Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș" de Timișoara

Faculté de Médecine

VARIANTES DE GRILLES
POUR L'EXAMEN DE MÉMOIRE (pour les études universitaires combinées en licence et en master)
Programme d'études - MÉDECINE (en français)
Session: septembre 2026/février 2027

Cuprins

CHAP. I - CARDIOLOGIE 4
RÈPONSES CHAP. I – CARDIOLOGIE 60
CHAP. II - DIABÈTE, NUTRITION, MALADIES MÉTABOLIQUES ET RHUMATOLOGIE 62
RÈPONSES CHAP. II - DIABÈTE, NUTRITION, MALADIES MÉTABOLIQUES ET RHUMATOLOGIE 91
CHAP. III - ENDOCRINOLOGIE 92
RÈPONSES CHAP. III - ENDOCRINOLOGIE 97
CHAP. IV - GASTRO-ENTÉRIOLOGIE 98
CHAP. V - NÉPHROLOGIE 125
RÉPONSES CHAP. V - NÉPHROLOGIE 154
CHAP. VI - PNEUMOLOGIE 155
RÉPONSES CHAP. VI – PNEUMOLOGIE 171
CHAP. VII - HÉMATOLOGIE 172
RÉPONSES CHAP. VII - HÉMATOLOGIE 181
CHAP. VIII - NEUROLOGIE 182
RÉPONSES CHAP. VIII - NEUROLOGIE 194
CHAP. IX – MALADIES INFECTIEUSES 195
CHAP. X - DERMATOLOGIE 206
RÉPONSES CHAP. X – DERMATOLOGIE 224
CHAP. XI - PSYCHIATRIE 225
RÉPONSES CHAP. XI - PSYCHIATRIE 231
CHAP. XII - CHIRURGIE 232
RÉPONSES CHAP. XII – CHIRURGIE 323
CHAP. XIII - CHIRURGIE PLASTIQUE 326
RÉPONSES CHAP. XIII - CHIRURGIE PLASTIQUE 336
CHAP. XIV - CHIRURGIE VASCULAIRE 337
RÉPONSES CHAP. XIV - CHIRURGIE VASCULAIRE 347
CHAP. XV - ORTHOPÉDIE 348
RÉPONSES CHAP. XV - ORTOPÉDIE 372
CHAP. XVI - UROLOGIE 373
RÉPONSES CHAP. XVI - UROLOGIE 385
CHAP. XVII - ORL 386

RÉPONSES CHAP. XVII - ORL 402
CAP. XVIII - OBSTETRIQUE-GYNECOLOGIE 403
RÉPONSES CHAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE 425
CHAP. XIX - ANESTHÉSIE ET SOINS INTENSIFS 426
RÉPONSES CHAP. XIX - ANESTHÉSIE ET SOINS INTENSIFS 434
CHAP. XX - PÉDIATRIE 435
RÉPONSES CHAP. XX - PÉDIATRIE 447
CHAP. XXI - ÉPIDÉMIOLOGIE 448
RÉPONSES CHAP. XXI – ÉPIDÉMIOLOGIE 451
BIBLIOGRAPHIE 452

CHAP. I - CARDIOLOGIE

1. *L'affirmation suivante concernant la thromboembolie veineuse est fausse:
   A. Il est difficile de diagnostiquer
   B. Les aspects cliniques sont non spécifiques à l'embolie pulmonaire
   C. Les investigations initiales sont non spécifiques
   D. Les investigations de routine sont spécifiques à l'embolie pulmonaire
   E. Le diagnostic est établi tardivement car les investigations de routine et les aspects cliniques sont non spécifiques

2. *Thrombose artérielle et veineuse:
   A. Apparaît aussi bien au niveau des artères qu'au niveau des veines
   B. Les caillots artériels sont rouges
   C. Les caillots veineux sont blancs
   D. La fibrine et les hématies contribuent à la formation des thrombus blancs
   E. Les plaquettes et la fibrine contribuent à la formation des thrombus rouges

3. *L'affirmation suivante est fausse sauf une:
   A. Le thrombus limité au niveau du mollet est défini comme thrombose veineuse proximale
   B. Le thrombus limité au niveau de la veine poplitée est défini comme thrombose veineuse distale
   C. Il faut quelques jours pour que les thrombus veineux produisent des manifestations cliniques
   D. Le thrombus localisé ne peut pas migrer dans la circulation sanguine et ne peut pas produire d'embolie pulmonaire
   E. E. Le plus souvent, la thrombose veineuse a son origine dans les veines profondes du membre supérieur

4. *Laquelle des affirmations suivantes est fausse:
   A. Les manifestations typiques de la TVP incluent la douleur
   B. Tuméfaction d'un membre
   C. Refroidissement d'un membre
   D. Membre rouge à l'inspection tégumentaire
   E. Sensibilité le long du trajet veineux

5. *Parmi les diagnostics suivants, lequel entre dans le diagnostic différentiel de la TVP:
   A. Thrombose veineuse superficielle
   B. Asthme bronchique
   C. Syndrome coronarien aigu

D. Dissection aortique
E. Pneumothorax

6. *Parmi les diagnostics suivants, lequel entre dans le diagnostic différentiel de l'embolie pulmonaire:
   A. Tamponnade cardiaque
   B. Cellulite
   C. Syndrome post-thrombotique
   D. Rupture du kyste de Baker
   E. Occlusion artérielle aiguë

7. *Sur le tracé ECG à 12 dérivations dans l'embolie pulmonaire aiguë, on peut observer:
   A. Q3 T3 S3
   B. T3 Q1 S3
   C. S1 Q3 T3
   D. V1, V2, V3
   E. S1 Q3 T1

8. *Parmi les caractéristiques cliniques suivantes, laquelle n'entre pas dans la composition à 2 niveaux du score WELLS pour la thrombose veineuse profonde
   A. Antécédents documentés de thrombose veineuse profonde
   B. Œdème de tout le pied
   C. Immobilisation récente avec appareil plâtré des membres inférieurs
   D. Cancer actif sous traitement depuis plus de 6 mois
   E. Veines collatérales superficielles

9. *Les affirmations suivantes concernant les D-Dimères sont vraies:
   A. Un score WELLS improbable ne nécessite pas le dosage des D-Dimères
   B. Les D-Dimères se mesurent uniquement qualitativement dans le plasma
   C. Les niveaux accrus indiquent l'activation du système de coagulation
   D. Les D-Dimères sont spécifiques à la thromboembolie veineuse
   E. Les D-Dimères sont produits par la dégradation du firbinogène

10. *Un patient qui se présente avec une hémoptysie, un rythme ventriculaire de 95 battements/min, avec une intervention chirurgicale à l'abdomen il y a 3 semaines et qui présente des signes et symptômes de thrombose veineuse, présente un score Wells à deux niveaux pour l'embolie pulmonaire de:
   A. 6 points
   B. 6,5 points
   C. 7 points

D. 3 points
E. 5,5 points

11. Parmi les facteurs de risque transitoires dans la thromboembolie veineuse, on compte:
    A. Cancer actif
    B. Immobilisation (repos au lit >3 jours)
    C. Administration d'œstrogènes
    D. Voyages récents > 4 heures
    E. Âge avancé

12. Parmi les facteurs de risque persistants pour la thromboembolie veineuse, on compte:
    A. Antécédents de thromboembolie veineuse.
    B. Syndrome néphrotique.
    C. Thrombophilies héréditaires
    D. Syndrome des antiphospholipides
    E. Thrombose veineuse superficielle

13. Cliniquement, l'embolie pulmonaire se présente ainsi:
    A. 65% des cas avec douleur thoracique de type pleurétique
    B. Dyspnée
    C. 25% des cas avec dyspnée intense
    D. 10% des cas avec syncope
    E. Asymptomatique

14. Les affirmations suivantes concernant la thrombose veineuse profonde du membre supérieur sont fausses:
    A. L'algorithme n'est pas si bien établi
    B. La douleur et l'œdème sont caractéristiques
    C. Nécessite un examen ultrasonographique
    D. Ne nécessite pas d'examen ultrasonographique
    E. Nécessite une endartériectomie

15. Le standard anticoagulant pour la thromboembolie veineuse comprend les phases suivantes:
    A. Phase aiguë d'une durée de 5 à 10 jours
    B. Phase aiguë d'une durée de 1 à 3 jours
    C. Phase d'entretien d'une durée minimale de 3 mois
    D. Phase subaiguë d'une durée minimale de 3 mois
    E. Phase de longue durée

16. Le traitement anticoagulant parentéral dans la thromboembolie veineuse implique les médicaments suivants:
    A. Héparine de bas poids moléculaire
    B. Héparine non fractionnée
    C. Apixaban
    D. Antagoniste de la vitamine K
    E. Eptifibatide

17. Concernant le dabigatran, on peut affirmer les éléments suivants:
    A. L'administration préalable d'anticoagulant parentéral n'est pas nécessaire
    B. L'administration préalable d'anticoagulant parentéral est nécessaire
    C. C'est un inhibiteur direct de la thrombine
    D. C'est un inhibiteur du facteur VII
    E. C'est un inhibiteur direct du facteur X et du facteur Xa

18. Concernant l'apixaban, on ne peut pas affirmer les éléments suivants:
    A. C'est un anticoagulant oral direct
    B. Ce n'est pas un anticoagulant oral direct
    C. Nécessite une anticoagulation parentérale
    D. Il est administré à la dose la plus forte pendant 7 jours
    E. C'est un inhibiteur direct du facteur Xa

19. Les affirmations suivantes concernant l'anticoagulation chez les femmes enceintes atteintes de thromboembolie veineuse sont vraies:
    A. La warfarine ne produit pas d'embryopathie
    B. La warfarine traverse le placenta
    C. La warfarine produit une embryopathie entre les semaines 13 et 18
    D. Les anticoagulants directs oraux ne traversent pas le placenta
    E. La warfarine peut produire une hémorragie fœtale

20. L'utilisation de la warfarine pendant la grossesse peut induire:
    A. Hypoplasie nasale
    B. Hémorragie fœtale
    C. Anomalies neurologiques
    D. Risque de décès intra-utérin
    E. Anomalies squelettiques diaphysaires

21. La classe PESI II suppose:
    A. Le score est compris entre 66 et 85 points
    B. Le score est compris entre 86 et 105 points

C. Le risque de mortalité est réduit
D. Le risque de mortalité est de 0 et 1,6%
E. Le risque de mortalité est compris entre 0 et 1,5%

22. Dans le calcul du Score PESI original, les paramètres suivants reçoivent 20 points:
A. Fréquence respiratoire supérieure à 30 respirations/min
B. Maladie pulmonaire chronique
C. Altération de l'état mental
D. Rythme ventriculaire supérieur à 110 battements/min
E. Saturation en oxygène < 90%

23. Dans le calcul du Score PESI original, les paramètres suivants reçoivent 10 points:
A. Sexe masculin
B. Saturation en oxygène < 90%
C. Âge > 80 ans
D. Insuffisance cardiaque congestive
E. Maladie pulmonaire chronique

24. Un patient de 78 ans de sexe masculin est diagnostiqué avec une embolie pulmonaire et présente un rythme ventriculaire de 115 bpm et une saturation en oxygène de 89%. Concernant ce patient, on peut affirmer les aspects suivants:
A. Score PESI 128 points
B. Classe PESI V
C. Score PESI 118 points
D. Classe PESI IV
E. Le patient a 2 points dans le cadre de la version simplifiée du PESI

25. Chez les patients atteints de cancer et de thromboembolie pulmonaire, on peut affirmer les éléments suivants:
A. Les héparines de bas poids moléculaire sont plus efficaces que la warfarine
B. Les anticoagulants oraux directs sont au moins aussi efficaces que la warfarine
C. Les héparines de bas poids moléculaire peuvent augmenter le risque de saignement
D. Les héparines de bas poids moléculaire ne sont pas plus efficaces que la warfarine chez les patients atteints de cancer actif
E. E. Les anticoagulants oraux directs n'augmentent pas le risque de saignement chez les patients atteints de cancer et sont donc dépourvus de risques

26. Concernant la thrombolyse, les affirmations suivantes sont vraies:

A. Ne présente pas de risques de saignement
B. A un risque de 4% de saignement intracrânien
C. A un risque de 2% de saignement intracrânien
D. Est administrée dans un contexte d'embolie pulmonaire avec une tension artérielle systolique < 90 mmHg
E. E. Est administrée dans un contexte d'embolie pulmonaire avec une tension artérielle systolique < 80 mmHg

27. Les affirmations suivantes concernant la thrombolyse sont fausses:
A. La thrombolyse peut être administrée directement par cathéter directement dans le thrombus
B. Rétablit rapidement la perfusion pulmonaire
C. C'est une procédure exclusivement systémique
D. La thrombolyse dans l'embolie pulmonaire à risque intermédiaire est une indication d'élection
E. La thrombolyse locale peut être utilisée dans la thrombose ilio-fémorale

28. Les affirmations suivantes concernant les filtres de veine cave inférieure sont vraies:
A. Sont indiqués lorsque les patients ont une contre-indication à l'anticoagulation
B. Un saignement actif peut être une indication de filtre de veine cave
C. Sont associés à un risque accru de thrombose veineuse profonde
D. Les filtres de veine cave inférieure réduisent le risque d'embolie pulmonaire récurrente versus anticoagulation
E. E. Les filtres de veine cave inférieure permanents sont préférés

29. Les paramètres suivants reçoivent 30 points dans le calcul du score PESI, sauf:
A. Âge supérieur à 80 ans
B. Cancer
C. Maladie pulmonaire chronique décompensée
D. Tension artérielle systolique < 100 mmHg
E. Température < 36 degrés Celsius

30. Les affirmations suivantes liées à la thrombose associée au cancer sont vraies:
A. A un pronostic favorable
B. 10-20% de tous les épisodes de TEV sont diagnostiqués chez les personnes atteintes de cancer
C. La pathogenèse inclut l'hypercoagulabilité induite directement par le cancer
D. La pathogenèse inclut une mobilité réduite
E. La pathogenèse inclut une mobilité accrue

31. Le diagnostic du syndrome des antiphospholipides doit être envisagé dans les cas suivants:
    A. TEV à un jeune âge
    B. Morbidité liée à la grossesse
    C. TEV à un âge avancé
    D. Thrombose artérielle à un jeune âge inexplicable
    E. Thrombose veineuse avec localisation inhabituelle

32. Les affirmations suivantes liées au score d'évaluation du risque de thrombose liée au patient sont vraies:
    A. Saignement actif
    B. Obésité
    C. Hospitalisation en service de soins intensifs
    D. Thrombophilies connues
    E. AVC aigu

33. Les affirmations suivantes liées au risque de saignement lié au patient sont fausses:
    A. Cancer actif ou en traitement
    B. HTA systolique non contrôlée >230/120mmHg
    C. Fracture de hanche
    D. AVC aigu
    E. Pathologies hémorragiques héréditaires

34. Concernant la thrombocytopénie induite par l'héparine (TIH), on peut affirmer les éléments suivants:
    A. Est associée à une forte tendance prothrombotique
    B. Tout traitement à l'héparine doit être interrompu
    C. Les anticoagulants alternatifs sont représentés par le danaparoïde, l'argatroban et le fondaparinux
    D. D. La réaction adverse apparaît un mois après l'administration
    E. E. Les patients qui développent une TIH ne doivent plus jamais être exposés à l'héparine à l'avenir

35. Les affirmations suivantes concernant les anticoagulants oraux directs (AOD/NACO) sont
    vraies:
    A. Sont éliminés de manière variable, par voie rénale et ont une demi-vie de 12 heures
    B. Ont un indice thérapeutique plus large que la warfarine
    C. Peuvent être administrés à dose fixe sans surveillance

D. Sont indiqués chez les patients ayant subi un remplacement mécanique des valves cardiaques ou avec une sténose mitrale modérée ou sévère
E. E. Les AOD ne traversent pas le placenta

36. Parmi les inhibiteurs du facteur Xa, on compte:
A. Dabigatran
B. Apixaban
C. Rivaroxaban
D. Warfarine
E. Edoxaban

37. Les affirmations suivantes concernant l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) sontvraies:
A. Chez les femmes enceintes, la HBPM est généralement utilisée car elle ne traverse pas le placenta
B. Contrairement à l'héparine non fractionnée (HNF), la HBPM présente un risque accru de thrombocytopénie induite par l'héparine (TIH)
C. C. L'effet de la HBPM est seulement partiellement réversible à l'administration de sulfate de protamin
D. D. La demi-vie plasmatique de la HBPM est plus courte que celle de la HNF
E. Chez les patients atteints de thrombose associée à un cancer, la HBPM est plus efficace que la warfarine

38. Les affirmations suivantes concernant l'Apixaban sont vraies:
A. C'est un inhibiteur du facteur Xa
B. N'est pas éliminé par voie rénale
C. La demi-vie est de 12 heures
D. L'effet maximal est atteint en 24 heures
E. L'antidote en cas de saignement s'appelle idarucizumab

39. Le traitement du saignement chez les patients sous traitement avec des anticoagulants oraux directs (AOD) comprend:
A. L'administration d'AOD ne doit pas être interrompue
B. Le traitement de soutien, avec des liquides administrés par voie intraveineuse et des composants du sang tels que la masse érythrocytaire, doit être administré selon les besoins
C. L'antidote dans le cas du dabigatran est un anticorps monoclonal, l'idarucizumab
D. D. La réalisation d'une endoscopie doit être envisagé
E. L'administration d'AOD doit être interrompue

40. Le syndrome post-thrombotique résulte de:
    A. Développement de la circulation collatérale
    B. Inflammation localisée
    C. Occlusion veineuse proximale avec blocage de la circulation de retour
    D. Le plasma ne s'extravase pas au niveau capillaire
    E. Hypertension veineuse

41. Les moyens de prophylaxie pharmacologique dans la maladie veineuse thromboembolique comprennent:
    A. L'utilisation de bas anti-emboliques d'une longueur jusqu'aux genoux ou jusqu'au niveau de la cuisse
    B. À faible dose, les AOD ont été approuvés pour la prévention de la TEV après une intervention chirurgicale majeure de remplacement de la hanche et du genou, poursuivie pendant 2 à 5 semaines après l'opération
    C. À faible dose, les AOD ont été approuvés pour la prévention de la TEV après une intervention chirurgicale majeure de remplacement de la hanche et du genou, poursuivie pendant 6 à 8 semaines après l'opération
    D. Les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) sont le plus souvent utilisées
    E. L'élévation des membres inférieurs

42. *Laquelle des pathologies suivantes représente une cause principale d'insuffisance cardiaque:
    A. Cardiomyopathie dilatée
    B. Cardiomyopathie hypertrophique
    C. Arythmies
    D. Péricardite constrictive
    E. Myocardite

43. *Les modifications physiopathologiques survenant dans l'insuffisance cardiaque sont les suivantes, à l'exception de:
    A. Dilatation ventriculaire
    B. Synthèse accrue de collagène
    C. Altération de l'expression du gène de la myosine
    D. Hypotrophie myocardique
    E. Rétention de sel et d'eau

44. *La circulation hyperdynamique représente une cause d'insuffisance cardiaque. Laquelle des pathologies suivantes peut provoquer ce type de circulation:
    A. Valvulopathies mitrales
    B. Thyrotoxicose

C. Amyloïdose
D. Fibrillation auriculaire
E. Myocardite

45. *Laquelle des affirmations suivantes concernant le peptide natriurétique de type B (BNP) est fausse:
    A. Est sécrété principalement par les ventricules
    B. Est sécrété en réponse à un stress accru de la paroi myocardique
    C. Le BNP est un bon prédicteur d'événements cardiovasculaires et de mortalité
    D. Le BNP est augmenté chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque
    E. La surveillance des concentrations sériques est utilisée en routine pour guider le traitement de l'insuffisance cardiaque

46. *Nous pouvons classer une insuffisance cardique comme étant à fraction d'éjection réduite, à partir du moment où celle-ci descend en dessous de:
    A. 50%
    B. 30%
    C. 25%
    D. 40%
    E. 45%

47. *Le dysfonctionnement systolique du ventricule droit peut être dû aux éléments suivants, à l'exception de:
    A. Hypertension pulmonaire primitive
    B. Hypertension pulmonaire secondaire
    C. Cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit
    D. Réaction secondaire aux maladies aiguës du cœur gauche
    E. Réaction secondaire aux maladies chroniques du cœur gauche

48. *Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite nécessite la présence de:
    A. 3 conditions
    B. 4 conditions
    C. 2 conditions
    D. 1 condition
    E. 5 conditions

49. Parmi les pathologies suivantes, lesquelles sont des causes d'insuffisance cardiaque droite:
    A. Infarctus du ventricule droit

B. Bronchopneumopathie obstructive chronique
C. Thyrotoxicose
D. Embolie pulmonaire
E. Hypertension pulmonaire

50. Les signes qui apparaissent dans l'insuffisance cardiaque sont représentés par:
A. Râles pulmonaires sibilants et ronflants
B. Bruits cardiaques 3 et 4
C. Œdèmes périphériques des jambes
D. Hépatomégalie indolore
E. Ascite

51. La radiographie dans l'insuffisance cardiaque évalue:
A. La présence d'une cardiomégalie
B. La congestion veineuse pulmonaire avec redistribution de la circulation vers les lobes inférieurs
C. La présence d'un épanchement pleural
D. Les lignes de Kerley
E. L'hypertransparence pulmonaire

52. La rétention de sel et d'eau dans l'insuffisance cardiaque a lieu par les mécanismes suivants:
A. L'augmentation de la pression veineuse qui apparaît dans le dysfonctionnement ventriculaire conduit à la rétention de sel et d'eau
B. La diminution de la pression veineuse qui apparaît dans le dysfonctionnement ventriculaire conduit à la rétention de sel et d'eau
C. C. La diminution du débit cardiaque détermine la diminution de la perfusion rénale et l'activation du système rénine-angiotensine contribuant en plus à la rétention de sel et d'eau
D. L'augmentation du débit cardiaque détermine la diminution de la perfusion rénale et l'activation du système rénine-angiotensine contribuant en plus à la rétention de sel et d'eau
E. Aucune des affirmations ci-dessus n'explique le mécanisme de rétention de sel et d'eau dans l'insuffisance cardiaque
F.

53. Les affirmations suivantes concernant le remodelage myocardique dans l'insuffisance cardiaque sont vraies:
A. C'est un processus progressif
B. Le remodelage a lieu sous l'influence de facteurs mécaniques, neurohormonaux et éventuellement génétiques

C. Les éléments définissant le remodelage sont l'hypertrophie, la perte de myocytes et la fibrose myocardique diminuée
D. Le processus de remodelage se poursuit pendant quelques semaines après la lésion initiale
E. Le processus de remodelage se poursuit pendant quelques jours après la lésion initiale

54. Les causes principales de l'insuffisance cardiaque sont représentées par:
A. Les maladies péricardiques (péricardite constrictive, péricardite liquidienne)
B. La maladie cardiaque ischémique
C. La cardiomyopathie (non-dilatée): hypertrophique, restrictive
D. La cardiomyopathie dilatée
E. L'hypertension artérielle

55. Les affirmations suivantes concernant les modifications physiopathologiques dans l'insuffisance cardiaque sont vraies:
A. Le peptide natriurétique auriculaire est libéré par les myocytes ventriculaires en réponse à l'étiremen (stretch)
B. Autant le BNP que le NT-pro BNP sont augmentés chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque
C. L'augmentation de la postcharge détermine l'augmentation du débit cardiaque
D. La diminution du débit cardiaque détermine la diminution de la perfusion rénale et l'activation du système rénine angiotensin
E. L'augmentation de la pression veineuse systémique détermine l'apparition d'ascite, d'hépatomégalie et d'œdèmes déclives

56. Les affirmations suivantes concernant les investigations dans l'insuffisance cardiaque sont vraies, a l'exception de:
A. L'électrocardiogramme évalue la présence d'ischémie, d'hypertrophie ventriculaire ou d'arythmies
B. B. La radiographie thoracique évalue la fonction systolique et diastolique du ventricule gauche
C. L'échocardiographie ne peut pas fournir d'informations sur la cinétique pariétale et la performance ventriculaire gauche
D. Le cathétérisme cardiaque est utilisé pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque ischémique
E. La détermination du BNP ou du NT-proBNP ne fait pas partie des investigations paracliniques d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque

57. Le tableau clinique de l'insuffisance cardiaque comprend les symptômes suivants:

A. Douleur pleurale
B. Dyspnée d'effort
C. Orthopnée
D. Fatigabilité
E. Cardiomégalie

58. Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite nécessite la présence
des conditions suivantes (selon les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie):
A. Radiographie thoracique avec des modifications spécifiques de l'insuffisance cardiaque
B. Biopsie myocardique positive pour l'amyloïdose cardiaque
C. Symptômes caractéristiques de l'insuffisance cardiaque
D. Signes caractéristiques de l'insuffisance cardiaque
E. Fraction d'éjection réduite du ventricule gauche

59. La classification New York Heart Association (NYHA) de l'insuffisance cardiaque comprend:
A. Classe I - les symptômes de l'insuffisance cardiaque apparaissent au repos
B. Classe III- limitation légère de l'activité physique.
C. Classe II- sans symptômes au repos, mais l'activité physique habituelle provoque de la fatigue, une dyspnée ou des palpitations
D. Classe III- Limitation marquée de l'activité physique. Sans symptômes au repos, mais pour une activité physique plus faible que l'activité habituelle, de la fatigue, une dyspnée et des palpitations
E. Classe NYHA IV- les symptômes de l'insuffisance cardiaque apparaissent au repos et sont exacerbés ar toute activité physique

60. Les classes de médicaments suivantes sont utilisées dans l'insuffisance cardiaque:
A. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
B. Diurétiques
C. Anti-inflammatoires non stéroïdiens
D. Antibiotiques
E. Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

61. Les affirmations suivantes concernant le traitement médicamenteux dans l'insuffisance cardiaque sont vraies, à l'exception de:
A. Les bêta-bloquants n'améliorent pas le statut fonctionnel et ne diminuent pas la mortalité cardiovasculaire

B. B. La gynécomastie apparaît chez 1 homme sur 10 traités par spironolactone
C. Les effets indésirables des IEC sont représentés par la toux, l'hypotension artérielle, l'hyperkaliémie et le dysfonctionnement rénal
D. Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine provoquent la toux comme les IEC
E. La digoxine est indiquée chez les patients atteints de fibrillation auriculaire et d'insuffisance cardiaque

62. L'insuffisance cardiaque aiguë peut avoir les étiologies suivantes:
A. Syndrome coronarien aigu
B. Régurgitations valvulaires aiguës dues à l'endocardite infectieuse
C. La fibrillation auriculaire est souvent associée à l'insuffisance cardiaque aiguë et peut nécessiter une cardioversion d'urgence
D. D. La dissection aortique qui peut provoquer une régurgitation aortique sévère
E. L'ischémie aiguë périphérique

63. Pour établir le diagnostic d'insuffisance cardiaque aiguë, les investigations paracliniques suivantes sont utilisées:
A. Échographie cardiaque transthoracique
B. ECG à 12 dérivations
C. Radiographie thoracique
D. IRM cardiaque
E. Scintigraphie cardiaque

64. L'œdème pulmonaire aigu dans l'insuffisance cardiaque aiguë peut comprendre les éléments
suivants du tableau clinique:
A. Râles pulmonaires sous-crépitants
B. Saturation en oxygène inférieure à 90% dans l'air ambiant
C. Tachypnée et orthopnée
D. Douleur thoracique à type de brûlure qui apparaît après le repas
E. Expectoration muco-purulente

65. Le tableau clinique dans l'insuffisance cardiaque comprend les signes suivants:
A. Pression veineuse jugulaire accrue
B. Râles pulmonaires crépitants basaux unilatéraux
C. Œdèmes périphériques des jambes
D. Hépatomégalie douloureuse
E. Épanchement pleural

66. Les affirmations suivantes concernant le traitement de l'insuffisance cardiaque sont vraies:
    A. L'utilisation de bêta-bloquants est contre-indiquée en cas de sténose de l'artère rénale
    B. Les diurétiques améliorent la dyspnée
    C. Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine n'affectent pas le métabolisme de la bradykinine et ne provoquent pas de toux
    D. Les bêta-bloquants doivent être utilisés avec prudence chez les patients atteints de maladies pulmonaires obstructives
    E. E. L'ivabradine est le traitement de choix de la bradycardie sinusale

67. Les affirmations suivantes concernant le traitement de l'insuffisance cardiaque sont vraies,à l'exception de:
    A. L'utilisation de bêta-bloquants est contre-indiquée en cas de sténose de l'artère rénale
    B. Les diurétiques améliorent la dyspnée
    C. Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine n'affectent pas le métabolisme de la bradykinine et ne provoquent pas de toux
    D. Les bêta-bloquants doivent être utilisés avec prudence chez les patients atteints de maladies pulmonaires obstructives
    E. L'ivabradine est le traitement de choix de la bradycardie sinusale

68. * Sélectionnez les affirmations vraies concernant la défibrillation lors de la réanimation d’un arrêt cardiaque:
    A. Elle est utilisée pour convertir une fibrillation auriculaire en rythme sinusal
    B. Le choc en courant continu est délivré de façon synchrone avec le complexe QRS
    C. Une des palettes est placée à gauche du sternum supérieur et l’autre au-dessus de l’apex cardiaque
    D. Une des palettes est placée sous la pointe de l’omoplate gauche et l’autre au-dessus de l’apex cardiaque
    E. Une des palettes est placée sous la pointe de l’omoplate gauche et l’autre sur la paroi antérieure de l’hémithorax gauche

69. * La première étape dans le support vital de base (BLS) est:
    A. Appel immédiat à l’aide
    B. Éviter l’exposition à des dangers supplémentaires
    C. Test de réponse aux stimuli verbaux
    D. Test de réponse aux stimuli douloureux
    E. Libération des voies respiratoires

70. La chaîne de survie en réanimation cardiaque comprend:
    A. Reconnaissance précoce de la syncope
    B. Alerte rapide des services d'urgence
    C. Défibrillation rapide
    D. Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) précoce
    E. Soins avant la réanimation

71. Le traitement des causes réversibles pendant la réanimation cardiaque concerne:
    A. Hypoxie
    B. Hypervolémie
    C. Hyperthermie
    D. Tamponnade cardiaque
    E. Pneumothorax sous tension

72. Il est vrai que l'hypothermie thérapeutique post-réanimation:
    A. A une importance encore incertaine
    B. Est toujours associée à une baisse de la mortalité
    C. Est associée à une aggravation des troubles neurologiques
    D. Peut améliorer le pronostic chez les adultes inconscients ayant retrouvé une circulation spontanée après un arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire survenu hors de l'hôpital
    E. Est associée à de meilleurs résultats neurologiques après une défibrillation électrique pour fibrillation ventriculaire

73. Les rythmes choquables lors d'un arrêt cardiaque sont:
    A. Tachycardie ventriculaire sans pouls
    B. Fibrillation ventriculaire
    C. Activité électrique sans pouls
    D. Asystolie
    E. Bloc auriculo-ventriculaire total

74. Sélectionnez les affirmations vraies concernant la réanimation cardio-pulmonaire avancée (RCP):
    A. Les périodes de RCP durent 5 minutes chacune
    B. L'adrénaline est administrée après 3 chocs
    C. L'amiodarone est administrée toutes les 2 minutes
    D. Un accès vasculaire intraveineux ou intraosseux est assuré
    E. Les interruptions des compressions sont minimisées

75. La réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base chez l'adulte, en dehors de l'hôpital, s'applique:
    A. Chez un patient non réactif, qui ne respire pas normalement
    B. Chez un patient obnubilé, qui ne respire pas normalement
    C. 50 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations de sauvetage sont effectuées
    D. 100 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations de sauvetage sont effectuées
    E. 30 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations de sauvetage sont effectuées

76. L'algorithme ABCDE du support vital avancé chez l'adulte comprend:
    A. Voies aériennes
    B. Respiration
    C. Circulation
    D. Handicap (Déficit neurologique)
    E. Examen (ou Évaluation finale)

77. Le traitement immédiat post-réanimation cardio-pulmonaire comprend, pour tous les patients:

    A. L'algorithme ABCDE
    B. Contrôle de la température corporelle
    C. Coronarographie
    D. Échographie
    E. RCP extracorporelle

78. Sélectionnez les affirmations vraies concernant la réanimation cardio-pulmonaire (RCP):
    A. Le sternum est comprimé de manière rythmique à une profondeur de 8 à 10 cm
    B. Le sternum est comprimé de manière rythmique à une fréquence de 100-120/minute
    C. Chaque insufflation doit durer 1 seconde
    D. Deux insufflations efficaces sont nécessaires
    E. La RCP est périodiquement interrompue pour réévaluer l'état de la victime

79. Dans le cas de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) , il est vrai que:
    A. La RCP mécanique est utilisée couramment aujourd'hui
    B. Chez les adultes, on effectue 50 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations efficaces
    C. Chez les patients pédiatriques, on effectue 15 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations efficaces
    D. Les compressions thoraciques agissent comme une pompe assurant un flux sanguin bidirectionnel
    E. Initier la RCP sur le lieu de l'événement sauve des vies

80. *Laquelle des complications suivantes ne peut pas être associée à la sténose mitrale:
A. Infarctus cérébral
B. Infarctus splénique
C. Infarctus pulmonaire
D. Infarctus rénal
E. Infarctus intestinal

81. *L'insuffisance mitrale peut survenir dans le cas:
A. D'un infarctus du myocarde
B. D'une endocardite infectieuse
C. D'une fièvre rhumatismale
D. De toutes les situations ci-dessus
E. Uniquement en cas de fièvre rhumatismale

82. *Chez les patients atteints de sténose mitrale sévère, il peut apparaître:
A. Un œdème pulmonaire aigu
B. Une fibrillation auriculaire
C. Une dyspnée à l'effort léger
D. Toutes les réponses ci-dessus
E. Aucune des manifestations ci-dessus

83. *La sténose aortique peut avoir les étiologies suivantes, à l'exception de:
A. Congénitale
B. Dégénérative
C. Virale
D. Rhumatismale
E. Post-radiothérapie

84. *Un patient de 55 ans, de sexe masculin, obèse, dyslipidémique, sans antécédents cardiovasculaires connus, se plaint de fatigue, de dyspnée à l'effort modéré et d'un épisode syncopal à domicile lors d’un effort physique intense.
L'examen clinique révèle une TA = 130/80 mmHg, FC = 75 bpm, des bruits cardiaques réguliers, un souffle mésotélésystolique, rude, au deuxième espace intercostal droit parasternale, grade V/VI, irradiant vers les vaisseaux du cou.
L’ECG au repos montre un rythme sinusal, FC 75 bpm, axe QRS horizontalisé, hypertrophie ventriculaire gauche avec modifications secondaires de la repolarisation ventriculaire (sous-décalage de 1 mm en DII, DIII, aVF, ondes T négatives en DII, aVF, V5-V6). Quel diagnostic suspectez-vous ?
A. Cardiomyopathie restrictive
B. Syncope vaso-vagale

C. Valve aortique bicuspide avec sténose sévère
D. Cardiomyopathie dilatée
E. Infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST

85. *Les affirmations suivantes concernant l'insuffisance tricuspide sont vraies:
A. L'échocardiographie montre une réduction du ventricule droit et une laxité de la valve mitrale
B. L'échocardiographie montre une réduction du ventricule gauche et un épaississement de la valve mitrale
C. L'échocardiographie montre une dilatation du ventricule gauche et un épaississement de la valve mitrale
D. L'échocardiographie montre une dilatation du ventricule gauche et un épaississement de la valve tricuspide
E. L'échocardiographie montre une dilatation du ventricule droit et un épaississement de la valve tricuspide

86. *Les symptômes suivants peuvent apparaître dans l'insuffisance aortique, à l'exception de:
A. Angine de poitrine
B. Douleur en barre dans la région abdominale inférieure
C. Dyspnée
D. Pouls bondissant
E. Palpitations

87. *Une patiente de 77 ans, fumeuse, hypertendue, se plaint d'une fatigue physique marquée et d'une dyspnée à l'effort minimal.
L'examen clinique révèle: murmure vésiculaire présent bilatéralement sans râles, TA = 110/60 mmHg, FC = 80 bpm, bruits cardiaques irréguliers, souffle holosystolique au 5e espace intercostal gauche, grade IV/VI, irradiant vers l'aisselle.
L'ECG montre une fibrillation auriculaire, FC = 80 bpm, axe QRS intermédiaire, onde T négative en DIII, V1. Quel diagnostic est suggéré ?
A. Œdème pulmonaire aigu cardiogénique
B. Sténose mitrale rhumatismale
C. Embolie pulmonaire aiguë
D. Régurgitation mitrale dégénérative
E. Sténose aortique rhumatismale

88. La sténose mitrale sévère se caractérise par:
A. Une surface valvulaire mitrale < 1 cm²
B. Une surface valvulaire mitrale < 1,5 cm²

C. Une surface valvulaire mitrale < 2 cm²
D. Un gradient moyen transvalvulaire > 10 mmHg
E. Un gradient moyen transvalvulaire > 5 mmHg

89. Les méthodes de correction de la sténose mitrale sont:
A. Remplacement valvulaire mitral
B. Valvulotomie à cœur ouvert
C. Valvulotomie à cœur fermé
D. Valvuloplastie par ballonnet par ponction transseptale
E. Traitement uniquement médicamenteux

90. Le diagnostic de la sténose mitrale se réalise par:
A. Analyses de laboratoire standards
B. Électrocardiographie en présence de fibrillation auriculaire
C. Échocardiographie transthoracique
D. Simple auscultation
E. Échocardiographie transœsophagienne

91. Les étiologies de l'insuffisance mitrale peuvent être:
A. Dégénérative
B. Infectieuse
C. Rhumatismale
D. Myxœdémateuse
E. Induite par les antagonistes dopaminergiques

92. Lors de l'auscultation cardiaque en cas d'insuffisance mitrale, on peut observer:
A. Souffle holodiastolique irradiant à la base du cou
B. Souffle holosystolique irradiant vers l'aisselle
C. Clic mésotélésystolique avec souffle télésystolique
D. Clic protosystolique avec souffle télédiastolique
E. Clic mésotélésystolique avec souffle télédiastolique

93. En cas d'insuffisance mitrale organique sévère, le traitement correct est:
A. Traitement de l'insuffisance cardiaque avec IEC, bêtabloquants, diurétiques
B. Traitement par corticothérapie
C. Remplacement valvulaire chez les patients symptomatiques avec FE > 30 %
D. Remplacement valvulaire chez les patients symptomatiques avec FE < 30 %
E. Traitement immunosuppresseur

94. Un patient de 76 ans, hypertendu, exposé professionnellement à des toxines, atteint de BPCO et de sténose aortique, se plaint de fatigue, d'angines répétées et de dyspnée à l'effort modéré.
Échocardiographie: ventricule gauche de taille normale, HVG concentrique, FEVG réduite (40 %), VmaxAo = 4,2 m/s, PmedAo = 50 mmHg, surface valvulaire aortique = 0,8 cm². Les affirmations correctes sont:
A. Sténose aortique modérée
B. Indication de remplacement valvulaire aortique chirurgical si risque faible
C. Sténose aortique sévère
D. Usage des vasodilatateurs avec prudence
E. Insuffisance aortique sévère

95. Concernant le traitement anticoagulant chez les patients avec des prothèses valvulaires, les affirmations vraies sont:
A. Obligatoirement avec l'acénocoumarol
B. Possible avec des inhibiteurs du facteur Xa
C. INR cible entre 2-2,5
D. INR cible entre 2,5-3 pour les prothèses à faible thrombogenicité
E. Recommandé seulement après 65 ans

96. Les lésions cutanées spécifiques à l'endocardite infectieuse sont:
A. Nodules d'Osler
B. Hémorragies en écharde
C. Lésions de Janeway
D. Nodules de Meynet
E. Taches de Roth

97. La prophylaxie de l'endocardite bactérienne est obligatoire chez:
A. Les patients avec prothèses valvulaires métalliques
B. Les patients ayant des antécédents d'endocardite
C. Les patients avec une tétralogie de Fallot non opérée
D. Les patients ayant une communication interauriculaire opérée
E. Les patients ayant un anévrisme de l'aorte ascendante

98. L'endocardite infectieuse est la conséquence:
A. De la présence d'un micro-organisme dans la circulation sanguine
B. D'anomalies de l'endothélium cardiaque
C. D'un épisode fébrile prolongé
D. De toute procédure non sanglante
E. De la palpation abdominale profonde en cas d'appendicite aiguë

99. Les critères majeurs de diagnostic de l'endocardite bactérienne sont:
A. Fièvre
B. Troubles de conduction intraventriculaire ou atrioventriculaire récents
C. Échocardiographie montrant une masse mobile intracardiaque sur les valves ou les structures adjacentes
D. Hémocultures négatives
E. Deux hémocultures positives pour le même germe

100. Chez les patients avec endocardite infectieuse, une fièvre persistante peut indiquer:
A. Extension paravalvulaire avec formation d'un abcès
B. Réaction indésirable aux médicaments
C. Infection nosocomiale
D. Embolie pulmonaire
E. Infarctus mésentérique

101. L'auscultation cardiaque en cas de sténose aortique est caractérisée par:
A. Souffle diastolique fin au foyer aortique
B. Souffle mésodiastolique d'Austin Flint
C. Souffle crescendo-décrescendo au foyer aortique
D. Galop ventriculaire
E. Souffle d'éjection rude au foyer aortique irradiant vers la base du cou

102. Une patiente de 63 ans, fumeuse, hypertendue, avec antécédents de rhumatisme articulaire aigu, se présente aux urgences avec dyspnée de repos, orthopnée et palpitations rapides.
Examen: tachypnée, râles sous-crépitants bilatéraux, SaO2 = 87 %, TA = 120/60 mmHg, FC = 130 bpm, souffle holodiastolique au 5e espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire.
ECG: fibrillation auriculaire, FC = 130 bpm, axe QRS intermédiaire, onde T négative en DIII, V1. La conduite d'urgence est:
A. Oxygénothérapie
B. Diurétique de l'anse i.v.
C. Digoxine i.v.
D. Anticoagulant oral
E. Traitement antihypertenseur

103. La sténose aortique sévère chez les personnes âgées:
A. Est toujours d'origine congénitale
B. A une étiologie dégénérative

C. Peut causer syncope, angine et dyspnée
D. Apparaît chez les diabétiques
E. Est associée à une pathologie hématologique

104. Un patient de 77 ans, avec HTA grade II, se présente aux urgences avec palpitations et vertiges.
Auscultation: souffle systolique au foyer mitral.
Échocardiographie: régurgitation mitrale grade III avec calcifications, OG = 50 mm.
ECG: rythme irrégulier, FC = 120 bpm, QRS de durée normale. Les affirmations vraies sont:
A. Le souffle systolique indique une sténose mitrale
B. L'étiologie de l'arythmie est la dilatation de l'oreillette gauche secondaire à la valvulopathie mitrale
C. Le traitement anticoagulant n'est pas indiqué
D. Diagnostic: insuffisance mitrale dégénérative avec fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide
E. Pour contrôler la fréquence, on peut administrer des bêtabloquants ou des inhibiteurs calciques non-dihydropyridiniques

105. Un patient de 75 ans avec insuffisance cardiaque et fibrillation auriculaire permanente à fréquence contrôlée se présente avec fièvre à 38°C depuis une semaine, anasarque, dyspnée inspiratoire, fatigue marquée, toux sèche, TA = 100/60 mmHg, SaO2 = 90 %.
ECG: fibrillation auriculaire avec réponse ventriculaire rapide (140 bpm), sans signes d'ischémie aiguë.
Troponines négatives. Échocardiographie: masse mobile sur la cuspide non coronaire de la valve aortique. Les causes les plus probables de la décompensation sont:
A. STEMI
B. NSTEMI
C. Endocardite
D. Fibrillation auriculaire avec réponse ventriculaire rapide
E. COVID-19

106. Les facteurs de risque pour une maladie valvulaire aortique calcifiée sont:
A. Âge avancé
B. Taux élevé de LDL cholestérol
C. Hypertension artérielle
D. Diabète sucré
E. Jeune âge

107. Les étiologies possibles de l'insuffisance aortique sont:
A. Congénitale
B. Dilatation importante du ventricule gauche due à une cardiopathie ischémique ou une cardiomyopathie dilatée
C. Endocardite rhumatismale
D. Syphilis
E. Rupture traumatique des valves aortiques, dilatation marquée de l'aorte ascendante

108. Du point de vue physiopathologique, dans la sténose mitrale sévère, on observe:
A. Augmentation de la pression auriculaire gauche
B. Hypertrophie et dilatation de l'oreillette gauche
C. Augmentation de la pression capillaire pulmonaire
D. Diminution de la pression auriculaire gauche
E. Diminution de la pression capillaire pulmonaire

109. Le tableau clinique d'une sténose mitrale hémodynamiquement significative peut inclure:
A. Œdème pulmonaire aigu
B. Dyspnée d'effort progressive
C. Toux productive, mousseuse, avec stries sanglantes
D. Hémoptysie franche
E. Épisodes syncopaux

110. Les critères échocardiographiques suivants indiquent une sténose aortique sévère:
A. Vitesse maximale transaortique > 4 m/s
B. Gradient moyen transvalvulaire aortique > 40 mmHg
C. Gradient maximal transvalvulaire aortique > 40 mmHg
D. Gradient moyen transvalvulaire aortique > 20 mmHg
E. Vitesse maximale transaortique > 2 m/s

111. *De manière la plus fréquente, le syndrome coronarien aigu est déclenché par:
A. La libération du monoxyde d'azote
B. L'atteinte coronaire dans le contexte d'une dissection aiguë de l'aorte de type A
C. La libération de prostaglandine E2
D. L'atteinte coronaire dans le contexte d'une dissection aiguë de l'aorte de type B
E. La fissuration d'une plaque d'athérome

112. * La maladie coronarienne se présente avec des différentes formes cliniques, à l'exception de:
A. L'angine stable
B. L'angine instable

C. L'infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST
D. La maladie coronarienne est toujours symptomatique
E. L'infarctus aigu du myocarde sans sus-décalage du segment ST

113. * Le traitement thrombolytique est indiqué dans:
A. Infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST dans les 72 premières heures
B. Infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST dans les 12 premières heures
C. Infarctus entéromésentérique dans les 12 premières heures
D. Angine stable classe II CCS
E. Infarctus aigu du myocarde sans sus-décalage du segment ST

114. *Les suivantes affirmations concernant les agents antiplaquettaires sont vraies, sauf:
A. Le clopidogrel est administré à une dose de charge de 600 mg
B. La dose d'entretien du ticagrélor est de 180 mg/jour
C. La dose de charge du ticagrélor est de 180 mg
D. L'eptifibatide est un antiplaquettaire oral
E. L'eptifibatide est un antiplaquettaire administré par voie parentérale

115. *Les suivantes affirmations concernant la classification de Killip sont fausses, sauf:
A. Killip I: absence de râles de stase
B. Killip II: râles de stase sur plus de 50 % des champs pulmonaires
C. Killip IV: râles de stase sur plus de 50 % des champs pulmonaires
D. Killip III: sans galop ventriculaire
E. Killip I: râles de stase dans moins de la moitié inférieure des bases pulmonaires

116. *La suivante affirmation concernant le traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI), est vraie:
A. La thérapie de reperfusion est indiquée pour tous les patients présentant des symptômes d'ischémie depuis moins de 12 heures, en l'absence de sus-décalage persistant du segment ST
B. Le traitement thrombolytique (bivalirudine) est recommandé pour les patients n'ayant pas accès à une angioplastie coronaire percutanée dans les deux heures
C. Les stents métalliques sont plus souvent utilisés que les stents actifs pharmacologiquement
D. L'accès par la veine fémorale droite est recommandé pour la coronarographie
E. L'angioplastie coronaire percutanée primaire est la méthode de reperfusion de choix dans les centres disposant de laboratoires de cardiologie interventionnelle

117. *La suivante situation constitue une contre-indication absolue pour l'administration du traitement thrombolytique:
A. Le traitement anticoagulant oral
B. La dissection aortique
C. La grossesse
D. Les ponctions vasculaires non compressibles
E. La maladie hépatique avancée

118. *Le trouble de conduction le plus fréquent après un infarctus aigu du myocarde est représenté par:
A. Extrasystole ventriculaire
B. Tachycardie ventriculaire
C. Fibrillation auriculaire
D. Fibrillation ventriculaire
E. Blocs AV de divers degrés

119. Les substances suivantes ne sont pas des antiplaquettaires:
A. Aspirine
B. Clopidogrel
C. Apixaban
D. Abciximab
E. Ténectéplase

120. Les suivantes affirmations concernant l'utilisation de l'ivabradine dans le traitement de l'angor stable sont vraies:
A. Elle est utile dans le traitement de l'angor stable, dans les cas réfractaires, y compris chez les patients présentant une fibrillation auriculaire
B. La dose recommandée est de 2,5 à 7,5 mg deux fois par jour
C. Elle inhibe le courant de pacemaker If dans le nœud sino-auriculaire
D. Elle inhibe le courant de pacemaker If dans le nœud atrioventriculaire
E. Les effets indésirables comprennent la bradycardie et les phosphènes

121. Les suivantes affirmations concernant le traitement de l'angor stable sont vraies, sauf:
A. Toutes les formes nécessitent une angioplastie coronaire percutanée (PCI) avec pose de stent
B. Le pontage aorto-coronaire est le seul traitement possible chez les patients souffrant d'un angor incontrôlé malgré un traitement médicamenteux
C. Les bêtabloquants (bisoprolol) représentent le traitement de choix chez les patients présentant un angor et une insuffisance cardiaque aiguë

D. L'aspirine fait partie des médicaments qui réduisent le risque d'événements cardiovasculaires majeurs

E. Le vérapamil, une benzothiazépine, inhibe les canaux calciques du myocarde, du tissu conducteur et du muscle lisse vasculaire

122. Les suivantes affirmations concernant les 5 types d'infarctus du myocarde sont vraies:

A. Le type 1 est associé à la mort subite cardiaque

B. Le type 2 est la conséquence de la fissuration d'une plaque d'athérome

C. Le type 5 est associé au pontage aorto-coronaire

D. Le type 2 est secondaire à une ischémie myocardique causée par une augmentation des besoins en oxygène, comme dans l'anémie sévère

E. Le type 4a est un infarctus du myocarde causé par une thrombose de stent

123. Les affirmations suivantes concernant la médication antithrombotique utilisée dans le traitement des syndromes coronariens aigus sont vraies:

A. L'effet antiplaquettaire de l'héparine est évalué par la mesure de l'INR à 6 heures

B. L'effet antiplaquettaire de l'héparine est évalué par la mesure de l'APTT à 6 heures

C. L'énoxaparine est administrée deux fois par jour, par voie sous-cutanée, à raison de 1 mg/kg

D. La bivalirudine, un inhibiteur direct de la thrombine, peut être administrée par voie orale jusqu'à 4 heures après une angioplastie coronaire percutanée

E. La dose de fondaparinux est de 2,5 mg par voie sous-cutanée une fois par jour, pendant 8 jours

124. Les suivantes affirmations concernant le traitement pharmacologique des syndromes coronariens aigus sont vraies, sauf:

A. Le prasugrel, un anticoagulant de nouvelle génération, est préférable chez les patients devant subir un pontage aorto-coronaire, car il réduit le risque hémorragique

B. La dose d'entretien du ticagrélor est de 2 × 90 mg/jour

C. Parmi les inhibiteurs des glycoprotéines IIb/IIIa figurent l'abciximab, le tirofiban et l'eptifibatide, ces molécules étant administrées par voie orale

D. Pour réduire la consommation d'oxygène, le métoprolol peut être administré, sous forme orale ou intraveineuse

E. La morphine est utilisée comme analgésique, en association avec un antiémétique

125. Les suivantes affirmations concernant la classe Killip IV sont vraies:

A. Les patients présentent un choc cardiogénique

B. Les patients peuvent nécessiter l'insertion d'un cathéter de Swan-Ganz dans l'artère pulmonaire

C. Les patients peuvent nécessiter l'insertion d'un cathéter de Swan-Ganz dans la veine pulmonaire

D. Les médicaments inotropes positifs (dobutamine, noradrénaline ou dopamine) sont utilisés dans l'insuffisance cardiaque aiguë sévère

E. La nitroglycérine est utilisée pour réduire la précharge, quelle que soit la valeur de la tension artérielle

126. Les suivantes affirmations concernant l'insuffisance mitrale survenant après un infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST sont vraies:

A. L'échocardiographie transœsophagienne n'est pas nécessaire pour déterminer précisément l'étiologie

B. La rupture d'un muscle papillaire nécessite une revascularisation myocardique d'urgence par angioplastie coronaire percutanée, suivie ultérieurement d'une correction chirurgicale de la pathologie valvulaire mitrale

C. La rupture d'un muscle papillaire avec régurgitation mitrale aiguë sévère n'est pas associée à un œdème pulmonaire aigu ni à un choc cardiogénique

D. Elle peut apparaître précocement dans l'évolution d'un infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST

E. Elle résulte d'une dilatation et d'une dysfonction sévère du ventricule gauche

127. Les suivantes affirmations concernant les arythmies cardiaques post-infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI) sont fausses, sauf:

A. La tachycardie ventriculaire est fréquemment observée dans le STEMI, notamment comme phénomène de reperfusion

B. La tachycardie ventriculaire ne peut pas être à l'origine d'un arrêt cardiaque et ne nécessite jamais de défibrillation externe

C. La fibrillation auriculaire est rarement observée

D. La cardioversion de la fibrillation auriculaire est contre-indiquée, en raison de la fréquence élevée des récidives

E. L'administration intraveineuse de magnésium peut être utile pour la tachycardie ventriculaire incessante

128. Les contre-indications relatives à la thrombolyse sont:

A. Accident vasculaire cérébral hémorragique

B. Hémorragie gastro-intestinale au cours du mois précédent

C. Dyscrasie sanguine hémorragique connue

D. Grossesse et première semaine post-partum

E. Hypertension réfractaire

129. Les affirmations suivantes sur le traitement de la fibrillation auriculaire permanente chez les patients atteints d'infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST (STEMI) sont vraies:
   A. Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire permanente traités médicamenteusement, une thérapie antithrombotique double est recommandée: aspirine ou clopidogrel plus anticoagulation orale.
   B. Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire permanente traités par pontage aorto-coronarien, une thérapie antithrombotique double est recommandée: aspirine ou clopidogrel plus anticoagulation orale.
   C. Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire permanente traités médicamenteusement, une thérapie antithrombotique double est recommandée: aspirine ou clopidogrel plus anticoagulation orale (toujours un antivitaminique K).
   D. Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire permanente traités médicamenteusement, une thérapie antithrombotique triple est recommandée: aspirine et clopidogrel plus anticoagulation orale.
   E. Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire permanente traités médicamenteusement, une thérapie antithrombotique double est recommandée: aspirine ou clopidogrel plus anticoagulation orale (ticagrélor)

130. Les affirmations suivantes sur le traitement médicamenteux après un infarctus du myocarde aigu sont vraies:
   A. L'aspirine (300 mg) est administrée quotidiennement.
   B. Un bêta-bloquant oral est administré pour maintenir une fréquence cardiaque supérieure à 60 battements par minute.
   C. Les statines sont utilisées pour atteindre une valeur du cholestérol LDL inférieure à 1,8 mmol/L.
   D. Les sartans sont utilisés de manière routinière, en particulier chez les patients ayant une fraction d'éjection (FE) du ventricule gauche < 40 %.
   E. Un bloqueur des récepteurs de l'ADP est administré.

131. Le diagnostic initial de l'infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST implique:
   A. Douleur thoracique intense qui cède à l'administration sublinguale de nitroglycérine.
   B. Sus-décalage du segment ST sur le tracé ECG, y compris chez les patients avec un stimulateur cardiaque permanent.
   C. Augmentation des marqueurs de nécrose myocardique.
   D. L'échocardiographie transthoracique est utile, permettant d'identifier un pli de dissection au niveau de l'aorte descendante.
   E. Les symptômes végétatifs sont fréquemment rencontrés.

132. Les affirmations suivantes sur la maladie coronarienne sont vraies:
   A. Elle a une pathogénie multifactorielle.
   B. De nombreux mécanismes sont impliqués dans son étiopathogénie, y compris la carboxyhémoglobinémie.
   C. La mort subite cardiaque ne peut pas être un symptôme de la maladie coronarienne.
   D. Une plaque d'athérome sténosante de 55 % n'est pas considérée comme une plaque significative.
   E. Le premier mécanisme conduisant à la thrombose sur la plaque athérosclérotique est la lésion endothéliale profonde.

133. Les affirmations suivantes sur le diagnostic des formes d'angine de poitrine sont vraies, à l'exception de:
   A. L'angine atypique est définie comme ayant 1 des 3 caractéristiques typiques.
   B. L'angine typique nécessite la réunion des 3 caractéristiques typiques.
   C. La douleur thoracique non angineuse présente 2 des 3 caractéristiques typiques.
   D. L'angine vasospastique apparaît sans facteur déclencheur.
   E. L'angine microvasculaire apparaît chez les patients atteints de lésions coronariennes significatives

134. Les modifications ECG dans l'infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST (STEMI) nous orientent vers la localisation de l'infarctus. Ainsi:
   A. Antérieur étendu: V2-V5
   B. Latéral: DII, DIII et aVF
   C. Latéral: DI et aVL
   D. Inférieur: DII, DIII et aVF
   E. Antérolatéral: V4-V6, DI et aVL

135. Les affirmations suivantes sur la classification fonctionnelle de l'angine de poitrine stable selon la CCS sont vraies:
   A. Classe I: pas d'angine lors des activités quotidiennes habituelles.
   B. Classe I: angine lors d'efforts intenses.
   C. Classe III: limitation minimale des activités quotidiennes.
   D. Classe II: limitation minimale des activités quotidiennes.
   E. Classe III: angine au repos.

136. Les affirmations suivantes sur l'angine vasospastique sont vraies, à l'exception de:
   A. Elle apparaît toujours à la suite d'un facteur déclencheur.
   B. Elle apparaît généralement pendant l'effort physique, étant une forme d'angine de poitrine stable.
   C. Elle apparaît plus fréquemment chez les hommes.

D. Elle apparaît plus fréquemment chez les femmes.
E. Elle se caractérise par l'apparition transitoire du sus-décalage du segment ST pendant la douleur.

137. Le score de risque TIMI pour les syndromes coronariens aigus inclut les variables suivantes:
A. Âge supérieur à 55 ans
B. Traitement par nitroglycérine au cours des 7 derniers jours
C. Augmentation des enzymes de nécrose des cardiomyocytes
D. Angine sévère (plus de 2 épisodes d'angine au repos au cours des dernières 24 heures)
E. Maladie coronarienne connue (sténoses coronariennes supérieures à 50 %)

138. Le traitement antiplaquettaire double chez les patients atteints de syndrome coronarien aigu prévoit les éléments suivants:
A. Aspirine, dose de charge de 3000 mg, puis 75-100 mg, pour tous les patients.
B. Aspirine associée à un inhibiteur des récepteurs de l'ADP.
C. Aspirine associée au clopidogrel (dose de charge de 300-600 mg, puis 75 mg/jour).
D. Aspirine associée à un inhibiteur de la COX-1 (ticagrélor).
E. Le prasugrel n'est jamais associé, car il s'agit d'un anticoagulant.

139. Les affirmations suivantes sur l'angioplastie primaire percutanée dans l'infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST (STEMI) sont vraies:
A. L'abord radial est préféré.
B. L'abord fémoral est préféré.
C. L'implantation de stents métalliques est à privilégier.
D. L'implantation de stents pharmacologiquement actifs est préférée.
E. Le traitement anticoagulant intraprocedural n'est pas toujours nécessaire.

140. Les complications de l'infarctus du myocarde aigu sont:
A. Rupture myocardique, avec un bon pronostic.
B. Formation d'un anévrisme ventriculaire.
C. Défaut septal ventriculaire, avec une mortalité de 50 % à 12 mois.
D. Insuffisance cardiaque.
E. Syndrome de Devereux.

141. La modification du mode de vie après un syndrome coronarien aigu implique:
A. L'indice de masse corporelle (IMC) doit être inférieur à 25 kg/m².
B. La pression artérielle diastolique doit être réduite en dessous de 140 mmHg.
C. Pour les patients diabétiques, l'HbA1C doit être inférieure à 7 g/L.
D. Le tabagisme doit être complètement arrêté.

E. Une consommation accrue de fruits et légumes est recommandée.

142. *Les causes extrinsèques de la bradycardie sinusale sont les suivantes, à l'exception de:
A. Traitement par bêta-bloquants, digitaliques.
B. Ischémie aiguë et infarctus du nœud sinusal.
C. Syndromes médiés par le système nerveux.
D. Hypothermie, hypothyroïdie.
E. Hypertension intracrânienne.

143. *Le bloc auriculo-ventriculaire de grade III se caractérise par:
A. L'allongement progressif de l'intervalle PR jusqu'à ce qu'une onde P soit bloquée.
B. Les patients ont une indication pour l'implantation d'un défibrillateur cardiaque.
C. La stimulation cardiaque n'est pas recommandée pour les blocs congénitaux.
D. Une dissociation auriculo-ventriculaire complète.
E. Un rythme d'échappement avec des complexes QRS étroits ayant une origine infra-hissienne.

144. Les mécanismes de production des arythmies sont représentés par:
A. Automatisme accéléré
B. Activité déclenchée (trigger)
C. Réentrée
D. Hypersensibilité carotidienne
E. Syncope vasovagale

145. *Sélectionnez l'affirmation correcte concernant la tachycardie ventriculaire sur un cœur structurellement normal:
A. Elle est généralement bénigne, avec un excellent pronostic à long terme.
B. Elle ne provoque jamais l'apparition d'une cardiomyopathie.
C. Le traitement des symptômes se fait généralement avec l'amiodarone.
D. L'ablation de l'arythmie a peu de chances de succès.
E. L'administration de bloqueurs des canaux calciques est contre-indiquée.

146. *Les causes du syndrome du QT long acquis sont les suivantes, à l'exception de:
A. Hypokaliémie, hypomagnésémie
B. Administration de sotalol, amiodarone
C. Intoxication aux organophosphorés
D. Syndrome de Romano-Ward
E. Diabète, jeûne prolongé

147. *Sélectionnez l'affirmation fausse concernant le traitement des formes suivantes de bradycardie:
   A. La maladie du nœud sinusal nécessite une stimulation cardiaque permanente lorsqu'elle est symptomatique.
   B. Le traitement de la syncope vasovagale inclut l'évitement autant que possible des situations pouvant provoquer la syncope.
   C. Chez certains patients atteints de syncope réflexe maligne, l'implantation d'un stimulateur cardiaque bicaméral peut être indiquée.
   D. L'identification et la correction des causes extrinsèques sont une étape obligatoire dans la prise en charge des patients atteints de bradycardie sinusale.
   E. La maladie du nœud sinusal asymptomatique nécessite l'implantation d'un stimulateur cardiaque lorsque les patients ont plus de 75 ans.

148. *La durée normale de l'intervalle PR est comprise entre:
   A. 0,14–0,60 secondes (140–600 millisecondes)
   B. 0,12–0,20 secondes (120–200 millisecondes)
   C. 0,35–0,45 secondes (350–450 millisecondes)
   D. 0,15–0,45 secondes (150–450 millisecondes)
   E. 0,80–0,90 secondes (800–900 millisecondes)

149. *En cas de fibrillation auriculaire avec détérioration hémodynamique, quelle est la première intervention thérapeutique à appliquer?
   A. Choc électrique externe asynchrone
   B. Administration d'adrénaline
   C. Choc électrique externe synchronisé
   D. Administration de dobutamine
   E. Administration d'un inhibiteur calcique dihydropyridinique

150. *Le syndrome de Wolff-Parkinson-White est défini par les affirmations suivantes, à l'exception de:
   A. Il implique, en plus de la voie rapide, une voie lente au niveau du nœud auriculo-ventriculaire
   B. Il implique des voies accessoires reliant l'oreillette au ventricule, pouvant être situées tout autour des anneaux mitral ou tricuspide
   C. La réponse ventriculaire à la fibrillation auriculaire peut être exceptionnellement rapide en présence de voies accessoires à conduction antérograde
   D. Il peut être associé à une tachycardie jonctionnelle réciproque orthodromique
   E. Il peut être associé à une tachycardie jonctionnelle réciproque antidromique

151. *Laquelle des affirmations suivantes concernant la tachycardie atriale est correcte ?

A. Elle ne peut pas avoir de mécanisme focal
B. Elle ne peut pas avoir de mécanisme de macro-réentrée
C. L'identification des extrasystoles atriales sur l'ECG pendant la tachycardie est essentielle pour le diagnostic
D. L'administration d'adénosine peut révéler les ondes P dans la tachycardie atriale par macro-réentrée en bloquant le nœud AV
E. Le traitement par ablation par radiofréquence est contre-indiqué

152. *Laquelle des stratégies thérapeutiques suivantes n'est pas indiquée dans la fibrillation auriculaire:
A. Implantation d'un défibrillateur cardiaque implantable
B. Contrôle de la fréquence cardiaque
C. Contrôle du rythme
D. Thérapie anticoagulante
E. Ablation par radiofréquence avec isolation des veines pulmonaires

153. *Les méthodes de prévention de l'accident vasculaire cérébral embolique dans la fibrillation auriculaire comprennent toutes, sauf:
A. Administration d'antagonistes de la vitamine K avec maintien d'un INR entre 2 et 3
B. Administration d'anticoagulants oraux non-vitamine K
C. Réalisation d'une coronarographie
D. Occlusion de l'auricule gauche avec un dispositif Watchman
E. Exclusion chirurgicale de l'auricule gauche

154. Le nœud sinusal:
A. Est le stimulateur cardiaque physiologique
B. B. Se dépolarise spontanément
C. A une fréquence de décharge modulée par le système nerveux autonome
D. N'est pas le stimulateur cardiaque physiologique
E. Ne se dépolarise pas spontanément

155. Parmi les causes extrinsèques pouvant provoquer une bradycardie sinusale, on retrouve:
A. Hypothermie
B. Hypothyroïdie
C. Ictère cholestatique
D. Hypertension intracrânienne
E. Hyperthyroïdie

156. Sélectionnez les affirmations fausses concernant la fonction du nœud sinusal:

A. Le nœud sinusal est le stimulateur cardiaque physiologique ayant la capacité de se dépolariser spontanément
B. La fréquence du nœud sinusal est légèrement plus élevée chez les femmes
C. Le taux de décharge du nœud sinusal est modulé par le système nerveux autonome
D. Une réduction du tonus vagal ou une augmentation du tonus sympathique provoque une bradycardie
E. Lors de l'expiration, le tonus parasympathique diminue et la fréquence cardiaque augmente

157. Les affirmations suivantes sont correctes:
A. Les causes extrinsèques de la bradycardie sinusale incluent: l'hypothermie, le traitement par bêtabloquants, les syndromes médiés par le système nerveux autonome
B. La maladie du nœud sinusal est due à une fibrose idiopathique du nœud sinusal
C. Les syndromes médiés neuraux résultent du réflexe de Bezold-Jarisch pouvant entraîner à la fois une bradycardie et une vasodilatation périphérique réflexe
D. Le syndrome du sinus carotidien apparaît fréquemment chez les jeunes et provoque toujours une syncope
E. La syncope vagale peut avoir un mécanisme cardio-inhibiteur, vasodépresseur ou mixte

158. Concernant les blocs auriculo-ventriculaires (BAV), les affirmations suivantes sont vraies, sauf:
A. Le BAV de premier degré signifie un allongement de l'intervalle PR >200 ms
B. Le BAV de deuxième degré type Mobitz II se caractérise par un allongement progressif de l'intervalle PR jusqu'à ce qu'une onde P soit bloquée
C. Les blocs avec conduction 2:1 peuvent être localisés aussi bien au niveau du nœud AV qu'au niveau infranodal
D. Le BAV de deuxième degré dans l'infarctus du myocarde inférieur a un mauvais pronostic et nécessite une stimulation cardiaque en urgence
E. Pour les patients avec un BAV de deuxième degré type Mobitz I, une surveillance est recommandée

159. Sélectionnez les affirmations correctes concernant le bloc auriculo-ventriculaire du troisième degré:
A. Le rythme d'échappement à complexes QRS larges a une origine sous le faisceau de His et est un rythme lent (15–40 batt/min), relativement instable
B. Le BAV avec complexes larges peut être causé par une cardiopathie ischémique, une myocardite ou une cardiomyopathie
C. L'implantation d'un stimulateur cardiaque est recommandée uniquement si le patient présente des syncopes répétées

D. La maladie de Lenègre est caractérisée par un processus inflammatoire du système de conduction proximal et survient chez les jeunes
E. Le BAV avec complexes QRS étroits répond à l'atropine et ne nécessite pas de stimulation permanente

160. Concernant le retard de conduction au niveau des branches du faisceau de His, les affirmations suivantes sont correctes:
A. Dans le bloc de branche droit, le vecteur d'activation se dirige vers les dérivations gauches
B. Le bloc de branche gauche se caractérise par une onde S profonde en V1 et une onde R large et tardive en DI, V6
C. Le bloc de branche droit peut être présent chez 5 % de la population en bonne santé
D. Les patients présentant des troubles de conduction intraventriculaire peuvent avoir des syncopes (soit en raison d'un bloc complet intermittent, soit en raison de l'apparition de tachyarythmies ventriculaires)
E. Le bloc de branche gauche est fréquemment observé chez les jeunes en bonne santé

161. Les éléments suivants sont caractéristiques pour le diagnostic différentiel de la tachycardie ventriculaire:
A. Dissociation auriculo-ventriculaire
B. Complexe QRS entre 100–120 ms
C. Concordance des complexes QRS dans les dérivations précordiales
D. Rythme ventriculaire rapide
E. Ondes S profondes en V1 et V6

162. Sélectionnez les affirmations correctes concernant les arythmies ventriculaires:
A. Le syndrome de Brugada, le syndrome du QT court, la tachycardie ventriculaire polymorphe catécholaminergique sont des canalopathies pouvant provoquer des arythmies ventriculaires
B. La tachycardie ventriculaire soutenue entraîne toujours une syncope ou un arrêt cardio-respiratoire
C. La fréquence cardiaque dans la TV soutenue est généralement comprise entre 120–221 batt/min
D. 80 % de toutes les tachycardies à QRS larges sont d'origine ventriculaire, et ce pourcentage est encore plus élevé chez les patients atteints de cardiopathies structurelles
E. Des signes cliniques de dissociation auriculo-ventriculaire sont représentés par des ondes P visibles apparaissant aléatoirement sur l'ECG

163. Concernant la fibrillation ventriculaire (FV), les affirmations suivantes sont vraies, sauf:

A. Elle entraîne toujours un arrêt cardio-respiratoire, les patients nécessitent un support vital de base et avancé
B. La FV est généralement déclenchée par une extrasystole ventriculaire
C. Parfois, les patients peuvent relativement bien tolérer la fibrillation ventriculaire
D. Les survivants présentent un risque élevé de mort subite cardiaque en l'absence de causes réversibles
E. Les stimulateurs cardiaques sont les dispositifs de première intention pour le traitement de ces arythmies

164. Sélectionnez les affirmations correctes concernant le syndrome de Brugada:
A. Elle entraîne toujours un arrêt cardio-respiratoire, les patients nécessitent un support vital de base et avancé
B. La FV est généralement déclenchée par une extrasystole ventriculaire
C. Parfois, les patients peuvent relativement bien tolérer la fibrillation ventriculaire
D. Les survivants présentent un risque élevé de mort subite cardiaque en l'absence de causes réversibles
E. Les stimulateurs cardiaques sont les dispositifs de première intention pour le traitement de ces arythmies

165. Le syndrome du QT long acquis est traité de la manière suivante, sauf:
A. Correction de tout trouble électrolytique
B. Administration de sulfate de magnésium 8 mmol (Mg^{2+}) en 10–15 minutes pour le QT long acquis
C. Administration urgente de bêtabloquants pour réduire la fréquence cardiaque
D. L'amiodarone est contre-indiquée à long terme, mais peut être utilisée en phase aiguë par voie intraveineuse
E. Tous les patients nécessitent à long terme l'implantation d'un défibrillateur cardiaque

166. Sélectionnez les affirmations correctes concernant les arythmies ventriculaires:
A. Le syndrome de QT court acquis nécessite l'implantation d'un défibrillateur cardiaque
B. La tachycardie ventriculaire idiopathique a généralement pour origine le tractus d'éjection du ventricule droit ou le septum du ventricule gauche
C. La tachycardie ventriculaire non soutenue peut survenir chez 6 % des patients avec un cœur structurellement normal et, en règle générale, ne nécessite pas de traitement
D. Le traitement par bêtabloquants peut améliorer la qualité de vie chez les patients symptomatiques avec TV non soutenue
E. La TV non soutenue a une durée comprise entre 30 secondes et 1 minute

167. Concernant les extrasystoles ventriculaires, les affirmations suivantes sont vraies, sauf:

A. Lorsqu'une extrasystole suit régulièrement chaque battement sinusal, un « pulsus bigeminus » peut apparaître
B. L'ablation par cathéter peut être efficace chez tous les patients présentant des extrasystoles
C. Une fréquence élevée d'extrasystoles favorise une dysfonction du ventricule gauche
D. Tous les patients chez lesquels des extrasystoles ventriculaires sont détectées doivent être traités par bêtabloquants
E. Le phénomène « R sur T » peut provoquer une fibrillation ventriculaire chez les patients atteints d'une cardiopathie structurelle

168. Sélectionnez les affirmations correctes concernant le défibrillateur cardiaque implantable (ICD):
A. L'ICD peut être implanté en prévention primaire chez les patients avec insuffisance cardiaque et fraction d'éjection ≤ 35 %, en classe fonctionnelle NYHA < IV
B. L'ICD peut être utilisé pour traiter des arythmies ventriculaires ou supraventriculaires
C. L'ICD peut agir par chocs électriques internes ou par stimulation rapide (overdrive pacing), mais les deux interventions sont douloureuses pour les patients
D. L'utilisation de ce dispositif a réduit le taux de mort subite à 2 % par an chez les patients avec antécédents d'arythmies ventriculaires sévères
E. L'ICD combiné à la thérapie de resynchronisation cardiaque peut améliorer les symptômes et l'espérance de vie des patients avec tout degré d'insuffisance cardiaque

169. Concernant la bradycardie sinusale, les affirmations suivantes sont vraies, sauf:
A. Une atteinte auriculaire diffuse peut entraîner une bradycardie sinusale ou des pauses sinusales
B. En cas de fibrillation auriculaire, la bradycardie sinusale signifie une fréquence cardiaque < 50 battements/minute
C. L'ischémie aiguë ne peut pas induire de bradycardie sinusale
D. La bradycardie sinusale est considérée comme physiologique chez les sportifs, en raison d'un tonus vagal augmenté
E. L'ischémie aiguë peut être une cause intrinsèque de bradycardie sinusale

170. Parmi les syndromes à médiation neurale figurent:
A. Le syndrome du sinus carotidien
B. La syncope réflexe (vasovagale)
C. Le syndrome de tachycardie orthostatique posturale
D. Le syndrome de Tietze
E. Le syndrome de Down

171. Concernant le traitement des bradyarythmies, les affirmations suivantes sont vraies:

A. La stimulation cardiaque temporaire peut être indiquée chez les patients avec causes réversibles jusqu'à la restauration du rythme sinusal
B. La maladie du nœud sinusal symptomatique peut nécessiter une stimulation cardiaque permanente (DDD)
C. Les patients avec hypersensibilité carotidienne (asystolie > 3 s), surtout avec symptômes reproductibles au massage du sinus carotidien, et après exclusion des syncopes graves, peuvent bénéficier d'une stimulation cardiaque permanente
D. Il n'existe pas de traitement spécifique pour les bradyarythmies
E. La stimulation cardiaque temporaire est toujours contre-indiquée

172. Les caractéristiques électrocardiographiques du bloc de branche droit sont les suivantes:
A. Durée du QRS >120 ms
B. Durée du QRS >200 ms
C. Aspect RSR' dans les dérivations V1 et V2
D. Le ventricule gauche est activé normalement, tandis que le ventricule droit est activé avec retard
E. Le ventricule gauche est activé avec retard tandis que le ventricule droit est activé normalement

173. Le diagnostic différentiel entre flutter atrial avec bloc 2:1 et tachycardie supraventriculaire paroxystique peut être effectué en utilisant les éléments suivants:
A. Compression du sinus carotidien
B. Administration d'adénosine IV
C. Administration d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
D. Administration de bêtabloquant
E. Manœuvre de Heimlich

174. Parmi les éléments suivants, lesquels définissent l'arythmie sinusale respiratoire:
A. Dépend des fluctuations du tonus végétatif
B. À l'inspiration, le tonus parasympathique diminue et la fréquence cardiaque augmente
C. À l'inspiration, le tonus parasympathique augmente et la fréquence cardiaque diminue
D. À l'expiration, la fréquence cardiaque diminue
E. À l'expiration, la fréquence cardiaque augmente

175. Les caractéristiques électrocardiographiques du bloc de branche gauche sont:
A. Durée du QRS <120 ms
B. Onde S large en V1
C. Aspect RSR' dans les dérivations V1 et V2

D. L'impulsion électrique atteint d'abord le ventricule gauche puis seulement le ventricule droit
E. L'impulsion électrique atteint d'abord le ventricule droit puis seulement le ventricule gauche

176. Les affirmations suivantes concernant la tachycardie sinusale sont vraies:
A. Représente un rythme généré par le nœud sinusal
B. Représente un rythme généré par le nœud atrioventriculaire
C. La fréquence cardiaque est supérieure à 100/min
D. Peut être causée par une anémie
E. Peut être causée par l'hypothyroïdie

177. Le traitement de la fibrillation atriale peut inclure les éléments suivants:
A. Anticoagulant oral
B. Amiodarone
C. Ablation par radiofréquence avec isolation des veines pulmonaires
D. Agoniste des récepteurs centraux alpha-2/imidazolines
E. Bêtabloquant

178. La fibrillation atriale avec complexes QRS larges peut être corrélée aux éléments suivants:
A. Syndrome de Wolff-Parkinson-White
B. Absence de bloc de branche gauche préexistant
C. Bloc de branche droit dépendant de la fréquence
D. Bloc de branche gauche préexistant
E. Absence de bloc de branche dépendant de la fréquence

179. La tachycardie sinusale inappropriée présente les caractéristiques suivantes:
A. Survient plus fréquemment chez les hommes
B. Survient plus fréquemment chez les femmes
C. Répond au traitement par bêtabloquant
D. Répond au traitement par ivabradine
E. Répond au traitement par sartan

180. Les affirmations suivantes concernant la tachycardie par réentrée dans le nœud atrioventriculaire sont vraies:
A. Les ondes P peuvent être absentes à l'ECG pendant la tachycardie
B. L'intervalle RR est irrégulier
C. Les ondes P peuvent être inversées (négatives) immédiatement après le complexe QRS pendant la tachycardie

D. L'intervalle RR est généralement constant et régulier
E. Cause rare de palpitations chez les patients avec un cœur structurellement normal

181. Les affirmations suivantes concernant la tachycardie par réentrée atrioventriculaire (médiée par des voies accessoires atrioventriculaires) sont correctes:
A. Elle est médiée par des voies accessoires
B. Les ondes P sont généralement absentes à l'ECG pendant la tachycardie
C. Présente des ondes P visibles entre le complexe QRS et l'onde T
D. Présente des ondes P de morphologies différentes et un intervalle RR irrégulier
E. Début brusque

182. Le traitement des tachycardies supraventriculaires paroxystiques inclut:
A. Propafénone
B. Lercanidipine
C. Ablation par radiofréquence
D. Flécaïnide
E. Candésartan

183. Les manœuvres suivantes peuvent être utilisées pour interrompre une tachycardie supraventriculaire:
A. Manœuvre de Valsalva
B. Compression des globes oculaires
C. Massage du sinus carotidien
D. Immersion du visage dans de l'eau chaude
E. Manœuvre de Homans

184. Les affirmations suivantes concernant la fibrillation atriale sont correctes:
A. Représente l'arythmie la plus fréquente sur cœur sain
B. L'oreillette présente 300–600 contractions/minute en cas de fibrillation atriale
C. Le patient présente un pouls complètement régulier
D. Souvent associée à une dyspnée et une réduction de la capacité d'effort
E. Ne revient jamais spontanément au rythme sinusal, nécessitant un traitement antiarythmique et/ou une cardioversion électrique externe

185. D'un point de vue clinique, la fibrillation atriale peut être classée comme suit:
A. Paroxystique – conversion spontanée en <7 jours
B. Paroxystique – conversion spontanée en >7 jours
C. Persistante – continue, durant >7 jours
D. Persistante – continue, durant <7 jours

E. Permanente – continue, avec décision conjointe du médecin et du patient de ne plus tenter la reconversion au rythme sinusal

186. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le traitement de la fibrillation atriale en phase aiguë sont correctes:
   A. Le contrôle de la fréquence cardiaque peut être réalisé par traitement bêtabloquant
   B. Le contrôle de la fréquence cardiaque peut être réalisé avec des sartans
   C. Le contrôle de la fréquence est recommandé via ablation par radiofréquence du nœud atrioventriculaire
   D. La cardioversion est recommandée en cas de fibrillation atriale avec instabilité hémodynamique
   E. La cardioversion est recommandée aussi précocement que possible, avant anticoagulation, dès le diagnostic d'un patient hémodynamiquement stable avec FA

187. Les affirmations suivantes concernant le flutter atrial sont vraies:
   A. C'est un rythme auriculaire organisé, avec une fréquence auriculaire de 250–350/minute
   B. Le flutter atrial typique (isthmo-dépendant) implique un circuit de macro-réentrée dans l'oreillette droite autour de l'anneau tricuspide
   C. Le flutter atrial typique (isthmo-dépendant) implique un circuit de macro-réentrée dans l'oreillette gauche autour de l'anneau mitral
   D. À l'ECG, on décrit des ondes régulières en « dents de scie » (ondes F)
   E. Peut présenter un bloc auriculo-ventriculaire fixe ou variable

188. Les critères majeurs pour le diagnostic clinique de l'endocardite infectieuse comprennent:
   A. Deux hémocultures positives avec isolement d'un microorganisme typique en l'absence de localisation primaire (streptocoques viridans, espèces Abiotrophia et Granulicatella, Streptococcus bovis, groupe HACEK, Staphylococcus aureus communautaire ou Enterococcus)
   B. Hémocultures constamment positives (même microorganisme isolé dans des prélèvements espacés d'au moins 12 heures ou dans ≥3 des 4 hémocultures, première et dernière espacées d'au moins 1h)
   C. Test sérologique d'immunofluorescence positif pour la fièvre Q avec IgG de phase 1 >1:800
   D. Désinsertion partielle documentée d'une prothèse valvulaire
   E. Fièvre >38°C

189. Les critères mineurs pour le diagnostic clinique de l'endocardite infectieuse comprennent:
   A. Preuves échocardiographiques d'atteinte endocardique: masse mobile intracardiaque sur les valves ou structures voisines
   B. Régurgitation valvulaire nouvellement documentée

C. Facteurs prédisposants: lésion cardiaque préexistante ou usage de drogues IV
D. Fièvre >38°C
E. Phénomènes vasculaires: embolies artérielles majeures, infarctus pulmonaires septiques, anévrismes mycotiques

190. Les lésions cutanées spécifiques de l'endocardite infectieuse sont:
A. Nodules d'Osler
B. Hémorragies en éclats
C. Lésions de Janeway
D. Pétéchies
E. Taches de Roth

191. Les caractéristiques cliniques de l'endocardite infectieuse sont:
A. État général altéré
B. Souffle cardiaque
C. Arthralgies
D. Pyrexie
E. Épistaxis

192. Une forte suspicion clinique d'endocardite infectieuse est justifiée en présence de:
A. Nouvelle lésion valvulaire ou nouveau souffle de régurgitation
B. Événements emboliques sans cause identifiée
C. Sepsis sans foyer infectieux identifié
D. Hématurie, glomérulonéphrite ou suspicion d'infarctus rénal
E. Dysurie

193. L'endocardite à hémocultures négatives:
A. Représente environ 0,1% des cas
B. Représente environ 5-10% des cas
C. Est le plus souvent due à une antibiothérapie préalable
D. Est causée par des bactéries ne poussant pas sur les milieux usuels
E. Est causée par des bactéries telles que Legionella, Coxiella burnetii

194. L'évolution de l'endocardite infectieuse peut être:
A. Aiguë, fulminante
B. Chronique
C. Subaiguë
D. Subaiguë avec fébricule et symptômes non spécifiques
E. Favorable, guérison spontanée dans 100% des cas

195. Schéma antibiotique suggéré dans l'endocardite staphylococcique:
A. Pénicilline 1,2 g toutes les 4 h + gentamicine 80 mg toutes les 12 h

B. Pénicilline 2 g toutes les 8 h
C. Vancomycine 3 g toutes les 12 h
D. Flucloxacilline 2 g toutes les 4 h
E. Benzylpénicilline 1,2 g toutes les 4 h + gentamicine 80-120 mg toutes les 8 h

196. Les patients à haut risque de développer une endocardite infectieuse et ses complications sont:
A. Patients âgés de plus de 70 ans
B. Patients porteurs de prothèses valvulaires
C. Patients diabétiques
D. Patients ayant des antécédents d'endocardite infectieuse
E. Patients avec cardiopathies congénitales cyanogènes non corrigées

197. La Société Européenne de Cardiologie recommande aux patients à haut risque d'endocardite infectieuse:
A. Prophylaxie antibiotique lors d'interventions à haut risque (soins dentaires invasifs, manipulation gingivale...)
B. Désinfection des plaies et éradication des portages bactériens chroniques
C. Traitement des foyers infectieux par antibiothérapie
D. Automédication antibiotique
E. Réalisation de piercings et tatouages

198. *****Une faible suspicion clinique d'endocardite infectieuse est suggérée en présence de:
A. Fièvre + matériel prothétique intracardiaque
B. Événements emboliques inexpliqués
C. Sepsis sans foyer identifié
D. Hématurie, glomérulonéphrite, suspicion d'infarctus rénal
E. Fièvre sans les éléments ci-dessus

199. *****Le diagnostic de l'endocardite infectieuse repose principalement sur:
A. Hémocultures et échocardiographie
B. ECG
C. Radiographie thoracique
D. Uroculture
E. Échographie abdominale

200. *****Schéma antibiotique suggéré en présence de critères cliniques d'endocardite, hémocultures en cours, sans suspicion de staphylocoque:
A. Pénicilline 1,2 g toutes les 4 h + gentamicine 80 mg toutes les 12 h
B. Vancomycine 2 g toutes les 12 h
C. Pénicilline 2 g toutes les 4 h

D. Benzylpénicilline 2 g toutes les 4 h
E. Gentamicine 200 mg toutes les 8 h

201. *La maladie de Chagas:
A. Est causée par Trypanosoma cruzi
B. Pourrait être associée à la sarcoïdose
C. Se caractérise par la présence de cellules géantes multinucléées
D. A une évolution rapidement progressive avec mauvais pronostic
E. Est endémique en Afrique du Sud

202. *La classification des cardiomyopathies selon la ESC comprend toutes les suivantes, SAUF:
A. Cardiomyopathie hypertrophique
B. Cardiomyopathie dilatée
C. Cardiomyopathie restrictive
D. Cardiomyopathie destructrice
E. Cardiomyopathie arythmogène*

203. *Les signes et symptômes de la cardiomyopathie arythmogène incluent tous, SAUF:
A. Arythmie ventriculaire symptomatique
B. Arythmie supraventriculaire symptomatique
C. Signes d'insuffisance ventriculaire droite
D. Mort subite cardiaque
E. Syncope

204. *Les causes possibles de la cardiomyopathie dilatée sporadique incluent toutes, SAUF:
A. Maladies auto-immunes
B. Maladies endocriniennes
C. Chimiothérapie
D. Effort physique intense (sportifs)
E. Alcool

205. La myocardite à cellules géantes:
A. Est une forme légère/modérée de myocardite
B. Est une forme sévère
C. A une cause inconnue
D. Peut être associée aux maladies auto-immunes
E. A une évolution lente

206. Les affirmations suivantes sur les myocardites sont vraies:
A. La biopsie endomyocardique est le gold standard diagnostique
B. L'IRM cardiaque est le gold standard diagnostique

C. La sérologie virale est en général inutile
D. La sérologie virale est indispensable
E. La plupart des cas guérissent en quelques mois

207. Les facteurs de risque de mort subite dans la cardiomyopathie hypertrophique sont:
A. Syncope inexpliquée dans les antécédents
B. Antécédents familiaux de mort subite cardiaque (<50 ans)
C. Antécédents familiaux de mort subite cardiaque (<30 ans)
D. Hypertrophie ventriculaire gauche massive (>20 mm)
E. Hypertrophie ventriculaire gauche massive (>30 mm)

208. Les signes de la cardiomyopathie hypertrophique (CMH) comprennent:
A. Mort subite cardiaque
B. Douleur thoracique, syncope, pré-syncope
C. Double battement apical
D. B4 cardiaque (en absence de fibrillation auriculaire)
E. Dyspnée due à un trouble de relaxation myocardique

209. Concernant le traitement de la cardiomyopathie hypertrophique (CMH), les affirmations vraies sont:
A. La douleur thoracique peut être traitée avec le vérapamil
B. La douleur thoracique peut être traitée avec des bêtabloquants
C. La dyspnée peut être traitée avec le vérapamil
D. La dyspnée peut être traitée avec des inhibiteurs de l’enzyme de conversion de l’angiotensine (IEC)
E. Les vasodilatateurs sont indiqués car ils peuvent améliorer l'obstruction du tractus de sortie du ventricule gauche

210. Le traitement de la cardiomyopathie arythmogène (CMA) comprend:
A. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
B. Nitrates
C. Amiodarone
D. Sotalol
E. Transplantation cardiaque

211. Le tableau clinique de la cardiomyopathie dilatée (CMD) peut inclure:
A. Insuffisance cardiaque
B. Arythmies cardiaques
C. Mort subite
D. Événements emboliques
E. Œdème pulmonaire aigu

212. Le traitement de la cardiomyopathie dilatée (CMD) comprend:
A. Thérapie de resynchronisation cardiaque et défibrillateur implantable (ICD) pour les patients NYHA II
B. Thérapie de resynchronisation cardiaque et ICD pour les patients NYHA III
C. Thérapie de resynchronisation cardiaque et ICD pour les patients NYHA IV
D. Transplantation cardiaque dans des cas sélectionnés
E. Traitement général de l'insuffisance cardiaque

213. Dans la cardiomyopathie restrictive primaire non hypertrophique:
A. Il existe une dilatation biventriculaire
B. Il existe une dilatation bi-auriculaire
C. On peut observer un dédoublement du B2
D. Le signe de Kussmaul peut être présent (augmentation de la pression veineuse lors de l’inspiration)
E. Les bruits cardiaques B3 et B4 peuvent être presents

214. La cardiomyopathie de stress (Tako-tsubo):
A. Semblerait être due à un excès transitoire de catécholamines
B. Peut être traitée avec des bêtabloquants
C. Peut guérir complètement en 3-5 semaines
D. Se présente comme une cardiomyopathie dilatée, surtout chez les femmes obèses
E. Est associée à la prééclampsie

215. La cardiomyopathie péripartum:
A. Affecte les femmes à partir du deuxième trimestre de grossesse
B. Affecte les femmes au troisième trimestre de grossesse
C. Se manifeste comme une cardiomyopathie hypertrophique
D. Se manifeste comme une cardiomyopathie dilatée
E. Est associée à l’éclampsie

216. La tachycardiomyopathie:
A. Peut être causée par des périodes prolongées de tachycardie ventriculaire
B. Peut être causée par des périodes prolongées de tachycardie supraventriculaire
C. Se caractérise par une cardiomyopathie hypertrophique
D. Se caractérise par une cardiomyopathie dilatée
E. La cardioversion et l’ablation sont contre-indiquées

217. *****La quantité normale de liquide péricardique est:
A. 0-9 ml
B. 10-19 ml
C. 20-49 ml

D. 50-69 ml
E. 70-99 ml

218. *Les maladies péricardiques peuvent se présenter comme les suivantes, à l'exception de:
A. Masses péricardiques
B. Péricardite constrictive
C. Rupture péricardique
D. Péricardite aiguë, incessante et chronique
E. Épanchement péricardique et tamponnade cardiaque

219. Les anomalies ECG fréquentes dans la péricardite aiguë comprennent:
A. Sus-décalage diffus du segment ST, concave vers le haut (en selle)
B. Sus-décalage diffus du segment ST, convexe vers le bas (en selle)
C. Sous-décalage ST réciproque en aVR et V1
D. Sous-décalage ST réciproque en aVL et V1
E. Phénomène d'Ashman (alternance RR court avec RR long)

220. Parmi les étiologies des péricardites figurent:
A. Virale (virus coxsackie, échovirus, oreillons, herpès, VIH)
B. Syndrome de Dressler (tardif, post-infarctus)
C. Myxœdémateuse
D. Syndrome de Zollinger-Ellison
E. Chylopéricarde

221. Les médicaments utilisés dans le traitement de la péricardite comprennent:
A. Etanercept (anti-TNF-α)
B. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
C. Corticostéroïdes
D. Aspirine
E. Méthotrexate

222. Le traitement de première ligne dans la péricardite est représenté par:
A. Méthotrexate + colchicine
B. Etanercept + colchicine
C. Aspirine + colchicine
D. Aspirine + AINS
E. AINS + colchicine

223. Les manifestations de la péricardite tuberculeuse comprennent:
A. Signe de Kussmaul
B. Fièvre chronique discrète
C. Agueusie

D. Dyspnée
E. Sueurs nocturnes

224. Les causes les plus fréquentes de péricardite constrictive sont:
A. Infarctus du myocarde
B. Leucémie
C. Hémopéricarde
D. Tuberculose
E. Lymphome

225. Les signes et symptômes de la péricardite constrictive sont dus à:
A. Augmentation de la pression médiastinale
B. Diminution de la pression médiastinale
C. Augmentation du remplissage ventriculaire
D. Réduction du remplissage ventriculaire
E. Congestion des veines pulmonaires

226. Les signes ou symptômes de l'épanchement péricardique comprennent:
A. Bruits cardiaques atténués et éloignés
B. Bruits cardiaques accentués
C. Choc apexien généralement masqué
D. Choc apexien accentué
E. Signe d'Ewart

227. Dans l'épanchement péricardique et la tamponnade cardiaque, l'échographie révèle:
A. Collapsus en télésystole de l'oreillette droite
B. Collapsus en télédiastole de l'oreillette droite
C. Collapsus en protodiastole du ventricule droit
D. Collapsus en protosystole du ventricule droit
E. Déplacement du septum interventriculaire vers le VD à l'inspiration

228. À la radiographie thoracique, dans l'épanchement péricardique et la tamponnade cardiaque, on observe:
A. Cœur élargi, globuleux ou en forme de poire, aux contours nets
B. Cœur élargi, globuleux ou en forme de pomme, aux contours nets
C. Les veines pulmonaires ne sont typiquement pas dilatées
D. Les veines pulmonaires sont toujours dilatées
E. Signe de Rossler

229. ***** Pour établir le diagnostic de rétinopathie sévère, le signe spécifique nécessairement observé à l'ophtalmoscopie directe est:
A. Macroanévrismes

B. Œdème papillaire
C. Constriction artériolaire en point
D. Rétrécissement veineux focal
E. Exsudats cotonneux

230. *****Les lésions des organes cibles induites par l'hypertension artérielle peuvent être mises en évidence par les examens suivants, à l'exception de:
A. Taux de filtration glomérulaire
B. ECG
C. Échocardiographie
D. Rapport aldostérone/rénine
E. Fond d'œil

231. *****La prise en charge d'urgence de l'hypertension artérielle maligne implique l'objectif thérapeutique suivant:
A. Réduction immédiate de la pression systolique <140 mmHg
B. Réduction immédiate de la pression systolique <160 mmHg et diastolique <105 mmHg
C. Réduction de 25% de la pression artérielle moyenne en quelques heures
D. Réduction immédiate de la pression systolique à 100–120 mmHg
E. Réduction de la fréquence cardiaque à 50–60 battements/minute

232. *****L'hypotension orthostatique se définit comme:
A. Une baisse soutenue de la TA de plus de 15 mmHg systolique ou plus de 10 mmHg diastolique
B. Une élévation soutenue de la TA de plus de 15 mmHg systolique ou plus de 10 mmHg diastolique
C. Une baisse soutenue de la TA de plus de 20 mmHg systolique ou plus de 10 mmHg diastolique
D. Une élévation soutenue de la TA de plus de 20 mmHg systolique et une baisse de plus de 10 mmHg diastolique
E. Une baisse soutenue de la TA de plus de 10 mmHg systolique et une élévation de plus de 10 mmHg diastolique

233. *****La méthode correcte de mesure de la TA comprend:
A. Jambes croisées
B. Utilisation du bras dominant (en cas de différence >15 mmHg)
C. Brassard couvrant >80% de la circonférence du bras
D. Brassard placé au-dessus du niveau du cœur
E. Repos complet pendant 20 minutes

234. *Concernant l’hypertrophie ventriculaire gauche induite par l’hypertension, l’affirmation vraie est:
A. Elle est généralement symptomatique
B. Elle peut être détectée par un choc apexien fort à la palpation
C. Elle ne peut pas être mise en évidence par ECG standard 12 dérivations
D. Elle ne peut pas être détectée par palpation
E. Elle peut être détectée comme un choc apexien faiblement perceptible

235. *Les facteurs impliqués dans l’étiologie de l’hypertension artérielle (HTA) sont, à l’exception de:
A. Régime alimentaire
B. Sédentarité
C. Facteurs sociaux
D. INR instable
E. Médicaments et drogues

236. *Les substances fréquemment impliquées dans l’élévation de la TA comprennent:
A. AINS
B. Inhibiteurs de PCSK9
C. Analogues du GLP-1
D. Fibrates
E. Bupropion

237. Les effets secondaires des alpha-bloquants comprennent:
A. Toux
B. Gynécomastie
C. Hypotension orthostatique
D. Bronchospasme
E. Incontinence urinaire

238. Parmi les causes de l’hypertension artérielle secondaire figurent:
A. Hypercortisolisme
B. Hypoaldostéronisme primaire
C. Hypothyroïdie
D. Phéochromocytome
E. Maladie hépatique avancée

239. Représentent des contre-indications absolues à l’administration d’IEC dans le traitement de l’hypertension:
A. Antécédents d’angio-œdème
B. Asthme bronchique
C. Bradycardie

D. Goutte
E. Sténose bilatérale des artères rénales

240. Les affirmations suivantes sont vraies concernant les urgences hypertensives:
A. La rétinopathie modérée à sévère est un signe spécifique de l'hypertension maligne
B. L'amlodipine est le calcium-bloquant de choix dans l'encéphalopathie hypertensive
C. La dissection aortique aiguë impose une réduction immédiate de la TA systolique à 100–120 mmHg et de la FC à 50–60 bpm
D. Le tableau clinique de la prééclampsie inclut œdème, troubles visuels, douleurs abdominales
E. L'échocardiographie transthoracique est l'examen de choix pour diagnostiquer une dissection aortique aiguë

241. Les investigations paracliniques pouvant être recommandées en cas de suspicion d'HTA secondaire comprennent:
A. Scanner cérébral
B. Dosage des métanéphrines plasmatiques
C. Échographie hépatique
D. Angio-IRM ou angio-CT de l'aorte entière
E. Dosage de la TSH

242. Les effets secondaires des inhibiteurs calciques dihydropyridiniques dans le traitement de l'HTA incluent:
A. Hyperuricémie
B. Œdèmes périphériques
C. Gynécomastie
D. Hyperglycémie
E. Céphalées

243. Le traitement initial de l'HTA selon les recommandations actuelles inclut les classes suivantes de médicaments:
A. Alpha-bloquants
B. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
C. Inhibiteurs calciques
D. Diurétiques thiazidiques-like
E. Diurétiques anti-aldostérone

244. Concernant le traitement de l'HTA, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Les diurétiques épargneurs de potassium sont utilisés dans l'HTA résistante
B. Le labétalol est utilisé dans le traitement initial de l'HTA non compliquée
C. Les valeurs cibles de la TA doivent être <130/80 mmHg pour la majorité des patients

D. La doxazosine est un antihypertenseur à action centrale
E. Les bêtabloquants sont contre-indiqués en cas d'asthme bronchique

245. Représentent des inhibiteurs calciques dihydropyridiniques:
A. Nifédipine
B. Diltiazem
C. Amlodipine
D. Vérapamil
E. Indapamide

246. Les substances fréquemment impliquées dans l'élévation de la TA comprennent:
A. Inhibiteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire
B. Alcool
C. Corticostéroïdes
D. Inhibiteurs de l'ECA
E. Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

247. Les causes les plus fréquentes d'HTA secondaire sont:
A. Hyperaldostéronisme primaire
B. Activité physique intense
C. Hyperaldostéronisme secondaire
D. Obésité
E. Apnée obstructive du sommeil

248. La rétinopathie hypertensive modérée se caractérise par les altérations suivantes:
A. Hémorragies (en tache, ponctiformes ou en flammèches)
B. Croisement artério-veineux
C. Rétrécissement artériolaire généralisé
D. Taches cotonneuses
E. Rétrécissement artériolaire focal

249. Les seuils diagnostiques de l'hypertension artérielle de grade I au cabinet médical sont:
A. PAS 160–179 mmHg
B. PAS 140–159 mmHg
C. PAD 80–89 mmHg
D. PAD 90–99 mmHg
E. PAD 100–109 mmHg

250. La surveillance ambulatoire de la tension artérielle:
A. Permet d'identifier différents phénotypes tensionnels
B. Correspond à l'automesure de la TA par le patient à domicile avec le même appareil qu'au cabinet

C. Mesure la TA de manière intermittente sur 24 heures
D. Offre une précision diagnostique supérieure aux mesures en cabinet
E. Est particulièrement utile pour le suivi à long terme entre consultations

251. Les principaux mécanismes affectant la TA sont:
A. Volume et tonus vasculaire
B. Tabagisme passif
C. Débit cardiaque
D. Température ambiante élevée
E. Alimentation riche en aliments frais

252. Concernant l'hypotension orthostatique, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Fréquente chez les jeunes
B. Plus fréquente en cas de neuropathies autonomes
C. Correspond à une baisse soutenue de plus de 20 mmHg (systolique) ou 10 mmHg (diastolique) dans les 3 minutes suivant le passage en position debout
D. Est généralement symptomatique
E. Peut provoquer une intolérance posturale ou une instabilité

253. Les aspects diététiques clairement associés à une élévation de la TA sont:
A. Apport élevé en graisses insaturées
B. Apport élevé en sel
C. Apport accru de fruits et légumes
D. Consommation excessive de réglisse
E. Apport élevé en glucides simples

254. Les affirmations suivantes sont vraies concernant l'impact des modifications du mode de vie sur la TA:
A. Exercice cardiovasculaire régulier (30 min/jour) diminue la TA de 5 mmHg en moyenne
B. Perte de poids chez les patients en surpoids entraîne une réduction de 1 mmHg/kg
C. Réduction du sel <6 g/jour réduit la TA de 5 mmHg en moyenne
D. Sevrage tabagique diminue la TA de 7 mmHg
E. Augmentation des fruits et légumes + réduction des graisses saturées diminue la TA de 10 mmHg en moyenne

255. Les indications de référer les patients hypertendus vers un centre spécialisé comprennent:
A. HTA non contrôlée malgré ≥3 classes d'antihypertenseurs
B. Suspicion d'HTA secondaire
C. Valeurs tensionnelles normales avec atteinte d'organes cibles
D. Volonté du patient
E. Âge >65 ans

256. Les thérapies de première intention dans les urgences hypertensives comprennent:
A. Nitroglycérine, morphine IV en cas d'œdème pulmonaire aigu
B. Labétalol, nicardipine IV dans la prééclampsie
C. Diurétiques thiazidiques dans le syndrome coronarien aigu
D. Bêtabloquants dans l'accident vasculaire cérébral
E. Inhibiteurs de l'ECA dans la fibrillation auriculaire avec réponse ventriculaire rapide

257. Contre-indications absolues à l'administration des IEC comprennent:
A. Bloc auriculo-ventriculaire haut degré
B. Hypotension orthostatique
C. Sténose bilatérale des artères rénales
D. Goutte
E. Angio-œdème

258. Les examens paracliniques recommandés pour diagnostiquer une HTA secondaire d'origine endocrinienne comprennent:
A. β-hCG urinaire ou sérique
B. Métanéphrines plasmatiques
C. TSH sérique
D. Rapport albumine/créatinine
E. Test de suppression à faible dose de dexamethasone

259. Les affirmations suivantes sont vraies concernant l'hypertension artérielle secondaire:
A. Dans la coarctation de l'aorte, une différence de pouls ou de TA entre membres peut être observée
B. Un souffle cardiaque peut être entendu dans la sténose des artères rénales
C. Le phéochromocytome est associé à la neurofibromatose de type 1
D. L'acromégalie se manifeste par myxœdème prétibial, hyporéflexie ou exophtalmie
E. L'apnée du sommeil peut se manifester par ronflement, sueurs nocturnes, céphalée matinale

260. Les problèmes liés à la mesure de la TA au cabinet comprennent:
A. Effet blouse blanche
B. Nécessité de plusieurs consultations pour décision thérapeutique (temps, coût)
C. Manque d'adhérence du patient aux recommandations
D. Besoin en ressources humaines et équipements (temps, coût)
E. La mesure à domicile/ambulatoire est plus prédictive des événements cardiovasculaires

261. Les éléments à rechercher à l'anamnèse d'un patient hypertendu sont:
A. Symptômes d'HTA ou causes secondaires
B. Habitudes de vie

C. Antécédents familiaux

D. Lésions asymptomatiques des organes cibles (œil, rein, cœur)

E. Estimation du risque cardiovasculaire global

RÈPONSES CHAP. I – CARDIOLOGIE

1	D	40	A, B, C, E	79	C, E	118	E
2	A	41	B, D	80	C	119	C, E
3	C	42	A	81	D	120	B, C, E
4	C	43	D	82	D	121	A, B, C, E
5	A	44	B	83	C	122	C, D
6	A	45	E	84	C	123	C, E
7	C	46	D	85	E	124	A, C
8	D	47	D	86	B	125	A, B, D
9	C	48	A	87	D	126	D, E
10	E	49	A, B, D, E	88	A, D	127	A, E
11	A, B, C, D	50	B, C, E	89	A, B, C, D	128	D, E
12	A, B, C, D	51	A, C, D	90	C, E	129	A, B
13	A, B, D, E	52	A, C	91	A, B, C	130	C, D, E
14	D, E	53	A, B	92	B, C	131	C, E
15	A, C, E	54	B, D, E	93	A, C	132	A, B
16	A, B	55	B, D, E	94	B, C, D	133	A, C, E
17	B, C	56	B, C, E	95	A, D	134	A, C, D, E
18	B, C	57	B, C, D	96	A, B, C	135	A, B, D
19	B, E	58	C, D, E	97	A, B, C	136	A, B, C
20	A, B, C, D	59	C, D, E	98	A, B	137	C, D, E
21	A, C	60	A, B, E	99	C, E	138	B, C
22	A, D, E	61	A, D	100	A, B, C, D	139	A, D
23	A, D, E	62	A, B, C, D	101	C, E	140	B, D
24	A, B, E	63	A, B, C	102	A, B, C	141	A, D, E
25	A, B, C	64	A, B, C	103	B, C	142	B
26	C, D	65	A, C, D, E	104	B, D, E	143	D
27	C, D	66	B, C, D	105	C, D	144	A, B, C
28	A, B, C	67	A, E	106	A, B, C, D	145	A
29	A, C, E	68	E	107	A, C, D, E	146	D
30	B, C, D	69	B	108	A, B, C	147	E
31	A, B, D, E	70	B, C, D	109	A, B, C, D	148	B
32	B, D	71	A, D, E	110	A, B	149	C
33	A, C	72	A, D	111	E	150	A
34	A, B, C, E	73	A, B	112	D	151	D
35	A, B, C	74	D, E	113	B	152	A
36	B, C, E	75	A, E	114	D	153	C
37	A, C, E	76	A, B, C, D	115	A	154	A, B, C
38	A, C	77	A, B	116	E	155	A, B, C, D
39	B, C, D, E	78	B, C, D	117	B	156	D, E
157	A, B, C, E	196	B, D, E	235	D		
158	B, D	197	A, B, C	236	A		

159 A, B, D
160 B, C, D
161 A, C
162 A, C, D
163 C, E
164 B, C, E
165 C, D, E
166 B, C, D
167 B, D
168 A, D, E
169 B, C
170 A, B, C
171 A, B, C
172 A, C, D
173 A, B, D
174 A, B, D
175 B, E
176 A, C, D
177 A, B, C, E
178 A, C, D
179 B, C, D
180 A, C, D
181 A, C, E
182 A, C, D
183 A, B, C
184 A, B, D
185 A, C, E
186 A, D
187 A, B, D, E
188 A, B, C, D
189 C, D, E
190 A, B, C, D
191 A, B, C, D
192 A, B, C, D
193 B, C, D, E
194 A, B, C, D
195 D, E
198 E
199 A
200 A
201 A
202 D
203 B
204 D
205 B, C, D
206 A, C
207 A, B, E
208 C, D
209 A, B, C
210 C, D, E
211 A, B, C, D
212 B, C, D, E
213 B, D, E
214 A, B
215 B, D
216 A, B, D
217 C
218 C
219 A, C
220 A, B, C, E
221 B, C, D
222 C, E
223 B, D, E
224 C, D
225 D, E
226 A, C, E
227 B, C
228 A, C
229 B
230 D
231 C
232 C
233 C
234 B
237 C, E
238 A, C, D
239 A, E
240 A, C, D
241 B, D, E
242 B, E
243 B, C, D
244 A, C, E
245 A, C
246 A, B, C
247 A, D, E
248 A, D
249 B, D
250 A, C, D
251 A, C
252 B, C, E
253 B, D, E
254 A, B, C, E
255 A, B, C
256 A, B
257 C, E
258 B, C, E
259 A, C, E
260 A, B, D, E
261 A, B, C

CHAP. II - DIABÈTE, NUTRITION, MALADIES MÉTABOLIQUES ET RHUMATOLOGIE

1. Les affirmations suivantes concernant l'insuline sont vraies:
   A. C'est une hormone peptidique
   B. C'est une hormone stérolique
   C. Elle est synthétisée dans les cellules alpha des îlots de Langerhans du pancréas.
   D. Elle est synthétisée dans les cellules bêta des îlots de Langerhans du pancréas.
   E. Elle est sécrétée à un rythme basal lent tout au long de la journée.

2. Les mécanismes pathogènes impliqués dans l'étiopathogénie du diabète de type 2 sont les suivants:
   A. Susceptibilité génétique et hérédité
   B. Obésité
   C. Mode de vie sédentaire
   D. Anomalies de l'action de l'insuline
   E. Anomalies de la sécrétion d'insuline

3. *Les éléments suivants sont impliqués dans l'étiopathogénie du diabète de type 1:
   A. Augmentation de la production hépatique de glucose
   B. Résistance à l'insuline
   C. Mode de vie sédentaire
   D. Destruction auto-immune des cellules bêta des îlots de Langerhans
   E. Obésité

4. Les caractéristiques du diabète de type 2 sont les suivantes:
   A. Déficit sévère et absolu en insuline
   B. Perte de poids généralement absente
   C. Elle est souvent associée à d'autres maladies auto-immunes.
   D. Persistance du peptide C
   E. Âge d'apparition généralement >30 ans

5. Les facteurs alimentaires impliqués dans le développement du diabète de type 1 sont les suivants:
   A. Entérovirus
   B. Introduction précoce du lait de vache dans l'alimentation
   C. Carence relative en vitamine D
   D. Toxines environnementales
   E. Stress psychologique

6. Les affirmations suivantes concernant le diabète néonatal transitoire sont vraies:
   A. Apparaît peu après la naissance
   B. Résultats d'anomalies dans la libération d'insuline
   C. Résultat de la destruction des cellules bêta
   D. Peut être traitée avec succès par des biguanides
   E. Peut être traité avec succès par des sulfonylurées

7. Dans l'étiopathogénie du diabète sucré de type 2, les anomalies de l'action de l'insuline consistent en son incapacité à:
   A. Inhiber la production de glucose dans le foie
   B. Augmenter l'absorption du glucose dans le muscle squelettique
   C. Inhiber l'absorption du glucose dans le muscle squelettique
   D. Supprimer la lipolyse dans le tissu adipeux
   E. Stimuler la lipolyse dans le tissu adipeux

8. Les habitudes alimentaires associées à un risque plus faible de développer un diabète de type 2 sont les suivantes:
   A. Augmentation de la consommation de fruits et légumes
   B. Consommation de graisses alimentaires saturées
   C. Manger des aliments frits
   D. Consommation de boissons sucrées
   E. Produits laitiers fermentés

9. * La résistance à l'insuline est:
   A. Incapacité de l'insuline à produire de faibles effets biologiques à des concentrations physiologiques
   B. Incapacité de l'insuline à produire les effets biologiques habituels à des concentrations physiologiques
   C. Incapacité de l'insuline à produire des effets biologiques accrus à des concentrations physiologiques
   D. Incapacité de l'insuline à produire de faibles effets biologiques à des concentrations pathologiques
   E. Incapacité de l'insuline à produire les effets biologiques habituels à des concentrations pathologiques

10. Les affirmations suivantes concernant le rôle de l'obésité dans l'étiologie du diabète de type 2 sont vraies:
   A. Augmente le risque de diabète de type 2 de 30 à 50 fois
   B. Augmente le risque de diabète de type 2 de 80 à 100 fois
   C. Représente 50 à 60 % du risque global de développer un diabète de type 2

D. Représente 80 à 85 % du risque global de développer un diabète de type 2
E. La distribution centrale de l'adiposité augmente le risque de diabète de type 2

11. La prévalence du diabète de type 2 augmente rapidement en raison de:
A. Croissance de la population
B. Déclin de la population
C. Augmentation de l'espérance de vie
D. Diminution de l'espérance de vie
E. Des diagnostics plus efficaces

12. * Le diabète sucré de type 1 représente:
A. 1-3% de tous les cas de diabète
B. 5-10% de tous les cas de diabète
C. 20-30% de tous les cas de diabète
D. 50-60% de tous les cas de diabète
E. Environ 90 % de tous les cas de diabète

13. *L'organe principal de l'homéostasie du glucose est représenté par:
A. Foie
B. Reins
C. Cerveau
D. Tissu musculaire
E. Tissu adipeux

14. Plus de 90 % des quelque 200 g de glucose utilisés quotidiennement proviennent de:
A. Glycogène hépatique
B. Gluconéogenèse hépatique
C. Gluconéogenèse rénale
D. Glycogénolyse rénale
E. Gluconéogenèse musculaire

15. Les affirmations suivantes concernant les hormones incrétines (glucagon like peptide-1 et inhibiteur gastrique-peptides) sont vraies:
A. Ils sont libérés du tractus gastro-intestinal après l'ingestion d'aliments
B. Diminuer la sécrétion d'insuline par la cellule bêta
C. Augmenter la sécrétion de glucagon
D. Ils ralentissent ~~de~~ la vidange gastrique
E. Ils sont dégradés en quelques minutes principalement par l'enzyme dipeptidyl peptidase-4

16. Transporteur sodium-glucose 2:

A. Il s'agit d'une protéine de transport du glucose dépendant du sodium.
B. Il est localisé dans les tubules rénaux proximaux.
C. Il est localisé dans les tubules rénaux distaux.
D. Remettre le glucose en circulation
E. Élimine le glucose de la circulation

17. *Choisissez l'analogue de l'insuline à longue durée d'action parmi les types d'insuline suivants:
A. Lispro
B. Aspart
C. Glargine
D. NPH
E. Glulisine

18. *Choisissez le bon critère de diagnostic du diabète sucré, en termes de glycémie basale (à jeun), selon l'Organisation mondiale de la santé ?
A. ≥7,0 mmol/l (126 mg/dl)
B. <6,1 mmol/l (110 mg/dl)
C. ≥11,1 mmol/l (200 mg/dl)
D. ≥7,8 mmol/l (140 mg/dl)
E. ≥10 mmol/l (180 mg/dl)

19. *L'hypoglycémie sévère est définie comme suit:
A. Une valeur de glycémie inférieure à 4,0 mmol/l (70 mg/dl)
B. Une valeur de glycémie inférieure à 3,0 mmol/l (54 mg/dl)
C. Une valeur de glycémie inférieure à 5,6 mmol/l (100 mg/dl)
D. Hypoglycémie pour laquelle le patient a besoin de l'aide d'une autre personne pour se rétablir
E. Une valeur de glycémie comprise entre 3,0 et 4,0 mmol/l (54-70 mg/dl).

20. *Le traitement de premier choix pour les personnes atteintes de diabète de type 1 est:
A. Insuline en association avec une sulfonylurée
B. Insuline basale
C. Metformine
D. Insuline basale-bolus
E. Le régime d'insuline prémélangée deux fois par jour

21. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les critères de diagnostic du diabète sucré sont les suivants:
A. Glycémie basale (à jeun)≥ 6,1 mmol/l (110 mg/dl)

B. Glycémie à 2 heures lors du test de tolérance orale au glucose≥ 7,8 mmol/l (140 mg/dl)
C. HbA_{1c}≥ 6,5% (48 mmol/mol)
D. Glycémie basale (à jeun)≥ 7,0 mmol/l (126 mg/dl)
E. Glycémie à tout moment de la journée≥ 11,1 mmol/l (200 mg/dl)

22. Les symptômes autonomes de l'hypoglycémie sont les suivants:
A. Sueurs
B. Tremblements
C. Diminution de la capacité de concentration
D. Troubles de la parole
E. Anxiété

23. Les effets secondaires de l'insulinothérapie sont les suivants:
A. Hypoglycémie
B. Perte de poids
C. Prise de poids
D. Lipohypertrophie
E. Diarrhée

24. Choisissez des affirmations vraies concernant l'activité physique chez les patients diabétiques:
A. Elle présente l'avantage supplémentaire de réduire les besoins en insuline.
B. Améliore le contrôle de la glycémie
C. Réduit l'espérance de vie
D. Faire au moins 150 minutes d'exercices aérobiques et d'entraînement de résistance par semaine, réparties sur au moins 3 jours.
E. L'exercice physique non programmé peut précipiter un épisode d'hypoglycémie.

25. Choisissez les affirmations vraies concernant l'alimentation dans le traitement des patients atteints de diabète:
A. Elle joue un rôle insignifiant chez les patients atteints de diabète sucré de type 1.
B. Les aliments à indice glycémique élevé sont recommandés
C. Réduire la consommation de glucides raffinés et de boissons sucrées
D. Le régime alimentaire doit être individualisé en fonction des préférences personnelles et culturelles du patient.
E. Il est recommandé de remplacer les graisses saturées par des graisses insaturées et de limiter la consommation d'acides gras trans.

26. Les symptômes classiques du diabète sont les suivants:
A. Poliuria

B. Disurie
C. Polydipsie
D. Perte de poids
E. Gangrène périphérique

27. L'hypoglycémie sévère est traitée par:
A. Administration orale de glucose
B. Glucagon administré par voie intramusculaire
C. Solution de glucose intraveineuse
D. Apport de 15 à 20 g d'hydrates de carbone à absorption rapide
E. Boire une boisson sucrée

28. Les facteurs précipitants de l'hypoglycémie chez les patients diabétiques sont les suivants:
A. Injecter plus d'insuline que nécessaire
B. Effort physique non planifié
C. Excès de glucides
D. Boire trop d'alcool
E. Erreurs d'administration d'insuline

29. Les sites courants d'administration de l'insuline par voie sous-cutanée sont les suivants:
A. Paroi abdominale
B. Parties externes des avant-bras
C. Avant et haut de la cuisse
D. Avant du mollet
E. Fesses

30. Parmi les préparations d'insuline suivantes, choisissez les analogues de l'insuline à courte durée d'action:
A. Lispro
B. Degludec
C. Aspart
D. Détemir
E. Glulizin

31. Choisissez les affirmations vraies concernant l'insuline dans le traitement du diabète:
A. Chez les patients atteints de diabète de type 2, le traitement à l'insuline est essentiel à la survie.
B. La plupart des préparations d'insuline se présentent sous la forme de 100 UI/ml.

C. L'utilisation d'analogues de l'insuline à courte durée d'action chez les personnes atteintes de diabète de type 1 réduit les épisodes d'hypoglycémie totale et nocturne et améliore le contrôle de la glycémie.
D. La perte de poids est un avantage important du traitement à l'insuline
E. L'insuline dégludec est une insuline à courte durée d'action.

32. Les objectifs du contrôle et du traitement du diabète sont les suivants:
A. Diminution du risque de complications à long terme
B. Éviter les effets secondaires iatrogènes tels que l'hypoglycémie
C. Prévenir les urgences diabétiques telles que l'acidocétose diabétique
D. Atteindre une glycémie à jeun <4,0 mmol/l (70 mg/dl)
E. Traiter les symptômes de l'hyperglycémie

33. Les effets secondaires de la metformine sont les suivants:
A. Hypoglycémie
B. Gêne abdominale
C. Nausées
D. Diarrhée
E. Prise de poids

34. *La metformine doit être arrêtée si le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) est:
A. < 30 ml/min/1,73m^2
B. > 35 ml/min/1,73m^2
C. < 40 ml/min/1,73m^2
D. > 40 ml/min/1,73m^2
E. < 45 ml/min/1,73m^2

35. *Le mécanisme d'action des sulfonylurées est le suivant:
A. Inhibition de l'enzyme dipeptidyl peptidase-4 (DPP4)
B. Agit sur les cellules β pour induire la sécrétion d'insuline
C. Augmentation de l'excrétion urinaire de glucose
D. Inhibition de l'alpha-glucosidase
E. Augmenter l'effet incrétin en activant le récepteur GLP-1

36. *Le mécanisme d'action des thiazolidindiones est le suivant:
A. Augmentation de l'excrétion urinaire de glucose
B. Inhibition de l'enzyme dipeptidyl peptidase-4 (DPP4)
C. Agit sur les cellules β pour induire la sécrétion d'insuline
D. Réduire la résistance à l'insuline en interagissant avec le récepteur PPAR-γ
E. Inhibition de l'alpha-glucosidase

37. Les médicaments suivants appartiennent à la classe des inhibiteurs du transporteur de sodium-glucose 2:
    A. Dapagliflozine
    B. Sitagliptine
    C. Empagliflozine
    D. Dulaglutid
    E. Canagliflozin

38. Les inhibiteurs du transporteur de sodium-glucose 2 (SGLT2), outre leurs effets sur la glycémie, présentent également les avantages suivants:
    A. Diminution du poids corporel
    B. Augmentation du poids corporel
    C. Améliorer le dysfonctionnement des reins
    D. Réduire le risque d'événements cardiovasculaires athérosclérotiques
    E. Augmentation du risque d'insuffisance cardiaque

39. Les effets secondaires des inhibiteurs du transporteur sodium-glucose 2 (SGLT2) sont les suivants:
    A. Hypoglycémie
    B. Nausées et vomissements
    C. Gêne abdominale
    D. Muguet génital
    E. Déshydratation

40. Ils appartiennent à la classe des agonistes des récepteurs du GLP-1:
    A. Exénatide
    B. Liraglutid
    C. Dapagliflozine
    D. Dulaglutid
    E. Semaglutide

41. *La première ligne de traitement pour la majorité des personnes atteintes de diabète de type 2 dont la glycémie reste supérieure à l'objectif malgré l'optimisation du mode de vie est:
    A. Dulaglutid
    B. Metformine
    C. Sitagliptine
    D. Dapagliflozine
    E. Gliclazid

42. Si le patient atteint de diabète de type 2 est diagnostiqué avec une maladie cardiovasculaire athérosclérotique établie, il est recommandé de prendre:
    A. Agoniste des récepteurs du GLP-1 avec des bénéfices cardiovasculaires prouvés
    B. Inhibiteur du transporteur de sodium-glucose 2 avec des bénéfices cardiovasculaires prouvés
    C. Thiazolidindione
    D. Méglitinide
    E. Sulfonylurée

43. Les médicaments suivants appartiennent à la classe des inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP4):
    A. Sitagliptine
    B. Dapagliflozine
    C. Saxagliptine
    D. Empagliflozine
    E. Vildagliptine

44. Des études cliniques ont montré que l'utilisation d'un SGC (système de surveillance continue du glucose) présente les avantages suivants:
    A. Améliore l'hémoglobine glyquée (HbA1C)
    B. Réduit la variabilité de la glycémie
    C. Augmente la variabilité de la glycémie
    D. Réduit le risque d'hypoglycémie
    E. Augmente le risque d'hypoglycémie

45. Les effets secondaires des sulfonylurées sont les suivants:
    A. Gêne abdominale
    B. Hypoglycémie
    C. Prise de poids
    D. Nausées, vomissements
    E. Infections des voies urinaires

46. Le risque d'hypoglycémie, lors de la prise de sulfonylurées, est plus élevé en cas de:
    A. Prise de sulfonylurées à action prolongée
    B. Consommation excessive d'alcool
    C. Patients plus âgés
    D. Lors d'infections intercurrentes
    E. Jeunes patients

47. Les principales classes de médicaments utilisées dans le traitement du diabète de type 2 sont les suivantes:
    A. Biguanide (metformine)
    B. Inhibiteurs du transporteur sodium-glucose 2
    C. Statines
    D. Fénofibrates
    E. Agonistes des récepteurs du GLP-1

48. L'évaluation à long terme du contrôle métabolique est réalisée par:
    A. Détermination de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)
    B. Autocontrôle de la glycémie capillaire
    C. Surveillance continue du glucose
    D. Détermination de la fructosamine
    E. Détermination de la glycémie à jeun

49. * Le nerf crânien III isolé résultant d'un diabète sucré est caractéristique:
    A. Polyneuropathie symétrique distale
    B. Neuropathie douloureuse aiguë
    C. Mononévrite diabétique
    D. Amyotrophie diabétique
    E. Neuropathie autonome

50. * L'arthropathie de Charcot est une complication de:
    A. Artériopathie chronique des membres inférieurs
    B. Polyarthrite rhumatoïde
    C. Hyperuricémie
    D. Cellulite
    E. Neuropathie sévère dans le diabète sucré

51. *Lequel des agents pharmacologiques suivants, utilisés pour traiter le diabète, réduit le risque d'insuffisance cardiaque ?
    A. Agonistes des récepteurs du GLP-1
    B. Inhibiteurs du SGLT2
    C. Thiazolidindiones
    D. Inhibiteurs de la DPP4
    E. Sulfonylurées

52. *Quels agents pharmacologiques antihypertenseurs parmi les suivants sont associés à des avantages supplémentaires dans l'approche thérapeutique du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de diabète sucré ?

A. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
B. Bloqueurs des canaux calciques
C. Diurétiques thiazidiques
D. Diurétiques de l'anse
E. Alpha-bloquants

53. Parmi les affirmations suivantes concernant les signes cliniques précoces de la neuropathie diabétique, lesquelles sont vraies ?
A. Ils sont principalement sensoriels
B. Ils sont principalement motorisés
C. Y compris la perte de sensibilité vibratoire
D. Inclure la perte de sensibilité thermique
E. Ils se manifestent souvent par des symptômes qui commencent dans les mains

54. L'altération du système cardiovasculaire dans la neuropathie autonome du diabète sucré se caractérise par l'apparition de:
A. Bradycardie au repos
B. Tachycardie de repos
C. Hypotension orthostatique
D. Hypertension posturale
E. Quelques réflexes cardiovasculaires altérés

55. Une lésion d'étiologie ischémique prédominante dans un pied diabétique présente les caractéristiques suivantes:
A. C'est généralement indolore
B. Associé à des changements trophiques
C. Les impulsions périphériques sont facilement détectables
D. A la palpation, le tégument est froid.
E. Elle est souvent associée à un aspect griffu

56. Parmi les manifestations cliniques suivantes, lesquelles peuvent être rencontrées dans la neuropathie autonome du diabète sucré ?
A. Gastroparésie
B. Syndrome du canal carpien
C. Atrophies musculaires interosseuses
D. Vessie bouchée
E. Diarrhée selles

57. Parmi les agents pharmacologiques suivants, lesquels peuvent être utilisés pour réduire la perception de la douleur de la névrite dans la neuropathie diabétique ?

A. Duloxétine
B. Gabapentin
C. Valsartan
D. Pregabalin
E. Dapagliflozine

58. La maladie cardiovasculaire athérosclérotique chez les patients atteints de diabète sucré présente les caractéristiques suivantes:
A. Tendance à affecter les vaisseaux plus proximaux
B. Tendance à affecter les vaisseaux les plus distaux
C. Apparaît à un âge plus jeune
D. Apparaît à un âge plus avancé
E. Il est plus diffus

59. Laquelle des affirmations suivantes concernant le pied diabétique est vraie ?
A. Un examen de santé des pieds devrait être effectué au moins tous les 5 ans.
B. La formation d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge du pied diabétique est recommandée.
C. Le dépistage des troubles du pied comprend l'anamnèse d'une ulcération antérieure ou actuelle.
D. Le dépistage des affections du pied comprend un examen clinique du pied
E. Une façon reproductible d'évaluer la sensibilité est d'effectuer des tests avec .

60. Lequel des agents pharmacologiques suivants peut être utilisé chez les patients atteints de diabète sucré pour atteindre l'objectif thérapeutique en matière de cholestérol LDL ?
A. Statines
B. Ezétimibe
C. Alpha-glucosidase inhibiteur
D. Inhibiteurs de PCSK9
E. Méglitinides

61. Les principes des soins du pied diabétique sont les suivants
A. Inspection quotidienne
B. Hydratation des peaux sèches
C. Vérifier l'absence d'objets ou de surfaces tranchants dans les chaussures avant de les porter.
D. Vérifier la température de l'eau du bain avant d'entrer
E. Traiter les infections et les callosités à domicile, sans avoir recours à une aide spécialisée

62. Parmi les affirmations suivantes concernant l'association entre les infections et le diabète, lesquelles sont vraies ?
    A. L'hyperglycémie n'a pas d'influence sur la survenue et le pronostic des infections
    B. Certains micro-organismes sont plus virulents dans les environnements hyperglycémiques
    C. Les infections urinaires et la bactériurie asymptomatique sont plus fréquentes chez les patients atteints de neuropathie autonome
    D. Le risque de tuberculose est plus faible chez les patients diabétiques
    E. Certaines infections virales augmentent le risque de développer un diabète

63. Parmi les agents pharmacologiques suivants, lesquels sont recommandés pour leurs effets protecteurs chez les patients atteints de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires ?
    A. Sulfonylurées
    B. Agonistes des récepteurs du GLP-1
    C. Inhibiteurs du SGLT2
    D. Thiazolidinédiones
    E. Méglitinides

64. Laquelle des affirmations suivantes concernant l'acidocétose diabétique (ACD) est vraie ?
    A. Plus fréquente chez les personnes atteintes de diabète de type 1
    B. La mortalité est plus élevée chez les personnes âgées
    C. L'anomalie biochimique la plus importante dans la maladie coronarienne est la lipolyse dans le tissu adipeux et la cétogenèse hépatique incontrôlée.
    D. Ne se produit pas chez les personnes atteintes de diabète de type 2
    E. Il s'agit d'une urgence métabolique potentiellement mortelle.

65. *La cétose est définie par:
    A. Transaminases élevées
    B. Augmentation des taux de corps cétoniques plasmatiques en l'absence d'acidose
    C. Augmentation des taux de corps cétoniques plasmatiques en présence d'une acidose
    D. Diminution de la synthèse des protéines
    E. Valeurs du pH sérique> 7,45

66. En ce qui concerne l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire, les affirmations suivantes sont vraies:
    A. Indication absolue de poursuite de l'insulinothérapie
    B. Les signes et symptômes caractéristiques sont la déshydratation et la stupeur.
    C. La première mesure thérapeutique prise est l'insuline
    D. Il s'agit d'une complication métabolique aiguë caractéristique des patients atteints de diabète de type 2.

E. Le pH sérique est normal.

67. Quels sont les indicateurs d'une acidocétose diabétique sévère ?
    A. Hyperkaliémie (>8 mmol/L) au moment de la consultation
    B. Bicarbonate> 15 mmol/L
    C. Cétonémie> 6 mmol/L
    D. pH< 7,3
    E. Pouls périphérique> 100 battements/minute ou< 60 battements/minute

68. *Dans l'acidocétose diabétique, le traitement au bicarbonate n'est administré que si le pH sérique est:
    A. Supérieure à 7,15
    B. Entre 7,20 et 7,35
    C. Moins de 7,0
    D. Entre 7,0 et 7,25
    E. Quelle que soit sa valeur

69. Laquelle des affirmations suivantes concernant l'acidose lactique est vraie ?
    A. Peut survenir chez les patients traités à la metformine
    B. En général, l'hyperglycémie et la cétose sont importantes.
    C. Le trou anionique est important
    D. La mortalité est de> 50 %.
    E. Les niveaux d'acide lactique sont normaux

70. L'acidocétose diabétique se caractérise par:
    A. Hyperglycémie (> 200 mg/dl) ou diabète sucré connu
    B. Cétonémie (≥ 3 mmol/L) ou cétonurie significative
    C. Hypoglycémie (< 70 mg/dl)
    D. Bicarbonate ($HCO_3^{(-)}$)< 15 mmol/L
    E. pH veineux> 7,45.

71. *Dans le traitement d'un état hyperosmolaire hyperglycémique hyperglycémique hyperosmolaire, afin de prévenir les lésions cérébrales, la chute de la glycémie ne doit pas être supérieure:
    A. 150 mg/dl par heure
    B. 200 mg/dl par heure
    C. 180 mg/dl par heure
    D. 90 mg/dl par heure
    E. 120 mg/dl par heure

72. Que sont les corps cétoniques ?
    A. Acide 3-hydroxybutyrique
    B. Acétone
    C. Acide ascorbique
    D. Acide aspartique
    E. Acide acétoacétique

73. Quant au traitement de l'acidocétose diabétique:
    A. La prise d'insuline est obligatoire
    B. Il n'est pas nécessaire de traiter le fond de l'affaire
    C. L'héparine de bas poids moléculaire doit être envisagée dans la prophylaxie de la thrombose chez les patients âgés ou à haut risque, indépendamment de l'absence ou de la présence de contre-indications.
    D. Le remplacement des fuites de fluide est la première mesure prise
    E. Le potassium est administré indépendamment de sa valeur sérique.

74. Quelles sont les complications métaboliques aiguës du diabète ?
    A. Rétinopathie diabétique
    B. Acidose lactique
    C. Acidocétose diabétique
    D. État hyperglycémique hyperosmolaire
    E. Néphropathie diabétique

75. Parmi les affirmations suivantes concernant l'état d'hyperglycémie hyperosmolaire, lesquelles sont vraies ?
    A. La carence en insuline est moins grave que dans l'acidocétose diabétique.
    B. Généralement observée chez les patients atteints de diabète sucré de type 1
    C. Le remplacement des fluides est l'aspect le plus important du traitement.
    D. Touche généralement les patients âgés.
    E. Le bicarbonate est obligatoire

76. Laquelle des affirmations suivantes concernant l'acidocétose diabétique (ACD) est vraie ?
    A. La respiration de type Kussmaul s'atténue en cas d'acidose très sévère en raison de la dépression respiratoire.
    B. La première mesure thérapeutique prise est l'insuline
    C. Le tableau clinique comprend des nausées, des vomissements, une asthénie et une perte de mémoire.
    D. Le traitement doit être administré dans une unité de soins intensifs si le patient souffre d'une grave maladie coronarienne.
    E. La carence en insuline est marquée

77. Laquelle des affirmations suivantes concernant la cétonurie est vraie ?
    A. Elle représente une augmentation des niveaux de corps cétoniques dans le sang.
    B. Apparaît après une période de jeûne chez les patients non diabétiques.
    C. Fait partie des critères de diagnostic de l'acidocétose diabétique.
    D. Elle peut également survenir chez des patients atteints de diabète sucré de type 1 relativement bien contrôlé
    E. Représente des niveaux détectables de corps cétoniques dans l'urine.

78. Dans laquelle des circonstances suivantes une acidocétose diabétique peut-elle se produire chez les personnes atteintes de diabète de type 2 ?
    A. Infections
    B. Mauvaise alimentation
    C. Diabète sucré nouvellement diagnostiqué
    D. Arrêt du traitement à l'insuline
    E. Pancréatite aiguë

79. *Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'acidocétose diabétique (ACD) sont vraies ?
    A. Il s'agit d'une complication chronique du diabète
    B. Non observé chez les patients atteints de diabète sucré de type 1
    C. Il s'agit d'un état d'anabolisme incontrôlé associé à une carence marquée en insuline et à une augmentation des hormones de contre-régulation.
    D. Patients atteints de maladie coronarienne et présentant un risque de thromboembolie
    E. La plupart du temps, ils ne nécessitent aucun traitement.

80. Ce qui suit est vrai en ce qui concerne les complications microvasculaires du diabète:
    A. Viser les yeux
    B. Cible les reins
    C. Augmentation du risque d'infarctus aigu du myocarde
    D. Affecte principalement les patients atteints de diabète de type 1 au cours des 10 premières années de la maladie.
    E. Risque accru d'accident vasculaire cérébral

81. *Quel est le principal facteur impliqué dans les complications microvasculaires du diabète ?
    A. Durée et degré de l'hypoglycémie
    B. Durée et degré de l'hyperglycémie
    C. Rasa
    D. Polymorphisme génétique
    E. Aucune réponse n'est correcte

82. *Laquelle des complications suivantes est la complication chronique la plus fréquente du diabète ?
    A. Neuropathie diabétique
    B. Néphropathie diabétique
    C. Rétinopathie diabétique
    D. Maculopathie diabétique
    E. Pied diabétique

83. Sélectionner les éléments définissant la forme préprolifératives de la rétinopathie diabétique:
    A. Dilatations veineuses/dilatations veineuses
    B. Anomalies intra-rétiniennes microvasculaires
    C. Hémorragies rondes, multiples et profondes
    D. Taches de coton
    E. Néovascularisation

84. *Le médicament antihypertenseur de choix dans la maladie rénale diabétique est:
    A. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
    B. Diurétiques thiazidiques
    C. Bloqueurs de canaux Ca
    D. Bêta-bloquants
    E. Diurétiques de l'anse

85. *Laquelle des affirmations suivantes concernant la photocoagulation au laser est vraie ?
    A. Il peut être utilisé dès les premiers stades de la rétinopathie diabétique pour en arrêter la progression.
    B. Il est utilisé dans environ 50 % des cas de diabète
    C. A utiliser uniquement à partir du stade de la rétinopathie proliférative
    D. Améliore la vision nocturne
    E. Élargit votre champ de vision

86. Pour déterminer la gravité de la rétinopathie diabétique, il est possible d'utiliser les données suivantes:
    A. Angiographie à la fluorescéine
    B. Tomographie par cohérence optique
    C. Microscope numérique
    D. Ophtalmoscope
    E. Autoréfractomètre

87. Le diabète peut également affecter les globes oculaires de la manière suivante:

A. Développement de la cataracte plus précoce que dans la population générale
B. Défauts de réfraction suite à des épisodes d'hypoglycémie
C. Patchs oculaires externes qui sont généralement permanents
D. Parésies oculaires externes généralement temporaires
E. Prévalence plus élevée du glaucome à angle ouvert

88. Comment se caractérise la néphropathie diabétique ?
A. Augmentation progressive de l'excrétion urinaire de la créatinine
B. Augmentation progressive de l'excrétion urinaire d'albumine
C. Augmentation progressive de la pression artérielle
D. Baisse progressive de la tension artérielle
E. Diminution du taux de filtration glomérulaire.

89. Laquelle des affirmations suivantes concernant la néphropathie diabétique est vraie ?
A. La cause la plus fréquente de décès prématuré chez les jeunes diabétiques
B. Elle évolue rapidement chez les jeunes patients
C. Elle survient généralement 15 à 25 ans après le diagnostic du diabète.
D. Augmente le risque cardiovasculaire
E. Rarement en phase terminale, car la plupart des patients meurent d'une maladie cardiovasculaire.

90. Quels sont les mécanismes physiopathologiques impliqués dans la néphropathie diabétique ?
A. L'hypertrophie rénale due à l'augmentation du taux de filtration glomérulaire est l'anomalie fonctionnelle la plus précoce.
B. L'artériole efférente devient plus dilatée que l'artériole afférente.
C. L'artériole afférente est plus dilatée que l'artériole efférente.
D. Augmentation de la pression de filtration intraglomérulaire
E. Lésions des capillaires glomérulaires

91. Parmi les affirmations suivantes concernant l'albuminurie, lesquelles sont vraies ?
A. La quantité d'albumine urinaire est trop faible pour être détectée sur les bandelettes urinaires standard en cas de microalbuminurie.
B. À partir du stade de la protéinurie persistante, l'insuffisance rénale terminale survient en 5 à 10 ans en cas d'augmentation de la créatinine sérique.
C. Une protéinurie importante peut induire un syndrome néphrotique transitoire.
D. Jusqu'à 50 % des patients atteints de diabète de type 1 présentent une néphropathie diabétique non classique.
E. Un petit nombre de patients atteints de diabète de type 2 présentent une néphropathie diabétique non classique.

92. La progression de la néphropathie diabétique peut être ralentie par:
    A. Initiation précoce d'un traitement antihypertenseur agressif
    B. Prise d'agents antihyperglycémiques à clairance rénale (glibenclamid, metformine)
    C. Administration d'agents thérapeutiques tels que les inhibiteurs du SGLT2 lorsque cela est possible
    D. Contrôle rigoureux de la glycémie
    E. Prise d'agents thérapeutiques antihypertenseurs tels que les bloqueurs de canaux Ca

93. Comment dépister la néphropathie diabétique ?
    A. En analysant régulièrement l'urine des patients atteints de diabète
    B. En testant régulièrement le taux de créatinine sérique
    C. En effectuant un test tous les 3 mois
    D. En effectuant un test tous les 6 mois
    E. Si une microalbuminurie est détectée, le test doit être répété deux fois.

94. La maculopathie diabétique entraîne les changements suivants:
    A. Suintement dur à l'intérieur de la surface d'un disque de macule
    B. Lignes ou cercles d'exsudat à la surface de deux disques de la macula
    C. Hémorragies multiples et rondes
    D. Fibrose rétinienne
    E. Taches de coton

95. Identifiez les affirmations vraies concernant l'insuffisance rénale terminale dans le diabète sucré:
    A. La dialyse péritonéale chronique en ambulatoire peut être préférée.
    B. Les shunts vasculaires se calcifient rapidement
    C. L'hémodialyse est préférable
    D. La greffe de rein est impossible
    E. Les greffes de rein sont possibles, mais leur taux d'échec est légèrement plus élevé que chez les patients non diabétiques.

96. *Parmi les manifestations extra-articulaires suivantes, laquelle est typique de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ?
    A. Syndrome de Raynaud
    B. Nodules rhumatoïdes
    C. Nodules d'Heberden
    D. Corps d'hématoxyline
    E. Œsophage en verre

97. *Quelles sont les articulations les plus fréquemment atteintes dans la polyarthrite rhumatoïde?
    A. Articulations sacro-iliaques
    B. Petites articulations des mains
    C. Articulations métacarpophalangiennes
    D. Articulations interphalangiennes distales
    E. Colonne thoracique

98. *Qu'est-ce que le facteur rhumatoïde (FR) ?
    A. Une cellule lupique
    B. Un neutrophile polymorphe
    C. Une immunoglobuline
    D. Un lymphocyte
    E. Un éosinophile

99. *Selon les critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde (PR), quelle doit être la durée minimale de l'arthrite pour poser le diagnostic ?
    A. 3 semaines
    B. 4 semaines
    C. 1 semaine
    D. 6 semaines
    E. 5 semaines

100. *Pour établir un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde selon les critères ACR/EULAR 2010, combien de points doivent être cumulés ?
    A. 5 sur 10
    B. 3 sur 6
    C. 6 sur 10
    D. 4 sur 6
    E. 6 sur 7

101. *Parmi les articulations suivantes, laquelle est généralement épargnée dans la polyarthrite rhumatoïde ?
    A. Métatarsophalangienne
    B. Interphalangienne proximale
    C. Interphalangienne distale
    D. Genou
    E. Radiocarpienne

102. *Lequel des traitements suivants n'est pas utilisé dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde ?
A. Méthotrexate
B. Léflunomide
C. Glucocorticoïdes
D. Sulfonylurées
E. AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)

103. Concernant la polyarthrite rhumatoïde (PR), quelles affirmations sont correctes ?
A. Il s'agit d'une maladie inflammatoire rhumatismale chronique.
B. Elle provoque une atteinte articulaire et des lésions tissulaires.
C. Elle touche préférentiellement les sacro-iliaques.
D. Elle est fréquemment associée à des manifestations systémiques.
E. Elle débute généralement par une douleur lombaire ou fessière.

104. L'auto-immunité dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) est principalement associée à la présence de:
A. Facteur rhumatoïde (FR)
B. HLA-B27
C. Anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA)
D. Cellules lupiques
E. Syndrome de Raynaud

105. L'étiologie de la polyarthrite rhumatoïde implique:
A. Des facteurs génétiques
B. L'hypertension artérielle
C. Une réponse auto-immune
D. Le tabagisme
E. Des agents infectieux

106. Le syndrome de Felty associe:
A. Polyarthrite rhumatoïde
B. Sclérodermie
C. Splénomégalie
D. Neutropénie
E. Syndrome de Raynaud

107. Parmi les critères diagnostiques ACR/EULAR 2010 du PR, on retrouve:
A. Lésions articulaires érosives
B. Présence de cellules lupiques

C. Durée de la synovite
D. Réactifs de phase aiguë (VSH, CRP)
E. Anémie

108. Concernant l'épidémiologie du polyarthrite rhumatoïde PR:
A. Elle est plus fréquente chez les femmes
B. C'est une maladie dégénérative
C. C'est une pathologie inflammatoire chronique
D. Elle touche principalement la colonne vertébrale
E. Les petites articulations des mains sont les plus fréquemment touchées

109. Les articulations typiquement atteintes dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont:
A. Métacarpophalangiennes
B. Interphalangiennes proximales
C. Interphalangiennes distales
D. Métatarsophalangiennes
E. Lombosacrées

110. Quelles déformations articulaires peuvent apparaître dans la polyarthrite rhumatoïde (PR)?
A. Déformation en boutonnière
B. Tophi goutteux
C. Déformation en col de cygne
D. Nodules d'Heberden
E. Dactylite

111. Les examens complémentaires utiles au diagnostic de polyarthrite rhumatoïde (PR) incluent:
A. Réactifs de phase aiguë (VSH, CRP)
B. Hémoglobine glyquée
C. Radiographies articulaires
D. Sérologie (FR, ACPA)
E. Analyse du liquide synovial

112. Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) repose notamment sur:
A. Glucocorticoïdes
B. Bronchodilatateurs
C. AINS
D. Biguanides
E. Méthotrexate

113. Parmi les formes cliniques de la polyarthrite rhumatoïde (PR), on distingue:
   A. Forme chronique
   B. Arthrite mutilante
   C. Forme à progression rapide
   D. Forme palindromique
   E. Forme transitionnelle
114. Concernant les nodules rhumatoïdes sous-cutanés, on note:
   A. Ils sont fermes
   B. Ils sont mous
   C. Ils sont très douloureux
   D. Ils peuvent suinter un contenu blanchâtre
   E. Ils apparaissent souvent aux points de pression

115. Quels effets secondaires peuvent résulter de la corticothérapie prolongée ?
   A. Diabète sucré
   B. Hypercholestérolémie
   C. Ostéoporose
   D. Hypertension artérielle
   E. Hyperuricémie

116. Parmi les affirmations suivantes concernant le méthotrexate, lesquelles sont vraies ?
   A. Il n’a aucun effet secondaire
   B. C’est un traitement de référence dans la polyarthrite rhumatoïde (PR)
   C. Il est utilisé dans l’hypertension artérielle
   D. Il peut altérer les tests hépatiques, nécessitant un suivi
   E. Il peut modifier l’hémogramme

117. Les agents biologiques utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) comprennent:
   A. Metformine
   B. Tocilizumab
   C. Abatacept
   D. Rituximab
   E. Enalapril

118. La rémission dans la polyarthrite rhumatoïde PR selon la définition ACR/EULAR 2011 implique:
   A. Absence de dystrophie unguéale
   B. <1 articulation douloureuse (pieds et chevilles inclus)
   C. Absence d’atteinte sacro-iliaque

D. <1 articulation gonflée (pieds et chevilles inclus)
E. CRP <1 mg/L

119. Les manifestations extra-articulaires possibles de la polyarthrite rhumatoïde (PR) incluent:
A. Pleurésie
B. Atteinte interphalangienne distale
C. Sclérite
D. Vascularite cutanée
E. Endocardite

120. Parmi les altérations podologiques observées dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), on retrouve:
A. Orteils en marteau
B. Pied plat
C. Callosités et ulcères sous les têtes métatarsiennes
D. Effondrement de la voûte plantaire
E. Syndesmophytes

121. Les lésions articulaires caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde (PR) comprennent:
A. Douleur et érythème accentués le matin
B. Lombalgie bilatérale
C. Douleurs mécaniques post-effort
D. Articulations chaudes et douloureuses
E. Limitation de l’amplitude articulaire

122. Quelles déformations peuvent affecter les mains dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) ?
A. Déviation cubitale
B. Nodules d’Heberden aux IPD
C. Déformation en col de cygne
D. Déformation en boutonnière
E. Subluxation atlanto-axoïdienne

123. *Quel est l’aspect radiologique typique de l’arthrite psoriasique?
A. Érosions articulaires marginales
B. Image en halo
C. Syndesmophytes
D. Érosions centrales avec aspect en « fromage rongé »
E. Calcifications des ligaments interépineux

124. *Quelle est la cible thérapeutique recommandée pour l'hyperuricémie ?
A. Acide urique < 6,05 mg/dL chez tous les patients
B. Acide urique < 8 mg/dL en cas d'insuffisance rénale chronique
C. Acide urique < 7 mg/dL
D. Acide urique < 7 mg/dL chez les patients avec crises de goutte récurrentes
E. Maintien de l'uricémie chez les sujets âgés asymptomatiques

125. *Concernant le pegloticase, quelles affirmations sont exactes ?
A. Administration orale
B. Indiqué chez les patients hypertendus avec goutte
C. Indiqué chez les patients avec goutte et syndrome métabolique
D. Réservé aux formes sévères et réfractaires de la goutte
E. Injection intra-articulaire

126. *Quel examen permet un diagnostic très précoce de spondylarthrite ankylosante ?
A. Radiographie conventionnelle
B. IRM avec gadolinium
C. Échographie Doppler
D. Élastographie
E. Angiographie

127. *Quel est le traitement de première intention de la spondylarthrite ankylosante pour contrôler les symptômes ?
A. Glucocorticoïdes oraux
B. Glucocorticoïdes IV
C. AINS
D. Méthotrexate
E. Allopurinol

128. Les manifestations cliniques de l'arthrite psoriasique comprennent:
A. Dactylite
B. Polyarthrite asymétrique initiale
C. Atteinte cervicale précoce
D. Atteinte lombaire précoce
E. Spondylose cervicale

129. Les recommandations thérapeutiques de l'arthrite psoriasique incluent:
A. Méthotrexate (efficacité prouvée sur lésions articulaires)
B. AINS ou antalgiques pour la douleur

C. Anti-TNF-alpha en cas d'échec du méthotrexate
D. Hydroxychloroquine en première ligne
E. Injections intra-articulaires de corticoids

130. Quels agents infectieux peuvent déclencher une arthrite réactive ?
A. Shigella dysenteriae
B. Candida albicans
C. Chlamydia trachomatis
D. Urétrite non spécifique masculine
E. Cervicite non spécifique feminine

131. Les manifestations cliniques de l'arthrite réactive incluent:
A. Polyarthrite aiguë symétrique
B. Rupture du tendon d'Achille
C. Sacro-iliite et spondylite
D. Lésions cutanées douloureuses confluentes
E. Végétations de type verruqueuses

132. Quelle forme de spondylarthrite est associée au HLA-B27 ?
A. Spondylarthrite ankylosante
B. Arthrite réactive
C. Arthrite infectieuse
D. Arthrite entéropathique
E. Arthrite goutteuse

133. L'augmentation du métabolisme des purines survient dans:
A. Leucémies
B. Polyglobulie (Vaquez)
C. Déficit en glucosamine-6-phosphatase
D. Carcinomes
E. Hyperparathyroïdie primaire

134. Quel médicament inhibe la xanthine oxydase ?
A. Pegloticase
B. Benzbromarone
C. Allopurinol
D. Febuxostat
E. Losartan

135. Les caractéristiques clinico-biologiques de la spondylarthrite ankylosante incluent:

A. HLA-B27 présent dans >95% des cas
B. Douleurs lombaires non soulagées par le repos
C. Nodules rhumatoïdes
D. Uvéite antérieure
E. Limitation des mouvements rachidiens

136. La spondylarthrite ankylosante se manifeste par:
A. Gonflement de l'articulation métacarpophalangienne
B. Douleurs fessières matinales améliorées par l'exercice
C. Xanthélasma
D. Limitation de l'expansion thoracique
E. Rash photosensible

137. Les éléments impliqués dans la physiopathologie de la spondylarthrite ankylosante sont:
A. Facteurs génétiques
B. Facteur rhumatoïde
C. Cellules lupiques
D. HLA-B27
E. Microbiote intestinal

138. Critères évocateurs de lombalgie inflammatoire dans la spondylarthrite ankylosante:
A. Début après 65 ans
B. Début insidieux
C. Amélioration à l'effort
D. Pas de soulagement au repos
E. Soulagement après repos prolongé

139. Manifestations extra-rachidiennes de la spondylarthrite ankylosante:
A. Syndrome de Raynaud
B. Douleur antérieure thoracique causée par une inflammation de la jonction costochondrale
C. Troubles conductifs cardiaques
D. Insuffisance aortique
E. Pneumopathie interstitielle

140. Modifications radiographiques dans la spondylarthrite ankylosante avancée:
A. Fusion sacro-iliaque
B. Ostéophytes diffus
C. Fusion des apophyses vertébrales
D. Calcification des ligaments interépineux
E. Syndesmophytes généralisés

141. Concernant l’atteinte périphérique de la spondylarthrite ankylosante, quelles affirmations sont exactes ?
A. Atteinte généralement asymétrique
B. Oligoarthrite touchant préférentiellement les grosses articulations
C. Polyarthrite symétrique des petites articulations de la main
D. Raideur des hanches avec déformations posturales progressives
E. Monoarthrite inaugurale possible chez l’adolescent

142. *Pour induire une rémission dans les formes sévères de lupus érythémateux disséminé (LED) avec atteinte neurologique ou rénale, on utilise:
A. AINS
B. Cyclophosphamide
C. Corticostéroïdes
D. Immunomodulateurs
E. Bloqueurs alpha-adrénergiques

143. *À propos du lupus érythémateux disséminé (LED), quelle affirmation est correcte ?
A. Il est plus fréquent chez les femmes
B. Il est plus fréquent chez les hommes
C. Il débute typiquement entre 60 et 70 ans
D. Sa prévalence est identique dans tous les groupes ethniques
E. Il est plus fréquent chez les Caucasiens

144. Le lupus érythémateux disséminé (LED) avec atteinte cutanée et rénale est caractérisé par:
A. Présence d’anticorps IgM
B. Présence d’anticorps IgG
C. Infiltration de neutrophiles et lymphocytes
D. Dépôts de complément dans les tissus
E. Infiltration de macrophages

145. Les atteintes articulaires du lupus érythémateux disséminé (LED) présentent les caractéristiques suivantes:
A. Arthralgies asymétriques touchant les petites articulations
B. Érosions osseuses fréquentes
C. Aspect articulaire normal malgré les symptômes
D. Arthralgies symétriques des petites articulations
E. Œdème modéré des tissus mous périarticulaires

146. Parmi les manifestations cutanées observées dans le lupus érythémateux disséminé (LED), on retrouve:
   A. Lésions vasculaires digitales
   B. Éruption malaire (en aile de papillon) sur le visage
   C. Alopécie cicatricielle
   D. Ecchymoses spontanées
   E. Phénomène de Raynaud

147. Les auto-anticorps caractéristiques du lupus érythémateux disséminé (LED) sont:
   A. ANCA
   B. ANA (anticorps antinucléaires)
   C. Anti-topoisomérase I
   D. Anti-ADN natif (anti-dsDNA)
   E. Anti-Sm

RÈPONSES CHAP. II - DIABÈTE, NUTRITION, MALADIES MÉTABOLIQUES ET RHUMATOLOGIE

1	A, D, E	40	A, B, D, E	79	D	118	B, D, E
2	D, E	41	B	80	A, B	119	A, C, D, E
3	D	42	A, B	81	B	120	A, B, C, D
4	B, D, E	43	A, C, E	82	C	121	A, D, E
5	B, C	44	A, B, D	83	A, B, C	122	A, C, D
6	A, B, E	45	B, C	84	A	123	D
7	A, B, D	46	A, B, C, D	85	C	124	A
8	A, E	47	A, B, E	86	A, B, D	125	D
9	B	48	A, D	87	A, D, E	126	B
10	B, D, E	49	C	88	B, C, E	127	C
11	A, C, E	50	E	89	A, C, D, E	128	A, B, C
12	B	51	B	90	A, C, D, E	129	B, C, E
13	A	52	A	91	A, C	130	A, C, D, E
14	A, B	53	A, C, D	92	A, C, D	131	B, C, E
15	A, D, E	54	B, C, E	93	A, E	132	A, B, D
16	A, B, D	55	B, D	94	A, B	133	A, B, D
17	C	56	A, D, E	95	A, B, E	134	C, D
18	A	57	A, B, D	96	B	135	A, B, D, E
19	D	58	B, C, E	97	B	136	B, C, E
20	D	59	B, C, D, E	98	C	137	A, D, E
21	C, D, E	60	A, B, D	99	D	138	B, C, D
22	A, B, E	61	A, B, C, D	100	C	139	B, C, D, E
23	A, C, D	62	B, C, E	101	C	140	A, C, D, E
24	A, B, D, E	63	B, C	102	D	141	A, B, D, E
25	C, D, E	64	A, B, C, E	103	A, B, D	142	B
26	A, C, D	65	B	104	A, C	143	A
27	B, C	66	B, D, E	105	A, C, D, E	144	B, C, D
28	A, B, D, E	67	C, E	106	A, C, D	145	C, D, E
29	A, C, E	68	C	107	A, C, D	146	A, C, E
30	A, C, E	69	A, C, D	108	A, C, E	147	B, D, E
31	B, C	70	A, B, D	109	A, B, D		
32	A, B, C, E	71	D	110	A, C		
33	B, C, D	72	A, B, E	111	A, C, D, E		
34	A	73	A, D	112	A, C, E		
35	B	74	B, C, D	113	A, C, D, E		
36	D	75	A, C, D	114	A, E		
37	A, C, E	76	A, C, D, E	115	A, C, D		
38	A, C, D	77	B, D, E	116	B, D, E		
39	D, E	78	A, C, D, E	117	B, C, D		

CHAP. III - ENDOCRINOLOGIE

1. *Laquelle des affections suivantes peut entraîner une hypothyroïdie secondaire?
   A. Thyroïdite d'Hashimoto
   B. Agénésie thyroïdienne
   C. Thyroïdite du post-partum
   D. Hypopituitarisme
   E. Carence en iode

2. Laquelle des suivantes représente une cause d'hypothyroïdie?
   A. Traitement par iode radioactif
   B. Traitement par propafénone
   C. Carence en iode
   D. Thyroïdite du post-partum
   E. Maladie de Basedow (Graves)

3. Les affirmations suivantes concernant l'hypothyroïdie atrophique sont vraies:
   A. Les anticorps antithyroïdiens sont absents.
   B. Elle est associée à des autres maladies auto-immunes.
   C. Elle entraîne une infiltration lymphoïde de la glande, une atrophie et une fibrose.
   D. Elle représente une cause rare d'hypothyroïdie.
   E. Elle est plus fréquente chez les hommes.

4. Sélectionnez les affirmations justes concernant la thyroïdite d'Hashimoto:
   A. Elle est plus fréquente chez les femmes
   B. Les anticorps anti-TPO sont absents
   C. Le traitement par lévothyroxine peut réduire le goitre
   D. Les anticorps anti-TPO sont présents
   E. Le goitre est absent

5. Parmi les signes et symptômes suivants, lesquels font partie du tableau clinique de l'hypothyroïdie ?
   A. Bradycardie
   B. Myopathie proximale
   C. Intolérance à la chaleur
   D. Constipation
   E. Prise de poids

6. Concernant le dépistage de l'hypothyroïdie congénitale, on peut affirmer que:
   A. Il utilise une goutte de salive pour détecter le taux de TSH
   B. Il est réalisé de manière systématique chez les nouveau-nés
   C. Il est effectué pour détecter des taux faibles de TSH
   D. Il est effectué pour détecter des taux élevés de TSH
   E. Le traitement par lévothyroxine est indiqué après les deux premières années de vie, après détection de valeurs anormales de TSH

7. En cas de coma myxœdémateux, les mesures thérapeutiques supplémentaires devraient inclure:
   A. Iode par voie intraveineuse
   B. Réchauffement progressif
   C. Hydrocortisone 100 mg IV toutes les 8 heures
   D. Administration orale de glucose
   E. Gluconate de calcium IV

8. *Concernant le traitement de l'hypothyroïdie primaire:
   A. La lévothyroxine (T4, thyroxine) est administrée jusqu'à l'obtenir de l'euthyroïdie, puis est arrêtée
   B. La lévothyroxine (T4, thyroxine) est administrée à la vie
   C. La dose initiale est de 50 µg chez les patients jeunes et en bon état général
   D. La dose initiale est de 100 µg chez les patients âgés / avec pathologie cardiaque / en état fragile
   E. La dose peut être augmentée rapidement car le traitement ne présente pas de risque de développer des symptômes de thyrotoxicose

9. Parmi les causes de l'hyperthyroïdie, on peut citer:
   A. Le traitement par amiodarone
   B. L'iode exogène
   C. Le goitre multinodulaire toxique
   D. La dishormonogenèse
   E. La thyroïdite d'Hashimoto

10. La maladie de Basedow (Graves):
   A. Est une cause rare d'hyperthyroïdie
   B. A une étiologie virale
   C. Se caractérise notamment par une atteinte oculaire thyroïdienne
   D. Les anticorps anti-TPO sont pathognomoniques pour cette maladie
   E. Certaines bactéries Gram négatif possèdent des sites de liaison à la TSH et peuvent déclencher la pathologie par un "mimétisme moléculaire"

11. *Indiquez l’affirmation FAUSSE concernant la thyrotoxicose induite par l’amiodarone:
A. Dans le type I, l’hyperthyroïdie est déclenchée par la teneur élevée en iode du médicament
B. Dans le type II, l’hyperthyroïdie résulte de l’effet destructeur direct du médicament
C. Dans le type II, une hypothyroïdie peut s’installer après quelques mois
D. Le type I n’est pas associé à une maladie de Basedow préexistante
E. Un rapport T4:T3 plus élevé que la normale peut être observé dans les deux types

12. Le tableau clinique de l’hyperthyroïdie inclut les éléments suivants:
A. Bradycardie sinusale, très rarement observée chez les personnes âgées
B. Les enfants présentent plutôt une prise de poids
C. Les enfants consultent fréquemment pour un ralentissement de la croissance staturale
D. Le retrait palpébral et le regard fixe se retrouvent dans toute forme d’hyperthyroïdie
E. Thyrotoxicose apathique chez certains patients âgés

13. Les affirmations suivantes concernant l’hyperthyroïdie sont vraies:
A. Le traitement est le plus souvent instauré sans confirmation biochimique
B. La TSH sérique est supprimée (< 0,05 mU/L)
C. La fT4 ou la fT3 présente un taux diminué
D. Les anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAb) sont spécifiques à la maladie de Basedow
E. L’anxiété ne fait pas partie du diagnostic différentiel

14. Les affirmations suivantes concernant le traitement de l’hyperthyroïdie sont vraies:
A. Il peut être réalisé par médicament antithyroïdien, iode radioactif ou chirurgie
B. Après l’instauration du traitement antithyroïdien, les effets cliniques sont immédiats dès le premier jour
C. Les bêta-bloquants sont utilisés pour un contrôle symptomatique partiel et rapide
D. Le propylthiouracile bloque également la conversion de la T4 en T3
E. Les patients présentant un goitre nodulaire ou multinodulaire volumineux nécessitent généralement un traitement radical

15. *L’effet indésirable majeur du traitement médicamenteux par antithyroïdiens de synthèse, dans l’hyperthyroïdie, est:
A. Le goitre
B. La cardiothyréose
C. L’agranulocytose

D. L'aggravation de l'ophtalmopathie
E. L'ostéoporose

16. Concernant le traitement de l'hyperthyroïdie par iode radioactif (IRA), il est vrai que:
A. L'euthyroïdie s'installe généralement après 2 à 3 mois
B. Il peut aggraver l'ophtalmopathie thyroïdienne
C. Il présente un risque néoplasique élevé
D. Tous les patients nécessitent une deuxième dose d'iode radioactif en raison de la persistance de la thyrotoxicose
E. Il peut être administré pendant l'allaitement

17. À propos de la crise thyroïdienne (« orage thyroïdien »), on peut affirmer que:
A. Le traitement constitue une urgence
B. Elle représente une aggravation rapide de l'hypothyroïdie
C. Elle se manifeste par une hyperpyrexie, une tachycardie sévère, une agitation extrême, une insuffisance cardiaque et une dysfonction hépatique
D. Elle ne peut pas survenir après un traitement par iode radioactif
E. Elle peut occasionnellement conduire à une cardiomyopathie thyrotoxique avec des modifications ischémiques sur l'ECG

18. Les affirmations suivantes concernant le traitement de l'hyperthyroïdie pendant la grossesse sont vraies:
A. L'iode radioactif peut être utilisé aux deuxième et troisième trimestre de la grossesse
B. Le propylthiouracile (PTU) est préféré pendant le premier trimestre de la grossesse
C. Le carbimazole est recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse
D. Le schéma thérapeutique de type « blocage et substitution » est contre-indiqué
E. La thyroïdectomie peut être réalisée si nécessaire, de préférence au deuxième trimestre de la grossesse

19. *Pour la prédiction de la thyrotoxicose néonatale chez une femme enceinte atteinte de la maladie de Basedow, il est utile de mesurer directement:
A. La TSH
B. La fT4
C. Les anticorps anti-TPO (ATPO)
D. Les anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAb)
E. La fT3

20. Le carcinome médullaire de la thyroïde est caractérisé par les éléments suivants:
A. C’est une tumeur neuroendocrine des cellules C, productrices de calcitonine, de la thyroïde
B. Il est souvent associé au syndrome MEN1
C. Le traitement standard consiste en une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire étendu
D. La tumeur répond très bien au traitement
E. Récemment, le traitement ciblé par vandétanib et cabozantinib a montré des bénéfices dans les carcinomes médullaires avancés

21. Concernant les carcinomes papillaires et folliculaires de la thyroïde:
A. Le traitement de choix est chirurgical: thyroïdectomie totale ou quasi-totale en cas de maladie localisée
B. L’ablation à l’iode radioactif du tissu thyroïdien résiduel postopératoire est recommandée pour la majorité des personnes atteintes de cancer thyroïdien différencié
C. Moins de 50 % des tumeurs captent l’iode
D. Afin de minimiser le risque de récidive, les patients sont traités après la chirurgie par des doses substitutives de lévothyroxine
E. L’évolution du patient est suivie cliniquement et biochimiquement, en utilisant la thyroglobuline sérique comme marqueur tumoral

22. *Laquelle des affirmations suivantes concernant le carcinome thyroïdien est vraie ?
A. Le carcinome médullaire dérive des cellules folliculaires thyroïdiennes
B. Le type médullaire est le plus fréquent parmi les carcinomes différenciés
C. Le dosage de la thyroglobuline en postopératoire présente une sensibilité maximale lorsque la TSH est inhibée
D. Dans les cancers thyroïdiens différenciés, localement avancés et métastatiques, résistants à l’iode radioactif, le traitement le plus efficace est le sorafénib administré par voie orale
E. Le traitement par vandétanib a montré des bénéfices dans les carcinomes anaplasiques avancés.

RÈPONSES CHAP. III - ENDOCRINOLOGIE

1	D
2	A, C, D
3	B, C
4	A, C, D
5	A, B, D, E
6	B, D
7	B, C
8	B
9	A, B, C
10	C, E
11	D
12	B, D, E
13	B, D
14	A, C, D, E
15	C
16	A, B
17	A, C, E
18	B, D, E
19	D
20	A, C, E
21	A, B, E
22	D

CHAP. IV - GASTRO-ENTÉRIOLOGIE

1. Le tableau clinique de la maladie du reflux gastro-œsophagien peut inclure les symptômes suivants:
   A. Pyrosis
   B. Dysphagie
   C. Régurgitation de nourriture et d'acide dans la cavité buccale
   D. Douleur rétrosternale après avoir mangé des aliments épicés, des liquides chauds
   E. Rhinorrhée et toux

2. Les complications de la maladie du reflux gastro-œsophagien comprennent:
   A. Hernie hiatale
   B. Achalasie
   C. Sténose peptique
   D. L'œsophage de Barrett
   E. Perforation de l'œsophage

3. *Veuillez sélectionner la variante correcte qui inclut les facteurs de risque pour la maladie de reflux gastro-œsophagien:
   A. Obésité, grossesse, alcool, tabagisme
   B. Grossesse, ingestion d'alcool, de chocolat, de bloqueurs de calcium
   C. Nitrates, antimuscariniques, sclérodermie
   D. Grossesse, sclérodermie, repas copieux
   E. Tout ce qui précède

4. *Les antagonistes des récepteurs H2 sont les médicaments suivants, sauf:
   A. Cimétidine
   B. Ranitidine
   C. Famotidine
   D. Oméprazole
   E. Nizatidine

5. *Les caractéristiques classiques de la douleur dans la maladie de reflux gastro-œsophagien sont les suivantes, sauf:
   A. S'améliore avec l'ingestion d'antiacides
   B. La situation s'aggrave lors de l'ingestion de boissons chaudes
   C. Elle s'accompagne d'une dyspnée
   D. S'aggrave avec l'ingestion d'alcool
   E. Rarement irradiation vers les membres supérieurs

6. Sélectionnez les investigations paracliniques utiles pour soutenir le diagnostic de reflux gastro-œsophagien:
   A. Tomodensitométrie thoracique avec agent de contraste
   B. Gastroscopie
   C. pH-métrie
   D. Manométrie
   E. Laryngoscopie

7. Sélectionnez les classes de médicaments utilisés dans la maladie de reflux gastro-œsophagien:
   A. Inhibiteurs de la pompe à protons
   B. Bloqueurs de calcium
   C. Préparations à base d'alginate
   D. Antagonistes des récepteurs H2
   E. Gastroplication endoluminale

8. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies à propos des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP):
   A. Les représentants de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons sont: l'oméprazole, l'ésoméprazole, le pantoprazole, le rabéprazole, le lansoprazole
   B. Ils réduisent la sécrétion d'acide jusqu'à 75 %
   C. Environ 60 % des patients deviennent asymptomatiques après 4 semaines de traitement avec IPP
   D. Ils sont administrés de 3 à 4 fois par jour, pendant 6 semaines
   E. Le traitement à long terme avec IPP peut augmenter le risque d'infection à Clostridium difficile

9. Veuillez sélectionner les déclarations correctes sur l'œsophage de Barrett:
   A. L'épithélium squameux de l'œsophage est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié
   B. La classification endoscopique de Prague est utilisée pour classer les lésions œsophagiennes
   C. Environ 0,12 à 0,5 des patients atteints de l'œsophage de Barrett développeront un adénocarcinome de l'œsophage chaque année
   D. Dans le cas où la persistance d'une dysplasie de bas grade est détectée lors de la rebiopsie, une ablation par radiofréquence peut être recommandée
   E. Dans le cas d'une dysplasie de haut grade, sans lésion visible par endoscopie, une nouvelle biopsie est recommandée dans les 3 mois

10. Sélectionnez les déclarations correctes sur les strictures peptiques:
    A. C'est une complication du reflux gastro-œsophagien
    B. Elle survient généralement après l'âge de 30 ans
    C. Elle se manifeste comme une dysphagie continue
    D. Les cas graves nécessitent une dilatation endoscopique
    E. Les cas bénins répondent au traitement par IPP

11. Les méthodes suivantes doivent être utilisées pour le diagnostic de l'œsophage de Barrett:
    A. Impédance et pH-métrie
    B. Tomodensitométrie thoracique
    C. Endoscopie digestive haute
    D. Examen histopathologique
    E. Bravo Capsule

12. L'œsophagite par reflux de grade D selon la classification de Los Angeles présente les modifications endoscopiques suivantes:
    A. Discontinuité (érosion) de la muqueuse limitée à des plis, n'excédant pas 5 mm
    B. Au moins une discontinuité de la muqueuse (érosion) de plus de 5 mm, limitée aux plis, sans continuité entre les extrémités de deux plis
    C. Discontinuités confluentes des muqueuses (érosions)
    D. Discontinuités (érosions) affectant plus de 75 % de la circonférence de l'œsophage
    E. Discontinuités (érosions) de la muqueuse qui se poursuivent entre les extrémités des plis, mais ne sont pas circonférentielles

13. Sélectionnez les déclarations correctes concernant la séquence œsophage de Barrett - adénocarcinome œsophagien
    A. Métaplasie intestinale: de l'épithélium squamo-cellulaire à l'épithélium pavimenteux
    B. Dysplasie de bas grade, puis dysplasie de haut grade
    C. Dysplasie de haut grade, puis adénocarcinome in situ
    D. Métaplasie intestinale puis adénocarcinome in situ
    E. Dysplasie de haut grade, puis métaplasie intestinale

14. Dans un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade:
    A. Si la lésion est visible, elle peut être réséquée par endoscopie
    B. Si une dysplasie de haut grade est détectée, mais la lésion n'est pas visible par endoscopie, il est recommandé de répéter les biopsies au plus tard 3 mois
    C. Si la lésion est visible par endoscopie, un traitement médicamenteux avec des doses doubles d'inhibiteurs de la pompe à protons est recommandé
    D. L'échoendoscopie peut être utilisée pour mieux stadifier ces lésions
    E. Si la lésion est nodulaire, une chirurgie du type Nissen est recommandée

15. Sélectionnez les affirmations correctes concernant le traitement de la maladie du reflux gastro-œsophagien (MRGO):
    A. Les antagonistes des récepteurs H2 peuvent être utilisés en association avec des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez les patients atteints de formes plus sévères de la maladie
    B. Les antagonistes dopaminergiques sont utiles car ils réduisent le péristaltisme
    C. Les patients atteints de formes sévères de la maladie peuvent être traités avec des IPP à double dose
    D. Les préparations à base d'alginate sont les médicaments de première intention dans le MRGO
    E. La fundoplicature laparoscopique de Nissen a un taux de réussite de plus de 90 %

16. Les affirmations suivantes concernant l'infection à Helicobacter Pylori sont vraies:
    A. La prévalence de l'infection est élevée dans les pays développés
    B. L'effet cytotoxique direct est dû à la production d'uréase de la bactérie
    C. La gastrite antrale est une conséquence fréquente de l'infection à H. pylori
    D. 50 à 60 % des personnes infectées par H. pylori développent des ulcères duodénaux
    E. Les ulcères surviennent plus fréquemment lorsque la souche infectieuse exprime les gènes CagA et VacA

17. L'évaluation endoscopique du patient suspecté d'ulcère gastroduodénal testé positif à l'infection à H. pylori est nécessaire dans les situations suivantes:
    A. Détection d'une formation palpable au niveau de l'épigastre
    B. Perte de poids involontaire
    C. Symptômes typiques de l'ulcère gastroduodénal chez les patients de moins de 55 ans
    D. Présence de vomissements persistants
    E. Chez tous les patients avant l'instauration du traitement d'éradication de H. Pylori

18. *Les affirmations suivantes concernant l'infection à Helicobacter Pylori sont vraies, sauf une:
    A. C'est une bactérie à Gram négatif
    B. Colonise la couche de mucus dans l'antre gastrique
    C. Adhère spécifiquement aux cellules épithéliales gastriques
    D. Il peut également être trouvé dans le jéjunum dans les zones de métaplasie gastrique
    E. Il est généralement acquis pendant l'enfance

19. Les conséquences de l'infection à Helicobacter Pylori peuvent être:
    A. Gastrite antrale
    B. Cancer gastrique

C. Ulcère duodénal
D. Halitose
E. Cancer duodénal

20. Les facteurs impliqués dans l'apparition des ulcères duodénaux sont:
A. Tabagisme
B. Augmentation de la sécrétion de gastrine
C. Obésité
D. Nourriture épicée
E. Infection chronique à Helicobacter Pylori

21. *Les méthodes suivantes permettent de détecter l'infection à Helicobacter Pylori, sauf une:
A. Test respiratoire à l'urée marquée ^{13C}
B. Dosage des anticorps fécaux
C. Test rapide de la biopsie qui détecte l'activité de l'uréase
D. Examen histopathologique des biopsies prélevées
E. Tests sérologiques avec détection des Anticorps IgG

22. Quels sont les « signaux d'alarme » qui rendent l'évaluation endoscopique obligatoire:
A. Âge: plus de 50 ans
B. Anémie ferriprive
C. Perte de poids involontaire
D. Hématémèse
E. Vomissements persistants

23. Les complications de l'ulcère gastroduodénal sont les suivantes:
A. Insuffisance gastrique évacuatoire
B. Perforation
C. Occlusion intestinale
D. Hémorragie digestive
E. Ulcère du Vurling

24. *Les déclarations suivantes concernant les schémas thérapeutiques pour l'éradication d'Helicobacter Pylori sont vraies, sauf une:
A. La résistance microbienne au métronidazole et à la clarithromycine augmentent
B. Les traitements de secours comprennent des antibiotiques de la classe des céphalosporines
C. Le métronidazole a des effets secondaires fréquents
D. La compliance au traitement est essentielle

E. Le subcitrate de bismuth est difficile à tolérer pour les patients

25. Tableau clinique de l'ulcère - sélectionnez les bons énoncés:
    A. La douleur a un caractère colique, principalement nocturne
    B. L'alimentation soulage toujours les symptômes de l'ulcère
    C. Une douleur persistante suggère une complication
    D. Dans le cas d'un ulcère perforé, la douleur va irradier vers l'hypochondre et le flanc gauche
    E. Les ulcères gastriques et duodénaux peuvent être asymptomatiques

26. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies à propos des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS):
    A. Les AINS inhibent la sécrétion de prostaglandine localement et systématiquement
    B. Les inhibiteurs spécifiques de la COX-2 causent des lésions de la muqueuse gastrique plus graves que les AINS conventionnels
    C. Environ 50 % des utilisateurs d'AINS développeront des lésions de la muqueuse gastrique
    D. Environ 10 % des consommateurs des AINS présenteront des symptômes
    E. Les AINS et Helicobacter Pylori sont des facteurs de risque synergiques

27. Chez les patients atteints d'une maladie ulcéreuse nécessitant un traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les affirmations suivantes sont vraies:
    A. La présence d'une infection à H. Pylori doit être évaluée et, et, si présente, un traitement d'éradication doit être instauré
    B. Les AINS sélectifs COX-1 sont préférées
    C. Un traitement cytoprotecteur peut être associé
    D. Le traitement cytoprotecteur (Misoprostol) est mieux toléré que le traitement par inhibiteurs de la pompe à protons
    E. L'administration d'inhibiteurs de la pompe à protons sera associée

28. Sélectionnez les allégations correctes concernant le traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP):
    A. dans les zones présentant une résistance accrue à la clarithromycine, traitement avec: subcitrate de bismuth, tétracliclinique, métronidazole, IPP, le tout pendant 7 jours
    B. Comprend de l'ésoméprazole, de la clarithromycine, de l'amoxicilline, deux fois par jour, le tout pendant 14 jours
    C. La thérapie séquentielle est également utilisée dans les zones où la résistance à la clarithromycine est accrue
    D. Le traitement sur une période de 2 semaines diminue le taux de réussite thérapeutique

E. Le dosage de l'antigène fécal est recommandée 2 semaines après le fin du traitement d'éradication de HP

29. Sélectionnez les énoncés corrects concernant l'insuffisance d'évacuation gastrique secondaire à la maladie peptique gastroduodénale:
    A. L'insuffisance évacuatoire gastrique secondaire à une maladie peptique a une incidence accrue
    B. Les vomissements dus à une insuffisance d'évacuation gastrique se font en jet, généralement indolores
    C. Le diagnostic est établi par scintigraphie
    D. Les vomissements psychogènes sont fréquents et en grande quantité
    E. La sténose peut être pré-pylorique, pylorique ou duodénale

30. Sélectionnez les déclarations correctes concernant le traitement chirurgical de la maladie peptique gastroduodénale:
    A. La gastrectomie ou la vagotomie ne sont plus des procédures de choix dans l'ulcère gastroduodénal
    B. Un ulcère récidivant exclut une tumeur maligne à ce niveau
    C. La carence en vitamine B12 est fréquente chez les patients ayant subi une gastrectomie
    D. La diarrhée est une complication prédominante de la vagotomie
    E. Le syndrome de Dumping est une complication qui survient chez les patients ayant subi une gastrectomie partielle avec gastro-jéjuno-anastomose

31. Les affirmations suivantes sont vraies en ce qui concerne l'étiopathogénie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI):
    A. Impliquent l'interaction entre les facteurs environnementaux, le microbiote intestinal, la susceptibilité génétique et la réponse immunitaire
    B. Les patients fumeurs ont un risque accru de développer la maladie de Crohn
    C. La consommation d'AINS est associée à des périodes de rémission chez les patients ayant déjà reçu un diagnostic de MICI
    D. Des antécédents familiaux positifs de MICI sont un facteur de risque indépendant pour le développement des MICI
    E. Une mauvaise hygiène et un habitat plus surpeuplé ont un risque plus faible de développer la maladie de Crohn

32. Les mécanismes par lesquels le microbiote intestinal est lié à l'étiologie des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) comprennent:
    A. Altération de la fonction barrière de la muqueuse intestinale
    B. Organismes pathogènes spécifiques

C. Antigènes bactérienes
D. Dysbiose intestinale
E. Colite lymphoïde microscopique

33. Les affirmations suivantes concernant les changements qui se produisent dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont vraies:
A. La colite ulcéreuse (CU) peut affecter le rectum et peut s'étendre au côlon sigmoïde, descendant, transverse, ascendant, caecum et à l'iléon terminal, les lésions étant discontinues
B. La maladie de Crohn (MC) peut affecter n'importe quel segment du tractus gastro-intestinal, de la cavité buccale à l'anus
C. La présence de fistules et d'abcès intra-abdominaux est plus fréquemment associée à la MC
D. En MC, l'inflammation s'étend à toutes les couches de l'intestin (est transmurale), et dans la colite ulcéreuse, il y a seulement une inflammation superficielle de la muqueuse
E. Spécifique pour la CU est la présence de granulomes et d'anticorps cytoplasmiques anti-neutrophiles (ANCA)

34. Les manifestations extra-intestinales des maladies inflammatoires de l'intestin sont représentées par:
A. Dermatite atopique
B. Cholangite sclérosante
C. Erythème noueux
D. Arthrite périphérique
E. Glaucome

35. Les affirmations suivantes sont vraies au sujet du tableau clinique de la maladie de Crohn (MC):
A. Les principaux symptômes sont la diarrhée, les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales et la fièvre
B. Environ 30 % des patients auront besoin d'une résection intestinale dans les 5 premières années suivant le diagnostic
C. La MC peut débuter une urgence, avec des douleurs abdominales aiguës et des saignements rectaux
D. La MC peut être compliquée par des abcès périanaux et des fistules
E. La douleur abdominale en MC peut être coliquative, suggérant une sténose possible

36. Les investigations utiles dans l'évaluation de la maladie de Crohn (MC) sont les suivantes:

A. Endoscopie digestive supérieure et endoscopie digestive inférieure
B. Analyses sanguines pouvant révéler une anémie, des taux élevés de la protéine C-réactive, une leucocytose, une hypoalbuminémie
C. Calprotectine fécale
D. Tests sérologiques, pouvant révéler des anticorps périnucléaires ANCA positifs et des anticorps ASCA négatifs
E. Échographie, IRM, endoscope à capsule, échoendoscopie

37. Les affirmations suivantes sont vraies en ce qui concerne l'endoscopie digestive dans la maladie de Crohn (MC):
A. L'endoscopie digestive haute est recommandée chez tous les patients atteints de MC
B. L'évaluation endoscopique de l'iléon terminal est essentielle chez tous les patients suspectés de MC
C. La capsule endoscopique est contre-indiquée en présence des sténoses de l'intestin grêle
D. La coloscopie révèle des changements allant d'ulcères aphtoïdes légers et inégaux à des ulcères étendus et profonds, ressemblant à des pierres de pavage
E. La biopsie endoscopique n'est pas toujours nécessaire

38. Les affirmations suivantes sont vraies en ce qui concerne le traitement de la maladie de Crohn (MC):
A. L'induction de la rémission peut être obtenue par l'administration de glucocorticoïdes, d'aminosalicylates, des thiopurines
B. Le but du traitement est d'induire et de maintenir la rémission clinique ainsi que la guérison de la muqueuse
C. Les agents anti-TNF utilisés en MC sont l'infliximab, le vedolizumab, l'ustekinumab
D. Les thérapies pour maintenir la rémission comprennent l'azathioprine, la mercaptopurine ou le métrotrexate
E. Les antibiotiques peuvent être utilisés seulement dans le traitement des complications

39. Les indications du traitement chirurgical de la maladie de Crohn (MC) sont les suivantes:
A. Retard de croissance chez l'enfant malgré un traitement médicamenteux
B. Échec du traitement par aminosalicylate
C. Complications de la MC (occlusion intestinale, perforation, fistule entéro-cutanée)
D. Cholangite sclérosante
E. Échec du traitement avec thiopurines

40. Le traitement de l'induction de la rémission dans la maladie de Crohn peut être effectué avec:
A. Azathioprine

B. Méthotrexate
C. Antibiothérapie: ciprofloxacine ou métronidazole
D. Glucocorticoïdes oraux ou intraveineux
E. Anticorps anti-TNF

41. Le tableau clinique dans la colite ulcéreuse peut inclure:
A. Diarrhée avec sang et mucus, parfois accompagnée d'une gêne dans le bas-ventre
B. Anorexie avec perte de poids.
C. Dans une crise aiguë, la diarrhée ne survient que pendant la journée
D. La diarrhée est urgente et s'accompagne d'incontinence
E. Le principal symptôme de la colite ulcéreuse est la constipation

42. Les affirmations suivantes sur le mégacôlon toxique sont vraies:
A. Le diagnostic différentiel inclut la colite infectieuse (p. ex. C. difficile et cytomégalovirus)
B. Il s'agit d'une complication majeure associée aux formes graves et aiguës de colite ulcéreuse
C. Une radiographie abdominale plaine révèle un côlon dilaté, d'un diamètre supérieur à 6 cm contenant des gaz
D. Le traitement conservateur est de choix
E. Une intervention chirurgicale d'urgence est nécessaire pour tous les patients, même pour ceux chez qui la dilatation toxique disparaît après 48 heures

43. L'examen physique de la colite ulcéreuse peut révéler:
A. Abdomen distendu ou sensible
B. L'examen rectal peut mettre en évidence la présence de sang
C. Souvent, le rectum est épargné
D. Très rarement, le rectum est épargné
E. L'anus présent fréquemment des changements

44. Les déclarations suivantes au sujet des investigations dans la colite ulcéreuse sont vraies:
A. Les analyses sanguines peuvent révéler une leucocytose, une thrombocytose et une anémie ferriprive
B. pANCA sont toujours négatifs
C. L'endoscopie digestive inférieure avec biopsie de la muqueuse est la référence en CU
D. La coloscopie ne permet pas d'évaluer l'étendue de la maladie
E. Chez les patients atteints de colite chronique, la chromoendoscopie est utilisée pour exclure la dysplasie

45. Les affirmations suivantes sur le traitement de la colite ulcéreuse sont vraies:

A. Le pilier du traitement des formes légères et modérées avec toute extension est un aminosalicylate à action topique dans la lumière colique
B. Le mode d'action du 5-ASA dans les MICI est inconnu
C. Dans le cas de la rectite, les suppositoires 5-ASA sont le traitement de première intention
D. Le pilier du traitement des formes légères et modérées est la corticothérapie orale
E. Le pilier du traitement des formes légères et modérées est représenté par les anti-inflammatoires non stéroïdiens

46. La définition d'un épisode grave de colite ulcéreuse comprend ce qui suit:
A. Fréquence des selles supérieure à 4 par jour
B. Température supérieure à 37,5 degrés C
C. Bradycardie
D. Anémie (hémoglobine inférieure à 10 g/l)
E. Hypoalbuminémie

47. Les déclarations suivantes concernant le traitement du sauvage de la colite ulcéreuse sont vraies:
A. Continuer la monothérapie par corticostéroïdes est recommandée pour réduire la mortalité
B. Les traitements de secours avec avantages prouvés comprennent la cyclosporine et l'infliximab
C. Il est recommandé de poursuivre la corticothérapie même après avoir initié des traitements de secours.
D. Le traitement de secours est nécessaire chez les patients présentant une CRP inférieure à 45 mg/l et moins de 8 selles par jour
E. Le traitement de secours ne doit être instauré que par des gastro-entérologues expérimentés qui font partie d'une équipe multidisciplinaire

48. Les déclarations suivantes au sujet de l'épisode grave de colite ulcéreuse sont vraies:
A. L'hospitalisation est recommandée
B. Il est recommandé d'exclure une infection intestinale
C. L'anticoagulation prophylactique n'est pas recommandée
D. L'hydrocortisone 100 mg est recommandée 4 fois par jour
E. Une surveillance quotidienne est nécessaire

49. Les affirmations suivantes sur le cancer dans les MICI sont vraies:
A. Les patients atteints de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse ont une incidence accrue de la dysplasie et du cancer du côlon

B. Les patients atteints de MICI n'ont pas besoin d'entrer dans un programme de dépistage spécial
C. Le risque de dysplasie n'est pas lié à l'étendue de la maladie
D. Le risque de dysplasie n'est pas lié à la durée de la maladie
E. La présence d'une Cholangite sclérosante primitive augmente le risque de cancer du côlon chez les patients atteints de MICI

50. Les suivantes sont formes de colite inflammatoire microscopique:
A. Colite ulcéreuse microscopique
B. Maladie cœliaque
C. Maladie de Crohn
D. Colite lymphoïde microscopique
E. Colite collagène microscopique

51. *Lequel des changements macroscopiques suivants est spécifique à la colite ulcéreuse ?
A. L'intestin affecté est souvent épaissi et rétréci
B. Présence de fistules et d'abcès intra-abdominaux
C. Non associé à l'iléite de reflux
D. Dans les formes sévères, la muqueuse adjacente à l'inflammation peut prendre l'apparence de polypes post-inflammatoires
E. Un signe précoce est l'ulcération aphtoïde

52. *L'arthropathie de type I dans les MICI se caractérise par:
A. dure des mois-années
B. est associé à d'autres manifestations extra-intestinales
C. est indépendant de l'activité de la maladie inflammatoire de l'intestin
D. est généralement associé à une uvéite
E. est plus fréquent dans la colite ulcéreuse

53. *Les traitements d'entretien dans la maladie de Crohn sont les suivants, sauf:
A. L'infliximab
B. Azathioprine
C. Prednisone
D. Méthotrexate
E. Mercaptopurine

54. *La chirurgie standard dans la maladie de Crohn pour l’affectation du côlon entier et du rectum est:
A. Proctocolectomie avec anastomose iléorectale
B. Stricturoplastie

C. Colectomie subtotale avec iléostomie terminale
D. Colectomie totale avec anastomose iléorectale
E. Proctocolectomie avec iléostomie terminale

55. *La substance suivante est une intégrine:
A. L'infliximab
B. Adalimumab
C. Vedolizumab
D. Le tofacitinib
E. Golimumab

56. *Dans le cas d'une colite ulcéreuse qui répond à la corticothérapie intraveineuse, après combien de jours il doit être remplacé par une corticothérapie orale:
A. 3 jours
B. 5 jours
C. 7 jours
D. 30 jours
E. 10 jours

57. *L'une des situations suivantes n'est pas indiqué pour le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse:
A. Échec du traitement médical
B. Mégacôlon toxique
C. Corticodépendance/réponse incomplète au traitement médical
D. Colite affectant tout le côlon
E. Hémorragie

58. *Laquelle des affirmations suivantes sur l'infection chronique par le VHB est vraie ?
A. La phase 1 est appelée infection chronique par le VHB à HBeAg positif.
B. La phase 2 est appelée infection chronique par le VHB à HBeAg négatif
C. La phase 3 est appelée infection chronique par le VHB à HBeAg positif.
D. La phase 5 est appelée infection chronique par le VHB à HBeAg négatif.
E. L'infection chronique par le VHB progresse à travers une série de cinq phases distinctes.

59. *Lesquelles des affirmations suivantes sont fausses en lien avec le virus de l'hépatite C ?
A. Le virus de l'hépatite C est un virus à ARN simple brin de la famille des Flaviviridae.
B. Les patients atteints d'une infection chronique par le VHC sont généralement asymptomatiques.
C. L'infection chronique par le VHC progresse en quatre phases distinctes.

D. Le diagnostic commence par la détection d'anticorps anti-VHC dans le sérum.
E. À l'heure actuelle, le traitement de l'infection par le VHC repose sur des agents antiviraux à action directe administrés par voie orale.

60. *L'affirmation suivante concernant l'infection virale D chronique est fausse:
A. Le virus delta n'est pas capable de se répliquer par lui-même, mais il est activé par la présence du VHB.
B. Le virus delta est capable de se répliquer par lui-même et n'est pas activé par la présence du VHB.
C. L'infection par le virus de l'hépatite D peut se développer sous forme de co-infection ou de surinfection par le VHB
D. Les guérisons spontanées sont rares
E. Entre 60 et 70 % des patients développeront une cirrhose, plus rapidement que dans le cas d'une mono-infection par le VHB

61. *Laquelle des affirmations suivantes liées aux maladies chroniques du foie est fausse ?
A. Les patients atteints d'une infection chronique par le VHC sont généralement asymptomatiques
B. L'infection chronique par le VHB progresse en quatre phases distinctes
C. Les guérisons spontanées de l'hépatite HVD chronique sont rares
D. Le traitement des patients atteints d'hépatite virale D chronique active se fait avec de l'interféron pégylée-alpha-2a pendant 12 mois
E. Le traitement des patients atteints d'hépatite virale D chronique active se fait à l'aide d'agents antiviraux à action directe administrés par voie orale

62. *Laquelle des affirmations suivantes liées à l'hépatite virale est fausse ?
A. L'infection chronique par le VHC provoque une lente progression de la fibrose qui mène à la cirrhose sur des décennies
B. La prophylaxie de l'infection par le virus de l'hépatite B se fait par vaccination
C. Le virus de l'hépatite E se transmet par voie intraveineuse
D. La présence des anticorps anti-VHA lgM indique une infection aiguë par le virus de l'hépatite A
E. Le pronostic est excellent dans le cas de l'hépatite virale A aiguë, la plupart des patients étant complètement guéris

63. *L'hépatite virale A se caractérise par:
A. Transmission fécale-orale
B. La maladie ne présente pas une infectiosité maximale même avant l'apparition de la jaunisse.
C. L'hépatite virale aiguë peut devenir chronique

D. Une infection anictérique est rare chez les enfants, et ne confère pas d'immunité à vie
E. Afin d'établir le diagnostic de certitude, il est nécessaire de déterminer la virémie

64. La phase 1 de l'infection chronique par le VHB a l'AgHBe positif est caractérisée par:
A. Niveau élevé de réplication virale HBeAg positive qui n'est pas associée à des lésions hépatiques secondaires à un réponse immunitaire
B. Provoque la destruction du foie
C. Ne provoque pas de destruction du foie
D. Nécessite un traitement
E. Le traitement n'est pas nécessaire

65. Lesquelles des affirmations suivantes liées à l'infection chronique par le VHB à l'HBeAg positif de phase 2 sont vraies:
A. N'associe pas de destruction du foie
B. Il associe fréquemment la destruction du foie à des transaminases (ALT) fluctuantes en présence de niveaux accrus d'infection HBeAg positive
C. Elle est également connue sous le nom de phase immunotolérante
D. Le traitement au cours de cette phase est nécessaire et peut entraîner une séroconversion d'un HBeAg positif à un HBeAg négatif
E. Elle est également connue sous le nom de phase immunoactive

66. Lesquelles des affirmations suivantes liées à la phase de porteur inactif sont vraies:
A. Correspond à une infection chronique par le VHB HBeAg négative de phase 3
B. Il se caractérise par de faibles niveaux d'ADN-HBV (<2 000 Ul/ml), l'absence d'HBeAg et des valeurs ALT normales
C. Correspond à l'infection chronique au VHB HBeAg négatif de phase 4
D. Elle se caractérise par une augmentation des niveaux de réplication virale (ADN du VHB $10^5/10^6$), mais avec un HBeAg négatif et une augmentation de l'ALT
E. Correspond à la phase 2 de l'infection chronique par le VHB à l'HBeAg positif

67. Le traitement de l'hépatite chronique VHB est réalisé avec:
A. Interféron alfa-2a pégylé {180 µg une fois par semaine s.c.)
B. Interféron alfa-2a pégylé {180 µg une fois par mois s.c.)
C. Analogues nucléotidiques/nucléosidiques (ténofovir, entécavir)
D. Analogues nucléotidiques/nucléosidiques administrés par voie sous-cutanée
E. Analogues nucléotidiques/nucléosidiques administrés par voie orale

68. Quelle est la signifiance des marqueurs viraux dans l'hépatite B ?
A. HBsAg positif signifie une exposition antérieure (ancienne) à l'hépatite B

B. La présence d'anticorps anti-HBs représente l'immunité contre le VHB, une exposition antérieure à l'infection qui est guérie, ou vaccination.
C. HBsAg positif signifie une infection aiguë ou chronique
D. La présence d'anticorps anti-HBc Ig M dans un titre élevé signifie une hépatite B aiguë
E. La présence d'anticorps IgG anti-HBc représente une exposition antérieure (ancienne) à l'hépatite B

69. Quelles sont les manifestations extrahépatiques possibles de l'infection chronique par le virus C ?
A. Évolution vers la cirrhose du foie
B. Arthrite
C. Cryoglobulinémie avec ou sans glomérulonéphrite
D. Porphyrie cutanée tardive
E. L'hypertension essentielle

70. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies en ce qui concerne le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C ?
A. L'objectif du traitement est d'éliminer l'ARN du VHC du sérum afin d'arrêter la progression de la maladie hépatique active
B. Le but du traitement est d'éliminer l'ARN du VHC du sérum afin de prévenir le développement du carcinome hépatocellulaire (CHC)
C. Le traitement de l'infection par le VHC repose actuellement sur des agents antiviraux à action directe administrés par voie sous-cutanée
D. Le traitement de l'infection par le VHC repose actuellement sur des agents antiviraux à action directe administrés par voie orale
E. Les schémas thérapeutiques actuels à base d'agents antiviraux à action directe éliminent le virus chez plus de 95 % des patients.

71. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies en lien avec l'infection chronique par le virus de l'hépatite C ?
A. Le diagnostic de l'infection chronique par le VHC est posé en mettant en évidence la présence d'anticorps anti-VHC et d'ARN du VHC dans le sérum
B. Les patients atteints d'une infection chronique par le VHC sont généralement asymptomatiques, parfois avec des élévations modérées des transaminases (généralement ALT)
C. Des manifestations extrahépatiques peuvent être présentes, notamment l'arthrite, une cryoglobulinémie avec ou sans glomérulonéphrite et une porphyrie cutanée tardive
D. L'infection chronique par le VHC provoque une progression rapide de la fibrose, qui mène à la cirrhose en quelques mois

E. Les facteurs associés à la progression rapide de la fibrose du VHC comprennent la consommation d'alcool, la co-infection par le VIH, l'obésité, le diabète et l'infection par le génotype 3

72. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies en lien avec l'infection chronique par le virus de l'hépatite C ?
   A. Comparativement à l'infection par le VHB, le VHC cause rarement le cancer du foie en l'absence de cirrhose
   B. Comparativement à l'infection par le VHB, le VHC cause plus souvent le cancer du foie en l'absence de cirrhose
   C. Le traitement de l'infection par le VHC repose actuellement sur des agents antiviraux à action directe administrés par voie orale
   D. La durée du traitement par des antiviraux à action directe varie en fonction du degré de fibrose, de 8 à 12 semaines
   E. Les schémas thérapeutiques actuels à base d'agents antiviraux à action directe éliminent le virus chez plus de 95 % des patients

73. Les manifestations cliniques chez les patients atteints d'une infection chronique par le VHC comprennent:
   A. Malaise général léger non spécifique
   B. Fatigue
   C. Manifestations extrahépatiques, y compris l'arthrite, la cryoglobulinémie avec ou sans glomérulonéphrite
   D. Manifestations extrahépatiques, y compris l'arthrite, la cryoglobulinémie avec ou sans pyélonéphrite
   E. Erythème noueux

74. Lesquelles des affirmations suivantes liées à l'infection par le virus de l'hépatite D sont vraies ?
   A. L'infection par le virus de l'hépatite D peut se développer sous forme de co-infection ou de surinfection par le VHB
   B. Le diagnostic de co-infection est confirmé par la découverte d'anticorps sériques anti-HDV du type IgM, en présence d'anticorps sériques anti-HBc de type lgM
   C. Le diagnostic de surinfection se fait par la découverte d'anticorps sériques anti-HDV du type IgM ou une viremie positive (ARN VHD positif) en même temps que les anticorps anti-HBc lgG
   D. Le traitement des patients atteints d'une maladie hépatique active se fait avec de l'interféronpégylée-alpha-2a pendant 12 mois
   E. Le diagnostic de co-infection est confirmé par la découverte d'anticorps sériques anti-HDV du type IgG en présence d'anticorps anti-HBc lgG

75. Le virus de l'hépatite E (VHE) présente les caractéristiques suivantes:
    A. Le diagnostic est mis par la présence d'anticorps anti-HEV de type IgG ou IgM
    B. L'ARN du VHE peut être détecté dans le sérum ou les selles par PCR
    C. L'infection par le VHE peut entraîner une infection chronique chez les patients immunodéprimés
    D. La transmission du virus se fait par le sang et les produits sanguins
    E. La transmission du virus se fait généralement par voie entérale par l'eau contaminée et 30 % des chiens, des porcs et des rongeurs sont porteurs du virus

76. Le virus de l'hépatite A (VHA) présente les caractéristiques suivantes:
    A. La transmission de l'infection se fait principalement par voie fécale-orale et se produit en raison de l'ingestion d'aliments et d'eau contaminés
    B. La période d'incubation est courte (2-3 semaines)
    C. L'infection par le VHA peut entraîner une infection chronique chez les patients immunodéprimés
    D. La symptomatologie n'est pas spécifique et comprend des nausées et de l'anorexie
    E. Le traitement est effectué avec de l'interféron ou des analogues nucléotidiques.

77. Les énoncés suivants sont vrais en ce qui concerne la prophylaxie de l'infection par le virus de l'hépatite B:
    A. L'immunisation active implique l'administration d'un vaccin recombinant, produit par l'insertion d'un plasmide contenant le gène HBsAg dans une levure
    B. La vaccination contre le VHB comprend trois injections (à 0, 1 et 6 mois) dans le muscle deltoïde
    C. La vaccination contre le VHB consiste en trois injections (à 0, 1 et 12 mois) dans le muscle deltoïde
    D. Le rappel peut devenir nécessaire après environ 10 ans
    E. Une prophylaxie active et passive (combinée) par vaccination et immunoglobulines doit être administrée au personnel de santé présentant une contamination accidentelle par piqûre et chez tous les nouveau-nés de mères positives à l'HBsAg

78. Le virus de l'hépatite D présente les caractéristiques suivantes:
    A. Il s'agit d'une hépatite chronique relativement rare, les guérisons spontanées sont rares.
    B. Le diagnostic est posé par la découverte d'anticorps anti-delta chez un patient atteint d'une maladie hépatique chronique HBsAg positive.
    C. La confirmation du diagnostic est obtenue par la réalisation d'une PCR à ARN VHD.
    D. Le traitement de l'infection est effectué avec des analogues nucléotidiques/nucléosidiques.

E. L'infection par le virus de l'hépatite D peut se développer sous forme de co-infection ou de surinfection associée au virus de l'hépatite C.

79. Le traitement antiviral oral de choix pour le VHB est les médicaments suivants:
A. L'entécavir
B. Glécaprévir
C. Le ténofovir
D. Interféron alfa-2a pégylé
E. Sofosbuvir/Lédipasvir

80. Sélectionnez les allégations appropriées concernant le traitement antiviral oral pour l'infection par le VHC:
A. Les agents antiviraux à action directe éliminent le virus chez plus de 95 % des patients
B. Ces médicaments ciblent les enzymes à l'intérieur du virus, généralement la polymérase, la protéine NS5a ou la protéase NS3/4
C. La durée du traitement varie entre 8 et 12 semaines en fonction de la présence ou de l'absence de cirrhose
D. Le traitement « du sauvage » peut être effectué avec du sofosbuvir/velpatasvir et l'inhibiteur pangénotypique de la protéase voxilaprévir
E. Le traitement antiviral oral est effectué à l'aide d'analogues nucléotidiques (entécavir/ténofovir)

81. Le traitement de l'infection par le VHC peut comprendre les agents antiviraux suivants, sauf:
A. Sofosbuvir/ Lédipasvir
B. Glécaprévir
C. L'entécavir
D. Lamivudine
E. Sofosbuvir/ Velpatasvir

82. *Les causes intrahépatiques de l'hypertension portale sont les suivantes, sauf:
A. Cholangite biliaire primitive
B. Syndrome de Budd-Chiari
C. Cirrhose
D. Thrombose de la veine porte
E. Fibrose hépatique congénitale

83. *Sélectionnez la pathologie dans laquelle le gradient d'albumine sérum-ascite est augmenté >11g/L:

A. Pancréatite
B. Hypertension portale
C. Tuberculose péritonéale
D. Syndrome néphrotique
E. Carcinose péritonéale

84. *Sélectionnez le médicament vasoconstricteur qui peut être administré à un patient atteint de cirrhose du foie et d'hémorragie variqueuse:
A. Propranolol
B. Terliprésine
C. Carvédilol
D. Éplérénone
E. La rifaximine

85. *Le tableau clinique de l'hémochromatose comprend les manifestations suivantes, sauf:
A. Bronzage, pigmentation de la peau
B. Diabète sucré
C. Hépatomégalie
D. Prurit fluctuant et gênant
E. Hypogonadisme secondaire

86. *La rifaximine est:
A. Diurétique de l'anse
B. Antibiotique semi-synthétique à effet bénéfique dans la prophylaxie secondaire de l'encéphalopathie portosystémique
C. Agent vasoconstricteur jouant un rôle dans le traitement de l'hémorragie variqueuse
D. Céphalosporine de la troisième génération
E. Toutes les variantes sont fausses

87. *Quel est l'examen sérologique caractéristique du diagnostic de la cholangite biliaire primitive ?
A. Auto-anticorps pANCA (anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiliques)
B. Anticorps antinucléaires (ANA) (titre >1:80):
C. Anticorps anti-muscle lisse (anti-actine). (titre >1:80):
D. Anticorps microsomiques hépatiques/rénaux (antiLKM1)
E. Anticorps mitochondriaux - AMA (en titre>1:160). L'anticorp M2 est spécifique à 98 %

88. *Les causes suivantes de cirrhose du foie sont moins fréquentes, sauf:

A. Mucoviscidose
B. Syndrome de Budd-Chiari
C. Stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD)
D. Cirrhose biliaire secondaire
E. Cholangite biliaire primitive

89. *Le diurétique de choix utilisé dans la cirrhose du foie est:
A. Furosemide
B. Spironolactone
C. Éplérénone
D. Vaptans
E. Aucune des variantes n'est correcte

90. *Sélectionnez l'énoncé correct pour la cholangite sclérosante primitive:
A. Les modifications biliaires typiques peuvent être identifiées par Cholangio MRI
B. L'acide ursodésoxycholique est la thérapie de choix
C. C'est une cause fréquente de cirrhose du foie
D. Les anticorps anti-mitochondriaux sériques (AMA) sont trouvés chez presque tous les patients
E. Des manifestations auto-immunes telles que la sclérodermie, la thyroïdite surviennent avec une fréquence accrue

91. La classification Child-Pugh modifiée comprend les paramètres suivants:
A. Valeur plaquettaire
B. Présence et gravité de l'ascite
C. Degré de varices œsophagiennes
D. Taux d'albumine sérique (g/L)
E. Temps de prothrombine (secondes au-dessus de la normale)

92. La cholangite biliaire primitive est caractérisée biologiquement par:
A. Augmentation de la phosphatase alcaline sérique
B. Le cholestérol sérique est faible
C. Les anticorps mitochondriaux sont présents chez plus de 95 % des patients
D. Les IgM sériques peuvent être considérablement élevées
E. Les anticorps mitochondriaux sont négatifs

93. Les complications de la cirrhose du foie sont représentées par:
A. Ascite
B. Syndrome hépato-pulmonaire
C. Cryoglobulinémie

D. Encéphalopathie portosystémique
E. Carcinome hépatocellulaire

94. Le traitement du patient atteint d'hémorragie variqueuse comprend:
A. Endoscopie d'urgence avec bandage ou sclérothérapie des varices
B. Transfusion sanguine avec un taux d'hémoglobine cible de 90 g/L
C. La sonde Sengstaken comme première option pour l'hémostase
D. Traitement vasoconstricteur
E. Antibiothérapie prophylactique

95. Les facteurs précipitants de l'encéphalopathie portale sont:
A. Constipation
B. Saignement gastro-intestinal
C. Régime riche en lipides
D. Interventions chirurgicales
E. Médication dépressante du système nerveux central

96. Les affirmations suivantes concernant la cirrhose du foie sont fausses:
A. L'hépatite auto-immune, la maladie de Wilson, la cholangite biliaire primitive sont des causes fréquentes de cirrhose du foie
B. L’échographie est utile pour la détection du carcinome hépatocellulaire
C. L'endoscopie n'est utile que pour le traitement de l'épisode aigu de saignement variqueux
D. Une diminution de l'albumine et du sodium sérique sont des indicateurs de mauvais pronostic dans la cirrhose
E. Le pronostic peut être évalué à l'aide de la classification de Child-Pugh ou du score MELD

97. La cirrhose macronodulaire présente les caractéristiques suivantes:
A. La taille des nodules de régénération varie
B. Elle est souvent causée par une hépatite virale chronique
C. Les nodules de régénération mesurent généralement moins de 3 mm
D. Elle est souvent causée par l'alcool
E. Elle est souvent causée par des maladies de l'arbre biliaire

98. Sélectionner les indicateurs de mauvais pronostic de la cirrhose à partir des tests de laboratoire suivants:
A. Faible sodium sérique <125 mmol/L
B. Faible taux d'albumine sérique
C. Temps de prothrombine prolongé >6 secondes au-dessus de la normale

D. Augmentation de la créatinine sérique
E. Temps de prothrombine prolongé >3 secondes au-dessus de la normale

99. Sélectionnez les causes frequentes de la cirrhose du foie:
A. Cholangite biliaire primitive
B. Abus d'alcool
C. Hépatite B±D chronique
D. Stéatose hépatique non alcoolique
E. Hépatite C chronique

100. Les pathologies suivantes sont indications pour la transplantation hépatique:
A. Insuffisance hépatique aiguë, quelle qu'en soit la cause
B. Hépatite alcoolique aiguë sévère
C. Patients atteints de cholangite biliaire primitive lorsque la bilirubine sérique est constamment augmentée >100 µmol/L
D. Patients atteints de cirrhose en phase terminale (score Child de grade C, score MELD ≥20, score UKELD ≥49)
E. Patients atteints de cirrhose terminale (Child grade A, score MELD ≥20, score UKELD ≥49)

101. Le score MELD comprend les paramètres biologiques suivants, sauf:
A. L'INR
B. Créatinine sérique
C. Bilirubine sérique
D. Albumine sérique
E. AST

102. Le traitement de l'ascite chez le patient atteint de cirrhose du foie comprend:
A. Restriction hidrique si le sodium sérique est de <128 mmol/L
B. La paracentèse est le traitement de première intention
C. Diurétiques
D. Paracentèse pour l'ascite sous tension ou lorsque le traitement diurétique est insuffisant
E. Médicaments qui diminuent la rétention de sodium (AINS, corticostéroïdes).

103. Les affirmations suivantes concernant la péritonite bactérienne spontanée (PBS) sont correctes:
A. Une paracentèse diagnostique doit toujours être effectuée.
B. les micro-organismes infectieux les plus fréquemment impliquées sont Escherichia coli, Klebsiella ou les entérocoques.

C. Le PBS survient chez jusqu'à 50 % des patients atteints d'ascite.
D. Le traitement comprend un antibiotique à large spectre et associe aux perfusions avec d'albumine humaine.
E. La prévention secondaire avec de la norfloxacine 400 mg par jour prolonge la survie.

104. Le tableau clinique de l'encéphalopathie portosystémique peut inclure:
A. Foetor hépatique
B. Flapping tremor
C. Ascite en tension
D. Apraxie constructive
E. Diminution de la qualité de la fonction intellectuelle

105. L'apparition sérocitrine du liquide d'ascite peut survenir dans les pathologies suivantes:
A. Cirrhose
B. Pancréatite chronique
C. Insuffisance cardiaque congestive
D. Obstruction du canal lymphatique principal
E. Rupture de grossesse extra-utérine

106. Sélectionnez les contre-indications absolues à la transplantation hépatique:
A. Manque d'engagement psychologique de la part du patient
B. Métastases hépatiques (sauf les métastases neuroendocrines)
C. Thrombose veineuse splanchnique étendue
D. Âge inférieur à 70 ans
E. Tumeurs malignes extrahépatiques

107. Les affirmations suivantes concernant le shunt portosystémique transjugulaire intrahépatique (TIPS) sont vraies:
A. Réduit la pression hépatique sinusoïdale et de la veine porte en créant un shunt efficace
B. Augmente le risque d'encéphalopathie portale
C. Il est utilisé si la dérivation portosystémique chirurgicale n'est pas possible
D. Il est utilisé lorsque les saignements variqueux aigus ne peuvent pas être contrôlés ou lors de saignements répétés
E. La sténose ou la thrombose du stent sont frequents

108. La prévention des saignements variqueux récurrents – la prophylaxie secondaire - peut être effectuée à l'aide des médicaments suivants:
A. Terliprésine
B. Somatostatine
C. Propranolol

D. Carvédilol
E. Métoprolol

109. Le traitement de l'encéphalopathie portosystémique comprend:
A. Identification et élimination de toute cause précipitante
B. Administration de purgatifs
C. Prise d'antibiotiques tels que la néomycine
D. Arrêt ou réduction du traitement diurétique
E. Traiter l'infection

110. Sélectionnez les affirmations correctes sur le syndrome hépato-rénal:
A. Elle survient chez les patients atteints de cirrhose avancée, d'hypertension portale, d'ictère et d'ascite
B. Le traitement diurétique doit être poursuivi, en augmentant parfois les doses du diurétique
C. Dans la pathogenèse, les eicosanoïdes ont été incriminés
D. L'hypovolémie intravasculaire doit être corrigée de préférence par l'albumine
E. La transplantation hépatique est la meilleure option therapeutique

111. Les pathologies suivantes peuvent être associées à la cholangite biliaire primitive:
A. Sclérodermie
B. Kératoconjonctivite sèche
C. Thyroïdite
D. Colite ulcéreuse
E. Maladie cœliaque

112. Les affirmations suivantes sur l'hémochromatose héréditaire sont vraies:
A. Il représente le dépôt excessif de fer dans divers organes
B. 30 % des patients atteints de cirrhose développeront un carcinome hépatocellulaire
C. Les tests génétiques sont rarement nécessaires pour un diagnostic de certitude
D. Les tests de laboratoire peuvent révéler une augmentation du fer sérique, une augmentation de la ferritine et souvent une biochimie hépatique normale
E. La biopsie du foie est obligatoire pour le diagnostic

113. La maladie de Wilson se caractérise par les énoncés suivants:
A. Il s'agit d'une maladie autosomique récessive
B. La diminution de la céruloplasmine sérique est présente chez plus de 80 % des patients
C. Un signe spécifique est l’anneau Kayser-Fleischer
D. Le cuivre et la céruloplasmine sont généralement augmentés

E. Le cuivre urinaire est diminue

114. Selon la classification Child-Pugh, 2 points sont attribués à la modification des paramètres suivants:
A. Encéphalopathie absente
B. Ascite modérée/sévère
C. Albumine (g/L) 28-35
D. Petite ascite
E. Encéphalopathie légère/modérée

115. Les investigations utilisées pour établir l'étiologie de la cirrhose sont les suivantes:
A. Détermination des marqueurs viraux
B. Échographie abdominale
C. Dosage des immunoglobulines sériques
D. Fibroscan
E. Dosage des auto-anticorps sériques

116. Les mesures thérapeutiques dans une hémorragie variqueuse chez le patient cirrhotique sont les suivantes:
A. Traitement diurétique
B. Traitement vasoconstricteur
C. Bandage élastique/ligature des varices œsophagiennes
D. Sclérothérapie des varices œsophagiennes
E. Hémoclipping des varices œsophagiennes

117. La pathogenèse du syndrome ascitique dans la cirrhose du foie comprend:
A. rétention de sodium et d'eau
B. Diminution de l'albumine sérique
C. Hypertension portale
D. Syndrome hépato-rénal
E. Infections bactériennes

RÉPONSES CHAP. IV - GASTRO-ENTÉRIOLOGIE

1	A, C, D	40	D, E	79	A, C
2	C, D	41	A, B, D	80	A, B, C, D
3	E	42	A, B, C	81	C, D
4	D	43	A, B, D	82	D
5	C	44	A, C, E	83	B
6	B, C, D	45	A, B, C	84	B
7	A, C, D	46	B, E	85	D
8	A, C, E	47	B, E	86	B
9	B, C, D, E	48	A, B, D, E	87	E
10	A, D, E	49	A, E	88	C
11	C, D	50	A, D, E	89	B
12	C, D	51	D	90	A
13	B, C	52	B	91	B, D, E
14	A, B, D	53	C	92	A, C, D
15	A, C, E	54	E	93	A, B, D, E
16	B, C, E	55	C	94	A, D, E
17	A, B, D	56	B	95	A, B, D, E
18	D	57	D	96	A, C
19	A, B, C	58	A	97	A, B
20	A, B, E	59	C	98	A, B, C, D
21	B	60	B	99	B, C, D, E
22	B, C, D, E	61	E	100	A, B, C, D
23	A, B, D	62	C	101	D, E
24	B	63	A	102	A, C, D
25	C, E	64	A, C, E	103	A, B, D, E
26	A, C, E	65	B, D, E	104	A, B, D, E
27	A, C, E	66	A, B	105	A, B, C
28	B, C	67	A, C, E	106	A, B, E
29	B, E	68	B, C, D, E	107	A, B, D
30	A, C, D, E	69	B, C, D	108	C, D
31	A, B, D, E	70	A, B, D, E	109	A, B, D, E
32	A, B, C, D	71	A, B, C, E	110	A, C, D, E
33	B, C, D	72	A, C, D, E	111	A, B, C, E
34	B, C, D	73	A, B, C	112	A, B, D
35	D, E	74	A, B, C, D	113	A, B, C
36	A, B, C, E	75	A, B, C, E	114	C, D, E
37	A, B, C, D	76	A, B, D	115	A, C, E
38	B, D, E	77	A, B, E	116	B, C, D
39	A, C	78	A, B, C	117	A, B, C

CHAP. V - NÉPHROLOGIE

1. *Le syndrome de Fanconi est associé à:
   A. Dysfonction du tubule contourné distal
   B. Dysfonction du canal collecteur
   C. Pseudo-hypoaldostéronisme
   D. Syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH)
   E. Glycosurie, phosphaturie, aminoacidurie

2. *Le principal facteur influençant la régulation du volume extracellulaire est:
   A. Niveau de l'urée plasmatique – électrolyte osmotiquement actif
   B. Concentration du sodium
   C. Niveau du potassium – électrolyte prédominant extracellulaire
   D. Ions de magnésium
   E. Niveau des acides organiques

3. *Le médicament suivant peut provoquer une rétention de sodium, surtout chez les patients ayant déjà une fonction rénale altérée:
   A. Œstrogènes
   B. Diurétiques de l'anse
   C. Amiloride
   D. Triamtérène
   E. Bloqueurs des canaux calciques

4. *Les diurétiques épargneurs de potassium ont l'utilisation clinique suivante:
   A. Hyperaldostéronisme (primaire et secondaire)
   B. Hypercalciurie
   C. Alcalose métabolique
   D. Glaucome
   E. Syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH

5. *Laquelle des propositions suivantes est une cause d'hyponatrémie avec hypovolémie:
   A. Hypothyroïdie
   B. Polydipsie psychogène
   C. Syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique
   D. Diarrhée
   E. Insuffisance hépatique

6. *C'est un élément clé dans le traitement de l'hyponatrémie:

A. Si le patient est hypovolémique – envisager un diurétique de l'anse
B. Si le patient a un SIADH – solution saline 0,9 %
C. Si le patient a une hyponatrémie symptomatique, une solution saline à 3 % est recommandée
D. La correction doit dépasser 8 mmol dans les premières 24 heures
E. La correction lente de l'hyponatrémie entraîne une démyélinisation osmotique

7. *L'affirmation suivante est correcte concernant l'hypernatrémie:
A. Dans l'hypernatrémie sévère, la solution saline 0,9 % n'est pas utilisée initialement
B. Peut apparaître dans le contexte du diabète insipide néphrogénique
C. Peut apparaître dans la maladie d'Addison
D. Peut apparaître dans l'hypothyroïdie
E. Sera associée à une osmolalité plasmatique réduite

8. *La cause la plus fréquente d'hypokaliémie chronique est:
A. Traitement par diurétiques (surtout thiazidiques)
B. Syndrome de Gordon
C. Hypoaldostéronisme hyporéninémique
D. Lésion rénale aiguë
E. Rhabdomyolyse

9. *C'est une cause d'hyperkaliémie par augmentation de la libération de K à partir des cellules:
A. Administration d'amiloride
B. Traitement par ciclosporine
C. Syndrome de Gordon
D. Lyse tumorale
E. Déficit en aldostérone

10. *Le prédicteur le plus puissant de la mortalité chez les patients présentant une hyponatrémie symptomatique est:
A. Hypokaliémie associée
B. SIADH associé
C. Hypoxie associée
D. Acidose associée
E. Lésion rénale aiguë associée

11. *L'entrée du potassium dans la cellule à partir du milieu extracellulaire est stimulée par:
A. Acidose
B. Lésion cellulaire

C. Insuline
D. Stimulation alpha-adrénergique
E. Rhabdomyolyse

12. *Le traitement de l'hyperkaliémie implique les mesures suivantes:
A. Traitement de l'alcalose avec du bicarbonate de sodium hypertonique 8,4 %
B. Administration de desmopressine
C. Corticothérapie d'urgence
D. Spironolactone/éplérénone
E. Administration d'insuline et de glucose

13. Les affirmations suivantes sont vraies concernant l'eau totale de l'organisme:
A. Elle représente 50–60 % chez les femmes
B. Le liquide intracellulaire représente 35 % de la masse maigre
C. Le liquide interstitiel représente 12 %
D. Le plasma représente 4–5 %
E. Le liquide céphalo-rachidien représente 12 %

14. Le liquide intracellulaire:
A. Contient principalement du K
B. Contient principalement du Na
C. Les ions magnésium sont osmoticament actifs
D. Les ions magnésium sont osmoticament inactifs
E. Les ions calcium sont le principal facteur osmotique intracellulaire

15. La composition électrolytique du plasma est:
A. Na = 142 mmol/l
B. K = 2 mmol/l
C. Ca^{2+} = 2,5 mmol/l
D. HCO_3^- = 26 mmol/l
E. Protéines = 16 mmol/l

16. La composition électrolytique du liquide interstitiel est:
A. Na = 144 mmol/l
B. K = 4 mmol/l
C. Ca^{2+} = 2,5 mmol/l
D. HCO_3^- = 30 mmol/l
E. Protéines = 55 mmol/l

17. La composition électrolytique du liquide intracellulaire est:

A. Na = 10 mmol/l
B. K = 160 mmol/l
C. Ca^{2+} = 1,5 mmol/l
D. HCO_3^- = 26 mmol/l
E. Protéines = 55 mmol/l

18. Les récepteurs de volume extrarénaux se trouvent au niveau de:
A. L'oreillette gauche
B. Veines thoraciques majeures
C. Corps du sinus carotidien
D. Crosse aortique
E. Artérioles glomérulaires afférentes

19. Une surcharge en sel entraînera:
A. Augmentation du volume circulant effectif
B. Diminution du volume extracellulaire
C. Augmentation de la pression de perfusion rénale
D. Diminution de la sécrétion de rénine
E. Augmentation de la sécrétion d'aldostérone

20. Un apport réduit en sel entraînera:
A. Augmentation du volume circulant effectif
B. Diminution du volume extracellulaire
C. Augmentation de la pression de perfusion rénale
D. Diminution de la sécrétion de rénine
E. Augmentation de la sécrétion d'aldostérone

21. Les affections suivantes s'accompagnent d'œdèmes:
A. Insuffisance cardiaque
B. Hypertension artérielle
C. Cirrhose hépatique
D. Hypoalbuminémie
E. Syndrome aigu de déshydratation

22. Les fonctions majeures du tubule contourné proximal sont:
A. Réabsorption des solutés
B. Sécrétion/absorption des urates
C. Sécrétion des médicaments
D. Sécrétion de potassium
E. Sécrétion de rénine

23. Maladies associées à une pathologie du tubule contourné proximal:
    A. Syndrome de Fanconi
    B. Syndrome de Bartter
    C. Syndrome de Gitelman
    D. Acidose tubulaire rénale type 2
    E. Acidose tubulaire rénale type 1

24. Au niveau du canal collecteur, il se produit:
    A. Sécrétion de sodium
    B. Absorption de sodium
    C. Sécrétion d'eau
    D. Absorption d'eau
    E. Sécrétion de potassium

25. Maladies associées à une pathologie du canal collecteur:
    A. Syndrome de Fanconi
    B. Syndrome de Bartter
    C. Syndrome de Liddle
    D. Pseudo-hypoaldostéronisme type 1
    E. Diabète insipide néphrogénique

26. Selon les principes de Starling, la distribution du volume extracellulaire dépend de:
    A. Tonus veineux
    B. Perméabilité capillaire
    C. Tension artérielle
    D. Pression oncotique
    E. Drainage lymphatique

27. Quels sont les effets indésirables des diurétiques de l'anse?
    A. Rétention des urates
    B. Hypokaliémie
    C. Hyperkaliémie
    D. Diminution de la tolérance au glucose
    E. Augmentation de la tolérance au glucose

28. Lesquels des médicaments suivants peuvent provoquer une rétention de sodium?
    A. Diurétiques
    B. Œstrogènes
    C. Mineralocorticoïdes

D. Anti-inflammatoires non stéroïdiens
E. Thiazolidinediones

29. Les diurétiques ayant un effet épargneur de potassium sont:
A. Acétazolamide
B. Lixivaptan
C. Bumétanide
D. Amiloride
E. Triamtérène

30. Quelles sont les causes d'hyponatrémie avec un volume extracellulaire normal?
A. Syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique hypophysaire
B. Libération anormale d'hormone antidiurétique
C. Vomissements
D. Maladie rénale tubulo-interstitielle
E. Maladies psychiatriques

31. Quelles sont les causes d'hypokaliémie?
A. Diurétiques de l'anse
B. Syndrome de Conn
C. Syndrome de Gitelman
D. Acidose tubulaire rénale types 1 et 2
E. Lésion rénale aiguë

32. Lesquelles des actions suivantes sont spécifiques à la prise en charge d'urgence de l'hyperkaliémie?
A. Surveillance ECG et accès i.v.
B. Administration de patiromer
C. Correction de l'acidose sévère
D. Administration de 10 ml de gluconate de calcium 10 % i.v. en 5 minutes
E. Hémodialyse ou dialyse péritonéale

33. L'hypotension orthostatique peut survenir dans les situations suivantes:
A. Diabète sucré
B. Maladie de Parkinson
C. Administration de nitrates
D. Alitement prolongé
E. Apport élevé en sel

34. Parmi les effets indésirables des diurétiques de l'anse, on retrouve:

A. Hypokaliémie
B. Hypercalciurie
C. Hypermagnésémie
D. Ototoxicité
E. Hyperkaliémie

35. Les affirmations suivantes sont vraies concernant les diurétiques épargneurs de potassium de type antagonistes de l'aldostérone:
A. Ils augmentent la réabsorption du sodium
B. Ils ne sont pas recommandés en cas d'insuffisance cardiaque
C. Ils antagonisent l'effet fibrosant de l'aldostérone sur le cœur
D. L'éplérénone est dépourvue de propriétés antiandrogéniques
E. Ils sont représentés par le métolazone et l'indapamide

36. L'hyponatrémie avec euvolémie peut survenir dans les situations cliniques suivantes:
A. Hypothyroïdie
B. Traitement antidépresseur
C. Maladie d'Addison
D. Hémorragie aiguë
E. Diurèse osmotique

37. Pour éviter le syndrome de démyélinisation osmotique, il est recommandé:
A. Correction rapide de la kaliémie
B. Correction rapide de l'hyponatrémie
C. Augmentation lente de la natrémie
D. Augmentation de la natrémie plasmatique de maximum 8 mmol/L/jour
E. Administration de diurétiques thiazidiques ou de l'anse

38. Les causes suivantes peuvent entraîner une hypokaliémie:
A. Diarrhée sévère
B. Syndrome de Liddle
C. Rhabdomyolyse
D. Cétoacidose diabétique
E. Acidose tubulaire rénale types 1 et 2

39. Les affirmations suivantes sont vraies concernant le traitement de l'hyperkaliémie:
A. Les ions calcium protègent contre les effets de l'hyperkaliémie mais ne modifient pas la concentration de potassium
B. Le patiromer lie le potassium dans le tractus gastro-intestinal

C. La correction de l'alcalose métabolique concomitante avec $NaHCO_3$ 1,26 % est nécessaire
D. On administre de l'insuline + glucose par voie intraveineuse
E. Il peut être nécessaire d'effectuer une hémodialyse

40. Les causes d'hyponatrémie avec hypovolémie et sodium urinaire < 20 mmol/l sont:
A. Vomissements
B. Diurétiques
C. Maladie rénale tubulo-interstitielle
D. Hémorragies
E. Diarrhée

41. Les causes d'hypernatrémie peuvent être:
A. Déficit en hormone antidiurétique
B. Déficit d'apport hydrique
C. Polydipsie psychogène
D. Maladie d'Addison
E. Hypothyroïdie

42. Les investigations suivantes sont modifiées en cas d'hypernatrémie:
A. L'osmolalité plasmatique est diminuée
B. Une osmolalité urinaire inférieure à celle plasmatique indique un diabète insipide
C. L'osmolalité urinaire augmente après administration de desmopressine dans le diabète hypophysaire
D. L'osmolalité urinaire est diminuée dans la diurèse osmotique
E. L'osmolalité urinaire est augmentée dans le choc thermique

43. Le syndrome de Liddle a les caractéristiques suivantes:
A. Hypokaliémie et acidose
B. Hypokaliémie et alcalose
C. Production réduite de rénine
D. Hypertension artérielle
E. Production réduite d'aldostérone

44. Cliniquement, l'hypokaliémie peut être associée à:
A. Augmentation de la fréquence des extrasystoles auriculaires et ventriculaires
B. Faiblesse musculaire
C. Syndrome de démyélinisation osmotique
D. Polyurie, polydipsie, soif
E. Fièvre

45. Les causes suivantes d'hyperkaliémie sont dues à une augmentation de la libération de K à partir des cellules:
    A. Déficit en aldostérone
    B. Syndrome de Gordon
    C. Lyse tumorale
    D. Cétoacidose diabétique
    E. Rhabdomyolyse

46. Les causes suivantes d'hyponatrémie avec hypervolémie sont:
    A. Diabète insipide hypophysaire
    B. Diabète insipide néphrogénique
    C. Insuffisance cardiaque
    D. Insuffisance hépatique
    E. Hypoalbuminémie

47. Quels sont les signes cliniques de diminution du volume extracellulaire:
    A. Hypotension orthostatique
    B. Turgescence cutanée
    C. Pression veineuse jugulaire augmentée
    D. Vénoconstriction périphérique
    E. Hypertension artérielle

48. *Dans l'équation de Henderson-Hasselbalch, la valeur de pK est:
    A. 5,9
    B. 6
    C. 6,1
    D. 6,2
    E. 6,3

49. *Dans l'acidose respiratoire, la modification suivante apparaît:
    A. pH augmenté
    B. pCO_2 très diminuée
    C. pCO_2 normale
    D. HCO_3^- augmenté
    E. HCO_3^- diminué

50. *La caractéristique suivante est retrouvée dans l'acidose tubulaire de type 4:
    A. Hypokaliémie
    B. Niveau plasmatique réduit de chlorures et augmenté de bicarbonates

C. Niveau basal bas d'aldostérone sur 24 heures
D. Test de stimulation anormal à l'hormone corticotrope (ACTH)
E. Correction de l'hyperkaliémie avec 0,1 m furosemide

51. *La valeur normale du trou anionique est:
A. –2 – 2 mmol/L
B. 2–6 mmol/L
C. 5–12 mmol/L
D. 12–16 mmol/L
E. 15–21 mmol/L

52. *L'acide carbonique est dissocié en dioxyde de carbone et en eau en présence de:
A. Anhydrase carbonique
B. Amylase carbonique
C. Glutaraldéhydoxydase carbonique
D. Lipase carbonique
E. Aldostérone

53. Les cellules principales du canal collecteur:
A. Ont des récepteurs pour l'absorption du Na
B. Réabsorbent le Na et l'H_2O et sécrètent le K
C. Réabsorbent le K et sécrètent le Na et l'H_2O
D. Répondent à l'action de l'aldostérone
E. Sont résistantes à l'action de l'aldostérone

54. Les causes d'acidose métabolique sont:
A. Acidose tubulaire rénale de type 2
B. Catabolisme accru de la lysine
C. Bronchopneumopathie chronique obstructive
D. Traitement par acétazolamide
E. Acidose tubulaire rénale de type 4

55. Les causes de l'acidose tubulaire rénale distale de type 1 sont:
A. Syndrome de Marfan
B. Syndrome d'Ehlers-Danlos
C. Consommation d'amphotéricine B
D. Consommation d'AINS
E. Syndrome de Henderson-Hasselbalch

56. L'acidose chronique dans la maladie rénale chronique:

A. Réduit la capacité d'excrétion de l'ammoniac
B. Augmente la capacité d'excrétion des H^+
C. Peut conduire à une ostéodystrophie rénale
D. Est généralement corrigée par la dialyse
E. La maladie tubulaire entraîne une rétention de bicarbonate

57. L'acidose tubulaire rénale de type 1 (« distale ») est caractérisée par:
A. Alcalose
B. Acidose
C. Production urinaire faible d'ammonium
D. Production urinaire élevée d'ammonium
E. Incapacité à abaisser le pH urinaire en dessous de 5,3 malgré la présence d'une acidose systémique

58. Les causes suivantes d'acidose métabolique avec trou anionique élevé sont:
A. Cétoacidose diabétique
B. Surdosage en salicylates
C. Déplétion potassique / excès de minéralocorticoïdes
D. État d'hypercalcémie
E. Ingestion d'éthylène glycol

59. Concernant la réabsorption rénale du bicarbonate, on peut affirmer que:
A. Le HCO_3^- plasmatique est normalement maintenu à environ 25 mmol/L
B. Le tubule contourné distal est responsable d'environ 85–90 % de la réabsorption du bicarbonate filtré
C. La réabsorption du bicarbonate est catalysée par la pompe Na^+/K^+-ATPase
D. Il existe une plus grande quantité d'anhydrase carbonique intraluminale au niveau du tubule distal
E. Le HCO3– plasmatique est normalement maintenu à environ 45 mmol/L

60. Les causes d'acidose métabolique avec trou anionique normal sont:
A. Acidose tubulaire rénale distale (type 1)
B. Acidose tubulaire rénale type 4
C. Augmentation de la production d'HCl
D. Catabolisme réduit de l'arginine et de la lysine
E. Ingestion de chlorure d'ammonium

61. Les cations normalement présents dans le plasma sont:
A. Cl^-
B. $HCO3^-$
C. Na^+

D. K^+
E. Mg^{2+}

62. Quelles circonstances favorisent la synthèse d'ammoniac au niveau des cellules des tubules proximaux?
A. Hyperkaliémie
B. Hypokaliémie
C. Alcalose respiratoire
D. Acidose systémique
E. Alcalose métabolique

63. Les modifications gazométriques suivantes sont retrouvées dans l'alcalose métabolique:
A. $HCO3^-$ diminué
B. $HCO3^-$ augmenté
C. $PaCO_2$ diminuée
D. $PaCO_2$ augmentée
E. pH normal ou augmenté

64. Les modifications gazométriques suivantes sont retrouvées dans l'acidose métabolique:
A. HCO_3^- diminué
B. HCO_3^- augmenté
C. $PaCO_2$ diminuée
D. $PaCO_2$ augmentée
E. pH normal ou augmenté

65. Les modifications gazométriques suivantes sont retrouvées dans l'acidose respiratoire:
A. HCO_3^- diminué
B. HCO_3^- augmenté
C. $PaCO_2$ diminuée
D. $PaCO_2$ augmentée
E. pH normal ou augmenté

66. Les modifications gazométriques suivantes sont retrouvées dans l'alcalose respiratoire:
A. HCO_3^- diminué
B. HCO_3^- augmenté
C. $PaCO_2$ diminuée
D. $PaCO_2$ augmentée
E. pH normal ou augmenté

67. *La lésion structurelle initiale dans la néphropathie diabétique est représentée par:

A. Glomérulosclérose avancée
B. Apparition de matériel hyalin
C. Épaississement de la membrane basale glomérulaire
D. Croissants
E. Glomérulosclérose nodulaire (lésion de Kimmelstiel-Wilson)

68. *Le traitement de la néphropathie diabétique consiste en:
A. Début d'une immunosuppression
B. Corticothérapie
C. Corticothérapie + immunosuppression
D. Contrôle glycémique strict
E. Azathioprine

69. *La majorité des patients atteints de glomérulopathie membraneuse idiopathique présentent le type suivant d'auto-anticorps:
A. Anticorps antinucléaires
B. Anticorps anti-Sm
C. Anticorps anti-membrane basale glomérulaire
D. ANCA
E. PLA_2R

70. *Le type suivant de glomérulonéphrite rapidement progressive (GNRP) présente un modèle d'immunofluorescence négatif:
A. Vascularites systémiques associées à ANCA
B. GNRP médiée par complexes immuns idiopathiques
C. Néphropathie à IgA
D. GN mésangiocapillaire
E. Syndrome de Goodpasture

71. *Les principales cellules impliquées dans le syndrome néphrotique sont:
A. Cellules endothéliales
B. Podocytes
C. Acantocytes
D. Cellules mésangiales
E. Myofibroblastes

72. *Les lésions de Kimmelstiel-Wilson sont caractéristiques de la classe suivante de néphropathie diabétique (selon la classification de la Société de Pathologie Rénale – Renal Pathology Society):
A. III

B. IIa
C. IIb
D. I
E. Ib

73. *Le syndrome néphrotique se caractérise par les éléments suivants, à l'exception de:
A. Hypoalbuminémie
B. Œdèmes
C. Dyslipidémie
D. Protéinurie > 3,5 g/jour
E. Protéinurie < 3,5 g/jour

74. *Selon la classification de la Société de Pathologie Rénale, la classe IIb de la néphropathie diabétique présente:
A. Expansion mésangiale légère
B. Lésion de Kimmelstiel-Wilson
C. Glomérulosclérose globale
D. Expansion mésangiale sévère
E. Épaississement isolé de la MBG

75. *Le croissant se définit comme:
A. Dépôts mésangiaux d'IgA1 polymériques
B. Épaississement de la MBG
C. Dépôt d'amiloride dans le mésangium
D. Dépôts éosinophiles dans le mésangium
E. Agrégat de macrophages et de cellules épithéliales dans l'espace de Bowman

76. *Concernant les types de GNRP, le modèle d'immunofluorescence négatif (GNRP pauci-immune) inclut:
A. Cryoglobulinémie
B. Vascularites systémiques associées aux ANCA
C. Lupus érythémateux systémique
D. Syndrome de Goodpasture
E. Syndrome d'Alport

77. *La positivité des anticorps PLA2R suggère:
A. Vascularite systémique ANCA positive
B. Glomérulonéphrite anti-MBG
C. Glomérulonéphrite membraneuse idiopathique
D. Néphropathie diabétique

E. Néphropathie associée au VIH

78. La barrière de filtration glomérulaire est composée de:
    A. Épithélium vasculaire
    B. Membrane basale glomérulaire
    C. Podocytes
    D. Endothélium fenestré
    E. Matrice mésangiale

79. Les éléments suivants font partie des quatre syndromes glomérulaires majeurs les plus fréquemment décrits:
    A. Syndrome néphrotique
    B. Syndrome polyurique
    C. Hématurie asymptomatique
    D. Tableaux mixtes néphritiques/néphrotiques
    E. Syndrome néphritique

80. Les glomérulopathies suivantes sont considérées comme associées au syndrome néphrotique:
    A. Néphropathie membraneuse
    B. Néphropathie diabétique
    C. Glomérulonéphrite aiguë
    D. Vascularite ANCA
    E. Néphropathie à lésions minimes

81. Les affirmations suivantes sont vraies concernant la glomérulosclérose focale et segmentaire:
    A. Le traitement de première intention chez l’adulte repose sur l’administration de cyclophosphamide, chlorambucil ou azathioprine
    B. La variante histologique classique de la FSGS implique la présence de segments sclérotiques disposés dans tout le glomérule
    C. La FSGS primitive se présente généralement par une protéinurie massive, une hématurie, une hypertension et une insuffisance rénale
    D. Elle ne récidive pas sur le rein greffé
    E. La prednisolone 0,5–2 mg/kg/jour est utilisée comme traitement chez la majorité des patients

82. Les causes suivantes sont considérées comme responsables de glomérulonéphrite membraneuse secondaire:
    A. Hépatite C

B. Cancers
C. Sarcoïdose
D. AINS
E. Diabète

83. Les affirmations suivantes concernant l'amylose sont vraies:
A. À l'imagerie, les reins sont de petite taille
B. En coloration au rouge Congo, les dépôts éosinophiles apparaissent roses
C. La macroglossie apparaît dans environ 10 % des cas d'amylose AL
D. L'atteinte cardiaque est fréquente dans l'amylose AA
E. Les amyloses familiales ont une transmission autosomique dominante

84. Le traitement de la glomérulopathie membraneuse comprend:
A. Administration de corticostéroïdes oraux seuls
B. Administration d'IEC à la dose maximale tolérée
C. Administration de chlorambucil (mois 2, 4, 6) en alternance avec prednisolone orale (mois 1, 3, 5)
D. L'administration de rituximab est efficace pour induire la rémission
E. Administration d'azathioprine pour induire la rémission

85. Les types suivants de GNRP correspondent au modèle linéaire en immunofluorescence:
A. GNRP médiée par complexes immuns idiopathiques
B. Syndrome de Goodpasture
C. Vascularites systémiques associées aux ANCA
D. GNRP médiée par des anticorps idiopathiques anti-MBG
E. Lupus érythémateux systémique

86. La néphrite aiguë se présente classiquement comme:
A. Protéinurie
B. Hypertension
C. Hématurie macroscopique ou microscopique avec cylindres érythrocytaires à la microscopie urinaire
D. Œdème
E. Leucocyturie

87. Les maladies suivantes sont fréquemment associées au syndrome néphritique aigu:
A. Lupus érythémateux systémique
B. Syndrome de Henoch-Schönlein
C. Glomérulosclérose focale et segmentaire
D. Glomérulonéphrite post-streptococcique

E. Néphropathie diabétique

88. Les affirmations suivantes concernant la néphropathie à IgA sont fausses:
    A. Elle survient plus fréquemment chez les enfants et les jeunes hommes
    B. La majorité des cas présentent un syndrome néphrotique sévère
    C. L'amygdalectomie peut réduire la protéinurie et l'hématurie chez les patients souffrant d'amygdalite récidivante
    D. Le traitement consiste en l'administration de corticostéroïdes oraux
    E. L'administration d'IEC ou d'ARA est interdite

89. Le tableau clinique du syndrome d'Alport comprend:
    A. Hématurie
    B. Protéinurie < 1–2 g/jour
    C. Purpura
    D. Surdité neurosensorielle
    E. Maladie rénale progressive

90. Les vascularites suivantes sont considérées comme des vascularites des petits vaisseaux touchant les reins:
    A. Artérite de Takayasu
    B. Granulomatose avec polyangéite
    C. Granulomatose éosinophilique avec polyangéite
    D. Polyangéite microscopique
    E. Maladie de Kawasaki

91. Le traitement de la glomérulonéphrite anti-MBG implique:
    A. Échanges plasmatiques pour éliminer les anticorps anti-MBG circulants
    B. Cyclophosphamide pour supprimer la synthèse supplémentaire des anticorps
    C. Mycophénolate mofétil pour induire la rémission
    D. Corticostéroïdes pour supprimer l'inflammation causée par les anticorps déjà déposés dans les tissus
    E. Inhibiteurs des SGLT2

92. Les affirmations suivantes concernant les vascularites des petits vaisseaux ANCA positives sont vraies:
    A. Cliniquement, elles peuvent se manifester par des éruptions purpuriques ou des ulcérations vasculitiques
    B. Les médicaments peuvent induire le plus souvent une vascularite associée aux MPO-ANCA
    C. Elles ne s'associent pas à une hémorragie pulmonaire

D. Les anticorps ANCA ne peuvent pas apparaître en même temps que les anticorps anti-MBG
E. L'histologie est la « norme de référence » pour le diagnostic et le pronostic

93. Le traitement de la forme fulminante des vascularites ANCA positives comprend:
A. Intensification de l'immunosuppression
B. Association de la plasmaphérèse
C. Réduction de la dose de prednisolone
D. Cyclosporine orale à doses maximales
E. Azathioprine pour une induction plus rapide de la rémission

94. Les affirmations suivantes concernant la GNMP de type 1 sont vraies:
A. Microscopiquement – aspect en « rayon de roue »
B. Peut survenir secondaire à une infection chronique (abcès, endocardite)
C. Chez les patients atteints de GNMP de type 1 idiopathique, sans atteinte rénale ni protéinurie, aucun traitement n'est administré
D. Est également appelée maladie à dépôts denses
E. Le taux sérique de C4 est diminué

95. Les caractéristiques rénales extraglomérulaires de la néphrite lupique incluent:
A. Néphrite tubulo-interstitielle
B. Taux de C3 diminués
C. Thrombose veineuse rénale
D. Sténose de l'artère rénale
E. Hémoptysie

96. Selon la classification de la néphrite lupique – Classe IV-NL diffuse – elle se caractérise par:
A. >90 % des glomérules sclérotiques
B. Progression vers un syndrome néphrotique, une hypertension et une insuffisance rénale
C. >50 % des glomérules avec des lésions segmentaires et globales
D. Évolution bénigne
E. Forme de présentation la plus fréquente et la plus sévère

97. Les affirmations suivantes concernant le traitement de la néphrite lupique sont considérées comme vraies:
A. La néphrite lupique de classe V ne nécessite pas de traitement spécifique
B. Les corticoïdes et les fortes doses de cyclophosphamide en perfusion intraveineuse ou le MMF peuvent être utilisés comme traitement d'induction

C. Le MMF ou l'azathioprine sont utilisés dans le traitement d'entretien de la rémission
D. La néphrite lupique mésangiale minime nécessite un traitement immunosuppresseur
E. Le rituximab n'est pas utile dans les formes sévères de néphrite lupique réfractaire

98. Les caractéristiques cliniques systémiques de la maladie rénale cryoglobulinémique sont:
A. Arthralgies
B. Phénomènes de Raynaud
C. Polyneuropathie
D. Syndrome d'Alport
E. Purpura

99. Les affirmations suivantes concernant la glomérulonéphrite anti-MBG sont vraies:
A. 2/3 des patients atteints du syndrome de Goodpasture présentent une hémorragie pulmonaire associée
B. Les Ac anti-MBG ne sont pas présents dans le sérum des patients
C. Le pronostic est directement lié au degré d'atteinte glomérulaire au début du traitement
D. L'aspect typique du syndrome de Goodpasture en immunofluorescence est donné par la présence de dépôts linéaires d'anticorps anti-MBG
E. Les corticostéroïdes oraux ne sont pas utilisés dans le traitement

100. La néphroprotection est assurée par:
A. Maintien d'une TA < 130/80 mmHg
B. Maintien d'une protéinurie > 1 g/24 h
C. Administration de statines
D. Administration d'un anticoagulant
E. Arrêt du tabac

101. Le tableau clinique caractéristique du syndrome de Henoch-Schönlein comprend:
A. Coliques abdominales
B. GN
C. Neuropathie périphérique
D. Douleurs articulaires
E. Érythème malaire

102. Une protéinurie transitoire peut apparaître dans:
A. États fébriles
B. Insuffisance cardiaque congestive
C. Syndrome de Goodpasture
D. Maladies infectieuses

E. Syndrome d'Alport

103. Les éléments suivants sont inclus sous le terme de gammapathie monoclonale de signification rénale:
   A. Amylodose AL
   B. Néphropathie lupique
   C. GN cryoglobulinémique
   D. Syndrome de Henoch-Schönlein
   E. GN fibrillaire

104. La néphrite lupique – classe IV – se caractérise par:
   A. Progression vers un syndrome néphrotique
   B. Dépôts sous-épithéliaux présents
   C. Atteinte de < 50 % des glomérules
   D. C'est la forme la plus fréquente de néphropathie lupique
   E. C'est une atteinte rénale légère

105. Les affirmations suivantes concernant le traitement de la néphrite lupique sont vraies:
   A. La néphrite lupique de type I nécessite un traitement par stéroïdes
   B. La ciclosporine peut être utilisée en traitement d'entretien de la rémission
   C. Le rituximab peut être utile dans les néphrites lupiques réfractaires sévères
   D. Le cyclophosphamide est utilisé comme traitement d'induction dans le type II
   E. La biopsie et l'histologie rénale orientent la thérapie

106. La vascularite à immunoglobuline A (syndrome de Henoch-Schönlein) comprend:
   A. Odynophagie
   B. Éruption cutanée caractéristique
   C. Douleurs articulaires
   D. Glomérulonéphrite
   E. Coliques abdominales

107. Les éléments suivants sont inclus sous le terme de gammapathie monoclonale de signification rénale:
   A. Amylodose AL
   B. Néphropathie membraneuse idiopathique
   C. Néphropathie à C3 avec paraprotéinémie
   D. Néphrite lupique types III, IV
   E. Néphrite lupique scléreuse avancée

108. Un soupçon clinique d'une cause non diabétique de néphropathie peut être soulevé par:

A. Un antécédent atypique
B. Absence de rétinopathie diabétique
C. Hématurie
D. Albuminurie
E. Protéinurie de type néphrotique

109. Les mesures thérapeutiques de néphroprotection dans la néphropathie diabétique comprennent:
A. Atteindre une pression artérielle cible < 140/90 mmHg
B. Objectif de protéinurie < 0,3 g/24 h
C. Objectif d'HbA1c < 6 %
D. Réalisation de 6 séances de plasmaphérèse
E. Contrôle de la dyslipidémie

110. Les médicaments suivants peuvent induire une vascularite associée aux MPO-ANCA:
A. Propylthiouracile
B. Minocycline
C. Héparine non fractionnée
D. Hydroxychloroquine
E. Cyclophosphamide

111. *Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent parfois induire le type suivant de glomérulopathie associé à une néphropathie tubulo-interstitielle:
A. Glomérulosclérose focale et segmentaire
B. Glomérulopathie à lésions minimes
C. Glomérulonéphrite membrano-proliférative
D. Glomérulonéphrite rapidement progressive
E. Néphropathie à IgA

112. *Les maladies systémiques suivantes peuvent causer une néphrite tubulo-interstitielle chronique:
A. Hyperoxalurie
B. Hyperuricémie
C. Hyperkaliémie
D. Sarcoïdose
E. Néphropathie de reflux

113. Les affirmations suivantes concernant la néphrite tubulo-interstitielle (NTI) aiguë d'origine infectieuse sont vraies:
A. La NTI peut compliquer des infections systémiques virales

B. La NTI ne peut pas compliquer des infections systémiques bactériennes
C. La NTI ne peut pas compliquer des infections systémiques virales
D. Le traitement implique l'éradication de l'infection
E. Chez les patients transplantés, le protocole d'immunosuppression doit être ajusté

114. Les causes métaboliques de la néphrite tubulo-interstitielle chronique incluent:
A. Drépanocytose
B. Hypouricémie
C. Drépanocytose
D. Néphrocalcinose
E. Hyperoxalurie

115. Le tableau clinique de la néphropathie aux analgésiques peut inclure:
A. Hématurie
B. Infections des voies urinaires
C. Obstruction des voies urinaires
D. Ulcérations
E. Érysipèle

116. Le traitement de la néphropathie aux analgésiques comprend:
A. Utilisation d'une alternative analgésique ou antipyrétique, comme le diclofénac sodique
B. Éviction des AINS
C. Initiation d'un traitement par fébuxostat
D. Ralentissement de la progression de la maladie
E. Initiation de bolus de cyclophosphamide

117. *Selon la classification KDIGO (2012) de la maladie rénale chronique, un débit de filtration glomérulaire de 33 ml/min/1,73 m² correspond au stade suivant:
A. G2
B. G3a
C. G3b
D. G4
E. G5

118. *La cible d'hémoglobine chez les patients atteints d'anémie secondaire à une maladie rénale chronique se situe entre:
A. 80–100 g/l
B. 100–120 g/l
C. 120–140 g/l

D. > 140 g/l
E. 90–100 g/l

119. *Le principal mécanisme de l’anémie dans la maladie rénale chronique est représenté par:
A. Pertes gastro-intestinales
B. Déficit en vitamine B12
C. Déficit en folates
D. Déficit en érythropoïétine
E. Hémolyse

120. *Pour le traitement dialytique en urgence, l’abord vasculaire suivant est utilisé:
A. Cathéter veineux central tunélisé
B. Fistule artério-veineuse radio-céphalique
C. Fistule artério-veineuse brachio-céphalique
D. Cathéter veineux central temporaire
E. Greffe synthétique artério-veineuse

121. *Pour la correction de l’acidose métabolique dans la maladie rénale chronique, on administrera:
A. Paricalcitol
B. Bicarbonate de sodium
C. Chlorure de potassium
D. Érythropoïétine
E. Chelateurs de phosphate

122. *Un patient atteint de maladie rénale chronique, DFG 28 ml/min, rapport albumine/créatinine urinaire de 25 mg/mmol est au stade:
A. G3aA3
B. G3bA1
C. G4A2
D. G5A1
E. G3bA1

123. *La cible d’hémoglobine sérique chez les patients atteints de MRC:
A. Est supérieure à 120 g/L
B. Est comprise entre 100–120 g/L
C. Est atteinte uniquement par transfusions
D. Est atteinte uniquement par l’administration d’agents stimulant l’érythropoïèse
E. Est atteinte uniquement par l’administration de fer

124. *Chez les patients atteints de MRC, il est recommandé d'éviter l'administration de:
   A. Fer intraveineux
   B. Anti-inflammatoires non stéroïdiens
   C. Agents calcimimétiques
   D. Chelateurs intestinaux du phosphore
   E. Agents stimulant l'érythropoïèse

125. *C'est une complication tardive de la transplantation rénale:
   A. Nécrose tubulaire aiguë
   B. Occlusion de l'anastomose veineuse
   C. Rejet aigu
   D. Sténose de l'anastomose artérielle
   E. Troubles lymphoprolifératifs

126. Les anomalies suivantes apparaissent dans le trouble minéral et osseux associé à la maladie rénale chronique:
   A. Anomalies du calcium
   B. Anomalies du potassium
   C. Anomalies du phosphore
   D. Anomalies de la PTH
   E. Anomalies du sodium

127. Les agents calcimimétiques utilisés dans la maladie rénale chronique ont les propriétés suivantes:
   A. Sont utilisés dans le traitement de l'hyperkaliémie
   B. Suppriment le taux de PTH
   C. Préviennent la malnutrition protéino-énergétique chez les patients atteints de maladie rénale chronique
   D. Jouent un rôle dans la réduction du produit phosphocalcique
   E. Favorisent les calcifications vasculaires

128. Le prurit chez les patients atteints de maladie rénale chronique est dû à:
   A. Hyperkaliémie
   B. Déficit en érythropoïétine
   C. Accumulation de déchets azotés résultant du catabolisme des protéines
   D. Hyperparathyroïdie
   E. Acidose métabolique

129. Pour réduire le phosphore chez les patients atteints de maladie rénale chronique, on applique les mesures suivantes:
   A. Glucose tamponné à l'insuline
   B. Diurétiques thiazidiques
   C. Chelateurs intestinaux du phosphore
   D. Restriction diététique
   E. Bicarbonate de sodium administré par voie intraveineuse

130. Les médicaments suivants doivent être évités chez les patients atteints de maladie rénale chronique en raison de leur néphrotoxicité:
   A. Céphalosporines de 3e et 4e génération
   B. Bloqueurs des canaux calciques
   C. Furosémide
   D. Anti-inflammatoires non stéroïdiens
   E. Gentamicine

131. Selon la classification KDIGO (2012) de la maladie rénale chronique, les patients sont stadifiés en fonction de:
   A. La clairance estimée du débit de filtration glomérulaire
   B. Le poids corporel
   C. L'albuminurie
   D. L'indice cheville-bras
   E. Le taux d'excrétion de l'urée

132. Les maladies vasculaires suivantes sont impliquées dans l'étiologie de la maladie rénale chronique:
   A. Néphropathie endémique des Balkans
   B. Lithiase rénale
   C. Néphrosclérose hypertensive
   D. Maladie rénovasculaire
   E. Vascularites des petits et moyens vaisseaux

133. Le traitement du trouble minéral et osseux associé à la maladie rénale chronique a pour objectif les modifications biochimiques suivantes:
   A. Réduction du phosphore sérique
   B. Contrôle de la PTH
   C. Réduction du potassium sérique
   D. Obtention d'un taux de calcium sérique normal
   E. Diminution de la créatinine sérique

134. Les anomalies endocriniennes suivantes peuvent être observées chez les patients atteints de maladie rénale chronique:
   A. Hyperprolactinémie
   B. Aménorrhée
   C. Augmentation du taux sérique de testostérone
   D. Diminution de la spermatogenèse
   E. Anomalies complexes de la sécrétion et de l'action de l'hormone de croissance

135. Les affirmations suivantes concernant la péricardite urémique sont vraies:
   A. Apparaît dès les stades précoces (G1 et G2) de la maladie rénale chronique
   B. Présente un risque de tamponnade péricardique
   C. Peut représenter un signe d'une dialyse inefficace
   D. Est un signe d'urémie sévère
   E. Peut régresser avec une dialyse intensive

136. Les facteurs de risque conduisant au développement de la calciphylaxie chez les patients atteints de maladie rénale chronique sont:
   A. Niveau faible de phosphore sérique
   B. Hyperparathyroïdie
   C. Utilisation de la warfarine
   D. Utilisation des calcimimétiques
   E. Niveau élevé de potassium sérique

137. Les affirmations suivantes concernant le syndrome de déséquilibre de dialyse sont vraies:
   A. Apparaît fréquemment chez les patients sous dialyse péritonéale
   B. Apparaît lorsque le taux d'élimination de l'urée pendant les séances de dialyse est trop rapide
   C. Apparaît lorsque des séances d'hémodialyse de courte durée sont réalisées
   D. Peut être évité par une correction progressive de l'urémie à l'aide de séances courtes d'hémodialyse
   E. Peut provoquer un œdème cérébral

138. Les immunosuppresseurs suivants font partie de la classe des inhibiteurs de la calcineurine:
   A. Prednisone
   B. Azathioprine
   C. Ciclosporine
   D. Tacrolimus
   E. Daclizumab

139. Les médicaments utilisés dans la maladie rénale chronique ayant pour rôle de diminuer le taux sérique de PTH sont:
   A. Alfacalcidol
   B. Paricalcitol
   C. Prednisone
   D. Cinacalcet
   E. Bloqueurs des canaux calciques

140. Les maladies glomérulaires suivantes peuvent conduire à une maladie rénale chronique:
   A. Maladie polykystique rénale
   B. Amylodose
   C. Néphropathie de reflux
   D. Glomérulosclérose focale
   E. Néphrocalcinose

141. Les complications de l'abord vasculaire chez les patients en hémodialyse chronique sont représentées par:
   A. Mauvais fonctionnement du cathéter veineux central
   B. Thrombose de la fistule artério-veineuse
   C. Péritonite bactérienne spontanée
   D. Hémorragie au niveau de l'abord vasculaire
   E. Ostéolyse

142. La dialyse péritonéale peut entraîner les complications suivantes:
   A. Péritonite sclérosante
   B. Péritonite bactérienne
   C. Infection de l'orifice de sortie du cathéter
   D. Infection du tunnel sous-cutané (tunnelite)
   E. Thrombose de la fistule artério-veineuse

143. Les inhibiteurs de la calcineurine, utilisés chez les patients transplantés rénaux, peuvent entraîner les effets indésirables suivants:
   A. Néphrotoxicité
   B. Déplétion sévère des lymphocytes B
   C. Hypertension artérielle
   D. Hyperparathyroïdie primaire
   E. Amylodose rénale

144. Le rejet aigu chez les patients transplantés rénaux est caractérisé par:

A. Apparition d'une altération de la fonction rénale dans les 3 premiers mois
B. Apparaît le plus souvent chez les patients atteints de polykystose rénale
C. La biopsie rénale est utile car elle peut confirmer le diagnostic et également mettre en évidence la sévérité et le type de rejet
D. Le rejet cellulaire peut répondre à de fortes doses de corticostéroïdes administrés par voie intraveineuse
E. Apparaît généralement après 10 ans d'évolution de la maladie

145. Les complications précoces pouvant survenir chez les patients transplantés rénaux sont représentées par:
A. Tumeurs malignes dues au traitement immunosuppresseur
B. Rejet aigu
C. Occlusion ou sténose de l'anastomose artérielle
D. Occlusion de l'anastomose veineuse
E. Ostéoporose

146. Les affirmations suivantes concernant les anomalies métaboliques apparaissant chez les patients atteints de maladie rénale chronique sont vraies:
A. L'urate est retenu à mesure que le taux de filtration glomérulaire diminue
B. Les besoins en insuline chez les patients diabétiques augmentent à mesure que la maladie rénale chronique progresse
C. La colchicine peut être utilisée lors des crises aiguës de goutte
D. De faibles doses d'allopurinol sont efficaces pour prévenir les crises de goutte
E. Des anomalies du métabolisme lipidique peuvent apparaître

147. Les facteurs de risque de développement de la calciphylaxie chez les patients atteints de maladie rénale chronique sont:
A. Hyperparathyroïdie
B. Traitement par érythropoïétine
C. Taux élevé de phosphore sérique
D. Traitement par chélateurs de phosphate
E. Goutte

148. Les affirmations suivantes concernant l'anémie dans la maladie rénale chronique sont vraies:
A. Le principal mécanisme est le déficit en érythropoïétine
B. L'anémie est généralement hypochrome et microcytaire
C. Le traitement de l'anémie repose sur des agents stimulants de l'érythropoïèse humaine synthétiques
D. La cible d'hémoglobine chez les patients sous traitement doit dépasser 120 g/l

E. L’hémodialyse peut entraîner un certain degré d’hémolyse pouvant conduire à une anémie

149. Les complications tardives pouvant survenir chez les patients transplantés rénaux sont:
A. Maladies lymphoprolifératives
B. Rejet aigu
C. Ostéoporose
D. Récidive de la maladie rénale initiale
E. Maladies cardiovasculaires

150. Les affirmations suivantes concernant la stadification de la maladie rénale chronique sont vraies:
A. La maladie rénale chronique comporte 4 stades
B. Le stade G3 correspond à un débit de filtration glomérulaire inférieur à 15 ml/min/1,73 m²
C. Les patients sont stadifiés à la fois en fonction du débit de filtration glomérulaire et de l’albuminurie
D. Le stade G3b correspond à un débit de filtration glomérulaire compris entre 30–44 ml/min/1,73 m²
E. Le stade G2 correspond à un débit de filtration glomérulaire compris entre 60–89 ml/min/1,73 m²

RÉPONSES CHAP. V - NÉPHROLOGIE

1	E
2	B
3	A
4	A
5	D
6	C
7	B
8	A
9	D
10	C
11	C
12	E
13	B, C, D
14	A, D
15	A, C, D, E
16	A, B, C, D
17	A, B, C, E
18	A, B, C, D
19	A, C, D
20	B, E
21	A, C, D
22	A, B, C
23	A, D
24	B, D, E
25	C, D, E
26	A, B, D, E
27	A, B, D
28	B, C, D, E
29	D, E
30	A, B, E
31	A, B, C, D
32	A, D
33	A, B, C, D
34	A, B, D
35	C, D
36	A, B, C
37	C, D
38	A, B, E
39	A, B, D, E
40	A, D, E
41	A, B
42	B, C, E
43	B, C, D, E
44	A, B
45	C, D, E
46	C, D, E
47	A, B, D
48	C
49	D
50	C
51	D
52	A
53	A, B, D
54	A, B, D, E
55	A, B, C, D
56	A, C, D
57	B, C, E
58	A, B, E
59	A, C
60	A, B, C, E
61	C, D, E
62	B, D
63	B, D, E
64	A, C
65	B, D
66	A, C, E
67	C
68	D
69	E
70	A
71	B
72	A
73	E
74	D
75	E
76	B
77	C
78	B, C, D
79	A, C, D, E
80	A, B, E
81	B, C, E
82	A, B, C, D
83	B, C, E
84	B, C, D
85	B, D
86	A, B, C, D
87	A, B, D
88	B, D, E
89	A, B, D, E
90	B, C, D
91	A, B, D
92	A, B, E
93	A, B
94	B, C
95	A, C, D
96	B, C, E
97	B, C
98	A, B, C, E
99	A, C, D
100	A, C, E
101	A, B, D
102	A, B, D
103	A, C, E
104	A, D
105	B, C, E
106	B, C, D, E
107	A, C
108	A, B, C
109	B, E
110	A, B
111	B
112	D
113	A, D, E
114	D, E
115	A, B, C
116	B, D
117	C
118	B
119	D
120	D
121	B
122	C
123	B
124	B
125	E
126	A, C, D
127	B, D
128	C, D
129	C, D
130	D, E
131	A, C
132	C, D, E
133	A, B, D
134	A, B, D, E
135	B, C, D, E
136	B, C
137	B, D, E
138	C, D
139	A, B, D
140	B, D
141	A, B, D
142	A, B, C, D
143	A, C
144	A, C, D
145	B, C, D
146	A, C, D, E
147	A, C
148	A, C, E
149	A, C, D, E
150	C, D, E

CHAP. VI - PNEUMOLOGIE

1. *Les symptômes de l’asthme bronchique n’incluent pas:
   A. Respiration sifflante
   B. Sensation de constriction thoracique
   C. Orthopnée
   D. Dyspnée
   E. Toux

2. *L'asthme peut être classé selon:
   A. Ses facteurs déclenchants
   B. Âge au debut
   C. Sous-type inflammatoire
   D. Réponse au traitement
   E. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes.

3. *Le stade thérapeutique 2 de l'asthme bronchique comprend:
   A. Thérapie d'appoint, initiale
   B. Corticostéroïde inhalé à faible dose (CSI)
   C. Doses moyennes de corticostéroïdes inhalés (CSI)
   D. Antagonistes des récepteurs des leucotriènes
   E. β2-agoniste action prolongée (LAB)

4. *La déclaration fausse concernant le traitement par corticostéroïdes inhalés chez les patients souffrant d'asthme bronchique est la suivante:
   A. Tous les patients qui présentent des symptômes réguliers persistants (même légers) nécessitent un traitement chronique par corticostéroïdes inhalés
   B. Le dipropionate de béclométhasone (BDP) est le corticostéroïde inhalé le plus utilisé
   C. Les doses de béclométhasone sont de 50, 100, 200 et 250 µg/bouffée
   D. D'autres corticostéroïdes inhalés comprennent le formotérol et le salmétérol
   E. La dose de corticostéroïde inhalé doit être réduite à un niveau inférieur une fois l'asthme contrôlé

5. Choisissez les affirmations correctes concernant l’asthme bronchique:
   A. L'obstruction diffuse des voies aériennes est irréversible spontanément ou avec un traitement
   B. Présente une hyperréactivité bronchique (BHR) à une large gamme de stimuli
   C. L'inflammation bronchique est causée par les lymphocytes T, les mastocytes et les éosinophiles
   D. L’inflammation bronchique est associée à un œdème, à une hypertrophie des cellules musculaires lisses et à la formation de bouchons muqueux.

E. Dans l’asthme de longue durée, l’inflammation peut s’accompagner d’une obstruction bronchique diffuse irréversible.

6. Les déclencheurs de l’asthme bronchique peuvent être:
   A. Sensibilisants professionnels
   B. Pollution de l'air et particules, vapeurs et fumées irritantes
   C. Émotions et alimentation
   D. Médicaments: statines et antibiotiques
   E. Facteurs génétiques

7. Le contrôle des facteurs externes dans le traitement de l’asthme bronchique implique:
   A. Si des déclencheurs allergènes spécifiques sont identifiés, ils doivent être évités autant que possible.
   B. L'immunothérapie sublinguale (ITSL) aux acariens n'est pas recommandée chez les enfants.
   C. Le tabagisme actif et passif doit être évité
   D. Les médicaments inhibiteurs de la cyclooxygénase-2 (COX-2) doivent être évités
   E. Environ un tiers des personnes sensibilisées aux agents professionnels pourraient être guéries si elles évitaient définitivement l’exposition.

8. Symptômes de l’asthme bronchique:
   A. Ils sont épisodiques
   B. Ne s'aggrave pas la nuit, surtout en cas d'asthme non contrôlé
   C. La toux est un symptôme courant (parfois prédominant, surtout chez les enfants)
   D. Les épisodes d’asthme varient considérablement en fréquence et en durée
   E. Il existe un nombre limité de déclencheurs d’épisodes d’asthme.

9. Traitement d'essai par corticoïdes oraux chez un patient suspecté d'asthme bronchique:
   A. Cible les patients présentant une obstruction bronchique diffuse légère
   B. Consiste à administrer 30 mg de prednisone par voie orale par jour pendant 2 semaines, avec mesure de la fonction pulmonaire avant et immédiatement après le traitement
   C. La réversibilité de l'obstruction bronchique est documentée par une amélioration substantielle du VEMS (> 15 %) et prédit une réponse favorable aux corticostéroïdes inhalés.
   D. La durée du traitement est de 6 semaines de corticostéroïdes oraux, qui peuvent être arrêtés sans réduction progressive de la dose
   E. Chez les patients présentant une réponse favorable, les corticostéroïdes oraux doivent être remplacés par des corticostéroïdes inhalés

10. Les patients présentant une exacerbation sévère de l’asthme présentent les caractéristiques suivantes:

A. Fréquence respiratoire ≤ 25 respirations/min
B. Tachycardie ≥ 110 battements/min
C. Absence de pouls paradoxal
D. DEP de 33 à 50 % de la valeur prédite ou de la meilleure valeur maximale individuelle
E. Incapacité à terminer une phrase en un seul souffle.

11. Les études fonctionnelles pulmonaires dans l'asthme bronchique sont caractérisées par:
    A. Les mesures du débit expiratoire de pointe (DEP) prises au réveil, avant un bronchodilatateur, avant le coucher et après un bronchodilatateur sont utiles pour démontrer la variabilité de la limitation du débit d'air.
    B. La variation diurne du DEP est un bon indicateur de l'activité de l'asthme et est utile dans l'évaluation à long terme de la maladie et de sa réponse au traitement.
    C. La spirométrie est utile, notamment pour évaluer la réversibilité de l'obstruction des voies respiratoires
    D. Le diagnostic de l'asthme peut être posé en démontrant une augmentation de plus de 20 % du VEMS à la spirométrie après l'administration d'un bronchodilatateur.
    E. Le test de diffusion du monoxyde de carbone (CO) n'a pas de valeurs normales dans l'asthme

12. Sélectionnez les déclarations fausses concernant le traitement de l'exacerbation sévère de l'asthme à l'hôpital:
    A. Ne pas administrer d'oxygène à 40-60 %
    B. Répéter la nébulisation avec 5 mg de salbutamol ou 10 mg de terbutaline et administrer ensuite toutes les 12 heures
    C. Combiner 0,5 mg de bromure d'ipratropium par nébulisation avec du salbutamol/terbutaline.
    D. Administrer 200 mg d'hydrocortisone par voie intraveineuse.
    E. Continuer la prednisone orale à raison de 40 à 60 mg par jour pendant au moins 5 jours

13. Sélectionnez les declarations fausses sur les objectifs du traitement de l'asthme bronchique:
    A. Éliminer les symptômes
    B. Rétablir une fonction pulmonaire normale ou optimale
    C. Risque d'exacerbations graves
    D. Permet la croissance normale des enfants
    E. Augmentation de l'absentéisme à l'école ou au travail

14. Traitement de l'asthme:
    A. L'asthme doit être autogéré par le patient, avec une surveillance régulière à l'aide d'un DEPmètre
    B. Le traitement anti-inflammatoire (de contrôle) ne doit pas être instauré dans les formes légères.

C. Les bronchodilatateurs à courte durée d'action (par exemple, le salbutamol et la terbutaline) ne doivent être utilisés que pour soulager les symptômes qui persistent.
D. L'utilisation croissante de médicaments bronchodilatateurs pour soulager des symptômes de plus en plus fréquents est un indicateur d'une progression favorable de la maladie
E. Il est administré par étapes thérapeutiques

15. Les médicaments de secours/médicaments de contrôle à action prolongée comprennent:
A. Agonistes β2 inhalés (par exemple, salbutamol, terbutaline)
B. Agonistes β2 inhalés à action prolongée (par exemple, salmétérol, formotérol)
C. Corticostéroïdes inhalés (par exemple, béclométhasone, budésonide, fluticasone)
D. Combinaisons d'agonistes β2 à action prolongée et de corticostéroïdes inhalés (par exemple, salmétérol et fluticasone)
E. Corticostéroïdes oraux (par exemple, prednisone 40 mg par jour)

16. Les caractéristiques qui indiquent une exacerbation très grave mettant la vie en danger sont:
A. Augmentation de la PaO2 > 85 mmHg
B. Augmentation de la PaCO2 > 45 mmHg
C. Hypoxémie sévère: PO2<60 mmHg, malgré l'oxygénothérapie
D. Un pH artériel faible ou en baisse
E. Gas du sang dans les paramètres normaux

17. *Le taux moyen de déclin de la fonction pulmonaire chez les patients atteints de BPCO est:
A. 100 mL/an
B. 20 mL/an
C. 80 mL/an
D. 40-50 mL/an
E. 30 mL/an

18. *Infections respiratoires chez les patients atteints de BPCO:
A. Provoque rarement des épisodes d'exacerbation de la maladie
B. Ils sont certainement responsables de l'obstruction progressive des voies respiratoires
C. Un traitement antibiotique rapide et une vaccination contre la grippe et le pneumocoque sont recommandés.
D. Toutes les affirmations ci-dessus sont correctes.
E. Aucune des affirmations ci-dessus n'est correcte.

19. *Lequel des médicaments suivants n'appartient pas à la classe des bronchodilatateurs:
A. Salbutamol
B. Tiotropium
C. Roflumilast
D. Anticholinergiques à action prolongée

E. Théophylline

20. *Concernant la ventilation non invasive à domicile, l'affirmation suivante est fausse:
    A. Elle est généralement utilisé la nuit
    B. Fournit une pression négative à différents niveaux d'inspiration et d'expiration
    C. Améliore la qualité de vie
    D. Améliore la survie des patients qui l'utilisent
    E. Prolonge la survie des patients atteints de maladies neuromusculaires

21. Choisissez les affirmations correctes concernant la BPCO:
    A. Elle est caractérisée par une obstruction des voies respiratoires complètement réversible
    B. L'obstruction est généralement progressive
    C. Elle est associée à une réponse inflammatoire anormale des poumons aux particules et gaz nocifs
    D. L'inhalation de fumée résultant de la combustion de combustibles issus de la biomasse est le principal facteur étiologique dans les pays développés
    E. Il existe une prédisposition individuelle à contracter la maladie

22. Les biopsies endobronchiques de patients atteints de BPCO ont démontré la prédominance des types de cellules inflammatoires suivants:
    A. Basophiles
    B. Neutrophiles
    C. Réticulocytes
    D. Lymphocytes CD8+
    E. Mastocytes

23. L'emphysème peut être classé selon sa distribution en:
    A. Emphysème centro-acineux
    B. Emphysème pan-acineux
    C. Emphysème irrégulier
    D. Emphysème péri-acineux
    E. Emphysème para-acineux

24. Le tableau clinique de la BPCO comprend:
    A. Toux chronique
    B. Hémoptysie
    C. Expectoration séro-muqueuse
    D. Dyspnée
    E. Douleur thoracique

25. Les effets systémiques de la BPCO comprennent:

A. Hypertension artérielle
B. Insuffisance rénale
C. Dépression
D. Ostéoporose
E. Insuffisance cardiaque droite

26. L'examen objectif du patient atteint de BPCO peut révéler:
A. Hippocratisme numérique
B. Pectus excavatum
C. Polypnée et expiration prolongée
D. Mouvement ample des côtes
E. Utilisation des muscles respiratoires accessoires

27. Le diagnostic de BPCO repose sur l'histoire de:
A. Dyspnée
B. Toux sèche
C. Fumer
D. Toux productive
E. Coup de couteau à la poitrine

28. Dans la BPCO, les tests de la fonction pulmonaire montrent:
A. Restriction diffuse des voies respiratoires
B. Obstruction diffuse des voies respiratoires
C. Facteur de transfert normal du CO
D. Obstruction réversible (variation du VEMS > 12 %)
E. Faible rapport VEMS/CVF

29. Les affirmations suivantes concernant le traitement de la BPCO sont vraies:
A. L'arrêt du tabac est recommandé
B. La vaccination antipneumococcique est contre-indiquée
C. Seuls les bronchodilatateurs à courte durée d'action sont utilisés
D. L'utilisation d'anticholinergiques à action prolongée prévient la baisse du VEMS
E. Les préparations de théophylline à action prolongée offrent peu d'avantages dans la BPCO

30. Les recommandations pour l'utilisation de l'oxygénothérapie à domicile comprennent:
A. BPCO avec PaO2 > 55 mmHg (7,3 kPa) lorsque le patient est cliniquement stable
B. BPCO associée à une polyglobulie secondaire, une hypoxémie nocturne, un œdème périphérique, une hypertension pulmonaire, avec une PaO2 comprise entre 55 et 60 mmHg

C. Pneumonie diffuse avec PaO2 > 60 mmHg (8 kPa) et patients présentant une dyspnée invalidante et PaO2 < 60 mmHg (8 kPa)
D. Cancer du poumon avec dyspnée invalidante
E. Présence d'apnée obstructive du sommeil malgré une thérapie par pression positive continue des voies aériennes, après évaluation par un specialist

31. Les affirmations suivantes concernant les exacerbations de la BPCO sont vraies:
A. Ne peut être précipité que par des infections bactériennes
B. Les symptômes sont: dyspnée, bronchospasme aigu et toux
C. Ne peut provoquer qu'une insuffisance respiratoire de type II
D. Dans l'insuffisance respiratoire de type II, le niveau de PaCO2 est faible et le patient dépend du stimulus hypoxique
E. Chez les patients à risque d'hypercapnie, l'oxygénothérapie est ajustée pour maintenir la saturation dans la plage de 88 à 92 %.

32. En cas d'exacerbation de BPCO chez un patient avec pH < 7,35, PaO2 < 60 mmHg (8 kPa), PaCO2 > 49 mmHg (6,5 kPa):
A. L'oxygénothérapie est administrée pour maintenir la saturation cible dans la plage normale
B. Le traitement par nébulisations et corticostéroïdes va se poursuivre
C. La gazométrie du sang artériel sera répétée dans 15 à 20 minutes
D. Une oxygénothérapie est administrée pour maintenir la saturation cible – 88-92 %
E. Si le pH reste < 7,35 et la PaCO2 > 49 mmHg (6,5 kPa), envisager une ventilation non invasive

33. *Les complications locales de la pneumonie sont les suivantes, sauf:
A. Épanchement pleural
B. Empyème
C. Sepsis
D. Abcès pulmonaire
E. Pneumonie organisée

34. *La pneumonie à Legionella est caractérisée par les éléments suivants, sauf:
A. Lymphopénie sans leucocytose marquée
B. Hyponatrémie
C. Hypoalbuminémie
D. Taux élevés de transaminases sériques.
E. Leucocytose

35. *L'une des infections opportunistes les plus courantes rencontrées dans la pratique clinique est:

A. Streptococcus pneumoniae
B. Legionella
C. Mycoplasma
D. Pneumocystis jirovecii
E. Bactéries anaérobies

36. Les causes d’une pneumonie à résolution lente comprennent:
A. Traitement antimicrobien correct et complet
B. Pleurésie d' accompagnement
C. Thromboembolie pulmonaire
D. Absence de comorbidités
E. Bronchectasie

37. Dans le cas d'un patient atteint d'une pneumonie communautaire et d'un score CURB-65 = 2:
A. La mortalité est de 5 %
B. Aucun test microbiologique requis
C. Aucune hospitalisation requise
D. Des hémocultures sont recommandées.
E. L'hospitalisation est recommandée

38. Les causes d’un abcès pulmonaire sont:
A. Pneumonie communautaire traitée correctement
B. Pneumonie par aspiration
C. Pneumonie à Streptococcus pneumoniae
D. Emboles septiques contenant des staphylocoques
E. Aspiration de corps étranger

39. Le développement de l’empyème est associé à:
A. Complications telles que pachypleurite, hospitalisation prolongée, risque de décès
B. Épanchement exsudatif avec pH du liquide pleural < 7,2
C. Épanchement exsudatif avec pH du liquide pleural > 7,2
D. Fièvre persistante
E. Présence d'un épanchement exsudatif simple

40. Les micro-organismes impliqués dans la pneumonie nosocomiale sont:
A. Haemophilus influenzae
B. Bactéries Gram négatives (Pseudomonas spp., Escherichia spp., Klebsiella spp.)
C. Bactéries anaérobiques (Enterobacter spp.)
D. Staphylococcus aureus (y compris S. Aureus résistant à la méthicilline)
E. Acinetobacter spp.

41. Les affirmations suivantes concernant la pneumonie à Pneumocystis jirovecii sont vraies:
    A. C'est l'une des infections opportunistes les plus courantes rencontrées en pratique clinique
    B. Le traitement de première intention consiste en une dose élevée de cotrimoxazole
    C. Le traitement de première intention consiste en amoxicilline orale 500 mg x 3/jour
    D. L'aspect radiographique typique est celui d'opacités alvéolaires et interstitielles bilatérales diffuses
    E. Elle est associée à la formation d'une cavité visible sur la radiographie thoracique ou le scanner, souvent avec un niveau de liquide

42. Les affirmations suivantes concernant la pneumonie associée à la ventilation mécanique sont vraies:
    A. Se produit dans le cadre de la ventilation mécanique dans les unités de soins intensifs
    B. Elle est due à des agents pathogènes opportunistes (qui sont omniprésents dans l'environnement)
    C. Les micro-organismes Gram négatifs présentant une résistance multiple aux antibiotiques sont souvent responsables
    D. Elle est souvent due à des bactéries anaérobiques et peut évoluer vers un abcès pulmonaire
    E. Nécessite une sélection rigoureuse de l'antibiotique approprié en collaboration avec un microbiologiste clinicien

43. Pneumonie par aspiration:
    A. Conséquence de l'aspiration du contenu gastrique dans les poumons
    B. Implique le plus souvent le lobe supérieur
    C. Elle a une évolution favorable, souvent sans complications
    D. Peut évoluer vers un abcès pulmonaire ou une bronchectasie
    E. En cas de formes légères et modérées, on utilise l'amoxicilline/clavulanate.

44. *L'affirmation suivante concernant la tuberculose est fausse:
    A. Un tiers de la population mondiale est infectée
    B. La plupart des cas se trouvent en Europe
    C. L'incidence des cas multirésistants aux médicaments est en augmentation
    D. Elle est causée par Mycobacterium tuberculosis
    E. Associée à la co-infection par le VIH, elle constitue un fardeau sanitaire

45. *L'affirmation suivante concernant le diagnostic bactériologique de la tuberculose est fausse:
    A. Les échantillons doivent être traités dans les 24 premières heures
    B. La coloration à l'auramine-rhodamine est plus sensible (bien que moins spécifique) que la coloration de Ziehl-Nielsson
    C. La plupart des pays développés utilisent la culture mycobactérienne exclusivement sur des milieux solides

D. Le temps de croissance des mycobactéries tuberculeuses en culture sur milieu solide est de 3 à 8 semaines.
E. La culture permet de déterminer la sensibilité aux antibiotiques de la souche infectante

46. *La tuberculose multirésistante (TB-MR) est définie comme:
A. Résistance à la fois à la rifampicine et à l'isoniazide
B. Haute résistance à l'isoniazide et aux fluoroquinolones
C. Résistance élevée à la rifampicine, à l'isoniazide, aux fluoroquinolones et à au moins un médicament injectable tel que l'amikacine, la capréomycine ou la kanamycine
D. Résistance aux médicaments injectables tels que l'amikacine, la capréomycine ou la kanamycine
E. Résistance au pyrazinamide et à l'éthambutol

47. Mycobacterium tuberculosis présente les caractéristiques suivantes:
A. C'est un pathogène anaérobique
B. Elle se transmet par voie aérienne
C. Pour provoquer une infection, il faut inhaler un grand nombre de bactéries
D. Toutes les personnes infectées ne développent pas la maladie
E. On l’appelle « bacille acido-résistant »

48. Épidémie de tuberculose pulmonaire à Ghon:
A. Représente plusieurs cavernes apicales
B. Peut être visible sous forme de nodule calcifié
C. Représente initialement des lésions granulomateuses, avec du caséum et des cellules de Langhans
D. Peut contenir des bacilles dormants
E. Il ne se calcifie jamais

49. Pour confirmer la tuberculose pulmonaire, un examen bactériologique (microscopie et culture) peut être réalisé à partir de:
A. Expectorations (≥ deux échantillons diminuent le rendement diagnostique)
B. Expectorations (≥ deux échantillons augmentent le rendement diagnostique)
C. Expectorations induites
D. Liquide de lavage broncho-alvéolaire si la toux est productive et si l'induction d'expectorations est possible
E. Liquide de lavage broncho-alvéolaire si la toux est improductive et que l'induction des expectorations n'est pas possible

50. Les affirmations suivantes concernant la tuberculose ganglionnaire sont vraies:
A. Les ganglions lymphatiques sont la deuxième localisation la plus courante

B. Les ganglions lymphatiques intrathoraciques sont plus fréquemment touchés que les ganglions extrathoraciques
C. Se présente généralement par une adénopathie cervicale ou sus-claviculaire ferme et indolore
D. La zone périphérique du ganglion lymphatique devient nécrotique et peut se liquéfier
E. Le tégument sus-jacent est fréquemment induré

51. Confirmation du diagnostic de tuberculose cérébrale:
A. Nécessite une discussion sur le patient et l'imagerie au sein du comité multidisciplinaire de neurologie/neurochirurgie
B. Ne jamais envisager une biopsie cérébrale
C. Elle est soutenue par des niveaux très faibles de protéines dans le LCR
D. Il est soutenu par un glucose dans le LCR < ½ du glucose sanguin
E. Il présente une lymphocytose caractéristique du LCR.

52. Les principes suivants dans le traitement de la tuberculose sont corrects:
A. Les patients atteints de tuberculose sensible aux médicaments nécessitent 3 mois de traitement
B. L'isoniazide, la rifampicine, le pyrazinamide et l'éthambutol sont des médicaments antituberculeux de première intention
C. Dans la tuberculose du système nerveux central, la durée de traitement recommandée est d'au moins 12 mois
D. Les patients atteints de tuberculose sensible aux médicaments nécessitent un traitement d'au moins 9 mois
E. Tous les patients seront testés pour l’infection par le VIH et l’hépatite chronique avant de commencer le traitement.

53. Le traitement de l’infection tuberculeuse latente (ITL) peut être effectué avec:
A. Monothérapie à l'isoniazide pendant 3 mois
B. Rifampicine seule pendant 3 mois
C. Pyrazinamide et rifampicine pendant 3 mois
D. Monothérapie avec l'isoniazide pendant 6 mois
E. Isoniazide et rifampicine pendant 3 mois

54. Les tests cutanés à la tuberculine (TCT) faussement négatifs sont fréquents dans les cas suivants:
A. Patients présentant une immunosuppression due à une infection par le VIH (CD4+ < 200/mm3)
B. Patients sous traitements immunosuppresseurs (chimiothérapie, anti-TNF, corticoïdes)
C. Patients d'âges extrêmes
D. Patients présentant une réactivité croisée avec des mycobactéries non tuberculeuses

E. Patients atteints de tuberculose active

55. *Carcinome bronchopulmonaire épidermoïde:
A. Métastases précoces
B. Elle peut se manifester par des cavités avec nécrose centrale.
C. C'est un sous-type rarement trouvé en Europe
D. Se développe à partir de cellules glandulaires sécrétant du mucus
E. C'est fréquent chez les non-fumeurs

56. *La dyspnée dans les néoplasmes bronchopulmonaires:
A. Elle fait partie des manifestations extrapulmonaires non métastatiques du carcinome bronchique
B. Se produit uniquement chez les patients qui présentent également une BPCO associée à un néoplasme bronchopulmonaire
C. La présence d'une pleurésie n'influence pas le degré de dyspnée
D. Elle est déterminée par des ganglions médiastinaux ou une invasion tumorale directe entraînant une compression du nerf laryngé récurrent gauche
E. Elle est causée par des tumeurs centrales qui provoquent l'obstruction des grandes voies respiratoires, provoquant l'effondrement du poumon.

57. *Le mésothéliome:
A. C'est une tumeur bénigne originaire des cellules mésothéliales de la plèvre pariétale ou viscérale.
B. La manifestation la plus courante est la dyspnée.
C. Corrélation avec l'exposition à l'amiante
D. Le diagnostic repose sur les signes cliniques donnés par la présence de liquide pleural
E. La biopsie pleurale guidée par échographie ou biopsie pleurale VATS est réalisée exceptionnellement, afin d'établir le diagnostic lorsque la cytologie du liquide pleural n'est pas pertinente

58. *Le nodule pulmonaire solitaire:
A. C'est une opacité, d'un diamètre compris entre 3 et 4 cm
B. Le diagnostic différentiel est fait avec les métastases pulmonaires, les tumeurs bénignes, les granulomes
C. L'évaluation est réalisée par des méthodes d'imagerie telles que la radiographie thoracique
D. Le risque de malignité est déterminé en effectuant des tomodensitométries répétées à des intervalles prédéterminés.
E. Le risque de malignité est très élevé

59. *Le traitement du néoplasme bronchopulmonaire:

A. La radiothérapie à visée curative est le traitement de choix si la chirurgie n'est pas possible en raison de la taille de la tumeur
B. La radiothérapie par ablation stéréotaxique peut être utilisée chez les patients sans comorbidités cardiovasculaires ou respiratoires importantes
C. La chimiothérapie et la radiothérapie adjuvantes n'améliorent pas le taux de réponse médian dans le CBNPC
D. Une intervention chirurgicale à visée curative est réalisée au stade précoce du CBNPC (stades I, II et cas sélectionnés IIIA)
E. La thérapie au laser, la cryothérapie et les stents trachéobronchiques sont utilisés comme traitement curatif pour les patients atteints d'un cancer du poumon qui présentent un rétrécissement du diamètre trachéobronchique dû à une tumeur intraluminale ou à une compression extrinsèque.

60. Les facteurs environnementaux suivants sont impliqués dans la survenue du cancer bronchopulmonaire:
A. Maladies pulmonaires préexistantes
B. Exposition au radon
C. Produits pétroliers
D. Fibrose pulmonaire
E. Infection par le VIH

61. Les mutations activatrices du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) dans le cancer bronchopulmonaire sont:
A. Trouvé chez les fumeurs
B. Fréquent chez les hommes
C. On le retrouve fréquemment chez les jeunes
D. On le trouve fréquemment chez les non-fumeurs
E. Fréquent chez les femmes

62. Effets locaux du cancer bronchopulmonaire:
A. Une toux qui persiste pendant plus de 3 semaines est une indication pour une radiographie pulmonaire
B. La dyspnée est le symptôme le plus courant du cancer bronchopulmonaire
C. De grandes adénopathies médiastinales provoquent de fortes douleurs thoraciques
D. La respiration sifflante est monophonique lorsque la tumeur obstrue partiellement les voies respiratoires
E. L’hémoptysie se produit en raison d’un saignement provenant de la tumeur.

63. Le carcinome pulmonaire non-microcellulaire:
A. Il est sous-classé en carcinome épidermoïde, adénocarcinome et carcinome à petites cellules

B. Le carcinome à grandes cellules métastase tôt
C. L'adénocarcinome est le type de cancer le plus courant chez les fumeurs
D. Le carcinome épidermoïde métastase précocement
E. L'adénocarcinome provoque des métastases fréquentes dans la plèvre et les os.

64. Le carcinome bronchopulmonaire à petites cellules:
A. Son incidence est de 10 à 15 %
B. Il provient des cellules neuroendocrines
C. Il provient des cellules glandulaires sécrétant du mucus
D. Métastases tardives
E. Il se développe fréquemment de manière centrale.

65. Le cancer bronchopulmonaire métastase fréquemment vers:
A. Coeur
B. Glandes surrénales
C. Plèvre
D. Reins
E. Bones

66. Les manifestations neurologiques causées par le cancer bronchopulmonaire sont représentées par:
A. Dégénérescence cérébelleuse subaiguë
B. Acanthosis nigricans
C. Myélopathies
D. Coagulation intravasculaire disséminée
E. Syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique

67. Les manifestations extrapulmonaires non métastatiques du cancer bronchopulmonaire sont les suivantes:
A. Cutané - fréquemment rencontré
B. Métabolique - perte de poids, anorexie
C. Osseux - l'hippocratisme digital
D. Vasculaire et hématologique - anémie hémolytique, fatigue
E. Neurologique - polymyopathie, syndrome de myasthénie (syndrome de Lambert-Eaton)

68. Concernant les examens d'imagerie utilisés dans le diagnostic du cancer bronchopulmonaire, nous pouvons affirmer:
A. Une radiographie thoracique peut révéler des changements spécifiques
B. Le scanner montre l'éxtension de la maladie
C. La tomodensitométrie détermine avec précision la malignité des ganglions lymphatiques hypertrophiés

D. L'IRM est utile pour le diagnostic des tumeurs bronchopulmonaires primaires
E. Une radiographie pulmonaire simple révèle parfois des signes évidents de cancer du poumon

69. Traitement du cancer bronchopulmonaire:
A. Le traitement chirurgical est indiqué dans les stades avancés
B. La radiothérapie à visée curative a un rôle dans l'amélioration des symptômes
C. La chimiothérapie et la radiothérapie adjuvantes prolongent le taux de survie médian dans le cancer du poumon non à petites cellules
D. L'immunothérapie avec des inhibiteurs de PDL-1 offre une alternative thérapeutique pour des groupes spécifiques de patients
E. La douleur osseuse ne répond pas à la radiothérapie

70. Stadification TNM du cancer bronchopulmonaire:
A. Tx – la tumeur primaire ne peut pas être évaluée
B. N – définit la présence de métastases à distance
C. N0 – aucune métastase dans les ganglions lymphatiques régionaux
D. T4 – tumeur de plus de 7 cm
E. M1 – présence de métastases à distance

71. Tumeurs pulmonaires secondaires:
A. Elles sont identifiés sur un scanner thoracique
B. Elles sont rares
C. La tumeur primaire est généralement située dans la prostate, le sein, le tractus gastro-intestinal ou l'ovaire
D. Plusieurs métastases pulmonaires peuvent être retirées chirurgicalement
E. La radiographie thoracique détecte la présence de petites métastases

72. Les tumeurs carcinoïdes bronchiques:
A. Il s'agit généralement de tumeurs présentant un faible degré de malignité
B. Ils grandissent rapidement
C. Détermine la symptomatologie spécifique
D. Le traitement d'election n'est pas chirurgical.
E. L'aspect histologique peut varier des tumeurs typiques de bas grade aux tumeurs atypiques

73. L'obtention de résultats histologiques et cytologiques dans le cancer bronchopulmonaire se fait par:
A. Ponction – biopsie transbronchique guidée par échographie des lésions pulmonaires
B. Biopsie par ponction transthoracique guidée par tomodensitométrie des lésions pulmonaires

C. Bronchoscopie par fibre optique
D. Thoracentèse guidée par échographie
E. Biopsie ganglionnaire transthoracique guidée par échographie

RÉPONSES CHAP. VI – PNEUMOLOGIE

1	C
2	E
3	B
4	D
5	B, C, D, E
6	A, B, C
7	A, C, E
8	A, C, D
9	B, C, E
10	B, D, E
11	A, B, C
12	A, B
13	C, E
14	A, C, E
15	B, C, D
16	B, C, D
17	D
18	C
19	C
20	B
21	B, C, E
22	B, D
23	A, B, C
24	A, C, D
25	A, C, D, E
26	C, E
27	A, C, D
28	B, E
29	A, E
30	B, D, E
31	B, E
32	B, D, E
33	C
34	E
35	D
36	B, C, E
37	D, E
38	B, D, E
39	A, B, D
40	B, C, D, E
41	A, B, D
42	A, C, E
43	A, D, E
44	B
45	C
46	A
47	B, D, E
48	B, C, D
49	B, C, E
50	A, C, E
51	A, D, E
52	B, C, E
53	D, E
54	A, B, C, E
55	B
56	E
57	C
58	B
59	D
60	B, C
61	D, E
62	A, D, E
63	B, E
64	B, E
65	B, C, E
66	A, C
67	B, C, E
68	B, E
69	C, D
70	A, C, D, E
71	A, C
72	A, E
73	B, C, D, E

CHAP. VII - HÉMATOLOGIE

1. *Les tests suivants sont des tests diagnostiques pour évaluer l'anémie ferriprive, sauf:
   A. Ferritine sérique
   B. Numération globulaire complète
   C. Bêta 2 microglobuline
   D. Capacité totale de fixation du fer et fer sérique
   E. Frottis sanguin périphérique

2. *Quelles sont les formes de stockage du fer:
   A. Hémoglobine et sidérémie
   B. Ferritine et transferrine
   C. Myoglobine et CTLF
   D. Ferritine et hémosidérine
   E. CTLF et anémie ferriprive

3. *Les causes de l'anémie ferriprive sont les suivantes, sauf:
   A. Perte de sang
   B. Hépatomégalie
   C. Diminution de l'absorption (par exemple après une gastrectomie)
   D. Consommation réduite
   E. Demandes accrues (par exemple, grossesse)

4. *Dans l'anémie mégaloblastique, le frottis sanguin périphérique révèle de manière caractéristique:
   A. Érythrocytes dans le corps
   B. Érythrocytes dans la cible
   C. Blastes
   D. Macro-ovalocytes avec hypersegmentation du noyau neutrophile
   E. Lymphocytes atypiques

5. *La cause la plus fréquente de carence en vitamine B12 chez les adultes est:
   A. Anémie ferriprive
   B. Anémie pernicieuse
   C. Anémie aplasique
   D. Anémie réfractaire avec sidéroblastes en anneau
   E. Anémie hémolytique

6. *En règle générale, les examens de laboratoire dans l'anémie mégaloblastique révèlent:
   A. Augmentation du VEM, le plus souvent au-dessus de 96 fL

B. Leucocytose
C. Thrombocytose
D. Polyglobulia
E. Faible VEM, souvent inférieur à 96 fL

7. Quelles sont les causes les plus courantes d'échec du traitement au fer par voie orale:
A. Diagnostic erroné
B. Perte de sang continue
C. Adhésion au traitement médical
D. Manque de conformité
E. Carence en folate

8. Les caractéristiques cliniques connues de l'anémie ferriprive sont les suivantes:
A. Koilonychie
B. Érythrose faciale
C. Stomatite angulaire
D. Cheveux et ongles cassants
E. Fièvre

9. Le diagnostic différentiel de l'anémie microcytaire hypochrome comprend:
A. Lymphome de Hodgkin
B. Anémie des maladies chroniques
C. Choc septique
D. Thalassémie
E. Anémie sidéroblastique

10. Lesquelles des affirmations suivantes concernant la carence en fer sont vraies:
A. Le volume moyen des globules rouges est faible
B. Les récepteurs solubles de la transferrine sont augmentés
C. Présence de fer dans les érythroblastes
D. Le volume moyen des globules rouges est augmenté
E. Les récepteurs solubles de la transferrine sont normaux

11. Les caractéristiques des facteurs qui influencent l'absorption du fer comprennent:
A. Le fer non héminique est mieux absorbé que le fer héminique
B. L'acidité gastrique aide à maintenir le fer à l'état ferreux et soluble dans la partie supérieure de l'intestin
C. Le fer héminique est mieux absorbé que le fer non héminique

D. L'absorption du fer est augmentée dans le contexte de faibles réserves de fer et d'une activité érythropoïétique accrue (par exemple, saignement)
E. Le fer ferrique est mieux absorbé que le fer ferreux

12. Le diagnostic positif d'anémie ferriprive est établi sur la base de:
A. Numération globulaire complète et frottis sanguin
B. Test de Coombs direct
C. Bilirubine totale
D. Ferritine sérique
E. Électrophorèse de l'hémoglobine

13. Le frottis sanguin périphérique dans l'anémie ferriprive montre:
A. Macrocytose
B. Érythrocytes hyperchromes
C. Poïkilocytose
D. Variations dans les formes et les tailles des érythrocytes
E. Anisocytose

14. Les effets secondaires des préparations orales de fer dans l'anémie ferriprive sont représentés par:
A. Perte de poids
B. Diarrhée
C. Pollakiurie
D. Constipation
E. Nausées

15. Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'administration d'un traitement au fer sont vraies:
A. Le fer injectable est indiqué chez les patients présentant une intolérance aux préparations orales
B. Les réserves de fer sont reconstituées beaucoup plus rapidement après une administration orale qu'après une administration parentérale
C. L'administration parentérale est indiquée chez les patients présentant une malabsorption sévère
D. L'administration de fer par voie orale n'est pas interrompue lorsque du fer parentéral est administré.
E. Les préparations de fer sous forme injectable sont indiquées pour les patients atteints de maladies chroniques (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin)

16. Les causes pathologiques les plus courantes de macrocytose sans modifications mégaloblastiques sont:
    A. Consommation excessive d'alcool
    B. Maladies du foie
    C. Réticulocytose (secondaire à l'hémolyse)
    D. Hyperthyroïdie
    E. Rayonnements ionisants

17. Des changements mégaloblastiques se produisent dans:
    A. Carence en fer ou métabolisme anormal du fer
    B. Carence en vitamine B12 ou métabolisme anormal de la vitamine B12
    C. Carence en acide folique ou métabolisme anormal du folate
    D. Maladies du foie
    E. Réticulocytose (due à une hémolyse)

18. Anémie pernicieuse:
    A. C'est une maladie héréditaire
    B. C'est une maladie auto-immune
    C. Elle n’est pas associée à d’autres maladies auto-immunes
    D. Il existe une association avec d'autres maladies auto-immunes, en particulier les maladies thyroïdiennes, la maladie d'Addison et le vitiligo
    E. Elle se caractérise par une gastrite atrophique avec perte de cellules pariétales dans la muqueuse gastrique, et par conséquent par un échec de la production de facteurs intrinsèques et une malabsorption de la vitamine B12.

19. Les causes de carence en folate comprennent:
    A. Obésité
    B. Grossesse
    C. Pathologie gastro-intestinale (maladie cœliaque, maladie de Crohn)
    D. Véganisme
    E. Consommation d'alcool

20. Le tableau clinique de l’anémie mégaloblastique due à une carence en acide folique est caractérisé par:
    A. Le tableau clinique est souvent asymptomatique

B. Symptômes de l'anémie
C. Symptômes de la maladie causale, tels qu'une pathologie maligne avec un renouvellement cellulaire accru
D. Neuropathie
E. Paraplégie

21. Les caractéristiques cliniques spécifiques d'une carence sévère en vitamine B12 (< 60 ng/L ou 50 pmol/L) comprennent:
A. Polyneuropathie
B. Paresthésies symétriques des doigts et des orteils
C. Perte de poids
D. Démence, troubles psychiatriques, hallucinations
E. Sueurs nocturnes abondantes

22. Les anticorps spécifiques qui peuvent être présents dans l'anémie pernicieuse sont:
A. Anticorps anti-cellules pariétales gastriques
B. Anticorps anti-nucléocapside
C. Anticorps anti-facteur intrinsèque
D. Anticorps antiphospholipides
E. Anticorps anti-peptides cycliques citrullinés

23. Les causes de carence en vitamine B12 comprennent:
A. Régime végétarien
B. Gastrectomie
C. Anémie pernicieuse
D. Virus de l'hépatite C
E. Virus de l'hépatite virale B

24. La prise en charge de la carence en acide folique consiste à:
A. Administration quotidienne de 5 mg d'acide folique pendant une période d'environ 4 mois, pour reconstituer les réserves de folate dans l'organisme
B. Administration prophylactique chez les femmes qui planifient une grossesse ou en début de grossesse, pour réduire les anomalies du tube neural.
C. Administration prophylactique chez les femmes ménopausées
D. Administration continue d'acide folique pour le reste de votre vie
E. Administration prophylactique chez les patients atteints de pathologies hématologiques chroniques, où le renouvellement cellulaire est accru

25. *Les anémies hémolytiques auto-immunes sont des maladies:
    A. Acquis à la suite d'une destruction accrue des érythrocytes, due à la formation d'auto-anticorps érythrocytaires
    B. Acquise à la suite d'une diminution de la destruction des érythrocytes, due à la formation d'autoanticorps érythrocytaires
    C. Congénitale
    D. Acquis à la suite d'une destruction accrue des érythrocytes, due à la formation d'alloanticorps érythrocytaires
    E. Acquis à la suite d'une diminution de la destruction des érythrocytes, due à la formation d'alloanticorps érythrocytaires

26. *L'hémolyse intravasculaire (lyse des érythrocytes dans la circulation sanguine) est causée par:
    A. Anticorps érythrocytaires IgM ou IgG, qui activent la cascade du complément
    B. Anticorps IgA ou IgD anti-globules rouges
    C. Anticorps plaquettaires
    D. Anticorps anti-leucocytaires
    E. Anticorps érythrocytaires IgM, IgG, IgA et IgD

27. *Dans l'anémie hémolytique auto-immune avec anticorps chauds, les anticorps se lient aux antigènes à la surface des globules rouges à une température de:
    A. 0° C
    B. 15°C
    C. 25° C
    D. 37°C
    E. Tout ce qui précède.

28. Le tableau clinique associé à l'anémie hémolytique auto-immune avec anticorps « chauds » peut inclure:
    A. Jaunisse
    B. Splénomégalie
    C. Glossite
    D. Constipation
    E. Infections.

29. Le diagnostic en laboratoire de l'anémie hémolytique auto-immune avec anticorps « chauds » comprend les investigations suivantes:
    A. Test direct à l'antiglobuline positif
    B. Scanner abdominal qui doit être réalisé pour détecter un éventuel lymphome abdominal

C. Urée faible
D. Créatinine faible
E. Folate

30. Pour le diagnostic définitif de l'anémie hémolytique auto-immune avec anticorps « chauds », en plus des tests de laboratoire habituels, des tests spécifiques sont également nécessaires, tels que:
A. Ponction rénale
B. Radiographie pulmonaire
C. Test direct à l'antiglobuline (test de Coombs direct)
D. Tomographie abdominale
E. Sphérocytose

31. L'anémie hémolytique auto-immune peut être classée comme suit:
A. Anémie hémolytique auto-immune avec anticorps chauds
B. Anémie hémolytique immunitaire iatrogène
C. Maladie hémolytique du nouveau-né
D. Anémie hémolytique auto-immune avec anticorps anti-froid
E. Anémie hémolytique auto-immune mixte

32. Anémie hémolytique à anticorps chauds:
A. Elle est plus fréquente chez les femmes d’âge moyen
B. Elle peut être caractérisée par la survenue de courts épisodes d’anémie et d’ictère
C. On le trouve uniquement chez les hommes
D. Elle est plus fréquente chez les enfants
E. Elle peut être caractérisée par la liaison d'anticorps aux antigènes de surface des érythrocytes à une température de 10°

33. Les causes de l’anémie hémolytique auto-immune avec anticorps chauds secondaires à une pathologie associée comprennent:
A. Insuffisance rénale
B. Carcinomes
C. Diabète sucré
D. Maladies rhumatismales
E. Maladies lymphoprolifératives

34. Le traitement de l’anémie hémolytique auto-immune avec des anticorps chauds comprend:
    A. Diurétiques
    B. Corticostéroïdes
    C. Splénectomie
    D. Anticorps monoclonaux anti-CD20 (Rituximab)
    E. Protecteur hépatique

35. La maladie chronique d'hémagglutination « froide » est caractérisée par:
    A. Production d'agglutinines froides IgM monoclonales
    B. Après exposition à de basses températures, le patient développe une acrocyanose
    C. Le test direct à l'antiglobuline est positif uniquement pour le complément (C3d)
    D. Le test direct à l'antiglobuline est positif pour les IgG
    E. Le test direct à l'antiglobuline est négatif pour le complément (C3d)

36. Les affirmations suivantes concernant l’hémoglobinurie paroxystique froide sont vraies:
    A. C'est une pathologie fréquemment rencontrée
    B. Elle est associée à des infections bactériennes à l’âge adulte
    C. Elle est associée à des infections infantiles courantes telles que la rougeole, les oreillons et la varicelle.
    D. La réaction lytique est démontrée in vitro par le test de Donath-Landsteiner
    E. Des anticorps biphasiques sont présents, réagissant avec les globules rouges froids dans la circulation périphérique, la lyse se produisant lors du retour des cellules dans la circulation centrale.

37. L'anémie hémolytique immune iatrogène est:
    A. Très courant
    B. Très rare
    C. Confirmé par l'association temporelle entre l'administration du médicament et la survenue d'une anémie hémolytique
    D. Toujours mortel
    E. Aucune des réponses ci-dessus

38. L'anémie hémolytique allo-immune est:

A. Trouvé dans l'hémolyse due aux transfusions sanguines
B. Défini comme la réaction des anticorps d'un individu aux érythrocytes d'un autre individu
C. Défini comme la réaction des anticorps d'un individu aux érythrocytes du même individu
D. Fréquemment rencontré dans les syndromes lymphoprolifératifs
E. Trouvé dans les pathologies rhumatismales (LED, maladies rhumatologiques, etc.)

39. Le tableau clinique de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne est caractérisé par:
A. Hémolyse intravasculaire
B. Hémolyse extravasculaire
C. Thrombose veineuse
D. Hémoglobinurie (mictions nocturnes et premières urines du matin)
E. Hémoptysie

RÉPONSES CHAP. VII - HÉMATOLOGIE

1	C
2	D
3	B
4	D
5	B
6	A
7	A, B, D
8	A, C, D
9	B, D, E
10	A, B
11	B, C, D
12	A, D
13	C, D, E
14	B, D, E
15	A, C, E
16	A, B, C
17	B, C
18	B, D, E
19	B, C, E
20	A, B, C
21	A, B, D
22	A, C
23	A, B, C
24	A, B, E
25	A
26	A
27	D
28	A, B
29	A, B
30	C, D, E
31	A, D, E
32	A, B
33	B, D, E
34	B, C, D
35	A, B, C
36	C, D, E
37	B, C
38	A, B
39	A, C, D

CHAP. VIII - NEUROLOGIE

1. Le coma est défini comme suit:
   A. Un état d'insensibilité du patient
   B. Un état de conscience avec absence de réponse aux stimuli externes
   C. Un état de confusion caractérisé principalement par un manque d'attention, généralement accompagné de troubles du comportement, cognitifs et de l'attention
   D. Des accès de sommeil paroxystiques soudains survenant dans des situations inappropriées
   E. Une altération du fonctionnement du système réticulaire ascendant induit le coma

2. Le coma survient dans les circonstances suivantes:
   A. Lésions du tronc cérébral
   B. Un processus expansif au niveau supratentoriel avec un effet compressif sur le tronc cérébral
   C. Lésions corticales diffuses
   D. Un diabète sucré avec un contrôle glycémique adéquat
   E. Un accident vasculaire ischémique au niveau des noyaux de la base

3. Les points suivants s'appliquent à l'évolution et au pronostic des états comateux:
   A. Les causes métaboliques ont une bonne influence Pronostic lorsque le problème causal peut être corrigé
   B. 7 % des patients comateux suite à un AVC guérissent
   C. 11 % des patients présentant des lésions cérébrales hypoxiques ischémiques après un arrêt cardiaque guérissent
   D. 70 % des patients comateux suite à un AVC guérissent
   E. L'état végétatif (EV) est une conséquence d'une lésion corticale diffuse

4. Chez un patient inconscient, la surveillance de la fonction cérébrale comprend:
   A. La surveillance de la taille des pupilles et de leur réaction à la lumière
   B. La divergence des axes oculaires indique une lésion du tronc cérébral
   C. La divergence des axes oculaires indique une lésion du lobe frontal
   D. Une lésion du lobe frontal entraîne une déviation conjuguée des globes oculaires vers la lésion et vers les membres paralysés
   E. Des yeux en « ping-pong » peuvent également être observés dans le coma profond en raison de lésions corticales étendues

5. Quelles sont les affirmations correctes concernant l'état végétatif ?
   A. Les fonctions du tronc cérébral sont intactes.
   B. Le patient en état végétatif peut présenter des mouvements en réponse à une voix particulière.

C. La fonction respiratoire n'est pas préservée.
D. Le patient en état végétatif ne présente aucun signe de conscience ni de réponse aux stimuli environnementaux, à l'exception de quelques mouvements réflexes.
E. Les mouvements verticaux volontaires des globes oculaires ou le clignement des yeux sont intacts.

6. Les principes suivants sont inclus dans le traitement du coma:
   A. L'hydratation est assurée exclusivement par perfusion.
   B. Nutrition: par sonde nasogastrique ou gastrostomie percutanée (GEP).
   C. Prévention des escarres.
   D. Nécessite une attention particulière aux voies respiratoires.
   E. Hygiène bucco-dentaire: aspiration de la cavité buccale.

7. Les troubles cérébraux diffus pouvant entraîner un coma comprennent:
   A. Hémorragie ou infarctus du tronc cérébral.
   B. État de mal épileptique.
   C. Insuffisance rénale respiratoire avec rétention de CO2.
   D. Hyposodémie.
   E. Encéphalite.

8. Signes de La latéralisation comprend:
   A. Asymétrie faciale: salivation ou larmes du côté déficient
   B. Asymétrie des réflexes ostéotendineux
   C. Réflexe cutané plan en extension - bilatéral
   D. Réponse asymétrique aux stimuli douloureux
   E. Hypotonie généralisée

9. *Appartiennent aux réflexes du tronc cérébral, sauf:
   A. Réflexe cornéen
   B. Réflexe de vomissement
   C. Réflexe vestibulo-oculaire
   D. Réflexe cutané plantaire
   E. Réflexe de l’œil de poupée

10. *L’examen neurologique du patient comateux comprend les éléments suivants, sauf:
   A. Prise de température
   B. Évaluation selon l’échelle de Glasgow
   C. Évaluation du fond d’œil
   D. Évaluation des réflexes du tronc cérébral
   E. Évaluation des mouvements du globe oculaire

11. *Les pathologies qui simulent un coma comprennent:
    A. Syndrome d'enfermement
    B. Acidose métabolique sévère
    C. Lésion cérébrale hypoxique-ischémique due à un arrêt cardiaque
    D. Syndrome de Wernicke-Korsakoff
    E. Insuffisance respiratoire avec rétention de CO2

12. *Les énoncés suivants peuvent être formulés à propos de l'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA):
    A. Son début est progressif, l'amplitude maximale de la céphalée étant atteinte en environ 10 minutes
    B. Elle se caractérise par l'apparition d'une raideur de la nuque et la présence du signe de Kernig
    C. La spécificité de la TDM pour détecter une HSA est de 95 % dans les 24 heures suivant son apparition
    D. La ponction lombaire est obligatoire dans les 12 heures
    E. La méningite bactérienne aiguë et l'endocardite sont des causes fréquentes d'HSA

13. *Hématome sous-dural aigu:
    A. Il s'agit d'une accumulation de sang dans l'espace sous-dural suite à la rupture d'un Veine
    B. Accumulation de sang dans l'espace sous-dural suite à la rupture d'une artère.
    C. Fréquente chez les personnes âgées et les patients sous traitement anticoagulant.
    D. Elle provoque une hémiparésie ou un déficit sensitif controlatéral et une dilatation pupillaire ipsilatérale.
    E. La séquence Flair en IRM est plus sensible pour détecter les hématomes de petite taille, en raison de la présence de méthémoglobine.

14. *Un accident vasculaire cérébral (AVC) se caractérise par:
    A. Un syndrome de déficit neurologique focal d'apparition soudaine, causé par une ischémie ou une hémorragie cérébrale, rétinienne ou spinale.
    B. Un syndrome de dysfonctionnement neurologique focal d'apparition soudaine, causé par une ischémie cérébrale ou rétinienne.
    C. Présence de symptômes pendant 24 heures maximum.
    D. Incidence accrue chez les populations afro-américaine et caucasienne.
    E. Thrombose dans les sinus veineux cérébraux, au niveau rétinien ou spinal.

15. *Le contrôle des facteurs de risque suivants montre une corrélation majeure avec Risque réduit d'accident vasculaire cérébral hémorragique:

A. Hypertension
B. Tabagisme
C. Alcool
D. Obésité
E. Mode de vie

16. *Les principales causes d'embolie cérébrale sont:
A. Thrombus cardiaques chez les patients atteints d'infarctus du myocarde
B. Végétations dans l'endocardite infectieuse
C. Plaques d'athérosclérose dans la crosse aortique
D. Polyglobulie
E. Toutes les réponses ci-dessus

17. *Les symptômes suivants font partie des caractéristiques cliniques de l'accident ischémique transitoire (AIT) du territoire carotidien, à l'exception de:
A. Amaurose fugace
B. Diplopie
C. Hémiparésie
D. Aphasie
E. Hémianopsie

18. *Le diagnostic différentiel de l'accident ischémique transitoire (AIT) est établi avec:
A. Migraine avec aura
B. Épilepsie focale
C. Angiopathie amyloïde cérébrale
D. Processus expansifs intracrâniens
E. Toutes les réponses ci-dessus

19. *Les symptômes suivants font partie du tableau clinique du syndrome bulbaire latéral, sauf:
A. Syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral
B. Vertiges
C. Dysphagie
D. Hémihypoesthésie homolatérale
E. Hémihypoesthésie controlatérale

20. Les causes les plus fréquentes d’accident vasculaire cérébral ischémique sont:
A. Athéromatose de la partie proximale des artères carotides internes
B. Athéromatose intracrânienne
C. Embolie graisseuse, pontage aorto-coronaire
D. Embolie artério-artérielle

E. Thrombose d’une plaque athéroscléreuse ulcérée

21. Le contrôle des facteurs de risque suivants présente une corrélation modérée avec la réduction du risque d’accident vasculaire cérébral ischémique:
    A. Tabagisme
    B. Alcool
    C. Cholestérol
    D. Apnée du sommeil
    E. Sténose carotidienne sévère

22. Les facteurs suivants Les affirmations concernant l'accident ischémique transitoire (AIT) sont vraies:
    A. Il n'est pas caractérisé par une zone d'infarctus mise en évidence par imagerie.
    B. L'hémiparésie et l'aphasie sont les manifestations les plus fréquentes.
    C. Un score ABCD2 > 4 est associé à un risque accru d'AVC la semaine suivante.
    D. Un score ABCD2 < 4 est associé à une diminution du risque d'AVC les deux premiers jours.
    E. Les examens pratiqués comprennent une échographie Doppler carotidienne, un Holter-ECG, une IRM cérébrale ou une angioscanner.

23. Les symptômes suivants font partie du tableau clinique d'une occlusion complète de l'artère cérébrale moyenne (ACM):
    A. Hémiparésie ipsilatérale.
    B. Parésie faciale centrale controlatérale.
    C. Parésie faciale périphérique.
    D. Déviation oculo-céphalogérique vers le côté de la lésion.
    E. Aphasie dans les lésions de l'hémisphère dominant.

24. Les affirmations suivantes sont fausses, sauf:
    A. Les infarctus dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure (ACA) entraînent une hémiparésie à prédominance crurale.
    B. Les infarctus dans le territoire des artères perforantes lenticulostriées entraînent une hémiplégie controlatérale.
    C. Les infarctus dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne superficielle droite (ACM) entraînent une hémiparésie droite à prédominance facio-brachiale et une aphasie.
    D. Les infarctus dans le territoire de l'ACM droite entraînent une hémiparésie gauche controlatérale à prédominance facio-brachiale, une négligence visuelle et un déni du handicap.
    E. Les infarctus dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure (ACP) entraînent un hémisyndrome moteur, sensitif ou sensori-moteur controlatéral.

25. Les infarctus du territoire postérieur (vertébro-basilaire) peuvent provoquer:
    A. Une hémiparésie ou une tétraparésie en affectant le faisceau corticospinal
    B. Un coma ou une altération de la conscience en affectant la formation réticulaire
    C. Des troubles sensoriels du visage en affectant le lemnisque médial et le faisceau spinothalamique
    D. Un syndrome de Claude Bernard-Horner en affectant les fibres parasympathiques cervicales
    E. Une diplopie en affectant le nerf optique

26. Les affirmations suivantes sont vraies:
    A. Le syndrome de Balint est causé par une ischémie de la région frontière irriguée par l'artère cérébrale moyenne (ACM) et l'artère cérébrale postérieure (ACP)
    B. La maladie de Binswanger associe démence, AIT et AVC chez les patients hypotendus
    C. Les infarctus lacunaires sont souvent asymptomatiques et de petite taille, < 1,5 cm3
    D. Le syndrome d'Anton survient en cas d'ACP unilatérale Lésions
    E. Les infarctus limites ne peuvent survenir en raison d'une sténose sévère au niveau proximal des artères carotides.

27. Les examens suivants sont essentiels en pathologie vasculaire:
    A. Échographie Doppler dans les 24 premières heures.
    B. IRM cérébrale, séquence pondérée en diffusion (IPD).
    C. IRM cérébrale, séquence de perfusion (IPP).
    D. Hémoleucogramme, glycémie et coagulogramme.
    E. TDM cérébrale en phase aiguë, pour mettre en évidence l'infarctus.

28. Thrombolyse:
    A. Réduit la surface de l'infarctus cérébral.
    B. A une fenêtre thérapeutique de 4,5 heures.
    C. 20 % de la dose totale doit être administrée par voie intraveineuse en bolus, en moins d'une minute.
    D. Réalisée avec des activateurs tissulaires du plasminogène (altéplase).
    E. Réalisée avec des activateurs tissulaires du plasminogène. (Ténectéplase)

29. Les critères d'éligibilité suivants sont requis pour l'instauration d'une thrombolyse intraveineuse, sauf:
    A. L'imagerie exclut une hémorragie
    B. Les symptômes d'AVC s'améliorent rapidement
    C. Une pression artérielle systolique persistante < 185, une pression diastolique < 110 mmHg ou ne nécessitant pas de traitement antihypertenseur agressif

D. Une pression artérielle systolique persistante > 185, une pression diastolique > 10 mmHg ou ne nécessitant pas de traitement antihypertenseur agressif
E. Diagnostic clinique d'AVC ischémique

30. Les critères d'exclusion suivants sont requis pour l'instauration d'une thrombolyse intraveineuse:
A. Plaquettes < 100 000/mm3
B. Antécédents d'hémorragie intracrânienne
C. Persistance d'un déficit neurologique
D. INR < 1,7
E. Âge du patient

31. Les éléments suivants font partie de la prévention secondaire de l'AVC:
A. Traitement antiplaquettaire
B. Craniectomie décompressive
C. Traitement hypolipémiant
D. Traitement antihypertenseur
E. Traitement anticoagulant

32. Les énoncés suivants peuvent être formulés concernant le traitement antiplaquettaire:
A. Ils sont instaurés en cas d’accident vasculaire cérébral ischémique cardio-embolique
B. Ils sont instaurés à fortes doses (300 mg d’aspirine)
C. Ils sont instaurés à fortes doses (300 mg de clopidogrel)
D. Ils sont administrés si la thrombolyse est contre-indiquée
E. Ils sont administrés avant la réalisation d’une imagerie cérébrale

33. Les énoncés suivants peuvent être formulés concernant le traitement anticoagulant, sauf:
A. Ils sont instaurés en cas d’accident vasculaire cérébral hémorragique
B. Ils sont administrés en cas d’accident vasculaire cérébral ischémique cardio-embolique, chez les patients présentant une fibrillation auriculaire dès le début des symptômes
C. Ils sont administrés dans les 24 heures suivant la thrombolyse
D. Ils sont administrés en cas de thrombose veineuse cérébrale
E. La warfarine présente un risque hémorragique plus faible que les anticoagulants oraux directs

34. Réadaptation neurologique après un L'AVC implique:
A. L'initiation d'une kinésithérapie dans les premières semaines suivant l'AVC afin de prévenir la spasticité.
B. L'isolement social du patient.
C. La pose de barres de maintien à domicile.

D. L'ergothérapie.
E. La pose de sondes nasogastriques ou de gastrostomie chez les patients aphasiques.

35. Les affirmations suivantes concernant les sténoses carotidiennes sont fausses:
A. Les sténoses carotidiennes symptomatiques modérées sont associées à un risque accru de récidive d'AVC si le patient a subi un AIT.
B. L'endartériectomie est pratiquée chez les patients présentant des sténoses symptomatiques > 70 %, dans les deux semaines suivant l'AVC.
C. Le risque de développer un AVC après la pose d'un stent est plus faible qu'avec l'alternative chirurgicale.
D. Les sténoses < 70 % nécessitent la pose d'un stent.
E. L'occlusion carotidienne nécessite toujours une endartériectomie.

36. Parmi les patients victimes d'un AVC:
A. 10 % décèdent dans les 2 ans.
B. Les victimes d'un AVC hémorragique ont une mortalité précoce plus élevée que celles d'un AVC ischémique.
C. 30 à 40 % survivent 3 ans.
D. La plupart présentent des handicaps nécessitant des soins en institution.
E. Le pronostic des personnes hémiplégiques est sombre.

37. Les causes possibles de thrombose veineuse cérébrale sont:
A. Grossesse.
B. Hypercoagulabilité.
C. Maladies malignes.
D. Migraine.
E. Déshydratation.

38. L'étiologie de l'hémorragie intracérébrale comprend:
A. Hypertension.
B. Angiopathie amyloïde cérébrale.
C. Malformations artérioveineuses.
D. Tabagisme.
E. Diabète sucré.

39. Les causes secondaires d'hémorragie intracérébrale comprennent:
A. Cavernomes.
B. Anévrismes.
C. Thrombose veineuse durale
D. Malformations artérioveineuses

E. Tabagisme

40. *Les hémorragies intracérébrales causées par l'hypertension artérielle sont localisées préférentiellement dans:
A. Les méninges
B. Les leptoméninges
C. L'espace sous-arachnoïdien
D. La moelle épinière
E. Les noyaux de la base

41. *L'hémorragie sous-arachnoïdienne correspond à:
A. Une accumulation de sang dans les hémisphères cérébraux
B. Une accumulation de sang dans l'espace sous-dural
C. Un saignement artériel spontané dans l'espace sous-arachnoïdien
D. Une accumulation de sang dans le tronc cérébral
E. Un saignement spontané au niveau d'une tumeur

42. Le traitement de l'AVC hémorragique est:
A. Il n'existe aucun traitement pour l'AVC hémorragique
B. Médical
C. Chirurgical
D. Un traitement anticoagulant est administré
E. Un contrôle de la pression artérielle n'est pas nécessaire

43. Les causes d'une hémorragie sous-arachnoïdienne sont:
A. Fibrillation auriculaire
B. Sténose carotidienne
C. Anévrisme sacculaire
D. Malformations artérioveineuses
E. Infections bactériennes

44. Les signes cliniques d'une hémorragie sous-arachnoïdienne sont:
A. Se manifeste généralement par des céphalées très intenses
B. Les céphalées sont d'apparition brutale
C. Les céphalées sont généralement suivies de vomissements et d'un coma
D. L'œdème papillaire et l'hémorragie rétinienne peuvent ne pas survenir
E. La raideur de la nuque n'est pas observée

45. Les examens complémentaires chez le patient présentant une hémorragie sous-arachnoïdienne comprennent:

A. Électroencéphalogramme
B. Vitesses de conduction nerveuse
C. Angiographie par cathétérisme
D. Angiographie par tomodensitométrie
E. Imagerie par tomodensitométrie

46. Les complications d'une hémorragie sous-arachnoïdienne sont:
A. Embolie artérielle
B. Occlusion de l'artère cérébrale postérieure
C. Hydrocéphalie
D. Spasme artériel
E. Malformations artérioveineuses

47. L'hématome sous-dural se caractérise par:
A. Une accumulation de sang dans l'espace sous-dural.
B. Il survient généralement après un traumatisme.
C. Céphalées, somnolence et confusion ne sont pas Fréquent
D. Aucun déficit focal ne peut survenir
E. Aucune crise d'épilepsie ne peut survenir

48. L'hémorragie extradurale est caractérisée par:
A. Une rupture d'une branche de l'artère méningée moyenne
B. Une intervention neurochirurgicale d'urgence est nécessaire
C. Une imagerie par tomodensitométrie ou IRM est nécessaire
D. Aucun examen d'imagerie n'est nécessaire
E. Il n'existe aucun traitement pour cette pathologie

49. Les affirmations suivantes concernant la thrombose veineuse cérébrale sont correctes:
A. Un traumatisme crânien ne peut en être la cause
B. Elle est généralement associée à un facteur prothrombotique
C. Le traitement initial repose sur l'héparine
D. Une infection des sinus paranasaux ne peut être présente
E. Les anticonvulsivants ne sont pas administrés

50. Le traitement immédiat d'une suspicion de méningite à méningocoque dès le premier contact, avant toute autre investigation, comprend:
A. Vancomycine
B. Céphalosporine de troisième génération
C. Dexaméthasone, avec ou avant la première dose d'antibiotique
D. Aspirine

E. Quinolones

51. Le syndrome méningé comprend:
A. Céphalées
B. Aphasie
C. Raideur de la nuque
D. Mouvements choréiques
E. Ataxie

52. Les agents pathogènes pouvant causer une méningite chronique comprennent:
A. Virus de la grippe de type A
B. Cryptococcus
C. Treponema pallidum
D. Bacille de Koch
E. Rage

53. Les modifications typiques du liquide céphalorachidien en cas de méningite bactérienne comprennent:
A. Liquide céphalorachidien clair
B. Absence de polynucléaires
C. Protéines: 0,5-2,0 g/L
D. Glycémie: < ½ glycémie
E. Monocytes: 100-300/mm3

54. Les signes cliniques courants de l'encéphalite comprennent:
A. Fièvre
B. Changements de personnalité et de comportement
C. Aphasie (en particulier dans l'encéphalite herpétique)
D. Tabétique Ataxie
E. Troubles sensitifs des membres, de distribution distale, bilatéraux

55. Le diagnostic différentiel de la méningite aiguë comprend:
A. Accident vasculaire cérébral ischémique
B. Hémorragie sous-arachnoïdienne
C. Migraine
D. Myasthénie grave
E. Syndrome de Guillain-Barré

56. *Un patient atteint d'un syndrome méningé présente le résultat suivant à l'examen du liquide céphalorachidien: aspect limpide, 80 monocytes/mm3, absence de polynucléaires, protéinémie à 0,5 g/l, glycémie > ½ glycémie. Le résultat suggère:
A. Méningite bactérienne
B. Méningite virale
C. Méningite tuberculeuse
D. Abcès cérébral
E. Le liquide céphalorachidien ne présente aucune altération pathologique

57. *Chez un patient atteint de méningite aiguë à Haemophilus, traitement par:
A. Céphalosporines de première génération (par exemple, céfazoline)
B. Fluoroquinolones (par exemple, ciprofloxacine)
C. Céphalosporines de troisième génération (par exemple, céfotaxime)
D. Acyclovir
E. Immunoglobulines intraveineuses

RÉPONSES CHAP. VIII - NEUROLOGIE

1	A, E
2	A, B, C
3	A, B, C, E
4	A, B, E
5	A, D
6	B, C, D, E
7	B, C, D, E
8	A, B, C, D
9	D
10	A
11	A
12	B
13	A
14	A
15	A
16	E
17	B
18	E
19	D
20	A, B, D, E
21	B, C, D
22	A, B, E
23	B, D, E
24	A, B, D
25	A, B
26	A, C
27	A, B, D
28	A, B, D
29	B, C, D
30	A, B
31	C, D
32	B, D
33	A, B, C, E
34	A, C, D
35	A, C, D, E
36	B, C, E
37	A, B, C, E
38	A, B, C
39	A, B, C, D
40	E
41	C
42	B, C
43	C, D
44	A, B, C
45	C, D, E
46	C, D
47	A, B
48	A, B, C
49	B, C
50	B, C
51	A, C
52	B, C, D
53	C, D
54	A, B, C
55	B, C
56	B
57	C

CHAP. IX – MALADIES INFECTIEUSES

1. *Dans la septicémie, la valeur pronostique est:
   A. Fibrinogène
   B. Protéine C réactive
   C. Leucocytose
   D. Niveau de lactate
   E. Vitesse de sédimentation des hématies

2. *L'utilisation excessive d'antibiotiques intraveineux à spectre large peut être associée à des infections à:
   A. Pseudomonas
   B. C. difficile
   C. Acinetobacter
   D. Staphylococcus
   E. Pneumocoque

3. *L'amoxicilline et l'ampicilline provoquent une éruption chez 90 % des patients atteints de:
   A. Méningite à méningocoques
   B. Méningite à pneumocoques
   C. Mononucléose infectieuse
   D. Infection à coqueluche
   E. Toux convulsive

4. *L'amoxicilline/acid clavulanique peut provoquer:
   A. Ictère hémolytique
   B. Ictère cholestatique
   C. Ictère obstructif
   D. Ictère chez les nouveau-nés
   E. Ictère néoplasique

5. *Le sulfaméthoxazole est administré en association avec:
   A. Azithromycine
   B. Minocycline
   C. Télithromycine
   D. Triméthoprime
   E. Polymyxine

6. *Le représentant de la classe des monobactames est:
   A. Ceftaroline
   B. Aztréonam
   C. Imipénem
   D. Télécoplanine
   E. Daptomycine

7. *La chimioprophylaxie antibiotique dans la méningite à Haemophilus influenzae type B, pour réduire le portage nasopharyngé et prévenir l'infection des contacts, se fait chez l'adulte avec:
   A. Rifampicine 600 mg une fois par jour pendant 4 jours
   B. Azithromycine 500 mg une fois par jour pendant 7 jours
   C. Métronidazole 250 mg une fois par jour pendant 4 jours
   D. Triméthoprime/sulfaméthoxazole 400/80 mg une fois par jour pendant 5 jours
   E. Nitrofurantoïne 100 mg une fois par jour pendant 14 jours

8. *Actuellement, le sepsis est défini comme:
   A. Une défaillance d'organe mettant en jeu le pronostic vital, causée par une réponse normale de l'hôte à l'infection
   B. Une défaillance d'organe mettant en jeu le pronostic vital, causée par une réponse anormale de l'hôte à l'infection
   C. Une infection des voies respiratoires supérieures
   D. Une infection chronique
   E. Une inflammation aiguë

9. *La doxycycline est:
   A. Un carbapénème
   B. Une fluoroquinolone
   C. Un aminoside
   D. Une tétracycline
   E. Une pénicilline

10. *La rifaximine:
   A. Est une rifampicine avec une faible absorption intestinale
   B. N'est pas utilisée dans le traitement de l'encéphalopathie porto-systémique

C. N’est pas utilisée pour la prévention de la diarrhée du voyageur
D. Est utilisée dans les infections ORL
E. Ne peut pas être utilisée à court terme dans le syndrome de l’intestin irritable

11. *La gentamicine:
A. Ne peut pas être utilisée par voie parentérale
B. N’est pas efficace contre de nombreux organismes
C. Peut être utilisée par voie parentérale
D. Est une fluoroquinolone
E. Est un carbapénème

12. Les groupes à risque de septicemia sont:
A. Les patients opérés
B. Les nouveau-nés
C. Les patients immunodéprimés iatrogènes
D. Les personnes âgées (>65 ans)
E. Les femmes enceintes

13. Les marqueurs non spécifiques de l'inflammation et de la dysfunction organique sont:
A. Leucocytose
B. Protéine C reactive élevée
C. Thrombocytopénie
D. Augmentation de la créatinine
E. Augmentation du cholestérol

14. « Sepsis Six » comprend:
A. Administration d'adrénaline
B. Prélèvement de hémocultures
C. Mise en place d'un traitement antibiotique à large spectre
D. Administration rapide de liquides
E. Administration d'oxygène

15. Les decisions concernant l'antibiothérapie après 72 heures incluent:
A. Arrêt du traitement antibiotique
B. Dé-escalader l'antibiothérapie vers un traitement par voie orale
C. Modifier le traitement
D. Poursuivre le traitement intraveineux
E. Administrer des eubiotiques

16. Les antibiotiques bêta-lactames comprennent:
A. Carbapénèmes

B. Aminoglycosides
C. Penicillines
D. Céphalosporines
E. Monobactames

17. Les carbapénèmes comprennent:
A. Imipénem
B. Mésopenem
C. Doripénem
D. Értapénem
E. Dlindapénem

18. Les fluoroquinolones comprennent:
A. Ciprofloxacine
B. Lévofloxacine
C. Moxifloxacine
D. Amikacine
E. Trobamycine

19. Les aminoglycosides comprennent:
A. Teicoplanine
B. Gentamicine
C. Amikacine
D. Trobamycine
E. Vancomycine

20. Les tétracyclines comprennent:
A. Doxycycline
B. Minocycline
C. Tétracycline
D. Oxytétracycline
E. Télithromycine

21. Les macrolides comprennent:
A. Azithromycine
B. Télithromycine
C. Érythromycine
D. Clarithromycine
E. Vancomycine

22. Les nitroimidazolés comprennent:
A. Nimorazole
B. Tinidazole
C. Métronidazole
D. Sulfaméthoxazole
E. Cotrimoxazole

23. Les origines les plus fréquentes de l'infection sont:
A. Le tractus digestif
B. Le tractus urinaire
C. Le tractus biliaire
D. Le tractus respiratoire inférieur
E. Le tractus génital

24. Les groupes à risque de septicemia sont:
A. Les patients avec splénectomie
B. Les patients avec maladies auto-immunes
C. Les patients attaints d'encéphalites
D. Les patients atteints de cirrhose
E. Les patients sous traitement immunosuppresseur

25. Les facteurs influençant l'évolution d'une infection vers la septicemia sont:
A. La virulence de l'agent pathogène
B. La charge microbienne
C. Le lieu de l'infection
D. La réponse de l'hôte
E. Les comorbidités ne sont pas importantes dans l'évolution d'une infection vers la septicémie

26. Les antibiotiques pouvant être administrés en dose unique quotidienne sont:
A. Ceftriaxone
B. Mésopenem
C. Értapénem
D. Amikacine
E. Teicoplanine

27. Les reactions d'hypersensibilité immédiate, incluant l'anaphylaxie, se caractérisent par:
A. Toux répétée
B. Edème facial
C. Éruption cutanée

D. Dyspnée sévère
E. Céphalée

28. En cas d'allergie sévère à la pénicilline, il faut éviter:
A. Fluoroquinolones
B. Monobactames
C. Aminoglycosides
D. Céphalosporines
E. Carbapénèmes

29. Les oxazolidinones comprennent:
A. Vancomycine
B. Tigécycline
C. Daptomycine
D. Linézolide
E. Tedizolide

30. Les groupes à risque de septicemia sont:
A. Les patients ayant des antécédents de septicémie
B. Les patients atteints de méningite
C. Patients porteurs de dispositifs médicaux permanents
D. Les alcooliques
E. Patients atteints du VIH

31. La septicémie Six comprend:
A. Mesure du taux de lactate
B. Prélèvement d'hémocultures
C. Administration d'eubiotiques
D. Administration rapide de liquids
E. Surveillance de la diurèse et du bilan hydrique oral

32. Le sepsis est une urgence médicale, l'antibiothérapie empirique doit être:
A. Prescrite dans l'heure suivant l'admission
B. Prescrite dans les quatre heures suivant l'admission
C. Réévaluée à 72 heures, lorsque les résultats de l'antibiogramme sont disponibles
D. Réévaluée à 24 heures, lorsque les résultats de l'antibiogramme sont disponibles
E. Retardée de 24 heures après l'admission

33. Les paramètres à évaluer lors du choix initial du schéma antibiotique incluent:
    A. Les antécédents hérédo-familiaux
    B. La voie d'administration
    C. La durée du traitement
    D. La surveillance d'une éventuelle toxicité
    E. L'ajustement des doses en cas d'insuffisance hépatique/rénale

34. Les groupes à risque élevé de développer un sepsis incluent:
    A. Les personnes âgées (>65 ans) et les très jeunes enfants (nouveau-nés)
    B. Les patients atteints de maladies immunosuppressives (VIH, asplénie, cirrhose, maladies auto-immunes)
    C. Les patients immunodéprimés iatrogènes (sous traitement immunosuppresseur, y compris corticostéroïdes systémiques)
    D. Les patients porteurs de dispositifs médicaux permanents, surtout s'ils franchissent les barrières naturelles contre l'infection
    E. Les femmes enceintes ne constituent pas un groupe à risque

35. Le sepsis associé aux soins de santé, un sous-groupe du sepsis communautaire, est défini comme un sepsis survenant chez:
    A. Les patients sortis de l'hôpital dans les 30 derniers jours
    B. Les patients dans des unités de soins de longue durée, mais pas ceux vivant dans des communautés fermées
    C. Les patients recevant des soins médicaux ambulatoires (ex.: hémodialyse)
    D. Les patients hospitalisés
    E. Les patients n'ayant eu aucun contact avec le système de santé

36. Cliniquement, un patient est en choc septique lorsqu'il nécessite:
    A. Un soutien vasopresseur pour maintenir une pression artérielle moyenne d'au moins 65 mmHg
    B. Une concentration élevée de lactate sérique (>2 mmol/L) malgré une réanimation volémique adéquate
    C. Un soutien vasopresseur pour maintenir une pression artérielle moyenne d'au plus 15 mmHg
    D. Une concentration basse de lactate sérique (<1 mmol/L) malgré une réanimation volémique adéquate
    E. Une hypertension artérielle

37. Le score qSOFA est considéré comme positif si au moins deux des critères suivants sont présents:
A. Score de Glasgow < 15
B. Score de Glasgow < 6
C. Fréquence respiratoire > 22/min
D. Pression artérielle systolique < 100 mmHg
E. Pression artérielle systolique > 150 mmHg

38. Le score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) prend en compte les paramètres suivants:
A. Respiratoire
B. Coagulation
C. Hépatique
D. Cardiovasculaire
E. Système neuroendocrinien

39. Les micro-organismes responsables des infections nosocomiales sont:
A. Moins virulents mais souvent multirésistants
B. Moins virulents et rarement multirésistants
C. Plus faciles à traiter
D. Plus difficiles à traiter
E. Extrêmement virulents

40. Les infections communautaires:
A. Tendent à être graves
B. Tendent à être bénignes
C. Sont souvent causées par des micro-organismes virulents mais généralement sensibles aux antibiotiques
D. Sont souvent causées par des micro-organismes virulents mais généralement multirésistants
E. Ne sont pas traitées avec des antibiotiques

41. Bien que les méthodes de prélèvement de cultures restent la norme de référence, leurs inconvénients incluent:
A. Le délai d’obtention des résultats (généralement environ 24h pour une positivité, et 48h pour une identification bactérienne)
B. Le délai d’obtention des résultats (généralement environ 72h pour une positivité, et encore 72h pour l’identification)
C. Les cultures peuvent être négatives si des antibiotiques ont été administrés avant le prélèvement

D. Les cultures peuvent être négatives si des antibiotiques ont été administrés après le prélèvement
E. Les cultures peuvent être négatives si un anti-inflammatoire a été administré avant le prélèvement

42. À 72 heures, lorsque la plupart des cultures sont disponibles, l'une des décisions suivantes doit être prise:
A. Arrêter le traitement antibiotique
B. Désescalader l'antibiothérapie vers un traitement oral
C. Modifier le traitement
D. Poursuivre le traitement intraveineux
E. Renvoyer le patient sans traitement antibiotique

43. La prophylaxie antibiotique n'est pas recommandée pour prévenir l'endocardite chez les patients subissant des procédures au niveau de:
A. Voies respiratoires supérieures
B. Voies génito-urinaires
C. Voies respiratoires inférieures (y compris procédures ORL et bronchoscopie)
D. Système nerveux
E. Système musculaire

44. Font partie des céphalosporines:
A. Ertapénème
B. Méropénème
C. Céfuroxime oral
D. Céfotaxime
E. Ciprofloxacine

45. Font partie des glycopeptides et lipoglycopeptides:
A. Azithromycine
B. Érythromycine
C. Doxycycline
D. Téicoplanine
E. Vancomycine

46. Les céphalosporines:
A. Sont supérieures aux pénicillines
B. Leur activité s'étend à de nombreuses bactéries Gram-négatives et Gram-positives, à l'exception des entérocoques et des bactéries anaérobies Gram-négatives

C. Leur toxicité n'est pas similaire à celle des pénicillines
D. Sont inférieures aux pénicillines
E. La ceftaroline et le ceftobiprole sont actives contre le MRSA

47. Les carbapénèmes:
A. Ont le spectre antibiotique le plus étroit
B. Ont le spectre antibiotique le plus large
C. Ont une posologie et une fréquence d'administration différentes
D. Sont actifs uniquement sur les bactéries Gram-négatives
E. N'ont pas d'effets secondaires

48. Les macrolides:
A. Inhibent la synthèse des protéines en perturbant la fonction ribosomale
B. L'érythromycine peut être utilisée chez les patients allergiques à la pénicilline
C. Peuvent être administrés per os ou par voie parentérale
D. La diarrhée, les vomissements et les douleurs abdominales sont les principaux effets secondaires de l'érythromycine
E. La prolongation de l'intervalle QT n'est pas un effet cardiaque connu des macrolides

49. Les tétracyclines:
A. Sont des médicaments bactériostatiques qui possèdent quatre noyaux d'hydronaphtacène
B. Sont des médicaments bactériostatiques qui possèdent trois noyaux d'hydronaphtacène
C. La tigécycline est une glycylcycline injectable apparentée structurellement aux tétracyclines
D. Inhibent la synthèse des protéines
E. Présentent une neurotoxicité

50. La clindamycine:
A. Est largement utilisée
B. N'est pas active contre les cocci Gram positifs
C. Est active contre les anaérobies
D. Est utilisée dans le traitement de l'ostéomyélite
E. N'est pas largement utilisée

51. Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline:
A. Pendant des décennies, le traitement de première intention a été la vancomycine intraveineuse
B. Pour une efficacité thérapeutique maximale, des niveaux de 15-20 mg/L sont nécessaires
C. Une alternative au traitement intraveineux par vancomycine est le linézolide
D. Le traitement empirique comprend uniquement la clindamycine
E. Le traitement empirique comprend uniquement les céphalosporines

RÉPONSES – CHAP. IX – MALADIES INFECTIEUSES

1	D
2	B
3	C
4	B
5	D
6	B
7	A
8	B
9	D
10	A
11	C
12	B, C, D, E
13	A, B, C, D
14	B, C, D, E
15	A, B, C, D
16	A, C, D, E
17	A, B, C, D
18	A, B, C
19	B, C, D
20	A, B, C, D
21	A, B, C, D
22	A, B, C
23	B, C, D
24	A, B, D, E
25	A, B, C, D
26	A, C, D, E
27	B, C, D
28	D, E
29	D, E
30	A, C, D, E
31	A, B, D, E
32	A, C
33	B, C, D, E
34	A, B, C, D
35	A, B, C
36	A, B
37	A, C, D
38	A, B, C, D
39	A, D
40	A, C
41	A, C
42	A, B, C, D
43	A, B, C
44	C, D
45	D, E
46	A, B
47	B, C
48	A, B, C, D
49	A, C, D
50	C, D, E
51	A, B, C

CHAP. X - DERMATOLOGIE

1. *Réactions d'hypersensibilité au niveau de la peau:
A. La réaction d'hypersensibilité de type I est déterminée par l'activité des lymphocytes
B. La réaction d'hypersensibilité de type IV est déterminée par la dégranulation des mastocytes
C. La réaction d'hypersensibilité de type IV apparaît lors du premier contact avec l'allergène
D. La manifestation cutanée dans la réaction d'hypersensibilité de type IV ressemble à la rougeole
E. La réaction d'hypersensibilité de type I apparaît peu de temps après l'exposition à l'allergène et dure quelques jours

2. *Éruption dans le cadre des réactions d'hypersensibilité cutanée:
A. A une forme bien définie lorsqu'il s'agit d'une cause externe
B. A une forme bien définie lorsqu'il s'agit d'une cause interne
C. A une distribution mal délimitée et diffuse lorsqu'il s'agit d'une cause externe
D. Parmi les causes fréquentes de la dermatite allergique de contact se trouve le robinier (faux-acacia)
E. Dans la dermatite de contact, l'éruption érythémateuse a une disposition en anneau (circinée)

3. *La nécrolyse épidermique toxique (nécrolyse épidermique toxique ou syndrome de Lyell):
A. Est la forme la plus légère de réaction d'hypersensibilité
B. Les lésions couvrent moins de 30 % de la surface corporelle
C. Le décollement est superficiel et limité aux extrémités
D. Elle débute par une éruption érythémateuse généralisée qui progresse vers des décollements cutanés étendus et la formation d'érosions
E. Les analyses de laboratoire montrent une diminution du nombre de mastocytes, de l'hémoglobine et de l'hématocrite

4. *Laquelle des entités suivantes n'est pas considérée comme une tumeur cutanée maligne:
A. Kératose actinique
B. Carcinome épidermoïde (spinocellulaire)
C. Carcinome basocellulaire
D. Mélanome
E. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes

5. *Les cellules à partir desquelles se développe le carcinome basocellulaire sont ?
   A. Les cellules squameuses de l'épiderme
   B. Les cellules basales de l'épiderme
   C. Les cellules granuleuses de l'épiderme
   D. Les cellules cornées de l'épiderme
   E. Les cellules jonctionnelles de l'épiderme

6. *Réactions d'hypersensibilité au niveau de la peau:
   A. La réaction d'hypersensibilité de type I est déterminée par l'activité des lymphocytes
   B. La réaction d'hypersensibilité de type IV est déterminée par la dégranulation des mastocytes
   C. La réaction d'hypersensibilité de type IV apparaît lors du premier contact avec l'allergène
   D. La manifestation cutanée de la réaction d'hypersensibilité de type IV est similaire à celle de la rougeole
   E. La réaction d'hypersensibilité de type I apparaît peu de temps après l'exposition à l'allergène et dure quelques jours

7. *Éruption dans le cadre des réactions d'hypersensibilité cutanée:
   A. A une forme bien définie lorsqu'il s'agit d'une cause externe
   B. A une forme bien définie lorsqu'il s'agit d'une cause interne
   C. A une distribution mal délimitée et diffuse lorsqu'il s'agit d'une cause externe
   D. Parmi les causes fréquentes de la dermatite allergique de contact figure l'acacia (robinier)
   E. Dans la dermatite de contact, l'éruption érythémateuse a une disposition circinée (en anneau)

8. *La nécrolyse épidermique toxique (nécrolyse épidermique nécrotique toxique):
   A. Est la forme la plus légère de réaction d'hypersensibilité
   B. Les lésions couvrent moins de 30 % de la surface corporelle
   C. Le décollement est superficiel, limité aux extrémités
   D. Elle débute par une éruption érythémateuse généralisée qui progresse vers des décollements cutanés étendus et la formation d'érosions
   E. Les analyses de laboratoire montrent une diminution du nombre de mastocytes, de l'hémoglobine, et du taux d'hématocrite

9. *Le pemphigus vulgaire est une affection auto-immune caractérisée par l'apparition d'anticorps dirigés contre:
   A. L'Hypoderme
   B. Le Derme réticulaire

C. Le Derme papillaire
D. La membrane basale
E. L'Epiderme

10. La pemphigoïde bulleuse peut être traitée avec:
    A. AINS
    B. Iradiation médullaire
    C. Corticostéroides
    D. Cyclophosphamide
    E. Azathioprine

11. Facteurs de risque pour le développement de la porphyrie cutanée tardive (acquise):
    A. Usage de drogues intraveineuses
    B. Alcoolisme
    C. Tabagisme
    D. Surcharge en fer
    E. Traitement par œstrogènes

12. Signes cliniques de la porphyrie cutanée tardive:
    A. Lésions dans la région inguinale et inter-fessière
    B. Hypertrichose généralisée
    C. Cicatrices post-lésionnelles
    D. Lésions sur le visage
    E. Peau hyperpigmentée

13. Paraclinique, la porphyrie cutanée tardive se caractérise par:
    A. Analyses rénales altérées
    B. Fonction hépatique altérée
    C. Porphyrines plasmatiques élevées
    D. Porphyrines urinaires diminuées
    E. Porphyrines urinaires augmentées

14. Identifiez les affections caractérisées par la formation de bulles:
    A. Psoriasis bulleux
    B. Pemphigus vulgaire
    C. Pemphigoïde bulleuse
    D. Syndrome de Stevens-Johnson
    E. Dermatite séborrhéique

15. Dans le traitement de la porphyrie cutanée tardive, il est recommandé d'éviter:

A. Le sel
B. Le sucre
C. Le soleil
D. Le tabac
E. Les œstrogènes

16. Le traitement de la porphyrie cutanée tardive:
A. Corticosteéoides
B. AINS
C. Hydroxycloroquine
D. Photoprotection
E. Phlébotomie

17. Lesquels des éléments suivants sont considérés comme des types de mélanome cutané ?
A. Nodulaire
B. À extension superficielle
C. À extension en profondeur
D. Lentigo malign
E. Lentigineux acral

18. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le carcinome basocellulaire sont vraies ?
A. Le facteur de risque le plus souvent impliqué dans l'apparition de ce cancer est l'exposition au soleil
B. Cliniquement, il se caractérise par l'apparition d'une papule perlée avec une fine vascularisation en surface et une ulcération centrale
C. Le traitement recommandé est l'utilisation topique de 5-fluorouracile ou d'imiquimod, ou la cryothérapie
D. Le traitement recommandé est l'exérèse chirurgicale, l'exérèse de Mohs, la radiothérapie ou la cryothérapie
E. Il donne fréquemment des métastases

19. Lesquelles des affirmations suivantes concernant la kératose actinique sont fausses ?
A. C'est une papule érythémato-squameuse rugueuse, localisée au niveau des zones exposées au soleil
B. Au cours de l'évolution, les lésions peuvent saigner, s'ulcérer ou devenir douloureuses
C. La biopsie met en évidence un épithélium dysplasique
D. La biopsie met en évidence des cellules épidermiques anaplasiques qui s'étendent en profondeur jusqu'au derme
E. Le risque d'évolution vers un carcinome épidermoïde est de 0,1 % par an

20. Lesquels des éléments suivants représentent des facteurs de risque pour l'apparition du mélanome ?
    A. L'exposition au soleil
    B. Un grand nombre de nævi
    C. Antécédents familiaux de mélanome
    D. Peau foncée
    E. Peau claire

21. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le mélanome à extension superficielle sont vraies ?
    A. C'est l'un des types rares de mélanome
    B. C'est le type de mélanome le plus fréquent
    C. Il s'étend initialement en surface avant de s'étendre en profondeur
    D. Il affecte les paumes des mains et les plantes des pieds
    E. Il croît uniquement de manière verticale

22. Quel est le traitement recommandé chez les patients atteints de mélanome ?
    A. Exérèse chirurgicale avec des marges de sécurité de 0,5 cm si le mélanome est in situ
    B. Exérèse chirurgicale avec des marges de sécurité de 1 cm si l'épaisseur est < 2 mm, avec éventuellement un curage ganglionnaire
    C. Exérèse chirurgicale avec des marges de sécurité de 1,5 cm si l'épaisseur est < 2 mm
    D. Exérèse chirurgicale avec des marges de sécurité de 2 cm si l'épaisseur est > 2 mm
    E. Chimiothérapie et radiothérapie en cas de métastases

23. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le carcinome épidermoïde (ou spinocellulaire) sont vraies ?
    A. Les principaux facteurs de risque impliqués sont l'exposition au soleil, les kératoses actiniques, la peau claire, les plaies chroniques, les cicatrices
    B. La biopsie met en évidence des cellules épidermiques anaplasiques qui s'étendent en profondeur jusqu'au derme
    C. Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale ; l'exérèse de Mohs est recommandée notamment pour les lésions situées au niveau du visage ; la radiothérapie peut être utile pour les tumeurs volumineuses
    D. Le traitement de choix consiste en des applications topiques de 5-fluorouracile ou d'Imiquimod, ou en cryothérapie
    E. L'évolution de la tumeur est lente, mais elle peut atteindre de grandes dimensions avant d'être diagnostiquée si elle est située dans une zone difficile à observer (dos, cuir chevelu)

24. Le traitement des réactions d'hypersensibilité cutanée comprend:
    A. L'élimination de l'agent déclencheur ou l'arrêt du contact avec l'allergène
    B. Les cas légers peuvent être traités avec des corticoïdes topiques et des antihistaminiques
    C. Les cas légers peuvent être traités avec des corticoïdes oraux
    D. Des corticoïdes oraux peuvent être nécessaires au début des lésions
    E. L'épinéphrine est indiquée dans les cas graves où un angioœdème des voies respiratoires et/ou une anaphylaxie se produit

25. L'érythème polymorphe:
    A. Réaction cutanée d'hypersensibilité
    B. Est provoqué par l'ingestion de substances caustiques
    C. Les lésions ont un aspect en « cible » (ou « cocarde »)
    D. Est associé à un état général altéré et à des myalgies
    E. Les lésions peuvent être des macules, des plaques ou des vésicules

26. Le syndrome de Stevens-Johnson:
    A. Forme sévère d'érythème polymorphe
    B. Des plaques apparaissent et affectent plus de 30 % de la surface corporelle
    C. Les patients présentent un risque élevé de déshydratation
    D. Le signe de Nikolsky est négatif
    E. Le traitement implique l'arrêt de l'agent déclencheur

27. La dermatite séborrhéique:
    A. Est une hyperprolifération chronique du derme
    B. Est le plus souvent localisée au niveau du thorax postérieur ou du visage
    C. La symptomatologie comprend un prurit, des plaques érythémateuses avec des squames jaunes et grasses
    D. Le traitement comprend des émollients chez les nouveau-nés, des shampooings contenant du sélénium ou du kétoconazole
    E. Le « cradle cap » (croûtes de lait) est le nom populaire donné à la dermatite séborrhéique localisée sur le cuir chevelu des nouveau-nés

28. Les lésions cutanées du psoriasis:
    A. Sont des plaques érythémateuses bien délimitées
    B. Présentent des squames argentées sur les zones de flexion
    C. Saignent facilement lors du retrait des squames (signe d'Auschwitz)
    D. Peuvent être associées à des pustules et des vésicules
    E. Sont associées au pitting unguéal (lésions ponctiformes des lames unguéales)

29. Le traitement du psoriasis consiste en:
    A. Émollients
    B. Corticoïdes topiques
    C. Photothérapie
    D. Ciclosporine dans les formes légères
    E. Méthotrexate

30. L’érythème noueux:
    A. Inflammation du derme et du tissu adipeux, entraînant des nodules érythémateux et douloureux
    B. Il est le plus souvent localisé au niveau de la face antérieure des cuisses
    C. Causé par une réaction immunologique retardée à des infections, des maladies auto-immunes du tissu conjonctif, des maladies inflammatoires intestinales ou des médicaments
    D. Les nodules érythémateux ne sont pas douloureux au toucher
    E. La biopsie cutanée peut révéler une fibrose du tissu adipeux sous-cutané (panniculite)

31. Identifiez les affirmations correctes concernant la "Cradle cap" (croûtes de lait):
    A. Il s'agit d'une dermatite séborrhéique
    B. Apparaît chez les adolescents
    C. Apparaît chez les nouveau-nés
    D. Est associée à l’arthrite psoriasique
    E. Apparaît dans le pityriasis

32. Causes fréquentes de la dermatite de contact:
    A. Le céleri et les carottes
    B. Le nickel
    C. Le savon
    D. Le latex
    E. Le ciment

33. Le virus varicelle-zona est l’agent étiologique dans:
    A. Verrue vulgaire
    B. Condylome
    C. Varicelle
    D. Orf
    E. Zona (Zona zoster)

34. Facteurs qui aggravent l’acné:
    A. Utilisation de diurétiques

B. Utilisation de corticoïdes
C. Utilisation d'antiarythmiques
D. Excès d'hormones thyroïdiennes
E. Excès d'hormones androgènes

35. *La plus grande prévalence des IST (infections sexuellement transmissibles) est observée:
A. Chez les patients d'âge moyen
B. Chez les personnes hétérosexuelles
C. Au sein des populations jeunes
D. Chez les personnes ayant des partenaires stables
E. Chez les personnes utilisant régulièrement le préservatif

36. *Échantillons de laboratoire nécessaires pour l'examen microbiologique:
A. Les échantillons endocervicaux sont prélevés en introduisant le dispositif de prélèvement à quelques centimètres dans le col de l'utérus
B. Les échantillons endocervicaux sont prélevés après avoir éliminé l'excès de mucus
C. Le dispositif de prélèvement endocervical est introduit par des mouvements de va-et-vient
D. Le prélèvement des échantillons endocervicaux se fait en tournant le dispositif pendant 1 à 5 secondes
E. Les échantillons vaginaux sont obtenus en faisant tourner le dispositif de prélèvement pendant 10 à 15 secondes au niveau du fornix antérieur du vagin

37. *Le paquet minimal d'investigations chez une personne asymptomatique comprend le dépistage de l'infection par:
A. Chlamydia trachomatis
B. Candida albicans
C. Trichomonas vaginalis
D. Les Lactobacilles Doderlein
E. Escherichia coli

38. *La principale complication associée à l'infection par *Chlamydia trachomatis* est:
A. Vaginosis
B. Uvéite
C. Maladie inflammatoire pelvienne (pouvant entraîner une infertilité tubaire)
D. Urétrite
E. Rectocolite (avec selles molles et saignements importants)

39. *La plus grande prévalence des IST (infections sexuellement transmissibles) est observée:
    A. Chez les patients d'âge moyen
    B. Chez les personnes hétérosexuelles
    C. Au sein des populations jeunes
    D. Chez les personnes ayant des partenaires stables
    E. Chez les personnes utilisant régulièrement le préservatif

40. *Échantillons de laboratoire nécessaires pour l'examen microbiologique:
    A. Les échantillons endocervicaux sont prélevés en introduisant le dispositif de prélèvement à quelques centimètres dans le col de l'utérus
    B. Les échantillons endocervicaux sont prélevés après élimination de l'excès de mucus
    C. Le dispositif de prélèvement des échantillons endocervicaux est introduit par des mouvements d'aller-retour
    D. Le prélèvement des échantillons endocervicaux se fait en tournant le dispositif pendant 1 à 5 secondes
    E. Les échantillons vaginaux sont obtenus en faisant tourner le dispositif de prélèvement pendant 10 à 15 secondes au niveau du fornix antérieur du vagin

41. *Le paquet minimal d'investigations chez une personne asymptomatique comprend le dépistage de l'infection par:
    A. Chlamydia trachomatis
    B. Candida albicans
    C. Trichomonas vaginalis
    D. Les Lactobacilles Doderlein
    E. Escherichia coli

42. *La principale complication associée à l'infection par *Chlamydia trachomatis* est:
    A. Vaginosis
    B. Uvéite
    C. Maladie inflammatoire pelvienne (pouvant entraîner une infertilité tubaire)
    D. Urétrite
    E. Rectocolite (avec selles molles et saignements abondants)

43. *Le chancre mou (chancroïde) a une période d'incubation de:
    A. 1 à 4 jours
    B. 4 à 7 jours
    C. 7 à 10 jours
    D. 10 à 14 jours
    E. 14 à 21 jours

44. *Le lymphogranulome vénérien est une IST causée par des sérotypes invasifs de:
    A. Trichomonas vaginalis
    B. Chlamydia trachomatis
    C. Candida albicans
    D. Lactobacilles de Doderlein
    E. Escherichia coli

45. *Traitement de la primo-infection herpétique génitale:
    A. Aciclovir 400 mg trois fois par jour pendant 14 jours
    B. Valaciclovir 500 mg deux fois par jour pendant 7 jours
    C. Famciclovir 250 mg trois fois par jour pendant 5 jours
    D. Valaciclovir 500 mg deux fois par jour pendant 10 jours
    E. Famciclovir 250 mg trois fois par jour pendant 7 jours

46. *Les condylomes acuminés ont une longue période d'incubation, dont la durée moyenne est de:
    A. 1 mois
    B. 2 mois
    C. 3 mois
    D. 4 mois
    E. 5 mois

47. *Neisseria gonorrhoeae peut être traitée par une dose unique de:
    A. Moldamin 1,200 000 UI i.m
    B. Cefepime 1g i.m
    C. Ceftriaxone 1g i.m.
    D. Imipénem 500 mg i.m
    E. Méropénem 250 mg i.m

48. *L'infection par *Neisseria gonorrhoeae* peut souvent être associée à:
    A. Trichomonas vaginalis
    B. Chlamydia trachomatis
    C. Candida albicans
    D. Lactobacilles de Doderlein
    E. Escherichia coli

49. *Une ulcération génitale peut apparaître dans:
    A. La syphilis primaire et secondaire

B. La syphilis secondaire et tertiaire
C. La syphilis primaire et tertiaire
D. La syphilis secondaire et congénitale précoce
E. Aucune des réponses n'est correcte

50. *Laquelle des maladies suivantes n'est pas une cause de formations nodulaires génitales:
A. Papillomavirus humain
B. Molluscum contagiosum
C. Sarcoptes scabiei
D. Treponema pallidum
E. Phtirus Pubis

51. Le tableau clinique de l'infection par *Chlamydia trachomatis* comprend:
A. Chez les hommes: urétrites antérieures, dysurie, épididymo-orchite
B. Chez les hommes: douleur au niveau du flanc droit
C. Chez les femmes: leucorrhée abondante, dysurie
D. Chez les femmes: saignement intermenstruel ou post-coïtal et douleur au niveau du bas-ventre
E. Fièvre élevée (39 °C - 40 °C) aussi bien chez les femmes que chez les hommes

52. Identifiez les causes du prurit génital:
A. Neisseria Gonorrhoeae
B. Chlamydia trachomatis
C. Candida albicans
D. Trichomonas vaginalis
E. Phthirus pubis (phtiriase pubienne)

53. Identifiez les étiologies non infectieuses du prurit génital:
A. Insuffisance rénale chronique
B. Dermatite de contact irritative
C. Eczéma génital
D. Lichen scléreux
E. Lichen plan

54. Examens de laboratoire pouvant être recommandés en cas de prurit génital:
A. Examen microscopique direct des sécrétions vaginales pour le diagnostic de la candidose et de l'infection à *Trichomonas vaginalis*
B. Biopsie pour le diagnostic du psoriasis inversé
C. Tests d'amplification des acides nucléiques (NAAT)
D. Culture pour l'infection à *Trichomonas vaginalis*

E. Sérologie pour la syphilis et l'infection à VIH

55. La Trichomonase:
   A. Est causée par *Trichomonas vaginalis*
   B. Chez les femmes, les manifestations les plus fréquentes sont des pertes vaginales abondantes, purulentes et malodorantes
   C. Chez les hommes, la majorité des cas sont asymptomatiques, bien qu'ils puissent également présenter un écoulement urétral, une irritation et une dysurie
   D. La culture des sécrétions est l'examen de choix pour le diagnostic de l'infection à *Trichomonas vaginalis*
   E. Le traitement de choix est le métronidazole 400 mg deux fois par jour pendant 7 jours

56. Treponema pallidum:
   A. Est un spirochète immobile
   B. L'infection se produit par contact direct avec une lésion infectieuse
   C. Elle se développe sur des milieux de culture classiques
   D. Elle peut être identifiée par microscopie en fond noir à partir des sécrétions prélevées d'un chancre ou de condylomes plats
   E. La majorité des laboratoires utilisent un test immuno-enzymatique tréponémique pour détecter les IgG et IgM comme test de dépistage

57. Les tests tréponémiques:
   A. Restent positifs toute la vie
   B. Ne sont pas très spécifiques pour les maladies tréponémiques
   C. Incluent le test TPHA (*T. pallidum* haemagglutination assay)
   D. Incluent le test TPPA (*T. pallidum* particle agglutination assay)
   E. Permettent de faire la différence entre une infection traitée et une réinfection

58. Le tableau clinique de la syphilis primaire comprend:
   A. Un ulcère indolore et ferme
   B. Une adénopathie régionale douloureuse
   C. Les symptômes apparaissent entre 9 et 90 jours après l'exposition
   D. Les lésions guérissent spontanément en 8 à 10 semaines
   E. La guérison survient en 2 à 6 semaines après traitement

59. La syphilis secondaire:
   A. Apparaît dans 75 % des cas de syphilis primaire non traitée
   B. Apparaît entre 6 et 10 semaines après le contact avec le spirochète
   C. Apparaît entre 6 et 10 semaines après le développement de la lésion primaire

D. Tout organe peut être affecté (hépatite, néphrite, arthrite, méningite, uvéite, kératite interstitielle et atteinte rétinienne)
E. Les signes fréquents incluent une éruption cutanée étendue, une adénopathie généralisée, des condylomes plats, des lésions de la cavité buccale et des organes génitaux

60. Le traitement de la syphilis comprend:
A. Syphilis précoce – Benzathine pénicilline G 2,4 millions d'unités en injection intramusculaire, dose unique
B. Syphilis précoce – Doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 14 jours (en cas d'allergie à la pénicilline)
C. Syphilis latente tardive – Benzathine pénicilline G 2,4 millions d'unités en injection intramusculaire, trois doses à une semaine d'intervalle
D. Syphilis latente tardive – Doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 28 jours
E. Pendant la grossesse – Doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 28 jours

61. Le chancre mou (chancroïde):
A. Est causé par *Treponema pallidum*
B. Est causé par *Haemophilus ducreyi*
C. Le tableau clinique comprend des ulcérations douloureuses, qui saignent facilement
D. Le tableau clinique associe une adénopathie inguinale douloureuse, pouvant évoluer vers des abcès suppuratifs
E. Le traitement de choix est la benzathine pénicilline G, 2,4 millions d'unités en injection intramusculaire, dose unique

62. La transmission verticale de l'infection par le VIH:
A. Est la forme la plus fréquente de transmission chez l'adulte
B. Se fait par contact sexuel vaginal ou anal
C. La transmission peut survenir in utero
D. La majorité des infections se produisent pendant la période périnatale
E. L'allaitement double le risque de transmission verticale du VIH avant l'ère des traitements antirétroviraux

63. L'infection à VIH symptomatique:
A. À mesure que l'infection par le VIH progresse, la charge virale augmente
B. Le nombre de lymphocytes CD4 augmente
C. À mesure que la charge virale diminue, les lymphocytes CD4 diminuent et le patient développe une série de symptômes
D. Le tableau clinique est causé par l'effet direct du VIH
E. Le tableau clinique est causé par le système immunocompétent associé au VIH

64. Questions aidant à différencier les causes des formations nodulaires génitales:
    A. Où sont localisées les formations nodulaires ? Les lésions sont-elles uniques ou multiples ?
    B. Sont-elles prurigineuses ou douloureuses ?
    C. Depuis combien de temps sont-elles présentes ?
    D. Quels médicaments avez-vous pris au cours du dernier mois ?
    E. Y a-t-il d’autres nodules ou éruptions sur d’autres zones de la peau ?

65. Traitement de l’infection à molluscum contagiosum pendant la grossesse
    A. Cryothérapie
    B. Crème de podophyllotoxine
    C. Crème d’imiquimod
    D. Décourager l’épilation des poils pubiens
    E. Notification des partenaires sexuels

66. Concernant la primo-infection par le virus de l'herpès simplex (HSV) pendant la grossesse:
    A. Elle présente le plus grand risque de transmission au fœtus au premier trimestre.
    B. Si elle survient au cours du premier trimestre, une interruption de grossesse est recommandée.
    C. Si elle survient au cours du dernier trimestre, une césarienne est recommandée.
    D. Les mères qui contractent la maladie au dernier trimestre poursuivent un traitement par aciclovir jusqu’à l’accouchement.
    E. Si l’infection survient au deuxième trimestre, le traitement antiviral élimine la nécessité d’une césarienne.

67. Signes fréquents de la syphilis secondaire:
    A. Éruption cutanée étendue (présente dans 25 % des cas), pouvant affecter tout le corps, y compris les paumes des mains et les plantes des pieds – typiquement, une éruption maculo-papuleuse, non prurigineuse, de couleur cuivrée
    B. Adénopathie généralisée (présente dans 50 % des cas)
    C. Condylomes plats – plaques humides, verruqueuses, localisées en région périanale et dans d’autres zones anatomiques à forte humidité
    D. Éruption cutanée étendue (présente dans 75 % des cas), pouvant affecter tout le corps, y compris les paumes des mains et les plantes des pieds – typiquement, une éruption maculo-papuleuse, non prurigineuse, de couleur cuivrée
    E. Lésions muqueuses au niveau de la cavité buccale et des organes génitaux, sous forme de plaques muqueuses isolées ou confluentes, formant des ulcérations en « trace de limaçon »

68. Où le dépistage universel du VIH est-il recommandé ? (Services dans lesquels tous les patients devraient être testés) ?
    A. Service des urgences pour tous les patients de moins de 40 ans
    B. Centres de détention
    C. Cliniques de gynécologie
    D. Personnel administratif des hôpitaux
    E. Services où sont pratiquées des interruptions de grossesse

69. Complications hématologiques de l'infection à VIH:
    A. La lymphocytose progresse avec l'augmentation du nombre de lymphocytes CD4
    B. L'anémie liée à l'infection à VIH est généralement légère, normochrome et normocytaire
    C. La neutropénie est fréquente et généralement légère
    D. Une thrombocytose isolée peut apparaître précocement dans l'infection à VIH et peut être la seule manifestation de la maladie pendant un certain temps. Le nombre de plaquettes est généralement modérément élevé, mais peut augmenter de façon marquée jusqu'à 50–80 x 10^9/L, entraînant des thromboses spontanées et des occlusions artérielles
    E. La pancytopénie est causée par des infections opportunistes sous-jacentes, en particulier *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAI) et l'infection disséminée par le cytomégalovirus, ou par des néoplasies (lymphomes)

70. Complications rénales de l'infection à VIH:
    A. Néphropathie associée à l'infection par le VIH
    B. Hypertension artérielle secondaire à la néphrotoxicité
    C. Néphropathie à IgA
    D. Microangiopathie thrombotique (MAT)
    E. Toxicité médicamenteuse des traitements

71. Concernant l'infection à VIH pendant la grossesse:
    A. Le taux global de transmission mère-enfant est d'environ 10 %
    B. Le traitement peut réduire le taux de transmission à 1 %
    C. L'allaitement est activement encouragé si la mère est sous traitement antirétroviral
    D. La césarienne réduit le risque de transmission de l'infection
    E. Le nouveau-né doit recevoir un traitement par sirop de zidovudine

72. Prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH:
    A. Le personnel médical exposé au VIH doit recevoir une prophylaxie dans les 24 heures.

B. La prophylaxie n'est pas recommandée si le patient porteur du VIH est traité et présente une charge virale indétectable (< 200 copies d'ARN VIH/mL).
C. La prophylaxie post-exposition se fait avec une monothérapie habituelle.
D. La prophylaxie post-exposition se fait sur une durée de 4 semaines.
E. Les risques du traitement prophylactique sont négligeables.

73. Infections fongiques spécifiques associées à l'infection par le VIH
A. Amanitose
B. Cryptococcose
C. Histoplasmose
D. Sporotrichose
E. Infection avec Pneumocystis jirovecii

74. Le sarcome de Kaposi chez les personnes infectées par le VIH:
A. Se manifeste de manière plus agressive que chez les personnes non infectées
B. Le traitement antirétroviral (ARV) n'influence pas l'apparition du sarcome de Kaposi, probablement en raison d'une sensibilité particulière aux infections par le HHV
C. Le virus herpétique humain HHV-8 est impliqué dans la pathogenèse du sarcome de Kaposi
D. Il peut apparaître au niveau des yeux
E. Il peut apparaître au niveau viscéral

75. Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) utilisés dans le traitement du VIH:
A. Elvitégravir
B. Ténofovir
C. Abacavir
D. Lamivudine
E. Maraviroc

76. Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNRT) utilisés dans le traitement du VIH:
A. Enfuvirtide
B. Éfavirenz
C. Étravirine
D. Elvitégravir
E. Emtricitabine

77. Inhibiteurs de l'intégrase (INSTI) utilisés dans le traitement du VIH:
A. Rilpivirine

B. Raltégravir
C. Darunavir
D. Dolutégravir
E. Maraviroc

78. Signes et symptômes pertinents pour le diagnostic d'une infection aiguë par le VIH:
A. Fièvre
B. Toux
C. Myalgies
D. Fatigue intense
E. Diarrhée

79. Signes et symptômes pertinents pour le diagnostic d'une infection sexuellement transmiss ible (IST):
A. Fièvre
B. Écoulement urétral
C. Écoulement vaginal
D. Adénopathie inguinale
E. Symptômes rectaux

80. Les trois infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes dans le monde, en Angleterre en 2018, étaient:
A. La gonorrhée
B. La chlamydia
C. L'herpès génital
D. Végétations vénériennes
E. Le VIH

81. Traitement de l'urétrite non gonococcique:
A. Administration de Moldamin 2 400 000 UI I.M
B. Administration de Doxycycline 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours
C. Abstinence sexuelle jusqu'à obtention d'un test négatif
D. Il est recommandé de tester tous les partenaires sexuels
E. Un contrôle médical après traitement est indiqué en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*

82. Traitement de l'urétrite non gonococcique récidivante:
A. Azithromycine 1 g le premier jour, puis 500 mg une fois par jour pendant 2 jours
B. Ciprofloxacine 2 g en I.M, dose unique

C. Ceftriaxone 2 g en I.M, dose unique
D. Métronidazole 400 mg deux fois par jour pendant 5 à 7 jours
E. La moxifloxacine peut être administrée si l'azithromycine a été inefficace

83. *Neisseria gonorrhoeae* peut infecter:
A. L'urètre
B. Le col de l'utérus
C. La conjonctive
D. Les sinus
E. Le rectum

84. Traitement de l'infection à *Chlamydia trachomatis* non compliquée:
A. Ceftriaxone 1 g en I.M, dose unique
B. Azithromycine 1 g en dose unique
C. Azithromycine 1 g suivie de 500 mg pendant 2 jours
D. Doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 10 jours
E. Doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 7 jours

85. La maladie inflammatoire pelvienne peut être causée par:
A. Mycoplasma genitalium
B. Chlamydia trachomatis
C. Treponema pallidum
D. VIH
E. Neisseria gonorrhoeae

RÉPONSES CHAP. X – DERMATOLOGIE

1	D
2	A
3	D
4	A
5	B
6	D
7	A
8	D
9	E
10	C, E
11	B, C, D, E
12	C, D, E
13	B, C, E
14	B, C, D
15	C, D, E
16	C, D, E
17	A, B, D, E
18	A, B, D
19	B, C, E
20	A, B, C, E
21	B, C
22	A, B, D, E
23	A, B, C, E
24	A, B, E
25	A, C, D, E
26	A, C, E
27	C, D
28	A, E
29	A, B, C, E
30	A, C
31	A, C
32	B, C, D
33	C, E
34	B, E
35	C
36	B
37	A
38	C
39	C
40	B
41	A
42	C
43	B
44	B
45	C
46	C
47	C
48	B
49	C
50	E
51	A, C, D
52	C, D, E
53	B, C, D, E
54	A, C, D, E
55	A, B, C, E
56	B, D, E
57	A, C, D
58	A, C,
59	C, D, E
60	A, B, C, D
61	B, C, D
62	C, D, E
63	A, D
64	A, B, C, E
65	A, D
66	C, D, E
67	B, C, D, E
68	B, C, E
69	B, C, E
70	A, C, D, E
71	D, E
72	B, D
73	B, C, E
74	A, C, D, E
75	B, C, D
76	B, C
77	B, D
78	A, C, D
79	B, C, D, E
80	A, B, D
81	B, D, E
82	A, D, E
83	A, B, C, E
84	C, E
85	A, B, E

CHAP. XI - PSYCHIATRIE

1. *Lequel des symptômes suivants de la schizophrénie est associé à un pronostic plus défavorable?
   A. Les délires
   B. Les hallucinations
   C. Les symptômes négatifs
   D. Le comportement catatonique
   E. La pensée désorganisée

2. * Parmi les antidépresseurs suivants lequel appartient à la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)?
   A. Escitalopram
   B. Trazodone
   C. Amitriptyline
   D. Mirtazapine
   E. Bupropion

3. *Lequel des symptômes suivants apparaît lors d'un épisode maniaque?
   A. Anorexie
   B. Besoin réduit de sommeil
   C. Barrage de la pensée
   D. Aplatissement affectif
   E. Difficulté à prendre des décisions

4. *Le trouble panique se manifeste par:
   A. Des attaques de panique récurrentes en réponse à certains événements stressants de la vie
   B. Des attaques de panique récurrentes dans des interactions sociales impliquant des risques de rejet, de critique ou d'humiliation
   C. Des attaques de panique récurrentes liées à la peur de prendre du poids
   D. Des attaques de panique récurrentes imprévisibles
   E. Des attaques de panique récurrentes liées à un évènement traumatique

5. *Laquelle des caractéristiques suivantes décrit le mieux les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité antisociale?
   A. Incapacité à établir des relations proches
   B. Méfiance persistante et suspicion envers les autres
   C. Comportement agressif envers les personnes et les animaux
   D. Tendance à percevoir les autres comme totalement bons ou totalement mauvais

E. Retrait social

6. * Parmi les symptômes ou signes suivants, lequel indique une intoxication au cannabis?
   A. Conjonctives injectées
   B. Dépression respiratoire
   C. Mydriase
   D. Insomnie
   E. Nystagmus

7. *Laquelle des substances suivantes peuvent être administrée pour contrer les effets d'un surdosage en benzodiazépines?
   A. Bromocriptine
   B. Cyproheptadine
   C. Physostigmine
   D. Naloxone
   E. Flumazénil

8. Lesquelles des symptômes suivants font partie des critères diagnostiques de la schizophrénie?
   A. Délires et hallucinations
   B. Désorganisation de la pensée, du discours et du comportement
   C. Symptômes négatifs
   D. Dépression
   E. Comportement compulsif

9. Lesquelles des affirmations suivantes sur le trouble délirant sont correctes?
   A. Le trouble délirant se caractérise cliniquement par un ou plusieurs délires
   B. La durée des symptômes ne dépasse pas un mois
   C. La durée des symptômes dépasse un mois
   D. La présence d'hallucinations est nécessaire pour le diagnostic
   E. Le trouble délirant se caractérise par une pensée et un langage désorganisés

10. Lesquelles des symptômes suivants doives être présents pendant au moins 2 semaines pour poser un diagnostic de dépression majeure?
    A. Humeur dépressive ou anhédonie
    B. Modifications du sommeil et de l'appétit
    C. Sentiments de culpabilité et idées suicidaires
    D. Aplatissement affectif ou apathie
    E. Pensée et discours désorganisés

11. Quels symptômes sont présents dans la dépression majeure atypique?
    A. Hyperphagie
    B. Hypersomnie
    C. Absence de réactivité affective
    D. Hallucinations et délires
    E. Manie

12. Lesquelles des affirmations suivantes sur le trouble bipolaire sont correctes?
    A. Le diagnostic nécessite au moins un épisode maniaque
    B. Le diagnostic nécessite au moins un épisode hypomaniaque et un épisode dépressif majeur
    C. Le patient peut fonctionner normalement entre les épisodes
    D. Les épisodes maniaques n'entraînent pas une altération significative du fonctionnement
    E. Les épisodes dépressifs n'entraînent pas une altération significative du fonctionnement

13. Lesquelles des affirmations suivantes sur les antipsychotiques à haute puissance sont correctes?
    A. Leur effet antipsychotique résulte du blocage des récepteurs dopaminergiques D2
    B. Leurs principaux effets secondaires sont: parkinsonisme, hyperprolactinémie, dyskinésie tardive
    C. Leurs principaux effets secondaires sont anticholinergiques
    D. Ils sont surtout utilisés pour contrôler rapidement la psychose ou l'agitation
    E. Ils sont utilisés comme traitement d'entretien de première ligne des psychoses

14. Lesquelles des classes médicamenteuses suivantes sont indiquées dans le traitement de l'épisode maniaque du trouble bipolaire?
    A. Thymorégulateurs
    B. Antipsychotiques atypiques
    C. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
    D. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
    E. Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

15. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le trouble panique sont correctes?
    A. Les attaques de panique sont spontanées
    B. Les attaques de panique apparaissent dans des situations spécifiques
    C. Les attaques de panique s'accompagnent de la peur qu'elles se répètent
    D. Des comportements d'évitement inadaptés peuvent apparaître
    E. Une seule attaque de panique suffit pour poser le diagnostic

16. Quelles stratégies thérapeutiques sont utilisées dans le trouble panique?
    A. Benzodiazépines à action rapide et demi-vie courte
    B. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
    C. Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
    D. Thérapie cognitive-comportementale (TCC)
    E. Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine

17. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le trouble d'anxiété généralisée sont correctes?
    A. L'anxiété ou les préoccupations sont constantes et excessives
    B. Les symptômes persistent plus de 6 mois
    C. La capacité de fonctionnement est altérée
    D. L'anxiété ou les préoccupations concernent des défauts perçus de l'apparence physique
    E. L'anxiété ou les préoccupations concernent la crainte d'avoir une maladie grave sans symptômes somatiques significatifs

18. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les obsessions sont correctes?
    A. Les obsessions sont des pensées ou des impulsions intrusives, persistantes et récurrentes
    B. Les obsessions sont des comportements ou actes mentaux répétitifs
    C. Les obsessions sont accompagnées d'ego dystonie
    D. Les obsessions sont accompagnées d'ego syntonie
    E. Les obsessions sont des croyances erronées persistantes malgré les preuves contraires

19. Quels symptômes évoquent un trouble de stress post-traumatique?
    A. Reviviscences intrusives et cauchemars récurrents de l'événement traumatique
    B. Évitement des situations associées à l'événement traumatique
    C. Sentiment de détachement émotionnel
    D. Délires
    E. Hallucinations

20. Quelles catégories de symptômes se retrouvent dans le trouble à symptomatologie somatique?
    A. Symptômes douloureux
    B. Symptômes sexuels
    C. Symptômes métaboliques
    D. Symptômes gastro-intestinaux
    E. Symptômes endocriniens

21. Lesquelles des situations cliniques suivantes sont une complication de l'anorexie mentale?
    A. Déséquilibres électrolytiques
    B. Boulimie
    C. Arythmies ventriculaires
    D. Hallucinations avec conscience claire
    E. Attaques de panique

22. Lesquelles des affirmations suivantes concernant la boulimie sont correctes?
    A. La prise alimentaire excessive se produit sur une courte période
    B. La prise alimentaire excessive se produit sur une longue période
    C. Comportements compensatoires: vomissements, restriction calorique, activité physique excessive
    D. Le poids corporel est généralement normal
    E. Le poids corporel est inférieur à la normale

23. Quelles caractéristiques de la personnalité sont typiques du trouble paranoïaque de la personnalité (*trouble* de la *personnalité paranoïde*)?
    A. Méfiance et suspicion envers les autres
    B. Labilité émotionnelle
    C. Comportement séducteur et théâtral inapproprié
    D. Interprétation erronée des propos et actions des autres
    E. Agressivité, destruction de biens, activités illégales

24. Quelles caractéristiques sont typiques du trouble de la personnalité borderline?
    A. Instabilité affective et relationnelle
    B. Impulsivité
    C. Perfectionnisme
    D. Sentiment de vide intérieur
    E. Arrogance

25. Quelles caractéristiques sont typiques du trouble de la personnalité schizoïde?
    A. Méfiance et suspicion envers les autres
    B. Détachement social
    C. Comportement séducteur et théâtral inapproprié
    D. Besoin d'être soutenu par les autres
    E. Froideur affective

26. Quels signes et symptômes apparaissent lors du sevrage alcoolique?
    A. Nausées, vomissements, sueurs

B. Délire, hallucinations tactiles, anxiété, tremblements
C. Délirium, hallucinations tactiles, anxiété, tremblements
D. Crampes abdominales et myalgies
E. Dépression, hallucinations olfactives, tremblements

27. Laquelle des affirmations suivantes concernant l'abus d'amphétamines est correcte?
A. Intoxication: hyperactivité, mydriase, tachycardie, hypertension
B. Intoxication: sédation, langage confus, trouble de coordination
C. La psychose peut apparaître en intoxication aiguë et en usage chronique
D. Sevrage: dépression, augmentation de l'appétit
E. Sevrage: euphorie, idées de grandeur, mydriase

28. Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'abus d'opioïdes sont correctes?
A. Intoxication: impulsivité et agressivité
B. Intoxication: euphorie, myosis, baisse de vigilance
C. Sevrage: myalgies, vomissements, diarrhée, anxiété
D. Sevrage: constipation, myosis, anxiété
E. L'usage chronique peut entraîner une psychose.

RÉPONSES CHAP. XI - PSYCHIATRIE

1	C
2	A
3	B
4	D
5	C
6	A
7	E
8	A, B, C
9	A, C
10	A, B, C
11	A, B
12	A, B, C
13	A, B, D
14	A, B
15	A, C, D
16	A, B, D
17	A, B, C
18	A, C
19	A, B, C
20	A, B, D
21	A, C
22	A, C, D
23	A, D
24	A, B, D
25	B, E
26	A, C
27	A, C, D
28	B, C

CHAP. XII - CHIRURGIE

1. *Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. La vascularisation artérielle de l'estomac est assurée par l'artère mésentérique supérieure
   B. La vascularisation artérielle de l'estomac comprend les artères gastriques droite et gauche, les artères gastro-épiploïques droite et gauche, les artères gastriques courtes et l'artère gastroduodénale
   C. L'artère gastrique droite avec l'artère gastrique gauche forment l'artère mésentérique supérieure
   D. Les vaisseaux gastriques courts vascularisent la petite courbure gastrique
   E. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes.

2. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. La vascularisation du duodénum provient principalement de l'artère gastro-épiploïque droite et de l'artère mésentérique inférieure
   B. La vascularisation du duodénum provient principalement de l'artère gastroduodénale et de l'artère mésentérique supérieure
   C. Le duodénum est un segment du tube digestif situé en grande partie rétropéritonéal, mesurant 25 à 30 cm, reliant l'estomac au jéjunum
   D. Le duodénum se continue avec le jéjunum au niveau du ligament de Treitz, où l'intestin grêle devient un organe extrapéritonéal
   E. D'un point de vue anatomique, le duodénum est divisé en 3 segments.

3. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. L'innervation parasympathique de l'estomac se réalise par les nerfs vagues
   B. Le nerf vague droit envoie une branche postérieure vers le plexus cœliaque
   C. Le nerf vague gauche envoie une branche postérieure vers le plexus cœliaque
   D. Le nerf vague gauche envoie une branche hépatique qui passe par le ligament gastro-hépatique et innerve la vésicule biliaire, les voies biliaires et le foie
   E. L'innervation sympathique de l'estomac se réalise par les nerfs vagues

4. * Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. Environ 50 % des cancers de l'estomac sont des adénocarcinomes
   B. Les facteurs de risque importants pour l'adénocarcinome gastrique incluent l'infection à H. pylori, l'anémie pernicieuse, l'achlorhydrie, les polypes adénomateux gastriques et la gastrite chronique
   C. Les carcinomes gastriques polypoïdes sont de loin les plus fréquents
   D. La linitis plastica est le terme utilisé pour décrire les cancers gastriques qui infiltrent superficiellement certaines portions de la paroi gastrique
   E. Toutes les réponses ci-dessus sont vraies

5. *Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. Les cancers gastriques aux stades précoces sont toujours symptomatiques
   B. Les symptômes spécifiques des cancers gastriques précoces sont la dysphagie, l'hématémèse, la méléna
   C. La palpation d'une masse tumorale épigastrique indique une néoplasie localement avancée
   D. L'endoscopie digestive haute n'est indiquée que chez les patients jeunes
   E. L'échographie endoscopique est supérieure à l'endoscopie digestive haute dans le diagnostic du cancer gastrique

6. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. La gastrectomie totale est nécessaire soit pour des lésions distales étendues, soit pour des tumeurs proximales
   B. La résection chirurgicale radicale pour la guérison de l'adénocarcinome gastrique est réalisée en cas de maladie localisée
   C. Le système de stadification oncologique de Dukes est utilisé pour la stadification clinique préopératoire
   D. La chimiothérapie pré- et postopératoire, avec ou sans radiothérapie, en adjuvant d'une intervention chirurgicale n'a pas d'efficacité démontrée
   E. Pour les lésions distales, l'intervention élective est la gastrectomie subtotale radicale.

7. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. La laparoscopie est utile pour la stadification en cas d'apparition de métastases péritonéales
   B. La laparoscopie exploratrice est utile seulement dans les cas précoces de carcinome gastrique
   C. En cas de laparoscopie, la biopsie est contre-indiquée en raison du risque hémorragique
   D. Toute lésion suspecte détectée lors de la laparoscopie est biopsiée
   E. Le système de stadification TNM est utilisé dans le cancer gastrique

8. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. L’estomac représente la principale localisation pour près des deux tiers de tous les lymphomes gastro-intestinaux
   B. Le type de lymphome prédominant est le lymphome de Hodgkin
   C. L’endoscopie avec biopsie tissulaire établit le diagnostic de lymphome
   D. Lorsque la lésion est limitée à l’estomac, la survie à 5 ans après résection peut approcher les 100 %
   E. Les symptômes spécifiques du lymphome gastrique sont des douleurs dans la région abdominale supérieure, une perte de poids inexpliquée, une fatigue et des saignements

9. Précisez lesquelles des affirmations suivantes concernant les GIST sont vraies:
   A. Les GIST se comportent toujours comme des tumeurs malignes
   B. L'évaluation implique généralement une endoscopie digestive haute, qui révèle une masse tumorale sous-muqueuse
   C. La tomodensitométrie abdominale détermine la taille de la tumeur, la présence d'invasion et met en évidence d'éventuelles métastases
   D. L'invasion des ganglions lymphatiques est toujours présente
   E. Pour les tumeurs qui manifestent un comportement malin, la chimiothérapie utilisant l'imatinib mésylate a été efficace

10. *Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. Le syndrome de Zollinger-Ellison est la maladie tumorale exocrine la plus connue
   B. Environ 20 % de tous les gastrinomes sont malins
   C. Le diagnostic repose sur la détection d'une hypergastrinémie avec hypersécrétion acide gastrique
   D. La gastrectomie totale avec anastomose œsophagienne est le traitement de choix dans les gastrinomes malins
   E. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes

11. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. Dans l'adénocarcinome duodénal, la méléna est toujours présente
   B. Pour les tumeurs de la première ou deuxième portion du duodénum, une duodéno-pancréatectomie céphalique est réalisée
   C. Le duodénum est la localisation la plus fréquente de l'adénocarcinome au niveau de l'intestin grêle
   D. Environ deux tiers de ces lésions sont localisées au niveau du duodénum
   E. L'endoscopie haute avec biopsie tissulaire est contre-indiquée dans les tumeurs malignes duodénales

12. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
   A. Les manifestations non spécifiques du syndrome de Zollinger-Ellison ressemblent à celles de l'ulcère, avec diarrhée chronique ou sévère concomitante
   B. Les gastrinomes peuvent apparaître de manière sporadique ou faire partie d'un syndrome familial héréditaire (MEN-1)
   C. L'espérance de vie des patients avec forme maligne est supérieure à 80 % à 5 ans
   D. La métastase la plus fréquente dans le syndrome de Zollinger-Ellison est au niveau du poumon
   E. L'hyperparathyroïdie est très suggestive de la présence concomitante du syndrome MEN-1.

13. *Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
    A. Le syndrome de dumping précoce implique une série de symptômes qui apparaissent après l'ingestion d'aliments à faible osmolarité
    B. Environ 15 minutes après le repas, le patient présente anxiété, faiblesse, tachycardie, sueurs abondantes et fréquemment des palpitations
    C. Les crampes abdominales ne sont jamais présentes
    D. La constipation est fréquemment présente
    E. Aucune des réponses ci-dessus n'est correcte

14. *Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
    A. Éviter les repas liquides, modifier le volume de chaque repas et ingérer des graisses représentent des mesures efficaces dans le syndrome de dumping précoce
    B. Dans le cas du dumping tardif, les symptômes débutent généralement une heure après le repas
    C. Dans le syndrome de dumping tardif apparaissent des borborygmes abdominaux et la diarrhée
    D. Le traitement conservateur de ce syndrome inclut l'ingestion de liquides immédiatement après le repas
    E. Le traitement chirurgical n'est pas indiqué dans le syndrome de dumping tardif

15. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
    A. Près de la moitié des patients ayant subi une vagotomie tronculaire présentent une modification du transit intestinal
    B. Les causes de diarrhée post-vagotomie incluent l'accélération de la motilité intestinale, la vidange gastrique rapide, la malabsorption biliaire
    C. Chez les patients avec diarrhée post-vagotomie, l'apport en liquides doit être augmenté
    D. La sténose de l'anse afférente apparaît après une gastrectomie avec reconstruction du transit intestinal selon la technique Billroth I
    E. Les symptômes présents dans la sténose de l'anse afférente incluent généralement des crampes abdominales sévères sans lien avec l'ingestion alimentaire

16. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
    A. Le syndrome de l'anse aveugle est plus fréquent après une procédure Billroth II
    B. Le syndrome de l'anse aveugle est plus fréquent après une procédure Billroth I
    C. Le syndrome de l'anse aveugle est associé à une importante multiplication bactérienne au niveau de l'anse intestinale exclue
    D. Les patients présentent diarrhée, perte de poids, faiblesse et sont souvent anémiques
    E. Le traitement par antibiotiques oraux à large spectre empêche la récidive de la multiplication bactérienne dans le futur

17. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
    A. La maladie ulcéreuse récidivante après intervention chirurgicale pour BUP bénigne est le plus souvent causée par une vagotomie complète
    B. Les patients peuvent présenter des douleurs abdominales pendant l'alimentation ainsi que nausées et vomissements
    C. La détermination du taux de gastrine est utile pour exclure la présence d'un gastrinome
    D. La vagotomie tronculaire avec antrectomie présente l'un des taux de récidive les plus élevés
    E. Traditionnellement, la confirmation d'une vagotomie incomplète se fait par le test de Hollander (la production d'acide gastrique est mesurée après induction d'hypoglycémie par administration d'insuline)

18. Précisez lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
    A. Dans l'atonie gastrique, la prise en charge conservatrice inclut des repas petits et fractionnés tout au long de la journée ainsi que l'évitement du tabac et de l'alcool
    B. La carence en vitamine B12 ou en folates, due à une diminution de l'absorption, conduit à une anémie mégaloblastique chez jusqu'à 50 % des patients
    C. L'altération des fonctions intestinales est fréquente après les reconstructions gastriques
    D. La carence en fer secondaire à une malabsorption ou à des pertes sanguines chroniques produit une anémie mégaloblastique dans 50 % des cas
    E. Dans les syndromes post-gastrectomie, environ un patient sur quatre a des selles fréquentes et molles

19. *Concernant l'abcès périrectal, l'affirmation suivante est vraie:
    A. Il résulte d'infections du canal anorectal et se présente sous forme de formations douloureuses au niveau de la zone périanale
    B. Il résulte d'infections du canal anorectal et se présente sous forme de formations indolores au niveau de la zone périanale
    C. Il résulte d'infections du canal anorectal et se présente sous forme de formations douloureuses au niveau de la région plantaire
    D. Il résulte d'infections du canal thyroglosse et se présente sous forme de formations douloureuses au niveau de la zone périanale
    E. Il résulte d'infections du canal anorectal et se présente sous forme de formations indolores au niveau du périnée

20. *Les lésions suivantes présentent une prédisposition au tétanos:
    A. Plaies de plus de 6 heures, produites par avulsion, écrasement, abrasion étendue, contaminées
    B. Plaies produites par des objets pointus
    C. Plaies produites il y a moins de 6 heures

D. Plaies produites par des objets propres
E. Plaies où les contaminants sont absents

21. *Concernant les infections de la main, l'affirmation suivante est vraie:
A. Les panaris sous-cutanés sont des infections profondes des doigts
B. Les panaris sous-cutanés sont des infections superficielles des doigts
C. Elles mettent la vie du patient en danger
D. Elles ne conduisent pas à une morbidité sévère
E. Le panaris est une infection fongique de l'ongle proximal

22. *Concernant l'abcès mammaire, l'affirmation suivante est vraie:
A. Il se caractérise par une sensibilité sévère localisée, un œdème et un érythème associés à une formation palpable et représente une infection fréquente des tissus mous, généralement d'origine staphylococcique
B. Il ne se caractérise pas par une sensibilité sévère localisée, un œdème et un érythème associés à une formation palpable et représente une infection fréquente des tissus mous, généralement d'origine streptococcique
C. Les facteurs de risque n'incluent pas l'allaitement
D. Les facteurs de risque n'incluent pas le tabagisme et l'obésité
E. Les facteurs de risque n'incluent pas un âge maternel > 30 ans, une durée de gestation > 41 semaines

23. *Concernant la péritonite aiguë, l'affirmation suivante est vraie:
A. L'appendicite aiguë provoque une irritation péritonéale localisée
B. La perforation de l'appendice cause fréquemment une péritonite localisée
C. L'appendicite aiguë provoque fréquemment une péritonite généralisée
D. La perforation colique avec péritonite diffuse crée le type de péritonite le moins virulent
E. La péritonite provoque des douleurs abdominales chroniques, rarement accompagnées de fièvre ou de leucocytose.

24. *Concernant les infections des voies biliaires, l'affirmation suivante est vraie:
A. Les infections des voies biliaires sont généralement une conséquence d'une obstruction dans l'arbre biliaire, soit au niveau du canal cystique, soit de la voie biliaire principale
B. Les bactéries les moins fréquemment impliquées sont Escherichia coli, Klebsiella spp.
C. Les bactéries anaérobies sont fréquemment rencontrées
D. Les bactéries les moins fréquemment impliquées sont Enterococcus spp., Klebsiella spp.
E. Les bactéries les moins fréquemment impliquées sont Escherichia coli, Enterococcus spp.

25. Concernant les infections des voies biliaires, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Les infections des voies biliaires sont généralement une conséquence d'une obstruction dans l'arbre biliaire, soit au niveau du canal cystique, soit de la voie biliaire principale

B. Chez les patients avec anastomose bilio-entérale, la probabilité de contamination par des anaérobies est élevée
C. Les bactéries les plus fréquemment impliquées sont Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterococcus spp.
D. Les bactéries les moins fréquemment impliquées sont Enterococcus spp., Klebsiella spp.
E. Les bactéries anaérobies sont fréquemment rencontrées

26. Les aspects suivants sont caractéristiques de la cellulite:
A. Étiologie: porte d'entrée cutanée
B. Organisme typique: Streptococcus
C. Examen physique: chaleur au toucher, érythème diffus, douleur
D. Traitement: antibiotiques systémiques et soin local de la plaie
E. Traitement: incision et drainage, radiothérapie

27. Les aspects suivants sont caractéristiques du furoncle, carbuncle:
A. Étiologie: prolifération bactérienne dans les glandes et cryptes cutanées
B. Organisme typique: Staphylococcus
C. Examen physique: induration localisée, érythème, sensibilité, tuméfaction avec drainage purulent
D. Traitement: incision et drainage, antibiotiques systémiques
E. Étiologie: infection des vaisseaux lymphatiques

28. Les aspects suivants sont caractéristiques de l'hidrosadénite suppurative:
A. Étiologie: prolifération bactérienne dans les glandes sudoripares apocrines
B. Organisme typique: Staphylococcus
C. Examen physique: multiples petits abcès sous-cutanés, drainage purulent, généralement axillaire et inguinal
D. Traitement: soins locaux des plaies, antibiotiques systémiques, retrait des corps étrangers
E. Traitement: incision et drainage des petites lésions, antibiotiques systémiques, les grandes zones nécessiteront une excision locale large et une greffe cutanée

29. Les aspects suivants sont caractéristiques de la lymphangite:
A. Étiologie: infection des vaisseaux lymphatiques
B. Organisme typique: Streptococcus
C. Examen physique: tuméfaction diffuse et érythème de l'extrémité distale avec des zones de stries inflammatoires le long des canaux lymphatiques
D. Traitement: soins locaux des plaies, antibiotiques systémiques, retrait de tout corps étranger, élévation de l'extrémité
E. Traitement: incision et drainage des petites lésions, antibiotiques systémiques, les grandes zones nécessiteront une excision locale large et une greffe cutanée.

30. Concernant la gangrène, infections nécrosantes des tissus mous (INTM), il est vrai que:
    A. Étiologie: destruction du tissu sain par des enzymes microbiennes virulentes
    B. Organismes typiques: Streptococcus / Staphylococcus / Clostridium
    C. Examen clinique: peau et fascia nécrotiques, tuméfaction et induration, drainage malodorant, crépitations avec emphysème sous-cutané, souvent avec signes systémiques toxiques et symptômes de sepsis
    D. Traitement: débridement radical / amputation des tissus impliqués, soins locaux agressifs des plaies avec débridement fréquent, antibiotiques à large spectre
    E. Étiologie: infection des vaisseaux lymphatiques

31. Concernant les infections des voies urinaires (IVU), il est vrai que:
    A. Le principal facteur de risque est la présence d'un cathéter endo-vésical
    B. Le taux d'IVU associées au cathéter dépend directement de la technique de pose de la sonde urinaire et de la durée de maintien
    C. Le taux d'IVU associées au cathéter ne dépend pas directement de la technique de pose de la sonde urinaire et de la durée de maintien
    D. Le facteur de risque le moins fréquent est la présence d'un cathéter endo-vésical
    E. La bactériémie systémique d'origine urinaire est fréquente en l'absence d'obstruction fonctionnelle ou anatomique

32. Concernant les infections de la plaie chirurgicale, il est vrai que:
    A. Elles sont généralement des événements rares après une chirurgie élective
    B. Elles sont fréquentes après une chirurgie élective
    C. Une surveillance attentive de la plaie est nécessaire chez les patients à risque accru d'infections
    D. Une surveillance attentive de la plaie n'est pas nécessaire chez les patients à risque accru d'infections
    E. Un diagnostic rapide et un traitement chirurgical précoce limitent la morbidité et la mortalité dans beaucoup de ces cas

33. Péritonite primaire:
    A. C'est une péritonite bactérienne spontanée
    B. Survient sans interruption de la continuité du tractus gastro-intestinal (GI)
    C. Est strictement polymicrobienne
    D. Survient à la suite d'une contamination par un tractus GI perforé
    E. Est généralement monomicrobienne

34. Péritonite secondaire:
    A. Survient à la suite d'une contamination par un tractus gastro-intestinal perforé

B. Est généralement polymicrobienne
C. Est généralement monomicrobienne
D. C’est une péritonite bactérienne spontanée
E. Survient à la suite d’une contamination par des cathéters de dialyse péritonéale

35. Concernant les ulcères gastroduodénaux perforés, il est vrai que:
A. Environ 80 % des patients ont un pneumopéritoine à la radiographie thoracique en position debout
B. Environ 50 % des patients ont un pneumopéritoine à la radiographie thoracique en position debout
C. Environ 10 % des patients ont un pneumopéritoine à la radiographie thoracique en position debout
D. L’antibiothérapie péri-opératoire à large spectre contre les aérobies et anaérobies est indiquée pour les perforations aiguës de moins de 24 heures
E. L’antibiothérapie péri-opératoire à large spectre contre les aérobies et anaérobies est indiquée pour les perforations aiguës de moins de 72 heures

36. Les plaies prédisposées au tétanos sont de type:
A. Écrasement
B. Avulsion
C. Brûlures ou gelures
D. Abrasion étendue
E. Sans contaminants, produites par des objets pointus et propres.

37. Les facteurs de risque pour l’abcès mammaire incluent:
A. L’allaitement
B. La première grossesse
C. La sous-poids
D. La consommation de fibres et légumes verts
E. L’obésité

38. Concernant l’abcès périrectal, il est vrai que:
A. Il peut s’étendre dans le pelvis
B. Il peut s’étendre au-dessus du plancher pelvien
C. Il est indolore
D. Il ne peut pas s’étendre dans le pelvis
E. Il peut être fatal chez les patients diabétiques ou immunodéprimés

39. Concernant l’abcès périrectal, il est vrai que:

A. En général, une anesthésie générale est nécessaire pour un examen et un drainage adéquats
B. Le traitement antibiotique est à large spectre
C. Le traitement antibiotique est à spectre étroit
D. Il ne peut pas s'étendre dans le pelvis
E. Il se présente sous forme de formations douloureuses au niveau de la zone périanale

40. Concernant les infections de la main, il est vrai que:
A. En général, elles ne mettent pas la vie en danger
B. Elles peuvent entraîner une morbidité sévère due à la perte de fonction à cause de la fibrose
C. Elles sont menaçantes pour la vie
D. Elles ne peuvent pas entraîner une morbidité sévère due à la perte de fonction à cause de la fibrose
E. Elles peuvent entraîner une morbidité sévère due à la perte de fonction à cause de la contracture

41. Concernant l'abcès mammaire, les données suivantes sont vraies:
A. Les antibiotiques antistaphylococciques et l'aspiration sérieuse guidée par échographie devraient être l'option initiale de traitement
B. Le drainage chirurgical est associé à un résultat esthétique moins bon
C. Le tabagisme et l'obésité ne sont pas des facteurs de risque
D. L'allaitement ne constitue pas un facteur de risque
E. Là où il y a un risque de malignité, une biopsie doit être réalisée

42. Concernant l'abcès mammaire, les données suivantes sont vraies:
A. Il se caractérise par une sensibilité sévère localisée, un œdème et un érythème
B. Il représente une infection fréquente des tissus mous
C. L'allaitement ne constitue pas un facteur de risque
D. Le tabagisme et l'obésité ne sont pas des facteurs de risque
E. Les antibiotiques antistaphylococciques et l'aspiration sérieuse guidée par échographie devraient être l'option initiale de traitement

43. *La hernie de Littre contient:
A. L'appendice caecal
B. Le côlon
C. Le diverticule de Meckel
D. La trompe utérine
E. Le ligament rond

44. *La complication la plus fréquente de la hernie fémorale est:
    A. Le sérome
    B. L’infection
    C. La strangulation
    D. La perforation
    E. La neuropathie postopératoire

45. *La hernie de Spiegel apparaît au niveau de:
    A. La ligne blanche
    B. La ligne arquée
    C. Le foramen obturateur
    D. L’épigastre
    E. Le quadrilatère de Grynfelt.

46. *La diastasis des muscles représente:
    A. La rupture des muscles droits de l’abdomen
    B. Le relâchement de l’arcade inguinale
    C. Le relâchement des muscles lombaires
    D. L’amincissement de la ligne médiane supérieure de l’abdomen
    E. L’élargissement de l’orifice inguinal superficiel

47. *Dans le diagnostic différentiel de l’inguinodynie, on n’inclut pas:
    A. La gastrite aiguë
    B. La microfracture
    C. La lésion de l’articulation fémoro-acétabulaire
    D. Le varicocèle
    E. L’orchialgie

48. *Parmi les complications postopératoires fréquentes des hernies de la paroi abdominale, on n’inclut pas:
    A. Le sérome
    B. L’infection
    C. La colique néphrétique
    D. Les neuropathies postopératoires
    E. La récidive postopératoire

49. *La vascularisation de la paroi abdominale centrale est assurée par:
    A. Les vaisseaux épigastriques supérieurs et inférieurs
    B. La veine saphène interne
    C. La veine saphène externe

D. L’artère fémorale
E. L’artère iliaque interne

50. *La hernie de Spiegel apparaît:
A. Au niveau de la jonction du bord inférieur du fascia postérieur avec le bord latéral du muscle droit de l’abdomen
B. Au niveau de la ligne blanche
C. Au niveau de la jonction des muscles droits de l’abdomen
D. Au niveau de la région inguinale
E. Au niveau sous-ombilical

51. *Une hernie inguinale indirecte apparaît lorsque:
A. Le contenu abdominal hernie médialement aux vaisseaux épigastriques
B. Le contenu abdominal hernie latéralement aux vaisseaux épigastriques
C. Cette variété de hernie n’existe pas
D. Le contenu abdominal hernie dans le scrotum
E. Le contenu abdominal hernie entre les éléments du cordon spermatique

52. Les complications postopératoires fréquentes des hernies sont:
A. Le sérome
B. L’infection
C. La neuropathie postopératoire
D. L’hydrocèle
E. La récidive postopératoire

53. La procédure de Bassini s’adresse aux hernies suivantes:
A. Hernie inguinale directe
B. Hernie obturatrice
C. Hernie inguinale indirecte
D. Hernie fémorale
E. Hernie lombaire.

54. La strangulation est une complication des types de hernies suivants:
A. Hernie inguinale indirecte
B. Hernie fémorale
C. Diastasis des muscles droits de l’abdomen
D. Hernie incisionnelle
E. Hernie ombilicale

55. Les techniques chirurgicales suivantes s’adressent aux hernies de l’orifice mio-pectiné:

A. Procédure de Bassini
B. Procédure de Lichtenstein
C. Procédure de McVay
D. Procédure de Winkelman
E. Procédure de Shouldice

56. Les hernies de la paroi abdominale comprennent:
A. Hernie ventrale
B. Hernie ombilicale
C. Hernie incisionnelle
D. Hernie obturatrice
E. Hernie inguinale

57. Les signes cliniques d'une hernie étranglée sont:
A. Vomissements incoercibles
B. Douleur sévère
C. Fièvre
D. Tachycardie
E. Hoquet

58. Les examens paracliniques dans les hernies de la paroi abdominale sont:
A. Radiographie abdominale simple
B. Échographie
C. Coloscopie
D. IRM
E. Scanner (CT)

59. La technique de McVay est utilisée dans la réparation des hernies:
A. Fémorales
B. Inguinales directes
C. Ombilicales
D. Obturatrices
E. Inguinales indirectes

60. Les signes cliniques dans la hernie fémorale compliquée sont:
A. Douleur
B. Pyrosis
C. Vomissements
D. Fièvre
E. Ictère

61. Les hernies OMP (orifice mio-pectiné) sont:
    A. Lombaires
    B. Fémorales
    C. Inguinales indirectes
    D. Inguinales directes
    E. Obturatrices

62. Les avantages de l'approche mini-invasive dans la chirurgie des hernies sont:
    A. Morbidité réduite
    B. Réduction des infections de la plaie
    C. Durée opératoire plus courte
    D. Diminution de la durée d'hospitalisation
    E. Récupération plus rapide

63. Les facteurs de risque pour la récidive des hernies inguinales sont:
    A. Obésité
    B. Âge
    C. Tabagisme
    D. Grossesse
    E. Taille de la hernie.

64. La réparation chirurgicale avec matériel alloplastique (filet) s'adresse aux hernies suivantes:
    A. Hernies inguinales
    B. Hernies ombilicales
    C. Hernies obturatrices
    D. Hernies fémorales
    E. Hernies épigastriques

65. Parmi les procédures tissulaires dans les hernies miopectinéales, on compte:
    A. Procédure de McVay
    B. Procédure de Bassini
    C. Procédure de Whipple
    D. Procédure de Reichel-Polya
    E. Procédure de Shouldice

66. Le diagnostic différentiel de l'inguinodynie prend en compte les affections génito-urinaires suivantes:
    A. Varicocèle
    B. Prostatite

C. Diverticulite
D. Infection des voies urinaires
E. Endométriose

67. Parmi les complications postopératoires fréquentes des hernies inguinales, on trouve:
A. Inflammation postopératoire
B. Varices hydrostatiques
C. Ecchymoses scrotales
D. Appendicite aiguë
E. Ecchymoses labiales

68. Sur le plan clinique, les hernies peuvent être:
A. Asymptomatiques
B. Symptomatiques
C. Subaiguës
D. Aiguës
E. Supra-aiguës

69. Les options techniques pour la réparation des hernies incluent:
A. Techniques anatomiques
B. Techniques alloplastiques
C. Techniques de séparation des composants
D. Techniques non chirurgicales
E. Techniques non invasives

70. La technique chirurgicale anatomique pour la réparation de la hernie implique:
A. La fermeture du défaut pariétal par suture chirurgicale
B. Elle est réservée aux hernies à faible risque de récidive
C. Elle n’est pas indiquée dans le traitement chirurgical des hernies avec un petit défaut pariétal
D. Elle est indiquée dans le traitement chirurgical des hernies avec un petit défaut pariétal
E. C’est une procédure chirurgicale dépassée

71. Les techniques alloplastiques dans la réparation chirurgicale des hernies supposent:
A. La mise en place d’une prothèse pour consolider la paroi abdominale
B. La fermeture permanente du défaut herniaire
C. Utilisation principalement dans les hernies à risque élevé de récidive
D. Peut être réalisée uniquement par laparoscopie
E. N’a pas d’utilité

72. Les complications postopératoires fréquentes dans la réparation chirurgicale des hernies sont:
    A. Le sérome
    B. L'infection de la plaie
    C. La récidive herniaire
    D. L'éviscération
    E. Les neuropathies postopératoires.

73. Le diagnostic différentiel de l'inguinodynie peut se faire avec:
    A. Une élongation musculaire
    B. La douleur du ligament rond
    C. Le varicocèle
    D. Les maladies inflammatoires de l'intestin
    E. L'ulcère gastrique

74. Le diagnostic différentiel de l'inguinodynie peut se faire avec les affections suivantes:
    A. Affections de l'articulation de la hanche
    B. Affections génito-urinaires
    C. Affections gastro-intestinales
    D. Affections neurologiques
    E. Affections du système hématopoïétique

75. La hernie obturatrice:
    A. Est une catégorie distincte de hernie
    B. Résulte d'un défaut du plancher pelvien au niveau du canal obturateur
    C. Contient généralement de l'intestin grêle hernié à travers le défaut
    D. Contient généralement le côlon hernié à travers le défaut
    E. Contient généralement l'épiploon hernié à travers le défaut

76. La procédure alloplastique de Lichtenstein:
    A. Est une opération par voie antérieure réalisée avec une prothèse (filet)
    B. Le filet est fixé sur la surface postérieure du canal inguinal
    C. Les bords du filet sont fixés aux limites de l'espace supérieur de l'OMP
    D. L'aponévrose de l'oblique externe est suturée au-dessus du filet, mais laissée ouverte en bas
    E. A un taux élevé de récidive herniaire

77. L'obésité est une maladie chronique, son étiologie comprend:
    A. Étiologie environnementale
    B. Étiologie génétique
    C. Étiologie comportementale
    D. Étiologie morbide

E. Étiologie neuro-hormonale.

78. Dans le processus de régulation de l'appétit interviennent de façon décisive:
A. L'hypothalamus
B. L'estomac
C. Le cerveau
D. L'adipocyte
E. Le tissu musculaire.

79. *L'IMC se calcule ainsi:
A. IMC = taille (m) / [poids (kg)]²
B. IMC = poids (kg) / [taille (cm)]²
C. IMC = poids (g) / [taille (m)]²
D. IMC = poids (kg) / [taille (m)]²
E. IMC = poids (g) / [taille (cm)]².

80. L'IMC ne prend pas en compte les facteurs suivants:
A. Le poids
B. La musculature
C. Le périmètre corporel
D. La taille
E. La densité osseuse.

81. La chirurgie bariatrique est indiquée chez les patients avec:
A. IMC entre 35 et 40 avec comorbidités associées
B. IMC entre 35 et 40 sans comorbidités associées
C. IMC supérieur à 40 sans comorbidités associées
D. IMC supérieur à 40 indépendamment des comorbidités
E. IMC entre 30 et 35 sans comorbidités associées.

82. La classification du poids corporel selon l'IMC inclut:
A. Insuffisance pondérale – IMC < 18,5
B. Surpoids – IMC = 25,0-29,9
C. Poids normal – IMC = 18,5-24,9
D. Obésité morbide – IMC = 30,0-39,9
E. Obésité – IMC > 40,0.

83. Les comorbidités associées à l'obésité incluent:
A. La résistance à l'insuline
B. La dyslipidémie

C. L'apnée du sommeil
D. Le cancer osseux
E. L'hypertension artérielle

84. Les contre-indications relatives à la chirurgie bariatrique sont représentées par:
A. L'hypertension artérielle
B. L'insuffisance cardiaque sévère
C. La maladie coronarienne instable
D. Le diabète sucré de type 2
E. La cirrhose avec hypertension portale.

85. Les examens préopératoires en chirurgie bariatrique doivent inclure:
A. L’évaluation nutritionnelle de base
B. Le test hémoccult
C. L’évaluation cardiovasculaire
D. La coloscopie
E. L’évaluation respiratoire.

86. *Le traitement des personnes en surpoids et obèses n'inclut pas:
A. Le régime alimentaire
B. L’activité physique
C. La sédentarité
D. La pharmacothérapie
E. La chirurgie bariatrique.

87. *Le seul traitement de l’obésité ayant permis aux patients une perte de poids significative, sans reprise ultérieure, est:
A. Le régime alimentaire
B. L’activité physique
C. La sédentarité
D. La pharmacothérapie
E. La chirurgie bariatrique.

88. Les médicaments anti-obésité actuellement approuvés par la FDA sont:
A. La phentermine
B. L'acétylcystéine
C. L'orlistat
D. La lorcasérine
E. Le liraglutide.

89. *La procédure chirurgicale bariatrique combinant la malabsorption et la restriction est représentée par:
A. L’anneau gastrique ajustable
B. La gastrectomie longitudinale
C. Le bypass gastrique en Y (Roux-en-Y)
D. La diversion gastrique
E. La diversion biliopancréatique avec switch duodénal.

90. Les procédures bariatriques strictement restrictives sont représentées par:
A. La diversion biliopancréatique
B. La diversion biliopancréatique avec switch duodénal
C. Le bypass gastrique en Y (Roux-en-Y)
D. La gastrectomie longitudinale
E. L’anneau gastrique ajustable.

91. Les procédures bariatriques strictement malabsorptives sont représentées par:
A. La diversion biliopancréatique
B. Le bypass gastrique en Y (Roux-en-Y)
C. La diversion biliopancréatique avec switch duodénal
D. L’anneau gastrique ajustable
E. La gastrectomie longitudinale.

92. Les critères de sélection des patients candidats à la chirurgie de l'obésité sont:
A. IMC < 40 kg/m² sans comorbidités associées
B. IMC > 40 kg/m² sans comorbidités associées
C. IMC entre 35 et 40 kg/m² avec comorbidités associées
D. IMC entre 35 et 40 kg/m² sans comorbidités associées
E. Toute obésité morbide, indépendamment des comorbidités.

93. *La procédure bariatrique la plus fréquemment réalisée à l'heure actuelle est:
A. Le bypass gastrique en Y (Roux-en-Y)
B. La gastrectomie longitudinale
C. L’anneau gastrique ajustable
D. La diversion biliopancréatique
E. La diversion biliopancréatique avec switch duodénal.

94. Les complications précoces des procédures bariatriques sont représentées par:
A. Troubles nutritionnels
B. Fistule anastomotique
C. Hémorragie

D. Infection
E. Syndrome de l'anse afférente.

95. Les complications tardives des procédures bariatriques sont représentées par:
A. Troubles nutritionnels
B. Ulcère marginal et sténose de l'anastomose
C. Hernie interne
D. Syndrome de l'anse afférente
E. Fistule anastomotique.

96. *Le trouble nutritionnel postopératoire le plus important après un bypass gastrique en Y (Roux-en-Y) est représenté par:
A. Le déficit en fer
B. Le déficit en vitamine D
C. Le déficit en vitamine B12
D. Le déficit en vitamine C
E. Le déficit en acide folique.

97. La médication utile dans le traitement des complications de la chirurgie bariatrique est représentée par:
A. Héparine de bas poids moléculaire
B. Warfarine
C. Acide ursodésoxycholique
D. Anti-inflammatoires non stéroïdiens
E. Antispasmodiques.

98. Le traitement chirurgical de l'obésité:
A. Améliore les comorbidités
B. Réduit la mortalité
C. Remplace les changements du mode de vie
D. Réduit les coûts de prise en charge de la santé
E. N'est pas effectué de façon routinière par voie laparoscopique.

99. L'intervention chirurgicale bariatrique a un effet bénéfique sur:
A. Le diabète sucré de type 2
B. L'hypertension artérielle
C. La cardiopathie dilatée
D. L'apnée du sommeil
E. L'angine de poitrine.

100. Les fistules anastomotiques après chirurgie bariatrique apparaissent lors des interventions suivantes:
A. Anneau gastrique
B. Anneau gastrique ajustable
C. Bypass gastrique en Y (Roux-en-Y)
D. Diversion biliopancréatique
E. Diversion biliopancréatique avec switch duodénal.

101. Les symptômes de la hernie interne survenant après un bypass gastrique en Y (Roux-en-Y) sont:
A. La diarrhée
B. Les douleurs abdominales postprandiales
C. La nausée
D. Les vomissements
E. L’hématémèse.

102. Les traumatismes abdominaux se produisent à la suite:
A. Des plaies pénétrantes
B. De l’électrocution
C. De forces contondantes
D. De l’ingestion de substances acides ou basiques
E. De l’exposition au feu.

103. *L'hémorragie intra-abdominale mettant en jeu le pronostic vital entraîne fréquemment:
A. Un choc anaphylactique
B. Un choc occlusif
C. Une bradycardie sinusale
D. Un choc hémorragique
E. Un pic hypertensif.

104. Le flanc abdominal est défini comme la région située entre:
A. La ligne axillaire postérieure
B. La ligne axillaire antérieure
C. La symphyse pubienne
D. La crête iliaque
E. Les côtes inférieures.

105. En cas de plaies pénétrantes, les plus fréquemment touchés sont:
A. L’intestin grêle
B. Le gros intestin

C. Le mésentère
D. Le mésocôlon
E. La rate.

106. La palpation abdominale peut révéler:
A. Une sensibilité abdominale localisée ou diffuse
B. Une distension abdominale secondaire à une hémorragie intra-abdominale
C. Des signes d'irritation péritonéale
D. Des fractures du bassin
E. Des défauts fasciaux ou musculaires de la paroi abdominale.

107. *Chez les patients stables hémodynamiquement, le standard de référence (« gold standard ») dans le diagnostic des lésions des organes intrapéritonéaux ou rétropéritonéaux est:
A. La radiographie abdomino-pelvienne
B. L'échographie abdominale FAST
C. L'évaluation par scanner (tomodensitométrie - CT)
D. L'évaluation par IRM
E. L'échographie avec produit de contraste.

108. Quelles affirmations sont vraies concernant l'échographie FAST:
A. C'est une méthode diagnostique rapide
B. Elle ne peut pas évaluer le liquide libre dans l'abdomen et le péricarde
C. Elle a remplacé le lavage péritonéal diagnostique
D. Elle possède une faible précision diagnostique
E. Elle peut être réalisée sans difficulté par le chirurgien, le radiologue ou le médecin urgentiste.

109. Les affirmations suivantes sont vraies concernant les plaies pénétrantes:
A. Les plaies pénétrantes avec péritonite n'imposent pas la laparotomie
B. Elles ont une très haute incidence de lésions viscérales
C. Les patients stables sans péritonite peuvent avoir des lésions limitées à la paroi abdominale
D. Dans les plaies par balle, les projectiles suivent toujours une trajectoire rectiligne
E. La réalisation d'un scanner (CT) réduit la nécessité d'effectuer des laparotomies exploratrices.

110. *Les contusions hépatiques sont classées en:
A. 4 grades
B. 3 grades
C. 2 grades
D. 6 grades

E. 5 grades.

111. Les lésions spléniques avec saignement actif et hypotension artérielle:
A. Nécessitent une splénectomie totale
B. Peuvent être traitées par angioembolisation dans le but de conserver la rate
C. Nécessitent une splénorraphie
D. Peuvent être traitées de manière conservatrice
E. Peuvent présenter un hémopéritoine diffus au scanner abdominal (CT).

112. Les lésions traumatiques du pancréas peuvent être évaluées par:
A. Radiographie abdominale
B. Scanner abdominal (CT)
C. Cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPRM ou MRCP)
D. Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE ou ERCP)
E. Échographie endoscopique.

113. Dans les traumatismes de l'hémidiaphragme gauche, les lésions fréquemment associées concernent:
A. L'estomac
B. Le foie
C. La rate
D. L'intestin grêle
E. Le pancréas.

114. *Toutes les affirmations suivantes sur les traumatismes rénaux sont vraies, sauf:
A. Le rein est relativement protégé en raison de sa localisation rétropéritonéale
B. Les contusions rénales nécessitent rarement une intervention chirurgicale
C. La néphrectomie est nécessaire en cas de lésions parenchymateuses étendues
D. Les lésions pénétrantes sont souvent autolimitées, y compris celles intéressant les vaisseaux
E. Le cathéter Foley doit être maintenu pendant 7 à 10 jours ou jusqu'à la résolution de l'hématurie

115. Les affirmations fausses concernant les traumatismes de l'intestin grêle et du mésentère sont:
A. La contusion de la paroi intestinale peut entraîner une perforation retardée
B. La présence au niveau abdominal de « signes de ceinture de sécurité » est associée à un faible risque de lésions intestinales
C. L'intestin grêle et le mésentère sont fréquemment lésés dans les traumatismes par arme blanche ou arme à feu

D. La réparation est facile et implique la fermeture du défaut par suture au fil

E. La suture mécanique par agrafeuse (stapler) ou la résection ne sont pas indiquées en cas de lésions impliquant le mésentère.

116. Dans les traumatismes du côlon, on peut avoir:

A. Des lésions étendues impliquant également le mésentère nécessitant résection et anastomose

B. La nécessité fréquente d'une colostomie

C. En cas de lésions du rectum extrapéritonéal, une dérivation temporaire jusqu'à la cicatrisation

D. Des traumatismes par balle qui souvent ne peuvent être réparés par simple suture primaire

E. L'association de multiples lésions organiques ou d'un choc présente un faible risque de fistule anastomotique

117. Le « contrôle lésionnel » dans les traumatismes abdominaux comprend:

A. La laparotomie pour contrôler l'hémorragie et/ou la contamination

B. La « triade létale » qui inclut l'hyperthermie, l'alcalose et la coagulopathie

C. Le contrôle des hémorragies menaçant le pronostic vital peut être obtenu par suture des vaisseaux lésés et isolement des organes solides avec des compresses (packing)

D. Habituellement, la chirurgie de contrôle lésionnel dure entre 60 et 90 minutes

E. Après stabilisation (12 à 48 heures), le patient retourne au bloc opératoire pour retirer les compresses hémostatiques et reconstruire le tractus gastro-intestinal

118. Les affirmations vraies concernant le syndrome du compartiment abdominal sont:

A. Lorsque la pression intra-abdominale dépasse 50 mmHg

B. Il compromet la vascularisation des organes intrapéritonéaux et rétropéritonéaux

C. S'il n'est pas traité, il entraîne une défaillance multiviscérale (MODS)

D. Le diagnostic est facilité par la mesure de la pression vésicale (et non biliaire), qui reflète indirectement la pression intrapéritonéale

E. Le traitement consiste en une décompression rapide par une incision médiane.

119. *L'examen neurologique débute lors de l'évaluation primaire et recherche:

A. La perte de conscience

B. La présence de convulsions

C. L'état de vigilance post-traumatisme

D. La fonction motrice des extrémités

E. Toutes les réponses précédentes

120. *Les lésions traumatiques du thorax n'incluent pas:

A. Le pneumothorax sous tension

B. L'hémothorax massif
C. La tamponnade cardiaque
D. La bronchopneumonie
E. Le volet costal

121. *La tamponnade cardiaque:
A. Se présente cliniquement par des bruits cardiaques assourdis, une turgescence jugulaire et une hypotension (triade de Beck)
B. N'est pas une affection menaçant la vie
C. Le traitement vise à réduire le débit cardiaque
D. Se présente cliniquement avec des bruits cardiaques augmentés
E. Ne peut survenir que par un traumatisme précordial ouvert.

122. *Classification de l'hémorragie:
A. Classe II - Fréquence cardiaque (battements/min) <100
B. Classe IV - Fréquence cardiaque (battements/min) >140
C. Classe III - Volume sanguin perdu >40%
D. Classe IV - Perte de sang (ml) chez une personne de 70 kg entre 750-1500
E. Classe I - Tension artérielle basse

123. *Score de Glasgow:
A. Est une méthode difficile à reproduire
B. A des valeurs comprises entre 3 et 20
C. Les scores de 3 et 4 sont associés à une mortalité ou à un état végétatif dans près de 97 % des cas
D. Ne peut être utilisé comme indicateur pronostique
E. Ne peut être influencé par la consommation d'alcool ou de drogues récréatives

124. Le support vital avancé guide la priorisation de la prise en charge du patient, en se concentrant sur:
A. L'évaluation primaire
B. L'évaluation tertiaire
C. Les soins provisoires
D. L'évaluation secondaire
E. Les soins définitifs.

125. Évaluation primaire:
A. Est décrite par l'acronyme ABCDE
B. Est basée sur l'identification et le traitement immédiat des lésions menaçant le pronostic vital

C. N'implique pas l'examen complet de la peau
D. Ne comprend pas l’initiation de la réanimation
E. Suppose l'évaluation de la perméabilité et de la stabilité des voies aériennes

126. Hémorragie:
A. Est une cause rare de choc secondaire aux traumatismes
B. Le traitement implique la restauration du volume sanguin circulant
C. En cas de choc sévère, les transfusions de produits sanguins doivent être initiées
D. La gravité du choc hémorragique est classée selon le pourcentage du volume sanguin circulant perdu
E. Les hémorragies intrathoraciques peuvent être contrôlées temporairement par compression directe ou pose d’un garrot

127. Signes et symptômes fréquents dans le choc sont:
A. Tachycardie
B. Hypotension
C. Hypertension
D. Tachypnée
E. Polyurie

128. Volet costal:
A. Se produit lorsque deux côtes adjacentes ou plus sont fracturées en deux endroits ou plus
B. À l'inspection du thorax, on observe le mouvement paradoxal du segment affecté
C. Est fréquemment associé à la contusion du parenchyme pulmonaire sous-jacent
D. La stabilisation chirurgicale du segment affecté s'est avérée ne pas réduire la morbidité
E. Une réanimation volémique agressive est recommandée.

129. Pneumothorax fermé:
A. Se produit lorsque l'air pénètre dans la cavité pleurale, entraînant le collapsus du poumon controlatéral
B. L'examen physique révèle un murmure vésiculaire diminué au niveau du poumon atteint
C. L'examen physique révèle une hypersonorité à la percussion
D. L'examen physique révèle un murmure vésiculaire normal au niveau du poumon atteint
E. Le diagnostic est établi par la radiographie thoracique

130. Hémothorax:
A. Se produit lorsque l'air s'accumule dans l'espace pleural
B. À l'examen physique, on observe une abolition du murmure vésiculaire
C. À l'examen physique, on observe une hypersonorité à la percussion
D. Le traitement implique la mise en place d'un drain thoracique

E. L'évacuation adéquate et la position du drain thoracique sont vérifiées par une radiographie après la procédure.

131. Contusions aortiques:

A. Sont les lésions thoraciques traumatiques les plus fréquentes

B. Présentent un potentiel létal élevé

C. Surviennent par un mécanisme de décélération rapide

D. Les ruptures de pleine épaisseur de l'aorte sont suivies d'une exsanguination massive et du décès en quelques minutes après l'accident

E. Apparaissent suite aux forces de cisaillement à la jonction entre l'arc aortique mobile et l'aorte thoracique descendante, immobile

132. Les signes radiologiques des contusions aortiques sont:

A. Augmentation de l'opacité médiastinale

B. Diminution de l'opacité médiastinale

C. Effacement du contour de l'arc aortique

D. Déplacement vers le bas de la bronche souche gauche

E. Déplacement de la trachée vers la gauche

133. Fractures costales:

A. Représentent la lésion thoracique la plus rare causée par les traumatismes fermés

B. Sont identifiées à l'examen clinique par des points douloureux à la palpation le long de la côte

C. La localisation des fractures costales aide à diagnostiquer les lésions associées

D. La fracture des 3 premières côtes est associée à des lésions de l'aorte ou des gros vaisseaux

E. Les fractures des côtes de la région moyenne du thorax sont fréquemment associées à des lésions diaphragmatiques

134. Thoracotomie en service d'urgences:

A. Peut être bénéfique dans certains cas et doit être considérée comme une manœuvre salvatrice

B. Permet d'atteindre rapidement certains objectifs comme la péricardiotomie, le massage cardiaque direct, le clampage de l'aorte

C. Doit être envisagée chez les patients victimes de traumatismes pénétrants qui ont cessé de présenter des signes vitaux moins de 15 minutes avant leur arrivée au service d'urgences

D. La thoracotomie de réanimation peut être réalisée même en l'absence d'un chirurgien expérimenté dans la prise en charge des lésions thoraciques complexes

E. Est indiquée chez les patients en arrêt cardiaque prolongé après un traumatisme pénétrant.

135. La présentation classique du choc neurogénique inclut:

A. Hypertension

B. Tétraplégie
C. Bradycardie
D. Extrémités froides
E. Extrémités chaudes

136. *La séquestration liquidienne dans le quatrième espace signifie:
A. Accumulation de liquide dans le péritoine
B. Accumulation de liquide dans le rétropéritoine
C. Accumulation de liquide à la fois dans le péritoine et dans le rétropéritoine
D. Hémorragie diffuse dans le rétropéritoine
E. Aucune variante correcte

137. *Concernant le syndrome du compartiment abdominal:
A. Il peut compromettre la vascularisation des organes intrapéritonéaux
B. En général, il n'affecte pas la vascularisation des organes rétropéritonéaux
C. Il survient lorsque la pression intra-abdominale dépasse 12 mmHg
D. Il peut entraîner une limitation de l'ascension diaphragmatique
E. Aucune variante correcte

138. *En cas de fracture des os du bassin:
A. Le diagnostic ne peut être posé qu'après réalisation d'une tomodensitométrie (scanner)
B. Les ecchymoses de la région abdominale inférieure, des cuisses et des fesses peuvent indiquer une fracture pelvienne
C. L'examen du périnée doit être effectué afin d'identifier d'éventuelles fractures fermées
D. Les saignements actifs sont le plus souvent d'origine artérielle
E. Toutes les affirmations ci-dessus sont correctes

139. *L'exploration chirurgicale en cas de fractures du bassin:
A. Est la première option, compte tenu des hémorragies pouvant former de grands hématomes rétropéritonéaux nécessitant une évacuation
B. Est à éviter en cas de lésions multiples, notamment les lésions spléniques
C. Le « packing » pelvien avec des champs opératoires est une méthode à éviter, puisqu'elle ne traite pas la cause de l'hématome pelvien
D. Peut résoudre le saignement provenant des bords de fracture
E. Toutes les réponses sont fausses.

140. Dans les traumatismes du cou:
A. La région antérieure du cou est divisée en 4 zones numérotées de I à IV, pour l'évaluation clinique et la prise en charge

B. Le choc et les signes évidents de lésions dans les zones I et II imposent une exploration chirurgicale en urgence

C. Chez le patient stable hémodynamiquement, même en cas de lésions dans les zones I et II, une stratégie initiale conservatrice peut être adoptée

D. L'évaluation classique consiste en angiographie, bronchoscopie et œsophagoscopie/œsophagographie

E. Le scanner avec produit de contraste est une méthode très efficace pour le diagnostic des lésions cervicales

141. En cas de lésions médullaires dues aux traumatismes du cou:

A. 10 % des traumatismes pénétrants à ce niveau entraînent des lésions de la moelle épinière

B. Les lésions de la moelle épinière sont les lésions nerveuses les plus fréquentes, avec les lésions du plexus brachial

C. Les lésions nerveuses les plus fréquentes sont celles des nerfs crâniens

D. Les lésions de la moelle épinière au-dessus de C4 sont associées à une mortalité élevée

E. Pour éviter des lésions nerveuses irréversibles, il est recommandé d'administrer précocement des stéroïdes par voie intraveineuse

142. Dans les traumatismes des extrémités:

A. Ces lésions sont fréquemment observées tant dans les traumatismes ouverts que fermés

B. La gravité des lésions peut varier de bénigne à létale

C. Les lésions potentiellement létales peuvent inclure des fractures ouvertes

D. En cas de lésion d'un gros vaisseau, on ne peut pas appliquer d'attelle rigide pour immobiliser

E. Le syndrome des loges nécessite l'initiation urgente d'un traitement anti-inflammatoire stéroïdien

143. Dans les traumatismes des extrémités, les signes de certitude des hémorragies aiguës peuvent être:

A. Saignement pulsatile

B. Hématome non expansif

C. Hématome profond

D. Souffle

E. Téguments froids

144. Les fractures ouvertes des extrémités:

A. Peuvent être létales

B. Les fractures fermées, contaminées par des bactéries, peuvent entraîner une ostéomyélite et l'amputation du membre

C. Peuvent entraîner des complications comme la consolidation osseuse déficiente

D. Peuvent entraîner des infections de plaie
E. Sont les traumatismes les plus fréquents au niveau du membre inférieur.

145. Les causes principales des traumatismes pendant la grossesse sont:
A. Les accidents de la route
B. Les agressions, jusqu'à 30% des cas
C. Les troubles psychologiques maternels durant la grossesse
D. Les brûlures
E. Les gelures

146. Les principales causes de décès fœtal par traumatisme sont:
A. Les accidents de la route
B. Les blessures par arme à feu
C. L'ingestion accidentelle maternelle d'acides forts
D. L'ingestion accidentelle maternelle de solutions basiques
E. Les violences physiques subies par la mère

147. Les traumatismes pédiatriques:
A. Sont plus fréquents chez les enfants âgés de 9 à 12 ans
B. Sont la cause la plus fréquente de décès chez l'enfant
C. Représentent la première cause de handicap chez les enfants de moins de 14 ans
D. Chez les enfants âgés de 1 à 14 ans, les accidents de la route représentent environ la moitié des causes de décès
E. Les traumatismes thermiques représentent la deuxième cause de décès traumatique chez les enfants après les accidents de la route

148. Les principaux mécanismes de traumatismes chez les personnes âgées sont:
A. Les précipitations (chutes de leur hauteur)
B. Les chutes de hauteur élevée
C. Les agressions
D. Les accidents de véhicules automobiles
E. Les brûlures

149. Le traumatisme chez les personnes âgées:
A. La mortalité est élevée chez les personnes âgées en cas de traumatisme
B. Les comorbidités jouent un rôle déterminant dans les décès traumatiques
C. Bien que les comorbidités cardiovasculaires soient très importantes chez les personnes âgées, ces dernières présentent une réponse inflammatoire diminuée au traumatisme, entraînant une meilleure stabilité hémodynamique comparativement aux patients jeunes

D. Les médicaments cardiologiques prescrits aux personnes âgées peuvent influencer le diagnostic de choc

E. Toutefois, l'âge n'est pas le facteur prédictif le plus important dans l'évolution des patients avec des fractures costales.

150. En cas de traumatismes sévères durant la grossesse:

A. Parfois, pour sauver le fœtus, une césarienne périmortem peut être nécessaire, mais celle-ci offre peu de chances de survie au fœtus si elle est effectuée plus de 4 minutes après la disparition des signes vitaux de la mère

B. La césarienne périmortem s'applique uniquement en cas de grossesse suffisamment avancée permettant la survie du fœtus

C. La césarienne périmortem n'est pas indiquée chez les patientes qui ne sont pas encore déclarées décédées

D. La césarienne périmortem offre les meilleures chances de survie du fœtus dans la première demi-heure suivant la disparition des signes vitaux maternels

E. La césarienne périmortem peut être pratiquée chez les patientes en arrêt cardio-respiratoire ou en cas d'arrêt imminent

151. La prise en charge des traumatismes pédiatriques prend en compte que:

A. Les priorités de réanimation chez l'enfant diffèrent de celles de l'adulte
B. En cas d'une oxygénation <90 % chez l'enfant, on peut présumer une atteinte des voies aériennes, car les enfants ne présentent généralement pas de pathologies respiratoires comme les adultes
C. L'hypoventilation survient fréquemment suite à une lésion cérébrale ou en raison d'un choc
D. L'enfant traumatisé peut nécessiter une intubation oro-trachéale même simplement pour permettre une exploration adéquate
E. Parmi les examens d'imagerie utilisés dans le diagnostic des traumatismes pédiatriques, la tomodensitométrie (scanner) ne peut pas être incluse.

152. *Chez les adultes, la rate a les fonctions suivantes:

A. Hématopoïèse
B. Filtration des leucocytes atteignant la fin de leur durée de vie (110–120 jours)
C. Synthèse des plaquettes
D. Immunomodulation
E. Filtration des immunoglobulines M

153. *La splénectomie est suivie de:

A. Leucopénie transitoire
B. Leucopénie persistante

C. Thrombocytose temporaire
D. Thrombocytopénie temporaire
E. Aucun changement du bilan sanguin complet

154. L'irrigation sanguine de la rate:
A. Est fournie exclusivement par l'artère splénique, une branche du tronc cœliaque
B. Est fournie par l'artère splénique et les artères gastriques courtes, branches de l'artère gastroépiploïque gauche
C. En cas d'occlusion de l'artère splénique, il y a infarctus splénique
D. En cas d'occlusion de l'artère splénique, les artères gastriques courtes assurent un flux collatéral
E. En cas d'occlusion de l'artère splénique, l'artère pancréatico-duodénale supérieure assure le flux sanguine

155. Le drainage veineux de la rate se fait par:
A. Exclusivement par la veine splénique
B. Exclusivement par les veines gastriques courtes
C. Par la veine splénique, qui rejoint la veine mésentérique supérieure pour former la veine porte
D. Par les veines gastriques courtes et la veine splénique
E. Par une anastomose avec la veine rénale gauche, se drainant dans la veine cave inférieure

156. Les rates accessoires:
A. Surviennent dans 10–30% de la population
B. Surviennent dans 30–50% de la population
C. Sont fréquemment localisées dans le hile splénique, les ligaments suspenseurs de la rate ou l'omentum
D. N'ont aucune fonction, donc sont d'aucune importance pratique
E. L'absence d'identification et d'ablation des rates accessoires peut entraîner la récidive de maladies hématologiques traitées par splénectomie

157. La rate fonctionne pour:
A. Filtrer le sang
B. Effectuer l'hématopoïèse extramédullaire chez le fœtus
C. Éventuellement séquestrer et détruire les granulocytes et plaquettes
D. Synthétiser les granulocytes et plaquettes
E. Participer aux processus immunitaires, en fournissant des réponses immunitaires spécifiques et non spécifiques

158. *La radiographie abdominale simple est utile dans l'évaluation de la rate pour:
A. Déterminer la taille exacte de la rate
B. Évaluer la fonction hématopoïétique de la rate
C. Identifier les fractures des côtes gauches inférieures, suggérant une lésion splénique
D. Évaluer le pancréas affecté secondairement par une maladie splénique
E. Évaluer la vascularisation de la rate

159. *La scintigraphie est utile dans l'évaluation de la rate:
A. Pour des informations uniquement sur la taille de la rate
B. Pour des informations uniquement sur la fonction de la rate
C. Pour détecter des rates accessoires ou ectopiques
D. Pour surveiller un traumatisme splénique
E. Pour guider l'aspiration à l'aiguille fine

160. Lors de l'évaluation clinique d'un patient suspecté d'avoir une maladie splénique, il est important de connaître:
A. Les antécédents de saignements, s'ils existent (par exemple, épistaxis spontanée, saignements gingivaux, ménorragies)
B. Les antécédents de médicaments pouvant interférer avec la fonction plaquettaire
C. Les antécédents personnels et familiaux de maladies hématologiques (par exemple, lymphome, leucémie)
D. Splénomégalie douloureuse dans les troubles hématologiques
E. Splénomégalie indolore dans les infections spléniques, infarctus ou rupture

161. L'échographie abdominale est utile pour évaluer:
A. La taille de la rate
B. Les fonctions de la rate
C. La présence de kystes spléniques ou d'abcès spléniques
D. L'évaluation rapide des patients traumatisés pour la présence de sang dans la cavité péritonéale
E. La vascularisation de la rate, par échographie Doppler

162. La tomodensitométrie (TDM) avec produit de contraste est la méthode de choix pour:
A. Déterminer la taille et les lésions de la rate
B. Mettre en évidence d'autres blessures/états abdominaux concomitants
C. Identifier des kystes spléniques ou des abcès
D. Réaliser un drainage percutané de kystes ou d'abcès spléniques sous guidage TDM
E. Surveiller les lésions spléniques

163. L'angiographie splénique est utile:
A. Chez les patients hémodynamiquement stables avec un traumatisme abdominal où l'échographie montre du fluide libre intra-abdominal
B. Chez les patients hémodynamiquement instables avec un traumatisme abdominal où l'échographie montre du fluide libre intra-abdominal
C. Dans l'évaluation des tumeurs spléniques
D. Pour l'embolisation de l'artère splénique
E. Pour surveiller les patients atteints d'hypersplénisme

164. *Chez une personne en bonne santé, après une ablation chirurgicale de la rate (splénectomie):
A. Le nombre de globules blancs augmente de manière transitoire, en moyenne de 50 % au-dessus de la limite normale supérieure, revenant à la normale après 5 à 7 jours
B. Le nombre de globules blancs augmente de manière transitoire, en moyenne de 30 % au-dessus de la limite normale supérieure, revenant à la normale après 2 à 4 jours
C. Le nombre de globules blancs diminue de manière transitoire, en moyenne de 50 % en dessous de la limite normale inférieure, revenant à la normale après 5 à 7 jours
D. Le nombre de globules blancs diminue de manière transitoire, en moyenne de 30 % en dessous de la limite normale inférieure, revenant à la normale après 5 à 7 jours
E. Le nombre de globules blancs n'est pas influencé par la splénectomie

165. Après une splénectomie, dans 50 % des patients, le nombre de plaquettes:
A. Augmente de manière transitoire jusqu'à 30 % entre le jour 2 et le jour 10 après la splénectomie et revient généralement à la normale en environ deux semaines
B. Diminue de manière transitoire jusqu'à 30 % entre le jour 2 et le jour 10 après la splénectomie et revient généralement à la normale en environ deux semaines
C. Augmente de manière transitoire jusqu'à 50 % entre le jour 2 et le jour 10 après la splénectomie et revient généralement à la normale en environ deux semaines
D. Un traitement antiplasmatique est indiqué si le nombre de plaquettes dépasse 750 000/mm³, jusqu'à ce qu'il revienne à la normale
E. Un traitement anticoagulant est indiqué si le nombre de plaquettes dépasse 750 000/mm³, jusqu'à ce qu'il revienne à la normale

166. Le vaccin antipneumococcique (polyvalent) est recommandé:
A. Seulement chez les patients ayant subi une splénectomie totale
B. Chez les patients ayant subi une splénectomie totale et conservatrice (partielle) post-traumatique
C. Non indiqué chez les patients présentant un traumatisme splénique traité de manière non chirurgicale
D. Chez les patients programmés pour une splénectomie élective, la vaccination doit être

administrée avant l'intervention
E. Fournit une protection totale contre les infections graves post-splénectomie (OPSI)

167. *Le principal symptôme de l’achalasie est:
A. Douleur
B. Régurgitation
C. Dysphagie progressive aux solides et ensuite aux liquides
D. Brûlures d’estomac
E. Dysphagie progressive aux liquides et ensuite aux solides

168. *La thérapie chirurgicale endoscopique pour l’achalasie, le POEM (Myotomie Endoscopique Perorale), consiste en:
A. Dilation endoscopique par ballon du sphincter œsophagien inférieur (SOI)
B. Endoscopie gastro-intestinale supérieure avec injection de toxine botulique dans le SOI
C. Création endoscopique d’un tunnel sous-muqueux dans l’œsophage suivi de la myotomie du SOI
D. Myotomie laparoscopique de Heller
E. Myotomie du SOI par thoracoscopie

169. L’achalasie:
A. Est une maladie dégénérative du plexus nerveux myentérique (Auerbach) entraînant une dénervation de l’œsophage
B. Résulte en une relaxation du SOI pendant la déglutition
C. Résulte en l'absence de relaxation du SOI pendant la déglutition
D. Résulte en une absence de péristaltisme œsophagien
E. Résulte en une hyperpéristaltisme œsophagien

170. Le diagnostic de l’achalasie est posé par:
A. Échographie endoscopique (EUS)
B. Radiographie avec avale de baryum, montrant typiquement le signe du «bec d'oiseau »
C. Manométrie montrant l’échec de la relaxation du SOI pendant la déglutition ainsi que l’absence de contractions péristaltiques normales
D. Laparoscopie diagnostique
E. Endoscopie pour écarter d'autres causes d'obstruction distale comme le cancer de l'œsophage (pseudo-achalasie)

171. Le traitement de l’achalasie est:
A. Curatif, avec une guérison permanente
B. Limité à des interventions palliatifs, car la maladie ne peut pas être guérie
C. Vise à soulager le spasme du SOI par médicament, intervention endoscopique ou

myotomie chirurgicale
D. Comprend la dilatation endoscopique par ballon et la myotomie chirurgicale
E. Comprend la résection de l'œsophage distal, y compris le SOI

172. Le traitement chirurgical de l'achalasie par myotomie de Heller:
A. Peut être effectué par approche transthoracique ou transabdominale
B. Ne peut être effectué que par laparoscopie
C. L'approche laparoscopique offre un meilleur confort pour le patient et une meilleure visualisation de la myotomie
D. Il est important d'étendre la myotomie sur l'estomac d'au moins 2–3 cm
E. Une fundoplicature est réalisée simultanément pour prévenir le reflux gastro-œsophagien une fois que le SOI devient incompétent

173. *Un homme de 52 ans, trouvé incidentellement avec une lésion œsophagienne asymptomatique de 8 mm il y a 6 mois. L'endoscopie montre une tumeur de 8 mm sans modification de la muqueuse ; l'avale de baryum confirme une masse bien définie de 8 mm. Quelle est la prise en charge thérapeutique ?
A. Intervention chirurgicale: énucléation de la lésion par thoracotomie ou thoracoscopie
B. Énucléation endoscopique de la lésion
C. Surveillance par échographie endoscopique (EUS)
D. Aspiration à l'aiguille fine ou biopsie pour déterminer si la lésion est bénigne ou maligne
E. Surveillance clinique jusqu'à l'apparition de la dysphagie

174. La majorité des lésions bénignes de l'œsophage:
A. Se produisent dans l'œsophage moyen et distal
B. Se produisent dans l'œsophage proximal
C. Se manifestent fréquemment par des douleurs
D. Se manifestent fréquemment par de la dysphagie
E. Sont évaluées par radiographie avec avale de baryum et endoscopie

175. Les lésions bénignes de l'œsophage sont:
A. Peu fréquentes (rares)
B. Fréquemment rencontrées
C. Habituellement asymptomatiques et découvertes de manière incidente
D. Le plus souvent des léiomyomes, situés dans la couche musculaire
E. La dysphagie apparaît comme un symptôme

176. *Une complication à long terme de l'ingestion de substances caustiques est:
A. Insuffisance respiratoire aiguë
B. Œdème des voies respiratoires
C. Formation de strictures œsophagiennes

D. Insuffisance respiratoire chronique
E. Brûlure transmurale

177. *La première priorité dans le traitement d'urgence de l'ingestion de substances caustiques est:
A. Neutralisation de la substance caustique
B. Induction du vomissement
C. Maintien de la perméabilité de l'œsophage
D. Administration de stéroïdes
E. Thérapie antibiotique

178. L'ingestion de substances caustiques:
A. L'ingestion d'acide cause généralement des blessures plus profondes
B. L'ingestion d'alcalins cause généralement des blessures plus profondes
C. La capacité d'ingérer de l'acide est limitée par une sensation de brûlure extrême dans la bouche
D. La capacité d'ingérer de l'alcalin est limitée par une sensation de brûlure extrême dans la bouche
E. L'ingestion d'alcalin entraîne des dommages complets de la paroi œsophagienne

179. L'évaluation des brûlures causées par des substances caustiques inclut:
A. Évaluer la raison exacte de l'ingestion
B. Identification précoce de l'agent étiologique (acide, alcalin), car ils nécessitent des approches différentes
C. Examen physique de l'oropharynx pour estimer la gravité des blessures et déterminer la nécessité d'une intubation trachéale en cas d'œdème des voies respiratoires supérieures
D. Endoscopie flexible précoce dans les 24 heures pour minimiser le risque de perforation
E. La gravité est classée en fonction de la profondeur: des brûlures superficielles de premier degré aux brûlures complètes de troisième degré

180. Le traitement des strictures œsophagiennes post-caustiques inclut:
A. Dilatation à l'aide d'un bougie
B. Antibiotiques
C. Stéroïdes
D. Interposition du côlon (par la voie rétro-sternale)
E. Résection de l'œsophage avec interposition du côlon

181. Quelles interventions sont réalisées dans les strictures œsophagiennes post-caustiques ?
A. Résection d'urgence de l'œsophage avec interposition du côlon
B. En cas de stricture tardive et serrée: résection de l'œsophage avec interposition du côlon
C. Si la fibrose est trop sévère pour permettre une résection œsophagienne en toute sécurité, une interposition du côlon rétro-sternale est réalisée
D. Lors de l'évaluation endoscopique: gastrostomie endoscopique percutanée pour le soutien

nutritionnel et accès à la dilatation rétrograde par bougie
E. En cas de dégénérescence maligne des lésions œsophagiennes, interposition du côlon rétro-sternale

182. *La réponse au stress chirurgical entraîne:
A. Une activité fibrinolytique accrue, prédisposant le patient à des saignements
B. Une activité fibrinolytique supprimée, prédisposant le patient à la thrombose
C. Une activité constante du système fibrinolytique, sans déséquilibre du système de coagulation-fluide
D. Une activité accrue de la coagulation, prédisposant le patient à la thrombose
E. Une activité de coagulation supprimée, prédisposant le patient à des saignements

183. *Les mesures préopératoires qui réduisent le risque de complications pulmonaires postopératoires incluent l'arrêt du tabac:
A. Le jour de l'intervention
B. La veille de l'intervention
C. Au moins 2 semaines avant l'intervention
D. Au moins 6 semaines avant l'intervention
E. Immédiatement après l'intervention

184. *La référence pour le diagnostic et la stadification des maladies hépatiques reste:
A. La biopsie du foie
B. Tests sérologiques et radiologiques
C. Échographie abdominale
D. Tests biochimiques et sérologiques
E. IRM ou tomodensitométrie

185. *L'objectif principal dans la gestion périopératoire d'un patient atteint de maladie rénale chronique (MRC) ou d'insuffisance rénale aiguë (IRA) est:
A. Surveillance précise de l'équilibre hydrique
B. Poid quotidien du patient
C. Éviter les AINS en raison de leurs effets néphrotoxiques
D. Éviter les opioïdes, qui peuvent s'accumuler chez les patients atteints de MRC et poser un risque élevé de dépression respiratoire
E. Maintenir l'euvolemie et la perfusion rénale

186. *Les patients chirurgicaux avec pathologie hépatique:
A. Sont à risque de saignement important
B. Sont à risque de thrombose veineuse
C. Ont un équilibre optimal entre les fluides et la coagulation
D. Ont un risque minimal de saignement

E. L'altération de l'hémostase peut être attribuée à une production accrue de facteurs de coagulation

187. *Chez les patients diabétiques, le stress chirurgical induit une réponse neuroendocrinienne avec:
A. Maintien de l'équilibre entre l'insuline et les hormones contrarégulatrices: glucagon, adrénaline
B. Cortisol et hormone de croissance
C. Libération d'insuline sérique et diminution de la glycémie
D. Diminution des hormones contrarégulatrices
E. Instabilité dans l'équilibre entre l'insuline et les hormones contrarégulatrices
F. Libération des hormones contrarégulatrices, entraînant une résistance périphérique à l'insuline, une augmentation de la production hépatique de glucose et une diminution de la production d'insuline, avec une tendance à l'hyperglycémie

188. *Infection de la plaie chirurgicale:
A. Si elle est reconnue tôt, elle peut entraîner un drainage spontané
B. Elle se manifeste toujours par de la fièvre suivie de tachycardie
C. Elle est principalement traitée par des antibiotiques
D. Si elle est détectée tardivement, elle peut conduire à une destruction fasciale avec déhiscence ou éviscération
E. C'est l'infection nosocomiale la plus courante

189. Les patients ayant une pathologie hépatique avancée sont à risque accru de développer de l'ascite, ce qui augmente le risque de:
A. Fermeture rapide des plaies chirurgicales
B. Déhiscence de la plaie
C. Altération de la ventilation pulmonaire
D. Hernies incisionnelles après une chirurgie abdominale
E. Réaccumulation de l'ascite, même si elle a été drainée pendant la chirurgie

190. Chez les patients diabétiques, la gastroparesie causée par la neuropathie autonome:
A. Se manifeste par une faim postprandiale
B. Peut retarder la vidange gastrique et augmenter le risque d'aspiration
C. Est suggérée par un historique de plénitude postprandiale prolongée ou de constipation
D. Se manifeste par une diarrhée postprandiale
E. Peut être suggérée par un bruit gastrique lorsque l'estomac devrait être vide

191. Si une chirurgie est nécessaire chez une patiente enceinte:
A. Idéalement, elle devrait être réalisée au premier trimestre
B. Idéalement, elle devrait être réalisée au deuxième trimestre
C. Idéalement, elle devrait être réalisée au troisième trimestre

D. La laparoscopie peut être réalisée en toute sécurité en réduisant la pression d'insufflation
E. La laparoscopie peut être réalisée en toute sécurité en augmentant la pression d'insufflation

192. Les tubes du tractus gastro-intestinal comprennent:
A. Les tubes nasogastriques sont généralement utilisés pour l'évacuation du contenu gastrique
B. Les tubes nasogastriques sont généralement utilisés pour l'alimentation
C. Les tubes nasoentériques sont utilisés pour l'alimentation
D. Les tubes de gastrostomie sont utilisés pour le drainage ou l'alimentation
E. Les tubes de jéjunostomie sont utilisés pour un accès nutritionnel à long terme

193. La position du tube d'alimentation nasoentérique ne peut être confirmée de manière définitive que par:
A. Une histoire clinique soigneuse
B. Un examen clinique
C. Une palpation directe peropératoire
D. L'écoute d'air injecté dans la région épigastrique
E. Une radiographie

194. Les tubes endotrachéaux:
A. Ont un ballonnet qui assure un sceau avec la paroi trachéale
B. Viennent dans différents diamètres qui assurent un sceau avec la paroi trachéale
C. Sont utilisés lorsque les patients ont besoin de ventilation mécanique à court terme
D. Sont utilisés lorsque les patients ont besoin de ventilation mécanique à long terme
E. Sont utilisés lorsque les patients ne peuvent pas maintenir une voie respiratoire perméable

195. Les tubes de drainage thoracique sont placés dans la cavité pleurale:
A. Pour évacuer l'air (hémothorax)
B. Pour évacuer l'air (pneumothorax)
C. Pour évacuer le sang (hémothorax)
D. Pour évacuer les liquides (épanchement pleural)
E. Pour évacuer le pus (pneumothorax)

196. Les tubes de drainage thoracique sont connectés à un système:
A. De succion continue
B. D'insufflation continue
C. Qui permet le drainage de l'air et des liquides de la cavité pleurale et empêche l'entrée d'air de l'extérieur dans l'espace pleural
D. De lavage
E. De type circuit fermé

197. Les tubes de trachéostomie:
A. Sont placés à travers le pharynx dans le larynx et la trachée
B. Sont placés directement dans la trachée au niveau du cou
C. Sont utilisés chez les patients nécessitant une ventilation mécanique à court terme
D. Sont utilisés chez les patients nécessitant une ventilation mécanique à long terme
E. Sont utilisés chez les patients qui ne peuvent pas maintenir une voie respiratoire perméable à long terme

198. Les drains chirurgicaux:
A. Sont placés peropératoirement pour évacuer les collections fluidiennes présentes
B. Sont placés peropératoirement pour évacuer les collections fluidiennes potentielles
C. Les drains passifs maintiennent un chemin pour que les fluides suivent
D. Avec un système de succion fermé, ils sont une voie à double sens pour les bactéries
E. Les drains passifs, sans succion, sont une voie à double sens pour les bactéries

199. La cicatrisation des plaies:
A. Se produit par intention primaire ou secondaire
B. L'intention primaire signifie que les bords de la plaie sont rapprochés à l'aide de sutures, d'agrafes, de bandes ou d'adhésifs dermiques
C. L'intention secondaire signifie que les bords de la plaie sont rapprochés à l'aide de sutures, d'agrafes, de bandes ou d'adhésifs dermiques
D. L'intention primaire implique que les bords de la plaie sont laissés non rapprochés
E. L'intention secondaire implique que les bords de la plaie sont laissés non rapprochés

200. Dans le traitement d'un abcès de plaie chirurgicale, la guérison par intention secondaire implique:
A. L'approximations des bords de la plaie avec des sutures, des agrafes.
B. Le fait que les bords de la plaie ont été laissés non rapprochés.
C. L'approximations des bords de la plaie avec des bandes ou des adhésifs dermiques.
D. L'application d'un pansement pour absorber les fluides de la plaie et prévenir la fermeture prématurée.
E. Aucune des affirmations ci-dessus n'est vraie.

201. La gestion de la douleur pour les patients chirurgicaux:
A. Les patients avec des incisions crâniennes et cervicales bénéficient d'analgésie épidurale.
B. Les patients avec des incisions thoraciques ou abdominales bénéficient d'analgésie épidurale.
C. L'analgésie intraveineuse contrôlée par le patient offre un bon contrôle de la douleur intense dans la période postopératoire immédiate.
D. L'analgésie intraveineuse contrôlée par le patient offre un bon contrôle de la douleur

intense dans la période postopératoire tardive.
E. Dans l'unité de soins intensifs, les analgésiques oraux sont facilement administrés.

202. Lequel des patients suivants présente le plus grand risque de thromboembolie veineuse ?
A. Un patient ayant subi une chirurgie du tractus gastro-intestinal.
B. Un patient immobile avec une fracture de la colonne vertébrale.
C. Un patient ayant subi une chirurgie thoracique majeure.
D. Un patient ayant une fracture pelvienne ou une fracture d'un os long.
E. Un patient répondant aux critères de la triade de Virchow (stase, hypercoagulabilité et lésion endothéliale).

203. L'atélectasie postopératoire:
A. Affecte jusqu'à 50 % des patients subissant une anesthésie générale.
B. Affecte jusqu'à 90 % des patients subissant une anesthésie générale.
C. Se manifeste par une augmentation de la fraction du shunt, c'est-à-dire un faible rapport ventilation-perfusion entraînant une hypoxie.
D. Se manifeste par une diminution de la fraction du shunt, c'est-à-dire un rapport ventilation-perfusion élevé entraînant une augmentation de la saturation en oxygène.
E. La réexpansion pulmonaire est entravée par la douleur, la suppression de la toux et le manque de mobilité.

204. La gestion de l'atélectasie postopératoire:
A. Commence avant l'opération, en arrêtant de fumer au moins 8 semaines avant la chirurgie.
B. Commence avant l'opération par l'initiation d'exercices inspiratoires, en particulier chez les patients ayant une toux productive et une bronchite chronique.
C. Commence après l'opération avec une gestion appropriée de la douleur.
D. Continue après l'opération avec une gestion appropriée de la douleur et une mobilisation précoce.
E. La chirurgie minimement invasive réduit significativement l'incidence de l'atélectasie.

205. La déhiscence aiguë de la plaie ou l'éviscération:
A. Est une complication mécanique aiguë de la plaie.
B. La force exercée transversalement sur les bords de la plaie dépasse la résistance du matériau de suture ou de la fascia.
C. La résistance de la fascia est généralement altérée par l'ischémie tissulaire résultant du serrage excessif des fils de suture au début ou du développement de l'œdème tissulaire.
D. L'infection locale ne peut pas être un facteur causal.
E. Une technique de suturation défectueuse peut être un facteur causal.

206. L'infection de la plaie chirurgicale:
A. Est l'infection nosocomiale la plus fréquente.
B. Est la deuxième infection nosocomiale la plus fréquente.

C. Survient chez 2-5 % des patients chirurgicaux.
D. Survient chez 5-10 % des patients chirurgicaux.
E. Peut avoir des conséquences aiguës dévastatrices telles que la déhiscence fasciale, la formation de pseudoanévrisme ou la fistule anastomotique.

207. Les signes d'infection de la plaie chirurgicale:
A. Sont ceux de l'inflammation: érythème (rubor), œdème (tumor), chaleur locale (calor) et douleur intense au site de l'incision (dolor).
B. La bradycardie peut être le premier signe, la fièvre survenant plus tard.
C. La tachycardie peut être le premier signe, la fièvre survenant plus tard.
D. Un drainage spontané de la plaie chirurgicale indique une reconnaissance retardée de cette complication postopératoire.
E. Une détection tardive conduit à une destruction fasciale, avec déhiscence ou éviscération.

208. La fièvre postopératoire:
A. L'enquête sur la cause de la fièvre commence à 38,3°C.
B. Les investigations commencent par des tests diagnostiques (laboratoires, collecte de matériel biologique pour cultures et examens d'imagerie).
C. Les investigations commencent par un examen physique ciblé pour rechercher des indices et/ou confirmer une source suspectée.
D. Les investigations commencent par l'analyse des circonstances: l'emplacement du patient (en unité de soins intensifs ou en service chirurgical), la durée de l'hospitalisation, la présence et la durée de la ventilation mécanique.
E. D'une importance primordiale sont l'instrumentation (cathéters, lignes vasculaires, sondes nasales ou thoraciques), les médicaments, les plaies chirurgicales et la nature de l'intervention chirurgicale (élective, en urgence, tractus gastro-intestinal, traumatisme).

209. Le processus de minimisation des erreurs en chirurgie comprend des situations qui ne devraient jamais se produire, telles que:
A. L'analyse des circonstances (emplacement du patient, durée de l'hospitalisation).
B. Une chirurgie réalisée du mauvais côté du corps.
C. Les investigations d'imagerie.
D. La réalisation d'un examen physique ciblé.
E. Une chirurgie réalisée sur le mauvais patient.

210. La perforation cervicale de l'œsophage bénéficiera des traitements suivants:
A. Antibiotique per os
B. Débridement chirurgical
C. Endoscopie digestive haute
D. Antibiotiques intraveineux

E. Alimentation par gastrostomie

211. *Les affirmations suivantes concernant les perforations de l'œsophage thoracique sont vraies, à l'exception de ce qui suit:
A. Une perforation majeure de l'œsophage thoracique présente généralement des signes aigus de septicémie.
B. La perforation de l'œsophage thoracique est la conséquence la plus fréquente d'un œsophage antérieur sain.
C. Le syndrome de Mallory-Weiss se caractérise par une hémorragie gastro-intestinale supérieure.
D. L'examen d'une suspicion de perforation thoracique de l'œsophage commence par une radiographie thoracique standard.
E. Le traitement de base est la chirurgie

212. La perforation de l'œsophage thoracique comprend les étapes suivantes:
A. Débridement complet des tissus infectés
B. Oesophagopharyngite monocouche de la muqueuse uniquement
C. Renforcement de la suture par un lambeau intercostal pédiculé
D. Oesophagectomie concomitante pour achalasie
E. Drainage par sonde en T pour le cancer de l'œsophage au stade terminal

213. La classification des hernies hiatales comprend les types d'affections suivants:
A. Type III, la forme la plus courante
B. Type I, par glissement
C. Le type IV est la combinaison d'une hernie coulissante et d'une hernie para-œsophagienne.
D. Dans le type II, il y a un prolapsus isolé de l'estomac à travers un ligament frein-œsophagien affaibli.
E. Le type I est généralement associé au reflux gastro-œsophagien.

214. Les affirmations suivantes concernant la prise en charge des hernies hiatales sont vraies:
A. Les hernies hiatales de type I nécessitent toujours un traitement chirurgical.
B. L'emprisonnement aigu est rare dans le type II
C. La fermeture sans tension du défect diaphragmatique est une étape peropératoire clé.
D. Chez les patients âgés qui peuvent être traités de manière chronique, le traitement laparoscopique de la hernie hiatale avec une simple réduction de l'estomac et une gastropexie est souvent suffisant.
E. Le traitement chirurgical de tout type de hernie hiatale est généralement indiqué en présence de symptômes

215. *Les principales étapes opératoires du traitement chirurgical des hernies hiatales sont les suivantes, à l'exception des suivantes:
   A. La fundoplication de l'estomac
   B. Réduction complète du sac herniaire
   C. Fermeture sans tension d'un défaut diaphragmatique
   D. Gastrectomie longitudinale concomitante
   E. Mobiliser l'œsophage thoracique pour obtenir une longueur intra-abdominale de l'œsophage de 2-3 cm.

216. Les affirmations suivantes concernant l'hémophilie A sont vraies:
   A. L'activité du facteur X est réduite ou absente
   B. Il s'agit d'une maladie à transmission autosomique dominante.
   C. Rare chez les femmes
   D. Les saignements sont localisés au niveau des articulations et au niveau intramusculaire.
   E. Le TCA est prolongé

217. Les causes suivantes peuvent être à l'origine d'un trouble acquis de la coagulation:
   A. Urémie
   B. Médicaments inhibiteurs de plaquettes
   C. Suppléments à base de plantes en vente libre
   D. Administration de KCl 7,4 % par voie intraveineuse
   E. Stéatose hépatique

218. Les tests de laboratoire suivants sont utilisés pour surveiller le traitement par l'héparine non fractionnée:
   A. Temps de thrombine
   B. INR
   C. aPTT
   D. Temps de prothrombine
   E. Activité anti-Xa

219. Les facteurs permettant de prédire la nécessité d'une transfusion massive chez un patient présentant une hémorragie active sont les suivants:
   A. Fréquence cardiaque ≥ 120 battements/minute
   B. FAST négatif en présence d'une plaie pénétrante
   C. FAST positif en présence d'une plaie pénétrante
   D. Pression artérielle systolique≤≤90mmHg
   E. Saignement crânien

220. Les affirmations suivantes concernant les protocoles de transfusion massive et leurs adjuvants sont vraies:
A. Un supplément de calcium doit être administré toutes les 4 unités de masse de globules rouges.
B. Le rapport optimal entre le plasma, les plaquettes et le MER est de 2:1:1.
C. L'acide tranexamique est utile dans les 3 premières heures en inhibant la fibrinolyse.
D. Le facteur VIIa recombinant favorise la coagulation mais n'apporte pas de bénéfice significatif en termes de mortalité
E. Le rapport optimal entre le plasma, les plaquettes et le MER est de 1:1:1:2.

221. Les causes suivantes peuvent être à l'origine d'une hémorragie postopératoire:
A. Hépatectomies étendues
B. Nutrition postopératoire insuffisante et prise d'
C. Infections graves avec choc
D. Prise de vitamine K
E. Coagulation intravasculaire disséminée

222. Les échantillons de laboratoire suivants peuvent être utiles pour le diagnostic positif de l'alcoolisme intravasculaire disséminé:
A. Troponine T
B. Faibles D-dimères
C. Thrombocytopénie
D. aPTT étendu
E. Hyperfibrinogénémie

223. *Des saignements postopératoires peuvent survenir dans les situations suivantes:
A. Coagulation intravasculaire disséminée
B. Chirurgie cérébrale
C. Déficit en α2-antiplasmine
D. Chirurgie de la prostate
E. Toutes les réponses ci-dessus

224. Les sous-groupes de patients suivants peuvent fréquemment présenter des troubles de la coagulation ou des états procoagulants:
A. Patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques
B. Femmes enceintes
C. Enfants et adolescents
D. Aînés
E. Patients souffrant d'insuffisance hépatique

225. En ce qui concerne les poches de masse de globules rouges (GR) destinées à la transfusion, les affirmations suivantes ne sont pas vraies:
A. Le volume d'un sac de MER est de 500 ml dont 310 ml de globules rouges.
B. Les sacs MER ne contiennent pas de plasma
C. La transfusion d'une poche de MRS à un patient de 70 kg augmente l'hématocrite de 3 %.
D. La transfusion d'une poche de MRS à un patient de 70 kg augmente la concentration d'hémoglobine de 1g/dL.
E. Les sacs MER sont généralement conservés à une température comprise entre 1 et 6°C.

226. Les transfusions de plasma frais congelé chez les patients qui sont sur le point de subir une intervention chirurgicale ou qui saignent manifestement sont indiquées dans les situations suivantes:
A. Augmentation anormale du temps de Quick ou du temps de céphaline
B. Thrombocytopénie absolue
C. Traitement préopératoire au clopidogrel (Plavix).
D. Traitement préopératoire à la warfarine
E. Traitement préopératoire à l'aspirine

227. *Acidose et coagulopathie l'élément suivant fait partie de la triade létale:
A. Hypoglycémie
B. Hyperglycémie
C. Hyperthermie
D. Hypothermie
E. Insuffisance rénale aiguë

228. Les réactions suivantes sont des réactions immunologiques transfusionnelles:
A. Réactions fébriles
B. Thrombocytopénie
C. Choc anaphylactique
D. Réactions hémolytiques aiguës et retardées,
E. Thrombocytose

229. Les affirmations suivantes concernant la transfusion massive de thrombocytes sont fausses:
A. Il est indiqué pour les patients présentant une hémorragie cliniquement manifeste associée à une thrombocytopénie absolue.

B. Il est indiqué pour les patients présentant une hémorragie cliniquement manifeste associée à une thrombocytopénie relative mais avec un dysfonctionnement plaquettaire.
C. Avec une transfusion typique de 6 unités de masse thrombocytaire, on s'attend à une augmentation des plaquettes d'environ 10 000 à 20 000 plaquettes/µL.
D. L'effet thérapeutique de la transfusion de masse de thrombocytes dépend du poids du patient et du nombre de concentrés transfusés.
E. Avec une transfusion typique de 4 unités de masse thrombocytaire, on s'attend à une augmentation des plaquettes d'environ 200 000 plaquettes/µL.

230. * La lésion pulmonaire aiguë dans le contexte d'une réaction transfusionnelle consiste en..:
A. Oedème pulmonaire cardiogénique
B. Bronchopneumonie aiguë
C. Pneumothorax spontané
D. Œdème pulmonaire non cardiogénique
E. Infarctus pulmonaire aigu

231. *La prise en charge des réactions transfusionnelles mineures consiste à
A. Arrêter immédiatement la transfusion
B. Administration de cristalloïdes pour l'hémodilution des composants transfusés
C. Antihistaminiques
D. Mannitol
E. Aucune de ces réponses

232. *L'indication la plus fréquente pour une chirurgie de l'intestin grêle est:
A. Perforation intestinale traumatique
B. Thrombose de la veine mésentérique supérieure
C. Obstruction de l'intestin grêle
D. Infection SARS-COV 2
E. Entérocolite causée par Clostridium Difficile

233. Les étiologies de l'obstruction de l'intestin grêle sont les suivantes:
A. Traumatisme abdominal grave
B. Causes extrinsèques
C. Causes infectieuses
D. Causes intrinsèques
E. Causes intraluminales

234. Les causes intrinsèques de l'obstruction de l'intestin grêle se caractérisent par

A. Ulcères associés à l'utilisation chronique d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
B. Épaississement de la paroi intestinale
C. La plupart des sténoses bénignes peuvent être résolues sans intervention chirurgicale.
D. Les causes les plus fréquentes sont l'entérite post-radiothérapie et les sténoses anastomotiques.
E. Bien que le passage des liquides ne soit pas limité, les particules solides ou non digérées peuvent ne pas pouvoir passer à travers la lumière rétrécie.

235. Les causes extrinsèques de l'obstruction de l'intestin grêle se caractérisent par les éléments suivants:
A. Les procédures laparoscopiques produisent environ 80 % d'adhérences en plus que les procédures ouvertes.
B. Les adhérences postopératoires sont présentes chez au moins deux tiers des patients ayant subi une chirurgie abdominale.
C. En général, 3 à 9 % des patients ayant subi une intervention chirurgicale abdominale dans le passé peuvent présenter ultérieurement des symptômes associés à l'OIS.
D. Dans les pays industrialisés, les adhérences postopératoires ou le tissu cicatriciel sont les causes les plus fréquentes d'OIS.
E. La maladie de Crohn est une cause extrinsèque de l'OIS

236. Les pathologies suivantes peuvent provoquer une obstruction de l'intestin grêle de cause extrinsèque, à l'exception de
A. Invagination
B. Carcinomatose
C. Tumeurs stromales gastro-intestinales
D. Hernies internes
E. Syndrome de l'artère mésentérique supérieure

237. Les pathologies suivantes peuvent provoquer une obstruction intraluminale de l'intestin grêle:
A. Phytobézoards
B. Hernies inguinales
C. Inavagination
D. Rétrécissements anastomotiques
E. Iléus biliaire

238. La physiopathologie des occlusions de l'intestin grêle est la suivante:
A. Les pertes de fluides se produisent également dans le "troisième espace
B. Dans le cas d'un SIO extrêmement proximal, le suc intestinal est très acide et les vomissements entraînent une alcalose métabolique.

C. La déshydratation survient principalement à la suite d'une diarrhée aqueuse.
D. Avec le temps, les pertes de potassium augmentent, de sorte que le pancréas sécrète du potassium en même temps que du bicarbonate dans le cadre d'un mécanisme compensatoire.
E. L'absorption des ions sodium, potassium, chlore et hydrogène est significativement augmentée.

239. * La déshydratation dans les occlusions de l'intestin grêle est la conséquence de, sauf:
A. Vomissements
B. Faible absorption des parois
C. Diminution de la sécrétion hormonale stimulée par la distésie de la lumière
D. Suintement de liquide dans la cavité péritonéale
E. Pertes du troisième espace dues à l'œdème de la paroi abdominale

240. Les indicateurs d'un risque élevé de strangulation sont les suivants:
A. Fièvre
B. Thrombocytose
C. Leucopénie
D. Sensibilité abdominale
E. Tahicardia

241. Les signes et symptômes suivants correspondent à la localisation et au type de boucle affectée:
A. Des vomissements fréquents, lourds et bilieux se produisent dans les occlusions avec anse intestinale proximale ouverte.
B. Les vomissements ont un aspect faecaloïde dans les occlusions de l'anse fermée.
C. Les douleurs dues aux occlusions du côlon et du rectum sont continues.
D. Sensibilité à la palpation épigastrique en cas d'occlusion de l'anse fermée
E. La distension dans les occlusions ouvertes de l'anse intestinale proximale est marquée

242. *L'examen du patient souffrant d'une obstruction de l'intestin grêle peut révéler les éléments suivants, sauf:
A. L'abdomen est souvent distendu, en fonction de la localisation de l'occlusion.
B. Les cicatrices chirurgicales et les zones de hernie potentielles doivent être soigneusement examinées.
C. À l'auscultation, dans les premiers stades de la maladie, des sons aigus et des borborygmes peuvent être détectés.
D. Tachycardie, sécheresse des muqueuses, diminution de la turgescence de la peau et hypotension relative peuvent être observées dans les premiers cas.

E. Sensibilité à la percussion, à la décompression et aux mouvements de l'équipe, nécessite une intervention chirurgicale d'urgence.

243. Les caractéristiques radiologiques suggérant une occlusion de l'intestin grêle sont les suivantes:
A. Distension intestinale à proximité du point d'occlusion
B. Pneumobilie
C. Aéroportie
D. Les niveaux d'eau sont visibles sur les images orthostatiques
E. Collaboration avec l'intestin distal

244. En ce qui concerne l'examen tomodensitométrique dans les occlusions de l'intestin grêle, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Les résultats de la tomodensitométrie sont toujours en corrélation avec le tableau clinique.
B. La rotation du mésentère observée sur le scanner est appelée "signe du tourbillon"
C. La tomodensitométrie n'est utile que si un produit de contraste est administré par voie orale
D. Les examens de contraste de l'intestin grêle sont toujours nécessaires dans les situations aiguës.
E. La tomodensitométrie permet d'identifier la zone de transition entre la partie dilatée et non dilatée de l'intestin grêle.

245. *Les examens de laboratoire dans l'occlusion de l'intestin grêle peuvent être caractérisés à l'exception de
A. Une alcalémie hyperkaliémique "rétrécissante" est fréquente chez les patients souffrant de déshydratation sévère.
B. L'hyperamylasémie peut être observée dans le SIO.
C. Une leucocytose persistante peut être un signe de progression vers l'ischémie.
D. Un infarctus constitutif peut être cliniquement présent sans acidose.
E. L'acidose lactique, en particulier dans le contexte d'une réanimation volémique adéquate, peut être le signe d'une ischémie intestinale.

246. *Parmi les affirmations suivantes concernant l'œsophage, choisissez celle qui est fausse:
A. L'œsophage traverse le thorax et pénètre dans le médiastin postérieur.
B. L'aorte thoracique descendante se trouve dans la partie antérieure de l'œsophage.
C. L'approche chirurgicale de l'œsophage se fait le plus souvent par une thoracotomie droite.
D. L'œsophage cervical est irrigué par l'artère thyroïdienne inférieure.

E. Les veines azygos et hémiazygos assurent le drainage veineux de l'œsophage thoracique.

247. *Dans la cirrhose hépatique avec hypertension veineuse portale (et varices œsophagiennes possibles), le drainage collatéral entre le système veineux portal et les veines azygos est assuré par:
A. Veine thyroïdienne inférieure
B. Veine splénique
C. Veine gastrique droite
D. Plexus veineux de l'œsophage inférieur
E. Veines du foie

248. Choisissez les affirmations vraies concernant le drainage lymphatique œsophagien:
A. L'œsophage thoracique se draine dans les ganglions lymphatiques du médiastin antérieur.
B. Dans le cas du carcinome de l'œsophage, la métastase initiale vers les ganglions lymphatiques est déterminée par la localisation de la tumeur.
C. Les vaisseaux lymphatiques de l'œsophage cervical se drainent dans les ganglions lymphatiques cervicaux profonds (jugulaires).
D. L'œsophage cervical se draine dans les ganglions axillaires.
E. L'œsophage distal se draine dans les ganglions lymphatiques cœliaques, gastriques gauches et parahiataux.

249. Laquelle des affirmations suivantes concernant l'innervation de l'œsophage est fausse ?
A. L'œsophage proximal est innervé par le nerf vague via les nerfs laryngés récurrents et la chaîne sympathique thoracique.
B. Les lésions du nerf laryngé récurrent perturbent le mécanisme de déglutition de la partie supérieure de l'œsophage.
C. Les lésions du nerf laryngé récurrent perturbent l'activité des cordes vocales
D. Les lésions du plexus myentérique peuvent provoquer des brûlures d'estomac.
E. Les fibres parasympathiques de la musculature propre forment le plexus myentérique, responsable de l'innervation de l'œsophage moyen et distal.

250. Laquelle des affirmations suivantes concernant l'œsophage est vraie ?
A. Relie la cavité buccale à l'estomac
B. Il s'agit d'un tube alimentaire musculaire d'environ 25 cm de long.
C. Commence à environ 15 cm de l'arcade dentaire
D. Traverse le thorax dans le médiastin antérieur
E. L'aorte est située sur le côté gauche de l'œsophage et traverse ensuite le diaphragme en arrière de celui-ci.

251. En ce qui concerne l'anatomie de l'œsophage, les affirmations suivantes sont vraies:
A. L'aorte thoracique descendante se trouve dans la partie antérieure de l'œsophage.
B. Les lésions du nerf laryngé récurrent perturbent le mécanisme de déglutition de la partie supérieure de l'œsophage.
C. Les vaisseaux lymphatiques de l'œsophage cervical se drainent dans les ganglions lymphatiques cervicaux profonds (jugulaires).
D. L'œsophage est un tube musculaire d'environ 25 cm de long qui relie le pharynx à l'estomac.
E. Le drainage veineux de l'œsophage cervical est principalement assuré par la veine thyroïdienne inférieure.

252. Quels sont les types histologiques du cancer de l'œsophage ?
A. Carcinome mucineux
B. Tumeur à cellules piquées
C. Adénocarcinome
D. Cancer de l'œsophage à petites cellules
E. Carcinome épidermoïde

253. Choisissez les affirmations vraies concernant le carcinome épidermoïde (CEC) de l'œsophage:
A. L'incidence est plus élevée chez les femmes
B. Il est principalement situé dans le tiers moyen et proximal de l'œsophage.
C. La consommation élevée de nitrosamines dans l'alimentation est l'un des facteurs accusés d'augmenter le risque de CSC.
D. Il existe un lien étroit entre le tabagisme et les CSC.
E. Aucune association entre la consommation d'alcool et le CSC n'a pu être démontrée.

254. *Choisissez la mauvaise option pour le carcinome de l'œsophage:
A. L'incidence annuelle est de 4 à 5 pour 100 000.
B. La survie globale à 5 ans est d'environ 20 %.
C. Il existe un lien étroit entre le tabagisme (tabac) et le carcinome épidermoïde.
D. Le carcinome épidermoïde est principalement localisé dans le tiers distal de l'œsophage.
E. L'incidence de l'adénocarcinome œsophagien a dépassé celle du carcinome épidermoïde.

255. Choisissez les affirmations vraies concernant l'adénocarcinome de l'œsophage:
A. Son pronostic est défavorable
B. Il a dépassé le carcinome épidermoïde en termes d'incidence.

C. Sa prévalence est plus élevée dans la population afro-américaine.
D. L'adénocarcinome touche l'œsophage distal et est associé à l'œsophage de Barrett.
E. L'incidence annuelle est de 8 à 9 pour 100 000

256. Lequel des énoncés suivants est vrai en ce qui concerne le tableau clinique du cancer de l'œsophage ?
A. L'adénocarcinome de l'œsophage provoque une dysphagie alimentaire
B. Carci La tumeur squamo-cellulaire provoque une perte de poids
C. Au moment du diagnostic, les patients atteints d'adénocarcinome sont souvent à un stade moins avancé de la maladie
D. Le carcinome épidermoïde est souvent associé à un reflux unisthmique.
E. L'adénocarcinome de l'œsophage provoque une perte de poids

257. *Laquelle des affirmations suivantes est fausse en ce qui concerne le diagnostic du cancer de l'œsophage ?
A. Le transect de barite confirme généralement la sténose de l'œsophage sous la forme d'un défaut de remplissage irrégulier.
B. La tomodensitométrie peut être utile pour définir la taille de la tumeur.
C. L'évaluation endoscopique est obligatoire pour obtenir une confirmation histologique du cancer de l'œsophage.
D. La tomographie informatisée ne permet pas d'identifier les ganglions lymphatiques pathologiques.
E. Outre les ganglions lymphatiques péri-œsophagiens, les organes les plus fréquemment touchés par la maladie métastatique sont le foie et les poumons.

258. Lequel des énoncés suivants est vrai en ce qui concerne le diagnostic du cancer de l'œsophage ?
A. L'évaluation paraclinique en cas de suspicion de cancer de l'œsophage vise principalement à confirmer le diagnostic et la stadification.
B. Chez les patients atteints de dysplasie de Barrett, la surveillance endoscopique avec biopsies de routine favorise l'identification précoce des changements malins.
C. Outre les ganglions lymphatiques péri-œsophagiens, les organes les plus fréquemment touchés par la maladie métastatique sont les poumons et les os.
D. La tomodensitométrie n'est pas suffisante en tant qu'examen unique pour prouver l'invasion de la tumeur dans les structures adjacentes.
E. Le transect de barite confirme généralement la sténose de l'œsophage sous la forme d'un défaut de remplissage irrégulier.

259. Lors de la stadification du cancer de l'œsophage, les affirmations suivantes sont vraies:

A. Au stade II ou avant, les ganglions lymphatiques ne sont pas touchés.
B. La localisation de la tumeur est utilisée pour déterminer le stade de l'adénocarcinome de l'œsophage.
C. La même classification est actuellement utilisée pour la stadification du carcinome épidermoïde et de l'adénocarcinome de l'œsophage.
D. Pour les stades précoces, le taux de survie à 5 ans est de 50 % ou plus.
E. Pour les stades IIa ou antérieurs, l'invasion locale de la tumeur est limitée.

260. Laquelle des affirmations suivantes est fausse en ce qui concerne le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage ?
A. La résection chirurgicale reste le meilleur moyen de guérir.
B. le résultat à long terme après une tentative de résection curative reste défavorable
C. Le traitement chirurgical repose sur le principe de la résection locale radicale de la tumeur
D. La plupart des études font état d'un taux de survie global à 5 ans de 40 %.
E. La reconstruction du tube digestif après résection est généralement réalisée à l'aide de prothèses synthétiques.

261. Après une résection de l'œsophage pour un cancer de l'œsophage, une reconstruction du tube digestif est nécessaire. Lesquels des éléments suivants ne sont pas utilisés comme substituts de l'œsophage ?
A. Estomac
B. Duoden
C. Rectangle
D. Jejun
E. Colon

262. *Après une résection de l'œsophage pour un cancer de l'œsophage, une reconstruction du tube digestif est nécessaire. Si l'estomac est utilisé comme greffon pour la reconstruction de l'œsophage, quels sont les vaisseaux suivants qui sont transectés ?
A. Artère gastrique gauche
B. Artère gastrique droite
C. Artère gastro-duodénale
D. Artère gastro-épiploïque gauche
E. Artère splénique

263. *Laquelle des méthodes suivantes n'est pas une méthode de traitement palliatif du cancer de l'œsophage ?
A. Dilatation endoscopique
B. Thérapie au laser et thérapie photodynamique

C. Radiothérapie et radiochimiothérapie
D. Résection chirurgicale de la tumeur
E. Endoprothèses oesophagiennes

264. En ce qui concerne les techniques chirurgicales utilisées pour la résection de l'œsophage en cas de cancer de l'œsophage, les affirmations suivantes sont vraies:
A. La résection peut être effectuée par thoracotomie.
B. L'approche transthoracique offre la possibilité d'une résection plus large et plus directe de la tumeur.
C. La résection peut être effectuée par une approche transhiatale.
D. L'approche par thoracotomie peut offrir des avantages significatifs chez les patients dont la fonction pulmonaire est altérée.
E. La thoracotomie est souvent associée à une morbidité plus élevée que l'incision abdominale.

265. Lequel des énoncés suivants est vrai en ce qui concerne le traitement néoadjuvant du cancer de l'œsophage ?
A. La plupart des protocoles recommandent le 5-tluorouracil et le cisplatine.
B. Il est recommandé de procéder à une résection chirurgicale un mois après la fin du traitement néoadjuvant.
C. L'utilisation d'une thérapie néoadjuvante n'a pas montré d'amélioration de la survie par rapport à la résection chirurgicale comme seule méthode de traitement.
D. Le plus grand bénéfice en termes de survie est obtenu chez les patients qui présentent une réponse complète au traitement néoadjuvant.
E. Une irradiation externe de 45 Gy sur 6-7 semaines est recommandée.

266. Les maladies affectant le pancréas sont courantes et comprennent des processus qui peuvent affecter les deux fonctions endocrines et exocrines:
A. Congénital
B. non inflammatoire
C. infectieux
D. atraumatique
E. néoplasie

267. Pancréas:
A. C'est un organe intrapéritonéal.
B. Divisé en trois parties distinctes: tête, corps et queue
C. La tête du pancréas est encadrée par le fer à cheval duodénal
D. La veine mésentérique supérieure (VMS) marque la jonction entre la tête et le corps de la glande.

E. La queue représente la partie la plus distale de la glande et s'étend vers le hile de la rate, sur lequel elle repose parfois.

268. Tronc cœliaque:
A. Vascularise le proentéron
B. Vascularise le mésentèren
C. Vascularise le médentéron
D. Vascularise le mésentérone et le symentéron
E. Elle se divise en artère gastrique gauche, artère splénique et artère hépatique commune.

269. Tronc cœliaque:
A. Elle se bifurque en l'artère gastrique gauche et l'artère hépatique commune.
B. Elle se bifurque en l'artère splénique et l'artère hépatique commune.
C. Elle se divise en artère gastrique gauche, artère splénique et artère hépatique commune.
D. Elle se divise en l'artère gastrique droite, l'artère splénique et l'artère hépatique commune.
E. Il alimente la tête du pancréas et le duodénum via l'artère gastroduodénale (GDA).

270. Artère mésentérique supérieure:
A. Vascularise complètement le proentéron
B. Vascularise complètement le mésentère
C. Vascularise complètement le médentéron
D. Il provient de la paroi antérieure de l'aorte abdominale.
E. Il provient de la paroi postérieure de l'aorte abdominale.

271. Artère mésentérique supérieure:
A. Il provient de la paroi postérieure de l'aorte abdominale.
B. Il est situé immédiatement en avant du pancréas.
C. Sa première branche est représentée par l' artère pancréatico-duodénale inférieure .
D. Vascularise tout l'intestin grêle, le côlon droit et le côlon transverse
E. Vascularise tout l'intestin grêle, le côlon gauche et le côlon transverse

272. Collatérales du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure:
A. Bien qu'un grand nombre de patients développent une sténose importante du tronc cœliaque, la plupart d'entre eux ne présentent pas de symptômes d'ischémie mésentérique chronique, en raison d'un vaste et riche réseau de vaisseaux collatéraux, qui relient le tronc cœliaque et l'artère mésentérique supérieure.
B. Bien qu'un grand nombre de patients développent une sténose importante du tronc cœliaque, la plupart d'entre eux présentent des symptômes d'ischémie mésentérique

chronique, en raison d'un mauvais réseau de vaisseaux collatéraux reliant le tronc cœliaque et l'artère mésentérique supérieure.

C. Les réseaux collatéraux les plus courants associés au tronc cœliaque et à l'artère mésentérique supérieure, qui entourent le pancréas et le duodénum, impliquent les vaisseaux gastroduodénaux.
D. L'artère pancréatique dorsale peut avoir différentes origines et sert à interconnecter le tronc cœliaque et l'artère mésentérique supérieure à plusieurs endroits.
E. L'artère pancréatique frontale peut avoir différentes origines et sert à interconnecter le tronc cœliaque et l'artère mésentérique supérieure à plusieurs endroits.

273. Drainage veineux du pancréas:
A. Correspond à la vascularisation artérielle
B. Elle est différente de la vascularisation artérielle
C. Au niveau du corps et de la queue du pancréas, elle se fait par les branches tributaires de la veine splénique et des veines pancréatiques inférieures.
D. Au niveau du corps et de la queue du pancréas, elle se fait par les branches tributaires de la veine splénique et des veines pancréatiques supérieures.
E. La veine mésentérique supérieure peut rejoindre le système porte à n’importe quel niveau le long de la veine splénique.

274. Innervation du pancréas:
A. Innervation sympathique (nerf vague)
B. Innervation parasympathique (grand nerf splanchnique)
C. Les signaux sensoriels indiquant une douleur pancréatique sont transmis par le nerfs sensoriels autonomes afférents
D. La douleur pancréatique peut être la conséquence d’une infiltration néoplasique, de processus inflammatoires ou d’une obstruction canalaire.
E. Le traitement de la douleur légère chez les patients atteints de pancréatite aiguë peut impliquer le déblocage des nerfs afférents, par neurolyse du plexus cœliaque, en utilisant de l'alcool ou d'autres substances neurolytiques.

275. Fonction exocrine du pancréas:
A. Le pancréas joue un rôle important dans la digestion et sécrète quotidiennement 1 500 à 1 800 ml de liquide alcalin isotonique, qui contient des électrolytes et des enzymes digestives.
B. Les concentrations de sodium et de potassium sont plus élevées que celles du plasma
C. La concentration en chlore varie directement proportionnellement à la sécrétion de bicarbonate.

D. Lorsque l'acide gastrique (pH < 3) pénètre dans le duodénum, la muqueuse duodénale libère de la sécrétine, ce qui stimule le pancréas à sécréter des quantités accrues de liquide riche en bicarbonate (pH > 8).
E. La cholécystokinine (CCK) stimule également faiblement la production de bicarbonate.

276. Fonction endocrine du pancréas: Les îlots de Langerhans sont peuplés d'une grande variété de lignées cellulaires qui produisent différentes hormones peptidiques, à l'exception de:
A. TSH
B. T3
C. Somatostatine,
D. Pancréastatine
E. VIP

277. Étiologie de la pancréatite aiguë:
A. La consommation d'alcool et les calculs biliaires sont responsables d'environ 25 % des cas de pancréatite aiguë.
B. génétique
C. mécanique
D. Auto-immune
E. Vascularisation

278. Chez les patients atteints de pancréatite post-éthanolique, les affirmations suivantes sont correctes, sauf:
A. Le premier épisode de pancréatite est précédé de 3 à 4 ans de consommation modérée d'alcool.
B. Ces patients présentent généralement des épisodes récurrents de pancréatite qui sont fréquemment liés à une consommation continue d'alcool .
C. Après le premier épisode de pancréatite aiguë, le système canalaire pancréatique se détériore de façon permanente et provoque le développement d'une pancréatite chronique.
D. L'alcool peut précipiter les sécrétions à forte teneur en protéines, entraînant le blocage des petits canaux pancréatiques.
E. Les mécanismes par lesquels l'hyperlipidémie, l'hypercalcémie et les médicaments tels que les corticostéroïdes, les diurétiques thiazidiques, le furosémide, les œstrogènes et l'azathioprine favorisent l'apparition de la maladie sont inconnus.

279. Les causes mécaniques de la pancréatite aiguë sont, à l'exception de:
A. Maladies parasitaires
B. calculs rénaux

C. Tumeurs
D. blessures
E. alcool

280. Définition de la gravité de la pancréatite aiguë. Complications péripancréatiques locales de la pancréatite aiguë - Pseudokyste aigu:
A. Collection de suc pancréatique entourée d'une paroi de tissu de granulation fibreuse,
B. Collecte de suc pancréatique sans paroi propre
C. Qui survient à la suite d'un traumatisme pancréatique
D. Qui survient à la suite d'une pancréatite chronique
E. Qui survient à la suite d'une consommation répétée d'alcool

281. Définition de la gravité de la pancréatite aiguë. Complications péripancréatiques locales de la pancréatite aiguë - Pseudokyste aigu:
A. Apparu au moins 6 mois après le début des symptômes
B. Est-ce rond ou ovoïde ?
C. Le plus souvent avec un contenu purulent
D. Qui survient à la suite d'une pancréatite aiguë
E. Qui survient à la suite de calculs biliaires

282. Définition de la gravité de la pancréatite aiguë. Complications péripancréatiques locales de la pancréatite aiguë - Abcès pancréatique:
A. Collection purulente intra-abdominale circonscrite
B. généralement à proximité du pancréas
C. avec une nécrose pancréatique étendue
D. survient à la suite d'une pancréatite aiguë ou d'un traumatisme pancréatique
E. survient souvent plus de 12 mois après le début

283. Facteurs étiologiques de la pancréatite aiguë. Métabolique:
A. alcool
B. hyperlipidémie
C. hypertriglycéridémie
D. hypercalcémie (hyperparathyroïdie)
E. Pancréatite auto-immune

284. Facteurs étiologiques de la pancréatite aiguë. Métabolique:
A. calculs biliaires
B. CPRE
C. Urémie
D. Tâche

E. Venin de scorpion

285. Facteurs étiologiques de la pancréatite aiguë. Métabolique, sauf:
A. calculs biliaires
B. Alcool,
C. pancréas divisum
D. hyperlipidémie,
E. hypertriglycéridémie

286. Facteurs étiologiques de la pancréatite aiguë. Mécanique:
A. Hyperlipidémie
B. Pancréas divisé
C. Obstruction canalaire (ascaris, tumeurs, etc.)
D. Pancréatite auto-immune
E. CPRE

287. Facteurs étiologiques de la pancréatite aiguë. Mécanique, sauf:
A. calculs biliaires,
B. Venin de scorpion
C. Lupus érythémateux
D. Obstruction canalaire (ascaris, tumeurs, etc.)
E. Médicaments

288. Facteurs étiologiques de la pancréatite aiguë. Mécanique, sauf:
A. Obstruction duodénale,
B. Obstruction canalaire par fibrose due à des épisodes antérieurs de pancréatite,
C. Dysfonctionnement du sphincter d'Oddi
D. Tâche
E. Médicaments

289. Le diagnostic différentiel de la pancréatite aiguë comprend:
A. Cholécystite aiguë
B. Ulcère gastroduodénal non compliqué
C. Ischémie mésentérique aiguë
D. Perforation œsophagienne
E. infarctus du myocarde

290. Le diagnostic différentiel de la pancréatite aiguë comprend, sauf:
A. calculs biliaires
B. Ulcère gastroduodénal non compliqué

C. Ischémie mésentérique aiguë,
D. Perforation œsophagienne
E. infarctus du myocarde

291. Les maladies qui affectent le pancréas comprennent les processus suivants:
A. Congénital
B. inflammatoire
C. Infectieux
D. néoplasie
E. Extradural

292. Le pancréas est constitué des éléments anatomiques suivants:
A. Tête
B. Cou
C. Isthme
D. Corps
E. Natte

293. Les tumeurs pancréatiques sont:
A. CALOMNIER
B. prémaligne
C. BÉNIN
D. Extracapsulaire
E. Intracapsulaire

294. Voici quelques exemples de tumeurs pancréatiques malignes:
A. Adénocarcinome
B. lymphome
C. Adénome mucineux
D. Néoplasme mucineux kystique
E. Kyste simple

295. Voici quelques exemples de tumeurs pancréatiques prémalignes:
A. Néoplasme solide pseudopapillaire
B. pseudokyste
C. lymphome
D. Adénome mucineux
E. Tumeurs métastatiques

296. *La plupart des patients atteints de tumeurs pancréatiques ont une maladie non résécable et ont une survie médiane d'environ:
   A. 2 mois
   B. 12 mois
   C. 6 mois
   D. 3 ans
   E. 5 ans

297. Les tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNP) sont classées comme suit:
   A. fonction
   B. non fonctionnel
   C. Extra-fonctionnel
   D. Hyperfonctionnel
   E. Hypofonctionnel

298. Les tumeurs neuroendocrines pancréatiques malignes sont représentées par les exemples suivants:
   A. Gastronomie
   B. Glucagonomes
   C. Insulinomes
   D. Cellules insulaires non fonctionnelles
   E. lipomes

299. Les mutations génétiques ou facteurs de croissance suivants sont impliquées dans le cancer du pancréas:
   A. p53
   B. p16
   C. Arrière
   D. DCC
   E. r29

300. Les tumeurs bénignes du pancréas sont représentées par:
   A. pseudokyste
   B. Kyste simple
   C. Cystadénome séreux
   D. lymphome
   E. IPMN

301. Les somatostatinomes peuvent survenir dans:
   A. Pancréas

B. Duodénum
C. jéjunum
D. cavité buccale
E. Rectum

302. *La pancréatite aiguë survient à la suite de lésions cellulaires:
A. APICAL
B. Dermique
C. acineux
D. stromal
E. Épidermique

303. *Les affirmations suivantes sont vraies à propos de la pancréatite aiguë:
A. La consommation d'alcool et les calculs biliaires sont responsables d'environ 85 % des cas de pancréatite aiguë.
B. La consommation d'alcool et les calculs biliaires sont responsables d'environ 55 % des cas de pancréatite aiguë.
C. La consommation d'alcool et les calculs biliaires sont responsables d'environ 95 % des cas de pancréatite aiguë.
D. La consommation d'alcool et les calculs biliaires sont responsables d'environ 25 % des cas de pancréatite aiguë.
E. La consommation d'alcool et les calculs biliaires sont responsables d'environ 15 % des cas de pancréatite aiguë.

304. *Les complications péripancréatiques locales de la pancréatite aiguë comprennent:
A. Nécrose pancréatique
B. Insuffisance mitrale sévère
C. Perforation du côlon sigmoïde
D. appendicite aiguë
E. infarctus du myocarde

305. *Les facteurs étiologiques vasculaires de la pancréatite aiguë sont:
A. Périartérite noueuse
B. Pancréatite auto-immune
C. calculs biliaires
D. Oreillons
E. alcool

306. *Le diagnostic différentiel de la pancréatite aiguë comprend:
A. Cholécystite chronique

B. Rupture de la rate
C. Ischémie mésentérique aiguë
D. appendicite aiguë
E. maladie de Crohn

307. *La nécrose pancréatique dans la pancréatite aiguë survient dans environ:
A. 90% des patients
B. 80% des patients
C. 20% des patients
D. 10% des patients
E. 50% des patients

308. *L'affirmation suivante concernant la pancréatite chronique est vraie:
A. La destruction glandulaire n'est plus réversible
B. Le symptôme le plus courant est la douleur aiguë.
C. Manger souvent n'aggrave pas la douleur
D. La consommation d'alcool est responsable d'environ 50 % des cas de pancréatite chronique
E. Peut provoquer une toux chronique

309. *L'affirmation suivante est vraie:
A. La complication la plus courante de la pancréatite aiguë est le développement d'une collection de liquide péripancréatique.
B. Les patients présentant des collections péripancréatiques ne risquent pas de développer des complications.
C. La plupart des collections péripancréatiques ne se résorbent pas spontanément.
D. Les collections péripancréatiques persistantes peuvent ne pas évoluer vers un pseudokyste pancréatique.
E. La pancréatite chronique ne nécessite pas de traitement médicamenteux.

310. *Maladies dans lesquelles survient une hyperamylasémie:
A. cancer du poumon
B. Ischémie intestinale
C. Grossesse extra-utérine
D. insuffisance rénale
E. Tout ce qui précède

311. *Le grade C dans la stadification par tomodensitométrie dans la pancréatite aiguë décrit:
A. Collection unique de liquide péripancréatique
B. Pancréas normal

C. Inflammation du pancréas et/ou de la graisse péripancréatique
D. Pancréas non visible
E. choc hémorragique

312. *La rate chez un adulte pèse:
A. 100-500g
B. 75-150g
C. 200g
D. 50g
E. 750g

313. *La rate reçoit environ quel pourcentage du débit cardiaque ?
A. 5%
B. 10%
C. 20%
D. 30%
E. 25%

314. *La rate est la plus grande source d'immunoglobulines ?
A. IgM
B. IgG
C. IgE
D. IgA
E. IgG

315. Les indications de la splénectomie sont:
A. Traumatisme
B. Sphérocytose héréditaire
C. blessure iatrogène
D. appendicite aiguë
E. Anémie hémolytique

316. La classification de la splénomégalie, en fonction de la croissance dimensionnelle, peut être:
A. petit
B. Modéré
C. Super
D. Géant
E. NÉGLIGEABLE

317. Dans la classification de la splénomégalie, la forme modérée survient chez ?
   A. Scorbut
   B. Hépatite
   C. Amylose
   D. fièvre typhoïde
   E. maladie de Gaucher

318. Dans la classification de la splénomégalie, la grande forme apparaît dans ?
   A. Paludisme aigu
   B. Paludisme chronique
   C. Myélofibrose
   D. maladie de Gaucher
   E. Anémie pernicieuse

319. L'hypersplénisme se caractérise par:
   A. Anémie
   B. Leucopénie
   C. Thrombocytopénie
   D. Syndrome diarrhéique aigu
   E. Hyperphagie

320. Les pathologies suivantes sont associées à l’hypersplénisme:
   A. hypertension portale
   B. Thrombose de la veine splénique
   C. appendicite aiguë
   D. sarcoïdose
   E. Syndrome de Felty

321. Les complications post-splénectomie comprennent:
   A. Saignements persistants
   B. Atélectasie du poumon gauche
   C. Pleurésie gauche
   D. Pleurésie droite
   E. Lésions pancréatiques

322. Les anomalies de la fonction splénique sont classées comme suit:
   A. fonction
   B. Atypique
   C. anatomique
   D. Sous-typique

E. Extracapsulaire

323. *Laquelle des affirmations suivantes caractérise les lésions hépatiques traumatiques de grade III ?
A. Hématome sous-capsulaire expansif, moins de 10 % de la surface
B. Hématome sous-capsulaire non expansif, moins de 10 % de la surface
C. Rupture capsulaire, avec saignement, de 1 à 3 cm de profondeur et de moins de 10 cm de longueur
D. Rupture capsulaire, sans saignement, de moins de 1 cm de profondeur
E. Lacération de plus de 3 cm de profondeur dans le parenchyme

324. *Laquelle des indications suivantes est la principale indication d'une intervention chirurgicale en cas de traumatisme hépatique ?
A. Visualisation d'un épanchement intrapéritonéal à l'échographie abdominale
B. Visualisation d'une zone de contusion hépatique au scanner
C. Instabilité hémodynamique
D. Mise en évidence d'une hémorragie par extravasation de produit de contraste à l'examen TDM
E. Mise en évidence d'un hématome sous-capsulaire non expansif, inférieur à 10 % de la surface

325. Lesquelles des affirmations concernant la classification des lésions hépatiques traumatiques sont vraies ?
A. Les lésions hépatiques de grade VI sont représentées par une avulsion hépatique
B. Les lésions hépatiques de grade V comprennent des ruptures parenchymateuses impliquant > 3 segments du même lobe
C. Les lésions hépatiques de grade IV comprennent des hématomes intraparenchymateux > 10 cm ou en expansion
D. Les lésions hépatiques de grade III comprennent des hématomes sous-capsulaires rompus avec saignement actif
E. Les lésions hépatiques de grade II comprennent des lacérations > 3 cm de profondeur dans le parenchyme

326. Lesquelles des modalités d'imagerie suivantes sont utilisées dans le diagnostic des lésions hépatiques traumatiques ?
A. Cholangiographie
B. Évaluation échographique en traumatologie
C. Imagerie par résonance magnétique
D. Échographie standard
E. Tomodensitométrie (TDM)

327. Les lésions hépatiques de grade IV sont représentées par:
   A. Sous-capsulaire, > 50 % de la surface ou en expansion
   B. Sous-capsulaire, non expansif, 10 à 50 % de la surface
   C. Hématome intraparenchymateux rompu avec saignement actif
   D. Rupture parenchymateuse impliquant > 75 % du lobe hépatique
   E. Rupture parenchymateuse impliquant 25 à 75 % du lobe hépatique

328. Les lésions hépatiques de grade II sont représentées par:
   A. Hématome sous-capsulaire, non expansif, 10 à 50 % de la surface
   B. Hématome intraparenchymateux, non expansif, < 10 cm de diamètre
   C. Hématome sous-capsulaire, non expansif, < 10 % de la surface
   D. Rupture capsulaire, saignement actif de 1 à 3 cm de profondeur dans le parenchyme, < 10 cm de longueur
   E. Lésions veineuses juxtahépatiques

329. *L’affirmation suivante concernant les tumeurs du foie n’est pas vraie:
   A. L'hémangiome caverneux hépatique est la tumeur bénigne du foie la plus courante
   B. Le carcinome hépatocellulaire (CHC), ou hépatome, représente 90 % des tumeurs malignes primitives du foie.
   C. L'hyperplasie nodulaire focale (HNF) doit être traitée de manière conservatrice lorsque le diagnostic a été établi par imagerie.
   D. Dans le cas des hémangiomes hépatiques, la plupart des patients sont symptomatiques à la présentation.
   E. La plupart des patients atteints d’adénome hépatique ont des antécédents d’exposition aux hormones œstrogènes.

330. *Quelle affirmation concernant les kystes hépatiques est fausse ?
   A. Les kystes hépatiques peuvent être congénitaux ou acquis.
   B. Les tumeurs kystiques sont généralement des formations uniques et volumineuses
   C. La plupart des kystes hépatiques simples communiquent avec l’arbre biliaire.
   D. Les cystadénomes ont tendance à récidiver
   E. Les cystadénomes ont le potentiel de se transformer en maligne

331. *Les affirmations suivantes concernant les abcès du foie sont vraies, sauf:
   A. Les patients atteints d'un abcès bactérien du foie développent de la fièvre
   B. L'abcès du foie est dans la plupart des cas secondaire à une infection du tube digestif.
   C. L'abcès amibien est fréquent dans les régions où l'amibiase est endémique.
   D. L'abcès pyogène montre une paroi bien vascularisée au scanner

E. La plupart des patients atteints d'un abcès hépatique pyogène ne présentent pas de modifications dans les analyses de sang.

332. *Les affirmations suivantes concernant les tumeurs du foie sont vraies, sauf:
A. Le carcinome hépatocellulaire représente 90 % des tumeurs malignes primitives du foie.
B. Le site principal de métastase du carcinome hépatocellulaire est le péritoine.
C. Les tumeurs malignes les plus courantes identifiées dans le foie sont les tumeurs métastatiques
D. Dans le cas du cholangiocarcinome, il n'y a souvent pas de tumeur visible au scanner.
E. Le cholangiocarcinome périphérique peut être asymptomatique

333. Les affirmations suivantes concernant les tumeurs du foie sont vraies:
A. Le cholangiocarcinome se développe à partir de la paroi de l'arbre biliaire.
B. La transplantation hépatique n'est pas une option pour les patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire
C. Les complications liées aux adénomes surviennent plus fréquemment chez les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux à long terme.
D. Dans l'hyperplasie nodulaire focale, la fonction hépatique est altérée
E. L'hémangiome hépatique est 5 fois plus fréquent chez les hommes

334. Quelles affirmations concernant le kyste hydatique hépatique ne sont pas vraies ?
A. Les humains sont un hôte intermédiaire
B. Les humains sont infectés en entrant en contact avec des excréments de chien.
C. L'aspiration percutanée ou la biopsie est indiquée à des fins diagnostiques
D. L'érosion et la rupture de l'arbre bronchique sont une complication possible
E. Le kyste hydatique résulte d'une infection parasitaire de l'homme par Taenia solium

335. Laquelle des affirmations concernant le carcinome hépatocellulaire (CHC) est vraie ?
A. Elle survient généralement chez les patients atteints d'une maladie chronique du foie.
B. Le traitement dépend de la taille et de l'étendue de la maladie chronique du foie.
C. Présente une susceptibilité à l'invasion vasculaire
D. L'incidence du CHC est faible chez les patients infectés par le virus de l'hépatite B ou C, s'ils ne présentent pas de modifications cirrhotiques.
E. La biopsie n'est recommandée que lorsque l'aspect typique de l'imagerie n'est pas évident.

336. Les affirmations suivantes concernant l'hémangiome hépatique sont vraies:
A. C'est la tumeur bénigne du foie la plus fréquente
B. Ils sont souvent découverts par accident

C. Un hémangiome caverneux de plus de 10 cm est défini comme un hémangiome géant.
D. La tomodensitométrie avec contraste montre une absorption progressive du produit de contraste vers la périphérie de la lésion.
E. Dans la plupart des cas, la douleur a une autre étiologie

337. Laquelle des affirmations concernant l'hyperplasie nodulaire focale (HNF) n'est pas vraie ?
A. C'est une lésion bénigne
B. Il s'agit d'une lésion bien circonscrite du parenchyme hépatique
C. La fonction hépatique est altérée
D. Elles sont rarement associées à une rupture ou à une hémorragie.
E. Ils ont un potentiel malin

338. Laquelle des affirmations concernant l'adénome hépatique est vraie ?
A. Elle est fréquente chez les femmes de plus de 60 ans.
B. C'est une lésion solitaire
C. Il s'agit d'une lésion encapsulée.
D. Cela présente un risque de saignement.
E. Il présente un risque de transformation maligne.

339. Les affirmations suivantes concernant les tumeurs malignes du foie sont vraies:
A. Le carcinome hépatocellulaire est susceptible d'envahir les vaisseaux tributaires du système porte.
B. Toute masse hépatique supérieure à 1 cm chez un patient atteint de cirrhose doit être examinée afin d'exclure un éventuel carcinome hépatocellulaire.
C. Le cholangiocarcinome périphérique provoque un ictère obstructif
D. Dans le cas d'un carcinome hépatocellulaire associé à une cirrhose du foie, la plupart des chirurgiens préfèrent des résections hépatiques étendues.
E. Les traitements ablatifs (MWA, RFA) sont considérés comme supérieurs à la résection hépatique en cas de métastases

340. Laquelle des stratégies suivantes représente une stratégie non curative dans le carcinome hépatocellulaire ?
A. Ablation par radiofréquence (RFA)
B. chimioembolisation
C. Radioembolisation
D. Ablation par micro-ondes (MWA)
E. Résection du foie

341. Les kystes hépatiques les plus simples:

A. Ils sont de petite taille.
B. Ils sont de grande taille.
C. Ils sont symptomatiques
D. Communique avec l'arbre biliaire
E. Contient du liquide séreux

342. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le néoplasme kystique hépatique sont fausses ?
A. Elle survient plus fréquemment chez les hommes.
B. Elle survient plus fréquemment après 40 ans .
C. Ils sont rares
D. Il s'agit généralement de lésions uniques et de petite taille (moins de 5 cm).
E. Ils ont le potentiel de se transformer en tumeurs malignes.

343. Laquelle des affirmations suivantes concernant l'épidémiologie des calculs biliaires est vraie ?
A. L'incidence des calculs biliaires augmente avec l'âge.
B. Chez les hommes caucasiens de moins de 50 ans , la prévalence est de 4 à 10 %,
C. Les femmes sont touchées environ 3 fois plus fréquemment que les hommes
D. La prévalence des calculs biliaires chez les femmes caucasiennes de moins de 50 ans est de 25 %
E. Les calculs biliaires ne présentent généralement pas d'agrégation familiale.

344. Prédisposé à la formation de calculs:
A. Obésité
B. nulliparité
C. Perte de poids rapide
D. Contraceptifs oraux à forte dose à base d'œstrogènes
E. Nutrition parentérale totale prolongée

345. Pierres pigmentées noires:
A. On les retrouve dans les cas d' infection biliaire
B. Représente environ 20 % de tous les calculs biliaires
C. Ils apparaissent primitivement dans les voies biliaires et sont mous.
D. On les trouve généralement dans la vésicule biliaire
E. Elles sont généralement associées à des maladies hémolytiques et à une cirrhose du foie.

346. Les affirmations suivantes concernant la pathogenèse de la lithiase biliaire sont fausses:
A. Les calculs mixtes représentent environ 75 % de tous les types de calculs

B. La plupart des calculs mixtes contiennent suffisamment de calcium pour devenir radio-opaques.
C. Parfois, un seul gros calcul, composé presque entièrement de cholestérol, se forme.
D. L'évacuation incomplète de la vésicule biliaire ne crée pas les conditions idéales pour la conglomération
E. La source de la plupart des calculs situés dans les voies biliaires (cholédocholithiase) est la vésicule biliaire.

347. Boues biliaires:
A. Contient des mucoprotéines, des cristaux de cholestérol et du bilirubinate de calcium
B. On la rencontre souvent dans les cas de maintien à long terme de la nutrition parentérale.
C. Peut être un précurseur de calculs biliaires
D. Contient des mucoprotéines, des cristaux de cholestérol et du bilirubinate de sodium
E. On le retrouve souvent dans les cas de famine et de perte de poids rapide.

348. *La vascularisation de la vésicule biliaire est assurée par:
A. artères mésentériques supérieures
B. propre artère hépatique
C. Artère gastrique droite
D. Artère hépatique droite
E. artères gastroduodénales

349. Dans la colique biliaire:
A. La douleur est généralement constante, assez intense
B. La douleur est viscérale.
C. La douleur est plus fréquente au niveau de l'épigastre, avec une irradiation antéropostérieure au même niveau.
D. La douleur est viscérale, souvent décrite comme une douleur sourde, continue et lancinante.
E. La douleur est constante.

350. Colique biliaire:
A. Elle est causée par une obstruction et n’est pas associée à une inflammation ou à une infection.
B. Elle a tendance à survenir après les repas, éventuellement après un repas copieux ou riche en graisses.
C. Elle peut s'accompagner de nausées et de vomissements.
D. Elle ne s'améliore pas avec le temps ni avec des analgésiques puissants .

E. On pense que la douleur est une conséquence d'une pression accrue dans la vésicule biliaire.

351. Dans la cholécystite aiguë:
A. Douleur à la palpation , constante ou s'aggravant progressivement, localisée dans l'hypochondre droit ou l'épigastre
B. La douleur est transmise par les nerfs sensoriels autonomes.
C. La douleur persiste pendant plus de 3 à 4 heures et peut persister pendant plusieurs jours.
D. La douleur est transmise par les nerfs sensoriels somatiques
E. Douleur sourde, vague ou insignifiante dans la partie supérieure de l'abdomen

352. À l'examen clinique, dans la cholécystite aiguë:
A. Le patient a une attitude agitée et nerveuse
B. Le pouls peut être élevé en raison d'une douleur, d'une inflammation ou d'une infection.
C. L'examen abdominal révèle un signe de Murphy positif
D. L'examen abdominal révèle un signe de Blomberg positif
E. Le patient a tendance à ne pas bouger.

353. Phosphatase alcaline (ALP):
A. Il est synthétisé par l'épithélium des voies biliaires.
B. L'augmentation de FA et de GGT est supérieure à l'augmentation d'AST et d'ALT dans les cas d'hépatite aiguë
C. Le taux sérique de cette enzyme est modérément élevé en cas d'hépatite
D. La diminution concomitante de la gamma-glutamyl transférase (GGT) indique également que la source de l'augmentation de la FA est les voies biliaires.
E. L'augmentation de FA et de GGT est supérieure à l'augmentation d'AST et d'ALT en cas d' obstruction biliaire

354. *L'exploration initiale de choix chez les patients atteints de maladies biliaires est:
A. tomodensitométrie
B. Cholécysto-gastrographie orale
C. Ultrason
D. Radiographie abdominale simple
E. Cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPRM)

355. *Les affirmations suivantes concernant l'échographie abdominale sont vraies, sauf:
A. La sensibilité et la spécificité de l'échographie dans la détection des calculs biliaires sont de 95 %

B. L'échographie a une faible sensibilité pour détecter les dilatations des voies biliaires
C. L'échographie est moins utile pour mettre en évidence les calculs des voies biliaires.
D. Fournit des informations sur le foie et le pancréas
E. L'échographie peut détecter avec succès des calculs jusqu'à 3 mm de diamètre

356. Dans la cholécystite aiguë, le diagnostic différentiel comprend:
A. Hépatite aiguë,
B. Pancréatite aiguë,
C. Ulcère perforé et
D. appendicite aiguë
E. Sigmoïdite perforée

357. Cholécystite chronique:
A. C'est la forme la plus courante de cholécystite symptomatique.
B. La douleur est coliqueuse et localisée dans le quadrant supérieur droit et l'épigastre.
C. De la fièvre et des frissons sont présents
D. L'examen abdominal révèle un signe de Murphy positif
E. Des nausées et des vomissements peuvent accompagner la douleur.

358. Acide ursodésoxycholique:
A. Il a un taux de dissolution de 90% pour les calculs de moins de 5 mm et de 60% pour les calculs de moins de 10 mm.
B. Il est administré pendant au moins 6 mois et même pendant un an.
C. Son taux de dissolution est de 60% pour les calculs de taille inférieure à 5 mm et de 90% pour les calculs de taille inférieure à 10 mm.
D. Réduit la saturation en cholestérol de la bile en inhibant la sécrétion de cholestérol
E. C'est la substance la plus couramment administrée dans le traitement non chirurgical des calculs biliaires symptomatiques.

359. Dans la cholangite aiguë, la triade de Charcot est caractérisée par:
A. Hypotension
B. Jaunisse
C. Douleur abdominale dans l'hypochondre droit
D. Fièvre associée à des frissons
E. Confusion mentale

360. Lesquelles des affirmations suivantes concernant la pancréatite biliaire aiguë sont vraies ?
A. Elle survient en raison d'une obstruction transitoire ou persistante du canal pancréatique, généralement au niveau de l'ampoule de Vater,

B. Les nausées, les vomissements et une légère fièvre sont rares.
C. Une tachycardie et une hypotension secondaires à une hypovolémie sont fréquentes.
D. Les patients atteints de pancréatite aiguë présentent des douleurs abdominales supérieures, irradiant souvent vers le dos, et une sensibilité à la palpation de l'abdomen à ce niveau.
E. La gravité de la pancréatite aiguë peut être déterminée en fonction des facteurs de risque cliniques, biologiques et radiologiques.

361. *la colique biliaire est caractérisée par, sauf:
A. Représente <1 % de tous les cas d'occlusion intestinale
B. Il s'agit d'une complication rare qui implique l'érosion de la paroi de la vésicule biliaire par un calcul qui se loge dans l'intestin adjacent.
C. Les patients présentent des symptômes d'obstruction intestinale et d'air dans les voies biliaires
D. L'iléus biliaire survient plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.
E. Des antécédents de coliques biliaires ou de calculs biliaires sont fréquents chez ces patients.

362. Les facteurs de risque du cancer de la vésicule biliaire sont:
A. calculs biliaires
B. Patients présentant des polypes de la vésicule biliaire de 1,5 cm de diamètre
C. Vésicule biliaire en porcelaine
D. Infection de la vésicule biliaire par Klebsiella pneumoniae
E. Cholangite sclérosante primitive

363. *Cancer de la vésicule biliaire:
A. L'incidence maximale se situe au cours de la cinquième décennie de la vie.
B. Un ratio de 3:1 en faveur des femmes
C. On le retrouve dans 5 à 11 % de tous les spécimens de cholécystectomie.
D. Le diagnostic correct est établi en préopératoire dans 40 % des cas
E. Les symptômes de la maladie précoce sont souvent causés directement par la maladie néoplasique.

364. Chez les patients atteints d'un cancer de la vésicule biliaire:
A. La jaunisse est présente chez environ 50 % de ces patients.
B. La tomodensitométrie et la CPRM permettent d'identifier avec précision l'étendue de la maladie et constituent des examens d'imagerie importants pour évaluer la présence de métastases.
C. Les patients présentant une suspicion préopératoire de néoplasie de la vésicule biliaire sont candidats à une cholécystectomie laparoscopique.

D. Le taux de survie à 5 ans reste élevé (> 25 % à 5 ans),
E. Les tumeurs avancées peuvent nécessiter une résection hépatique formelle

365. *Cancer des voies biliaires:
A. Il est responsable d'environ 10 % de tous les néoplasmes Gl
B. Le cholangiocarcinome intrahépatique est le plus fréquent
C. Elle survient avec la même fréquence chez les deux sexes.
D. Le cholangiocarcinome extrahépatique ne représente que 10 % des néoplasmes des voies biliaires
E. Les processus inflammatoires chroniques ne précèdent pas le développement de la néoplasie.

366. *Les affirmations suivantes concernant le cholangiocarcinome sont vraies, sauf:
A. Le risque de développer une néoplasie des voies biliaires est significativement plus élevé chez les personnes atteintes de cholangite sclérosante primitive.
B. Environ un tiers des personnes atteintes d'un carcinome des voies biliaires présentent également des calculs biliaires associés.
C. Les néoplasmes des voies biliaires sont des tumeurs localement avancées, à croissance rapide, qui métastasent fréquemment à distance.
D. Les symptômes courants sont associés à un développement local provoquant une obstruction biliaire
E. À l'examen clinique, une hépatomégalie peut être détectée.

367. Chez les patients atteints de cholangiocarcinome:
A. Le pronostic est mauvais, avec une survie à 5 ans de seulement 5 à 10 %.
B. La chirurgie est le seul traitement curatif,
C. Les cholangiocarcinomes intrahépatiques sont généralement traités par résection hépatique, mais des marges négatives sont obtenues chez > 50 % des patients.
D. taux de survie à 5 ans après résection des lésions de l'oreille moyenne est d'environ 30 %
E. Les tumeurs périhilaires, également appelées tumeurs de Klatskin, sont mieux traitées avec la procédure de Whipple.

368. *Kystes cholédociens congénitaux:
A. Elles sont plus fréquentes chez les femmes (ratio femme/homme 4:1) et dans la population asiatique.
B. Elles sont plus fréquentes chez les hommes (ratio homme/femme 4:1) et dans la population asiatique.
C. Les kystes cholédociens sont mieux évalués initialement par échographie.
D. Il est généralement recommandé de ne pas réséquer ces kystes.

E. La CPRM ou la CPRE ne précisent pas davantage les détails anatomiques spécifiques

369. *Les caractéristiques de l'iléus biliaire sont les suivantes, sauf:
A. Patient jeune, sans pathologies associées
B. Patient âgé, malade
C. Obstruction intestinale incomplète
D. La radiographie révèle de l'air dans les voies biliaires
E. L'échographie révèle une lithiase vésiculaire et de l'air dans l'arbre biliaire

370. Lésions des voies biliaires:
A. L’incidence des lésions des voies biliaires associées à la cholécystectomie laparoscopique (0,4-0,6 %) est environ 4 fois inférieure à celle associée à la cholécystectomie classique.
B. Environ 25 % des blessures surviennent à la suite d’une cholécystectomie simple et impliquent la section du canal biliaire et de sa vascularisation près du foie.
C. Les lésions peuvent toucher le canal cholédoque, le canal hépatique commun ou les canaux hépatiques gauche et droit.
D. Si la lésion occupe < 50 % de la circonférence de la voie biliaire, sans dévascularisation significative, la réparation primaire ne peut pas être réalisée.
E. Les lésions des canaux accessoires de moins de 3 mm qui drainent une petite partie du parenchyme hépatique peuvent être ligaturées

371. Les complications de la sténose biliaire sont représentées par:
A. ictère obstructif
B. Angiocolite récurrente
C. Cirrhose biliaire
D. Pancréatite aiguë
E. hypertension portale

372. Cholécystectomie laparoscopique:
A. Les principaux risques associés à l’approche laparoscopique sont liés aux lésions des voies biliaires, des intestins et des gros vaisseaux.
B. Les inconvénients de l’approche laparoscopique sont l’augmentation des complications liées aux plaies et aux poumons.
C. Si le patient présente des comorbidités graves ou si l’intervention est réalisée pour une cholécystite aiguë, l’hospitalisation postopératoire est généralement d’au moins 72 heures.
D. Si des difficultés techniques surviennent lors de l’approche laparoscopique, la procédure mini-invasive doit être convertie en une approche ouverte.

E. Si la cholangiographie peropératoire révèle des calculs dans la CBP, ils peuvent être retirés par laparoscopie par le canal cystique.

373. Caractéristiques de la lithiase cholédoque:
A. Antécédents de douleurs abdominales
B. Jaunisse
C. Urine hypochrome
D. Chaises délavées
E. Signe de Murphy positif

374. Scintigraphie biliaire aux radionucléides HIDA (acide iminodiacétique hépatobiliaire):
A. La sensibilité et la spécificité de la scintigraphie HIDA dans le diagnostic de la cholécystite aiguë sont respectivement de 95 à 97 % et de 90 à 97 %.
B. La scintigraphie HIDA est utile pour identifier les calculs biliaires ou BPC
C. La visualisation du CBP et du duodénum en l'absence de visualisation de la vésicule biliaire après 4 heures indique une obstruction du canal cystique
D. Des résultats faussement négatifs peuvent survenir chez les patients recevant une nutrition parentérale seule ou chez ceux atteints d'hépatite.
E. Cette investigation est également utile pour identifier une éventuelle fistule biliaire postopératoire.

375. Les principales étiologies de l'ischémie mésentérique aiguë (IMA) sont:
A. Embolie de l'artère mésentérique supérieure (AMS)
B. Mutation du facteur VII
C. État hypocoagulable
D. Thrombose de l'artère mésentérique supérieure (AMS)
E. Vasodilatation de la circulation splanchnique

376. La douleur associée à l'ischémie mésentérique aiguë (IMA):
A. A un début soudain
B. Est disproportionnée par rapport aux signes cliniques
C. Est proportionnelle aux signes cliniques
D. N'est classiquement pas sévère
E. A un début insidieux

377. Une fois que le patient présente des signes cliniques de péritonite:
A. L'infarctus de l'intestin grêle s'est déjà produit
B. L'infarctus de l'intestin grêle ne s'est pas encore produit
C. Cela indique une surinfection locale
D. Est dû à une perforation gastrique associée
E. La mortalité est élevée

378. Les patients atteints d'ischémie mésentérique non occlusive (IMNO):
A. L'instabilité hémodynamique est la principale cause
B. Présentent un tableau clinique spécifique
C. Peuvent avoir une douleur abdominale légère
D. Ont une présentation clinique non spécifique
E. La caractéristique clinique prédominante est la stabilité hémodynamique

379. *Pour la thrombose de la veine mésentérique supérieure (VMS), le traitement de première intention est:
A. Anticoagulation rapide avec de l'héparine intraveineuse
B. Antibiothérapie intraveineuse
C. Décompression chirurgicale
D. Décompression endoscopique
E. Rééquilibrage hydroélectrolytique

380. *Le gold standard pour le diagnostic paraclinique de l'ischémie mésentérique aiguë est:
A. Lavement baryté avec contraste (irrigographie)
B. Capsule endoscopique
C. Artériographie mésentérique
D. Gastroduodénoscopie
E. Aortographie

381. Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle:
A. Sont beaucoup plus fréquentes que les malignes
B. Sont moins fréquentes que les malignes
C. Sont majoritairement asymptomatiques
D. Provoquent rapidement des symptômes obstructifs
E. Provoquent rapidement des symptômes hémorragiques

382. À mesure que la tumeur grossit:
A. Elle peut provoquer une invagination intestinale
B. Provoque toujours une perforation
C. Devient maligne
D. Se fixe dans le péritoine
E. Peut entraîner une obstruction

383. Les adénocarcinomes de l'intestin grêle:
A. Sont plus fréquents dans le jéjunum
B. N'apparaissent jamais dans le duodénum
C. Sont plus fréquents dans le duodénum

D. Ont une incidence plus faible vers l'iléon
E. Ont une incidence plus élevée vers l'iléon

384. Les présentations les plus fréquentes des adénocarcinomes de l'intestin grêle sont:
A. Obstruction
B. Péritonite
C. Obstruction souvent associée à une perte de poids
D. Perforation
E. Hémorragie péritonéale

385. La suspicion d'une tumeur de l'intestin grêle augmente lorsqu'il y a:
A. Occlusion de l'intestin grêle sans hernie
B. Cancer du côlon
C. Occlusion de l'intestin grêle sans antécédents chirurgicaux
D. Antécédents familiaux de cancer du côlon
E. Obstruction chez une personne âgée

386. Les tumeurs de la région périampullaire peuvent se présenter par:
A. Ictère douloureux
B. Ictère indolore
C. Plus rarement, une pancréatite inexpliquée
D. Plus fréquemment, une pancréatite inexpliquée
E. Hémobilie

387. *Le diagnostic des tumeurs de l'intestin grêle est posé:
A. Par artériographie
B. Par artériographie sélective
C. Par aortographie complète
D. Le plus souvent par des examens avec contraste
E. Par endoscopie

388. *La présentation la plus fréquente des tumeurs carcinoïdes de l'intestin grêle est:
A. Hémorragie
B. Perforation
C. Obstruction
D. Inflammation
E. Péritonite

389. Les manifestations les plus courantes associées au diverticule de Meckel comprennent:
A. Obstruction
B. Invagination intestinale

C. Inflammation
D. Péritonite
E. Perte de poids

390. L'hémorragie associée au diverticule de Meckel se manifeste par:
A. Méléna
B. Rectorragie avec du sang rouge vif
C. Rectorragie avec du sang rouge foncé
D. Fréquemment accompagnée de douleur
E. Hémorragie digestive basse

391. L'obstruction intestinale associée au diverticule de Meckel peut survenir en raison de:
A. Dégénérescence maligne
B. Volvulus de l'intestin grêle autour du diverticule
C. Volvulus du diverticule
D. Effet constrictif d'un bandeau mésodiverticulaire
E. Hémorragie massive intraluminale

392. Le diagnostic différentiel des pathologies du diverticule de Meckel inclut:
A. Appendicite aiguë
B. Maladie inflammatoire pelvienne
C. Entérite régionale
D. Myodysplasie
E. Colique néphrétique droite

393. *Le syndrome de l'intestin court, parfois appelé "syndrome de l'intestin court", est défini comme:
A. La présence de moins de 80 cm d'intestin grêle chez l'adulte
B. Une résection d'une portion de l'intestin grêle
C. La présence de moins de 280 cm d'intestin grêle chez l'adulte
D. La présence de moins de 180 cm d'intestin grêle chez l'adulte
E. La présence de moins de 80 cm de côlon chez l'adulte

394. *La perte de l'iléon terminal entraîne une perte permanente de:
A. L'absorption du fer
B. L'absorption de la vitamine B6
C. L'absorption des glucides
D. L'absorption de la vitamine B12
E. L'absorption de la vitamine C

395. Sur le plan anatomique, le côlon se distingue de l'intestin grêle par les aspects suivants:
A. Calibre

B. Degré de fixation
C. Présence d'appendices épiploïques
D. Présence de taeniae et de haustrations à sa surface
E. L'un est situé dans la cavité thoracique

396. Affirmations vraies concernant l'anatomie du côlon:
A. Le diamètre du côlon varie selon les segments
B. Le cæcum a un diamètre moyen de 7,5 cm, tandis que le côlon sigmoïde a un diamètre moyen de 2,5 cm
C. Une grande partie du côlon est rétro-péritonéale et fixée à la paroi abdominale postérolatérale
D. De plus, le côlon possède des appendices épiploïques, qui sont des structures graisseuses situées sur la séreuse
E. Les appendices épiploïques sont présents dans le cæcum, la région appendiculaire et le rectum

397. La paroi du côlon est composée de:
A. Muqueuse
B. Sous-muqueuse
C. Couche musculaire
D. Séreuse
E. Plèvre

398. Le rectum:
A. Commence à la jonction rectosigmoïdienne et se termine à l'anneau anorectal
B. Mesure environ 12 à 18 cm de long
C. Possède trois replis sous-muqueux appelés « valves rectales » (de Houston)
D. Les deux tiers supérieurs sont recouverts antérieurement par le péritoine et fixés postérieurement au rétropéritoine
E. Est la première partie de l'intestin grêle

399. Les entités artérielles impliquées dans la vascularisation du rectum:
A. Artère hémorroïdale supérieure (aussi appelée artère rectale)
B. Artère mésentérique inférieure
C. Artère hémorroïdale moyenne
D. Tronc cœliaque
E. Artère mésentérique supérieure

400. Les cryptes anales:
A. Se terminent à la base des colonnes de Morgagni
B. Sont des sites d'expulsion de sécrétions
C. Se retrouvent dans tout le côlon

D. Sont visibles uniquement au microscope
E. Sont spécifiques au côlon transverse

401. *La principale différence histologique entre le côlon et l'intestin grêle est:
A. Présence de cellules en bague à chaton
B. Nombre de couches
C. Présence de types cellulaires différents
D. Visibilité à l'examen
E. Absence de villosités

402. *L'apport artériel au canal anal et au sphincter anal est assuré par:
A. Tronc cœliaque
B. Artère hémorroïdale inférieure
C. Artère mésentérique inférieure
D. Artère mésentérique supérieure
E. Artère colique droite

403. L'appendicite aiguë:
A. Est l'urgence chirurgicale la plus fréquente
B. Affecte environ 6,7 % des femmes et 8,6 % des hommes
C. Est une affection très rare
D. N'est jamais une urgence chirurgicale
E. Survient uniquement chez les enfants

404. Le diagnostic différentiel d'une douleur dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen inclut:
A. Causes entériques
B. Causes urologiques
C. Causes musculosquelettiques
D. Causes gynécologiques
E. Causes thoraciques

405. Les affections pouvant mimer une appendicite comprennent:
A. Diverticulite de Meckel
B. Diverticulite cæcale ou sigmoïdienne
C. Iléite aiguë
D. Cholécystite
E. Splénomégalie

406. La préparation préopératoire appropriée dans le traitement chirurgical de l'appendicite aiguë comprend:
A. Céphalosporine de deuxième génération

B. Pénicilline à large spectre
C. Association de fluoroquinolone et d'un traitement anti-anaérobie par métronidazole
D. N'inclut pas d'antibiotiques
E. Est contre-indiquée

407. Les tumeurs de l'appendice peuvent inclure:
A. Tumeur carcinoïde
B. Carcinome
C. Mucocèle
D. Rhinophyma
E. Bubonocèle

408. La plupart des tumeurs carcinoïdes appendiculaires sont bénignes, mais peuvent être à l'origine de:
A. Obstruction luminale
B. Reflux gastro-œsophagien
C. Appendicite
D. Cholécystite
E. Carcinome du côlon transverse

409. *Si l'appendice se perforait, un soulagement temporaire de la douleur viscérale pourrait être dû à:
A. Distraction du patient
B. Décompression de l'organe distendu
C. Apparition de nouvelles pathologies
D. Nature bénigne de la maladie
E. Présence de mucus

410. *Chez la femme enceinte, le diagnostic d'appendicite aiguë peut être compliqué par:
A. Anémie
B. Antigène spécifique de la prostate
C. Hyperleucocytose
D. Douleur axillaire
E. Perte d'appétit

411. *Affirmation vraie concernant la diverticulose colique:
A. La diverticulose colique est le constat endoscopique le moins fréquent
B. La prévalence de cette pathologie diminue avec l'âge
C. Le côlon sigmoïde est le site le plus fréquemment atteint
D. Les diverticules congénitaux sont plus souvent situés dans le côlon gauche
E. La majorité des patients (80 %) deviennent symptomatiques au cours de leur vie

412. *Présentation clinique dans la rectocolite hémorragique (RCH):
A. La plupart des patients présentent une diarrhée sanglante et mucopurulente
B. La présentation initiale ne varie pas selon l'étendue des lésions coliques
C. La fièvre ne peut indiquer la présence de microabcès intestinaux multiples ou une endotoxémie secondaire
D. Les manifestations extra-intestinales surviennent chez un pourcentage élevé de patients
E. L'examen de référence pour le diagnostic est la tomodensitométrie (scanner)

413. Le traitement des complications de la maladie diverticulaire comprend:
A. Dans 85 % des cas, la diverticulite aiguë est initialement traitée médicalement
B. La majorité des patients ne répondent toutefois pas au traitement non chirurgical et nécessitent une intervention ultérieure
C. Un patient avec diverticulite aiguë récidivante (plus d'un épisode par an) sera opéré en urgence
D. Le traitement de première intention des fistules liées à la diverticulose est chirurgical
E. Les patients présentant une perforation intrapéritonéale libre subissent une chirurgie en urgence, le plus souvent une intervention de Hartmann

414. L'hémorragie diverticulaire:
A. 70 % des hémorragies digestives basses sont dues à une diverticulose
B. L'hémorragie diverticulaire est toujours minime
C. La coloscopie est la méthode principale de diagnostic des hémorragies digestives basses et peut aussi être thérapeutique
D. La majorité des hémorragies d'origine diverticulaire sont contrôlées de manière conservatrice
E. Si le patient prend un traitement anticoagulant ou antiplaquettaire, il ne doit pas être arrêté

415. Les affirmations suivantes concernant la rectocolite hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn sont vraies:
A. La RCH et la maladie de Crohn sont deux des formes les plus rares de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)
B. La RCH est une maladie transmurale qui peut affecter tout le tractus gastro-intestinal, de la bouche à l'anus
C. La RCH touche la muqueuse et la sous-muqueuse et n'atteint que le côlon et le rectum
D. Les caractéristiques macroscopiques différenciant Crohn de la RCH comprennent l'épargne rectale, les lésions discontinues (alternance zones saines et atteintes), les ulcérations aphteuses et linéaires
E. L'étiologie de la RCH n'est pas entièrement élucidée ; des facteurs infectieux, immunologiques, génétiques et environnementaux sont impliqués

416. Concernant le traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique, les affirmations suivantes sont correctes:
A. L'indication chirurgicale est posée en cas de colite fulminante et de mégacôlon toxique
B. Le traitement chirurgical est envisagé en cas de résistance au traitement médical
C. Les patients présentant une dysplasie ou un cancer ont une contre-indication à la chirurgie
D. Les patients avec complications sévères subissent d'abord une chirurgie puis un traitement de réanimation
E. La proctocolectomie avec réservoir iléo-anal est actuellement l'intervention de choix

417. La maladie de Crohn, par rapport à la rectocolite hémorragique, se présente avec:
A. Diarrhée plus fréquente, le plus souvent sanglante
B. Atteinte constante du rectum
C. Fistule périanale fréquente
D. Mégacôlon beaucoup plus fréquent
E. Distribution segmentaire avec lésions en "patchs", contrairement à la RCH qui a une atteinte continue

418. Indications de traitement chirurgical dans la maladie diverticulaire:
A. Perforation libre
B. Obstruction
C. Hémorragie
D. Épisode de diverticulite tous les 3–4 ans
E. Diverticulite non compliquée, lorsqu'une résection de Hartmann est réalisée

419. *Chez l'adulte, la cause la plus fréquente d'occlusion colique est:
A. Cancer du côlon
B. Cancer du rectum
C. Maladie diverticulaire
D. Volvulus colique
E. Toutes les réponses ci-dessus

420. Les symptômes les plus pertinents dans le diagnostic d'une occlusion du côlon sont:
A. Absence d'émission de gaz et de selles
B. Nausées et vomissements
C. Diarrhée sanglante
D. Fistules périanales
E. Modification du calibre des selles, évoquant un carcinome

421. Concernant le traitement de l'occlusion du côlon, les affirmations suivantes sont correctes:
A. Le traitement initial inclut une réanimation volémique et une correction des troubles électrolytiques
B. La chirurgie est presque toujours indiquée chez les patients présentant une occlusion

complète
C. Une laparotomie d'urgence est réalisée en cas d'occlusion intestinale aiguë avec distension cæcale > 12 cm, douleur abdominale accrue, signes de péritonite ou de sepsis
D. En cas de cancer obstructif avec péritonite, une endoprothèse est posée pour décompression
E. La perforation causée par un volvulus ou un cancer obstructif est traitée par endoscopie

422. *Les manifestations cliniques du volvulus colique comprennent:
A. Douleur abdominale
B. Arrêt du transit intestinal
C. Nausées
D. Vomissements
E. Toutes les réponses ci-dessus

423. Concernant le volvulus colique, les affirmations suivantes sont correctes:
A. L'examen clinique retrouve une distension abdominale, une sensibilité, et souvent un ampoule rectale vide au toucher rectal
B. Le volvulus sigmoïdien survient fréquemment chez les personnes âgées, avec antécédents de constipation et de démence
C. L'imagerie doit être réalisée rapidement en cas de suspicion de volvulus, car elle permet un diagnostic rapide
D. Le scanner avec contraste a des indications limitées dans le diagnostic du volvulus colique
E. La radiographie abdominale reste l'examen de choix pour diagnostiquer un volvulus colique

424. Concernant le traitement du volvulus colique, les affirmations suivantes sont correctes:
A. En l'absence d'ischémie ou de perforation, le traitement initial du volvulus sigmoïdien est la détorsion endoscopique, efficace dans 60–95 % des cas
B. En raison du risque élevé de récidive et des complications potentielles, une intervention chirurgicale est à envisager
C. Parmi les interventions électives pour le volvulus sigmoïdien, la résection avec anastomose est la plus efficace pour prévenir les récidives
D. En cas de perforation ou de côlon non viable, une coloscopie en urgence est réalisée
E. En cas de volvulus cæcal, la décompression endoscopique est le traitement de choix

425. Le prolapsus muqueux rectal est caractérisé par:
A. Replis radiaux
B. Replis concentriques
C. Replis circonférentiels
D. Éversion de 2–3 cm
E. Éversion de 4–20 cm

426. La procidence rectale:
A. Représente une éversion de la muqueuse à travers l'orifice anal
B. Représente une extériorisation de toute la paroi rectale à travers le canal anal
C. Représente un prolapsus des plexus hémorroïdaires
D. Survient plus fréquemment chez les hommes obèses et hypersthéniques
E. Survient surtout chez les femmes maigres et asthéniques

427. Les hémorroïdes de grade III:
A. Ne font pas de prolapsus
B. Font un prolapsus lors de la défécation
C. Se réintègrent spontanément
D. Nécessitent une réduction manuelle
E. Ne sont pas réductibles

428. Le traitement du prolapsus rectal peut impliquer:
A. Une procédure périnéale
B. Une procédure intra-abdominale
C. Une résection du segment intestinal redondant
D. La suture de la paroi colique à l'aponévrose prépubienne
E. Une colopexie

429. La ligature élastique est indiquée pour les hémorroïdes internes de grade:
A. I, asymptomatiques
B. I, symptomatiques
C. II
D. III
E. IV

430. Le traitement conservateur des hémorroïdes externes thrombotiques comprend:
A. Bains de siège
B. Coussins de siège
C. Chaleur locale
D. Glace locale
E. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

431. Le traitement chirurgical des hémorroïdes externes thrombotiques comprend:
A. Intervention dans les 48 heures suivant le début des symptômes
B. Intervention après 48 heures depuis le début des symptômes
C. Ligature élastique
D. Exérèse de l'hémorroïde thrombosée sous anesthésie locale
E. Incision de l'hémorroïde thrombosée sous anesthésie générale

432. Le diagnostic différentiel des abcès anorectaux comprend:
A. Hémorroïdes prolapsées
B. Hémorroïdes thrombotiques
C. Fissure anale
D. Fistule périanale
E. Kyste pilonidal

433. *Le traitement chirurgical de choix pour les fissures anales chroniques est:
A. Sphinctérotomie interne latérale droite
B. Sphinctérotomie externe latérale droite
C. Sphinctérotomie interne latérale gauche
D. Sphinctérotomie externe latérale gauche
E. Sphinctérotomie totale

434. *Les facteurs qui conduisent à l'échec de la technique du lambeau d'avancement endo-anal dans le traitement des fistules périanales incluent tous les éléments suivants, sauf:
A. Épisode aigu de rectite
B. Fistule recto-vaginale
C. Obésité
D. Néoplasies
E. Antécédents de chimiothérapie

435. *Une fissure anale est considérée comme chronique après combien de temps depuis son apparition ?
A. 14 jours
B. 4 semaines
C. 8 semaines
D. 4 mois
E. 6 mois

436. Les souches de VPH (HPV) les plus souvent impliquées dans le développement des cancers du canal anal sont:
A. 6
B. 11
C. 14
D. 16
E. 18

437. Dans la syphilis anorectale primaire:
A. Le chancre syphilitique apparaît comme une petite papule évoluant ensuite en ulcère
B. Les ulcères anaux sont généralement indolores et humides
C. L'adénopathie est indolore et volumineuse

D. L’adénopathie est douloureuse et petite
E. Une rectite peut survenir avec ou sans présence de chancre syphilitique

438. *En l’absence de traitement, le stade secondaire de la syphilis anorectale survient environ:
A. 2 à 4 semaines après l’apparition des lésions primaires
B. 2 à 4 semaines après la disparition des lésions primaires
C. 4 à 10 semaines après l’apparition des lésions primaires
D. 4 à 10 semaines après la disparition des lésions primaires
E. 2 à 10 semaines après le contact sexuel

RÉPONSES CHAP. XII – CHIRURGIE

1	B	40	A, B, E	79	D	118	B, C, E
2	B, C	41	A, B, E	80	B, C, E	119	E
3	A, B, D	42	A, B, E	81	A, D	120	D
4	B	43	C	82	A, B, C	121	A
5	C	44	C	83	A, B, C, E	122	B
6	A, B, E	45	B	84	B, C, E	123	C
7	A, D, E	46	D	85	A, C, E	124	A, D, E
8	A, C, E	47	A	86	C	125	A, B, E
9	B, C, E	48	C	87	E	126	B, C, D
10	C	49	A	88	A, C, D, E	127	A, B, D
11	B, C	50	A	89	C	128	A, B, C
12	A, B, E	51	B	90	D, E	129	B, C, E
13	B	52	A, B, C, E	91	A, C	130	B, D, E
14	A	53	A, C	92	B, C, E	131	B, C, D, E
15	A, B	54	A, B, D, E	93	B	132	A, C, D
16	A, C, D	55	A, B, C, E	94	B, C, D	133	B, C, D
17	B, C, E	56	A, B, C	95	A, B, C, D	134	A, B, C
18	A, C, E	57	A, B, C, D	96	A	135	B, C, E
19	A	58	A, B, E	97	A, B, C	136	E
20	A	59	A, B, E	98	A, B, D	137	A
21	A	60	A, C, D	99	A, B, D	138	B
22	A	61	B, C, D	100	C, D, E	139	E
23	A	62	A, B, D, E	101	B, C, D	140	B, D, E
24	A	63	A, B, C, E	102	A, C	141	A, B, D
25	A, B, C	64	A, B, D, E	103	D	142	A, B
26	A, B, C, D	65	A, B, E	104	A, B, D, E	143	A, D, E
27	A, B, C, D	66	A, B, D, E	105	A, C	144	A, C, D
28	A, B, C, E	67	A, C, E	106	A, B, C, E	145	A, B
29	A, B, C, D	68	A, B, C, D	107	C	146	A, B, E
30	A, B, C, D	69	A, B, C	108	A, C, E	147	B, C, D
31	A, B	70	A, B, D	109	B, C, E	148	A, C, D, E
32	A, C, E	71	A, B, C	110	D	149	A, B, D
33	A, B, E	72	A, B, C, E	111	A, C, E	150	A, B, E
34	A, B, E	73	A, B, C, D	112	B, C, D	151	B, C, D
35	A, D	74	A, B, C	113	A, C, D	152	D
36	A, B, C, D	75	A, B, C	114	D	153	C
37	A, B, E	76	A, B, C, D	115	B, E	154	B, D
38	A, B, E	77	A, B, C, E	116	A, C	155	C, D
39	A, B, E	78	A, B, D	117	A, C, D, E	156	A, C, E

157	A, B, C, E	196	A, C	235	B, C, D	274	C, D
158	C	197	B, D, E	236	A, C	275	D, E
159	C	198	A, B, C, E	237	A, C, E	276	A, B
160	A, B, C	199	A, B, E	238	A, B, D	277	B, C, D, E
161	A, C, D, E	200	B, D	239	E	278	A, C
162	A, B, C, D	201	B, C	240	A, D, E	279	B, E
163	B, C, D	202	B, D, E	241	A, C	280	A, C, D
164	A	203	B, C, E	242	D	281	B, D
165	A, D	204	A, B, D, E	243	A, D, E	282	A, B, D
166	B, D	205	A, B, C, E	244	B, E	283	A, B, C, D
167	C	206	B, C, E	245	A	284	C, D, E
168	C	207	A, C, D, E	246	B	285	A, C
169	A, C, D	208	A, D, E	247	D	286	B, C, E
170	B, C, E	209	B, E	248	B, C, E	287	B, C, E
171	B, C, D	210	B, D, E	249	A, E	288	D, E
172	A, C, D, E	211	B	250	B, C, E	289	A,C, D, E
173	C	212	A, C, E	251	B, C, D, E	290	A, B
174	A, D, E	213	B, D, E	252	C, E	291	A, B, C, D
175	A, C, D, E	214	B, C, D, E	253	B, C, D	292	A, C, D, E
176	C	215	D	254	D	293	A, B, C
177	C	216	D, E	255	A, B, D	294	A, B
178	B, C, E	217	A, B, C	256	A, B, C, E	295	A, D
179	B, C, D, E	218	C, E	257	D	296	C
180	A, D, E	219	A, C, D	258	A, B, D, E	297	A, B
181	B, C, D	220	C, D	259	A, D, E	298	A, B, D
182	B	221	A, B, C, E	260	D, E	299	A, B, C, D
183	D	222	C, D	261	B, C	300	A, B, C
184	A	223	E	262	A	301	A, B, C, E
185	E	224	B, E	263	D	302	C
186	A	225	A, B	264	A, B, C, E	303	A
187	E	226	A, D	265	A, B, D, E	304	A
188	D	227	D	266	A, C, E	305	A
189	B, C, D, E	228	A, B, C, D	267	C, E	306	C
190	B, C, E	229	C, E	268	A, E	307	C
191	B, D	230	D	269	C, E	308	A
192	A, C, D, E	231	C	270	B, D	309	A
193	C, E	232	C	271	C, D	310	E
194	A, C, E	233	B, D, E	272	A, D	311	C
195	B, C, D	234	B, C, E	273	A, C	312	B

313 A
314 A
315 A, B, C, E
316 A, B, C
317 A, B, C
318 B, C, D
319 A, B, C
320 A, B, D, E
321 A, B, C, E
322 A, C
323 E
324 C
325 A, B, D
326 B, D, E
327 C, E
328 A, B, D
329 D
330 C
331 E
332 B
333 A, C
334 C, E
335 A, B, C, E
336 A, B, C, E
337 C, E
338 B, D, E
339 A, B
340 B, C
341 A, E
342 A, D
343 A, B, C
344 A, C, D, E
345 B, D, E
346 B, D
347 A, B, C, E
348 D
349 A, B, D
350 A, B, C, E
351 A, C, D
352 B, C, E
353 A, C, E
354 C
355 B
356 A, B, C, D
357 A, B, E
358 A, B, D, E
359 B, C, D
360 A, C, D, E
361 D
362 A, B, C, E
363 B
364 A, B, E
365 C
366 C
367 A, B
368 A
369 A
370 C, E
371 A, B, C, E
372 A, D, E
373 A, B, D
374 A, C, E
375 A, D
376 A, B
377 A, E
378 A, D
379 A
380 C
381 A, C
382 A, E
383 C, D
384 A, C
385 A, C
386 B, C
387 D
388 C
389 A, C
390 B, C
391 B, D
392 A, C
393 D
394 D
395 A, B, C, D
396 A, B, C, D
397 A, B, C, D
398 A, B, C, D
399 A, B, C
400 A, B
401 E
402 B
403 A, B
404 A, B, C, D
405 A, B, C, D
406 A, B, C
407 A, B, C
408 A, C
409 B
410 C
411 C
412 A
413 A, D, E
414 A, C, D
415 C, D, E
416 A, B, E
417 C, E
418 A, B, C
419 E
420 A, B, E
421 A, B, C
422 E
423 A, B, C
424 A, B, C
425 A, D
426 B, E
427 B, D
428 A, B, C
429 B, C, D
430 A, D, E
431 A, D
432 B, C, E
433 C
434 E
435 C
436 D, E
437 A, C, E
438 D

CHAP. XIII - CHIRURGIE PLASTIQUE

1 Un enfant de 5 ans a été brûlé dans un incendie de voiture et a nécessité d'importantes greffes de peau au niveau du visage et des membres supérieurs. Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'étape de rééducation durant le soin de ce patient sont vraies ?

A. La rééducation commence au moment de la production de la lésion
B. Il faut attendre la fermeture des plaies pour commencer la rééducation.
C. Les contractures cicatricielles post-brûlure peuvent immobiliser complètement les extrémités et entraîner des séquelles fonctionnelles et esthétiques importantes.
D. Le tissu cicatriciel reste enflammé et ne se remodèle plus après la production de la lésion
E. De nombreuses procédures reconstructives peuvent être évitées par une application précoce et continue de la physiothérapie et d'autres techniques de rééducation.

2 Un homme de 35 ans est amené au SAU avec des brûlures chimiques bilatérales aux mains après un contact avec une substance inconnue. Lesquels des facteurs suivants détermine le degré des lésions tissulaires ?

A. La durée du contact cutané
B. Le sexe du patient
C. La concentration de l'agent causal
D. La nature de l'agent causal
E. Les antécédents héréditaires et collatéraux du patient

3. Une femme de 56 ans est amenée au SAU avec des brûlures bilatérales aux mains et aux avant-bras après un contact avec de la soude caustique (hydroxyde de sodium). Concernant les brûlures chimiques causées par des substances alcalines, il est vrai que:

A. Le personnel médical n'est pas tenu de porter un équipement de protection.
B. Les lésions sont généralement plus superficielles qu'elles n'y paraissent.
C. Les substances alcalines se dissolvent et se combinent avec les protéines tissulaires.
D. Les lésions alcalines peuvent pénétrer au-delà de ce qui est visible à l'examen et nécessiteront davantage de liquides pour une réanimation liquidienne efficace.
E. Présente le risque d'absorption et de toxicité systémique pour le patient.

4. *Un homme de 28 ans est amené au SAU avec des brûlures chimiques après un contact accidentel avec de l'acide sulfurique. Il présente des lésions au visage et aux mains, et son pH est de 7,28. Laquelle des affirmations suivantes concernant les brûlures causées par des substances acides est fausse ?

A. Les acides induisent la dégradation des protéines par hydrolyse, ce qui entraîne la production d'une escarre moins profonde que celle produite par les substances alcalines.
B. Les lésions sont généralement plus superficielles qu'elles n'y paraissent.

C. Les lésions peuvent s'étendre au-delà de ce qui est visible à l'examen et nécessiteront davantage de liquides pour une réanimation liquidienne efficace.
D. Présente un risque d'absorption et de toxicité systémique pour le patient.
E. Les professionnels de santé doivent porter un équipement de protection et détoxifier complètement le patient avant de poursuivre les soins.

5. Un homme de 62 ans est amené au SAU avec des brûlures électriques après avoir entré en contact accidentel avec des fils à haute tension pendant une partie de pêche. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les brûlures électriques sont vraies ?
A. Elles surviennent lorsque le courant électrique pénètre dans une partie du corps, comme la main, et traverse les tissus les plus résistants, généralement des nerfs, des vaisseaux sanguins et des muscles, avant de ressortir par le sol.
B. Les lésions électriques sont classées comme des lésions à haute tension si leur tension est supérieure à 100 V.
C. En cas de lésions résultant d'un contact avec du courant industriel, les lésions cutanées peuvent être limitées, mais les lésions associées aux tissus mous sous-jacents peuvent être plus étendues.
D. Le courant circule préférentiellement par voie sous-cutanée, car les tissus plus profonds présentent une résistance plus faible.
E. L'étendue réelle de la détérioration tissulaire en cas de blessures à haute tension peut être impossible à déterminer lors d'un examen initial.

6. Un homme de 62 ans est amené au SAU avec des brûlures électriques après avoir entré en contact accidentel avec des fils à haute tension pendant une partie de pêche. Quel type de lésions peut présenter le patient ?
A. Des brûlures par flamme peuvent survenir suivant l’inflammation des vêtements sans que le courant ne traverse le patient.
B. Les complications aiguës incluent l’apparition de la cataracte et de la neuropathie périphérique.
C. Les blessures électriques peuvent également être associées à des chutes et provoquer des contusions.
D. Le passage du courant de la source au sol peut générer un arc électrique ou des lésions de type « éclair ».
E. L'explosion qui en résulte peut provoquer un traumatisme important, y-compris la rupture du tympan.

7. * Un homme de 57 ans est retrouvé inconscient près d'un câble à haute tension. Quelle est la première étape dans la gestion de la situation ?
A. Toutes les victimes du choc électrique doivent subir un électrocardiogramme (EKG).

B. En raison de la possibilité de polytraumatisme dû à la chute et des contractions musculaires involontaires associées, le patient doit être immobilisé et traité comme une victime à polytraumatismes.
C. La lésion électrique peut provoquer des arythmies, et de nombreux patients décèdent à cause d'une fibrillation ventriculaire ou de l'arrêt cardiaque électro-induits, par conséquent la réanimation immédiate est essentielle.
D. Les sources de courant doivent être débranchées avant d'approcher le patient.
E. Les victimes des blessures par haute tension doivent être envoyées vers un centre de soins aux brûlés et nécessiteront une réanimation appropriée.

8. Une femme de 25 ans présente des brûlures au premier degré après une exposition prolongée au soleil. Concernant les brûlures de premier degré il est vrai que:
   A. Elles blanchissent lorsqu'on appuie dessus.
   B. Elles se présentent sous forme de cloques, formées par l'épiderme avec un liquide protéique extravasé.
   C. Elles sont très douloureuses.
   D. Elles apparaissent sous forme de zones hyperémiques.
   E. Elles forment des cicatrices.

9. Une femme de 25 ans présente des brûlures au premier degré après une exposition prolongée au soleil. Le traitement des brûlures de premier degré consiste en:
   A. Hydratation orale adéquate
   B. Composés topiques apaisants
   C. Généralement il joue un rôle de support
   D. Traitement par excision et greffe
   E. Peut inclure du sulfate de néomycine pour prévenir l'infection

10. Un homme de 56 ans se présente avec des brûlures superficielles au II^{e} degré au niveau du torse antérieur suivant un contact avec un liquide chaud. Les affirmations suivantes sont vraies:
    A. Elles présentent des cloques desquamées, formées d'épiderme avec un liquide protéique extravasé.
    B. Elles sont très douloureuses.
    C. Elles s'étendent au-delà du derme.
    D. Elle présentent une peau érythémateuse.
    E. Elles blanchissent sous la pression directe.

11. Les affirmations suivantes sont vraies à propos des brûlures profondes au II^{e} degré:
    A. L'érythème est souvent absent.
    B. La douleur est dans la plupart des cas plus intense que pour les brûlures superficielles.

C. La plupart sont traitées par excision et greffe.
D. Elles guérissent sans laisser de cicatrice.
E. Elles sont d'un blanc cireux.

12. Sur les brûlures au III^{e} degré, il est vrai ce qui s’ensuit:
A. Elles sont généralement douloureuses.
B. La surface de la plaie peut être de n'importe quelle couleur.
C. Elles blanchissent lorsqu'on appuie dessus.
D. Les brûlures très petites peuvent guérir spontanément.
E. Elles incluent toutes les couches de la peau.

13. Sous quelles formes les lésions par inhalation peuvent-elles se manifester chez le patient brûlé ?
A. Intoxication au dioxyde de carbone (CO_2)
B. Lésions des voies respiratoires inférieures
C. Lésions des voies respiratoires supérieures
D. Lésions de la cavité buccale
E. Intoxication au monoxyde de carbone (CO)

14. *Laquelle des affirmations suivantes concernant l'intoxication au monoxyde de carbone est fausse ?
A. Le CO se lie de façon compétitive aux récepteurs pour oxygène de la molécule d'hémoglobine.
B. Les tissus aux besoins élevés en oxygène sont les plus vulnérables.
C. Le traitement consiste en une ventilation avec oxygène 100 %.
D. L'oxymétrie de pouls détecte avec précision l'intoxication au CO.
E. L'intoxication au CO engendre une altération de l'état mental.

15. *Laquelle des affirmations suivantes est vraie ?
A. Les lésions des voies respiratoires supérieures sont les véritables lésions par inhalation.
B. Les lésions des voies respiratoires inférieures sont liées à la chaleur.
C. Une intubation orotrachéale précoce n'est pas nécessaire dans l’étape aiguë chez les patients présentant des lésions des voies respiratoires.
D. L'intoxication au cyanure se caractérise par une acidose métabolique persistante qui ne répond pas à la réanimation liquidienne.
E. Les symptômes chez les patients qui présentent des brûlures des voies aériennes apparaissent toujours dans les premières 24 à 48 heures.

16. *Les points suivants s'appliquent à la prise en charge initiale des brûlés, à l’exception de:

A. Placer un masque à oxygène sur une victime d'une brûlure par flamme comporte un risque de rallumer les vêtements en feu couvant.
B. Même en l'absence d'exposition à la fumée, les patients présentant de graves brûlures faciales peuvent développer un œdème important, pouvant entraîner une obstruction des voies respiratoires supraglottiques.
C. Le calcul formel des besoins en liquides est ajourné après l'évaluation secondaire.
D. Les plaies ne doivent pas être recouvertes par des crèmes aux antibiotiques ou d'autres crèmes, ni pansées avant la fin de l'évaluation secondaire.
E. Dans l'estimation de la surface totale brûlée on comprend les brûlures de n'importe quel degré.

17. Lors de la réanimation initiale des brûlés, les éléments suivants s'imposent:
    A. La pose d'une sonde de Foley
    B. L'assurance des deux voies veineuses de gros calibre
    C. L'administration de sang ou de composants sanguins
    D. Le prélèvement sanguin pour analyses
    E. Le calcul des besoins en liquides durant l'examen primaire

18. Parmi les critères de transfert vers un centre de soins aux brûlés on compte:
    A. Les brûlures au III^{e} degré chez les enfants uniquement
    B. Les brûlures chimiques
    C. Les brûlures touchant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations principales
    D. Les lésions par inhalation
    E. Les brûlures de profondeur partielle avec < 5 % SCT

19. *Parmi les critères de transfert vers un centre de soins aux brûlés on compte les suivants, à l'exception de:
    A. Brûlures chez les patients ayant des pathologies préexistantes susceptibles de compliquer la gestion de la brûlure, de prolonger la convalescence ou d'avoir un impact sur la mortalité
    B. Brûlures chez les enfants dans les hôpitaux sans personnel qualifié et sans équipement nécessaire à leur soin
    C. Brûlures chez les patients nécessitant des interventions spéciales, de rééducation sociale, émotionnelle et de réadaptation
    D. Brûlures au I^{er} degré à l'importe quel l'âge
    E. Brûlures touchant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations principales

20. *L'une des méthodes principales de documentation de l'étendue de la brûlure est la règle des:

A. 7
B. 8
C. 9
D. 10
E. 20

21. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies ?
A. Le choc post-brûlure survient généralement en cas de brûlures supérieures à 15-20 % SCT.
B. L'œdème apparaît dans les premières 24 heures suivant la brûlure, et il est plus prononcé dans les premières 8 heures.
C. La moitié de la quantité totale de liquide est administrée dans les premières 16 heures.
D. Le maintien d'un débit urinaire adéquat est utilisé comme indicateur de l'administration adéquate de liquide et comme objectif thérapeutique.
E. La réanimation liquidienne n'empêche pas l'extravasation de liquides vers l'espace interstitiel.

22. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies ?
A. L'évaluation fréquente du pouls des extrémités, de la fonction motrice et sensitive, ainsi que de la douleur, est essentielle.
B. La réanimation liquidienne arrête l'extravasation des liquides vers l'espace interstitiel.
C. L'escarrotomie et la fasciotomie représentent la même chose et désignent une incision pratiquée par une escarre rigide, ayant une consistance de peau sèche pour arrêter les phénomènes de compression.
D. Une accumulation massive de liquide dans les tissus abdominaux peut provoquer un syndrome du compartiment abdominal.
E. Les fasciotomies sont plus fréquemment nécessaires en cas de brûlures par courant électrique à haute tension.

23. Concernant l'assistance respiratoire du patient brûlé, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Les patients qui présentent des lésions par inhalation ont souvent besoin de volumes plus importants de liquide intraveineux.
B. La réanimation liquidienne intraveineuse excessive est indiquée en cas de syndrome de détresse respiratoire aiguë.
C. Le syndrome de détresse respiratoire aiguë est diagnostiqué par l'aspect du type « verre dépoli » sur la radiographie thoracique associé à des manifestations cliniques d'aggravation de l'insuffisance respiratoire.
D. Les patients présentant un syndrome de détresse respiratoire aiguë nécessitent une assistance respiratoire agressive pour combattre l'hypoxémie.

E. Le syndrome de détresse respiratoire aiguë secondaire à une lésion par inhalation peut évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique.

24. L'escarre par brûlure:
   A. Présente un risque faible de surinfection
   B. Entraine l'augmentation de la perte liquidienne par évaporation
   C. Peut entraîner une réaction inflammatoire intense pouvant engendrer une défaillance multiviscérale et le décès
   D. Est traitée uniquement par traitement conservateur
   E. Est traitée généralement par excision chirurgicale

25. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies ?
   A. L'excision tangentielle consiste à enlever la peau impactée et le tissu sous-cutané jusqu'au fascia sous-jacent à l'aide d'un bistouri ou d'un électrocautère.
   B. L'excision fasciale consiste à enlever la peau impactée et le tissu sous-cutané jusqu'au fascia sous-jacent à l'aide d'un bistouri ou d'un électrocautère.
   C. L'excision fasciale est facile à réaliser, relativement sans saignement et offre un bon taux de fixation du greffon, mais elle est mutilante.
   D. L'excision tangentielle des brûlures profondes d'épaisseur partielle permet de préserver les éléments intacts au niveau dermique, améliorant ainsi le résultat de la greffe.
   E. Les brûlures limitées d'épaisseur mixte ou indéterminable doivent être greffées immédiatement.

26. La greffe pour les brûlures:
   A. N'est jamais réalisée en même temps que la brûlure.
   B. Les greffes de peau d'épaisseur partielle sont obtenues par excision elliptique de la peau de l'aine ou du niveau des flancs abdominaux (zones donneuses fermées principalement par suture).
   C. Les greffes de peau d'épaisseur totale sont obtenues à l'aide d'un dermatome pour prélever de la peau intacte jusqu'au niveau du derme superficiel.
   D. Dans le traitement des brûlures très étendues, l'urgence de retirer l'escarre impose souvent que l'excision soit réalisée, même en l'absence des zones donneuses disponibles pour greffe.
   E. Pour augmenter la surface de recouvrement, la peau peut être élargie par des perforations ou coupe multiple et formation de petits lambeaux.

27. Les affirmations suivantes sont vraies, à l'exception de:
   A. La surface cutanée est théoriquement stérile pendant 24 à 48 heures après une brûlure.
   B. L'escarre de la brûlure est un milieu de culture idéal pour les germes.
   C. Les lésions sévères de brûlure ne s'accompagnent pas d'immunosuppression.

D. La septicémie ayant comme point de départ la brûlure est rarement fatale.
E. Le nitrate d'argent a été le premier antimicrobien topique efficace largement utilisé.

28. L'antibiothérapie systémique puissante et de nombreux agents topiques ont engendré les germes multirésistants suivants:
A. Staphylocoque doré résistant à la méticilline
B. Acinetobacter
C. Entérocoque résistant à la vancomycine
D. Streptocoque résistant à la méticilline
E. Entérocoque sensible à la vancomycine

29. Parmi les complications infectieuses suivantes, les plus fréquentes chez les brûlés sont:
A. La pneumonie
B. Les infections urinaires
C. La septicémie
D. La thrombophlébite
E. L'endométrite

30. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies:
A. Dans le cadre de la réponse hormonale au traumatisme causé par les brûlures, le taux métabolique diminue.
B. La malnutrition protéique entraîne tant une faiblesse des muscles respiratoires qu'une altération du système immunitaire.
C. L'alimentation entérale est inférieure à l'alimentation intraveineuse chez les brûlés.
D. Un régime liquide riche en lipides est essentiel jusqu'à la reprise de l'alimentation orale appropriée.
E. Les patients brûlés ont besoin d'un soutien nutritionnel intensif et d'une surveillance nutritionnelle attentive tout au long de la phase de fermeture de la plaie.

31. *L'assurance d'une alimentation riche en protéines (en protéines/kg de poids corporel par jour), en quantités suffisantes pour couvrir les besoins caloriques, demeure le principe le plus important dans la gestion nutritionnelle de ces patients. La quantité de protéines (g)/kg de poids corporel requise est:
A. a.1,5-2,0 g
B. b.15-25 g
C. c.8-10 g
D. d.0,15-0,2 g
E. e. 20-40 g

32. Parmi les objectifs suivants, lesquels constituent des objectifs généraux du traitement du patient brûlé ?
    A. La prévention des infections
    B. Le soulagement de la douleur
    C. La limitation des fasciotomies pour des raisons esthétiques
    D. La favorisation d'une guérison optimale avec un minimum de cicatrices
    E. La guérison sans cicatrices

33. *Une femme de 45 ans présente des brûlures superficielles d'épaisseur partielle à l'huile chaude, au niveau des deux avant-bras et de la cuisse gauche. Lesquelles des affirmations suivantes ne sont PAS de principes de traitement ?
    A. Le lavage complet de la plaie
    B. Les antibiotiques oraux, que les plaies soient infectées ou non
    C. L'ablation des cloques percées
    D. L'évaluation quotidienne des brûlures n'est pas nécessaire
    E. La réapplication fréquente des produits topiques

34. *Une femme de 45 ans présente des brûlures profondes d'épaisseur partielle à l'huile chaude, sur les deux avant-bras et des brûlures au troisième degré sur la cuisse gauche. Lesquels des énoncés suivants n'est PAS un principe de traitement ?
    A. Les brûlures sont d'abord recouvertes d'une pommade antibiotique et pansées.
    B. Toutes les brûlures, sauf les plus petites, doivent être excisées.
    C. Les brûlures qui guérissent dans plus de 3 semaines formeront des cicatrices hypertrophiques.
    D. Une évaluation quotidienne des brûlures n'est pas nécessaire.
    E. Le lavage complet de la plaie.

35. Sur la prise en charge de la douleur chez les patients brûlés, les points suivants sont vrais:
    A. La voie orale est privilégiée pendant l'étape de réanimation.
    B. Les analgésiques les plus couramment utilisés pour le contrôle de la douleur aiguë en cas de brûlures sont les opioïdes.
    C. La morphine et le fentanyl sont les principaux anxiolytiques utilisés dans le traitement de l'anxiété liée aux brûlures.
    D. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés pour le soulagement des douleurs légères à modérées.
    E. Les médicaments contrôlent toujours complètement la douleur et l'anxiété.

36. Sur la nécrolyse épidermique toxique, les affirmations suivantes sont vraies:
    A. Elle représente un trouble exfoliatif rare de la peau, parfois mortel.
    B. La NET est définie par < 10 % desquamation SC

C. Le dilantin et les antibiotiques de type sulfamides sont impliqués dans 40 % de tous les cas.
D. Les groupes à haut risque comprennent des patients souffrant de crises d'épilepsie, de cancer métastatique, d'infections urinaires, de greffes de moelle osseuse allogéniques et d'infections par le VIH.
E. Elle est causée par des réactions immunitaires à médiation cellulaire qui entraînent la destruction des cellules épithéliales basales par les cellules CD8+ et les macrophages du derme superficiel.

37. Concernant la nécrolyse épidermique toxique, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Le signe de Nikolsky, la séparation de l'épiderme superficiel à la pression digitale modérée, est rare.
B. Une phase prodromique est constatée, semblable à une maladie virale, qui se caractérise par de la fièvre et un malaise.
C. Une éruption maculaire apparaît, qui s'étend et devient souvent confluente.
D. L'oropharynx, les yeux et le tube digestif ne sont presque jamais touchés.
E. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, certains antibiotiques, les infections des voies respiratoires supérieures et les maladies virales peuvent être impliqués dans le déclenchement de la maladie.

38. Les points suivants sont vrais concernant le traitement de la Nécrolyse épidermique toxique:
A. L'arrêt immédiat de l'agent déclencheur n'est pas nécessaire.
B. Une biopsie cutanée du bord de la zone des cloques et de la peau saine adjacente sera effectuée afin de distinguer la NET/SSJ des maladies infectieuses.
C. Les infections cutanées secondaires sont la cause principale de décès.
D. Les agents topiques pour l'épiderme superficiel et les sulfamides sont généralement utilisés
E. L'atteinte oculaire est fréquente et jusqu'à la moitié des survivants ont des graves séquelles à long terme.

39. Parmi les facteurs associés à un risque élevé de décès dans la Nécrolyse épidermique toxique on compte:
A. L'âge inférieur à 40 ans
B. La présence d'une tumeur maligne
C. L'acidose
D. La fréquence cardiaque inférieure à 120 battements/minute
E. La desquamation épidermique > I 0 % SCT.

RÉPONSES CHAP. XIII - CHIRURGIE PLASTIQUE

1	A, C, E
2	A, C, D
3	C, D, E
4	C
5	C, D, E
6	A, C, D, E
7	D
8	A, D
9	A, B, C, E
10	A, B, D, E
11	A, C, E
12	B, D, E
13	B, C, E
14	D
15	D
16	E
17	A, B, D
18	B, C, D
19	D
20	C
21	A, B, D, E
22	A, D, E
23	A, C, D, E
24	B, C, E
25	B, C, D
26	D, E
27	C, D
28	A, B, C
29	A, B, C, D
30	B, E
31	A
32	A, B, D
33	D
34	D
35	B, D
36	A, C, D, E
37	B, C, E
38	B, C, E
39	B, C, E

CHAP. XIV - CHIRURGIE VASCULAIRE

1. L'occlusion de l'artère fémorale superficielle ne provoque pas de claudication au niveau:
   A. Haluce
   B. Pied
   C. Cuisse
   D. Jambes
   E. Muscles fessiers

2. La douleur au repos dans la maladie artérielle périphérique a les significations et les caractéristiques suivantes:
   A. Fréquemment localisé dans les orteils
   B. Soulager la douleur lorsque les jambes sont affaissées sur le côté du lit
   C. Principalement de jour
   D. Il s'agit d'un stade précoce de la maladie
   E. Fréquente dans les jambes

3. La maladie artérielle localisée distale au genou n'est pas typique dans ce cas:
   A. Âge: 25-45 ans
   B. Vieillesse
   C. Fumeurs
   D. Insuffisance rénale précoce
   E. Diabète sucré

4. La maladie artérielle aorto-iliaque est caractérisée par:
   A. Atrophie des muscles fessiers
   B. Atrophie des muscles de la cuisse
   C. Claudication des muscles du mollet
   D. Blocages de l'artère brachiale
   E. Sténose bilatérale de l'artère poplitée

5. En cas de maladie artérielle périphérique, l'inspection des membres inférieurs met l'accent sur les aspects suivants:
   A. Ulcères
   B. Erythrose de la déclivité
   C. Atrophie musculaire
   D. Edem
   E. Perte de pilosité proximale

6. Le flux sanguin d'une sténose modérée affiché sur un appareil Doppler peut ne pas ressembler à ce qui suit:
   A. Trifazic
   B. Monophasé
   C. Bifazic
   D. Plateau de tournage
   E. Des ondes avec le Q profond

7. Les symptômes spécifiques de la maladie artérielle périphérique sont les suivants:
   A. Degré de développement de la circulation collatérale
   B. Nombre d'occlusions artérielles
   C. Association de l'infarctus du myocarde
   D. Bonne tolérance du patient aux longues distances de marche
   E. Gravité de l'occlusion artérielle

8. Il n'y a pas de risques liés à l'angio-IRM et à l'angio-CT:
   A. Dissection au niveau du point de ponction
   B. Pseudo-anévrismes au point de ponction
   C. Complication liée à l'administration du produit de contraste
   D. Saignement au point de ponction
   E. Exacerbation de l'insuffisance rénale

9. Complications locales postopératoires du pontage artériel:
   A. Saignement des anastomoses
   B. Infarctus du myocarde
   C. Accident vasculaire cérébral
   D. Infection de la plaie
   E. Insuffisance rénale chronique

10. Les causes les moins courantes de la maladie artérielle périphérique sont les suivantes:
    A. La maladie de Buerger
    B. Fibrose kystique
    C. Athéromatose carotidienne
    D. Thrombocytopénie
    E. Endofibrose iliaque

11. Les affirmations suivantes concernant les pontages extra-anatomiques sont correctes:
    A. Non indiqué dans l'abdomen hostile
    B. Peut être axillo-fémoral et fémoro-fémoral

C. Chez les patients gravement malades, cette procédure est réalisée uniquement sous anesthésie générale.
D. Elle est réalisée à l'aide de prothèses synthétiques reliées par tunnel d'une artère à l'autre à travers le tissu cellulaire sous-cutané.
E. Leur perméabilité est plus élevée que celle des pontages anatomiques.

12. Les inconvénients du pontage saphène in situ sont les suivants:
A. Ne permet pas une meilleure correspondance entre la taille de l'artère et celle de la veine
B. Nécessite de grandes incisions pour le pontage
C. Lésion endothéliale lors du passage de la valvulotomie
D. Possibilité de conserver une cuspide de valve (valve retenue)
E. La veine reste dans sa position anatomique normale.

13. Claudication:
A. Apparaît au repos
B. Douleur provoquée par l'exercice
C. Amélioration au repos
D. La douleur s'atténue pendant l'exercice
E. La douleur s'accompagne d'une hypertension artérielle

14. Les ulcères causés par l'insuffisance artérielle sont:
A. Généralement douloureux
B. Le patient diabétique souffre de douleurs atroces.
C. Les diabétiques souffrent souvent d'une neuropathie périphérique associée et la douleur peut donc être absente.
D. Localisé dans la partie inférieure de la cuisse
E. Fréquent chez les jeunes

15. Les ulcères diabétiques sont:
A. Nedureroase
B. Localisé sur la surface plantaire du pied
C. Localisé sur la face médiale du pied
D. Localisé sur la face latérale du pied
E. Localisé dans les zones de pression

16. La thérapie médicale comprend
A. Contrôle de la dyslipidémie
B. Arrêter de fumer

C. Contrôle de la fréquence cardiaque et de la contractilité cardiaque avec un bêta-bloquant
D. Traitement de l'hypertension
E. Vitamines

17. Athérectomie ou élimination de la plaque:
A. Lames rotatives
B. Lames orbitales
C. Énergie laser
D. Substance de contraste
E. Échographie

18. L'amputation de la cuisse est indiquée:
A. Lorsque l'ischémie est superficielle
B. La gangrène s'étend au tiers inférieur du mollet.
C. La gangrène s'étend au genou
D. Lorsque l'ischémie est profonde
E. La jambe est oedématiée

19. Médicaments antiplaquettaires:
A. Il est systématiquement utilisé après toute intervention endovasculaire.
B. Clopidogrel en association avec Plavix pendant au moins 6 mois
C. Clopidogrel avec aspirine pendant au moins 4 mois
D. Clopidogrel avec aspirine pendant au moins 6 mois
E. Aspirine indéfiniment

20. Indice cheville-bras:
A. Elle est calculée en divisant la pression au niveau de la cheville par la pression artérielle systolique au niveau de l'artère fémorale.
B. Elle est calculée en divisant la pression au niveau de la cheville par la pression artérielle systolique au niveau de l'artère brachiale.
C. Valeur normale supérieure à 0,7
D. Un IGB inférieur à 0,4 est associé à des douleurs au repos ou à des lésions tissulaires.
E. Valeur normale supérieure à 0,9

21. *L'effet le plus important sur la différence de pression distale d'un rétrécissement artériel selon la loi de Poiseuille est:
A. Réduction du rayon de l'artère
B. Volume sanguin
C. Épaisseur de la sténose

D. Viscosité du sang
E. Vitesse d'écoulement

22. *La sonde Doppler émet des ultrasons d'une longueur d'onde comprise entre:
A. 3-5Mhz
B. 4-8Mhz
C. 2-10Mhz
D. 2,5-9,5Mhz
E. 1-7.5Mhz

23. *L'index de pression systolique a une valeur normale de:
A. 0,3
B. 0,5
C. Plus de 0,9
D. 0,2-0,5
E. 0,35

24. *La valeur de l'index de pression systolique associée à la douleur au repos est:
A. 0,6
B. 0,8
C. Moins de 0,4
D. Moins de 0,7
E. 0,3-0,6

25. *Le degré de rétrécissement du lumen vasculaire à partir duquel la pression et le débit sanguin diminuent dans la partie distale du point de rétrécissement:
A. 50%
B. 20-30%
C. 20%
D. 10-15%
E. 35%

26. Les veines suivantes font partie du système veineux profond des membres inférieurs:
A. Veines péronières
B. Veines tibiales antérieures
C. Veines tibiales postérieures
D. Grande veine saphène
E. Veine fémorale commune

27. L'évaluation des états hypercoagulables chez les patients souffrant de thrombose veineuse idiopathique se fait de la manière suivante:
    A. Protéine C/S
    B. Antithrombine II
    C. CA 19
    D. Facteur V Leiden dosage du facteur V
    E. CA-4

28. Mesures prophylactiques chez le patient chirurgical:
    A. Antibiothérapie
    B. Prise d'acide acétylsalicylique
    C. Héparine sous-cutanée
    D. Mobilisation précoce
    E. Dispositifs de compression segmentaire intermittente

29. Tableau clinique de l'embolie pulmonaire:
    A. Tachyarythmie
    B. Bradycardie
    C. Dyspnée, tachypnée
    D. Hémoptitis
    E. Douleur thoracique pleurétique

30. La thrombolyse veineuse est contre-indiquée dans les cas suivants:
    A. Hémorragies récentes
    B. Accident vasculaire cérébral récent
    C. Thrombophilie
    D. Traumatisme récent
    E. Maladie cardiaque ischémique

31. Dans l'embolie pulmonaire, le thrombus peut provenir de..:
    A. Veine radiale
    B. Veines fémorales
    C. Grosses veines pelviennes
    D. Veines basilaires
    E. Veine iliaque

32. Les veines suivantes font partie du système veineux central:
    A. Veine sous-claviculaire
    B. Veine cave inférieure
    C. Veines péronières

D. Veines fémorales
E. Veine tibiale postérieure

33. Le diagnostic différentiel de la thrombose veineuse profonde est posé avec:
A. Rupture du kyste de Baker
B. Lymphangite
C. Traumatisme des membres inférieurs
D. Ischémie critique des membres inférieurs
E. Gangrène de Fournier

34. Le traitement de la thorombophlébite superficielle comprend:
A. Paquets de chaleur
B. Bas élastiques
C. Héparine de faible poids moléculaire 4-6 semaines
D. Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens
E. Glace locale

35. Symptômes causés par les varices:
A. Sensation de lourdeur et de fatigue après une orthostase prolongée
B. Crampes nocturnes
C. Saignement des veines superficielles
D. Douleur atroce
E. Thrombophlébite superficielle

36. Dénudation de la veine saphène:
A. La veine n'est exposée qu'à une extrémité
B. La veine est exposée aux deux extrémités
C. La veine est ligaturée à la jonction saphéno-fémorale.
D. La veine est ligaturée à la jonction fémoro-fémorale.
E. Il est souvent utilisé

37. Ligature saphène:
A. Elle est réalisée au niveau de la veine fémorale, à la hauteur de la fosse ovale.
B. Cette technique permet d'éliminer le reflux veineux
C. L'incidence de la rechute est faible par rapport à la technique du stripping.
D. Indiqué chez les patients ayant de grandes veines saphènes proximales de plus de 1,5 cm.
E. Indiqué chez les patients ayant de petites veines saphènes proximales, inférieures à 1,5 cm.

38. Les techniques moins invasives comprennent
    A. Fermeture endoveineuse par ablation par radiofréquence
    B. Dénudation de la veine saphène
    C. Sclérothérapie à la mousse guidée par ultrasons
    D. Fermeture mécano-chimique de la veine saphène
    E. Ligature de la saphène

39. Excision des collatéraux veineux par micro-incisions:
    A. Les tributaires saphènes peuvent être enlevées par de petites incisions.
    B. Les cicatrices sont très petites
    C. Les pinces ne sont pas utilisées
    D. C'est très douloureux
    E. Également appelée phlébectomie

40. Les explorations vasculaires non invasives comprennent
    A. Échographie Doppler
    B. IRM
    C. Scintigraphie
    D. Radiographie
    E. CT

41. Les éléments constitutifs de la triade de Virchow:
    A. États hypercoagulables
    B. Ischémie
    C. Stase
    D. Hémophilie
    E. Lésions endothéliales veineuses

42. Lipodermatosclérose:
    A. Fréquent dans le mollet
    B. Apparaît dans la partie inférieure de la cuisse
    C. Se produit dans la zone où la pression est la plus élevée en orthostase.
    D. Il est désactivé
    E. Ne se produit pas dans les formes légères

43. La maladie veineuse est représentée par:
    A. Téléangiectasie
    B. Ulcères veineux
    C. Ischémie aiguë
    D. Syndrome post-thrombotique

E. Varices

44. Les causes courantes de lésions endothéliales et de TVP sont les suivantes:
    A. Traumatisme osseux
    B. Limfangite
    C. Ischémie chronique
    D. Traumatisme des tissus mous
    E. Infections sous-cutanées

45. Causes de la thrombose veineuse superficielle:
    A. Edem
    B. Eritem
    C. Pâleur
    D. Sensibilité le long du trajet veineux
    E. Prurit

46. Le patient atteint de TVP présente les symptômes suivants
    A. Edem
    B. Pâleur
    C. Douleur locale
    D. Augmentation de la température locale
    E. Impuissance fonctionnelle

47. *La probabilité qu'un adulte développe un ulcère veineux au cours de sa vie est de:
    A. 35%
    B. 12%
    C. 4%
    D. 6%
    E. 2%

48. *La maladie des veines est responsable de nombreux décès inattendus chez les patients hospitalisés:
    A. Thrombose veineuse profonde
    B. Varices hydrostatiques
    C. Infarctus aigu du myocarde
    D. Accident vasculaire cérébral ischémique
    E. Ulcères veineux surinfectés

49. *Le taux de mortalité chez les patients hospitalisés pour une thromboembolie pulmonaire est de:

A. 4%
B. Dépasse les 10%
C. Moins de 5 %
D. Plus de 50 pour cent
E. 15%

50. *Les affluents de la veine saphène sont mieux enlevés par:
A. Stripping veineux
B. Thérapie au laser
C. Ligature de la veine saphène au niveau du rasage de la veine fémorale
D. Phlébectomies par micro-incision
E. Ablation par radiofréquence

51. *Combien de TVP hospitalières sont asymptomatiques ?
A. Près de 50 pour cent
B. Plus de 30
C. 20-30%
D. 5%
E. 10%

RÉPONSES CHAP. XIV - CHIRURGIE VASCULAIRE

1	A, B, C, E
2	A, B
3	A, C, D
4	A, C
5	A, B, C
6	A, B, D, E
7	A, B, E
8	A, B, D
9	A, D
10	A, E
11	B, D
12	C, D
13	B, C
14	A, C
15	A, B, D, E
16	A, B, C, D
17	A, B, C
18	C, D
19	A, E
20	B, D, E
21	A
22	C
23	C
24	C
25	A
26	A, B, C, E
27	A, D
28	C, D, E
29	A, C, D, E
30	A, B, D
31	B, C, E
32	A, B
33	A, B, C
34	A, C, D
35	A, B, C, E
36	B, C
37	A, B, D
38	A, C, D
39	A, B, E
40	A, B, E
41	A, C, E
42	A, C
43	A, B, D, E
44	A, D
45	A, B, D
46	A, C
47	D
48	A
49	B
50	D
51	A

CHAP. XV - ORTHOPÉDIE

1. *Quel pourcentage de la masse corporelle totale est représenté par les os, les articulations, les muscles, les tendons, les ligaments et le fascia aponévrotique:
   A. 75 %
   B. 65 %
   C. 85 %
   D. 70 %
   E. 60 %

2. *Quel est le pourcentage de lits dans les services de chirurgie occupés par des patients présentant des fractures de la hanche associées à l'ostéoporose post-ménopausique ?
   A. 25 %
   B. 15 %
   C. 35 %
   D. 25 %
   E. 20 %

3. *La lésion de quel type de tissu permet de classer une fracture comme « ouverte » ?
   A. Conjonctif
   B. Peau
   C. Vasculaire
   D. Nerveux
   E. Osseux

4. *Les fractures de stress et les fractures sur os pathologique ont généralement le trajet suivant:
   A. Oblique
   B. Spiralée
   C. Comminutive
   D. Segmentaire
   E. Transversale

5. *Une fracture par compression signifie que l'os trabéculaire ou spongieux est écrasé, et cela se produit souvent au niveau de:
   A. Corps vertébraux
   B. Humérus proximal
   C. Diaphyse tibiale
   D. Malléole péronière
   E. Col femoral

6. *Une seule incidence radiographique ne permet pas une description précise de la fracture parce que:
   A. La radiographie est un examen de faible sensibilité
   B. Les fractures se produisent dans deux dimensions
   C. Les fractures se produisent dans trois dimensions
   D. Les fractures sont causées par un traumatisme à haute énergie
   E. Les radiographies peuvent être endommagées, entraînant des erreurs diagnostiques

7. *En cas de fractures ouvertes, pour les plaies légèrement contaminées, on administre:
   A. Céphalosporines de deuxième génération par voie intraveineuse
   B. Pénicilline par voie intramusculaire
   C. Aminosides par voie intraveineuse
   D. Céphalosporines de première génération par voie intraveineuse
   E. Tétracyclines par voie orale

8. *Parmi les complications de la fixation externe des fractures, on retrouve:
   A. Thrombose veineuse profonde
   B. Retard de consolidation
   C. Thromboembolie pulmonaire
   D. Défauts cutanés
   E. Allongement nerveux

9. *Les os vulnérables à la nécrose avasculaire sont:
   A. Os longs
   B. Os plats
   C. Petits os
   D. Os recouverts d’une grande surface de cartilage articulaire
   E. Os du membre pelvien

10. *Dans 90 % des luxations traumatiques, la tête humérale est déplacée:
    A. En avant de la cavité glénoïde
    B. En arrière de la cavité glénoïde
    C. Au-dessus de l’acromion
    D. En dessous de l’acromion
    E. Médialement au processus coracoïde

11. *L’évaluation d’une démarche en steppage doit être réalisée chez tous les patients présentant:
    A. Lésion du ménisque
    B. Fracture bimalléolaire
    C. Spondylose lombaire

D. Fracture du plateau tibial
E. Luxation postérieure de la hanche

12. On peut affirmer que le genu varum:
A. Affecte l'articulation de la cheville
B. Crée une déformation en forme de lettre "X"
C. Crée une déformation en forme de parenthèses
D. Affecte l'articulation du genou
E. Affecte l'articulation de la hanche

13. Parmi les étapes de la consolidation des fractures, on retrouve:
A. Formation de cal osseux dur
B. Formation de cal semi-dur
C. Formation de cal mou
D. Formation de cal liquide
E. Formation d'un hématome

14. Les indications de la fixation interne d'une fracture peuvent inclure:
A. Fractures chez les paraplégiques
B. Fractures sur os pathologique
C. Échec des méthodes de réduction non chirurgicales
D. Fractures où l'immobilisation par plâtre est impossible
E. Fractures métaphysaires sans déplacement

15. Les indications de la fixation externe d'une fracture sont:
A. Fractures infectées
B. Fractures pelviennes instables
C. Fractures ouvertes et instables
D. Fractures du massif trochantérien
E. Fractures de l'humérus proximal

16. Sélectionner les mécanismes d'infection bactérienne de l'os:
A. Dissémination hématogène depuis les environs
B. Contamination après une fracture fermée
C. Dissémination par contiguïté à partir d'un foyer infectieux
D. Dissémination par continuité à partir d'un foyer infectieux
E. Après une intervention chirurgicale sur l'os

17. Les éléments pathognomoniques de l'arthrose sont:
A. Rétrécissement localisé de l'espace articulaire

B. Douleur matinale
C. Ostéophytes
D. Douleur nocturne
E. Kystes osseux sous-chondraux

18. Les ligaments retrouvés dans la colonne vertébrale incluent:
A. Ligament interépineux
B. Ligament infra-épineux
C. Ligament supra-épineux
D. Ligament jaune
E. Ligament longitudinal antérieur

19. Le test du tiroir antérieur du genou est effectué avec:
A. Genou fléchi à 30°
B. Genou fléchi à 45°
C. Genou fléchi à 60°
D. Translation antérieure du tibia
E. Translation antérieure de la rotule

20. Les ménisques jouent un rôle dans:
A. Augmenter la surface de contact articulaire
B. Lubrifier l'articulation
C. Fournir des nutriments au cartilage hyalin
D. Guérir les ruptures ligamentaires
E. Rigidifier l'articulation

21. Le test de Thompson pour le diagnostic clinique de la rupture du tendon d'Achille se réalise:
A. Avec le patient en position dorsale
B. Avec le pied libre au bord de la table
C. Avec le patient en position ventrale
D. Avec le patient en position latérale
E. En comprimant le muscle du mollet

22. À mesure que la maladie de Legg-Calvé-Perthes évolue, on observe:
A. Résorption du tissu osseux nécrosé
B. Revascularisation de la tête fémorale
C. Revascularisation de la tête fibulaire
D. Ostéocondensation du condyle fémoral interne
E. Ostéocondensation du condyle fémoral externe

23. Une forme flexible de scoliose peut être due à:
    A. Un spasme musculaire près d'une hernie discale
    B. Un traumatisme spinal antérieur
    C. Une spondylose thoracique
    D. Une mauvaise posture
    E. Une compensation pour une jambe plus courte

24. Le tableau clinique au début de l'ostéomyélite se caractérise par:
    A. Sensation d'instabilité articulaire
    B. Douleur intense près de l'extrémité d'un os long
    C. Protection du membre atteint
    D. Évitement des mouvements du membre atteint
    E. Gonflement des tissus mous

25. Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde vise:
    A. Le changement de mode de vie
    B. Le soulagement de la douleur
    C. La suppression de l'inflammation synoviale
    D. La prévention des déformations articulaires
    E. La reconstruction articulaire précoce

26. Le syndrome des loges peut résulter de:
    A. Gonarthrose douloureuse décompensée
    B. Capsulite adhésive de l'épaule
    C. Contusions musculaires sévères
    D. Syndrome d'écrasement
    E. Fractures

27. Les objectifs de la chirurgie d'urgence dans les fractures pelviennes sont:
    A. Contrôle de l'hémorragie
    B. Contrôle du sphincter urinaire
    C. Rétablissement immédiat de la marche
    D. Favoriser la récupération pulmonaire
    E. Restauration complète de l'anatomie osseuse

28. Dans les fractures diaphysaires du fémur, l'ostéosynthèse par clou intramédullaire réduit le risque de:
    A. Thrombose veineuse
    B. Rétraction du quadriceps
    C. Reprise du genou

D. Reprise de la hanche
E. Atrophie musculaire

29. Les fractures de la hanche les plus fréquentes sont:
A. Fracture subtrochantérienne
B. Fracture trochantéro-diaphysaire
C. Fracture acétabulaire
D. Fracture du col fémoral
E. Fracture intertrochantérienne

30. Les muscles de la coiffe des rotateurs sont:
A. Subscapulaire
B. Supra-épineux
C. Intraspinatus
D. Infra-épineux
E. Petit rond

31. Le traitement de la tendinite de la coiffe des rotateurs consiste en:
A. Applications locales de froid
B. Massage de relaxation profonde
C. Repos
D. Médicaments anti-inflammatoires
E. Exercices concentriques de l’épaule

32. La face latérale de la cheville est soutenue par les ligaments suivants:
A. Ligament collatéral antérieur
B. Ligament talofibulaire postérieur
C. Ligament croisé postérieur
D. Ligament talofibulaire antérieur
E. Ligament calcanéofibulaire

33. Les ligaments suivants du genou sont extrasynoviaux:
A. Ligament croisé antérieur
B. Ligament croisé postérieur
C. Ligament collatéral médial
D. Ligament collatéral antérieur
E. Ligament collatéral lateral

34. Les disques vertébraux les plus touchés dans une hernie discale sont:
A. L4-L5

B. L2-L3
C. T12-L1
D. L5-S1
E. L1-L2

35. Le traitement conservateur des lombalgies comprend:
A. Repos en décubitus dorsal sur une surface molle
B. Antalgiques
C. Anti-inflammatoires
D. Exercices de renforcement
E. Traction

36. Les causes de l’ostéoporose peuvent inclure:
A. Maladies malignes
B. Carences nutritionnelles
C. Effort physique excessif
D. Microtraumatismes répétés
E. Troubles endocriniens

37. L’ostéoporose et l’ostéomalacie sont similaires par:
A. Apparence radiologique
B. Résultats des analyses sanguines
C. Présentation clinique
D. Mécanisme d’apparition
E. Approche thérapeutique

38. Les tumeurs suivantes métastasent fréquemment aux os:
A. Cerveau
B. Rectum
C. Sein
D. Prostate
E. Poumons

39. Le myélome multiple peut provoquer:
A. Douleurs osseuses
B. Épisodes fébriles
C. Arthrose dégénérative
D. Fatigue
E. Fractures sur os pathologique

40. Les principales caractéristiques de l'ostéosarcome comprennent:
    A. Répartition trimodale selon l'âge
    B. Douleurs nocturnes aggravantes
    C. Répartition bimodale selon l'âge
    D. Localisation préférentielle à la métaphyse fémorale distale et au tibia proximal
    E. Légèrement plus fréquent chez la femme que chez l'homme

41. Les principales caractéristiques de la tumeur à cellules géantes comprennent:
    A. Douleur et gonflement autour de l'articulation
    B. Apparaît généralement entre 30 et 50 ans
    C. Tumeur bénigne à faible agressivité
    D. Localisation fréquente à l'épiphyse fémorale, au radius et au tibia
    E. Apparence radiologique d'une lésion épiphysaire s'étendant de manière excentrique

42. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies ?
    A. Le fascia plantaire est une structure épaisse, fibreuse attachée au calcanéum.
    B. Le fascia plantaire est une structure fine, élastique attachée au calcanéum.
    C. Les réactions inflammatoires au niveau de la fascia plantaire produisent une exostose calcanéenne de traction visualisée radiologiquement sous forme d'un éperon osseux.
    D. Les réactions inflammatoires au niveau du fascia plantaire ne produisent pas d'exostose calcanéenne.
    E. Les facteurs contributifs de la fasciite plantaire sont à la fois le pied plat et le pied creux.

43. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les ruptures du tendon d'Achille sont vraies ?
    A. Les ruptures du tendon d'Achille surviennent chez les sportifs d'âge moyen qui sollicitent le tendon au-delà de sa tolérance.
    B. Les ruptures du tendon d'Achille surviennent chez les personnes sédentaires jeunes qui sollicitent le tendon au-delà de sa tolérance.
    C. Le test de Thompson vérifie si le complexe formé par le gastrocnémien et le soléaire est intact.
    D. Le traitement chirurgical des ruptures du tendon d'Achille est indiqué chez les sportifs.
    E. Le traitement chirurgical des ruptures du tendon d'Achille est indiqué chez les personnes sédentaires.

44. Des bactéries peuvent infecter l'os par les mécanismes suivants:
    A. Par contact sexuel
    B. Dissémination hématogène à distance
    C. Contamination suite à une fracture ouverte

D. Suite à une intervention chirurgicale sur l'os
E. Dissémination par contiguïté à partir d'un foyer infectieux

45. Au moment de l'inoculation d'une bactérie au niveau d'une articulation synoviale, le processus inflammatoire secondaire peut produire:
A. Une destruction légère au niveau du cartilage articulaire
B. Une destruction lente du cartilage articulaire
C. Une destruction rapide du cartilage articulaire
D. Une destruction sévère du cartilage articulaire
E. Un remodelage osseux

46. *L'étiologie la plus fréquente de la ténosynovite septique des fléchisseurs de la main est:
A. Streptocoque agalactiae
B. Streptocoque pneumoniae
C. Staphylocoque doré
D. Klebsiella pneumoniae
E. Borrelia burgdorferi

47. Le traitement de l'arthrite rhumatoïde vise:
A. Le soulagement de la douleur
B. La reconstruction articulaire précoce
C. La reconstruction articulaire tardive
D. La prévention des déformations articulaires
E. La suppression de l'inflammation synoviale

48. L'oarthrose est:
A. Aussi appelée maladie dégénérative articulaire
B. La forme d'arthrite la plus répandue qui affecte l'adulte
C. Caractérisée par l'amincissement progressif du cartilage articulaire
D. Caractérisée par l'épaississement progressif du cartilage articulaire
E. Une pathologie traumatique osseuse

49. L'ostéomalacie est:
A. Le résultat d'une carence en fer chez le patient
B. Le résultat d'une carence en minéraux dans l'os
C. Similaire radiologiquement à l'ostéoporose
D. Due à un apport nutritif inadéquat en vitamine D et en calcium
E. Appelée rachitisme dans sa forme pédiatrique

50. Les affirmations suivantes concernant la maladie de Paget sont vraies:
    A. Elle est caractérisée par une résorption osseuse excessive
    B. Les patients se plaignent de douleurs osseuses
    C. Les patients présentent une incurvation progressive des membres inférieurs
    D. Les patients présentent un rétrécissement de la boite crânienne
    E. Les os des patients ont une résistance accrue

51. *Les affirmations suivantes concernant l'Hyperparathyroïdie sont vraies:
    A. L'hyperparathyroïdie provoque de l'alopécie.
    B. L'hyperparathyroïdie provoque une ostéopénie osseuse diffuse.
    C. L'hyperparathyroïdie primaire est due à un adénome ou à une hyperplasie de la glande thyroïde.
    D. L'hyperparathyroïdie secondaire est due à un adénome de la prostate.
    E. Dans hyperparathyroïdie, radiographiquement, on observe une condensation osseuse diffuse.

52. Les affirmations suivantes concernant les luxations sont vraies:
    A. Le genou est l'articulation qui se luxe le plus souvent.
    B. L'épaule est l'articulation qui se luxe le plus fréquemment.
    C. La luxation postérieure de l'épaule est un diagnostic fréquemment omis.
    D. La réduction de la luxation de l'épaule s'obtient par une adduction graduelle de l'épaule simultanée avec une traction produite par un drap placé dans l'aisselle et le contre appuis produite par la traction du bras.
    E. La réduction de la luxation de l'épaule s'obtient par une abduction graduelle de l'épaule simultanée avec la traction du bras et le contre-appuis produit par un drap placé dans l'aisselle.

53. Les fractures de la hanche:
    A. Sont produites par des traumatismes à faible énergie chez des jeunes patients.
    B. Sont produites par des traumatismes à faible énergie chez des patients âgés et ceux ayant de l'ostéoporose.
    C. La présentation clinique pathognomonique est: le membre pelvien affecté en rotation externe et raccourci.
    D. Représentent 33% du nombre total d'admissions dans les services d'orthopédie.
    E. La présentation clinique pathognomonique est: membre pelvien affecté en rotation interne, raccourci et en adduction.

54. Les affirmations suivantes sont vraies:
    A. La diaphyse fémorale est l'os le plus résistant du corps.
    B. Chez les patients jeunes, la production d'une fracture de la diaphyse fémorale nécessite un traumatisme à haute énergie.
    C. Chez les patients âgés, la production d'une fracture de la diaphyse fémorale nécessite un traumatisme à haute énergie.
    D. Dans une fracture fermée de la diaphyse fémorale, 1 à 3 unités de sang peuvent être perdues au niveau de la cuisse et entraîner un choc hypovolémique.
    E. Les fractures de la diaphyse fémorale ont un caractère productrices de choc et thrombogènes

55. *Les affirmations suivantes concernant les fractures diaphysaires tibiales et fibulaires sont fausses:
    A. Les fractures diaphysaires du tibia sont fréquemment ouvertes et contaminées.
    B. La faible vascularisation du tibia entraîne une pseudarthrose et un retard de consolidation en cas de fractures diaphysaires du tibia
    C. L'ostéosynthèse à foyer fermé et l'immobilisation dans un plâtre au-dessus du genou représentent le traitement standard pour les fractures fermées, non compliquées des diaphyses du tibia et du péroné
    D. L'ostéosynthèse à foyer ouvert par hobannage et l'immobilisation dans un plâtre au-dessus du genou représentent le traitement standard pour les fractures fermées, non compliquées des diaphyses du tibia et du péroné
    E. En cas de fractures de la diaphyse tibiale, l'implant de choix consiste en un clou centro-médullaire introduit après alésage du fût tibial au diamètre approprié.

56. *Lors des fractures du bassin associées à une instabilité hémodynamique, la stabilisation hémodynamique du patient consiste en:
    A. La réalisation d’une immobilisation plâtrée pelvi-podale
    B. La réalisation d'une uréthrographie rétrograde en vue d'évaluer l'intégrité de l'urètre
    C. La stabilisation du bassin avec un fixateur externe en urgence.
    D. Le traitement anticoagulant
    E. La réalisation d'une IRM du bassin

57. Un cycle de marche normal:
    A. S'étend du moment où le talon d'un pied touche le sol jusqu'au prochain contact avec le sol de ce même talon.
    B. S'étend du moment où le talon d'un pied touche le sol jusqu'au prochain contact avec le sol de la pointe du même pied.
    C. La phase d'appui (60% du cycle) est lorsque le pied est en contact avec le sol

D. La phase d'appui (60% du cycle), lorsque le pied est au-dessus du sol.
E. La phase d'oscillation est définie par l'avancement (mouvement pendulaire) du membre inférieur controlatéral jusqu'au contact du talon avec le sol.

58. La marche est affectée par les anomalies des articulations suivantes:
A. L'articulation du coude
B. Les métatarso-phalangiennes
C. La cheville
D. Les métacarpo-phalangiennes
E. Le genou

59. Les affirmations suivantes concernant la luxation de hanche sont vraies:
A. La luxation de la hanche est fréquemment produite lors d'accidents de voiture lorsque le genou heurte le tableau de bord.
B. La luxation de la hanche est fréquemment produite lors d'accidents par chute de sa hauteur lorsque la hanche heurte un plan dur.
C. La luxation de la hanche n'est pas une urgence médico-chirurgicale.
D. En cas de luxation de la hanche, la hanche doit être réduite en urgence et les fractures associées doivent être traitées pour restaurer la stabilité de l'articulation de la hanche.
E. Tout retard de réduction de la luxation coxo-fémorale de plus de 8-12 heures après le traumatisme augmente le risque de nécrose avasculaire de la tête fémorale.

60. La sténose lombaire apparaît suite aux modifications dégénératives suivantes:
A. Rétrécissement du disque intervertébral
B. Développement hypertrophique des facettes articulaires
C. Plicature du ligament jaune
D. Plicature du ligament longitudinal antérieur
E. Plicature du ligament inter-épineux

61. *L'exploration radiologique de choix dans les lésions médullaires est:
A. Une radiographie simple
B. La myélographie
C. L'IRM
D. La tomographie assistée par ordinateur (Scanner)
E. La myélo-CT (myélo-scan)

62. La déformation scoliotique de la colonne vertébrale:
A. Représente la courbure dans le plan frontal de la colonne vertébrale

B. Est toujours associée à des déformations des courbures physiologiques dans le plan sagittal
C. N'est pas toujours associée à la rotation des vertèbres
D. Cause une asymétrie de la cage thoracique
E. À mesure que la courbure scoliotique s'intensifie, la forme des vertèbres et des côtes attachées se modifie.

63. *La scoliose est:
A. Le plus souvent congénitale
B. Le plus souvent neuromusculaire
C. Le plus souvent idiopathique
D. Plus fréquente chez les garçons
E. Aucune des réponses énoncées

64. La maladie de Legg-Calve-Perthes est:
A. Une affection du genou
B. Une affection qui apparaît chez les enfants
C. Apparaît plus souvent chez les garçons
D. Représente l'ostéonécrose de la tête fémorale
E. D'étiologie tuberculeuse

65. *Dans le cas d'un sportif de haut niveau avec une douleur chronique au niveau inguinal, afin d’établir le diagnostic précoce d'une éventuelle fracture de stress localisée au niveau du col fémoral, il est indiqué de réaliser l'investigation suivante:
A. Scintigraphie osseuse avec des radio-isotopes à base de pyrophosphate de technétium
B. Radiographie standard de l'articulation coxo-fémorale
C. Radiographie en 2 incidences (antéro-postérieure et profil) de l'articulation coxo-fémorale
D. Échographie de la hanche
E. Ostéodensitométrie

66. Lesquelles des affirmations suivantes concernant la tendinite de la coiffe des rotateurs n'est pas vraie:
A. Apparaît principalement chez ceux qui effectuent des mouvements répétitifs de flexion antérieure de l'articulation de l'épaule
B. Les modifications inflammatoires douloureuses peuvent également affecter la bourse sous-acromiale
C. Est fréquente chez les sportifs (par exemple, nageurs, lanceurs)

D. La tomographie assistée par ordinateur (CT-scan) est la technique indiquée pour le diagnostic de cette affection
E. Pendant l'évolution, des calcifications dégénératives peuvent apparaître au niveau du tendon de la coiffe des rotateurs

67. Dans le cas d'un patient diagnostiqué d'une épicondylite latérale, parmi les activités éventuelles responsables de l'apparition de l'affection figurent:
A. Les mouvements d'abduction répétitifs de l'articulation de l'épaule
B. Les activités qui impliquent l'exécution d'un travail manuel répétitif d'extension de l'articulation radio-carpienne
C. Les sportifs qui pratiquent des sports de raquette
D. Les activités qui impliquent l'exécution d'un travail manuel répétitif de flexion de l'articulation radio-carpienne
E. Les sportifs qui pratiquent des sports qui impliquent le levage de poids

68. Dans le cas d'une disjonction acromio-claviculaire de grade III, les structures ligamentaires suivantes sont rompues:
A. Ligaments costo-claviculaires
B. Ligaments sterno-claviculaires
C. Ligament coraco-acromial
D. Ligaments acromio-claviculaires
E. Ligaments coraco-claviculaires

69. En cas de fractures supra-condyliennes de l'humérus, les affirmations suivantes ne sont pas vraies:
A. Ce sont des fractures qui se produisent par chute avec le coude en extension
B. Ce sont des fractures articulaires qui impliquent la surface articulaire de l'humérus distal
C. Ce sont des fractures articulaires qui impliquent la surface articulaire de l'humérus proximal
D. Ce sont des fractures qui se produisent par chute avec le coude en flexion
E. Comme complication de cette fracture, le syndrome de pronation douloureuse du coude peut apparaître.

70. *Les entorses sont classées en fonction de la gravité des lésions ligamentaires. Laquelle des affirmations suivantes est vraie ?
A. Les entorses n'impliquent pas nécessairement des lésions ligamentaires

B. Les entorses de grade I présentent des lésions ligamentaires microscopiques, mais sans modification de la stabilité de l'articulation lorsque l'articulation est soumise à un stress.
C. Les entorses de grade I présentent une rupture de faisceaux ligamentaires complète accompagnée d'un point final ferme en ce qui concerne les tests cliniques.
D. En cas de rupture ligamentaire avec perte de stabilité de l'articulation, la lésion ligamentaire est classée comme une entorse de grade II.
E. Dans les entorses de grade II, les ligaments présentent une continuité microscopique

71. Lesquelles des affirmations suivantes représentent des contre-indications à la réimplantation?
A. Amputation par écrasement ou avulsion.
B. Amputation individuelle du pouce, distale à la phalange moyenne
C. Amputation individuelle du deuxième doigt proximale à la phalange moyenne
D. Amputation chez les patients âgés ayant des comorbidités ou des troubles mentaux
E. Amputation à tout niveau chez les enfants

72. Lesquelles des affirmations suivantes NE sont PAS des signes classiques du syndrome des loges produit par l'ischémie tissulaire ?
A. Douleur
B. Transpiration
C. Pâleur
D. Paralysie
E. Étourdissements

73. Le test du tiroir antérieur et postérieur est utilisé pour évaluer respectivement l'intégrité du ligament croisé antérieur et postérieur. Lesquelles des affirmations suivantes sont vraies ?
A. Une translation tibiale antérieure anormale obtenue en tirant le tibia vers l'avant avec le genou fléchi à 45° suggère que les fibres antéro-médiales du ligament croisé antérieur sont rompues
B. Une translation tibiale antérieure anormale obtenue en tirant le tibia vers l'avant avec le genou fléchi à 45° suggère que les fibres antéro-médiales du ligament croisé postérieur sont rompues
C. Une translation tibiale postérieure anormale obtenue en poussant le tibia postérieurement indique une lésion du ligament croisé postérieur
D. La laxité antérieure du genou peut être appréciée à l'aide du test de Lachman, effectué avec le genou fléchi à 20°
E. La laxité antérieure du genou peut être appréciée à l'aide du test de Lachman, effectué avec le genou fléchi à 45°

74. Identifiez les affirmations vraies, concernant le tissu d'origine ainsi que le type de tumeur maligne ou bénigne des tumeurs suivantes:
    A. Le granulome éosinophile est une tumeur osseuse bénigne provenant de tissus incertains
    B. Le granulome éosinophile est une tumeur osseuse maligne provenant de tissus incertains
    C. Le granulome éosinophile est une tumeur osseuse bénigne provenant de la moelle osseuse
    D. L'enchondrome est une tumeur osseuse maligne provenant de tissus incertains
    E. L'enchondrome est une tumeur osseuse bénigne provenant de tissus cartilagineux

75. *Un stress répété d'intensité submaximal sur l'os peut produire des microfractures. Si ces dernières ne sont pas traitées elles peuvent conduire à:
    A. Une fracture ouverte
    B. Une fracture sur os pathologique
    C. Une fracture de fatigue
    D. Une fracture type bois vert
    E. Aucune des réponses ci-dessus

76. *Les complications locales du processus de consolidation des fractures n'incluent pas:
    A. L'infection
    B. Le retard de consolidation
    C. La pseudarthrose
    D. Le sepsis
    E. Le cal vicieux

77. *Ne sont pas inclues dans les complications systémiques des fractures:
    A. Le choc
    B. Le cal vicieux
    C. Le sepsis
    D. La gangrène gazeuse
    E. L'embolie graisseuse

78. * Le déplacement d'une fracture de l'olécrane est dû à la contraction musculaire du:
    A. Biceps brachial
    B. Brachial
    C. Triceps sural
    D. Triceps brachial
    E. Coraco brachial

79. *L’articulation qui se luxe le plus souvent est:
    A. L’épaule
    B. Le coude
    C. La hanche
    D. Le genou
    E. La cheville

80. * L’os le plus résistant du corps est:
    A. La diaphyse humérale
    B. La diaphyse radiale
    C. La diaphyse fémorale
    D. La patella
    E. La diaphyse tibiale

81. *La douleur fémoro-patellaire apparait consécutivement à la sollicitation répétée du système extenseur du genou. Ce dernier est formé de:
    A. Muscle sartorius
    B. Muscle quadriceps
    C. Muscle biceps fémoral
    D. Muscle semi-membraneux
    E. Muscle semi-tenidneux

82. *Lequel de ces quatre ligaments stabilisateurs du genou est intra-synovial:
    A. Ligament collatéral médial
    B. Ligament collatéral latéral
    C. Ligament croisé postérieur
    D. Ligament croisé antérieur
    E. Tous

83. *L’absence de flexion plantaire de la cheville lors du test de Thompson indique la rupture du:
    A. Tendon patellaire
    B. Tendon quadricipital
    C. Tendon d’Achille
    D. Ligament talo-fibulaire antérieur
    E. Ligament calcanéo-fibulaire

84. *Lequel fait partie d’une des tumeurs bénignes du tissus osseux:
    A. L’ostéosarcome

B. Le Chondrosarcome
C. Le Fibrosarcome
D. Le Sarcome de Ewing
E. L'Osteome ostéoïde

85. Les fragments osseux fracturés peuvent être déplacés par:
A. La force du traumatisme
B. Une luxation
C. La gravité
D. Les comorbidités
E. La traction musculaire

86. Font partie des complications locales apparaissant lors de la consolidation des fractures:
A. L'infection
B. La pseudarthrose
C. La thrombose veineuse
D. Le cal vicieux
E. La nécrose avasculaire

87. Font partie des complications systémiques apparaissant après une fracture:
A. Le retard de consolidation
B. La pseudarthrose
C. Le choc
D. La thrombose veineuse
E. L'embolie graisseuse

88. Les quatre muscles composant la coiffe des rotateurs sont:
A. Le subscapulaire
B. Le supra épineux
C. L'infra épineux
D. Le grand rond
E. Le petit rond

89. Le ligament collatéral latéral de la cheville est le plus souvent sujet à des lésions, il est composé de:
A. Ligament deltoïde
B. Ligament talo-fibulaire antérieur
C. Ligament talo-fibulaire postérieur

D. Ligament calcanéo-fibulaire
E. Tendon d'Achille

90. Quels sont les tests utilisés pour évaluer l'intégrité du Ligament croisé antérieur(LCA) ?
A. Test de Mac Murray
B. Test du tiroir antérieur
C. Test en varus
D. Test en valgus
E. Test Lachman

91. Laquelle de ces articulations compose l'épaule:
A. Gléno-humérale
B. Radio-ulnaire proximal
C. Acromio-claviculaire
D. Sterno-claviculaire
E. Scapulo-thoracique

92. Des bactéries peuvent infecter l'os par l'un des mécanismes suivants:
A. Dissémination lymphatique à distance
B. Dissémination hématogène à distance
C. Contamination suite à une fracture ouverte
D. Suite à une procédure chirurgicale au niveau de l'os
E. Dissémination par contiguïté à partir d'un foyer infectieux

93. Les suivantes sont des tumeurs malignes:
A. Ostéosarcome
B. Ostéome ostéoïde
C. Chondrosarcome
D. Ostéochondrome
E. Sarcome de Ewing

94. Les suivantes sont des tumeurs bénignes:
A. Fibrosarcome
B. Ostéome ostéoïde
C. Enchondrome
D. Chondrosarcome
E. Sarcome de Ewing

95. Les affirmations suivantes concernant les fractures sont vraies:
A. La localisation de la fracture n'a pas d'importance pour la guérison et le traitement.

B. L'os cortical, diaphysaire, guérit plus lentement.
C. Le trait de fracture suggère la quantité d'énergie cinétique absorbée par l'os .
D. Les fractures de stress et sur os pathologique sont généralement spiroïde.
E. Les fractures spiroïdes ou obliques sont le résultat d'un traumatisme en rotation et en torsion.

96. Les étapes de la consolidation d'une fracture comprennent:
A. La formation d'un hématome (2 à 24 mois)
B. L'inflammation et la prolifération cellulaire (de quelques heures à quelques semaines)
C. La formation du cal mou (entre 2 jours et 6 semaines)
D. La formation du cal dur (entre 10 jours et 4 mois)
E. Le remodelage osseux (instantanément)

97. Les dispositifs de fixation interne en cas de fracture incluent:
A. Broches
B. Vis
C. Plaques
D. Tiges centromédullaires
E. Traction continue

98. Les complications qui surviennent avec une fréquence accrue en raison d'un traitement initial inadéquat dans une fracture du scaphoïde sont:
A. La nécrose avasculaire
B. La gangrène gazeuse
C. La pseudarthrose
D. L'embolie graisseuse
E. Le cal vicieux

99. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les fractures de la hanche sont vraies ?
A. Les fractures de la hanche produites par des traumatismes à énergie minimale sont fréquentes chez les patients âgés et ceux souffrant d'ostéoporose.
B. Elles représentent 3% du nombre total d'admissions dans les services d'orthopédie.
C. Les types les plus fréquents de fractures de la hanche sont celles du col fémoral et pertrochantériennes (ou intertrochantériennes).
D. Le membre inférieur affecté est en rotation externe et raccourci.
E. Le traitement chirurgical ne permet pas une mobilisation précoce du patient et ne réduit pas les complications associées à une immobilisation prolongée au lit.

100. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les fractures diaphysaires tibiales et fibulaires ne sont pas vraies ?

A. Les fractures diaphysaires du tibia et du péroné se produisent 9 fois plus fréquemment que celles de la diaphyse fémorale.
B. Les fractures du tibia sont rarement ouvertes et contaminées.
C. La vascularisation réduite du tibia entraîne une pseudarthrose et des retards de consolidation.
D. Les fractures du tibia ont un faible risque de provoquer un syndrome des loges.
E. Les complications associées au traitement inadéquat des fractures du tibia sont la cause la plus fréquente des procès pour faute professionnelle en chirurgie orthopédique et traumatologique.

101. Les signes classiques du syndrome des loges produit par ischémie tissulaire sont:
A. Douleur
B. Paresthésie
C. Hyperthermie
D. Paralysie
E. Pâleur

102. Les facteurs qui contribuent à la douleur de la coiffe des rotateurs sont:
A. La stabilité de l'articulation gléno-humérale
B. La faiblesse musculaire
C. Le déséquilibre musculaire
D. La technique de lancer correcte
E. L'entraînement intense

103. Les facteurs contribuant à la douleur calcanéenne plantaire sont:
A. Le pied plat
B. Le pied creux
C. Courir sur la pointe des pieds ou dans le sable
D. La maigreur
E. Des chaussures adaptées

104. Font partie des options d'autogreffe de tissus mous dans la reconstruction du LCA:
A. Le tendon patellaire
B. Le tendon du semi-tendineux
C. Le tendon du semi-membraneux
D. Le tendon du gracile
E. Le fascia lata

105. Les affirmations suivantes concernant la maladie de Legg-Calve-Perthes sont vraies:
A. Elle représente l'ostéonécrose de la tête humérale chez les enfants âgés de 4 à 8 ans.
B. Le rapport entre le sexe masculin et féminin est de 1/8.

C. Les plaintes subjectives peuvent se situer sur la face interne du genou, dans le territoire du nerf obturateur.
D. La diminution de la force d'abduction se traduit par la présence d'une démarche de type Trendelenburg.
E. La pathologie a une évolution limitée, d'une durée de 2 à 4 ans.

106. Parmi les affirmations suivantes concernant la scoliose, lesquelles sont fausses:
A. La scoliose représente la courbure de la colonne vertébrale et peut être flexible (corrigible) ou fixe (structurelle).
B. La scoliose consécutive à la neurofibromatose est causée par une série d'anomalies au niveau de la formation des vertèbres.
C. Dans la plupart des cas, la scoliose est de nature idiopathique.
D. Les garçons sont affectés 9 fois plus souvent que les filles.
E. Les courbures sévères de la colonne vertébrale thoracique peuvent compromettre la fonction cardio-pulmonaire.

107. Les affirmations suivantes concernant l'ostéomyélite hématogène aiguë sont vraies:
A. Elle apparaît le plus fréquemment chez les enfants.
B. Elle est causée par une dissémination hématogène à partir d'un autre foyer d'infection, situé à distance.
C. Jusqu'à l'âge de 3 ans, les infections à Haemophilus Influenzae sont courantes.
D. Le début est insidieux.
E. Le nombre de leucocytes et la vitesse de sédimentation des érythrocytes sont, en règle générale, diminués.

108. Font partie des complications tardives de l'ostéomyélite hématogène:
A. Douleur aigüe à proximité de l'extrémité de l'os long
B. Septicémie
C. Développement d'une ostéomyélite chronique persistante ou récurrente
D. Fractures sur os pathologique
E. Troubles de croissance par atteinte du cartilage de croissance épiphysaires

109. Radiologiquement, les éléments pathognomoniques de l'arthrose sont:
A. Pincement de l'espace articulaire
B. Augmentation de l'espace articulaire
C. Sclérose de l'os sous-chondral
D. Ostéophytes
E. Kystes dans l'os sous-chondral

110. Représentent des procédures chiurgicale dans le traitement chirurgical de l'arthrose:
A. L’ostéosynthèse

B. L'ostéotomie
C. L'arthroplastie partielle
D. L'arthroplastie totale
E. L'arthrodèse

111. Représentent des manifestations cliniques de la radiculopathie de la racine nerveuse L4:
A. Douleur et paresthésies de la face médiale du pied et de la cheville
B. Hypoesthésie du dos du pied et de l'hallux
C. Hypotonie du long extenseur de l'hallux
D. Diminution du réflexe rotulien
E. Diminution du réflexe achilléen

112. Représentent des manifestations cliniques de la radiculopathie de la racine nerveuse C7:
A. Hypoesthésie face latérale du bras
B. Diminution de l'extension des doigts et du triceps brachial
C. Diminution de la flexion des doigts
D. Diminution du réflexe bicipital
E. Diminution du réflexe tricipital

113. Parmi les troubles endocriniens qui causant l'ostéoporose figurent:
A. Hypogonadisme
B. Hyperparathyroïdie
C. Hypothyroïdie
D. Maladie de Cushing
E. Hyperthyroïdie

114. Représentent des caractéristiques de l'ostéome ostéoïde:
A. Douleur qui cède souvent à la prise d'antalgiques.
B. Asymptomatique, sauf en cas de fracture sur os pathologique.
C. Apparaît à des âges inférieurs à 30 ans.
D. Apparaît entre 45 et 65 ans.
E. Radiologiquement, présente une zone radiotransparente <1 cm, entourée d'une zone dense de sclérose

115. Le traitement des tumeurs osseuses inclut:
A. Le traitement chirurgical
B. La chimiothérapie
C. La radiothérapie
D. La physiothérapie
E. La kinésithérapie

FACULTATEA DE MEDICINĂ
P-ța Eftimie Murgu, nr. 2, cod 300041, Timișoara, România
Tel: +40256220484
Email: decanat.mg@umft.ro

RÉPONSES CHAP. XV - ORTOPÉDIE

1	D
2	E
3	B
4	E
5	A
6	C
7	D
8	B
9	D
10	A
11	E
12	C, D
13	A, C, E
14	A, B, C, D
15	A, B, C
16	C, E
17	A, C, E
18	A,C, D, E
19	B, D
20	A, B, C
21	B, C, E
22	A, B
23	A, D, E
24	B, C, D
25	B, C, D, E
26	C, D, E
27	A, D
28	A, B, C, E
29	D, E
30	A, B, D, E
31	C, D
32	B, D, E
33	B, C, E
34	A, D
35	B, C, D, E
36	A, B, E
37	A, C
38	C, D, E
39	A, D, E
40	B, C, D
41	A, D, E
42	A, C, E
43	A, C, D
44	B, C, D, E
45	C, D
46	C
47	A, B, D, E
48	A, B, C
49	B, C, D, E
50	A, B, C
51	B
52	B, C, E
53	B, C, D
54	A, B, D, E
55	D
56	C
57	A, C, E
58	B, C, E
59	A, D, E
60	A, B, C
61	C
62	A, D, E
63	C
64	B, C, D
65	A
66	A, D
67	B, C
68	D, E
69	B, C, D, E
70	B
71	A, C, D
72	B, E
73	A, C, D
74	C, E
75	C
76	D
77	B
78	D
79	A
80	C
81	B
82	D
83	C
84	E
85	A, C, E
86	A, B, D, E
87	C, D, E
88	A, B, C, E
89	B, C, D
90	B, E
91	A, C, D, E
92	B, C, D, E
93	A, C, E
94	B, C
95	B, C, E
96	B, C, D
97	A, B, C, D
98	A, C, E
99	A, C, D
100	B, D
101	A, B, D, E
102	B, C, E
103	A, B, C
104	A, B, D, E
105	C, D, E
106	B, D
107	A, B, C
108	C, D, E
109	A, C, D, E
110	B, C, D, E
111	A, D
112	B, E
113	A, B, D, E
114	A, C, E
115	A, B, C

CHAP. XVI - UROLOGIE

1.* Le cancer de la prostate provient le plus souvent de:
A. La zone périphérique de la prostate
B. La zone de transition de la prostate
C. La zone centrale de la prostate
D. Le stroma fibromusculaire antérieur
E. Le verumontanum

2.* La majorité des hommes atteints d'un cancer de la prostate à un stade précoce:
A. Sont jeunes, âgés de moins de 40 ans
B. Présentent une dysurie
C. Présentent une hématurie
D. Présentent une nycturie
E. Sont asymptomatiques

3.* L'antigène spécifique de la prostate (PSA) est généralement considéré comme normal lorsque:
A. Supérieur à 10 ng/ml
B. Inférieur à 4 ng/ml
C. Entre 10 et 15 mg/ml
D. Inférieur à 4 mg/ml
E. Supérieur à 10 mg/ml

4.* Le traitement principal du cancer de la prostate métastatique est:
A. La privation androgénique
B. La curiethérapie
C. La radiothérapie pelvienne externe
D. La prostatectomie radicale avec curage ganglionnaire ilio-obturateur
E. La prostatectomie radicale sans curage ganglionnaire

5.* Le marqueur tumoral spécifique du carcinome rénal à cellules claires est:
A. PSA
B. Alpha-fœtoprotéine
C. Bêta-HCG
D. CA-125
E. Il n'a pas de marqueur spécifique

6.* Moins de 10 % des androgènes circulants sont produits par:
A. Les testicules

B. L'hypophyse
C. Les glandes surrénales
D. L'hypothalamus
E. La prostate

7.* La vascularisation de la prostate provient de:
A. L'aorte
B. L'artère iliaque interne
C. L'artère mésentérique supérieure
D. L'artère pudendale
E. L'artère poplitée

8.* La prostatite aiguë est:
A. Une infection bactérienne
B. Une infection fongique
C. Une infection virale
D. Une infection parasitaire
E. Une maladie génétique

9.* Concernant le PSA (antigène spécifique de la prostate):
A. C'est une sérine protéase qui clive les protéines du sperme après l'éjaculation
B. Peut être abaissé chez les hommes atteints de prostatite
C. Une valeur inférieure à 40 ng/ml est considérée comme normale
D. Il existe 6 isoformes dominantes
E. Un ratio PSA libre/total < 20–25 % est associé à la lithiase vésicale

10.* Concernant l'anatomie des reins, l'affirmation correcte est:
A. Ce sont des organes tubulaires
B. Ils sont intrapéritonéaux
C. Ils sont perpendiculaires à la colonne lombaire
D. Ce sont des organes pairs
E. Le rein gauche est en rapport avec le duodénum

11.* Parmi les lésions péniennes suivantes, lesquelles sont considérées comme précancéreuses ?
A. Leucoplasie
B. Maladie de Bowen
C. Condylomes acuminés

D. Érythroplasie de Queyrat
E. Toutes les lésions ci-dessus

12.* Le phimosis est défini comme:
A. Un relâchement fibreux du prépuce
B. L'impossibilité de rétracter le prépuce derrière le gland
C. L'impossibilité de recalotter le gland après rétraction
D. La présence d'une cicatrice au niveau de la tunique albuginée
E. Une érection prolongée

13.* Les sténoses urétrales sont:
A. Le plus souvent causées par une urétrite urlienne
B. Le plus souvent causées par Mycoplasma urealyticum
C. Causées par une urétrite à gonocoques
D. Diagnostiquées par urétéroscopie
E. Traitées par des alpha-bloquants

14.* La cystite bactérienne:
A. Se manifeste toujours par de la fièvre
B. S'accompagne fréquemment du signe du coup de rein
C. Est fréquente chez l'homme
D. Les femmes sont prédisposées aux infections récidivantes
E. E. coli est responsable de plus de 20 % des infections urinaires

15.* L'incontinence urinaire est:
A.Une perte volontaire d'urine
B. L'incontinence d'effort survient lors d'une baisse de la pression intra-abdominale (rire, toux, etc.)
C. L'incontinence par impériosité est un symptôme obstructif
D. L'incontinence totale survient dans les fistules vésico-vaginales
E. Une infection des voies urinaires supérieures

16.* Les facteurs de risque de la lithiase urinaire sont:
A. Acidose tubulaire
B. Hyperparathyroïdie
C. Déshydratation
D. Antécédents familiaux de lithiase
E. Toutes les réponses ci-dessus

17.* En cas de cancer de la prostate localisé chez un patient avec une espérance de vie < 10 ans, l'attitude thérapeutique appropriée est:
A. Surveillance active
B. Prostatectomie radicale
C. Radiothérapie
D. Chimiothérapie
E. Surveillance attentive (watchfulwaiting)

18.* L'hyperplasie bénigne de la prostate se développe principalement dans:
A. La zone périphérique
B. La zone antérieure
C. La zone centrale
D. La zone de transition
E. La zone fibromusculaire

19.* En cas de prostatite aiguë compliquée par une rétention urinaire aiguë, il est recommandé:
A. Cathétérisme uréthro-vésical
B. Urétérostomie cutanée
C. Néphrostomie
D. Cathétérisme sus-pubien
E. Cystoscopie

20.* Le traitement médicamenteux de première intention de l'hyperplasie bénigne de la prostate est:
A. Antiandrogènes
B. Antimuscariniques
C. Alpha-bloquants
D. Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
E. Anticholinergiques

21. Lesquelles des affirmations suivantes concernant la prostatite aiguë sont vraies ?
A. L'agent étiologique n'est souvent pas identifié
B. Elle peut être d'origine bactérienne
C. Les agents infectieux les plus fréquents sont des bactéries Gram négatif
D. Escherichia coli est la bactérie la plus souvent impliquée
E. Les agents infectieux les plus fréquents sont des bactéries Gram positif

22. La finastéride et la dutastéride:
A. Sont utilisées dans le traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate symptomatique
B. Sont des alpha-bloquants

C. Sont des inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
D. Réduisent significativement le volume prostatique (de 60–70 %)
E. Augmentent généralement le taux sérique de PSA

23. Lesquelles des affirmations suivantes concernant la biopsie de la prostate sont vraies ?
A. Elle est presque toujours réalisée par voie périnéale
B. On prélève généralement 2–4 fragments
C. On prélève généralement 10–14 fragments
D. Le guidage par échographie transrectale facilite le placement précis de l'aiguille
E. L'antibiothérapie avant et après la procédure est contre-indiquée

24. Lesquelles des affirmations suivantes à propos du carcinome rénal à cellules claires sont vraies ?
A. Il prend généralement naissance dans les tubes collecteurs
B. Les nitrosamines et la fumée de cigarette sont impliquées dans sa pathogenèse
C. L'hématurie est le signe clinique le plus fréquent
D. Il peut se manifester par des symptômes non spécifiques
E. Aux stades avancés, la tumeur envahit la veine rénale et la veine cave inférieure

25. Le cancer de la vessie:
A. Est le plus souvent un carcinome à cellules transitionnelles
B. L'inflammation chronique de la vessie peut favoriser l'apparition d'un carcinome à cellules squameuses
C. Aux stades Ta et T1, la résection transurétrale peut etre le seul traitement
D. Le BCG est très efficace pour les tumeurs de stade T2
E. Pour les tumeurs infiltrant le muscle, une cystectomie radicale est recommandée

26. La pyélonéphrite aiguë suite a une obstruction urinaire:
A. Représente une urgence urologique
B. Un traitement antibiotique sans levée de l'obstruction est suffisant
C. L'extraction du calcul est obligatoire en première intention
D. L'objectif de l'intervention d'urgence est de lever l'obstruction
E. Le drainage urinaire se fait par une sonde double J ou une néphrostomie percutanée

27. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les traumatismes rénaux sont vraies ?
A. La majorité (70–80 %) sont des traumatismes fermés
B. Chez un patient instable hémodynamiquement, on effectue une tomodensitométrie
C. Le traitement conservateur est préféré si le patient est stable
D. Les contusions rénales mineures sont les plus fréquentes
E. Les lacérations majeures intéressent la capsule rénale et la jonction cortico-médullaire

28. Le traitement médicamenteux de l'hyperplasie bénigne de la prostate peut inclure:
A. Des alpha-1 bloquants
B. Des inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
C. Une association alpha-1 bloquant + inhibiteur de la 5-alpha-réductase
D. Du BCG intravésical
E. De la thiotépa

29. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le cancer de la prostate sont vraies ?
A. Le taux de PSA sérique ne reflète que partiellement l'extension de la maladie
B. Le cancer de la prostate métastatique atteint typiquement les poumons
C. Le cancer de la prostate métastatique atteint typiquement le foie
D. Le cancer de la prostate est initialement indépendant des androgènes
E. La castration chimique peut être obtenue par des analogues de la LHRH

30. Lesquelles des affirmations suivantes concernant le cancer de la prostate localisé sont vraies ?
A. La surveillance attentive peut être indiquée chez les patients avec une espérance de vie < 10 ans
B. La surveillance active est préférée chez les patients avec une espérance de vie > 10 ans et un score de Gleason > 8
C. La cryothérapie est utilisée dans certains centres
D. La prostatectomie radicale et la radiothérapie sont des traitements à visée curative
E. Une élévation du PSA est fréquente dans les 6 premiers mois après traitement

31. Concernant le priapisme, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Contrairement à l'érection physiologique, seul le corps spongieux est turgescent
B. Un priapisme non traité peut entraîner une dysfonction érectile par fibrose du corps spongieux
C. Le traitement du priapisme lié à la drépanocytose comprend l'hydratation, l'analgésie et l'alcalinisation
D. En cas de priapisme à haut débit, une embolisation sélective de la fistule est indiquée
E. Le traitement de première intention (dans les 6 premières heures) du priapisme induit par des substances vasoactives est l'aspiration du sang des corps caverneux

32. Les pathologies péniennes suivantes sont des urgences chirurgicales:
A. Phimosis
B. Paraphimosis
C. Priapisme
D. Maladie de La Peyronie

E. Fracture du pénis

33. Concernant la torsion du cordon spermatique, les affirmations suivantes sont vraies:
A. La torsion est intravaginale à l'adolescence
B. La torsion est extravaginale chez le nouveau-né
C. En cas de doute diagnostique, un doppler couleur doit être réalisé
D. Des lésions testiculaires irréversibles apparaissent dès les 4 premières heures
E. À l'examen clinique, on retrouve un point bleu caractéristique

34. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les traumatismes vésicaux sont vraies ?
A. La cystographie est l'examen d'imagerie le plus précis pour diagnostiquer une rupture vésicale
B. Une urétrographie doit être réalisée si une lésion urétrale est suspectée
C. Les ruptures vésicales entraînent rarement une hématurie
D. Une fracture du bassin doit faire suspecter une lésion urétrale
E. Les ruptures extrapéritonéales petites peuvent être traitées par sonde vésicale de Foley pendant 1 à 2 semaines

35. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les tumeurs vésicales sont vraies ?
A. La cystectomie radicale chez l'homme consiste à retirer uniquement la vessie et la prostate
B. L'invasion de la graisse périvésicale définit le stade T3
C. Le traitement intravésical par BCG est le plus utilisé pour prévenir les récidives des tumeurs de stade T1
D. Le protocole de surveillance pour les tumeurs Ta et T1 comprend la cystoscopie et la cytologie urinaire
E. Le BCG est très efficace pour le traitement du carcinome in situ (Tis)

36. Lesquelles des affirmations concernant le traitement des calculs urinaires sont vraies ?
A. Le choix du traitement dépend de la taille et de la localisation des calculs
B. Les calculs urétéraux < 5 mm nécessitent généralement une urétéroscopie
C. La néphrolithotomie percutanée est une option pour les calculs rénaux multiples
D. Le traitement médical des calculs d'acide urique inclut l'alcalinisation des urines et l'hydratation
E. Les calculs d'acide urique se dissolvent dans une urine acide

37. Par rapport à la prostatectomie radicale ouverte, la prostatectomie robotique et laparoscopique présente les avantages suivants:
A. Risque réduit de transfusions
B. Temps de récupération plus court
C. Mobilisation plus rapide du patient

D. Récupération plus rapide de la continence urinaire
E. Dissection plus facile peropératoire

38. Les modalités thérapeutiques efficaces dans le cancer de la prostate métastatique sont:
A. Orchidectomie bilatérale
B. Résection transurétrale du cancer de la prostate
C. Curiethérapie
D. Castration médicamenteuse
E. Thérapie œstrogénique

39. Les causes fréquentes de traumatisme rénal incluent:
A. Accidents de la route
B. Accidents du travail
C. Chute de sa propre hauteur
D. Chutes accidentelles
E. Sports de contact

40. Dans les lacérations rénales majeures, par rapport aux lésions mineures, on retrouve:
A. Contusions rénales
B. Ruptures corticales rénales
C. Extravasation urinaire
D. Hématome périrénal étendu
E. Ruptures cortico-médullaires

41. La triade classique des signes associés à une tumeur rénale comprend:
A. Anémie
B. Hématurie
C. Fièvre
D. Masse abdominale palpable
E. Douleur au flanc

42. La colique néphrétique est souvent associée à:
A. Fièvre
B. Nausées
C. Douleur intermittente au flanc
D. Douleur hypogastrique
E. Vomissements

43. Le traitement de première intention de la pyélonéphrite aiguë due à des calculs obstructifs comprend:
A. Drainage rénal par sonde urétérale double J
B. Extraction du calcul obstructif
C. Néphrostomie percutanée
D. Antibiothérapie
E. Mobilisation du calcul obstructif

44. Les signes et symptômes suivants sont évocateurs d'un traumatisme avec rupture vésicale:
A. Hématurie macroscopique
B. Pyurie
C. Douleur pelvienne modérée
D. Incapacité à uriner
E. Douleur sus-pubienne intense

45. L'hyperplasie bénigne de la prostate:
A. Provoque une obstruction sous-vésicale
B. Génère des symptômes obstructifs (pollakiurie, impériosité, nycturie)
C. Génère des symptômes irritatifs (dysurie, goutte terminale, jet urinaire faible)
D. Génère des symptômes obstructifs (dysurie, goutte terminale, jet urinaire faible)
E. Génère des symptômes irritatifs (pollakiurie, impériosité, nycturie)

46. Dans le traitement chirurgical de l'hyperplasie bénigne de la prostate:
A. On réalise une résection transurétrale de l'adénome prostatique
B. L'abord chirurgical ouvert est utilisé pour les prostates > 50 g
C. L'abord transurétral est le plus rarement utilisé
D. L'abord se fait par voie rétropéritonéale
E. L'exérèse du tissu prostatique se fait par voie ouverte, robotique ou transurétrale

47. Les affirmations suivantes concernant l'adénocarcinome prostatique sont vraies:
A. L'incidence du cancer de la prostate augmente avec l'âge
B. Le toucher rectal est un examen important
C. Le PSA est la pierre angulaire du dépistage du cancer prostatique
D. Le cancer de la prostate débute toujours par une perte de poids, une obstruction urétérale et une hématurie macroscopique
E. La prostatectomie radicale se fait par voie rétropubienne

48. Le carcinome rénal à cellules claires:
A. Prend naissance dans les tubes contournés proximaux
B. Est plus fréquent chez l'homme (ratio homme/femme 2:1)

C. Est souvent diagnostiqué de façon fortuite
D. L'hématurie est le signe clinique le plus rare
E. La douleur et une masse palpable au flanc peuvent être présentes

49. La colique néphrétique se caractérise par:
A. Douleur au flanc irradiant vers les organes génitaux externes
B. Douleur continue
C. Peut s'accompagner de nausées et de vomissements
D. La douleur est contrôlée par de faibles doses d'antalgiques
E. La douleur est causée par une obstruction due à un calcul

50. Les éléments évalués lors d'une cystoscopie sont:
A. La position et la configuration des orifices urétéraux
B. L'ensemble de la muqueuse vésicale à la recherche de lésions tumorales
C. L'aspect des uretères proximaux
D. L'aspect des calices rénaux
E. La couleur de l'urine émise au niveau des orifices urétéraux dans la vessie

51. Lesquelles des affirmations suivantes concernant les traumatismes rénaux sont vraies ?
A. Ils résultent d'accidents de la route ou de chutes de hauteur
B. L'hématurie est un signe clinique
C. Chez les patients stables, l'évaluation inclut un scanner (CT)
D. Les traumatismes fermés représentent 5–10 % de tous les traumatismes rénaux
E. Le traitement conservateur est choisi chez les patients instables hémodynamiquement

52. Les affirmations suivantes sur les tumeurs rénales bénignes sont vraies:
A. La majorité des lésions kystiques sont bénignes
B. Les kystes complexes nécessitent des examens complémentaires
C. L'angiomyolipome est généralement diagnostiqué par scanner
D. En cas de kystes rénaux simples, une néphrectomie est pratiquée
E. La plupart des kystes rénaux nécessitent obligatoirement une biopsie pour le diagnostic

53. Concernant le carcinome de la vessie:
A. L'hématurie macroscopique est un symptôme fréquent
B. La prévalence est plus élevée chez les fumeurs
C. Le traitement comprend la résection transurétrale de la tumeur ± chimiothérapie/immunothérapie intravésicale
D. Une cystoscopie périodique n'est pas nécessaire
E. Les tumeurs non infiltrantes du muscle sont traitées par cystectomie

54. La torsion du cordon spermatique se caractérise par:
A. La perte du réflexe crémastérien
B. La torsion intravaginale est fréquente chez l'adolescent
C. Le testicule est tuméfié et douloureux
D. Le testicule peut être en position haute
E. Le diagnostic différentiel inclut la hernie ombilicale

55. Concernant les infections scrotales:
A. Elles sont dues à des bactéries Gram positif
B. Une fasciite nécrosante peut évoluer vers la gangrène de Fournier
C. Sans traitement chirurgical, le patient peut décéder
D. Un traitement antibiotique à large spectre n'est pas nécessaire
E. Le débridement et l'excision large des tissus nécrotiques ne sont pas indiqués

56. Les affirmations suivantes concernant le cancer testiculaire sont fausses:
A. Il comprend des tumeurs à cellules germinales et non germinales
B. Le diagnostic différentiel inclut le varicocèle, l'hydrocèle et le spermatocele
C. Les marqueurs tumoraux ne doivent pas être dosés
D. Le traitement est exclusivement médicamenteux
E. Le dosage du PSA est obligatoire

57. Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'infertilité masculine sont vraies ?
A. L'évaluation des organes génitaux externes est nécessaire
B. Un spermogramme doit être réalisé
C. Il faut évaluer les maladies de l'enfance (ex.: oreillons)
D. L'anamnèse doit inclure une possible exposition à des toxiques
E. La présence d'un varicocèle ne doit pas être documentée

58. La dysfonction érectile peut être causée par:
A. Des troubles vasculaires
B. Des troubles psychogènes
C. Des syndromes endocriniens
D. Des causes neurologiques
E. L'abus d'inhibiteurs de la PDE-5

59. Dans le traitement de la lithiase urétérale:
A. La pyélonéphrite obstructive ne nécessite pas la mise en place d'un stent
B. Les calculs urétéraux de moins de 5 mm s'éliminent généralement spontanément
C. Le stent urétéral dilate activement l'uretère

D. Le traitement inclut l’urétéroscopie rigide ou flexible
E. On peut réaliser une lithotripsie extracorporelle (ESWL)

60. L’exstrophie vésicale se caractérise par:
A. Un développement complet de la paroi antérieure de la vessie
B. Une exposition de la paroi postérieure de la vessie à travers la paroi abdominale
C. Une fréquence très élevée
D. Une incontinence totale
E. Un risque accru d’adénocarcinome vésical

RÉPONSES CHAP. XVI - UROLOGIE

1	A
2	E
3	B
4	A
5	E
6	C
7	B
8	A
9	A
10	D
11	E
12	B
13	C
14	D
15	D
16	E
17	E
18	D
19	D
20	C
21	A, B, C, D
22	A, C
23	C, D
24	B, C, D, E
25	A, B, C, E
26	A, D, E
27	A, C, D, E
28	A, B, C
29	A, B, E
30	A, C, D
31	C, D, E
32	B, C, E
33	A, B
34	A, D, E
35	B, C, D, E
36	A, C, D
37	A, B, D, E
38	A, D, E
39	A, B, E
40	C, D, E
41	B, D, E
42	B, C, E
43	A, C, D
44	A, D, E
45	A, D, E
46	A, E
47	A, B, C, E
48	A, B, C, E
49	A, C, E
50	A, B, E
51	A, B, C
52	A, B, C
53	A, B, C
54	A, B, C, D
55	A, B, C
56	C, D, E
57	A, B, C, D
58	A, B, C, D
59	B, D, E
60	B, D, E

CHAP. XVII - ORL

1 *Lequel des éléments suivants ne constitue pas un facteur de risque pour l'otite moyenne avec épanchement:
A. Crèche
B. Infection récente des voies respiratoires supérieures
C. Alimentation au biberon
D. Nombre élevé de frères et sœurs dans la maison
E. Sexe féminin

2 *Quelle pathologie ne fait pas partie du diagnostic différentiel étiologique de la paralysie faciale:
A. Paralysie de Bell
B. Otite moyenne aiguë
C. Globus pharyngeus
D. Zona auriculaire (Herpès zoster oticus)
E. Maladie de Lyme

3 *L'otosclérose produit aux stades précoces:
A. Hypoacousie de transmission acquise
B. Paralysie faciale centrale
C. Paralysie faciale périphérique
D. Suppuration auriculaire
E. Perforation tympanique

4 *Une otite moyenne aiguë non traitée peut évoluer vers toutes les suivantes, sauf:
A. Mastoïdite
B. Méningite
C. Abcès cérébral
D. Paralysie du trijumeau
E. Labyrinthite

5 *Quelles anomalies peuvent entraîner des malformations majeures de l'oreille avec absence du pavillon auriculaire, du conduit auditif externe ou des structures de l'oreille moyenne ou interne:
A. Anomalies majeures du premier arc branchial
B. Anomalies majeures du deuxième arc branchial
C. Anomalies majeures du troisième arc branchial
D. Anomalies majeures du quatrième arc branchial
E. Anomalies majeures du cinquième arc branchial

6 *Les anomalies des arcs branchiaux peuvent se présenter sous forme de tout ce qui suit, sauf:
A. Trompes
B. Kystes
C. Sinus
D. Fistules
E. Fragments cartilagineux

7 *Environ 80 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires sont:
A. Pseudomyxomes
B. Épithéliomes
C. Tumeurs mixtes ou adénomes pléomorphes
D. Séroïdes
E. Carcinomes

8 *Laquelle des affirmations suivantes est correcte:
A. Les lymphomes bénins sont la pathologie cervicale bénigne la plus fréquente chez les enfants et les jeunes adultes
B. Les lymphomes malins représentent la pathologie cervicale maligne la plus rare chez les enfants et les jeunes adultes
C. Les lymphomes malins sont la pathologie cervicale maligne la plus fréquente chez les adultes et les personnes âgées
D. Les lymphomes malins représentent la pathologie cervicale maligne la plus fréquente chez les enfants et les jeunes adultes
E. Les lymphomes malins sont la pathologie crânienne maligne la plus fréquente chez les enfants et les jeunes adultes

9 *Chez les jeunes enfants, la cricothyrotomie est impossible, donc la voie respiratoire est assurée de manière optimale par:
A. Trachéotomie juste au-dessus du cartilage cricoïde
B. Trachéotomie au niveau de la thyroïde
C. Trachéotomie au niveau de l’os hyoïde
D. Trachéotomie juste en dessous du cartilage cricoïde
E. Trachéotomie juste au-dessus de l’os hyoïde

10 *Quelle affirmation est fausse ?
A. Le cartilage aryténoïde est un cartilage pair
B. Le cartilage thyroïde est un cartilage impair
C. La membrane cricothyroïdienne est très bien représentée chez l’enfant
D. Le larynx occupe le compartiment central du cou
E. Le larynx a des connexions musculaires avec la base du crâne

11 *Quelle affirmation est fausse ?
A. Le processus vocal de l'aryténoïde est situé médialement
B. Le drainage lymphatique du larynx dépend de sa localisation
C. Le cadre laryngé est constitué de neuf structures cartilagineuses
D. Les cartilages aryténoïdes pairs ont une forme pyramidale à trois faces et s'articulent inférieurement avec le cartilage thyroïde
E. L'épiglotte est une structure située en avant, en forme de feuille, recouvrant l'orifice laryngé supérieur

12 *Indiquez l'affirmation qui ne représente pas une fonction primaire du larynx:
A. Respiration
B. Protection des voies respiratoires
C. Phonation
D. Déglutition
E. Production de la voix primaire

13 *Lors de la déglutition, les événements suivants ont lieu, sauf:
A. Le larynx agit comme une valve
B. Les voies respiratoires se ferment, empêchant ainsi l'aspiration
C. Avant que le bol alimentaire n'atteigne le larynx, les muscles extrinsèques de celui-ci le soulèvent
D. Les sinus piriformes restent fermés dans la phase involontaire de la déglutition
E. L'épiglotte recouvre le larynx pour diriger le bol alimentaire vers les côtés

14 *L'affirmation suivante sur la phonation est fausse:
A. Les ajustements fins de la tension des cordes vocales et de la pression intrathoracique définissent la fréquence du mouvement et le volume du son produit
B. Les sons complexes du langage nécessitent une résonance pharyngée, orale et nasale
C. La voix est produite par le passage de l'air à travers la glotte en abduction
D. L'articulation du langage a lieu lorsque la voix est continuellement modifiée par les muscles des cavités pharyngée, orale et nasale
E. La dysphonie est la conséquence d'un dysfonctionnement des mécanismes normaux de production de la voix

15 *Choisissez l'affirmation vraie:
A. L'une des fonctions principales du nez est de refroidir l'air inspiré
B. Les cartilages alaires sont des cartilages impairs
C. Le plafond du nez est formé par la paroi inférieure du sinus maxillaire
D. La vascularisation du nez provient uniquement du système carotidien externe

E. Les cavités nasales s'étendent des narines situées en avant jusqu'aux choanes situées en arrière

16 *Le complexe ostéo-méatal comprend:
A. Le sinus ethmoïdal antérieur et le méat supérieur
B. Le sinus ethmoïdal antérieur et le méat inférieur
C. Le sinus ethmoïdal postérieur et le méat supérieur
D. Le sinus ethmoïdal antérieur et le méat moyen
E. Le sinus ethmoïdal postérieur et le méat moyen

17 *Choisissez l'affirmation correcte concernant le plexus de Kiesselbach:
A. Il est situé au niveau du septum nasal postérieur
B. Il ne reçoit des branches que du système carotidien externe
C. C'est une région fortement vascularisée
D. Sa fonction principale est olfactive
E. C'est une région faiblement vascularisée

18 *L'atrésie choanale est:
A. Toujours unilatérale
B. Une ouverture incomplète de la paroi postérieure de la cavité nasale, la choane
C. Toujours bilatérale
D. Ne nécessite pas de traitement chirurgical
E. Une ouverture complète de la paroi postérieure de la cavité nasale, la choane

19 *L'affirmation suivante est fausse concernant la sinusite maxillaire:
A. Le complexe ostéo-méatal est la localisation la plus rare des maladies inflammatoires des sinus
B. C'est l'un des problèmes de santé les plus fréquents
C. Elle est souvent associée à une obstruction nasale
D. Elle peut provoquer une sensation de pression faciale
E. La douleur est fréquemment présente

20 *L'affirmation suivante est fausse - La cavité buccale:
A. Se termine à l'isthme bucco-pharyngien, une arcade composée de la région postérieure du palais mou et des plis palato-glosses
B. Le vestibule buccal est un espace limité en avant par les lèvres et en arrière par les gencives, la face interne des joues et les dents
C. La cavité buccale est délimitée en avant et latéralement par les arcades alvéolaires, en haut par le palais dur et mou, et en bas par la langue
D. La langue est l'organe principal de la cavité buccale et joue un rôle essentiel dans la

mastication, la déglutition, l'articulation du langage et la qualité vocale
E. La sensation gustative des deux tiers antérieurs de la langue est transmise par le nerf lingual au nerf corde du tympan, une branche du nerf facial

21 *La réponse suivante n'est pas correcte:
A. Le nasopharynx est situé au-dessus du palais mou et communique avec la cavité nasale par les choanes
B. Les trompes d'Eustache s'ouvrent dans les parois latérales du nasopharynx
C. Le tissu adénoïdien est situé sur la paroi inférieure du nasopharynx
D. L'oropharynx s'étend de l'os hyoïde jusqu'au palais mou
E. L'hypopharynx s'étend de l'os hyoïde jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde, où il se rétrécit et se continue avec l'œsophage

22 *La réponse suivante est incorrecte:
A. Le pharynx est situé en arrière de la cavité nasale, de la cavité buccale et du larynx
B. Les trois muscles principaux du pharynx sont les constricteurs supérieur, moyen et inférieur, qui jouent un rôle important dans la déglutition
C. L'hypopharynx s'étend de l'os hyoïde jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde, où il se rétrécit et se continue avec l'œsophage
D. L'hypopharynx communique en avant avec le larynx ; immédiatement latéralement au larynx, on trouve des récessus muqueux appelés "sinus piriformes", qui s'ouvrent dans la lumière œsophagienne au niveau du sphincter œsophagien supérieur (muscle cricopharyngien)
E. Le nasopharynx est situé au-dessus du palais mou et communique avec la cavité nasale par les trompes d'Eustache

23 *La réponse suivante est incorrecte:
A. La déglutition est divisée en 4 phases
B. La première phase est celle de la préparation, où le bol alimentaire est broyé, mâché et mélangé à la salive
C. Dans la deuxième phase, le contrôle volontaire de la langue pousse le bol vers l'arrière, vers le palais mou, puis vers l'oropharynx
D. Lorsque le bol traverse l'isthme oropharyngé, commence la troisième phase, qui est contrôlée volontairement
E. Le larynx s'élève, ouvrant les sinus piriformes et le sphincter œsophagien supérieur. L'épiglotte se positionne au-dessus du larynx et agit comme un conduit pour diriger les aliments vers les sinus piriformes

24 *La réponse suivante est incorrecte:
A. Le tissu adénoïdien peut également être infecté, provoquant une rhinorrhée purulente

récurrente et une obstruction nasale
B. Si l'obstruction ne répond pas au traitement antibiotique ou si elle est récidivante, une adénoïdectomie est indiquée
C. Les jeunes patients souffrant d'amygdalite récurrente ont aussi une infection du tissu adénoïdien. C'est pourquoi on pratique souvent chez les enfants une adéno-amygdalectomie
D. Puisque le tissu adénoïdien peut contribuer au développement d'otites moyennes récurrentes, l'adénoïdectomie peut réduire ces otites
E. La présence d'un abcès périamygdalien est une indication d'amygdalectomie

25 *L'accélération rotatoire de la tête est interprétée au niveau de:
A. La cochlée
B. L'utricule
C. Les canaux semi-circulaires
D. Le saccule
E. L'organe de Corti

26 L'oreille moyenne est une cavité aérienne constituée de:
A. Trompe d'Eustache
B. Membrane tympanique (tympan)
C. Chaîne ossiculaire (marteau, enclume, étrier)
D. Muscles de l'étrier et du marteau
E. Canaux semi-circulaires

27 L'oreille interne est composée de:
A. Cochlée
B. Conduit auditif externe
C. Canaux semi-circulaires
D. Tympan
E. Conduit auditif interne

28 En fonction de la localisation de la lésion du nerf facial, les manifestations cliniques suivantes peuvent être présentes:
A. Sécrétion lacrymale accrue
B. Contraction du muscle de l'enclume
C. Perte de sécrétion nasale et/ou submandibulaire
D. Perte du goût sur la partie antérieure de la langue
E. Perte de la sensibilité au niveau du plancher buccal

29 L'examen de la membrane tympanique permet d'évaluer:
A. Son épaisseur

B. La présence d'opacités
C. La présence d'inflammation
D. La présence de dépôts anormaux
E. La présence de la fenêtre ronde

30 L'otoscopie permet d'évaluer si:
A. Il existe des signes de liquide dans l'oreille moyenne
B. Il y a une perte de transparence de la membrane tympanique
C. Le triangle lumineux est absent
D. Il existe des cellules mastoïdiennes
E. Il existe un niveau hydro-aérique ou des bulles d'air dans l'oreille moyenne

31 La surdité de transmission peut apparaître à la suite de pathologies situées au niveau de:
A. Conduit auditif externe
B. Oreille interne
C. Membrane tympanique
D. Oreille moyenne
E. Chaîne ossiculaire

32 Parmi les pathologies suivantes, lesquelles représentent une surdité de transmission:
A. Bouchon de cérumen
B. Otospongiose
C. Perforation tympanique
D. Inflammation due à une otite externe sévère
E. Labyrinthite virale

33 Les pathologies suivantes peuvent provoquer une surdité neurosensorielle:
A. Neurinome de l'acoustique et autres néoplasmes de l'oreille interne ou de la base du crâne
B. Perforation tympanique
C. Traumatisme ossiculaire
D. Bouchon de cérumen
E. Labyrinthite virale

34 Concernant l'otite moyenne: les indications de myringotomie d'urgence sont:
A. Otite moyenne avec otalgie sévère résistante
B. Otite moyenne avec fièvre sévère non réactive ou fièvre en "dents de scie"
C. Otite moyenne compliquée par une paralysie faciale
D. Méningite otogène
E. Otospongiose

35 Le muscle sterno-cléido-mastoïdien divise la région cervicale en deux triangles:
A. Antérieur
B. Postérieur
C. Externe
D. Interne
E. Moyen

36 Les structures normalement identifiables par inspection ou palpation dans le triangle cervical antérieur sont:
A. Muscle sterno-cléido-mastoïdien
B. Os hyoïde
C. Larynx
D. Trachée
E. Clavicule

37 Les structures normalement identifiables par inspection ou palpation dans le triangle cervical antérieur sont:
A. Glande thyroïde
B. Hypophyse
C. Glande parotide
D. Glande sous-maxillaire
E. Glande pinéale

38 Les affections inflammatoires des glandes salivaires comprennent:
A. Oreillons (parotidite virale)
B. Sialadénite aiguë suppurée
C. Abcès parotidien
D. Mononucléose infectieuse
E. Syndrome de Sjögren

39 Les indications de la trachéotomie sont:
A. Contournement de l’obstruction des voies aériennes inférieures
B. Contournement de l’obstruction des voies aériennes supérieures
C. Dépendance ventilatoire prolongée anticipée
D. Permet un accès direct pour l’irrigation et l’aspiration des voies respiratoires (toilette pulmonaire)
E. Réduction de l’espace mort chez les patients avec effort ventilatoire faible ou système nerveux central déprimé

40 Le diagnostic différentiel du kyste du canal thyréoglosse peut se faire avec:
A. Kyste dermoïde
B. Ganglions lymphatiques pathologiques
C. Kystes branchiogéniques
D. Tissu parotidien
E. Tissu thyroïdien ectopique

41 Les indications suivantes concernent la trachéostomie:
A. Contournement de l'obstruction des voies aériennes supérieures
B. Dépendance ventilatoire prolongée anticipée (généralement >2 jours)
C. Permet un accès direct pour l'irrigation et l'aspiration des voies respiratoires (toilette pulmonaire)
D. Prévention de l'aspiration chronique
E. Réduction de l'espace mort chez les patients avec un effort ventilatoire réduit ou une dépression du système nerveux central

42 Les causes fréquentes de stridor laryngé chez l'adulte sont:
A. Laryngomalacie
B. Néoplasme
C. Diaphragmes congénitaux des cordes vocales
D. Hémangiome sous-glottique
E. Paralysie des cordes vocales

43 Les causes fréquentes de stridor laryngé chez l'enfant sont:
A. Diaphragmes congénitaux des cordes vocales
B. Laryngomalacie
C. Hémangiome sous-glottique
D. Sténose sous-glottique
E. Néoplasmes

44 Les affirmations suivantes sont vraies:
A. Le processus vocal de l'aryténoïde est situé médialement
B. Le drainage lymphatique du larynx dépend de sa localisation
C. Le cadre laryngé est constitué de neuf structures cartilagineuses
D. Les cartilages aryténoïdes pairs ont une forme pyramidale à trois faces et s'articulent en bas avec le cartilage thyroïde
E. L'épiglotte est une structure située en avant, en forme de feuille, qui recouvre l'orifice laryngé supérieur

45 Les affirmations suivantes sont vraies:
A. Le cartilage aryténoïde est un cartilage pair
B. Le cartilage thyroïde est un cartilage impair
C. La membrane cricothyroïdienne est très bien représentée chez l'enfant
D. Le larynx occupe le compartiment central du cou
E. Le larynx a des connexions musculaires avec la base du crâne

46 Les fonctions primaires du larynx sont:
A. Respiration
B. Protection des voies respiratoires
C. Phonation
D. Déglutition
E. Passage accessoire pour les liquides et solides

47 Lors de la déglutition, les événements suivants ont lieu:
A. L'épiglotte recouvre le larynx pour diriger le bol alimentaire latéralement
B. Les voies respiratoires se ferment, empêchant l'aspiration
C. Avant que le bol alimentaire n'atteigne le larynx, les muscles intrinsèques du larynx le déplacent vers le bas
D. Le larynx agit comme une valve
E. Les sinus piriformes restent fermés pendant la phase involontaire de la déglutition

48 Les affirmations suivantes à propos du croup sont vraies:
A. La laryngotrachéobronchite aiguë touche généralement les enfants de moins de 2 ans
B. L'enfant présente des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures pendant plusieurs jours
C. Dans les formes légères, l'antibiothérapie suffit
D. Elle affecte la région sous-glottique mais peut s'étendre sur toute la longueur de la trachée
E. Dans les formes graves, l'enfant nécessite une hospitalisation continue avec traitement fréquent par aérosols d'épinéphrine et administration intraveineuse ou par aérosols de corticostéroïdes pour réduire l'inflammation

49 Les affirmations suivantes concernant la paralysie des cordes vocales sont vraies:
A. Une paralysie unilatérale simple produit généralement une voix faible, « chuchotée », et parfois une aspiration trachéale
B. Le nerf laryngé récurrent peut souvent être traumatisé ou lésé de façon iatrogène lors d'interventions sur les artères carotides, la glande thyroïde ou au cours de chirurgies thoraciques
C. Les examens pour déterminer la cause de la paralysie unilatérale montrent souvent des anomalies cervicales objectives

D. La paralysie congénitale unilatérale peut résulter d'un traumatisme à la naissance ou pendant la grossesse, causé par un allongement anormal du nerf laryngé récurrent
E. La paralysie idiopathique des cordes vocales est probablement d'origine virale et peut disparaître spontanément, comme d'autres neuropathies des nerfs crâniens

50 Le nez est un organe:
A. Olfactif
B. Respiratoire
C. Locomoteur
D. Digestif
E. Endocrinien

51 Ce que nous savons de l'épistaxis:
A. Elle est le plus souvent localisée en antérieur
B. Elle est le plus souvent localisée en postérieur
C. L'épistaxis postérieure est fréquemment associée à des pathologies cardiovasculaires
D. La cause la plus fréquente est le repos
E. Elle nécessite toujours un traitement chirurgical

52 Sélectionnez les affirmations correctes concernant l'angiofibrome nasopharyngien juvénile:
A. C'est une tumeur bénigne très vascularisée
B. Elle n'est pas accompagnée d'épistaxis
C. C'est une tumeur maligne très vascularisée
D. Elle est caractéristique de l'adolescent de sexe masculin
E. Elle est caractéristique des adolescentes de sexe féminin

53 La rhinite virale aiguë présente les caractéristiques suivantes:
A. C'est la pathologie infectieuse humaine la plus fréquente
B. Elle est toujours asymptomatique
C. Elle est peu fréquente chez les enfants de moins de 5 ans
D. Elle est fréquente en saison chaude
E. Les symptômes fréquents sont: obstruction nasale, rhinorrhée, éternuements

54 Choisissez les affirmations vraies concernant la rhinite bactérienne:
A. Fréquemment rencontrée chez les enfants
B. Les agents étiologiques fréquents sont: *S. pneumoniae* et *H. influenzae*
C. *Staphylococcus aureus* peut également en être un agent étiologique
D. L'antibiothérapie ne peut pas raccourcir l'évolution de la maladie
E. C'est une maladie génétique

55 La rhinite allergique:
A. Est la pathologie allergique la plus fréquente
B. Affecte environ 20 % de la population
C. Affecte environ 50 % de la population
D. Est médiée par les IgG
E. Est médiée par les IgE

56 Choisissez les affirmations fausses concernant la rhinite allergique:
A. Elle n'est généralement pas associée à une pathologie réactive des voies respiratoires inférieures
B. Elle affecte principalement les enfants et les jeunes adultes
C. Les antécédents familiaux sont rarement présents
D. Les niveaux sériques d'IgE sont élevés
E. Les niveaux sériques d'IgE sont faibles

57 La gestion de la rhinite allergique inclut:
A. L'identification de l'allergène responsable
B. Le contact fréquent avec l'allergène
C. L'usage d'antibiotiques comme traitement
D. L'évitement de l'allergène en cause
E. L'administration d'antihistaminiques

58 La rhinorrhée peut être:
A. Unilatérale
B. Bilatérale
C. Antérieure
D. Postérieure
E. Uniquement hémorragique

59 Choisissez l'affirmation correcte concernant la rhinite hormonale:
A. Aussi appelée rhinite de grossesse
B. Survient souvent avec une augmentation des œstrogènes endogènes pendant la grossesse
C. Les œstrogènes provoquent une congestion vasculaire nasale
D. Elle est d'origine bactérienne
E. Peut également être retrouvée en cas d'hypothyroïdie à la suite d'un myxœdème

60 Choisissez les affirmations correctes concernant la polypose nasale:
A. Elle se manifeste fréquemment par une obstruction nasale, une rhinorrhée et une congestion nasale
B. Elle est le plus souvent associée à une rhinite virale aiguë

C. Elle peut être la conséquence d'un dysfonctionnement muco-ciliaire
D. Présence de masses tumorales à aspect polypoïde dans les fosses nasales
E. Sa localisation la plus fréquente est au niveau du complexe ostéo-méatal

61 La rhinite médicamenteuse:
A. Le traitement nécessite une utilisation de plus en plus fréquente du décongestionnant
B. Elle est d'origine bactérienne
C. Elle est d'origine virale
D. Elle est le plus souvent induite par un usage excessif de sprays nasaux décongestionnants
E. Le traitement consiste en un sevrage progressif du médicament

62 Les fonctions du nez sont:
A. Lacrimation
B. Préparation du bol alimentaire
C. Filtration de l'air inspiré
D. Humidification de l'air inspiré
E. Réchauffement de l'air inspiré

63 La sinusite aiguë est fréquemment associée à:
A. Dysphonie
B. Céphalée et douleur faciale
C. Épistaxis
D. Laryngite chronique
E. Rhinorrhée purulente

64 Choisissez l'affirmation correcte concernant la fracture de la pyramide nasale:
A. C'est la fracture la plus rare
B. C'est la fracture la plus fréquente
C. À l'examen, on peut observer: œdème, ecchymoses
D. À l'examen, on peut observer: épistaxis, crépitations ou même déformation osseuse
E. Une fracture nasale sans déplacement ne nécessite pas de repositionnement

65 Les symptômes les plus fréquents de la sinusite chronique sont:
A. Obstruction nasale
B. Pression faciale
C. Douleur
D. Hyposmie
E. Dysphagie

66 Les sinusites fongiques peuvent être causées par des organismes comme:
A. Aspergillus
B. S. pneumoniae
C. Phicomycetes
D. H. influenzae
E. M. Catarrhalis

67 Les tumeurs rhinosinusales suivantes sont bénignes:
A. Papillome squameux
B. Ostéomes
C. Neuroblastome olfactif
D. Angiofibrome nasopharyngien juvénile
E. Rhabdomyosarcome

68 Les affirmations suivantes sont fausses:
A. La cavité buccale se termine à l'isthme bucco-pharyngien, une arcade composée de la région postérieure du palais mou et des plis palato-glosses
B. Le vestibule buccal est un espace délimité en avant par les lèvres et en arrière par les gencives, la face interne des joues et les dents
C. La cavité orale est délimitée en avant et latéralement par les arcades alvéolaires, en haut par le palais dur et mou, et en bas par la langue
D. La langue est l'organe principal de la cavité buccale et joue un rôle essentiel dans la mastication, la déglutition, l'articulation de la parole et la qualité de la voix
E. La sensation gustative des deux tiers antérieurs de la langue est transmise par le nerf lingual au nerf corde du tympan, branche du nerf hypoglosse

69 Les affirmations suivantes sont correctes:
A. La cavité buccale se termine à l'isthme bucco-pharyngien, une arcade composée de la région postérieure du palais mou et des plis palato-glosses
B. Le pharynx est situé derrière la cavité nasale, la cavité buccale et le larynx. Les trois muscles principaux du pharynx sont les constricteurs supérieur, moyen et inférieur, qui jouent un rôle important dans la phonation
C. Le nasopharynx est situé au-dessus du palais mou et communique avec la cavité nasale par les choanes
D. Les trompes d'Eustache s'ouvrent dans les parois supérieures du nasopharynx
E. Le tissu adénoïdien est situé sur la paroi antérieure du nasopharynx

70 Les affirmations suivantes sont fausses:
A. La cavité buccale se termine à l'isthme bucco-pharyngien, une arcade composée de la région postérieure du palais mou et des plis palato-glosses

B. Le pharynx est situé derrière la cavité nasale, la cavité buccale et le larynx. Les trois muscles principaux du pharynx sont les constricteurs supérieur, moyen et inférieur, qui jouent un rôle important dans la phonation
C. Le nasopharynx est situé au-dessus du palais mou et communique avec la cavité nasale par le septum
D. Les trompes d'Eustache s'ouvrent dans les parois latérales du nasopharynx
E. Le tissu adénoïdien est situé sur la paroi antérieure du nasopharynx

71 Les affirmations suivantes sont incorrectes:
A. Le nasopharynx est situé au-dessus du palais mou et communique avec la cavité nasale par les trompes d'Eustache
B. Les trompes d'Eustache s'ouvrent dans les parois latérales du nasopharynx
C. Le tissu adénoïdien est situé sur la paroi inférieure du nasopharynx
D. L'oropharynx s'étend de l'os hyoïde jusqu'au palais mou
E. L'hypopharynx s'étend de l'os hyoïde jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde, où il se rétrécit et se continue avec la trachée

72 Les affirmations suivantes sont incorrectes concernant les tumeurs de la cavité buccale et du pharynx:
A. Parmi les tumeurs malignes de cette région, 90 % sont des carcinomes épidermoïdes
B. Le carcinome épidermoïde de la lèvre est associé à l'exposition solaire et à la consommation de tabac
C. Les carcinomes de la cavité buccale apparaissent généralement sur le palais dur et sur la partie mobile de la langue
D. Ils peuvent se présenter sous forme de tumeurs végétantes ou d'ulcères infiltrants
E. Les néoplasmes de la loge amygdalienne, du trigone rétromolaire ou de la base de la langue peuvent provoquer une dysphonie, une hémoptysie, une dysphagie, une dyslalie, un trismus

73 Les affirmations suivantes sont incorrectes concernant les tumeurs de la cavité buccale et du pharynx:
A. Les cancers de la lèvre ont un plus mauvais pronostic que les tumeurs de la cavité buccale
B. Les néoplasmes de la loge amygdalienne, du trigone rétromolaire ou de la base de la langue peuvent provoquer une dysphonie, une hémoptysie, une dysphagie, une odynophagie, un trismus
C. Ils peuvent se présenter sous forme de tumeurs végétantes ou d'ulcères infiltrants
D. Les patients atteints d'un cancer du nasopharynx peuvent initialement être diagnostiqués avec une otomastoïdite due à l'obstruction mécanique de la trompe d'Eustache
E. Les tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx sont traitées par chirurgie, radiothérapie ou une combinaison des deux, y compris la chimiothérapie adjuvante

74 Les affirmations suivantes sont incorrectes concernant les tumeurs de la cavité buccale et du pharynx:

A. Les néoplasmes de la loge amygdalienne, du trigone rétromolaire ou de la base de la langue peuvent provoquer une hémoptysie, une dysphagie, une dyslalie, un trismus (incapacité d'ouvrir la bouche en raison de l'atteinte des muscles ptérygoïdiens), une odynophagie ou une otalgie

B. Les patients atteints d'un cancer du nasopharynx peuvent initialement être diagnostiqués avec une otite moyenne suppurée causée par l'obstruction mécanique de la trompe d'Eustache

C. Tout adulte présentant une otite séreuse unilatérale doit être évalué pour une tumeur nasopharyngée

D. Les cancers de la lèvre ont un plus mauvais pronostic que les tumeurs de la cavité buccale

E. Les lésions petites, superficielles, sans métastases ganglionnaires peuvent être traitées soit par chirurgie, soit uniquement par radiothérapie

RÉPONSES CHAP. XVII - ORL

1	E
2	C
3	A
4	D
5	A
6	A
7	C
8	D
9	D
10	C
11	D
12	D
13	D
14	C
15	E
16	D
17	C
18	B
19	A
20	D
21	C
22	E
23	D
24	E
25	C
26	A, B, C, D
27	A, C, E
28	C, D, E
29	A, B, C, D
30	A, B, C, E
31	A, C, D, E
32	A, B, C, D
33	A, E
34	A, B, C, D
35	A, B
36	A, B, C, D
37	A, C, D
38	A, B, C, E
39	B, C, D, E
40	A, B, C, E
41	A, C, D, E
42	B, E
43	A, B, C
44	A, B, C, E
45	A, B, D, E
46	A, B, C
47	A, B, D
48	A, B, D, E
49	A, B, D, E
50	A, B
51	A, C
52	A, D
53	A, E
54	A, B, C
55	A, B, E
56	A, C, E
57	A, D, E
58	A, B, C, D
59	A, B, C, E
60	A, C, D, E
61	D, E
62	C, D, E
63	B, E
64	B, C, D, E
65	A, B, C, D
66	A, C
67	A, B, D
68	D, E
69	A, C
70	B, C, E
71	A, C, E
72	C, E
73	A, B, D
74	B, D

CAP. XVIII - OBSTETRIQUE-GYNECOLOGIE

1. *Développement gynécologique en fonction de l'âge – de la période fœtale jusqu'à 4 ans:
   A. Cycles menstruels
   B. Caractères sexuels matures
   C. Tous les ovocytes sont formés et partiellement maturés à 20 SA
   D. Puberté
   E. Niveaux élevés de FSH et LH au début de l'insuffisance ovarienne

2. *Les affirmations suivantes concernant la contraception sont correctes, à l'exception de:
   A. Les méthodes contraceptives visent à prévenir une grossesse
   B. Chaque méthode contraceptive présente certains effets indésirables
   C. Le choix de la méthode doit tenir compte du niveau d'adhésion de la patiente
   D. Les contraceptifs oraux combinés sont recommandés surtout chez les grandes fumeuses, les patientes ayant des antécédents de TVP, de cancers dépendants aux œstrogènes, d'affections hépatiques ou d'hypertriglycéridémie
   E. Certaines méthodes peuvent être contre-indiquées en raison de comorbidités

3. *Le syndrome prémenstruel:
   A. Syndromes apparaissant chez des patientes en ménopause, précédant les menstruations (pendant la phase lutéale), et se caractérisant par différents types de douleurs, une labilité émotionnelle, des changements d'humeur, et des symptômes appartenant au système nerveux autonome.
   B. Syndromes apparaissant chez des patientes ayant une fonction ovarienne normale, après les saignements menstruels (pendant la phase postmenstruelle), et se caractérisant par différents types de douleurs, une labilité émotionnelle, des changements d'humeur, et des symptômes appartenant au système nerveux autonome.
   C. Syndromes apparaissant chez des patientes ayant une fonction ovarienne normale, précédant les menstruations (pendant la phase lutéale), et se caractérisant par différents types de douleurs, une labilité émotionnelle, des changements d'humeur, et des symptômes appartenant au système nerveux autonome.
   D. Syndromes apparaissant chez des patientes ayant une fonction ovarienne normale, précédant les menstruations (pendant la phase lutéale), et se caractérisant par un saignement utérin anormal.
   E. Toutes les réponses sont correctes.

4. *Sont des facteurs de risque d'une vaginite, sauf:
   A. Diabète sucré
   B. Rapports sexuels non protégés
   C. Douches vaginales
   D. Partenaires multiples
   E. Syndrome des ovaires polykystiques

5. *Ce n’est pas un facteur de risque pour le cancer de l’endomètre:
   A. Exposition à des œstrogènes exogènes
   B. Anovulation chronique (SOPK)
   C. Antécédents familiaux de fibromes
   D. Obésité
   E. Nulliparité

6. Les affirmations suivantes sont correctes concernant le fibrome utérin:
   A. Tumeurs utérines malignes développées à partir du muscle lisse myométrial
   B. Régressent généralement à la ménopause
   C. Possiblement asymptomatiques
   D. Possibilité de ménorragie, pression pelvienne ou douleur, constipation, pollakiurie ou infertilité
   E. L’échographie transvaginale ou l’hystéroscopie permettent la localisation ou la visualisation de la tumeur
7. Traitement du fibrome utérin:
   A. Les fibromes asymptomatiques sont suivis par échographie transvaginale pour détecter une croissance anormale
   B. Les fibromes asymptomatiques sont suivis par CT/IRM pour détecter une croissance anormale
   C. La myomectomie est indiquée pour la résection des fibromes symptomatiques chez les femmes souhaitant préserver leur fertilité
   D. L’hystérectomie est indiquée pour la résection des fibromes symptomatiques chez les femmes souhaitant préserver leur fertilité
   E. L’embolisation de l’artère utérine présente une forte probabilité d’altérer la fertilité

8. Sont des facteurs de risque pour le cancer du col de l’utérus:

   A. Tabagisme
   B. Premier rapport sexuel précoce
   C. Partenaires sexuels multiples
   D. HPV types 16, 18, 31 ou 33
   E. Diabète sucré

9. Les affirmations suivantes concernant les tumeurs ovariennes bénignes sont correctes:
   A. L’échographie est utilisée pour évaluer le type de tumeur (kystique ou solide)
   B. L’échographie est utilisée pour évaluer l’aspect de la tumeur (irrégulière, multiples cloisons épaisses, bords lisses)
   C. Douleurs dans le bas de l’abdomen
   D. Masse ovarienne palpable à l’examen bimanuel
   E. Saignements vaginaux post-coïtaux ou spontanés

10. Les types les plus fréquents de tumeurs ovariennes bénignes:
    A. Kyste folliculaire
    B. Kyste lutéal
    C. Endométriome
    D. Tératome kystique bénin (kyste dermoïde)
    E. Fibrome ovarien

11. Affirmations fausses concernant le cancer de l'ovaire:
    A. Le plus fréquent est d'origine épithéliale (65 % des cas)
    B. La majorité des cas sont diagnostiqués à un stade précoce
    C. La majorité des cas sont diagnostiqués uniquement après une augmentation considérable de la taille
    D. Les mutations des gènes BRCA1 ou BRCA2 représentent un facteur de risque
    E. Le pronostic est favorable, la majorité étant diagnostiquée à un stade précoce

12. Le lichen scléreux:
    A. Affection inflammatoire chronique de la région ano-génitale
    B. Affection inflammatoire aiguë de la région ano-génitale
    C. Lésion précancéreuse du carcinome vulvaire à cellules squameuses
    D. Lésion précancéreuse du cancer du col utérin
    E. Prurit intense, dyspareunie

13. Les affirmations suivantes sont correctes concernant l'abcès mammaire:
    A. Infection locale du tissu mammaire causée par S. aureus, streptocoque ou bactéries anaérobies
    B. La majorité sont liées à la ménopause
    C. La majorité sont liées à l'allaitement
    D. Traitement: antibiotiques, incision et drainage des masses fluctuantes
    E. Complications: fistulisation avec abcès récurrents

14. Le cancer du sein:
    A. Prend origine dans le tissu canalaire dans 80 % des cas
    B. Prend origine dans le tissu lobulaire dans 80 % des cas
    C. Prend origine dans le tissu canalaire dans 20 % des cas
    D. Prend origine dans le tissu lobulaire dans 20 % des cas
    E. Prend origine dans l'endomètre dans 20 % des cas

15. Traitement du carcinome mammaire in situ:
    A. Carcinome canalaire in situ (CCIS): tumorectomie + radiothérapie, mastectomie envisagée pour les patientes à haut risque

B. Carcinome lobulaire in situ (CLIS): surveillance attentive + modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes, tamoxifène et raloxifène, mastectomie bilatérale prophylactique pour les patientes ne souhaitant pas de suivi à long terme
C. Cancer du sein avec récepteurs hormonaux positifs: tamoxifène
D. Les meilleurs taux de survie après utilisation combinée de la mastectomie, radiothérapie et chimiothérapie
E. Traitement des métastases par thérapie systémique, résection chirurgicale ou radiothérapie pour les lésions solitaires

16. Traitement du cancer du sein avancé:
A. Chimiothérapie et hormonothérapie dans les lésions localement avancées avec extension hors du sein
B. Surveillance attentive
C. C.Traitement des métastases par thérapie systémique, résection chirurgicale ou radiothérapie pour les lésions solitaires
D. Résection chirurgicale et/ou radiothérapie, après réduction de la tumeur par thérapie systémique
E. Aucune réponse n’est correcte

17. Maladie inflammatoire pelvienne:
A. Infection progressive à N. gonorrhoeae ou Chlamydia, impliquant les ovaires, l’utérus, les trompes de Fallope ou la cavité péritonéale
B. Sensibilité à la mobilisation du col de l’utérus
C. Leucocytes élevés, vitesse de sédimentation diminuée
D. Traitement: antibiothérapie empirique jusqu’à identification de l’agent pathogène spécifique
E. Complications: infertilité, abcès tubo-ovarien

18. *Quels sont les effets de l'insuffisance en folates pendant la grossesse:
A. Déshydratation relative
B. Anémie maternelle
C. Accouchement prématuré
D. Défauts du tube neural
E. Hypertension

19. *Les affirmations suivantes sur les visites prénatales sont correctes, sauf:
A. Un bon suivi prénatal est essentiel pour le développement harmonieux du fœtus
B. Des analyses de laboratoire et échographies sont effectuées à des moments clés de la gestation pour détecter des infections ou anomalies fœtales
C. Les manœuvres de Leopold (examen abdominal externe) peuvent être réalisées au premier trimestre pour la présentation fœtale

D. Des tests spécialisés sont réalisés chez les femmes présentant un risque accru d'anomalies congénitales
E. La première visite inclut l'anamnèse détaillée, l'examen clinique et l'évaluation des risques

20. *Représentent des facteurs de risque pour une fausse couche, sauf:

A. Âge maternel avancé
B. Prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
C. Anomalies utérines
D. Antécédents de fausses couches spontanées
E. Traitement par acide folique pour la prévention des anomalies du tube neural

21. *Les affirmations suivantes sont correctes concernant le travail prématuré:
A. Apparition du travail >37 semaines de gestation
B. Contractions utérines régulières provoquant des modifications cervicales
C. Contractions utérines irrégulières sans modifications cervicales
D. Le risque de complications néonatales augmente avec l'âge gestationnel
E. Les antécédents de travail prématuré ne constituent pas un facteur de risque

22. *Laquelle des affirmations suivantes concernant la grossesse multiple est fausse:
A. Toute grossesse avec développement simultané de plus d'un fœtus
B. Dizygote: fécondation de plusieurs ovules par différents spermatozoïdes, donnant des fœtus différents avec des cavités amniotiques séparées
C. Dizygotique: division du zygote donnant des fœtus identiques partageant ou non la même cavité amniotique ou chorion
D. Dans les grossesses multiples, la hauteur utérine est augmentée par rapport à l'âge gestationnel, avec plusieurs foyers cardiaques détectés
E. L'incidence est plus élevée chez les patientes traitées pour infertilité

23. Représentent des modifications normales du système cardiovasculaire pendant la grossesse:
A. Le débit cardiaque augmente de 40 % par l'augmentation du volume battant (10-30 %) et de la fréquence (12-18 bpm)
B. Augmentation de la demande en oxygène myocardique
C. Légère baisse de la tension artérielle systolique et diastolique
D. L'utérus provoque une ascension légère du cœur
E. Le volume respiratoire courant augmente de 40 %, avec une fréquence respiratoire accrue due à la progestérone

24. Les affirmations suivantes sur l'évaluation de l'âge gestationnel sont fausses:
A. Premier trimestre: l'échographie permet de mesurer la longueur cranio-caudale

B. Premier trimestre: le périmètre abdominal, le diamètre biparietal, la longueur du fémur et le périmètre crânien sont utilisés ensemble pour déterminer l'âge gestationnel
C. Entre 7 et 14 semaines, la précision de l'estimation de l'âge gestationnel est de ±3-5 jours
D. Premier trimestre: la hauteur utérine est utilisée pour estimer l'âge gestationnel
E. La mesure de l'âge gestationnel au deuxième trimestre est précise à ±1-2 jours

25. Les affirmations suivantes sont correctes concernant le taux d'alpha-protéine sérique maternelle:
A. Ce test de dépistage est valable quel que soit l'âge gestationnel
B. Ce test est valable uniquement s'il est effectué à 16-18 semaines de gestation
C. Niveaux élevés associés à un risque accru de défauts du tube neural, anomalies de la paroi abdominale et grossesses multiples
D. Niveaux faibles associés à un risque accru de défauts du tube neural, anomalies de la paroi abdominale et grossesses multiples
E. Niveaux faibles associés à un risque accru de trisomies 21 et 18

26. Induction du travail:
A. Intervention pour initier les contractions utérines ou accélérer la progression du travail
B. Indications maternelles: prééclampsie, diabète, stagnation du travail, chorioamnionite
C. Indications fœtales: grossesse prolongée (>40-42 semaines), RCIU, RPM, certaines malformations
D. Indication principale: nécessité d'un accouchement par césarienne
E. Contre-indication: placenta prævia

27. La césarienne:
A. Naissance du fœtus par incision de la paroi utérine
B. Indications maternelles: prééclampsie, antécédents de chirurgie utérine
C. Indications maternelles: dystocie de présentation, macrosomie fœtale
D. Complications: hémorragie, infection, thromboembolie
E. Complications: dans les grossesses futures, risque de placenta prævia, placenta accreta et fausse couche

28. Les affirmations suivantes sont correctes concernant l'hémorragie postpartum:
A. Perte sanguine >500 ml/24h après césarienne est anormale
B. Perte sanguine >1000 ml/24h après accouchement vaginal est anormale
C. La cause principale est l'atonie utérine
D. Traitement: suture des lacérations présentes
E. En cas grave ou réfractaire, une hystérectomie peut être nécessaire

29. Môle hydatiforme:
A. Prolifération toujours maligne des cellules trophoblastiques

B. Prolifération bénigne des cellules trophoblastiques, pouvant parfois évoluer vers une malignité
C. Types: complète ou incomplète
D. Valeur de β-HCG inférieure à celle attendue
E. À l'échographie, aspect en "tempête de neige" dans la cavité utérine (anéchogène, formations kystiques)

30. Les affirmations suivantes sont vraies concernant le choriocarcinome:
A. β-HCG sérique élevée
B. Néoplasie trophoblastique gestationnelle maligne secondaire à une môle hydatiforme, une fausse couche, grossesse extra-utérine ou grossesse normale
C. Traitement: curetage (D&C) pour enlever la tumeur
D. Traitement: hystérectomie si la tumeur est limitée à l'utérus, chimiothérapie de routine
E. Traitement: patiente avec tumeur limitée à l'utérus en stade précoce souhaitant préserver la fertilité peut recevoir uniquement de la chimiothérapie

31. Présentation à l'accouchement:
A. Présentation pelvienne présente dans 50 % des grossesses à terme
B. Présentation céphalique dans >95 % des grossesses à terme
C. Avant 28 semaines, 25 % des cas présentent une présentation pelvienne, la plupart devenant céphalique avant l'accouchement
D. Présentation pelvienne est la plus fréquente des présentations dystociques
E. Présentation bregmatique est très rare

32. L'évaluation du bien-être fœtal se fait par:
A. Test non-stress
B. Profil biophysique
C. Test de stress à la contraction
D. Ponction du scalp maternel pour obtenir un échantillon sanguin fœtal
E. Monitorage du scalp fœtal

33. Facteurs de risque de décollement placentaire (abruptio placentae):
A. Hypertension artérielle
B. Hypoglycémie
C. Traumatismes
D. Tabagisme
E. Grossesse multiple

34. Les affirmations suivantes sur la RPM (rupture prématurée des membranes) sont correctes:
A. Rupture artificielle du sac amniotique pour induire le travail

B. Rupture spontanée du sac amniotique avant le début du travail
C. Le liquide amniotique est facilement visible dans le vagin à l'inspection
D. Travail apparaît après >37 semaines de gestation
E. Échographie pour confirmer l'oligoamnios, estimer le liquide résiduel et la position fœtale

35. Grossesse ectopique:
A. Implantation du zygote hors de l'utérus
B. Le plus souvent dans l'ampoule de la trompe utérine
C. Facteurs de risque: infection pelvienne, grossesse ectopique antérieure
D. β-HCG très élevée par rapport à l'estimation d'âge gestationnel doit faire suspecter une grossesse ectopique
E. Grossesse ectopique avancée ou rompue: traitement par hydratation IV et chirurgie conservatrice (préservation de la trompe si possible), intervention d'urgence si instabilité hémodynamique

36. * Ménopause:
A. Arrêt définitif des menstruations dû à l'arrêt de la fonction ovarienne chez les femmes d'âge moyen avancé (environ 51,5 ans)
B. Arrêt définitif des menstruations dû à l'arrêt de la fonction hypothalamique chez les femmes d'âge moyen avancé (environ 51,5 ans)
C. Représente la première menstruation
D. La ménopause prématurée est le déclin de la fonction ovarienne avant l'âge de 30 ans.
E. Pendant la période d'installation de la ménopause (péri ménopause), la réponse ovarienne à la FSH et à la LH augmente, les niveaux de FSH et de LH diminuent, tandis que les niveaux d'œstrogène fluctuent.

37. * Syndrome d'Asherman (synéchies intra-utérines)
A. Elle est définie comme l'absence de menstruation jusqu'à l'âge de 16 ans.
B. Son étiologie est un dysfonctionnement hypothalamique ou hypophysaire, des anomalies anatomiques, des anomalies chromosomiques avec dysgénésie gonadique
C. Elle est définie par la présence d'adhérences intra-utérines provoque d'interventions chirurgicales ou d'une infection intra-utérine
D. On le retrouve fréquemment chez les patients ayant des menstruations régulières
E. On le retrouve fréquemment chez les patients qui n'ont pas subi de curetage utérin ni d'infections intra-utérines

38. *Aménorrhée secondaire:
A. Présence de menstruations depuis 6 mois chez une patiente qui n'a jamais eu de cycles menstruels auparavant

B. Absence de menstruation pendant 6 mois ou plus de 3 règles chez une patiente qui avait déjà eu des cycles menstruels
C. Absence de menstruations (jamais eu lieu) jusqu'à l'âge de 16 ans
D. Son étiologie est un dysfonctionnement hypothalamique ou hypophysaire, des anomalies anatomiques, des anomalies chromosomiques
E. Cela peut être congénital

39. * Les types de papillomavirus associés au cancer du col de l'utérus sont:
A. Types 31 et 50
B. Types 6 et 11
C. Types 16 ou 18
D. Types 9 et 21
E. Types 11 ou 26

40. Phase folliculaire pour un cycle menstruel normal:
A. Commence en première jour des règles
B. Commence en 14-eme jour des règles
C. La FSH stimule la croissance des follicules des ovaires (cellules de la granulosa), responsables des sécrétions d'estradiol
D. La LH stimule la croissance des follicules des ovaires (cellules de la granulosa), responsables des sécrétions d'estradiol
E. L'estradiol induit une prolifération endométriale et une stimulation de la FSH et de la LH avec rétroaction positive sur l'hypophyse

41. Puberté précoce:
A. L'apparition de changements pubertaires chez les filles de moins de 3 ans
B. L'apparition de changements pubertaires chez les filles de moins de 8 ans
C. Absence de menstruations après 15 ans
D. Elle est causée par l'activation précoce de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (puberté précoce centrale) ou par la sécrétion autonome excessive d'hormones sexuelles stéroïdes (pseudo puberté précoce)
E. Elle est causée par une activation tardive de l'axe hypothalamo--hypophyso-ovarien (puberté précoce centrale)

42. Contraceptifs oraux combinés:
A. Combinaison d'œstrogène et de progestatif qui inhibe le développement folliculaire et l'ovulation
B. Modifie la qualité de l'endomètre
C. Ne modifie pas la qualité de l'endomètre

D. Augmente la viscosité de la glaire cervicale
E. Diminue la viscosité de la glaire cervicale

43. Contraceptifs à base de progestérone seule:
A. Pilules contenant uniquement des œstrogènes qui altèrent la qualité de l'endomètre et augmentent la viscosité de la glaire cervicale, empêchant la fécondation et l'implantation
B. Pilules contenant uniquement de la progestérone qui altèrent la qualité de l'endomètre et augmentent la viscosité de la glaire cervicale, empêchant ainsi la fécondation et l'implantation
C. Ils peuvent être une option chez les patients qui ont une contre-indication à l'administration d'œstrogènes
D. En tant qu'effet secondaire, il présente un risque accru de TVP
E. Ils doivent être pris à la même heure chaque jour pour augmenter leur efficacité

44. Effets secondaires des contraceptifs oraux combinés:
A. Possibles nausées, vomissements, ballonnements, changement d'humeur
B. Faible risque de TVP
C. Augmentation de la fréquence des saignements vaginaux
D. Risque de décollement du patch
E. Risque accru de TVP

45. Les facteurs de risque d'ostéoporose sont:
A. Âge avancé
B. Ménopause
C. Poids léger
D. Fumer
E. Faible consommation d'alcool

46. Fibrome utérin (léiomyome utérin):
A. L'échographie transvaginale ou l'hystéroscopie permet la localisation ou la visualisation de la tumeur
B. Tumeurs utérines bénignes développées à partir du muscle lisse du myomètre
C. Régresse généralement à la menopause
D. C'est une tumeur maligne
E. L'embolisation de l'artère utérine peut être réalisée après une exploration IRM pelvienne qui exclut d'autres pathologies des tissus mous

47. Cancer de l'endomètre:
    A. Tumeur bénigne de l'endomètre qui survient fréquemment à un jeune âge
    B. Il s'agit d'un adénocarcinome de l'endomètre
    C. On le retrouve fréquemment chez les femmes ménopausées
    D. Le marqueur tumoral CA-12 est faible
    E. La biopsie de l'endomètre montre des glandes anormales et hyperplasiques avec invasion vasculaire

48. Facteurs de risque du cancer de l'endomètre:
    A. Exposition aux œstrogènes exogènes
    B. Exposition à la testostérone exogène
    C. Anovulation chronique (SOPC)
    D. Obésité
    E. Multiparité

49. Lésion intraépithéliale squameuse de haut grade (HSIL):
    A. Dysplasie cellulaire modérée ou sévère, y compris carcinome in situ
    B. Cellules hautement atypiques avec invasion stromale
    C. Excision par LEEP ou conisation ou ablation laser
    D. Répéter la cytologie cervicale tous les 6 mois
    E. Répéter la cytologie cervicale tous les 4 mois

50. Carcinome mucineux du sein
    A. Tumeur mal délimitée
    B. Tumeur bien délimitée
    C. Croissance rapide
    D. Croissance lente
    E. Plus fréquent chez les patients âgés

51. Facteurs de risque du cancer de l'ovaire:
    A. Antécédents familiaux
    B. Infertilité
    C. Multiparité
    D. Obésité
    E. Fumer

52. *Âge gestationnel:
    A. Il est calculé en fonction de la date de la dernière ovulation de la mère.
    B. Il est calculé en fonction des dernières règles de la mère (DRM)

C. Il est 2 semaines plus jeune que l'âge embryonnaire
D. Il est calculé en fonction de la date de naissance de la mère
E. Cela commence environ 28 jours avant la fécondation

53. *Diabète sucré gestationnel:
A. Diabète sucré préexistant
B. Nouvelle intolérance au glucose survenant pendant la grossesse (après 24 semaines)
C. Le patient peut être conscient ou non de la maladie
D. Se produit le plus souvent au cours du premier trimester
E. Elle est généralement symptomatique

54. *Éclampsie:
A. Hypertension induite par la grossesse avec protéinurie et/ou signes de lésions des organes cibles du système circulatoire
B. Asymptomatique dans les cas bénins
C. Progression de la prééclampsie conduisant à des crises convulsives maternelles
D. Ce n’est pas grave pour le fœtus
E. Ce n’est pas mortel pour la mère

55. *Oligoamnios:
A. Excès de liquide dans le sac gestationnel
B. Peut survenir en raison d'une ingestion insuffisante de liquide amniotique
C. L'indice de liquide amniotique est supérieur à 25 cm
D. L'indice de liquide amniotique est inférieur à 5 cm
E. La hauteur du fond utérin peut être augmentée en rapport de l'âge gestationnel

56. Âge gestationnel:
A. Il est calculé en fonction des dernières règles de la mère (DRM)
B. DRM commence environ 14 jours avant la fécondation
C. Il a 2 semaines de plus que l'âge embryonnaire
D. Il est 2 semaines plus jeune que l'âge embryonnaire
E. Il est calculé en fonction de l'ovulation

57. Facteurs de risque de prééclampsie:
A. Hypertension artérielle
B. Multiparité
C. Nulliparité
D. Antécédents de prééclampsie
E. Grossesse unique

58. Dans l'éclampsie se produit:
    A. Maux de tête
    B. Troubles de la vision
    C. Douleur abdominale basse
    D. Douleur abdominale supérieure
    E. Convulsions

59. Test de tolérance au glucose d'une heure
    A. La mère reçoit une dose de 50 g de glucose
    B. La glycémie est mesurée une heure après l'administration de glucose
    C. La mère reçoit une dose de 100 g de glucose
    D. La glycémie est mesurée deux heures après l'administration de glucose
    E. Une glycémie ≧ 135 mg/dL est considérée comme anormale

60. Grossesse extra-utérine:
    A. Implantation du zygote hors de l'utérus
    B. Implantation du zygote au niveau du fond utérin
    C. Le plus souvent réalisée dans l'ampoule de la trompe de Fallope (95 % des cas)
    D. Peut être compliqué par une hémorragie maternelle grave
    E. Une grossesse extra-utérine non rompue < 6 semaines de gestation est traitée par méthotrexate pour induire l'élimination de la grossesse

61. Abortion:
    A. Interruption non-élective de grossesse > 20 semaines de gestation
    B. Au cours du premier trimestre, il s'agit généralement du résultat d'anomalies chromosomiques fœtales
    C. À partir du deuxième trimestre, elle est généralement causée par une infection, une incontinence cervico-isthmique, des anomalies utérines, une hypercoagulabilité, une pathologie maternelle coexistant ou une consommation de drogues
    D. Se produit dans jusqu'à 25 % des grossesses
    E. Se produit dans jusqu'à 15 % des cas

62. L’abortion du deuxième trimestre sont causées par:
    A. Infection
    B. Fumer
    C. Anomalies placentaires
    D. Anomalies chromosomiques fœtales
    E. Incontinence cervico-isthmique

63. Placenta prævia:
    A. Insertion placentaire à proximité ou recouvrant l'orifice cervical externe
    B. Insertion placentaire à proximité ou recouvrant l'orifice cervical interne
    C. Pathologie fréquemment associée aux saignements vaginaux
    D. Le décès maternel peut survenir dans 1 % des cas
    E. Pathologie fréquemment associée au diabète gestationnel

64. Présentation du siège incomplète (franche)
    A. Se produit dans 25 % des cas
    B. Les cuisses sont fléchies sur l'abdomen et les genoux sont étendus
    C. Se produit dans 75 % des cas
    D. Les cuisses et les genoux sont en flexion
    E. Un ou les deux membres inférieurs sont en extension

65. Test de non-stress:
    A. Il est utilisé pour l'évaluation prénatale et pendant le travail
    B. Il est utilisé dans les derniers stades de la grossesse
    C. La mère doit être positionnée en décubitus latéral gauche
    D. Les effets des mouvements fœtaux sur le rythme cardiaque maternel sont observes
    E. Les effets des mouvements fœtaux sur le rythme cardiaque fœtal sont observés

66. Les contre-indications à l'induction du travail sont:
    A. La nécessité d'une césarienne
    B. Utérus cicatriciel
    C. Grossesse tardive
    D. Prééclampsie
    E. Herpès génital actif

67. Hémorragie post-partum:
    A. Une perte de sang > 500 ml/24 heures après un accouchement vaginal
    B. Une perte de sang > 1000 ml/24 heures après une césarienne
    C. Elle est due à une atonie utérine dans la plupart des cas
    D. La suture des lacérations existantes ne doit pas être pratiquée
    E. Dans les cas graves, une hystérectomie peut être nécessaire

68. Facteurs de risque de môle hydatiforme:
    A. Antécédents personnels de grossesses molaires
    B. Diabète gestationnel
    C. Faible statut socio-économique
    D. Fumer
    E. Obésité

69. * Concernant la phase folliculaire du cycle menstruel, l'affirmation suivante est vraie
    A. L'estradiol n'induit pas la prolifération endométriale
    B. La FSH ne stimule pas la croissance des follicules ovariens
    C. Elle commence le premier jour des menstruations
    D. LH, FSH, œstrogènes, progestérone n'ont pas de rôle dans la régulation du cycle menstruel
    E. Aucune des réponses n'est correcte

70. * Concernant la phase lutéale du cycle menstruel, l'affirmation suivante est vraie:
    A. Le corps jaune ne sécrète pas d'estradiol et de progestérone
    B. L'ovulation réalise la transition de la phase folliculaire à la phase lutéale du cycle menstruel
    C. Si l'ovocyte est fécondé, le corps jaune dégénère
    D. Le mucus cervical est réduit en quantité et a un aspect opaque
    E. Aucune réponse n'est correcte

71. L'âge moyen d'installation de la ménarche aux États-Unis:
    A. Tends à être plus précoce chez les blancs comparés aux noirs
    B. Est 13 ans
    C. N'est pas établi
    D. Est 18 ans
    E. Tends à être plus précoce chez les noirs comparés aux blancs

72. Parmi les caractéristiques du développement gynécologique dans le groupe d'âge 11-17 ans, on note:
    A. Diminution des niveaux de LH et des androgènes
    B. Développement des caractères sexuels secondaires et poussées de croissance
    C. Augmentation des niveaux de LH, FSH et androgènes atteignant les valeurs basales des personnes matures
    D. Caractéristiques du stade Tanner 1
    E. Apparition de la ménarche chez les filles

73. Si nous nous référons à une patiente âgée de ≥50 ans, les affirmations suivantes sont vraies:
    A. C'est un âge auquel débute physiologiquement l'insuffisance ovarienne
    B. La patiente présente uniquement des cycles menstruels réguliers en perimenopause
    C. Augmentation des niveaux de FSH et LH
    D. La ménopause peut survenir caractérisé par des cycles menstruels réguliers
    E. Diminution des niveaux de LH.

74. La gonadarche se caractérise par:
    A. La stimulation des gonades par la FSH
    B. L'activation des gonades
    C. La stimulation des gonades par la LH
    D. La production d'androgènes d'origine surrénalienne
    E. L'inactivation des gonades

75. Au stade Tanner 4 concernant le développement des seins et de la pilosité:
    A. Les seins diminuent légèrement en taille
    B. Une augmentation secondaire du mamelon a lieu
    C. Les poils pubiens deviennent de plus en plus rares et plus doux
    D. La croissance en taille des seins continue
    E. L'aréole mammaire ne subit pas de modifications

76. Les affirmations suivantes concernant la puberté précoce sont vraies:
    A. Chez les garçons, elle apparaît avant l'âge de 8 ans.
    B. Apparaît des modifications pubertaires chez les filles à des âges inférieurs à 7 ans
    C. Chez les filles, la cause est l'activation précoce de l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien
    D. Peut-être isosexuelle ou hétérosexuelle
    E. La FSH augmente tandis que la LH diminue

77. Dans le déroulement des phénomènes au cours d'un cycle menstruel, la progestérone:
    A. Augmente la température basale
    B. Stimule la contractilité utérine
    C. Diminue la consistance du mucus cervical
    D. Stimule le développement des glandes endométriales
    E. Ne contribue pas au maintien de la grossesse

78. Concernant la ménopause, les affirmations suivantes sont vraies:
    A. En péri ménopause, les niveaux de FSH et LH augmentent
    B. La ménopause prématurée survient avant l'âge de 40 ans
    C. Les bouffées de chaleur, les sueurs, l'aménorrhée, l'anxiété peuvent être des signes de ménopause
    D. Le traitement de première ligne pour les bouffées de chaleur n'est pas représenté par la perte de poids
    E. La thérapie hormonale est indiquée pour les patientes à risque accru de cancer du sein

79. Parmi les affirmations suivantes concernant la contraception hormonale, lesquelles sont vraies:

A. Aucun effet secondaire n'est décrit
B. Son objectif est de prévenir la grossesse
C. Lors de la prescription de contraceptifs, il faut tenir compte du degré de conformité de la patiente
D. Il n'existe pas de contre-indications en cas de comorbidités
E. Peut déclencher des nausées, des vomissements

80. Dans un cas diagnostiqué d'aménorrhée primaire:
A. La patiente a présenté auparavant 2 cycles menstruels
B. L'absence consécutive de plus de 3 cycles menstruels est notée
C. L'absence de menstruations pendant plus de 6 mois est observée
D. La patiente n'a pas eu de menstruation jusqu'à l'âge de 16 ans, en présence de caractères sexuels
E. L'absence concomitante de menstruations et de caractères sexuels secondaires jusqu'à 13 ans est décrite

81. Parmi les causes de l'aménorrhée secondaire se trouvent:
A. Absence congénitale de l'utérus
B. La grossesse
C. Le syndrome d'Asherman
D. Le syndrome des ovaires micro-polykystiques
E. Médicaments qui n'influencent pas l'équilibre hormonal

82. Parmi les facteurs de risque dans la dysménorrhée, on note:
A. Absence de syndrome prémenstruel
B. Ménorragie
C. Indice de masse corporelle <20kg/m2
D. Ménarche > 12 ans
E. Maladies inflammatoires pelviennes

83. Concernant l'endométriose, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Elle représente la présence de tissu endométrial à l'intérieur de la cavité utérine
B. La cause est représentée par le flux menstruel rétrograde
C. Le diagnostic est établi histopathologiquement
D. L'ablation laparoscopique ne peut pas améliorer la fertilité
E. La nulliparité et l'historique familial ne représentent pas des facteurs de risque

84. Le néoplasie vaginal peut se manifester par:
A. Sécrétion vaginale fétide
B. Saignement vaginal en post-ménopause/post-coïtal

C. Ulcérations au niveau du vagin
D. Formation tumorale irrégulière, localisée au niveau du fond utérin
E. Saignement vaginal post-coïtal

85. Concernant le cancer du sein, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Le diagnostic est établi sur la base de la mammographie
B. L'IRM est une méthode de dépistage couramment utilisée
C. La biopsie de la tumeur établit le diagnostic de certitude
D. La mammographie représente une méthode de dépistage
E. Le test de la présence de récepteurs d'œstrogène et de progestérone au niveau tumoral n'aide pas à établir le traitement.

86. Parmi les modifications physiologiques pendant la grossesse, on trouve:
A. Le débit cardiaque augmente de 40%
B. La consommation totale d'oxygène du corps augmente de 20%
C. L'excrétion rénale de protéines diminue
D. Le niveau de cortisol diminue
E. Sialorrhée

87. Concernant l'évaluation de l'âge gestationnel (AG), les affirmations suivantes sont vraies:
A. Au premier trimestre, l'échographie est utilisée pour déterminer la longueur cranio-caudale, étant la méthode la plus précise pour déterminer l'AG
B. Au troisième trimestre de la grossesse, la longueur cranio-caudale est la méthode la plus précise pour estimer l'AG
C. La mesure de l'AG au deuxième trimestre a une précision de +/- 1-2 semaines.
D. Les diamètres utilisés pour calculer l'âge gestationnel au deuxième trimestre sont: la circonférence abdominale, le diamètre bipariétal, la circonférence crânienne et la longueur fémorale
E. L'obésité maternelle n'affecte pas la précision des mesures échographiques

88. *Les affirmations suivantes concernant les consultations prénatales sont fausses:
A. Les objectifs des consultations prénatales consistent à prévenir ou à gérer les pathologies qui peuvent être nuisibles à la mère ou au fœtus.
B. Les analyses de laboratoire et l'échographie sont effectuées à des moments clés au cours de la grossesse pour détecter des infections ou des anomalies fœtales
C. Les manœuvres de Leopold ne sont effectuées qu'au premier trimestre de grossesse pour déterminer la présentation fœtale
D. Les battements du cœur fœtal sont évalués à chaque visite
E. Les tests de diagnostic anténatal sont généralement effectués chez des femmes à risque accru d'anomalies congénitales

89. Le traitement du diabète gestationnel comprend:
    A. Le contrôle strict de la glycémie par l'alimentation et l'exercice
    B. L'autosurveillance de la glycémie pour déterminer l'efficacité de la thérapie
    C. L'administration d'insuline chez les patientes ayant des résultats favorables à la thérapie non pharmacologique
    D. Métformine chez les patientes dont le niveau de glycémie est contrôlé par un régime alimentaire et de l'exercice
    E. Examens échographiques pour évaluer le bien-être fœtal

90. Concernant la prééclampsie (PE), les affirmations suivantes sont vraies:
    A. La PE consiste en l'association d'une augmentation de la glycémie à jeun avec une protéinurie
    B. Parmi les facteurs de risque figurent: la nulliparité, un historique de prééclampsie, la grossesse multiple
    C. La patiente peut être asymptomatique dans les formes légères
    D. Parmi les signes de gravité, on note des plaquettes <100.000
    E. Une tension artérielle de 140/90 mm Hg pendant la grossesse chez une patiente qui était auparavant normotensive établit le diagnostic sans nécessiter d'autres mesures pour établir le diagnostic

91. Parmi les manifestations cliniques de l'éclampsie, on trouve:
    A. Les crises convulsives
    B. La douleur dans la région abdominale inférieure apparaissant une semaine après les crises convulsives
    C. Troubles de la vision
    D. Céphalée
    E. Test non stress non réactif

92. *Les nausées et vomissements pendant la grossesse:
    A. Apparaissent généralement au troisième trimestre de grossesse
    B. Le diagnostic chez la femme enceinte est difficile à établir
    C. L'échographie et l'examen Doppler sont des investigations de routine nécessaires pour établir le diagnostic
    D. Sont déterminés par l'augmentation de la Beta-hCG
    E. Les symptômes s'aggravent généralement à mesure que la grossesse progresse

93. Concernant les avortements spontanés, les affirmations suivantes sont vraies:

A. Les avortements spontanés du premier trimestre ne sont généralement pas le résultat de trisomies
B. Les avortements spontanés du deuxième trimestre ne sont généralement pas causés par une incontinence cervico-isthmique ou une consommation de drogues
C. Les avortements spontanés du deuxième trimestre sont généralement causés par une infection, une incontinence cervico-isthmique, des anomalies utérines, une hypercoagulabilité, une pathologie maternelle coexistant ou une consommation de drogues
D. Les avortements spontanés du premier trimestre sont généralement le résultat d'anomalies chromosomiques fœtales
E. Les avortements spontanés du deuxième trimestre sont généralement causés par des anomalies chromosomiques le plus souvent

94. Parmi les facteurs de risque pour l'avortement spontané, on note:
A. Âge maternel extrême: >35 ans ou <15 ans
B. Antécédents d'avortements spontanés
C. Faible consommation de caféine
D. Niveau élevé de folate
E. Naissances multiples antérieures

95. Dans une grossesse arrêtée dans son évolution:
A. Le saignement vaginal est présent avec ou sans douleur associée
B. L'orifice cervical est fermé
C. L'utérus est sans contenu
D. Échographiquement, un fœtus intra-utérin viable est détecté
E. L'administration d'immunoglobuline anti-D n'est pas recommandée

96. Une patiente avec une grossesse de 15 semaines d'aménorrhée se présente avec un saignement vaginal. L'examen gynécologique local met en évidence un orifice cervical fermé. L'examen échographique montre un fœtus viable:
A. Le diagnostic de grossesse arrêtée dans son évolution est établi
B. Le repos au lit est recommandé
C. Le diagnostic de menace d'avortement est établi
D. La reprise de l'activité sportive est recommandée
E. La limitation de l'activité est recommandée

97. Concernant le traitement de la grossesse ectopique, les affirmations suivantes sont vraies:
A. La grossesse ectopique non rompue < 6 semaines de gestation est traitée uniquement par voie chirurgicale

B. La grossesse ectopique plus avancée ou rompue est traitée par hydratation intraveineuse sans intervention chirurgicale
C. La grossesse ectopique non rompue < 6 semaines de gestation est traitée avec du méthotrexate
D. La grossesse ectopique plus avancée ou rompue est traitée par hydratation intraveineuse et excision chirurgicale
E. La grossesse ectopique non rompue de 11 semaines de gestation est traitée uniquement avec du méthotrexate

98. Concernant la restriction de croissance intra-utérine asymétrique, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Elle est présente dans 50% des cas
B. Elle apparaît au premier trimestre de grossesse
C. Elle est caractérisée par une réduction des dimensions de l'abdomen, tout en préservant les dimensions du crâne et des membres
D. Elle est présente dans 80% des cas
E. Parmi les causes se trouve également le tabagisme

99. Parmi les facteurs de risque pour la rupture spontanée du membrane (PROM), on note:
A. Infection vaginale ou cervicale
B. Nutrition maternelle équilibrée
C. Col fermé sans modifications de longueur
D. PROM lors de grossesses antérieures
E. Incontinence cervico-isthmique

100. Chez une patiente avec une grossesse de 33 semaines de gestation à qui le diagnostic de travail prématuré a été établi, les mesures thérapeutiques suivantes s'appliquent:
A. Attitude d'attente
B. Terminaison d'urgence de la grossesse par césarienne
C. Les activités physiques ne seront pas restreintes
D. Des glucocorticoïdes sont administrés
E. Une thérapie tocolytique est instituée

101. Concernant la grossesse ectopique, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Parmi les facteurs de risque figurent: la maladie inflammatoire pelvienne, les maladies sexuellement transmissibles, les interventions chirurgicales gynécologiques
B. La patiente peut présenter des douleurs abdominales, des saignements vaginaux, une aménorrhée, des nausées
C. Une Beta-hCG élevée établit le diagnostic de certitude de grossesse ectopique
D. Le traitement des grossesses ectopiques est exclusivement chirurgical

E. Le décès maternel est une complication possible dans ces cas

102. L'hydramnios (Hdr):
A. Représente un excès de liquide amniotique au niveau du sac gestationnel
B. L'Hdr peut être la raison pour laquelle la hauteur de fond utérin est plus élevée par rapport à l'âge gestationnel
C. Ne peut pas être diagnostiqué par échographie
D. L'amnioreduction est une méthode de diagnostic dans ces cas
E. Ne peut pas entraîner de complications pendant la grossesse

103. Concernant le placenta praevia (PP), les affirmations suivantes sont vraies:
A. Il est rarement associé à des saignements vaginaux
B. Dans le PP central, le placenta couvre seulement partiellement l'orifice cervical interne
C. Le principal symptôme dans les cas de PP est un saignement non accompagné de douleur
D. Dans le PP central, un accouchement par voie naturelle n'est pas possible
E. La césarienne est une recommandation pour la terminaison de l'accouchement dans les cas de PP central

RÉPONSES CHAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

1	C
2	D
3	C
4	E
5	C
6	B, C, D, E
7	A, C, E
8	A, B, C, D
9	A, B, C, D
10	A, B, C, D
11	B, E
12	A, C, E
13	A, C, D, E
14	A, D
15	A, B, C
16	A, C, D
17	A, B, D, E
18	D
19	C
20	E
21	B
22	C
23	A, B, C, D
24	B, D, E
25	B, C, E
26	A, B, C, E
27	A, B, D, E
28	C, D, E
29	B, C, E
30	A, B, D, E
31	B, C, D
32	A, B, D, E
33	A, C, D, E
34	B, C, E
35	A, B, C, E
36	A
37	C
38	B
39	C
40	A, C, E
41	B, D
42	A, B, D
43	B, C, E
44	A, E
45	A, B, C, D
46	A, C, D, E
47	B, C, E
48	A, C, D
49	A, C, D
50	B, D, E
51	A, B
52	B
53	B
54	C
55	D
56	A, B, C
57	A, C, D
58	A, B, D, E
59	A, B, E
60	A, C, D, E
61	B, C, D
62	A, E
63	B, C, D
64	B, C
65	A, C, E
66	A, B, E
67	A, B, C, E
68	A, C, D
69	C
70	B
71	B, E
72	B, C, E
73	A, C
74	A, B, C
75	B, D
76	C, D
77	A, D
78	A, B, C
79	B, C, E
80	D, E
81	B, C, D
82	B, C, E
83	B, C
84	A, B, C, E
85	C, D
86	A, B, E
87	A, C, D
88	C
89	A, B, E
90	B, C, D
91	A, C, D
92	D
93	C, D
94	A, B, E
95	A, B
96	B, C, E
97	C, D
98	C, D, E
99	A, D, E
100	A, D, E
101	A, B, E
102	A, B
103	C, D, E

CHAP. XIX - ANESTHÉSIE ET SOINS INTENSIFS

1. La capnographie est utilisée en pratique clinique pour:
A. Surveillance continue du PCO_2 en fin d'expiration
B. Détection de l'acidose respiratoire
C. Confirmation de l'intubation trachéale
D. Détection des problèmes aigus des voies aériennes chez les patients intubés et ventilés mécaniquement
E. Évaluation de la fonction respiratoire chez les patients trachéotomisés.

2. Parmi les complications précoces de la trachéotomie, on trouve:
A. Pneumothorax
B. Hémorragie due à une lésion de l'artère ou de la veine sous-clavière
C. Sténose trachéale
D. Arythmies cardiaques
E. Emphysème sous-cutané.

3. Les affirmations suivantes concernant l'insuffisance ventilatoire aiguë sont vraies:
A. Peut être causée par la myasthénie grave ou le syndrome de Guillain-Barré
B. Les lésions médullaires hautes ne provoquent pas d'insuffisance ventilatoire aiguë
C. Nécessite une ventilation mécanique si la capacité vitale diminue en dessous de 10 ml/kg de poids corporel
D. Nécessite une ventilation mécanique si la fréquence respiratoire chute en dessous de 10 respirations par minute
E. Le volume courant est un indicateur précis de la gravité de l'insuffisance ventilatoire.

4. Les indications de la ventilation mécanique en cas d'insuffisance respiratoire aiguë sont:
A. Lésions crâniennes avec pression intracrânienne élevée
B. Apnée obstructive du sommeil
C. Patient tachypnéique, hypoxique, coopératif
D. Asthme bronchique sévère
E. Patient à haut risque en période post-opératoire immediate.

5. En termes pratiques, l'insuffisance respiratoire est présente lorsque:
A. $PaO_2 < 8$ kPa
B. $PaCO_2 < 8$ kPa
C. $PaCO_2 < 7$ kPa
D. $PaO_2 < 60$ mmHg
E. $PaCO_2 < 55$ mmHg.

6. Les causes les plus fréquentes de l'insuffisance respiratoire de type I sont:
A. Pneumonie aiguë bactérienne

B. Pneumonie aiguë virale
C. Fibrose pulmonaire
D. Œdème pulmonaire cardiogénique
E. BPCO.

7. Les causes les plus fréquentes de l'insuffisance respiratoire de type II sont:
A. Syndrome de Guillain-Barré
B. Embolie pulmonaire
C. Intoxications médicamenteuses
D. Lésions pulmonaires aiguës
E. BPCO

8. L'évaluation clinique des troubles respiratoires de l'insuffisance respiratoire aiguë se fera en observant les symptômes suivants:
A. Respiration asynchrone (discrépanse entre les mouvements abdominaux et thoraciques)
B. Respiration paradoxale (mouvements opposés des compartiments abdominaux et thoraciques)
C. Alternance respiratoire (alternance relative de la participation des muscles intercostaux/accessoires et du diaphragme à chaque respiration)
D. Respiration asynchrone (mouvements opposés des compartiments abdominaux et thoraciques)
E. Respiration paradoxale (discrépanse entre les mouvements abdominaux et thoraciques).

9. Les oxymètres de pouls:
A. Peuvent être appliqués sur le lobe de l'oreille
B. Sont appliqués sur les doigts de la main ou du pied
C. Nécessitent un calibrage
D. Fournissent une mesure continue et invasive de la saturation veineuse en oxygène (SpO_2)
E. Mesurent le changement du flux de lumière transmis à travers le sang artériel pulsatile.

10. * L'indicateur clinique le plus sensible de l'augmentation de la difficulté respiratoire est:
A. Tachypnée
B. Tachycardie
C. Bradycardie
D. Bradypnée
E. Tirage intercostal.

11. * Parmi les complications immédiates de l'intubation trachéale, on trouve:
A. Positionnement de la canule dans une bronche principale (généralement la gauche)
B. Positionnement de la canule dans l'œsophage
C. Migration de la canule hors de la trachée
D. Sinusite aiguë
E. Fuites d'air autour de la canule

12. * Les complications tardives de l'intubation trachéale incluent les suivantes, à l'exception de:
A. Lésion laryngée
B. Obstruction de la canule due à une torsion ou à des sécrétions
C. Sinusite
D. Trachéomalacie
E. Sténose et fibrose trachéale.

13. Le type I d'insuffisance respiratoire survient dans:
A. Ventilation alvéolaire insuffisante
B. Maladies affectant le tissu pulmonaire
C. Lésions pulmonaires aiguës
D. Insuffisance cardiaque
E. BPCO.

14. Le type II d'insuffisance respiratoire survient dans:
A. Pneumonie
B. BPCO
C. Œdème pulmonaire cardiogénique
D. Fibrose pulmonaire
E. Déformations de la paroi thoracique.

15. Les manifestations cliniques de l'insuffisance respiratoire sont:
A. Bradypnée
B. Tirage intercostal
C. Absence de respiration paradoxale
D. Niveau de conscience non affecté
E. Tachycardie.

16. La capnographie peut être utilisée pour:
A. Confirmation de l'intubation trachéale
B. Surveillance continue de la pression partielle du CO_2 expiré
C. Détection des modifications aiguës de la fonction cardio-respiratoire
D. Détection des problèmes aigus des voies respiratoires
E. Surveillance continue de la pression partielle du CO_2 dans le sang artériel.

17. La ventilation invasive peut être réalisée par:
A. Masque facial
B. Casque
C. Canule endotrachéale
D. Trachéostomie
E. Canules nasales.

18. Les indications de la ventilation mécanique sont:
A. Insuffisance respiratoire aiguë
B. Ventilation préopératoire chez des patients à haut risque
C. Lésions crâniennes: pour éviter l'hypoxie et l'hypercapnie
D. Lésions thoraciques avec contusions pulmonaires et lésions médullaires hautes
E. Insuffisance ventriculaire gauche sévère avec œdème pulmonaire.

19. Les complications immédiates de l'intubation trachéale sont:
A. Traumatisme des voies aériennes supérieures
B. Migration de la canule hors de la trachée
C. Canule placée dans l'œsophage
D. Fuites d'air autour de la canule
E. Canule dans une bronche principale (généralement la droite).

20. L'insuffisance respiratoire peut être classée en:
A. Type I où la PaO_2 est normale ou augmentée et la $PaCO_2$ augmentée
B. Type II où la $PaCO_2$ est augmentée et la PaO_2 diminuée
C. Type I ou insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique
D. Type I ou insuffisance ventilatoire
E. Type II ou insuffisance ventilatoire.

21. La ventilation non invasive peut être réalisée avec:
A. Sonde endotrachéale
B. Masque facial
C. Masque nasal
D. Casque
E. Jamais avec un masque nasal.

22. Les indications de la ventilation mécanique invasive incluent:
A. Insuffisance respiratoire aiguë avec signes de détresse respiratoire persistante malgré un traitement maximal
B. Tous les patients postopératoires
C. Œdème pulmonaire réagissant au traitement par ventilation non invasive
D. Coma avec altération des réflexes de maintien des voies aériennes ouvertes
E. Insuffisance ventilatoire aiguë chez les patients atteints du syndrome de Guillain-Barré lorsque la capacité vitale diminue à 10 ml/kg ou moins.

23. Les complications immédiates de l'intubation orotrachéale sont:
A. Sténose et fibrose trachéale
B. Glissement de la canule dans une bronche principale
C. Trachéomalacie
D. Introduction de la sonde dans l'œsophage

E. Sinusite.

24. Les complications associées à la ventilation mécanique sont:
A. Cardiovasculaires: l'application d'une pression positive augmente le retour veineux
B. Barotraumatisme
C. Fractures costales
D. Bronchospasme
E. Volotraumatisme.

25. Les situations cliniques et paracliniques suivantes définissent le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA):
A. Œdème pulmonaire cardiogénique
B. Compliance pulmonaire réduite entraînant des pressions élevées d'inflation
C. Rx: infiltrats pulmonaires nouveaux, inégaux ou homogènes bilatéraux
D. Anomalies des échanges gazeux avec PEEP > 5 cmH_2O
E. Détresse respiratoire.

26. Les causes fréquentes du syndrome de détresse respiratoire aiguë sont:
A. Pneumonie
B. Traumatismes sévères avec choc et multiples transfusions
C. Embolie graisseuse
D. Contusion pulmonaire
E. Sepsis.

27. * Le facteur étiologique le plus fréquent du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est:
A. Aspiration du contenu gastrique
B. Lésions par inhalation
C. Sepsis
D. Brûlures sévères des voies aériennes
E. Pneumonie.

28. * Les affirmations suivantes concernant le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sont vraies, sauf:
A. L'hypertension pulmonaire est une caractéristique fréquente du SDRA
B. L'œdème pulmonaire cardiogénique est un signe du SDRA
C. Un exsudat hémorragique intra-alvéolaire apparaît
D. Une remodelisation pulmonaire survient chez les patients survivants
E. Peut conduire à une insuffisance multiviscérale.

29. Parmi les modifications physiopathologiques du SDRA, on trouve:
A. Le shunt diminue et l'espace mort augmente

B. La compliance pulmonaire diminue
C. La compliance pulmonaire augmente
D. Il existe des preuves de limitation du flux
E. Le shunt et l’espace mort augmentent.

30. Les éléments du tableau clinique et paraclinique du SDRA incluent:
A. Tachypnée suivie d'une augmentation de l'hypoxémie et de la sensation de manque d’air
B. Râles sous-crépitants dans les deux champs pulmonaires
C. Rx: infiltrats pulmonaires diffus, bilatéraux
D. CT: opacification en « verre dépoli »
E. CT: épanchements pleuraux massifs.

31. Le traitement du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) repose sur:
A. Anticoagulants
B. Limitation de l’œdème pulmonaire
C. Prostacyclines et oxyde nitrique inhalé
D. Ventilation mécanique
E. Pronation.

32. Concernant le pronostic du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), les affirmations suivantes sont vraies:
A. La mortalité a diminué ces deux dernières décennies de 60 % à 20-40 %
B. Le pronostic dépend largement de l’étiologie
C. La mortalité augmente avec l’âge et en présence d’une défaillance d’autres organes
D. La majorité des décès surviennent en raison de la détérioration des échanges gazeux
E. La mortalité est plus élevée chez les jeunes.

33. Le diagnostic différentiel du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) comprend:
A. Insuffisance cardiaque
B. BPCO
C. Asthme bronchique
D. Fibrose pulmonaire
E. Pneumonie.

34. * La base du traitement du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est:
A. Corticothérapie intraveineuse
B. Oxyde nitrique inhalé
C. Pronation du patient
D. Ventilation mécanique
E. Limitation de l’œdème pulmonaire.

35. Le syndrome de détresse respiratoire aiguë est classé selon la définition de Berlin comme suit:

A. Léger: PEEP ≥ 5 cmH_2O ou rapport PaO_2/FiO_2 entre 200-300 mmHg
B. Modéré: PEEP ≥ 5 cmH_2O ou rapport PaO_2/FiO_2 entre 200-300 mmHg
C. Sévère: PEEP ≤ 5 cmH_2O et rapport PaO_2/FiO_2 entre 100-200 mmHg
D. Léger: PEEP ≥ 5 cmH_2O et rapport PaO_2/FiO_2 entre 200-300 mmHg
E. Sévère: PEEP ≥ 5 cmH_2O et rapport PaO_2/FiO_2 < 100 mmHg.

36. D'un point de vue clinique et paraclinique, le syndrome de détresse respiratoire aiguë se manifeste ainsi:
A. Le premier signe est une tachycardie inexpliquée
B. Le premier signe est une tachypnée inexpliquée
C. La radiographie thoracique montre une opacification diffuse unilatérale
D. La radiographie thoracique montre une opacification diffuse bilatérale
E. Des râles sifflants sont perçus dans les deux champs pulmonaires.

37. Les causes fréquentes de lésions pulmonaires directes pouvant induire un syndrome de détresse respiratoire aiguë sont:
A. Pneumonie
B. Sepsis
C. Embolie graisseuse
D. Embolie de liquide amniotique
E. Aspiration du contenu gastrique.

38. Le syndrome de détresse respiratoire aiguë est défini par:
A. Diminution de la compliance pulmonaire
B. Présence d'une cause cardiaque de l'œdème pulmonaire
C. Infiltrat pulmonaire organisé unilatéral sur la radiographie thoracique
D. Nouveaux infiltrats pulmonaires bilatéraux et diffus sur la radiographie thoracique
E. Présence d'une cause non cardiaque de l'œdème pulmonaire.

39. Les valeurs suivantes concernant la définition de Berlin du syndrome de détresse respiratoire aiguë sont correctes:
A. SDRA modéré: rapport PaO_2/FiO_2 < 100 mmHg
B. SDRA léger: rapport PaO_2/FiO_2 entre 200-300 mmHg
C. SDRA sévère: rapport PaO_2/FiO_2 < 100 mmHg
D. SDRA sévère: rapport PaO_2/FiO_2 > 300 mmHg
E. SDRA léger: rapport PaO_2/FiO_2 > 100 mmHg.

40. Concernant le traitement du syndrome de détresse respiratoire, les affirmations suivantes sont vraies:
A. Le traitement de l'affection sous-jacente est l'un des objectifs thérapeutiques
B. L'œdème pulmonaire doit être limité par la restriction des fluides et par des diurétiques si nécessaire

C. Les stéroïdes représentent le traitement de base
D. La ventilation mécanique est contre-indiquée dans le syndrome de détresse respiratoire
E. La pronation est une méthode d'amélioration de la ventilation alvéolaire.

41. Les causes fréquentes du syndrome de détresse respiratoire sont les suivantes:
A. Embolie de liquide amniotique
B. Pneumonie
C. Sepsis
D. Aspiration du contenu gastrique
E. Pancréatite aiguë.

42. Concernant le syndrome de détresse respiratoire, les affirmations suivantes sont vraies:
A. L'œdème pulmonaire non cardiogénique est une caractéristique principale du syndrome
B. Il y a une augmentation de la perméabilité vasculaire
C. Il est toujours dû à une insuffisance cardiaque
D. La pronation est l'une des mesures thérapeutiques
E. La compliance pulmonaire est augmentée.

RÉPONSES CHAP. XIX - ANESTHÉSIE ET SOINS INTENSIFS

1 A, C, D
2 A, D, E
3 A, C
4 A, E
5 A, D
6 A, B, C, D
7 A, C, E
8 A, B, C
9 A, B, E
10 A
11 B
12 B
13 B, C
14 B, E
15 B, E
16 A, B, C, D
17 C, D
18 A, C, D, E
19 A, C, E
20 B, C, E
21 B, C, D
22 A, D, E
23 B, D
24 B, E
25 B, C, E
26 A, B, E
27 C
28 B
29 B, D, E
30 A, B, C, D
31 B, C, D, E
32 A, B, C
33 A, D
34 D
35 D, E
36 B, D
37 A, E
38 A, D, E
39 B, C
40 A, B, E
41 B, C, D
42 A, B, D

CHAP. XX - PÉDIATRIE

1. Précisez lesquelles des affirmations suivantes concernant le croup NE sont PAS vraies:
   A. Il s'agit d'une inflammation aiguë des amygdales
   B. Il survient le plus souvent entre l'âge de 3 mois et 5 ans
   C. La toux est productive
   D. Il se caractérise par une dyspnée et un stridor inspiratoire
   E. Les cas graves sont traités par aérosols d'épinéphrine et corticostéroïdes

2. *La bronchiolite:
   A. Est une infection bactérienne des bronchioles
   B. Apparaît le plus souvent en été
   C. Est habituellement observée chez les enfants de plus de 2 ans
   D. Se manifeste par des sifflements respiratoires (wheezing), une toux, des râles et une expiration prolongée
   E. Ne représente pas un facteur de risque accru pour l'asthme

3. *L'affirmation suivante concernant les troubles gastro-intestinaux pédiatriques est fausse:
   A. La fistule trachéo-œsophagienne est fréquemment associée à une atrésie de l'œsophage
   B. Dans la sténose hypertrophique du pylore, l'imagerie par transit baryté montre un élargissement du canal pylorique (signe du fil)
   C. Les facteurs de risque de l'entérocolite nécrosante sont les suivants: prématurité, faible poids de naissance
   D. Le traitement de la maladie de Hirschsprung consiste en une colostomie et une résection du segment intestinal atteint
   E. Les complications possibles de l'invagination intestinale incluent une ischémie intestinale et une perforation lors de la réduction par lavement au produit de contraste aérographique

4. *L'affirmation concernant le traitement du retard de croissance qui est fausse est:
   A. Comprend un régime hypercalorique
   B. Comprend un régime hypocalorique
   C. Comprend le traitement de la cause sous-jacente
   D. Comprend l'éducation des parents en matière de nutrition et d'alimentation appropriées
   E. Comprend le recours aux services sociaux de soutien en cas de négligence ou de maltraitance

5. *Indiquez lesquelles des affirmations suivantes concernant le traitement d'un enfant souffrant d'énurésie sont fausses:
   A. Aucune restriction de liquides
   B. Modifications diététiques
   C. Desmopressine ou imipramine

D. Alarmes pour l'énurésie
E. Aucune prise de liquide proche de l'heure du coucher

6. *Chez un enfant présentant des testicules non descendus (cryptorchidie), l'administration exogène de hCG ou l'orchidopexie est indiquée à l'âge:
   A. Avant 3 ans
   B. Avant 6 ans
   C. Avant 5 ans
   D. Avant 1 an
   E. À l'adolescence

7. Quelles sont les manifestations cliniques évocatrices de l'hypothyroïdie congénitale chez l'enfant ?
   A. Fontanelle antérieure large et ouverte
   B. TSH basse, FT4 élevée
   C. Macroglossie
   D. Hernie ombilicale, constipation
   E. Hypertonie

8. Le traitement des maladies de surcharge en glycogène consiste en:
   A. Transplantation hépatique
   B. Substitution enzymatique (Alglucosidase alpha)
   C. Régime hyperprotéiné
   D. Supplémentation en fructose
   E. Régime hyperlipidique

9. Maladie hémolytique du nouveau-né:
   A. Elle se caractérise par l'apparition d'anticorps anti-Rh
   B. Les cellules fœtales Rh- pénètrent dans la circulation maternelle Rh+
   C. Les anticorps anti-Rh provoquent une hémolyse sévère des érythrocytes fœtaux dès la première grossesse
   D. Les anticorps anti-Rh provoquent une hémolyse sévère des érythrocytes fœtaux à partir de la deuxième grossesse
   E. L'hémolyse peut entraîner le décès du fœtus

10. *L'affirmation fausse concernant le neuroblastome est:
   A. C'est une tumeur d'origine des cellules de la crête neurale
   B. Elle ne se situe pas dans les glandes surrénales ni dans les ganglions sympathiques
   C. Elle se manifeste par: douleur abdominale, masse abdominale, perte de poids, altération de l'état général, hépatomégalie

D. L'acide vanillylmandélique et l'homovanillique sont dosés dans les urines sur 24 heures
E. La tomodensitométrie (TDM) peut localiser la tumeur

11. Les affirmations suivantes concernant la scarlatine sont FAUSSES:
A. Elle présente une éruption diffuse érythémato-papuleuse avec un aspect de « papier de verre », une langue framboisée, et des desquamations des paumes et des plantes
B. Elle est causée par le virus herpes humain 6 (HHV-6)
C. Biologiquement: test rapide pour streptocoque, culture des sécrétions pharyngées
D. Dans les formes sévères, des complications apparaissent: cardite rhumatismale, glomérulonéphrite post-streptococcique
E. Le traitement recommandé est un traitement de soutien

12. Le tableau clinique de la rubéole se caractérise par:
A. Le début est marqué par une éruption sur le visage, plus prononcée sur les joues
B. Éruption maculopapuleuse qui commence sur le visage et se propage au tronc
C. Dans les formes sévères, des complications apparaissent: cardite rhumatismale, glomérulonéphrite post-streptococcique
D. Elle s'accompagne d'adénopathies postérieures, cervicales et occipitales
E. Apparition de petites taches sur le palais mou (taches de Forchheimer)

13. *La malformation cardiaque congénitale la plus fréquente est:
A. La communication interauriculaire (CIA)
B. La communication interventriculaire (CIV)
C. La persistance du canal artériel (PCA)
D. Le tronc artériel commun persistant
E. La transposition des gros vaisseaux

14. Concernant la purpura de Henoch-Schönlein, les affirmations suivantes sont vraies:
A. C'est la deuxième vascularite la plus fréquente chez l'enfant
B. Il s'agit d'une vascularite médiée par des complexes immuns à immunoglobuline A (IgA)
C. Elle est fréquemment observée chez les enfants âgés de 3 à 15 ans
D. Elle se manifeste cliniquement par: purpura, douleurs abdominales, arthrite/arthralgies polyarticulaires, hématurie
E. L'analyse d'urine peut révéler une hématurie

15. Les affirmations suivantes concernant la tumeur de Wilms sont vraies:
A. C'est une masse tumorale qui débute à l'adolescence
B. C'est une tumeur maligne d'origine rénale
C. Les manifestations cliniques incluent: perte de poids, polyurie, masse abdominale ou latérale palpable, hypertension artérielle

D. Le neuroblastome et les antécédents familiaux de tumeur de Wilms sont des facteurs de risque pour son développement
E. L'évaluation de cette tumeur implique des examens biologiques (créatinine, urée) et d'imagerie (échographie et scanner)

16. Quelles sont les principales causes impliquées dans l'apparition de l'hypothyroïdie congénitale:
A. Anticorps anti-thyroperoxydase et anticorps anti-thyroglobuline
B. Agénésie de la glande thyroïde
C. Pathologies héréditaires de la synthèse des hormones thyroïdiennes
D. Thyroïdectomie
E. Déficit sévère en iode

17. L'ouverture anormale de l'urètre chez l'enfant:
A. Est une cause d'infertilité à l'âge adulte
B. Le défaut peut être observé uniquement pendant la miction
C. Peut être classée en épispadias et hypospadias selon la localisation de l'ouverture de l'urètre sur le pénis
D. La circoncision est recommandée avant l'âge de 1 an, suivie d'une correction chirurgicale
E. Peut être associée à d'autres anomalies anatomiques du pénis

18. Les affirmations suivantes concernant la croissance et le développement normaux sont vraies:
A. Le poids de naissance double à l'âge de 1 an
B. La taille à l'âge d'environ 4 ans correspond au double de la longueur à la naissance
C. La macrocéphalie n'est pas associée aux maladies métaboliques cérébrales
D. La microcéphalie peut être associée à une exposition fœtale à des toxiques, à des infections congénitales, à des pathologies métaboliques, ou à des anomalies du tube neural
E. Le poids est le paramètre le plus sensible et le premier à se modifier en cas de retard de croissance

19. Les affirmations suivantes sont vraies concernant la pathologie génétique:
A. Le syndrome de Down est la cause la plus fréquente de handicap intellectuel congénital
B. Le risque de trisomie diminue chez les femmes de plus de 35 ans
C. La majorité des trisomies résultent d'une non-disjonction lors de la méiose des cellules germinales maternelles
D. Dans le cas des trisomies, le caryotypage permet de détecter des chromosomes supplémentaires, tandis que le dépistage génétique identifie des translocations

E. Les syndromes génétiques fréquemment observés dus à des anomalies des chromosomes sexuels comprennent: le syndrome de Turner, le syndrome de Klinefelter, XXY, XXX

20. Le syndrome de l'X fragile se caractérise par les éléments suivants:
    A. Il représente la cause héréditaire la plus fréquente de déficience intellectuelle chez les garçons
    B. Cliniquement, il se manifeste par un visage allongé avec une mâchoire proéminente et de grandes oreilles, ainsi que par des anomalies mineures des mains et des pieds
    C. Le traitement repose sur un conseil génétique approprié aux parents
    D. L'analyse prénatale de l'ADN ne peut pas être réalisée chez les mères ayant des antécédents familiaux positifs
    E. Il s'agit d'un syndrome lié à une délétion

21. L'anémie de Fanconi est caractérisée par les éléments suivants:
    A. C'est une pathologie autosomique dominante
    B. Elle est associée à une insuffisance médullaire
    C. Elle ne comporte pas de risque de développer une leucémie
    D. Cliniquement: fatigue, dyspnée à l'effort, infections fréquentes, petite taille, hyperpigmentation cutanée, anomalies des doigts
    E. Biologiquement: Hb, Ht, plaquettes – diminués ; la biopsie médullaire montre une hypocellularité

22. Les affirmations suivantes sont vraies concernant l'otite moyenne aiguë:
    A. Il s'agit d'une infection de l'oreille moyenne, fréquente chez les enfants de moins de 6 ans
    B. Cliniquement: douleurs auriculaires, fièvre, présence de liquide dans l'oreille moyenne avec une membrane tympanique sous tension
    C. Ce n'est pas une indication à l'administration d'antibiotiques
    D. Traitement: antalgiques + amoxicilline-acide clavulanique à haute dose en première intention
    E. Complications: perte auditive, perforation du tympan, mastoïdite, abcès temporal

23. Rougeole:
    A. Causée par le virus de l'herpès humain de type 6 (HHV-6)
    B. Cliniquement: fièvre, toux, coryza, conjonctivite
    C. Les taches de Koplik sont des lésions blanches à blanc-bleuté, situées sur le cuir chevelu, le thorax et les extrémités
    D. Traitement de routine: antipyrétiques, antibiotiques et vitamine A
    E. Complications: pneumonie, encéphalite, otite moyenne aiguë

24. Les convulsions fébriles:
    A. Ce sont des convulsions chez les enfants âgés de 6 à 60 mois (5 ans) associées à la fièvre
    B. Elles surviennent en même temps qu'une infection ou des lésions du système nerveux central (SNC)
    C. Elles nécessitent des investigations biologiques, à la fois simples et complexes
    D. Elles sont récurrentes chez 65 % des patients
    E. Un EEG de routine n'est pas nécessaire

25. Sélectionnez les affirmations correctes concernant la « coqueluche »:
    A. C'est une infection bactérienne causée par Bordetella pertussis
    B. C'est une infection virale causée par les virus parainfluenza de types 1 et 2
    C. La période d'évolution comprend 3 phases: catarrhale, paroxystique, convalescence
    D. Les macrolides (érythromycine) peuvent raccourcir la durée de la maladie si elles sont initiées précocement
    E. Les complications les plus fréquentes sont la pneumonie et l'apnée chez les nourrissons

26. Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né:
    A. Il se manifeste dans les 2 premiers jours après la naissance
    B. Il se manifeste habituellement après 28 jours de vie
    C. La symptomatologie clinique inclut: cyanose, battements des ailes du nez, gémissements respiratoires, tirage intercostal, fréquence respiratoire > 60 respirations/minute
    D. La radiographie pulmonaire montre des opacités bilatérales avec tendance à la confluence
    E. La radiographie pulmonaire révèle une atélectasie bilatérale avec aspect en verre dépoli

27. Quelles affirmations concernant la sténose pylorique sont fausses:
    A. C'est une hypertrophie du sphincter pylorique pouvant causer une obstruction à la vidange gastrique
    B. Les symptômes débutent dans les premiers jours de la vie
    C. Les symptômes débutent quelques semaines après la naissance
    D. Les analyses biologiques montrent: acidose métabolique hyperchlorémique, hyperkaliémie
    E. Le traitement est de suppléance, symptomatique

28. Dans l'hydrocéphalie infantile, on peut fréquemment observer les manifestations suivantes:
    A. Léthargie
    B. Vomissements
    C. Anorexie
    D. Céphalée
    E. Douleurs intenses dans la fosse iliaque droite

29. *L'affirmation suivante concernant la maladie de Kawasaki est fausse:

A. Elle est le plus souvent rencontrée chez les jeunes enfants
B. C'est une inflammation nécrosante des gros, moyens et petits vaisseaux
C. Elle représente la deuxième vascularite la plus fréquente chez l'enfant
D. Le traitement est exclusivement chirurgical
E. L'échocardiographie peut révéler des anévrismes des artères coronaires

30. *Les étapes de la coqueluche sont:
A. Phase catarrhale: 1 à 2 semaines avec des symptômes non spécifiques, toux légère, rhinorrhée, conjonctives injectées et éventuellement fièvre légère
B. Phase paroxystique: dure environ 2 semaines avec diminution progressive de la fréquence et de la sévérité de la toux
C. Phase de convalescence: après la deuxième semaine, début des épisodes paroxystiques de toux suivie d'un bruit inspiratoire « convulsif », vomissements, syncope
D. Toutes les affirmations ci-dessus sont vraies
E. Aucune des affirmations ci-dessus n'est vraie

31. *Concernant la maladie de Hirschsprung, l'affirmation suivante est vraie:
A. Le traitement est médicamenteux
B. Le principal symptôme est la diarrhée
C. Le lavement baryté montre une dilatation proximale (mégacôlon) avec un rétrécissement distal
D. La biopsie intestinale montre une absence de microvillosités intestinales
E. L'absence d'innervation autonome intestinale cause spasmes, diarrhée, distension abdominale

32. *Les affirmations fausses concernant la tumeur de Wilms sont:
A. Elle survient le plus souvent chez les adolescents
B. Les patients ont des antécédents familiaux, une neurofibromatose ou d'autres anomalies génito-urinaires
C. Les examens paracliniques évaluent l'urée, la créatinine et l'hémogramme pour évaluer la fonction rénale
D. Le scanner ou l'échographie sont diagnostiques et peuvent montrer d'éventuelles métastases
E. Le traitement consiste en une résection chirurgicale ou une néphrectomie

33. *Concernant la maladie de Pompe, l'affirmation vraie est:
A. Le traitement est la transplantation hépatique
B. Les symptômes sont hépatomégalie, hypoglycémie, convulsions, visage de poupée, extrémités fines
C. L'enzyme atteinte est la glucose-6-phosphatase

D. L'enzyme atteinte est l'alpha-glucosidase lysosomale
E. Les symptômes sont atteinte des muscles squelettiques, crampes, myalgies, fatigabilité

34. *L'affirmation suivante concernant la dysplasie de la hanche est vraie:
A. L'incidence est plus élevée chez les garçons
B. C'est une luxation anténatale de la tête fémorale hors de l'acétabulum, perturbant le développement normal de l'articulation de la hanche
C. Le traitement utilise le harnais de Pavlik
D. Le scanner ou l'IRM sont nécessaires pour le diagnostic
E. Signe de Galeazzi positif – genoux à hauteur égale lorsque hanches et genoux sont en extension

35. *En cas d'otite moyenne aiguë, les affirmations suivantes sont vraies:
A. C'est une infection aiguë de l'oreille externe, observée chez les enfants de plus de 6 mois, l'incidence augmente avec l'âge
B. Le traitement de première ligne est l'amoxicilline-acide clavulanique à forte dose
C. Le diagnostic doit être confirmé par un bilan paraclinique (leucocytose avec neutrophilie)
D. Les complications incluent mastoïdite, perte auditive, abcès temporal
E. Aucune des affirmations n'est pas vraie

36. La communication interventriculaire se caractérise par:
A. Discontinuité du septum interauriculaire
B. L'échographie montre un shunt
C. En l'absence de traitement, un syndrome d'Eisenmenger peut apparaître
D. C'est la cardiopathie congénitale la plus fréquente
E. L'ECG est l'examen diagnostic de certitude

37. Le diagnostic échographique de la tétralogie de Fallot comprend:
A. Aorte chevauchant le septum
B. Origine commune des deux gros vaisseaux
C. Artère pulmonaire chevauchant une communication intraauriculaire
D. Obstruction à l'éjection du ventricule droit
E. Veines pulmonaires ne drainant pas dans l'oreillette gauche

38. Les affirmations suivantes sur le croup laryngé sont vraies:
A. Symptômes présents: toux aboyante, congestion nasale, stridor inspiratoire, fièvre
B. Symptômes présents: toux sèche, congestion nasale, wheezing
C. Il est le plus souvent causé par des agents infectieux bactériens
D. Le traitement est symptomatique
E. Il survient le plus souvent dans le groupe d'âge 10–14 ans

39. Concernant la bronchiolite, on peut affirmer:
    A. Les symptômes incluent stridor inspiratoire, toux bitonale, fièvre, dysphonie
    B. Elle survient le plus souvent en automne
    C. Elle présente un risque accru de développer un asthme bronchique
    D. Les symptômes incluent dyspnée, wheezing, toux, fièvre, expiration prolongée
    E. La radiographie pose le diagnostic de certitude

40. L'ictère néonatal peut être causé par:
    A. Hémolyse accrue: incompatibilité ABO materno-fœtale, anomalies héréditaires des cellules sanguines
    B. Anomalies hépatiques: syndrome de Gilbert, syndrome de Crigler-Najjar, atrésie biliaire
    C. L'ictère physiologique (Kern) correspond au dépôt de bilirubine dans les noyaux gris centraux et l'hippocampe, pouvant causer des lésions permanentes
    D. Surproduction de bilirubine sans hémolyse: hémorragie, transfusion materno-fœtale
    E. Hépatite virale néonatale (hépatite B) / Surproduction de bilirubine avec hémolyse: hémorragie, transfusion materno-fœtale

41. L'invagination intestinale a les caractéristiques suivantes, sauf:
    A. Selles en gelée de groseille
    B. Télescopage d'un segment d'intestin dans un autre, provoquant une obstruction (le plus souvent après la valve iléo-cæcale)
    C. Facteurs de risque: diverticule de Meckel, purpura d'Henoch-Schönlein, infection à adénovirus, mucoviscidose
    D. Complications: ischémie cérébrale (le diencéphale est particulièrement vulnérable)
    E. Complications: perforation pendant la réduction par lavement au contraste aérien

42. La sténose hypertrophique du pylore se caractérise par les éléments suivants:
    A. Le traitement est chirurgical
    B. L'hypertrophie du sphincter pylorique peut entraîner une obstruction de la vidange gastrique
    C. Le transit baryté montre un rétrécissement du canal pylorique (signe du fil)
    D. Les symptômes apparaissent tardivement et se manifestent par: vomissements bilieux, vomissements en jet, masse abdominale palpable en hypogastre
    E. Le traitement peut être à la fois chirurgical et médicamenteux

43. Les affirmations vraies concernant les valves urétrales postérieures sont:
    A. Il s'agit d'un repli anormal du tissu au niveau de l'urètre prostatique distal, causant une obstruction vésicale et un jet urinaire faible

B. Les symptômes incluent un jet urinaire faible, des infections urinaires, une distension abdominale
C. L'échographie montre un amincissement de la paroi vésicale, une hydronéphrose unilatérale
D. Le traitement est la néphrotomie
E. La cystourétrographie mictionnelle montre un allongement et une dilatation de l'urètre postérieur pendant la miction

44. Les affirmations suivantes concernant l'hypothyroïdie congénitale sont vraies:
A. Elle est causée par un déficit sévère en TSH, une agénésie des glandes surrénales ou des troubles héréditaires de la synthèse des hormones thyroïdiennes
B. En l'absence de traitement, elle entraîne un retard mental et de croissance (crétinisme)
C. Les signes cliniques peuvent inclure: hypotonie, large fontanelle persistante, macroglossie, hernie ombilicale, peau sèche, ictère
D. Les analyses montrent une FT4 augmentée, un TSH diminué
E. Le traitement repose sur la lévothyroxine instaurée immédiatement après la naissance pour éviter les retards de développement irréversibles

45. Le tableau clinique de l'anémie de Fanconi comprend les éléments suivants, sauf:
A. Hyperkinésie
B. Anomalies des membres inférieurs, souvent associées à une grande taille
C. Infections fréquentes
D. Pigmentations cutanées anormales (taches café au lait ou zones hypopigmentées)
E. Rein en fer à cheval

46. Le neuroblastome est une tumeur neuroendocrine caractérisée par:
A. Symptômes: distension et douleurs abdominales, perte de poids, altération de l'état général, douleurs osseuses, diarrhée, masse abdominale, hypertension artérielle
B. Le scanner peut localiser la tumeur thyroïdienne ou ganglionnaire
C. Le traitement inclut la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie
D. Le pronostic est mauvais s'il apparaît après 1 an et s'il y a métastases osseuses ou cérébrales
E. Les facteurs de risque sont: consommation maternelle d'alcool, syndrome de Horner, obésité

47. Concernant les convulsions fébriles:
A. Elles apparaissent en l'absence de lésions ou infections du système nerveux central
B. Elles peuvent être simples – crises généralisées durant moins de 15 minutes
C. Les antipyrétiques réduisent le risque de convulsions fébriles

D. Elles surviennent chez des enfants ayant des antécédents familiaux de convulsions fébriles
E. L'EEG est nécessaire pour un diagnostic de certitude

48. À propos de la paralysie cérébrale (PC), les affirmations suivantes sont vraies:
A. La paralysie cérébrale dyskinétique survient dans la pathologie pyramidale
B. Le traitement comprend des médicaments (toxine botulique, dantrolène, baclofène, benzodiazépines), la kinésithérapie, le renforcement musculaire et la chirurgie pour améliorer les symptômes et la fonction
C. Les patients atteints de PC spastique présentent un tonus diminué dans plusieurs membres, des réflexes ostéo-tendineux diminués, une faiblesse, une marche normale et souvent une déficience intellectuelle
D. Les patients atteints de PC dyskinétique ont des mouvements choréoathétosiques, dystoniques ou ataxiques aggravés par le stress, ainsi que des troubles de la parole (dysarthrie)
E. La paralysie cérébrale spastique est causée par une atteinte des voies pyramidales

49. Le botulisme infantile:
A. Le miel est interdit chez les enfants de moins d'un an à cause du risque accru de botulisme infantile
B. Les complications sont le choc anaphylactique et la mort
C. Le traitement inclut l'administration intraveineuse d'immunoglobulines botuliques
D. Il se manifeste par: vomissements, diarrhée, difficultés alimentaires, hypertonie, tétanie, abolition du réflexe de déglutition
E. La prise en charge thérapeutique consiste à protéger les voies respiratoires, avec un soutien respiratoire si nécessaire

50. Dans le varus équin, on observe:
A. Une inversion du pied
B. Une flexion plantaire de la cheville
C. Une abduction de l'avant-pied
D. Une adduction de l'avant-pied
E. Une flexion dorsale de la cheville

51. Les principales étapes du développement pendant l'enfance sont:
A. Il rit à 2 ans
B. Il marche bien à 9 mois
C. La pensée magique apparaît à 3 ans
D. Il distingue le fantastique de la réalité à 6 ans
E. Il lève la tête à 90 degrés à 2 mois

52. Parmi les phrases suivantes concernant les trisomies, lesquelles sont vraies ?
    A. Presque toutes les trisomies résultent d'une non-disjonction durant la méiose des cellules germinales maternelles
    B. Le risque d'avoir un enfant atteint de trisomie augmente exponentiellement chez les femmes après 30 ans
    C. Le syndrome de Down est la cause la plus fréquente de handicap intellectuel congénital chez les garçons
    D. Le caryotype permet de détecter des chromosomes supplémentaires, tandis que le dépistage génétique peut identifier des translocations
    E. Le test de dépistage prénatal quadruple peut aider à identifier les fœtus potentiellement atteints

53. Rougeole:
    A. L'incidence est la plus élevée chez les enfants âgés de 6 mois à 3 ans
    B. Elle se manifeste par: fièvre, toux, coryza, conjonctivite, éruption érythémateuse
    C. Elle se manifeste par une éruption érythémateuse qui débute au cuir chevelu, puis au thorax et aux extrémités
    D. Les taches de Koplik sont des lésions blanches ou blanc-bleuâtres en grappes sur la muqueuse jugale, en regard de la deuxième molaire
    E. Le traitement repose sur des antiviraux

54. L'infection des voies urinaires:
    A. Doit toujours être envisagée chez les enfants de moins de 2 ans présentant de la fièvre et chez tout enfant ayant des symptômes urinaires
    B. Proteus mirabilis est le micro-organisme le plus souvent responsable
    C. Les examens nécessaires pour poser le diagnostic sont: examen d'urine et uroculture
    D. Les aminosides sont utilisés en première intention comme traitement
    E. Les complications possibles sont: pyélonéphrite, cicatrices rénales, urosepsis

55. Les affirmations suivantes sur les troubles du spectre autistique sont fausses:
    A. Altération persistante et sévère de la communication sociale et des interactions interpersonnelles, avec des comportements et centres d'intérêt restreints
    B. Comportements sociaux inadaptés: mauvaise utilisation des comportements non verbaux, incapacité à développer des relations, manque d'initiative sociale, absence de réciprocité sociale
    C. Comportement restreint: routine flexible, pas d'intérêt restreint, absence de jeu imaginaire ou d'imitation appropriée à l'âge
    D. Le traitement est exclusivement médicamenteux avec des antidépresseurs tricycliques

E. La thérapie comportementale, orthophonique et sociale avec la famille et l'entourage peut améliorer les interactions sociales

RÉPONSES CHAP. XX - PÉDIATRIE

1	A, C
2	D
3	B
4	B
5	A
6	C
7	A, C, D
8	A, B, C
9	A, D, E
10	B
11	B, E
12	B, D, E
13	B
14	B, C, D, E
15	B, C, E
16	B, C, E
17	A, C, E
18	B, D, E
19	A, C, D, E
20	A, B, C
21	B, D, E
22	A, B, E
23	B, E
24	A, E
25	A, C, D, E
26	A, C, E
27	B, D, E
28	A, B, C, D
29	D
30	A
31	C
32	A
33	D
34	C
35	D
36	B, C, D
37	A, D
38	A, D
39	C, D
40	A, B, D, E
41	B, D
42	A, B, C
43	A, B, E
44	B, C, E
45	A, B
46	A, C, D
47	A, B, D
48	B, D, E
49	A, C, E
50	A, B, D
51	C, D
52	A, D, E
53	B, C, D
54	A, C, E
55	C, D

CHAP. XXI - ÉPIDÉMIOLOGIE

1. *Le type d'étude qui combine les résultats de plusieurs recherches examinant une maladie ou une exposition est appelé:
   A. Étude transversale
   B. Étude de cohorte
   C. Étude cas-témoins
   D. Méta-analyse
   E. Essai clinique

2. *Les facteurs de confusion sont des variables qui:
   A. Affectent, à la fois, les groupes expérimentaux et témoins
   B. Ils sont associés uniquement à l'exposition
   C. Ils sont associés uniquement à son issue (la maladie)
   D. Ils sont réparties de manière égale entre ceux qui sont atteints de la maladie et ceux qui ne sont pas
   E. Ils sont introduits par des erreurs de publication

3. *Le nombre de personnes décédées ayant une certaine pathologie (dans un certain intervalle de temps), comparé au nombre total de patients diagnostiqués avec cette pathologie, représente:
   A. Incidence
   B. Prévalence
   C. Taux de fatalité
   D. Risque de maladie
   E. Risque relatif

4. *OR (Odds ratio) est déterminé, en particulier, par:
   A. Études transversales
   B. Études cas-témoins
   C. Études de cohorte rétrospectives
   D. Études de cohorte prospectives
   E. Essais cliniques randomisés

5. Les groupes témoins sont utilisés dans:
   A. Études transversales
   B. Études de cohorte
   C. Études cas-témoins
   D. Essais cliniques randomisés
   E. Série de cas

6. Études cas-témoins:
   A. Elles ont une conception rétrospective
   B. Elles permettent l'analyse de maladies rares ou chroniques dans un court laps de temps
   C. Elles sont entachées de plusieurs erreurs de sélection
   D. Elles sont difficiles à réaliser, car ils nécessitent beaucoup de temps et de ressources financières.
   E. Elles sont utilisées pour estimer la prévalence de la maladie.

7. Essai clinique randomisé:
   A. Il représente la référence absolue parmi les études utilisées dans la recherche médicale
   B. Il examine une cohorte de sujets exposés à un facteur de risque
   C. Il est utilisé pour rechercher l'efficacité d'un produit thérapeutique expérimental
   D. Compare les sujets recevant le traitement étudié avec les sujets recevant un placebo ou le traitement existant
   E. Son principal inconvénient est le mauvais contrôle des facteurs de confusion.

8. Les résultats d'une étude épidémiologique ne peuvent être extrapolés à la population générale en cas d'existence:
   A. De certaines erreurs d'observation
   B. De certaines erreurs de sélection
   C. De certaines erreurs de mémoire
   D. De certaines erreurs d'enquête
   E. D'une répartition non randomisée des sujets dans des groupes d'étude

9. Une étude en double aveugle évite:
   A. Les erreurs d'enquête
   B. Les erreurs de mémoire
   C. Les erreurs de publication
   D. Les erreurs d'observation
   E. Les erreurs de sélection

10. Le nombre total de personnes atteintes d'une certaine maladie, dans une certaine zone et sur une certaine période, représente:
    A. Un indicateur de mortalité
    B. L'incidence de la maladie en question
    C. La prévalence de la maladie en question
    D. Le taux de mortalité
    E. Un taux de morbidité

11. Il existe une association entre une exposition et une maladie si:
    A. p<0,05
    B. p >0,05
    C. RR >1
    D. RR=1
    E. RR ≥1

12. La probabilité qu'un test de dépistage soit positif (screening) chez les patients atteints de la maladie est:
    A. La sensibilité
    B. La spécificité
    C. La valeur prédictive positive
    D. La valeur prédictive négative
    E. Un estimateur utilisé dans l'analyse des tests diagnostiques

13. La probabilité qu'un test de dépistage (screening) soit négatif chez les patients qui ne sont pas atteints de la maladie est:
    A. La sensibilité
    B. La spécificité
    C. La valeur prédictive positive
    D. La valeur prédictive négative
    E. Un estimateur utilisé dans l'analyse des tests diagnostiques

14. Un test de dépistage (screening) idéal comporte:
    A. Haute sensibilité
    B. Haute spécificité
    C. Haute précision
    D. Résultats faussement négatifs fréquents
    E. Résultats faussement positifs fréquents

RÉPONSES CHAP. XXI – ÉPIDÉMIOLOGIE

1	D
2	A
3	C
4	B
5	C, D
6	A, B, C
7	A, C, D
8	B, E
9	A, D
10	C, E
11	A, C
12	A, E
13	B, E
14	A, B, C

BIBLIOGRAPHIE

1. Adam Feather, David Randall, Mona Waterhouse: Médecine Clinique Kumar et Clark. Leonard Azamfirei, Anca Dana Buzoianu, Dan Ionuț Gheonea – coordinateurs de l’édition roumaine, 10e Édition, Éditions Hipocrate, Bucarest, 2021;
2. Peter F. Lawrence - Chirurgie générale et spécialités chirurgicales. Octavian Crețu, Viorel Jinga, Viorel Scripcariu - coordinateurs de l'édition roumaine, 6e édition, Editura Hipocrate, Bucarest, 2021;
3. Latha Ganti, David Lebowitz, Javier Rosario, Ariel Vera: Synopsis de médecine. Cristina Oana Mărginean, Cătălina Poiană - coordinatrices de l'édition roumaine, 5e édition, Maison d'édition Hipocrate, Bucarest, 2021.