnostic devant un élargissement du médiastin moyen :

- A. Un interrogatoire minicieux
- B. Un bilan biologique
- C. Un scanner thoracique *rel non*
- D. IDR à la tuberculine
- E. Toutes les réponses sont justes

30/ La TDM thoracique dans la pneumopathie à SARS-CoV2 : (cochez la ou les réponse(s) juste(s)) :

- A. est obligatoire pour poser le diagnostic.
- B. est indiquée en cas détresse respiratoire aiguë.
- C. est utile en cas d'absence de RT-PCR avec présence de signes de gravité.
- D. est systématique en cas d'anosmie.
- E. est indiquée si la RT-PCR est négative.

31.-Quelle est la meilleure technique à recommander pour mettre en évidence les BAAR (BK) à l'examen direct au microscope :

- A-Coloration de Gram
- B-Coloration à l'auramine
- C-Coloration de Ziehl-Neelsen
- D-Un examen de contraste de phase
- E-Un examen à l'état frais.

32.-Un examen cyto bactériologique des crachats objectivant : moins de 10 cellules épithéliales/champs, plus de 25 leucocytes/champs, un seuil de positivité supérieur à 10^7 UFC/ml est :

- A-Salivaire.
- B-Douteux.
- C-Contaminé, classe 4, à accepter.
- D-Purulent.
- E-Contaminé, à rejeter.

33.-Parmi ces mycobactéries lesquelles ne font pas partie du complexe tuberculosis?

- A-*M. africanum*.
- B-*M. bovis*.
- C-*M. fortuitum*.
- D-*M. ulcerans*.
- E-Bacille de Hansen.

34.-Concernant les mycobactéries atypiques:

- A Elles sont à priori non pathogènes mais certaines espèces se comportent en opportunistes.
- B Elles peuvent être responsables d'infections pulmonaires qui simulent la tuberculose.
- C-Elles possèdent en général une catalase thermolabile.
- D-Elles sont sensibles à l'acide para-amino-salicylique (PAS).
- E Elles sont suspectées au laboratoire devant l'apparition des colonies pigmentées.

35.-Parmi ces mycobactéries quelle est celle qui n'est pas cultivable ?

- A-*M. africanum*.
- B-*M. bovis*.
- C-*M. fortuitum*.
- D-*M. leprae*.
- E-*M. xenopi*.

Bon courage

COCHEZ LA OU LES BONNES REPONSES

Q36- Sur le plan macroscopique, la tuberculose :

- A. Peut présenter des lésions nodulaires, des infiltrations et des ulcérations
- B. La taille du tuberculome est plus petite que celle des granulomes miliaires
- C. Le tuberculome est constitué de couches concentriques, de fibrose et de caséum
- D. La caverne tuberculeuse résulte du ramollissement et de l'évacuation de la nécrose caséuse
- E. La nécrose caséuse rappelle l'aspect du lait caillé.

Q37- Sur le plan microscopique, les lésions tuberculeuses se caractérisent par :

- A. Le caséum qui est une nécrose éosinophile, anhrste, acellulaire, finement granuleuse
- B. Le follicule simple qui est constitué uniquement de cellules lymphocytaires
- C. Le follicule simple qui est constitué de cellules épithélioïdes en orbite, entouré d'une couronne lymphocytaire
- D. La nécrose caséuse qui est d'aspect blanc-jaunâtre, pâteux si la lésion est ancienne
- E. Les lésions caséo-folliculaire qui correspondent ; à des granulomes de cellules épithélioïdes et de cellules géantes au contact de la nécrose caséuse, entourés d'une couronne lymphocytaire.

Q38- Les tumeurs broncho-pulmonaires :

- A. Sont essentiellement malignes
- B. Les chondromes sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes
- C. L'adénocarcinome broncho-pulmonaire prend naissance à partir de l'épithélium bronchique
- D. Les adénomes sont des tumeurs invasives, développées à partir des glandes muqueuses des bronches
- E. L'adénocarcinome in situ respecte la membrane basale : (absence d'effraction de la membrane basale)

Q39- Le carcinome épidermoïde primitif broncho-pulmonaire :

- A. Se développe souvent aux dépens des gros troncs bronchiques proximaux
- B. Sur le plan macroscopique c'est une tumeur bien limitée de petite taille
- C. Il exprime la P63, P40, CK5/CK6 à l'étude immunohistochimique
- D. La kératinisation et les ponts intercellulaires restent les critères cardinaux du diagnostic
- E. Le carcinome épidermoïde est gradé uniquement, en bien et faiblement différencié

Q40- L'adénocarcinome primitif broncho-pulmonaire :

- A. Est une tumeur centrale ou périphérique, rétractant la plèvre
- B. Il est défini histologiquement par une différenciation glandulaire ou la production de mucine
- C. En étude immunohistochimique, il est négatif pour TTF1 et Napsine A
- D. L'adénocarcinome invasif à prédominance lépidique, respecte l'architecture alvéolaire et présente des signes d'invasion (du stroma, vasculaire, pleural ou de dissémination aérienne)
- E. Il exprime la P40 à l'étude immunohistochimique

Pr S. KETTI

Bon courage

Département de Médecine de Constantine-Epre PNEUMOLOGIE-A4-R3- (théorie+pratique) le 23-

Date de l'épreuve : 21/06/2021

Corrigé Type

Barème par question : 0.500000

N°	Rép.
1	D
2	D
3	B
4	C
5	E
6	BE
7	ACDE
8	ABCE
9	BE
10	B
11	ACDE
12	ABCD
13	C
14	BD
15	A
16	B
17	E
18	CD
19	ABCE
20	AE
21	ABCD
22	ABD
23	BCDE
24	BCD
25	ABC
26	ABE
27	D
28	C
29	ABD
30	BC
31	C
32	D
33	CDE
34	ABE
35	D

N°	Rép.
36	ACDE
37	ACE
38	ACE
39	ACD
40	ABD

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