

Module de pneumo-physiologie

Examen du lundi 14 Novembre 2011

Nom, Prénom de l'étudiant(e)
Date et lieu de naissance
N° d'examen

N° ANONYMAT	
-------------	--

QCM 1 : devant une glycopleurie à 40g/L chez un homme de 22 ans, non vacciné au BCG sans antécédents particuliers et qui présente une pleurésie exsudative, avec une lymphocytose à l'étude cytologique on doit évoquer (cochez la réponse juste)

- A. Une étiologie cardio-vasculaire
- B. Une étiologie tuberculeuse
- C. Une origine systémique
- D. Une étiologie néoplasique
- E. Une origine idiopathique

QCM 2 : Les syndromes paraneoplasiques susceptibles d'être observés au cours des cancers bronchiques sont :

- A. Le syndrome de SCHWARTZ-BARTANER
- B. L'hyperparathyroïdisme
- C. L'œsophagite peptique sténosante
- D. L'ostéoporose
- E. L'hypercalcémie

QCM 3 : Parmi les affirmations suivantes concernant le cancer bronchique, lesquelles sont fausses ?

- A. Chimio sensible et radio sensible
- B. Le déficit enzymatique en est le facteur le plus important
- C. ~~Le tabac est le facteur de risque principal~~
- D. Peut s'accompagner de syndromes paraneoplasiques
- E. Peut entraîner des métastases hépatiques

QCM 4 : Le tabac entraîne sur l'appareil respiratoire les effets suivants : (Cochez les réponses justes)

- A. Une augmentation de la taille des muscles lisses
- B. Des modifications cellulaires et immunologiques
- C. Une stimulation de l'activité protéolytique des macrophages
- D. Des altérations mucociliaires avec altération des pneumocytes II
- E. Un épaissement de la membrane basale

QCM 5 : Concernant la nicotine (Cochez la réponse fausse)

- A. Elle atteint le cerveau en moins de dix secondes.
- B. La nicotine donne des spasmes artériels surtout coronaires.
- C. Elle est responsable de la dépendance psychologique par son effet psychotrope
- D. Elle est responsable de la dépendance physique.
- E. Elle est responsable du « craving syndrome »

QCM 6 : La tuberculose pulmonaire survient :

- A. Le plus souvent suite à une aggravation de la tuberculose infection.
- B. Grâce à l'apport des BK quiescents
- C. Suite à une surcontamination massive
- D. Chez un patient au statut immunologique anergique
- E. Dans 50% des cas de tuberculose infection, une à deux années après.

QCM 7 : Parmi les caractéristiques suivantes de la tuberculose pulmonaires, deux sont fausses, lesquelles ?

- A. Le diagnostic se base strictement sur la bacilloscopie, notamment, l'examen microscopique.
- B. Une toux productive plus de trois semaines devra faire suspecter la tuberculose.
- C. L'intérêt de l'examen physique pulmonaire dans le diagnostic est primordial.
- D. La notion de sujets à risque est prise en compte.
- E. Le monomorphisme radiologique est de règle dans la tuberculose pulmonaire.

QCM 8 : Les critères de diagnostic de certitude d'une tuberculose extra-pulmonaires peuvent être :

- A. Culture positive d'un prélèvement pathologique
- B. Liquide sero-fibrineux et lymphocytaire en cas de pleurésie ou d'ascite
- C. Follicule caséeux à l'examen anatomo-pathologique d'une pièce de biopsie
- D. IDR t positive; une papule d'induration après 72h = ou > à 15mm
- E. Identification de pus caséeux à l'examen cytologique d'un pus prélevé par ponction

QCM 9 : La Streptomycine est :

- A. Très active sur les bacilles intracellulaires qui se multiplient lentement.
- B. Très active sur les bacilles extracellulaires qui se multiplient rapidement.
- C. Bactériostatique.
- D. Fait partie des antibiotiques de réserve dans le traitement de la tuberculose
- E. Administré par voie orale le matin à jeun

QCM 10 : Le diagnostic différentiel de la tuberculose infection (forme patente) se pose avec :

- A. Infection à staphylocoque.
- B. Syndrome de LOFGREN (sarcoidose).
- C. Erythème noueux.
- D. Bulle d'emphysème.
- E. Fièvre typhoïde

QCM 11 : L'intradermo-réaction à la tuberculine est considérée comme positive si l'induration est :

- A. $\geq 10\text{mm}$ avec cicatrice vaccinale présente.
- B. $\geq 10\text{mm}$ avec cicatrice vaccinale absente.
- C. $\geq 15\text{mm}$ avec cicatrice vaccinale présente.
- D. $\geq 15\text{mm}$ avec cicatrice vaccinale absente.
- E. $\leq 5\text{mm}$.

QCM 12 : Parmi les complications du kyste hydatique, une peut être particulièrement dramatique. Laquelle ?

- A. La surinfection
- B. La greffe mycosique
- C. Les hémoptysies répétées
- D. La rupture du kyste dans la plèvre
- E. La greffe tuberculeuse

QCM 13 : dans les suppurations pulmonaires : cochez les réponses justes :
 l'aspect radiologique le plus fréquent est celui d'une opacité ronde pleine. → *non mais un NAA*
 les ~~causés~~ *causés* sont souvent les germes en cause.
 une suppuration pulmonaire peut se produire dans le cadre d'une ~~septicémie~~ *septicémie*.
 l'examen cytobactériologique des crachats est un examen indispensable dans l'identification du germe en cause.
 le ~~germe en cause~~ *germe en cause* pourrait être à l'origine de l'abcès pulmonaire

QCM 14 : concernant ~~les abcès pulmonaires~~ *les abcès pulmonaires*, cochez la ou les réponses justes :
 Le ~~Staphylococcus aureus~~ *Staphylococcus aureus* est le principal germe en cause.
 Survient sur une lésion pulmonaire préexistante. → *non c'est le cas des suppurations*
 Le poumon gauche est le siège de prédilection des abcès pulmonaires.
 Le ~~Staphylococcus aureus~~ *Staphylococcus aureus*

QCM 15 : Chez un patient de ~~30 ans~~ *30 ans* présentant un ~~syndrome~~ *syndrome*, avec ~~images~~ *images*, le diagnostic de ~~bronchopneumonie~~ *bronchopneumonie* peut être argumenté sur :

- A. Séjour antérieur dans un habitat avec humidificateur
- B. ~~...~~
- C. ~~...~~
- D. Découverte de l'Escherichia coli dans l'expectoration en grand nombre
- E. ~~...~~

QCM 16 : La bronchite aigue de l'adulte sain :
 A. Se manifeste par un VEMS inférieur à 30% : *BPCO*
 B. Une toux avec rhinorrhée et douleurs rétrosternales
 C. Fièvre peu élevée
 D. Majoration de la purulence de l'expectoration : *EA BPCO*
 E. L'intérêt de l'antibiothérapie n'est pas démontré.
 → *car l'étiologie est surtout virale.*

*Toux + rhinorrhée
 sèches
 râles non crépitants*

QCM 17 : Quelle est l'étiologie la plus probable à évoquer devant de ~~...~~ *...* et à un ~~...~~ *...* et à un ~~...~~ *...* associées à une ~~...~~ *...* découvertes chez une femme de 25 ans ?

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

QCM 18 : Quelles sont les explorations complémentaires à réaliser en cas d'exacerbation aigue de BPCO :

- A. Radiographie pulmonaire
- B. EFR
- C. Gazométrie artérielle
- D. ECB des crachats systematique → *✓*
- E. Biopsie étagée.

QCM 19 : Quel est ou quels sont le(s) signe(s) hémodynamique(s) caractéristique(s) d'une ~~embolie pulmonaire~~ *embolie pulmonaire* ?
 Elévation de la pression systolique dans le ventricule droit
 Elévation de la pression systolique dans le tronc de l'artère pulmonaire
 Elévation de la pression capillaire pulmonaire
 Elévation de la pression systolique dans le ventricule gauche
 Diminution du débit cardiaque

- QCM 20: Cochez les réponses justes
- La crise d'asthme peut se résumer en une toux sèche, quinteuse ou paroxystique
 - L'exacerbation est une succession de crises très espacées
 - Toutes les propositions sont fausses
 - Une crise est dite sévère si le DEP < 40% de la valeur théorique ou de la meilleure valeur connue du malade
 - L'AAG peut apparaître de façon soudaine et grave sans symptômes annonciateurs les jours précédents

- QCM 21: Cochez les réponses justes : le diagnostic d'asthme est fait sur ?
- Est basé essentiellement sur l'interrogatoire à la recherche de symptômes évocateurs
 - La spirométrie qui montre $VEMS/CVF < 70\%$ chez un malade en état stable
 - Amélioration du VEMS > 12% de la valeur théorique 10 mn après inhalation de 200µg de salbutamol
 - Téléthorax
 - Gazométrie qui, montre une hypoxie avec hypercapnie

- QCM 22: Une BPCO stade 1 (légère) est définie selon les recommandations « GOLD » par :
- $VEMS/CVF < 70\%$ et $VEMS \geq 70\%$
 - $VEMS/CVF < 80\%$ et $VEMS \geq 70\%$
 - $VEMS/CVF < 70\%$ et $VEMS \geq 80\%$
 - $VEMS/CVF < 75\%$ et $VEMS \geq 75\%$
 - $VEMS/CVF < 75\%$ et $VEMS \geq 80$

- QCM 23: Comment fait-on le diagnostic entre un Asthme bronchique et une BPCO : une seule réponse
- par le dosage systématique de l'alpha-1-antitrypsine sérique
 - par l'interrogatoire et l'exploration fonctionnelle respiratoire (épreuve de réversibilité)
 - par la broncho fibroscopie bronchique
 - par l'examen clinique et le dosage des Ig E spécifique
 - par la radiographie et le scanner thoracique

- QCM 24: Parmi les assertions suivantes, cochez la ou les réponses justes
- La santé environnementale selon l'OMS correspond à la santé physique et mentale de l'individu
 - Le risque environnemental dépend de l'aléa et de la sensibilité des populations
 - Parmi les sources de pollution, le trafic routier est responsable du déclenchement des crises d'asthme
 - L'odeur de l'œuf pourri est caractéristique du monoxyde de carbone (CO)
 - Parmi les indicateurs de santé, la mesure de niveaux de concentration des polluants est capitale

- QCM 25: A propos du réchauffement climatique, cochez la ou les réponses justes
- L'effet de serre joue un rôle primordial dans le réchauffement de la planète.
 - L'énergie fossile diminuerait l'intensité de l'effet de serre.
 - La déforestation constituerait le remède nécessaire pour contrecarrer l'effet de serre.
 - La vapeur d'eau, le CO et d'autres composants participent à l'effet de serre.
 - L'albédo représente 30% de l'énergie solaire absorbée.

QROC 1: Citez cinq signes radiologiques de gravité d'un Pneumothorax

1. PNO avec niveau hydro-aérique (Chemo PNO)
2. PNO avec lésions parenchymateuses s/ jacentes
3. " avec brides pleurales
4. " bilatéral
5. " compressif du P. minor contralateral (à l'inspiration)

QROC 2: Citez 05 causes d'obstruction des voies aériennes supérieures dans le SAOS ?

1. obstruction mécanique d'origine anatomique
2. hypotonie musculaire favorisant un recul de la langue
3. Modification histologique de muscles de VAS
4. atteinte neurologique (dérégulation)
5. désynchronisation entre l'activité pharyngée et celle des muscles

QROC 3: Citez 05 signes nocturnes du SAOS

1. le ronflement (95%)
2. les pauses respiratoires
3. les éveils suffocatoires
4. le sommeil agité avec des mouvements périodiques
5. l'hypersudation

QROC 4: Citez les 04 composantes anatomiques de l'interstitium pulmonaire ?

1. Cloisons Intervallolaires
2. Septas Interlobulaires
3. Tissu conjonctif per broncho-Vx
4. " " s/ pleural

QROC 5: citez cinq causes de PID aigues

1. infectieux
2. pneumopathie Immuno alléiée = PHS
3. pneumopathie médicamenteuse
4. certains le sibilant, certains hémodynamique
5. cause tumorale (lymphome, carcinoma)

QROC6 - Citez deux facteurs physiologiques les symptômes d'une crise d'asthme simple ?

- 1) toux sèche
- 2) dyspnée inspiratoire
- 3) toux grasse
- 4) expiration sibilante - peut se résumer au seul sibilant (haut de la poitrine)

QROC7 - Définissez les paramètres épidémiologiques de la tuberculose

- prévalence de l'infection tuberculeuse, nombre de mycobactéries par g de TBC et mesurée par les tests tuberculiniques
- incidence: nb de nouveaux cas de TBC par an / population
- Prévalence de la TBC mondiale: nb de nouveaux et de cas existants par an / pop. g
- mortalité: nb de cas décès par TBC par an, *fébrilité*

QROC8 - Quels sont les critères diagnostiques de la TP ?

- Contexte physiologique: 0,75
- critères cliniques: Toux chronique > 3 semaines 0,75
- Rx: 0,25
- Bactériologiques: Bacilloscopie et culture: 0,75

QROC9 - Citez les principales caractéristiques des TEP

- Pans bacillaires 0,1
- non contagieux 0,1
- Hétérotaxie: 1^{er} vitel et fœtal 0,1
- Le Dr v. travaille sur l'histologie ou le élément de précaution

QROC10 - Quelles sont les étapes évolutives d'une ADP tuberculeuse ?

- Phase morte 0,1
- " cavallisation 0,1
- " fistulisation 0,1
- Ecrouelles - cicatrice irrégulière 0,1

EXAMEN FINAL DU 03 NOVEMBRE 2011

Cas clinique N° : 1

Une jeune femme de 34 ans, originaire d'El Harrach et y demeurant, est amenée à la garde par ses parents pour une toux avec hémoptysse quantifiée à 50cc depuis 24 heures. La famille vous rapporte qu'elle ne présente aucun antécédent en dehors d'un tabagisme à 5 P/A.
L'examen clinique retrouve un sujet pâle, pèse 60 kg pour une taille de 160 cm. La T° est à 38°C, le pouls à 100/min, la TA à 110/60 mm Hg, le reste de l'examen est normal.

1. Quelle sera votre conduite à tenir ?

- A. Demander un téléthonax en urgence.
- B. Placer la patiente en position de sécurité avec une oxygénothérapie à 3 L/min
- C. Demander des bacilloscopes des crachats en urgence.
- D. Demander une formule numération sanguine en urgence
- E. Demander un groupage sanguin.

Le téléthonax objective une hyperclarté de 2 cm entourée d'une bordure épaisse, siégeant dans la région sous claviculaire droite et associée à des opacités nodulaires.

La NFS : GR : 4 Million, Hématocrite : 40%, Hémoglobine : 11g/dl, GB : 9200/mm³ (PNN=70%, M= 4%, E= 1%, L = 25%).

Recherche de BK dans les crachats = 30 BAAR/100 Champs.

2. Quel sera le traitement que vous prescrirez pour l'hémoptysse ?

- A. Un traitement hémostatique (Elamylete comprimés)
- B. Une perfusion de 500 cc de sérum glucosé à 5% avec une ampoule de Procaine
- C. Une perfusion de Plasmapol
- D. Une perfusion de 500 cc de sérum glucosé à 5% avec une ampoule de Chlorpromazine, une ampoule de Dolosa et une ampoule de Prométhazine.
- E. Un traitement antitussif

3. Au bout de quelques jours de traitement, on note un tassement de l'hémoptysse. Dans le cadre du bilan pré-thérapeutique, vous demandez l'examen suivant :

- A. Un bilan hépatique
- B. Un ionogramme sanguin et urinaire
- C. Une glycémie
- D. Une échographie hépatique
- E. Vous vous contentez des données de l'enzymologie et de la chimie des urines

4. Le traitement antituberculeux sera prescrit aux doses suivantes :

- A. 4 Comprimés RHZE (150/75/400/275mg)
- B. 5 comprimés RHZE (150/75/400/275 mg)
- C. Streptomycine 1g, association de 4 comprimés de rifampicine-isoniazide (150/75 mg) et de 4 comprimés de pyrazinamide.
- D. 3 comprimés RHZE (150/75/400/275 mg)
- E. 4 comprimés RHE (150/75/275 mg)

5. L'efficacité de cette chimiothérapie sera essentiellement basée sur :

- A. La recherche de cas similaires dans la famille.
- B. La surveillance de la toxicité du traitement.
- C. Le contrôle radiologique en fin de traitement.
- D. La prise régulière du traitement.
- E. La négativation des examens de crachats au 5^e et 6^e mois.

Cas clinique N° 2 :

Une femme âgée de 50 ans, mère de 04 enfants, sans profession, consulte aux urgences pour gêne respiratoire avec toux productive purulente et fièvre non chétive depuis trois jours.

A l'anamnèse, on retrouve la notion de tuberculose pulmonaire traitée il y a 5 ans avec expectoration quotidienne depuis 2 ans.

L'examen : état général moyen, poids = 55 kg, taille = 160 cm, TA = 100/70 mmHg, T° : 38°C
FC : 110 bat/min, FR : 30 cycles/min.

L'examen pulmonaire retrouve des râles crépitant et ronflants au niveau de l'hémithorax droit. La radiographie thoracique de face montre de multiples clartés de 1 à 2 cm de diamètre avec un niveau hydro-aérique au niveau du 1/3 inférieur du poumon droit.

6. Quels sont les examens complémentaires à demander en priorité ?

- A. Une radiographie thoracique de profil droit
- B. des bacilloscopies des crachats
- C. FNS + hémocultures
- D. Une IDR à la tuberculine
- E. Une glycémie à jeun

Les examens complémentaires demandés vous parviennent :

- Radiographie thoracique de profil droit montre des clartés se projetant au niveau du lobe inférieur.
- Les bacilloscopies sont négatives à l'examen direct, culture en cours.
- FNS : GB : 15000 éléments/mm³ à 80% de PNN GR : 5 millions, Hte : 42% Hb : 11g/dl
- Hémocultures : négatives
- Glycémie à jeun est à 1,05g/l.

7. Le diagnostic le plus probable à évoquer :

- A. Staphylococcie pulmonaire
- B. Surinfection de distensions de bronches
- C. Infection sur séquelles de tuberculose
- D. Abscès pulmonaires
- E. Rechute de tuberculose pulmonaire.

8. Votre conduite à tenir sera alors :

- A. Amoxicilline + acide clavulanique + flagyl
- B. Oxacilline + gentamycine
- C. 2SHRZE/1RHZE/5RHE
- D. 2RHZE/4RH
- E. Amoxicilline + acide clavulanique.

P. L'efficacité de votre traitement sera jugée sur :

- 1- FNS
- 2- Température
- 3- Radiographie thoracique
- 4- Hémodcultures
- 5- Signes fonctionnels respiratoires

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

10. Au 3^{ème} jour du traitement, la patiente est toujours fébrile avec aggravation de la dyspnée. Une radiographie thoracique de contrôle faite montre l'apparition d'un épanchement pleural liquidien droit de petite abondance. Vous décidez de :

1. Changer le traitement antibiotique
2. Faire une ponction pleurale
3. Maintenir le même traitement antibiotique
4. Associer des antipyrétiques
5. Faire une fibroscopie bronchique.

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

Cas clinique N° 3 :

Vous êtes affectés à une ville de 240 000 habitants, les résultats des activités de dépistage sont : 63 cas de TPM+
05 cas de TPMOC+
18 cas de TPMOCO
48 cas de TEP

11. Vous concluez que :

- A. Le nombre de cas de TPM+ est trop élevé
- B. Le nombre de cas de TPMOCO est trop élevé
- C. Le nombre de cas de TEP est trop élevé
- D. Le nombre de TPM+ est trop bas
- E. Le nombre de TPMOCO est acceptable

12. Les mesures recommandées sont :

- A. Améliorer le dépistage des TPM+
- B. Améliorer la formation du médecin dans la prise en charge de la Tuberculose
- C. Recycler le microscopiste
- D. Renforcer le laboratoire de culture
- E. Améliorer le diagnostic de TEP

- L'évaluation des résultats du traitement des cas tuberculose pulmonaire de l'année précédente est :

Admis au traitement : 76
Guéris : 58
Traitement terminé sans contrôle bactériologique : 3
Echecs : 3
Perdus de vue : 7
Décédés : 1
Transférés : 4

13. Vous pensez que :
- A. Le nombre d'arches au traitement est élevé
 - B. La surveillance bactériologique à la fin de traitement est peu satisfaisante
 - C. Le nombre de perdus de vue est élevé
 - D. Le nombre de cas guéris est insuffisant
 - E. Le nombre de guéris est satisfaisant
14. Les mesures recommandées pour améliorer le traitement sont :
- A. Assurer un contrôle direct du traitement
 - B. Améliorer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux
 - C. Renforcer l'éducation des patients
 - D. Renforcer le laboratoire de microscopie
 - E. Rechercher les effets secondaires au traitement antituberculeux

Cas clinique n° 4 :

Patient âgé 24 ans, étudiant, se présente aux urgences médicales pour fièvre, toux chronique et douloureuse depuis 04 jours précédées par un catarrhe nasopharyngé

A l'interrogatoire on ne retrouve pas d'antécédent pathologique. Notion de tabagisme à raison de 10 paquets /année

A l'examen clinique :

-Poids : 65kg, Taille : 1m70, T : 39,5°C, FR : 22 cycles/min, TA : 120/70 mm Hg

A l'examen pleuro-pulmonaire : présence de râles sous crépittants et sibilants au niveau de la base droite. Le reste de l'examen somatique est normal.

La radiographie du thorax montre des opacités réticulo-nodulaires allant du hile vers la base droite.

15. Ce tableau radio-clinique évoque le diagnostic suivant :
- A. Pneumonie à germes atypiques
 - B. Pneumonie à pneumocoque
 - C. Pneumonie virale
 - D. bronchopneumonie virale
 - E. bronchite aiguë
16. La confirmation du diagnostic dans ce cas peut être faite par :
1. Sérologie
 2. la recherche d'anticorps urinaux
 3. hémocultures
 4. Examen bactériologique des crachats
 5. Ex bactériologique du liquide d'expectoration bronchique
- A: 1+3 B: 1+5 C: 2+3 D: 4+5 E: 1+4
17. Vous décidez de prescrire le traitement empirique suivant :
- A. Amoxicilline
 - B. Erythromycine
 - C. Doxycycline
 - D. antipyrétique et antitussif
 - E. Amoxicilline+ Acide clavulanique

18. Au 4^{ème} jour du traitement, le patient présente une température à 37°5 C avec persistance d'une toux sèche. L'examen physique est normal.

Vous décidez de :

- A. de prescrire une corticothérapie per os de courte durée
- B. faire une endoscopie bronchique
- C. faire des examens de crachats à la recherche de BK
- D. De poursuivre le traitement prescrit
- E. De faire une radiographie thoracique

Cas clinique n°6:

Une patiente âgée de 24 ans, consulte pour dyspnée apparue il y a 6 mois avec sifflements, à raison de 4 gênes par semaine et 1 gêne nocturne par mois. Elle rapporte une notion d'asthme bronchique évoluant depuis son enfance, traité par salbutamol à la demande. Elle fume 5 à 10 cigarettes par jour depuis 2 ans. La fréquence respiratoire est à 18 cycles/min et la fréquence cardiaque est à 72/min. Il n'y a pas de tirage ni de cyanose. L'auscultation pulmonaire est normale. Le DEP est à 400L/min (DEP théorique à 450L/min).

19. Le diagnostic que vous retenez est :

- A. Asthme intermittent
- B. Asthme persistant modéré
- C. Asthme persistant sévère
- D. Asthme à dyspnée continue
- E. Asthme persistant léger

20. Les arguments vous permettant de classer la sévérité sont :

- A. Les symptômes diurnes
- B. Les symptômes nocturnes
- C. L'utilisation fréquente de bronchodilatateurs de courte durée d'action
- D. Le DEP
- E. Toutes ces propositions sont justes

21. En plus de l'arrêt du tabac, vous proposez les thérapeutiques suivantes :

- 1. Une corticothérapie inhalée à dose élevée
 - 2. Un beta Agoniste de courte durée d'action à la demande
 - 3. Une corticothérapie inhalée à dose moyenne
 - 4. Une corticothérapie inhalée à dose faible
 - 5. Un bronchodilatateur de longue durée d'action associé à une corticothérapie inhalée à faible dose.
- A : 1+5 B : 1+3 C : 2+3 D : 2+5 E : 2+4

Après 1 mois de traitement, la patiente présente moins de 2 gênes par semaine, pas de limitation de l'activité, pas de symptômes nocturnes. Son DEP est à 450L/min. Elle a arrêté de fumer et prend régulièrement son traitement.

22. ces paramètres vous permettent de conclure à :

- A. Asthme contrôlé
- B. asthme partiellement contrôlé
- C. Asthme non contrôlé
- D. Asthme instable
- E. Asthme difficile à traiter

23. Vous réécidez de

- A. Maintenir le même traitement
- B. arrêter les Beta 2 agonistes de longue durée d'action
- C. diminuer les doses de corticoides inhalés
- D. augmenter les doses de corticoides inhalés
- E. Arrêter le traitement

Cas clinique n°6 :

Un jeune homme âgé de 28 ans, architecte, suivi pour asthme sévère, consulte pour dyspnée, toux et expectoration purulente évoluant depuis 24 heures. Le patient est conscient, agité, reprend sa respiration après chaque mot. Sa fréquence respiratoire est à 32 cycles/min, fréquence cardiaque est à 130/min et son DEP = 180L/min (théorique = 600L/min), SaO₂ : 88%. Il présente un tirage sus-sternal et intercostal, des râles sibilants diffus aux 2 champs pulmonaires à l'auscultation.

24. Vous décidez de prendre en charge ce patient :

- A. en ambulatoire
- B. Dans un service de médecine
- C. Dans un service d'urgence médicale
- D. Dans un service de soins intensifs
- E. Toutes ces réponses sont justes

25. En plus de l'antibiothérapie, le patient nécessite le traitement suivant :

1. Un bronchodilatateur de courte durée d'action en nébulisation
2. Un B2 agoniste + Anticholinergiques en nébulisation
3. Un bronchodilatateur de courte durée d'action par voie sous cutanée
4. Une corticothérapie par voie parentérale
5. La théophylline en perfusion

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

26. L'oxygénothérapie administrée parallèlement nécessite les débits suivants :

- A. Débit de 6l/mn en continu
- B. Débit de 6l/mn en continu
- C. Débit de 6l/mn en discontinu
- D. Débit de 2 l/mn en continu
- E. Débit de 2l/mn en discontinu

27. L'évaluation de l'efficacité de l'oxygénothérapie se fera sur quel critère ? :

- A. L'oxymétrie de pouls avec mesure de la Saturation en O₂
- B. La gazométrie sanguine avec mesure du pH, de la PaO₂ et de la PaCO₂.
- C. La coloration des téguments
- D. L'état de conscience
- E. L'auscultation pulmonaire (sibilants)

28. Après 12 heures de traitement, on note une diminution de la dyspnée avec persistance du tirage et des râles sibilants bruyants. Sa fréquence respiratoire est à 28 cycles/min, la fréquence cardiaque est à 120/min et le DEP est à 300L/min.

Vous décidez de :

- A. Lixérer le patient avec une ordonnance
- B. Espacer les séances de nébulisations
- C. Continuer le même traitement
- D. Arrêter la corticothérapie
- E. Changer l'antibiotique.

Cas clinique N°7 :

Un homme âgé de 68 ans, comptable à la retraite, ex.fumeur 30 P/A, traité pour BPCO stade 2 avec des B2 courte durée d'action inhalé associé à des Bata 2 agonistes de longue durée d'action. Par ailleurs, il est traité au long cours pour une syndrome dépressif. Il consulte aux urgences pour aggravation de sa dyspnée d'effort associée à une toux productive ramenant des expectorations purulentes verdâtre.

L'examen physique retrouve un patient conscient et dyspnéique au moindre effort.

Poids : 65Kg et la Taille : 175cm, BMI : 21kg/m².

FR : 28c/min, FC : 120bat/min, TA : 150/90mmHg, T° : 38°C, SaO₂ : 92%

L'examen pleuro pulmonaire montre à l'inspection un thorax distendu et à l'auscultation un murmure vésiculaire diminué au niveau des deux champs pulmonaires.

L'examen cardiovasculaire révèle un rythme cardiaque régulier. Les bruits du cœur sont bien frappés. Il n'existe pas de signes d'insuffisance cardiaque droite.

29. Cette exacerbation de sa maladie est liée à :

- A. une infection bactérienne
- B. une infection virale
- C. au traitement de sa dépression
- D. une embolie pulmonaire
- E. un pneumothorax

30. Vous demandez en priorité les examens complémentaires suivants :

- 1. ECG
- 2. Gazométrie sanguine
- 3. FNS + (équilibre leucocytaire
- 4. Dosage des D.Dimères
- 5. Radiographie du thorax.

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

Les résultats vous parviennent :

La radiographie thoracique montre un thorax distendu avec un élargissement des espaces intercostaux, un aplatissement des coupes diaphragmatiques et une hyperclarté pulmonaire bilatérale diffuse.

ECG : Rythme sinusal régulier avec un bloc de branche droit incomplet

Gaz du sang : PH : 7,38 PaO₂ : 75 mmHg, PaCO₂ : 40mmHg, HCO₃ : 36mac/l, SaO₂ : 92%.

FNS: GB : 12.000/mm³ (PN 80%, PE 1%, M 2%, L 15%), Hb : 15 g/dl, Hte : 45%, GR : 51W/mm³.

31. Vous décidez de :

1. éviter les antidépresseurs
2. augmenter les doses de B2 agonistes de courte durée d'action en aérosol-doseur
3. donner des antibiotiques
4. donner des B2 agonistes de courte durée d'action en nébulisation
5. donner des corticoides par voie générale

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

32. Ce traitement nécessite :

- A. L'hospitalisation dans un service de pneumologie
- B. L'hospitalisation dans une unité de soins intensifs
- C. L'hospitalisation dans un service d'urgences
- D. L'observation en unité d'urgence.
- E. Ce traitement peut être prescrit en ambulatoire

33. Après amélioration, vous préconisez les mesures préventives suivantes :

1. Vaccination antigrippale et antipneumococcique
2. Réhabilitation respiratoire
3. Oxygénothérapie à domicile
4. Besoins tabagique
5. Recherche et traitement d'un reflux gastro-œsophagien

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

Cas clinique N°2

Une femme âgée de 65 ans, aux antécédents de polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis plus de 10ans, consulte pour toux sèche et dyspnée au moindre effort. Ces symptômes sont apparus il y a 2 ans et se sont aggravés.

L'examen physique retrouve une patiente consciente, présentant une cyanose péribuccale et un hippocratisme digital. Poids : 65Kg, Taille : 155cm, BMI : 27kg/m²

FR : 32/min, FC : 120/min, TA : 130/80 mmHg, T° : 37°C, SaO₂ : 88%

L'examen pleuro pulmonaire objective des râles crépitants diffus aux 2 champs pulmonaires.

L'examen cardiovasculaire retrouve un rythme cardiaque régulier et rapide. Pas de signes d'insuffisance cardiaque droite.

La radiographie du thorax montre des opacités réticulo-nodulaires diffuses aux 02 champs pulmonaires.

34. Vous retenez le diagnostic suivant :

- A. Fibrose pulmonaire.
- B. Pneumopathie interstitielle diffuse
- C. Myiase tuberculeuse.
- D. Sarcoidose pulmonaire.
- E. Lymphangite carcinomateuse.

35. Vous demandez l'examen suivant en priorité :

- A. Gaz du sang.
- B. Dosage des D. dimères
- C. FNS + équilibre.
- D. Bacilloscopes des crachats
- E. ECG

Les résultats vous parviennent :
 Gaz du sang : $P_{aO_2} = 55 \text{ mmHg}$, $P_{aCO_2} = 33 \text{ mmHg}$, $P_{H_2O} = 7.36$, $SaO_2 = 88\%$, $HCO_3 = 36 \text{ meq/l}$.
 Bacilloscopies des crachats sont négatives.
 F.NG. $G/B = 6000 / \text{mm}^3$, $GFR = 3 \text{ Millions}$, $Hb = 12 \text{ g/dl}$.
 D. dimères : moins d'1 fois la normale
 ECG. Rythme sinusal à 110/mn, hypertrophie auriculaire droite et une déviation axiale droite.

36. Vous proposez le traitement suivant :

1. Une oxygénothérapie à fort débit.
2. Une oxygénothérapie à faible débit.
3. Une Corticothérapie.
4. Un traitement antituberculeux.
5. Un traitement antibiotique.

- A. 1+3 B. 1+4 C. 2+3 D. 3+5 E. 1+5

Cas clinique N°9

Patiente âgée de 50 ans, directrice d'école, sans antécédents particuliers, fumeuse à raison de 15 P/A, consultée pour des douleurs de l'épaule droite évoluant depuis deux mois, rebelles aux traitements antalgiques (paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens). L'examen clinique retrouve un état général conservé, apyrétique, FR : 23 c/mn, FC : 90b/mn, TA : 120/80 mm-Hg. L'examen de l'appareil respiratoire est sans anomalies, alors que l'on retrouve à l'examen de l'appareil locomoteur une douleur à la mobilisation de l'épaule droite et à l'appareil neurologique un ptosis et une anopsalmie. Un téléthorax a objectivé une opacité dense de l'apex droit, arrondie de 04 cm de diamètre.

37. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Tuberculome
- B. Kyste hydatidique du poumon
- C. Néoplasie bronchique
- D. Métastase d'une néoplasie à distance
- E. Foyer rond pneumonique

38. Devant ces éléments, quel est l'examen à faire en priorité ?

- A. ECG
- B. Fibroscopie bronchique
- C. Radiographie thoracique de profil
- D. Echographie thoracique
- E. Grill costal

Les résultats vous parviennent :

La radiographie thoracique de profil droite objective une opacité arrondie apicale en contact avec la paroi postérieure.

ECG sans anomalies.

L'échographie thoracique montre une masse hyperéchogène.

Le grill costal est normal. La fibroscopie bronchique a objectivé un aspect inflammatoire diffus de la muqueuse bronchique.

_____ pour votre diagnostic, vous préconisez les examens suivants :

- A. Sérologie hydatique
- B. Scanner thoracique
- C. Recherche de BK dans les crachats
- D. FNS
- E. Dosage des marqueurs tumoraux

Vous recevez les résultats des examens demandés :

Sérologie hydatique : 1/32^{ème} à l'hémagglutination passive. Le scanner thoracique révèle une masse apicale droite arrondie de 37mm de diamètre, bien limitée à sa face antérieure complétant la gouttière costo-vertébrale, au contact de la paroi thoracique.

FNS : GR : 3,7 Millions, Hb : 13g/dl, Ht : 40%. GB: 5600 elt/mm³ avec 70% de PMN, plaquettes 260 000 éléments/mm³.

Examen direct des crachats à la recherche de BK est négatif (culture en cours). Taux de marqueurs tumoraux : normal.

40. Quel est l'examen qui vous permet de poser le diagnostic ?

- A. Biopsie transpéritéale
- B. Thoracotomie exploratrice
- C. Médiaestinoscopie
- D. Biopsie transbronchique
- E. Biopsie du creux susclaviculaire

Cas clinique N°10

Patient âgé de 48 ans, chauffeur de taxi, fumeur à 40 P/A, sans antécédents, consulte pour dysphonie depuis 20 jours. L'examen clinique retrouve un patient en état général moyen, FR : 22 c/min, FC : 88 b/min, TA : 130/85 mm Hg, un poids de 68 Kg pour une taille de 1.65 m. L'examen de l'appareil pleuro pulmonaire est sans anomalies ainsi l'appareil cardiovasculaire et lymphoganglionnaire.

Le téléthorax de face objective une opacité hilare gauche grossièrement arrondie d'environ 5 cm de diamètre avec des limites externes spiculées et interne confondue avec le médiastin. Le scanner thoracique montre un processus tumoral hilare gauche de 45 mm, à limites spiculées, en contact intime avec la crosse de l'aorte et la branche gauche de l'artère pulmonaire, associée à des adénomégalies au niveau de la fenêtre aorto-pulmonaire; latérotachéale bilatérale et sous carinaire.

Une fibroscopie bronchique a objectivé une parésie de la corde vocale gauche avec un bourgeon rosâtre obstruant presque totalement la bronche lobaire supérieure gauche. L'étude cytologique du liquide d'aspiration bronchique est revenue inflammatoire. l'étude anatomopathologique des fragments biopsiques a retrouvé une prolifération néoplasique faite de cellules d'aspect lymphocytoïde avec peu de cytoplasme et un noyau oblongue. Le stroma tumoral est hémorragique.

41. Quel est l'examen à demander pour préciser votre diagnostic histologique ?

- A. Une ponction de moelle
- B. Refaire un autre prélèvement biopsique
- C. Faire une étude immuno-histochimique
- D. Faire dosage des marqueurs tumoraux
- E. Faire le frottil sanguin

42. Quels sont les examens complémentaires à demander ?

1. TDM cérébrale
2. TDM abdominale
3. Echographie abdominale
4. TDM du rachis dorso-lombaire
5. Scintigraphie osseuse

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

Vous recevez les résultats demandés. La TDM cérébrale et abdominale sont sans anomalies, l'échographie abdominale est normale. La scintigraphie osseuse n'objective pas de zones d'hyper ou d'hypo-fixation anormale. La TDM du rachis est normale.

43. Quel traitement allez-vous proposer ?

- A. Radiothérapie
- B. Chimiothérapie
- C. Chirurgie
- D. Traitement symptomatique
- E. Chimiothérapie + radiothérapie

44. Avant de débiter votre traitement, quels sont les éléments à prendre en compte ?

1. Age
2. La fonction respiratoire
3. La VS
4. Le siège de la tumeur
5. L'état général (Performance Status)

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

Cas Clinique N°11

Monsieur Y.B, Agé de 43 ans, tabagique à 20 paquets années, habitant Alger et fonctionnaire dans l'administration, consulte pour une toux sèche.

L'examen physique retrouve un patient en bon état général, conscient, apyrétique à 37°C, TA = 120/70 mmHg, FC = 79 bat/mn, FR = 16 cycles/mn ; l'examen pleuro-pulmonaire est normal.

La radiographie thoracique montre une opacité latéro-trachéale droite grossièrement ovale de 5 cm de diamètre vertical, dense et homogène, à limite externe nette, la limite interne se confond avec le médiastin, refoulant la trachée vers la gauche. Cette opacité se projette dans la région antérieure sur le profil.

45. Tous ces diagnostics sont à évoquer sauf un ?

- A. Néoplasie bronchique
- B. Neurinome
- C. Gltre endothoracique
- D. Thymome
- E. Lymphome.

46. Quels sont les examens à demander pour orienter votre diagnostic ?

1. Echographie cervicale
2. Fibroscopie bronchique
3. Frottis sanguin
4. Biopsie de moelle
5. TDM thoracique

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

Les résultats des examens vous parviennent :

La fibroscopie bronchique montre un aspect de compression extrinsèque de la trachée et de la lobaire supérieure droite avec une muqueuse d'aspect normal. La TDM thoracique confirme la nature tissulaire de l'opacité qui est bien limitée adhérent à l'étage médiastinal antéro-supérieur. L'échographie cervicale ne montre pas d'anomalies ainsi que le frottis sanguin et la biopsie de moelle osseuse.

47. Au terme de ces examens, quelle décision prenez-vous chez votre patient ?

- A. Une thoracotomie à visée diagnostique
- B. Une thoracotomie à visée diagnostique et thérapeutique
- C. Une médiastinoscopie
- D. Une biopsie transpariétale
- E. Une surveillance radiologique tous les 3 mois

48. quels sont les mesures à prendre avant de prendre cette décision ?

1. Arrêter le tabagisme
2. faire un ECG
3. faire une spirométrie
4. faire une gazométrie
5. demander une FNS

A. 1+2 B : 2+3 C : 1+3 D : 1+5 E : 3+4

Cas clinique N°12

Un homme âgé de 44 ans, fumeur (25 P/A), originaire et demeurant à Bstna, fellah de profession, sans antécédents respiratoires, consulte pour hémoptysie de petite abondance. L'interrogatoire retrouve deux épisodes similaires il y a 7 mois. L'examen clinique retrouve un patient en état général conservé, bien coloré, poids : 75 kgs pour une taille de 175 cm, T° à 37,6°C, FC = 80 bat/min, FR = 18 ml/min, TA = 120/70 mmHg. L'examen pleuro-pulmonaire retrouve une submatité de la base droite. L'examen des autres appareils est normal. La radiographie thoracique de face montre une opacité arrondie de la base droite, dense, de 7 cm de diamètre à limites nettes surmontée d'un croissant gazeux évoquant un kyste hydatique

49. Quels sont les examens les plus utiles pour le diagnostic ?

1. Une radiographie de profil
2. Une échographie thoracique
3. Une TDM thoracique
4. Une fibroscopie bronchique
5. Une sérologie hydatique.

A. 3+5 B. 1+3 C. 3+4 D. 4+5 E. 1+4

Les résultats vous parviendront

Sur la radiographie de profil, l'image se projette au niveau du lobe inférieur.

Fibroscope bronchique : Un aspect inflammatoire de la muqueuse bronchique de la lobaire inférieure droite. La sérologie hydattique par hématagglutination est à 1/162. La TDM montre une masse de densité liquidarienne du lobe inférieur droit, bien limitée, entourée d'un crissement gazeux contenant en son sein quelques vésicules filées. Cette lésion est retrouvée à l'échographie thoracique sous la forme d'une masse anéchogène.

50. Vous décidez d'opérer votre patient, votre bilan préthérapeutique consistera à faire :

1. Une échographie abdominale
2. Une crasse sanguine
3. Un groupage
4. Une spirométrie
5. Un ECG

A : 1+2

B : 1+4

C : 2+3

D : 3+4

E : 4+5

51. Quel type d'intervention préconisez-vous ?

- A. Kysectomie
- B. Pérkysectomie
- C. Lobectomie inférieure
- D. Bilobectomie inférieure et moyenne
- E. Ponction percutanée avec aspiration et lavage

QCM Isolées :

52. Devant un PNO total de grande abondance apparemment purulent sans signes de gravité, quel est le geste à faire ?

- A. Une exsufflation à l'aiguille
- B. Un drainage pleural
- C. Un drainage chirurgical
- D. Une pleurodèse chirurgicale
- E. Une pleurodèse par thoracoscopie

53. La corticothérapie dans la sarcoidose médiastino-pulmonaire est indiquée dans les situations suivantes :

- A. Type I
- B. Type II avec spirométrie normale
- C. Type II avec spirométrie anormale
- D. Syndrome de Löfgren
- E. Type III sans anomalies cliniques ni fonctionnelles

54. Le tabagisme est un facteur de risque pour toutes ces affections, sauf :

- A. BPCO
- B. Asthme
- C. Cancer
- D. Tuberculose
- E. Sarcoidose

Les virus adénovirus sont fréquemment incriminés dans les infections respiratoires aiguës

suivantes :

1. Pharyngite
2. Otite
3. Amygdalite
4. Pleurésie
5. Pneumonie

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

56. Un patient âgé de 25 ans, présente un élargissement du médiastin avec une masse mal limitée, siège de calcifications et des adénopathies avec un épanchement pleural liquidien unilatéral de faible abondance. Une médiastinoscopie est pratiquée et un prélèvement effectué pour examen extemporané. Ce prélèvement doit être adressé :

- A. Dans le sérum physiologique
- B. Dans le liquide de Bouin
- C. A l'état frais
- D. Dans le formol à 4%
- E. Dans du formol à 1%

57. Parmi ces propositions, lesquelles caractérisent la bronchite chronique ?

1. L'hypertrophie de l'épithélium de surface
2. La métaplasie malpighienne
3. Les polynucléaires neutrophiles
4. L'œdème
5. L'infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire.

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

58. L'étude macroscopique d'une pièce de lobectomie pulmonaire montre une lésion circonscrite de 3 cm de diamètre, blanchâtre et remaniée par de la nécrose. Le diagnostic le plus probable est :

- A. Tuberculome
- B. Métastase
- C. Carcinome primitif
- D. Actinomycoïse
- E. Ces données doivent être confrontées au contexte clinique.

59. Au cas où le diagnostic de tuberculome est retenu, l'examen histologique retrouvera :

- A. une nécrose éosinophile arthrite
- B. un granulome à corps étranger
- C. une nécrose de coagulation
- D. des foyers d'infarctus
- E. des follicules lympho-plasmocytaire

60. Des bronchopneumonies confluentes se caractérisent par :

1. Un poumon gris et sec
2. Des alvéoles altérées réparties dans les deux poumons
3. Une alvéolite hémorragique
4. Un poumon rouge sombre
5. La présence de pus au niveau des bronches.

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