

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ORAN

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

MODULE DE PNEUMOLOGIE

EPREUVE THEORIQUE

SESSION : OCTOBRE/NOVEMBRE 2012

Examen du 02/12/2012

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

QCM et QCS :

1. lors de la tuberculose infection, la radiographie pulmonaire peut objectiver : cochez la ou les réponse(s) juste(s). QCM

- A- un chancre : opacité arrondie, petite taille (1 cm), lobe supérieur, évolue vers la disparition ou la calcification.
- B- une adénopathie homolatérale, latérorachéale, Inter-(trachéo) bronchique ou hilare.
- C- un trouble de ventilation : atélectasie (lobaire moyenne), emphysème obstructif (para cicatriciel).
- D- une milliaire radiologique.
- E- aucune anomalie radiologique.

2. QCM/Parmi les médicaments antituberculeux essentiels utilisés en Algérie, on retrouve : cochez la ou les réponse(s) juste(s). QCM

- A- l'isoniazide.
- B- l'ethambutol.
- C- la rifampicine.
- D- la kanamycine.
- E- l'ofloxacine.

3. Lors de l'apparition d'un effet secondaire majeur suite à la prise du traitement antituberculeux ; il est préconisé de : cochez la ou les réponse(s) juste(s). QCM

- A- diminuer la dose du traitement antituberculeux de moitié.
- B- hospitaliser le patient.
- C- arrêter le traitement.
- D- administrer des antihistaminiques en association avec le traitement antituberculeux.
- E- procéder à l'identification de l'antituberculeux en cause après disparition des effets secondaires.

NB : QCM = question choix multiple ; / QCS = question choix simple

4. Le risque de contamination de la tuberculose dépend des situations suivantes ; cochez la réponse Juste : QCS

- A. Du nombre des gouttelettes de pflügge en suspension dans l'air
- B. De l'état immunitaire du patient atteint
- C. De la concentration des particules infectantes dans l'air et la durée pendant laquelle le patient est exposé
- D. De l'extension des lésions radiologiques
- E. De l'importance de l'exposition à la tuberculose

5. Le mécanisme de la tuberculose pulmonaire repose sur les propositions suivantes ; cochez la ou les réponses Juste (s) QCM

- A. Le plus souvent par l'aggravation du premier contact de l'organisme sain avec le bacille de Koch
- B. Par le biais d'une réactivation interne des bacilles dormants
- C. Suite à une surcontamination massive dans les pays à incidences élevées de tuberculose
- D. En rapport avec un dysfonctionnement du système mitochondrial
- E. Viscéralement lié à une transmission hématogène

6. Vous suspectez la tuberculose pulmonaire devant le tableau clinique suivant ; cochez la ou les réponses Juste (s) QCM

- A. La présence d'un contexte phthisogène et une toux de plus de trois semaines
- B. La présence de signes d'imprégnation associés à une hémoptysie
- C. La présence de douleurs thoraciques diffuses
- D. La présence d'une dyspnée au moindre effort
- E. En examinant un patient démaigré se plaignant d'un amaigrissement notable et d'une toux récurrente

7. La tuberculose extra-pulmonaire possède les caractéristiques suivantes sauf une : QCS

- A. Elle est paucibacillaire et n'est pas contagieuse
- B. Les localisations les plus fréquentes sont pleurales et ganglionnaires
- C. Elle est la conséquence d'une dissémination sanguine ou lymphatique des BK quiescents
- D. Son diagnostic peut reposer sur des arguments de présomption
- E. Contrairement à la tuberculose pulmonaire, sa déclaration n'est pas obligatoire

8. Parmi les propositions suivantes, laquelle est juste ? QCS

- A. La tuberculose pulmonaire est une pathologie contemporaine.
- B. Les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire ont été décrits au 18ème siècle.
- C. Sa transmission par le lait de vache malade demeure usuelle.
- D. Les bactéries appartenant à la famille des actinomycétales sont responsables de la tuberculose
- E. Le risque de contamination de la tuberculose dépend du nombre de gouttelettes de pflügge

21. Concernant la pneumopathie organisée cryptogénique, Cochez la ou les réponses justes : QCM

- A. est une PID chronique survenant au cours des connectivites et des vascularites
- B. se manifeste par des hyperdensités en verre dépoli
- C. caractérisée par des condensations alvéolaires migratrices
- D. est une PID cortico-sensible
- E. peut être d'origine néoplasique

22. Devant un épanchement pleural exsudatif chez un homme de 50 ans, dont la cause n'a pas été retrouvée malgré 2 biopsies pleurales et qui persiste à se renouveler au cours des 2 mois suivants, on doit en règle proposer; cochez la réponse juste QCS

- A. Un traitement par les corticoïdes
- B. Un traitement anti-tuberculeux d'épreuve
- C. Un traitement diurétique
- D. La mise en place d'un drain pleural continu
- E. Une pleuroscopie

23. Un patient de 50 ans a un carcinome à petites cellules de la bronche lobaire supérieur. D. La radiographie montre plusieurs adénopathies médiastinales. Les EFR, la scintigraphie osseuse et l'échographie hépatique sont normales: quelle thérapeutique adopter? QCS

- A. Chimiothérapie puis radiothérapie
- B. Exérèse puis chimiothérapie
- C. Exérèse puis radiothérapie
- D. Chimiothérapie puis exérèse
- E. Chimiothérapie seule

24. Tous ces signes appartiennent au SAOS sauf un lequel?

- A. Polyurie nocturne voir énurésie.
- B. Anorexie mentale
- C. Sueurs nocturnes avec des céphalées matinales.
- D. Trouble de la mémoire et de l'attention.
- E. Baisse des performances intellectuelles.

#### Cas Clinique :

Monsieur B. Moussa 62 ans, marié 3 enfants sans antécédents particuliers sauf bronchites à répétition pendant l'enfance, une rhinite et visite aux urgences depuis deux mois pour bronchite associée à une gêne respiratoire.

Calendrier professionnel: manoeuvre puis actuellement gardien de nuit.

Se plaint d'être: fatigué, essoufflé depuis 6 mois pour les moindres efforts et qu'il a du "mal" à monter les deux étages de son appartement. Vous lui trouvez Une TA à 14-8mm Hg

Une FC à 77/min, régulière. A l'auscultation cardiaque: tout est normal. L'auscultation pulmonaire: retrouve quelques râles bronchiques sibilants. A noter aussi: Il fume depuis l'âge de 19 ans, 20 à 24 cigarettes/jour.

NB : QCM = question choix multiple ; QCS = question choix simple

25. Quel(s) est l'élément(s) essentiel(s) qui retient votre attention dans cette histoire ? QCM
- A. Le tabagisme
  - B. La dyspnée
  - C. L'auscultation
  - D. La profession
  - E. ANTC de visite aux urgences
26. Quelle est l'origine la plus probable de cette dyspnée ? QCS
- A. Cardiaque
  - B. Respiratoire
  - C. Hormonale
  - D. Métabolique (Anémique)
  - E. Psychique
27. A ce stade de votre consultation, quel(s) examen(s) complémentaire(s) vous semble le(s) plus utile(s) pour apprécier objectivement la gravité de la dyspnée de monsieur Moussa ? QCM
- A. Un ECG
  - B. Une NFS
  - C. Une fibroscopie
  - D. Une radiographie pulmonaire
  - E. Les épreuves fonctionnelles respiratoires
28. Quel examen allez-vous prescrire pour l'EFR ? QCS
- A. Débit expiratoire de pointe (DEP)
  - B. Spirométrie (classique ou courbe D-V) avec test de réversibilité aux beta 2 mimétiques
  - C. Test de transfert de l'oxyde de carbone (DLCO)
  - D. Test de provocation à la métacholine (HRB)
  - E. Étude de l'hématose (gaz du sang)
29. La radiographie thoracique a révélé une distension thoracique au niveau des bases avec une horizontalisation des côtes, le DEP est de 2150 /min, la spirométrie a montré une CV : 85%, VEMS : 52%, un rapport de VEMS/CV : 62%. Après épreuve aux bronchodilatateurs : « la CV : 85%, VEMS : 74%, un rapport de VEMS/CV à : 88% »
- Quel diagnostic auriez-vous évoqué sur l'histoire clinique et les données de la spirométrie ? QCS.
- A. BPCO ?
  - B. ASTHME ?
  - C. DDB ?
  - D. Bronchiolite ?
  - E. Mucoviscidose ?
30. Quel conseil et traitement lui proposez-vous pour les mois à venir ? cochez la ou les réponse (s) Juste(s) QCM
- A. Arrêt du tabac
  - B. Prescription d'un corticoïde inhalé associé à un  $\beta_2$ -agonistes longue durée
  - C. Prescription d'un corticoïde inhalé associé à un antileucotriènes.
  - D. Éviter les efforts physiques
  - E. Éducation thérapeutique
- NB : QCM = question choix multiple ; / QCS = question choix simple

## LES QCM

1) Parmi les additifs à la cigarette, une affirmation est fausse, laquelle ?

A- L'ammoniac est responsable de la diminution de la nicotine libre

B- Le cacao par la présence de la thénormine entraîne une pénétration plus profonde de la fumée

C- Le menthol est un anesthésique local du pharynx

D- Les édulcorants sont utilisés pour leur meilleure tolérance chez les débutants

E- Les aspartames favorisent l'absorption pulmonaire

2) Chez un enfant de 06 ans qui présente une tuberculose pulmonaire, on prescrit :

A. ERHZ + corticoïdes

B. RHZ + corticoïdes

C. RHZ sans corticoïdes

D. SRHZ

E. Corticothérapie seule

3) Un malade traité correctement pour tuberculose pulmonaire par chimiothérapie de 06 mois, conserve des BK directs positifs au 5<sup>e</sup> mois du traitement. Quelle est la 1<sup>ère</sup> explication à envisager :

A. Erreur de laboratoire

B. Situation fréquente et banale

C. Syndrome de malabsorption digestive

D. Résistance secondaire du bacille aux antituberculeux

E. Un échec possible au traitement antituberculeux

4) la tuberculose pulmonaire demeure un problème de santé publique, une réponse est juste laquelle ?

A- Elle se transmet le plus souvent par *Mycobacterium Bovis*

B- L'aggravation du foyer primaire de la tuberculose infection en constitue le mécanisme le plus usuel

C- Elle demeure fréquente et prévalente dans les pays industrialisés

D- L'OMS en fait sa priorité dès les années 1980

E- Elle se caractérise par un polymorphisme anatomo-radiographique

5) Chez l'asthmatique, l'utilisation d'une chambre d'inhalation est indiquée :

- A. Au cours de l'asthme persistant du nourrisson et de l'enfant
- B. Avant de mesurer le débit expiratoire de pointe
- C. En cas d'allergie aux acariens
- D. Lorsqu'il existe une mauvaise coordination train/mouvements respiratoires chez l'enfant et l'adulte
- E. Pour éviter les effets indésirables des bêta 2 sympathomimétiques

6) Quelle est la période pendant laquelle un malade atteint de tuberculose pulmonaire à frottis positif est le plus contagieux pour son entourage ?

- A. dans le premier mois du traitement
- B. dans le premier trimestre du traitement
- C. dans les 6 premiers mois du traitement
- D. durant toute la période de traitement nécessaire à la négativation bactériologique
- E. Dans le trimestre qui a précédé le diagnostic

7) Le chancre d'inoculation de la primo infection tuberculeuse : cocher la réponse juste

- A. ne guérit jamais spontanément
- B. guérit le plus souvent spontanément
- C. évolue toujours vers l'ulcération en l'absence du traitement efficace
- D. provoque souvent une atelectasie segmentaire
- E. se calcifie toujours

8) La vaccination au BCG

1. Réalise une primo infection artificielle
2. Empêche la contagion tuberculeuse
3. Confère une totale immunité
4. Protège contre la miliaire tuberculeuse
5. Induit les anticorps sériques protecteurs

Réponses :

A= 1+2 B= 1+4 C= 2+4 D= 3+5 E= 1+5

9) Lors d'une ponction pleurale la formule cytologique retrouve un taux de lymphocyte supérieur à 75% ; ceci est en faveur :

- A- d'une tuberculose.
- B- d'un lymphome.
- C- d'une pleurésie rhumatoïde.
- D- toutes les réponses sont justes.
- E- toutes les réponses sont fausses.

10) Quelle est l'étiologie la plus probable à évoquer devant de volumineuses adénopathies bilatérales hilaires et médiastinales asymptomatiques associées à une conservation de l'état général et à un érythème noueux, découverts chez une femme de 25 ans ?

- A- La Tuberculose
- B- La sarcoïdose
- C- Une métastase ganglionnaire
- D- La maladie d'hodgkin
- E- Une virose.

11) Parmi les éléments suivants, quel (s) est celui ou ceux qui constitue (nt) le syndrome de Löfgren ?

- A- Adénopathies Médiastinales
- B- Fièvre
- C- Arthralgies
- D- Prurit
- E- Erythème noueux

12) Chez un patient de 30 ans présentant un syndrome respiratoire aigu, avec images bulleuses bilatérales, le diagnostic de pneumopathie à staphylocoques peut être argumenté sur :

- A- Séjour antérieur dans un habitat avec humidificateur
- B- Diabète confirmé associé
- C- Plaie cutanée traînante
- D- Découverte de l'échérichia coli dans l'expectoration en grand nombre
- E- Héroculture positive à staphylocoque

13) Parmi les objectifs du traitement de l'asthme selon GINA: Cochez la ou les réponses justes

- A. Besoin minimal en bronchodilatateur à la demande
- B. Peu ou pas de symptômes et de crises d'asthme
- C. Un DEP  $\geq$  70 % de la valeur théorique
- D. Besoin minimal en corticoïde par voie orale
- E. Aucune limitation dans les activités physiques

14) Un sujet âgé de 50 ans, mineur depuis 4 ans est hospitalisé en urgence pour fièvre à 39°C, céphalées évoluant depuis 4 jours. L'interrogatoire retrouve de discrets troubles de transit. Le téléthorax de face montre une image de miliaire typique. Tous ces diagnostics sont possibles sauf un.

- A- Miliaire tuberculeuse
- B- Miliaire carcinomateuse
- C- Miliaire silicotique
- D- Miliaire staphylococcique
- E- Miliaire virale

15) Le syndrome de CAPLAN ET COLLINET dans les pneumoconioses est défini par l'association :

- A. de pachypleurite et calcification hilairé en coquille d'oeuf
- B. de silicose et sinusite chronique
- C. asbestose pulmonaire et un épanchement pleural liquidien
- D. de silicose et poly arthrite chronique (PCE)
- E. de sidérose et poly arthrite chronique évolutive (PCE)

16) Les syndromes paranéoplasiques susceptibles d'être observés au cours des cancers bronchiques sont :

- A- Le syndrome de SCHWARTZ-BARTTER
- B- L'hypercalcémie digitale
- C- Le syndrome de CUSHING
- D- L'ostéo-arthropathie hypertrophiante de Pierre Marie
- E- L'hypercalcémie

17) Le programme national de lutte contre la tuberculose s'entame dès les années 1960; cochez la ou les réponses justes

- A- Le risque annuel de l'infection était très augmenté au lendemain de l'indépendance
- B- La stabilité des paramètres épidémiologiques de la tuberculose durant les années 1990 était liée uniquement à la démographie galopante
- C- L'évolution épidémiologique de la tuberculose était spectaculaire de 1965 à 1989 par la diminution des paramètres.
- D- L'Algérie appartient aux pays à haute prévalence de tuberculose
- E- L'incidence de la tuberculose à Oran est autour de 30/100 000 habitants

18) L'IDR à la tuberculine est considérée positive si :

- A- Induration de 8mm et absence de cicatrice BCG
- B- Induration de 11mm et absence de cicatrice du BCG
- C- Induration de 14 mm et présence de cicatrice du BCG
- D- Induration de 15mm et présence de cicatrice du BCG
- E- pas d'induration et patient immunodéprimé



19) quelle est la meilleure technique à recommander pour mettre en évidence les BK à l'examen direct au microscope

- A. coloration 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

20) Les affections responsables d'insuffisance respiratoire chronique restrictive sont : cochez la ou les réponses justes

- A- la sarcoïdose
- B- intoxication à l'oxygène
- C- poumon radique
- D- séquelles pleurales
- E- toutes les réponses sont fausses

21) Cochez la ou les réponses justes

- A-  $\text{PH} = \text{PKa} \cdot \log \frac{\text{HCO}_3^-}{\text{PaCO}_2}$
- B-  $\text{PH} = \text{PKa} \log \frac{\text{HCO}_3^-}{\text{PaO}_2}$
- C-  $\text{PH} = \text{PKa} \log \frac{\text{HCO}_3^-}{\text{H}_2\text{CO}_3}$
- D-  $\text{PH} = \log \frac{\text{HCO}_3^-}{\text{PaCO}_2}$
- E- Toutes les réponses sont justes

22) Le syndrome cave supérieur peut s'exprimer par

- A- L'œdème en pèlerine
- B- Circulation veineuse collatérale
- C- Turgescence des Jugulaires
- D- Chylothorax
- E- Enophtalmie

### CAS CLINIQUE N°1

Un homme de 35 ans, non fumeur présente depuis 03 ans une toux et une dyspnée d'effort du 2<sup>ème</sup> étage apparue progressivement depuis 01 an.

23) En premier lieu les examens que vous ferez sont :

- A. IDR à la tuberculine
- B. Examens de crachats à la recherche de BK
- C. Radiographie du thorax
- D. Exploration fonctionnelle respiratoire
- E. Bronchoscopie

24) L'IDR à la tuberculine est à 10mm, les examens de crachats sont négatifs, la radiographie du thorax montre une opacité régulièrement arrondie, homogène, volumineuse, sous claviculaire droite et des nodules disséminés régulièrement répartis dans les 2/3 supérieurs des 02 champs pulmonaires. Quel examen demanderez-vous pour préciser le diagnostic ?

- A- Répétition des examens de crachats à la recherche de BK.(direct et culture)
- B- Formule et numération sanguine
- C- Scanner thoracique
- D- Test de Casoni
- E- Bronchoscople

25) La FNS est normale, le Casoni est négatif, les recherches de BK sont de nouveau négatives, la bronchoscopie montre une muqueuse inflammatoire mais pas de signes d'obstruction bronchique. On décide de refaire l'interrogatoire :  
Dans les antécédents, laquelle de ces notions vous semble en rapport avec l'affection  
Du malade ?

- A- Malade originaire de Mostaganem
- B- Profession sableur dans un atelier de mécanique depuis 10 ans
- C- Epouse traitée pour tuberculose il y a 06 ans
- D- Fils aîné asthmatique
- E- Notion de primo-infection dans l'enfance

26) L'EFR révèle un syndrome d'insuffisance ventilatoire mixte, quel est votre  
Diagnostic ?

- A- Kyste hydatique
- B- Sarcoidose stade III
- C- Cancer bronchique primitif
- D- Silicose
- E- Asthme persistant sévère

27) Votre décision sera :

- A-Corticothérapie inhalée au long cours
- B-Changement de poste de travail avec déclaration de maladie professionnelle à la sécurité sociale
- C-Chimiothérapie anti mitotique
- D-Antibiotiques + salbutamol à la demande

CAS CLINIQUE N°2

Un homme de 68 ans, peintre de profession, fumeur à raison de 25 PA, est admis pour une toux chronique, crachats hémoptoïques, opacité de densité tissulaire périphérique gauche, à la radio pulmonaire de face :

28) Quels sont les examens que vous demanderiez en priorité?

- A. une scintigraphie pulmonaire
- B. NFS complète
- C. Echographie thoracique
- D. Sérologie hydatique
- E. une fibroscopie bronchique

29) Les résultats nous sont parvenus, objectivent un Cancer bronchique à petites cellules, quels sont les examens qui font partie du bilan d'extension ?

- A. Une échographie abdominale
- B. Téléthorax de face
- C. TDM thoracique
- D. TDM cérébral systématique
- E. Fibroscopie digestive

30) Le bilan pratiqué montre un Cancer à petites cellules sans extension à distance : VEMS : 1litre 600, CV : 3 litres le bilan biologique est normal, Vous décidez alors :

- A. Chimiothérapie+Radlothérapie
- B. Chimiothérapie seule
- C. Exérèse chirurgical
- D. Corticoïdes + Antibiothérapie
- E. Abstention thérapeutique

Les QCM

1/ Concernant le pneumothorax, quelle est l'affirmation exacte ?

- A- 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 pneumocystose est la cause la plus fréquente des pneumothorax secondaire

2/ L'évaluation du contrôle de l'asthme se fait sur : Cochez la ou les réponses(e) fausse(s)

- A- La présence ou l'absence de Symptômes de l'asthme
- B- La fréquence de l'utilisation de Beta2 en spray
- C- La radio du thorax
- D- La variabilité du DEP et spirométrie
- E- La charge thérapeutique en corticoïde inhalée

3/ Comment fait-on le diagnostic entre un Asthme bronchique et une BPCO : Cochez la proposition exacte. Cochez la réponse juste

- A- par le dosage systématique de l'alpha-1-antitrypsine sérique
- B- par l'interrogatoire et l'exploration fonctionnelle respiratoire (épreuves de réversibilité)
- C- par la broncho fibroscopie bronchique
- D- dosage des Ig E spécifique
- E- le scanner thoracique

4/ Devant une pleurésie purulente le premier geste à faire :

- A- Kinésithérapie respiratoire prolongée.
- B- Antibiothérapie par voie orale.
- C- Drainage thoracique.
- D- Demander une tomodensitométrie thoracique.
- E- Biopsie pleurale

5/ L'hyperréactivité bronchique se traduit par : Cochez la ou les réponses justes :

- A- La capacité qu'ont les bronches à réagir fortement aux stimuli
- B- La stabilité des débits bronchiques sur un cycle de 24 H
- C- La variabilité des débits bronchiques sur un cycle de 24 H
- D- Peut conduire à un TVO réversible ou permanent
- E- Toutes les propositions sont justes

6/ Quelles sont les affections respiratoires à évoquer en présence de calcifications au sein d'une opacité ronde solitaire intra-pulmonaire ?

- A- Kyste hydatidique
- B - Tuberculose
- C- Métastase pulmonaire isolée
- D- Cancer bronchique primitif
- E- Hamartome

7/ Cochez la ou les réponses justes

- A- Une toux chronique dépassant 3 semaines est considérée suspecte de tuberculose
- B- La tuberculose à EKD négatif représente 40% des cas
- C- La caverne tuberculeuse est pauvre bacillaire
- D- La condition de précarité constitue un facteur de risque de tuberculose
- E- L'hospitalisation de la tuberculose pulmonaire demeure toujours d'actualité

8/ Cochez la ou les réponses fausses

- A- Le diagnostic de la tuberculose infection repose sur l'IDR à la tuberculine
- B- L'érythème cutané de la face antérieure de la jambe est caractéristique de la tuberculose infection latente
- C- Le BCG a prouvé son efficacité complète dans la prévention de la tuberculose pulmonaire
- D- Le chancre primaire est une expression radiographique de la tuberculose infection
- E- Le BK est une bactérie tellurique appartenant à la famille des Actinomyces

9/ Pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire humaine un des examens suivants est indispensable:

- A. Examen direct au microscope des crachats uniquement
- B. Culture à partir du crachat
- C. Culture à partir du crachat et examen direct
- D. Culture à partir du crachat et hémoculture
- E. Culture à partir du crachat et examen sérologique

10/ Dans la phase initiale du traitement de la tuberculose pulmonaire, on associe les médicaments pour les raisons suivantes.

- A. Pour diminuer la dose de chacun d'entre eux
- B. Pour raccourcir la durée du traitement
- C. Pour obtenir la destruction du plus grand nombre de bacilles
- D. Pour stimuler les défenses générales de l'organisme
- E. Pour réduire les risques liés à une résistance bactérienne

11/ Le chancre d'inoculation de la primo infection tuberculeuse : cochez la réponse

Juste

- A. ne guérit jamais spontanément
- B. guérit le plus souvent spontanément
- C. évolue toujours vers l'ulcération en l'absence du traitement efficace
- D. provoque souvent une atélectasie segmentaire
- E. se calcifie toujours

12/ La gravité de la tuberculose miliaire aiguë est liée essentiellement à :

- A. L'atteinte hépatique
- B. Une réaction inflammatoire intense entraînant des séquelles pulmonaires
- C. Risque de résistance primaire
- D. La difficulté du diagnostic précoce mettant le pronostic vital en jeu
- E. L'atteinte séreuse

13/ La tuberculose pulmonaire demeure un problème de santé publique, une réponse est juste laquelle ?

- A. Elle se transmet le plus souvent par *Mycobacterium Bovis*
- B. L'aggravation du foyer primaire de la tuberculose infection en constitue le mécanisme le plus usuel
- C. Elle demeure fréquente et prévalente dans les pays industrialisés
- D. L'OMS en fait sa priorité dès les années 1980
- E. Elle se caractérise par un polymorphisme anatomoradiologique

14/ L'abcès pulmonaire : cochez la réponse juste

- A. est une suppuration pulmonaire secondaires
- B. le pneumocoque est le principal germe en cause
- C. peut être une localisation pulmonaire secondaire d'une septicémie
- D. l'aspect radiologique évocateur est une condensation pulmonaire.

15/ concernant les suppurations pulmonaires : cochez la ou les réponses justes

- A- ECB des Crachats est d'un grand apport pour la prise en charge des suppurations
- B- le bacille de KOCH est responsable des abcès pulmonaires
- C- l'abcès pulmonaire se traduit par une image hydro-aérique
- D- la staphylococque pulmonaire est une suppuration pulmonaire
- E- Le mycoplasme est souvent responsable de l'abcès pulmonaire

16/ Le dossier d'un silicotique doit comporter au minimum les renseignements et examens suivants :

- A- Interrogatoire
- B- biopsie pulmonaire
- C- radiographie pulmonaire
- D- E.F.R
- E- E.C.G

17/ La silicose est une maladie :

- A- Des souffleurs de verre
- B- Des mineurs de charbon en milieu argileux
- C- Des mineurs travaillant au rocher
- D- Des soudeurs à l'arc
- E- Des peintres au pistolet

18/ Les pathologies suivantes peuvent être la cause d'une insuffisance respiratoire chronique restrictive sauf une ; laquelle ?

- A. La pachypleurite d'origine tuberculeuse
- B. La fibrose Interstitielle diffuse
- C. La sclérodermie
- D. La broncho-pneumopathie chronique d'origine tabagique
- E. La cyphoscoliose

19/ Chez une femme de 20 ans, on découvre des adénopathies médiastinales bilatérales et symétriques, sans altération de l'état général, sans risques de compression bronchique, IDR à la tuberculine négative.

Quelle est l'étiologie probable ?

- A- des adénopathies sarcoïdiques
- B- des adénopathies HODGKINIENNES
- C- des adénopathies tuberculeuses
- D- un lymphome géant-cellulaire
- E- des adénopathies métastatiques

20/ L'asthme par intolérance à l'aspirine associe tous les éléments suivants, sauf un, lequel ?

- A- asthme sévère d'apparition tardive
- B- polypose nasale
- C- atteinte sinusienne associée
- D- allergie associée avec les betalactamines
- E- intolérance croisée avec les anti-inflammatoires non stéroïdienne

21/ Les principales substances cancérigènes du tabac seraient :

- A. les hydrocarbures polycycliques
- B. l'oxyde de carbone
- C. la nicotine
- D. l'oxyde d'azote
- E. les phénols

22/ Concernant la classification thoracoscopique du Pneumothorax selon Vanderschueren : Cochez la ou les réponses exacte ?

- A. Type 1 : pneumothorax avec petites bulles et blebs en surface de moins de 2cm de diamètre (représente 31% des cas).
- B. Type 2 : pneumothorax avec adhérences pleuro-pulmonaires (représente 12% des cas).
- C. Type 4 : pneumothorax avec petites bulles et blebs en surface de moins de 2cm de diamètre (représente 31% des cas).
- D. Type 4: pneumothorax avec de nombreuses bulles de plus de 2cm de diamètre (représente 17% des cas)
- E. Type 1 : pneumothorax Idiopathique avec poumon endoscopiquement normal (représente 40% des cas).

### CAS CLINIQUE N°1

Un homme âgé de 55 ans, travaillant dans une mine pendant 30 ans, fumeur habituel à 2 paquets/jour pendant 35 ans, a quitté son poste depuis 5 ans après que l'on ait diagnostiqué chez lui une silicose. Chaque année une radiographie thoracique est faite montrant des lésions stables jusqu'au dernier examen, demandé après apparition de crachats hémoptoïques, ou l'on note l'existence d'une opacité du lobe supérieur droit aux limites nettes et irrégulières, d'un diamètre d'environ 4 cm. A l'examen clinique on retrouve un bon état général, poids : 78 Kg, taille : 1m 70, TA : 130/70mmHg, FC : 65/mn, FR : 22/mn, T° : 37°5. Examen pleuro pulmonaire : hippocratisme digital et quelques râles broncho pulmonaires, le reste de l'examen physique est sans particularités.



QCM 23: À quelle étiologie pensez-vous en premier ?

- A. Tuberculome
- B. Masse silicotique.
- C. Embolie pulmonaire.
- D. Cancer broncho pulmonaire.
- E. Aspergillome

QCM 24: Dans cette hypothèse quels sont les examens que vous demandez en première intention ?

- A- Une TDM thoracique
- B- Une fibroscopie bronchique.
- C- Des bascilloscopies des crachats.
- D- Une sérologie aspergillaire.
- E- Un angio scanner.

Les résultats des examens sont les suivants : TDM thoracique : formation de densité tissulaire située dans le segment apical du lobe supérieur droit de 4cm de dimension, entourée dans sa totalité par du parenchyme pulmonaire, absence d'adénopathies hilaires et médiastinales. Surrénales libres. La fibroscopie bronchique : ne montre pas d'anomalies endo bronchiques cependant l'apicale droite apparaît refoulée vers l'avant, l'examen cytologique des sécrétions provenant de cette bronche révèle la présence de cellules nécrotiques avec des amas cellulaires comportant un index mitotique élevé et des atypies cyto nucléaires. Les bascilloscopies : sont négatives. La sérologie aspergillaire est négative. Angio scanner : absence d'artéfacts endo vasculaires.

QCM 25: Vous complétez votre bilan par :

- A. Une TDM cérébrale.
- B. Une échographie abdominale.
- C. Un ECG et une échocardiographie.
- D. Une FNS, une glycémie et une fonction rénale.
- E. Une scintigraphie osseuse.

Les résultats sont les suivants :

TDM cérébrale, échographie abdominale : sans anomalie  
 ECG : bloc de branche droit, échocardiographie : bonne fonction du VG.

Glycémie : 0,99g/l urée : 0,25g/l créatinine : 9 mg/l, GB : 7000/ml Hb : 14  
 plaquettes : 225.000/ml, Scintigraphie osseuse : sans anomalie

QCM26: les examens utiles à votre décision thérapeutique seraient les suivants ?

- A- Un bilan d'hémostase +groupage.
- B- Une scintigraphie pulmonaire.
- C- Une chimie des urines.
- D- Une spirométrie+gazométrie.
- E- Un bilan hépatique.

Les résultats sont les suivants TP : 100%, TCK : 2 fois le témoin, Groupe sanguin : A rhésus positif, scintigraphie pulmonaire sans anomalie, chimie des urines : PH 6, sang (-), protéines(-), glucose (-), acétone(-) EFR : amputation de 20 % de la CV et de 30 % du VEMS Gaz du sang : Pa o2 :65mm Hg Paco2 :36 mm Hg PH : 7,42, bilan hépatique : sans anomalie.

QCM 27: à ce stade ce patient pourra bénéficier du traitement suivant :

- A. Une chimiothérapie antituberculeuse.
- B. Des anticoagulants.
- C. Une exérèse chirurgicale.
- D. Des antifongiques.
- E. Une chimio radiothérapie.

### CAS CLINIQUE N°2

Un homme de 40 ans, employé de bureau, sans antécédents pathologiques, consulte pour une dyspnée d'installation progressive. A l'examen clinique nous relevons une polypnée superficielle, une cyanose des lèvres et un hippocratisme digital, des râles crépitants bilatéraux à l'auscultation le malade est apyrétique. La radiographie pulmonaire met en évidence des images réticulo micro nodulaires et micro kystiques au niveau des deux champs pulmonaires, prédominants aux bases.

QCM 28/Devant ce tableau radio clinique, vous évoquez le diagnostic suivant :

- A- Miliare tuberculeuse
- B- DDB diffuse
- C- Emphysème post bronchitique
- D- Fibrose interstitielle
- E- Asthme persistant sévère

QCM 29/ Pour étayer votre diagnostic, deux examens complémentaires sont nécessaires :

- A- FNS
- B- Bacilloscopie
- C- EFR
- D- Scanner thoracique
- E- Gaz du sang

Les résultats des examens demandés sont les suivants :

GR : 5,8M GB : 8500 PN 65% PE : 3% L : 22% MONO : 10% Bacilloscopie : négative, le scanner n'a pu être fait, EFR : CV : 48% de sa valeur théorique, Tiffeneau : 70%, VR normal, PaO<sub>2</sub> : 85 mmhg, PaCO<sub>2</sub> 35 mmhg, après inhalation d'oxygène la PaO<sub>2</sub> est à 98 mmhg, comment

QCM 30/ Interprétez-vous l'ensemble de ces résultats ?

- A- Insuffisance ventilatoire restrictive. Syndrome hypoxie-hypercapnie réversible après inhalation d'oxygène
- B- Insuffisance ventilatoire restrictive, syndrome hypoxie hypocapnie réversible après inhalation d'oxygène, polyglobulie à explorer
- C- Insuffisance ventilatoire restrictive modérée, gaz du sang dans les limites de la normale
- D- Insuffisance ventilatoire sévère obstructive et restrictive, bloc alvéolo-capillaire
- E- Syndrome broncho-emphysémateux, effet shunt majeur