

Théorie :

1) L'angle iridocornéen est formé par :

- A. Le trabéculum
- B. Les procès ciliaires
- C. La bande ciliaire
- D. Le limbe
- E. L'éperon scléral

2) Concernant le trachome :

- A. Il est dû à un agent pathogène à développement intracellulaire obligatoire stricte.
- B. Le réservoir du virus c'est l'homme humain.
- C. Le réservoir du virus c'est le chat
- D. Il donne des lésions cicatricielles pathognomonique
- E. Le traitement médical est réservé au trachome en évolution inflammatoire

3) La sclérite nécrosante est traitée par :

- A. AINS peros en première intention
- B. La dexaméthasone en collyre
- C. Les corticoïdes en peros en deuxième intention
- D. Injections locales de corticoïdes
- E. Traitement étiologique

4) Parmi les étiologies des épisclérites :

- A. La granulomatose de Wegener
- B. La tuberculose
- C. La maladie de Lyme
- D. Les pathologies HLAB27 positives
- E. Peuvent être idiopathiques

5) L'endophtalmie :

- A. peut compliquer un corps étranger intra-oculaire
- B. Le traitement repose principalement sur les antibiotiques par voie systémique et les collyres fortifiés.
- C. Les traitements systémiques fréquemment utilisés sont la ciprofloxacine et l'imipénem
- D. Les collyres fortifiés sont préparés à base de gentamicine et ceftazidime
- E. L'atropine peut être indiquée comme traitement adjuvant

6) Un œil rouge et douloureux évoluant depuis 48h fait craindre :

- A. Un glaucome chronique à angle ouvert
- B. Un glaucome primitif par fermeture de l'angle
- C. Une uvéite antérieure
- D. Un ulcère cornéen
- E. Une conjonctivite

7) Quelles atteintes oculaires compliquant une spondylarthrite ankylosante :

- A. La cataracte
- B. L'uvéite antérieure
- C. La névrite optique rétrobulbaire
- D. La sclérite
- E. La kératite

SPA

8) Un nourrisson de 3mois présentant depuis la naissance un larmolement avec sécrétions purulentes, il faudra suspecter :

- A. Un glaucome congénital
- B. Un traumatisme obstétrical

9) La luxation postérieure du cristallin se manifeste par : traumatisme  
A. Une obstruction de la voie lacrymale  
B. Une conjonctivite gonococcique  
C. Une conjonctivite à adénovirus  
D. Une baisse de l'acuité visuelle

10) L'œdème cornéen post traumatique est :  
A. Equivalent d'hydrops aigu  
B. Secondaire à une rupture stromale  
C. Souvent secondaire à un traumatisme oculaire perforant  
D. Traité par solutions hyperosmolaires  
E. Traité par antibiothérapie

11) Le principal signe de gravité d'une brûlure cornéenne chimique est :  
A. La nécrose conjonctivale  
B. L'œdème cornéen  
C. L'ischémie limbique  
D. La réaction inflammatoire de la chambre antérieure  
E. L'opacification du cristallin

12) Parmi les vices réfractifs suivants lesquels n'exposent jamais à un glaucome primitif à angle fermé :

- 1/2
- A. L'astigmatisme myopique
  - B. L'hypermétropie
  - C. La myopie
  - D. La presbytie chez l'emmetrope
  - E. L'aphakie

13) Un œil rouge douloureux et dur permet de suspecter une crise de GFA ou une uvéite hypertensive, parmi les signes suivant lequel permet de retenir le premier diagnostic :

- crise GFA
- A. L'œdème cornéen
  - B. La baisse de vision
  - C. La semi-mydriase aréflexique
  - D. Le tonus oculaire très élevé
  - E. La bradycardie associée

14) Parmi les facteurs de risque du glaucome primitif à angle ouvert on distingue :

- 3/4
- A. La myopie
  - B. L'hypotension artérielle Del HTA
  - C. Le tabagisme
  - D. L'hypertonie oculaire
  - E. Le sexe masculin

15) Le glaucome primitif à angle ouvert se caractérise par :

- A. Une excavation papillaire suspecte
- B. Flou des bords papillaire
- C. Rejet nasal des vaisseaux
- D. Amincissement de l'anneau neuro-rétinien
- E. Une acuité visuelle longtemps conservée

16) Parmi les glaucomes secondaires on cite :

- 2/2
- A. Le glaucome par récession de l'angle
  - B. Le glaucome de la cataracte intumescence
  - C. La crise de GFA chez l'hypermétrope
  - D. Les uvéites hypertensives
  - E. Le glaucome pigmentaire

17) Le bilan préthérapeutique des antipaludéens de synthèse repose sur :

- A. La tonométrie

- 18) Un ptosis complet secondaire à une paralysie du III est :
- A. Un problème de la statique des paupières
  - B. Lié à une paralysie de la musculature intrinsèque
  - C. Le muscle paralysé est le muscle orbiculaire
  - D. Il s'associe une hyperaction du muscle frontal
  - E. La diplopie est le symptôme majeur qui l'accompagne

- 19) Les manifestations oculaires de l'hypertension artérielle sont :
- A. Les hémorragies en flammèche siégeant en périphérie rétinienne
  - B. Les nodules cotonneux
  - C. Les croisements artérioveineux pathologiques où la veine passe au-dessus de l'artère
  - D. La choroidopathie hypertensive
  - E. L'œdème papillaire

- 20) Le VEGF est :
- A. Un facteur angiogénique
  - B. Ayant une action anti-œdémateuse
  - C. Secrété sous l'effet de l'hypoxie rétinienne
  - D. Induit l'apparition d'une rubéose irienne
  - E. Réduit le risque d'évolution vers une rétinopathie proliférante

**Pratique :**

**Cas clinique N° 01 :**

Une femme de 38 ans consulte aux urgences ophtalmologiques pour des douleurs oculaires gauche depuis 48 h accompagnées de larmes abondantes avec intolérance à la lumière. Elle rapporte que les symptômes se sont aggravés depuis qu'elle a mis du tobradex (tobramycine + dexaméthasone) fourni par son ami pharmacien. A l'examen vous notez une lésion cornéenne étendue d'aspect géographique :

- 1) Quel est votre diagnostic :

- A. Kérato-conjonctivite à adénovirus
- B. Kérato-conjonctivite trachomateuse
- C. Kératite herpétique interstitielle
- D. Kératite herpétique superficielle
- E. Iridocyclite herpétique

- 2) Par quel moyen cherchez-vous l'aspect géographique de cette lésion :

- A. Test à la néosynéphrine
- B. Test de Schimer
- C. Test à la fluorescéine
- D. Test au rose bengale
- E. Signe de Seidel

- 3) Quelle sera votre conduite à tenir :

- A. Corticoïdes locaux
- B. Arrêt du tobradex
- C. Cycloplégique
- D. Antiviraux locaux
- E. Mouillants et cicatrisants topiques

- 4) En surveillant la patiente vous notez des opacités sous épithéliales au 7<sup>ème</sup> jour du traitement, il s'agit de :

- A. L'évolution naturelle de ce type de lésions
- B. Surinfection de la lésion
- C. Complication liée au traitement
- D. Zones de mauvaise cicatrisation

E. Aucune réponse n'est juste  
5) Quelle sera donc votre conduite à tenir :

- 1
- A. Traitement antibiotique
  - B. Traitement corticoïde
  - C. Arrêt du traitement local principal
  - D. Passage à la voie général
  - E. Juste continuer la surveillance

Cas clinique N°02 :

Un homme âgé de 57 ans, myope, diabétique type 2, et hypertendu, présentant une baisse de l'acuité visuelle progressive des deux yeux (ODG). AT examen : acuité visuelle corrigée ODG : 03/10 de loin, P8 de près le TO : 24mmHg ODG, au FO : ODG : rétrécissement artériel diffus, hémorragies en flammèche péripapillaires, quelques microanévrismes et épaissement maculaire.

1) Quel est le stade de la rétinopathie diabétique :

- 1
- A. Rétinopathie diabétique non proliférante minime
  - B. Rétinopathie diabétique non proliférante modérée
  - C. Rétinopathie diabétique non proliférante sévère
  - D. Rétinopathie diabétique proliférante minime
  - E. Pas de rétinopathie diabétique

2) Quel est le stade de la rétinopathie hypertensive :

- 1
- A. Rétinopathie hypertensive stade I
  - B. Rétinopathie hypertensive stade II
  - C. Rétinopathie hypertensive stade III
  - D. Pas de rétinopathie hypertensive
  - E. Aucune réponse n'est juste

3) Le patient a été mis sous prostaglandine collyres pour baisser son tonus oculaire, il rapporte l'aggravation de la baisse de l'acuité visuelle. Vous pensez que ceci est dû à :

- 1
- A. Une aggravation de la rétinopathie diabétique
  - B. Une aggravation de la rétinopathie hypertensive
  - C. L'instillation des prostaglandines
  - D. Mauvaise observance du patient
  - E. Aucune réponse n'est juste

4) Quels sont les facteurs de risque de glaucome primitif a angle ouvert chez ce patient :

- 3  
 4
- A. L'hypertension artérielle
  - B. Le diabète
  - C. La myopie
  - D. L'âge
  - E. Le sexe masculin

5) Quelle sera votre prise en charge vis-vis de la rétinopathie diabétique :

- 1
- A. Équilibre glycémique strict
  - B. Equilibre tensionnel
  - C. Injection intravitréenne d'antiVEGF
  - D. Photocoagulation panrétinienne
  - E. Surveillance

Université de Constantine 3

Faculté de Médecine

Département de Médecine

Le 08/12/2019

Corrigé type du contrôle d'ophtalmologie – A6 – 2<sup>o</sup> rotation

<u>THEORIE</u>		<u>PRATIQUE</u>	
1.	ACE	<b>CAS CLINIQUE N° 01</b>	
2.	ADE	1.	D
3.	BE	2.	C
4.	ABCDE	3.	BCDE
5.	ACE	4.	C
6.	BCD	5.	CD
7.	BD	<b>CAS CLINIQUE N°02</b>	
8.	CD	1.	A
9.	AC	2.	B
10.	AD	3.	C
11.	C	4.	ABCD
12.	ACDE	5.	ABE
13.	A		
14.	ABCD		
15.	ACDE		
16.	ABDE		
17.	BCE		
18.	AD		
19.	BDE		
20.	A, CD		

Dr. MEZAACHE .S  
Maître-Assistante  
en Ophtalmologie

Responsable du module d'ophtalmologie

**Dr MEZAACHE .S**

Dr. MEZAACHE .S  
Maître-Assistante  
en Ophtalmologie