La tuberculose

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) :**
2. Une étiologie cardio-vasculaire
3. **Une étiologie tuberculeuse**
4. Une origine systémique
5. Une étiologie néoplasique
6. Une origine idiopathique
7. **La tuberculose pulmonaire survient :**
8. Le plus souvent suite à une aggravation de la tuberculose infection
9. **Grâce à l’apport des BK quiescents**
10. **Suite à une surcontamination massive**
11. Chez un patient au statut immunologique anergique
12. Dans 50% des cas de tuberculose infection, une à deux années après
13. **Parmi les caractéristique suivantes de la tuberculose pulmonaires, deux sont fausses, lesquelles ?**
14. Le diagnostic se base strictement sur la bacilloscopie, notamment, l’examen microscopique
15. Une toux productive plus de trois semaines devra faire suspecter la tuberculose
16. **L’intérêt de l’examen physique pulmonaire dans le diagnostic est primordial**
17. La notion de sujets à risque est prise en compte
18. **Le monomorphisme radiologique est de règle dans la tuberculose pulmonaire**
19. **Parmi ces affirmations concernant l’infection tuberculeuse, une est fausse, laquelle ?**
20. Elle met en contact le BK avec un organisme sain
21. La présence d’un cas index et l’exposition à ce dernier en constitue la cause
22. La réaction d’hypersensibilité retardée à médiation humorale et l’immunité à médiation cellulaire apparaissent 2 à 3 mois après l’infection expérimentale
23. **Dans la majorité des cas elle est à l’origine de signes cliniques et radiologiques**
24. Le risque de développer la tuberculose maladie est élevé durant les deux 1eres  années après l’infection
25. **Parmi les affirmations suivantes, une est juste, laquelle ?**
26. Le bacille de koch est un germe aérobic strict à développement rapide
27. La transmission de M.Bovis est fréquente et responsable de l’ampleur de la tuberculose
28. Le complexe tuberculosis est un groupe de mycobactéries à croissance rapide
29. **Faire le spot spécimen pour la bacilloscopie est plus rentable actuellement**
30. 10 BAAR/300 champs confirment largement le diagnostic de tuberculose pulmanaire
31. **Parmi les assertions suivantes, une est fausse, laquelle ?**
32. La tuberculose pulmonaire est une affection microbienne et transmissible
33. Une toux productive inexpliquée dépassant 2-3 semaines devrait être suspectée de tuberculose
34. **L’identification du crachoir du patient se faisant habituellement sur le couvercle**
35. La caverne tuberculeuse est richement bacillifère
36. Le contexte phtisiogène est un élément clinique important de la tuberculose
37. **Concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire (cochez les réponses fausses)**
38. **L’efficacité s’apprécie par la clinique et la radiologie**
39. **La guérison est obtenue au 5ème  si les BK directs sont négatifs**
40. La combinaison fixe est l’actuelle tendance du traitement antituberculeux
41. La supervision directe à la vue est indispensable durant la phase intensive du traitement
42. L’éducation sanitaire est primordiale dans l’observance du traitement
43. **Le diagnostic différentiel de la tuberculose – infection (forme patente) se pose avec :**
44. Infection à staphylocoque
45. **Syndrome de LOFGREN (sarcoïdose)**
46. Erythème noureux
47. Bulle d’emphysème
48. **Fièvre typhoïde**
49. **L’intradermo-réaction à la tuberculine est considérée comme positive si l’induration est :**
50. ≥ 10mm avec cicatrice vaccinale présente
51. **≥ 10mm avec cicatrice vaccinale absente**
52. **≥ 15mm avec cicatrice vaccinale présente**
53. **≥ 15mm avec cicatrice vaccinale absente**
54. ≤ 5mm
55. **Parmi les signes suivants lesquels font évoquer une primo-infection tuberculeuse chez un enfant :**
56. **Un érythème noueux**
57. Une diarrhée chronique
58. **Une fébricule prolongée**
59. Une arthrite aigue
60. **Une conjonctivite phlycténulaire**
61. **Au cours d’une primo-infection tuberculeuse, la fistulisation gonglio-bronchique peut se traduire par :**
62. **La présence de BK dans l’expectoration**
63. **L’apparition d’une atélectasie**
64. **L’apparition de caséum dans la bronche à la fibroscopie**
65. **La survenue d’une hémoptysie**
66. L’apparition d’une pleurésie
67. **Dans une tuberculose pulmonaire, quel prélèvement n’a aucun intérêt pour le diagnostic bactériologique :**
68. Tubage gastrique
69. Frottis de gorge
70. Expectoration spontanée
71. Expectoration sous fibroscopie
72. Lavage bronchique
73. **Le nodule tuberculeux comporte :**
74. **Une nécrose caséeuse**
75. **Une couronne lymphocytaire**
76. Des polynucléaire basophiles
77. Des mastocytes
78. **Des cellules géantes**
79. **Chez un homme de 44 ans, ancien tuberculeux, la survenue d’une hémoptysie doit faire évoquer :**
80. **Un cancer bronchique**
81. **Une récidive de la tuberculose pulmonaire**
82. **Une dilatation de la bronche para-cicatricielle**
83. **Un aspergillome sur séquelle de tuberculose**
84. Une candidose bronchique
85. **Un follicule tuberculoïde :**
86. **N’est pas spécifique à la tuberculose**
87. Caractérise la réaction à corps étranger
88. **Contient es cellules épithéloïdes**
89. Secrète du colloïde
90. **Se voit dans la sacroïdose**
91. **Parmi les complications possibles des cavernes tuberculeuses anciennes :**
92. **Pneumothorax**
93. **Hémoptysie**
94. **Greffe aspergillaire**
95. Cancer anaplasique à petite cellules
96. Hamartochondrome
97. **Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) du liquide pleural au cours d’une pleurésie tuberculeuse :**
98. **Citrin**
99. **Exsudatif**
100. Polynucléose élevée
101. **Hypoglycopleurie**
102. Présence fréquente de BK dès l’examen direct
103. **Le BGC (Bacille de Calmette et Guerin) est :**
104. un vaccin inactivé
105. un vaccin vivant atténué
106. une anatoxine
107. un sérum thérapeutique
108. une substance desensibilisante
109. **Lors de la lecture d’une lame confectionnée à partir d’une expectoration d’un patient suspect de tuberculose, on retrouve 4 BAAR/300 champs, on déclare :**
110. la lame négative
111. lame douteuse, refaire l’examen
112. lame faiblement positive(+)
113. lame moyennement positive (++)
114. lame fortement positive (+++)
115. **Cochez la ou les réponses justes :**
116. La TBC est une maladie infectieuse ayant apparue au 18ème siècle
117. Son ampleur est connue en Afrique depuis le 16ème siècle
118. Le Dr LAENECK est le 1er médecin l’ayant d’écrit
119. Le BK est découvert par un chimiste allemand en 1882
120. **L’éthymologie du mot tuberculose dérive**
121. Du granulome tuberculoïde
122. Du tuberculome pulmonaire
123. De la présence de tubercules pulmonaire
124. De la phtisiologie
125. **La pathogenèse actuelle de la TBC met en jeu :**
126. L’implication des macrophages alvéolaires
127. Les facteurs liés à l’exposition, l’infection, la maladie et la mort
128. La réinfection exogène par contage massif
129. La réinfection endogène
130. **Cochez la ou les réponses fausses :**
131. Le risque annuel de l’infection mesure l’incidence de la TBC maladie
132. La mortalité correspond au rapport entre le décès par tuberculose sur le nombre de tuberculeux
133. La prévalence entre le nombre des anciens cas et les nouveaux cas
134. Les enquêtes tuberculiniques mesurent l’incidence des nouveaux cas
135. **Cochez la ou les réponses justes :**
136. L’Algérie est un pays endémique
137. 10 pays représentent à eux seul 80% des cas dans le monde
138. L’incidence en Algérie toutes formes confondues est autours de 60-65 /100000 ha
139. L’évolution épidémiologique en Algérie en 1991-2000 était spectaculaire et positive
140. **Le P.N.L.A.T en Algérie (cochez le ou les réponses justes) :**
141. Est à sa 4ème édition
142. Est l’un des 1ers programmes nationaux de santé publique
143. Est resté figé depuis plusieurs années
144. A fait ses preuves en diminuant l’incidence des cas contagieux de 1966 jusqu’à nos jour
145. **Cochez la ou les réponses justes :**
146. La tuberculose pleurale secondaire est considérée comme TEP
147. La tuberculose osteo-vertébrale est bacillifère
148. Le Dc des TEP est le plus souvent histologique
149. Les TEP ne sont pas transmissibles
150. **Cochez la ou les réponses justes :**
151. La tuberculose rénale est une urgence médicale
152. La FO est contre indiqué dans la miliaire tuberculose
153. La méningite tuberculose ne met pas en jeu le PC vital
154. La péritonite tuberculose nécessite des soins urgents
155. **Parmi ces affirmations quelle est la réponse fausse :**
156. Le BK perd sa virulence dans les milieux confinés
157. La primo-infection patente est la plus fréquente de la TBC infection
158. La BCG est utilisé dans les programmes élargis de la vaccination
159. La tuberculose se transmet par les voies aériennes supérieures
160. Le risque d’exposition à la TBC dépend du nombre des cas contagieux dans la collectivité, de la contagiosité et d’autres facteurs.
161. **La facture des cultures sur Lowenstein Jensen se fait : cochez la réponse juste :**
162. Le 23ème jour, 28ème jour, 42ème jour, et le 72ème jour
163. Le 21ème jour, 42ème jour, et le 72ème jour
164. Le 21ème jour, 28ème jour, 42ème jour, et le 72ème jour
165. Le 21ème jour, 42ème jour, et le 72ème jour
166. Le 28ème jour, 42ème jour, et le 72ème jour
167. **Parmi ces propositions, cochez l’affirmation juste :**
168. La tuberculose génitale se transmet par voie sexuelle
169. Les TEP sont généralement bacillifères
170. La miliaire tuberculeuse est considérée comme tuberculose pulmonaire
171. La TBC hématogène nécessite un traitement immédiat
172. Les TEP constituent une urgence médicale
173. **Parmi ces propositions, cochez la réponse fausse :**
174. L’efficacité du Trt s’apprécie surtout par la bactériologie
175. La combinaison fixe est l’actuelle tendance du Trt antituberculeux
176. La guérison est obtenue au 2ème mois du Trt, vu que les BK directs sont négatifs dans 90-100% des examens
177. L’éducation sanitaire est primordiale dans l’observance du Trt antituberculeux
178. La supervision directe à la vue est nécessaire durant la phase intense du Trt
179. **Concernant la tuberculose au cours de SIDA (cochez la réponse fausse)**
180. Elle représente l’infection opportuniste la plus fréquente à l’échelon mondial
181. Elle est la seule infection opportuniste qui représente une menace de santé publique par transmission aux sujets non infectés par le VIH
182. Sa recrudescence actuelle concerne surtout les populations les moins favorisées
183. Elle bénéficie d’une prophylaxie primaire systématique
184. L’infection à VIH expose au risque de tuberculose multi-résistante
185. **Cochez la ou les réponses justes :**
186. La pyrazinamide est efficace en milieu acide
187. La streptomycine est un antituberculeux majeur
188. La rifampicine est prescrite dans les régimes de 2ᵉᵐᵉ ligne
189. Le patient atteint de tuberculose ostéo-articulaire appartient à la catégorie II
190. Le traitement anti-tuberculeux actuel est à base de combinaisons fixes
191. **pour rechercher l’allergie tuberculinique, quel test est-il préférable d’utiliser ?**
192. Un test intradermique avec 50U de tuberculine
193. Un test par scarification (cuti-réaction)
194. Le timbre tuberculinique
195. Le test intradermique avec 10 unités de tuberculine
196. Le test intradermique avec 100 unités de tuberculine
197. **la meilleure mesure à prendre pour éviter la contamination de l’entourage d’un tuberculeux pulmonaire :**
198. Isolement du malade pendant 6 mois
199. Isolement du malade pendant 2 mois
200. Vaccination BCG des enfants contacts
201. Le dépistage systématique de tous les sujets contacts pendant 6 mois
202. La chimiothérapie anti-tuberculeuse des patients tuberculeux
203. **cochez les réponses fausses :**
204. La quadruple association RHZE/RH est indiquée aux nouveaux cas de TEP
205. Le traitement d’un tuberculeux pulmonaire nécessite le RHZ/RH
206. La prise médicamenteuse est tributaire du poids du malade
207. La supervision directe du traitement à la vue à la phase initiale est de règle
208. La phase de continuation dure 2 mois
209. **parmi ces affirmations concernant l’infection tuberculeuse, un est fausse laquelle ?**
210. Elle met en contact le bacille de koch avec un organisme sain
211. La présence d’un cas index et l’exposition à ce dernier en constitue la cause
212. La réaction de l’hypersensibilité retardée à médiation humorales et l’immunité à médiation cellulaires apparaissent 2 à 3 mois après infections expérimentales
213. **Dans la majorité des cas elle est à l’origine de signes cliniques et radiologiques**
214. Le risque de développer la tuberculose maladie est élevé durant les deux premières années après l’infection
215. **parmi les affirmations suivantes, une est juste, laquelle ?**
216. Le bacille de koch est un germe aérobic strict à développement rapide
217. La transmission de M.BOVIS est fréquente et responsable de l’ampleur de la tuberculose
218. **Faire le spot spécimen pour la bacilloscopie est plus rentable actuellement**
219. Le complexe tuberculosis est un groupe de mycobactéries à croissance rapide
220. 10 BAAR /300 champs confirment largement le diagnostic de tuberculose pulmonaire.
221. **parmi les assertions suivantes, un est fausse laquelle ?**
222. La tuberculose est une affection microbienne transmissible
223. Une toux productive inexpliquée dépassant les 2-3 semaines devrait être suspectée d’une tuberculose
224. **L’identification du crachoir du patient se faisant habituellement sur le couvercle**
225. La commence tuberculeuse est richement bacillifère
226. Le contexte phtisiogène est élément clinique important de la tuberculose
227. **concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire (cochez les réponses fausses) :**
228. **L’efficacité s’apprécie par la clinique et la radiologie**
229. **La guérison est obtenue à la 5ème semaine si les BK sont négatifs**
230. La combinaison fixe est l’actuelle tendance du traitement anti-tuberculeux
231. La supervision directe à la vue est indispensable durant la phase intensive du traitement
232. L’éducation sanitaire est primordiale dans l’observance du traitement
233. **En microscopie optique, lors de la lecture des lames pour mise en évidence des BAAR, la lame est déclarée moyennement positive si :**
234. 10 à 99 BAAR/100 champs
235. 01 à 10 BAAR/ 01 champs
236. > à 10 BAAR/01 champs
237. 1 à 09 BAAR/300 champs
238. **cochez la ou les réponses justes :**
239. Le complexe tuberculosis est responsable de la TBC maladie
240. **Le myccobactérium tuberculosis est responsable de la TBC humaine**
241. La transmission du BK est à 50% aérienne
242. La myccobactérium tuberculosis n’est pas influencé par l’UV
243. **cochez la ou les réponses justes :**
244. Toutes les TEP se transmettent par voie aérienne
245. La miliaire tuberculeuse est une TP commune
246. Les TEP représentent 10% des TTFC
247. Les tumeurs blanches sont allusion à l’atteinte de l’articulation coxo-fémorale
248. Le mal de Pott est une spondilodiscite spécifique
249. **parmi les propositions suivantes, quelles sont s réponses fausses :**

**Le BCG est :**

1. Est un vaccin vivant non virulent
2. Confère une cicatrice durable
3. Possibilité de développement d’infection secondaire
4. Protège contre la tuberculose maladie à 50%
5. Confère une immunité et une allergie
6. **cochez la ou les réponses fausses :**
7. La période anti allergique varie entre 2 à 8 semaines
8. L’IDRt fortement positive sans signes cliniques traduit une infection tuberculeuse
9. L’infection VIH favorise le passage vers la tuberculose maladie chez les sujets infectés par le BK
10. La réinfection exogène est due au réveil des éléments bacillaires résiduels
11. La réaction immunitaire est de survenue précoce par rapport à la réaction allergique dite retardée
12. **Quel sont les réponses fausses parmi les propositions suivantes :**
    1. En Algérie, le RAI est en décroissance depuis 1962
    2. 95% des processus tuberculeux mondial concerne les pays en voie de développement
    3. L’incidence de la TBC en Algérie est en augmentation depuis 1962
    4. Le BK est un germe anaérobie strict avec un long développement bactérien dépassant les 20h
    5. La forte composition lipidique de la paroi du BK est source de difficulté de coloration
13. **Les groupes à haut risque actuel de tuberculose sont (cochez les réponses justes) :**
    1. Les toxicomanes
    2. Les séropositifs VIH
    3. Les dialysés chroniques
    4. Les sujets jeunes < 5ans, et âgé > 70 ans
    5. Immunodéprinés
14. **Parmi les propositions suivantes quelle est la réponse fausse :**

**Le BCG est :**

* 1. Est un vaccin vivant non virulent
  2. Confère une cicatrice durable
  3. Possibilité de développement d’infection secondaire
  4. Protège contre la tuberculose maladie à 50%
  5. Confère une immunité et une allergie

1. **Cochez la ou les réponses fausses :**
   1. La période anté-allergique varie entre 2 à 8 semaines
   2. IDRt fortement positive sans signes cliniques traduit une infection tuberculeuse
   3. L’infection VIH favorise le passage vers la tuberculose maladie chez les sujets infectés par le BK
   4. La réinfection exogène est dûe au réveil des éléments bacillaires résiduels
   5. La réaction immunitaire est de survenue précoce par rapport à la réaction allergique dite retardée.
2. **La primo infection patente est caractérisée par :**
   1. Le virage des réactions cutanées tuberculiniques seulement
   2. IDRt positive avec signes cliniques
   3. IDRt positive avec signes radiologiques
   4. IDRt positives avec signes cliniques et radiologiques
3. **Cochez la ou les réponses justes :**
   1. L’Algérie est un pays endémique
   2. 80% des cas de la tuberculose dans le monde sont en Afrique
   3. 500 000 des personnes sont infectées par le BK
   4. On dénombre à Oran environ 3 000 cas de tuberculose /an
   5. Les nouveaux cas dans le monde sont autour de 8 millions /an
4. **Cochez la ou les réponses fausses :**
   1. Le diagnostic de la tuberculose se fait par la radio standard
   2. La bacilloscopie est le plus souvent négative dans la caverne tuberculeuse
   3. Le bacille de Koch est acido-alcoolo-résistant
   4. La tuberculose est une inflammation banale
5. **Parmi les affirmations suivantes une est juste, laquelle ?**
   1. Le contexte phtisiogène est peu fréquent dans la tuberculose
   2. Seule la caverne tuberculeuse est décrite parmi les aspects radiographiques
   3. La présence de 02 BAAR/300 champs est significative du Dc bactériologique
   4. La décontamination à la sonde est une étape de l’ensemencement du BK
   5. Les colonies blanchâtres sont typiques du Mycobacterium tuberculosis
6. **Cochez la ou les réponses justes :**
   1. Les TEP se transmettent par épidémie
   2. La tuberculose pleurale primitive est le Plus souvent associée à la tuberculose pulmonaire
   3. La tuberculose hématogène survient tôt après la tuberculose infection
   4. Le BK est identifiable dans 85% de cas dans le LCR par l’examen direct.
7. **Cochez la ou les réponses justes :**
   1. Un plan mondial 2006-2015 compte éliminer la tuberculose en 2050
   2. Le PNLAT en Algérie est opérationnel depuis 1965
   3. Le pneumothorax est une des complications de la tuberculose
   4. La collapsothérapie est complémentaire aux antituberculeux
8. **Cochez la ou les réponses justes :**
   1. La tuberculose est une maladie du 19ème siècle
   2. Robert Koch découvrit le BK en 1928
   3. La tuberculose s’est propagée au 17ème siècle à partir de l’Afrique
   4. Le BCG fût découvert en 1929
9. **La transmission du BK dépend de : (cochez la ou les réponses justes)**
   1. La concentration atmosphérique du BK
   2. La durée d’exposition au cas index
   3. L’état immunitaire du patient
   4. Des conditions socio-économiques précaires
   5. La virulence et le pouvoir du BK
10. **Parmi les caractéristiques du BK, l’une est fausse, laquelle ?**
    1. Le BK est aérobie strict
    2. La paroi est riche en lipide
    3. Il est détruit par les ultraviolets
    4. Il se colore par la fuchsine phéniquée
    5. Il fuit des milieux confinés
11. **Les critères de diagnostic de certitude d’une tuberculose extra-pulmonaires peuvent être :**
12. **Culture positive d’un prélèvement pathologique**
13. Liquide sero-fibrineux et lymphocytaire en cas de pleurésie ou d’ascite
14. **Follicule caséeux à l’examen anatomo-pathologique d’une pièce de biopsie**
15. IDR t positive, une papule d’induration après 72h =ou > à 15 mm
16. Identification de pus caséeux à l’examen cytologique d’un pus prélevé par ponction
17. **La streptomycine est :**
18. Très active sur les bacilles intracellulaires qui se multiplient lentement
19. **Très active sur les bacilles extracellulaires qui se multiplient rapidement**
20. Bactériostatique
21. Fait partie des antibiotiques de réserve dans le traitement de la tuberculose
22. Administré par voie orale le matin à jeun

**61. Quelle est la meilleure technique à recommander pour mettre en évidence les BK à l’examen direct au microscope :**

1. Coloration gram
2. Coloration a l’auramine
3. **Coloration de Ziehl-Neelsen**
4. Un examen de contraste de phase
5. Un examen a l’état frais

**62. La caverne tuberculeuse :**

1. **un intérét épidémiologique majeur**
2. Est pauci bacillaire
3. Comporte deux couches
4. **Est bacillaire**
5. Donne souvent des BK directs négatifs

**63. Dans un pays a forte prévalence tuberculeuse, ou la transmission du BK dans la collectivité est intense, la vaccination BCG :**

1. Doit étre fait après tuberculine préalable
2. **Doit étre faite de facon indiscriminée, le plus tot possible après la naissance, et avant la fin de la premiére année**
3. Doit étre faite uniquement al’age scolaire
4. Doit étre répétée tous les 3 ans (révaccination systémique)
5. Doit étre faite a l’entrée a l’école

**64. Un malade traité correctement pour tuberculose pulmonaire par chimiothérapie de 06 mois, conserve de BKD positifs au 6éme mois du traitement. Quelle est la 1ére explication à envisager :**

1. Situation fréquente
2. Rechute de tuberculose
3. Résistance secondaire du bacille aux antituberculeux
4. **Un échec au traitement antituberculeux**
5. Erreur de laboratoire possible

**65. Chez un enfant de 05 ans, non vacciné au BCG, fébrile depuis 08 jours dont l’IDR est positive a 10 mm, la ponction lombaire doit faire penser à une méningite tubeculeuse si elle donne resultats suivants :**

1. **Lymphocytose à 50 éléments/mm3 et albumine a 01 g/l**
2. Lymphocytose a 08 éléments/mm3 et albumine a 0.25 g/l
3. Leucocytose a 03 éléments/mm3 et albumine a 0.20 g/l
4. Polynucléose a 200 éléments/mm3
5. Lymphocytose a 400 éléments/mm3 et albumine a 0.30 g/l

**66. Devant ces affirmations, cochez la ou les réponses justes :**

1. L’intensité de la transmibilité de la tuberculose infection est autour de 80 % chez le sujet jeune
2. La tuberculose est une affection contemporaine
3. Dans les pays en développemet la priorité est à la prévention de la tubeculose infection
4. **L’etape de l’infection tuberculeuse correspond à la séquestration des bacilles par les cellules immunitaires**
5. **Environ 10 % des cas ayant été en contact la 1ér fois avec le BK contracteront la tuberculose maladie**

**67. Quelle attitude thérapeute peut-on prendre chez un enfant de 05 ans qui présente une primo infecion TBC récente avec virage des réactions tuberculinique sans signes clinique ni RX :**

1. **TRT associant INH et Rifampicine pdt 6 mois**
2. Surveillance simple
3. Vaccination par BCG
4. Ioniazide et Rifampicine associées à une corticothérapie

**68. En faveur d’une pleurésie d’origine TBC on retient :**

1. Liquide sero-fibrineux pauve en albumine
2. **Fiévre a 38 depuis plusieurs jours**
3. **Présence de 80 % de lympho dans le liquid pleural**
4. **Asthénie et anoréxie depuis plusieurs jours**
5. Notion d’un virage récent des réactions a la tubeculine

**69. Parmi les médicaments antituberculeux essentiels utilises en Algérie :**

1. **La streptomycine**
2. **L’ethambutol**
3. La kanamycine
4. L’oflaxacine
5. **La rifampicine**

**70. Parmi les affirmations suivantes laquelle sont justes :**

1. la TBC est une patho contemporaine
2. les prémiers symptomes de la TBC pulmonaire ont été décrites au 18é siécle
3. sa tranmission par le lait de vache malade demeure usuelle
4. **les bactéries apparatenant à la famille actinomycetales sont respo de la TBC**
5. le risque de contamination de la TBC dépend du nombre des gouttelettes de PFLUGGE

**80. Toutes les propositions suivantes concernant la Rifampicine sont exactes sauf une laquelle :**

1. elle diffuse bien dans tout l’organisme
2. le mode d’administration le plus fréquent est la voie orale
3. **elle n’est active que sur les BK cellulaire**
4. la poso habituelle chez l’adulte est 10 mg/kg/j
5. l’association Isoniazide + Rifampicine peut être toxique

**81. Une TBC pulmonaire évolutive est évoquée a la RX sur :**

1. **Des infiltrats bilatéraux siègent aux sommets**
2. Une opacité hilaire unilatérale
3. Une opacité apicale dense homogène avec lyse de la 1ère cote
4. Une cavité unique avec niveau liquide de la base gauche
5. **Des cavités multiples au sein d’infiltrats bilatéraux**

**82. Au cas où le diagnostic de tuberculome est retenu, l’examen histologique retrouvera :**

1. Une nécrose éosinophile anhiste
2. Un granulome à corps étranger
3. Une nécrose de coagulation
4. Un foyer d’infarcissement
5. Des follicules lympho-plasmocytaire

**83. Chez un enfant de 06 ans qui présente une tuberculose pulmonaire on prescrit :**

1. ERHZ + Corticoïdes
2. RHZ + Corticoïdes
3. RHZ sans corticoïdes
4. **SRHZ**
5. Corticothérapie seule

**84. La tuberculose pulmonaire demeure un problème de santé publique, une réponse est juste laquelle :**

1. Elle se transmet le plus souvent par Mycobactérium Bovis
2. L’aggravation du foyer primaire de la tuberculose infection en constitue le mécanisme le plus usuel
3. Elle demeure fréquente et prévalent dans les pays industrialisés
4. L’OMS en fait priorité dès les années 1980
5. **Elle caractérise par un polymorphisme anatomo-radiographique**

**85. Quelle est la période pendant laquelle un malade attient de tuberculose pulmonaire à frottis positif est le plus contagieux pour son entourage :**

1. Dans le premier mois du traitement
2. Dans le premier trimestre du traitement
3. Dans les 6 premier mois du traitement
4. Durant toute la période de traitement nécessaire à la négativation bactériologique
5. **Dans le trimestre qui a précédé le diagnostic**

**86. Le chancre d’inoculation de la primo infection tuberculeuse :**

1. Ne guérit jamais spontanément
2. **Guérit le plus souvent spontanément**
3. Evolue tjs vers l’ulcération en l’absence du traitement efficace
4. Se calcifie toujours
5. Provoque souvent une atélectasie segmentaire

**87. La vaccination au BCG :**

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

**88. le programme national de lutte contre la tuberculose s’entame dès les années 1960, cochez les réponses justes :**

1. **Le risque annuel de l’infection était très augmenté au lendemain de l’indépendance**
2. La stabilité des paramètres épidémiologiques de la tuberculose durant les années 1990 était liée uniquement à la démographie galopante
3. **L’évolution épidémiologique de la tuberculose était spectaculaire de 1965 à 1989 par la diminution des paramètres**
4. L’Algérie appartient aux pays à haut prévalence de tuberculose
5. L’incidence de la tuberculose à Oran est autour de 30/100,000 habitants

**89. L’IDR a la tuberculine est considérée positive si :**

1. Induration de 8mm et absence de cicatrice de BCG
2. **Induration de 11mm et absence de cicatrice de BCG**
3. Induration de 14mm et présence de cicatrice de BCG
4. **Induration de 15mm et présence de cicatrice de BCG**
5. Pas d’induration et patient immunodéprimé

**90. CAS CLINIQUE :**

**Un sujet de 65 ans tabagique se présente aux urgences pour un syndrome fébrile aigu T°>39°C, frissons, douleurs thoracique, toux et expectoration rouillée,**

**1. Quelle est votre conduite à tenir ?**

1. Envisage une hospitalisation en soins intensifs
2. Faire un téléthorax de face et profil
3. Faire une TDM thoracique
4. Faire une fibroscopie bronchique

**2. quel est le diagnostic le plus probable ?**

1. Cancer bronchique
2. Pneumothorax
3. Pneumopathie bactérienne
4. Tuberculose pulmonaire

**3. le patient a été revu un mois après l’arrêt du traitement (ayant reçu 02 semaine d’amoxicilline) on constate une nette amélioration clinique mais l’image radiologique persiste, quelle est votre attitude ?**

1. Prolonger l’antibiothérapie
2. Faire une fibroscopie bronchique
3. Faire un scanner thoracique
4. Faire des hémocultures en vue d’un antibiogramme
5. Surveillance radiologique tous les mois

**4. Quelles sont les deux complications les plus fréquentes en présence de crachats hemoptoiques chez un ancien tuberculeux qui présente une opacité au sein d’une séquelle cavitaire :**

1. **Cancer bronchique**
2. Abcès pulmonaire
3. Corps étrangers
4. Kyste hydatique
5. **Aspergillome intra –cavitaire**

**91. Cas clinique :**

**Un patient âgé de 23 ans, demeurant à Oran, consulte à la polyclinique d’el hassi pour toux depuis 4 semaines ramenant une expectoration purulente. L’interrogatoire révèle que le patient en 2 pièces avec une famille de 8 personnes. L’observation clinique retrouve un patient à visage étoilé, amaigri sur asthénie et une fièvre chiffrée à 38C, La radiologie montre une opacité excavée au sein d’infiltrat de la région axillaire moyenne droite.**

**QCS N1: Quell(s) diagnostic(s) peut on evisager**

1. Une pneumopathie communautaire
2. **une suppuration pulmonaire**
3. **Une tuberculose pulmonaire**
4. Pneumopathie virale
5. Cancer bronchique

**QCS N2 : Quel examen vous parait déterminant pour confirmer le DC :**

1. Intradermoréaction a la tuberculine
2. **La recherche de BK dans l’expectoration**
3. Fibroscopie bronchique
4. TDM thoracique
5. Hémogramme

**QCS N3 : Après confirmation de DC suspecté, vous préconisez :**

1. Une mono-anti biotique à large spectre
2. **Un traitement antituberculeux à base de 2RHZE/4RH**
3. Une corticothérapie
4. Un traitement antituberculeux à base de 2RHZ/4RH
5. Une bi-antibiothérapie

**QCM N4 : Dans le cadre de l’éducation similaire, vous procédez aux mesures suivantes :**

1. **Expliquez les mesures d’hygiène élémentaire**
2. **Faire un dépistage familial à la recherche d’une contamination tuberculeuse**
3. **Expliquer l’opportunité du traitement antituberculeux et l’intérêt de son observance**
4. Faire des TDM thoracique à l’ensemble des membres de la famille
5. Faire NFS pour tous les membres de la famille

**QCM N5 : Les effets secondaires possibles de l’INH à rechercher chez au patient sont :**

1. Surdité
2. **Hépatite toxique**
3. Troubles de la vision des couleurs
4. **Polynévrite sensitivomotrice**
5. Néphropathie tubulaire

L’embolie pulmonaire

**92. Quel est ou quels sont le (s) signe(s) hémodynamique(s) caractéristique(s) d’une embolie pulmonaire grave ?**

1. **Elévation de la pression systolique dans le ventricule droit**
2. **Elévation de la pression systolique dans le tronc de l’artère pulmonaire**
3. Elévation de la pression capillaire pulmonaire
4. Elévation de la pression systolique dans le ventricule gauche
5. **Diminution du débit cardiaque**

Les infections nosocomiales et opportunistes

**93. le diagnostic d’une pneumonie repose sur l’association :**

1. D’une fièvre aiguë+opacité(s) parenchymateuse(s)+ syndrome de condensation parenchymateuse
2. D’une fièvre +syndrome de pancoat Tobias + toux hemoptoique
3. D’opacités parenchymateuses de découverte fortuite
4. Synd fébrile chronique + une toux évoluant depuis plus de 15 jours + signes auscultatoire à matité +VV et MV diminués

**94. Un sujet âgé de 58 ans éthylotabagique se présente aux urgences pour un synd fébrile crachats hémoptoique +AEG et opacité dense à limite inf bombante le diagnostic le plus probable**

1. Pneumonie virale
2. Pneumonie à pneumocoque
3. Pneumonie à Klebsiella
4. Pneumonie à germes anaérobie

Les suppurations pulmonaires

**95. Dans les suppurations pulmonaires : cochez les réponses justes :**

1. L’aspect radiologique le plus fréquent est celui d’une opacité ronde pleine
2. **Les anaérobies sont souvent les germes en cause**
3. **Une suppuration pulmonaire peut se produire dans le cadre d’une septicémie**
4. L’examen cytobactériologique des crachats est un examen indispensable dans l’identification du germe en cause
5. **L’inhalation d’un corps étranger pourrait être à l’origine de l’abcès pulmonaire**

**96. Concernant l’abcès pulmonaire : cochez la ou les réponses justes :**

1. **Un cancer bronchique peut se révéler par un abcès pulmonaire**
2. Le BK est le principal germe en cause
3. Survient sur une lésion pulmonaire préexistante
4. Le poumon gauche est le siège de prédilection des abcès pulmonaires
5. **La recherche du BK est systématique**

**97. Les indications du traitement chirurgical de l’abcès pulmonaire sont : cochez les réponses fausses :**

1. La persistance de cavilé résiduelle
2. Le cancer
3. L’abcès chronique
4. La greffe aspergillaire
5. La greffe tuberculeuse

**98. cochez la ou les réponses justes :**

**La phase d’état de la suppuration pulmonaire (vomique franche) est caractérisé par :**

1. Une expectoration purulente
2. Une vomique franche
3. La fièvre augmente
4. L’état général s’altère
5. La radiologie ; image hydro-aérique

Le kyste hydatique

**99. Parmi les complications du kyste hydatique, l’une peut être particulièrement dramatique, laquelle ?**

1. La surinfection
2. La greffe mycosique
3. Les hémoptysies répétées
4. **La rupture du kyste dans la plèvre**
5. La greffe tuberculeuse

**100. Une jeune fille de 20ans, nomade, est admise pour dyspnée sibilante avec au téléthorax une image en boulet de canon. L’interrogatoire retrouve une notion de contage animal, et à l’examen des râles sibilants. Quelles sont les moyens diagnostiques ?**

1. Test thérapeutique avec 2 bouffées de salbutamol
2. Sérologie hydatique
3. Fibroscopie bronchique
4. Scanner thoracique
5. Ponction biopsie transpariètale

**101. Les examens complémentaires révèlent une formation intra parenchymateuse, Quelle est votre attitude ?**

1. Traitement de fond de l’asthme
2. Ponction exploratrice avec étude du liquide
3. Thoracotomie
4. Traitement anti TBC de la PSF
5. Traitement anti TBC + corticothérapie

**102. Parmi les images suivantes, quelles sont celles qui évoquent un kyste hydatique ?**

1. Opacité ronde intra parenchymateuse
2. Opacité ronde + croissant gazeux
3. Un aspect de hile explosif
4. Image en grelot
5. Certaines pneumopathies virales

**103. Dans le cycle de transmission du toenia échinocoque l’homme peut être infecte par les voies suivantes sauf :**

1. **Les mouches transportant les œufs de toenia sur les aliments**
2. La consommation de salades ou de crudités
3. Se faire lécher les mains par un chien parasité
4. **En consommant de la viande de mouton ou de bœuf cru**
5. En consommant du foie parasité et mal cuit

La pleurésie purulente et hémorragique

**104. Au cours d’une pleurésie purulente on peut avoir recours à tous les gestes, sauf un, lequel ?**

1. Drainage pleural
2. Ponction pleurale
3. Antibiothérapie intrapleurale
4. **Biopsie pleurale**
5. Lavage pleural

**105. Les pleurésies purulentes pouvant se compliquer : cochez la réponse fausse**

1. Hémithorax sombre rétractile
2. Tuberculose pleuropulmonaire
3. Pachypleurite étendue
4. Symphyse pleurale
5. Fistule broncho-pleurale

**106. le traitement chirurgical de la pleurésie purulente est indiqué : (cochez les réponses fausses)**

1. En cas d’échec du traitement médical
2. En cas de fistule broncho-pleurale
3. En cas de contre-indication des fibrinolytiques
4. Dans la phase de collection
5. En cas de pachyleurite étendue

**107. Parmi les affirmations suivantes concernant les pleurésies purulentes lesquelles sont fausse :**

1. **La guérison spontanée peut s’observer durant la phase de collection**
2. La pleurésie peut se compliquer de fistule broncho-pleurale
3. **La rétraction de l’hémothorax est tjs en fin de TRT**
4. **Le TRT chirurgicale est systématique**
5. Les fibrinolytiques sont formellement contre indiqués

Le pneumothorax

**108. Un décollement de pneumothorax sur toute son étendue à 0.5 cm de la paroi thoracique nécessite :**

1. Un drainage pleural en urgence
2. Une exsufflation à l’aiguille
3. **Un repos strict au lit**
4. Un traitement chirurgical
5. Un talcage pleural

**109. Concernant le pneumothorax, quelle est l’affirmation exacte ?**

1. Survenue d’un pneumothorax à 18 ans, présage de la survenue d’une BPCO précoce
2. Un décollement pleural partiel peut se résorber spontanément
3. La présence d’un épanchement sanglant abondant est habituelle dans le pneumothorax bénin idiopathique
4. Une symphyse pleurale médicamenteuse ou chirurgicale est indispensable
5. La pneumocystose est la cause fréquente des pneumothorax secondaires.

**110. un décollement de pneumothorax sur toutes ses étendues à 0.5 cm de la paroi thoracique, nécessite :**

1. Un drainage pleural en urgence
2. **Une exsufflation à l’aiguille**
3. **Un repos strict au lit**
4. Un traitement chirurgical
5. Un talcage pleural

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

1. Une exsufflation à l’aiguille
2. Un drainage pleural
3. Un drainage chirurgical
4. Une pleurodèse chirurgicale
5. Une pleurodèse par thoracoscopie

**112. Un pneumothorax est mal suppose si :**

1. Il survient chez un adulte jeune
2. **Il est à soupape**
3. **Il est bilatéral**
4. **Il existe une ice respiratoire préalable**
5. Il s’agit d’une récidive

**113. Quelle sont les signes de gravite d’un pneumothorax sur une RX :**

1. **Epanchement pleural associe**
2. **Bilatéralités d’un pneumothorax**
3. **Déviation médiatisnale de la cote oppose**
4. **Fracture de cote**
5. Aorte déroulée

**114. Pour la survenue de 1ére fois chez un adulte jeune d’un pneumothorax spontanée avec moignon pulmonaire rétracte au médiastin indiquez la conduite a proposé :**

1. Ponction pleurale
2. **Drainage pleural**
3. Pleuroscopie avec talacage
4. Une thoracotomie pour la création d’une symphyse pleurale
5. Abstention et surveillance

Les pneumoconioses

**115. Un ouvrier qui travaille dans une usine de transformation de la baryte, présente à un contrôle radiologique systématique réalisé 10 ans après son embauche, une image miliaire bilatérale, il s’agit de :**

1. D’une pneumoconiose sclérogène
2. **D’une pneumoconiose de surcharge**
3. D’une pneumoconiose mixte sclérogène et non sclérogène
4. D’une miliaire aigue tuberculeuse
5. D’un simple empoussièrage sans pneumoconiose

**116. Dans le dossier d’un silicotique, il doit y avoir au minimum les renseignements et les examens suivants sauf un qui n’est pas obligatoire, lequel ?**

1. Interrogatoire
2. Biopsie pulmonaire
3. Radiographie pulmonaire
4. FNS
5. EFR

**117. Un ouvrier qui travaille dans une usine de transformation de la baryté prés de hassi ameur présente à un contrôle radiologique systématique une miliaire bilatérale après 10 ans de travail, il s’agit de :**

1. D’une pneumoconiose sclérogène
2. **D’une pneumoconiose de surcharge**
3. D’une pneumoconiose mixte
4. D’un simple empoussierage sans pneumoconiose
5. D’une micro lithiase alvéolaire

**118. Toutes les affections suivantes sont des pneumoconioses sauf une, laquelle ?**

1. Silicose
2. Asbestose
3. Bérylliose
4. Barytose
5. **Sclérodermie**

**119. L’image typique de la silicose est (cochez la réponse juste) :**

1. Punctiforme, micro ou macronodulaire
2. Images hydroaériques bilatérales
3. Images hydroaériques unilatérales
4. Images cavitaires multiples
5. Images d’infiltrats

**120. un ouvrier qui travaille dans une usine de transformation de la baryte, présente à un contrôle radiologique systématique réalisé 10 ans après son embauche, une image miliaire bilatérale, il s’agit de :**

1. Une pneumoconiose sclérogène
2. **Une pneumoconiose de surcharge**
3. Une pneumoconiose mixte sclérogène et non sclérogène
4. D’une miliaire aiguë tuberculeuse
5. Une simple empoussierage sans pneumoconiose

**121. un ouvrier qui travaille dans une usine de transformation de baryte à Hassiane Etoual, présente à un contrôle radiologique systématique réalisé 10 ans après son embauche, une image de miliaire bilatérale :**

**Il s’agit :**

1. d’une pneumoconiose sclérogène
2. **d’une pneumoconiose de surcharge**
3. d’une pneumoconiose mixte sclérogène et non sclérogène
4. d’une miliaire aigue tuberculeuse
5. d’un simple dépoussiérage sans pneumoconiose

**122. l’EFR révèle un syndrome d’insuffisance ventilatoire obstructif et restrictif, quel est votre diagnostic ?**

1. Kyste hydatique
2. Sarcoïdose stade III
3. Cancer bronchique primitif
4. Silicose
5. Asthme sévère

**123. votre décision sera :**

1. Corticothérapie au long cours
2. Changement de poste de travail avec déclaration de maladie professionnelle
3. Pneumonectomie +anti mitotique
4. Antibiotiques + corticothérapie à la demande
5. Exérèse chirurgicale réglée

**124. le syndrome de Caplan et Collinet dans les pneumoconioses est définit par l’association :**

1. De pachypleurite et calcification hilaire en coquille d’œuf
2. Silicose et sinusite chronique
3. Asbestose pulmonaire et un épanchement pleural liquidien
4. **De silicose et polyarthrite chronique**
5. De sidérose et poly arthrite chronique évolutive (PCE)

**125. Le syndrome restrictif dans l’EFR se voit le plus souvent dans**

1. Les emphysèmes pulmonaires Centro lobulaires
2. Les dilatations de bronches
3. Les fibroses pulmonaires
4. Les bronchites chroniques
5. L’asthme bronchique

**126. Le lavage broncho alvéolaire dans les fibroses pulmonaires montre surtout :**

1. Une augmentation modérée des lymphocytes
2. Une augmentation massive des lymphocytes
3. Une richesse en polynucléaire neutrophiles
4. Une diminution importante de polynucléaires neutrophiles
5. Aucune de ces réponses

**127. Un homme de 45 ans se présente à la consultation de pneumologie pour une dyspnée d’effort apparue depuis plusieurs années. Il est portier a la mairie depuis 04 ans, date à laquelle il avait quitté son poste de sableur dans une usine métallurgique des hauts plateaux, le malade n’est pas fébrile, son état générale est conservé. La radiographie du thorax montre une opacité dense m homogène m volumineuse du sommet droit et des images nodulaires occupant les régions péri-hilaires et les bases des deux poumons :**

**1. le diagnostic le plus probable est :**

1. Cancer bronchique primitif
2. **Silicose**
3. Fibrose interstitielle diffuse primitive
4. Tuberculose
5. Hydatidose

**2. 15 jours plutard il présente des douleurs sous mamellonairs gauches apparues pendant la nuit et la dyspnée s’est aggravée , apparaissant a la marche , la radiographie thoracique montre en plus des lésions antérieures une image claire sus diaphragmatique gauche sans trame visible , à la limite interne nette régulière et qui fait avec la paroi un angle aigue dans la région sous claviculaire externe , la limite externe n’est pas visible il s’agit :**

1. D’une bulle d’emphysème
2. **D’une pneumothorax spontané partiel**
3. D’une pneumothorax spontané total
4. D’une tuberculose
5. D’un kyste aérien

**3. Après diagnostic et prise en charge thérapeutique que devriez-vous faire :**

1. Donner un congé de longue durée au malade et déclarer au service de prévention de son secteur
2. Le déclarer au service de prévention de son secteur et convoquer son entourage
3. Lui donner un congé de longue durée et convoquer son entourage
4. Lui donner un taux d’invalidité pour son affection respiratoire
5. **Le déclarer a la sécurité sociale pour réparation de sa maladie professionnelle**

**128. la fibrose pulmonaire idiopathique se caractérise par :**

1. Une dyspnée d’aggravation progressive
2. Un taux un HD des râles crépitant
3. **Un aspect perle des septas avec épaississement péri-broncho-vasculaire**
4. **Une lymphocytose a LBA**
5. Un aspect en rayon de miel avec peu de verre dépoli a la TDM

Le Tabac et pathologies respiratoires

**129. Le tabac entraine sur l’appareil respiratoire les effets suivants (cochez les réponses justes) :**

1. Une augmentation de la taille des muscles lisses
2. **Des modifications cellulaires et immunologiques**
3. **Une stimulation de l’activité protéolytique des macrophages**
4. **Des altérations mucocilaires avec altération des pneumocytes II**
5. Un épaicissement de la membrane basale

**130. Concernant la nicotine (cochez la réponse fausse)**

1. Elle atteint le cerveau en moins de dix secondes
2. La nicotine donne des spasmes artériels surtout coronaires
3. **Elle est responsable de la dépendance psychologique par son effet psychotrope**
4. Elle est responsable de la dépendance physique
5. Elle est responsable du «  craving syndrome »

**131. Le tabac entraîne sur l’appareil respiratoire les effets suivants (cochez les réponses justes) :**

1. Une augmentation de la taille des muscles lisses
2. **Des modifications cellulaires et immunologiques**
3. **Une stimulation de l’activité protéolytique des macrophages**
4. Des altérations mucociliares avec altération des pneumocytes II
5. Un épaississement de la membrane basale

**132. le tabac entraîne sur l’appareil respiratoire les effets suivants (cochez les réponses justes) :**

1. Une augmentation de la taille des muscles lisses
2. **Des modifications cellulaires et immunologiques**
3. **Une stimulation de l’activité protéolytique des macrophages**
4. **Des altérations mucociliaires avec altération des pneumocytes 2**
5. Un épaississement de la membrane basale

**133. le tabagisme est un facteur de risque pour toutes ces affections, sauf :**

1. BPCO
2. Asthme
3. Cancer
4. Tuberculose
5. Sarcoïdose

**134. Parmi les additifs a la cigarette, une affirmation est fausse, laquelle :**

1. L’ammoniac est responsable de la diminution de la nicotine libre
2. Le cacao par la présence de la thénormine entraine une pénétration plus profonde de la fumée
3. Le menthol est un anesthésique local du pharynx
4. Les édulcorants sont utilisés pour leur meilleure tolérance chez les débutants
5. **Les aspartames favorisent l’absorption pulmonaire**

Le cancer bronchique primitif

**135. Les syndromes paranéoplasiques susceptibles d’être observés au cours des cancers bronchiques sont :**

1. **Le syndrome de SCHWARTZ – BARTTER**
2. **L’hippocratisme digital**
3. L’œsophagite peptique sténosante
4. **L’ostéo-arthropathie hypertrophiant de Pierre Marie**
5. **L’hypercalcémie**

**136. Parmi les affirmations suivantes concernant le cancer bronchique non à petites cellules, quelles est la ou les réponses fausses ?**

1. **Chimio sensible et radio sensible**
2. **Le déficit enzymatique en est le facteur le plus important**
3. Le traitement chirurgical est le traitement de choix
4. Peut s’accompagner de syndromes paranéoplasiques
5. Peut entrainer des métastases surrénaliennes

**137. Parmi les affirmations suivantes concernant le cancer bronchique non à petites cellules (cochez les réponses justes) :**

1. Chimio sensible et radio sensible
2. Le tabagisme en est le facteur le pus important
3. Le traitement chirurgical est possible
4. Peut s’accompagner de syndrome para-néoplasique
5. Peut entraîner des métastases cérébrales

**138. l’examen le plus adapte pour affirmer une métastase cérébrale au cours d’un cancer bronchique est :**

1. La ponction lombaire
2. Le fond d’œil
3. **Examen scanographique**
4. EEG
5. Artériographie cérébrale

**139. Un cancer bronchique à petites cellules se caractérise par la fréquence particulière :**

1. **De l’envahissement médullaire**
2. **D’un syndrome paranéoplasique endocrinien**
3. **D’une réponse à la chimiothérapie**
4. De l’extension locale limitée permettant le recours chirurgical
5. De la présence d’une opacité parenchymateuse périphérique

**140. Cas clinique**

**Un homme de 68 ans, peintre de profession fumeur a raison de 25 PA, est admis pour une toux chronique, crachats hémoptiques, le tout évoluant depuis qq semaines, opacité de densité tissulaire intra –parenchymateuse gauche a la RX de face**

**1. Quel est l’examen que vous demanderiez en priorité : (la ou les RJ)**

1. **Une fibroscopie bronchique**
2. Une scintigraphie pulmonaire
3. Une artériographie pulmonaire
4. Echographie thoracique
5. Sérologie hydatique

**2. les résultats nous sont parvenus, objectivant un cancer bronchique non à petites cellules, quelle sont les examens qui font partie du bilan d’extension :**

1. **Scanner thoracique**
2. Transit oeso-gastro-duodénal
3. **Une écho abdominal**
4. Scanner cérébral systémique
5. Fibroscopie digestive pour vérifier l’intégrité œsophagienne

**3. le bilan pratique montre un cancer bronchique non à petites cellules localisé sans extension à distance, VEMS : 1 L6OO, CV : 3L, le bilan biologique est normal, vous décidez alors :**

1. Chimiothérapie + radiothérapie
2. Chimiothérapie seule
3. **Exérèse chirurgicale**
4. Corticoïdes + antibiothérapie
5. Immunothérapie

**141. au cours d’une pleurésie purulente on peut avoir recours à tous les gestions, sauf un ; lequel?**

1. Drainage pleural
2. Ponction pleurale
3. Antibiothérapie
4. **Biopsie pleurale**
5. Lavage pleurésie

**142. Les syndromes paranéoplasiques susceptibles d’être observés au cours des cancers bronchiques sont :**

1. **le syndrome de Schwartz-Baratter**
2. **l’hippocratisme digital**
3. **le syndrome de Cushing**
4. **l’ostéo-arthropathie hypertrophique de Pierre Marie**
5. **l’hypercalcémie**

**143. Le syndrome cave supérieur peut s’exprimer par :**

1. **L’œdème en pèlerine**
2. **Circulation veineuse collatérale**
3. **Turgescence des jugulaires**
4. Chylothorax
5. Enophtalmie

**144. Cas clinique**

**Un homme de 68 ans, peintre de profession fumeur a raison de 25 PA, est admis pour une toux chronique, crachats hémoptiques, opacité de densité tissulaire périphérique gauche a la RX de face**

**1. Quel est l’examen que vous demanderiez en priorité : (la ou les RJ)**

1. Une scintigraphie pulmonaire
2. **NFS complète**
3. Echographie thoracique
4. Sérologie hydatique
5. Une fibroscopie bronchique

**2. Les résultats nous sont parvenus, objectivent un cancer bronchique à petites cellules, quels sont les examens qui font partie du bilan d’extension :**

1. **Une échographie abdominale**
2. **Téléthorax de face**
3. **TDM thoracique**
4. **TDM cérébral systématique**
5. Fibroscopie digestive

**3. Le bilan pratiqué montre un cancer à petites cellules sans extension à distance : VEMS =1litre 600, CV=3litres, le bilan biologique est normal, vous décidez alors :**

1. **Chimiothérapie +radiothérapie**
2. Chimiothérapie seule
3. Exérèse chirurgical
4. Corticoïdes + Antibiothérapie
5. Abstention thérapeutique

L’insuffisance respiratoire chronique

**145. Vous prenez en charge un malade en IRC, cochez les trois éléments cliniques qui font suspecter une décompensation aiguë**

1. Les sueurs
2. Les vomissements
3. Les signes neurologiques
4. L’insuffisance ventriculaire droite
5. Le vertige

**146. Les motifs de décompensation d’une IRC sont : cochez les réponses justes**

1. Les surinfections virale ou bactérienne
2. L’accident aigu surajouté (pneumothorax – embolle – OAP)
3. Interférence iatrogène (hypnotique – sédatif – tranquillisants – antitussifs)
4. L’oxygénothérapie excessive
5. Le diabète sucré

**147. Les motifs de décompensation d’une IRC sont : cochez la réponse fausse**

1. Les surinfections virale ou bactérienne
2. Majoration de la pollution atmosphérique
3. Oxygénothérapie excessive
4. **Diarrhée aigue**
5. Insuffisance cardiaque

**148. En cas d’insuffisance respiratoire , les systémes de compensation pour équilibrer le PH sont : citez les réeponses justes :**

1. **Systéme rénal**
2. **Systéme respiratoire**
3. Systéme symathique
4. Systéme para sympathique
5. Syséme hépatique

**149. Concernant la VNI dans le cadre de la décomensation de l’IRC : citez les reponses justes :**

1. **L’evaluation doit étre précoce**
2. **Elle réduit la mortalité liée a la ventilation invasive**
3. **Son but est de diminuer le travail des muscles respiratoires**
4. Les malades sont ventilés durant 15 jours , 10 a 12 heures par jour
5. **L’interface entre le malade et ventilateur (respirateur artificiel) est un masque facial**

**150. Les affections responsables d’insuffisance respiratoire chronique restrictive sont : cochez les réponses justes :**

1. **La sarcoïdose**
2. **Intoxication a l’oxygène**
3. **Poumon radique**
4. **Séquelles pleurales**
5. Toutes les réponses sont fausses

**151. Cochez les réponses justes :**

1. **PH=log HCO3-/PaCO2**
2. PH=PKa log HCO3-/PaCO2
3. PH=PKa log HCO3-/PaO2
4. **PH=PKa log HCO3-/H2CO3**
5. Toutes les réponses sont justes

La sarcoïdose

**152. Qu’elle est l’étiologie la pus 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 ?**

1. La tuberculose
2. **La sarcoïdose**
3. Une métastase ganglionnaire
4. La maladie d’hodgkin
5. Une virose

**153. la corticothérapie dans la sarcoïdose médiastino-pulmonaire est indiquée dans les situations suivantes :**

1. Type I
2. Type II avec spiromètrie normale
3. Type II avec spiromètrie anormale
4. Syndrome de Lofgren
5. Type III sans anomalies cliniques ni fonctionnelles

**154. Sarcoïdose respiratoire sévère :**

1. **Est rare**
2. Correspond au type I et II
3. **Peut évoluer vers un handiacap respiratoire grave**
4. Se caractarise histologiqement par le follicule épithélio-giganto –cellulaire avec nécrose caséeuse
5. Est caractarisée par l’évolution fibro-kystique du type 4

**155. Qu’elle est l’étiologie la plus probable a évoqué devant de volumineuses adénopathies bilatérales hilaires et médiatisnales asymptomatiques associées à une conservation de l’état général et a un érythème noueux, découverts chez une femme de 25 ans :**

1. La tuberculose
2. **La sarcoïdose**
3. Une métastase ganglionnaire
4. La maladie d’hodgkin
5. Une virose

**156. Parmi les éléments suivants, quelle est celui ou ceux qui constitue le syndrome de löfgren :**

1. **Adénopathie médiatisnales**
2. **Fièvre**
3. **Arthralgies**
4. Prurit
5. **Erythème noueux**

L’asthme

**157.Cochez les réponses justes :**

1. **La crise d’asthme peut se résumer en une toux sèche, quinteuse ou paroxystique**
2. L’exacerbation est une succession crises trés espacées
3. Toutes les propositions sont faussrs
4. **Une crise est dite sévère si le DEP <40% de la valeur théorique ou de la meilleure valeur connue du malade**
5. **L’AAG peut apparaître de façon soudaine et grave sans symptômes annonciateurs les jours précédents**

**158. Cochez les réponses justes : le diagnostic d’asthme est fait sur :**

1. **Est basé essentiellement sur l’interrogatoire à la recherche de symptômes évocateurs**
2. **La spirométrie qui montre VEMS /CV˂ 70% chez un malade en état stable**
3. **Amélioration de VEMS >12% de la valeur théorique 10mn après inhalation de 200µg de salbutamol**
4. Téléthorax
5. Gasométrie qui, montre une hypoxie avec hypercapnie

**159. Cochez les réponses justes : le diagnostic d’asthme se fait :**

1. **Par l’interrogatoire à la recherche de symptôme évocateurs**
2. **La spirométrie qui montre VEMS/CV <70% chez un malade en état stable**
3. **L’amélioration du VEMS > 12% de la valeur rhéorique 10 mn après inhalation de 200µg de salbutamol**
4. La radiographie standard
5. La gazométrie qui montre une hypoxie avec hypercapnie

**160. L’innervation des voies aériennes est assurée par :**

1. le système cholinergique uniquement
2. le système adrénergique seulement
3. le système non cholinergique non adrénergique seul
4. les 03 systèmes à la fois
5. aucun de ces systèmes

**161. L’hyperréactivité bronchique est définie comme :**

1. une réaction bronchique exagérée de type bronchodilatation
2. une réaction bronchique exagérée de type bronchoconstriction
3. une sécrétion bronchique exagérée de mucus
4. un œdème de la muqueuse respiratoire
5. une réaction bronchique adaptée

**162. Les corticoïdes par voie d’inhalation présentent un certain nombre d’avantages mais aussi d’effets secondaires qu’il ne faut pas méconnaître, quelles sont les propositions exactes parmi les 5 items ce dessous :**

1. Effets anti-inflammatoires et bronchodilatateurs à haute dose
2. Candidose buccopharyngée
3. Raucité de la voix
4. Risque de diabète
5. Risque d’ostéoporose cortisonique

**163. L’asthme par intolérance à l’aspirine associe tous les éléments suivants, sauf un, lequel ?**

1. Asthme sévère d’apparition tardive
2. Polypose nasale
3. Atteinte sinusienne associée
4. Elévation constante des IgE
5. Intolérance croisée avec les anti-inflammatoires non stéroïdienne.

**164. Parmi la liste d’allergènes figurant ci-dessous, l’un est à l’origine de manifestations allergique respiratoires (rhinite, associée éventuellement à un asthme) survenant électivement en Mai-Juin, Quelle est la réponse exacte ?**

1. Poussière de maison
2. **Pollens de graminées**
3. Acariens (Dermatophagoïdes)
4. Asprgilus fumigatus
5. Aucune des propositions ci-dessus.

**165. Une jeune fille de 22 ans se présente aux urgences d’asthmologie pour crise d’asthme dite parce quelle présente :**

1. Un DEP 50-70%
2. Un DEP˂ 50%
3. Une PaO2<60 mgkg
4. Un pouls paradoxal

**166. Cette patiente nécessite une :**

1. Hospitalisation en soins intensifs
2. Une conicothérapie en IVD + de la théophylline
3. De ß2 inhalée : 10-15 b/ 1-5 min
4. Une conicothérapie per OS 0.5 –1 mg/kg

**167. Chez un jeune asthmatique de 25 ans, sans pathologie associée, présentant une crise d’intensité modérée tous les 3 à 4 mois, le traitement d’urgence de chaque crise comportera : (cochez les réponses fausses) :**

1. Une ampoule de théophylline en IV
2. Deux bouffées de salbutamol
3. Une bouffée de cromoglycate à inhaler
4. 30 mg de Cortancyl pendant 3 jours
5. 2 gélules de kétotifène par jour pendant 3 à 4 jours

**168. Quelle(s) thérapeutique(s) à éviter en cas d’asthme intermittent chez un sujet jeune ?**

1. Prescription de bêta- mimétiques en spray à la demande
2. Eviction de l’allergène si possible
3. Corticothérapie par voie inhalée
4. Corticothérapie par voie générale
5. Antibiothérapie systématique en cures prolongées

**169. cochez les réponses justes ; le diagnostic d’asthme se fait :**

1. **Par l’interrogatoire à la recherche de symptômes évocateurs**
2. **La spirométrie qui montre VEMS/CV<70% chez un malade en état stable**
3. **L’amélioration du VEMS>12% de la théorique 10mn après l’inhalation de 0.2mg de salbutamol**
4. La radiographie standard
5. La gazomètrie qui montre une hypoxie avec une hypercapnie

**170. dans l’asthme allergique, la transformation des lymphocytes B qui se mettent à sécréter des IgE est due à l’action d’une cytokine, laquelle ?**

1. Interleukine IL10
2. Interleukine IL 04
3. Les leucotriènes
4. Le PAF

**171. la cellule clé de l’inflammation dans l’asthme est :**

1. Le mastocyte
2. Le macrophage
3. L’éosinophile
4. La cellule épithéliale

**172. chez un malade présentant une capacité vitale à 50% de la CV théorique et un Tiffeneau à 75%, les diagnostics possibles sont :**

1. Un état emphysémateux
2. Une tuberculose pulmonaire excavée localisée au fowler
3. Une dyspnée paroxystique
4. Un fibrothorax gauche
5. Un cancer bronchioalvéolaire périphérique de 4 cm de diamèttre
6. Des séquelles pleurales étendues
7. Une bronchite chronique obstructive
8. Une fibrose interstitielle diffuse

Les réponses : cochez la réponse exacte

1. a+c+f
2. c+d+h
3. a+e+g
4. d+f+h
5. f+g+h

**173. une jeune fille de 22 ans se présente aux urgences d’asthmologie pour crise d’asthme dite modérée elle présente**

1. Un DEP 50-70%
2. Un DEP <50%
3. Une paO2 60 mgHg
4. Un pouls paradoxal

**174. cette patiente nécessite**

1. Une hospitalisation en soins intensifs
2. Une corticothérapie en IVD +de la théophylline
3. Des ß2 inhalés 10-15 b/15mn ou en nébulisation
4. D’une corticothérapie per os 0.5-1 mg/kg

**175. cochez la ou les réponses fausses :**

1. L’asthme est une affection inflammatoire aigue
2. Est caractérisée par un trouble ventilatoire obstructif irréversible
3. 70 à 80% d’asthme sont d’origine allergique identifiée
4. 1 décès sur 250 est attribué à l’asthme

**176. dans l’asthme, cochez la ou les réponses fausses :**

1. La réaction allergique correspond à une forte sensibilité de type I
2. Les cytokines introduisent la prolifération t la différenciation des lymphocytes B
3. Les cytokines introduisent la proliferation des lymphocytes T
4. Les cytokines orientent la réponse anticorps vers la production d’IgE spécifique

**177. quelle est la ou les propositions inexactes :**

1. Le diagnostic de l’asthme est évident si le malade est reçu en crise
2. L’asthme se caractérise par des épisodes paroxystiques récidivants
3. La crise ne cède que sous traitement
4. L’examen physique est normal en dehors de la crise d’asthme

**178. dans l’asthme les allergènes professionnels sont (cochez la ou les réponses justes) :**

1. Isocyanales
2. Phanères d’animaux domestiques
3. Allergènes protéiques animales
4. Latex
5. Moisissures

**179. Le diagnostic de l’asthme est posé par :**

1. L’interrogatoire, l’examen physique et la mesure du DEP
2. Nécessite toujours une EFR avec tests de provocation
3. Tests cutanés allergologiques et téléthorax
4. IgE totaux et radio des sinus

**180. Le délai d’action des corticoide par voie générale en cas d’asthme aigue grave est de :**

1. 15-20 min
2. 30-40 min
3. 1-2 heures
4. 2-4 heures
5. **4-6 heures**

**190. L’effet immédiat et le plus court des B2 mimétique dans la crise d’asthme s’exercent :**

1. Par voie IM
2. Par voie SC
3. **Par voie inhalée**
4. Par voie IV
5. Par voie orale

**191. Le délai d’action des corticoïdes par voie IV en cas d’asthme sévère est de :**

1. 3 à 4 min
2. 3 a 4 sec
3. 1 à 2 heures
4. **4 à 6 heures**
5. 15 à 20 min

**192. CAS CLINIQUE :**

**Melle A M, 24 ans, est amenée aux urgences, pour des symptômes d’asthme qui ne cèdent pas au traitement habituel. Elle est asthmatique depuis l’enfance, traitée par salbutamol en aérosol doseur à la demande, et prend de temps en temps du budésonide 200ug lorsqu’elle se sent gênée. Une sensibilisation aux acariens et phanères de chat a été documentée. Elle a déjà été hospitalisée il y a un an pour asthme aigue grave. Elle fume depuis 8 mois, 5 à 10 cigarettes par jour. La patiente vous dit que depuis quelques semaines elle prenait du salbutamol plusieurs fois par jour, qu’elle était réveillée plusieurs fois par semaine et qu’elle avait du mal à monter les escaliers.**

**Au cours de la dernière semaine elle avait des symptômes de plus en plus fréquents. Elle tousse et crache depuis 48 heures. À l’entrée, la patiente répond aux questions en reprenant sa respiration à chaque phrase. Sa fréquence respiratoire est à 22/ min et la fréquence cardiaque à 105/min**

**L’auscultation révèle des râles sibilants diffus. Le débit expiratoire de pointe est à 270 L/min (63% de la théorique). La SpO2 est à 91%.**

**Question 1 : Quel est votre diagnostic à l’admission aux urgences ?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Exacerbation d’asthme |
|  | 1. **Exacerbation d’asthme conduisant à une crise modéré** |
|  | 1. Exacerbation d’asthme conduisant à une crise d’asthme sévère |
|  | 1. Exacerbation d’asthme conduisant à une crise bénigne |
|  | 1. Asthme aigue grave |

**Question 2 : Comment qualifieriez-vous le contrôle de l’asthme de Melle A M, au cours des semaines qui précèdent son admission aux urgences ? une seule réponse**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Asthme contrôlé |
|  | 1. Asthme non contrôlé car présence de deux caractéristiques de «  non contrôle » de l’asthme |
|  | 1. **Asthme non contrôlé car présence de quatre caractéristiques de «  non contrôle » de l’asthme** |
|  | 1. Asthme non contrôlé car présence de cinq caractéristiques de «  non contrôle » de l’asthme |
|  | 1. Asthme partiellement contrôlé |

**Question 3 : Sur quels arguments Melle A M fait partie des patients à haut risque de décès par asthme ?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Sensibilisation aux acariens et phanères de chat |
|  | 1. **Un ATCD d’hospitalisation en urgence pour asthme dans l’année passée** |
|  | 1. **N’a pas véritablement de traitement de fond par glucocorticostéroïdes inhalés** |
|  | 1. **Un recours quotidien aux agonistes β2 d’action rapide inhalée** |
|  | 1. **Elle fumées** |

**Question 4 : Quel traitement proposez-vous aux urgences ?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Oxygène** |
|  | 1. Méthylxanthine en IV |
|  | 1. **β2 agonistes inhalés d’action rapide (terbutaline ou salbutamol) à dose adéquate, administrés par nébulisations répétées** |
|  | 1. Antibiothérapie systématique par voie générale |
|  | 1. **Glucocorticostéroïdes par voie générale** |

**Question 5 : En raison de la bonne réponse au traitement et d’un entourage familial attentif, la sortie de Melle A M a été autorisée au bout de 6 heures avec une lettre pour une consultation en pneumologie : quel conseil et traitement lui proposez-vous pour les mois à venir ? Cochez la ou les réponse (s) juste (s)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Arrêt du tabac** |
|  | 1. **Prescription d’un corticoïde inhalé associé à une β2-agoniste longue durée matin et soir** |
|  | 1. Prescription d’un corticoïde inhalé associé à un antileucotriènes |
|  | 1. **D’un β2-agoniste d’action rapide en cas de gêne respiratoire** |
|  | 1. **Education thérapeutique.** |

**193. Chez l’asthmatique, l’utilisation d’une chambre d’inhalation est indiquée :**

1. Au cours de l’asthme persistant du nourrisson et de l’enfant
2. Avant de mesurer le débit expiratoire de pointe
3. En cas d’allergie aux acariens
4. **Lorsqu’il existe une mauvaise coordination main/mouvements respiratoires chez l’enfant et l’adulte**
5. Pour éviter les effets indésirables des béta 2 sympathomimétique

**194. Parmi les objectifs du traitement de l’asthme selon GINA :**

1. **Besoin minimal en bronchodilatateur à la demande**
2. **Peu ou pas de symptômes et de crises d’asthme**
3. **Un DEP ≥ 70% de la valeur théorique**
4. Besoin minimal en corticoïde par voie orale
5. **Aucune limitation dans les activités physique**

Les PID

**195. Les pneumopathies interstitielles fibrosantes se manifestent radiologiquement par (cochez la réponse juste)**

1. Des images aréolaires
2. Un aspect en rayon de miel
3. Une miliaire à gros grain
4. Un aspect en aile de papillon
5. Des images bulleuses

**196. La pneumopathie organisée cryptogénique :**

1. **Est une PID chronique survenant au cours des connectivites et des vascularites**
2. Se manifeste par des hyperdensités en verre dépoli
3. Caractérisée par des condensations alvéolaires migratrices
4. **Est une PID cortico-sensible**
5. Peut être d’origine néoplasique

La BPCO

**197. Quelles sont les explorations complémentaires à réaliser en cas d’exacerbation aigue de BPCO :**

1. **Radiographie pulmonaire**
2. EFR
3. **Gazométrie artérielle**
4. ECB des crachats systématique
5. Biopsie étagée

**198. Une BPCO stade I (légère) est définie selon les recommandations « GOLD » par :**

1. VEMS /CVF <70% et VEMS ≥70%
2. VEMS /CVF <80% et VEMS ≥70%
3. **VEMS /CVF <70% et VEMS ≥80%**
4. VEMS /CVF <75% et VEMS ≥75%
5. VEMS /CVF <75% et VEMS ≥80%

**199. Comment fait-on le diagnostic entre un Asthme bronchique et une BPCO : une seule réponse**

1. Par le dosage systématique de l’alpha-1-antitrypsine sérique
2. **Par l’interrogatoire et l’exploration fonctionnelle respiratoire (épreuve de réversibilité)**
3. Par la broncho fibroscopie bronchique
4. Par l’examen clinique et le dosage des lg E spécifique
5. Par la radiographie et le scanner thoracique

**200. Parmi les professions suivantes les quelles peuvent être exposée à une BPCO d’origine professionnelle :**

1. Cuisiniers
2. **Soudeurs**
3. **Mineures**
4. **Menuisiers**
5. Boulangers

**201. Dans la BPCO :**

1. Les débits expiratoires sont augmentes
2. **Les débits expiratoires sont diminues**
3. Le DEP est augmente
4. Le coefficient de TIFFENAU est augmente
5. **Le coefficient de TIFFENAU est diminue**

La pathologie médiatisnale

**202. Un homme âgé de 35 ans au cours d’une visite d’embauche est surprit par la découverte d’une opacité du médiastin antero-sup, avec signe cervico-thoracique, il s’agit très probablement :**

1. D’un thymome
2. D’un goitre plongeant
3. D’un cancer bronchique
4. D’un kyste pleuropericadiaque

**203. la découverte d’une tumeur médiastinale est faite le plus souvent à la suite (cochez les réponses justes)**

1. D’un syndrome cave supérieur
2. D’une paralysie phrénique
3. D’une radiographie systématique
4. D’une phlébite

**204. le syndrome du médiastin moyen est fait**

1. Douleur retro sternale
2. Toux seche
3. Dysphagie
4. Dyspnée

**205. un homme âgé de 35 ans, au cours d’une visite d’embauche, est surpris par la découverte d’une opacité du médiastin antéropostérieur avec signe cervico-thoracique, il s’agit**

1. D’un thymome
2. D’un kyste peuropericardiaque
3. D’un goitre plongeant
4. D’un Kc bronchique

**206. 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 extemporanée. Ce prélèvement doit être adressé :**

1. Dans le sérum physiologique
2. Dans le liquide de Bouin
3. A l’état frais
4. Dans le formol à 4%
5. Dans le formol à 1%

Pollution et pathologies respiratoires

**207. Parmi les assertions suivantes, cochez la ou les réponses justes :**

1. La santé environnementale selon l’OMS correspond à la santé physique et mentale de l’individu
2. **Le risque environnemental dépond de l’aléa et de la sensibilité des populations**
3. **Parmi les sources de pollution, le trafic routier est responsable du déclenchement des crises d’asthme**
4. L’odeur de l’œuf pourri est caractéristique du monoxyde de carbone(CO)
5. Parmi les indicateurs de santé, la mesure de niveaux de concentration des polluants est capitale

**208. A propos du réchauffement climatique, cochez la ou les réponses justes :**

1. **L’effet de serre joue un rôle primordial dans le réchauffement de la planète**
2. L’énergie fossile diminuerait l’intensité de l’effet de serre
3. La déforestation constituerait le remède nécessaire pour contrecarrer l’effet de serre
4. **La valeur d’eau, le CO et d’autres composants participent à l’effet de serre**
5. L’albédo représente 30% de l’énergie solaire absorbée.

**209. Les effets de la pollution sur l’homme dépendent de : (cochez la réponse fausse) :**

1. La sensibilité individuelle
2. L’intensité de l’activité physique
3. La concentration des polluants dans l’air
4. **De la fonction respiratoire**
5. La durée de l’exposition

**210. cochez les réponses justes**

**Quelles sont les indications de L’OLD**

1. PaO2≤55 mg Hg
2. VEMS≤ 50% de la valeur théorique
3. Desaturation rapide à l’effort
4. Polyglobulie
5. Retentissement cardiaque droit

**211. La prise de conscience des autorités quant à l’impact de la pollution atmosphérique sur la sante respiratoire remonte depuis :**

1. **L’avènement de brouillard de la vallée de la Meuse en Belgique en1930**
2. **Le Smog de Londre a l’origine de 3000 morts**
3. La catastrophe nucléaire de TCHERNOBY
4. La lancement des bombes atomique au Japon
5. Le bouleversement climatique des années 1920

Infections respiratoires basses de l’adulte

**212. 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 :**

1. Séjour antérieur dans un habitat avec humidificateur
2. **Diabète confirmé associé**
3. **Plaie cutanée trainante**
4. Découverte de l’Escherichia coli dans l’expectoration en grand nombre
5. **Hémoculture positive à staphylocoques**

**213. La bronchite aigue de l’adulte sain :**

1. Se manifeste par un VEMS inférieur à 30%
2. **Une toux avec rhinorrhée et douleurs rétrosternales**
3. **Fièvre peu élevée**
4. Majoration de la purulence de l’expectoration
5. **L’intérêt de l’antibiothérapie n’est pas démontré**

**214. Le virus responsable de la grippe saisonnière est :**

1. Le rhéovirus
2. Herpes virus
3. **Influenzavirus**
4. Mixovirus
5. Dermavirus

**215. Une bronchite aiguë chez un adulte sans facteurs de risque nécessite :**

1. la prescription d’un macrolide
2. la prescription d’une betalactamine
3. association de deux antibiotiques
4. traitement antiviral
5. traitement symptomatique seulement

**216. Quel est le paramètre ventilatoire le plus précocement altéré dans la bronchite chronique obstructive ?**

1. capacité vitale
2. VEMS
3. DEM (25-75)
4. DEM 50
5. Diffusion du CO

**217. Au cours d’une pneumopathie virale toutes ces propositions sont justes sauf une, laquelle ?**

1. L’antibiothérapie est impérative chez les sujets à risque
2. Le V.R.S est le principal responsable des broncho-pneumopathies aigues dyspnéisantes de la 1ère enfance
3. Le vaccin antigrippal protège à 100%
4. Les images radiologiques sont fugaces
5. Opacités hilaires bilatérales

**218. les pandémies grippales sont provoquées par des mutations du virus selon quel phénomène ?**

1. Glissement antigénique
2. Des variations antigéniques mineures
3. L’influenza virus C
4. Cassure antigénique

**219. les personnes devant recevoir le vaccin antigrippal sont :**

1. Les personnes immunocompétentes
2. Les personnes sous chimiothérapie
3. Les enfants scolarisés
4. Les personnes âgées de 70 ans et plus

**220. les adénovirus sont fréquemment incriminés dans les infections respiratoires aigües 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

**221 .En cas d’infection respiratoire basse :**

1. **Il est obligatoire de réaliser une radiographie thoracique**
2. Le patient doit tjs être hospitaliser
3. **La décision d’hospitaliser dépend des critères de gravite**
4. La prescription de quinolones doit être systématique
5. L’antibiothérapie doit être systématiquement administrée par voie injectable

**222. Les pneumonies a pneumocoque :**

1. **Ont un aspect RX de pneumonies alvéolaire systématisées**
2. **Relèvent d’un TRT par l’amoxicilline ou la péni G**
3. **S’accompagnent régulièrement d’une hyperleucocytose**
4. Ont un aspect RX de pneumonies bomantes
5. S’associent souvent à des adénopathies médiatisnales

**223. 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

**224. des bronchopneumonies confluente 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

**225. Un homme de 55 ans , employé de bureau , consulte pour une dyspnée d’effort isolée apparue progressivement . Ce malade a fumé un paquet de cigarettes par jour pendant 05 ans jusqu’à l’âge de 25 ans et ne fume plus depuis. l’examen physique montre une polypnée , une diminution de l’ampliation thoracique , une sonorité exagérée dans les deux hémi thorax ainsi qu’une diminution du murmure vésiculaire , le diagnostic le plus probable est :**

1. Bronchite chronique
2. Pneumoconiose
3. **emphysème pulmonaire**
4. fibrose interstitielle diffuse
5. poumon cardiaque

**226. Une pneumopathie bactérienne a pneumocoque se traduit classiquement sur la radiographie pulmonaire par :**

1. Une opacité systématisée rétractile
2. Une opacité diffuse inhomogène bilatérale
3. **Une opacité systématisée non rétractile**
4. Une opacité nodulaire des deux chambres pulmonaires
5. Une opacité systématisée excavée

**227. Une pneumonie a pneumocoque :**

1. **Est souvent grave chez un sujet splénectomisé**
2. Est rarement systématisé
3. S’accompagne d’une leucopénie
4. **S’accompagne dans 10-30 % des cas d’hémocultures positives a pneumocoque**
5. **Peut se compliquer de pleurésie purulente**

**228. Chez un patient de 30 ans présentant un syndrome respiratoire aigüe, avec images bulleuses bilatérales, le diagnostic de pneumopathie a staphylocoques peut être argumenté sur :**

1. Séjour antérieur dans un habitat avec humidificateur
2. **Diabète confirmé associé**
3. **Plaie cutanée trainante**
4. Découverte de l’Escherichia dans l’expectoration en grand nombre
5. **Hémoculture positive a staphylocoque**

Divers

**229. Quelles sont les affections respiratoires à évoquer en présence de calcifications au sein d’une opacité ronde solitaire intra pulmonaire ?**

1. **Kyste hydatique**
2. **Tuberculose**
3. Métastase pulmonaire isolé
4. Cancer bronchique primitif
5. **Hamartome**

**230.Le symptôme de Hamman-Rich associe les symptômes suivants sauf un, lequel ?:**

1. Une dyspnée
2. La fièvre
3. L’hypocratisme digital
4. Les images réticulo-nodulaires
5. Un syndrome restrictif pur

**231. Devant une glycopleurie à 0.80 g/l chez un homme de 60 ans, tabagique, non vacciné au BCG et qui présente une pleurésie exsudative récidivante, on doit évoquer :**

1. Une étiologie cardio- vasculaire
2. Une étiologie infectieuse
3. Une origine cardiaque
4. Une étiologie néoplasique
5. Une origine idiopathique

**232. Une jeune femme âgée de 27 ans, vaccinée au BCG, ayant dans les antécédents la notion d’ablation d’un module bénin du sein gauche, présente à l’occasion d’un examen radiologique systématique une opacité grossièrement arrondie occupant les 2/3 du champs pulmonaire droit, dense de plage homogène bien limitée. Devant cette image radiologique on peut discuter tous les diagnostics suivant sauf un, lequel ?**

1. Métastase unique
2. Un kyste hydatique
3. Un kyste broncho génique intra parenchymateux
4. Une tumeur bénigne
5. **Un nodule silicotique**

**233. Le problème de diagnostic d’un OAP se pose avec toutes les propositions suivantes (cochez la réponse fausse)**

1. BPCO en poussée
2. Embolie pulmonaire
3. Crise d’asthme
4. **Péricardite**
5. Certaines pneumopathies virales

**234. quelles sont les affections respiratoires qui sont à évoquer en présence de calcifications au sein d’une opacité ronde solitaire pulmonaire**

1. **Kyste hydatique**
2. **Tuberculose**
3. Métastase pulmonaire isolée
4. Cancer bronchique primitif
5. **hématome**

**235. l’étude macroscopique d’une pièce de lobectomie pulmonaire montre une lésion circonscrite de 3 mm de diamètre, blanchâtre et remaniée par de la nécrose, le diagnostic le plus probable est :**

1. Tuberculome
2. Métastase
3. Carcinome primitif
4. Actinomycose
5. Ces données doivent être confrontées au contexte clinique

**236. L’hypercrinie est définie par :**

1. La desquamation épithéliale
2. L’augmentation du nombre de cellules caliciformes
3. L’afflux des cellules de l’inflammation
4. Pseudo-épaississement de la membrane basale

**237. le système NANC comporte :**

1. Une composante bronchodilatatrice seulement
2. Une composante vasodilatatrice
3. Une double composantes bronchodilatatrice et bronchoconstrictrice
4. Une composante vasoconstrictrice

**238. La présence de plusieurs opacités arrondies inta-parenchymateuses de taille différnte fera evoquer :**

1. **Cancer secondaire**
2. Hydatidose primitive
3. Cncer primitif bronchique
4. **Silicose**
5. Hémosidérose pulmonaire
6. **Hydatidosre secondaire**

**239. Un sujet agé de 20 ans , cordonnier , sans antécédents particuliers est admis en urgence pour dyspnée d’apparition recente avec fiévre a 39 , la radiographie du thorax montre des opacités micronodulaires diffuses bilatérale . dévant ce contexte vous évoquez :**

1. Alveolite allergique extrinséque
2. **Milliare bactérienne**
3. **Millaire tuberculeuse**
4. Sarcoidose type III
5. Maladie professionnelle

**240. Un malade fumeur âgé 45 ans est traité depuis 01 mois pour abcés du poumon par l’association d’oxacilline et de gentamicine, le malade cliniquement amélioré n’est plus fébrile mais il a une toux sèche. La radiographie du thorax montre une image hydro-aérique inchangée vous décidez :**

1. De poursuivre le méme traitement jusqu’à l’amélioration radiologique
2. De change d’antibiotique
3. De considérer le malade guéri et d’arréter le traitement
4. **De faire endoscopie bronchique**
5. D’évoquer une tuberculose et de prescrire un traitement anti-tuberculeux

**245. Parmi les maladies suivantes lesquelles peuvent être a l’origine d’une DDP :**

1. **Syn. des cils immobile**
2. **Maladie du hille (séquelles de primo -infection)**
3. **Mucoviscidose**
4. Bronchite chronique
5. **Coqueluche**

**246.cas clinique :**

**Un jeune de 22 ans s’est présent à l’urgence pour dyspnée , douleurs thoraciques droites toux sèche , le tout évoluant depuis 21jrs , la patient vit en contact d’un tuberculeux , la RP montre un épanchement pleural droit de moyenne abondance , le poids de ce malade est de 55 kg pour un taille de 1m74cm**

**1. Qu’est-ce que vous faites en priorité :**

1. **Une ponction pleurale**
2. **3 BKD dans les crachats**
3. Une fibroscopie bronchique
4. Un écho thoraco-abdominale
5. **Une IDRt**

**2.Le liquide de la ponction est d’aspect jaune citrin la glycopleurie a 0.45 g/l et l’albuminopleurie a 50 g /l vous décidez alors de faire** :

1. Un drainage pleural
2. Une biopsie trans-thorcique
3. Evacuation totale du liquide
4. Une biopsie pleurale
5. **Refaire la ponction pleurale pour confirmer le DG**

**3. les BKD sont négatifs, IDRt = 18 mm quelle sera votre attitude :**

1. Abstention thérapeutique
2. **TRT antituberculeux avec corticothérapie**
3. TRT par association B lactamine et aminosides pendant 6 semaines
4. Kinésie respiratoire
5. **Corticothérapie a forte dose**

**247.Cas clinique**

**Un homme de 19 ans présentant depuis 05 jours, une toux sèche une fièvre a 39 c et des frissons, la radiographie montre l’existence d’une opacité homogène de la base droite**

**1.devant ce tableau le diagnostic le plus probable est :**

1. Kyste hydatique sain
2. Pneumonie franche lobaire aigue
3. Cancer bronchique périphérique
4. Atélectasie
5. Tuberculose pulmonaire

**2. les examens complémentaires à pratiquer en priorité sont**

1. La recherche de BK dans les crachats
2. Formule numération sanguine et hémoculture
3. Bronchoscopie
4. Sérologie hydatique
5. Fibroscopie bronchique

**3. En attendant les résultats des examens demandés, votre attitude thérapeutique sera la suivante :**

1. Abstention thérapeutique
2. Chimiothérapie antituberculeuse
3. Antimitotiques
4. Bétalactamines
5. Corticothérapie

**248. lors d’une ponction pleurale la formule cytologique retrouve un taux de lymphocyte supérieur à 75 %, ceci est en faveur** :

1. D’une tuberculose
2. D’un lymphome
3. D’une pleurésie rhumatoïde
4. **Toutes les réponses sont justes**
5. Toutes les réponses sont fausses

**249. Un sujet âgé de 50 ans, mineur depuis 4 ans est hospitalisé en urgence pour fièvre a 39c, céphalées évoluant depuis 4 jours, l’interrogatoire retrouve de discrets troubles de transit, le téléthorax montre une image de miliaire typique, tous ces diagnostic sont possibles sauf un :**

1. Miliaire tuberculeuse
2. Miliaire carcinomateuse
3. **Miliaire silicotique**
4. Miliaire staphylococcique
5. Miliaire virale

**250. CAS CLINIQUE :**

**Un homme de 35 ans, non-fumeur présente depuis 3 ans une toux et expectoration, une dyspnée d’effort du 2ème étage apparue progressivement depuis un an**

**1. En premier lieu, les examens que vous ferez sont :**

1. IDR à la tuberculine
2. Examens des crachats à la recherche des BK
3. Radiographie du thorax
4. EFR
5. Bronchoscopie

Réponse : cochez la réponse juste

1. a+b
2. b+c
3. **c+d**
4. d+e
5. b+d

**2. l’IDRt à 10mn, les examens de crachats sont négatifs, la radiographie du thorax montre une opacité régulièrement arrondie, homogène, volumineuse sous claviculaire, droite et des nodules disséminés, irrégulièrement répartis dans les 2/3 supérieurs des deux champs pulmonaires, Quel examen demanderez-vous pour préciser le diagnostic ?**

1. **Répétition des examens de crachats à la recherche de BK (direct et culture)**
2. Formule et numération sanguine
3. TDM pulmonaire
4. Test de Casoni
5. Bronchoscopie

**3. le NFS est normal, le Casoni est négatif, les recherches de BK sont de nouveau négatives, la bronchoscopie montre une muqueuse inflammatoire mais pas de signe d’obstruction bronchique, on décide de refaire l’interrogatoire ; dans les antécédent, laquelle de ces notions vous semble en rapport avec l’affection du malade ?**

1. Malade origine de Tiaret
2. **Profession sableur dans un atelier mécanique de la SONACOME depuis 10 ans**
3. Fils ainé asthmatique
4. Notion de primo infection dans l’enfance

**4. L’EFR révélé un syndrome d’insuffisance ventilatoire mixte, quel est votre diagnostic :**

1. Kyste hydatique
2. Sarcoïdose stade III
3. Cancer bronchique primitif
4. **Silicose**
5. Asthme persistance sévère

**5. Votre décision sera :**

1. Corticothérapie inhalée au long cours
2. **Changement de poste de travail avec déclaration de maladie professionnelle à la sécurité sociale**
3. Chimiothérapie anti mitotique
4. Antibiotiques + salbutamol a la demande