

Module de Pneumo-Phtisiologie
Evaluation du 05/12/2019

Sujet de Bactériologie

Rotation2 (2019-2020)

01)-Mycobacterium bovis :

A-Est responsable de la tuberculose chez les bovins et certains animaux.

B-N'est pas pathogène chez l'homme.

C-Est niacine test négatif.

D-La sous espèce bovis est sensible au pyrazinamide.

E-Son délai de culture est de 7 jours.

02)-Les prélèvements pour recherche de BK peuvent être conservés :

A-Jusqu'à 15 jours à +4°C.

B-Jusqu'à 5 jours à température ambiante.

C-Jusqu'à 10 jours à température ambiante.

D-Jusqu'à 5 jours à +4°C.

E-Aucune de ces propositions n'est juste.

03)-Parmi ces milieux lequel n'est pas utilisé pour la culture des mycobactéries de la tuberculose ?

A-MGIT.

B-Middelbrook.

C-Columbia.

D-Coletsos.

E-Lowenstein Jensen

04)-Concernant l'examen microscopique, quelle est la proposition fausse ?

A-Il permet de détecter les tuberculeux les plus contagieux.

B-Quand il est positif, il permet la mise en route du traitement dans les pays à haute prévalence.

C-Il est plus sensible que la culture.

D-Il est rarement positif dans les tuberculoses extrapulmonaires.

E-Aucune de ces propositions n'est fausse.

05)-Concernant Mycobacterium africanum, quelle est la proposition fausse ?

A-Donne des colonies rugueuses sur milieu de Lowenstein Jensen.

B-Son délai de culture est de 20 à 40 jours.

C-Peut être niacine test positif.

D-Peut être résistant au TCH.

E-Possède une catalase thermolabile.

06)-Quelle est parmi ces mycobactéries celle qui n'est pas cultivable ?

A-M.xenopi

B-M.africanum

C-M.bovis

D-M.fortuitum

E-M.leprae .

07)-Parmi les caractères suivants, quels sont ceux qui permettent l'identification des Mycobactéries atypiques :

A- Le test d'oxydase positif.

B- Le niacine test négatif.

C- Le nitrate réductase positif.

D- La thermorésistante de la catalase.

E- La pigmentation des colonies.

08)-Concernant les pneumopathies à pneumocoque, le diagnostic microbiologique se fait systématiquement par :

A- La mise en évidence des cocci à Gram positif disposés en « flamme de bougie » à l'examen direct.

B- La recherche des antigènes solubles.

C- La sérologie.

D- La culture cellulaire.

E- La sensibilité à l'optochine.

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

A- 10³ UFC/ml.

B- 10⁴ UFC/ml.

C- 10⁵ UFC/ml.

D- 10⁶ UFC/ml.

E- 10⁷ UFC/ml.

10)-Un examen cytobactériologique des crachats objectivant : moins de 10 cellules épithéliales/champs, plus de 25 leucocytes/champs, un seuil de positivité supérieur à 10⁷ UFC/ml est :

A- Salivaire.

B- Douteux.

C- Contaminé, classe 4, à accepter.

D- Purulent.

E- Contaminé, à rejeter.

Question 11 : L'alvéolite œdémateuse :

- a) Se traduit par un comblement de la lumière alvéolaire par un exsudat homogène.
- b) Présente un exsudat qui provient de la congestion des vaisseaux et des capillaires
- c) S'observe au cours de l'œdème aigu du poumon.
- d) Se traduit par une lumière comblée par des globules rouges et par un exsudat.
- e) Se traduit par un exsudat fibrineux mélangé à des leucocytes altérés.

Question 12 : La Pneumonie franche lobaire aiguë est :

- a) Une pneumopathie bactérienne causée par le pneumocoque
- b) Se caractérise par la présence de nombreux petits nodules disséminés aux 02 champs pulmonaires
- c) Une atteinte inflammatoire aiguë dans sa forme séro-fibrineuse
- d) Comporte une alvéolite fibrino-leucocytaire puis macrophagique.
- e) Evolue vers une alvéolite hémorragique étendue.

Question 13 : La Pneumonie franche lobaire aiguë se traduit morphologiquement par :

- a) une hépatisation du parenchyme pulmonaire qui intéresse un segment pulmonaire.
- b) Une phase d'hépatisation rouge où toutes les alvéoles sont occupées par de la nécrose hémorragique
- c) Phase d'hépatisation grise : afflux massif de PN dans les alvéoles
- d) Une phase d'hépatisation rouge : toutes les alvéoles sont occupées par la fibrose mutilante
- e) Parfois on observe une suppuration du lobe pulmonaire réalisant une hépatisation jaune

Question 14 : les bronchectasies présentent différents aspects macroscopiques :

- a) cylindriques : bronche dilatée avec un calibre régulier et se termine par un cul de sac.
- b) Formes ampullaires : cavités kystiques arrondies ou ovalaires appendues à une bronche en grappe de raisin.
- c) Formes sacculaires : dilatation progressive du diamètre de la bronche, se termine sous forme d'un petit ballon.
- d) Formes variqueuses : leur nombre varie de 6 à 10 dilatations, ils sont de calibre irrégulier.
- e) Formes de balle de mousse

Question 15 : Dans les bronchectasies l'altération de la paroi bronchique se caractérise par :

Le revêtement épithélial est remplacé par un tissu de granulation inflammatoire riche en PN et en petits vaisseaux.

Un chorion est œdémateux, parfois scléreux.

Des glandes hypertrophiques et hyper-sécrétâtes.

La présence de foyers chondroïdes voire ostéoïdes

Parfois on observe des foyers de métaplasie fibreuse.

Question 16 : L'emphysème présente microscopiquement :

- a) une disparition progressive de la paroi alvéolaire avec une modification de tous ses éléments constitutifs.
- b) Les cellules alvéolaires sont détruites, les pneumocytes I sont altérés en premier, les pneumocytes II membranaires se lysent plus tardivement
- c) Multiplication des cellules musculaires lisses
- d) Distension et augmentation du nombre des vaisseaux
- e) Les fibres élastiques sont dissociées et rompues puis disparaissent progressivement.

Question 17 : Les états précancéreux au niveau de l'arbre respiratoire susceptibles de faire le lit des ADK sont :

- a) La métaplasie malpighienne.
- b) L'hyperplasie adénomateuse atypique
- c) Les hamartochondromes dédifférenciés
- d) Les dysplasies de haut grade
- e) Le Carcinome in situ.

Question 18 : Devant une tumeur périphérique comportant quelques cellules mucosécrétantes avec un immunomarquage CK7+, CK20-, TTF1+ ; et une mutation EGFR+++ répond à :

- a) Pneumocytome sclérosant.
- b) Adénome alvéolaire
- c) Tumeur myofibroblastique
- d) Adénocarcinome
- e) Synoviosarcome

Question 19 : Le Blastome pleuro-pulmonaire est une tumeur rare de l'enfant présente plusieurs types histologiques :

- a) Type 1 : multikystique
- b) Type 2 : différenciation rhadoïde ou à cellules fusiformes
- c) Type 2a : différenciation lympho proliférative
- d) Type 3 : solide d'allure sarcomateux
- e) Type 3a : différenciation lymphangioléiomyomatose

Question 20 : Quel est le diagnostic histologique de certitude de la tuberculose :

- a) Les cellules géantes de type Langhans.
- b) Les cellules épithéloïdes.
- c) Les lymphocytes.
- d) Les lésions caséo-folliculaires.
- e) Les foyers nodulaires.

BON COURAGE

26.

27.

28.

51.

52.

53.

Faculté De Médecine

Module de pneumo-physiologie 4^{ème} année

Examen de pneumo 2^{ème} rotation : JEUDI 05-12-2019

Cas clinique n 01

Une femme de 45 ans, femme au foyer, sans antécédent, consulte pour une fièvre non chiffrée apparue depuis 48 h, associée à une toux sèche et une asthénie.

A l'examen on note une fréquence respiratoire à 24 cycles /min, une pression artérielle à 120/60, une fréquence cardiaque à 100 bpm, une T à 39,0°C et une SpO₂ à 98%. Pas de confusion mentale, pas de déficit sensitivomoteur ni autres signes extra-respiratoires avec des râles crépitants à la base droite. Le reste de l'examen est normal.

21) Vous décidez en urgence de :

- a. faire une radiographie du thorax et un ECG
- b. faire un bilan sanguin
- c. prescrire l'amoxicilline 3g/j.
- d. traiter en ambulatoire
- e. hospitaliser la malade.

— les résultats des examens complémentaires :

ECG : rythme régulier et sinusal, tachycardie à 98, pas de troubles de la conduction ni de la repolarisation.

Biologie : créat 5mg /L; Na 139 mEq/L; K 4 mEq/L; glycémie 1,0g/L; CRP 98 mg/L; GB 17000 ; (PNN : 13000). pH 7.40, pCO₂ 39 mm Hg, pO₂ 78mmHg, HCO₃ 22 mEq/L.

Rx Thorax : Opacité dense homogène, siégeant au niveau de la 1/2 inférieure droite à limité supérieure floue, limitée en inférieure par l'hémi-coupole sans l'effacé avec présence d'un bronchogramme aérien.

22. Quel (s) diagnostic (s) retenir-vous :

- a. Pneumonie du lobe moyen.
- b. Broncho-pneumonie droite.
- c. Bronchite aiguë.
- d. pneumonie basale droite non systématisée.
- e. bronchite aiguë surinfectée.

23) Selon le contexte actuel, quel est le germe suspecté en premier lieu :

- a. Légion Ella pneumophila
- b. Chlamydia pneumoniae
- c. Virus syncytial respiratoire VRS
- d. Klebsiella pneumoniae
- e. Streptococcus pneumoniae

24) Quel (s) est (sont) l' (les) élément (s) qui vous oriente vers ce germe :

- a. l'absence de signes extra-respiratoires
- b. la présence de signes extra-respiratoires
- c. le début brutal de la symptomatologie
- d. l'aspect systématisé de l'image radiologique.
- e. l'absence de signes de gravité.

25) Quelle est votre conduite dans ce cas :

- a. hospitaliser la malade en service de pneumologie
- b. traiter en ambulatoire
- c. traiter par : l' Amoxicilline 3g/j
- d. traiter par : l'Amoxicilline- Acide Clavulanique 3g/j
- e. traiter par : Roxithromycine 300 mg/j.

Cas clinique n 02

Une étudiante en 5eme année (Médecine), âgée de 24 ans, consulte pour une notion d'asthénie et fièvre nocturne évoluant depuis 15 jours, elle vous rapporte aussi une douleur basi-thoracique gauche et une toux sèche au changement de position apparue depuis 07 jours.

A l'examen on note une fréquence respiratoire à 18 cycles /min, une pression artérielle à 110/70, une fréquence cardiaque à 80 bpm, une T à 35.9°C et une SpO₂ à 99%. Pas de confusion mentale et pas de déficit sensitivomoteur avec à l'examen une abolition du murmure vésiculaire 1/3 inférieure de l'hémi thorax gauche.

26- Vous décidez de compléter à ce stade par :

- a. un examen pleuro-pulmonaire complet.
- b. faire une radiographie de thorax et un ECG
- c. Une TDM thoracique.
- d. faire un bilan sanguin
- e. Une ponction pleurale exploratrice.

ECG : rythme régulier et sinusal, tachycardie à 86, sans troubles de la conduction ni de la repolarisation.

Biologie : créatinémie 22 mg /L; Na 133 mEq/L; K 4 mEq/L; glucose 0,99g/L; CRP 35 mg/L;

GB 10800 109/L.

Rx Thorax : Opacité dense homogène, occupant la 1/2 inférieure gauche et le 1/3 inférieur droit, comblant des CDS costo-diaphragmatique et cardio-phrénique, effaçant l'hémi diaphragmatique avec une limite supérieure concave en haut et en dedans

27. - Quel diagnostic retenir-vous :

- a. Epanchement pleural liquidien purulent
- b. Epanchement pleural liquidien tuberculeux
- c. Epanchement pleural liquidien métastatique
- d. Epanchement pleural liquidien séro-fibrineux
- e. Epanchement pleural liquidien.

La ponction pleurale objective un liquide jaune citrin, taux de protide à 25 g/l, LDH à 160U/L, à prédominance lymphocytaire, absence de cellule maligne.

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

IDR à la tuberculine 18mm.

28 - Que retenir-vous ?

- a. Pleurésie tuberculeuse
- b. Pleurésie séro-fibrineuse
- c. Pleurésie transsudative
- d. Pleurésie métastatique
- e. Aucune à ce stade.

29 - Quelles sont les étiologies probables :

- a. Insuffisance rénale.

- b. Insuffisance cardiaque.
- c. Insuffisance hépato-cellulaire.
- d. La tuberculose rénale
- e. Carcinome mammaire.

30. Selon les données cliniques et biologiques de cette patiente, l'origine de cet épanchement est probablement :

- a. Infectieuse.
- b. Tuberculeuse.
- c. Cardiaque.
- d. Rénale
- e. Toutes les réponses sont juste

31. Concernant les thymomes, quelle est (ou quelles sont) la (ou les) réponse(s) juste(s) :

- a. L'électromyogramme est systématique.
- b. Des perfusions d'immunoglobulines polyvalentes peuvent être nécessaires.
- c. Les signes médiastinaux sont le plus souvent importants.
- d. Le lupus érythémateux disséminé est le syndrome parathymique le plus fréquent.
- e. La myasthénie peut s'exacerber lors d'un geste chirurgical.

32. Concernant le traitement des tumeurs épithéliales thymiques, quelle est (ou quelles sont) la (ou les) réponse(s) juste(s) :

- a. La chimiothérapie est toujours la première étape.
- b. La chimiothérapie doit toujours compléter le traitement chirurgical.
- c. La chirurgie est la première étape, si la tumeur semble d'emblée résecable.
- d. La radiothérapie est la première étape, si la tumeur semble non résecable.
- e. La chirurgie peut être une étape du traitement, en cas de tumeur initialement non résecable.

33. Concernant la sarcoidose, quelle est (ou quelles sont) la (ou les) réponse(s) juste(s) :

- a. Une atteinte médiastino-pulmonaire est présente dans 90% des cas.
- b. La vitesse de sédimentation est souvent élevée.
- c. L'intradermoréaction à la tuberculine est souvent positive.
- d. L'enzyme de conversion de l'angiotensine est souvent élevée.
- e. Une hypocalcémie peut-être présente.

34. Concernant l'évolution de la sarcoidose [choisissez la ou les réponse(s) juste(s)] :

- a. Le pronostic est toujours péjoratif en l'absence de traitement.
- b. Le décès est le plus souvent lié à l'atteinte cardiaque.
- c. La moitié des patients guérissent spontanément.
- d. La mortalité varie entre 30 et 40%.
- e. L'intensité du processus granulomateux conditionne la sévérité.

35. Concernant le diagnostic de la sarcoidose [choisissez la ou les réponse(s) juste(s)] :

- a. La mise en évidence d'un granulome tuberculoïde non caséux est recommandée.
- b. Le tableau radioclinique doit-être compatible.
- c. L'exclusion d'autres maladies semblables est nécessaire.
- d. Une preuve histologique est nécessaire en cas de Syndrome de Löfgren.

c. Toutes les réponses sont justes.

36. Quels sont les armes thérapeutiques employées pour le traitement du Kyste hydatique

- a. La ponction écho guidée du kyste
- b. La chirurgie
- c. Le traitement médical
- d. Le drainage thoracique
- e. La prévention

37. La localisation la plus fréquente du kyste hydatique du poumon est :

- a. Lobe supérieur droit
- b. Lobe moyen
- c. Lobe inférieur droit
- d. Lobe supérieur gauche
- e. Lobe inférieur gauche

38. L'image radiologique sur une radiographie thoracique de face dite en « ménisque gazeux » est caractéristique du :

- a. L'aspergillome pulmonaire
- b. L'abcès du poumon
- c. Le cancer du poumon non à petite cellule.
- d. Le kyste hydatique fêtré
- e. La dilatation des bronches

39. Le diagnostic différentiel du kyste hydatique du poumon peut se poser avec :

- a. Abscès du poumon
- b. L'aspergillome pulmonaire
- c. Cancer du poumon secondaire
- d. Tuberculome
- e. Néoplasie excavée

40. L'abcès du poumon en phase de foyer fermé toujours à l'antibiothérapie dirigée(RF)

- a. Se confirme radiologiquement
- b. Donne lieu à une vomique
- c. Se manifeste par une ascension de la courbe thermique
- d. Nécessite de faire des prélèvements des sécrétions bronchiques pour recherche le germe en cause
- e. Répond toujours à l'antibiothérapie dirigée

41. Sur une radiographie pulmonaire standard une image hydro aérique à limite régulière fait évoquer(RF)

- a. Un kyste hydatique rompu
- b. Une caverne tuberculeuse
- c. Une pneumopathie infectieuse
- d. Un aspergillome pulmonaire
- e. Un abcès du poumon

42. Toutes ces complications peuvent se voir dans les DDB sauf une (RF)

- a. Hémoptysie
- b. Greffe aspergillaire
- c. Amylose rénales
- d. Insuffisance respiratoire chronique
- e. Pleurésie transsudative

43. Les étiologies des DDB localisés sont les suivantes sauf une (RF)

- a. Tumeur carcinoïde endobronchique
- b. Inhalation de corps étrangers
- c. Mucoviscidose
- d. Compression par une adénopathie hilair
- e. Séquelle de lobite tuberculeuse

44. Le diagnostic de certitude d'une TP commun

- a. Anamnestique
- b. Clinique
- c. Radiologique
- d. Bactériologique
- e. Anatomopathologique

45. Parmi les professions suivantes lesquelles exposent le plus souvent à la silicose 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

46. Le diagnostic d'une pneumoconiose se pose devant (RF)

- a. L'anamnèse et l'histoire professionnelle en milieu exposé à des particules minérales
- b. La radiographie du thorax
- c. La réunion du collège de 3 médecins
- d. L'exploration fonctionnelle respiratoire
- e. La recherche de BK dans les crachats

47. Un ouvrier du bâtiment et de la construction naval est susceptible de faire (RJ)

- a. Une silicose
- b. Une beryllose
- c. Une asbestose pulmonaire
- d. Une sidérose
- e. Une anthraco-silicose

48- L'emphysème pulmonaire diffus est responsable : (RF)

- a. Hypoxie précoce
- b. Hypercapnie tardive
- c. Accidents Thromboemboliques
- d. Sur infections
- e. Insuffisance cardiaque Gauche

49- L'objectif de la prise en charge de la maladie emphysemateuse, l'éviction des facteurs d'aggravations : (RJ)

- a. Iatrogènes
- b. Infectieux
- c. professionnels
- d. Pollution environnementales
- e. Allergiques

50- La prise en charge thérapeutique au cours de l'emphysème centrolobulaire nécessite (RJ):

- a. L'utilisation de bronchodilatateurs
- b. Les corticoïdes inhalés seules
- c. Les bronchodilatateurs associés à des corticoïdes inhalés
- d. Les Diurétiques
- e. L'usage des ATB

51-Au cours l'asthme bronchique sévère le traitement médical repose sur l'association : (RJ)

- a. Bronchodilatateurs de courte durée d'action
- b. Corticoïdes inhalés
- c. Bronchodilatateurs de longue durée d'action
- d. Anti-leucotriènes
- e. Anti histaminique

52-L'éducation sanitaire au cours de la maladie asthmatique : doit être (RF)

- a. Correcte
- b. Nécessite l'intervention d'un psychiatre
- c. Permanente
- d. Mener par le médecin traitant
- e. Mener par l'ensemble de l'équipe soignante

53-La sévérité de la crise d'asthme est évaluée à travers (RF) :

- a. La clinique
- b. L'interrogatoire bien conduit
- c. La spirométrie
- d. La gazométrie
- e. Les données de la radiographie thoracique

54- De multiple mécanismes interviennent dans la BPCO post-tabagique parmi lesquels le plus souvent incriminés :

- a. L'inflammation
- b. L'hyperréactivité bronchique accrue
- c. La diminution de l'activité de l'alpha 1 anti-trypsin
- d. L'augmentation du nombre de mastocyte
- e. La sécheresse de la muqueuse Bronchique

55-La forme latente de la primo infection tuberculeuse :

- a. Touche environ 30% de la population mondiale
- b. Evolue vers la tuberculose maladie dans 10%
- c. Evolue vers la tuberculose maladie dans 90%
- d. Plus fréquente que la forme patente
- e. Moins fréquente que la forme patente

56- Le régime thérapeutique de la tuberculose hépatique, se base sur l'association :

- a. Rifampicine
- b. Isoniazide
- c. Pyrazinamide
- d. Ethambutol
- e. Streptomycine

57- Au cours de la miliaire tuberculeuse fébrile la ponction lombaire ramène un LCR caractérisé par :

- a. Une hyper-albuminorachie
- b. Plus souvent absence de BK à l'examen directe
- c. Plus souvent présence de BK à l'examen directe
- d. Une Hypo - albuminorachie
- e. Une richesse en polynucléaires neutrophiles

58. Concernant le pneumothorax, quelle est l'affirmation exacte ?

- a. La survenue d'un pneumothorax à 18 ans, présage de la survenue d'une BPCO précoce
- b. Un décollement pleural partiel peut se résorber spontanément
- c. La présence d'un épanchement sanglant abondant est habituelle dans le pneumothorax bénin idiopathique

- d. Une symphyse pleurale médicamenteuse ou chirurgicale est indispensable
- e. La silicose est une cause fréquente des pneumothorax secondaires.
59. Un pneumothorax total incomplet, nécessite :
- Un drainage pleural en urgence
 - Une exsufflation à l'aiguille
 - Une pleuroscopie
 - Un traitement chirurgical
 - Un talc âge pleural
60. Devant un PNO total de grande abondance apparemment primitif sans signes de gravité, quel est le geste à faire ?
- Une exsufflation à l'aiguille
 - Un drainage pleural
 - Un drainage chirurgical
 - Une pleurodèse chirurgicale
 - Toutes les réponses sont fausses
61. Un pneumothorax est grave si :
- Il survient chez un adulte jeune
 - Il est partiel
 - Il est bilatéral
 - Il survient sur un poumon sain
 - Il s'agit d'une récurrence
62. Qu'elle est l'étiologie la plus fréquente des pleurésies hémorragiques chez le sujet âgé ?
- La tuberculose pleurale
 - La cirrhose hépatique
 - La pancréatite
 - L'atteinte néoplasique de la plèvre
 - Toutes les réponses sont fausses
63. la pleurésie hémorragique se caractérise par ? :
- survient chez l'adulte jeune
 - aussi fréquente que la pleurésie à liquide claire
 - Est toujours bilatéral
 - Transudatif
 - Toute les réponses sont fausses
64. La pleurésie hémorragique se définit par la présence dans la cavité pleurale d'un liquide ?
- Sanglant
 - Incoagulable
 - Séro-hématique ou simplement rosé
 - Simplement rosé
 - Toutes les réponses sont justes
65. Le diagnostic de certitude de la pleurésie hémorragique est obtenu par :
- L'examen clinique
 - Biopsie pleurale
 - La ponction pleurale exploratrice
 - Le TLT
 - Toutes les réponses son (fausse)
66. Les Micronodules de la miliaire pulmonaire typique se caractérisés par :
- Tendance à la confluence.
 - Micronodules à limites floues.
 - Imprégnation plus importante dans les régions hautes.
 - Micronodules à contours arrondi.
 - Micronodules de dimensions variables.
67. Parmi ces maladies la ou lesquelles peuvent être à l'origine d'une fibrose pulmonaire :
- Asthme
 - Sarcoidose.
 - Pneumopathies d'hypersensibilité
 - Emphysème.
 - Vascularites
68. Parmi ces lésions radiologiques, quelle est ou quelles sont les lésions qui doivent faire évoquer une fibrose pulmonaire idiopathique :
- Micronodules prédominants aux sommets
 - Images en rayons de miel
 - Bronchectasies de traction
 - Prédominance des lésions en sous pleural et aux bases
 - Image en verre dépoli prédominantes
69. Au cours de la pleurésie purulente, la phase d'enkystement se caractérise par :
- Présence de cloisonnements
 - Liquide louche libre dans la grande cavité pleurale.
 - Plèvre sclérosée avec accolement des 2 feuillets
 - Les deux plèvres qui sont minces et souples.
 - Guérison sans séquelles possible
70. Les facteurs pronostiques favorables des cancers bronchiques sont :
- Les stades élevés de la maladie
 - Tumeur résecable
 - PS entre 0 et 1
 - Maigrissement
 - Taux de LDH élevé

Bon courage

Département de Médecine de Constantine-Epreuve de PNEUMO-PHTISIOLOGIE-A4-R3- THEORIE+PRATIQUE

Date de l'épreuve : 05/12/2019

Page 1/1

Corrigé Type

Barème par question : 0,285714

N°	Rép./Alternatives 1&2
1	AC
2	D
3	C
4	C
5	B
6	E
7	BDE
8	ABE
9	A
10	D
11	ABC
12	AC
13	ACE
14	ABCD
15	ABC
16	ABE
17	ABDE
18	D
19	ABD
20	D
21	A
22	D
23	E
24	AC
25	BC
26	AB
27	E
28	C
29	ABC
30	D
31	BE
32	CE
33	AD
34	CE
35	ABC

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

الدكتور عضو المجلس الطبي
 Dr. MOKRANE Zine Labidine
 Maître Assistant
 Pneumo Allergo Phtisiologie
 C.H.U. Constantine