



UNIVERSITE D'ALGER 1 BENYOUCEF BENKHEDA
FACULTE DE MEDECINE D'ALGER
Concours d'accès au Résidanat de Médecine
Session Octobre 2023



Le sujet comprend 150 questions

Durée : 4H00

RJ : cochez la réponse juste / RF : cochez la réponse fausse

1. **L'étude microscopique d'une biopsie gastrique au cours de la maladie de Biermer retrouve: (RF)**
 - A. un infiltrat inflammatoire lympho plasmocytaire,
 - B. une atrophie de la masse glandulaire,
 - C. une métaplasie malpighienne,
 - D. une hyperplasie des cellules endocrines,
 - E. une métaplasie intestinale.
2. **Toutes ces lésions cellulaires sont réversibles sauf : (RJ)**
 - A. caryorrhéxis,
 - B. inclusions nucléaires,
 - C. inclusions cytoplasmiques,
 - D. dégénérescence vacuolaire,
 - E. condensation éosinophile.
3. **La fibrose ou sclérose : (RF)**
 - A- est une pathologie de la matrice extra cellulaire,
 - B- est le plus souvent d'origine inflammatoire,
 - C- est le plus souvent réversible,
 - D- l'organe atteint peut être atrophique,
 - E- l'organe atteint peut être hypertrophique.
4. **L'un des gènes transcrits suivant ont des séquences non répétées, lequel : (RJ)**
 - A. Gènes "House-Keeping".
 - B. Gènes des histones.
 - C. Gènes spécifiant les ARN.
 - D. Gènes HLA.
 - E. Gènes des Immunoglobulines.
5. **Les gènes de classe III ont comme produits : (RF)**
 - A. les ARNt,
 - B. les ARNr 5S,
 - C. les petits ARN (ARNsn),
 - D. des protéines,
 - E. sont transcrits par la RNA polymérase III.
6. **Dans le code génétique : (RF)**
 - A. les différences entre codons synonymes portent sur la troisième position du codon,
 - B. les codons de terminaison ou stop du noyau sont UAA, UAG et UGA,
 - C. tous les acides aminés exceptés la leucine et la méthionine sont représentés par plus d'un codon,
 - D. le codon d'initiation est le GUG pour la mitochondrie,
 - E. en général les deux premiers nucléotides du codon définissent l'acide aminé.

7. Le Récepteur soluble de la Transferrine (Rs-TF): (RF)

- A. est la forme circulante tronquée du domaine extracellulaire du récepteur membranaire de la transferrine,
- B. est un paramètre sensible et très précoce des carences en fer,
- C. son taux est normal dans l'anémie des maladies chroniques,
- D. n'est pas influencé par l'inflammation,
- E. son taux est diminué dans l'anémie ferriprive.

8. Les modifications post traductionnelles par Ubiquitinylation : (RF)

- A. ont lieu sur les arginines de nombreuses protéines,
- B. jouent un rôle important dans le renouvellement protéique,
- C. marquent les protéines destinées à la protéolyse,
- D. jouent un rôle important dans la réparation de l'ADN,
- E. jouent un rôle important dans la régulation de la transcription.

9. Dans l'hérédité mitochondriale : (RF)

- A. la transmission du génome mitochondrial est uni-parentale,
- B. les mitochondriopathies sont caractérisées par une forte hétérogénéité clinique et génétique,
- C. les mères transmettent leur ADNmt à tous leurs enfants,
- D. l'atrophie optique de « Leber » est une mitochondriopathie,
- E. ne peut pas simuler une hérédité à transmission autosomique dominante.

10. Dans la polymérase chain reaction (PCR), la Taq polymérase est : (RJ)

- A. une ARN polymérase thermostable,
- B. une transcriptase inverse,
- C. une enzyme de restriction,
- D. une ADN polymérase,
- E. est utilisée pour dénaturer / renaturer l'ADN dans les PCR.

11. Le calcium ionisé (Ca^{2+}): (RF)

- A. représente 50% de la valeur du Ca total,
- B. définit mieux les vraies variations de la calcémie,
- C. est utilisé dans la formule de la calcémie corrigée avec le taux d'albumine sérique,
- D. un Ca^{2+} supérieur à 1,40 mmol/l confirme l'hyper-calcémie,
- E. est la forme physiologiquement active du calcium.

12. Les germes suivants sont sensibles aux céphalosporines de 3^{ème} génération :(RF)

- A. Haemophilus influenzae
- B. Escherichia coli
- C. Listeria monocytogenes
- D. Salmonella typhi
- E. Streptococcus pneumoniae

13. L'hormone thyroïdienne T_3 : (RJ)

- A. est la 3, 5, 5' triiodo-thyronine,
- B. est la 3, 5, 5' triiodo-tyrosine,
- C. est la 3, 5, 3' triiodo-thyronine,
- D. est la 3, 5, 3' triiodo-tyrosine,
- E. est la thyroxine.

14. Les vitamines : (RF)

- A. B₉ et B₁₂ interviennent dans le métabolisme de la méthionine,
- B. sont de nature organique et non énergétique,
- C. A, C et E ont une action antioxydant,
- D. A, D et E ont une action de type hormonale,
- E. B₆, B₉ et B₁₂ interviennent dans le métabolisme de l'homocystéine.

15. Les acides aminés nécessaires à la synthèse du noyau purique sont: (RJ)

- 1. Glycine
- 2. Glutamine
- 3. Glutamate
- 4. Aspartate
- 5. Alanine

A(1+2+4) B(1+2+5) C(2+3+4) D(2+3+5) E(3+4+5)

16. Les pathologies qui peuvent entraîner une hypoglycémie sont : (RF)

- A. diabète sucré de type 1 mal équilibré,
- B. insulinome,
- C. glycogénose de type 2 par déficit de la maltase acide,
- D. galactosémie congénitale,
- E. déficit en SGLT 1.

17. L'acide aminé dont le groupement aminé est transféré par l'ASAT est : (RJ)

- A. alanine
- B. asparagine
- C. aspartate
- D. glutamate
- E. glutamine

18. L'analyse biochimique d'un liquide pleural montre un taux de protides = 36 g/l : (RF)

- A. il s'agit d'un exsudat,
- B. ce liquide est dit Rivalta positif,
- C. une pathologie néoplasique peut être la cause,
- D. l'origine tuberculeuse est à écarter car le taux de protides est > 30 g/l,
- E. une insuffisance cardiaque ne peut pas être la cause.

19. L'utilisation de l'oxalate de potassium comme anticoagulant dans un prélèvement sanguin :(RF)

- A. empêche, par chélation, l'ionisation du calcium nécessaire à la coagulation,
- B. précipite les ions calcium en formant l'oxalate de sodium qui est insoluble,
- C. augmente la kaliémie,
- D. diminue la calcémie,
- E. majore la lactatémie.

20. Devant une LDH totale élevée, l'isoenzyme dominante en cas d'atteinte hépatique est : (RJ)

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

21. Le diagnostic d'acromégalie repose sur les éléments biochimiques suivants : (RF)

- A. Augmentation de la GH plasmatique.
- B. Disparition du cycle nyctéméral de la GH plasmatique.
- C. Baisse de la GH-BP.
- D. Augmentation de l'IGF-1 plasmatique.
- E. Augmentation de l'IGFBP 3 plasmatique.

29. Les p
A.
2. Les marqueurs tumoraux qui possèdent une sensibilité et une spécificité de détection du cancer de l'ovaire sont : (RJ)

l'ovaire sont : (RJ)

1. CA 125
2. CA 15-3
3. CA 19-9
4. AFP
5. HE4

A(1 + 2) B(1+ 5) C(2 + 3) D(2+ 5) E(3 + 4)

23. La Procalcitonine (PCT) : (RF)

- A. est une protéine de 116 acides aminés des cellules C de la thyroïde,
- B. est synthétisée par les cellules neuroendocrines de la thyroïde et du poumon,
- C. Dans les infections virales, la sécrétion d'interféron gamma (IFN γ) stimule l'ARN messager de la PCT,
- D. permet le diagnostic et le pronostic du sepsis,
- E. est plus spécifique des infections et moins sensible à l'inflammation.

24. La fraction excrétée du Sodium (FENa) : (RF)

- A. permet une orientation vers l'insuffisance rénale fonctionnelle ou organique,
- B. c'est (natriurie x créatininémie) / (natrémie x créatininurie) x 100,
- C. est calculée à partir de dosages issus des échantillons d'urine et de sang obtenus simultanément,
- D. un résultat supérieur à 1 % est en faveur d'une insuffisance rénale parenchymateuse,
- E. le résultat n'est pas faussé par la prise de diurétiques.

25. La Fructosamine : (RF)

- A. est le reflet de l'équilibre glycémique à court terme
- B. est indiquée dans le suivi des patientes enceintes diabétiques
- C. est la fixation irréversible du glucose sur l'albumine sérique
- D. est la fixation enzymatique du glucose sur l'albumine sérique
- E. son dosage n'est pas affecté par la présence d'une hémoglobine anormale

26. Les transaminases Alanine amino transferases (ALAT) : (RF)

- A. le rapport TGP/TGO est <1 dans les myopathies,
- B. font partie du bilan de l'Actitest,
- C. augmentent modérément dans les syndromes de cholestase,
- D. sont augmentées en cas de surpoids,
- E. sont retrouvées surtout dans les mitochondries du foie.

27. Le système endo-membranaire (SEM) : (RF)

- A. est présent uniquement dans les cellules eucaryotes,
- B. est un système dynamique assurant un mouvement de membranes et de substances,
- C. permet le renouvellement des constituants de la membrane plasmique,
- D. les peroxysomes en constituent un compartiment spécialisé,
- E. ses cavités sont entourées par des membranes tristratifiées.

28. Le cytosquelette : (RF)

- A. est composé de trois types de polymères fibreux de nature protéique,
- B. les microtubules sont les plus épaisses des filaments du cytosquelette,
- C. seuls les filaments intermédiaires, sont composés de monomères protéiques fibreux,
- D. ses filaments se localisent uniquement dans le cytosol,
- E. ses microtubules permettent le mouvement des chromosomes lors de la division cellulaire.

9. Les phospholipides membranaires : (RF)

- A. déterminent la forme de la membrane plasmique,
- B. interviennent dans les phénomènes de cytodierèse en fin de mitose,
- C. constituent des molécules d'adhésion intercellulaire,
- D. constituent une barrière aux molécules hydrosolubles.
- E. permettent la diffusion de molécules liposolubles.

10. La matrice extracellulaire dans les épithéliums : (RJ)

- A. entoure totalement les cellules épithéliales,
- B. est très abondante, entourant les bords latéraux des cellules épithéliales,
- C. est très riche en collagène de type I,
- D. est réduite en une fine lame nommée membrane basale,
- E. est synthétisée uniquement par les cellules épithéliales.

31. Les desmosomes : (RF)

- A. sont des jonctions de type Macula,
- B. présentent en microscopie électronique une structure en six feuillets,
- C. comportent des protéines appelées occludines,
- D. assurent la cohésion des cellules au sein d'un épithélium,
- E. comportent des protéines d'adhésion appelées cadhérines.

32. Parmi les couches de cellules suivantes, laquelle est responsable de la reconnaissance du spermatozoïde en tant que gamète de la même espèce animale (RJ)

- A. la membrane plasmique de l'ovocyte,
- B. la corona radiata,
- C. le cumulus oophorus,
- D. la membrane pellucide,
- E. la membrane nucléaire de l'ovocyte.

33. Au cours de l'implantation du blastocyste, quel élément joue le principal rôle dans la pénétration de l'endomètre : (RJ)

- A. l'entoblaste,
- B. l'ectoblaste,
- C. la somatopleure extra-embryonnaire,
- D. le syncytiotrophoblaste,
- E. la splanchnopleure extra-embryonnaire.

34. La gastrulation : (RJ)

- A. survient au cours de la 3^{ème} semaine du développement embryonnaire,
- B. survient au cours de la 2^{ème} semaine du développement embryonnaire,
- C. aboutit à un embryon didermique,
- D. met en jeu un déplacement des cellules hypoblastiques vers la ligne primitive,
- E. est rendue possible par le renforcement des connexions intercellulaires de cellules épiblastiques.

35. Les maladies autosomiques dominantes se caractérisent par : (RF)

- A. une transmission verticale dans la majorité des cas.
- B. peuvent être de plus en plus grave au fil des générations.
- C. ne peuvent pas apparaître par néomutation.
- D. les personnes atteintes sont souvent hétérozygotes pour le gène délétère.
- E. dans certains cas, un saut de génération peut être observé.

36. Vous recevez à votre consultation un jeune homme et une jeune femme qui comptent se marier, avoir des enfants. Le jeune homme a un frère hémophile. Il veut savoir si ses enfants risquent d'avoir la maladie. Quelle sera votre conduite à tenir (RJ)

- A. Vous leur déconseillez de se marier et d'avoir des enfants.
- B. Vous évaluez le risque après avoir fait l'arbre généalogique des deux.
- C. Vous leur proposez de se marier mais de ne pas avoir d'enfants.
- D. Vous leur dites que le risque est nul même si la femme est une cousine.
- E. Vous leur dites que le risque est élevé parce qu'un parent proche est hémophile.

37. Quelle est l'association juste entre le syndrome et le caryotype correspondant (RJ)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Syndrome de Patau. | a. 48, XXXY. |
| 2. Syndrome d'Edwards. | b. 46, XX, +18. |
| 3. Syndrome de Turner. | c. 46, XY, +13. |
| 4. Syndrome de Klinefelter | d. 45, XX, rob (14 ;21). |
| 5. Syndrome du cri du chat. | e. 46, X, r (X). |

A(1,b) B(2,c) C(3,d) D(4,a) E(5,e)

38. Sur une coupe histologique transversale de l'épididyme observée en microscope optique, quels sont les éléments qui permettent de définir la tête de l'épididyme (RJ)

- A. Epithélium pseudo-stratifié.
- B. Présence de spermatozoïdes dans la lumière.
- C. Présence d'une paroi épaisse et une lumière irrégulière.
- D. Epithélium unistratifié à cellules ciliées pourvues des cils vibratiles.
- E. Epithélium unistratifié à cellules prismatiques pourvues de stéréocils.

39. Au niveau du poumon le bourrelet alvéolaire: (RF)

- A. est le pied d'insertion entre deux alvéoles voisines,
- B. est constitué d'un épithélium cubique simple cilié,
- C. représente un reliquat bronchiolaire,
- D. persiste dans sa paroi de rares cellules cartilagineuses,
- E. présente dans son chorion de rares fibres musculaires lisses.

40. Les lieux de l'hématopoïèse se succèdent depuis la 3^{ème} semaine du développement embryonnaire jusqu'à la naissance, en trois périodes dans l'ordre suivant : (RJ)

- A. période hépato-splénique - période mésoblastique - période lympho-médullaire.
- B. période mésoblastique - période lympho-médullaire - période hépato-splénique.
- C. période mésoblastique - période hépato-splénique - période lympho-médullaire.
- D. période lympho-médullaire - période hépato-splénique - période mésoblastique.
- E. période hépato-splénique - période lympho-médullaire - période mésoblastique.

41. Les bourgeons du goût : (RF)

- A. sont des organes épithéliaux,
- B. sont répartis essentiellement au niveau de l'épithélium des papilles filiformes,
- C. sont des organes des sens secondaires,
- D. comportent des microvillosités dans le pôle apical de la cellule gustative au microscope électronique,
- E. comportent des cellules gustatives et des cellules de soutien.

42. La recherche des agglutinines irrégulières (RAI) : (RF)

- A. se fait par un test de Coombs indirect,
- B. permet de rechercher les anticorps immuns dans le sérum du patient,
- C. reste valable pendant 15 jours dans le cas de transfusion sanguine,
- D. permet de détecter une allo immunisation transfusionnelle,
- E. est indiquée dans le suivi d'une femme enceinte de groupe rhésus négatif.

43. Le test de Coombs direct est pratiqué : (RF)

- A. pour confirmer une origine hémolytique d'une anémie,
- B. pour détecter des fractions du complément fixé in vivo sur les globules rouges du patient,
- C. pour orienter vers le caractère hémolytique d'un ictère,
- D. pour confirmer le diagnostic de la maladie hémorragique du nouveau né,
- E. en cas de suspicion d'un accident transfusionnel immunologique.

44. La drépanocytose : (RF)

- A. est une anémie hémolytique constitutionnelle
- B. est une hémoglobinopathie due à une anomalie qualitative de la structure de l'hémoglobine
- C. est due à une mutation ponctuelle au niveau du gène de la chaîne Alpha globine
- D. est une maladie à transmission autosomale récessive
- E. le globule rouge est falciforme

45. La substance amyloïde : (RF)

- A. est un dépôt extra cellulaire
- B. est de nature protéique
- C. a une structure fibrillaire
- D. est sensible à la protéolyse
- E. se colore en rouge au rouge Congo

46. Le type histologique le plus fréquent du cancer du poumon est : (RJ)

- A. Le carcinome épidermoïde
- B. Le carcinome à petites cellules
- C. Les tumeurs carcinoïdes
- D. L'adénocarcinome
- E. Le carcinome à grandes cellules

47. Toutes ces tumeurs sont bénignes : (RF)

- A. adénome prostatique,
- B. léiomyome,
- C. glioblastome,
- D. neurinome,
- E. ostéome.

48. Les fonctions du lymphocyte T sont : (RJ)

1. la reconnaissance des peptides présentés par le CMH II aux LT CD4+,
2. la lyse de la cellule cible après activation des LT CD8+,
3. la production des anticorps après maturation thymique,
4. la production des cytokines activant les cellules à immunité spécifique,
5. la production des cytokines activant les cellules à immunité non spécifique.

A (1+5) B (1+3) C (2+4) D (1+4) E (3+4)

49. Le lymphocyte : (RJ)

1. est une cellule mononuclée
2. à une surface rugueuse par la présence des immunoglobulines sur la membrane des lymphocytes T en microscopie à balayage
3. présente une réaction intense au peroxydase
4. représente 80% de l'équilibre leucocytaire
5. la sous population lymphocyte B est toujours plus nombreuse que la T

A (1+2) B (1+4) C (2+3) D (2+5) E (3+5)

50. L'épithélium pigmentaire de la rétine : (RF)

- A. est le feuillet interne de la rétine,
- B. transforme le fond de l'œil en chambre noire,
- C. régule les échanges entre la choroïde et les photorécepteurs,
- D. stocke la vitamine A,
- E. participe au renouvellement des pigments photosensibles.

51. La claudication intermittente d'origine artérielle : (RF)

- A. s'accompagne le plus souvent d'une diminution d'un ou de plusieurs pouls du membre inférieur.
- B. est le plus souvent asymétrique,
- C. est caractérisée par un périmètre de marche réduit,
- D. l'arrêt du tabac peut améliorer le périmètre de marche,
- E. s'accompagne souvent de troubles sphinctériens.

52. La cardio-version électrique dans la fibrillation atriale (FA) : (RJ)

- 1. doit être faite en urgence en cas d'état de choc.
- 2. peut être faite sans échographie trans œsophagienne si la FA date de moins de 72 heures.
- 3. peut être faite sans imagerie après 3 semaines d'anti coagulation bien conduite.
- 4. l'examen de référence pour écarter un thrombus de l'auricule est le scanner sans injection.
- 5. arrêt des digitaliques 48 heures avant.

A(1+3+5) B(1+2+5) C(1+4+5) D(2+4+5) E(1+3+4)

53. Parmi les méthodes suivantes, lesquelles permettent d'estimer le risque cardiovasculaire global : (RJ)

- 1. Score de CHA2 DS2 Vasc
- 2. Score de Framingham
- 3. L'échelle SCORE
- 4. Score de Genève
- 5. Score de Waldentrom

A(1+3) B(2+3) C(4+5) D(3+4) E(2+5)

54. La dissection aigue de l'aorte : (RJ)

- 1. la porte d'entrée est une brèche intimale,
- 2. peut se compliquer d'un syndrome coronaire aigu ST plus,
- 3. la dissection de type B est une indication à un traitement chirurgical en urgence,
- 4. peut se compliquer d'une ischémie mésentérique,
- 5. le principal facteur de risque est le tabac.

A(1+2+3) B(1+2+4) C(1+3+4) D(3+4+5) E(2+4+5)

55. Quels tests de surveillance pouvez-vous proposer à un patient traité par du Rivaroxaban (anticoagulant oral direct) pour une fibrillation atriale : (RJ)

- 1. TCA
- 2. INR
- 3. Activité Anti-Xa
- 4. Créatinémie
- 5. ASAT / ALAT

A(1+2) B(3+4) C(4+5) D(1+4) E(2+4)

56. Dans l'atteinte cervicale haute (C1-C4) on peut trouver : (RF)

- A. une tétraparésie.,
- B. un trouble ventilatoire par paralysie du diaphragme,
- C. un signe de Claude Bernard-Horner homolatéral,
- D. une paralysie du trapèze.,
- E. une paralysie du sternocléidomastoidien.

57. Le diagnostic différentiel devant des crises d'épilepsie focales : (RF)

- A. migraine avec aura,
- B. Narcolepsie,
- C. Hypoglycémie,
- D. accident ischémique transitoire,
- E. ictus amnésique.

58. L'épilepsie généralisée idiopathique tonico-clonique (Grand-mal) : (RF)

- A. est la plus fréquente des épilepsies de l'adulte,
- B. cliniquement se traduit par des crises généralisées d'emblée,
- C. a une bonne réponse au traitement antiépileptique,
- D. EEG : objective des anomalies paroxystiques unilatérales et asymétriques,
- E. pas de troubles associés notamment un retard mental.

59. Une femme de 50 ans présente un syndrome de Claude Bernard-Horner post-ganglionnaire d'installation brutale et douloureux. Quelle pathologie faut-il rechercher lors de l'imagerie : (RJ)

- A. une tumeur de l'apex orbitaire,
- B. une sclérose en plaques,
- C. une dissection carotidienne,
- D. un accident vasculaire du tronc cérébral,
- E. une thrombophlébite cérébrale.

60. Une femme de 68 ans qui présente une baisse visuelle brutale dans un contexte d'altération de l'état général, de perte de poids et de douleur de l'articulation temporo-mandibulaire, quel est l'examen le plus approprié : (RJ)

- A. Une IRM cérébrale et orbitaire.
- B. Un scanner cérébral.
- C. Une consultation de neurologie en urgence.
- D. Une consultation d'ophtalmologie en urgence.
- E. Un dosage de la vitesse de sédimentation et de la protéine C réactive.

61. Une femme de 47 ans a depuis un mois une diplopie variable et un ptosis fluctuant. Elle n'a aucun signe d'appel systémique : (RJ)

- A. elle risque de développer une myasthénie généralisée,
- B. elle présente une orbitopathie dysthyroïdienne,
- C. un taux normal d'anticorps antirécepteurs d'acétylcholine élimine le diagnostic de myasthénie,
- D. une amélioration du ptosis de 2 mm après la pose d'un glaçon sur la paupière confirme le diagnostic de myasthénie,
- E. un électro-neuro-myogramme (ENMG) normal élimine le diagnostic de myasthénie.

62. Quels sont les paramètres qui peuvent orienter vers une tumeur surrénalienne bénigne : (RJ)

1. L'absence du syndrome de cushing franc.
2. La densité de la tumeur à la tomodensitométrie.
3. Le Wash-out absolu est relatif au scanner.
4. Aucun examen, sauf la biopsie surrénalienne scanno-guidée.
5. Le caractère unilatéral de la tumeur.

A (2+3) B (1+4) C (2+4) D (1+5) E (3+4)

63. Chez le nouveau-né, le signe constamment retrouvé en cas d'atrésie de l'œsophage : (RJ)

- A. cyanose,
- B. détresse respiratoire,
- C. hypersialorrhée,
- D. vomissements,
- E. toux.

1. La kérato-conjonctivite trachomateuse est caractérisée par : (RJ)

1. elle débute généralement dans l'enfance et évolue de façon chronique sur plusieurs années,
2. le Stade I est caractérisé par une incubation de plusieurs mois, les signes fonctionnels sont peu importants et l'examen clinique va retrouver un épaississement de la muqueuse conjonctivale, des papilles, des follicules caractérisés par leur siège au niveau des 2/3 externes de la muqueuse tarsale,
3. le stade II est caractérisé par un œdème palpébral, une hyperplasie de la muqueuse conjonctivale, des papilles, des follicules plus nombreux siégeants au niveau des 2/3 internes de la muqueuse tarsale,
4. le Stade III est caractérisé par l'apparition d'une sclérose conjonctivo- cornéenne,
5. le Stade IV est caractérisé par la présence de signes évolutifs, d'un état de fibrose cicatricielle conjonctivale, d'un symblepharon et d'un trichiasis.

A (1+ 2+5) B (2+3+4) C (1+3+4) D (2+4+5) E(2+3+5)

55. Une hypothyroïdie congénitale par athyréose peut se traduire par : (RJ)

1. macroglossie,
2. hernie ombilicale,
3. hypotonie,
4. dysgénésie épiphysaire de Wilkins,
5. ictère néonatal prolongé.

A(1+3+4+5) B (1+3+5) C (1+2+3+4+5) D (2+3+4) E (1+2+4+5)

66. La coqueluche de l'enfant : (RJ)

1. la quinte est souvent précédée de prodromes,
2. après plusieurs secousses de toux il existe une brève apnée et une reprise inspiratoire bruyante,
3. l'auscultation pulmonaire en dehors des épisodes de quinte est normale ou retrouve des ronchus,
4. pendant la période des quintes la température est de l'ordre de 39,5°C,
5. l'existence d'hémorragies sous conjonctivales est un élément en faveur du diagnostic.

A(1+2+3) B(2+3+4) C(3+4+5) D(1+3+5) E(2+3+5)

67. Une acromégalie évolutive sans aucune thérapeutique, augmente le risque de : (RJ)

1. goitre multi-nodulaire,
2. hypoglycémie,
3. syndrome du canal carpien,
4. HTA,
5. évènements cardiovasculaires.

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

68. Quel est le signe clinique le plus souvent révélateur d'un néphroblastome chez l'enfant : (RJ)

- A. Fièvre.
- B. Hypertension artérielle.
- C. Hématurie macroscopique.
- D. Découverte d'une masse abdominale.
- E. Découverte d'une métastase pulmonaire.

69. Quels sont les facteurs de risques de cancer de l'estomac : (RF)

- A. Alimentation riche en fibres.
- B. Ulcère gastrique.
- C. Antécédents familiaux de cancer de l'estomac.
- D. Infection chronique à Helicobacter pylori.
- E. Atrophie gastrique avec métaplasie intestinale.

70. Quelles sont les complications potentielles d'une maladie de Crohn colique étendue ancienne : (RF)

- A. Les sténoses.
- B. Les cancers recto coliques.
- C. La malabsorption des micronutriments.
- D. Les fistules.
- E. Les abcès.

71. A l'examen externe de cadavre, quels signes sont très évocateurs d'une intoxication au monoxyde de carbone : (RJ)

- 1. Un dépôt de fumée et de suie sur le corps.
- 2. Un champignon de mousse au niveau des orifices bucco-narinaires.
- 3. Une pâleur des téguments.
- 4. Des lividités paradoxales.
- 5. Une coloration rouge carmin des lividités.

A (1+2+5)

B (1+5)

C (4+5)

D (2+5)

E (2+3)

72. Le refus de déférer aux ordres d'une réquisition à médecin engagé : (RJ)

- A. la responsabilité administrative de l'hôpital.
- B. la responsabilité pénale du médecin.
- C. la responsabilité contractuelle du médecin.
- D. la responsabilité de l'assureur de l'hôpital.
- E. aucune de ces réponses n'est juste.

73. Les activités suivantes sont des sources d'exposition au plomb : (RF)

- A. fabrication et récupération des accumulateurs de batteries,
- B. fabrication de munitions,
- C. fabrication des barrières antibruit ou écrans antiradiation,
- D. épandage des pesticides organo-mercuriels,
- E. utilisation de la peinture.

74. Les vaccinations obligatoires chez le personnel soignant : (RJ)

- A. vaccination contre l'hépatite virale B, anti diphtérique anti tétanique adulte et anti Polio, anti Brucellose et anti Leptospirose,
- B. vaccination anti diphtérique anti tétanique adulte,
- C. vaccination anti diphtérique anti tétanique adulte et Polio,
- D. vaccination hépatite virale B, anti diphtérique, anti tétanique adulte, celle de la Brucellose et de la Leptospirose,
- E. vaccination contre l'hépatite virale B, la vaccination anti diphtérique et anti tétanique adulte.

75. Parmi ces classes thérapeutiques, quelle est celle qui diminue la morbi-mortalité dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection du ventricule gauche préservée : (RJ)

- A. inhibiteurs des SGLT2,
- B. digitaliques,
- C. diurétiques thiazidiques,
- D. diurétiques de l'anse,
- E. inhibiteurs calciques.

Cas clinique N° 1 :

Devant un bilan hépatique perturbé chez une femme âgée de 38 ans, une biopsie hépatique a été réalisée, et dont l'examen microscopique objective un infiltrat inflammatoire lymphocytaire, une fibrose et des hépatocytes en verre dépoli.

76. Quel est votre diagnostic : (RJ)

- A- Hépatite auto immune.
- B- Hépatite médicamenteuse.
- C- Hépatite virale.
- D- Une cholangite biliaire.
- E- Un carcinome hépatocellulaire.

77. Quel examen complémentaire est à demander pour confirmer le diagnostic : (RJ)

- A- Coloration histochimique au trichrome de Masson.
- B- Immunohistochimie à l'anticorps anti HBs.
- C- Immunohistochimie à l'anticorps anti VHC.
- D- Coloration histochimique au Perl's.
- E- Coloration histochimique au rouge Congo.

78. Quel score histo pronostic doit être établi par le pathologiste : (RJ)

- A- Score de METAVIR.
- B- Score de GLEASON.
- C- Score de PASS.
- D- Score SAF.
- E- Score de Scarff Bloom Richardson (SBR).

79. Ce score prend en compte deux paramètres, ce sont : (RJ)

- A- la stéatose et la fibrose,
- B- la stéatose et la ballonnisation,
- C- la stéatose et l'activité,
- D- l'activité et la ballonnisation,
- E- la fibrose et l'activité.

80. Quelle coloration histochimique est utilisée pour mettre en évidence la fibrose : (RJ)

- A- Le PAS.
- B- Le bleu alcian.
- C- Le rouge Congo.
- D- Le trichrome de Masson.
- E- Le Fontana.

Cas clinique N° 2 :

Monsieur Z.A. âgé de 70 ans, consulte au pavillon des urgences pour dyspnée aigue survenant brutalement la veille, accompagnée d'une douleur thoracique latérale droite. L'interrogatoire révèle que le patient est suivi pour néoplasie digestive, responsable d'une asthénie profonde imposant par moment au patient de garder le lit durant plusieurs jours. A l'examen le patient est polypnéique et légèrement cyanosé. L'auscultation cardiaque est sans anomalies hormis un rythme cardiaque rapide et régulier à 115 bats / min. Une tension artérielle à 110/70mm Hg. L'auscultation pulmonaire est également normale. La T: 38°C. Les mollets sont souples et indolores. Sur le plan biologique la FNS et la fonction rénale sont correctes. En revanche le dosage de la troponine revient faiblement positif. L'ECG retrouve une tachycardie sinusale avec aspect S1Q3 sans anomalies significatives de la repolarisation.

81. Quels diagnostics sont à évoquer : (RJ)

1. Pneumopathie droite.
2. Endocardite infectieuse.
3. Embolie pulmonaire.
4. Péricardite.
5. Syndrome coronaire aigu.

A(3+4+5) B(2+3+4) C(1+3+5) D(2+4+5) E(2+3+5)

82. Quels examens complémentaires peuvent être réalisés pour confirmer le diagnostic le plus probable : (RJ)

1. Coronarographie.
2. Scintigraphie de ventilation perfusion.
3. Angioscanner thoracique.
4. D-dimères.
5. Radiographie du Thorax.
6. Echocardiographie.

A(1+2) B(2+3) C(3+6) D(2+6) E(4+5)

83. Quelle serait votre prise en charge thérapeutique : (RJ)

1. Anticoagulation curative par une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) en sous cutané.
2. Relais dès J7 par Anti-Vitamine K.
3. Traitement per os par un anticoagulant direct seul.
4. Anticoagulation à poursuivre au moins 6 mois.
5. Indication à la pose d'un filtre cave.

A(1+3) B(2+4) C(1+4) D(4+5) E(3+4)

84. Quels sont les risques évolutifs de cette pathologie à court et à long terme en l'absence de prise en charge : (RJ)

1. Etat de choc cardiogénique.
2. Hypertension pulmonaire pré capillaire.
3. Ischémie aigue des Membres inférieurs.
4. Accident vasculaire cérébral massif.
5. Décès.

A(1+2+3) B(1+2+4) C(1+2+5) D(2+4+5) E(2+3+4)

85. Quelles mesures auraient du être prises pour éviter cette complication : (RJ)

1. HBPM à titre préventif.
2. Bas de contention.
3. Aspirine.
4. Anti-vitamine K.
5. Mobilisation active et passive durant la période d'alitement.

A(1+3) B(2+4) C(2+5) D(3+5) E(1+5)

Cas clinique N° 3 :

Une dame âgée de 30 ans est adressée en consultation d'endocrinologie par le médecin réanimateur pour une hypercalcémie à 114mg/l. Celle-ci a été découverte lors d'un bilan préopératoire pour lithiase vésiculaire. Elle n'a pas d'antécédents particuliers, notamment pas de coliques néphrétiques. On retrouve par contre, la notion d'ulcères bulbaires à répétition chez la mère. Elle pèse 65 kg pour une taille de 1m70, le reste de l'examen clinique est sans anomalies.

86. Quel bilan biologique est à demander en 1^{ère} intention : (RJ)

1. Dosage de la Thyrocalcitonine (TCT).
2. Dosage de la calcémie totale.
3. Dosage de la calcémie ionisée.
4. Dosage de la PTH 1-84.
5. Dosage de la calciurie des 24 heures.

A (2+3+5) B (1+4+5) C (2+4+5) D (1+3+5) E (2+3+4)

La calcémie est toujours élevée à 118mg/l et la PTH 1-84 est à 112pg/ml.

87. Quels examens complémentaires faut-il réaliser : (RJ)

1. Scintigraphie osseuse.
2. Echographie rénale.
3. Echographie cervicale.
4. Dosage de la TSH, FT4.
5. Ostéodensitometrie osseuse.

A (2+4+5) B (2+3+5) C (1+4+5) D (1+3+5) E (2+3+4)

La scintigraphie parathyroïdienne au MIBI montre deux adénomes polaires inférieurs droit et gauche ces données sont confirmées à l'échographie cervicale, et mesurent respectivement 12 et 10 mm chacun, et la tension artérielle mesurée au cours de cette consultation est à 220/120mm/Hg puis 240/130mmHg. La patiente ne se savait pas hypertendue.

88. Vu le contexte, quel est le dosage biologique à réaliser : (RJ)

- A. Dosage de l'aldostérone plasmatique.
- B. Dosage des dérivés méthoxylés urinaires.
- C. Dosage de la gastrinémie.
- D. Dosage du cortisol plasmatique.
- E. Dosage de l'activité rénine plasmatique.

La tomodensitométrie surrénalienne (TDM) montre une masse adénomateuse gauche de 20mm.

89. Quel diagnostic est à évoquer : (RJ)

- A. Adénome de Conn.
- B. Phéochromocytome.
- C. Gastrinome.
- D. Dysplasie macronodulaire des surrénales.
- E. Adénome cortisolique.

90. Quelle sera votre conduite thérapeutique : (RJ)

- A. Chirurgie de la masse surrénalienne en premier, puis des parathyroïdes
- B. Chirurgie des parathyroïdes en premier puis de la masse surrénalienne.
- C. Surveillance clinique sous traitements médicamenteux de l'HTA et de l'hypercalcémie.
- D. Chirurgie surrénalienne et surveillance sous médicaments de l'hyperparathyroïdie.
- E. Chirurgie de l'hyperparathyroïdie et surveillance sous traitement antihypertenseur de la masse surrénalienne.

Cas clinique N° 4 :

Un jeune adulte de 28 ans, sans antécédents particuliers, est hospitalisé en urgence. Le tableau initial à son admission était marqué par des douleurs de la fosse iliaque droite avec malaise, nausées et une température à 38°C. Après une accalmie de quelques heures, sont apparues des douleurs abdominales diffuses, des vomissements et un arrêt du transit.

L'examen de l'abdomen trouve une contracture abdominale diffuse prédominant dans la fosse iliaque droite. La température est à 39°C. Il y a une hyperleucocytose à 23000 éléments/mm³. L'abdomen sa préparation debout de face met en évidence des niveaux hydro-aériques centraux multiples.

91. Une péritonite appendiculaire comporte tous ces signes typiques sauf : (RJ)

- A. contracture abdominale,
- B. début et prédominance des signes à droite,
- C. douleur au TR,
- D. un pneumopéritoine,
- E. syndrome infectieux.

92. Le tableau clinique présenté fait évoquer : (RJ)

- A. un plastron,
- B. une pelvi péritonite,
- C. une péritonite asthénique,
- D. une péritonite par diffusion,
- E. un abcès appendiculaire.

93. Par quel mécanisme peut-on expliquer les niveaux hydro-aériques du grêle dans ce tableau : (R)

- A. Occlusion par appendicite pelvienne.
- B. Iléus paralytique.
- C. Occlusion par bride.
- D. Occlusion par invagination.
- E. Entérocolite nécrosante.

94. Qu'est ce qui ne s'applique pas au traitement chirurgical de la péritonite appendiculaire : (RJ)

- A. Appendicectomie de principe.
- B. Intervention d'urgence.
- C. Laparotomie médiane sous ombilicale.
- D. Toilette péritonéale.
- E. Entérostomie de vidange.

95. Une seule de ces complications n'est pas spécifique de la chirurgie pour péritonite appendiculaire : (RJ)

- A. fistule du moignon,
- B. abcès du cul de sac de Douglas,
- C. occlusion post opératoire,
- D. suppuration pariétale,
- E. hémorragie digestive.

Cas clinique N° 5 :

Madame M.A âgée de 30 ans, exerçant depuis 08 ans la profession d'infirmière en médecine interne, consulte pour une dermatose.

Dans ses antécédents personnels on retrouve une appendicectomie, dans les antécédents familiaux un père diabétique.

A l'interrogatoire, la patiente rapporte qu'au début, l'aspect de la dermatose était représenté par des lésions vésiculeuses et suintantes, localisées au niveau de deux doigts et aux espaces interdigitaux. Durant l'année l'infirmière a connu des périodes de rémissions et de poussées.

L'examen du jour retrouve une éruption érythémateuse et prurigineuse, discrètement kératosique, les ongles sont indemnes.

96. Quel diagnostic évoquez-vous : (RJ)

- A. Psoriasis
- B. Mycose
- C. Urticaire
- D. Eczéma
- E. Gale

97. Quels sont les éléments en faveur de l'origine professionnelle de cette dermatose : (RJ)

- 1. La manipulation récente d'un caustique.
- 2. La profession exposée.
- 3. Le caractère prurigineux.
- 4. Apparition de poussées à la reprise du travail.
- 5. La régression durant les congés annuels.

A (1+2+3) B (2+3) C (2+4+5) D (2+3+4) E (1+2+5)

98. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic : (RJ)

- 1. Réaliser les tests epicutanés (patch test).
- 2. Réaliser les tests epicutanés (stratch test).
- 3. Dosage des IgE totaux.
- 4. Une formule de numération sanguine.
- 5. Dosage des IgE spécifiques.

A (1+5) B (2+3) C (1+4+5) D (2+4+5) E (2+3+4)

99. Après confirmation du diagnostic et de l'étiologie, une déclaration de maladie professionnelle est possible si : (RJ)

- 1. le diagnostic a été confirmé,
- 2. la maladie figure sur l'un des tableaux des maladies professionnelles,
- 3. la présence de cas similaires dans le même service,
- 4. le médecin du travail a informé l'employeur du risque,
- 5. la patiente manipule habituellement le produit responsable.

A (1+2+3) B (1+2+5) C (1+2+4) D (3+4+5) E (2+3+4)

100. Que recommandez-vous à cette patiente : (RJ)

- 1. Une désensibilisation.
- 2. La prise d'une douche après le travail.
- 3. Le port de gants.
- 4. Un changement de service.
- 5. Une éviction aux produits en cause.

A (2+3+5) B (1+2+4) C (1+3+5) D (3+4+5) E (1+4+5)

Dossier clinique N°1

Monsieur M. Said, âgé de 51ans, est adressé par son médecin généraliste dans le cadre de l'urgence pour une protrusion de son œil gauche évoluant depuis quelques jours.

101. Quels sont les éléments rentrant dans le cadre de ses antécédents à rechercher en particulier : (RF)

- A. Un suivi en endocrinologie.
- B. Une notion de traumatisme crânio-facial.
- C. Un suivi pour des pathologies en hématologie.
- D. Une toxicomanie.
- E. Des pathologies néoplasiques.

L'examen ophtalmologique a retrouvé au niveau de l'œil droit une acuité visuelle à 10/10 Parinaud 2, n'ya pas d'anomalies au niveau des annexes, la motilité oculaire est conservée, le segment antérieur et le fond d'œil sont sans particularité. Au niveau de l'œil gauche: l'acuité visuelle est à 10/10 Parinaud 2, au niveau des annexes on a retrouvé un léger ptosis, une protrusion axiale non réductible, non douloureuse, avec une motilité oculaire conservée sans paralysie. Au niveau du segment antérieur on a noté une dilatation sinueuse des vaisseaux épiscléraux et conjonctivaux surtout en nasal, le reste du segment antérieur et le fond d'œil sont normaux.

102. Quel examen clinique important a été omis : (RJ)

- A. Examen de la vacuité des voies lacrymales.
- B. Test de Schirmer.
- C. Examen de la réfraction après dilatation par l'atropine.
- D. Auscultation de l'œil.
- E. Test à l'éblouissement.

103. Quel est l'examen complémentaire en priorité à demander en urgence : (RJ)

- A. Mesurer la protrusion par l'exophtalmomètre de Hertel.
- B. Demander un bilan thyroïdien.
- C. Demander des radiologies standards de face et de profil de la face.
- D. Une tomодensitométrie orbito-cérébrale avec injection du produit de contraste.
- E. Une tomодensitométrie cérébrale avec injection du produit de contraste.

104. L'indice oculo-orbitaire (IOO) est : (RJ).

- A. une mesure qui se fait par la tomодensitométrie orbito-cérébrale permettant la confirmation de l'exophtalmie et sa classification en 03 stades,
- B. une mesure qui se fait par les radiographies standards de la face permettant de confirmer l'exophtalmie,
- C. une mesure qui se fait par la tomодensitométrie orbito-cérébrale permettant la confirmation de l'exophtalmie et sa classification en 05 stades,
- D. une mesure qui se fait par l'exophtalmomètre de Hertel, permettant de prévoir le pronostic d'une exophtalmie,
- E. une mesure qui se fait par une échographie en mode b permettant la confirmation de l'exophtalmie et sa classification en 03 stades,

105. Quel est votre diagnostic positif : (RJ)

- A. Exophtalmie unilatérale gauche.
- B. Exophtalmie axiale non réductible, non douloureuse.
- C. Exorbitisme gauche.
- D. Enophtalmie droite.
- E. Rétraction palpébrale.

La tomодensitométrie orbito-cérébrale demandée avait objectivé une exophtalmie stade I avec un élargissement de la loge caverneuse et son opacification au temps artériel après injection du produit de contraste, et une dilatation de la veine ophtalmique supérieure homolatérale.

106. Devant ces résultats de la tomодensitométrie quel est le diagnostic étiologique le plus probable au quel vous devez penser : (RJ)

- A. Exophtalmie par une cellulite orbitaire.
- B. Exophtalmie d'origine basedowienne.
- C. Exophtalmie par fistule carotido-caverneuse gauche.
- D. Exophtalmie par un hématome rétro-orbitaire.
- E. Abscès orbitaire.

107. Quel est l'examen complémentaire à pratiquer afin de confirmer ce diagnostic : (RJ)

- A. Une imagerie cérébrale par résonance magnétique sans injection de produit de contraste.
- B. Une imagerie cérébrale par résonance magnétique avec une injection de produit de contraste.
- C. Une artériographie angio IRM cérébrale.
- D. Un écho-doppler oculaire.
- E. Un écho-doppler orbitaire et à compléter par une artériographie-angio IRM cérébrale.

108. Quelle est l'origine majeure de cette étiologie : (RJ)

- A. Infectieuse.
- B. Traumatique.
- C. Toxique.
- D. Endocrinienne
- E. Médicamenteuse.

109. En l'absence d'une prise en charge en urgence, quelles sont les complications possibles : (RF)

- A. Engagement du pronostic vital par une hémorragie cérébrale ou sous-arachnoïdienne.
- B. Une épistaxis foudroyante.
- C. Une hypertonie oculaire.
- D. Une atrophie optique.
- E. Aucune complication n'est possible.

110. Quel est la conduite thérapeutique : (RJ)

- A. L'abstention thérapeutique est préconisée le plus souvent.
- B. Prescription d'un traitement anticoagulant.
- C. Embolisation artérielle sélective cérébrale à l'aide de la neuroradiologie interventionnelle.
- D. Un traitement médical par anti inflammatoires non stéroïdiens et un hypotonisant intracérébral.
- E. Traitement chirurgical.

Dossier clinique N°2

Vous recevez aux urgences pédiatriques, un nourrisson de sexe masculin âgé de 8 mois, qui présente depuis 2 jours une diarrhée faite de selles liquidiennes non glairo-sanglantes, abondantes (7 selles par jours), la maman vous signale une fièvre initiale à 38°C qui a disparu depuis. Le nourrisson est le premier enfant du couple, il est né à terme avec un poids de naissance de 3 Kg, vaccination à jour, la vitamine D correctement prise, pour la diététique : allaitement mixte dès la naissance, diversification alimentaire débutée à 6 mois par des fruits, des légumes, biscuits, viande et yaourt. Les parents sont vivants et bien portants, non consanguins. L'examen ce jour retrouve un nourrisson eutrophique pour son âge avec un poids de 8,5 Kg, Taille à 70 cm, périmètre crânien à 45 cm, Température à 37°C, état général conservé, FC à 98 battement /mn, FR à 30 cycle/mn.

111. Quels signes de déshydratation recherchez-vous : (RJ)

1. Dépression de la fontanelle antérieure.
2. Yeux cernés.
3. Peau sèche.
4. Perte de poids.
5. Absence de larmes.

A(1+2+4+5) B(2+3+4+5) C(1+2+3+4) D(2+3+5) E(3+4)

112. Une déshydratation estimée à 4% est retrouvée, quel examen demandez-vous pour orienter votre attitude thérapeutique : (RJ)

- A. FNS, CRP,
- B. ionogramme sanguin,
- C. parasitologie des selles,
- D. coproculture,
- E. aucun.

113. Quel traitement instaurez-vous dans l'immédiat : (RJ)

- A. Soluté de réhydratation orale (SRO).
- B. Antibiotique de type céphalosporine de 3^{ème} génération.
- C. Antiseptiques intestinaux.
- D. Antiémétique.
- E. Toutes les propositions sont justes.

114. Si un Soluté de réhydratation orale est prescrit, comment détaillez-vous l'ordonnance : (I)

1. un sachet à diluer dans 30 ml d'eau,
 2. a proposer au nourrisson dans un biberon,
 3. un sachet dilué dans 1000 ml d'eau bouillie puis refroidie,
 4. a proposer tant que les selles liquides persistent,
 5. la solution reconstituée peut être conservée pendant 48 heures.
- A(1+5) B(3+4) C(2+4) D(2+5) E(3+5)

115. Quel régime diététique préconisez-vous dans les jours à venir : (RJ)

1. Régime à base de carotte et de riz.
 2. Régime sans apports lactés pendant 48 heures.
 3. Régime avec lait sans lactose pendant 5 à 7 jours.
 4. Réalimentation précoce avec lait habituel à concentration normale.
 5. Alimentation fractionnée et adaptée à l'âge.
- A(2+4) B(3+4) C(1+2) D(2+5) E(4+5)

116. La mère revient deux jours plus tard car le nourrisson a toujours de la diarrhée, l'examen clinique est normal, que faites vous : (RJ)

1. Rassurer la mère.
2. Mettre un traitement antibiotique.
3. Continuer les SRO.
4. Arrêter l'alimentation et le lait artificiel pendant 3 jours.
5. Hospitaliser l'enfant avec sa mère et faire un ionogramme sanguin et réhydratation par voie veineuse pendant 48 heures.

A(1+3) B(2+3) C(1+2) D(3+5) E(3+4)

117. Quel est l'agent pathogène le plus probable à l'origine de cette diarrhée : (RJ)

- A. Rota virus.
- B. Campylobacter jejuni.
- C. Shigelle.
- D. E. Colli.
- E. Yersinia.

Trois mois plus tard, la mère rapporte la persistance de la diarrhée, faite de selles molles, parfois liquides et non grasses, sans fièvre, l'enfant est anorexique, à l'examen l'abdomen est ballonné, avec cassure de la courbe pondérale. Le bilan retrouve :

- FNS : Hb : 9g/dl, VGM : 70 fl, TCMH : 22 Pg
- Fer sérique bas à 25 ug/dl et ferritinémie basse à 7 ng /ml
- La coproparasitologie des selles et la chimie des urines sont négatives

118. Que vous évoque ce tableau clinico-biologique: (RJ)

- A. Allergie aux protéines de lait de vache.
- B. Maladie cœliaque.
- C. Déficit immunitaire.
- D. Giardiase massive.
- E. Mucoviscidose.

119. Quelle serait votre conduite à tenir afin d'étayer votre diagnostic : (RF)

- A. Dosage des IGA anti transglutaminases.
- B. Dosage des IGA anti endomysium.
- C. Biopsie jéjunale à la recherche d'une atrophie villositaire.
- D. Essai d'un régime sans gluten.
- E. Dosage des anticorps anti peptides diamide de la gliadine (anti DPG).

120. Quelles sont les céréales qui contiennent le gluten : (RJ)

1. L'orge.
2. Le riz.
3. Le seigle.
4. Le maïs.
5. Le blé.

A(1+3+4) B(2+3+4) C(1+2+3) D(1+3+5) E(3+4+5)

Dossier clinique N°3 :

Patiente âgée de 22 ans mariée depuis 3 ans G0P0, sans antécédents chirurgicaux, avec notion de tabagisme depuis l'âge de 20 ans consulte pour une douleur pelvienne aigue fébrile.

121. Quels sont les diagnostics à évoquer : (RF)

1. Appendicite aiguë.
2. Péritonite.
3. Infection génitale basse.
4. Torsion d'annexes.
5. Abscess tubo-ovarien.

A (1+ 2) B (2 +5) C (3+ 4) D (1+2+5) E (1 +5)

A l'examen, la température est à 38°C avec un utérus douloureux à la palpation, un abdomen légèrement sensible, des lésions vésiculaires vulvaires et des leucorrhées verdâtres.

122. Quels examens complémentaires doivent être pratiqués en urgence : (RJ)

1. Echographie pelvienne.
2. Le taux sanguin de beta HCG.
3. Coelioscopie.
4. Hémoculture.
5. ASP.

A (1+3) B (2+4) C (1+5) D (3+4) E (1+2)

Le taux de beta HCG est négatif, à la NFS une hyperleucocytose avec un syndrome inflammatoire. L'échographie objective un épanchement pelvien minime.

123. Quelle est la triade en faveur du diagnostic que vous évoquez : (RJ)

1. Fièvre.
2. Abdomen sensible.
3. Utérus de volume sub normal.
4. Beta HCG négatif.
5. Leucorrhées verdâtres.

A (1+2+4) B(1+2+3) C(1+2+5) D(1+3+5) E(2+3+4)

124. Quels sont les facteurs de risque que présente la patiente en faveur du diagnostic retenu :(RJ)

1. Durée du mariage.
2. Douleurs pelviennes chroniques.
3. Age.
4. Lésions en faveur d'une infection sexuellement transmissible (IST).
5. Une hystérosalpingographie antérieure.

A (3+4+5) B (1+3+5) C (2+3+4) D (1+2+3) E (1+2+4)

Quelle serait votre conduite à tenir : (RJ)

1. Antibiothérapie.
2. TDM abdomino pelvienne.
3. Contraception.
4. Coéloscopie première.
5. Recherche d'IST.

A (1+2+4) B (1+3+5) C(1+2+5) D (1+2+3) E (2+4+5)

126. Quelles complications sont à craindre à long terme : (RF)

- A. Algies pelviennes chroniques.
- B. Une grossesse extra utérine.
- C. Avortement spontané précoce.
- D. Une grossesse molaire.
- E. Infertilité tubaire.

Huit mois après, elle consulte pour des douleurs pelviennes sans fièvre avec des métrorragies minimes, l'interrogatoire retrouve une notion de retard de règles.

127. Quel diagnostic évoquez-vous en premier : (RJ)

- A. Cystite aigue.
- B. Colique néphrétique.
- C. Grossesse extra utérine.
- D. Récurrence de sa première pathologie.
- E. Rupture de kyste hémorragique ovarien.

128. Quel examen vous demanderez pour étayer votre diagnostic : (RJ)

- A. CRP et NFS.
- B. IRM pelvienne.
- C. Echographie pelvienne.
- D. Hystérocopie pour rechercher l'origine du saignement.
- E. Colposcopie pour rechercher l'origine du saignement.

129. Quelques minutes après son arrivée la patiente fait un malaise avec pâleur cutanéomuqueuse marquée, que redoutez-vous : (RJ)

- A. Hémopéritoine abondant due au kyste hémorragique.
- B. Péritonite appendiculaire.
- C. Choc septique.
- D. Grossesse extra utérine rompue.
- E. Choc vagal.

130. Devant ce tableau que préconisez-vous : (RJ)

- A. Rappeler le radiologue pour un examen radiologique plus approfondi.
- B. Transférer en urgence la patiente au bloc opératoire.
- C. Demander des examens biologiques spécifiques pour étayer votre diagnostic.
- D. Rassurer la patiente et la garder en observation.
- E. Transfuser la patiente en urgence.

Dossier clinique N°4

Une patiente âgée de 70 ans présente un accident domestique suite à une chute de sa hauteur avec réception sur sa hanche droite, elle présente une impotence fonctionnelle totale.

131. Quel est le diagnostic le plus probable : (RJ)

- A. Fracture de la diaphyse fémorale droite.
- B. Une rupture du tendon quadricipital droit.
- C. Une fracture des condyles fémoraux.
- D. Une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.
- E. Une fracture du plateau tibial droit.

132. Quels sont les signes cliniques en faveur de ce traumatisme : (RJ)

- A. Raccourcissement-Abduction-Rotation interne.
- B. Raccourcissement-Flexion-Rotation externe.
- C. Flexion-Adduction-Rotation interne.
- D. Raccourcissement-Adduction-Rotation externe.
- E. Flexion-Abduction-Rotation externe.

133. Quelles sont les incidences radiologiques à demander en urgence : (RF)

- A. Bassin de face.
- B. Hanche droite de face.
- C. Hanche droite de face en rotation interne.
- D. Hanche droite de profil.
- E. Hanche droite de face en rotation externe.

L'examen radiologique retrouve une fracture du col fémoral type IV selon la classification de Garden.

134. Que proposez-vous comme traitement : (RJ)

- A. Un clou Gamma.
- B. Un vissage cervical.
- C. Une Visse plaque à compression (DHS).
- D. Une prothèse intermédiaire de hanche.
- E. Une prothèse totale de hanche.

Cette patiente marche seule à domicile, fait ses courses à l'aide d'une canne.

135. Quel est son score de Parker : (RJ)

- A. 3.
- B. 4.
- C. 5.
- D. 6.
- E. 8.

136. Le bilan radiologique de contrôle recherche : (RF)

- A. Analyse des corticales osseuses
- B. la consolidation de la fracture,
- C. l'antéversion de la pièce fémorale,
- D. l'absence de fracture péri-prothétique,
- E. la bonne position de l'implant.

La patiente présente un écoulement séro-hématique de la plaie

137. Quels sont les signes évoquant une infection de la plaie : (RF)

- A. Fébricule
- B. Reprise de la marche.
- C. Adénomégalie.
- D. Des douleurs.
- E. Un aspect inflammatoire

138. Quelles sont les complications précoces au cours de ce type de traumatisme : (RF)

- A. Thrombose veineuse profonde.
- B. Des escarres.
- C. Décompensation des tares.
- D. Raideur du genou.
- E. Déhiscence de la cicatrice.

Cette patiente présente 3 ans après son traumatisme une douleur avec une boiterie Réduisant le périmètre de marche à 100 m.

139. Quel est le diagnostic à évoquer : (RF)

- A. Une coxarthrose post traumatique.
- B. Un descellement aseptique de la prothèse.
- C. Une luxation de la prothèse.
- D. Une usure de la prothèse.
- E. Une infection latente.

140. Quel est le traitement adéquat chez cette patiente : (RJ)

- A. Prothèse totale de hanche sur mesure.
- B. Prothèse totale de hanche non cimentée.
- C. Prothèse totale de hanche double mobilité.
- D. Abstention thérapeutique.
- E. Prothèse b polaire de hanche.

Dossier clinique N°5 :

Mme S.M âgée de 45 ans consulte pour de violentes douleurs de la région sous orbitaire droite majorées lorsqu'elle penche la tête en avant. Ces douleurs durent depuis 48 heures et non calmées par la prise de paracétamol. Elle présente une obstruction nasale séquellaire d'un rhume il y'a 7 jours. On note une fièvre à 38°C, un mouchage purulent prédominant à droite qui exacerbe les douleurs sous orbitaires. Il s'agit du premier épisode douloureux de ce type.

141. Quel diagnostic évoquez-vous : (RJ)

- A. Sinusite maxillaire aigue droite.
- B. Sinusite maxillaire droite chronique.
- C. Sinusite frontale droite aigue.
- D. Ethmoidite.
- E. Rhinopharyngite aigue.

142. Quels éléments doivent être recherchés en faveur de votre diagnostic : (RJ)

- A. Douleur à la palpation des points sinusiens.
- B. Diminution de la douleur en fin de journée.
- C. Céphalées.
- D. Présence d'adénopathies cervicales.
- E. Pus au niveau des méats inférieurs.

143. Quel examen complémentaire demandez-vous : (RJ)

- A. Prélèvement bactériologique.
- B. Radiographie nez front plaque.
- C. TDM des sinus.
- D. IRM des sinus
- E. Aucun examen complémentaire n'est demandé.

144. Quels sont les germes habituellement en cause dans cette pathologie : (RF)

- A. Haemophilus influenzae.
- B. Streptocoque Pneumoniae.
- C. Enterococcus.
- D. Moraxella catarrhalis.
- E. Staphylocoque.

145. Citez les éléments de votre traitement : (RF)

- A. Hospitalisation.
- B. Vasoconstricteur local.
- C. Antalgiques.
- D. Lavages du nez au sérum physiologique.
- E. Amoxicilline 2 à 3 g/j.

146. Si l'évolution se faisait vers une augmentation de la fièvre et de la douleur ainsi qu'une diminution du mouchage purulent quelle complication devriez-vous évoquer : (RJ)

- A. Hémorragie intra sinusienne.
- B. Sinusite maxillaire droite bloquée, hyperalgique.
- C. Sinusite frontale droite bloquée.
- D. Ethmoïdite.
- E. Complication orbitaire.

147. Quel examen complémentaire allez vous demander : (RJ)

- A. Aucun.
- B. Radiologie standard des sinus.
- C. Une TDM des sinus.
- D. Une IRM orbitaire.
- E. Une TDM cérébrale .

148. Quelle serait votre prise en charge thérapeutique : (RF)

- A. Prélèvement bactériologique.
- B. Hospitalisation.
- C. Traitement chirurgical avec drainage du sinus
- D. Corticothérapie locale et générale.
- E. Abstention thérapeutique..

Malgré votre thérapeutique la patiente présente toujours des sécrétions purulentes fétides au niveau de la fosse nasale.

149. Quelle pourrait être l'origine de ces sécrétions : (RJ)

- A. Origine dentaire.
- B. Corps étranger intra nasal.
- C. Abscès du septum nasal.
- D. Otite moyenne chronique.
- E. Atteinte sinusienne d'origine virale.

150. Quel est votre conduite à tenir : (RJ)

- A. Anti viraux.
- B. Abstention thérapeutique.
- C. Reprise chirurgicale.
- D. Faire une IRM nasosinusienne.
- E. Soins dentaires.

