



Université d'Alger Benyoucef BENKHEDDA

FACULTE DE MEDECINE



Epreuve Des Dossiers Cliniques

Session octobre 2017

Ce sujet contient 10 dossiers cliniques de 10 Qcm chacun soit un total de 100 QCM

Dossier clinique N°1

Patiente de 63 ans suivie depuis plus de 15 mois pour anémie ferriprive, consulte pour douleurs du flanc gauche avec rectorragies, évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 4 kg en 6 mois. L'examen clinique est sans particularité ; la biologie montre : Hb 8,3 g/dl, GB 11000 elts/mm³, taux de plaquettes : 173000/mm³, groupe sanguin : O Rh⁺.

1. Devant ce tableau clinique, le diagnostic le plus probable (cochez la RJ)
 - A. Colique néphrétique
 - B. Sigmöïdite
 - C. Cancer du colon
 - D. Diverticulose colique
 - E. Maladie hémorroïdaire
2. Quel est l'examen de première intention à réaliser ? (cochez la RJ)
 - A. Echographie abdominale
 - B. Abdomen sans préparation
 - C. Colonoscopie totale
 - D. Rectosigmöïdoscopie
 - E. TDM abdominale
3. Au cours de son hospitalisation, il présente un arrêt des matières et de gaz, l'ASP montre des niveaux hydro-aériques. La TDM abdominale objective un processus sigmoïdien étendu sur 6 cm avec distension colique d'amont et présence de plusieurs adénopathies infra centimétriques au niveau du mésosigmoïde.
Les attitudes thérapeutiques possibles chez notre patient sont : (cochez la RF)
 - A. Intervention de HARTMANN
 - B. Colostomie de proche amont avec sigmoïdectomie secondaire
 - C. Endoprothèse par voie endoscopique suivie d'une chirurgie secondaire
 - D. Iléostomie
 - E. Sigmöïdectomie avec rétablissement de continuité immédiat

4. Une colostomie de proche amont a été réalisée par voie élective au niveau de la fosse iliaque gauche. Que proposez-vous ? (cochez la RF)
- A. Une coloscopie par la colostomie avec biopsie
 - B. Une TDM thoraco abdominale
 - C. Une chimiothérapie néoadjuvante
 - D. Un dosage des marqueurs tumoraux
 - E. Une chirurgie carcinologique entre le 10^{ème} et 15^{ème} jour
5. Au 2^{ème} jour post opératoire, le patient présente un tableau infectieux avec une polypnée, une tachycardie, une fièvre chiffrée à 40°, une colostomie non fonctionnelle, une défense abdominale généralisée, des GB à 22000 elts/mm³ et un volumineux croissant gazeux à L'ASP
Devant cette symptomatologie, laquelle des propositions paraît la plus probable ? (Cochez la RJ)
- A. Embolie pulmonaire
 - B. Abscess sous phrénique
 - C. Péritonite stercorale par perforation caecale diastatique
 - D. Pancréatite post opératoire
 - E. Infarctus mésentérique
6. Quel est le mécanisme incriminé dans cette complication ? (Cochez la RJ)
- A. Plaie colique iatrogène
 - B. Contamination stercorale de la cavité péritonéale lors de la 1^{ère} intervention
 - C. Embolie néoplasique
 - D. Malfaçon technique de la colostomie
 - E. Colostomie en aval de la tumeur à l'origine d'une distension colique et d'une perforation caecale
7. Le patient a été repris chirurgicalement, une colectomie totale carcinologique avec fermeture du rectum et une iléostomie ont été réalisées, l'exploration per opératoire n'a pas retrouvé de localisations secondaires. L'étude histologique de la pièce opératoire a montré une atteinte de la séreuse sans la dépasser avec 2 ganglions infiltrés sur 17 prélevés.
Comment classez-vous cette tumeur selon la classification pTNM ? (cochez la RJ)
- A. pT2 N1b M0
 - B. pT3 N1b M0
 - C. pT3 N2a M0
 - D. pT3 N2a M1
 - E. pT2 N2a M0
8. quelle est votre conduite à tenir ? (cochez la RJ)
- A. Radio-chimiothérapie adjuvante
 - B. Chimiothérapie adjuvante
 - C. Radiothérapie post-opératoire
 - D. Surveillance régulière
 - E. Aucune de ces propositions n'est juste

9. Au 6^{ème} mois post opératoire, le patient est réadmis pour rétablissement de la continuité. L'exploration per opératoire retrouve un nodule de 2 cm au niveau de segment **IV** hépatique que l'on résèque ; une anastomose iléo rectale a été réalisée. L'étude histologique confirme la nature maligne de ce nodule et un statut KRAS a été demandé.

Devant cette nouvelle donnée, quelle est l'attitude thérapeutique la plus adaptée ? (cochez la RJ)

- A. Abstention thérapeutique
 - B. Radiothérapie
 - C. Chimiothérapie de 2^{ème} ligne
 - D. Continuer la même chimiothérapie
 - E. Association d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie
10. La survie à 5 ans chez ce patient est estimée : (cochez la RJ)
- A. A plus de 90%
 - B. Entre 70 et 90%
 - C. Entre 50 et 70%
 - D. Entre 20 et 50%
 - E. A moins de 10%

Dossier clinique N°2

Patiente 22 ans, originaire de M'sila, consulte pour portage chronique de l'Ag Hbs, découvert suite au dépistage familial. Elle porte un tatouage traditionnel sur le front

L'examen clinique est sans anomalies. Sur le plan biologique : NFS sans anomalies avec plaquettes : 240000 elts/mm³, la bilirubinémie totale : 7 mg/l, Phosphatases Alcalines normales, TP : 98%, albuminémie : 41 gr/l, les transaminases : 20 UI/l (Norme <40), la fonction rénale est conservée. Sur le plan sérologique : Ag Hbe négatif, Ac anti Hbe positif, Ac anti VHC positif, l'ARN du VHC est indétectable inférieur à 15UI/l, les Ac anti VHA de type IgG sont positifs.

L'échographie montre un foie homogène de taille habituelle, des voies biliaires non dilatées, le pancréas et les reins sont sans anomalies.

11. Toutes ces régions de notre pays sont reconnues comme zone de prévalence importante de VHB : (cochez la RF)
- A. Béchar
 - B. Sétif
 - C. M'sila
 - D. Ain temouchent
 - E. Blida
12. Selon les données cliniques et para-cliniques, quel est l'examen de première intention pour évaluer le profil de cette infection VHB ? (cochez la RJ)
- A. Charge virale

- B. TDM abdominale
 - C. IRM hépatique
 - D. Echographie doppler
 - E. Toutes les réponses sont fausses
13. Le Fibroscan montre une élasticité basse à 5,1 Kpa, la charge virale est de 500 UI/l. Selon ces nouvelles données cliniques et para-cliniques, classez cette infection chronique B (cochez la RJ)
- A. Infection chronique virus sauvage
 - B. Hépatite chronique virus sauvage
 - C. Hépatite chronique virus mutant
 - D. Infection chronique inactive Ag Hbe négatif
 - E. Toutes les réponses sont fausses
14. Comment interprétez-vous les examens virologiques du VHC et du VHA de la patiente ? (cochez la RJ)
- A. Infection aiguë guérie à VHC, immunité ancienne à VHA
 - B. Pas d'infection à VHC, immunité récente à VHA
 - C. Pas d'infection à VHC, pas d'infection à VHA
 - D. Infection à VHC, infection ancienne à VHA
 - E. Toutes les réponses sont fausses
15. Dans le cadre de l'enquête familiale, interprétez la sérologie VHB du frère de la patiente né en 2004 : Ag Hbs négatif, Ac Hbc négatif, Ac Hbs positif : (cochez la RJ)
- A. Virus B mutant
 - B. Immunité vaccinale
 - C. Profil d'infection chronique
 - D. Immunité naturelle
 - E. Toutes les réponses sont fausses
16. Toujours dans le cadre de l'enquête familiale, interprétez la sérologie VHB du conjoint : Ag Hbs négatif, Ac Hbc positif, Ac Hbs positif : (cochez la RJ)
- A. Virus B mutant
 - B. Immunité vaccinale
 - C. Profil d'infection chronique
 - D. Immunité naturelle
 - E. Toutes les réponses sont fausses
17. Quelles sont les mesures prophylactiques que vous proposez au conjoint ? (cochez la RJ)
- A. Port du préservatif
 - B. Régime excluant les repas gras
 - C. Vaccination anti hépatite B
 - D. Vaccination anti hépatite C
 - E. Aucune des mesures sus citées

18. La patiente revient une année après, elle a une grossesse mono fœtale de 24 semaines, le bilan virologique montre : Ag Hbs négatifs, Ag Hbe négatif, Ac anti Hbe positif, la charge virale est de 7 log. Quelles mesures préconisez-vous pour éviter le risque de transmission du virus au nouveau-né ? (cochez la combinaison juste)
1. Traitement par Ténofovir pour la maman
 2. Traitement par Entécavir pour la maman
 3. Immunoglobulines anti Hbs à la naissance pour le nouveau-né
 4. Vaccination anti VHB à la naissance pour le nouveau-né
 5. Césarienne systématique
- A. (1, 2, 5)
 - B. (2, 3, 4)
 - C. (1, 4, 5)
 - D. (1, 3, 4)
 - E. (2, 4, 5)
19. Le pédiatre revoit l'enfant à l'âge de 14 mois, il demande le titre des Ac anti Hbs, ce dernier est de 3 UI. Que préconisez-vous ? (cochez la RJ)
- A. Faire une échographie hépatique
 - B. Mettre l'enfant sous traitement par Lamivudine
 - C. Faire un Fibroscan
 - D. Revaccinez l'enfant par l'anti-hépatite B
 - E. Faire une biopsie du foie
20. Au stade actuel de son infection à VHB, quelle surveillance à long terme proposez-vous à la patiente ? (cochez la RJ)
- A. Faire la charge virale du VHB, le bilan hépatique et le Fibroscan régulièrement
 - B. Faire une charge virale du VHB, une fois par an
 - C. Faire un Fibroscan chaque trimestre
 - D. Faire une échographie hépatobiliaire et un taux d'alpha fœtoprotéine de façon semestrielle
 - E. Ne pas surveiller, le pronostic est excellent

Dossier clinique N°3

Un homme de 45 ans conducteur de taxi inter-wilaya fait un accident de la circulation. Il est ramené au pavillon des urgences deux heures après, conscient et en bon état général. Il présente une douleur au niveau de la hanche droite et vous constatez une déformation de son membre inférieur droit en raccourcissement, flexion-rotation interne.

21. Si le SAMU l'a correctement transporté, vous devez constater que (cochez la RJ)
- A. Il a le cou en hyper-extension
 - B. Il est en position latérale de sécurité
 - C. Il est sur le dos avec un coussin sous la tête
 - D. Il est à plat ventre avec un coussin sous le menton

- E. Il est en alignement tête-cou-tronc
22. Le patient ne présente aucune autre lésion. Quel diagnostic pouvez-vous d'emblée évoquer cliniquement ? (cochez la RJ)
- A. Luxation postérieure de la hanche
 - B. Fracture de l'os coxal
 - C. Fracture du cadre obturateur
 - D. Fracture de l'extrémité proximale du fémur
 - E. Toutes ces réponses sont justes
23. Le bilan radiologique doit comporter : (cochez la RJ)
- 1. Bassin de face
 - 2. ¾ alaire
 - 3. ¾ obturateur
 - 4. Hanche droite face
 - 5. Radiographie de rachis
- A. (1, 3, 5)
 - B. (1, 2, 3)
 - C. (1, 3, 4)
 - D. (2, 3, 5)
 - E. (3, 4, 5)
24. La lésion que présente le blessé est de mauvais pronostic en rapport avec : (cochez la RJ)
- A. Son risque d'instabilité
 - B. Sa prédisposition à la nécrose de la tête fémorale
 - C. Son caractère athérogène
 - D. Toutes ces réponses sont justes
 - E. Toutes ces réponses sont fausses
25. Le premier geste thérapeutique sur la lésion sera : (cochez la RJ)
- A. La lésion en extrême urgence
 - B. La mise en extension continue en première intention
 - C. L'immobilisation plâtrée
 - D. La ponction évacuatrice de la hanche traumatisée
 - E. La mise en place d'un fixateur externe
26. Le risque le plus important encouru chez un sujet âgé présentant ce même type de lésion est (cochez la RJ)
- A. La raideur de la hanche et le handicap qui en résulte
 - B. Le cal vicieux
 - C. Un risque vital en rapport avec les complications de décubitus
 - D. La nécrose aseptique post traumatique de la tête fémorale
 - E. La coxarthrose post-traumatique

27. Le traitement chirurgical le plus adapté à ce type de lésion, quand elle est associée à une fracture de la paroi postérieure du cotyle est (cochez la RJ)
- A. La mise en place d'emblée d'une prothèse totale de la hanche
 - B. La réduction puis ostéosynthèse de la fracture
 - C. La mise en place d'une prothèse de cervico-céphalique type Moore
 - D. La mise en place d'une cupule sur la tête du fémur
 - E. L'enclouage élastique d'Ender à travers la diaphyse fémorale
28. Au 21^{ème} jour post-thérapeutique, quelle attitude faut-il recommander au patient ? (cocher la RJ)
- A. Faire de la rééducation de charge
 - B. Faire de l'électrothérapie
 - C. Marcher avec des béquilles sans appuyer le membre inférieur droit
 - D. Marcher à sa convenance
 - E. S'obliger à marcher
29. Dans l'hypothèse de la survenue d'une nécrose aseptique, la principale artère nourricière de la tête fémorale concernée par cette complication (cochez la RJ)
- A. L'artère circonflexe antérieure
 - B. L'artère du ligament rond
 - C. L'artère circonflexe postérieure
 - D. L'artère ischiatique
 - E. L'artère fessière
30. Quand cette complication est fonctionnellement très gênante il faut (cochez la RJ)
- A. Réaliser une arthroplastie par prothèse totale
 - B. Réaliser une ostéotomie de varisation du col
 - C. Réaliser une résection tête et col
 - D. Réaliser une simple ablation du matériel et attendre l'évolution
 - E. Prescrire une canne de marche

Dossier clinique N°4

Patiente de 28 ans, mariée mère d'un enfant, aux antécédents familiaux de diabète sucré et d'HTA. Elle consulte pour troubles du cycle menstruel à type de spanioménorrhée évoluant depuis un 1 an avec notion d'aménorrhée secondaire depuis 3 mois.

Cette symptomatologie est associée à une prise pondérale progressive de 10 kg et des céphalées rebelles aux antalgiques usuels.

A l'examen clinique : faciès lunaire avec érythrose des pommettes, vergetures pourpres au niveau de l'abdomen, TA : 150/100 mmHg, BMI : 32 kg/m² amyotrophie des membres inférieures.

31. Qu'évoque pour vous ce tableau clinique ? (cochez la RJ)
- A. Obésité compliquée d'HTA
 - B. Syndrome de cushing
 - C. Hypothyroïdie primaire
 - D. Syndrome des ovaires poly-kystiques
 - E. Acromégalie
32. Un bilan hormonal réalisé chez cette patiente révèle :
- GH : 0.1 mUI/ml (N : 0-5) ; FT4 : 14pg/ml (N : 12-17) ; TSH : 0.75 U/ml (N : 0.2-4) ; PRL : 6 ng/ml (N : 3-20) ; cortisol à 8h : 700 nmol/l (N : 171-536) avec freinage minute négatif. Parmi les examens suivants, quel est celui qui est indispensable au diagnostic retenu ? (cochez la RJ)
- A. Test au LHRH sur FSH et LH
 - B. Test au TRH sur prolactine
 - C. HGPO avec dosage de GH
 - D. Freinage faible sur cortisol plasmatique
 - E. Test à l'insuline sur cortisol et ACTH
33. L'IRM hypophysaire révèle la présence d'un micro adénome de 7 mm latéralisé à gauche, la glycémie à jeun est de 1.05 g/l, la glycémie post prandiale à 1.75 g/l, cholestérol total à 2.60 g/l (N : <2), HDL à 0.35 g/l (N : 0.50), LDL à 1.65 g/l (N : 1.60), triglycérides à 1.55 g/l (N : 1.50) Le diagnostic le plus probable chez cette malade est : (cochez la RJ)
- A. Maladie de cushing par micro adénome hypophysaire
 - B. Incidentalome hypophysaire associé à une obésité
 - C. Syndrome des ovaires poly-kystiques compliqué d'un syndrome métabolique
 - D. Obésité compliquée d'HTA et trouble de la tolérance glucosée
 - E. Obésité compliquée d'HTA, de trouble de la tolérance glucosée et de dyslipidémie
34. Vous complétez les explorations chez cette patiente par les paramètres suivants : (cochez la RF)
- A. Cycle du cortisol et de l'ACTH
 - B. Cycle de l'ACTH
 - C. Freinage fort sur cortisol plasmatique
 - D. Densité urinaire
 - E. Echographie
35. L'échocardiographie révèle un trouble de la relaxation du VG, la fraction d'éjection est 70%, la MAPA confirme l'existence d'une HTA systolo-diastolique. L'HGPO montre une glycémie à 2 h à 2.25 g/l. Sur le plan thérapeutique les mesures suivantes doivent être appliquées : (cochez la RJ)
- A. Traitement de l'HTA
 - B. Règles hygiéniques du diabète
 - C. Traitement du diabète sucré par régime et metformine
 - D. Contrôle du bilan lipidique sous règle hygiéno-diététiques
 - E. Toutes ces propositions

36. Le traitement étiologique de son affection fait appel à : (cochez la RJ)
- A. Un traitement médical par l'OP'DDD
 - B. Un traitement médical par le ketoconazole
 - C. Une chirurgie de l'adénome par voie trans-sphénoïdale
 - D. Une radiothérapie hypophysaire
 - E. Une surrénalectomie bilatérale
37. Toutes ces complications peuvent se voir après chirurgie hypophysaire : (cochez la RF)
- A. Rhinorrhée
 - B. Méningite
 - C. Diabète insipide transitoire
 - D. Encéphalite
 - E. Diabète insipide définitif
38. Les paramètres à réévaluer en post thérapeutique sont : (cochez la RJ)
- A. Cortisol plasmatique
 - B. ACTH plasmatique
 - C. Freinage faible sur cortisol plasmatique
 - D. IRM hypophysaire
 - E. Tous ces paramètres
39. Le pronostic chez cette malade est lié : (cochez la RF)
- A. A la qualité du geste chirurgical
 - B. Aux complications cardiovasculaires
 - C. Au risque de récurrence de la maladie même à long terme
 - D. Au risque de dégénérescence maligne de l'adénome
 - E. Aux complications métaboliques
40. Dans les cas où l'aménorrhée persiste, à quelle complication cette patiente est exposée ? (cochez la RJ)
- A. Infertilité
 - B. Ostéoporose
 - C. Synéchies utérines
 - D. Salpingite
 - E. Endométriose

Dossier clinique N°5

Un homme de 60 ans, sans antécédents particuliers, se plaint depuis deux mois d'une asthénie profonde, de lombalgies et d'une fatigabilité anormale non douloureuse des 2 membres inférieurs survenant lors de la marche. L'examen clinique retrouve une pâleur cutanéomuqueuse intense, des lombalgies exagérées par la palpation des muscles para vertébraux, des réflexes rotuliens et achilléens exagérés, une hypertonie prédominante au niveau des abducteurs et des extenseurs des membres inférieurs lesquels présentent par ailleurs un déficit musculaire estimé à 3. Il existe un

signe de Babinski bilatéral. La fréquence cardiaque est 98 bts/mn et la tension artérielle à 120/80 mmHg. A la biologie : NFS (hémoglobine à 5g/dl, VGM à 85 fl, CCMH à 32%, globules blanc à 2800 elts/mm³, plaquettes à 98000 elts/mm³, taux de réticulocytes à 2%, la clearance à la créatinine est à 34 ml/mn. A la chimie des urines : protéines (+), leucocyturie (+), sang (-). Le taux de CRP est à 58 mg/l, la calcémie à 105 mg/l, la phosphorémie à 28 mg/l et la ferritinémie à 78 µg/l. l'haptoglobine plasmatique, la glycémie et le bilan hépatique sont normaux. L'échodoppler abdominopelvien est sans anomalies.

41. Les manifestations neurologiques notées chez le patient évoquent : (cochez la RJ)
- A. Un syndrome de la queue de cheval
 - B. Un syndrome de Brown Séquard aigu
 - C. Un syndrome de Guillan Barré
 - D. Une compression médullaire lente
 - E. Une poly neuropathie
42. Sur le plan rénal, le tableau réalisé chez ce patient fait évoquer : (cochez la RJ)
- A. Un syndrome néphrétique aigu
 - B. Une néphropathie aigue tubulo-interstitielle
 - C. Une néphropathie glomérulaire rapidement progressive
 - D. Un syndrome néphrotique
 - E. Une insuffisance rénale aigue sur obstacle
43. Ce patient présente une calcémie à 105 mg/l. Ce taux pourrait être impliqué dans la survenue : (cochez la RJ)
- A. Des manifestations neurologiques
 - B. Des manifestations rénales
 - C. De la pancytopenie
 - D. Des manifestations neurologiques et rénales
 - E. Des manifestations rénales et hématologiques
44. L'anémie est due à : (cochez la RJ)
- A. Une carence martiale
 - B. Une hémolyse auto-immune
 - C. Une insuffisance médullaire
 - D. Une inflammation
 - E. Une origine multifactorielle impliquant l'insuffisance médullaire, l'inflammation et l'insuffisance rénale
45. Quels autres examens complémentaires à visée étiologique allez-vous demander ? (cochez la RJ)
- 1. Une étude de la ponction de moelle osseuse
 - 2. Une électrophorèse des protéines
 - 3. Un bilan radiologique comportant : radiographie du crâne et une IRM rachidienne
 - 4. Un bilan radiologique comportant : radiographie du crâne et une TDM rachidienne
 - 5. Un électromyogramme

- A. (1, 2, 4)
 - B. (1, 2, 3)
 - C. (2, 3, 4)
 - D. (1, 3, 5)
 - E. (2, 4, 5)
46. Les investigations réalisées chez ce patient ont retrouvé une plasmocytose médullaire à 15%, un pic électrophorétique monoclonal à IgG type kappa et des lésions ostéolytiques comprimant la moelle osseuse au niveau de L3, L4 et L5. Le diagnostic que vous retenez est (cochez la RJ)
- A. Myélome multiple avec des facteurs de bon pronostic
 - B. Myélome multiple avec des facteurs de mauvais pronostic
 - C. Maladie de Waldenström
 - D. Lymphome à localisation vertébrale avec sécrétion d'une immunoglobuline monoclonale
 - E. Métastases osseuses d'un cancer solide
47. Les données du bilan phosphocalcique justifiant : (cochez la RJ)
- A. La prescription de vitamine D
 - B. Le recours aux biphosphonates
 - C. Une indication de plasmaphérèse
 - D. Une abstention thérapeutique
 - E. L'association corticoïdes et biphosphonates
48. Sur le plan rénal, ce patient : (cochez la RJ)
- A. Présente une indication absolue à l'hémodialyse
 - B. Présente une indication relative à l'hémodialyse
 - C. Ne présente pas actuellement d'indication à l'hémodialyse
 - D. Ne présente pas actuellement d'indication à l'hémodialyse alors que la fonction rénale doit être étroitement surveillée
 - E. Présente une indication à l'ultrafiltration plasmatique
49. Parmi ces armes thérapeutiques, quelle est celle qui doit être utilisée en première intention afin d'améliorer le déficit moteur constaté chez le patient ? (cochez la RJ)
- A. La radiothérapie
 - B. La laminectomie
 - C. La poly chimiothérapie
 - D. Les immunoglobulines
 - E. La greffe de moelle osseuse
50. Au stade actuel de sa maladie, quel est son pronostic ? (cochez la RJ)
- A. Rapidement mortelle avec 90% de décès dans les 6 mois qui suivent son diagnostic
 - B. Rémission durable pouvant dépasser les 12 mois
 - C. Décès en rapport avec une tamponnade cardiaque dans 50% des cas
 - D. Rémission complète dans 90% des cas
 - E. La guérison est de règle

Dossier clinique N°6

Un écolier de 9 ans amené aux urgences pour des céphalées associées à des vomissements incoercibles évoluant depuis une semaine, avec apparition d'un strabisme convergent depuis 48 heures.

51. La première exploration à réaliser le plus tôt possible est : (cochez la RJ)
- A. Un électroencéphalogramme
 - B. Une radiographie du crâne
 - C. Un doppler transcrânien
 - D. Une angiographie cérébrale
 - E. Une tomodensitométrie cérébrale
52. L'examen neurologique de cet enfant retrouve un élargissement du polygone de sustentation avec des chutes fréquentes. Il s'agit : (cochez la RJ)
- A. D'un syndrome de la queue de cheval
 - B. D'un syndrome de compression médullaire lente
 - C. D'un syndrome weber franc
 - D. D'un syndrome cérébelleux statique
 - E. D'un syndrome vestibulaire
53. Devant ce tableau clinique, le diagnostic topographique est le suivant : (cochez la RJ)
- A. Un processus du ventricule latéral gauche
 - B. Un processus de région sellaire
 - C. Un processus de la fosse cérébrale postérieure
 - D. Une tumeur du corps calleux
 - E. Une tumeur d'allure bénigne de la glande pinéale
54. Pour étayer votre diagnostic, une exploration doit être réalisée, laquelle ? (cochez la RJ)
- A. Un examen au fond d'œil
 - B. Un électro encéphalogramme
 - C. Une ponction lombaire
 - D. Une tomodensitométrie cérébrale avec injection de produit de contraste
 - E. Une ventriculographie
55. Votre examen radiologique a objectivé un processus tumoral à l'origine d'une dilatation ventriculaire en amont. Un geste chirurgical palliatif est préconisé en urgence : (cochez la RJ)
- A. Des ponctions lombaires évacuatrices
 - B. Mettre en place un drainage externe
 - C. Mettre en place un shunt ventriculo-péritonéal
 - D. Faire un drainage lombaire
 - E. Réaliser un volet décompressif
56. Une fois que l'urgence est jugulée, l'exploration est complétée par un autre examen plus performant afin de guider la stratégie opératoire : (cochez la RJ)
- A. Une IRM de la charnière occipito-vertébrale

- B. Une IRM de l'axe cérébro-méningé
 - C. Une échographie cranio cervicale
 - D. Un doppler transcrânien
 - E. Une angiographie cérébrale
57. Cet examen a montré un volumineux processus tumorale de la fosse cérébrale postérieure, comblant le vermis à l'origine d'une hydrocéphalie en amont. Le diagnostic le plus probable est : (cochez la RJ)
- A. Un méningiome para sagittal
 - B. Un médulloblastome
 - C. Un pinéalocytome
 - D. Un astrocytome kystique
 - E. Un papillome des plexus choroïde
58. La macroscopie per opératoire montre un aspect : (cochez la RJ)
- A. Purement kystique avec des micro-calcifications
 - B. Kystique avec un liquide rappelant « l'huile de moteur usée »
 - C. Kystique avec un petit bourgeon charnu
 - D. Charnu avec de multiples calcifications
 - E. Charnu ou tissulaire
59. Quel geste proposez-vous ? (cochez la RJ)
- A. Réaliser une exérèse tumorale la plus complète possible
 - B. Ponctionner le kyste
 - C. Réaliser une biopsie stéréotaxique de la tumeur
 - D. Réaliser une craniectomie décompressive
 - E. Drainer le quatrième ventriculaire
60. L'examen histopathologique de la pièce opératoire a confirmé votre diagnostic. Le traitement adjuvant consiste à : (cochez la RJ)
- A. Une réadaptation physique pendant 3 mois
 - B. Radio-chirurgie
 - C. Des séances d'ergothérapie
 - D. Une cure de gamma-knife
 - E. Un protocole de radio chimiothérapie

Dossier clinique N°7

Un nourrisson de sexe masculin âgé de 15 mois amené par ses parents aux urgences pour fièvre à 39°C évoluant depuis plus de 48 heures ne répondant pas au paracétamol, avec une notion de diarrhée et vomissements. L'examen clinique notamment neurologique est sans anomalies

61. Quel diagnostic évoquez-vous ? (cochez la RJ)
- A. Une méningite bactérienne

- B. Une pneumonie
 - C. Une infection urinaire
 - D. Une gastroentérite aigue
 - E. Toutes ces propositions sont justes
62. La bandelette urinaire est positive aux leucocytes et aux nitrites. Quel bilan demandez-vous ? (cochez la combinaison juste)
- A. (1, 2, 5)
 - B. (1, 2, 3)
 - C. (2, 4, 5)
 - D. (2, 3, 5)
 - E. (2, 3, 4)
63. Le bilan pratiqué retrouve : CRP : 18000 elts/mm³ (PN 80%), Hb : 9.6 gr/dl, plaquettes 350000 elts/mm³ avec une bactériurie supérieure à 10⁵ germes /ml. Quel diagnostic évoquez-vous ? (cochez la RJ)
- A. Une pyélonéphrite
 - B. Une cystite
 - C. Une infection urinaire probable
 - D. Une gastroentérite
 - E. Une contamination
64. Quel est le germe le plus souvent incriminé ? (cochez la RJ)
- A. Klebsiella
 - B. Enterobacter
 - C. Proteus mirabilis
 - D. Acinobacter
 - E. Escherichia coli
65. Vous prescrivez une antibiothérapie en : (cochez la RJ)
- A. Monothérapie intraveineuse pendant 15 jours
 - B. Bithérapie intraveineuse pendant 10 jours
 - C. Monothérapie intraveineuse pendant 10 jours
 - D. Bithérapie intraveineuse pendant 2 à 3 jours puis relai per os dès amélioration clinique pendant 7 jours
 - E. Monothérapie orale pendant 10 jours
66. Un contrôle bactériologique doit être refait, à quel jour ? (cochez la RJ)
- A. Au 3^{ème} jour
 - B. Au 10^{ème} jour
 - C. Au 13^{ème} jour
 - D. Au 15^{ème} jour
 - E. Au 3^{ème} et au 15^{ème} jour
67. Pour arriver au diagnostic étiologique vous décidez de pratiquer : (cochez la RJ)

- A. Un abdomen sans préparation
 - B. Une échographie abdominale
 - C. Un scanner abdominal
 - D. Une uro-IRM
 - E. Une échographie abdominale ± une cysto-urétrographie mictionnelle
68. L'exploration montre une remontée des urines jusqu'aux cavités pyélo-calicielles à droite sans dilatation urétérale. Il s'agit : (cochez la RJ)
- A. D'une maladie de la jonction pyélo-urétérale
 - B. D'un méga uretère
 - C. D'un reflux vésico-urétéral grade III
 - D. D'une urétérocèle
 - E. D'un reflux vésico-urétéral grade II
69. Vous décidez de : (cochez la RJ)
- A. Traiter chirurgicalement en urgence
 - B. Traiter chirurgicalement à l'âge de 24 mois
 - C. Prescrire une antibioprophylaxie à vie
 - D. Prescrire une antibiothérapie et traiter chirurgicalement si récurrence de l'épisode infectieux
 - E. Surveiller le patient et refaire les explorations dans 18-24 mois
70. Les conseils que vous donnez à la mère sont : (cochez la RF)
- A. Boissons abondants
 - B. Mictions fréquentes, complètes et régulières (six fois par jour au minimum)
 - C. Traitement d'une constipation éventuelle
 - D. Bonne hygiène périnéale
 - E. Toilette d'arrière en avant après chaque miction

Dossier clinique N°8

Femme de 30 ans, travailleuse de sexe ♂ consulte pour adénopathies cervicales, amaigrissement et candidose buccale. L'interrogatoire révèle qu'elle adopte des comportements sexuels à risques d'infection sexuellement transmissibles (IST) .

71. Suivant le contexte, quelles sont les infections à rechercher : (cochez la combinaison juste)
- 1. Hépatite B
 - 2. Cytomégalovirus
 - 3. Infection à VIH
 - 4. Syphilis
 - 5. Hépatite A
- A. (1, 2, 3)
 - B. (3, 4, 5)

- C. (1, 3, 4)
- D. (1, 4, 5)
- E. (2, 4, 5)

72. Le dépistage de l'infection à VIH repose sur la recherche du marqueur suivant :

- A. L'antigène p24
- B. L'isolement du virus en culture
- C. L'ADN viral
- D. La détection sérologique de l'antigène p24 et des anticorps anti VIH1/2
- E. L'ARN plasmatique

73. Citez les différents tests qui peuvent être réalisés pour le diagnostic sérologique de l'infection à VIH : (cochez la RJ)

- A. Technique ELISA
- B. Technique d'agglutination
- C. Isolement du virus par culture
- D. Tests rapides
- E. Western blot

74. Lors du dépistage systématique du VIH, vous utilisez un premier test sérologique qui se révèle positif, que faite vous ? (cocher la RJ)

- A. Annoncer à la personne testée qu'elle séropositive
- B. Faire un autre test utilisant une technique différente
- C. Refaire le même test sur un 2^{ème} prélèvement
- D. Refaire le même test 1 mois après
- E. Traiter la personne par les antiviraux

75. La diagnostic biologique de l'infection à VIH a été posé. La surveillance virologique repose sur le suivi des paramètres suivants : (cochez la RJ)

- A. Charge virale VIH
- B. Cinétique d'anticorps circulants spécifiques
- C. Antigénémie p24
- D. Le rapport CD4/CD8
- E. Culture cellulaire du virus

76. Elle se représente à la consultation à deux mois de grossesse, la d'IgG anti-rubéolique est revenue négative. Quel est votre conduite à tenir ? (cochez la combinaison juste)

- 1. Demander un autre prélèvement
- 2. Recommander une surveillance car la patiente n'est pas immunisée
- 3. Refaire le test rubéole sur le premier prélèvement
- 4. Rechercher les IgM anti-rubéoleux
- 5. Annoncer à la personne testée qu'elle est séronégative à la rubéole

- A. (1, 2)
- B. (3, 4)
- C. (1, 4)
- D. (4, 5)
- E. (2, 5)

77. Après l'accouchement, la sérologie VIH du nouveau-né montre : la présence d'anticorps anti-VIH-1. Quelles sont vos interprétations ? (cochez la combinaison juste)

- 1. Anticorps anti VIH maternels transmis lors de la grossesse
 - 2. Anticorps anti VIH du nourrisson
 - 3. Anticorps anti VIH du nourrisson signant l'infection à VIH
 - 4. Anticorps anti VIH maternels signant l'infection à VIH du nourrisson
 - 5. Anticorps anti VIH maternels ne signant pas l'infection à VIH du nourrisson
- A. (1, 2)
 - B. (3, 4)
 - C. (1, 5)
 - D. (4, 5)
 - E. (2, 5)

78. Quel est le marqueur biologique recherché pour confirmer ou infirmer la transmission de l'infection à VIH chez le nouveau-né de mère séropositive au VIH ? (cochez la RJ)

- A. L'antigène p24
- B. L'ARN viral ou l'ADN proviral
- C. Les anticorps anti-VIH
- D. Les glycoprotéines gp 120 et gp 40
- E. L'antigène p24 et les anticorps anti-VIH

79. Quelle est la technique utilisée au laboratoire pour diagnostiquer une infection à VIH chez le nouveau-né de mère séropositive au VIH ? (cochez la RJ)

- A. Elisa pour détecter les anticorps
- B. Western blot VIH pour détecter les anticorps
- C. PCR pour détecter l'ARN viral (charge virale VIH)
- D. Culture virale pour isoler le virus
- E. Test rapide pour détecter l'ARN

La transmission du VIH de la mère à l'enfant

80. La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut avoir lieu dans quelles éventualités ? (cocher la combinaison juste)

- 1. Lors du premier trimestre de grossesse
 - 2. Lors du troisième trimestre de grossesse
 - 3. Lors de l'accouchement
 - 4. Au contact directe de la mère
 - 5. Durant l'allaitement
- A. (1, 2, 4)
 - B. (3, 4, 5)

- C. (1, 3, 5)
- D. (2, 4, 5)
- E. (2, 3, 5)

Dossier clinique N°9

Adolescente âgée de 14 ans, admise pour fièvre et vomissements d'installation brutale. Elle se plaint de céphalées et de photophobie. L'examen clinique : la température est à 40°C, la FC : 100 bts/mn, la TA : 110/80 mmHg, présence d'une raideur de la nuque sans signe de focalisation, pas de déficit sensitif ou moteur, 2 taches purpuriques sur le thorax et l'abdomen, une splénomégalie. Durant l'examen, la patiente frissonne. On ne retrouve pas d'antécédents personnels ni familiaux particuliers, les vaccins obligatoires sont à jour. Ses parents vous informent qu'elle a présenté une rhinopharyngite quelques jours auparavant et deux autres élèves de sa classe sont hospitalisés pour une symptomatologie similaire

81. Quel diagnostic posez-vous ? (cochez la RJ)
- A. Méningite à pneumocoque
 - B. Méningite aiguë à Neisseria meningitidis
 - C. Angine érythémato-pultacée récidivante contagieuse
 - D. Méningococcémie
 - E. Purpura fulminans
82. Sur quels arguments vous le retenez ? (cochez la RJ)
- A. Contage
 - B. Syndrome infectieux et méningé brutal
 - C. Eléments purpuriques
 - D. Splénomégalie
 - E. Tous ces éléments
83. Quel(s) attitude(s) adoptez-vous en urgence ? (cochez la RJ)
- A. Ponction lombaire et hémoculture
 - B. Ponction lombaire précédée par l'imagerie cérébrale et le fond d'œil
 - C. Antibiothérapie précédant l'imagerie puis la ponction lombaire
 - D. Ponction lombaire en urgence
 - E. Antibiothérapie et hémoculture
84. Qu'attendez-vous à l'examen du LCR ? (cochez la combinaison juste)
- 1. Le LCR est purulent
 - 2. Le LCR est clair
 - 3. L'albuminorachie est élevée
 - 4. L'albuminorachie est basse
 - 5. La glycorachie est élevée
- A. (1, 3)
 - B. (1, 4)

- C. (1, 5)
- D. (2, 3)
- E. (2, 4)

85. Quelle est votre conduite pratique immédiate (en dehors du traitement spécifique) ? (cochez la RF)

- A. Hospitalier
- B. Isoler
- C. Ne pas déclarer
- D. Rechercher des signes de gravité
- E. Chimio prophylaxie de l'entourage

86. Au 3^{ème} jour d'évolution, la température a baissé à 38.4°C avec apparition d'une douleur au niveau thoracique et du genou droit. L'examen objective un frottement péricardique et une tuméfaction du genou droit avec un choc rotulien. Les hémocultures reviennent positives à diplocoques à Gram négatif. Comment expliquez-vous ces manifestations ? (cochez la RJ)

- A. Méningococcémie avec localisations réactionnelles non purulentes
- B. Méningite à méningocoque avec localisation secondaire
- C. Méningite à méningocoque avec bactériémie et localisations péricardique et ostéo-articulaire
- D. Méningococcémie avec localisations méningée, péricardique et ostéo-articulaire
- E. A et C

87. Quelle famille d'antibiotique prescrivez-vous ? (cochez la RJ)

- A. Les bêta-lactamines
- B. Les aminosides
- C. Les macrolides
- D. Les polypeptides
- E. Les sulfamides

88. La durée de traitement d'une méningite à méningocoque est de (cochez la RJ)

- A. 10 jours
- B. 15 jours
- C. 21 jours
- D. 30 jours
- E. 05 jours

89. L'antibiotique recommandé en Algérie pour la chimio prophylaxie anti-méningococcique est : (cochez la RJ)

- A. L'Amoxicilline
- B. La gentamycine
- C. La spiramycine
- D. La rifampicine
- E. L'amoxicilline –acide clavulanique

90. La méningite à méningocoque peut se compliquer de : (cochez la RF)

- A. Péricardite de mécanisme immunologique
- B. Arthrite septique
- C. Arthrite de mécanisme immunologique
- D. Cloisonnement
- E. Hématome sous dural

Dossier clinique N°10

Patient de 42 ans, pompiste de profession, fumeur à raison de 15 paquet/année et consommation d'alcool en raison d'un verre par jour. Il consulte pour une masse cervicale haute droite, augmentant progressivement de taille depuis 2 mois.

91. Quelle est votre démarche diagnostique ? (cochez la Combinaison juste)

- 1. Un interrogatoire minutieux
 - 2. Un examen ORL spécialisé
 - 3. Une radiographie standard du thorax
 - 4. Une IRM cervicale
 - 5. Une cytoponction de l'adénopathie cervicale
- A. (1, 2, 5)
 - B. (1, 2, 4)
 - C. (1, 2, 3)
 - D. (2, 3, 5)
 - E. (1, 3, 5)

92. A l'interrogatoire pas de notion de contag tuberculeux. L'examen clinique, retrouve à la palpation une adénopathie cervicale sous-angulo-maxillaire de 6,5 cm de grand axe, dure, indolore, fixée par rapport aux plans profond et superficiel. Le patient présente des épistaxis de la fosse nasale gauche avec obstruction nasale à bascule, une diminution de l'acuité auditive et otalgie transitoire gauche

Quels sont les diagnostics à évoquer devant ce tableau clinique ? (cochez la combinaison juste)

- 1. Carie dentaire
 - 2. Cancer de la langue
 - 3. Cancer du nasopharynx
 - 4. Cancer du larynx
 - 5. Tuberculose
- A. (1, 2, 4)
 - B. (2, 3, 5)
 - C. (1, 4, 5)
 - D. (2, 4, 5)
 - E. (2, 3, 4)

93. Quel est l'examen nécessaire pour orienter le diagnostic ? (cochez la RJ)

- A. Biopsie écho-guidée de l'adénopathie cervicale

- B. IRM ou scanner cervical
 - C. Naso-fibroscopie
 - D. Echo-endoscopie avec biopsie
 - E. Toutes ces réponses sont justes
94. L'exploration retrouve un volumineux processus de la paroi latérale gauche du naso-pharynx (cavum), de 5 cm de grand axe, la biopsie pratiquée revient en faveur d'un carcinome indifférencié.
- Quels sont les facteurs de risque dans le cancer du naso-pharynx : (cochez la combinaison juste)
- 1. Alcool
 - 2. Alcool et tabac
 - 3. Les hydrocarbures et caoutchouc
 - 4. Infection à Epstein Barr Virus
 - 5. Beurre de rance
- A. (1, 3, 4)
 - B. (2, 3, 4)
 - C. (1, 4, 5)
 - D. (3, 4, 5)
 - E. (2, 3, 5)
95. Concernant le nasopharynx : (cochez la RF)
- A. Est appelé aussi rhinopharynx
 - B. Est situé entre l'oropharynx et l'hypo pharynx
 - C. Communique avec l'oreille via le trompe d'Eustache
 - D. Est constitué d'un épithélium pseudo stratifié
 - E. Il se termine derrière le voile du palais
96. une IRM du cavum a été réalisée objectivant un volumineux processus tissulaire expansif cavaire postéro-latéral gauche, mesurant 42×36×50 mm infiltrant, avec adénopathies cervicales bilatérales.
- Un bilan biologique objective une anémie normocytaire normochrome à 10.5 g/dl, une hyperleucocytose à 12000 elts/mm³ et une hypercalcémie à 12.6 mg/dl. L'hypercalcémie chez ce patient : (cochez la RF)
- A. Est un signe pathognomonique de métastases osseuses
 - B. Est probablement paranéoplasique
 - C. Ne peut être confirmée que par le calcul de la calcémie corrigée
 - D. Son traitement doit être instauré en urgence
 - E. Le traitement le plus efficace est l'administration de biphosphonates
97. Le bilan pré-thérapeutique doit comporter : (cochez la combinaison juste)
- 1. Une scintigraphie osseuse
 - 2. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien
 - 3. Une biopsie osseuse
 - 4. Sérologie virale
 - 5. IRM cérébrale

- A. (1, 2, 3)
- B. (2, 3, 5)
- C. (2, 3, 4)
- D. (1, 2, 4)
- E. (1, 2, 5)

98. Le cancer du cavum : (cochez la RF)

- A. Est un cancer qui survient chez le sujet jeune
- B. Est un cancer curable
- C. Est un cancer radio-chimiosensible
- D. Est un cancer à prédominance féminine
- E. Est lié à l'HLA B5 en Algérie

99. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a objectivé des localisations secondaires pulmonaire, hépatique et osseuse

Quel est le traitement le plus approprié chez ce patient : (cochez la RJ)

- A. Radiothérapie généralisée
- B. Radiothérapie associée à la chimiothérapie
- C. Radiothérapie métabolique
- D. Chirurgie
- E. Chimiothérapie

100. La surveillance de l'évolution de cette maladie se fait par : (cochez la RF)

- A. Examen clinique
- B. Sérologie EBV
- C. Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- D. Scintigraphie osseuse
- E. Bilan biologique stansard

Bon courage ☺