

EXAMEN DE LICENCE – 2017

FACULTE DE MEDECINE

MEDECINE -FRANCAIS

I. PNEUMOLOGIE

Complément simple :

1. **Laquelle des affirmations suivantes sur la dysfonction obstructive chronique irréversible dans le cadre des MPOC est FAUSSE : (2)**
 - A. On peut la rencontrer dans la sarcoïdose aussi
 - B. C'est pathognomonique pour les MPOC
 - C. On peut la rencontrer dans la fibrose kystique aussi
 - D. On peut la rencontrer dans les bronchiolites oblitérantes (post-virales ou post-transplantation pulmonaire)
 - E. On la rencontre également dans d'autres maladies obstructives chroniques irréversibles
2. **Laquelle des affirmations suivantes sur les indices physiques de sévérité dans les MPOC est VRAIE: (10)**
 - A. Le flapping tremor est un indice de l'encéphalopathie hypocapnique
 - B. Fréquence respiratoire inférieure à 25/mn
 - C. Allure ventriculaire inférieure à 110/minute
 - D. Dépression paradoxale de l'abdomen lors de l'inspiration
 - E. Maintien de la conscience
3. **Le signe de Hoover se caractérise par: (10)**
 - A. Hypersonorité pulmonaire diffuse et réduction des excursions des hémidiaphragmes
 - B. Hypersonorité pulmonaire diffuse avec excursions normales des hémidiaphragmes
 - C. Lors de l'inspiration, la partie supérieure du thorax se déplace en avant et en bas
 - D. Lors de l'inspiration, la partie supérieure du thorax se déplace en avant et en haut, avec augmentation du diamètre transversal
 - E. Lors de l'inspiration, la partie supérieure du thorax se déplace en avant et en haut, avec diminution du diamètre transversal
4. **Dans les MPOC diagnostic différentiel se fait par rapport aux maladies chroniques suivantes, induisant la toux, l'expectoration et la dyspnée, SAUF : (11)**
 - A. L'asthme bronchique
 - B. La mucoviscidose
 - C. Les bronchiectasies
 - D. Le syndrome post-tuberculeux
 - E. Le pneumothorax
5. **Dans la classification GOLD des MPOC, le groupe C se caractérise par: (14)**
 - A. Haut risque, symptômes significatifs, stade III ou IV d'obstruction selon le VEMS et/ou ≥ 2 exacerbations par an: CAT ≥ 10 ou MMRC 0 ou 1

- B. Bas risque, symptômes réduits, stade III ou IV d'obstruction selon le VEMS et/ou ≥2 exacerbations par an: CAT <10 ou MMRC 0 ou 1
 - C. Haut risque, symptômes réduits, stade II ou III d'obstruction selon le VEMS et <2 exacerbations par an: CAT <10 ou MMRC 0 ou 1
 - D. Haut risque, symptômes réduits, stade III ou IV d'obstruction selon le VEMS et/ou ≥2 exacerbations par an: CAT>10 ou MMRC 0 ou 1
 - E. Haut risque, symptômes réduits, stade III ou IV d'obstruction selon le VEMS et/ou ≥2 exacerbations par an: CAT <10 ou MMRC 0 ou 1
6. **Laquelle des affirmations suivantes sur l'emploi de thiothropium dans les MPOC est VRAIE:** (17)
- A. Agit par bloquer les récepteurs muscariniques placés au niveau des terminaisons nerveuses sympathiques cholinergiques dans les bronches
 - B. Il faut l'administrer à des intervalles fixes, toutes les 6 ou 8 heures
 - C. Est un anticholinergique pour inhalation à courte durée d'action
 - D. On en a administre une seule dose par jours et les effets adverses sont négligeables
 - E. A indication de thérapie associative, d'intention secondaire
7. **Dans le traitement des MPOC du groupe B, la première option thérapeutique est :** (19)
- A. Les anticholinergiques à courte durée d'action
 - B. Les bêtamimétiques à courte durée d'action
 - C. Les corticoïdes pour inhalation en association avec des bêtamimétiques à longue durée d'action
 - D. Les anticholinergiques à longue durée d'action ou les bêtamimétiques à longue durée d'action
 - E. La théophylline
8. **Les pneumonies communautaires ont les caractéristiques suivantes, SAUF :** (25)
- A. Apparaissent chez un patient hospitalisé pour une autre pathologie, dans les 72 h après l'entrée en hôpital
 - B. Commencent dans les 48 premières heures depuis l'entrée en hôpital
 - C. Sont prises en dehors de l'hôpital
 - D. Apparaissent chez des personnes qui n'ont pas été hospitalisées 14 jours avant le début de la pneumonie
 - E. L'étiologie probable des pneumonies communautaires se rapporte à l'âge du patient
9. **Lesquelles des affirmations suivantes sur les caractères morphologiques des germes à l'examen I microscopique de l'expectoration NE sont PAS vraies :** (28,29)
- A. *Klebsiella* apparaît comme un bacille à Gram négatif
 - B. Les coccobacilles à Gram négatif de dimensions réduites et pléomorphes suggèrent *Haemophilus influenzae*
 - C. Les diplocoques à Gram positif lancéolés accolés par leur côté pointu sont suggestifs pour *Streptococcus pneumoniae*
 - D. Les coques à Gram positif en amas suggèrent *Staphylococcus aureus*
 - E. La flore mixte est généralement formée de coques à Gram négatifs et de bacilles à Gram positifs
10. **Lesquels des phénotypes suivants d'asthme NE sont PAS décrits dans le Guide GINA 2015:** (38,43)
- A. L'asthme associé avec l'obésité
 - B. L'asthme avec limitation du débit d'air fixe

- C. L'asthme non-allergique
D. L'asthme non-contrôlé
E. L'asthme allergique
11. **L'asthme bronchique de stade 2 se caractérise par :** (43)
A. VEMS ou PEF 60-80%, variabilité PEF >30%
B. VEMS ou PEF ≥80%, variabilité PEF<20%
C. VEMS ou PEF <60%, variabilité PEF>30%
D. VEMS ou PEF ≥80%, variabilité PEF 20-30%
E. VEMS ou PEF <60%, variabilité PEF<20%
12. **Parmi les tumeurs ci-dessous laquelle NE représente PAS une tumeur épithéliale maligne :** (51)
A. L'adénocarcinome
B. L'adénome
C. Le carcinome à grandes cellules
D. Le carcinome adéno-squameux
E. Le carcinome cellulaire squameux
13. **Laquelle des affirmations suivantes relatives à l'adénocarcinome est VRAIE :** (50)
A. On le différencie difficilement par rapport aux métastases pulmonaires d'autres adénocarcinomes
B. Sa localisation est généralement centrale
C. Apparaît plus souvent chez les hommes
D. S'associe d'une dissémination extra-thoracique lente
E. Fait partie de la catégorie des carcinomes à petites cellules
14. **Laquelle des affirmations suivantes NE caractérise PAS le cancer broncho-pulmonaire :** (53)
A. La dyspnée s'aggrave
B. Une toux apparaît qui résiste au traitement
C. Une radiographie thoracique dans les limites normales exclut un cancer pulmonaire
D. Des infections respiratoires répétées dans la même région
E. La quantité/la qualité de l'expectoration change
15. **Dans le cancer broncho-pulmonaire, l'extension métastatique a les manifestations suivantes, SAUF :** (53)
A. Extension cutanée avec présence des nodules sous cutanés
B. Présence des signes d'irritation corticale accompagnés de convulsions dans les métastases cérébrales
C. Les lésions osseuses sont typiquement de type ostéosclérose
D. Métastases hépatiques avec présence d'une hépatomégalie nodulaire
E. Présence de l'hypertension intracrânienne dans les métastases cérébrales
16. **Parmi les affirmations suivantes relatives à l'utilisation de la biopsie percutanée guidée s'il y a suspicion de cancer broncho-pulmonaire, laquelle est VRAIE :** (54)
A. Est utile dans les tumeurs pulmonaires centrales
B. Est utile dans les tumeurs au diamètre minimum de 1 cm
C. Est utile pour les tumeurs situées à plus de 15 cm en dessus du plan cutané
D. On peut la guider par pléthysmographie

- E.Est utile dans les tumeurs pulmonaires périphériques
17. **La réalisation d'une PET-CT utilisant comme traceur radioactif la Fluorodésoxyglucose a dans le cancer broncho-pulmonaire les caractéristiques suivantes, SAUF : (56)**
- A. Il faut que les lésions investiguées soient supérieures à 8 mm
 - B.Permet d'évaluer l'activité métabolique
 - C.On l'utilise surtout pour évaluer les nodules pulmonaires
 - D. Peut confirmer le caractère néoplasique des lésions investiguées
 - E.Précise l'extension dans le cas des ganglions du médiastin
18. **Lesquels des cytostatiques suivants sont indiqués dans le traitement du carcinome microcellulaire : (63)**
- A. Le paclitaxel associé avec la vincristine
 - B. L'emetrexed associé avec la cisplatine
 - C. La gemcitabine
 - D. L'étoposide associé avec la cisplatine
 - E. La combinaison de vinorelbine, doxorubicine et cyclophosphamide
19. **Parmi les cytostatiques suivants, lequel est une drogue hautement émétisante : (63)**
- A. Le docétaxel
 - B.Le paclitaxel
 - C.Le topotécan
 - D. La vinorelbine
 - E.La cisplatine
20. **Parmi les affirmations suivantes relatives aux microbactéries, laquelle est FAUSSE : (74)**
- A. Sont des bacilles à Gram +
 - B. Sont des bactéries aérobies
 - C. Sont des bactéries mobiles
 - D. Ont une multiplication lente à 24 heures
 - E. Sont non-sporulées
21. **Le moyen le plus important de prophylaxie de propagation de la tuberculose pulmonaire par décontaminer des bacilles la source et par interrompre la transmission aux contacts est : (74)**
- A. Laver ses mains avec de l'eau et du savon
 - B. Utiliser des substances antiseptiques
 - C. Bien aérer les pièces
 - D. Chimiothérapie antiTB
 - E. Désinfecter proprement les pièces
22. **Lequel des antituberculeux suivants est bactériostatique : (84)**
- A. La pyrazinamide
 - B.L'isoniazide
 - C.La rifampicine
 - D. La streptomycine
 - E.L'éthambutol

23. **Laquelle des affirmations relatives au traitement antiTB chez les patients atteints d'affections hépatiques associées est VRAIE : (84)**
- A. L'isoniazide, la rifampicine et la pyrazinamide n'ont pas des effets hépatotoxiques
 - B. On suspend le traitement si chez un patient asymptomatique souffrant de TB et d'affections pulmonaires les valeurs TGO, TGP sont ≥ 3 fois par rapport à la valeur normale
 - C. Le traitement inclut l'administration d'isoniazide, rifampicine, streptomycine et éthambutol
 - D. On ne prolonge le traitement que jusqu'à 7 mois chez les patients présentant des affections hépatiques
 - E. Le traitement inclut l'administration d'isoniazide, rifampicine et pyrazinamide
24. **Laquelle des affirmations suivantes sur le risque de thromboembolie pendant la grossesse est VRAIE : (89)**
- A. Il y a un risque élevé dans les 24 premières semaines postpartum
 - B. Le risque le plus grand est dans le deuxième trimestre
 - C. Le risque le plus grand est dans le premier trimestre
 - D. Le risque de thromboembolie pulmonaire est 60 fois plus grand dans les 6 premiers mois par comparaison aux femmes qui ne sont pas enceintes
 - E. Il y a un risque élevé dans les 6 premières semaines postpartum
25. **Lequel des suivants représente un facteur de risque modéré (OR:2-9) pour la thromboembolie veineuse : (89)**
- A. Des fractures des membres inférieurs
 - B. La prothèse de hanche ou de genou
 - C. L'infarctus du myocarde (dans les 3 derniers mois)
 - D. Les contraceptifs oraux
 - E. Des traumas majeurs
26. **Dans la thromboembolie pulmonaire, lors de l'évaluation radiographique on peut trouver les manifestations suivantes, SAUF : (93)**
- A. La régurgitation tricuspide
 - B. L'interruption soudaine de la vascularisation pulmonaire avec hypoperfusion distale
 - C. L'opacité à la périphérie, avec le bout arrondi et la base dans la pleure
 - D. La cardiomégalie
 - E. L'épanchement pleural
27. **Parmi les affirmations suivantes relatives à l'administration d'héparine non-fractionnée dans la thromboembolie pulmonaire, laquelle est VRAIE : (99)**
- A. On peut l'administrer aux patients avec une valeur de la clairance de la créatinine $< 30 \text{ ml/min}$
 - B. En cas de surdosage, l'antidote est le plasma fraîchement congelé
 - C. Il ne faut pas ajuster la dose selon aPTT
 - D. On ne l'administre pas aux patients avec obésité
 - E. Présente un risque réduit de réactions adverses hémorragiques

Complément multiple :

28. **Dans les MPOC l'emphysème se caractérise par : (1)**
- A. Septums alvéolaires normaux

- B. Augmentation anormale et persistante des territoires aériens en positions distale par rapport aux bronchioles terminales
C. Augmentation anormale et temporaire des territoires aériens en positions distale par rapport aux bronchioles terminales
D. Ne présente pas une fibrose évidente
E. Septums alvéolaires détruits
29. **Lesquelles des suivantes NE représentent PAS des modifications morpho-pathologiques des grandes voies aériennes : (5)**
A. Le remplacement de l'épithélium monostratifié cilié par un épithélium pluristratifié de métaplasie malpighienne
B. L'amincissement de la paroi bronchique
C. L'hyperplasie et l'hypertrophie des glandes sous-muqueuses
D. L'hypertrophie modérée de la musculature lisse bronchique
E. L'atrophie des anneaux cartilagineux trachéobronchiques
30. **Parmi les affirmations suivantes relatives à la fonction respiratoire, sont VRAIES : (3)**
A. Reste constante au cours de la vie
B. On l'évalue à l'aide du VEMS
C. La diminution annuelle du VEMS est d'environ 15-30 ml/an
D. Les facteurs de risque ne peuvent pas agir sur la fonction respiratoire avant la naissance
E. La diminution normale du VEMS est supérieure à 40 ml/an
31. **Les affirmations suivantes sur la pléthysmographie corporelle NE sont PAS vraies: (13)**
A. On l'appelle également méthode de dilution d'hélium
B. C'est une évaluation qui vise la diffusion du monoxyde de carbone
C. Peut mesurer le volume résiduel (VR)
D. On la pratique sous forme de pneumotachogramme
E. Peut mesurer la capacité pulmonaire totale (CPT)
32. **L'obstruction chronique dans le cas des patients avec MPOC provoque les effets suivants : (21)**
A. La fermeture précoce des bronches lors de l'inspiration
B. L'hyperinflation distale
C. Une pression inspiratoire accrue produite par la musculature
D. La diminution du travail musculaire respiratoire dans les exacerbations des MPOC
E. La fermeture précoce des bronches lors de l'expiration
33. **La prophylaxie secondaire dans les MPOC inclut les mesures suivantes : (15,16)**
A. L'antibioticothérapie correctement administrée lors des épisodes d'exacerbation
B. Le sevrage tabagique
C. La vaccination antipneumococcique
D. Éviter l'exposition professionnelle
E. La vaccination antigrippale annuelle
34. **Les affirmations suivantes relatives à l'utilisation du roflumilast dans les MPOC sont VRAIES: (18)**
A. On l'associe toujours à un bronchodilatateur à courte durée d'action
B. On l'associe toujours à un bronchodilatateur à longue durée d'action
C. Inhibe la dégradation intracellulaire des AMPc

- D. On administre une seule dose par jour
E.Appartient à la classe des inhibiteurs de la phosphodiesterase 4
35. **Dans les MPOC de groupe A le traitement de première intention inclut:** (19)
A. Des anticholinergiques à longue durée d'action
B.Des bêtamimétiques à longue durée d'action
C.Des bêtamimétiques à courte durée d'action
D. Des anticholinergiques à courte durée d'action
E.Des chorticoïdes pour inhalation et des bêtamimétiques à longue durée d'action
36. **Les MPOC de groupe B NE se caractérisent PAS par:** (14)
A. Bas risque, symptômes réduits, stade I ou II d'obstruction selon le VEMS et/ou 0-1 exacerbations par an: CAT <10 ou MMRC 0 ou 1
B.Haut risque, symptômes significatifs, stade I ou II d'obstruction selon le VEMS et/ou 2 exacerbations par an ou plus, CAT <10 ou MMRC 0 ou 1
C.Bas risque, symptômes significatifs, stade I ou II d'obstruction selon le VEMS et/ou 0-1 exacerbations par an, CAT ≥10 ou MMRC ≥2
D. Bas risque, symptômes significatifs, stade I ou II d'obstruction selon le VEMS et/ou 0-1 exacerbations par an, CAT ≥10 ou MMRC 0 ou 1
E.Bas risque, symptômes réduits, stade I ou II d'obstruction selon le VEMS et/ou 0-1 exacerbations par an: CAT <10 ou MMRC≥2
37. **En ce qui concerne l'utilisation des bêtamimétiques à longue durée d'action (BALDA) dans les MPOC, les affirmations suivantes sont VRAIES :** (17)
A. On n'administre les BADLA qu'au besoin
B. On administre le salbutamol et le formotérol en dose unique à heures fixes
C.On administre l'indacaterol en dose unique quotidienne qui a un effet bronchodilatateur supérieur
D. L'effet du formotérol est rapide (3-5 min) et on peut ainsi l'administrer au lieu des bêtamimétiques à courte durée d'action
E.Il est recommandé d'administrer l'ipratropium en dose unique
38. **Lesquelles des bactéries suivantes sont souvent impliquées dans les exacerbations MPOC:** (21)
A. *Haemophilus influenzae*
B.*Pseudomonas*
C.*Branhamella*
D. *Adenovirus*
E.*Chlamydia*
39. **Parmi les affirmations suivantes relatives à l'oxygénothérapie et à la ventilation non-invasive dans les MPOC lesquelles sont FAUSSES :** (19)
A. On établit l'indication d'oxygénothérapie pendant la période de stabilité si, sous traitement adéquat, la valeur PaO₂ est supérieure à 55 mmHg
B.On recommande l'oxygénothérapie dans les cas où Pa O₂ se situe entre 56-60 mmHg si le patient associe polyglobulie ou cœur pulmonaire chronique
C.La voie d'administration est par canule nasale à un débit de 2-3 litres/minute
D. Il faut que la durée d'utilisation de l'oxygénothérapie soit de 10 heures au minimum
E.La céphalée matinale est signe d'une hypocapnie significative

40. **Les affirmations suivantes relatives aux investigations hémodynamiques pulmonaires chez un patient avec MPOC sont VRAIES : (13)**
- A. Sont obligatoires pour tous les patients souffrant de MPOC
 - B. Sont indiquées s'il y a suspicion de cœur pulmonaire chronique
 - C. Sont indiquées s'il y a suspicion d'hypertension pulmonaire
 - D. L'échocardiographie est une procédure de routine dans le cas de ces patients
 - E. Les interventions thoraciques de type chirurgie de résection des bulles d'emphysème ne nécessitent pas des investigations hémodynamiques pulmonaires au préalable
41. **L'emphysème pulmonaire secondaire au déficit génétique en alpha-1-antitrypsine se caractérise par : (4)**
- A. Est de type centrolobulaire et apparaît après l'âge de 40 ans
 - B. Apparaît chez les individus dont les allèles hétérozygotes ou homozygotes sont associés à un déficit de synthèse de alpha-1-antitrypsine
 - C. La diminution particulière du VEMS sera de 15-30 ml/an
 - D. La diminution du VEMS chez un patient fumeur peut arriver jusqu'à 150ml/an
 - E. L'emphysème pulmonaire est provoqué par l'action des enzymes protéolitiques en absence des antiprotéases
42. **Les affirmations suivantes relatives aux lésions des petites voies aériennes dans les MPOC NE sont PAS vraies : (5)**
- A. Sont le siège des lésions MPOC les plus typiques
 - B. Les lésions indiquent une bronchiolite d'évolution rapide
 - C. Les modifications consistent en le remplacement de l'épithélium pluristratifié cilié par un épithélium monostratifié de métaplasie malpighienne
 - D. Les modifications épithéliales s'accompagnent d'une hyperplasie des cellules caliciformes
 - E. Les lymphocytes de type CD 8 activées ne font pas partie de l'infiltré inflammatoire spécifique aux petites voies aériennes
43. **Dans les MPOC la matrice extracellulaire peut être affectée par: (6,7)**
- A. La diminution de l'activité des enzymes protéolitiques
 - B. La diminution de la proportion de fibres de collagène et la production excessive de fibres d'élastine
 - C. La diminution de la proportion de fibres d'élastine et la production excessive de fibres de collagène
 - D. Le déséquilibre entre protéases et antiprotéases
 - E. Le déséquilibre entre les oxydants et les antioxydants produits au niveau de la paroi bronchique
44. **Dans le cas d'un patient souffrant de MPOC, non-fumeur, âgé de 25 ans, l'on réalisera avec préférence les investigations suivantes : (15)**
- A. La thoracoscopie exploratoire
 - B. Le test de la sueur
 - C. PET-CT
 - D. Tomographie assistée par ordinateur
 - E. Le dosage de l'alpha-1-antitrypsine

45. **L'utilisation de la thérapie par corticoïdes inhalés (CSI) dans les MPOC se caractérise par les éléments suivants, SAUF : (18)**
- A. La corticothérapie a des résultats meilleurs dans le traitement des MPOC par rapport à son administration dans l'asthme bronchique
 - B. La corticothérapie de longue durée a la capacité d'influencer significativement le taux annuel de dégradation du
 - C. On l'administre pendant la période de stabilité en association avec la thérapie bronchodilatatrice
 - D. N'influence pas le taux d'exacerbations
 - E. Est indiquée pour les patients qui présentent une obstruction significative (VEMS<50%, dans les stades 3 et 4) et plus de deux exacerbations par an
46. **Dans l'exacerbation MPOC, les indications paracliniques pour envoyer un patient en service de réanimation sont : (22)**
- A. Ph<7,30
 - B. PaCO₂<60mmHG
 - C. PaO₂<50mmHg
 - D. PaCO₂>70mmHG
 - E. PaO₂>55mmHG
47. **La ventilation non-invasive chez un patient diagnostiqué de MPOC en exacerbation est contre-indiquée dans les cas suivants:(23)**
- A. Acidose respiratoire (ph<7,35 et Pa Co2>45mmHg)
 - B. Arythmies ventriculaires sévères
 - C. Utilisation des muscles respiratoires accessoires accompagnée du mouvement paradoxal de l'abdomen
 - D. Traumas/déformations/brûlures faciales
 - E. Insuffisance organique multiple
48. **Les affirmations suivantes relatives à l'administration des corticoïdes par voie générale dans les exacerbations des formes moyennes ou sévères dans les MPOC sont vraies, SAUF: (23)**
- A. Représente l'indication de routine dans les exacerbations des formes moyennes ou sévères
 - B. Améliore l'hypocapnie
 - C. Réduit le risque de récidive des exacerbations dans les 2 années suivantes
 - D. On administre les doses usuelles deux fois par jour pendant 21 jours
 - E. La durée du traitement nécessaire est de plus de 21 jours.
49. **Dans les formes sévères d'exacerbation de MPOC, on recommande l'antibioticothérapie: (23)**
- A. Chez les patients avec un bon état général, toux sèche, apyrétiques
 - B. On administrera de première intention des macrolides de dernière génération à spectre élargi pour *Haemophilus*, *Branhamella* et pneumocoque
 - C. On administrera de l'amoxicilline /acide clavulanique pendant 7-10 jours
 - D. En général les exacerbations légères ne nécessitent pas une thérapie antibiotique
 - E. Pour les patients avec des exacerbations sévères il faut prendre en considération une thérapie antibiotique à spectre élargi qui incluse également les bactéries à Gram négatif comme par exemple *Pseudomonas*

50. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'utilisation de la théophylline dans le traitement des MPOC sont VRAIES : (17)**
- A. Est indiquée chez les patients avec symptomatologie nocturne persistante
 - B. Provoque des effets secondaires comme les arythmies et le tremblement des extrémités
 - C. Le traitement est de courte durée
 - D. Provoque des effets secondaires de type bradycardie sinusale
 - E. Est indiquée chez les patients présentant le syndrome d'apnée du sommeil
51. **La pneumonie franche a les caractéristiques suivantes: (27)**
- A. Évolution progressive précédée de signes d'infection rhino-pharyngienne
 - B. Opacité hétérogène non-systématisée de type interstitiel
 - C. Syndrome de condensation pulmonaire à 2-3 jours depuis le début
 - D. Début brutal manifesté par des frissons et de l'hyperthermie
 - E. Habituellement l'étiologie implique des germes intracellulaires: *Coxiella burnetti*
52. **Parmi les signes et les symptômes suivants lesquels NE sont PAS caractéristiques dans la pneumonie atypique: (29)**
- A. Douleur de type pleural
 - B. Troubles digestifs
 - C. Syndrome de condensation pulmonaire
 - D. Arthralgies
 - E. Début progressif
53. **Lors de l'examen physique de l'appareil respiratoire dans la pneumonie communautaire l'on peut rencontrer: (30)**
- A. Un syndrome liquidien (parfois)
 - B. Une matité avec transmission réduite des vibrations vocales
 - C. Un syndrome de condensation pulmonaire
 - D. La bradypnée
 - E. Des râles crépitants
54. **Chez les patients âgés la pneumonie se caractérise par, SAUF (30)**
- A. Un tableau clinique dominé par des manifestations respiratoires
 - B. Des troubles de la conscience allant jusqu'au coma
 - C. La fièvre est toujours présente
 - D. Anorexie avec perte de poids
 - E. L'aggravation de maladies préexistantes
55. **Le traitement de choix de la pneumonie communautaire avec *M. Pneumoniae* et *C. Pneumoniae* chez les patients âgés de moins de 25 ans se fera avec: (32)**
- A. Moxifloxacine
 - B. Clarithromycine
 - C. Amoxicilline
 - D. Azithromycine
 - E. Céphalosporines de IIème génération
56. **S'il y a suspicion d'une pneumonie avec *Pseudomonas aeruginosa* chez un patient présentant des facteurs de risque associés, le traitement de choix en thérapie intensive sera: (34)**

- A. Fluoroquinolone + imipenem
 - B. Amoxicilline + ertapenem
 - C. Macrolide + imipenem
 - D. Gentamicine
 - E. Ciprofloxacine + β -lactamine anti-pyocyanique
57. **Les facteurs de risque pour la résolution radiologique tardive dans la pneumonie communautaire sont les suivants: (35)**
- A. L'âge jeune
 - B. Les MPOC
 - C. L'étiologie avec *Legionella pneumophila*
 - D. L'affection multilobulaire
 - E. L'état immunitaire altéré
58. **La durée du traitement antibiotique est de 7-10 jours dans le cas des infections avec : (32,33)**
- A. *M. pneumoniae*
 - B. *S. pneumoniae*
 - C. *H. influenzae*
 - D. *Chlamydia pneumoniae*
 - E. *Legionella*
59. **L'asthme tussif se caractérise par, SAUF: (41)**
- A. Est une forme particulière d'asthme bronchique
 - B. Se manifeste presque exclusivement par une toux grasse
 - C. Est une toux exténuante
 - D. Le symptôme dominant c'est la dyspnée, rarement absente
 - E. Apparaît surtout pendant la journée
60. **Lors de l'examen physique d'un patient chez lequel on suspecte un asthme bronchique l'on peut identifier les éléments suivants: (41)**
- A. Une inspiration prolongée accompagnée de râles crépitants
 - B. L'hyperinflation du thorax dont le diamètre antéropostérieur et latéral est augmenté
 - C. Inspiration prolongée accompagnée de râles sibilants
 - D. Une fréquence respiratoire normale
 - E. Des râles sibilants en présence d'une expiration prolongée
61. **La réaction allergique de type immédiat liée à l'asthme bronchique a les caractéristiques suivantes SAUF: (39)**
- A. Apparaît à quelques minutes après le contact avec l'allergène
 - B. Les thromboxanes vont inhiber la sécrétion d'histamine
 - C. Une vasodilatation apparaît avec extravasation plasmatique au niveau de la microcirculation bronchique
 - D. Apparaît dans les 3-4 heures après la provocation allergénique
 - E. Les médiateurs préformés et ceux constitués sur place induiront la contraction du muscle lisse bronchique
62. **Dans l'asthme bronchique, le syndrome obstructif réversible se caractérise par: (42)**
- A. Un VEMS élevé et un coefficient de Tiffeneau inférieur à 70%

- B.Un VEMS diminué et un coefficient de Tiffeneau supérieur à 80%
- C.La réversibilité de l'obstruction et démontrée par l'augmentation du VEMS > 12% après l'administration de Salbutamol
- D. La capacité vitale forcée peut être réduite à cause de l'hyperinflation pulmonaire et de la diminution du volume résiduel
- E.Un VEMS diminué et un coefficient de Tiffeneau inférieur à 70%
63. **L'utilisation des β2-agonistes de courte durée dans le traitement de l'asthme bronchique se caractérise par :** (44)
- A. L'effet bronchodilatateur dure ≥12 ore
- B.L'action s'installe rapidement, en 5-15 minutes
- C. On considère que la dose suffisante pour contrôler les bronchospasme est de 1 pulvérisation deux fois par jour
- D. Les surdoses peuvent avoir des effets sur la fréquence cardiaque et sur la pression artérielle
- E.On l'utilise dans les crises de bronchospasme
64. **Parmi les affirmations suivantes relatives à l'utilisation des anticholinergiques dans l'asthme bronchique, lesquelles sont VRAIES :** (44)
- A. S'accompagne d'effets secondaires tels : la pollakiurie et la diarrhée
- B.Ont un effet bronchodilatateur plus faible et plus tardif par rapport aux β2-agonistes de courte durée
- C.Le tiotropium est un anticholinergique de longue durée dont l'effet dure 12 ore
- D. Sont indiquées dans le cas des patients souffrant d'affections cardiaques coexistantes pour lesquels les β2-mimétiques sont contre-indiquées
- E.L'association avec les β2-mimétiques a un effet additif
65. **Dans l'asthme bronchique, les corticoïdes (CS) inhalés :** (45)
- A. Sont toujours recommandés chez les patients au 1^{er} niveau thérapeutique
- B.Diminuent la dose nécessaire de corticoïdes administrés par voie orale
- C.On ne les associe jamais aux bronchodilatateurs de longue durée parce qu'ils réduisent réciproquement l'action pharmacologique
- D. Diminuent le nombre d'exacerbations
- E.L'effet secondaire local représenté par la candidose oro-pharyngienne peut être évité par gargarisme à l'eau salée ou bicarbonatée après chaque inhalation de CS
66. **Dans l'asthme bronchique de stade 4 la médication de contrôle de première intention comprend, SAUF :** (46)
- A. Des corticoïdes inhalés en dose moyenne et des β2-agonistes à longue durée d'action
- B.Des corticoïdes inhalés en petite dose et des β2-agonistes à longue durée d'action
- C.Des corticoïdes inhalés en petite dose uniquement
- D. Des corticoïdes oraux uniquement
- E.Seulement des corticoïdes inhalés en grande dose et des β2-agonistes à courte durée d'action
67. **Parmi les affirmations suivantes concernant l'extension loco-régionale dans le cancer broncho-pulmonaire, lesquelles NE sont PAS vraies :** (53)
- A. Des douleurs thoraciques apparaissent à cause de l'invasion de la plèvre pariétale
- B. L'aspect de « Œdème en pèlerine » apparaît par la compression de la veine cave inférieure
- C. La plexalgie brachiale peut survenir

- D. Le syndrome de Claude Bernard Horner peut survenir caractérisé par énophtalmie, ptose de la paupière inférieure et midriase
 - E. Une dysphagie peut survenir par compression œsophagienne
68. **Les syndromes paranéoplasiques les plus fréquents dans le cancer broncho-pulmonaire sont:** (53,54)
- A. Thrombophlébites migratoires
 - B. Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique
 - C. Hypocalcémie par sécrétion de protéines PTH-like
 - D. Hyposécrétion de l'ACTH
 - E. Syndrome neurologiques comme le syndrome de Lambert Eaton
69. **Dans le cancer broncho-pulmonaire stades IIIA et IIIB, il convient d'administrer la radiothérapie de la manière suivante:** (62)
- A. On peut l'administrer comme unique traitement, avec des résultats satisfaisants
 - B. L'administration peut être séquentielle ou concomitante
 - C. On l'utilise de paire avec la chimiothérapie et éventuellement après résection chirurgicale complète, si celle-ci est possible
 - D. L'administration séquentielle est plus efficace et préférable
 - E. Dans les cancers non-microcellulaires, peut diminuer le taux de récidive locale, étant utilisée comme méthode complémentaire à la chirurgie
70. **La chimiothérapie dans le cancer broncho-pulmonaire a les caractéristiques suivantes, SAUF:** (63)
- A. A un effet thérapeutique majeur tant dans le cancer microcellulaire que dans le cancer non-microcellulaire
 - B. On la recommande également chez les patients dont l'état général est altéré (PS 3)
 - C. L'âge avancé est une contre-indication
 - D. Les standards actuels imposent l'association d'un dérivé du platine avec un autre cytostatique
 - E. L'association de plus de deux drogues améliore la survie
71. **Parmi les affirmations suivantes concernant le diagnostic de certitude dans le cancer broncho-pulmonaire, lesquelles sont FAUSSES:** (54)
- A. La biopsie endobronchique ou transbronchique est obligatoire pour tout patient
 - B. La thoracotomie exploratoire est obligatoire pour tout patient
 - C. L'endoscopie bronchique est obligatoire pour tout patient
 - D. La biopsie percutanée guidée est utile dans les tumeurs pulmonaires centrales
 - E. La biopsie hépatique peut être utile dans les cas présentant des métastases hépatiques
72. **Le carcinome à petites cellules se caractérise par :** (51,59)
- A. A une localisation strictement périphérique
 - B. S'accompagne d'une dissémination précoce hématogène
 - C. A une évolution lente
 - D. S'associe souvent à des syndromes paranéoplasiques
 - E. Le traitement chirurgical n'est pas indiqué à cause de la croissance rapide et des métastases précoces

73. **Dans le traitement du cancer broncho-pulmonaire, les effets secondaires de la chimiothérapie se manifestent par, SAUF : (64)**
- A. Neurotoxicité
 - B. Hirsutisme qu'on peut prévenir par éléver la température du scalp pendant la perfusion cytostatique
 - C. Des valeurs significatives de la granulocitose 21 jours depuis le début de la chimiothérapie
 - D. Cardiotoxicité
 - E. Anémie
74. **Lesquelles des affirmations suivantes sur le traitement des hémoptysies dans le cancer broncho-pulmonaire sont VRAIES: (68)**
- A. Il se peut que l'embolisation percutanée des artères bronchiques soit nécessaire
 - B. Les hémostatiques sont significativement efficaces
 - C. Dans les hémoptysies massives on peut administrer de la terlipressine jusqu'à l'embolisation percutanée
 - D. La cardiopathie ischémique ne représente pas une contre-indication dans l'administration de terlipressine
 - E. L'artériopathie oblitérante est une contre-indication dans l'administration d'un analogue de la vasopressine
75. **Les affirmations suivantes concernant l'utilisation de la radiothérapie curative dans le cancer broncho-pulmonaire sont VRAIES: (61)**
- A. L'association avec la chimiothérapie permet d'améliorer l'efficacité de la radiothérapie
 - B. On l'utilise surtout dans le contrôle des douleurs secondaires aux métastases osseuses
 - C. On peut l'utiliser comme traitement complémentaire ultérieur au traitement chirurgical
 - D. On l'utilise pour traiter des métastases uniques apparues à distance d'un traitement curatif
 - E. Dans les stades I et II sans invasion ganglionnaire, la radiothérapie peut elle seule éradiquer la tumeur
76. **Dans la classification TNM des cancers broncho-pulmonaires, T2 se caractérise par: (57)**
- A. Une tumeur dont le diamètre est inférieur à 3 cm
 - B. Peut s'accompagner de l'invasion de la plèvre viscérale
 - C. Peut s'accompagner de l'invasion de la bronche primitive, la tumeur étant située à moins de 2 cm de la bifurcation trachéale
 - D. Dans le stade T2b le diamètre de la tumeur sera de 5 à 7 cm
 - E. Peut s'accompagner de l'invasion de la bronche lobaire
77. **Le traitement antiangiogénique dans le cancer broncho-pulmonaire se caractérise par : (65)**
- A. Est indiqué dans les formes avancées de cancer broncho-pulmonaire, associé à la chimiothérapie
 - B. Dans les formes avancées il est obligatoire de modifier les doses de chimiothérapie
 - C. Est indiqué dans les carcinomes squameux
 - D. L'hémoptysie et l'hypertension artérielle non-contrôlés en représentent des contre-indications
 - E. Est indiqué dans les formes centrales
78. **L'administration d'inhibiteurs de tyrosine-kinases dans le cas du cancer broncho-pulmonaire: (64, 65)**

- A. Est indiquée dans les formes avancées présentant une mutation activatrice du récepteur EGF
 - B.Les anomalies génétiques sur lesquels agissent ces médicaments sont plus fréquentes dans les hommes d'origine caucasienne
 - C.Le traitement est réservé exclusivement aux tumeurs de type adénocarcinome
 - D. Agit par inhiber une tyrosine-kinase
 - E.Il n'est pas nécessaire d'identifier avec précision l'anomalie génétique avant de commencer le traitement
79. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives au traitement du cancer broncho-pulmonaire non-microcellulaire stade IIIA non-résécable sont VRAIES:** (66)
- A. Le standard actuel consiste en chimiothérapie et radiothérapie administrées séquentiellement
 - B.La chimiothérapie initiale peut diminuer le volume tumoral, ce qui permet de réaliser une chirurgie à but curatif
 - C.L'association séquentielle est plus efficace, mais au prix d'une toxicité plus élevée
 - D. On utilise la radiochimiothérapie comme traitement préopératoire dans les tumeurs de Pancoast
 - E.On administrera la radiothérapie thoracique en dosage de 60-65 Gy associée au traitement chimiothérapeutique
80. **Dans le cancer broncho-pulmonaire non-microcellulaire, stade IV, la conduite thérapeutique inclut les éléments suivants, SAUF:**(66)
- A. Le nombre des cycles de traitement chimiothérapeutique sera de 4 à 6
 - B.Les combinaisons de cisplatine et de cytostatiques de IIIème génération ne prolongent pas la survie
 - C.Pour les patients dont l'état de performance est déprécié l'on utilisera la monothérapie avec vinorelbine
 - D. Pour les patients dont l'état de performance >2 on augmentera la dose de chimiothérapie
 - E.La radiothérapie palliative est recommandée pour certaines localisations métastatiques
81. **Parmi les affirmations suivantes concernant l'évaluation d'un cancer broncho-pulmonaire par imagerie par résonance magnétique sont FAUSSES:**(56)
- A. Le nombre de résultats faussement positifs est assez grand
 - B.Sa résolution spatiale est très élevée
 - C.On la recommande chez les patients suspects de métastases épidurales ou vertébrales
 - D. Détermine les limites d'invasion dans les tumeurs de l'apex
 - E.Permet d'évaluer l'activité métabolique au niveau des nodules pulmonaires
82. **Les tumeurs du mésenchyme pulmonaire sont les suivantes, SAUF:** (51)
- A. Le sarcome d'artère pulmonaire
 - B.Les papillomes
 - C.Le sarcome de veine pulmonaire
 - D. Les adénomes
 - E.Le sarcome synovial
83. **Les standards actuels dans la chimiothérapie du cancer broncho-pulmonaire se caractérisent par:** (63)
- A. L'association simultanée de plus de deux drogues n'apporte pas des bénéfices de survie
 - B.La monothérapie est réservée aux patients à l'état général altéré

- C. En cas de progression sous traitement, il faut augmenter les doses de chimiothérapie
D. Les cytostatiques disponibles pour les cancers microcellulaires sont: l'étoposide et le topothécan
E. Les cytostatiques associés à la cisplatine dans le cancer non-microcellulaire sont l'étoposide et le topothécan
84. **Les affirmations suivantes relatives aux patients avec épanchement pleural récidivant secondaire au cancer broncho-pulmonaire sont VRAIES: (68)**
A. Avant de proposer une symphyse pleurale on peut attendre la réponse à la chimiothérapie
B. L'implantation d'un cathéter intrapleural implique des risques minimaux d'infection
C. Le talc est moins efficace par rapport à la bléomycine ou à la tétracycline
D. Pour les récidives conséquentes à la pleurodèse on peut planter un cathéter intrapleural
E. On a renoncé à utiliser la bléomycine et la tétracycline
85. **Dans le cas des cancers broncho-pulmonaires microcellulaires les affirmations suivantes sont VRAIES: (67)**
A. Les cancers microcellulaires récidivent rarement
B. Une tumeur réfractaire est une tumeur qui ne répond pas à la chimiothérapie de 1ère ligne
C. Une tumeur sensible au traitement est une tumeur récidivant après moins de 3 mois depuis la fin de la thérapie de 1ère ligne
D. Pour les patients réfractaires, les options thérapeutiques sont limitées
E. Pour les patients dont les tumeurs résistent à la chimiothérapie de 1ère ligne, l'on peut proposer une combinaison de cyclophosphamide, doxorubicine et vincristine
86. **Dans la classification TNM des cancers broncho-pulmonaires, l'affection ganglionnaire N2 NE représente PAS: (58)**
A. Des métastases dans les ganglions médiastinaux ou hilaires contralatéraux
B. Des métastases dans les ganglions péribronchiques ipsilatéraux et/ou dans les ganglions hilaires
C. Des métastases dans les ganglions médiastinaux ipsilatéraux
D. Des métastases dans les ganglions surclaviculaires
E. Des métastases dans les ganglions sous-carénaires
87. **Dans le diagnostic de la tuberculose, l'examen radiologique met en évidence: (79)**
A. Des hiles de grandes dimensions, avec des contours imprécis, des modifications infiltratives en aile de papillon et la redistribution du flux sanguin dans les régions supérieures
B. Des opacités nodulaires, infiltratives non-systematisées
C. Des cavités à des stades divers d'évolution
D. Des lésions symétriques, homogènes
E. Des lésions polymorphes situées avec préférence dans les régions apicales
88. **L'examen bactériologique pour les mycobactéries TB NE comprend PAS: (77)**
A. L'ensemencement dans des milieux rapides liquides –Bactec
B. L'antibiogramme associé
C. La microscopie en coloration de Lowenstein Jensen
D. Des méthodes biologiques moléculaires de type PCR
E. L'ensemencement dans le milieu solide Ziehl-Neelsen
89. **Les facteurs de risque de type interne, de terrain pour la tuberculose sont: (74)**

- A. Les hémopathies malignes
 - B.L'hygiène précaire
 - C.Le traitement chronique avec des corticoïdes
 - D. La consommation du café
 - E.Les collagénoses
90. **Le pneumothorax (PTX) qui apparaît dans un patient malade de tuberculose se caractérise par:** (80)
- A. Douleur thoracique lancinante
 - B.Radiologiquement: accentuation du dessin pulmonaire
 - C.Dyspnée
 - D. Hypersonorité pulmonaire avec présence du murmure vésiculaire
 - E.Toux sèche
91. **Parmi les suivants, lesquels sont des critères de certitude dans le diagnostic de la pleurésie sérofibrineuse TB:** (81)
- A. Lors de l'examen histopathologique des prélevés pleuraux on observe des granulomes TB spécifiques
 - B.L'âge <40 ani
 - C.Des antécédents personnels de TB pulmonaire
 - D. Le bacille de Koch positif à l'examen microscopique de l'expectoration
 - E.Une évolution favorable sous traitement antituberculeux
92. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives à la tuberculose ostéoarticulaire sont VRAIES:** (82)
- A. Apparaît au niveau des grandes articulations sursollicitées
 - B.La douleur est diffuse et ne disparaît au repos
 - C.La douleur est principalement nocturne
 - D. La douleur est exacerbée par la pression et le mouvement
 - E.N'affecte pas que les petites articulations
93. **Dans la tuberculose urogénitale l'échographie et l'uropathie i.v. mettent en évidence les aspects suivants, SAUF:** (82)
- A. Rein de dimensions augmentées, à contour irrégulier
 - B.Une possible présence des calcifications et des lésions pyélocalicielles
 - C.Dans les phases avancées l'uretère est fibrosé et raccourcit
 - D. Jonction pyélo-urétérale avec dilatation et hydronéphrose
 - E.Dans les phases avancées l'on peut observer le « petit rein mastic »
94. **Les principes d'une antibiothérapie correcte dans la tuberculose sont:** (83)
- A. Le régime de traitement est standardisé : au moins 5 antibiotiques antiTB pour les cas nouveaux et 6 pour les récidives
 - B.La phase d'attaque consiste à administrer les antibiotiques antiTB 5/7 jours pendant 3 mois
 - C.Le traitement est gratuit pour tous les patients avec diagnostic de TBC
 - D. On administre le traitement en monodose avant le coucher
 - E.Dans la phase de continuation on administrera les antibiotiques antiTB 3/7en combinaison de 2-3 drogues

95. **On administre le traitement antiTB individualisé dans les cas suivants:** (85)
- A. Un échec du traitement initial
 - B. Des cas de tuberculose résistante à plusieurs drogues
 - C. Des récidives dans les cas où une chimiorésistance n'a pas été confirmée
 - D. Des mycobactéries atypiques
 - E. Des réactions adverses sévères aux médicaments de 1ère ligne
96. **La tuberculose péritonéale NE se caractérise PAS par :** (83)
- A. La forme ascitique s'accompagne d'un abdomen excavé
 - B. La forme adhésive fibroplastique implique de fréquentes complications occlusives
 - C. Peut apparaître sous forme ascitique avec ballonnement accompagné de matité avec concavité supérieure
 - D. Peut apparaître sous forme adhésive fibroplastique et forme ascitique
 - E. Dans le liquide péritonéal obtenu par paracentèse le BK est toujours absent
97. **Parmi les affirmations suivantes relatives à l'atteinte du système nerveux central dans la tuberculose, lesquelles sont VRAIES:** (81)
- A. Se produit par des disséminations hématogènes au niveau des plexus choroïdes
 - B. Le début est brutal
 - C. Cliniquement l'hypertension intracrânienne apparaît
 - D. L'examen biochimique du LCR montre un pH élevé
 - E. La réaction « au tryptophane » est intensément positive
98. **Les affirmations suivantes relatives à la tuberculose primaire sont VRAIES:** (76)
- A. Son début est insidieux avec des symptômes locaux absents ou manifestes
 - B. La guérison n'est jamais spontanée, l'évolution est chronique, avec des poussées et des rémissions
 - C. Le diagnostic différentiel peut se faire par rapport aux parasitoses intestinales et à la malnutrition
 - D. Apparaît dans un organisme préalablement sensibilisé par l'infection primaire
 - E. Peut s'associer avec un érythème polymorphe
99. **Pour les patients avec le diagnostic de tuberculose multirésistante, le traitement antiTB consiste à associer les antibiotiques antiTB conformément aux schémas ci-dessous:** (85)
- A. Une phase d'attaque de 6 mois avec 4 médicaments associés et une phase de continuation avec 3 médicaments associés administrés par voie orale
 - B. Une phase d'attaque de 8 mois avec 4 médicaments associés auxquels les germes sont sensibles et une phase de continuation avec 4 médicaments associés administrés par voie orale
 - C. Une phase d'attaque de 8 mois avec association d'au moins 3 médicaments qui n'ont pas été administrés pendant les antécédents et une phase de continuation avec 4 médicaments associés
 - D. La durée du traitement est de 12 mois
 - E. La durée du traitement est de 18 mois après la conversion en culture
100. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la thromboembolie pulmonaire sont VRAIES:** (88)
- A. Est de type central si elle affecte le tronc de l'artère pulmonaire
 - B. Est chronique quand l'embolus est situé centralement dans le lumen vasculaire
 - C. Peut être aiguë quand l'embolus est situé centralement dans le lumen vasculaire

- D. Est de type périphérique si elle affecte les artères lobaires
 - E. La thromboembolie pulmonaire est massive quand le patient est instable du point de vue hémodynamique
101. **Les critères de Wells de détermination de la probabilité clinique d'embolie pulmonaire sont les suivants, SAUF:(96)**
- A. Fréquence cardiaque<90/min
 - B. Signes cliniques de thrombose veineuse profonde
 - C. Âge < 50 ans
 - D. Hémoptysies
 - E. Malignité active
102. **Les suivants NE constituent PAS des signes cliniques fréquents dans la thromboembolie pulmonaire: (91)**
- A. Hypertension artérielle
 - B.Tachypnée, cyanose, tachycardie
 - C.Signes de thromboembolie veineuse profonde au niveau des membres inférieurs
 - D. Pneumothorax
 - E.Accentuation de la composante P2 du bruit 2
103. **Les modifications échocardiographiques dans la thromboembolie pulmonaire sont représentées par: (95)**
- A. La dilatation du ventricule droit
 - B. La dépression de la contractilité de la paroi libre du ventricule droit par comparaison à l'apex
 - C. La perturbation de l'éjection du ventricule droit –le signe « McConell » positif
 - D. Une vélocité accrue du jet de régurgitation mitrale
 - E. L'atrophie de la paroi libre du ventricule droit
104. **Parmi les suivants, lesquels sont des facteurs de risque faibles (OR<2) prédisposant à la thromboembolie pulmonaire: (89)**
- A. Les transfusions de sang
 - B.L'immobilité à cause de la position (des longs voyages)
 - C.Les varices hydrostatiques
 - D. Les maladies inflammatoires du colon
 - E.La cholécystectomie par laparotomie
105. **Lesquels des critères suivants appartiennent à « PERC rule-out criteria » dans la thromboembolie pulmonaire: (96)**
- A. Âge>60 ani
 - B.Fréquence cardiaque>100/min
 - C.Saturation en oxygène <90%
 - D. Antécédents d'infarctus du myocarde
 - E.Absence des hémoptysies
106. **L'utilisation des D-dimères dans la thromboembolie pulmonaire se caractérise par: (92)**
- A. Sont sensibles mais non-spécifiques
 - B.Une valeur des D-dimères de plus de 1000 ng/ml rend improbable l'embolie pulmonaire
 - C.Ont des valeurs élevées dans les cancers et dans la grossesse

- D. Il est nécessaire de déterminer les D-dimères surtout dans les cas où la probabilité clinique thromboembolie pulmonaire est haute
 - E. Ont des valeurs élevées dans le cas des traumas ou des interventions chirurgicales
107. **L'embolectomie chirurgicale dans la thromboembolie pulmonaire se caractérise par:** (101)
- A. Est indiquée dans la thromboembolie à risque réduit, moyen et haut
 - B. Est indiquée dans la thromboembolie à haut risque
 - C. Est indiquée dans des cas choisis d'embolie pulmonaire à risque moyen
 - D. On effectuera une incision unilatérale au niveau de l'artère pulmonaire
 - E. On enlève les caillots jusqu'au niveau des branches segmentaires
108. **Parmi les affirmations suivantes relatives aux filtres veineux dans la thromboembolie pulmonaire sont VRAIES :** (101)
- A. Sont indiqués dans les patients souffrant de thromboembolie aiguë et avec des contre-indications absolues d'anti-coagulation
 - B. On place le filtre, habituellement, dans la section surrénale de la veine cave inférieure
 - C. L'installation du filtre dans la veine cave inférieure augmente le risque de tamponnade péricardique
 - D. Sont indiqués dans les patients souffrant d'embolie pulmonaire récurrente confirmée, malgré la thérapie anticoagulante
 - E. S'il y a des thrombus au niveau des veines rénales, on installera les filtres veineux dans la région surrénale

II. CARDIOLOGIE

Complément simple :

1. **Laquelle des affirmations suivantes relatives à l'angine de poitrine stable N'est PAS vraie :** (105) U
- A. Est le plus souvent l'expression de l'atteinte athérosclérotique des artères coronariennes
 - B. Parmi les causes non-athérosclérotiques on compte les ponts musculaires, l'atteinte post-irradiation et la coronarite luétique
 - C. Est plus fréquente dans les femmes âgées de 55 à 65 ans
 - D. L'ischémie peut apparaître même en l'absence de l'atteinte organique coronarienne
 - E. Il existe des formes n'associant pas une douleur thoracique
2. **Quant aux autres formes de maladie cardiaque ischémique il N'est PAS vrai que:** (116-117) U
- A. On appelle également l'angine variable syndrome X coronarien
 - B. L'ischémie silencieuse représente la documentation de l'ischémie en l'absence de l'angine
 - C. L'angine microvasculaire représente la présence des symptômes typiques de l'angine, accompagnés de modifications objectives d'ischémie, mais avec des artères coronaires normales sur angiographie
 - D. Le traitement de l'angor de Prinzmetal est fondé principalement sur les antagonistes du calcium
 - E. L'insuffisance mitrale chronique ischémique est mieux tolérée cliniquement que l'insuffisance mitrale aiguë ischémique

3. **En ce qui concerne l'angine variable il est VRAI que: (114) U**
- A. Le test ECG d'effort est le test le plus important pour le diagnostic
 - B. On recommande la coronarographie pour tout patient
 - C. Le spasme artériel apparaît souvent sur les artères coronaires normales
 - D. Dans la pratique on recourt souvent aux essais de provocation
 - E. Se manifeste par des symptômes de type angineux, survenus pendant la première moitié de la nuit
4. **L'affirmation suivante relative au STEMI N'est PAS vraie: (118-119) U**
- A. Est le plus souvent la conséquence d'une occlusion coronarienne par thrombose ou embolie
 - B. Est souvent une complication d'une lésion athérosclérotiques
 - C. Parmi les causes non-athérosclérotiques qui peuvent associer une occlusion coronarienne on compte : les vasculites, le spasme coronarien prolongé et les embolies paradoxales
 - D. Du point de vue morpho-pathologique présente 4 phase
 - E. Le STEMI aux artères coronaires normales peut apparaître dans le cas de la lyse spontanée d'un embolus intracoronarien
5. **Laquelle des affirmations suivantes sur la Classification de Killip de l'infarctus du myocarde aigu N'est PAS correcte: (121) M**
- A. Classe II: Cédème pulmonaire aigu avec des râles de stase dans plus de 50% des champs pulmonaires
 - B. Classe I: Il n'y a pas des râles pulmonaires de stase
 - C. Classe II: Congestion pulmonaire dans moins de 50% des champs pulmonaires
 - D. Classe II: jugulaires turgescentes, bruit 3 présent
 - E. Classe IV: choc cardiogénique
6. **Laquelle des suivantes est une manifestation ECG suggestive pour le STEMI: (122) M**
- A. Le sus-décalage ST >0.1 mV dans V2-V3
 - B. Le sus-décalage ST >0.15 mV dans V2-V3 chez les hommes > 40 ans
 - C. Le sus-décalage ST ≥0,1 mV dans DI et aVL est suggestive pour le STEMI latéral
 - D. Le sus-décalage ST>0.1 mV dans V3R et V4R est suggestive pour STEMI de paroi inférieure du ventricule gauche
 - E. Le sus-décalage ST>0.1mV dans V7-V9 est suggestive pour STEMI de paroi libre du ventricule droit
7. **Les formes cliniques particulières de SCA non-ST N'incluent PAS: (137) U**
- A. L'angine de novo
 - B. L'angine crescendo
 - C. L'angine descrescendo
 - D. L'angine post revascularisation
 - E. L'angine post infarctus précoce
8. **En ce qui concerne les mesures thérapeutiques à long terme dans le SCA non-ST laquelle des affirmations suivantes N'est PAS vraie: (147) U**
- A. L'aspirine est indiquée pour 12 mois
 - B. On administre des bêtabloquants aux patients souffrant de dysfonction du ventricule gauche
 - C. L'eplérénone est indiquée chez les patients avec FEVG <35%, diabète sucré ou insuffisance cardiaque manifeste

- D. On utilise les sartans quand il y a intolérance aux IECA
E. On recommande les statines afin de maintenir le niveau du LDL-cholestérol <70 mg/dL
9. **En ce qui concerne l'indication de réalisation de la coronarographie dans le SCA non-STEMI, laquelle des affirmations suivantes est VRAIE: (146) U A, E**
- A. On recommande la coronarographie de grande urgence pour les patients à haut risque
B. On recommande la coronarographie précoce pour les patients à risque moyen
C. On recommande la coronarographie dans les 72 premières heures pour les patients à haut risque
D. On recommande la coronarographie dans les 72 premières heures pour les patients à risque moyen
E. On recommande la coronarographie précoce pour les patients à haut risque
10. **Laquelle des affirmations suivantes relatives à la thérapie anticoagulante dans le SCA non-STEMI N'est PAS vraie: (145) M**
- A. L'héparine non-fractionnée est un inhibiteur indirect de la thrombine
B. La fondaparine n'a pas un risque de thrombocytopénie
C. L'énoxaparine est un inhibiteur indirect de facteur Xa
D. L'héparine non-fractionnée impose qu'on maintienne un aPTT variant entre 250-350 secondes
E. La bivalirudine est un inhibiteur direct de la thrombine
11. **Lequel des énoncés suivants concernant le traitement de l'hypertension dans la grossesse N'est PAS vrai: (168) M**
- A. La médication de choix est représentée par la Methyldopa
B. On recommande d'utiliser les bêtabloquants purs (sans action alpha associée)
C. Dans l'hypertension gestationnelle, les guides européens recommandent des valeurs cible de la TA de 140/90 mmHg
D. Si l'hypertension précède la grossesse et si les organes cible ne sont pas affectés, les guides américains recommandent de maintenir une TA de 160/110 mmHg
E. En prééclampsie les guides américains recommandent de maintenir une TA systolique entre 140-155 mmHg
12. **Laquelle des affirmations suivantes représente une atteinte sous-clinique d'organe dans l'HTA: (159) M**
- A. L'indice cheville-bras >0.9
B. L'épaisseur de la paroi carotidienne <0.9 mm
C. La protéinurie >300 mg/24 heures
D. La vitesse de l'onde de pouls >12m/s
E. La baisse de la clairance de créatinine <100ml/min
13. **Laquelle des affirmations suivantes relatives au traitement de l'HTA est VRAIE: (167) M**
- A. Chez les patients souffrant d'une maladie rénale chronique on recommande de maintenir une TA en dessous de 140/90 mmHg
B. Chez les patients diabétiques, les bêtabloquants sont d'élection
C. On recommande d'associer les IEC avec les sartans
D. L'association entre les sartans et l'aliskirène est bénéfique
E. Chez les patients âgés on recommande de maintenir une TA inférieure à 130/80 mmHg

- 14. Parmi les affirmations suivantes relatives au traitement avec des bêtabloquants N'est PAS vraie:** (166) U
- A. Le sotalol a une activité sympathicomimétique intrinsèque
 - B. Le pindolol a une activité sympathicomimétique intrinsèque
 - C. Le nébivolol a une action vasodilatatrice par libérer de l'oxyde nitrique
 - D. L'aténolol, le métaproterol et le bisoprolol sont des bêtabloquants sélectifs
 - E. Le carvédilol est un bêtabloquant qui a également un effet alpha
- 15. Les explorations de laboratoire de routine dans l'HTA N'incluent PAS:** (156) U
- A. Le fond d'œil
 - B. Le LDL cholestérol, le HDL cholestérol et le cholestérol total
 - C. La kaliémie sans garrot
 - D. L'évaluation de la clairance de la créatinine à l'aide de la formule de Cockroft-Gault
 - E. L'analyse de l'urine
- 16. Parmi les suivants, laquelle est une exploration par imagerie recommandée dans l'HTA:** (157) U
- A. La RMN
 - B. La tomographie assistée par ordinateur
 - C. Les valeurs de la rénine sérique
 - D. L'écho-Doppler carotidienne
 - E. La créatinine sérique
- 17. En ce qui concerne la classification NYHA il est VRAI que :** (174) M
- A. La classe II NYHA inclut les patients avec limitation sévère de l'activité physique
 - B. La classe IV NYHA inclut les patients avec limitation sévère de l'activité physique (habillage, toilette quotidienne)
 - C. La classe I NYHA inclut les patients avec limitation légère de l'activité physique habituelle
 - D. La classe II NYHA inclut les patients avec limitation des activités physiques comme le jardinage, la danse, le balayage
 - E. La classe III NYHA inclut les patients avec des symptômes au repos
- 18. Les molécules vasodilatatrices de contre-réglage N'incluent PAS:** (175) U
- A. L'adrénoméduline
 - B. L'apeline
 - C. Les endothélines
 - D. Le NO
 - E. Les peptides natriurétiques
- 19. Laquelle des affirmations suivantes relatives aux explorations dans l'ICC N'est PAS vraie:** (178) M
- A. On effectue l'échographie transœsophagienne chez les patients souffrant de maladies cardiaques congénitales et de valvulopathies complexes
 - B. On réalise la biopsie endomyocardique afin de déterminer les maladies infiltratives myocardiques
 - C. Un test d'effort maximal, sans symptômes, chez un patient sans thérapie n'infirme pas le diagnostic d'insuffisance cardiaque systolique
 - D. La radiographie thoracique identifie la présence de la cardiomégalie et de la congestion veineuse pulmonaire

- E. La coronarographie est indiquée chez les patients présentant des facteurs de risque pour maladie coronarienne et dysfonction systolique de ventricule gauche
20. **En ce qui concerne le traitement dans le choc cardiogénique il N'est PAS vrai que:** (193) M
- A. Le levosimendan est un inhibiteur de phosphodiestérase qui empêche la dégradation de l'AMPc
 - B. On administre l'épinéphrine en perfusion lente dans les formes résistantes ou dans le bolus au début de la resuscitation
 - C. La dopamine augmente la contractilité myocardique et le débit cardiaque par stimuler les récepteurs β -adrénergiques
 - D. L'angioplastie primaire coronarienne est la première option dans le choc cardiogénique déterminé par l'infarctus du myocarde
 - E. Les dispositifs mécaniques ont un effet supérieur par rapport au ballon de contre-pulsion intra-aortique
21. **Quant au traitement de l'œdème pulmonaire aigu cardiogénique il N'est PAS vrai que:** (191) M
- A. On administre la digitale dans l'œdème pulmonaire cardiogénique pour contrôler la fréquence cardiaque chez le patient avec fibrillation atriale
 - B. Les doses grandes de morphine peuvent provoquer la dépression respiratoire surtout chez les patients âgés
 - C. Les vasodilatateurs sont recommandés dans les cas des patients avec sténoses valvulaires
 - D. L'association des diurétiques thiazidiques est recommandée principalement dans l'œdème pulmonaire d'origine coronarienne
 - E. La spironolactone est recommandée dans l'œdème pulmonaire d'origine coronarienne
22. **Laquelle des affections suivantes NE représente PAS un facteur précipitant pour l'insuffisance cardiaque aiguë:** (187) U
- A. L'hypothyroïdisme
 - B. L'anémie
 - C. La pneumonie
 - D. Les sténoses valvulaires
 - E. Les syndromes coronariens aigus
23. **En ce qui concerne le traitement de la cardiomyopathie dilatée il N'est PAS vrai que :** (199) M
- A. Les bloqueurs des canaux calciques représentent le traitement initial pour tout patient atteint de CMD idiopathique symptomatique
 - B. Les diurétiques peuvent être administrés avec modération afin de contrôler la rétention hydrosaline
 - C. L'amiodarone en petites doses à long terme est efficace pour diminuer les arythmies ventriculaires
 - D. La cardiomyopathie dilatée idiopathique reste la principale indication de transplantation cardiaque
 - E. On peut avoir en vue la thérapie de resynchronisation pour les patients avec BBG, insuffisance cardiaque classe III NYHA réfractaire au traitement maximal et FEVG <35%
24. **En ce qui concerne l'examen physique dans la cardiomyopathie hypertrophique obstructive il N'est PAS vrai que:** (201) M
- A. Le souffle systolique d'éjection apparaît en présence des gradients intraventriculaires

- B. Un souffle parasternal gauche apparaît
 - C. L'impulsion atriale gauche palpable apparaît en l'absence des gradients intraventriculaires
 - D. Le pouls jugulaire ample apparaît en l'absence des gradients intraventriculaires
 - E. Le souffle systolique apical ou mésocardiaque apparaît en l'absence des gradients intraventriculaires
25. **En ce qui concerne la classification de la cardiomyopathie restrictive il N'est PAS vrai que: (204) M**
- A. L'endocardite de Loffler est une forme primaire de CMR
 - B. Les maladies infiltratives sont des formes secondaires de CMR
 - C. Le syndrome hyperéosinophilique est au nombre des causes oblitératives de la CMR
 - D. La maladie de Fabry est une thésaurismose
 - E. Les métastases du myocarde sont des formes oblitératives de CMR
26. **En ce qui concerne les manifestations ECG dans le cadre de la cardiomyopathie hypertrophique, il est VRAI que : (201) G**
- A. L'hypertrophie du ventricule droit apparaît souvent
 - B. L'apparition de TV non-soutenues au monitorage de Holter augmente le risque de mort subite
 - C. Des ondes Q peuvent apparaître dans les dérivations antérieures (V1-V6)
 - D. Le sus-décalage concave de segment ST-T peut apparaître
 - E. Le BBG apparaît souvent
27. **La définition de la cardiomyopathie dilatée N'inclut PAS: (195) U**
- A. Un DTDVG de plus de 2.7cm/m²
 - B. Une FE du ventricule gauche inférieure à 45% déterminée par échocardiographie
 - C. Une FE du ventricule gauche inférieure à 45% déterminée par examen radionucléaire
 - D. Une fraction de raccourcissement du ventricule gauche inférieure à 25%
 - E. Une fraction de raccourcissement du ventricule gauche supérieure à 25%
28. **Laquelle des affirmations suivantes relatives à la classification des arythmies N'est PAS vraie: (208) M**
- A. La dissociation atrio-ventriculaire est une arythmie surventriculaire
 - B. Le bloc sino-atrial est une arythmie sinusale
 - C. Le bloc atrio-ventriculaire est un trouble de conduite
 - D. La fibrillation atriale est une arythmie surventriculaire
 - E. Le wandering pacemaker est une arythmie sinusale
29. **Quant aux tachycardies paroxystiques surventriculaires il N'est PAS vrai que: (210) M**
- A. Apparaissent le plus souvent dans un cœur avec des séquelles post infarctus
 - B. Se présentent comme des épisodes de palpitation au début et à la fin brusques
 - C. On arrête la tachycardie par massage carotidien sous contrôle ECG
 - D. Les accès sporadiques de tachycardie surventriculaire, en l'absence de symptômes, ne font pas l'objet d'une prophylaxie
 - E. Le traitement curatif consiste en l'ablation par radiofréquence de la voie lente
30. **En ce qui concerne le pacemaker il N'est PAS vrai que: (222) U**
- A. La position IV indique la présence du *pacing multisite*

- B. La position I correspond à la chambre stimulée
 - C. La position II correspond à la chambre ou se produit la détection du stimulus
 - D. La position III correspond au type de réponse à la détection d'un stimulus
 - E. La position IV indique la présence de la modulation de fréquence
31. **NE représente PAS une cause structurelle de l'arrêt cardiaque:** (229) M
- A. La cardiomyopathie hypertrophique obstructive
 - B. Le syndrome WPW
 - C. La dysplasie arythmogène du ventricule droit
 - D. La syncope neurocardiogène
 - E. La maladie coronarienne ischémique
32. **En ce qui concerne les manifestations cliniques dans l'insuffisance mitrale il N'est PAS vrai que :** (237) G
- A. Dans l'insuffisance mitrale chronique l'angine apparaît
 - B. Peuvent apparaître des états lipothymiques ou des syncopes
 - C. Les embolies périphériques sont plus rares par comparaison à la sténose mitrale
 - D. Dans l'insuffisance mitrale aiguë un tableau d'œdème pulmonaire s'esquisse
 - E. Des palpitations peuvent apparaître
33. **Quant à l'auscultation dans l'insuffisance aortique il N'est PAS vrai que :** (242) G
- A. Le bruit 3 est souvent présent dans l'insuffisance aortique sévère
 - B. Il y a un souffle qui s'accentue quand on se penche en avant
 - C. Il se peut que le roulement mitral apparaisse
 - D. Le bruit 1 est diminué
 - E. Le bruit 4 est souvent présent dans l'insuffisance aortique sévère
34. **En ce qui concerne l'examen clinique dans l'insuffisance mitrale il N'est PAS vrai que:** (237) M
- A. Lors de l'auscultation on observe un souffle holosystolique apical irradiant dans l'axile
 - B. Le bruit 1 est diminué
 - C. Le bruit 2 est dédoublé
 - D. Dans l'insuffisance sévère on peut entendre un roulement
 - E. Le claquement d'ouverture de la mitrale peut apparaître
35. **Le traitement chirurgical de la sténose aortique est indiqué dans les situations suivantes :** (241) M
- A. La sténose aortique sévère symptomatique
 - B. Dans la sténose aortique modérée symptomatique
 - C. Dans la sténose aortique où l'aire de la valve est inférieure à 2 cm^2 et asymptomatique
 - D. La sténose aortique serrée et asymptomatique avec fonctionnement normal du ventricule gauche
 - E. La sténose aortique serrée asymptomatique qui ne devient pas symptomatique pendant le test d'effort
36. **En ce qui concerne la sténose mitrale il N'est PAS vrai que:** (236) M
- A. La sténose critique est en dessous de 1 cm^2
 - B. Le traitement chirurgical est indiqué chez les patients dont l'aire de la valve mitrale est inférieure à 1.5 cm^2 et avec des contre-indications à la valvuloplastie

- C. La principale complication c'est la fibrillation atriale
 - D. Le traitement de choix c'est la valvuloplastie percutanée au ballon
 - E. Le traitement chirurgical consiste le plus souvent en comissurotomie à cœur fermé ou ouvert
37. **Les contre-indications de la valvuloplastie percutanée au ballon dans la sténose mitrale**
N'incluent PAS: (236) M
- A. Une aire de l'orifice de plus de 1.5 cm²
 - B. La présence des thrombus intra-atriaux
 - C. Des calcifications sévères de la valve mitrale
 - D. Une régurgitation mitrale modérée
 - E. Une aire de l'orifice de moins de 1.5 cm²
38. **Parmi les microorganismes suivants, lequel appartient le plus souvent à l'étiologie de l'endocardite infectieuse avec des hémocultures positives:** (247) U
- A. Les bacilles à Gram négatif du groupe HACEK
 - B. *Brucella*
 - C. *Bartonella*
 - D. Les streptocoques oraux
 - E. *Fungi*
39. **Laquelle des suivantes NE représente PAS une complication fréquente de la péricardite aiguë:** (252) U
- A. La récurrence
 - B. La chronicisation
 - C. L'évolution vers la péricardite chronique adhésive
 - D. La tamponnade péricardique
 - E. L'évolution vers la péricardite chronique constrictive

Complément multiple :

40. **L'irradiation typique de la douleur dans l'angine stable N'inclut PAS:** (106) U
- A. L'irradiation vers la mandibule
 - B. L'irradiation latéro-thoracique gauche
 - C. L'irradiation dorsale
 - D. L'irradiation vers le poignet
 - E. L'irradiation interscapulovertébrale gauche
41. **Sont des caractéristiques atypiques pour l'angine pectorale stable:** (106) M
- A. La douleur rétrosternale à caractère d'oppression ou de pesanteur
 - B. Des douleurs qui s'accentuent quand on bouge ou quand on respire
 - C. Des douleurs persistantes qui ne disparaissent dans les 5-10 min après l'administration de nitroglycérine
 - D. Une douleur irradiant vers les épaules
 - E. Une douleur qui dure quelques secondes
42. **Le diagnostic différentiel de l'angine pectorale stable inclut:** (108) M
- A. Des affections cardiaques : péricardite, endocardite, syndrome de Tietze
 - B. Des troubles digestifs : maladie de Crohn, pancréatite aiguë

- C. Des affections pleuropulmonaires: thrombembolie, pleurite, pleurésie
 - D. Des affections musculo-squelettiques: costochondrite, compression du plexus cervical par la côte cervicale
 - E. Des affections psychiatriques: hyperventilation, dépression, troubles somatoformes.
43. **La classification canadienne fonctionnelle N'inclut PAS : (107) G**
- A. CC I: les patients peuvent faire un effort de plus de 5 METS mais au-delà de 7 METS il apparaît l'angine
 - B. CC III: incapacité de réaliser les activités de soins individuels
 - C. CC IV: les patients ne peuvent pas effectuer un effort supérieur à 2 METS
 - D. CC II: limitation accentuée de l'activité physique régulière
 - E. CC I: CC II: limitation légère de l'activité physique régulière
44. **Les affirmations suivantes relatives aux explorations paracliniques dans l'angine pectorale sont VRAIES : (107) G**
- A. On recommande la scintigraphie de repos pour les patients avec ECG de repos normal et un test ECG d'effort sans pertinence
 - B. La tomodensitométrie cardiaque permet de calculer le score de calcium, en corrélation avec la charge ATS coronarienne
 - C. On effectue le test ECG d'effort chez les patients avec un ECG de repos normal et une probabilité modérée de développer une maladie coronarienne
 - D. La présence des ondes Q pathologiques en plusieurs dérivations, du BAV III, du BRS et des arythmies ventriculaires à l'ECG de repos constituent des facteurs de pronostic négatif
 - E. On recommande la coronarographie comme première méthode d'évaluation dans le cas des patients à haut risque
45. **Les affirmations suivantes relatives à l'angine microvasculaire NE sont PAS vraies: (112) G**
- A. On l'appelle également le syndrome X coronarien
 - B. A une relation inconstante avec les modifications ECG et une réponse lente à la nitroglycérine
 - C. Les nitrates à longue durée représentent la thérapie standard
 - D. Le standard de diagnostic est représenté par la détermination de la réserve de flux coronarien par des méthodes invasives
 - E. Les tests d'induction de l'ischémie myocardique sont contre-indiqués
46. **En ce qui concerne l'angor de Prinzmetal les affirmations suivantes sont VRAIES : (115) G**
- A. Se produit par le spasme d'une artère épicardique grande
 - B. L'atteinte de la coronaire droite provoque le plus souvent la tachycardie ventriculaire
 - C. L'atteinte de l'artère interventriculaire antérieure provoque le plus souvent des blocs
 - D. Les complications les plus importantes sont l'infarctus du myocarde et les arythmies ventriculaires
 - E. Les bêtabloquants sont contre-indiqués en monothérapie
47. **En ce qui concerne l'angor de Prinzmetal les affirmations suivantes sont VRAIES: (114-115) G**
- A. La revascularisation par angioplastie coronarienne est recommandée chez les patients avec vasospasme réfractaire au traitement et avec des lésions rotiques légères-modérées
 - B. La revascularisation myocardique chirurgicale apporte des bénéfices à <50% des patients
 - C. Les nitrates ne sont pas un traitement efficace dans les épisodes d'angine

- D. L'angine apparaît habituellement pendant la seconde partie de la nuit et elle dure plus de 30 min
 - E. Dans le cadre des tests de provocation, l'administration intracoronarienne de l'ergonovine est préférable
48. **En ce qui concerne l'ischémie silencieuse, les affirmations suivantes sont VRAIES:** (112-113) G
- A. La présence des épisodes ischémiques nocturnes indique une atteinte bi ou tricoronarienne
 - B. La coronarographie est indiquée chez les patients à haut risque
 - C. Les bêtabloquants sont les plus efficaces à diminuer la durée des épisodes d'ischémie
 - D. La surveillance Holter ECG offre des importantes informations diagnostiques et aide à stratifier le risque
 - E. A comme substrat physiopathologique le spasme artériel
49. **Les contre-indications absolues du traitement fibrinolytique dans le STEMI sont:** (127) U
- A. Des accidents ischémiques transitoires dans les 6 derniers mois
 - B. Un AVC prouvé comme ischémique dans les 6 derniers mois
 - C. Des affections hépatiques sévères
 - D. Un ulcère peptique actif
 - E. Des ponctions dans des zones non-compressibles dans les dernières 24 heures
50. **NE représentent PAS des contre-indications absolues du traitement fibrinolytique dans le STEMI :** (127) U
- A. Un saignement gastrointestinal dans le dernier mois
 - B. La menstruation
 - C. La dissection d'aorte
 - D. Le traitement anticoagulant oral
 - E. La resuscitation cardiaque prolongée
51. **Les contre-indications relatives du traitement fibrinolytique NE sont PAS:** (127) U
- A. Des antécédents d'hémorragie intracrânienne
 - B. L'ulcère peptique actif
 - C. La grossesse
 - D. Les malformations artéio-veineuses du système nerveux central
 - E. Un traumatisme majeur dans les dernières 3 semaines
52. **Les affirmations suivantes relatives au traitement du STEMI sont VRAIES :** (128-129) G
- A. On prend en considération le traitement fibrinolytique quand on ne peut pas effectuer l'angioplastie primaire dans les 2 premières heures depuis le premier contact médical
 - B. La revascularisation chirurgicale peut constituer une solution chez les patients avec STEMI et complications mécaniques
 - C. La reperfusion peut se faire par des moyens mécaniques ou pharmacologiques
 - D. Il faut administrer obligatoirement aux patients avec STEMI soumis à une angioplastie primaire de l'aspirine associée avec abciximab
 - E. Les patients avec STEMI sur lesquels s'effectue une angioplastie primaire doivent recevoir un traitement avec fondaparinux
53. **Le traitement associé à la thérapie de reperfusion dans le STEMI inclut:** (128-129) G

- A. L'association d'aspirine et de ticagrelor chez les patients avec STEMI bénéficiant d'une angioplastie primaire
 - B. L'association d'aspirine et de clopidogrel chez les patients avec STEMI qui ont bénéficié d'une fibrinolyse
 - C. L'administration de routine des inhibiteurs de glycoprotéine IIa/IIIb est bénéfique
 - D. Le traitement anticoagulant associé à l'angioplastie primaire inclut: l'héparine non-fractionnée, l'énoxaparine et la bivalirudine
 - E. L'administration des inhibiteurs de glycoprotéine IIa/IIIb est indiquée en présence d'un thrombus intracoronarien
54. **Les affirmations suivantes concernant le traitement fibrinolytique dans le STEMI sont VRAIES:** (128) G
- A. C'est le traitement de choix
 - B. La streptokinase et l'urokinase sont des agents fibrinolytiques fibrino-spécifiques
 - C. La persistance de l'angine et l'absence de la résolution du sus-décalage de ST-T sont des indicateurs de l'échec de la fibrinolyse
 - D. La résolution du segment ST-T à 60-90 min et les arythmies atypiques de reperfusion représentent des marqueurs de succès de la fibrinolyse
 - E. La coronarographie est indiquée pour tout patient post fibrinolyse dans les premières 3-24 heures
55. **Les affirmations suivantes relatives aux marqueurs de nécrose myocardique sont VRAIES (123-124) M**
- A. La troponine I se normalise entre 5-10 jours
 - B. La CK-MB arrive à la concentration maximale (sans reperfusion) dans 24 heures
 - C. Les troponines apparaissent dans le sang dans les premières 3-12 heures depuis l'arrivée du patient
 - D. Le niveau des troponines n'augmente que dans l'infarctus du myocarde
 - E. On mesure les troponines à l'arrivée du patient, à 3-6 heures et à 12 heures depuis la détermination initiale
56. **On ne fait pas le diagnostic différentiel du STEMI NU par rapport à:** (125) U
- A. La péricardite chronique
 - B. La dissection aiguë d'aorte
 - C. Le pneumothorax spontané
 - D. La pyélonéphrite aiguë
 - E. L'hépatite aiguë
57. **Les affirmations suivantes relatives à la présentation clinique dans le STEMI NE sont PAS vraies:** (120-121) G
- A. L'infarctus de la paroi antérieure du ventricule gauche s'accompagne souvent de bradycardie, hypotension et manifestations gastro-intestinales
 - B. La présence d'un souffle systolique mitral indique une régurgitation mitrale ou une rupture du septum interventriculaire
 - C. La tension artérielle inférieure à 90mmHg en absence des signes d'hypoperfusion est caractéristique au choc cardiogénique
 - D. Le bruit 4 apparaît dans la dysfonction du ventricule gauche
 - E. L'infarctus de la paroi inférieure présente des signes d'activation sympathique : hypertension et tachycardie

58. **Le diagnostic différentiel du SCA N'inclut PAS:** (141) U
- A. L'endocardite
 - B. La myocardite
 - C. La péricardite
 - D. La maladie de Takayasu
 - E. La cardiomyopathie de Tako-Tsubo
59. **Ce sont des causes de croissance des troponines :** (140) U
- A. L'accident vasculaire cérébral ou l'hémorragie sous-arachnoïdienne
 - B. La dissection d'aorte
 - C. La cardiomyopathie de Tako-Tsubo
 - D. Les patients critiques avec sepsis
 - E. La péricardite
60. **La classification de Braunwald de l'angine de poitrine inclut:** (138) G
- A. Type I: angine au début récent, sévère
 - B. Type II: angine de poitrine de repos survenue dans le dernier mois (sans épisodes dans les dernières 48 heures)
 - C. Type II: angine au début récent sans douleur au repos dans les derniers mois
 - D. Type III: angine de poitrine de repos et aiguë
 - E. Type III: angine de poitrine de repos survenue dans le dernier mois (sans manifestations dans les dernières 48 heures)
61. **Les éléments suivants représentent un risque élevé dans le SCA non-ST:** (142) M
- A. La présence du galop ventriculaire, de râles nouveaux ou aggravés
 - B. L'hypertension, la tachycardie ou des arythmies ventriculaires malignes
 - C. L'âge <70 ans
 - D. BBG ou BBD récents
 - E. Des ondes Q pathologiques ou un sus-décalage ST <1mm dans plusieurs dérivations
62. **Les affirmations suivantes relatives à la médication antiplaquetttaire dans le SCA non-ST sont VRAIES:** (144) M
- A. L'aspirine inhibe le COX 1, augmente la production de TX A2 et induit l'inhibition plaquetttaire temporaire
 - B. Le clopidogrel agit en 2-4 heures et ses effets durent 3-10 jours
 - C. Le prasugrel agit en 30 min et ses effets durent 5-7 jours
 - D. Le ticagrelor agit en 30 min et ses effets durent 3-4 jours
 - E. L'abciximab bloque la voie finale de l'agrégation plaquetttaire
63. **Le diagnostic différentiel du SCA NE se fait PAS par rapport à:** (141) U
- A. La pyélonéphrite aiguë
 - B. La cholécystite
 - C. La crise de sicklémie
 - D. L'anévrisme aortique
 - E. L'occlusion intestinale
64. **En ce qui concerne le SCA non-ST les modifications ECG n'incluent pas:** (139) U

- A. Le sus-décalage ST
 - B. Le sus-décalage persistant ST
 - C. Le sus-décalage transitoire ST
 - D. Le BBG transitoire
 - E. L'apparition transitoire de l'onde Q
65. **Les affirmations suivantes sur le fondaparinux sont VRAIES: (145) M**
- A. C'est l'anticoagulant de choix pour la thérapie conservatrice dans le SCA non-ST
 - B. Présente un risque élevé de thrombose intrastent (effet anticoagulant réduit in vitro)
 - C. Chez les patients programmés pour ICP et prétraités avec fondaparinux un recommande un bolus d'héparine NF
 - D. Est contre-indiqué si la clairance de la créatinine est inférieure à 60ml/min
 - E. Exige la surveillance de l'aPTT
66. **Chez les patients avec SCA non-ST, on recommande la coronarographie dans les situations suivantes: (140) U**
- A. Tout patient avec SCA non-ST et à haut risque
 - B. Patients avec angine récurrente et modifications dynamiques de ST-T
 - C. Patients avec diagnostic différentiel incertain malgré les explorations par imagerie
 - D. Patients avec angine de poitrine stable et risque intermédiaire
 - E. Patients avec SCA non-ST et risque intermédiaire
67. **Lesquelles des suivantes NE sont PAS des causes de l'HTA secondaire: (153) U**
- A. L'âge
 - B. La pyélonéphrite chronique
 - C. L'hyperaldostéronisme primaire
 - D. L'insuffisance corticosurrénalienne
 - E. L'hyperparathyroïdie
68. **Les affirmations suivantes concernant l'hypertension artérielle sont VRAIES : (150) M**
- A. C'est l'affection chronique la plus répandue en Europe
 - B. A une double qualité de maladie et de facteur de risque
 - C. La valeur est plus importante que celle systolique
 - D. La pression du pouls chez les patients âgés est considérée comme un facteur de pronostic significatif
 - E. La forme essentielle d'HTA a 3 formes: systolique de l'adulte jeune, de l'âge moyen et systolique de l'aîné
69. **Les affirmations suivantes relatives aux mécanismes de l'HTA essentielle sont VRAIES: (152) M**
- A. La rénine détermine la conversion de l'angiotensinogène pulmonaire en angiotensine I
 - B. Chez les hypertensifs la courbe pression artérielle-natriurèse est déplacée à gauche
 - C. Au niveau rénal l'échange Na-Ca est inhibé
 - D. Le système vasculaire contribue à la pathogenèse et à la progression de l'HTA par la dysfonction endothéliale
 - E. Les catécholamines sensibilisent la réponse rénale aux variations volémiques
70. **L'HTA systolique isolée apparaît dans les affections suivantes : (154) U**
- A. La sténose aortique sévère

- B. La maladie de Paget
 - C. L'hypothyroïdie
 - D. La thyréotoxicose
 - E. La fistule artério-veineuse
71. **Parmi les affirmations suivantes relatives à la médication diurétique dans le traitement de l'HTA lesquelles NE sont PAS vraies:** (165) M
- A. L'hydrochlorotiazide est un inhibiteur de l'anhydrase carbonique
 - B. Le furosémide est recommandé dans l'HTA résistante
 - C. La médication diurétique en dose réduite intensifie l'effet des autres classes de médicaments
 - D. Une dose élevée de diurétique pour diminuer les valeurs de la tension avec 20 mmHg peut constituer le traitement initial
 - E. On utilise l'hydrochlorotiazide le plus souvent en association avec le furosémide
72. **En ce qui concerne les mesures thérapeutiques non-pharmacologiques il N'est PAS vrai que:** (163) M
- A. La nicotine détermine l'augmentation de la rigidité artérielle, de l'obésité viscérale et de la résistance à l'insuline
 - B. Pour la diminution du poids corporel on peut recommander la diète DASH
 - C. Il faut limiter obligatoirement limiter la consommation du sel à moins de 5g/jour
 - D. On recommande que les hommes consomment 50g éthanol/jour et les femmes 30g/jour
 - E. On recommande un effort physique intense et de type isométrique
73. **Les affirmations suivantes relatives au traitement interventionnel dans l'HTA essentielle sont VRAIES:** (169) M
- A. Implique une dénervation rénale par ablation par radiofréquence sur cathéter
 - B. Est indiqué dans le cas de la sténose d'artère rénale
 - C. Est indiqué si le taux de filtration glomérulaire est inférieur à 45 mL/min/1.73m²
 - D. Les patients avec HTA secondaire ne sont pas éligibles
 - E. Est indiquée chez les patients avec des antécédents de revascularisation rénale
74. **Les facteurs suivants NE sont PAS des facteurs de risque cardiovasculaires:** (159) U
- A. Une glycémie supérieure à 198mg/dL après le test de charge avec glucose
 - B. La maladie artérielle périphérique
 - C. Le HDL cholestérol inférieur à 46mg/dL chez les femmes
 - D. La maladie rénale chronique
 - E. L'obésité abdominale
75. **Les affirmations suivantes relatives à la stratification du risque dans l'hypertension artérielle sont vraies:** (159) G
- A. L'HTA degré III associée avec 1-2 FR a un risque additionnel très élevé
 - B. La TA normale haute associée avec le diabète sucré a un risque additionnel élevé
 - C. L'HTA degré II associée avec 1-2 FR a un risque additionnel modéré
 - D. L'HTA degré I associée avec 1-2 FR a un risque additionnel modéré
 - E. L'HTA degré II associée avec le DS a un risque additionnel très élevé
76. **En ce qui concerne l'atteinte sous-clinique d'organe dans l'HTA les affirmations suivantes sont VRAIES:** (159) M

- A. L'hypertrophie du ventricule droit est présente
 - B. L'indice cheville-bras est inférieur à 0.9
 - C. L'épaisseur de la paroi carotidienne est supérieure à 0.9
 - D. La valeur de la microalbuminurie est supérieure à 300mg/24 heures
 - E. La créatinine sérique augmente entre 1.2-1.4 mg/dL chez les femmes
77. **Les affirmations suivantes relatives aux valeurs de la TA en dessus desquelles on considère qu'il y a HTA sont vraies, SAUF:** (158) G
- A. La valeur moyenne/24 heures \geq 120-130mmHg TA systolique et \geq 80mmHg TA
 - B. Les valeurs moyennes nocturnes \geq 130 mmHg TA systolique et \geq 80 mmHg TA
 - C. Les valeurs mesurées au cabinet médical \geq 140 mmHg TA systolique
 - D. Les valeurs mesurées par le patient au domicile \geq 120 mmHg TA systolique
 - E. Les valeurs diurnes \geq 135 mmHg TA systolique
78. **La classification de l'HTA selon les valeurs de la TA N'inclut PAS:** (158) M
- A. L'HTA degré II: 140-169 mmHg TA systolique
 - B. L'HTA normalement haute: 80-85 mmHg TA
 - C. L'HTA degré I: 85-89mmHg TA
 - D. L'HTA degré I: 160-179 mmHg TA systolique
 - E.La TA normale: 120-129 mmHg TA systolique
79. **Parmi les affirmations suivantes relatives aux complications de l'HTA lesquelles sont VRAIES:** (162) G
- A. La fibrillation atriale est l'arythmie surventriculaire la plus fréquente
 - B. Les infarctus lacunaires dérivent de modifications athérosclérotiques
 - C. Les infarctus cérébraux donnés par les grandes artères sont provoquées par des lésions de lipohyalinose
 - D. Les patients hypertensifs avec atteinte rénale légère présentent une prévalence accrue de lésion des organes cible
 - E.La maladie vasculaire périphérique est définie par un index cheville-bras supérieur à 0.9
80. **L'atteinte clinique d'organe dans le cadre de l'HTA N'inclut PAS:** (160) U
- A. Une glycémie à jeun entre 102-125 mg/dL
 - B. La néphropathie avec créatinine sérique supérieure à 1.4 mg/dL chez les femmes
 - C. La rétinopathie hypertensive
 - D. L'hypertrophie du ventricule gauche
 - E.L'insuffisance cardiaque
81. **La stratification du risque chez les patients hypertensifs N'inclut PAS:** (159) M
- A. La TA normale haute associée avec la maladie rénale présente un risque additionnel modéré
 - B. L'HTA degré I sans facteurs de risque présente un risque normal
 - C. L'HTA degré II avec 1-2 facteurs de risque présente un risque additionnel modéré
 - D. L'HTA degré III sans facteurs de risque présente un risque additionnel très élevé
 - E.La TA normale associée avec une atteinte d'organe cible présente un risque additionnel élevé
82. **Le diagnostic de l'HTA comprend:** (158) U
- A. En premier lieu la détermination des valeurs de la TA ensuite la classification du stade
 - B. L'évaluation du degré d'atteinte des organes cible

- C. L'évaluation du risque cardiovasculaire total et des facteurs de risque associés
 - D. L'identification d'une possible cause secondaire d'HTA
 - E. En premier lieu l'évaluation du degré d'atteinte des organes cible
83. **Parmi les affirmations suivantes relatives à la médication dans l'HTA lesquelles sont VRAIES:** (166) G
- A. Les inhibiteurs des récepteurs adrénergiques sont recommandés de première intention chez les patients souffrant d'adénome de prostate
 - B. Dans la grossesse, le traitement de choix est la méthyldopa
 - C. Les inhibiteurs centraux adrénergiques sont la resorcine et la guanethidine
 - D. Les inhibiteurs adrénergiques qui agissent au niveau neuronal sont la clonidine et la méthyldopa
 - E. L'hydralazine est un vasodilatateur direct
84. **Les affirmations suivantes relatives aux complications de l'HTA sont VRAIES:** (161) G
- A. Dans la maladie cardiaque ischémique une TA diastolique inférieure à 75mmHg est bénéfique
 - B. La fibrillation ventriculaire est l'arythmie ventriculaire la plus fréquente dans l'HTA et elle apparaît surtout dans les patients avec hypertrophie de ventricule gauche
 - C. Dans la maladie cérébrovasculaire la relation HTA-cholestérol-athérosclérose est très importante
 - D. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque le risque est plutôt lié à la TAG qu'à la TAD
 - E. Chez les patients diabétiques, plus on réduit la TA, plus le risque cardiovasculaire diminue
85. **Les affirmations suivantes relatives à l'évaluation extensive effectuée par le spécialiste dans le cadre de l'HTA sont VRAIES:** (157) U
- A. La recherche des HTA secondaires: rénale, aldostérone, cortisol, catécholamines urinaires et sériques
 - B. Les valeurs sériques une heure après l'ingestion de Captopril s'il y a suspicion d'hyperaldostéronisme primaire
 - C. Les valeurs de la rénine sérique et de l'aldostérone s'il y a suspicion d'hypertension artérielle réno-vasculaire
 - D. Ultrasonographie rénale et adrénale
 - E. Radiographie thoracique s'il y a suspicion d'insuffisance cardiaque ou de dissection aortique
86. **Sont des indicateurs de l'hypertension artérielle secondaire:** (155) U
- A. L'histoire familiale de maladie rénale
 - B. Les nodules Lisch de l'iris suggestifs pour la neurofibromatose
 - C. Les neurofibromes indiquent un adénome de Conn
 - D. Des épisodes de transpiration, céphalée, anxiété suggèrent un phéochromocytome
 - E. Des antécédents d'infections urinaires, hématurie, abus d'analgésique suggèrent la maladie parenchymateuse rénale
87. **L'HTA peut être provoquée par les médicaments suivants, SAUF:** (155) U
- A. La carbenoxolone
 - B. Les AINS
 - C. L'éplérenone
 - D. Les opioïdes
 - E. Les contraceptifs oraux

88. **Parmi les affirmations suivantes concernant la Digoxine lesquelles sont VRAIES: (182) G**
- A. A un effet inotrope positif par l'inhibition de la pompe Na/K
 - B. On la recommande pour les patients avec FE inférieure à 35% et des symptômes persistants malgré la thérapie avec des bêtabloquants, des IECA ou ARA et des antialdostéroniques
 - C. Est indiquée pour contrôler la fréquence chez les patients avec IC et fibrillation atriale paroxystique
 - D. A comme effets adverses: la tachycardie atriale, ventriculaire et la fibrillation atriale
 - E. La dysfonction rénale, pulmonaire et l'hypothyroïdie augmentent le risque de surdosage
89. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives au traitement de l'insuffisance cardiaque chronique NE sont PAS vraies: (181) M**
- A. Les effets adverses des IECA sont la toux sèche, la dysfonction rénale, l'hypotension et l'hyperkaliémie
 - B. L'ivabradine est recommandée chez les patients avec insuffisance cardiaque en rythme sinusal, qui ne peuvent pas tolérer les IECA
 - C. La combinaison hydralazine-isosorbide dinitrate est indiquée pour les patients avec une FE≤45% et VG dilaté, avec des symptômes persistants (NYHA II-IV) malgré la thérapie avec des bêtabloquants, des IECA et des antialdostéroniques
 - D. Les diurétiques thiazidiques ont un effet rapide et de courte durée
 - E. Au début, on administre les bêtabloquants en petites doses, qu'on doublera après 4-8 semaines, en fonction de la fréquence cardiaque, la TA et les symptômes d'IC
90. **Les substances vasoconstrictrices produites en excès dans l'ICC sont: (175) U**
- A. L'adrénomedulline
 - B. L'apelin
 - C. Le neuropeptide Y
 - D. L'urotensine II
 - E. La bradykinine
91. **Parmi les affirmations suivantes relatives aux étiologies possibles de l'insuffisance cardiaque, les suivantes NE sont PAS vraies : (174) G**
- A. Les sténoses valvulaires ont comme mécanisme la sursollicitation de volume
 - B. Dans l'amyloïdose le remplissage cardiaque diminue
 - C. Dans l'amyloïdose l'efficience contractile du myocarde diminue
 - D. Les shunts intracardiaques ont comme mécanisme la sursollicitation de pression
 - E. Les anthracyclines réduisent l'efficience contractile du myocarde
92. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la classification ACC/AHA de l'insuffisance cardiaque sont VRAIES: (174) G**
- A. Le stade A inclut les patients sans symptômes, mais avec une maladie structurelle cardiaque étroitement associée au risque de développer une ICC
 - B. Le stade C inclut les patients avec des symptômes et des signes d'ICC
 - C. Le stade D inclut les patients avec des symptômes sévères malgré la thérapie maximale, mais sans maladie cardiaque structurelle
 - D. Le stade B inclut les patients avec hypertrophie du ventricule gauche, infarctus du myocarde et valvulopathies asymptomatiques

- E. Le stade A inclut les patients avec diabète sucré, hypertension artérielle et cardiopathie ischémique chronique
93. **Les affirmations suivantes relatives aux peptides natriurétiques sont VRAIES:** (177) M
- A. Chez les patients avec aggravation aiguë des symptômes, une valeur BNP inférieure à 100pg/ml exclut l'ICC.
 - B. On ne dose que le NT-proBNP
 - C. Chez les patients avec symptomatologie au début progressif des valeurs du NT-proBNP inférieures à 300pg/ml excluent l'ICC
 - D. Chez les patients avec symptomatologie au début progressif des valeurs du NT-proBNP inférieures à 125pg/ml excluent l'ICC
- E.L'ICC chez les patients avec une symptomatologie au début aigu est exclue pour des valeurs du NT-proBNP inférieures à 500pg/ml
94. **Les affirmations suivantes relatives aux signes et aux symptômes de l'insuffisance cardiaque chronique NE sont PAS vraies:** (177) M
- A. La dyspnée apparaît secondairement à la baisse du débit cardiaque
 - B. La fatigue à l'effort physique est provoquée par l'augmentation de la pression vénocapillaire pulmonaire
 - C. Les râles sibilants et ronflants apparaissent souvent secondairement à l'accumulation du liquide dans les alvéoles
 - D. Le galop protosystolique est spécifique à l'insuffisance cardiaque
- E.La nycturie apparaît consécutivement à la diminution de la vasoconstriction rénale durant la nuit
95. **En ce qui concerne l'implantation d'un défibrillateur cardiaque, les affirmations suivantes sont VRAIES:** (184) G
- A. Est indiquée dans la prévention secondaire chez les patients avec arythmies ventriculaires (tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire) qui ont produit une instabilité hémodynamique
 - B. Est indiquée dans la prévention secondaire chez les patients avec ICC classes NYHA II-III, avec FE ≤45%, malgré la thérapie optimale pharmacologique administrée plus de 6 mois
 - C. L'implantation d'un défibrillateur cardiaque a conduit à une diminution spectaculaire de la mortalité arythmique dans l'ICC
 - D. Dans la prévention primaire chez les patients avec arythmies ventriculaires qui n'ont pas produit une instabilité hémodynamique
- E.Dans la prévention primaire chez les patients avec ICC classes II-III NYHA et FE≤35% malgré la thérapie optimale pharmacologique administrée plus de 3 mois
96. **Les affirmations suivantes relatives au traitement non-pharmacologique dans l'insuffisance cardiaque chronique sont VRAIES :** (179) M
- A. On recommande un régime hyposodé, avec limitation de l'apport en sel à 3-4.5 g/zi
 - B. On recommande de consommer au moins 2 L de liquides par jour dans les formes sévères d'insuffisance cardiaque
 - C. On recommande le vaccin anti-pneumococcique
 - D. Il faut éviter les inhibiteurs de calcium non-dihydropyridiniques
- E.Il faut éviter les inhibiteurs de calcium dihydropyridiniques

97. **Les affirmations suivantes relatives à la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque sont vraies, SAUF: (175) G**
- A. L'activation du système nerveux sympathique contribue à maintenir la perfusion dans les territoires vitaux : reins, muscles, cœur et cerveau
 - B. Dans l'ICC il se produit une désensibilisation et une diminution du nombre de récepteurs β
 - C. L'angiotensine II détermine la vasoconstriction de l'artéiole afférente et la vasodilatation de l'artéiole efférente
 - D. Le système nerveux sympathique détermine l'activation de gènes apoptotiques
 - E. L'aldostérone détermine l'absorption accrue du sel et de l'eau au niveau du tube contourné proximal
98. **Parmi les facteurs aggravants de cause cardiaque dans l'ICC on compte: (175) U**
- A. La thrombembolie pulmonaire
 - B. La médication inotope-négative
 - C. L'infarctus du myocarde
 - D. La crise hypertensive
 - E. L'endocardite infectieuse
99. **Les affirmations suivantes relatives aux effets adverses de la médication utilisée dans l'ICC NE sont PAS vraies: (182-183) M**
- A. Les principaux effets adverses des bêtabloquants sont l'aggravation de l'insuffisance cardiaque, l'hypotension symptomatique et la bradycardie excessive
 - B. Les effets adverses des anti-aldostéroniques sont la dysfonction rénale, la toux, l'hyperkaliémie et la gynécomastie (spironolactone)
 - C. L'ivabradine induit la vision colorée en jaune
 - D. La digoxine associe souvent phosphénès, céphalée et confusion
 - E. Les diurétiques provoquent hyperuricémie, dyslipidémie et résistance à l'insuline
100. **Les affirmations suivantes sur les contre-indications de la médication utilisée dans l'ICC sont VRAIES: (182) G**
- A. Les IECA sont contre-indiqués s'il y a des antécédents d'angio-œdème, créatinine sérique $\geq 2.5\text{mg/dl}$, hyperkaliémie $\geq 5\text{mmol/l}$ et sténose bilatérale de l'artère rénale
 - B. Les anti-aldostéroniques sont contre-indiqués dans la sténose bilatérale de l'artère rénale, hyperkaliémie $\geq 5\text{mmol/l}$ et créatinine $\geq 2.5\text{ mg/dl}$
 - C. Les bêtabloquants sont contre-indiqués dans l'asthme bronchique et la maladie de nodule sinusal
 - D. La digoxine est contre-indiquée dans le syndrome de préexcitation
 - E. La digoxine est contreindiquée dans les maladies pulmonaires sévères, la dysfonction rénale et l'hypothyroïdie
101. **Les affirmations suivantes relatives à l'œdème pulmonaire aigu NE sont PAS vraies: (188) M**
- A. Le processus d'hématose est affecté
 - B. Est un syndrome regroupant des signes et des symptômes dus à l'hypoperfusion périphérique
 - C. L'auscultation décèle un galop protosystolique
 - D. Le tirage présent reflète les pressions intrapleurales négatives élevées
 - E. Si l'évolution est favorable, il y a rémission rapide de la symptomatologie
102. **Les affirmations suivantes relatives au choc cardiogénique NE sont PAS vraies : (189) M**

- A. La diminution de plus de 10 mmHg de la TA par rapport aux conditions basales représente l'une des caractéristiques du choc cardiogénique
 - B. La cause la plus fréquente du choc cardiogénique c'est l'infarctus du myocarde
 - C. Le choc cardiogénique apparaît si l'on a perdu plus de 25% de la masse du myocarde ventriculaire gauche
 - D. Associe anurie inférieure à 20ml/heure
 - E.L'index cardiaque est inférieur ou égal à 1.8l/min/m²
103. **Les affirmations suivantes relatives aux dispositifs mécaniques utilisés dans le traitement du choc cardiogénique sont VRAIES:** (192) U
- A. Les dispositifs d'assistance ventriculaire peuvent constituer la première option dans le traitement mécanique du choc cardiogénique
 - B. Tandemhart est une pompe axiale ventriculaire gauche sur la valve aortique
 - C. Thoratec est un dispositif complexe d'assistance mécanique uni ou biventriculaire extracorporelle
 - D. La durée maximale d'utilisation de Tandemhart est de 14 jours
 - E.Le ballon de contre-pulsion intra-aortique est utilisé de routine dans le choc cardiogénique secondaire à la crise hypertensive
104. **Les affirmations suivantes relatives au traitement du choc cardiogénique NE sont PAS vraies:** (193) M
- A. L'inhibition plaquettaire se fait obligatoirement avec clopidogrel
 - B. Les cardiotoniques digitaliques ne servent qu'à réduire la fréquence ventriculaire rapide chez les patients avec fibrillation ventriculaire
 - C. Le pyruvate peut s'administrer par voie intracoronarienne simultanément aux catécholamines vasopresseurs
 - D. La dobutamine administrée par doses inférieures à 3µg/kg/min stimule la diurèse
 - E.La dopamine en doses de 10-20µg/kg/min a des effets vasoconstricteurs
105. **Le traitement médicamenteux dans le choc cardiogénique inclut:** (193) U
- A. La nitroglycérine
 - B. Le nitroprussiate de sodium
 - C. La morphine
 - D. La milrinone
 - E.Le levosimendan
106. **Le traitement de l'œdème pulmonaire aigu cardiogénique N'inclut PAS:** (191) U
- A. La cardioversion électrique
 - B. Le tolvaptan
 - C. Le verapamil
 - D. Les IECA i.v.
 - E. La dobutamine
107. **L'évaluation biologique dans l'ICA inclut:** (190) U
- A. Hémoleucogramme complet
 - B. Sodium urinaire
 - C. Potasse urinaire
 - D. Glycémie

E.Protéinurie/24 heures

108. **En ce qui concerne les signes et les symptômes dans le cadre de l'œdème pulmonaire aigu cardiogénique il est VRAI que:** (188) U
- A. La dyspnée apparaît surtout le matin, au réveil
 - B. La toux s'accompagne d'une expectoration de couleur de la rouille
 - C. Des bruits de barbotage intenses peuvent apparaître qu'on entend à distance
 - D. Un tirage intercostal et surclaviculaire peut apparaître
 - E.La composante pulmonaire du bruit 1 se consolide
109. **La radiographie cœur-poumon dans l'ICA NE met PAS en évidence:** (189) U
- A. De grands hiles bien délimités, à contours précis
 - B. La redistribution du flux sanguin aux bases pulmonaire
 - C. Un dessin périvasculaire accentué, en particulier périhilaire
 - D. La valeur des champs pulmonaires
 - E.Un dessin périvasculaire accentué dans les champs moyens et supérieurs
110. **Parmi les affirmations suivantes relatives au traitement de la cardiomyopathie hypertrophique, lesquelles NE sont PAS vraies:** (203) M
- A. Les vasodilatateurs constituent le traitement de choix
 - B. Le propanolol est le bêtabloquant le plus utilisé
 - C. On peut administrer le verapamil simultanément au propanolol
 - D. On recommande la disopyramide parce qu'elle n'affecte pas l'inotropisme
 - E. On recommande plutôt le pacing bicaméral pour améliorer la symptomatologie et l'obstruction du conduit de sortie que l'intervention chirurgicale
111. **En ce qui concerne les étiologies de la cardiomyopathie restrictive il N'est PAS vrai que:** (204) U
- A. La forme idiopathique familiale est la cause la plus fréquente de la CMR
 - B. La sérotonine détermine l'endocardite fibreuse
 - C. *Pseudoxanthoma elasticum* provoque l'atteinte endomyocardique
 - D. La cardiomyopathie diabétique est une cause infiltrative affectant le myocarde
 - E. L'irradiation médiastinale est une cause infiltrative d'atteinte du myocarde
112. **En ce qui concerne les découvertes échocardiographiques dans la cardiomyopathie hypertrophique obstructive, il N'est PAS vrai que:** (202) M
- A. Il y a hypertrophie asymétrique intéressant le plus souvent la paroi latérale du VG
 - B. Le rapport épaisseur SIV/épaisseur PLVG est supérieur à 1.5
 - C. Le SAM apparaît tant dans la forme obstructive que dans la forme non-obstructive
 - D. Une petite cavité du VG peut s'y associer
 - E. Dans le mode M on peut observer la diminution de la pente EF de la valve mitrale
113. **Le diagnostic différentiel du souffle systolique dans la cardiomyopathie hypertrophique obstructive se fait par rapport à:** (202) U
- A. Le souffle dans la sténose mitrale
 - B. Le défaut de septum interventriculaire
 - C. L'insuffisance tricuspidienne
 - D. L'insuffisance aortique
 - E. L'insuffisance pulmonaire

114. **Lors de l'examen échocardiographique dans la cardiomyopathie dilatée on N'observe PAS:** (198) U
- A. Le collapsus de la veine cave inférieure absent dans l'inspiration
 - B. Un aspect globuleux du ventricule droit
 - C. L'atteinte diastolique du ventricule gauche
 - D. L'atteinte systolique du ventricule gauche
 - E. Une possible insuffisance mitrale et tricuspidienne
115. **Les affirmations suivantes relatives à l'étiopathogénie de la CMD NE sont PAS vraies:** (196) U
- A. La forme idiopathique familiale est la plus fréquente
 - B. La CMD peut apparaître secondairement à une myocardite bactérienne incomplètement guérie
 - C. L'atteinte autoimmune par présence des autoanticorps circulants antimyocarde est la cause de CMD qu'on accepte le plus souvent
 - D. La forme autosomique-récessive de CMD est la plus fréquente
 - E. La forme autosomique-dominante pure de CMD est la plus fréquente
116. **Lesquelles des suivantes sont des causes de la CMD:** (195-196) U
- A. La myocardite fungique
 - B. La cardiomyopathie ischémique
 - C. Les maladies de collagène
 - D. La consommation chronique de paracétamol
 - E. Les déficiences nutritionnelles
117. **Les affirmations suivantes relatives à l'hypothèse autoimmune dans l'étiopathogénie de la CMD sont VRAIES:** (196) M
- A. Des anticorps anti chaînes lourdes de myosine sont présents
 - B. Des anticorps anti β 1 récepteurs adrénnergiques sont présents
 - C. Des anticorps anti récepteurs nicotiniques cholinergiques sont présents
 - D. Des anticorps anti actine sont présents
 - E. Dans les échantillons de biopsie myocardique on a observé l'expression inadéquate des molécules MHC classe I
118. **En ce qui concerne le flutter atrial il N'est PAS vrai que:** (212-213) G
- A. Le type I de flutter se doit à un circuit de micro-reentrée au niveau de l'atrium droit
 - B. La conversion au rythme sinusal se réalise habituellement par un premier choc électrique externe de 200 Joules
 - C. Sous l'influence de la digoxine le flutter se transforme en fibrillation auriculaire, arythmie dont la fréquence est plus facile à contrôler
 - D. Il faut que l'utilisation des anti-arythmiques classe IC soit précédée par un traitement avec des bêtabloquants ou du verapamil afin de prévenir l'accélération de la fréquence ventriculaire
 - E. L'électrostimulation atriale par overdrive se fait dans les formes répétitives et réfractaires de flutter
119. **La maladie de nodule sinusal a les manifestations suivantes:** (225) U
- A. Le bloc atrioventriculaire

- B. Le bloc sinoatrial
 - C. Les tachyarythmies surventriculaires
 - D. L'arrêt sinus
 - E. Les tachyarythmies ventriculaires
120. **En ce qui concerne le traitement de la fibrillation atriale il est VRAI que:** (215-216) G
- A. La cardioversion électrique élective est indiquée dans le cas de l'instabilité hémodynamique
 - B. La cardioversion électrique d'urgence est recommandée aux patients avec fibrillation atriale et syndrome de préexcitation
 - C. La conversion médicamenteuse se fait à l'aide du propafénone i.v.
 - D. Le maintien du rythme sinusal impose une prophylaxie permanente avec des anti-arythmiques classe IC
 - E. On peut utiliser les anti-arythmiques pour diminuer le seuil de défibrillation électrique
121. **En ce qui concerne la médication anti-arythmique il est VRAI que:** (209) G
- A. Le tosylate de bretylium est un bloquant des canaux de Na⁺
 - B. La lidocaïne réduit la période de repolarisation et a des effets réduits sur la phase 0 du tissu normal
 - C. La mexilétine réduit la période de repolarisation et a des effets réduits sur la phase 0 du tissu normal
 - D. La procainamide appartient à la classe IC
 - E. Les bêtabloquants appartiennent à la classe IV
122. **Les tachyarythmies surventriculaires se caractérisent par:** (209) U
- A. La fréquence atriale est obligatoirement supérieure à 100 battements par minute
 - B. L'origine du circuit de rentrée est en dessus de la bifurcation de Hiss
 - C. Le complexe QRS est obligatoirement inférieur à 0.12 secondes
 - D. Le complexe QRS peut augmenter en présence d'une aberration fonctionnelle dépendante par rapport à la fréquence
 - E. La fréquence atriale doit être supérieure à 150 battements par minute
123. **En ce qui concerne le traitement de la TP dans le syndrome QT long, les affirmations suivantes sont VRAIES:** (221) M
- A. La suppression de la torsade de pointes à l'aide du sulfate de magnésium n'est pas effective que si la magnésémie est normale
 - B. En administration chronique, la propafenone a des effets préventifs bénéfiques chez les malades souffrant de QT long congénital
 - C. On recommande l'ablation du ganglion sympathique cervical supérieur droit
 - D. On recommande l'utilisation des bêtabloquants
 - E. On recommande l'utilisation de la lidocaïne, de la mexilétine et du propanol
124. **En ce qui concerne la fibrillation atriale il N'est PAS vrai que:** (214) U
- A. La fibrillation atriale paroxystique cholinergique est plus fréquente dans la 2^{nde} partie de la nuit
 - B. La fibrillation atriale paroxystique sympathico-adrénergique est plus fréquente dans la 2^{nde} partie de la nuit
 - C. Les facteurs précipitants de la forme cholinergique de fibrillation paroxystique sont le thé, le café et l'alcool

- D. La fibrillation paroxystique cholinergique apparaît plus souvent chez les patients âgés atteints de maladies cardiaques organiques
 - E. La fibrillation paroxystique cholinergique apparaît plus souvent chez les jeunes sans maladies cardiaques organiques
125. **En ce qui concerne la fibrillation atriale il est VRAI que :** (214) U
- A. Est de 3 types
 - B. La fibrillation paroxystique ne cesse que par cardioversion
 - C. La fibrillation persistante est la fibrillation qui ne cesse malgré les tentatives de cardioversion électrique ou médicamenteuse
 - D. La fibrillation paroxystique dure au plus 7 jours
 - E. La fibrillation paroxystique dure au moins 7 jours
126. **Les affirmations suivantes relatives aux tachycardies paroxystiques surventriculaires sont VRAIES:** (210) M
- A. Une fréquence atriale entre 150-200 battements par minute
 - B. Une onde P négative en DII, DIII, aVF
 - C. La conduction atrio-ventriculaire est 2:1
 - D. Le complexe QRS est toujours étroit
 - E. Présente des phénomènes R/T
127. **En ce qui concerne la médication antiarythmique il est VRAI que:** (209) U
- A. La classe IB diminue la période de repolarisation
 - B. La classe IC n'a qu'un effet mineur sur la repolarisation
 - C. Le sotalol est un bêtabloquant et il appartient à la classe II
 - D. L'amlodipine et la nifedipine sont des inhibiteurs de calcium et appartiennent à la classe IV
 - E. L'amiodarone appartient à la classe III
128. **En ce qui concerne le flutter atrial il N'est PAS vrai que:** (212) M
- A. Le type I a une propagation aux ventricules de 2/1 ou 4/1
 - B. Dans le type II le circuit de rentrée peut s'étendre à l'atrium gauche également
 - C. Rarement il peut survenir une propagation de 1:1, qui a comme résultat une fréquence de plus de 300 battements par minute avec dégradation hémodynamique
 - D. Le massage du sinus carotidien interrompt le flutter atrial
 - E. Le massage su sinus carotidien produit la raréfaction abrupte de la fréquence ventriculaire et la diminution de la fréquence des ondes de flutter
129. **Les signes et les symptômes dans la fibrillation atriale incluent:** (215) U
- A. La syncope de Adams-Stokes
 - B. Une gêne au niveau du cou
 - C. Les palpitations
 - D. L'angine
 - E. Les systoles « en coup de canon »
130. **L'étiologie de l'extrasystolie ventriculaire inclut:** (217) U
- A. La myocardite
 - B. Le prolapsus de valve mitrale
 - C. La cardiopathie ischémique

- D. La dysplasie arythmogène du ventricule droit
 - E. La cardiomyopathie dilatée
131. **Les affirmations suivantes concernant l'étiologie de l'insuffisance mitrale chronique NE sont PAS vraies:** (237) M
- A. Inflammatoire: rhumatisme articulaire aigu, lupus érythémateux systémique
 - B. Fonctionnelle: cardiomyopathie hypertrophique obstructive
 - C. Structurale congénitale: unicuspide, tricuspidie
 - D. Trauma thoracique
 - E. Déhiscence de la prothèse
132. **Les affirmations suivantes relatives à l'auscultation dans la sténose mitrale NE sont PAS vraies:** (234) M
- A. Le souffle Graham-Steel d'insuffisance pulmonaire fonctionnelle apparaît
 - B. Le souffle d'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle apparaît
 - C. Il apparaît une diminution du bruit 1
 - D. Il apparaît une diminution du bruit 2
 - E. Le claquement d'ouverture de la mitrale est plus faible dans la sténose mitrale sévère
133. **Les affirmations suivantes relatives au tableau clinique dans la sténose aortique sont VRAIES:** (239) M
- A. L'angine, la dyspnée et la lipothymie apparaissent
 - B. Dans les stades avancés il apparaît la dyspnée paroxystique nocturne
 - C. Lors de l'auscultation on observe un souffle diastolique rugueux irradiant sur les carotides
 - D. Le bruit 2 est d'intensité accrue
 - E. Le phénomène de Gallvardin apparaît
134. **Les suivants sont des critères de sévérité dans l'échocardiographie transthoracique dans l'insuffisance mitrale:** (238) U
- A. L'aire du jet de régurgitation à la veine contractée
 - B. L'aire du jet de régurgitation dans le conduit d'éjection du ventricule gauche
 - C. Le volume régurgité
 - D. La fraction d'éjection du volume régurgité
 - E. La fraction d'éjection du ventricule gauche
135. **Les affirmations suivantes sur la sténose mitrale sont VRAIES:** (234) M
- A. La sténose mitrale rhumatismale peut s'accompagner d'un défaut du septum interatrial
 - B. La sténose mitrale congénitale est rare
 - C. Cor triatriatum est une affection qui provoque la sténose mitrale par obstruction de l'orifice mitral
 - D. Le diamètre normal de l'orifice valvulaire mitral est de 2-4 cm²
 - E. Le ventricule gauche est souvent dilaté, à cause de la sursollicitation de pression
136. **En ce qui concerne le tableau clinique dans la sténose mitrale, il est VRAI que:** (234) U
- A. Le symptôme principal est la dyspnée d'effort
 - B. Il est possible que la dysphagie apparaisse
 - C. Il est possible que la dysphonie apparaisse
 - D. Il est possible que les hémoptysies apparaissent

- E. Il est possible que l'angine apparaisse
137. **Les manifestations ECG dans la sténose mitrale incluent:** (236) U
- A. Le bloc de branche gauche
 - B. L'hypertrophie atriale gauche
 - C. L'hypertrophie ventriculaire gauche
 - D. L'hypertrophie ventriculaire droite
 - E. L'hypertrophie atriale droite
138. **Les manifestations radiologiques dans la sténose mitrale incluent:** (236) U
- A. Le redoublement du contour de l'arc inférieur droit
 - B. La convexité de l'arc moyen gauche
 - C. La convexité de l'arc inférieur gauche
 - D. Les calcifications valvulaires
 - E. La stase veineuse représentée par les lignes Kerley A et B
139. **Les affirmations suivantes sur l'échocardiographie dans la sténose mitrale NE sont PAS vraies:** (235) U
- A. Les fusions comissurales et l'épaississement du bord libre sont des modifications spécifiques à la sténose mitrale dégénérative
 - B. On détermine les dimensions du ventricule gauche
 - C. On détermine les dimensions de l'atrium gauche
 - D. On peut déterminer directement la pression dans l'artère pulmonaire
 - E. L'échographie transœsophagienne est nécessaire avant l'intervention chirurgicale
140. **En ce qui concerne l'échographie transœsophagienne dans les valvulopathies N'est PAS vrai que:** (240) M
- A. Dans les valvulopathies aortiques on visualise mieux la valve et l'appareil sous-valvulaire
 - B. On l'emploie pour détecter les thrombus intraatriaux
 - C. Est nécessaire avant les interventions chirurgicales
 - D. Peut identifier des végétations spécifiques à l'endocardite infectieuse
 - E. Est inférieure à l'échographie transthoracique pour la visualisation de l'appareil valvulaire mitral
141. **La coronarographie préopératoire est recommandée pour tout patient qui présente au moins un des critères suivants:** (235) U
- A. Des femmes âgées de plus de 40 ans
 - B. Les patients avec une histoire de cardiopathie ischémique
 - C. Les patients avec suspicion de cardiopathie ischémique
 - D. La fraction d'éjection du ventricule gauche est réduite
 - E. Des hommes âgés de plus de 40 ans
142. **En ce qui concerne le traitement de la sténose aortique il N'est PAS vrai que :** (241) G
- A. La valvuloplastie percutanée au ballon est de choix
 - B. Le TAVI représente une solution jusqu'à l'intervention chirurgicale
 - C. Le traitement chirurgical est recommandé dans la sténose aortique serrée
 - D. On appelle également la valvuloplastie par voie percutanée au ballon TAVI

- E. Le traitement chirurgical est également indiqué dans la sténose aortique modérée chez les patients qui vont subir une chirurgie sur l'aorte ascendante

143. **Lesquelles des pathologies suivantes NE sont PAS rencontrées dans la dilatation de l'aorte ascendante:** (242) U

- A. La maladie de Fabry
- B. Le syndrome de Ehler-Danlos
- C. Osteogenesis imperfecta
- D. La maladie de Wilson
- E. L'aortite syphilitique

144. **Les affirmations suivantes sur la sténose pulmonaire sont VRAIES:** (245) M

- A. L'étiologie la plus fréquente est rhumatismale
- B. Lors de l'auscultation on décèle un souffle systolique d'éjection dans l'espace II-III intercostal gauche parasternal
- C. Le bruit 2 est diminué
- D. Sur l'ECG on décèle une hypertrophie du ventricule droit
- E. À la radiographie thoracique on observe une faible circulation pulmonaire et la dilatation de l'artère pulmonaire

145. **Les affirmations suivantes sur l'insuffisance pulmonaire sont VRAIES:** (246) M

- A. Parfois, à l'auscultation on décèle un roulement diastolique
- B. La radiographie thoracique indique la dilatation du ventricule gauche
- C. L'échographie transœsophagienne pose le diagnostic et détermine l'indication chirurgicale
- D. Le traitement est celui de la maladie primaire
- E. On n'effectue le traitement chirurgical que dans l'insuffisance pulmonaire sévère congénitale

146. **En ce qui concerne les explorations paracliniques dans l'endocardite infectieuse il N'est PAS vrai que:** (248) M

- A. L'échographie transœsophagienne est de première intention car elle offre des informations plus précises sur les végétations par comparaison à l'échographie transthoracique
- B. Il faut récolter au moins 2 hémocultures à un intervalle de 12 heures, de préférence pendant l'accès fébrile
- C. Le facteur rhumatoïde peut être positif
- D. L'imagerie RMN et le CT sont utilisés de routine pour une meilleure visualisation de l'appareil valvulaire
- E. Les tests de laboratoire peuvent mettre en évidence une anémie normochromie, normocytaire

147. **Les affirmations suivantes relatives aux critères de Duke modifiés dans l'endocardite infectieuse sont VRAIES:** (248) U

- A. Pour le diagnostic positif il faut réunir 5 critères majeurs
- B. Pour le diagnostic positif il faut réunir 3 critères majeurs et un critère mineur
- C. Les hémorragies Janeway, les nodules Osler et les taches de Roth représentent des critères majeurs
- D. Une hémoculture positive représente un critère mineur
- E. La mise en évidence par l'échocardiographie d'une régurgitation valvulaire nouvellement apparue représente un critère majeur

148. **On considère comme des patients à haut risque d'endocardite infectieuse:** (249) M
- A. Les patients avec des maladies cardiaques congénitales complètement corrigées avec implantation de matériel prothétique
 - B. Avec des antécédents d'endocardite infectieuse
 - C. Les patients avec des maladies cardiaques congénitales incomplètement corrigées avec implantation de matériel prothétique
 - D. Les patients sur lesquels on effectue des manœuvres stomatologiques impliquant la manipulation gingivale ou la perforation de la muqueuse buccale
 - E. Les patients soumis à des examens endoscopiques de voies urinaires
149. **Les affirmations suivantes relatives au traitement dans l'endocardite infectieuse NE sont PAS vraies:** (249) M
- A. Pour le staphylocoque sensible à la mécicilline on recommande le traitement avec flucloxacilline et gentamicine
 - B. Pour le streptocoque sensible à la pénicilline, mais quand les patients sont allergiques à la pénicilline, on recommande d'utiliser les macrolides
 - C. Pour le staphylocoque résistant à la mécicilline on recommande la vancomicine en monothérapie
 - D. Pour le streptocoque sensible à la pénicilline on peut administrer de la ceftriaxone
 - E. Pour le streptocoque sensible à la pénicilline chez les patients allergiques à la pénicilline on recommande d'associer la vancomicine et la gentamicine
150. **Les affirmations suivantes sur les stades ECG de la péricardite aiguë NE sont PAS vraies:** (251) M
- A. Le stade IV: on revient à l'aspect ECG antérieur à l'installation de la péricardite
 - B. Le stade II: la négativation diffuse des ondes T
 - C. Le stade IV: le segment ST revient à la ligne isoélectrique et les ondes T s'aplatissent
 - D. Le stade II: le sus-décalage de segment ST concave supérieur, déviation du segment PR dans la direction opposée à la polarité de l'onde
 - E. Le stade I: Le sus-décalage de segment ST convexe supérieur, déviation du segment PR dans la même direction que la polarité de l'onde
151. **L'examen échocardiographique dans la péricardite aiguë avec tamponnade péricardique peut montrer:** (251) M
- A. Le collapsus diastolique de l'atrium gauche (signe de compression cardiaque)
 - B. Un aspect de cœur pendulant ("*swinging heart*")
 - C. La distension de la veine cave inférieure et la disparition du collapsus expiratoire
 - D. Le collapsus diastolique du ventricule droit (signe de compression cardiaque)
 - E. L'apparition du péricarde épais et fibrosé
152. **Les affirmations suivantes relatives à la tamponnade cardiaque sont VRAIES:** (251) U
- A. Peut survenir même s'il n'y a que des petites quantités de liquide, si l'accumulation est lente
 - B. Provoque la diminution du débit cardiaque
 - C. Produit l'hypertension
 - D. Impose une péricardiocentèse d'urgence à des fins diagnostiques, vu que l'étiologie néoplasique est fréquente
 - E. Le pouls paradoxal est présent

153. **Les affirmations suivantes relatives au traitement de la péricardite aiguë NE sont PAS vraies:**

(252) M

- A. On peut administrer de la colchicine en monothérapie depuis le premier épisode
- B. On peut administrer de la colchicine associée à l'ibuprofène depuis le premier épisode
- C. Le drainage chirurgical est de choix dans la tamponnade cardiaque ou dans les épanchements liquidiens majeurs chez les patients asymptomatiques
- D. On recommande la péricardectomie aux patients chez lesquels l'épanchement persiste malgré le traitement correctement conduit
- E. La colchicine est recommandée dans la péricardite urémique

III. GASTROENTÉROLOGIE-HÉPATOLOGIE

Complément simple:

1. **Sont des « signaux d'alarme » dans le reflux gastro-œsophagien (RGO) les suivants, SAUF:** (256)
 - A. La dysphagie
 - B. L'odynophagie
 - C. L'anémie
 - D. L'hémorragie digestive inférieure
 - E. La perte de poids
2. **Les indications de l'endoscopie supérieure dans le reflux gastro-œsophagien (RGE) sont:** (257)
 - A. L'âge du patient supérieur à 50 ans
 - B. La symptomatologie atypique
 - C. L'échec du traitement avec des IPP
 - D. Les « signaux d'alarme »
 - E. Tous les éléments ci-dessus
3. **Les facteurs d'agression de la muqueuse gastrique sont les suivants, SAUF:** (263)
 - A. La consommation d'AINS
 - B. L'alcool
 - C. La sécrétion acide et la pepsine
 - D. L'infection avec *H. pylori*
 - E. Les jonctions intercellulaires serrées
4. **Laquelle des circonstances suivantes NE constitue PAS un facteur étiopathogénique dans l'apparition de la maladie ulcéreuse? (264)**
 - A. La toxicomanie
 - B. Les gastrinomes dans de syndrome de Zollinger-Ellison
 - C. Les obstructions duodénales
 - D. L'infection avec le virus *Herpes simplex* type 2
 - E. La chimiothérapie et la radiothérapie
5. **Laquelle est l'affirmation VRAIE concernant la douleur dans le syndrome ulcéreux? (265)**
 - A. Siège dans l'épigastre

- B. Présente une irradiation en barre
 - C. Le début est postprandial tardif (après 2-3 heures) dans l'ulcère gastrique
 - D. Le début est postprandial immédiat dans le cas de l'ulcère duodénal
 - E. Ne s'améliore pas après l'administration d'antiacides ou antisécrétaires
6. **Les tests non-invasifs de dépistage de *H. Pylori* sont les suivants, SAUF:** (266)
- A. Le test rapide capillaire
 - B. Le dosage de l'antigène fécal *H. Pylori*
 - C. La réaction ELISA, le test salivaire
 - D. Les tests respiratoires – *urea breath test*
 - E. L'échantillon biopsique avec expertise histopathologique
7. **Parmi les variantes suivantes, laquelle est caractéristique à la colite ulcéreuse:** (279)
- A. Le processus inflammatoire discontinu
 - B. La distribution non-uniforme
 - C. Peut évoluer depuis le niveau du rectum jusqu'au niveau de la valve iléo-caecale
 - D. Les zones de muqueuse saine
 - E. Les lésions transmurales
8. **En ce qui concerne la nicotine, on peut faire les affirmations suivantes, SAUF une :** (276)
- A. Contribue par la vasoconstriction au déclenchement de la maladie inflammatoire intestinale
 - B. Augmente la perméabilité intestinale
 - C. A un effet protecteur dans la colite ulcéreuse
 - D. Déclenche la réponse immunologique mucosale
 - E. Diminue la couche de mucus dans la colite
9. **En fonction de l'étendue de l'inflammation, on NE peut PAS classifier la colite ulcéreuse en:** (279,280)
- A. Proctite ulcéreuse
 - B. Colite gauche ulcéreuse
 - C. Iléite ulcéreuse
 - D. Pancolite ulcéreuse
 - E. Proctosigmoidite ulcéreuse
10. **Un patient qui se présente avec: 7 selles par jour, rectorragies fréquentes, température de 38,5°C, pouls de 110/min, VSH 40mm/heure, est encadré selon le score de Truelove-Witts dans la catégorie:** (280)
- A. Patient atteint d'une forme légère
 - B. Patient atteint d'une forme modérée
 - C. Patient atteint d'une forme fulminante
 - D. Patient atteint d'une forme sévère
 - E. Patient atteint d'une forme catarrhale
11. **L'affirmation suivante relative au score CDAI, utilisé pour évaluer la sévérité de la maladie de Crohn, est VRAIE:** (282)
- A. Un score inférieur à 150 représente la forme légère de la maladie
 - B. Un score entre 300-400 représente la forme modérée de la maladie

- C. Un score inférieur à 150 définit la rémission de la maladie
 - D. Un score supérieur à 600 définit la forme sévère
 - E. Un score supérieur à 450 définit la maladie active
12. **Quelle est la variante FAUSSE relative à la colite gauche? (280)**
- A. Représente 40% de la totalité des cas
 - B. À la palpation on perçoit la corde colique
 - C. La présence de la constipation
 - D. La présence des ténesmes
 - E. La présence des rectorragies
13. **Le diagnostic différentiel de la colite ulcéreuse peut se faire par rapport aux affections suivantes, SAUF : (286)**
- A. Les colites infectieuses
 - B. L'ulcère rectal solitaire
 - C. La colite ischémique
 - D. La proctosigmoïdite ulcéreuse
 - E. La diverticulose du côlon
14. **L'affirmation suivante relative à la fibrose hépatique est FAUSSE: (303,306)**
- A. Représente une composante constante de la cirrhose
 - B. Il y a fibrose de la zone 3 dans l'insuffisance cardiaque droite
 - C. La fibrose de paire avec la transformation nodulaire du parenchyme hépatique désorganise l'architecture de l'organe
 - D. La fibrose dans la cirrhose hépatique alcoolique débute au niveau de la zone 4
 - E. Il y a fibrose de la zone 1 dans l'obstruction des voies biliaires et fibrose hépatique congénitale
15. **L'affirmation suivante relative à l'alcool, agent étiopathogénique de la cirrhose hépatique, est VRAIE : (303,304)**
- A. Représente la cause la plus rare de la cirrhose hépatique dans la plupart des pays développés
 - B. Chez les hommes atteints de cirrhose hépatique, la consommation moyenne d'alcool est de 160 g/jour, pendant 8 ans
 - C. Chez les femmes le risque de cirrhose apparaît si l'on consomme plus de 160 g/jour
 - D. Si l'on consomme une quantité similaire d'alcool, la concentration dans le sang est plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes
 - E. En moyenne, 80% des alcooliques développent la cirrhose hépatique
16. **NE sont PAS des agents étiopathogéniques majeurs incriminés dans l'apparition de la cirrhose hépatique : (304)**
- A. Les virus hépatiques B, C, D
 - B. L'alcool
 - C. La toxoplasmose
 - D. La cirrhose biliaire primitive
 - E. L'hépatite chronique auto-immune
17. **Les facteurs de risque dans la stéatohépatite non-alcoolique sont les suivants, SAUF: (304)**
- A. L'IMC supérieur à 28

- B.La valeur ALT dépassant le double de la valeur normale
C.Le rapport AST/ALT supérieur à 0.5
D. La résistance à l'insuline et le diabète
E.L'hypertension artérielle
18. **Du point de vue macroscopique, le foie cirrhotique N'est PAS:** (306)
A. Dur, avec l'extrémité inférieure pointue
B. Avec un contour irrégulier de l'extrémité inférieure
C. De couleur jaune-doré (excès de bilirubine)
D. Hypertrophique ou atrophique
E. Macronodulaire ou micronodulaire
19. **Choisissez l'affirmation FAUSSE relative à l'ascite dans la cirrhose hépatique:** (310)
A. Devient décelable par inspection pour des quantités de plus de 1-1.5 L
B. L'ascite de grade 1 représente une petite quantité de liquide, décelable par ultrasonographie
C. Généralement, le début est insidieux
D. L'ascite de grade 2 provoque une distension abdominale significative avec déplissement de l'ombilic
E. L'apparition de l'ascite est précédée par le météorisme abdominal
20. **Lesquelles des composantes suivantes mis en évidence par les tests non-invasifs de la fibrose hépatiques NE sont PAS correctes?** (312)
A. APRI – AST, thrombocytes
B.Fibrotest – GGT, haptoglobine, bilirubine, apolipoprotéine A, α_2 -macroglobuline
C.ELF – âge, protéines de la matrice extracellulaire
D. FPI – AST, cholestérol, indicateur de résistance à l'insuline
E.PGA index – Acide hyaluronique, GGT, TIMP-1, cholestérol

Complément multiple:

21. **Les manifestations extradigestives de la MRGO sont:** (256)
A. La dysphonie
B. L'asthme bronchique
C. La dysphagie
D. La douleur thoracique non-cardiaque
E. L'odynophagie
22. **En ce qui concerne la classification Los Angeles on peut faire les affirmations suivantes:** (257)
A. On l'utilise afin de classifier les œsophagites selon la sévérité
B. Grade A – une ou plusieurs pertes de substance, dont nulle ne dépasse 5mm de longueur
C. Grade C – lésions confluentes, circonférentielles
D. Grade B – lésions supérieures à 5mm, confluentes entre deux ou plusieurs plis, qui dépassent 75% de la circonférence
E. Grade D – pertes de substance sur plus de 75% de la circonférence de l'œsophage
23. **On peut faire les affirmations suivantes relatives à l'œsophage de Barrett, SAUF:** (257,258)
A. Représente une métaplasie de type intestinal au niveau de l'œsophage proximal

- B. Se confirme par des multiples biopsies
 - C. Chez les patients sans dysplasie attestée on recommande la résection immédiate de la muqueuse par endoscopie
 - D. En cas de dysplasie de bas grade on effectuera des endoscopies annuelles
 - E. Afin de dépister un néoplasme naissant on effectue des contrôles endoscopiques réguliers
24. **Les antagonistes des récepteurs H2 histaminiques:** (258)
- A. Augment d'une unité la valeur du pH-ul dans les 48 heures
 - B. Ont une action anti-sécrétoire
 - C. Sont efficaces sur la symptomatologie (pyrosis)
 - D. Leur effet s'intensifie avec le temps
 - E. Ont une efficacité réduite pour la cicatrisation des œsophagites
25. **L'approche thérapeutique dans le RGO se fait de la manière suivante:** (258)
- A. On commence par des IPP en dose normale
 - B. L'approche thérapeutique progressive utilisée à présent et recommandée par la plupart des guides est „step-up”.
 - C. Chez les patients qui ne souffrent pas d'œsophagite sévère, on recommande les IPP pendant 4-8 semaines et l'entretien avec des IPP, en fonction de la symptomatologie
 - D. Dans le cas des patients atteints d'œsophagite sévère, on recommande les IPP pendant 8 semaines, et le traitement d'entretien se fait avec des IPP en dose minimale efficace
 - E. Dans le cas des œsophagites sévères, réfractaires au traitement médicamenteux, on peut recourir à des diverses procédures antireflux
26. **Les catégories thérapeutiques endoscopiques pour les MRGO sévères sont:** (259)
- A. La radiofréquence
 - B. La suture endoscopique de la jonction œsogastrique
 - C. La fundoplication de Nissen
 - D. La pyloroplastie
 - E. L'installation d'un clip hémostatique
27. **Les agents cytoprotecteurs utilisés dans la maladie ulcéruse sont:** (270)
- A. Le pantoprazole
 - B. La cimétidine
 - C. Le misoprostol
 - D. Le sucralfate
 - E. Le subsalicylate de Bismuth
28. **Les thérapies standard d'éradication de *H. Pylori* sont:** (270)
- A. La triple thérapie: IPP en dose double + Amoxicilline + Clarithromycine, 7-14 jours
 - B. On applique la triple thérapie pendant 4-6 semaines
 - C. La triple thérapie: Amoxicilline + Clarithromycine + Métronidazole, 7-14 jours
 - D. La thérapie séquentielle – 5-7 jours IPP en dose double + Amoxicilline ensuite 5-7 jours IPP en dose double + Clarithromycine + Métronidazole
 - E. La triple thérapie: Amoxicilline + Cimétidine + Lansoprazole, 7-14 jours

29. **Parmi les techniques chirurgicales utilisées dans le traitement des ulcères perforés ou pénétrants on compte:** (271,259)
- A. L'anastomose gastroduodénale Billroth 1
 - B. L'antrectomie
 - C. La gastroplicature transmurale NDO
 - D. L'anastomose gastroéjunitale Billroth 2
 - E. La suture de la perforation duodénale
30. **Sont des antagonistes des récepteurs H2 les suivants, SAUF:** (270)
- A. La cimétidine
 - B. La nizatidine
 - C. Le pantoprazole
 - D. La famotidine
 - E. Le misoprostol
31. **La prévalence de l'ulcère peptique dépend des comorbidités suivantes:** (262)
- A. Les affections broncho-pulmonaires chroniques obstructives
 - B. Le déficit de α 1-antitrypsine
 - C. Les syndromes endocrines tels Zollinger-Ellison et MEN 1
 - D. L'hypoparathyroïdie
 - E. Les néoplasies endocrines multiples de type 2 (MEN 2)
32. **Quels sont les facteurs de protection de la muqueuse gastrique?** (263)
- A. Le flux sanguin muqueux optimal
 - B. La régénération tissulaire
 - C. Le reflux biliaire duodénogastrique
 - D. La consommation d'AINS
 - E. La fonctionnalité biochimique de la couche muqueuse
33. **Les signaux d'alarme dans le cadre de la maladie ulcéreuse sont:** (265)
- A. La satiété tardive
 - B. L'hémorragie extériorisée ou la détection d'un syndrome anémique
 - C. Les vomissements récurrents
 - D. La dysphagie ou l'odynophagie soudaines
 - E. Les antécédents héréro-collatéraux de cancer dans la sphère digestive
34. **Lesquels des éléments cliniques subjectifs énumérés ci-dessous sont à retrouver dans la maladie ulcéreuse?** (265)
- A. Le syndrome dyspeptique
 - B. Le pyrosis
 - C. La douleur thoracique apicale
 - D. Les symptômes du syndrome anémique
 - E. Le clapotage
35. **Les facteurs de risque de resaignement dans le cas des hémorragies digestives supérieures non-varices NE sont PAS:** (268)

- A. La nécessité d'administrer de l'héparine après l'hémostase endoscopique;
 - B. Le décèlement d'ulcères de petites dimensions
 - C. La mise en œuvre de la thérapie par inhibiteurs de la pompe à protons
 - D. L'hémorragie digestive supérieure dans un patient atteint d'hépatopathie sévère
 - E. L'hémostase endoscopique appliquée comme unique ressource thérapeutique
36. **Les affirmations suivantes relatives au traitement de la colite ulcéreuse par poussées, sont VRAIES: (294)**
- A. Dans les formes sévères de colite ulcéreuse il faut introduire d'emblée les corticoïdes
 - B. Dans la colite gauche et la pancolite, les formes légères et modérées, on administre 5 ASA par voie orale et topique
 - C. L'intolérance à 5 ASA implique l'utilisation des corticoïdes à durée limitée
 - D. On considère comme réfractaires les formes sans réponse thérapeutique après au moins 12-14 jours de traitement avec de la cortisone injectable
 - E. Dans les formes réfractaires il faut initier la thérapie avec ciclosporine ou infliximab
37. **Quelles sont les indications d'urgence du traitement chirurgical dans la colite ulcéreuse? (296)**
- A. La perforation
 - B. La dysplasie
 - C. Le cancer colorectal
 - D. Les sténoses fibrotiques
 - E. Le mégacôlon toxique
38. **Quelles sont les indications électives de traitement chirurgical dans la maladie de Crohn? (296)**
- A. Les abcès abdominaux
 - B. L'hémorragie digestive
 - C. Le cancer du côlon
 - D. Les sténoses fibrotiques
 - E. Le mégacôlon toxique
39. **Les classes de médicaments utilisés dans le traitement des maladies inflammatoires intestinales sont: (292)**
- A. Les corticoïdes
 - B. Les aminosalicylates
 - C. Les agents biologiques
 - D. Les AINS
 - E. Les opioïdes
40. **La diète qu'on utilise dans les poussées d'activité dans les maladies inflammatoires intestinale implique: (292)**
- A. Exclure le lait
 - B. Exclure les graisses
 - C. Manger les légumes crus
 - D. Manger des fruits
 - E. Exclure les laits fermentés

41. **En évoluant, la colangite sclérosante primitive peut avoir les complications suivantes:** (291)
- A. La malabsorption des vitamines hydrosolubles ADEK
 - B. La cirrhose biliaire primitive
 - C. La lithiase rénale
 - D. La lithiase cholédocienne
 - E. Le cholangiocarcinome
42. **Les affirmations suivantes relatives au score de Mayo utilisé dans les maladies inflammatoires intestinales sont:** (286)
- A. Inclut tant les paramètres cliniques que ceux endoscopiques
 - B. Un score inférieur ou égal à 2 représente le stade naissant
 - C. Dans les formes moyennes varie entre 6-10
 - D. Dans les formes sévères varie entre 12-15
 - E. Les paramètres utilisés sont: âge au diagnostic, localisation, comportement
43. **Les modifications macroscopiques caractéristiques à la maladie de Crohn sont:** (285)
- A. La localisation dans tout segment du tube digestif
 - B. Les sténoses fréquentes
 - C. Les ulcères aphtoïdes, profonds
 - D. Affecte souvent le côlon côté gauche
 - E. N'affecte que la muqueuse
44. **Les affirmations suivantes relatives aux modifications microscopiques de la colite ulcéreuse sont vraies, SAUF:** (285)
- A. L'infiltrat inflammatoire est focal
 - B. Il y a présence de la métaplasie des cellules de Paneth
 - C. La déplétion du mucus est fréquente
 - D. L'hypertrophie musculaire est fréquente
 - E. Il y a présence des glandes cryptiques distordues, ramifiées
45. **Les maladies inflammatoires intestinales s'associent avec les syndromes génétiques suivants:** (275)
- A. Le syndrome de Down
 - B. Le syndrome de Turner
 - C. Le syndrome de Hermansky-Pudlak
 - D. Le syndrome de Klinefelter
 - E. Le syndrome de Williams
46. **Quelles sont les conséquences de la sécrétion en excès de cytokines inflammatoires?** (278)
- A. La baisse de la perméabilité intestinale
 - B. La vasoconstriction
 - C. L'hypersécrétion de mucus
 - D. La libération de facteurs chémotactiques
 - E. L'apparition des anticorps anticôlon
47. **Dans la colite ulcéreuse on décrit les manifestations cliniques suivantes:** (279)

- A. Les ténesmes rectaux
 - B. Le syndrome diarrhéique accompagné de produits pathologiques
 - C. L'hématémèse
 - D. Une douleur localisée principalement dans l'hypocondre droit
 - E. Les rectorragies
48. **Le score de Truelove-Witts comprend les paramètres suivants, SAUF:** (280)
- A. La température
 - B. La VSH (mm/h)
 - C. L'âge au diagnostic
 - D. L'hémoglobine
 - E. Le pouls
49. **Du point de vue évolutif, la forme fulminante de la colite ulcéreuse se caractérise par:** (280)
- A. Un état général altéré
 - B. Des poussées modérées, répétées
 - C. La diarrhée et des selles nombreuses
 - D. Des rectorragies
 - E. Une évolution durant plus de 6 mois
50. **La maladie de Crohn au niveau du tube digestif supérieur peut s'accompagner de :** (281)
- A. Ténesmes
 - B. Fistules duodénales
 - C. Vomissements
 - D. Nausée
 - E. Ictère obstructif
51. **L'évaluation de la sévérité de la maladie de Crohn, conformément au score CDAI, inclut les variables suivantes, SAUF :** (282)
- A. La présence des complications (arthralgies, arthrites, uvéites, érythème noueux, fistules)
 - B. La présence des masses abdominales
 - C. L'hématocrite inférieur à 30% chez les hommes
 - D. L'administration d'opiacés ou d'antidiarrhéiques
 - E. L'état général quotidien, pendant 14 jours
52. **Les explorations paracliniques utilisées dans les maladies inflammatoires intestinales sont:** (282)
- A. L'examen endoscopique
 - B. Les marqueurs fécaux
 - C. Les marqueurs sérologiques
 - D. La pH-métrie
 - E. Le sommaire des urines
53. **Les modifications suivantes représentent l'expression de la malabsorption dans les maladies inflammatoires intestinales:** (282)
- A. L'hypomagnésémie
 - B. L'hypokaliémie

- C. Augmentation des protéines et de l'albumine
 - D. Le déficit de vitamine B12
 - E. Le déficit des vitamines liposolubles
54. **Les modifications endoscopiques survenues au niveau de la muqueuse dans la colite ulcéreuse sont:** (283)
- A. La « pierre de pavage »
 - B. Les ulcères serpigineux
 - C. La friabilité, le saignement spontané au toucher
 - D. Les ulcération pléomorphes
 - E. Les érosions
55. **Les manifestations extra-intestinales cutanées les plus courantes des maladies inflammatoires intestinales cutanées sont:** (290)
- A. Le psoriasis
 - B. *Pioderma gangrenosum*
 - C. L'érythème lupique
 - D. L'érythème noueux
 - E. Le pityriasis versicolor
56. **Le diagnostic des manifestations pulmonaires dans les maladies inflammatoires intestinales se réalise par:** (291)
- A. Thoracocentèse
 - B. Tomographie assistée par ordinateur
 - C. Des tests allergologiques
 - D. Des tests respiratoires fonctionnels
 - E. Paracentèse
57. **Les objectifs principaux du traitement des maladies inflammatoires intestinales sont:** (292)
- A. Traiter des poussées actives
 - B. Maintenir la rémission et prévenir les rechutes
 - C. Induire la rémission clinique, endoscopique, histologique
 - D. Prévenir et traiter les complications
 - E. Aucune des variantes n'est correcte
58. **Parmi les affirmations suivantes concernant la péritonite bactérienne spontanée, lesquelles sont VRAIES?** (327)
- A. Le diagnostic est fondé sur l'examen du liquide d'ascite
 - B. On appelle ascites neutrocytaires les formes avec cytologie positive et cultures négatives
 - C. On appelle bactériascites les formes avec cytologie faible et cultures positives
 - D. Le traitement de choix se fait avec de la pénicilline G
 - E. L'étiologie est toujours plurimicrobienne
59. **Les critères additionnels de diagnostic dans les complications rénales de la cirrhose hépatiques sont:** (326)
- A. Inconstants

- B. Une oligoanurie sub 500 ml/jour
 - C. Le Na urinaire inférieur à 10 mEq/jour
 - D. L'osmolarité urinaire est plus basse que celle plasmatique
 - E. Le Na sérique est inférieur à 130 mEq/L
60. **Les affirmations suivantes relatives à la classification de West-Haven de l'encéphalopathie hépatique sont VRAIES : (324)**
- A. Grade 3 – somnolence, désorientation temporo-spatiale, confusion accentuée, hyporéflexie ostéotendineuse
 - B. Grade 1 – confusion, dépression, dysarthrie, inversion du rythme nycthéméral, modifications de comportement
 - C. Grade 4 – coma, hyperréflexie osteotendineuse, hypertonie musculaire, astérixis
 - D. Grade 2 – obnubilation, comportement inadéquat, léthargie, bradylalie, amnésie, somnolence, astérixis, hypertonie-le signe de la roue dentée
 - E. Grade 3 – modifications d'humeur et de comportement, inhabilité d'effectuer des activités mentales, léthargie, somnolence
61. **Les objectifs de la thérapie dans l'encéphalopathie hépatique sont: (324)**
- A. Augmenter l'apport de protéines vers le foie
 - B. Combattre la toxicité cérébrale du NH₃
 - C. Soutenir la fonction hépatique
 - D. Combattre les facteurs précipitants
 - E. Les protéines végétales sont contre-indiquées
62. **Quelles sont les affirmations correctes sur les interventions chirurgicales prophylactiques utilisées dans l'HDS, complication de la cirrhose hépatiques? (322)**
- A. Sont représentées par les shunts porto-caves
 - B. Augmentent le risque de resaignement, sans améliorer la mortalité
 - C. Sont contre-indiquées dans la classe Child C
 - D. Sont contre-indiquées dans la classe Child B
 - E. Les shunts peuvent diminuer l'encéphalopathie
63. **Les facteurs précipitants pour l'installation du tableau d'encéphalopathie hépatique sont: (323)**
- A. La déplétion hydroélectrolytique
 - B. Un apport protéique par aliments réduit
 - C. La constipation
 - D. L'administration de toxiques hépatiques
 - E. L'administration de toxiques cérébrales
64. **Les signes et les symptômes cliniques d'encéphalopathie hépatique incluent les éléments suivants, SAUF: (323)**
- A. Les altérations de la conscience: apathie, confusion, stupeur, obnubilation, troubles psychiatriques
 - B. Les modifications de personnalité: irritabilité, comportement juvénile, euphorie, indifférence envers la famille
 - C. Les perturbations végétatives: hyposomnie, hypoventilation, hypopyrexie centrale

- D. Les réflexes ostéo-tendineux abolis
 - E. Les troubles sensitives-motrices et des reflexes: astérixis, amaurose transitoire, hypertonie extrapyramide
65. **Les objectifs du traitement dans l'hémorragie digestive supérieure sont les suivants:** (321)
- A. Rééquilibrer la volémie
 - B. Prévenir les infections par administrer des antibiotiques dans la classe des pénicillines
 - C. Prévenir les récidives
 - D. Prévenir l'encéphalopathie
 - E. Arrêter l'hémorragie
66. **Le risque de saignement par varices dans la cirrhose hépatique N'est PAS corrélé avec les facteurs suivants:** (321)
- A. Les dimensions des varices
 - B. La coloration en bleu
 - C. La présence des signes rouges (*red color sign*)
 - D. La présence des marques blanches (*white wales marking*)
 - E. L'absence des érosions
67. **Le traitement pathogénique de la cirrhose hépatique regarde les mécanismes suivants:** (319)
- A. Réduire l'inflammation hépatique
 - B. Altérer les voies de signalisation intracellulaire
 - C. Augmenter la synthèse de la matrice extracellulaire
 - D. Diminuer la dégradation des fibres de collagène
 - E. L'apoptose des cellules étoilées
68. **En ce qui concerne le traitement des formes métaboliques de cirrhose hépatiques, les affirmations suivantes sont VRAIES:** (319)
- A. On peut traiter les patients avec hémochromatose par des sections répétées des veines
 - B. Dans la maladie de Wilson on peut administrer de la D-pénicillamine
 - C. Le traitement avec des chélateurs de fer est recommandé aux patients avec hémochromatose
 - D. Dans la maladie de Wilson on maintient la dose initiale de traitement pour au moins 18 mois
 - E. Dans la maladie de Wilson on recommande d'administrer la desferrioxamine
69. **Les affirmations suivantes relatives à l'hépatomégalie de stase sont VRAIES:** (316)
- A. Apparaît dans des affections accompagnées d'insuffisance cardiaque droite
 - B. Est de consistance dure
 - C. Est sensible à la palpation
 - D. S'associe avec la splénomégalie
 - E. Présente un reflux hépatojugulaire
70. **Le tableau clinique de la cirrhose biliaire secondaire associe:** (314)
- A. La cholestase
 - B. La stéatorrhée
 - C. La malabsorption
 - D. L'augmentation de l'excrétion urinaire du cuivre

- E. La cardiomyopathie par surcharge en fer
71. **La cirrhose biliaire primitive se caractérise du point de vue clinique comme il suit:** (313)
- A. Le symptôme de début est l'ictère
 - B. L'ictère s'accompagne d'urines hypochromes, de constipation
 - C. On rencontre des xanthomes cutanés
 - D. Des fractures sur os pathologique peuvent survenir à cause de l'ostéoporose
 - E. Une prise de poids lente
72. **Les modifications cutanéo-muqueuses dans le syndrome d'insuffisance hépatique sont:** (309)
- A. Les étoiles vasculaires
 - B. L'érythème palmaire
 - C. Les ongles blancs
 - D. Les taches rouges au niveau des bras
 - E. L'ictère
73. **Les affirmations suivantes relatives aux corps de Mallory sont VRAIES:** (307)
- A. Sont suggestifs pour la cirrhose hépatique d'étiologie infectieuse
 - B. Représentent la présence du hyalin extracellulaire et intracellulaire
 - C. Sont suggestifs pour la cirrhose biliaire primitive
 - D. Sont suggestifs pour la cirrhose d'étiologie alcoolique
 - E. On les rencontre souvent dans l'hémochromatose
74. **La perturbation du métabolisme protéique dans l'insuffisance hépatocellulaire a les manifestations suivantes, SAUF:** (307)
- A. L'intensification de la synthèse d'albumine
 - B. Les troubles dans l'uréogenèse avec augmentation de l'ammoniémie
 - C. Les troubles dans le métabolisme des acides biliaires
 - D. La diminution de la concentration de tyrosine, méthionine et phénylalanine
 - E. Les perturbations dans la dégradation de certaines hormones
75. **Sont des contre-indications absolues de la transplantation hépatique les éléments suivants, SAUF :** (320)
- A. L'infection VIH non-contrôlée ou le SIDA
 - B. L'impossibilité physique ou psychique de tolérer l'intervention
 - C. L'âge avancé
 - D. Les affections rénales accompagnées d'insuffisance rénale
 - E. La présence d'une maladie cardiaque ou pulmonaire avancée
76. **Les médicaments visant le ralentissement ou l'arrêt de la progression de la fibrose dans la cirrhose hépatique sont:** (319)
- A. La colchicine
 - B. L'IL-8
 - C. Les antioxydants
 - D. L'acide ursodésoxycholique
 - E. La pentoxifylline

77. **En ce qui concerne les stades histologiques de la cirrhose biliaire primitive, les affirmations suivantes sont VRAIES: (314)**
- A. Le stade 2 – dominé par l'apparition de la fibrose
 - B. Le stade 4 – de la cirrhose
 - C. Le stade 1 – dominé par l'apparition de la fibrose
 - D. Le stade 3 – dominé par l'apparition de la fibrose, l'inflammation diminue
 - E. Le stade 0 – lésions canalaires de type inflammatoire
78. **Du point de vue clinique, les hémorragies digestives supérieures dans la cirrhose hépatique se caractérisent par: (321)**
- A. Associent des signes d'anémie aiguë hémorragique
 - B. Hématémèse répétitive suivie de mélèna
 - C. Les hémorragies par varices sont généralement discrètes
 - D. Les hémorragies par varices associent habituellement des douleurs abdominales
 - E. Le diagnostic peut être confirmé par toucher rectal ou par aspiration naso-gastrique
79. **Les affirmations suivantes relatives au traitement de l'insuffisance hépatique chronique sont VRAIES: (319,320)**
- A. Le traitement de l'hypertension portale implique l'administration de bêtabloquants ou de mononitrates
 - B. Le traitement de l'ascite inclut activité physique modérée, restriction sodée, administration de pénicillamine
 - C. On utilise un TIPS implanté sous guidage fluoroscopique dans l'ascite réfractaire
 - D. Les patients ont besoin de paracentèses répétées en dessus de 5 litres (associées ou non à l'administration i.v. d'albumine humaine)
 - E. On recommande la diète, le repos au lit et l'administration de suppléments de vitamines et d'hépato-protecteurs
80. **Le test de Forns non-invasif, utilisé pour évaluer la fibrose hépatique, inclut les composantes suivantes: (312)**
- A. Les thrombocytes
 - B. L'AST
 - C. Le GGT
 - D. Lapolipoprotéine A
 - E. Le cholestérol

IV. LE DIABÈTE SUCRÉ

Complément simple:

1. **Les valeurs suivantes sont des critères de diagnostic positif du diabète sucré, SAUF: (333) U**
- A. HbA1c ≥ 6,5 %
 - B. Glycémie ≥ 200mg/dL à tout moment de la journée chez le patient asymptomatique
 - C. Glycémie à jeun ≥ 126 mg/dL
 - D. Glycémie ≥ 200 mg/dL 2 heures après la charge de glucose (TTGO)

- E. Glycémie ≥ 200 mg/dL à tout moment de la journée chez le sujet qui présente : polyurie, polydipsie, polyphagie, perte de poids
2. **Lequel des énoncés suivants relatifs au diabète gestationnel est VRAI? (333,335) M**
- A. Apparaît chez environ 0,7 % des femmes enceintes
 - B. Est représenté par toute perturbation de la glycémie qu'on diagnostique pendant la grossesse : DS, altération de la glycémie à jeun, la diminution de la tolérance au glucose
 - C. Est un type spécifique de diabète, antérieurement appelé DS secondaire, et représente 1-2 % de tous les cas de diabète
 - D. Vu qu'un grand nombre des femmes diagnostiquées avec DS gestationnel peuvent souffrir de DS type 2 avant la grossesse, on recommande d'effectuer dans les 6-12 jours après l'accouchement une hyperglycémie provoquée par 75 g de glucose, pour vérifier si le DS persiste
 - E. Pour le diagnostic positif, il faut que la valeur de la glycémie à jeun soit supérieure à ≥ 126 mg/dL (après la semaine 24)
3. **Laquelle des affections suivantes NE représente PAS une complication aiguë du diabète sucré? (335) U**
- A. Le coma hyperosmolaire diabétique (CHOD)
 - B. La acidocétose diabétique (CAD)
 - C. L'acidose lactique (AL)
 - D. L'artériopathie des membres inférieurs
 - E. Les hypoglycémies
4. **Un patient avec acidocétose diabétique (CAD) avec un pH= 7,25, excès bases= -12 mEq/L, réserve alcaline= 13 mEq/L, présente, conformément aux paramètres: (336) M**
- A. Une CA naissante
 - B. Une CA modérée
 - C. Une CA avancée (précoma)
 - D. Une CA sévère (coma)
 - E. Des valeurs normales
5. **Un patient diabétique présente des modifications de l'eRFG = 50 ml/min/ $1,73\text{ m}^2$ et un rapport albumine/créatinine urinaire = 200 mg/g, valeurs qui persistent plus de 3 mois. Conformément au guide KDIGO, le pronostic de la maladie rénale chronique du patient, compte tenu des deux éléments, est: (342) G**
- A. Risque élevé
 - B. Risque très élevé
 - C. Risque modéré élevé
 - D. Risque normal ou légèrement élevé
 - E. Ne présente pas de risque

Complément multiple:

6. **Les catégories de risque élevé pour le diabète (prédiabète) N'incluent PAS: (333) M**
- A. La glycémie à jeun de 110-125 mg/dL est définie comme altération de la tolérance au glucose (IFG= Impaired Fasting Glucose)
 - B. La glycémie à jeun ≥ 126 mg/dL (récoltée à plus de 8 heures après le dernier repas)
 - C. La valeur HbA1c entre 5,7-6,4%

- D. La glycémie de 200 mg/dL 2 heures après le TTGO est définie comme altération de la tolérance au glucose (IGT= Impaired Glucose Tolerance)
- E. La glycémie de 140-199 mg/dL 2 heures après la charge de glucose dans l'hyperglycémie provoquée par 75 g glucose (IGT= Impaired Glucose Tolerance)
7. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives à la classification étiologique du DS sont VRAIES ?** (334) G
- A. Le diabète de type 1 (qu'on appelait DS non-insulinodépendant) apparaît par l'altération progressive de la sécrétion d'insuline
 - B. Le diabète de type 2 (qu'on appelait DS insulinodépendant) se caractérise par un déficit absolu d'insuline, provoqué par la destruction des cellules bêta
 - C. Le syndrome MODY représente 10 % des patients avec DS de type 2
 - D. Le diabète gestationnel apparaît dans environ 7 % des femmes enceintes
 - E. Le diabète lipotrophique est déterminé par une anomalie de transmission du signal post-récepteur
8. **Les affirmations VRAIES sur le traitement de l'acidocétose diabétique sont:** (337) M
- A. La prophylaxie primaire vise de combattre les facteurs favorisants
 - B. La prophylaxie secondaire inclut la lutte contre les complications induites par le traitement intempestif du coma
 - C. Combattre l'hyperglycémie à l'aide de l'insuline d'action intermédiaire (Humulin N), en bolus initial, suivie de perfusion i.v. jusqu'à la disparition de la cétonurie
 - D. On combat l'acidose quand le pH est < 7,3
 - E. L'ajustement de la quantité de K⁺ commence après au moins une heure de traitement, et l'on corrèle la quantité avec les valeurs de l'ionogramme, la présence de la diurèse et l'aspect ECG
9. **Le coma hyperosmolaire diabétique pendant la période d'état se caractérise par:** (338) U
- A. Un état de déshydratation accentuée
 - B. Hypothermie
 - C. Troubles neurologiques
 - D. Hyponatrémie
 - E. Hypokaliémie
10. **Parmi les énoncés suivants relatifs à l'acidose lactique, lesquels NE sont PAS vrais?** (339) M
- A. Des médicaments tels les biguanides, les salicylates et les antirétroviraux peuvent être des facteurs précipitants
 - B. La période prodromique est caractéristique et constante, avec asthénie musculaire progressive et des crampes musculaires
 - C. Pendant la période d'état il apparaît la respiration de Kussmaul (à l'odeur d'acétone)
 - D. Le rapport acide lactique/acide pyruvique est supérieur à 10/1
 - E. Le pronostic est sévère et la mortalité est de 30-70%
11. **La triade de Whipple se définit par:** (339) U
- A. Une baisse de la glycémie en dessous de 70 mg/dL
 - B. La rémission de la symptomatologie après l'apport en glucagon
 - C. Des symptômes et des signes spécifiques
 - D. La rémission de la symptomatologie après l'apport en glucides
 - E. Est caractéristique aux hyperglycémies

- 12. Les signes d'activation sympathico-adrénergique dans les hypoglycémies sont: (340) U**
- A. La somnolence
 - B. La tachycardie
 - C. L'ataxie
 - D. L'anxiété
 - E. La pâleur
- 13. Lesquelles des situations suivantes relatives à la classification de la néphropathie diabétique (de Mogensen) sont FAUSSES? (342) M**
- A. Le stade I « silencieux »: rein au volume augmenté, membrane glomérulaire épaisse, albuminurie, TA normale
 - B. Le stade II, d'hyperfonction/hyperfiltration glomérulaire: mésangium expandu, albuminurie normale, TA normale/légèrement élevée
 - C. Le stade III, néphropathie diabétique naissante: micro-albuminurie persistante ($>200 \mu\text{g}/\text{min}$)
 - D. Le stade IV, néphropathie diabétique clinique ou patente („ouvert”): sclérose glomérulaire sévère, albuminurie dans le stade précoce $>200 \mu\text{g}/\text{min}$ avec tendance permanente d'augmenter
 - E. Le stade V, d'IRC terminale: sclérose glomérulaire diffuse, filtrat glomérulaire diminué, inférieur à $30\text{ml}/\text{min}/1,73 \text{m}^2$
- 14. Lesquels des énoncés suivants relatifs à la neuropathie diabétique sont VRAIS? (343) M**
- A. Est la complication la plus précoce et la plus fréquente du DS
 - B. Les mécanismes par lesquels l'hyperglycémie peut provoquer la neuropathie diabétique peuvent être ischémiques et métaboliques
 - C. La polyneuropathie diabétique a comme principal mécanisme pathogénétique l'ischémie
 - D. La neuropathie focale et multifocale a comme principal mécanisme pathogénétique les troubles métaboliques
 - E. Dans la polyneuropathie diabétique les reflexes ostéotendineux sont abolis
- 15. Les manifestations souvent rencontrées dans la neuropathie autonome dans le DS N'incluent PAS: (344) U**
- A. L'hypotension orthostatique
 - B. La diarrhée plutôt diurne
 - C. L'apnée de sommeil
 - D. La vessie neurogène
 - E. L'anasarque
- 16. Sont des particularités de la gangrène neuropathique les suivantes, SAUF: (345) U**
- A. Le pouls artériel absent
 - B. Des téguments cyanotiques ou pâles, à température basse
 - C. La gangrène humide ou sèche
 - D. Les ROT abolis
 - E. A une réponse favorable au traitement médicamenteux précocement institué, si des lésions osseuses ne sont pas apparues
- 17. Choisissez les variantes FAUSSES relatives au « pied Charcot »: (346) G**
- A. On l'appelle également ostéoarthropathie diabétique ou « pied neuropathique »

- B. Apparaît chez 5 % des patients souffrant de DS
- C. Le pied est déformé, raccourci, avec effondrement de la voûte plantaire
- D. Le pouls est généralement absent et il n'y a pas de troubles de la sensibilité tactile, thermique, douloureuse, vibratoire
- E. Le début peut être aigu ou insidieux

18. Sont des insulines prandiales: (349) U

- A. Lispro
- B. Aspart
- C. Humulin R
- D. Détémir
- E. Glulisine

19. Choisissez les énoncés FAUX concernant les insulines prandiales: (349) G

- A. Sont représentées par les analogues de l'insuline à l'action rapide et par les insulines à courte durée d'action
- B. On peut les administrer par voie sous-cutanée et ce sont les seules qu'on peut administrer par voie intraveineuse, intramusculaire et dans les pompes d'insuline
- C. Les insulines humaines à courte durée d'action ont une durée d'action totale effective plus réduite par rapport aux analogues rapides de l'insuline
- D. Les insulines à courte durée d'action ont une durée d'action variant entre 3-5 heures
- E. Les analogues de l'insuline à l'action rapide commencent à agir dans les 10-15 minutes après l'administration.

20. Les incrétino-mimétiques (IM): (348) G

- A. Incluent les analogues du récepteur GLP-1: l'exénatide, le liraglutide
- B. Incluent les inhibiteurs de la dipeptidil-peptidase-4: la sitagliptine, la saxagliptine, la vildagliptine
- C. Les effets hypoglycémiants sont dus à l'amélioration de la sécrétion d'insuline, dépendante du glucose;
- D. Les effets hypoglycémiants sont dus à l'augmentation de l'apoptose bêta-cellulaire
- E. On peut les associer avec les biguanides dans la double thérapie

21. Quelles sont les causes importantes dans l'apparition et l'évolution de la gangrène diabétique? (345) U

- A. Le facteur inflammatoire
- B. La neuropathie diabétique
- C. Le facteur vasculaire
- D. Le facteur infectieux
- E. La valeur HbA1c

22. Sur l'atteinte cardio-vasculaire dans le DS on peut faire les affirmations suivantes, SAUF: (345) M

- A. La cardiopathie ischémique chronique (CIC) est 2-3 fois plus fréquente, plus précoce et plus sévère que chez les non-diabétiques
- B. L'infarctus du myocarde (IMA) est 10 fois plus fréquent que chez les non-diabétiques
- C. L'artériopathie des membres inférieurs apparaît chez 60 % des patients avec DS
- D. Dans le stade 2 de l'artériopathie des membres inférieurs, survient la douleur de décubitus
- E. La maladie vasculaire des troncs supraortiques est 3 fois plus fréquente que chez les non-diabétiques

V. HÉMATOLOGIE- ONCOLOGIE

Complément simple:

1. **Relativement au métabolisme du fer (Fe), les énoncés suivants sont corrects, SAUF UN: (354)**
 - A. Les composés du Fe peuvent se trouver dans la fraction hem de certaines protéines ou liés à une protéine
 - B. La ferritine est la forme principale de mise en réserve du Fe
 - C. La quantité moyenne de Fe de la diète quotidienne est d'environ 10-15 mg/jour
 - D. Le fer anorganique se lie à des aliments riches en phytates et en phosphates qui stimulent l'absorption
 - E. La plupart du Fe (80-90 %) est utilisé pour Hb, myoglobine et cytochromes
2. **Lequel des suivants N'est PAS un signe /symptôme lié aux effets directs du déficit de Fe sur les tissus? (356)**
 - A. La glossite
 - B. La chéilite angulaire
 - C. La koïlonychie
 - D. La sclérotique bleue
 - E. L'hypertrophie gastrique
3. **Les symptômes/les signes qu'on peut corrélérer à l'hémolyse intravasculaire dans les anémies hémolytiques peuvent être les suivants, SAUF UN: (358)**
 - A. La fièvre
 - B. Les frissons
 - C. Les douleurs lombaires
 - D. La splénomégalie
 - E. L'insuffisance rénale
4. **Les apports journaliers recommandés (AJR) en vitamine B12 et acide folique sont, SAUF UN: (362)**
 - A. L'AJR en acide folique (AF) chez les adultes (hommes/femmes sans grossesse) est de 400 µg
 - B. L'AJR en AF chez les femmes enceintes est de 600 µg
 - C. L'AJR chez les femmes allaitant est de 500 µg
 - D. L'AJR en vitamine B12 est de 2,4 µg chez les femmes enceintes
 - E. L'AJR en vitamine B12 chez les femmes allaitant est de 2,8 µg
5. **Parmi les énoncés suivants relatifs à l'épidémiologie des leucémies, lequel est VRAI? (394)**
 - A. La LAM peut affecter tout groupe d'âge et représente 15-20% des leucémies des adultes
 - B. La LAL est plus fréquente chez les enfants, représente environ 75 % des cancers apparus avant l'âge de 14 ans et 25 % des types de leucémie en pédiatrie
 - C. La LMC peut apparaître à tout âge, avec une incidence d'environ 3/100.000/an
 - D. La LLC apparaît dans la plupart des cas après l'âge de 50 ans et elle plus fréquente dans le type caucasien et dans les pays occidentaux
 - E. La forme la plus fréquente de leucémie, représentant 25-30% du nombre total des leucémies, c'est la LMC

6. **Parmi les types suivants de leucémie, lequel NE représente PAS un type de LAM conformément à la classification morphologique FAB? (372)**
- A. La LA non-différenciée
 - B. La LA myéloblastique avec maturation
 - C. La LA avec dysplasie multilinéaire
 - D. La LA myélomonoblastique
 - E. L'érythroblastose aiguë
7. **Les facteurs de pronostic défavorables dans la LAM sont les suivants, SAUF: (376)**
- A. La leucocytose initiale supérieure à 50.000/mm³
 - B. Les anomalies du gène FLT3
 - C. Le syndrome CID
 - D. Les sous-types M0, M5, M6, M7
 - E. Le gène de fusion PML-RAR α
8. **Conformément à la classification morphologique FAB, la LAL 3 se caractérise par: (381)**
- A. La forme micro lymphoblastique, avec des lymphoblastes de taille plus réduite
 - B. La forme macro lymphoblastique, avec des lymphoblastes de taille plus grande
 - C. On la rencontre la plus souvent chez les enfants et chez 25-30 % des malades adultes
 - D. La forme aux cellules Burkitt-like de grande taille
 - E. On la rencontre le plus souvent dans les adultes (70 % des cas)
9. **Le chromosome Ph1 est le marqueur spécifique de: (385)**
- A. La LAL
 - B. La LMC
 - C. La LAM
 - D. La LLC
 - E. Le lymphome de Burkitt
10. **Le signe le plus constamment rencontré dans la LMC est: (386)**
- A. L'hépatomégalie
 - B. Les manifestations neurologiques
 - C. La splénomégalie
 - D. L'adénopathie généralisée et symétrique
 - E. Les lésions leucémiques cutanées
11. **Sur le score de Sokal on peut faire les affirmations suivantes, SAUF: (388)**
- A. Est fondé sur l'âge du patient
 - B. Prend en considération la dimension de la rate et le pourcentage de blastes au moment du diagnostic
 - C. Identifie le groupe de malades à faible risque (score <0,8) et avec RCyC (réponse cytogénétique complète) de 91%
 - D. A été élaboré pour les patients traités avec de l'inferféron α (α -interféron)
 - E. Identifie le groupe de malades à risque élevé (score 1,2) et RCyC 69%
12. **Identifiez la variante FAUSSE relative au facteur génétique ZAP-70: (395-399)**
- A. Est une protéine cytoplasmique (une tyrosine-kinase)

- B.S'exprime normalement sur les lymphocytes T
 - C. Sa présence suggère un pronostic favorable
 - D. Est présent dans la LLC, caractérisée par l'absence de la mutation du gène pour la chaîne lourde de Ig
 - E.On l'associe à l'absence de la mutation Ig V_H (germline Ig V_H)
13. **L'examen objectif dans la LLC peut montrer les affections suivantes, SAUF:** (396)
- A. L'adénopathie généralisée et symétrique
 - B.L'hépatomégalie, dans 60-70% des cas
 - C.La splénomégalie, le plus souvent modérée
 - D. Les lésions leucémiques cutanées, sous la forme de la dermite prurigineuse
 - E.Les infiltrations dans les organes internes: les glandes salivaires et lacrymales (le syndrome de Mikulicz)
14. **L'initiation du traitement dans la LLC se fait en présence des éléments suivants qui indiquent la progression de la maladie, SAUF:** (400)
- A. Symptômes généraux: perte de poids, transpirations nocturnes >1 mois
 - B. Insuffisance médullaire progressive avec anémie et/ou thrombocytopénie
 - C.Anémie et/ou thrombocytopénie immune qui ne répond pas à la corticothérapie
 - D. Hypergammaglobulinémie symptomatique
 - E.Splénomégalie progressive ou symptomatique (compressive)
15. **Selon la classification OMS 2008, les proliférations de lymphocytes malignes B sont les suivantes, SAUF:** (405)
- A. Le lymphome lymphoblastique
 - B.La leucémie lymphatique chronique de type B
 - C.Le myélome multiple
 - D. Le lymphome à cellules de manteau
 - E.Le mycosis fongoïde/Le syndrome de Sézary
16. **Conformément à la classification d'Ann Arbor, un patient avec LH qui présente des adénopathies latéro cervicales, médiastinales et inguinales, de la fièvre, des masses ganglionnaires au diamètre de 9 cm, un rapport médiastin/thorax de 0,3 et un infiltrat pulmonaire droit, contigu aux adénopathies médiastinales, sera classifié dans le stade :** (410)
- A. IIBEX
 - B.IIAEX
 - C.IIIBE
 - D. IIIBEX
 - E.IIBE
17. **Les affirmations suivantes relatives aux manifestations cliniques dans la LH sont vraies, SAUF:** (407)
- A. La fièvre apparaît en l'absence d'autres causes (infections) et se caractérise par le caractère continu (la fièvre de Pel Ebstein)
 - B.Les ganglions peuvent arriver à des dimensions de plus de 10 cm („bulky”)
 - C.Les symptômes B: perte de poids – fièvre – transpirations sont typiques
 - D. Peuvent apparaître la splénomégalie, l'hépatomégalie, les infiltrats extraganglionnaires (dans les cas avancés)

E.Rarement, les adénopathies apparaissent en dessous du diaphragme (région inguinale, abdominale)

18. **Parmi les marqueurs immuno-phénotypiques suivants présents dans le LNH, lequel est un marqueur non-spécifique pour les cellules proliférantes en cycle cellulaire? (416)**
- A. Ki-1
 - B.Cycline D1
 - C.BCL-2
 - D. Ki-67
 - E.CD-25
19. **Selon le score pronostique IPI (International Prognostic Index), un patient âgé de 65 ans, avec un LNH diffus à grandes cellules B, au stade II d'Ann Arbor, taux LDH élevé et avec l'indice de performance 2, appartient à la catégorie de risque: (418)**
- A. Sans risque
 - B.Faible/intermédiaire
 - C.Intermédiaire/élevé
 - D. Faible
 - E.Élevé

Complément multiple:

20. **Les affirmations suivantes relatives aux explorations paracliniques dans l'anémie ferriprive sont CORRECTES: (356)**
- A. Le premier signe est la baisse du VGM, suivie de l'augmentation de l>IDR
 - B.Le niveau sérique du Fe augmente, tout comme la capacité de liaison du Fe (CTLF)
 - C.Une saturation de la transferrine<10% associée à une CTFL élevée confirme le diagnostic de déficit en Fe
 - D. La ferritine sérique reflète les réserves en Fe de l'organisme, une valeur inférieure à 12 mg exprime un déficit de Fe
 - E.La biopsie ostéomédullaire confirme le diagnostic
21. **On peut retrouver dans le frottis de sang périphérique dans l'anémie ferriprive: (356)**
- A. Des érythroblastes nucléés (rarement)
 - B.Des érythrocytes hypochromes
 - C.Des cellules en cible
 - D. Des érythrocytes, des microcytes
 - E.Des érythrocytes avec aniso- et poïkilocytose
22. **Les exemples suivants représentent des causes du déficit en fer, SAUF : (355)**
- A. Des causes de saignement gastrointestinal: le syndrome EVA, des infections parasitaires, le diverticule de Meckel
 - B. La prématurité, vu que la moitié de la réserve de Fe des nourrissons est accumulée durant les derniers 3 mois de la vie fœtale
 - C.Une diète pauvre en phytates et en phosphates – diète végétarienne (stimule l'absorption)
 - D. La consommation de grandes quantités de viande
 - E.Le saignement auto-induit (auto-phlébotomie)

23. **Sur l'anémie hémolytique autoimmune à anticorps chauds on NE peut PAS affirmer que:** (360)
- A. Les anticorps sont de type IgM, le test antiglobuline directe est positive pour le complément C3
 - B. La localisation primaire de l'hémolyse est dans la rate
 - C. Le frottis de sang périphérique présente des microsphérocytes
 - D. Le diagnostic s'appuie sur des signes/symptômes et des explorations paracliniques d'une anémie hémolytique, le test de Coombs est positif
 - E. On considère la splénectomie comme thérapie de première intention
24. **Les affirmations suivantes relatives à la maladie des agglutines froides sont VRAIES:** (361)
- A. L'anticorps IgM est orienté contre les hématies, auxquelles il se lie de préférence à des températures basses (4-18°C)
 - B. La localisation primaire de l'hémolyse est dans les macrophages hépatiques
 - C. La maladie aigue apparaît chez les personnes âgées, associée le plus souvent au lymphome, LLC
 - D. La splénomégalie est friable, peut se rompre à un examen vigoureux
 - E. On considère la splénectomie comme la deuxième variante de traitement après l'échec du traitement avec de l'acide folique
25. **L'hémoglobinurie paroxystique a frigore:** (361)
- A. Est un trouble rare, 1% des anémies hémolytiques autoimmunes
 - B. Apparaît plus souvent chez les adultes après une infection bactérienne récente
 - C. Est le résultat d'un anticorps circulant IgM qui se lie au système antigène P à des températures basses, fixant le complément C3
 - D. Les symptômes apparaissent après l'exposition au froid
 - E. Les tests pour les anticorps de Donath-Landsteiner sont positifs
26. **L'anémia mégaloblastique est provoquée par la carence de:** (362)
- A. Vit. B12
 - B. Vit. B9
 - C. Vit. B1
 - D. Acide folique
 - E. Vit. B6
27. **La carence en vit. B12 peut avoir les causes suivantes, SAUF:** (363)
- A. L'hyper gammaglobulinémie
 - B. Les effets de certains médicaments : la metformine, la colchicine
 - C. Le syndrome de Zollinger-Ellison
 - D. Les troubles de motilité intestinale- sclérodermie
 - E. Les récepteurs Cubam absents ou diminués : le syndrome Imerslund Grasbeck héréditaire
28. **Les quelles des situations suivantes peuvent provoquer le déficit de folates?** (363)
- A. Le syndrome de Lesch-Nyhan
 - B. Le psoriasis
 - C. La sprue tropicale/nontropicale
 - D. L'acidurie orotique
 - E. Le méthotrexate
29. **Sur l'anémie pernicieuse on peut faire les affirmations suivantes, SAUF:** (364)

- A. La destruction autoimmune des cellules du fundus gastrique provoque l'atrophie gastrique
 B.L'âge moyen pour l'anémie pernicieuse est de 60 ans, elle affecte tout âge et toute race
 C.La destruction autoimmune des cellules du fundus gastrique provoque l'absence du FI et l'achlorhydrie
 D. Des auto-anticorps anti-FI sont présents environ 75% dans le sérum, et environ 60% dans le suc gastrique
 E.S'associe à des maladies autoimmunes: DS-type II, hyperparathyroïdie
30. **Les anémies macrocytaires, avec un no. de réticulocytes >2% et réponse à l'hémolyse, peuvent se rencontrer dans les contextes suivants:** (368)
- A. L'hémolyse infectieuse (malaire)
 - B.L'anémie aplastique/hypoplastique
 - C.L'érythroleucémie (rarement)
 - D. Le déficit en glucose 6-phosphate déshydrogénase
 - E.L'hémoglobinurie paroxystique nocturne
31. **Les affirmations suivantes relatives à la prophylaxie du déficit en B12 et folates sont VRAIES:** (369)
- A. Prophylaxie avec la vit. B12: postgastrectomie, adm. par voie orale pendant 12 mois
 - B.Prophylaxie avec la vit. B12: chez les enfants présentant un déficit en vit. B12 à cause des mères
 - C.Les suppléments périconceptionnels d'AF: aux femmes à l'âge fertile qui prennent des anticonvulsifs
 - D. Les suppléments quotidiens d'AF: afin de diminuer la toxicité du méthotrexate
 - E.Si on administre la vit. B12 à un patient avec déficit en AF, celui-ci peut développer une détérioration neurologique progressive
32. **Les affirmations suivantes sur la classification OMS des LAM sont VRAIES:** (373)
- A. S'appuie sur des aspects moléculaires cytogénétiques et cytochimiques qui complètent les données de la classification morphologique FAB
 - B.Est fondée sur les marqueurs spécifiques exprimés dans des divers stades de développement par les progéniteurs et les précurseurs lymphoïdes B et T
 - C.Le LAM avec dysplasie multi-lignée se divisent en : selon SMD ou SMD/SMP
 - D. Les LAM qui ne sont pas ainsi classifiées correspondent à des sous-types FAB
 - E.Se divisent en: LAM de lignée B (85%) et LAM de lignée T (15%)
33. **Lesquels des syndromes suivants représentent des signes de l'insuffisance médullaire?** (373)
- A. Le syndrome anémique
 - B.Le syndrome infectieux
 - C.Le syndrome inflammatoire
 - D. Le syndrome de leucostase
 - E.Le syndrome hémorragipare
34. **Choisissez les énoncés FAUX concernant la LA promyélocyttaire :** (372-375)
- A. Selon la classification morphologique FAB des LAM, est incluse dans la catégorie M3 et présente 30% promyélocytes hypergranulaires
 - B.Dans le cadre de la maladie il apparaît un syndrome de coagulation intravasculaire disséminée (CID) produit par la thromboplastine libérée par les granulations des promyélocytes

- C.Il faut effectuer la biopsie ostéo-médullaire pour obtenir des données de flow-cytométrie, cyto-génétique et examens moléculaires
- D. S'associe avec t (8; 21), avec un pronostic favorable de la maladie
- E.Le traitement se fait aussi tôt que possible avec de l'ATRA- acide tout-trans-rétinoïque en monothérapie
35. **Les affirmations suivantes relatives aux examens paracliniques dans les LAM sont FAUSSES:** (374)
- A. Le médulogramme confirme le diagnostic par mettre en évidence au moins 20 % blastes comme infiltration leucémique
 - B.La moelle osseuse est généralement hypoplasique
 - C.Les myéloblastes présentent une réaction positive pour la myélopéroxydase (MPO)
 - D. Des modifications telles t (8; 21), t (15; 17), s'associent à un pronostic défavorable de la maladie
 - E.L'évaluation de la fonction myocardique est indiquée dans le contexte de la cardiotoxicité de certains cytostatiques ou si l'on utilise la radiothérapie thoracique
36. **Les critères d'une rémission complète (RC) hématologique sont:** (377)
- A. La moelle osseuse à cellularité normale (5% blastes, représentation normale de l'hématopoïèse tri-lignée)
 - B.La normalisation du sang périphérique (absence des blastes)
 - C.La RC est synonyme à la guérison
 - D. L'absence de l'organomégalie
 - E.La splénomégalie modérée
37. **Le syndrome de l'acide rétinoïque (SAR) qui survient au cours du traitement avec l'ATRA se caractérise par:** (379)
- A. Fièvre
 - B.Perte de poids
 - C.Détresse respiratoire
 - D. Hypoxémie
 - E.Sérosite avec atteinte pleurale ou péricardique
38. **En ce qui concerne le traitement de la LAM on NE peut PAS affirmer que:** (377)
- A. On recommande comme attitude d'urgence la leucaphérèse dans les cas où il y a hyperleucocytose- $10 \times 10^6 /l$
 - B.Les facteurs de croissance (G-CSF ou GM-CSF) sont indiqués de routine parce qu'ils peuvent réduire la période d'aplasie post-chimiothérapie
 - C.Afin de prévenir l'hyperuricémie on recommande l'hydratation et de l'allopurinol
 - D. Le traitement comprend deux phases d'induction de la rémission et de consolidation
 - E.Le traitement d'entretien apporte des bénéfices évidents
39. **Le traitement d'induction de la rémission dans la LAM se réfère à:** (377)
- A. On recommande d'associer une antracycline avec la vincristine, corticothérapie, cyclophosphamide et asparaginase
 - B.On utilise le régime „3+7” et consiste à administrer une antracycline associée avec la cytarabine
 - C.Après 3-4 semaines de traitement on évalue la moelle osseuse pour apprécier la réponse thérapeutique

- D. L'absence de la rémission complète (RC) impose l'administration supplémentaire de 1-2 cures d'Ara-C, à un intervalle de 7 jours
- E. Après le traitement d'induction, le taux RC est de 60-80 % chez les malades âgés de moins de 60 ans
- 40. Dans la LAM, le traitement des rechutes de la maladie ou des cas réfractaires NE peut PAS se faire avec: (378)**
- A. Des grandes doses d'Ara-C associées avec fludarabine, étoposide ou idarubicine et G-CSF
 - B. Le schéma Hyper-CVAD: des doses élevées d'Ara-C ou de méthotrexate, en combinaison avec des antracyclines, corticothérapie, antimétabolites
 - C. Le schéma R-FC: fludarabine en combinaison avec la cyclophosphamide et le rituximab
 - D. Le schéma MEC- combinaison mithomycine+étoposide+Ara-C
 - E. Le schéma CLAG-M- combinaison cladribine+Ara-C+mitoxantrone+filgastrim
- 41. Le diagnostic de la LAL s'appuie sur la présence de: (382)**
- A. Les 3 syndromes (anémique, inflammatoire, hémorragipare)
 - B. Au moins 20 % blastes atypiques
 - C. Les investigations immunophénotypiques et génétiques
 - D. Les 3 syndromes (anémique, infectieux, hémorragipare)
 - E. Au moins 20 % lymphoblastes dans la moelle osseuse et/ou dans le sang périphérique
- 42. Les principales complications conduisant au décès des patients avec LAL sont: (383)**
- A. Les infections
 - B. L'atteinte du SNC
 - C. L'hypoxie
 - D. Les hémorragies
 - E. L'insuffisance respiratoire
- 43. Le diagnostic différentiel de la LAL se fait par rapport à: (383)**
- A. La LAM
 - B. L'anémie aplastique
 - C. La mononucléose infectieuse
 - D. La LLC
 - E. La LAL secondaire dans la phase de transformation d'une LMC (quand le chromosome Ph1 est absent)
- 44. Les examens paracliniques effectués pendant la phase chronique de la LMC montrent: (387)**
- A. L'hyperleucocytose ($100.000-300.000/mm^3$)
 - B. La thrombocytopénie ($40-50.000/mm^3$)
 - C. La FAL est élevée
 - D. La moelle est riche, hypercellulaire, avec prédominance des granulocytes (80-90%)
 - E. Le chromosome Ph1 ou le transcrit BCR-ABL
- 45. Les symptômes non-spécifiques qui peuvent apparaître pendant la phase chronique de la LMC sont les suivants, SAUF: (386)**
- A. L'asthénie
 - B. Des transpirations accentuées (plus rarement)
 - C. Une sensation de gêne ou de pesanteur dans l'hypocondre droit (à cause de l'hépatomégalie)

- D. La colique rénale
 - E. La fatigabilité
46. **Les facteurs de pronostic négatif de la LMC sont:** (388)
- A. L'âge > 60 ans
 - B. La splénomégalie à plus de 10 cm en dessous du rebord costal
 - C. La thrombocytopénie ou un nombre de thrombocytes de $700.000/mm^3$
 - D. Une basophilie supérieure à 3% dans le sang périphérique
 - E. Une basophilie supérieure à 7% dans la moelle osseuse
47. **Les phénomènes qui annoncent la phase aiguë (poussée blastique) de la LMC peuvent être:** (389)
- A. L'apparition des signes d'insuffisance médullaire
 - B. Les complications infectieuses et hémorragiques
 - C. Les douleurs osseuses
 - D. Le syndrome de leucostase
 - E. L'installation de la résistance au traitement
48. **La thérapie de support dans la phase chronique de la LMC doit être prise en considération pour:** (390)
- A. Combattre la leucocytose (dans les cas où les leucocytes $300.000/mm^3$): administration d'hydroxyurée, leucaphérèse
 - B. Combattre les infections: antibiothérapie prophylactique
 - C. Combattre la thrombocytose: administration d'hydroxyurée/ anagrelide
 - D. Réanimation cardio-vasculaire et respiratoire dans le choc septique ou l'hémorragie massive
 - E. Prévenir le syndrome de lyse tumorale par administrer de l'allopurinol
49. **Les inhibiteurs de tyrosine-kinase (TKI) de deuxième génération sont:** (390)
- A. Le dasatinib
 - B. L'ibrutinib
 - C. L'idealilisib
 - D. Le nilotinib
 - E. Le bosutinib
50. **Pour les patients avec LMC en phase chronique qui présentent une intolérance au traitement initial (de première lignée) on peut faire appel aux thérapies suivantes :** (391)
- A. Tipifarnib
 - B. Le lonafarnib
 - C. Le bosutinib
 - D. Le α -IFN pégylé
 - E. La transplantation de cellules stem (HSCT)
51. **L'examen du sang périphérique dans la LLC met en évidence:** (396)
- A. Une hyperleucocytose avec lymphocytose absolue
 - B. La fréquence des « ombres cellulaires » de Gumprecht
 - C. L'anémie à caractère macrocytaire-hyperchrome
 - D. Le nombre des thrombocytes, initialement normal, diminue dans les phases avancées de la maladie

- E.Le nombre absolu des granulocytes et des monocytes peut être normal au début, ensuite il diminue progressivement à mesure que l'insuffisance médullaire s'accentue
- 52. Don peut affirmer le diagnostic positif de la LLC en présence des éléments suivants: (397)**
- A. La présence du CD38 ou du ZAP-70
 - B.Lymphocytose absolue dans le sang périphérique, de plus de 5000/mm³, avec une morphologie de type mûr, maintenue au moins 3 mois
 - C.Au moins 30% lymphocytes au niveau médullaire
 - D. Des lymphocytes de type monoclonal, exprimant sur la surface des niveaux bas de Ig
 - E.La mise en évidence de modifications, par exemple del (17p)
- 53. La stadification de la LLC selon le système élaboré par Rai inclut: (398)**
- A. Le stade 0: lymphocytose dans le sang et dans la moelle osseuse, avec absence des adénopathies et de l'hépatosplénomégalie
 - B.Le stade 2: lymphocytose et anémie
 - C.Le stade 3: lymphocytose et spléno- ou hépatomégalie
 - D. Le stade 4: lymphocytose et thrombocytopénie
- 54. La stadification de la LLC peut se faire selon, SAUF: (398)**
- A. L'OMS
 - B.Les critères de Binet
 - C.Le système élaboré par Rai
 - D. La classification morphologique FAB
 - E.Le statut mutant/non-mutant
- 55. En ce qui concerne le syndrome de Richter, les énoncés suivants sont VRAIS: (399)**
- A. N'apparaît que dans les patients avec le phénotype génétique ZAP-70
 - B.Est un lymphome à grandes cellules, appartenant à la même classe de lymphocytes que dans la LLC
 - C.Parfois, les cellules du lymphome appartiennent à un autre clone cellulaire (c'est un second néoplasie)
 - D. Pour le traitement, on fera appel à des schémas de polychimiothérapie utilisés dans le traitement des lymphomes, adaptés au sous-type histologique
 - E.Est une possibilité spéciale d'évolution de la LLC
- 56. Dans le cadre de la LLC, la maladie est plus agressive quand : (399)**
- A. Il y a des cas de statut non-mutant des gènes IgV_H
 - B.On constate l'absence du marqueur ZAP-70
 - C.À L'examen cytogénétique on constate : la délétion de 17p13
 - D. À L'examen cytogénétique on constate : la délétion de 13q14
 - E.À L'examen cytogénétique on constate : la trisomie
- 57. Lesquels des énoncés suivants relatifs au traitement de la LLC NE sont PAS vrais? (400)**
- A. Dans les stades (0,1) et B (2) on recommande de commencer un traitement actif, juste après la détermination du diagnostic
 - B.Les analogues puriniques représentent le traitement de première lignée
 - C.On peut utiliser le schéma R-FC, avec un taux élevé de réponses

- D. L'obinutuzumab (anti CD52), associé au chlorambucil, a des résultats thérapeutiques et une tolérance nettement supérieure par rapport au rituximab
- E.L'ibrutinib est un inhibiteur de la kinase de Bruton et il est bien toléré, utile pour les patients âgés
58. **La réponse complète thérapeutique dans la LLC peut être évaluée comme il suit:** (403)
- A. L'hémoglobine >2 g/dl par rapport aux valeurs basales
 - B.Des dimensions inférieures à 1 cm pour tous les nodules lymphatiques
 - C.Les thrombocytes >100.000/mm³
 - D. Les leucocytes >1500/mm³
 - E. La moelle osseuse hypocellulaire avec >30% lymphocytes
59. **La réponse partielle thérapeutique dans la LLC peut être évaluée comme il suit:** (403)
- A. La diminution d'au moins 50 % des nodules lymphatiques, de la rate et du foie
 - B.L'absence des symptômes généraux
 - C.Les thrombocytes > 100.000/mm³ ou augmentés de >50% par rapport aux valeurs basales
 - D. Toute valeur des leucocytes
 - E.La moelle osseuse avec < 30% lymphocytes
60. **Le diagnostic différentiel de la LLC peut se faire par rapport à:** (398)
- A. Les lymphocytoses secondaires aux infections (réactives)
 - B.Le lymphome splénique à cellules villeuses
 - C.La thrombocytémie essentielle (TE) et la polycythémia vera (PV)
 - D. Le lymphome folliculaire à décharge leucémique
 - E.La leucémie à tricholeucocytes
61. **Lesquels des signes suivants sont connus sous le nom de symptômes B?** (407)
- A. L'adénopathie
 - B.La fièvre
 - C.La perte de plus de 10% du poids initial dans les derniers 3 mois
 - D. Les transpirations
 - E.La splénomégalie
62. **On peut faire les affirmations relatives aux cellules de Reed-Sternberg (CRS) et de Hodgkin (CH):** (407)
- A. La CH est la cellule maligne typique dans le LH
 - B.La CRS est la variante uninucléée de la CH
 - C.Sont entourées par une population réactive bénigne formée de lymphocytes T et B, granulocytes neutrophiles et éosinophiles, monocytes – « granulome de Hodgkin »
 - D. Dans le sous-type LH nodulaire à dominance lymphocytaire, les CRS ont un aspect atypique avec un noyau unique lobulé (cellules « popcorn »)
 - E.La CH est une cellule géante, typiquement binucléée, aux nucléoles proéminents, intensément basophiles (« tête de chouette »)
63. **En ce qui concerne le LH (lymphome de Hodgkin) classique on NE peut PAS affirmer que:** (408)
- A. Comprend 4 sous-types
 - B. Le LH SN (sclérose nodulaire) est le sous-type le plus fréquent de LH
 - C.Le LH RL(riche en lymphocytes) a un pronostic défavorable

- D. Dans le LH DL (déplétion lymphocytaire) on rencontre un nombre élevé de CRS et de CH
E. Le LH CM (celularité mixte) a un pronostic favorable
64. **Les facteurs de pronostic négatif dans le LH sont:** (410)
A. L'âge ≥ 40 ans
B. La VSH > 50 mm/heure
C. La présence des signes généraux B dans le stade I
D. La masse tumorale « bulky »
E. Plus de 3 aires ganglionnaires affectées
65. **Lesquels des énoncés suivants relatifs aux explorations paracliniques effectuées dans la LH sont VRAIS?** (408)
A. La biopsie ganglionnaire chirurgicale est l'investigation diagnostique de choix
B. La biopsie ostéo-médullaire est l'exploration de choix pour établir le degré d'étendue de la maladie
C. L'examen immunohistochimique est essentiel pour confirmer l'immunophénotype des cellules malignes
D. La VSH peut être normale/élevée et signifie un pronostic favorable
E. La méthode de choix pour évaluer la réponse au traitement est l'examen PET-CT
66. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant le système de classification d'Ann Arbor sont FAUSSES?** (409)
A. On l'utilise couramment dans le LNH
B. Le stade I: une seule aire lymphatique est intéressée
C. Le stade II: deux ou plusieurs aires lymphatiques sont intéressées, des deux côtés du diaphragme
D. Le stade III: deux ou plusieurs aires lymphatiques sont intéressées, du même côté du diaphragme
E. Le stade IV: atteinte diffuse d'un organe non-lymphatique
67. **Le traitement de première ligne, chez un patient avec LH classique, stade II favorable se fait par:** (411)
A. Le schéma BEACOPP
B. Radiothérapie (RT)
C. Le schéma DHAP
D. Le schéma ABVD
E. Le schéma IGEV
68. **Lesquels des chimiothérapiques suivants sont inclus dans le schéma de polychimiothérapie DHAP utilisée dans le LH?** (413)
A. La doxorubicine
B. La cisplatine
C. La cytarabine
D. La dexaméthazone
E. La procarbazine
69. **On NE compte PAS au nombre des effets à long terme de la chimiothérapie et de la radiothérapie LH:** (413)

- A. L'hyperthyroïdie
 - B. La fibrose pulmonaire
 - C. Le carcinome pulmonaire (fréquent)
 - D. L'hypogonadisme
 - E. Les complications osseuses: l'ostéoporose
- 70. Quant aux manifestations cliniques présentes dans le LNH, on peut affirmer que, SAUF: (415)**
- A. Du point de vue clinique on décrit deux groupes: les LNH indolents et les LNH agressifs
 - B. Les régions ganglionnaires intéressées sont généralement proches
 - C. La splénomégalie et l'hépatomégalie sont assez fréquentes au début ou au cours de l'évolution
 - D. Les signes neurologiques apparaissent dans le cas du LNH primaire cérébral
 - E. Les signes généraux B sont souvent présents surtout dans les LNH indolents, tandis que dans le cas des LNH agressifs l'apparition des symptômes B peut signifier « l'accélération de la maladie »
- 71. Lesquels des énoncés suivants relatifs à la survie et à la guérison des patients avec LNH sont VRAIES? (419)**
- A. Les LNH agressifs ont une évolution naturelle favorable, rarement curables
 - B. Les LNH indolents ont une évolution défavorable mais un taux de guérison de 30-70%
 - C. La survie globale à 5 ans est supérieure dans les LNH indolents (70-80%)
 - D. La survie globale à 5 ans est inférieure dans les LNH agressifs (30-70%)
 - E. Dans le cas des LNH agressifs, les patients survivant après 5 ans sont les patients qui ont répondu au traitement et qui sont potentiellement guéris
- 72. La classification clinique des LNH inclut les groupes « cliniques » suivants, SAUF: (417)**
- A. Les LNH indolents
 - B. Les LNH agressifs
 - C. Les LNH à haut risque
 - D. Les LNH à bas risque
 - E. Les LNH très agressifs
- 73. Lesquels des paramètres suivants sont considérés comme de facteurs de pronostic IPI (International Prognostic Index), utilisés dans le cas des LNH agressifs? (418)**
- A. L'âge >60 ani
 - B. Les stades Ann-Arbor III et IV
 - C. L'atteinte de 5 régions lymphatiques
 - D. L'indice de performance 2
 - E. Le niveau élevé de la lactate-déshydrogénase (LDH)
- 74. Parmi les oncogènes dont on retrouve les mutations dans certains sous-types de LNH on compte: (415)**
- A. L'oncogène c-MYC
 - B. L'oncogène BCL-2 (B-cell lymphoma 2)
 - C. Le gène BCL-1/cyclina D1
 - D. Le gène ALK
 - E. Le gène BCR-ABL
- 75. Le traitement de première ligne utilisé dans le cas du LNH de lignée B indolent est: (420)**

- A. Le schéma R-CVP
 - B. Le schéma R-CHOP
 - C. Le schéma R-DHAP
 - D. Le rituximab, la cyclophosphamide, la vincristine, la PDN
 - E. Le rituximab, la dexaméthasone, la cytarabine, la cisplatine
76. **Le traitement de seconde ligne (de « salvation ») utilisé dans les récidives des LNH agressifs N'est PAS: (420)**
- A. Le schéma HyperCVAD
 - B. Le schéma R-CHOP
 - C. Le schéma R-DHAP
 - D. Le rituximab, la cyclophosphamide, la doxorubicine, la vincristine, la PDN
 - E. Le rituximab, la dexaméthasone, la cytarabine, la cisplatine
77. **Le schéma de chimiothérapie R-CVP traitement de première ligne dans le LNH inclut: (421)**
- A. La cisplatine
 - B. La cyclophosphamide
 - C. La vincristine
 - D. La PDN
 - E. Le rituximab

VI. ENDOCRINOLOGIE

Complément simple:

1. **Lequel des suivants représente une thyrotoxicose transitoire: (425)**
 - A. La maladie de Graves
 - B. La thyroïdite de Quervain
 - C. Le carcinome thyroïdien métastatique fonctionnel
 - D. Le goitre multinodulaire toxique
 - E. L'adénome toxique
2. **Lesquels des mécanismes suivants NE sont PAS impliqués dans la pathogénie de l'ophtalmopathie dans la maladie de Graves: (426)**
 - A. L'activation et la prolifération des fibroblastes oculaires
 - B. L'augmentation de la graisse rétro-orbitale
 - C. La désinsertion de la musculature intrinsèque des globes oculaires
 - D. L'infiltration par glycosaminoglycans du tissu musculaire
 - E. Dans l'évolution de la maladie, l'inflammation diminue et la musculature est atteinte de fibrose
3. **Laquelle des affirmations suivantes relatives à la thyrotoxicose induite par l'amiodarone de type I est VRAIE: (434)**
 - A. Est une thyroïdite destructive à caractère inflammatoire
 - B. Le traitement consiste à administrer du methimazole
 - C. À l'examen échographique Doppler on observe une circulation diminuée
 - D. Il survient la libération d'hormones thyroïdiennes préformées des cellules folliculaires thyroïdiennes affectées

- E. Le traitement consiste à administrer des glucocorticoïdes et du methimazole
4. **Le syndrome de Schmidt est composé de:** (439)
A. L'arthrite rhumatoïde et l'hypothyroïdie autoimmune
B.La maladie de Addison autoimmune et le diabète sucré de type 2
C.L'hypothyroïdie autoimmune et le vitiligo
D. L'hypothyroïdie autoimmune et *miastenia gravis*
E.La maladie de Addison autoimmune et l'hypothyroïdie autoimmune
5. **Lesquelles des formules de lait seront à éviter dans l'hypothyroïdie congénitale:** (444)
A. Les formules de lait extensivement hydrolysées
B.Les formules de lait basées sur des aminoacides
C.Les formules de lait qui contiennent du soja
D. Les formules de lait anti-reflux gastro-œsophagien
E.Les formules de lait hypoallergéniques
6. **Lesquelles des explorations paracliniques additionnelles suivantes NE sont pas indiquées dans l'hypothyroïdie congénitale:** (443)
A. Le dosage de la thyroglobuline
B.La scintigraphie thyroïdienne avec technetium 99 m
C.L'échographie thyroïdienne
D. La scintigraphie thyroïdienne avec I¹³¹
E.La scintigraphie thyroïdienne avec I¹²³
7. **Lequel des facteurs de risque suivants N'est PAS spécifique au cancer thyroïdien :** (446)
A. Des antécédents d'irradiation au niveau de la tête et du cou
B.Le sexe féminin
C.L'adénopathie latéro-cervicale
D. Des antécédents héréo-collatéraux de MEN 2
E.La présence de la dysphonie, de la dysphagie et de la toux
8. **Laquelle des affirmations suivantes sur le syndrome MEN2B N'est PAS vraie:** (453)
A. Le cancer médullaire thyroïdien est plus agressif dans le MEN2B que dans le MEN2A
B.Est formé de cancer médullaire thyroïdien, phéochromocytome et hyperparathyroïdie primaire
C.Est formé de cancer médullaire thyroïdien, phéochromocytome, ganglioneuromes
D. N'inclut pas l'atteinte des parathyroïdes
E.Associe le phénotype marfanoïde

Complément multiple:

9. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives à l'adénome toxique sont VRAIES:** (433)
A. Il apparaît l'hyperfonction du lobe controlatéral
B.La sécrétion endogène de TSH est supprimée
C.Associe l'ophtalmopathie bilatérale
D. L'échographie thyroïdienne montre un nodule solide, non-vascularisé, au diamètre inférieur à 3 cm
E.Sont dans la plupart des cas des adénomes folliculaires bénins

- 10. Parmi les affirmations suivantes sur l'utilisation des β-bloquants dans la thyrotoxicose, lesquelles sont VRAIES: (429-434)**
- A. Le propanolol administré toutes les 6-8 heures inhibe la conversion périphérique de T4 à T3
 - B. Le propanolol est contre-indiqué chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive
 - C. Dans la crise thyrotoxique on peut administrer par voie intraveineuse des β-bloquants à courte durée d'action
 - D. Les β-bloquants à longue durée d'action sont contre-indiqués
 - E. On les utilise dans la thyrotoxicose induite par l'amiodarone type II
- 11. Lesquelles des suivantes sont des hyperthyroïdies caractérisées par la TSH supprimée et la captation radio immunologique élevée: (425)**
- A. L'hyperthyroïdie familiale non-autoimmune
 - B. La thyrotoxicose iatrogène
 - C. Le goitre multinodulaire toxique
 - D. La thyroïdite aiguë infectieuse
 - E. La thyroïdite subaiguë virale
- 12. La thyroïdite subaiguë se différencie par rapport à la maladie de Graves par: (434)**
- A. La captation radio immunologique est très réduite dans la thyroïdite subaiguë
 - B. La thyroïde peut être augmentée de volume
 - C. Les auto anticorps antithyroïdiens ne sont habituellement présents dans la thyroïdite subaiguë
 - D. À l'échographie on peut déceler une hypoéchogénicité
 - E. La TSH est inhibée
- 13. Le traitement par la méthode “Block and replace” dans les hyperthyroïdies se caractérise par: (430)**
- A. Une étape initiale d'administration du propylthiouracile pendant 3-6 mois
 - B. On administre initialement du méthimazole jusqu'à ce qu'on obtient l'euthyroïdie
 - C. Après 3-6 mois on cesse le traitement avec méthimazole et on administre de la lévothyroxine
 - D. Le traitement n'est pas recommandé à la majorité des patients parce qu'il a un taux supérieur d'apparition des effets adverses
 - E. Après l'étape initiale on administrera simultanément du méthimazole et de la lévothyroxine
- 14. Le goître toxique polynodulaire a les caractéristiques suivantes, SAUF: (433)**
- A. L'hyperthyroïdie peut être précipitée par l'administration de
 - B. La scintigraphie décrit des nodules multiples présentant des degrés divers de captation
 - C. Apparaît plutôt chez les patients jeunes
 - D. Les analyses de laboratoire indiquent des valeurs élevées de T4 et normales de T3
 - E. Le goître polynodulaire peut avoir des dimensions variables, avec extension rétrosternale
- 15. La classe 3 dans la classification des modifications oculaires dans la maladie de Graves NE se caractérise PAS par: (427)**
- A. La perte de la vision par la lésion du nerf optique
 - B. L'infiltration et la fibrose de la musculature extraoculaire
 - C. La proptose
 - D. Des lésions cornéennes de type kératite

E.L'hyperémie conjonctivale

16. **L'hypothyroïdie secondaire est caractérisée par les valeurs hormonales suivantes:** (437)
 - A. La TSH <0,5mUI/L et le FT4 bas
 - B. La TSH >4,5mUI/L et le FT4 bas
 - C. La TSH entre 4,5-10mUI/L et le FT4 bas
 - D. La TSH >4,5mUI/L et le FT4 élevé
 - E. La TSH inadéquate normale entre 0,5-4,5mUI/L et le FT4 bas
17. **À l'examen anatomo-pathologique dans la thyroïdite autoimmune de Hashimoto on NE rencontre PAS :** (438)
 - A. L'infiltrat lympho-plasmocitaire
 - B. La formation de centres germinatifs
 - C. L'hypertrophie de follicules thyroïdiens
 - D. La métaplasie oxyphile
 - E. Le colloïde présent en quantités normales
18. **La frilosité est un symptôme qui apparaît dans:** (435)
 - A. Le goitre polynodulaire hyperthyroïdisé
 - B. La thyroïdite de Hashimoto
 - C. La thyroïdite de Quervain
 - D. La thyroïdite de Riedl
 - E. La maladie deGraves
19. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives à l'administration de la liothyrone sont VRAIES:** (441)
 - A. On ne l'administre jamais simultanément à la lévothyroxine
 - B. On peut l'administrer par voie intraveineuse ou par sonde naso-gastrique
 - C. On l'administre dans le coma myxœdémateux qui ne répond pas à la lévothyroxine dans les 24 h
 - D. On ne l'administre que par voie intraveineuse
 - E. On la recommande de règle aux patients jeunes, sans antécédents de maladie coronarienne ischémique
20. **NE sont PAS des causes de l'hypothyroïdie primaire:** (435)
 - A. La thyroïdite de Hashimoto
 - B. Les tumeurs hypophysaires
 - C. La thyroïdite de Riedl
 - D. Les maladies infiltratives hypothalamiques
 - E. L'absence de la thyroïde
21. **Lesquels des signes cliniques suivants NE sont PAS spécifiques à l'hypothyroïdie adulte:** (436)
 - A. Le facies et les extrémités infiltrées
 - B. Une caroténodermie limitée au niveau du facies
 - C. Le syndrome du tunnel carpien
 - D. La raréfaction du tiers intérieur des sourcils
 - E. L'HTA diastolique

22. **Les signes cliniques présents dans l'hypothyroïdie congénitale chez un nouveau-né sont les suivants, SAUF:** (442)
- A. L'ictère prolongé
 - B. La macroglossie
 - C. L'hypertonie musculaire
 - D. Un poids réduit à la naissance
 - E. La fontanelle antérieure de grandes dimensions
23. **Chez un patient diagnostiqué avec hypothyroïdie, on peut identifier lors des investigations paraclinique:** (437)
- A. Une yperprolactinémie modérée dans l'hypothyroïdie primaire sévère
 - B. La créatine-kinase dans des limites normales
 - C. Les anticorps inhibiteurs du récepteur de TSH élevés dans 90% des cas dans la thyroïdite de Hashimoto
 - D. Les anticorps anti-tyrophopéroxydase élevés dans la thyroïdite de Hashimoto
 - E. Des complexes QRS hypovoûtés à l'ECG
24. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives au cancer médullaire thyroïdien sont VRAIES:** (452)
- A. Dérive des cellules folliculaire
 - B. Il apparaît la sécrétion d'antigène carcino-embryonnaire
 - C. Représente 80% de toutes les formes de cancer thyroïdien
 - D. S'accompagne de valeurs basses de la calcitonine
 - E. Peut s'accompagner d'un syndrome cushingoid
25. **Lesquels des carcinomes suivants sont de type folliculaire:** (446)
- A. Le cancer anaplasique à petites cellules
 - B. Le carcinome à cellule claire
 - C. Le cancer médullaire
 - D. Le carcinome insulaire
 - E. Le carcinome à cellules de Hurthle
26. **L'oncogenèse thyroïdienne se caractérise par les affirmations suivantes:** (449)
- A. Les facteurs initiateurs de l'oncogenèse stimulent la prolifération cellulaire
 - B. Les carcinomes thyroïdiens sont de type monoclonal
 - C. Les facteurs promoteurs de l'oncogenèse sont représentés par des substances chimiques ou des processus d'irradiation
 - D. La TSH est un facteur promoteur
 - E. Pour l'apparition du processus oncogénétique il faut que des proto-oncogènes soient activés
27. **Le signe de Pemberton se caractérise par:** (447)
- A. Apparaît lorsque les patients lève ses bras au dessus de la tête
 - B. Se manifeste cliniquement par l'apparition de la pléthore faciale
 - C. Se doit à l'obstruction des veines jugulaires externes
 - D. Se doit à l'hémorragie apparue dans un adénome
 - E. Apparaît comme une conséquence du développement du goitre vers le médiastin antérieur

28. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant le cancer médullaire thyroïdien NE sont PAS vraies:** (453)
- A. Le diagnostic positif impose la thyroïdectomie totale
 - B.Pour les lésions <1 cm la dissection ganglionnaire peut se limiter au compartiment central
 - C.Dans le syndrome MEN2B s'accompagne de l'atteinte des parathyroïdes
 - D. La chimiothérapie basée sur la médication cytotoxique oncologique a apporté des bénéfices significatifs
 - E.Après l'intervention il faut suivre une thérapie de substitution avec de la lévothyroxine
29. **Lesquelles des substances suivantes N'appartiennent pas au groupe des inhibiteurs de la tyrosine-kinase:** (453)
- A. La streptozotocine
 - B.Le cabozantinib
 - C.Le vandetanib
 - D. La dacarbazine
 - E.Le sorafenib
30. **Les options thérapeutiques dans le cancer médullaire thyroïdien sont:** (453)
- A. La thyroïdectomie totale et la dissection ganglionnaire
 - B.La thérapie de radioiodoablation
 - C.Dans le cas des lésions <1 cm la dissection ganglionnaire peut se limiter au compartiment central
 - D. La chimiothérapie à base d'inhibiteurs de tyrosine-kinase
 - E.Une substitution thyroïdienne postopératoire à l'intention de suppression
31. **Lesquelles des tumeurs thyroïdiennes suivantes représentent aux rapports cytologiques des « zones gris »:** (449)
- A. Les carcinomes folliculaires
 - B.Le carcinome à cellules claires
 - C.Les carcinomes à cellules de Hurthle
 - D. Le carcinome insulaire
 - E.Les éléments suggestifs pour le carcinome papillaire, mais non diagnostiques pour le carcinome papillaire

VII. MALADIES INFECTIEUSES

Complément simple:

1. **Les affirmations suivantes relatives aux hépatites virales aiguës sont vraies, SAUF UNE:** (455-460)
- U
- A. Le VHA et le VHE sont transmis par voie féco-orale
 - B. Le VHB peut se transmettre par consommation de drogues administrées i.v.
 - C. Le VHC peut se transmettre par consommation de drogues à voie d'administrations i.v. ou intranasale
 - D. La transmission du VHC par voie sexuelle est fréquente

- E. Le VHD peut être responsable d'une surinfection chez les patients diagnostiqués avec le VHB
2. **Lequel des énoncés suivants relatifs aux explorations paracliniques dans les hépatites virales aiguës avec VHA N'est PAS vrai? (456) M**
- A. La valeur des transaminases dépasse généralement de plus de 10 fois la limite supérieure du normal
 - B. Parmi les transaminases, l'ALT est plus spécifique pour le tissu spécifique
 - C. La concentration de prothrombine est inférieure à 25 % dans la forme fulminante
 - D. Le IgG VHA représente un contact récent
 - E. Il y a hyperbilirubinémie
3. **En ce qui concerne le VIH, on peut faire les affirmations suivantes, SAUF: (463) U**
- A. Appartient à la famille des rétrovirus
 - B. La source d'infection est humaine
 - C. Son génome est de type ADN
 - D. Forme des réserves virales dans l'organisme humain, ou il reste en état latent à long terme
 - E. Dans la réPLICATION du virus interviennent 3 enzymes virales
4. **Les énoncés suivants relatifs aux manifestations cliniques de l'infection VIH NE sont PAS vrais: (464) G**
- A. On classifie l'infection au HIV selon le système CDC
 - B. L'étape asymptomatique a une durée moyenne de 8-10 ans, le nombre de lymphocytes CD4 reste relativement stable et la charge virale (ARN HIV) diminue progressivement
 - C. L'étape SIDA se définit par la diminution du nombre de cellules CD4 en dessous de 200/mm³
 - D. Dans l'étape symptomatique apparaissent les symptômes des pathologies associées à l'infection au HIV
 - E. Dans le cadre de l'infection aiguë, la fenêtre sérologique peut durer jusqu'à 6 mois

Complément multiple:

5. **Choisissez les énoncés vrais relatifs au VHB: (457) M**
- A. Est un virus de type ADN
 - B. Ne présente pas de risque de réactivation de l'infection
 - C. En cas d'infection à l'âge adulte, la plupart évolueront vers l'hépatite chronique
 - D. Intègre son matériel génétique dans la cellule-hôte par l'intermédiaire des formes ADNccc
 - E. En cas d'infection au VHB survenue pendant l'enfance, on enregistre la clairance spontanée après 6 mois depuis le moment de l'infection aiguë
6. **La sérologie suggestive pour l'infection aiguë au VHB est: (458) M**
- A. Des AgHBs négatifs
 - B. Des AgHBs positifs
 - C. Des AcHBs négatifs
 - D. Des AcHBc de type IgM positifs
 - E. Des AcHBc de type IgG positifs
7. **Les affirmations suivants concernant le VHD sont vrais, SAUF: (459) U**
- A. Est un virus de type ADN, avec enveloppe propre
 - B. Est un virus de type ADN, sans enveloppe propre

- C. La chronicisation est plus fréquente en cas de surinfection que de co-infection
 - D. Est un virus de type ARN, défectif, sans enveloppe
 - E. La chronicisation survient plus souvent en cas de co-infection que de surinfection
8. **Choisissez les énoncés VRAIS relatifs à l'hépatite aiguë au VHE:** (456) M
- A. Le VHE peut se transmettre par voie féco-orale
 - B. Évolue souvent vers l'hépatite chronique
 - C. Pour le diagnostic étiologique on détermine l'AcVHE
 - D. On a rapporté des cas fulminants chez des patients tarés ou chez des femmes enceintes
 - E. Le VHE est un virus ADN qui provoque des hépatites aiguës à l'évolution auto-limitative
9. **Lesquelles des affirmations suivantes relatives à la prévention de la transmission verticale du VHB NE sont PAS vraies?** (457) G
- A. Il est important de surveiller la virémie pendant la grossesse
 - B. Si la virémie dépasse 200 UI/ml dans le trimestre II de la grossesse, on recommande le traitement antiviral ou la lamivudine
 - C. L'accouchement se fera par césarienne
 - D. Si la virémie dépasse 2000 UI/ml dans le trimestre III de la grossesse, on recommande le traitement antiviral ou la lamivudine
 - E. Le nouveau-né recevra des immunoglobulines humaines spécifiques anti-VHB, au cours des premières semaines de vie
10. **L'hépatite C peut présenter des formes fulminantes AVEC :** (461) M
- A. Un pronostic réservé (la concentration de la prothrombine inférieure à 25%)
 - B. Un pronostic réservé (la concentration de la prothrombine supérieure à 25%)
 - C. Coagulopathie
 - D. Syndrome hemorragipare
 - E. Encéphalopathie hépatique
11. **Sont des virus de l'hépatite avec génome de type ARN:** (455-460) U
- A. Le VHA
 - B. Le VHB
 - C. Le VHC
 - D. Le VHD
 - E. Le VHE
12. **Les principales voies de transmission de l'infection au VHI sont les suivantes, SAUF:** (463) U
- A. Le rapport sexuel non protégé
 - B. Par voie féco-orale (par « les mains sales »)
 - C. La transmission parentérale
 - D. La transmission verticale
 - E. Par les gouttes de Flügge
13. **Dans la réPLICATION du VHI intervIennent les enzymes virales suivantes:** (463) U
- A. L'oxydoréductase
 - B. La ligase
 - C. L'intégrase
 - D. La protéase

- E. La transcriptase inverse
14. **Dans le cadre des infections opportunistes survenues dans l'infection au VIH avec CD4<200/mmc on NE rencontre PAS:** (466) M
- A. La toxoplasmose pulmonaire
 - B. La cryptococcose
 - C. La pneumocystose pulmonaire
 - D. La rétinite EBV
 - E. Les mycobactéries atypiques disséminées
15. **Les affirmations suivantes relatives au diagnostic dans l'infection au VIH sont VRAIES:** (465) M
- A. On utilise un test screening et un test de confirmation, associé à l'accompagnement psychologique
 - B. On utilise initialement le test de Western blot
 - C. Les tests ELISA et Western blot peuvent être négatifs plus de 12 mois
 - D. Si le test ELISA est positif on effectue le test de Western blot de confirmation
 - E. Si le test ELISA est négatif, soit l'on effectue la charge virale, soit l'on répète le test ELISA après 6 mois.
16. **Un patient C3, conformément à la classification CDC de l'infection au VIH peut présenter:** (464) G
- A. Tuberculose
 - B. Une lymphadénopathie généralisée persistante
 - C. Le sarcome de Kaposi
 - D. CD4 nadir < 200 cellules/mmc
 - E. CD4 nadir 200-499 cellules/mmc
17. **On peut réévaluer le schéma de traitement pour l'infection au VIH, en cas de:** (467) M
- A. Échec virusologique
 - B. Échec immunologique (le CD4 augmente sous traitement)
 - C. Des raisons de toxicité médicamenteuse
 - D. Tolérance réduite
 - E. Profil de réactions adverses (lipodystrophie)
18. **La définition du sepsis (2014) implique:** (469) U
- A. Une infection
 - B. Une inflammation
 - C. Le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS)
 - D. Une dysfonction d'organe (autre que le siège premier de l'infection)
 - E. Une hypotension réfractaire à l'administration i.v. de fluides
19. **Les „4D“ de la thérapie antimicrobienne dans le sepsis peuvent tenir compte de, SAUF:** (470) U
- A. *Right Dose*
 - B. *Right Drug*
 - C. *De-escalation*
 - D. *Right Distribution*
 - E. *Right PharmacoDynamics*

20. Les affirmations suivantes relatives aux complications qui peuvent survenir dans le sepsis sont vraies, SAUF: (470) G

- A. L'apparition du syndrome de détresse respiratoire aiguë est possible
- B. L'augmentation de la fraction d'éjection cardiaque
- C. L'absence de la protéinurie et de la rétention isolée
- D. Les déséquilibres métaboliques de type hypoglycémie, alcalose
- E. Les coagulopathies

21. Lequel des critères suivants définit le SIRS? (469) M

- A. La leucocytose ou la leucopénie
- B. La fièvre ou l'hypothermie
- C. L'oligo-anurie
- D. La baisse de la TA systolique ≤ 90 mmHg
- E. La tachycardie (allure ventriculaire >90 /min)

VIII. NÉPHROLOGIE

Complément simple:

1. Lesquels des médicaments suivants imposent la diminution des doses seulement si la valeur eRFG est inférieure à 30mL/min: (503) M

- A. Les tétracyclines
- B. Le méthotrexate
- C. La flucytosine
- D. Les bêtabloquants
- E. Les aminoglycosides

2. En ce qui concerne les complications digestives de la maladie rénale chronique il N'est PAS vrai que: (497) U

- A. La cause la plus fréquente de saignement digestif inférieur est le cancer
- B. Les ulcères duodénaux, la gastrite et la duodénite érosive sont plus fréquents chez les patients en pré dialyse que ceux dialysés
- C. L'ischémie mésentérique est une complication sévère chez les patients dialysés et apparaît le plus souvent à cause des lésions d'athérosclérose
- D. L'administration de polystyrène sulfonate associé au sorbitol provoque souvent la nécrose du côlon
- E. L'augmentation de la concentration de l'urée dans les sécrétions digestives provoque la nausée et les vomissements

3. En ce qui concerne les complications cardiovasculaire dans la maladie rénale chronique, il est VRAI que: (495) M

- A. Les principales causes de la mortalité sont l'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux
- B. Initialement il se produit une insuffisance cardiaque systolique, qui détermine des épisodes d'œdème pulmonaire aigu répétitif

- C. Le nombre des images « en queue de comète » révélées par l'échographie pulmonaire est un meilleur facteur de prédition de la mortalité que l'évaluation de l'hyperhydratation par bioimpédance
 - D. Le niveau des peptides natriurétiques joue un rôle important dans le diagnostic des épisodes d'insuffisance cardiaque aiguë chez les patients avec MCR
 - E. La péricardite aiguë apparaît chez les patients en stade G3b et elle a souvent un fort écho hémodynamique
4. **En ce qui concerne l'athérosclérose des membres inférieurs dans la maladie rénale chronique, il N'est PAS vrai que:** (494) U
- A. L'index cheville-bras inférieur à 0.9 suggère l'obstruction artérielle
 - B. L'index hallux-bras inférieur à 0.7 suggère l'obstruction artérielle
 - C. L'index cheville-bras supérieur à 1.3 suggère des calcifications extensives des artères des membres inférieurs et peut masquer l'obstruction
 - D. L'index cheville-bras inférieur à 1.3 suggère des calcifications extensives des artères des membres inférieurs et peut masquer l'obstruction
 - E. On ne recommande l'angiographie que si l'on envisage la revascularisation
5. **En ce qui concerne les chélateurs des phosphates sériques, il N'est PAS vrai que:** (490-492) M
- A. Les sels de calcium diminuent la phosphatémie mais ils peuvent positiver le bilan du calcium
 - B. Le sevelamer est un chélateur non-calcique efficace qui peut diminuer également le LDL-cholestérol
 - C. On peut aussi bien utiliser le lanthanum
 - D. On peut aussi bien utiliser la niacine
 - E. On peut aussi bien utiliser le cinacalcet
6. **En ce qui concerne les troubles du métabolisme hydro-électrolytique et acido-basique dans la maladie rénale chronique, il N'est PAS vrai que:** (486) M
- A. L'acidose est le trouble acido-basique le plus fréquent
 - B. Il se produit une rétention de Na⁺
 - C. Il se produit une hyperhydratation
 - D. L'hyperkaliémie apparaît le plus souvent quand la valeur eRFG est inférieure à 10-15ml/min
 - E. Quand le potasse sérique se situe entre 5.5-6.5 mEq/l on recommande une diète riche en valences alcalines et l'élimination des causes médicamenteuses
7. **Laquelle N'est PAS une cause de résistance au traitement des œdèmes:** (486-487) U
- A. L'apport élevé en sel
 - B. La diète riche en valences alcaline
 - C. La protéinurie néphrotique
 - D. L'insuffisance cardiaque
 - E. L'hypovolémie
8. **En ce qui concerne la progression de la MCR il N'est PAS vrai que :** (480-481) G
- A. Un déclin de l'eRFG de 1ml/min par an est « physiologique » chez les personnes âgées de plus de 50 ans
 - B. La diminution de moins de 1-5% de l'eRFG par an est « physiologique » chez les personnes âgées de plus de 50 ans

- C. On considère l'évolution vers un stade supérieur associée avec une diminution de l'eRFG de plus de 25% par rapport à la valeur initiale comme une progression accélérée
- D. On considère comme progression rapide la diminution de l'eRFG de plus de 5ml/min par an
- E. Afin d'évaluer la progression de la MCR il faut réaliser 3 déterminations dans un intervalle de 12-24 mois
9. **La stadification de la maladie rénale chronique n'inclut pas:** (477) U
- A. Le stade G3b avec eRFG: 30-44 ml/min/1.73 m²
- B. Le stade G2 avec eRFG: 60-89 ml/min/1.73 m² + sommaire pathologique ou protéinurie supérieure à 150mg/jour
- C. Le stade G4 avec eRFG: 15-29 ml/min/1.73 m²
- D. Le stade G5 avec eRFG: sub 15 ml/min/1.73 m²
- E. Le stade G3a avec eRFG: 30-44 ml/min/1.73 m²
10. **En ce qui concerne les catégories de risque dans la MCR selon l'albuminurie il N'est PAS vrai:** (476) M
- A. A1 inclut 1+ sur la bandelette urinaire
- B. A2 inclut une protéinurie entre 150-500 mg/24 heures
- C. A1 inclut un rapport albumine/créatinine inférieur à 30 mg/g
- D. A3 inclut un rapport protéines/créatinine supérieur à 50mg/g
- E. A3 inclut une albuminurie supérieure à 300mg/24 heures
11. **Laquelle des affirmations suivantes relatives à la glomérulonéphrite membranoproliférative N'est PAS vraie:** (546) G
- A. Dans le type I il apparaît souvent l'aspect « compartimenté » des glomérules
- B. Dans le type II apparaissent des accumulations électrono-denses à l'aspect de ruban dans la membrane basale glomérulaire
- C. Dans le type I la fraction C3 et C4 diminue
- D. Dans le type III seulement la fraction C4 diminue
- E. Dans le type II seulement la fraction C3 diminue
12. **En ce qui concerne le traitement de la glomérulopathie membraneuse il N'est PAS vrai que:** (544) G
- A. Chez les patients à bas risque on recommande le traitement avec des IECA ou des sartans et les contrôles réguliers
- B. Pour les patients à haut risque on recommande d'associer la cyclophosphamide et la PDN
- C. On propose le rituximab pour les formes réfractaires
- D. Chez les patients avec une valeur constante de la créatininémie supérieurs 3.5 mg/dL et aux reins de dimensions réduites, on recommande le traitement immunsupresseur agressif
- E. Si l'albuminémie est inférieure à 2.5 g/dL il faut procéder à la prophylaxie des complications thromemboliques
13. **Lesquelles des glomérulopathies suivantes NE se manifeste PAS habituellement par un syndrome néphritique:** (543) U
- A. La glomérulonéphrite aiguë post streptococcique
- B. La néphropathie IgA
- C. La glomérulonéphrite à progression rapide
- D. La glomérulopathie membraneuse

- E. Le syndrome de Goodpasture
14. **Lequel des suivants N'est PAS une manifestation clinique des glomérulopathies:** (521) U
- A. La protéinurie
 - B. L'hématurie
 - C. L'œdème
 - D. La leucocyturie
 - E. L'hypertension artérielle
15. **Lequel des médicaments suivants peut provoquer l'atteinte glomérulaire:** (516) U
- A. Le lithium
 - B. Les anticonvulsifs
 - C. La pénicilline G
 - D. Les céphalosporines de IIIème génération
 - E. Les bêtabloquants
16. **Parmi les suivants, lequel N'est PAS un mécanisme immunitaire impliqué dans la pathogenèse des glomérulonéphrites** (516) U
- A. L'ASCA
 - B. Les complexes immuns circulants
 - C. Les complexes immuns in situ
 - D. L'ANCA
 - E. Les auto anticorps contre des antigènes glomérulaires intrinsèques
17. **Laquelle des affirmations suivantes relatives aux ITU basses N'est PAS vraie:** (561-562) G
- A. Non-traitée, l'urétrite gonococcique provoque l'épididymite, l'impotence et la stérilité chez l'homme
 - B. Les urétrites à *Chlamydia* répondent à l'ofloxacin
 - C. La prostadinie représente la douleur pelvirennale associée avec des tests urinaires et une sécrétion prostatique normale
 - D. La thérapie de 3 jours dans les cystites aiguës sans complications est moins efficace que la thérapie de 7 jours
 - E. Dans le schéma à durée de 7 jours on peut utiliser : le nitrofurantoïn, le cotrimoxazole, l'amoxicilline+acide clavulanique
18. **Laquelle des affirmations suivantes relatives à l'étiologie de la pyélonéphrite chronique N'est PAS vraie:** (555) M
- A. L'agent étiologique le plus souvent incriminé est *E.coli*
 - B. Les fungi peuvent produire des abcès rénaux par dissémination fongique hématogène
 - C. Dans les infections de cathéter on isole le plus souvent *S.aureus*
 - D. Dans la pyélonéphrite chronique compliquée on rencontre souvent la *Klebsiella*
 - E. L'infection à l'entérocoque est rare et elle persiste pendant plusieurs ans
19. **Dans lesquelles des circonstances cliniques suivantes on NE suspecte PAS une pyélonéphrite aiguë compliquée:** (552) M
- A. Le premier épisode de PNA chez l'homme
 - B. La première PNA associée avec la colique rénale et l'hématurie chez la femme
 - C. La première PNA avec IRA et protéinurie chez la femme

- D. La première PNA avec leucocyturie persistante chez la femme
 E. La première PNA avec de la fièvre de plus de 40°C et un état général altéré chez la femme
20. **Selon l'OMS, on NE considère PAS comme néphropathie tubulo-interstitielle (549) U**
 A. La pyélonéphrite chronique
 B. L'uropathie obstructive
 C. La néphropathie de reflux
 D. La NTI aiguë infectieuse associée à la diphtérie
 E. La maladie de Berger
21. **La classification RVU à la cystourétérographie N'inclut PAS: (559) M**
 A. Grade II: dilatation légère de l'uretère et du bassinet
 B. Grade IV: dilatation modérée de l'uretère et du bassinet
 C. Grade V: la dilatation importante de l'uretère et du bassinet
 D. Grade I: seulement l'uretère s'opacifie
 E. Grade II: opacification modérée de l'uretère et du bassinet
22. **Laquelle des affirmations suivantes relatives aux systèmes tampon N'est PAS vraie: (566) U**
 A. Le système tampon principal est le système a. carbonique/bicarbonate
 B. La concentration H^+ dans la solution tampon est: $H^+ = [HCO_3^-] / [H_2CO_3]$
 C. La concentration H^+ dans la solution tampon est: $H^+ = [H_2CO_3] / [HCO_3^-]$
 D. $[H_2PO_4^-] / [HPO_4^-]$ est un autre système tampon
 E. $[H^+Protéine^-] / [Protéine^-]$ est un autre système tampon
23. **Laquelle des affirmations suivantes relatives aux valeurs normales des paramètres ASTRUP N'est PAS vraie: (567) U**
 A. $pCO_2 = 40$ mmHg
 B. pH standard = 7.35-7.45
 C. Bases tampon normales = 40-50 mEq/l
 D. CO_2 total = 24-27 mEq/l
 E. pH actuel = 7.30-7.40
24. **Laquelle des affirmations suivantes concernant l'équilibre acido-basique est VRAIE : (570) M**
 A. Acidose respiratoire: $pH < 7.35$, pCO_2 bas, HCO_3^- normal
 B. Alcalose métabolique: $pH > 7.45$, pCO_2 bas, HCO_3^- bas
 C. Alcalose respiratoire: $pH > 7.45$, pCO_2 bas, HCO_3^- normal
 D. Acidose métabolique: $pH < 7.45$, pCO_2 normal, HCO_3^- bas
 E. Acidose métabolique: $pH < 7.35$, pCO_2 élevé, HCO_3^- élevé
25. **Les indications de l'administration de bicarbonate dans l'acidose métabolique N'incluent PAS: (573) M**
 A. L'acidose respiratoire sévère - $pH: 7.15-7.20$
 B. L'hyperkaliémie sévère
 C. L'acidose métabolique au gap anionique normal par perte urinaire de bicarbonate
 D. L'intoxication aux barbituriques
 E. L'intoxication salicylée
26. **NE représente PAS une indication d'hémodialyse: (588) M**
 A. L'hyperkaliémie associée à l'insuffisance rénale chronique

- B.L'hyperkaliémie associée à l'insuffisance rénale aiguë oligurique
 - C.L'hyperkaliémie associée à des lésions tissulaires significatives
 - D. L'hyperkaliémie associée à l'insuffisance rénale aiguë polyurique
 - E.L'hyperkaliémie résistante au traitement médical
27. **En ce qui concerne les pertes quotidiennes estimées il N'est PAS vrai que:** (577) G
- A. Pendant l'effort physique on peut éliminer par la transpiration 5L de liquides
 - B.Les pertes liquidaines par les fécales sont de 100 mL sans rapport à la température ou à l'effort physique
 - C.La perte la plus grande de liquides à température normale se fait par la transpiration
 - D. Les pertes insensibles sont représentées par la peau et la respiration
 - E.Les pertes urinaires diminuent à des températures élevées par comparaison à la température normale

Complément multiple:

28. **L'étiologie de l'hypovolémie hypo- osmolaire N'inclut PAS:** (579) M
- A. Le syndrome de Schwartz-Bartter (hyposécrétion d'ADH)
 - B.Des traumatismes crânio-cervicaux
 - C.Des pertes digestives par vomissements
 - D. La cirrhose hépatique
 - E.L'administration iatrogène de serum glucosé 5%
29. **Laquelle des suivantes N'est PAS un trouble de composition de l'équilibre hydro-électrolytique:** (577) U
- A. L'hyperkaliémie
 - B.L'hyponatrémie
 - C.L'hypopotassémie
 - D. L'hyperphosphatémie
 - E.L'hypovolémie
30. **Les affirmations suivantes relatives aux indicateurs des lésions rénales sont VRAIES :** (475) M
- A. Le syndrome de Bartter inclut l'aminoacidurie, la glycosurie et l'acidose tubulaire
 - B.Les cylindres hématiques apparaissent dans les glomérulonéphrites prolifératives
 - C.Les cylindres leucocytaires apparaissent dans les pyélonéphrites
 - D. L'acidose tubulaire rénale se caractérise par acidose systémique avec urines alcalines
 - E.Le diabète insipide inclut la polyurie et la polydipsie normoglycémique
31. **Les critères de diagnostic dans la MCR incluent:** (473) U
- A. Une albuminurie supérieure à 30mg/jour
 - B.Une albuminurie supérieure à 300mg/jour
 - C.Des anomalies acido-basiques à cause de la dysfonction des tubes rénaux
 - D. La transplantation rénale
 - E.L'eRFG inférieur à 60 ml/min/1.73 m²
32. **L'acidose sévère décompensée se caractérise par:** (487) U

- A. un pH inférieur à 7.2
 - B.unpH inférieur à 7.35
 - C.le bicarbonate inférieur à 20 mEq/l
 - D. hyperventilation
 - E.hyperkaliémie
33. **Quelles sont des complications de l'urémie associées avec l'hyperparathyroïdie secondaire:** (489) U
- A. Les calcifications des grands vaisseaux
 - B.La calciphylaxie
 - C.La polyneuropathie
 - D. L'hépatopathie
 - E.La péricardite
34. **À l'apparition du prurit urémique peuvent contribuer:** (500) M
- A. L'athérosclérose
 - B.La sécrétion sudoripare modifiée
 - C.La hausse de la concentration de phosphates dans le derme à la suite de l'hyperparathyroïdie secondaire
 - D. Le syndrome de malnutrition
 - E.Les anomalies d'arborisation des filets nerveux cutanés de type C
35. **Les changements du style de vie dans la MCR incluent:** (482) G
- A. L'interdiction absolue d'apport de sel
 - B.Un apport énergétique de 50 kcal/kg/jour
 - C.Un apport protéique de 0.6-0.7 g/kg/jour pour des valeurs eRFG supérieures à 30mL/min
 - D. Maintenir un indice de masse corporelle entre 20-25 kg/m²
 - E.Cesser de fumer
36. **Laquelle des manifestations cliniques suivantes correspond au stade G3b de la MCR:** (477) U
- A. La péricardite
 - B.La malnutrition
 - C.L'hyperkaliémie
 - D. L'acidose
 - E.La rétention azotée
37. **Lesquelles des manifestations cliniques suivantes NE correspondent PAS au stade G4:** (477-478) U
- A. L'encéphalopathie
 - B.La polyneuropathie
 - C.La gastro-entérocolite urémique
 - D. La malnutrition
 - E.Le HVS
38. **Lesquelles des affections suivantes constituent des facteurs de risque élevé pour la MCR:** (479) U
- A. Le diabète sucré
 - B.L'HTA

- C.L'amyloïdose
 - D. Les infections systémiques
 - E.La cirrhose hépatique
39. **Les affirmations suivantes relatives au traitement du prurit urémique sont VRAIES:** (500) M
- A. Le traitement topique représente la première et la principale mesure thérapeutique indiquée
 - B.Le traitement corporel général aux rayons UV à large bande apporte une amélioration permanente du prurit
 - C.Le charbon activé est recommandé dans le prurit sévère
 - D. La thalidomide est recommandée dans le prurit sévère
 - E.Le contrôle de l'hyperparathyroïdie et l'optimisation du traitement par dialyse représentent les premières mesures indiquées
40. **Les complications cutanées dans la MRC sont:** (500-501) U
- A. L'ongle de Terry
 - B. Le xérosis
 - C. La dermopathie fibrosante néphrogénique
 - D. La calciphilaxie
 - E.Les lésions de Janeway
41. **Lesquelles des catégories de risque suivantes selon l'albuminurie et le DFG nécessitent surveillance tous les 4 mois:** (479) M
- A. Les patients avec DFG entre 29-15 ml/min et albuminurie entre 30-299 mg/g
 - B. Les patients avec DFG entre 30-44 ml/min et albuminurie entre 30-299mg/g
 - C. Les patients avec DFG > 15 ml/min et albuminurie > 30 mg/g
 - D. Les patients avec DFG entre 29-15 ml/min et albuminurie < 300 mg/g
 - E. Les patients avec DFG entre 45-59 ml/min et albuminurie < 300 mg/g
42. **Lesquelles des catégories suivantes de patients ont un risque moyen dans la MRC:** (479) U
- A. Stade G3b et albuminurie A2
 - B. Stade G2 et albuminurie A3
 - C. Stade G4 et albuminurie A1
 - D. Stade G3a et albuminurie A2
 - E. Stade G3b et albuminurie A3
43. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la catégorie d'albuminurie N'est pas VRAIE:** (476) U
- A. A1 inclut une albuminurie en 24 heures < 300 mg/24 ore
 - B. A2 inclut un rapport albumine/créatinine < 30 mg/g
 - C. A3 inclut une albuminurie > 300 mg/24 heures
 - D. A1 inclut un rapport albumine/créatinine < 30 mg/g
 - E. A2 inclut une albuminurie entre 30-300 mg/24 heures
44. **En ce qui concerne le débit de filtration glomérulaire, les affirmations suivantes NE sont pas vraies:** (476-477) M
- A. Le *clearance* de l'inuline est «l'étaillon-or» pour la détermination directe du DFG et est très employé dans la pratique médicale

- B. Le dosage de la créatinine a une imprécision analytique, parce que une grande partie est éliminée par sécrétion tubulaire
- C. L'estimation du débit de filtration est recommandée et se calcule en employant la formule CKD EPI 2012
- D. L'estimation du débit de filtration est recommandée et se calcule en employant la formule MDRD
- E. L'estimation du DFG basé sur la cystatine C est recommandée lorsque la filtration glomérulaire a des valeurs limite pour l'estimation uniquement de la créatinine sérique et il n'y a pas d'indicateurs de lésion du rein
45. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les IECA dans la MRC sont VRAIES:** (484) G
- A. Sont indiqués comme antihypertenseurs en première intention lorsque l'albuminurie est < 300mg/g créatinine même lorsque la PA est normale
 - B. Il n'y a pas de différences importantes entre les IECA et les bloquants récepteurs de l'angiotensine
 - C. Déterminent la vasodilatation de l'artériole afférente et la vasoconstriction de l'artériole efférente, en augmentant le débit sanguin au niveau du glomérule
 - D. Pendant les premiers jours de traitement, il faut monitoriser la diurèse, la créatinine et le potassium
 - E. La combinaison Aliskiren et IECA diminue la protéinurie et est recommandée lorsque le DFG baisse sous 60ml/min
46. **En ce qui concerne le contrôle de la pression artérielle et de la protéinurie dans la MRC, sont VRAIES:** (484-485) M
- A. Les statines sont indiquées aux patients avec hypercholestérolémie et âge < 50 ans
 - B. Les fibrates peuvent être recommandés aux patients avec néphropathie diabétique et hypercholestérolémie
 - C. La médication antihypertenseuse principale chez le patient avec MRC comprend les IECA, les diurétiques et les calcium bloqueurs
 - D. Vérapamil en combinaison avec les IECA réduit supplémentairement la protéinurie
 - E. Il est recommandé d'associer un diurétique de l'anse et des thiazidiques en cas de résistance au diurétique de l'anse tout seul
47. **En ce qui concerne les complications neurologiques dans la MRC, NE sont PAS vraies:** (501-502) M
- A. La polyneuropathie est fréquemment symptomatique, le patient présentant des «plantes des pieds brûlantes»
 - B. L'encéphalopathie urémique apparaît secondairement aux calcifications des petits vaisseaux au niveau du cerveau
 - C. La raréfaction de la substance blanche (leucoplasie) et les infarctus sous-cliniques représentent le substrat de l'altération cognitive
 - D. La dépression est un prédicteur indépendant de la mortalité, parce que celle-ci s'associe avec la non-adhérence et l'abandon du traitement
 - E. La gabapentine peut être responsable de l'apparition du délire aux personnes avec MRC avancée
48. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'ajustement de la dose des médicaments choisis dans la MRC NE sont PAS vraies:** (504-505) G

- A. D'habitude, DFG > 60ml/min n'impose pas la réduction de la dose
 - B. Au cas des oedèmes prétribiaux, on réduit 10 kg de la masse corporelle
 - C. Au cas où il y a des regorgements séreux, on réduit 15 kg de la masse corporelle
 - D. En général, dans le traitement antibiotique, on modifie la dose de charge, les doses d'entretien restant les mêmes
 - E. L'ajustement de la dose des médicaments choisis peut se faire en diminuant la dose à chaque prise et en augmentant le nombre de prises par jour
49. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant l'administration des médicaments dans la MRC sont VRAIES: (502-505) M**
- A. En général, au patient avec MRC, il faut traiter toutes les comorbidités, quel que soit le nombre de médicaments ou de prises par jour
 - B. Au cas du traitement avec digoxine, on recommande la surveillance de la digoxinémie
 - C. Les préparés de plantes et les suppléments nutritionnels qui peuvent être délivrés sans prescription peuvent être utiles dans la MRC
 - D. L'affection concomitante du foie impose la réduction des doses de médicaments par 20%
 - E. Les équations d'estimation du DFG ne sont pas valides au cas où la créatinine sérique a des variations grandes tous les jours
50. **Lesquelles des suivantes NE sont PAS des indications d'envoi immédiat pour consultation néphrologique des patients avec MRC: (506) G**
- A. Augmentation de plus de 1.5 fois de la créatinine en 7 jours
 - B. Albuminurie > 3000mg/g
 - C. Hb < 10g/dL
 - D. Soupçon de LES
 - E. HTA résistante au traitement (plus de 4 antihypertenseurs)
51. **Lesquelles des suivantes NE sont PAS des indications d'envoi de routine pour consultation néphrologique des patients avec MRC: (506) U**
- A. MRC avec un risque très élevé
 - B. Progression accélérée de la MRC
 - C. Lithiasis rénale récurrente
 - D. Syndrome néphritique
 - E. Syndrome néphrotique
52. **Lesquelles des suivantes sont des indications d'envoi d'urgence pour consultation néphrologique des patients avec MRC: (506) M**
- A. La crise hypertensive (plus de 180/120 mmHg)
 - B. Le syndrome néphrotique
 - C. La blessure aiguë du rein
 - D. L'acidose sévère
 - E. La réduction du DFG avec 5 ml/an
53. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les antibiotiques dans la MRC sont VRAIES: (503) G**
- A. Les tétracyclines peuvent augmenter la rétention azotée
 - B. L'association du furosémide avec la pénicilline est contre-indiquée
 - C. Les fluoroquinolones ont un risque de cristallurie lorsque le DFG baisse sous 15 ml/min

- D. Il est recommandé de réduire les doses de tétracycline à un DFG < 45ml/min
 - E. La neurotoxicité apparaît à de grandes doses de pénicilline administrées lorsque DFG est < 15ml/min
54. **Le traitement de la calciphilaxie inclut:** (501) M
- A. La parathyroïdectomie doit être rapidement pratiquée
 - B. Il faut interrompre l'administration des anticoagulants dicumariniques
 - C. Il faut interrompre l'administration de la héparine non-fractionnée
 - D. L'oxygénothérapie hyperbare favorise la guérison des plaies
 - E. En première intention, on réalise la toilette chirurgicale des lésions, antibiothérapie et analgésie
55. **Sur la calciphilaxie, NE sont PAS vraies:** (501) M
- A. La biopsie cutanée est rarement pratiquée
 - B. Est une affection similaire à la sclérose systémique
 - C. La nécrose apparaît secondairement à la calcification de l'intima des vaisseaux artériels petits dermiques
 - D. Débute comme des papules, des nodules ou des plaques érythémateuses indurées, oedématées
 - E. Il n'y a pas de traitement efficient, mais certains patients répondent aux doses grandes de prednisone
56. **Sur la dysfonction thrombocytaire dans la MRC sont VRAIES:** (499) G
- A. En cas d'hémorragies aiguës qui menacent la vie chez les patients qui ne tolèrent pas la surcharge volémique, le traitement se fait avec cryoprécipité
 - B. En cas d'hémorragies aiguës qui menacent la vie chez les patients qui ne tolèrent pas la surcharge volémique, le traitement se fait avec du sang frais
 - C. Les oestrogènes conjugués peuvent être utiles
 - D. Caractéristique à la dysfonction plaquettaire est un temps de saignement réduit, avec les temps normaux de prothrombine et prothrombine activée
 - E. La tendance de saignement est une caractéristique de la MRC même d'un DFG < 45ml/min
57. **Les principaux facteurs pathogéniques de la pancréatite de la MRC sont:** (498) U
- A. L'hyperparathyroïdie secondaire
 - B. Les médicaments
 - C. Les calculs biliaires
 - D. L'hypertriglycéridémie
 - E. L'incidence élevée des maladies auto-immunes
58. **Le traitement médicamenteux du délire de la MRC se fait avec:** (502) U
- A. Gabapentine
 - B. Carbamazépine
 - C. Amitriptyline
 - D. Halopéridol
 - E. Olanzapine
59. **Les risques du traitement avec érythropoïétine sont:** (499) U
- A. L'augmentation de la pression artérielle
 - B. Les accidents vasculaires cérébraux

- C. La thrombose de la voie d'abord veineuse
 - D. La progression des néoplasies
 - E. La progression de l'insuffisance cardiaque
60. **Sont des toxines urémiques les suivants:** (492,496) U
- A. Para-cresol phosphate
 - B. Diméthylarginine asymétrique
 - C. Homocystéine
 - D. AGF
 - E. Indoxyl sulfate
61. **Les indications de la corticothérapie dans la néphropathie Ig A sont:** (528) G
- A. La créatinine sérique en augmentation et DFG en baisse (pas < 30 ml/min)
 - B. S'il y a une prolifération ou une nécrose au niveau des anses
 - C. Si la protéinurie ne se remet pas en 3-6 mois sous traitement avec IECA
 - D. La présence de l'atrophie tubulaire et de la fibrose interstitielle étendue
 - E. La présence de la glomérulosclérose
62. **Les conséquences de la perte urinaire de protéines dans le syndrome néphrotique sont:** (533-536) U
- A. Des troubles de coagulation
 - B. La baisse de la concentration sérique des hormones thyroïdiennes
 - C. L'augmentation de la concentration sérique des anticoagulants dicumariniques
 - D. Hyperlipoprotéinémie
 - E. La baisse du calcium ionisé
63. **Lesquelles des suivantes sont des causes secondaires de glomérulopathie avec des lésions minimales:** (538) U
- A. Les atopies
 - B. Le traitement avec AINS
 - C. Le traitement avec des macrolides
 - D. La cirrhose biliaire primitive
 - E. Le cancer du sein
64. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les manifestations cliniques dans la glomérulonéphrite rapidement progressive NE sont PAS vraies:** (530) M
- A. Présente un début clinique brusque, par hématurie et syndrome néphritique
 - B. HTA est en général sévère
 - C. Peuvent apparaître des signes d'une maladie systémique: infiltrés pulmonaires, purpura, hépato-splénomégalie
 - D. L'hématurie est constante
 - E. L'hypocomplémentémie apparaît dans les formes pauci-immunes
65. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les syndromes glomérulaires sont VRAIES:** (521) G
- A. Dans les glomérulonéphrites rapidement progressives, les patients développent insuffisance rénale en 1-3 mois

- B. Le syndrome néphrotique apparaît presque constamment dans la glomérulopathie membraneuse et dans la néphropathie diabétique avancée
 - C. Les anomalies urinaires asymptomatiques se manifestent le plus fréquemment par protéinurie récidivante
 - D. Le syndrome hépatorénal est l'un des syndromes supplémentaires nouveaux
 - E. Le syndrome néphrotique représente l'équivalent clinique de l'inflammation glomérulaire et associe une protéinurie massive
66. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la coloration dans la microscopie optique sont VRAIES: (520) G**
- A. La coloration rouge congo est employée afin de mettre en évidence l'amyloïde
 - B. PAS est employé pour l'étude de la paroi des capillaires glomérulaires, de la capsule Bowman, de la membrane basale tubulaire, de l'expansion mésangiale et des dépositions
 - C. La coloration trichrome de Masson est employée pour mettre en évidence les zones de sclérose et le collagène
 - D. L'hématoxiline eosinophile permet l'estimation générale et la différenciation des éléments cellulaires
 - E. La coloration argent-méthenamine met en évidence les dépôts d'amyloïde, les zones de sclérose et le collagène.
67. **Sur la dynamique ASLO sont VRAIES: (525) G**
- A. ASLO touchent le niveau maximum 3-4 semaines après le début de l'infection streptococcique
 - B. ASLO commencent à augmenter 10-14 jours après le début de la glomérulopathie
 - C. Le niveau ASLO est étroitement corrélé avec la sévérité de la glomérulonéphrite
 - D. Dans les infections cutanées, la valeur diagnostique ASLO baisse
 - E. Après avoir touché le maximum, ASLO baisse graduellement
68. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la glomérulosclérose focale et segmentaire NE sont PAS vraies: (540-541) G**
- A. À la microscopie optique, l'on observe la prolifération du mésangium
 - B. À l'immunofluorescence l'on observe des dépôts du type Ig M et C3 dans les zones de sclérose
 - C. Est caractérisée par des zones de sclérose limitées à un grand nombre de glomérules et qui affectent certaines anses (focales)
 - D. Peut apparaître dans le reflux vésico-urétéal
 - E. Présente des modifications podocytaires similaires à la glomérulopathie membraneuse
69. **En ce qui concerne le syndrome néphrotique NE sont PAS vraies: (531-533) U**
- A. La protéinurie est $> 3.5 \text{ g}/1.73 \text{ m}^2/\text{jour}$
 - B. La protéinurie est $< 3.5 \text{ g}/1.73 \text{ m}^2/\text{jour}$
 - C. Peuvent être présents des cristaux en croix de Malte
 - D. L'hyperlipémie apparaît comme une conséquence de la surproduction d'apoprotéines
 - E. A un risque de saignement, à cause de la perte des facteurs de coagulation par urine
70. **Dans lesquelles des affections suivantes on a décrit des dépositions de Ig A au niveau mésangial: (526) U**
- A. Cirrhose

- B. Purpura Henoch
 - C. Maladie coeliaque
 - D. Lupus
 - E. Syndrome de Goodpasture
71. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la néphropathie Ig A sont VRAIES:** (526-527) U
- A. Est fréquemment primaire
 - B. Est caractérisée par une déposition glomérulaire de Ig A dans le mésangium, visible à l'immunofluorescence
 - C. Se manifeste d'habitude comme une hématurie macroscopique qui apparaît 1-2 jours après une infection respiratoire supérieure
 - D. La complémentémie est basse
 - E. L'huile de poisson influence favorablement l'évolution de la maladie
72. **La glomérulonéphrite membranoproliférative est caractérisée du point de vue morphopathologique par:** (544) G
- A. Type I présente des dépositions mésangiales et sous-endothéliales
 - B. Type II présente chez l'immunofluorescence des dépôts de C3 sans des immunoglobulines le long de la membrane basale glomérulaire
 - C. Type III présente des dépôts sous-endothéliaux et sous-épithéliaux
 - D. Selon la localisation des dépositions, on la classifie en 3 types
 - E. Type II présente le dédoublement des parois des capillaires glomérulaires
73. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant le traitement de la glomérulopathie avec des lésions minimes sont VRAIES:** (539) G
- A. Les rechutes «steroid responsive» apparaissent 3 fois par an au maximum
 - B. La cyclophosphamide est recommandée aux patients avec des rechutes fréquentes
 - C. La cyclosporine est recommandée aux patients auxquels apparaissent des rechutes après le traitement avec cytostatiques
 - D. Rituximab a un effet favorable
 - E. La rechute peu après la corticothérapie indique une forme de maladie «frequently relapsing»
74. **Sur la classification des glomérulonéphrites rapidement progressives sont VRAIES:** (529) M
- A. Le syndrome de Goodpasture associe des infections du tractus respiratoire supérieur
 - B. Les formes pauci-immunes sont représentées par la polyangéite microscopique, la granulomatose de Wegener et le syndrome de Churg-Strauss
 - C. La plupart sont causées par des complexes immuns
 - D. ANCA et les anticorps anti membrane basale glomérulaire peuvent exister en même temps
 - E. La glomérulonéphrite rapidement progressive peut se superposer à une glomérulopathie membraneuse
75. **Le traitement de la glomérulonéphrite rapidement progressive comprend:** (531) G
- A. La pulse-corticothérapie avec méthylprednisolone est la thérapie de base
 - B. La plasmaphérèse est recommandée afin d'enlever les complexes immuns circulants
 - C. La cyclophosphamide s'administre dans le pulse et puis à voie orale pour 2-4 semaines
 - D. L'azathioprine est fréquemment employée dans la thérapie d'induction de la rémission

- E. Chez les patients avec créatinine élevée et des éléments de chronicité à la ponction biopsie, les chances de récupération rénale sont réduites
76. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les explorations paracliniques dans la glomérulonéphrite post-streptococcique NE sont PAS vraies: (525) M**
- A. Le complément sérique est normal
 - B. Rarement peuvent apparaître des cryoglobulines
 - C. La créatinine et l'urée sont en général modérément augmentées ou normales
 - D. La biopsie rénale est indiquée lorsque les arguments bactériologiques et sérologiques de l'infection streptococcique manquent
 - E. La ponction biopsie rénale est indiquée en cas de protéinurie massive prolongée
77. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les types de lésions des glomérulonéphrites sont VRAIES: (520-521) G**
- A. La prolifération extra-capillaire est caractérisée par la formation de «semilunes» secondaires à l'augmentation du nombre de cellules à l'intérieur de la capsule de Bowman
 - B. Les dépositions sous-épithéliales sont localisées entre la membrane basale et les cellules pariétales de la capsule de Bowman
 - C. Les dépositions granulaires visibles par immunofluorescence comprennent d'habitude des anticorps anti membrane basale glomérulaire
 - D. Les lésions globales sont des lésions qui intéressent plus de 50% des glomérules
 - E. Les lésions segmentaires sont des lésions limitées à de certaines anses
78. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les mécanismes non-immunologiques des lésions glomérulaires NE sont PAS vraies: (519) U**
- A. Les nodules Kimmelstiel-Wilson apparaissent dans la HTA
 - B. Dans le syndrome Alport apparaissent des mutations sur les gènes qui codifient la chaîne 3 du collagène IV
 - C. Dans le diabète sucré, SRAA contribue à l'hypertension intraglomérulaire
 - D. L'augmentation de la production d'amyloïde AA est l'un des mécanismes de la néphropathie diabétique
 - E. Dans la maladie de Fabry se produit l'accumulation d'une glycopeptide
79. **En ce qui concerne la glomérulopathie avec des modifications minimes sont VRAIES: (538) U**
- A. La microscopie optique montre des lésions de glomérulosclérose
 - B. L'immunofluorescence montre des dépôts d'Ig G
 - C. S'exprime cliniquement par protéinurie massive
 - D. Le début est fréquemment soudain, après une infection respiratoire supérieure
 - E. La forme primaire étant plus fréquente chez les enfants, la biopsie rénale est nécessaire
80. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant le traitement de la glomérulonéphrite post-streptococcique sont VRAIES: (525) M**
- A. L'antibiothérapie précoce de l'infection streptococcique avec pénicilline peut prévenir l'apparition de la glomérulopathie
 - B. La thérapie avec immunosuppresseurs est indiquée chez les patients avec prolifération extracapillaire
 - C. La thérapie des oedèmes se fait le plus fréquemment avec IECA et furosémide
 - D. Le traitement antihypertensif se fait par injection dans l'encéphalopathie hypertensive

- E. Le repos au lit est recommandé aux patients avec HTA importante, hématurie macroscopique ou oedèmes massifs
81. **Les causes d'hématurie post-glomérulaire sont:** (523) U
A. La lithiasis réno-urinaire
B. L'urétrite gonococcique
C. Les néoplasies
D. La thrombose veineuse rénale
E. L'hypercalciurie
82. **Pour l'origine glomérulaire de l'hématurie plaide:** (523) U
A. L'apparition de l'hématurie en même temps avec une gastro-entérite
B. La combinaison hématurie et protéinurie > 2-3 g/24 heures
C. L'association de l'hématurie avec la surdité et les troubles oculaires dans la maladie de Fabry
D. Urine ayant l'aspect de «coca-cola»
E. La présence des cylindres hématiques
83. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la cystite chronique NE sont PAS vraies:** (562) M
A. A les mêmes agents étiologiques que la cystite aiguë
B. Peut être causée aussi par le bacille de Koch
C. L'adénome de prostate est un facteur favorisant
D. L'examen sommaire d'urine met en évidence une bactériurie significative, protéinurie, leucocyturie
E. En poussée, la thérapie dure 7-14 jours
84. **Lesquelles des suivantes sont des complications aiguës de PNA:** (553) U
A. La pyonéphrose
B. La maladie chronique rénale
C. La pyélonéphrite chronique
D. La nécrose papillaire
E. Le phlegmon périnéphrétique
85. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la clinique PNA NE sont PAS vraies:** (551) M
A. Le début est brusque par pollakiurie, mictions fréquentes et impérieuses, douleur suprapubienne et sous-fébrilité
B. La douleur lombaire peut être absente chez les patients avec éthylosme chronique
C. La propagation ascendante est suggérée par la présence du syndrome cystique avant le début de PNA
D. Est accompagnée par des manifestations digestives: fréquemment un tableau diarrhéique et en plan secondaire des nausées et des vomissements
E. La lombalgie est fréquemment du type collicatif
86. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les NTI aiguës infectieuses associées avec des infections systémiques sont VRAIES:** (549-550) M
A. L'infection avec l'*Hantavirus* se transmet des rongeurs
B. L'infection avec VIH détermine rarement NIA

- C. La leptospirose détermine surtout NIA et se transmet par contact avec l'urine des animaux porteurs, qui contaminent le sol et l'eau
 - D. L'examen d'urine relève protéinurie, sédiment urinaire avec leucocyturie, éosinophilurie et hématurie
 - E. La protéinurie dépasse d'habitude 1g/24 heures, mais n'arrive pas à un rang néphrotique
87. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant le traitement PNC sont VRAIES:** (557-558) M
- A. L'antibiothérapie à courte durée (7-14 jours) est recommandée dans les aggravations
 - B. L'antibiothérapie à longue durée (6 semaines-6 mois) est recommandée dans les ITU récurrentes
 - C. La dysfonction tubulaire rend difficile l'obtention d'une concentration urinaire bactéricide
 - D. On peut employer les macrolides avec l'adaptation des doses au DFG
 - E. Dans l'hyponatrémie l'on administre du sel de cuisine
88. **Les complications PNC sont:** (557) U
- A. L'HTA en 1/3 des cas avec PNC avancée
 - B. La pyélonéphrite xanthogranulomateuse
 - C. GSFS chez les patients avec RVU
 - D. La pyonéphrose (dans la présence de la néphropathie obstructive)
 - E. Le phlegmon périnéphrétique
89. **Le traitement RVU inclut:** (560) U
- A. Biseptol est indiqué chez le nouveau-né
 - B. Chez l'adulte on peut administrer de la quinolone
 - C. Chez les femmes enceintes avec des ITU l'on administre pendant toute la grossesse céphalosporine de 3-ème génération
 - D. La réimplantation urétérale ne se pratique plus à grande échelle
 - E. Il est indiqué de maintenir la TA < 130/80 mmHg
90. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la symptomatologie RVU sont VRAIES:** (558-559) M
- A. Chez l'adulte, se manifeste par HTA et douleurs lombaires lorsque la vessie urinaire est pleine, accentuées au début de la miction
 - B. La fièvre est un signe clinique important à tout âge et suggère un épisode de PNA
 - C. Chez les enfants < 3 ans, les signes généraux prédominent
 - D. Chez les enfants > 3 ans, les signes urinaires prédominent: dysurie, pyurie, l'énurésie nocturne
 - E. Chez les enfants grands, on évidencie protéinurie, HTA légère, la réduction progressive du DFG, avec l'installation de la MRC
91. **Le screening RVU est indiqué dans les groupes de sujets suivantes:** (559) U
- A. Enfants avec hypospadias
 - B. Enfants avec bassinet double
 - C. Enfants avec rein surnuméraire
 - D. Familles comprenant un membre avec HTA à un jeune âge
 - E. Enfants avec duplicité urétérale

92. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les données paracliniques de la PNC sont VRAIES: (556) M**
- A. L'uroculture positive est constamment présente
 - B. Les cylindres leucocytaires apparaissent fréquemment et attestent l'origine rénale de la leucocyturie
 - C. Au cas de l'association avec la GSFS, la protéinurie peut dépasser 3.5g/24 jour
 - D. On peut rencontrer l'acidose hyperchlorémique et l'hyperkaliémie
 - E. L'osmolarité urinaire est > 500 mOsm et la densité urinaire > 1022
93. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les prostatites NE sont PAS vraies: (561) M**
- A. La prostatite aiguë présente douleur périnéale ou lombaire intermittente, mictions difficiles et hémospermie
 - B. Dans la prostatite aiguë, PSA peut être élevé, mais il baisse immédiatement après l'initiation de l'antibiotique
 - C. La persistance du PSA impose une échographie transrectale répétée, éventuellement biopsie
 - D. Les agents étiologiques les plus fréquents sont: *E.Coli*, *Klebsiella*, le Pyocyanique, l'entérocoque
 - E. La prostatite chronique peut s'associer avec l'épididymite aiguë
94. **La symptomatologie de l'acidose respiratoire N'inclut PAS: (572-573) U**
- A. Peuvent apparaître des crises de tétanie
 - B. Peut apparaître l'oedème cérébral
 - C. Peut déterminer l'arrêt respiratoire
 - D. Tachycardie, HTA, vasodilatation
 - E. Se manifeste par hyperventilation
95. **La symptomatologie de l'alcalose métabolique inclut: (573) U**
- A. Hyperventilation
 - B. Iléus dynamique
 - C. Fièvre inexplicable
 - D. Convulsions
 - E. Oedème cérébral
96. **La symptomatologie de l'acidose métabolique inclut: (572) U**
- A. Respiration Kussmaul
 - B. Convulsions
 - C. Tétanie
 - D. Paresthésies
 - E. Réduction de la tension artérielle diastolique
97. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant les causes des troubles acido-basiques sont VRAIES: (569) M**
- A. La perte de bicarbonate par l'urine conduit à l'acidose métabolique
 - B. L'excrétion exagérée d'acides conduit à l'acidose métabolique
 - C. L'obstruction des voies aériennes conduit à l'acidose respiratoire
 - D. Les salicylates produisent l'alcalose respiratoire
 - E. L'hypoxie produit l'augmentation de la ventilation alvéolaire et produit l'acidose respiratoire

98. **L'acidose avec GA normale et hyperkaliémie apparaît dans:** (570) M
- A. L'acidose tubulaire rénale distale hypercalcémique
 - B. L'administration de HCl
 - C. L'acidose tubulaire rénale distale hypocalcémique
 - D. L'administration d'inhibiteurs d'anhydrase carbonique
 - E. Post hypocapnie
99. **Les lois physico-chimiques de l'équilibre acido-basique et hydroélectrolytique sont les suivants, À L'EXCEPTION de:** (569) M
- A. La loi de l'électronégativité: la somme des charges positives doit être plus petite que la somme des charges négatives
 - B. La loi de l'isoosmolarité: dans les fluides du corps entre lesquels l'eau est véhiculé, l'osmolarité doit être la même
 - C. L'organisme a la tendance de réinstaller toujours le pH normal
 - D. La loi de l'électropositivité: la somme des charges positives doit être supérieure à la somme des charges négatives
 - E. Les lois de l'électronégativité et de l'iso-osmolarité interfère s'il y a des membranes semi-perméables
100. **Le traitement de l'alcalose métabolique inclut:** (573-574) G
- A. Dans la forme sans réponse à l'administration de chlore, l'on recommande la spironolactone
 - B. L'hyperventilation mécanique
 - C. L'administration d'acides est rarement nécessaire (0.1 mol/l HCl en veine périphérique)
 - D. Chez les patients avec bicarbonatémie < 40 mEq/l et insuffisance rénale, l'on recommande l'épuration extra-rénale
 - E. L'évitement de l'excès d'aliments alcalinisants
101. **Les conséquences de l'alcalose sont:** (572) M
- A. L'hyperexcitabilité du système nerveux central
 - B. La dépression du système nerveux central
 - C. L'hyperventilation
 - D. La déviation à droite de la courbe de dissociation de l'oxyhémoglobine
 - E. L'hypokaliémie
102. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant la déshydratation NE sont PAS VRAIES:** (578) M
- A. Au cas de la réduction du volume plasmatique, l'élasticité des téguments baisse, les globes oculaires deviennent hypotoniques, les membranes et les téguments sont secs
 - B. Au cas de la réduction du volume interstitiel apparaît l'hypotension
 - C. La déshydratation légère se caractérise par un déficit d'eau de 5% du poids du corps, manifesté par soif et adynamie
 - D. Dans la déshydratation sévère apparaissent des hallucinations et du délire
 - E. La déshydratation sévère se caractérise par un déficit d'eau de 6-10% du poids du corps
103. **La symptomatologie de l'hypokaliémie comprend:** (585) U
- A. Tachycardie, extrasystoles, modifications de l'ECG
 - B. Néphropathie kaliopénique
 - C. Acidose métabolique

- D. Parésie flasque
 - E. Iléus paralytique
104. **L'étiologie de l'hypernatrémie comprend:** (583-584) M
- A. Perfusions hypotoniques administrées en excès
 - B. Corticothérapie
 - C. Ventilation mécanique avec de l'air non-humidifié
 - D. Plaies massives ouvertes
 - E. Traitement diurétique
105. **Les symptômes de l'hyponatrémie NE comprennent PAS:** (581) M
- A. À $\text{Na}^+ > 120 \text{ mmol/l}$, le patient est asymptomatique
 - B. À Na^+ entre 115-125 mmol/l apparaît l'anoréxie, la nausée, les vomissements
 - C. À $\text{Na}^+ < 115 \text{ mmol/l}$ apparaissent les convulsions, le coma, la bradycardie, l'insuffisance respiratoire
 - D. À $\text{Na}^+ 125-130 \text{ mmol/l}$, le patient présente agitation, myalgies, hypoventilation
 - E. À $\text{Na}^+ < 115 \text{ mmol/l}$ apparaissent les hallucinations, l'incontinence, la somnolence et la confusion
106. **En ce qui concerne l'osmolalité plasmatique dans l'hyponatrémie sont VRAIES les affirmations suivantes:** (581) M
- A. Est élevée dans l'hyperglycémie et dans l'urémie
 - B. Est normale dans l'hyperlipidémie et dans l'hyperprotéinémie
 - C. Est baisse dans l'irrigation du tractus génito-urinaire avec glycine
 - D. Est baisse si elle est $< 300 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$
 - E. Est élevée si elle est $> 295 \text{ mOsm/kg H}_2\text{O}$
107. **Lesquelles des manifestations ECG suivantes sont présentes dans l'hyperkaliémie:** (587) M
- A. L'onde P est absente à une kaliémie entre 6-7 mmol/l
 - B. QRS est élargi à une kaliémie entre 8-10 mmol/l
 - C. L'onde T disparaît à une kaliémie entre 8-10 mmol/l
 - D. Chez les patients avec pacemaker, le premier signe d'hyperkaliémie est la dissociation du rythme stimulus de contraction
 - E. L'asystolie peut apparaître à une kaliémie $> 10 \text{ mmol/l}$
108. **Sur l'équilibre hydro-électrolytique sont VRAIES:** (575-576) M
- A. La tonicité fait référence à l'effet exercé par la pression osmotique d'une solution sur le volume cellulaire
 - B. L'osmolalité d'une solution est déterminée par la concentration totale des particules dissouses ou colloïdes de la substance en question
 - C. L'osmolalité est appellée aussi osmolarité
 - D. Le compartiment intracellulaire comprend 1/3 de la quantité totale d'eau
 - E. Le trou osmolaire est la différence entre les valeurs mesurées et calculées de l'osmolalité sérique

IX. PÉDIATRIE

Complément simple:

1. **L'étiologie des crises épileptiques dans la période anténatale est représentée par les suivantes, À L'EXCEPTION DE: (2) U**
 - A. Malformations du cortex cérébral
 - B. Infections intra-utérines du système nerveux central
 - C. Encéphalopathie hypoxique-ischémique
 - D. Anomalies chromosomiales
 - E. Neurofibromatose type I
2. **En ce qui concerne les spasmes épileptiques, laquelle des affirmations suivantes est VRAIE? (4) G**
 - A. Sont des contractions musculaires massives et globales avec prédominance axiale
 - B. Sont en général unilatéraux et asymétriques des muscles du cou, du tronc et des extrémités
 - C. Typiquement, les spasmes épileptiques sont «en extension» et peuvent représenter le seul type de convulsion
 - D. Les spasmes «en flexion» déterminent la flexion brusque de la tête, du tronc et des bras, avec la flexion des jambes ou, plus rarement, l'extension des jambes et la flexion des bras
 - E. Sont rencontrés dans les épilepsies généralisées idiopathiques: EMJ, EAJ, EAC
3. **Les manifestations épileptiques dans la période néonatale peuvent être, À L'EXCEPTION DE: (6) U**
 - A. La pyridoxine-dépendance
 - B. L'hypocalcémie néonatale
 - C. L'encéphalopathie myoclonique précoce
 - D. L'épilepsie myoclonique sévère
 - E. L'encéphalopathie épileptique infantile précoce
4. **Lesquels des énoncés suivants concernant le status épileptique (SE) N'EST PAS vrai? (13) G**
 - A. Est défini par l'OMS comme étant «une crise d'épilepsie qui se répète à intervalles brefs de temps, pour créer une condition épileptique fixe et durable»
 - B. Un facteur précipitant du SE peut être le sévrage absolu ou relatif des MAE
 - C. SE peut être non-convulsif ou convulsif
 - D. SE non-convulsif se classe selon les modifications EEG enregistrées dans la période ictale
 - E. SE convulsif se classe en: SE type absence et SE partiellement complexe
5. **Sur le traitement chronique avec des médicaments antiépileptiques (MAE), on peut affirmer les suivantes, À L'EXCEPTION DE: (14) G**
 - A. A comme but l'obtention du contrôle complet des crises avec des effets secondaires minimes
 - B. Le choix des MAE dépend du type de crise généralisée ou focale
 - C. L'interaction entre de différentes MAE est recommandée (idéalement double thérapie)
 - D. La durée du traitement est déterminée par le type du syndrome épileptique
 - E. La dose correcte de MAE est la dose la plus petite qui assure le contrôle des crises sans l'apparition des effets adverses
6. **L'affirmation suivante concernant le titre des anticorps anti streptolysine O (ASLO) N'EST PAS vraie: (20) M**
 - A. Est recommandé pour détecter les infections streptococciques et pour suivre l'évolution dans le temps de ces maladies
 - B. Le titre augmente en 80% des malades
 - C. La «pointe» sérique est touchée en 2-3 semaines après le début

- D. Le retour aux valeurs normales des ASLO n'indique pas une guérison
E. En dynamique, le titre ASLO augmente 2-4 fois par rapport au niveau basal
7. **Dans la laryngite aiguë oedémateuse sous-glottique, l'enfant NE présente PAS:** (23) U
A. Toux aboyante
B. Stridor inspiratoire
C. Dyspnée inspiratoire
D. Dypnée expiratoire
E. Tirage sus-sternal et sus-claviculaire
8. **Quel est l'agent bactérien fréquemment retrouvé après l'âge de 5 ans chez les patients avec otites moyennes?** (28) M
A. *Steptococcus pneumoniae*
B. *Haemophilus influenzae*
C. *Moraxella catarrhalis*
D. *Staphylococcus aures*
E. *Pseudomonas aeruginosa*
9. **Sur les formes cliniques de l'otite moyenne aiguë (OMA), on peut faire les affirmations suivantes, À L'EXCEPTION DE:** (30) G
A. OMA catarale est une conséquence de l'inflammation, qui apparaît secondairement au blocage de la trompe d'Eustache
B. Lors de l'examen otoscopique dans l'OMA suppurée l'on relève le tympan oedématié qui bombe le trou de perforation
C. L'otite aiguë récurrente est définie par 3 épisodes d'OMA pendant 6 mois
D. Le symptôme principal de l'OMA suppurée est l'otalgie violente, qui est exagérée par la déglutition et par la mastication
E. L'otomastoïdite - forme manifeste apparaît surtout chez les nourrissons sous-alimentés, prématures et chez ceux avec des déficits immuns
10. **Les suivants sont des modulateurs de croissance présents dans le lait humain mature, À L'EXCEPTION DE:** (36) U
A. Facteur *bifidum*
B. Soufre-hydroxylase
C. Taurine
D. Alpha-amylase
E. Facteur de stimulation des lymphocytes B
11. **Les facteurs favorisant la malnutrition peuvent être, À L'EXCEPTION DE:** (42) U
A. Prématurité
B. Grossesse gémellaire
C. Affections neurologiques chroniques (paralysies cérébrales)
D. Grossesse multiple
E. Retard de croissance intra-utérin
12. **La modalité par laquelle un déficit qualitatif NE peut PAS apparaître dans la production de la malnutrition est:** (41) M
A. La diversification précoce ou tardive par rapport à l'âge chronologique du nourrisson

- B. L'apport insuffisant en lait en poudre
C. Les formules de lait inadéquates au nécessaire calorique et nutritionnel du nourisson
D. L'alimentation prolongée et exclusive du nourisson avec du lait de vache
E. Régimes végétariens
13. **Quel est l'indice anthropométrique le plus ancien et employé pour évaluer l'état de nutrition?** (43) U
A. L'indice nutritionnel (IN)
B. L'indice statural (IS)
C. La circonférence du bras
D. L'indice pondéral (IP)
E. Le pli cutané tricipital et le pli cutané sous-scapulaire
14. **La vitamine D_3 – cholécalciférol NE se caractérise PAS par :** (49) M
A. Est un composé stérolique
B. Est présente dans les aliments d'origine animale
C. Est synthétisée dans le derme sous l'action des rayons solaires
D. Peut se retrouver en quantités petites dans les aliments végétaux
E. Est transformée au niveau du tégument sous l'action des rayons UVB solaires de la provitamine D
15. **Sur l'hypervitaminose D, l'affirmation suivante N'EST PAS vraie:** (52) M
A. Peut être une complication accidentelle ou iatrogène du traitement avec la vitamine D
B. Les signes cliniques consistent dans: inappétence, vomissements, anorexie, polydipsie, polyurie
C. Calcémie >10,5 mg/dl et concentration sérique de 25 (OH) D élevée
D. Absence de l'élimination du calcium par l'urine
E. Peuvent apparaître des calcifications rénales et l'ostéosclérose
16. **Les particularités paracliniques de l'anémie ferriprive sont les suivantes, À L'EXCEPTION DE:** (55)
U
A. Hypochrome
B. Microcytaire
C. Hyposidérémique
D. HEM élevée
E. CHEM baisse
17. **Les voies majeures de transmission des infections périnatales sont les suivantes, À L'EXCEPTION DE:** (61) M
A. Infections hématogènes transplacentaires
B. Infections d'autres individus infectés
C. Infections ascendentes (infections transcervicales)
D. Infection du nouveau-né au moment de l'accouchement (infections intra-natales)
E. Infections post-natales, de la mère
18. **Le traitement de la toxoplasmose congénitale associe:** (72) M
A. Spiramycine et acide folique
B. Pénicilline G et acide folique
C. Aciclovir et ganciclovir

- D. Valganciclovir et ganciclovir
E. Pyriméthamine et sulfadiazine
19. **TORCH représente les initiales pour les suivantes, À L'EXCEPTION DE:** (61) U
A. T- *Treponema pallidum*
B. O- Others
C. R- Rubéole
D. C- Cytomégalovirus
E. H- Herpes simplex
- Complément multiple:**
20. **Dans la période périnatale, les causes principales des crises épileptiques sont:** (2) U
A. L'encéphalopathie hypoxique-ischémique
B. Les hémorragies intracrâniennes
C. Les malformations du cortex cérébral
D. Les neuroinfections
E. Les dysfonctions métaboliques transitoires
21. **Selon l'aspect électro-clinique et en relation avec l'étiologie, ILAE classe les crises épileptiques en:** (2) U
A. Crises épileptiques bénignes
B. Crises généralisées
C. Crises épileptiques malignes
D. Crises focales accompagnées ou non par la modification de l'état de conscience
E. Crises épileptiques non-classifiables
22. **Les crises partielles simples peuvent être avec:** (5) U
A. Sémiologie motrice
B. Symptômes somato-sensoriels ou sensoriels spéciaux
C. Symptômes végétatifs
D. Symptômes psychiques
E. Perte de la connaissance
23. **Les manifestations épileptiques avec début dans la période 1 mois - 3 ans peuvent être, À L'EXCEPTION DE:** (7) M
A. L'épilepsie myoclonique sévère
B. La dépendance de pyridoxine
C. L'épilepsie myoclonique bénigne du nourrisson
D. L'encéphalopathie myoclonique précoce
E. Le syndrome de West
24. **Sélectionnez les syndromes qui font partie du terme d'encéphalopathie dépendante de l'âge:** (6) U
A. Le syndrome de Dravet
B. Le syndrome d'Aicardi
C. Le syndrome d'Ohtahara
D. Le syndrome de West
E. Le syndrome de Lennox-Gastaut

25. **Lesquelles des affirmations suivantes sont spécifiques au syndrome de West (SW)? (7) G**
- A. Est l'encéphalopathie épileptique infantile la plus fréquente et la plus connue
 - B. Le pronostic dans la forme symptomatique est favorable
 - C. Dans les formes idiopathiques, le pronostic est sévère
 - D. La forme idiopathique débute chez un enfant normal du point de vue neurologique jusqu'à ce moment-là et dans lequel on ne peut pas prouver des facteurs étiologiques ou des lésions cérébrales neuro-imagistiques
 - E. La forme symptomatique peut avoir des causes multiples, étant considérée comme une réponse du cerveau immature à de différents types de lésions
26. **Le syndrome de West se caractérise par la triade: (7) M**
- A. Symptômes somato-sensoriels ou sensoriels spéciaux
 - B. Spasmes épileptiques en flexion/extension ou asymétriques
 - C. Hypsarythmie (ou variantes)
 - D. Arrêt ou régression dans le développement neuro-psycho-moteur
 - E. Crises: myocloniques, absences typiques et tonico-cloniques
27. **Sur le syndrome de Lennox-Gastaut, on NE peut PAS affirmer: (7) G**
- A. Fait partie des manifestations épileptiques avec début dans la période néonatale
 - B. Est une encéphalopathie épileptique, caractérisée par des crises épileptiques polymorphes généralisées (toniques, atones, absences atypiques)
 - C. EEG est représenté par des pointes-ondes lentes diffuses pendant le sommeil lent
 - D. A une étiologie variée, avec de nombreux facteurs impliqués comme: EHI, maladies métaboliques
 - E. Le pronostic est favorable
28. **Les facteurs de risque principaux pour un pronostic grave dans le syndrome de Lennox-Gastaut sont: (8) U**
- A. Le caractère symptomatique du syndrome
 - B. Début précoce sous 3 ans
 - C. Fréquence élevée des crises
 - D. Absence du status épileptique
 - E. Durée prolongée des périodes d'aggravation
29. **Sur les convulsions fébriles simples ou bénignes, on peut affirmer: (8) U**
- A. Apparaissent entre 6 mois-5 ans, à l'augmentation brusque de la température au-dessus de 38,5 °C
 - B. La durée de l'épisode est > 15 minutes
 - C. Se répètent d'habitude pendant une journée
 - D. Se manifestent par des crises tonico-cloniques bilatérales, plus rarement toniques ou hypotoniques
 - E. Peuvent être suivies par un déficit post-critique
30. **Sélectez les syndromes épileptiques juvéniles: (9) U**
- A. L'épilepsie bénigne de l'enfant
 - B. L'épilepsie absence de l'enfant
 - C. L'épilepsie myoclonique juvénile

- D. L'épilepsie absence juvénile
E. L'épilepsie avec des crises généralisées tonico-cloniques du réveil (EGCTCR)
31. **Lesquelles des affirmations suivantes concernant le spasme du sanglot NE sont PAS vraies? (11) U**
- A. Est rencontré chez les enfants < 5 ans
 - B. Les formes cyanotiques appelées aussi des crises anoxiques réflexes sont moins fréquentes
 - C. Les formes pâles sont constamment provoquées par la peur, la douleur, la frustration
 - D. Le trajet EEG est normal
 - E. Le pronostic est bon
32. **Les manifestations paroxystiques non-épileptiques de sommeil (crises hypniques) peuvent être: (12) U**
- A. L'énurésie nocturne
 - B. Les automatismes verbaux nocturnes
 - C. Le syndrome «sleep-apnea»
 - D. REM behaviour disorders
 - E. Attaques ischémiques transitoires
33. **La syncope est caractérisée par: (11) G**
- A. La perte transitoire de la connaissance et du tonus musculaire
 - B. Est la conséquence d'une insuffisance passagère de l'irrigation cérébrale
 - C. Apparaît toujours pendant le jour, presque constamment dans l'orthostatisme étant précédée par des sensations suggestives comme: faiblesse, nausée, gêne épigastrique, vision brouillée
 - D. La perte du tonus musculaire est progressive, la baisse étant brusque; rarement peut être lente
 - E. Le trajet EEG est représenté par des pointes-ondes lentes diffuses pendant la baisse lente, d'habitude asynchrones et déchargements de polypointes et rythmes rapides bilatéraux et synchrones lorsque la baisse est brusque
34. **Sélectionnez les principes du traitement du status épileptique (SE): (16) M**
- A. Implique des mesures générales et pharmacologiques
 - B. La détermination toxicologique et la concentration plasmatique MAE n'est pas nécessaire
 - C. Les mesures pharmacologiques doivent être initiées d'urgence
 - D. La durée prolongée du SE convulsif baisse le risque d'apparition des lésions neuronales et des complications systémiques
 - E. La première ligne thérapeutique inclut: lorazépam ou diazépam ou clonazépam
35. **La 2-ème ligne thérapeutique employée dans le traitement pharmacologique du status épileptique comprend: (16) M**
- A. Lorazépam
 - B. Phénobarbital
 - C. Lévétiracétam
 - D. Phénitoïne
 - E. Valproate de sodium

36. **Sur un patient de 25 ans, suspect de pharyngite GABHS, avec des amygdales tuméfiées, ganglions lymphatiques cervicaux antérieurs tuméfiés, fièvre 38,5°C, toux absente, on peut affirmer:** (20) M
- A. Présente un score Centor ≥ 2
 - B. Présente un score Centor ≥ 4
 - C. S'impose le test microbiologique
 - D. La confirmation microbiologique n'est pas nécessaire
 - E. On peut faire un traitement
37. **Les complications de l'infection GABHS non-suppurative sont:** (21) U
- A. La lymphadénite cervicale
 - B. Le rhumatisme articulaire aigu
 - C. La glomérulonéphrite aiguë diffuse post-streptococcique
 - D. Otitis moyenne
 - E. Abcès péritonsillaire
38. **La tonsillectomie, au cadre de la pharyngite récurrente avec GABHS est indiquée:** (21) U
- A. Si l'enfant a eu plus de 2 épisodes dans le dernier an
 - B. En cas de résistance au traitement avec pénicilline V
 - C. Si l'enfant a eu plus de 5 épisodes pendant les 2 dernières années
 - D. En cas d'abcès périamygdalien
 - E. Respiration orale persistante
39. **Lesquels des énoncés suivants concernant la laryngite aiguë simple NE sont PAS vrais?** (22) M
- A. Est une infection bactérienne rapidement progressive
 - B. Est la forme la plus fréquente
 - C. L'examen clinique met en évidence l'inflammation du pharynx
 - D. Au laryngoscope on met en évidence l'oedème des cordes vocales et du tissu subglottique
 - E. Se caractérise du point de vue clinique par dyspnée inspiratoire et stridor inspiratoire
40. **Les affirmations suivantes caractérisent la laryngite striduleuse, À L'EXCEPTION DE:** (23) G
- A. Est une laryngite obstructive, dénommée aussi laryngite aiguë spastique ou croup spasmodique (pseudocroup)
 - B. Le terrain allergique et les facteurs psychologiques ont un rôle important
 - C. Le prodrome dure 1-3 jours et se caractérise par rhinorrhée, toux, fièvre modérée
 - D. Le début est insidieux, la détresse respiratoire étant manifeste en 2-3 jours
 - E. Le traitement peut se faire au domicile
41. **Le traitement du croup viral suppose:** (24) M
- A. Le traitement au domicile dans les formes légères de la maladie
 - B. L'hospitalisation de l'enfant dans les formes moyennes/sévères
 - C. L'administration des antibiotiques, pour la prophylaxie des supra-infections bactériennes
 - D. L'administration des corticostéroïdes afin de réduire l'oedème de la muqueuse du larynx
 - E. Les aérosols avec épinéphrine racémique classique ou un mélange 1:1 d'isomère L et D d'épinéphrine
42. **Les complications de l'épiglottite aiguë NE peuvent PAS être:** (25) U

- A. Les méningites
 - B. L'otomastoïdite
 - C. L'abcès rétropharyngé
 - D. L'arthrite septique
 - E. L'abcès péritonsillaire
43. **Conformément à l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP), la définition OMA est basée sur les critères suivants:** (27) G
- A. Des antécédents de maladie récente avec début aigu
 - B. La présence de l'xsudat au niveau de l'oreille moyenne, suggéré par n'importe quel des éléments suivants: le gonflement du tympan, la mobilité du tympan réduite ou absente, niveaux hydroaériques derrière le tympan, otorrhée
 - C. Les signes et les symptômes d'inflammation de l'oreille moyenne, suggérés par n'importe quel des éléments suivants: érythème évident du tympan, otalgie
 - D. Les signes et les symptômes d'inflammation de l'oreille moyenne, suggérés par n'importe quel des éléments suivants: hypoacusie, tympan rétracté
 - E. La présence de l'xsudat au niveau de l'oreille moyenne, suggérée par n'importe quel des éléments suivants: tympan opaque ou perforé, le reflet lumineux du tympan réduit ou diminué
44. **Chez le nouveau-né, les agents bactériens plus fréquemment incriminés dans l'otite moyenne sont:** (28) U
- A. *Streptococcus pneumoniae*
 - B. *Haemophilus influenzae*
 - C. *Escherichia coli*
 - D. *Klebsiella*
 - E. *Staphylococcus aureus*
45. **Les complications intratemporales qui apparaissent dans l'évolution d'une otite peuvent être:** (30) U
- A. La paralysie du nerf facial
 - B. La thrombophlébite du sinus latéral et sigmoïde
 - C. La mastoïdite aiguë ou chronique
 - D. Le cholestéatome
 - E. La labyrinthite aiguë
46. **Dans les cas avec otite prouvés avec *S. pneumoniae* multidrogue résistant (sérotype 19A), l'on peut employer:** (32) M
- A. Amoxicilline
 - B. Trimétoprim/sulfaméthoxazole
 - C. Lévofloxacine
 - D. Erythromicine- sulfisoxazole
 - E. Linézolide
47. **La tympanométrie est employée pour:** (30) U
- A. La confirmation du diagnostic dans certains cas atypiques
 - B. L'évitement du diagnostic excessif par l'OMA
 - C. La poursuite de l'évolution de l'OMA

- D. La différenciation OMA rapidement et complètement rétablie par l'OM où l'exsudat persiste, même asymptomatique, une situation qui nécessite la réexamination du patient
- E. La confirmation du diagnostic dans tous les cas
48. **Sur l'otomastoïdite, on NE peut PAS affirmer:** (29) G
- A. La forme latente apparaît aux nourrissons eutrophiques qui n'ont pas été traités en préalable avec des antibiotiques
 - B. Le début de la forme latente est brusque, avec fièvre élevée, des symptômes auriculaires et des manifestations générales intenses
 - C. La forme manifeste apparaît surtout chez les enfants sous-alimentés et a un début insidieux
 - D. Dans la forme manifeste, après la perforation du tympan, les symptômes cessent et dans la plupart des cas la guérison peut être spontanée
 - E. La forme latente peut se présenter avec les symptômes d'une maladie générale, prédominant l'agitation et la somnolence
49. **En ce qui concerne les formules de lait, les affirmations suivantes sont VRAIES:** (37) G
- A. Les formules pour les prématurés sont enrichies du point de vue calorique 20-24 kcal/30 ml, sont emulsionées, ce qui simplifie les processus de digestion et d'absorption
 - B. Les fortifiants de lait maternel (HMF- human milk fortifiers) sont employés uniquement chez les enfants naturellement alimentés, avec un poids réduit à la naissance < 2500 g
 - C. Les formules de début pour les nourrissons sont enrichies avec des vitamines et des oligo-éléments
 - D. Les formules de continuation sont recommandées aux nourrissons > 4-6 mois, en parallèle à l'alimentation diversifiée
 - E. Les formules de soja sont indiquées dans le traitement diététique des prématurés et dans la fibrose chistique
50. **Les principes généraux employés dans la diversification de l'alimentation du nourrisson sont:** (38) M
- A. La diète doit être équilibrée
 - B. Le choix du premier aliment de diversification s'individualise selon les particularités de développement du nourrisson
 - C. L'introduction de chaque aliment va se faire progressivement et de manière non-sélective
 - D. La valeur calorique de l'aliment nouveau doit être d'environ 65 kcal/100 g
 - E. Afin de stimuler l'habitude pour le goût doux, le sucre est prioritaire devant les polysaccharides
51. **Dans la production de la malnutrition, les causes déterminantes sont les suivantes, À L'EXCEPTION DE:** (40) M
- A. Les carences nutritionnelles par déficit quantitatif et qualitatif
 - B. Les maladies infectieuses aiguës et chroniques
 - C. Les déficiences de soin
 - D. Les malformations congénitales
 - E. Les conditions environnementales défavorables
52. **L'état de nutrition d'un enfant de 1 an, avec le poids actuel de 7000 g, la taille actuelle de 65 cm, (Le poids idéal = 9000 g, Taille idéale = 75 cm) est évalué de la manière suivante:** (43) G
- A. L'indice statural (IS) = 0,86
 - B. L'indice de masse corporelle (IMC) = 0,86
 - C. L'indice de masse corporelle (IMC) = 0,77

- D. Selon l'IMC, le patient a le II-ème degré de dystrophie
E. Selon l'IMC, le patient a le I-er degré de dystrophie
53. **En ce qui concerne la malnutrition protéine calorique (MPC) I-er degré, les affirmations suivantes sont VRAIES:** (44) M
- A. Les téguments sont pâles
 - B. IMC = 0,90-0,76; IN = 0,90-0,81
 - C. La tolérance digestive et l'appétit sont réduits
 - D. Le tissu adipeux est diminué sur le thorax et sur l'abdomen
 - E. Aspect de nourrisson maigre
54. **En ce qui concerne la malnutrition protéine calorique (MPC) III-ème degré, les affirmations suivantes sont FAUSSES:** (44) M
- A. Déficit pondéral >40%
 - B. La courbe pondérale est descendante par paliers
 - C. La tolérance digestive est compromise, apparaît la diarrhée «de faim» ou infectieuse
 - D. Est difficilement réversible
 - E. Les téguments sont pâles
55. **Les énoncés suivants NE caractérisent pas le marasme nutritionnel:** (45) U
- A. Est la forme la plus sévère de malnutrition protéique, d'une gravité extrême
 - B. Est une maladie avec des déficits nutritionnels majeurs, qui intéresse toutes les principales nutriments, les vitamines et les oligo-éléments
 - C. L'abdomen est excavé et creusé
 - D. L'hépatomégalie apparaît par l'infiltration grasse du foie (stéatose)
 - E. Dans les formes extrêmes apparaît l'hypothermie, la bradycardie, la bradypnée et l'hyporéactivité
56. **En ce qui concerne la forme de malnutrition Kwashiorkor, les affirmations suivantes sont VRAIES:** (46) U
- A. Est une forme de malnutrition protéique, qui intéresse surtout le métabolisme protéique
 - B. Se caractérise par des oedèmes importants au niveau du visage et des membres
 - C. Apparaissent des modifications des phanères et des téguments
 - D. L'abdomen est excavé et un peu creusé
 - E. Présente un déficit pondéral constant
57. **La pathogénie complexe dans les formes graves de malnutrition se caractérise de la manière suivante:** (47) M
- A. L'hypoglycémie détermine l'hypoinsulinisme, avec la libération en circulation d'AG libres
 - B. Les processus de gluconéogénèse baissent
 - C. L'anabolisme protéique musculaire s'intensifie comme une conséquence de l'augmentation de la cortisolémie
 - D. La réduction du métabolisme basal avec hypotonie, bradycardie, tendance à la chute
 - E. L'hypernatrémie, la déshydratation intracellulaire, à cause des pertes digestives
58. **Dans la malnutrition, les critères d'évaluation de l'efficience du traitement sont:** (48) U
- A. La normalisation du transit intestinal

- B. La reprise de l'augmentation pondérale (apparaît en 6-8 semaines après la normalisation des selles)
 - C. Le redressement immun (25-30 jours)
 - D. La récupération clinique (en 2-3 semaines)
 - E. La normalisation psychique et motrice
59. **Les modifications osseuses rencontrées dans le rachitisme parentiel sont représentées par les suivantes, À L'EXCEPTION DE:** (51) U
- A. Le front «olympien»
 - B. Le thorax en forme de «cloche»
 - C. L'hyperlaxité ligamentaire
 - D. L'hyperexcitabilité neuromusculaire
 - E. La présence des «bracelets rachitiques» au niveau des membres supérieurs
60. **Conformément aux stages du rachitisme, le II-ème stage se caractérise par:** (52) U
- A. Hypocalcémie
 - B. Hypophosphatémie
 - C. Phosphatases alcalines élevées
 - D. Normocalcémie
 - E. Normophosphatémie
61. **Les signes pathognomoniques osseux radiologiquement évidentiés dans le rachitisme parentiel sont:** (52) M
- A. L'élargissement des métaphyses des os longs qui prennent l'aspect de «coupe» avec la ligne métaphysaire concave, irrégulière, estompée et dentelée
 - B. L'élargissement des métaphyses des os longs qui prennent l'aspect de «coupe» avec la ligne métaphysaire convexe, régulière, estompée dentelée
 - C. L'absence des spicules latéraux
 - D. Le retard d'ossification des noyaux de croissance, des diaphyses des os longs et des côtes
 - E. La présence des spicules latéraux
62. **En ce qui concerne le traitement du rachitisme parentiel, les affirmations suivantes sont FAUSSES:** (53) G
- A. La prophylaxie du rachitisme chez l'enfant doit commencer dès le dernier trimestre de la grossesse
 - B. Pour la prophylaxie postnatale, il est recommandé d'utiliser des préparés de la vitamine D₃ solution orale, administrés chaque jour à partir de l'âge de 7 jours jusqu'à 12 mois
 - C. Le traitement curatif avec la vitamine D du rachitisme est recommandé uniquement après la confirmation clinique, radiologique et biologique du diagnostic
 - D. Les préparés injectables sont utilisés uniquement dans des cas exceptionnels: syndrome de malabsorption, atrésie des voies biliaires
 - E. Dans le cas du traitement curatif, on recommande 400-800 UI D₃/jour oralement, pour 6-8 semaines
63. **La carence en fer peut être déterminée par les mécanismes et causes ci-dessous:** (56) M
- A. L'épuisement rapide de certaines réserves quantitativement réduites: prématurité, grossesse gémellaire

- B. Apport élevé de protéines d'origine animale, régime lacté prolongé
 - C. Pertes élevées par hémorragie chronique, hémosidérinurie, exsudation protéique
 - D. Troubles d'absorption et digestives qui peuvent être sélectives (mucoviscidose, céliakie) ou globaux (maladie de Riley)
 - E. Nécessaire élevé: prématurité, dismaturité, puberté
64. **Les signes cliniques de déficit tissulaire en Fe dans l'anémie ferriprive sont les suivants, À L'EXCEPTION DE:** (56) U
- A. Troubles trophiques des téguments et des muqueuses
 - B. Pâleur
 - C. Rhagades commissurales
 - D. Friabilité des ongles
 - E. Fatigabilité
65. **La carence pré-latente en Fe se caractérise par:** (58) U
- A. Réserves de Fe absentes
 - B. Fer sérique normal
 - C. Fer sérique réduit
 - D. Ferritine sérique réduite
 - E. Coefficient de saturation de la transferrine réduit
66. **En ce qui concerne les formes cliniques d'anémie ferriprive, les affirmations suivantes sont FAUSSES:** (58) M
- A. L'anémie de fer nutritionnelle est la conséquence d'un apport alimentaire de fer inadéquat
 - B. L'anémie post-hémorragique chronique est réversible sous ferrothérapie, dans les conditions de la résolution des manifestations hémorragiques
 - C. L'anémie du prématuré est définie par son apparition précoce dans les 7-10 premiers jours de vie
 - D. L'hémosidérose pulmonaire est la forme la plus fréquente, est définie par hémorragie pulmonaire intra-alvéolaire récidivante accompagnée par anémie ferriprive typique
 - E. Pica définit certaines habitudes alimentaires de consommation de certaines substances non comestibles
67. **Le traitement de l'anémie ferriprive vise la substitution avec du fer, de la manière suivante:** (59) M
- A. La prophylaxie commence dès la période prénatale et continue postnatal
 - B. Le traitement curatif a comme objet le rétablissement de l'homéostasie du fer
 - C. Les moyens diététiques visent l'initiation d'une alimentation correcte, en évitant le lait de vache et les farines
 - D. Comme traitement médicamenteux, l'on recommande l'administration de sels ferreux à voie orale
 - E. La transfusion de sang a des indications restreintes pour le traitement des formes très sévères, avec des valeurs de l'hémoglobine < 7 g/100 ml
68. **Dans les infections périnatales avec le virus varicello-zostérien et *Toxoplasma gondii*, les manifestations relativement spécifiques sont:** (62) U
- A. Calcifications intracrâniennes
 - B. Cataracte

- C. Microcéphalie
D. *Hydrops fetalis*
E. Anomalies cardiaques
69. **Les anomalies caractéristiques les plus fréquentes associées à la rubéole congénitale sont:** (63) M
A. Oculaires (cataracte, rétinopathie)
B. Cardiaques (persistance du canal artériel)
C. Osseuses («genu varum», «genu valgum»)
D. Neurologiques (microcéphalie, retard mental)
E. Dentaires (modifications des premières molaires, dents de Hutchinson)
70. **L'infection congénitale avec cytomégalovirus (CMV) est la cause principale de:** (64) U
A. Anomalies cardiaques
B. Hypoacusie neurosensorielle
C. Retard mental
D. Rétinopathie
E. Paralysie cérébrale
71. **En ce qui concerne la manière de transmission de l'infection néonatale avec le virus Herpes simplex (HSV), les affirmations suivantes sont VRAIES:** (65) M
A. Peut se transmettre de la mère même avant la naissance (infection intra-natale)
B. Peut se transmettre pendant l'accouchement, au moment du passage par le vagin (infection ascendante)
C. La transmission intra-utérine transplacentaire est aussi possible plus rarement
D. Peut être transmise dans la maternité d'un autre nouveau-né infecté (infection post-natale)
E. La naissance par césarienne augmente le risque de transmission intra-natale du virus
72. **Les tableaux cliniques de l'infection périnatale avec HSV peuvent être:** (66) M
A. Maladie disséminée (pneumonie, hépatite, choc)
B. Maladies neurologique (léthargie, fièvre, convulsions)
C. Maladie localisé (au niveau de la dentition, du canal auditif et oculaire)
D. Maladie disséminée (bactériémie, arthrite, méningite)
E. Maladie localisée (cutanée, oculaire, cavité buccale)
73. **Lesquels des énoncés suivants sont VRAIS sur l'infection périnatale avec *Chlamydia trachomatis*?** (68) G
A. Est l'infection congénitale la plus fréquente dans les pays développés
B. La localisation la plus fréquente de la colonisation est celle oculaire (70%)
C. La conjonctivite néonatale apparaît en 5-14 jours après la naissance et dure 1-2 semaines
D. La pneumonie apparaît en 2-19 semaines après la naissance et se caractérise par l'absence de la fièvre
E. La prophylaxie topique avec nitrate d'argent, érythromycine ou tétracycline est efficace dans la prophylaxie de la conjonctivite avec *C. trachomatis*
74. **La triade de Hutchinson suppose la coexistence de:** (69) M
A. Malformations dentaires (dents de Hutchinson)
B. Lésions oculaires (kératite interstitielle)

- C. *Hydrops fetalis*
D. Anémie
E. Surdité causée par l'affection du nerf crânien VIII
75. **Les tests sérologiques tréponémiques incluent:** (69) M
A. Les test de l'absorption des anticorps fluorescents antitréponémiques (FT-ABS)
B. Le test direct des anticorps fluorescents anti-*Treponema pallidum* (DFA-TP)
C. Le test de la microhémagglutination pour *T. pallidum* (MHA-TP)
D. Le test de l'agglutination des particules de *T. pallidum* (TP-PA)
E. Le test VDRL (Venereal disease research laboratory)
76. **Un cas confirmé de syphilis congénitale est celui où:** (70) M
A. Le nouveau-né d'une mère séropositive a des signes cliniques, des modifications de LCR ou des lésions osseuses sur les radiographies
B. Les tréponèmes sont prouvées par microscopie dans un champs obscur
C. Le titre du nouveau-né d'anticorps non-tréponémiques est 4 fois plus élevé que celui de la mère
D. Le nouveau-né présente un test sérologique tréponémique pour les anticorps du type IgM positifs
E. La mère avec sérologie positive n'a pas été traitée, incorrectement traitée ou traitée il y a moins d'un mois par rapport à la naissance
77. **Dans l'infection congénitale avec *Toxoplasma gondii*, le diagnostic sérologique est basé sur:** (72)
G
A. La présence des anticorps spécifiques du type IgA ou IgM pendant les 6 premiers mois de vie
B. L'isolement du micro-organisme du placenta ou du sang du cordon ombilical
C. L'augmentation des anticorps spécifiques du type IgG chez le nourrisson par rapport au titre de la mère
D. La persistance des anticorps spécifiques du type IgG après l'âge de 6 mois
E. Tests PCR pour le liquide amniotique ou LCR

X. NEUROLOGIE

Complément simple:

1. **En ce qui concerne les artères carotides internes, les affirmations suivantes sont vraies, À L'EXCEPTION DE:** (76) U
A. Chaque artère provient de la bifurcation a. carotides communes de chaque partie
B. L'a. carotide commune gauche a son origine dans l'arche aortique
C. L'a. carotide commune droite a son origine dans la bifurcation du tronc brachycéphalique
D. Dans leur trajet latérocervical vers la base du crâne, les aa. carotides internes donnent naissance à l'artère ophtalmique
E. Chaque artère pénètre dans la boîte crânienne par le trou déchiré antérieur
2. **Lequel des énoncés suivants concernant la barrière hémato-encéphalique (BHE) est FAUX?** (79)U
A. Assure dans des conditions optimales la nutrition du tissu nerveux

- B. Ne permet pas l'évacuation vers la circulation veineuse des substances résultées du métabolisme cellulaire
- C. Un rôle important dans la réalisation des fonctions majeures de la BHE est celui du contrôle hémodinamique local, réalisé par la fonction endothéliale normale et des péricites
- D. A la capacité de réaliser de manière contrôlée le passage transendothélial de certaines composantes biochimiques utiles du sang capillaire
- E. La fonction antithrombotique de l'endothélium BHE assure la fluidité normale de la circulation capillaire
3. **Les aspects essentiels de la physiopathologie de l'ischémie cérébrale NE font PAS référence à:** (84) M
- A. Le dépassement des possibilités d'autoréglage de la circulation cérébrale dans le territoire du vaisseau affecté, en même temps avec une réaction vasomotrice dans le voisinage du foyer ischémique et même à distance par rapport à celui-ci
- B. Les altérations profondes métaboliques intriquées avec celles inflammatoires et qui apparaissent dans la zone d'infarctus cérébral, surtout dans la zone de pénombre ischémique
- C. Les réactions vasculaires et l'altération de la BHE, générées par certains phénomènes
- D. La pénétration de l'eau dans les cellules du tissu nerveux, ayant comme conséquence l'apparition de l'oedème cérébral dans la zone d'infarctus
- E. La baisse réactive de la pression artérielle systémique qui représente un phénomène adaptatif de redressement de la perfusion cérébrale
4. **Les AVC lacunaires NE se caractérisent PAS par:** (87) G
- A. Représentent une entité clinique-imagistique, qui se réfère aux AVC de petites dimensions
- B. Sont localisés dans le territoire des aa. centrales/perforantes de la base des hémisphères cérébraux et des aa. para-médiennes
- C. Dans plus de 85% des cas, ils sont la conséquence de certaines embolies du type atérothrombotique
- D. Peuvent se manifester du point de vue clinique par des syndromes neurologiques relativement caractéristiques
- E. Un très grand nombre d'infarctus lacunaires sont cliniquement silencieux au moment de leur production
5. **Sur les AVC cardioemboliques, on NE peut PAS affirmer que:** (88) G
- A. Ont une sévérité élevée et représentent 20-40% des AVC ischémiques
- B. La cause la plus fréquente est la fibrillation atriale
- C. Ont un grand risque de récurrences (environ 10%/an)
- D. L'identification des malades est extrêmement importante, parce que l'institution d'un traitement de prévention secondaire attire une baisse importante des récurrences d'AVC
- E. Ont une tendance plus réduite vers la transformation hémorragique rapide
6. **Les signes précoces tomodensitométriques qui confirment la nature ischémique des AVC sont, À L'EXCEPTION DE:** (92) M
- A. L'effacement des girations corticales dans une zone d'un hémisphère cérébral
- B. L'effacement de la ligne de démarcation entre le cortex et la substance blanche subcorticale dans une zone du cerveau
- C. L'augmentation de la densité dans une zone du cerveau superposable sur un territoire vasculaire et qui correspond du point de vue topographique à la localisation des signes cliniques

- D. L'effacement unilatéral du «dessin» normal des structures de la région des ganglions de la base
 - E. La présence du contraste spontané des a. cérébraux moyens lésés correspondant au tableau clinique
7. **Lequel des énoncés suivants concernant les mesures thérapeutiques spécifiques d'urgence de l'AVC ischémique est FAUX? (95) G**
- A. La thérapie de reperfusion avec rtPA administré iv, dans une fenêtre thérapeutique de maximum 4,5 heures dès l'apparition du premier signe clinique d'AVC
 - B. Pour l'occlusion d'artère basilaire, on peut faire une fibrinolyse
 - C. Avant la fibrinolyse, il faut réduire les valeurs de la pression au-dessous 185/110 mmHg
 - D. Les héparines avec poids moléculaire réduit sont recommandées en 24-72 heures après le début de l'AVC
 - E. Dans les 48 premières heures suivant la production d'un AVC ischémique, l'on recommande l'aspirine à voie orale ou associée avec dipyridamol
8. **Les facteurs de risque associés avec une plus grande fréquence des AVC hémorragiques peuvent être, À L'EXCEPTION DE: (98) U**
- A. HTA chronique
 - B. La vieillesse
 - C. Le sexe féminin
 - D. La présence des allées ApoE2 et ApoE4
 - E. La présence des microsaignements cérébraux
9. **En ce qui concerne le traitement des HSA anévrismales, les affirmations suivantes sont vraies, À L'EXCEPTION DE: (105) M**
- A. La baisse des valeurs de la TA peut favoriser le resaignement et l'augmentation des valeurs facilite l'apparition du vasospasme et de l'ischémie cérébrale tardive
 - B. On peut utiliser des antifibrinolytiques, mais uniquement dans la période précoce et limitée jusqu'à la cure chirurgicale/endovasculaire de l'anévrisme
 - C. Le traitement du vasospasme cérébral commence avec la gestion précoce de l'anévrisme rompu
 - D. La correction de la natrémie peut se faire par administration d'acétate de fludrocortizone et de solution saline hypertonique
 - E. Si les patients ont eu dans le passé des crises épileptiques, l'on recommande le traitement anticonvulsivant

Complément multiple:

10. **Les branches terminales des aa. carotides internes distribuées vers l'irrigation du parenchyme cérébral NE sont PAS: (77) U**
- A. Aa. cérébrales antérieures
 - B. Aa. cérébrales moyennes (sylviennes)
 - C. Aa. choroïdiennes antérieures
 - D. Aa. ophtalmiques
 - E. A. spinale antérieure
11. **La maladie des petits vaisseaux cérébraux apparaît au niveau de: (78)**
- A. Aa. centrale

- B. Aa. cérébrale
 - C. Aa. para-médiennes
 - D. Branches du polygone de Willis
 - E. Aa. cérébrales dans leurs segments proximaux
12. **En ce qui concerne les principaux systèmes hémodynamiquement adaptatifs par lesquels on peut assurer la circulation colatérale au niveau de l'encéphale, sont VRAIES:** (79) M
- A. Le rôle fonctionnel majeur du polygone de Willis est celui de protéger le tissu cérébral par les lésions désastreuses de l'obstruction de l'une des artères majeures
 - B. Lorsque le polygone de Willis devient non-fonctionnel, une augmentation du débit sur l'une des artères cervicales avec destination cérébrale peut être la cause d'un infarctus massif
 - C. Les anastomoses leptoméningéales sont réalisées dans l'espace sous-arachnoïdien entre les branches corticales de frontière des 3 artères cérébrales majeures
 - D. Les anastomoses des branches aa. carotides externes et celles des aa. carotides internes et vertébrales limitent les conséquences lésionnelles au niveau de l'encéphale, lorsqu'il y a une obstruction vasculaire majeure sur un vaisseau d'apport artériel vers le tissu cérébral
 - E. L'anastomose la plus importante est celle qui se réalise entre les branches des artères méningéales et les branches provenant des aa. carotides internes
13. **L'autorégulation de la circulation cérébrale se réalise par la participation de certains types de mécanismes majeurs et se caractérise par:** (81) M
- A. Fonctionnent en interdépendance et ont une pondération fonctionnelle différente dans de divers segments du lit vasculaire cérébral
 - B. Les mécanismes neurogènes agissent surtout au niveau des artères cérébrales grandes et de celles leptoméningéales
 - C. Les mécanismes métaboliques sont essentiels pour l'adaptation régionale et locale du débit sanguin cérébral au niveau des petits vaisseaux intra-parenchymateux et au niveau de la microcirculation cérébrale
 - D. La dépendance face aux besoins métaboliques se réalise par des substances ayant un effet vasoconstricteur local
 - E. La fonction endothéliale est essentielle dans tous les segments du lit vasculaire pour la régulation de la vasomotricité cérébrale
14. **Sélectez les énoncés VRAIS concernant l'AIT:** (85) U
- A. Est une forme réversible d'AVC ischémique
 - B. Détermine des lésions structurales cérébrales
 - C. Est un épisode de courte durée de dysfonction déterminée par une ischémie focale cérébrale ou rétinienne
 - D. Les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure et sans des preuves pour un infarctus aigu
 - E. S'impose le diagnostic différentiel avec d'autres conditions neurologiques avec des manifestations paroxystiques ayant une durée relativement courte
15. **En ce qui concerne l'étiologie des AVC ischémiques, les suivantes sont VRAIES:** (84) M
- A. Les AVC ischémiques les plus fréquents sont les AVC cardioemboliques
 - B. Sur la deuxième place on retrouve les AVC ischémiques atérothrombotiques
 - C. La fibrillation atriale rhumatismale est la cause la plus fréquente d'AVC cardioembolique

- D. Parmi les causes concernant la pathologie de la paroi vasculaire, la dissection de aa. cervico-cérébrales est la cause la plus fréquente chez les malades < 45 ans
E. Il y a un pourcentage important d'AVC ischémiques cryptogéniques (15-20%)
- 16. Sélectionnez les affirmations VRAIES concernant le mécanisme de production de l'attaque ischémique transitoire (AIT): (85) M**
- A. Le mécanisme hémodynamique suppose l'existence d'une sténose artérielle significative
 - B. Apparaît le plus fréquemment à cause d'un trouble de coagulation
 - C. Le mécanisme thromboembolique peut se produire par une embolie plaquettaire artéro-artérielle
 - D. Le mécanisme thromboembolique peut se produire de temps en temps par une embolie de petites dimensions qui provient de toute autre source emboligène
 - E. Rarement, peut être causé par une microangiopathie inflammatoire
- 17. En ce qui concerne les formes de l'infarctus cérébral, les déclarations suivantes sont FALSES: (86) G**
- A. Les infarctus cérébraux silencieux n'ont aucune expression clinique au moment de leur production, mais peuvent être identifiés par l'IRM
 - B. Les infarctus cérébraux deviennent symptomatiques en termes d'une détérioration clinique progressive au fil du temps
 - C. Les infarctus cérébraux sont une conséquence majeure de gros vaisseaux cérébrale et des embolies cardiaques et
 - D. Les micro-infarctus cérébraux sont le résultat de petits vaisseaux du cerveau, de cause hypertensive
 - E. Les infarctus lacunaires sont une conséquence de microangiopathies autres que ceux causées par l'hypertension chronique
- 18. Les syndromes lacunaires peuvent être subdivisés dans les suivantes formes cliniques classiques: (88) U**
- A. Hémi-parésie purement sensorielle
 - B. Hémi-hypoesthésie purement motrice
 - C. Sindrome dysarthrie – main incapacité
 - D. Hémi-parésie ataxique
 - E. Hémi-parésie sensorio-motrice
- 19. Les syndromes survenant dans les lésions obstructives des branches collatérales du système artériel vertebrobasilar sont: (91) U**
- A. Sd. de aa. paramédians et circonférentiels , aa. vertébrales et basilaires
 - B. Sd. de a. cérébelleuse postero-inférieure
 - C. Sd. de a. cérébelleuse antero-inférieure
 - D. Sd. de a. cérébelleuse antero-supérieure
 - E. Sd. de a. cerebrală antérieure
- 20. En ce qui concerne le syndrome de Wallenberg, les déclarations suivantes sont VRAIES: (91) M**
- A. Il est appelé syndrome bulbaire ou le syndrome médian inter-olivaire
 - B. Il se caractérise par un trouble alterne de sensibilité thermo-algésique (trigéminal controlatéral et spino-réticulaire thalamique ipsilatéral)
 - C. Il est associé à des signes ipsilatéraux du tronc cérébral (syndrome cérébelleux)

- D. Il est associé à des signes contre-latéraux du tronc cérébral (syndrome de Horner)
 - E. Il est associé à un syndrome vestibulaire, dysphagie, hoquet
21. **En ce qui concerne l'éco échographie Doppler des vaisseaux du cerveau, on peut dire que:** (93) G
- A. Elle exige la ligne d'urgence I
 - B. Il est très utile après l'imposition d'un traitement d'urgence
 - C. Il consiste à examiner les aa. carotides internes du segment cervical et aa. vertébrales
 - D. Il n'est pas obligatoire d'être complété par Doppler transcrânien (TCD)
 - E. Il est un procédé d'imagerie de choix en cas de suspicion de dissection artériale dans un vaisseau cervico-cérébral
22. **Les mesures thérapeutiques générales d'urgence de l'AVC ischémique se réfère à:** (94) M
- A. Thérapie de reperfusion avec rtPA administré iv
 - B. Administration de l'oxygène si la saturation est inférieure à 95%
 - C. Au moins les premières 24 heures, pour maintenir l'équilibre hydrique s'utilise solution saline 0,9% et solutions glucosées
 - D. En AVC aigu ne se recommande l'abaissement de routine de la tension artérielle, lorsque les valeurs TA sont extrêmement élevés (>220/120 mmHg)
 - E. La prophylaxie antibiotique est recommandée chez les patients immunocompétents
23. **Les mesures thérapeutiques spécifiques d'urgence de l'AVC ischémique se réfère à:** (95) U
- A. La thérapie de reperfusion avec rtPA administré iv, au plus de 4,5 heures après l'apparition du premier signe clinique d'AVC
 - B. Administration d'oxygène, si la saturation tombe en dessous de 95%
 - C. La prophylaxie antibiotique est déconseillée chez les patients immunocompétents
 - D. En AVC qui ne répond pas à la thérapie par avec fibrinolyse rtPA, est recommandé reperfusion par une procédure interventionnelle neuroradiologique endovasculaire
 - E. Chez les patients atteints de dysphagie considérable, il est recommandé de commencer le plus tôt possible la réalimentation, par sonde nasogastrique
24. **Les principales recommandations pour la prévention secondaire après un AVC ischémique sont:** (96) U
- A. La diminution du LDL-cholestérol sous 120 mg/dl
 - B. Valeurs inférieures à 110 mmHg pour TA systolique et pour TA 70 mmHg diastolique
 - C. Thérapie antithrombotique - obligatoire
 - D. Endartériectomie, méthode de choix pour la sténose extracrânienne symptomatique de a. de la carotide interne
 - E. L'angioplastie carotidienne percutanée endovasculaire est recommandé chez les patients présentant une sténose carotidienne symptomatique significativement hémodynamiquement
25. **En ce qui concerne la thérapie plaquettaire antiagrégante, utilisée dans la prévention secondaire après un AVC ischémique, les déclarations suivantes sont VRAIES:** (96) G
- A. Il est obligatoire, sauf si le patient présente une indication pour la thérapie d'anticoagulation
 - B. On préfère clopidogrel seul (en monothérapie)
 - C. Nous préférons l'aspirine en monothérapie en première ligne
 - D. Comme alternative, l'association entre l'aspirine et dipyridamole
 - E. Le traitement d'association avec le clopidogrel plus aspirine peut être utilisé chez les patients qui ont eu un accident vasculaire cérébral ischémique et l'angor instable

- 26. Lequels des énoncés suivants liés à un traitement anticoagulant utilisé en prévention secondaire après un AVC ischémique sont FAUX? (97) M**
- A. Il est recommandé chez les patients qui ont des crises épileptiques incomplètement contrôlées
 - B. Il peut être fait avec dicumarine ou anticoagulantes non-antivitamine K et avec non-antrithrombotiques nouvelles
 - C. Il est la recommandation de la première ligne chez les patients atteints de fibrillation auriculaire
 - D. Il n'est recommandé chez les patients présentant une hémorragie gastro-intestinale ou une faible compliance
 - E. Il n'est recommandé pour les grandes athéromes aortiques et les anévrismes fusiformes d'a. basilaire
- 27. Sélectionnez les déclarations VRAIES sur la thérapie endovasculaire chirurgicale et interventionnelle utilisée dans la prévention secondaire après un AVC ischémique: (97) M**
- A. L'angioplastie carotidienne endovasculaire percutanée est recommandée dans les sténoses symptomatiques intracrânienne
 - B. L'endartériectomie est recommandée dans la sténose asymptomatique significative hémodynamiquement chez les jeunes sans autres facteurs de risque vasculaire importants
 - C. L'endartériectomie carotidienne devrait être pratiquée le plus tôt possible après le dernier épisode ischémique, généralement pas plus de 2 mois
 - D. Non recommandé pour les sténoses artérielles carotidienne asymptomatiques
 - E. L'angioplastie carotidienne endovasculaire percutanée est recommandée pour les sténoses post-irradiation
- 28. En ce qui concerne l'étiologie des hémorragies cérébrales intraparenchymateuses les énoncés suivants sont FAUX: (98) M**
- A. Elles sont le résultat des changements chroniques des qualités structurelles dans les parois vasculaires
Sunt consecința modificărilor cronice ale calităților structurale ale pereților vasculari
 - B. La cause la plus fréquente chez les jeunes sont les malformations vasculaires
 - C. Chez les adultes d'âge moyen (50-70 ans) la plus commune cause c'est l'angiopathie amyloïde
 - D. Chez les patients âgés de plus de 70 ans, la cause principale est la maladie des petits vaisseaux causée par l'hypertension chronique
 - E. D'autres causes, mais moins fréquemment, sont des troubles de la coagulation
- 29. Dans les hémorragies cérébrales intraparenchymateuses les plus importants facteurs pronostiques négatifs par rapport à la survie sont les suivants: (100) U**
- A. Un œdème cérébral grave
 - B. Le jeune âge
 - C. Le volume augmenté de l'hématome et de forme irrégulière
 - D. Le score Glasgow (CGS) augmenté associé aux valeurs plus hauts de TA à l'admission
 - E. Localisation infratentorielle
- 30. En ce qui concerne les mesures thérapeutiques générales utilisées dans les hémorragies cérébrales intraparenchymateuses, les énoncés suivants NE sunt pas vrais: (101) M**
- A. HTA doit être traitée rapidement si elle a des valeurs supérieures à 180/110 mmHg
 - B. HTA doit être traitée rapidement, lorsque la pression artérielle moyenne (MAP) est supérieure à 130 mmHg

- C. Les statines sont recommandés, car ils diminuent le risque de récidive hémorragique cérébrale
 - D. Pour prévenir les récidives hémorragiques, la cible thérapeutique de la TA chez les patients souffrant de diabète ou de maladie rénale chronique devrait être de 140 mmHg pour TA systolique et 90 mmHg pour TA diastolique
 - E. La cible thérapeutique de TA chez les patients atteints de la maladie hypertensive des petits vaisseaux devrait être de 130 mmHg pour TA systolique et 80 mmHg pour TA diastolique
31. **En se référant à des mesures thérapeutiques spécifiques utilisées dans les hémorragies cérébrales intraparenchymateuses, les suivants énoncés sont VRAIS:** (101) M
- A. Les patients ayant des troubles sévères de coagulation par déficit de coagulation ou trombocytopenie sévère, devraient bénéficier d'un traitement de substitution appropriée
 - B. Ils doivent recevoir substitution par des facteurs de coagulation dépendants de la vitamine K associé à l'administration iv de la vitamine K
 - C. Il est recommandé d'administer en monothérapie le facteur VIIa
 - D. Après l'arrêt du saignement sont recommandées petites doses d'héparine de bas poids moléculaire
 - E. Il est recommandé d'utiliser les statines, parce qu'elles diminuent le risque d'hémorragie cérébrale récurrente
32. **Les localisations les plus communs des anévrismes intracrâniens sont:** (103) U
- A. A. ophthalmique
 - B. A. péricaleuse
 - C. A. cérébrale postérieure
 - D. Partie antérieure du polygone de Willis
 - E. A. communicante postérieure
33. **L'examen clinique objectif neurologique et général dans le cas des hémorragies sous-arachnoïdienne révèle la présence de:** (105) U
- A. Les signes d'irritation méningée
 - B. Les signes Kernig, Brudzinski, Lasègue bilatérale, communs dans les premières heures suivant l'apparition
 - C. Saignements subhialoides prépapillaires, vu l'examen ophtalmoscopique
 - D. Globe vessie et rétention urinaire (parfois)
 - E. ROT diminuées / abolies dans les premières 4 heures suivant l'apparition des saignements
34. **En ce qui concerne le traitement de l'anévrisme HSA, ce qui suit est VRAI:** (105) M
- A. Les diminutions de TA peuvent favoriser le resaignement
 - B. L'utilisation de l'acide aminocaproïque et de l'acide epsilon-tranexamique est contre-indiqué
 - C. Le traitement du vasospasme cérébral commence avec prise en charge précoce de l'anévrisme rompu
 - D. la gestion de l'hyponatrémie se fait par l'administration de volumes accrues de fluides hypotoniques
 - E. La nimodipina est le seul médicament qui réduit le risque de vasospasme et ischémie cérébrale tardive

XI. RHUMATOLOGIE

Complément simple:

1. **Le facteur rhumatoïde peut être présent dans les catégories suivantes de personnes, À MOINS DE: (110)**
 - A. Les patients diagnostiqués avec cryoglobulinémie mixte essentielle
 - B. 10-15% des personnes en bonne santé
 - C. Les patients diagnostiqués avec l'hépatite auto-immune
 - D. 40% des personnes en bonne santé
 - E. Les infections bactériennes et virales transitoires
2. **Dans la polyarthrite rhumatoïde l'affection articulaire est caractérisée par: (114)**
 - A. La douleur et la raideur matinale qui dure au moins 60 minutes
 - B. Rougeur des téguments adjacents
 - C. Additivité
 - D. Asymétrie des articulations affectées
 - E. Le dommage fonctionnel survient soudainement
3. **Lequel des suivants types d'articulations N'est pas couramment affectés dans la polyarthrite rhumatoïde: (115)**
 - A. Les articulations diarthrodiales
 - B. Les articulations radiocubitocarpériennes
 - C. Les articulations interphalangiennes distales
 - D. Les articulations métacarpophalangiennes
 - E. Les articulations interphalangiennes proximales
4. **Parmi les modifications radiologiques les suivantes NE SONT PAS dans la polyarthrite rhumatoïde: (118)**
 - A. Subluxations et dislocations causées par la destruction du cartilage
 - B. Tuméfaction des tissus mous périarticulaires
 - C. Elargissement de l'espace articulaire à cause des erosions sous-chondrales
 - D. Rétrécissement des espaces articulaires
 - E. Érosions marginales, géodes et microgéodes
5. **Lequel des énoncés suivants en ce qui concerne le méthotrexate N'EST PAS VRAI: (121)**
 - A. Il est un analogue structural qui agit en inhibant l'enzyme dihydro-orotate-déshydrogénase
 - B. A des actions du type cytostatique, immunosuppressif et anti-inflammatoire
 - C. L'administration concomitante de l'acide folique diminue sa toxicité
 - D. Présente d'effets secondaires type oligospermie
 - E. Les réactions indésirables aux méthotrexate sont plus fréquents dans les 6 premiers mois
6. **Lequel des éléments suivants N'EST PAS une caractéristique du groupe A de la spondylarthrite ankylosante: (131)**
 - A. Psoriasis
 - B. Uvéite
 - C. Sacro-iliite prouvée par imagerie
 - D. Antécédents familiaux de spondylarthrite ankylosante
 - E. La présence de HLA-B27

7. **Lequel des énoncés suivants au sujet des maux de dos dans la spondylarthrite ankylosante est FAUX: (133)**
- A. S'améliore à l'effort physique
 - B. Elle se prolonge pendant au moins trois mois
 - C. Est fréquent chez les jeunes adultes de moins de 40 ans
 - D. Se développe habituellement dans la seconde moitié de la nuit
 - E. Est accompagnée par une raideur matinale de 30 minutes
8. **Lequel des énoncés suivants concernant l'hyperostose diffuse est VRAI: (137)**
- A. C'est une condition de type inflammatoire
 - B. Elle apparaît fréquemment chez les femmes de moins de 30 ans en raison de déséquilibres métaboliques
 - C. Elle est accompagnée par l'expansion thoracique anormale
 - D. Elle détermine une limitation marquée de mouvement dans les segments concernés
 - E. Présence de HLA-B27
9. **À l'examen radiologique dans la spondylarthrite ankylosante, la sacro-iliite grade III se caractérise par les suivants: (136)**
- A. Pseudo-élargissement des espaces articulaires due à des érosions subchondraux
 - B. Susceptible de sacri-iliite avec aspect brumeux de l'articulation
 - C. Sclérose péri-articulaire avec la diminution de l'interligne articulaire
 - D. Ankylose des articulations sacro-iliaques
 - E. Formation des ponts osseux entre le sacrum et l'iliaque
10. **Lequel des énoncés suivants au sujet de l'arthrite invalidante N'EST PAS VRAI: (143)**
- A. C'est rare comme manifestation du début
 - B. C'est une forme extensive-ostéolytique en affectant toujours les phalanges proximales
 - C. Associée au dommage des métacarpiens et métatarsiens
 - D. Associée au psoriasis cutané élargi
 - E. Associée à la forme axiale de la spondylarthrite axiale
11. **Le plus sensible réactif de phase aiguë de l'arthrite psoriasique est: (144)**
- A. VSH accéléré
 - B. Valeurs accrues de l'acide urique
 - C. Niveaux accrues des immunoglobulines A
 - D. Niveau sérique de l'amyloïde A
 - E. La présence des complexes immuns circulants
12. **Lequel des énoncés suivants concernant l'utilisation de la photochémotherapie dans l'arthrite psoriasique est VRAIE: (148)**
- A. Elle a un effet constant sur l'arthrite psoriasique périphérique
 - B. Elle n'est pas considérée comme un facteur de risque dans le cancer de la peau
 - C. Elle a un effet néfaste pour le contrôle des lésions cutanées
 - D. Elle présente un risque d'accumulations toxiques et l'incidence accrue du cancer de la peau
 - E. Utilisation des UV de type B à bande étroite indiquent un risque accru de cancérogénicité
13. **Lequel des énoncés suivants sur l'affection des lésions articulaires dans le lupus érythémateux disséminé N'EST PAS VRAI: (154)**

- A. C'est une atteinte polyarticulaire symétrique
 - B. Elle affecte principalement les grosses articulations
 - C. Elle peut également affecter l'articulation du genou
 - D. La synovite exsudative est généralement minime
 - E. Les symptômes douloureux visent les parties molles périarticulaires
14. **Lequel des éléments suivants est une des lésions cutanées subaiguës dans LES:** (155)
- A. Rash malaire
 - B. Lupus bulleux
 - C. Blessures papulosquameuses
 - D. Érythème généralisé
 - E. Panniculite
15. **Lequels de la classification suivante représente classe IV type C dans la classification de la néphrite lupique:** (158)
- A. Une néphrite proliférative focale avec l'affaiblissement de <50% glomérules, les lésions sont chroniques et inactives
 - B. Une néphrite proliférative diffuse avec l'affaiblissement de <50% des glomérules, les lésions sont chroniques et inactives
 - C. Une néphrite proliférative diffuse avec l'affaiblissement de > 50% des glomérules, sont des lésions actives et chroniques
 - D. Une néphrite proliférative diffuse avec l'affaiblissement de > 50% des glomérules, les lésions sont chroniques et inactive
 - E. Une néphrite proliférative diffuse avec l'affaiblissement de > 50% des glomérules, les lésions sont actives
- Complément multiple:**
16. **Lequel des éléments suivants NE SONT PAS facteurs facilitant dans la polyarthrite rhumatoïde:** (110)
- A. Fumer
 - B. Présence de HLA-B27
 - C. Le sexe féminin
 - D. L'infection au *Candida albicans*
 - E. Facteur rhumatoïde positif
17. **Dans la polyarthrite rhumatoïde, la synovite stade effusive se manifeste par les suivants:** (111)
- A. Hyperplasie de la membrane synoviale
 - B. La présence de pannus synovial
 - C. œdème interstitiel
 - D. La présence d'un tissu de granulation, hypertrophié et hipervascularisé
 - E. Cellules endothéliales altérées
18. **Les effets advers les plus communs avec la sulphasalazine sont, SAUF:** (122)
- A. Leucopénie avec neutropénie
 - B. Fibrose pulmonaire
 - C. Nausées, vomissements, douleurs abdominales et la diarrhée
 - D. Fibrose hépatique

- E. La présence du pruritus
19. **Lequel des énoncés suivants concernant le liquide synovial laexamenu dans la polyarthrite rhumatoïde sont FAUX:** (118)
- A. Il a du caractère de transsudat
 - B. La présence du facteur rhumatoïde PMN absent 75%
 - C. La concentration du complément est augmentée
 - D. La concentration de la glucose peut être très élevée
20. **Dans la polyarthrite rhumatoïde, les déclarations suivantes au sujet du syndrome du canal carpien sont VRAIES:** (115)
- A. Elle affecte la moitié des doigts IV et V
 - B. Elle est déterminée par l'élasticité accrue du ligament transverse carpien
 - C. Elle génère la douleur et l'engourdissement dans le territoire du nerf médian
 - D. Elle est causée par une inflammation du ligament carpien et inélasticité du ligament transversal
 - E. Elle affecte les doigts I, II, III et la moitié de IV
21. **Dommages "col de cygne" au mains dans la polyarthrite rhumatoïde se manifestent par la suite SAUF:** (115)
- A. Hyperextension des interphalangiennes distales et flexion des interphalangiennes proximales
 - B. Raccourcissement des muscles interosseux à effet de traction sur les tendons extenseurs
 - C. Hyperextension des interphalangiennes proximales et flexion des interphalangiennes distales
 - D. Adduction excessive du premier métacarpien
 - E. Raccourcissement des muscles interosseux à effet de traction sur les tendons flexeurs
22. **Les énoncés suivants sont faux sur kyste de Baker, SAUF:** (116)
- A. Il est une accumulation de graisse
 - B. Il est due à une augmentation de la pression intra-articulaire
 - C. Généralement fuse dans la musculature antérieure de la jambe
 - D. Il se caractérise par la présence du liquide synovial dans le compartiment postérieur articulaire
 - E. Il peut être interprété comme une thrombophlébite profonde
23. **Dans la polyarthrite rhumatoïde, à l' examen radiologique se révèle ce qui suit, SAUF:** (118)
- A. Ostéoporose juxta-articulaire
 - B. Élargissement de l'espace articulaire
 - C. Subluxations et dislocations dues à la destruction du cartilage, des capsules, des tendons, des ligaments et des os
 - D. Image de colonne "de bambou"
 - E. Tuméfaction des parties mous périarticulaires
24. **Les énoncés suivants concernant l'utilisation de la corticothérapie dans la polyarthrite rhumatoïde sont VRAIS:** (120)
- A. Elle est utilisée comme une «thérapie de pont» dans l'initiation de la thérapie rémittente
 - B. Elle est administrée locale dans les grandes articulations où l'inflammation persiste
 - C. Ne pas utiliser dans les manifestations systémiques
 - D. Elle a des effets symptomatiques à installation lente

- E. Elle a des effets néfastes négligeables
25. **Lequel des énoncés suivants au sujet de l'utilisation de l'éflunomide sont VRAIS:** (122)
- A. Il est donné une fois par semaine
 - B. Il est un immunosuppresseur qui agit en inhibant la dihydro-orotate-déshydrogénase
 - C. La réponse thérapeutique maximale survient après 4 semaines
 - D. Il ne ralentit pas la progression de radiologique
 - E. Il conduit souvent à des réactions indésirables de type hypotension artérielle
26. **Lequel des énoncés suivants liés à la physiothérapie dans les spas de polyarthrite rhumatoïde NE SONT PAS VRAIS:** (125)
- A. Elle prévient l'ostéoporose et les atrophies musculaires
 - B. Elle peut être appliquée pendant une exacerbation
 - C. Elle doit être appliquée seulement au stade de la rémission de la maladie
 - D. Elle devrait être appliquée que dans l'exacerbation
 - E. Elle peut soulager la douleur et réduire l'inflammation
27. **L'arthrose est différente de la polyarthrite rhumatoïde par le suivant:** (120)
- A. Rigidité articulaire de moins de 30 minutes
 - B. La douleur est accentuée par l'effort
 - C. Dépréciation articulaire symétrique
 - D. Présence du facteur rhumatoïde dans l'arthrose
 - E. La présence d'ostéophytes dans l'arthrose
28. **Dans la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Felty se caractérise par les éléments suivants SAUF:** (117)
- A. Neutrophilie
 - B. Neutropénie
 - C. Splénomégalie
 - D. Cardiomégalie
 - E. Hépatomégalie et lymphocytose
29. **Lequel des énoncés suivants au sujet de rituximab sont VRAIS:** (124)
- A. Il est un anticorps monoclonal complètement humanisé
 - B. Il est dirigé contre le récepteur de CD28 sur la surface du lymphocyte T
 - C. Utilisé avec succès dans le traitement des lymphomes de Hodgkin
 - D. Améliore les symptômes cliniques dans la polyarthrite rhumatoïde et arrête la progression des dommages structuraux
 - E. Administré par voie intraveineuse
30. **Les énoncés suivants sur le certolizumab sont FAUX:** (123)
- A. Il est un anticorps monoclonal chimérique
 - B. Il est un récepteur soluble du TNF- α
 - C. Il se compose seulement du fragment Fab de la molécule de l'immunoglobuline pégylé
 - D. Administration sous-cutanée pour deux semaines
 - E. Le fragment Fab de l'immunoglobuline est pégylé

31. **Les principaux effets secondaires de la thérapie bloquant le TNF- α -sont, SAUF:** (123 - 124)
- A. Aggravation de l'insuffisance cardiaque
 - B. Fibrose pulmonaire
 - C. Risque de développer des tumeurs malignes
 - D. Fibrose hépatique
 - E. Risque élevée de réactivation de la tuberculose
32. **Lequel des énoncés suivants concernant les maladies des yeux dans la polyarthrite rhumatoïde sont spécifiques:** (117)
- A. Début de l'iridiocyclite
 - B. Début de la scléromalacie perforans
 - C. Affection oculaire secondaire au traitement à leflunomide
 - D. Apparition de la kératoconjonctive sicca
 - E. Début de l'épiclérite
33. **Lequel des éléments suivants NE SONT PAS traits caractéristiques importants des spondyloarthrites:** (129)
- A. oligoarthrite symétrique
 - B. dactylite
 - C. l'inflammation intestinale et cutanée
 - D. Entesa
 - E. Les lésions cutanées et génitales
34. **Dans la spondylarthrite ankylosante, des épisodes de l'uvéite aigue antérieure se manifeste par les suivants:** (135)
- A. Ils sont souvent bilatérales
 - B. Se caractérise par un édемation de l'iris
 - C. L'iris semble décoloré par rapport à celui controlatéral
 - D. La pupille a l'apparence irrégulière et est augmentée
 - E. La pupille est petite et peut apparaître souvent irrégulière en apparence dans la présence de synéchies
35. **Les critères cliniques pour le diagnostic de la spondylarthrite ankylosante New York sont:** (137)
- A. Limitation du mouvement de la colonne lombaire en plans sagittal et frontal
 - B. Sacro-iliite unilatérale degré 3-4
 - C. Lombalgie basse et rigidité pour plus de 3 mois à s'améliorer avec l'effort et ne disparaît pas au repos
 - D. Sacro-iliite > degré 2, bilatéral
 - E. Tous les critères ci-dessus sont cliniques
36. **Lequel des énoncés suivants concernant le développement de la spondylarthrite ankylosante sont VRAIS:** (137)
- A. L'apparition précoce de la maladie est associée à un moindre degré de sévérité
 - B. Les formes juvéniles sont marquées par des dommages aux articulations axiales
 - C. La présence de l'iritis récurrente est un facteur pronostique négatif
 - D. Le début juvénile de la maladie ne peut en aucune façon influencer le cours de la maladie
 - E. 15% des patients atteints de spondylarthrite ankylosante à début à l'âge de 15-16 ans nécessiteront au cours des 15 prochaines années une prothèse de la hanche

37. **Dans les cas graves de spondylarthrite / spondylartrite avec manifestations périphériques, le traitement de seconde ligne se compose des éléments suivants, SAUF: (138)**
- A. étanercept
 - B. métotrexat
 - C. glucocorticoïdes administrés parentéralement
 - D. Golimumab
 - E. Sulphasalazine
38. **Les principaux effets advers dans le traitement de la spondylite ankylosante avec des agents biologiques sont les suivants: (139)**
- A. Risque de réactions allergiques sévères
 - B. Faible risque de cancer, anti-TNF ayant un rôle dans la défense anti-néoplasique
 - C. Le risque d'anti- ADNdc
 - D. Risque d'induire l'immunogénicité
 - E. Risque de maladie démyélinisante
39. **Les dommages cardiovasculaires dans la spondylarthrite ankylosante se manifestent par la suite SAUF:(135)**
- A. Insuffisance aortique
 - B. Fibrillation atriale
 - C. Anomalies de la conduction
 - D. Crise Adam –Stokes
 - E. Myocardite
40. **L'administration de glucocorticoïdes dans la spondylarthrite ankylosante est caractérisée par(138)**
- A. L'administration orale a une efficacité accrue dans la spondylite ankylosante et dans d'autres spondylarthrites
 - B. L'administrarea parentérale est plus efficace que l'administration orale
 - C. Elles ont un effet modificateur de la maladie
 - D. Elles peuvent peut être administrées localement intraarticulairement dans l'arthrite périphérique
 - E. Elles peuvent peut être administrées intralésionalement en entésites
41. **Les lésions cutanées psoriasiques de l'arthrite psoriasique sont caractérisées par: (144)**
- A. La lésion spécifique cutanée est le placard érythémato-squameux
 - B. La présence des écailleuses détachables sans saignement
 - C. Se produisent principalement dans les zones de flexion
 - D. Apparaissent par préférence sur les coudes et les genoux
 - E. Le dommage aux ongles est toujours accompagné par des lésions cutanées
42. **Lequel des énoncés suivants N'EST PAS la thérapie de combinaison de choix pour les cas graves d'arthrite psoriasique sévère non-pertinente: (147)**
- A. Sulfasalazine et la cyclosporine
 - B. Antiinflammatoires non-stéroïdiennes et la sulfasalazine
 - C. Méthotrexate et cyclosporine
 - D. Sulfasalazine et des glucocorticoïdes

- E. Cyclosporine et antiinflammatoires non-stéroïdiennes
43. **L'arthrite psoriasique est caractérisée par ce qui suit SAUF:** (143)
- A. Asymétrie et préférence pour les grosses articulations
 - B. Elle est caractérisée par la possibilité de la conversion progressive
 - C. Elle a une évolution ultérieure limitée à quelques articulations
 - D. Elle est la plus courante manifestation de début
 - E. Elle implique généralement les grosses articulations
44. **Dans l'arthrite psoriasique ces éléments caractéristiques peuvent être identifiés sur les radiographies, SAUF:** (144)
- A. L'absence d'ostéoporose juxtaarticulaire
 - B. Présentation «en coupe» des extrémités distales phalangiennes réalisant l'aspect typique de «stylo plume dans l'encrier»
 - C. Aspect télescopé des doigts
 - D. Résorption des phalanges dans l'arthrite invalidante
 - E. Ostéolyse principalement aux métatarses
45. **Les facteurs environnementaux les plus fréquemment incriminés dans l'étiologie de l'arthrite psoriasique sont les suivants, SAUF:** (142)
- A. HLA-B57
 - B. Infection au streptocoque β-hémolytiques du type A
 - C. Gène PSORS1
 - D. HLA-DR4
 - E. Présence HLA-B27
46. **La spondylarthropathie caractérisé par les éléments suivants SAUF:** (143)
- A. La sacro-iliite est souvent bilatérale
 - B. Associe la sacro-iliite et affection à la colonne vertébrale avec arthrite périphérique de type oligoarticulaire
 - C. Associe douleur de type mécanique
 - D. Une évolution favorable
 - E. Associe douleur inflammatoire, rigidité et déficience fonctionnelle
47. **Le score PASI dans l'arthrite psoriasique est caractérisé comme suit:** (145)
- A. Évalue les lésions articulaires
 - B. Évalue la présence de la dactylite et de l'enthésite
 - C. Évalue l'érythème, l'infiltration et les écailles
 - D. Chaque lésion sera notée de 1 à 6
 - E. 1 sur l'échelle PASI signifie très peu représentée
48. **Lequel des énoncés suivants concernant le méthotrexate dans l'arthrite psoriasique sont VRAIS:** (147)
- A. Il est administré par voie sous-cutanée quotidienne 25mg
 - B. Dans l'administration du méthotrexate le procollagène I est surveillé
 - C. Représente la thérapie de premier choix
 - D. Sont surveillés les marqueurs de fibrose hépatique
 - E. Dans certains cas, la biopsie du foie est indiquée pour la surveillance

49. **Le traitement avec la cyclosporine dans l'arthrite psoriasique est caractérisé par, SAUF:** (147)
- A. influence favorablement les dommages de la peau
 - B. interfère avec la synthèse de l'IL-6
 - C. Contrôle la progression des formes polyarticulaires de maladie
 - D. Le dosage urinaire des métanéphrines est nécessaire
 - E. Interfère avec la prolifération kératinocytaire
50. **Lequel des énoncés suivants au sujet de l'alopecie dans LES sont VRAIS:** (155)
- A. L'alopecie est réversible dans toutes les formes de LES
 - B. L'alopecie est réversible seulement dans les formes subaiguës de LES
 - C. Dans les formes chroniques de LES on rencontre l'alopecie irréversible
 - D. Dans les formes aiguës et subaiguës de LES on rencontre l'alopecie réversible
 - E. L'alopecie est liée à l'administration des agents cytotoxiques
51. **Les lésions cutanéo-muqueux de LES est caractérisent par:** (154)
- A. Lésions subaiguës sont initialement érythémateusee, suite deviennent papulo-squameuses
 - B. K'apparition de l'érythème en ailes de papillon au niveau des éminances malaire, le sillon nasolabial et la pyramide nasale est non-spécifique
 - C. Les lésions subaiguës sont difficiles à distinguer des lésions du lichen plan
 - D. Elles s'associent aux anti-corps anti Ro et anti La
 - E. Les lésions aiguës sont accompagnées de hyperkératose, atrophie et laissent des cicatrices
52. **Lequelles des lésions cutannées suivantes sont spécifiques à LES:** (155)
- A. Érythème généralisé
 - B. Syndrome de Raynaud
 - C. Panniculite
 - D. Livedo réticulaire
 - E. Scléroderactylie
53. **Lequel des énoncés suivants concernant l'utilisation des antipaludéens de synthèse dans le LES sont VRAIS:** (162)
- A. Elles sont hyperlipémiantes
 - B. Elles sont indiqués en affections cutanées et articulaires et diminuent le risque de réactivation de la maladie
 - C. S'impose la surveillance ophtalmologique tous les 12 mois
 - D. La préparation la plus commune est Naproxen
 - E. L'effet s'installe en 6-12 semaines et atteint le maximum à 6 mois
54. **La pneumopathie capillaire en LES est caractérisé par:** (156)
- A. Elle est courante, mais est associée à une faible mortalité
 - B. Elle est associée à un syndrome antiphospholipidique
 - C. C'est un événement rare
 - D. Associe souvent le phénomène de Raynaud
 - E. C'est un événement rare et est associée à une faible mortalité
55. **Lequel des éléments neurologiques suivants de LES N'EST PAS de type périphérique:** (157)
- A. Méningite aseptique

- B. Myasthénie
 - C. Syndrome de démyélinisation
 - D. Plexopathie
 - E. Syndrome de la migraine et de l'hypertension crânienne bénigne
56. **La polysérosite dans le lupus érythémateux systémique NE se caractérise par:** (155)
- A. La pleurésie a été décrite dans environ la moitié des patients
 - B. L'épanchement pleural est habituellement unilatérale, en grande quantité
 - C. La pleurésie n'a été jamais rencontrée dans le lupus d'origine médicamenteuse
 - D. La péricardite est l'affection cardiaque la plus fréquente dans le lupus
 - E. La péritonite est rarement rencontrée dans les dommages séreuses
57. **Lequel des suivants sont critères cliniques en LES:** (160 – 161)
- A. Ulcères dans la bouche et le nez en l'absence d'autres pathologies
 - B. Synovitis avec dommages non plus de 2 articulations
 - C. Douleur de type péricarditique d'au moins 3 jours
 - D. Anémie hémolytique autoimmune
 - E. Thrombopénie, moins de 150.000 / mm³
58. **Les anticorps anti protéine P ribosomal en LES NE se caractérisent par:** (160)
- A. Fréquence 95%
 - B. Associé cliniquement à la psychose
 - C. Ils sont non spécifiques
 - D. Il n'y a pas de corrélation avec l'activité de la maladie
 - E. Ils sont associés cliniquement à l'altération diffuse de SNC
59. **Lequel des éléments suivants représente les effets advers caractéristiques de la cyclosporine:** (163)
- A. Hypertrophie gingivale
 - B. Hypotension
 - C. Néphrotoxicité
 - D. Cystite hémorragique
 - E. Hypertension
60. **Les effets advers spécifiques dans l'administration de mycophénolate mofétil en LES sont les suivants:** (163)
- A. Événements indésirables gastro-intestinaux
 - B. L'hypertrophie gingivale
 - C. Risque accru d'infection
 - D. Insuffisance ovarienne
 - E. Néphrotoxicité
61. **Lequel des éléments suivants de LES sont chroniques spécifiques:** (155)
- A. lésions polycycliques
 - B. Lésions généralisées discoïdes
 - C. Panniculite
 - D. Blessures papulo-squameuses

E. Lupus bulleux

62. **Lequel des éléments suivants décrits dans SLE sont des anticorps spécifiques:** (160)

- A. Anticorps anti-protéine P ribosomale
- B. Anticorps anti Ro
- C. Anticorps anti Sm
- D. Anticorps anti ADN dc
- E. Anticorps anti Histone

XII. CHIRURGIE GÉNÉRALE

Complément simple:

1. **Spécifiez l'option FALSE sur la douleur de l'appendicite aiguë:** (168) U

- A. Elle peut être exacerbée par l'exercice et la marche
- B. La toux souligne la douleur
- C. C'est décrite la position antalgique à la cuisse droite en flexion et enlèvement facile
- D. La douleur est type coliqueux
- E. Elle peut avoir un début soudain ou insidieux

2. **En ce qui concerne la palpation abdominale, dans une appendicite aiguë on peut dire les suivants, À L'EXCEPTION DE:** (168) U

- A. Le manœuvre Rowsing représente la mobilisation rétrograde des gaz, de la fosse iliaque gauche vers l'épigastre, avec la localisation de la distension douloureuse au niveau du cecum
- B. Le point Mac Burney c'est en pleine zone douloureuse
- C. Le signe de l'iliopsoase est effectué à l'aide de la rotation interne de la cuisse
- D. La douleur, l'hyperesthésie cutanée et la défense musculaire dans la fosse iliaque droite définissent la triade symptomatique Dieulafoy
- E. Le triangle douloureux Iacobovici est délimité médialement par le muscle abdominis droit

3. **En ce qui concerne le hydrops de la vésicule biliaire, l'option suivante est VRAIE:** (177) U

- A. Il représente la migration d'un calcul au niveau du duodénum
- B. On palpe dans l'hypochondre droit et il est sensible à la palpation, en tension avec des signes d'irritation péritonéale
- C. Le soustrat pathogène est représenté par l'inclavation d'un calcul au niveau de l'infundibulum
- D. Il a évolué avec une rémission spontanée, sûre, avec le déplacement du calcul et la rémission des symptômes
- E. À l'échographie on peut voir une image hypoéchogène, caractéristique avec la distension du cholecyste

4. **Quelle est la déclaration VRAIE concernant le traitement de la lithiasis biliaire?** (179) M

- A. L'existence d'un processus d'adhésion pericholecystique dense nécessite une intervention chirurgicale laparoscopique d'urgence
- B. L'étalon d'or est l'approche classique, chirurgical
- C. Le traitement antibiotique est curatif, les céphalosporines de 3e génération étant en première ligne
- D. Dans la cholécystite aiguë le traitement chirurgical a une caractère d'urgence

E. La cholecystendèse et la cholecystostomie sont effectuées chez les jeunes patients avec formes légères, ne nécessitant pas de cholécystectomie

5. Quel preuve biochimique peut déterminer l'existence du syndrome de la rétention biliaire: (182) M

- A. Bilirubinémie totale, principalement indirecte en proportion de 2/3
- B. Cholestérolémie à valeurs de plus de 250 mg / dl
- C. Phosphatase alcaline à valeurs supérieures à 150 U.I.
- D. GGT à valeurs plus de 200 U.I.
- E. Présence dans l'urine de l'urobilinogène

6. Le principale syndrome du canal biliaire est défini par la présence de la triade Charcot, qui se caractérise par les éléments suivants SAUF: (182) U

- A. Colique caldocienne caractérisée par la violence de la douleur localisée en épigastre
- B. Fièvre septique qui précède l'apparition des frissons
- C. La colique caldocienne peut être associée à des vomissements bilio-alimentaires qui soulagent la douleur
- D. La jaunisse se manifeste par des urines foncées et selles décolorées
- E. La jaunisse peut évoluer de manière ondulée

7. Le diagnostic de la pancréatite aiguë est mis sur la base des éléments suivants SAUF: (189) M

- A. Douleur abdominale localisée, sévère, épigastrique avec début insidieux
- B. Augmentation de l'activité de la lipase sérique trois fois plus élevée que les valeurs maximales normales
- C. L'aspect caractéristique sur CT avec contraste iv, échographie abdominale ou IRM
- D. Le diagnostic se mis sur au moins 2 critères
- E. La douleur avec début aiguë, persistante, épigastrique, avec irradiation "en barre"

8. En ce qui concerne la pathogenèse de la pancréatite aiguë, une activation prématuée de la trypsine dans les cellules acineuses pancréatiques est obtenu par le mécanisme suivant: (190) G

- A. Le clivage de la trypsine au trypsinogène par hydrolyse lysosomale cathepsine-B
- B. La libération des facteurs chimiotactiques met en circulation les cellules inflammatoires
- C. L'augmentation de l'activité de l'inhibiteur intracellulaire pancréatique de la trypsine
- D. L'altération des mécanismes de signalisation et médiation par calcium dans les cellules acineuses
- E. L'activation des macrophages et des lymphocytes

9. Un patient âgé de 59 ans présenté à l'hôpital accusant des douleurs épigastriques paroxystique avec un rayonnement en barre. Lors de son admission, les examens de laboratoire sont: leucocytose 21.000 / mm³, glycémie 236 mg / dl, ALT 180 UI /l, LDH 380 UI/l. Selon le score Ranson, l'énoncé VRAI est: (197) G

- A. Le patient a rapporté un score de 3 points
- B. Le patient présente une forme légère de pancréatite aiguë
- C. Le patient a rapporté un score de 2 points
- D. Le patient a rapporté un score de 4 points
- E. Le patient présente une forme sévère de pancréatite aiguë

- 10. Quelle est l'option FAUSSE sur les voies de propagation de l'agent étiologique dans la cavité péritonéale au sein de la péritonite primaire? (205) U**
- A. Hematogène
 - B. Limphatique
 - C. Par perforations
 - D. Génitale ascendente
 - E. Transmurale à paroi macroscopiquement intègre
- 11. Lequel des énoncés suivants est VRAI de la douleur de la péritonite? (206) U**
- A. Elle est initialement généralisante, diffuse, après quoi se localise au niveau de la projection du viscère endommagé
 - B. Le début est généralement insidieux, étant rarement brutale, en plein état de santé
 - C. Représente le symptôme majeur, constant
 - D. Rayonne "en barre"
 - E. Il a un caractère différent selon l'étiologie: la douleur est vague dans la perforation ulcéreuse et intense dans les péritonites primitives
- 12. Lequel des éléments suivants est une affection cardiovasculaire rencontrées dans les complications de la péritonite? U (213)**
- A. Bradycardie
 - B. Pouls rapide et faible
 - C. Hypertension artérielle, suite à l'hypovolémie
 - D. Extrémités chaudes, rosées, dans la phase hypodynamique
 - E. Extrémités cyanotiques, dans la phase du choc hyperdynamique
- 13. L'affirmation VRAIE sur les occlusions dynamiques est: (218) M**
- A. La vasculature de l'intestin est compromise
 - B. L'iléus paralytique se produit à cause de l'inefficacité du péristaltisme
 - C. Elles se produisent à cause de l'existence d'un obstacle physique à la voie du transit
 - D. La rémission des occlusions dynamiques est obtenue par interventions chirurgicales
 - E. Se classifient en primitives et secondaires
- 14. Quelle est la bonne réponse sur l'étiologie des occlusions mécaniques simples de l'intestin grêle? (219) U**
- A. Les brides
 - B. Les tumeurs de l'intestin
 - C. Iléus biliaire
 - D. Hématomes
 - E. Tout ce qui précède
- 15. Les complications des occlusions mécaniques sont, SAUF: (225) U**
- A. Pulmonaires
 - B. Rénale
 - C. Péritonéales
 - D. Choque hypovolémique et toxique septique
 - E. Neurologiques

16. **Quel N'est pas une malformation artérielle ou veineuse qui peut causer hémorragie digestive supérieure? (228) M**
- A. Syndrome Osler-Rendu-Weber
 - B. Syndrome Mallory-Weiss
 - C. Lésion Dieulafoy
 - D. "Blue rubber bleb nevus syndrome"
 - E. Watermelon stomach
17. **Lequel des énoncés suivants sur les formes de HDS est VRAI? (229) M**
- A. Une perte de 1000ml de sang produit un choc hypovolémique ou de mort
 - B. Pour produire méléna sont nécessaires au minimum 500ml de sang
 - C. Une perte de 400-500ml de sang nécessite une hospitalisation en soins intensifs
 - D. Hémorragie occulte est une perte de sang sous 50ml / jour
 - E. Tout ce qui précède
18. **L'endoscopie digestive supérieure utilisée comme méthode de diagnostic pour HDS, présente les suivants risques, SAUF: (230)**
- A. Perforation
 - B. Arythmies cardiaques
 - C. Hypoxie
 - D. Hypertensiune arterielle
 - E. Aspiration
19. **Un patient âgé de 48 ans se présente d'urgence à l'hôpital avec hématémèse. À l'investigation endoscopique est observée un caillot de sang adhérent au niveau de la petite courbure de l'estomac. D'après la classification endoscopique Forrest, le patient est placé dans: (231) M**
- A. Type Ia
 - B. Type IIb
 - C. Type III
 - D. Type IIa
 - E. Type IIc
20. **Il est VRAI la suivante affirmation au sujet du score de sévérité Rockall dans HDS: (233) G**
- A. Age entre 55 et 60 ans est 1 point
 - B. Les patients ayant un score de jusqu'à 2 points ont un taux élevé de rechute
 - C. Insuffisance rénale, hépatique ou métastases sont 3 points
 - D. Le sang présent dans le tube digestif supérieur, caillot adhérent, est 1 point
 - E. La vaisseau saignant visible est 3 points
21. **La réanimation et la stabilisation utilisées dans la gestion des saignements gastro-intestinaux sévères nécessitent, SAUF: (233) M**
- A. Approche veineuse approprié (deux canules i.v. épaises)
 - B. Restauration du volume sanguin en utilisant la règle générale de «deux en un» ce qui signifie 2 ml de solution cristalloïde à chaque ml de sang perdu
 - C. Correction des coagulopathies
 - D. Maintenir la normothermie

E. Commencement de la transfusion sanguine et des dérivés

22. **Les suivants représentent des indications absolues pour le traitement chirurgical de l'hémorragie dans les ulcères gastro-duodénales SAUF:** (236) M
- A. Le choc associé à une hémorragie récurrente
 - B. L'échec du traitement endoscopique
 - C. Les saignements réduits, mais persistante, nécessitant plus de 3 unités de sang par jour
 - D. L'instabilité hémodynamique soutenue malgré la réanimation
 - E. Un groupe de sang rare
23. **Les facteurs de risque impliqués dans l'étiologie du cancer colorectal sont les suivants:** (252) U
- A. Une alimentation riche en graisses et pauvre en fibres
 - B. Boire de l'alcool et le tabagisme
 - C. Préparations hormonales (consommation d'œstrogènes, le tamoxifène)
 - D. Infections virales (Virus du papillome humain)
 - E. Tout ce qui précède
24. **En ce qui concerne la classification TNM du cancer colorectal, ce qui suit est VRAI:** (256) G
- A. Stade IIB comprend: T3 N0 M0
 - B. Stade 0 comprend Tis N0 M0
 - C. Stade IVB comprend tout T, tout N, M1a
 - D. Stade IIIA comprend T4b N0 M0
 - E. Stade I comprend T3-T4, N0, M0
25. **Lequel des éléments suivants N'est pas un avantage du traitement néoadjuvant dans le cancer rectal localement avancé?** (259) U
- A. La réduction de la récidive locale
 - B. Améliorer la survie
 - C. Maximiser la conversion à l'opérabilité de la tumeur rectale
 - D. Accroître la limite de résection dans le cancer du rectum bas
 - E. Améliorer les résultats fonctionnels
26. **Lequel des éléments suivants NE représente pas un état précancéreux du cancer gastrique?** (263) U
- A. Gastrite atrophique chronique
 - B. Polypes gastriques
 - C. Ulcer gastrique
 - D. Ulcère duodénal
 - E. Gastrite hypertrophique
27. **Lequel des éléments suivants N'est pas une chirurgie radicale complexe de cancer gastrique?** (270) U
- A. Gastro-collectomie
 - B. Gastrectomie associée à l'excision du lobe hépatique gauche
 - C. Gastrectomie polaire supérieure
 - D. Gastrectomie associée à l'ovariectomie
 - E. Gastro-pancréatectomie

28. **Lesquelles des suivantes variantes sont contre-indications absolues du traitement conservateur du cancer du sein, SAUF? (279) U**
- A. Deux ou plusieurs tumeurs dans quadrants séparés du sein
 - B. Microcalcifications diffuses
 - C. Macromastie
 - D. Antécédents de radiothérapie du sein
 - E. Trimestre I et II de grossesse
29. **Les avantages de l'échographie dans le cancer du sein sont, SAUF:: (275) U**
- A. C'est non-invasive
 - B. C'est indolore
 - C. Elle non détecte pas différences de densité
 - D. Elle offre des images en temps réel
 - E. Le prix est bas
30. **Une patiente avec cancer du sein stade IIIA, selon la classification TNM, présente: (277) G**
- A. T2 N1 M0
 - B. Tis N0 M0
 - C. T3 N1 M0
 - D. T4 N2 M0
 - E. T4 N3 M0
31. **Les objectifs du traitement conservateur du cancer du sein sont, SAUF: (279) U**
- A. Une survie similaire à celle après mastectomie
 - B. Contrôle local de la maladie
 - C. Obtenir des informations pour l'évaluation pronostique
 - D. Résultat esthétique
 - E. Indiqué dans le stade III
32. **L'efficacité des mouvements respiratoires dans les traumatismes thoraciques est évaluée comme il s'ensuit, SAUF: (286) U**
- A. Apprécier l'amplitude des excursions de la paroi thoracique
 - B. Apprécier la présence des mouvements paradoxaux
 - C. Présence de blessures
 - D. Par la présence du pouls filiforme
 - E. Apprécier le caractère des excursions de la paroi thoracique
33. **Les indications pour le traitement chirurgical dans les traumatismes thoraciques sont: (288) U**
- A. Hémorragie
 - B. Lésions des voies respiratoires majeures
 - C. Lésion du cœur
 - D. Lésions œsophagiennes
 - E. Tout ce qui précède
34. **Lequel des énoncés suivants est VRAI sur les fractures costales simples? (289) M**
- A. Intéresse généralement l'arc costal postérieur

- B. Les côtes plus exposées sont celles supérieure I-IV
 - C. Le traitement consiste en des analgésiques mineurs et kinésithérapie respiratoire
 - D. Dans les fractures costales simples on rencontre la respiration paradoxale
 - E. Le traitement consiste dans une fixation interne par ostéosynthèse costale
35. **Quelle est l'affirmation FAUSSE concernant l'hémothorax? (291) U**
- A. C'est l'accumulation de l'air dans la cavité pleurale
 - B. Il apparaît après quelques contusions ou blessures thoraciques
 - C. Les lésions les plus communs sont aux vaisseaux intercostales
 - D. Le traitement consiste en thoracostomie et drainage pleural aspiratif dans l'hémothorax massif
 - E. La conséquence immédiate de l'accumulation de sang dans la cavité pleurale est le collapsus pulmonaire
36. **Quelle est la FAUSSE affirmation concernant l'hémorthorax? (292) M**
- A. C'est produit par côtes cassées, armes blanches ou des missiles
 - B. La plupart des cas sont accompagnés par la rupture pleurale avec tableau de hémopneumothorax
 - C. Il peut se produire par l'augmentation soudaine de la pression des voies aériennes
 - D. La rupture concomitante des bronches et des veines pulmonaires provoque une embolie gazeuse
 - E. Le traitement nécessite soulagement de la douleur, kinésithérapie respiratoire active et stimulation de la toux et de l'expectoration avec le soutien du ventilateur
37. **Quelle est la FAUSSE affirmation relative aux lésions du conduit thoracique? (294) M**
- A. Elles sont accompagnées par lésions vertébrales
 - B. La lymphe s'accumule rapidement dans le médiastin
 - C. Après thoracocentèses évacuatoires répétées, s'installe la malnutrition protéino-calorique et affections immunologiques
 - D. Le liquide pleural est laiteux, visqueux avec pH alcalin
 - E. Dans la lymphorragie persistante on intervient chirurgicalement
38. **Conditions à risque vital immédiat dans les traumatismes thoraciques qui doivent être évaluées au lieu de l'accident ou dans les unités UPU, SAUF: (296) M**
- A. Thorax souple
 - B. Tamponnade cardiaque
 - C. Tension de pneumothorax
 - D. Ruptures gastriques
 - E. Obstruction des voies respiratoires
39. **Quelle est la FAUSSE affirmation concernant le syndrome du compartiment abdominal? (302) G**
- A. Survient chez les patients présentant traumatismes abdominaux graves
 - B. Il est dû à un oedème intestinal et à l'accumulation des liquides dans le péritoine
 - C. Il est définie comme l'augmentation de la pression intraabdominale > 40 mmHg
 - D. Il est associée à un dysfonctionnement d'organe: cœur, poumons ou reins
 - E. Pour le diagnostic, il est nécessaire de décompresser immédiatement l'abdomen

Complément multiple:

40. **Quelles sont les affirmations VRAIES des examens paracliniques de l'appendicite aiguë? (168) U**
- A. Leucocytose plus de 20,000 / mm³ est un signe de perforation
 - B. Le sédiment urinaire est utile pour exclure une affection rénale
 - C. Une leucocytose environ 10.000 / mm³ avec lymphocytose est caractéristique pour l'appendicite aiguë
 - D. La présence des symptômes typiques, les explorations de l'imagerie ne sont nécessaires
 - E. Typiquement, le patient présente leucopénie (<4000 / mm³)
41. **Quelles affirmations concernant le traitement de l'appendicite aiguë sont FAUSSES ? (170) M**
- A. Le bloc appendiculaire est une urgence chirurgicale, nécessitant une intervention chirurgicale dans les premiers 48 heures
 - B. Se peut effectuer à la fois classiquement et par moyens minimalement invasifs
 - C. L'intervention implique la mise en évidence de la base de l'appendice, la ligature du mésentère et la ligature plus le sectionnement de l'appendice
 - D. L'approche classique est préférable à l'approche laparoscopique, ayant nombreux avantages
 - E. L'abcès appendiculaire peut être traité par drainage chirurgical ou echo-guidé
42. **Quelles sont les affirmations VRAIES liées aux manifestations cliniques de l'appendicite aiguë? (168) U**
- A. La constipation est plus fréquente que la diarrhée
 - B. Le frisson et la fièvre supérieure à 38 ° C sont typiques sous forme catarrhale
 - C. La tachycardie est proportionnelle à la gravité de l'infection et de la température
 - D. L'anorexie est un signe tardif, non spécifique
 - E. La douleur est continue
43. **Quelles allégations concernant le traitement des calculs biliaires faux? (179) M**
- A. Il a indication opératoire, même avec une symptomatologie minimale en raison de son potentiel évolutif
 - B. La méthode laparoscopique est largement acceptée comme le «gold standard» de cette intervention
 - C. Le traitement antibiotique ne fournit aucun avantage, n'étant pas utilisé dans la cholécystite aiguë
 - D. Les affections cardio-respiratoires sévères peuvent constituer une contre-indication pour une intervention laparoscopique
 - E. La cholécystite aiguë avec changements inflammatoires étendues représente une indication absolue du traitement chirurgical laparoscopique d'urgence.
44. **Quelles sont les affirmations VRAIES relatives aux manifestations cliniques des calculs biliaires? (173) U**
- A. Les épisodes douloureux se succèdent à de petits intervalles, le début d'une nouvelle colique se superposant sur la fin de la précédente (colique biliaire sous-entrantes)
 - B. Le patient mentionne la présence du goût amer matinal
 - C. Les ballonnements sont accompagnés par douleurs abdominales à caractère continu
 - D. La douleur épigastrique irradie vers l'hypochondre gauche

E. La présence de la triade Charcot est suggestive pour une complication obstructive intéressant la voie biliaire principale

45. Lequel des énoncés suivants concernant les explorations d'imagerie au sein de la lithiase biliaire sont VRAIS? (174) M

- A. L'échographie abdominale est une exploration essentielle pour le diagnostic
- B. À l'aide de la radiographie abdominale, on peut faire un diagnostic différentiel avec la lithiase rénale droite: les calculs rénaux sont projetées antérieurement à la colonne et les calculs vésiculaires postérieurement à la colonne
- C. La cholangiographie consiste dans l'examen des voies biliaires opacifiées par la présence d'une substance de contraste
- D. La scintigraphie biliaire avec Technétium fournit une évaluation anatomique et fonctionnelle du foie, des voies biliaires, de la vésicule biliaire et du duodénum
- E. TDM et IRM sont les méthodes de choix dans le diagnostic de calculs biliaires

46. En ce qui concerne la cholécystite aiguë, les suivantes sont VRAIES: (178) M

- A. Les douleurs de nature permanente, avec la superposition des signes d'irritation péritonéale
- B. La fièvre (38 à 38,5 ° C) et les frissons sont l'expression de l'état septique
- C. L'augmentation leucocytaire (10.000-12.000 / mm³) est caractéristique
- D. Les valeurs des transaminases ont augmenté à plus de 1000 unités
- E. Le traitement chirurgical est une urgence

47. Quelles sont les affirmations VRAIES sur l'iléus biliaire? (178) M

- A. C'est une complication rencontrée fréquemment chez les personnes âgées
- B. Il est déterminé par une migration d'un calcul volumineux dans le duodénum à travers une cavité nouvellement formée (fistule bilio-digestive)
- C. La radiographie d'abdomen met en évidence des images hydro-aériques
- D. Le traitement est représenté par 2 temps opérateurs: extraction du calcul par entérotoomie longitudinale et fermeture de la fistule bilio-digestive
- E. Migration d'un calcul au niveau de la valvule iléo-caecale peut générer une haute occlusion intestinale

48. En ce qui concerne la lithiase CBP d'origine vésiculaire, ce qui suit est VRAI: (181) U

- A. C'est plus commun que celle autochtone
- B. Les calculs sont fermes, ronds, facettés, identiques à ceux trouvés dans le réservoir biliaire
- C. Les petits calculs vésiculaires atteignent à CBP transcystique, et si ils ne sont pas évacués dans le duodénum, provoquent un ictere mécanique
- D. Les grands calculs peuvent atteindre le CBP par une fistule bilio-digestive
- E. Dans le cas des maladies parasitaires se peut former des pierres intrahépatiques

49. Le diagnostic différentiel de la lithiase CBP est fait avec: (183) U

- A. Hépatite aiguë
- B. Ampulome Vater
- C. Appendicite aiguë
- D. Grossesse ectopique
- E. Jaunisse de néoplasme céphalopancréatique

50. **Quels sont les critères cholangiographiques qui certifient la complexité d'une lithiase? (186) U**
- A. La présence des calculs avec un diamètre de 1cm
 - B. La présence de la panlithiase
 - C. La présence du mégacoledoc atonique avec le diamètre > 2cm
 - D. L'absence de rechutes lithiasiques
 - E. La dilatation kystique du cholédoque
51. **En ce qui concerne le drainage cholédocien de la lithiase de CBP, ce qui suit est VRAI: (187) M**
- A. Drainage transcystique - drainage à travers un tube passé dans CBP, transcystique
 - B. Drain de type Kehr - tube en forme de T extériorisant la bile hors de l'abdomen
 - C. Drainage axial - extériorisé par voie transhépatopariétale du tube de drain
 - D. Le drain trans-cystique présente les avantages suivants: prévient et combat la stase et l'infection biliaire, traite les calculs résiduels
 - E. Le drain de type Kehr est permis seulement pour une période limitée
52. **La pentade Reynolds de l'angiocholite est caractérisée par: (184) U**
- A. Douleur continue
 - B. Fièvre 39-40°C
 - C. Jaunisse
 - D. Hypertension
 - E. Phénomènes d'insuffisance hépato-rénale
53. **Les complications de la lithiase CBP sont, SAUF: (184) M**
- A. Angiocolitis
 - B. Cirrhose biliaire secondaire
 - C. Pancréatite aiguë
 - D. Iléus biliaire
 - E. Cholécystite aiguë
54. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la anastomozele bilio-digestive? (187) U**
- A. Sunt utilizate în litiază complexe
 - B. Realizează un bypass între un segment biliar aflat în amonte de o leziune și receptorul digestiv
 - C. Anastomoza bilio-jejunală nu utilizează o ansă în Y
 - D. Anastomoza bilio-jejunală folosește o ansă jejunală montată în Y, scoasă din circuitul alimentar, anastomozată la bontul biliar restant
 - E. Anastomoza coledoco-duodenală nu este utilizată în tratamentul litiazii multipli recidivante
55. **Quels sont les affirmations VRAIES concernant la forme sévère de la pancréatite aiguë? (196) M**
- A. Elle est caractérisée par insuffisances d'organe uniques ou multiples
 - B. Les insuffisances d'organe persistent > 48 heures
 - C. Elle résout spontanément
 - D. Elle est caractérisée par un score Ranson de plus de 6 points
 - E. Les complications locales sont fréquentes et les nécroses infectées sont accompagnées par une mortalité élevée

56. **Du point de vue clinique, la pancréatite aiguë se caractérise comme suit:** (195) U
- A. Des fortes douleurs épigastriques sont présentes, qui augmentent jusqu'à une intensité insupportable et rayonnent "en barre"
 - B. Les nausées, les vomissements la cessation du transit intestinal pour fèces et gaz sont associés constamment
 - C. Le transit intestinal pour matières fécales et gaz est maintenu
 - D. On peut voir une diffuse distension abdominale
 - E. Dans la plupart des cas, on peut voir le signe Turner et Cullen
57. **Quelles sont les formes anatomiques cliniques de la pancréatite aiguë?** (191) U
- A. Pancréatite aiguë interstitielle oedémateuse
 - B. Collection nécrotique encapsulée
 - C. Pseudokyste pancréatique
 - D. Nécroses pancréatiques infectées
 - E. Pancréatite aiguë nécrosante
58. **Quels sont les facteurs mécaniques impliqués dans l'étiologie de la pancréatite aiguë?** (190) U
- A. Tumeurs périampullaires
 - B. Traumatisme du pancréas
 - C. Obstructions duodénales
 - D. La prise de l'alcool
 - E. Périartrite noueuse
59. **L'agression enzymatique, sous l'action des cytokines et d'autres facteurs pro-inflammatoires, déclenche le processus inflammatoire intrapancréatique par:** (190) M
- A. La libération des facteurs chimiotactiques mobilisent les cellules inflammatoires dans la circulation
 - B. L'activation de quelques molécules d'adhésion, les cellules inflammatoires adhèrent à l'endothélium capillaire
 - C. La migration de cellules inflammatoires dans la zone d'inflammation
 - D. L'activation des macrophages et des lymphocytes
 - E. Expansion du processus inflammatoire extrapancréatique en devenant systémique
60. **Les affirmations VRAIES relatives aux collections nécrotiques faites au sein des collections pancréatiques aiguës et péripancréatiques sont:** (194) M
- A. Elles se développent après les 4 premières semaines
 - B. Elle surviennent dans l'évolution des pancréatites aiguës nécrotiques
 - C. Se peuvent infecter
 - D. Elles se distinguent nettement de la collecte du fluide péripancréatique aiguë dans la première semaine de la maladie par CTCL
 - E. Peut-être multiples, parfois multiloculaires
61. **En ce qui concerne les tests biochimiques de la pancréatite aiguë, les suivantes sont VRAIES:** (195) M
- A. Les amylases sériques et les lipases sériques sont augmentés
 - B. Les relations entre les valeurs des enzymes sériques et la sévérité de la pancréatite sont étroitement liées

- C. L'augmentation de la bilirubine et valeurs ALT < 3 fois que la normale suggèrent la cause biliaire de la pancréatite
D. La protéine C-réactive avec des valeurs > 150 mg / l, pour plus de 36 heures après le début signifie une forme sévère de la pancréatite
E. La protéine C-réactive permet de suivre l'évolution du processus inflammatoire
62. **Les aspects CTCI de la pancréatite aiguë sont les suivants, SAUF:** (196) U
A. L'augmentation du volume du pancréas par oedème
B. La prise de contraste homogène
C. Le dessin "en brins" des tissus péripancréatiques
D. Les collections des fluides péripancréatique
E. CTCI ne peut pas fournir des informations sur l'étiologie de la pancréatite aiguë
63. **Le traitement des formes légères de la pancréatite aiguë consiste en:** (198) U
A. Rééquilibrage volémique
B. Antibiothérapie prophylactiques
C. Le contrôle glycémique (normalement chez les patients non diabétiques), qui est normalisé durant les 24 premières heures suivant l'apparition
D. La gestion de la saturation en O₂ en maintenant Hb > 95%
E. Le contrôle de la douleur et le soutien des fonctions vitales
64. **Le traitement de la pancréatite aiguë sévère dans la phase tardive est caractérisée par:** (200) M
A. Le traitement chirurgical est contre-indiqué dans les premières 48 heures suivant l'apparition
B. Le standard pour les nécroses pancréatiques infectées est l'antibiothérapie à large spectre
C. En présence des infections des nécroses pancréatiques, le débridement et le drainage sont nécessaires
D. Les fistules pancréatiques-cutanées persistantes après le drainage externe des collections peuvent être résolues chirurgicalement 4-6 mois de leurs constitution par une anastomose entre la fistule et l'anse jéjunale en Y à la Roux
E. Dans la variante d'approche par étapes successives, on peut commencer par drainage percutané et un traitement antibiotique
65. **Quelles sont les affirmations VRAIES pour le score Ranson?** (197) M
A. Il évalue la sévérité pancréatique à l'admission et après 48 heures
B. Un score inférieur à 2 signifie une forme légère
C. Le calcul du déficit de bases est utile et utilisé à l'admission
D. Un score compris entre 2 et 6 désigne une maladie grave
E. Na sérique est un élément calculé 48 heures après l'admission
66. **Les énoncés suivants liés au syndrome de dysfonctionnement des multiples organes (MODS) au sein de la pancréatite aiguë sévère sont VRAIS:** (192) M
A. Le dysfonctionnement pulmonaire se produit tardivement dans la maladie
B. Les lésions rénales sont provoquées par ischémie et inflammation
C. Le dysfonctionnement métabolique et de synthèse hépatique est précoce
D. L'affection CNS se manifeste par des troubles de l'état de conscience jusqu'au coma
E. Le dysfonctionnement du myocarde est plus grave quand il n'y a pas de maladie cardiovasculaire sous-jacente

67. **Quels sont les facteurs d'étiologique vasculaire / immunitaire incriminés dans l'apparition de la pancréatite aiguë? (190) U**
- A. Carence en α1-antitrypsine
 - B. Syndrome de Sjögren
 - C. Périartrite noueuse
 - D. Parotidine épidémique
 - E. Hyperlipémie
68. **Le diagnostic différentiel en cas d'urgence de la pancréatite aiguë NE se peut PAS faire avec: (195) U**
- A. Infarctus entéro-mésentérique
 - B. Ulcère gastrique ou duodénal perforé
 - C. Appendicite aiguë
 - D. Colique rénale
 - E. Infarctus du myocarde inférieur
69. **La compensation des fonctions vitales dans le traitement de la péritonite est réalisé comme suit: (214) M**
- A. Mise au repos du tube digestif
 - B. Par transfusions sanguines et de plasma
 - C. Par la prévention et le combat de l'insuffisance respiratoire aiguë
 - D. L'administration des concentrations d'antibiotiques suffisamment élevées pour anéantir les conditions spécifiques au microenvironnement intrapéritonéale
 - E. Le rééquilibrage électrolyte n'est pas utile
70. **Dans la phase initiale de la péritonite, aux patients immunocompétents ou dans péritonites localisées, les antibiotiques suivants peuvent être utilisés: (215) G**
- A. Ampicilline
 - B. Moxifloxacine
 - C. Ticarcilline - acide clavulanique
 - D. Tigécycline
 - E. Ertapenem
71. **Quelles affirmations sont FAUSSES au sujet des péritonites tertiaires? (212) M**
- A. Elles sont diffuses, persistantes
 - B. La réponse inflammatoire dépend de la pathogénicité des germes
 - C. L'organisme ne peut pas réguler la cascade inflammatoire
 - D. Elles se produisent sur le fond de la surinfection liquide d'ascite
 - E. Elles sont accompagnées par raideur musculaire et pneumopéritoïne clinique et radiologique
72. **Quelles sont les affirmations VRAIES sur la péritonite par perforation du côlon? (211) U**
- A. L'une des pires formes de péritonite
 - B. Elle peut être la conséquence d'un perforation locale
 - C. Elle peut être de cause diastatique
 - D. Elle peut être située au niveau du pelvis
 - E. La perforation diastasique se trouve le plus souvent dans le côlon descendant

73. **Les énoncés suivants sur l'ionogramme du patient ayant péritonite sont VRAIS:** (208) G
- A. Pas de changement
 - B. Présente hypokaliémie, hyponatrémie, hyperchlorémique
 - C. Affiche hypokaliémie, hyponatrémie, hypochlorémie
 - D. L'hypokaliémie et l'hyponatrémie se produisent en raison de la déshydratation et des vomissements
 - E. L'hyponatrémie est due à la perte de fluide dans le secteur Randal III
74. **Quels sont les énonces VRAIS concernant les symptômes de la péritonite?** (206) U
- A. L'hoquet apparaît tard, par irritation frénique et distension hydro-aérique de l'estomac
 - B. L'hémorragie digestive est fréquente chez les débuts
 - C. Vomissements sont rares, initialement bilieux, puis alimentaires
 - D. La diarrhée est un signe constant dans la péritonite
 - E. Arrêt inconstante du tranzit pour les matières fécales et les cas
75. **Les énoncés VRAIS liés à la palpation abdominale du péritonite sont:** (207) U
- A. Vous pouvez observer la défense musculaire, signe initiale remplaçable dans l'évolution par la contraction abdominale
 - B. La contracture abdominale est un signe de grande valeur diagnostique
 - C. L'hyperesthésie cutanée est rarement présente
 - D. La manœuvre Blumberg consiste dans la décompression douloureuse soudaine de la paroi abdominale
 - E. La contracture abdominal peut manquer dans certains cas aux personnes âgées malades, subissant un traitement antibiothérapie ou des morphiniques
76. **Lequel des éléments suivants sont des affections de l'abdomen chirurgical aigu?** (212) U
- A. Pancréatite aiguë
 - B. Infarctus entéro-mésentérique
 - C. Hémopéritoine atraumatique
 - D. Thrombophlébite splénique
 - E. Périartrite noueuse
77. **Dans la péritonite aiguë les suivant les combinaisons d'antibiotiques sont recommandées:** (215) G
- A. Céfuroxime + métronidazole
 - B. Ciprofloxacin + Métronidazole
 - C. Ertapenem+ Métronidazole
 - D. Céfazoline + Métronidazole
 - E. Lévofoxacine + Métronidazole
78. **L'hémoleucogramme en péritonites peut mettre en évidence les suivants:** (208) M
- A. Leucocytose $>12.000/\text{mm}^3$
 - B. Moins de 10% des formes immatures sur le frottis de sang périphérique
 - C. La leucopénie est l'expression de l'aplasie médullaire
 - D. Les fausses valeurs de l'hémoglobine et de l'hématocrite normale
 - E. VSH et la protéine C réactive sont généralement bas

79. **Quelles sont les formes cliniques des occlusions par obstruction? (222) U**
- A. Hernie inguinale étranglée
 - B. Volvulus du sigmoïde
 - C. Iléus biliaire
 - D. Occlusion du cancer du côlon gauche
 - E. Strangulation
80. **En ce qui concerne le volvulus sigmoïde, on peut dire ce qui suit SAUF: (223) M**
- A. Il a un début soudain sur crises subocclusives en antécédants
 - B. Il est à noter l'asymétrie de l'abdomen, la moitié gauche étant plus détendue
 - C. Presuppose l'existence en antécédents d'une chirurgie abdominale
 - D. Il y a une triade Rigler: pneumobilie, anses assouplies, calcul ectopique opaque
 - E. Il est une complication majeure des obstructions intestinales
81. **Quels sont les signes de gravité de l'obstruction intestinale? (220) U**
- A. Malaise
 - B. Sepsis
 - C. Douleur intense
 - D. Nausées et vomissements
 - E. Hyperesthésie cutanée
82. **En ce qui concerne les occlusions par strangulation, les suivantes sont VRAIES: (223) M**
- A. Les éventrations étranglées ont une fréquence plus élevée chez les femmes
 - B. La présence de la douleur vive, continue au niveau de la hernie à caractère soudain, avec l'impossibilité de la réduction de la masse herniaire
 - C. En l'absence de traitement, la présence d'un segment dans le sac herniaire d'un segment intestinal étranglé peut conduire à la nécrose de l'anse en 24-48h
 - D. Elles sont une indication opératoire reportée
 - E. Pause constante du transit intestinal pour matières fécales et gaz
83. **Sans traitement, les occlusions mécaniques simples de l'intestin grêle peuvent se compliquer par: (226) M**
- A. Perforations diastatiques
 - B. Péricitonites
 - C. Choc cardiogénique
 - D. Nécrose
 - E. Aggravation du choc hypovolémique
84. **Les causes pariétales de l'obstruction intestinale mécanique sont: (219) U**
- A. Entérites
 - B. Imperforation anale
 - C. Invagination
 - D. Diverticulite
 - E. Pancréas annulaire
85. **Du point de vue clinique l'invagination intestinale se caractérise par: (224) U**

- A. Arrêt du transit pour les matières fécales et les gaz
- B. Douleurs abdominales paroxystiques
- C. Le toucher rectal dans l' invagination peut révéler du sang frais dans l'examineur du doigt
- D. la torsion de l'intestin autour de son propre axe, en totalité ou en partie
- E. L'examen radiologique montre une boucle avec deux niveaux hydro-aériques, «en bec d'oiseau»

86. **En ce qui concerne les tests de laboratoire effectués en HDS, ce qui suit est VRAI:** (230) M

- A. Un hématocrite <30% indique une anémie sévère
- B. La coagulogramme est importante pour mettre en évidence troubles de la coagulation à diverses causes
- C. Un rapport de plus de 36 entre l'urée et la créatinine chez un patient présentant une insuffisance rénale est suggestive pour HDS
- D. L'hypoglycémie peut être présente par un mécanisme compensatoire surrénal en choc
- E. La détermination des saignements des fèces est un test de dépistage des saignements digestifs inférieurs et du cancer du pancréas

87. **L'hémorragie gastro-intestinale massive est définie comme suit:** (230) G

- A. Lorsque le saignement est accompagné par choc ou hypotension orthostatique
- B. Valeurs de l'hématocrite entre 30-35%
- C. Le remplacement de plus de 50% du volume du sang dans les 3 heures ou moins
- D. Une transfusion sanguine nécessaire supérieure à 150 ml / min
- E. Transfusion de ≥10 d'unités de sang dans 24 heures

88. **Un patient âgé de 54 ans se présente à l'hôpital avec des saignements dans le tractus digestif supérieur. À l'endoscopie s'observe un saignement type tissu, continu, au niveau gastrique. (Selon la classification de Forrest, le patient présente):** (231) G

- A. Un saignement de typella
- B. Un saignement de type IIC
- C. Une mortalité de 11%
- D. Un saignement de type Ib
- E. Une incidence de resaignement >50%

89. **Quels sont les patients qui ont un risque accru de HDS massive, nécessitant l'hospitalisation en soins intensifs et d'effectuer les manœuvres endoscopiques diagnostiques/thérapeutiques d'urgence?** (232) M

- A. Les patients qui ont des saignements secondaires associés à d'autres maladies
- B. Les patients avec des signes de saignement actif
- C. Les patients âgés de plus de 60 ans
- D. Patients stables hémodynamiquement
- E. Les patients avec diverses comorbidités mineures associées

90. **Quels sont les objectifs de l'endoscopie thérapeutique au sein de l'HDS?** (234) U

- A. Stratification du risque du resaignement
- B. Contrôle d'une hémorragie active ou des lésions à haut risque
- C. Le traitement de l'hémorragie persistante ou récurrente
- D. Identification et localisation de l'hémorragie
- E. Faire des biopsies multiples à partir des bords d'un ulcère gastrique

91. **Les critères d'un résultat favorable dans une hémorragie digestive supérieure NE sont pas:** (234) U
- A. Âge moins de 75 ans
 - B. L'absence de l'ascite
 - C. L'aspiration gastrique du sang frais à une heure après la présentation
 - D. Temps de prothrombine accru
 - E. Manque des maladies concomitantes instables
92. **Les contre-indications absolues de l'intubation nasogastrique chez les patients avec HDS sont:** (234) U
- A. Traumatismes sévères au visage
 - B. Varices et rétrécissements oesophagiennes
 - C. Chirurgie nasale récente
 - D. Fracture de la base du crâne
 - E. Ingestion de substances caustiques
93. **Les indications relatives au traitement chirurgical des saignements des ulcères gastroduodénales sont les suivants:** (236) M
- A. Âge avancé
 - B. Le refus de la transfusion
 - C. Un groupe de sang rare
 - D. Échec du traitement endoscopique
 - E. Saignements réduits, mais persistantes, nécessitant plus de 3 unités de sang par jour
94. **Quels sont les principaux aspects de la prévention et du traitement des varices oesophagiennes?** (237) U
- A. Prediction des patients à risque
 - B. Traitement du saignement actif
 - C. Prévention des récidives hémorragiques (prévention primaire)
 - D. La réalisation de shunts portosystémiques chirurgicales
 - E. La réalisation du shunt intrahépatique transjugulaire portosystemic
95. **La réanimation du patient en cas d'HDS en situations d'urgence comprend:** (238) M
- A. Coagulopathie correcte et thrombocytopénie
 - B. Une surveillance attentive des signes de sepsis et prophylactiques antibiotiques chez les patients présentant un risque accru, avec ascite
 - C. Hémostase par tamponnement
 - D. Administration de l'octréotide
 - E. Assurer l'évacuation de l'appareil digestif
96. **Les contre-indications du shunt transjugulaire portosystemic intrahépatique sont:** (240) M
- A. Insuffisance cardiaque congestive sévère
 - B. Foie polykystiques
 - C. Hydrothorax
 - D. Hypertension artérielle pulmonaire sévère
 - E. La thrombose de la veine porte avec transformation cavernomateuse

- 97. Quels sont les principaux facteurs de risque pour l'hémorragie significative cliniquement due à l'ulcère de stress? (240) M**
- A. Brûlures plus de 35% de la surface corporelle
 - B. Antécédents de l'ulcère gastroduodénal
 - C. Ventilation mécanique pendant plus de 48 heures
 - D. Traumatismes crâniens et de la colonne
 - E. Coagulopathie
- 98. En ce qui concerne la lésion Dieulafoy les suivantes affirmations est remplies: (242) M**
- A. Elle est causée par une artère sous-muqueux, aberrante
 - B. Se caractérise par des saignements gastriques récurrents
 - C. Le traitement définitif est la résection chirurgicale
 - D. Arrêter le saignement est possible seulement par embolisation
 - E. Elle se compose de plusieurs vaisseaux multiples sanguins sous-muqueuses élargies
- 99. Lequel des causes suivantes sont causes inflammatoires d'hémorragie digestive inférieure? (243) U**
- A. Hémorroïdes
 - B. Myocardial entérale
 - C. Recto-colite hémorragique
 - D. Tumeurs rectales
 - E. Maladie de Crohn
- 100. Quelles sont les énonces VRAIS concernant les hémorragies digestives occultes et obscures? (244) M**
- A. L'hémorragie obscure est un saignement de faible intensité, avec origine connue
 - B. L'hémorragie occulte est objectivée par les tests de routine habituels
 - c. Le traitement chirurgical n'est pas nécessaire
 - D. L'hémorragie obscure est définie comme une hémorragie d'origine inconnue qui persiste après une endoscopie initiale négative
 - E. Si la source de saignement ne peut être détectée, le patient est traité pour l'anémie ferriprive
- 101. Les options thérapeutiques sont les saignements des varices: (237) M**
- A. Le tamponnement des varices avec la sonde Sengstaken-Blakemore
 - B. Les shunts portosystémiques chirurgicales
 - C. Le tamponnement des variuces par la sonde Linton-Nachlas
 - D. Sclérothérapie
 - E. Le traitement chirurgical par ligature élastique ou l'application des hémoclipes
- 102. Un patient âgé de 55 ans arrive à l'hôpital en urgence accusant hématémèse. À l'examen endoscopique on observé un ulcère gastrique à la base duquel se trouve de l'hématine. Le patient est conscient, sans grandes comorbidités. Selon la classification de Rockall, le patient présente: (233) G**
- A. Un faible taux de récidive HDS et une faible mortalité
 - B. Un score de 1 point
 - C. Un score de 3 points
 - D. Une évolution défavorable nécessitant la prophylaxie de la rechute hémorragique
 - E. La nécessité d'une surveillance continue en soins intensifs

103. Quelles sont les investigations imagiques utiles en HDS? (231) U

- A. Échographie abdominale avec ecodoppler
- B. Angiographie
- C. Tomodensitométrie avec substance de contraste
- D. Radiographie thoracique
- E. Invertographie

104. Lequel des éléments suivants sont symptômes caractéristiques du cancer colorectal? (252) U

- A. Saignement rectal
- B. Douleur abdominale
- C. Satiété précoce
- D. Modifications du transit intestinal
- E. Ténesmes

105. Le dépistage du cancer colorectal est recommandé dans les cas suivants: (254) U

- A. Personnes de plus de 60 ans
- B. Les personnes ayant des antécédents familiaux de CCR
- C. Les personnes souffrant de rectocolite ulcéro-hémorragique
- D. Les personnes atteintes du syndrome du côlon irritable
- E. Dans la polyposse familiale

106. En ce qui concerne l'antigène cancérogène embryonnaire (ACE), ce qui suit est VRAI: (254) M

- A. Il représente l'analyse de routine des personnes qui ont un risque moyen de développer un cancer colorectal
- B. Il est un facteur pronostique pour les patients avec CCR
- C. ACE > 10 ng / ml est corrélée avec un faible taux de survie
- D. ACE n'a pas de valeur dans la détection précoce du CCR
- E. ACE ne permet pas de différencier les tumeurs résécables de ceux non-résécables

107. En ce qui concerne la classification CCR TNM, ce qui suit est vrai SAUF: (255) M

- A. T1 représente la tumeur qui pénètre le muscularis mucosae et envahisse la sous-muqueuse;
- B. T4 représente la tumeur envahissant la sous-série ou le tissu périrectal sous-péritonéale;
- C. N1b métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux;
- D. M1 représente des métastases à distance;
- E. TNM comprend 4 étapes selon les 3 paramètres (T, N, M).

108. Les signes de gravité causés par l'occlusion CCR sont: (257) U

- A. Défense musculaire
- B. Douleur
- C. Fièvre
- D. Manque de transit pour les matières fécales et des gaz
- E. Vomissements postprandiales précoces à contenu alimentaire

109. La chimiothérapie de CCR est proposée dans les cas suivants: (258) M

- A. Dans les premiers stades de la maladie
- B. Si la tumeur est N+ (stadiul III)

- C. S'il y a d'autres signes de pronostique négatif favorisant la récurrence
 - D. S'il y a un envahissement vasculaire ou périneural
 - E. S'il y a un degré accru de différenciation
- 110. Quelles sont les énonces VRAIS concernant la chirurgie du cancer colorectal? (258) M**
- A. Pour les tumeurs du côlon droit se fait hémolectomie droite avec anastomose iléo-colique manuelle ou mécanique
 - B. Pour le cancer du côlon gauche localisé à l'angle splénique se pratique la colectomie segmentaire gauche haute avec anastomose colo-colique entre le côlon transverse et la celui descendant
 - C. Pour le côlon descendant est pratiquée l'hémolectomie droite
 - D. Pour les cancers localisés dans le côlon sigmoïde se pratique une colectomie gauche basse et une anastomose colorectale de bout en bout au niveau de la vertèbre sacrée 2
 - E. Pour les tumeurs du côlon descendant se fait la ligature de l'artère mésentérique inférieure à l'origine de l'aorte
- 111. Quels sont les énonces VRAIS concernant le traitement du cancer du rectum? (258) G**
- A. La radiothérapie préopératoire est recommandé pour le cancer rectal sous-péritonéale pour tumeurs T3-T4 et/ou N0 ou N +
 - B. La limite distale de résection dans le cancer du rectum est de 5 cm
 - C. L'approche mini-invasive dans le cancer rectal permet la visualisation facile des plexus nerveux préservant ainsi le sphincter anal
 - D. La ligature haute des pédicules vasculaires est réservée uniquement aux cas soigneusement sélectionnés
 - E. La chirurgie commence par l'exploration de la cavité abdominale en cherchant des signes de carcinose péritonéale
- 112. Quelles sont les énonces VRAIS sur l'évaluation loco-régionale du cancer colorectal? (253) U**
- A. En réalisant le toucher rectal se peuvent détecter et évaluer les tumeurs situés non plus de 4 cm de la ligne dentée
 - B. La colonoscopie est la plus précise dans la détection des lésions situées dans le rectum
 - C. L'aspect imagique caractéristique du lavement baryté dans le cancer colorectal sera la présence d'une sténose, niche ou lacune
 - D. Lorsque la tumeur est disposée circonférentiellement, il apparaît un aspect caractéristique de "trogne de pomme"
 - E. L'échographie endorectale peut évaluer le degré d'infiltration pariétale de la tumeur rectale située en dessous de 8 cm de la marge anale
- 113. Quelles sont les affirmations VRAIES sur la niche gastrique maligne? (265) M**
- A. Elle a des dimensions suffisantes
 - B. Le pédicule de communication étroit
 - C. Déformation du paroi gastrique autour de la niche
 - D. La niche cancéreuse est tiré à l'extérieur de la ligne externe du profil gastrique
 - E. La niche cancéreuse s'inscrit à l'intérieur de la ligne extérieure du profil gastrique
- 114. En ce qui concerne la classification de l'aspect macroscopique endoscopique varié du cancer gastrique au début, les éléments suivants sont VRAIES: (265) M**

- A. Le type I est peu profonde, avec une forme pure infiltrative
- B. Le type IIC est sous-dénivellé ou érodé, constant dans la dépression peu profonde de la muqueuse
- C. Le type IIA est sur-dénivellé et apparaît comme un renflement sur le plateau, avec une hauteur inférieure à deux fois la muqueuse gastrique
- D. Le type III est saillant comme une excroissance polypoïde ou papillaire
- E. Le type III se distingue du type II C seulement par la profondeur de la lésion

115. Quelles sont les affirmations VRAIES concernant les investigations sérologiques dans le cancer gastrique?? (266) G

- A. Augmentation de l'ACE plasmatique aux patients opérés a une signification diagnostique pour la récidive locale
- B. L'anémie hypochrome, microcytaire se produit chez les patients atteints concomitamment de la maladie Biermer
- C. On peut voir l'augmentation du IgM et de l'hépatoglobine
- D. Il y a une leucocytose de 10.000-15.000 / mm³
- E. L'anémie macrocytaire dû aux hémorragies occultes chroniques

116. La chirurgie est contre-indiqué dans le cancer gastrique dans les situations suivantes: (268) M

- A. ascite
- B. Ganglions supraclaviculaires droits
- C. La présence des métastases évidentes
- D. Malaises avec cachexie
- E. Sepsis

117. Quelles sont les énonces VRAIS sur la résection gastrique subtotale radicale? (268) M

- A. Si la tumeur est juxtapapillaire, sera réséquée 3cm du duodénum sous-pylorique
- B. Elle représente la résection gastrique sous-totale qui élimine complètement le processus tumoral et à distance
- C. La rate est toujours enlevé indépendamment du stade de la tumeur
- D. Rétablir la continuité digestive se fait par anastomose eso-jéjunale termino-terminale ou termino-latéral
- E. La fermeture du moignon duodénal se fait par suture en bourse ou à double couche

118. Quelles sont les énonces VRAIS des opérations de pontage indiquées dans le cancer gastrique? (270) U

- A. Elles sont indiquées pour les cancers gastriques très étendus, non-résécables
- B. Elles représentent une chirurgie curative
- C. Pour les tumeurs sténosante antro-pyloriennes se pratique l'anastomose gastro-entérique
- D. Pour les tumeurs au cardia se peuvent utiliser des endoprothèses oesophagiennes et gastrostomes d'alimentation
- E. Elles sont accompagnés par l'excision du lobe hépatique gauche

119. En ce qui concerne la classification TNM du cancer gastrique, ce qui suit est VRAI: (267) M

- A. T2 représente le cancer qui envahit la séreuse
- B. T1 représente le cancer limité à la musculature
- C. N2 représente l'invasion des ganglions à distance

- D. T4 représente la tumeur qui envahit les organes environnants
- E. T0 est un carcinome in situ

120. **En ce qui concerne la gastrectomie totale radicale, les suivants sont VRAIS:: (269) M**
- A. C'est l'opération par laquelle on élimine complètement l'estomac
 - B. Les indications de cette intervention sont relativement rares, controversées
 - C. La résection comprend le grande et le petit épiploon, la rate et tous les 16 groupes ganglionaires lymphatiques
 - D. Le rétablissement de la continuité digestive est réalisée par anastomose eso-jéjunale termino-terminale
 - E. La restauration de la continuité digestive est réalisée par anastomose eso-jéjunale termino-latérale
121. **Quelles sont les énonces VRAIS sur la radiothérapie dans le cancer gastrique? (270) M**
- A. Elle détermine le retard et l'inhibition des mitoses et des changements chromosomiques
 - B. Le cancer gastrique exige des doses minimales de la radiothérapie, la structure histologique est presque toujours celle d'un adénocarcinome
 - C. Les doses d'irradiation de l'ordre de 60-70 Gy, sont bien tolérées par la muqueuse gastrique et les tissus sains environnants
 - D. Elle prouve son utilité seulement en tant que méthode complémentaire de la chirurgie
 - E. Elle représente le traitement de choix dans les tumeurs découvertes dans les stades incipientes
122. **En ce qui concerne l'épidémiologie du cancer de l'estomac, ce qui suit est VRAI: (262) M**
- A. C'est plus fréquent chez les hommes
 - B. Il se classe le 4 dans le classement des tumeurs malignes selon la fréquence
 - C. La fréquence de la maladie augmente avec l'âge, avant l'âge de 30 étant une exception
 - D. En termes d'incidence et de la mortalité, Roumanie est sur une position médiane
 - E. Le rapport femmes/hommes est 3/1
123. **Quelles sont les énonces VRAIES relatifs à la gestion des lésions mammaires infracliniques? (281) M**
- A. Les lésions infracliniques généralement ne dépassent pas 3 cm
 - B. La limite des lésions dépend de la nature de la tumeur et de la glande mammaire
 - C. L'exérèse chirurgicale est la méthode la plus sûre
 - D. L'intervention chirurgicale a à la fois un rôle diagnostique et un rôle thérapeutique
 - E. Le traitement est toujours accompagné par radiothérapie préopératoire
124. **Les principales indications de la radiothérapie dans le cancer mammaire sont les suivants: (282) M**
- A. Préopératoire
 - B. Adjuvant
 - C. Palliatifs
 - D. Hormonostimulative
 - E. Postopératoires

125. En ce qui concerne l'Oncotype DX, utilisé pour évaluer le risque de récidive et métastases du cancer mammaire, ce qui suit sont VRAIS: (283) G

- A. C'est un test génomique qui analyse l'activité d'un groupe de gènes
- B. Il peut être utilisé dans un carcinome in situ
- C. Il peut être utilisé dans le carcinome invasif trouvé au stade III
- D. Il peut être utilisé dans un carcinome invasif, négatif pour les récepteurs hormonaux
- E. Le test repose sur l'étude de cinq gènes

126. Ce qui suit sont VRAIS sur la maladie de Paget du sein: (283) M

- A. Elle est une forme de carcinome lobulaire
- B. Elle affecte le complexe aréolo-mamélonaire
- C. Il peut y avoir un écoulement mamélonaire lactescents ou sanguin
- D. Le traitement de choix est la chimiothérapie
- E. La tumeur a un aspect de lobes séparés par des septums

127. Les complications possibles de la radiothérapie dans le cancer du sein sont les suivants: (283) U

- A. L'oedème du bras
- B. Plexopathie brachial
- C. La réduction de la mobilité des bras
- D. Les troubles digestifs
- E. Les maladies cardiaques

128. Les implants synthétiques utilisés dans la reconstruction mammaire après mastectomie sont décrits en: (280) M

- A. Les patientes avec une comorbidité associée significative
- B. Les patientes qui ont peu de tissu analogique pour reconstruction
- C. Les patientes qui sollicitent des implants particulièrement synthétiques
- D. Les jeunes patientes
- E. Les patientes avec un cancer du sein bilatéral

129. En ce qui concerne la chirurgie du sein, ce qui suit est VRAI: (278) M

- A. Dans la technique Patey les deux muscles pectoraux se préservent
- B. La mastectomie radicale modifiée représente la principale technique utilisée
- C. L'élément qui différencie les techniques chirurgicales est la manière dans laquelle se réalise la lymphadénectomie axillaire et interpectorale
- D. Dans la technique Madden le petit muscle pectoral est réséqué
- E. Dans la plupart des cas, on utilise le drainage par aspiration après la chirurgie

130. Un patient âgé de 41 ans est diagnostiqué avec cancer mammaire T1b N0 M0. Selon la classification TNM du cancer mammaire, le patient présente: (277) M

- A. Une tumeur d'un diamètre de 15 mm
- B. L'invasion lymphatique claviculaire
- C. Une tumeur d'un diamètre de 7 mm
- D. L'invasion des ganglions mammaires internes
- E. L'absence des métastases à distance

131. Quelles des suivantes variantes sont facteurs de risque exogène dans l'apparition du cancer mammaire?? (274) U

- A. L'estrogène administré à des doses élevées pendant une longue période de temps
- B. L'administration pour une période de plus de 10 ans des contraceptifs oraux chez les jeunes femmes
- C. La médication hormonale de substitution post-ménopausique
- D. La première naissance à la vieillesse
- E. L'intervalle entre ménarche et ménopause – plus long est l'intervalle, plus le risque de cancer du sein est élevé

132. Les énonces VRAIS relatifs à l'imagerie utilisé dans le cancer mammaire sont: (275) M

- A. L'imagerie par résonance magnétique est la technique la plus sensible utilisée chez les sujets jeunes avec la structure dense de la glande mammaire
- B. La galactographie est mammographie effectuée après l'injection de la substance radio-opaque dans les canaux galactophores
- C. La mammographie digitale peut utiliser une gamme d'expositions plus large, de sorte que les petites différences entre deux tissus deviennent évidents
- D. Les anomalies de la tumeur maligne peuvent être mises en évidence en utilisant des traceurs métaboliques marqués avec des émetteurs de positons
- E. La résolution des images tomographiques est supérieure à celle obtenue par mammographie

133. Le traitement chirurgical des lésions hépatobiliaires est accompagné par des complications post-opératoires suivants: (303) U

- A. Nécroses hépatiques
- B. Fistules biliaires
- C. Iléus biliaire
- D. Collections bile périhépatiques
- E. Hémobilie

134. En ce qui concerne les traumatismes utéro-annexielles, les suivantes sont VRAIS: (309) U

- A. Les lésions de l'utérus chez la femme enceinte sont plus rares que les lésions de l'utérus non-gravide
- B. L'avortement ou l'accouchement prématuré sont fréquents et se produisent peu de temps après l'accident
- C. La rupture de l'utérus gravide se caractérise par une grave hémorragie intrapéritonéale
- D. Le diagnostic repose sur les examens radiologiques suivies par la ponction péritonéale
- E. L'hémorragie post-partum ou postabortum fait nécessaire le curetage utérin et l'administration des oxytociques

135. Quelles sont les énonces VRAIS sur le traumatisme rénal? (307) U

- A. Les lésions pédiculaires rénaux sont les plus rares des traumatismes du rein
- B. L'hématurie est le symptôme le plus constant
- C. L'avulsion du pédicule rénale se manifeste par choc hypovolémique et l'apparition d'une masse croissant de plus en plus rapidement en volume aux ailes
- D. Si le patient est hémodynamiquement instable ou avec lésions rénales majeures dans CT, s'impose un traitement conservateur

E. Dans des situations extrêmes, se peut réaliser la néphrectomie avec la reconstruction rénale "ex vivo"

136. Quelles sont les énonces VRAIS sur les contusions urétérales?? (308) M

- A. Elles ne peuvent pas évoluer vers la nécrose
- B. La guérison des cicatrices ne conduit pas à une sténose
- C. Le traitement consiste en un débridement des tissus dévitalisés par suture protégée avec tube tuteur de silicone urétéral
- D. Dans les lésions de l'uretère milieu moyen se réalise la réimplantation vésicale par une technique antireflux
- E. Dans les lésions étendues, la plastie urétérale avec anse iléale peut être obtenue

137. Le traitement des fractures pelviennes ouvertes nécessite: (307) M

- A. Drainage ouvert
- B. La stabilisation osseuse par ostéosynthèse ou fixateurs externes
- C. Colostomie distale dérivée
- D. Drainage urinaire par sonde vésical ou par cystostomie
- E. Débridement élargi des tissus dévitalisés

138. Lequel des énoncés suivants concernant les lésions des grands vaisseaux sont VRAIS? (305) M

- A. Hématomes rétropéritonéales centrales, entre les côtés des reins et des fossés pariétocoliques
- B. Hématomes rétropéritonéales latérales, entre les bords médiaux entre les reins de l'hiatus diaphragmatique à la bifurcation aortique
- C. Le diagnostic se fait par CT/scanner abdominal avec contraste et temps urographique
- D. Les blessures causées par des armes blanches ou par tournoiement sont explorées directement par la routine chirurgicale
- E. Au toucher rectal ou vaginal, le renflement périrectale ou perivaginale peut être détectés

139. Quelles sont les énonces VRAIS relatifs aux investigations paracliniques dans le traumatisme abdominal? (299) M

- A. La tomographie computerisée est l'examen standard dans les traumatismes abdominaux sévères
- B. L'examen échographique se réalise d'urgence en UPU, dans trois incidents: standard, hypochondre droit et gauche respectivement pelvis (FAST)
- C. La ponction abdominale simple ou la ponction-lavage guidée par échographie, est le plus utile pour une hémorragie interne
- D. La laparotomie exploratrice est indiquée dans toutes les situations de lésion viscérale ne peut être objectivée autrement
- E. La radiographie abdominale simple représente l'investigation de premier choix est la plus sensible exploration

140. En ce qui concerne la thoracotomie de réanimation, ce qui suit est VRAI: (288) G

- A. Se réalise en UPU à travers l'incision dans l'espace 4 intercostal gauche
- B. Dans les saignements majeurs le hile pulmonaire est serré
- C. Dans des embolies l'air aortique est évacué et les lésions cardiaques sont suturées temporairement

- D. Elle représente une mesure thérapeutique héroïque appliquée aux patients qui ne peuvent pas être stabilisés jusqu'à la salle d'opération
- E. Les résultats de la thoracotomie de réanimation ont un mauvais pronostic dans les lésions causées par des armes blanches

141. En ce qui concerne la gravité des lésions et des saignements au sein du traitement chirurgical dans les traumatismes thoraciques sont VRAIS les suivants: (288) G

- A. La sévérité de l'hémorragie peut être appréciée en mesurant le drainage sur le tube de thoracostomie
- B. La thoracotomie est indiquée à de l'hémorragie initiale 800 ml
- C. Un aspiré gaseux continu avec l'impossibilité de réaliser des volumes normaux courantes et d'expansionner le paumon complet, annonce des lésions graves
- D. La présence du contenu œsophagien ou gastrique sur le tube de drain annonce la nécessité d'une intervention chirurgicale
- E. En urgences, la méthode thérapeutique la plus recommandée est la thoracoscopie vidéo-assistée (VATS)

142. Quelles sont les énonces VRAIS sur les fractures sternales? (289) M

- R. Elles sont habituellement comminutives
- B. Elles sont habituellement transversales ou à deux fragments
- C. Elles sont représentées par une douleur intense, spontanée et à la palpation
- D. Elles peuvent être accompagnées d'écchymoses et hématomes locaux
- E. Dans les fractures à déplacement, le traitement est analgésique, antibiotique et d'observation

143. Quelles sont les affirmations VRAIES concernant le volet thoracique? (290) M

- A. La respiration paradoxale peut être présente
- B. La respiration pendulaire représente l'augmentation de l'espace mort respiratoire et la baisse de la ventilation effective en raison de l'air vicié qui oscille entre les deux poumons
- C. L'équilibre médiastinal peut être présent
- D. Le volet thoracique est rarement accompagnée par une contusion pulmonaire
- E. Le volet thoracique présente des mouvements au sens de la cage thoracique et sont dépendants de ceci

144. En ce qui concerne le pneumothorax suffocant, ce qui suit est VRAI: (292) U

- A. Il apparaît dans les ruptures pneumo-pleurales étendues
- B. Une accumulation soudaine d'air se produit dans la cavité pleurale
- C. Le patient est cyanosé, agité
- D. Le patient présente une dyspnée avec polypnée
- E. La ponction pleurale est faite dans l'espace intercostal II sur la ligne médioclaviculaire

145. Dans les contusions pulmonaires graves sont décrits les suivants: (292) M

- A. Diminution de l'espace mort fonctionnelle
- B. Shunt
- C. Hypoxémie
- D. Hypocapnie
- E. Déséquilibre du rapport ventilation/perfusion

- 146. Quelles sont les affirmations VRAIES sur ses lésions trachéo-bronchiques? (293) M**
- A. La plupart des ruptures trachéo-bronchiques sont situées au voisinage de la carina
 - B. Le pneumomédiastin à la suite des ruptures trachéo-bronchiques se manifeste par emphysème sous-cutané
 - C. Les lésions cervicales se manifestent par l'enrouement, stridor, hémoptysie et obstruction des voies respiratoires
 - D. Le diagnostic est fait par radiographie thoracique en incidence postéro-antérieure et de profil
 - E. La trachéotomie augmente les pressions des voies respiratoires et peut être utiles
- 147. Les contusions cardiaques avec infarctus traumatique se produisent par: (295) U**
- A. Affection myocardique directe
 - B. Insuffisance de pompe
 - C. Anévrismes ventriculaires
 - D. Tamponnade cardiaque
 - E. Dilatation des auricules
- 148. Conditions à risque vital immédiat dans les traumatismes thoraciques, nécessitant un traitement sur le site de l'accident ou dans l'UPU sont les suivants SAUF: (297) U**
- A. Pneumothorax en tension
 - B. Pneumothorax ouvert
 - C. Contusion pulmonaire
 - D. Ruptures trachéo-bronchiques
 - E. Ruptures diaphragmatiques
- 149. Quelles sont les énoncés VRAIS sur les lésions du diaphragme? (296) M**
- A. Les ruptures du diaphragme intéressent plus fréquemment la périphérie du muscle
 - B. Le tableau clinique est dominé par un choc hypovolémique et posttraumatique
 - C. Les hernies diaphragmatiques chroniques se résolvent de préférence par abord abdominal
 - D. Le tableau clinique peut être représenté par l'occlusion intestinale par étranglement d'une anse intestinale avec hernie intrathoracique
 - E. Le risque majeur sont les complications hémorragiques
- 150. Quelles sont les affirmations VRAIES concernant l'exploration abdominale utilisée dans les traumatismes abdominaux? (300) M**
- A. Il est réalisé par une incision médiane xifo-pubienne
 - B. L'hémorragie se contrôle par tamponnement avec champs de laparotomie
 - C. S'exploré systématiquement le tube digestif en ouvrant la bourse omentale
 - D. Après avoir exploré le péritoine rétropéritonéale on passe à l'inspection
 - E. Dans le rétropéritoine on cherche les lésions pancréatiques, du rein, gastriques
- 151. Le traitement des lésions aux organes creux abdominaux sont: (304) M**
- A. Les plaies gastriques peuvent être suturées le plus souvent
 - B. Les plaies intestinales qui sont multiples et étendues sont traités par entérectomie segmentaire
 - C. Les plaies intestinales avec des lésions mésentériques à dévascularisation peuvent être traitées par suture

- D. Les lésions rectales ne sont pas suturées
 - E. Dans des lésions étendues du côlon se font résections du côlon suivies par anastomose primaire
152. **En ce qui concerne les lésions pancréatiques duodénaux, les suivants sont VRAIS:** (304) M
- A. La plastie à anse exclu en Y à la Roux est effectuée pour les lésions au niveau D1
 - B. Le traitement conservateur est indiqué dans des lésions mineures, sans aucun signe de péritonite
 - C. Les complications postopératoires sont nombreuses
 - D. Pour des lésions du corps et de la queue pancréatique, se fait la pancréatectomie totale
 - E. Les lésions du duodénum et du pancréas sont suggérées par œdème massif, les taches de stéatonécrose et la coloration à bile du rétropéritoine
153. **Laquelle des conditions suivantes post-traumatiques manifeste une symptomatologie supprimée trompeuse?** (296) M
- A. Contusion myocardique
 - B. Obstruction des voies respiratoires
 - C. Ruptures diaphragmatiques
 - D. Tamponnade cardiaque
 - E. Hémotorace massif
154. **Le traitement du volet costal se fait par:** (290) U
- A. Combat de la douleur
 - B. Stimulation de la toux et l'expectoration
 - C. intubation et la ventilation mécanique du patient
 - D. Administration des antibiotiques et des corticoïdes prophylactiques
 - E. Combattre l'hypoxémie par pressions end-expiratoires positives (PEEP)

XIII. UROLOGIE

Complément simple:

1. **Les théories suivantes font partie des théories de la lithogenèse, SAUF:** (316)
 - A. La théorie de la matrice organique
 - B. La théorie de la sursaturation urinaire
 - C. La théorie des facteurs de sédimentation
 - D. La théorie du noyau de précipitation
 - E. La théorie des inhibiteurs de la cristallisation
2. **La douleur lombaire rencontrée dans la colique rénale peut être, SAUF:** (318)
 - A. Installée soudainement
 - B. Unilatérale
 - C. Influencé par la position
 - D. Paroxystique
 - E. Avec irradiation descendante antéro-inférieure

3. **Les patients considérés «à risque» dans la lithiasis réno-uretériale, peuvent présenter avoir les éléments suivants SAUF: (319)**
 - A. rétention d'azote
 - B. Signes de sepsis
 - C. Symptômes rebelles au traitement
 - D. Oligurie / anurie
 - E. ITU
4. **En ce qui concerne les investigations imagiques dans la lithiasis réno-uretériale, lequel des énoncés suivants est FAUX? (319)**
 - A. La radiographie réno-vésicale met en évidence des calculs radioluents
 - B. L'échographie réno-vésicale peut révéler des calculs radio-opaques et ceux qui sont radiotransparents par l'image hyperéchogène
 - C. L'uropathie intraveineuse (UIV) n'est pas effectuée dans la colique rénale
 - D. L'examen CT peut être utile pour les calculs biliaires coraliformes
 - E. L'urétéropiélographie rétrograde (EPU) a comme indication le rein muet urographic

Complément multiple:

5. **En fonction de l'aspect radiologique (sur la radiographie réno-vésicale), lesquels des calculs suivants sont radiotransparents? (316)**
 - A. L'acide urique
 - B. 2.8 dihydroxyadenine
 - C. Oxalate de calcium mono- et dihydraté
 - D. Cystine
 - E. Ceux à cause médicamenteuse
6. **Les facteurs suivants sont favorables à la lithiasis réno-urétériale, SAUF: (316)**
 - A. Antécédents héréro-collatérales
 - B. Infections urinaires aiguës
 - C. Milieu: faible chaleur et humidité excessive
 - D. Le sexe féminin
 - E. Âge: 30-50 ans
7. **Quels des suivants groupes de patients NE sont pas considérés comme ayant un risque élevé de récidive de la lithiasis réno-urétériale? (317)**
 - A. Début avant l'âge de 20 ans
 - B. Hypoparathyroïdie
 - C. Sarcoïdose
 - D. Cystinurie (type A, B, AB)
 - E. Acidose tubulaire rénale de type 2
8. **En ce qui concerne les symptômes associés à la colique rénale, sont FAUX ce qui suit: (318)**
 - A. Douleur lombaire bilatérale
 - B. Douleur lombaire est influencée par la position
 - C. Parmi les manifestations digestives se trouvent: iléus mécanique, flatulence
 - D. Phénomènes neurologiques peuvent être associés, comme l'anxiété
 - E. Associent les phénomènes cardiovasculaires: bradycardie, diminution de la TA

- 9. Les conséquences de la présence des calculs dans l'arbre urinaire NE sont pas représenté par:** (318)
- A. Obstruction
 - B. ITU
 - C. Néphrocalcinose
 - D. Acidose tubulaire rénală de type 1
 - E. Métaglasie de l'urothélium
- 10. En ce qui concerne les investigations imagiques de la lithiasis réno-urétérale NE sont pas vraies:** (317)
- A. L'exploration isotopique fournit des images corticales avec une bonne résolution pour permettre la morphologie du tracte urinaire
 - B. L'urétérographie (EPU) est effectuée avec la sonde Chevassu, que l'on injecte la substance de contraste diluée à 1:2 avec le sérum physiologique
 - C. L'uropathie intraveineuse (UIV) est la «reine des explorations urologiques»
 - D. L'échographie réno-vésicale fournit des informations morphologiques excellentes
 - E. La spécificité de la radiographie réno-vésicale dans la lithiasis réno-urétérale est de 44-77%.
- 11. Les indications ESWL sont:** (322)
- A. calcul calicéal
 - B. Calcul piélique d'un diamètre supérieur à 3 cm
 - C. Calcul urétéral lombaire
 - D. Quand il y a une obstruction anatomique distal du calcul
 - E. Les calculs urétéraux compliqués avec des infections urinaires
- 12. Le traitement de la colique rénale associe:** (321)
- A. AINS
 - B. Prednisone à petites doses
 - C. Antispastique
 - D. Antalgique
 - E. Bêta-bloqueur
- 13. En ce qui concerne l'ESWL les suivants énoncés sont VRAIS:** (322)
- A. Les conditions essentielles pour l'utilisation sont: la voie urinaire en aval du calcul soit libre et le rein soit fonctionnel
 - B. Il est indiqué dans le calcul piélique avec un diamètre supérieur à 3 cm
 - C. Il est contre-indiqué dans les infections des voies urinaires non contrôlées
 - D. Dans le cas du rein unique, il est contre-indiqué
 - E. Les complications sont liées à la charge lithiasique
- 14. A propos des techniques endourologiques: NLP et URS on peut dire, À L'EXCEPTION:** (323)
- A. Les indications NPL: calcul inférieur à 3 cm de diamètre
 - B. Contre-indications NPL: coagulopathies non correctables
 - C. Indications URS: calculs urétéraux lombaires
 - D. NPL est une méthode d'exploration et/ou de traitement instrumental de rein réalisé par l'approche rétrograde du rein
 - E. Pour les calculs rénaux caliciels inférieurs nous avons besoin d'un uretroscope flexible et une source laser pour la fragmentation

- 15. En ce qui concerne la lithiase vésicale, les suivants énoncés sont fausses, SAUF: (324)**
- A. C'est une lithiase avec l'étiopathogénie locale (lithiase d'organe)
 - B. Les facteurs incriminés dans l'étiopathogénie de la lithiase primitive sont: rétrécissement de l'urètre, le dysfonctionnement neurogène de la vessie urinaire
 - C. Les conditions pathologiques les plus couramment associées à la lithiase vésicale secondaire sont des causes diverses de déshydratation, syndromes de diarrhée
 - D. Cliniquement, le patient peut présenter miction ou rétention d'urine complète
 - E. La lithiase vésicale primitive est relativement rare et peut se produire chez les enfants

XIV. ORTHOPÉDIE

Complément simple:

- 1. La production d'une fracture est reliée à l'existence des facteurs suivants intrinsèques, SAUF: (328)**
 - A. La grossesse et la géométrie de l'os
 - B. Résistance à la fatigue ou stress
 - C. La direction d'action de la force causatrice
 - D. Capacité d'absorption d'énergie
 - E. Densité
- 2. En termes de siège, la fracture 23 - A2 se localise au niveau: (331)**
 - A. Diaphysaire humérale
 - B. Extrémité proximale du tibia
 - C. Extrémité distale du radius
 - D. Diaphyse ulnaire
 - E. Malléole interne
- 3. En ce qui concerne le syndrome du compartiment suivants sont VRAIS sauf: (337)**
 - A. C'est une affection qui peut mettre en péril la viabilité du membre
 - B. Il est produit par deux mécanismes: la vasoconstriction active et le collapse passif des capillaires
 - C. Ces mécanismes déterminent l'installation d'une hypoxie musculaire dans des conditions d'un métabolisme aérobie
 - D. Lorsque la pression intracompartmentale est supérieure à 30 mmHg, il indique une perfusion tissulaire inadéquate et impose d'effectuer les fasciotomies de décompression
 - E. La valeur normale de la pression intracompartmentale est d'environ 10mmHg
- 4. Quelle est la FAUSSE affirmation concernant les trois types de lésions périphériques nerveuses décrites par Seddon? (338)**
 - A. L'axonotmezis représente l'interruption des axones et des revêtements conjonctifs
 - B. La neurapraxie est définie comme une perte temporaire de la fonction de la conduction nerveuse
 - C. La neurotmezis représente l'interruption des axones et des revêtements conjonctifs
 - D. L'axonotmezis représente l'interruption des axones et de la gaine de myéline, tout en gardant les structures nerveuses conjonctives.
 - E. Les lésions des axones, de l'endo- et du peri-nerve mais avec le maintien intacte de l'épinerve représente un sous-type du neurotmezis

5. **Les complications locales et tardives sont des fractures des os longs, SAUF:** (339)
- A. Renforcement vicieux
 - B. Pseudarthrose
 - C. Neuroalgodistrophie réflexe traumatique
 - D. Syndrome du compartiment
 - E. Nécrose osseuse
6. **L'affirmation VRAIE en cas de réduction de la fracture orthopédique est:** (341)
- A. Se réalise dans les fractures dans lequel le mouvement n'affecte le résultat fonctionnel (clavicule cassée)
 - B. Se réalise dans les fractures à déplacement modéré chez les personnes âgées
 - C. Se réalise sur un foyer ouvert
 - D. Il peut être fait instrumentalement en imprimant sur le fragment distal déplacements invers à ceux provoqués par une force traumatique
 - E. L'anesthésie locale ou régionale est contre-indiquée.

Complément multiple:

7. **Ostéosynthèse par hobanage:** (344)
- A. Ceci est réalisé par un fil passant en dessous des extrémités des broches transversales et leur cerclage en "8"
 - B. Il est indiqué dans les fractures spiroïdes ou avec un fragment intermédiaire
 - C. Il est indiqué dans les fractures diaphysaires transversales
 - D. Il est utilisé dans les fractures dans lesquelles il y a forces fortes de traction provoquées par des muscles qui sont insérés dans l'un des fragments
 - E. Se base sur une notion biomécaniques où les forces de traction sont transformées en forces de compression
8. **Les avantages de la fixation intramédullaire sont:** (346)
- A. La diminution de l'agression chirurgicale
 - B. Respect de la vascularisation périostale et de l'hématome de la fracture
 - C. Accroître la pression intramédullaire
 - D. Mettre en circulation le contenu médullaire
 - E. La possibilité de la mobilisation précoce, avec la reprise de la série des mouvements articulaires
9. **Les inconvénients de la fixation externe utilisée dans les fractures des os longs sont:** (347)
- A. Le risque d'infection au lieu d'insertion des fiches ou des broches
 - B. Stabilité limitée dans certaines régions
 - C. Le risque de fracture au lieu d'insertion des broches
 - D. Possibilité d'installer les raideurs articulaires
 - E. Suppression de la surface et de l'approvisionnement en sang endostéal
10. **Les complications généraux des fractures des os longs sont les suivants, SAUF:** (336)
- A. Embolie pulmonaire grasse
 - B. Bronchopneumonie
 - C. Coagulation intravasculaire disséminée
 - D. Syndrome du compartiment

E. Lésions nerveuses

11. Les lésions vasculaires produites par ponction de l'artère par un fragment d'os tombent dans les stades de gravité suivants: (337)

- A. La pénétration de l'adventice, avec l'affaiblissement de la paroi vasculaire
- B. Sectionnement incomplète, avec saignements extériorisé ou intérieur
- C. Sectionnement complet avec syndrome d'ischémie périphérique aigu
- D. Préjudice à l'intima et la média, avec risque d'évolution vers la thrombose
- E. Préjudice aux trois tuniques, avec thrombose ou hémorragie secondaire

12. Selon leur traits, les fractures complètes peuvent être: (330)

- A. Obliques
- B. Étagées
- C. "En bois vert"
- D. Impactées
- E. Spiroïdes

13. Les signes d'ischémie périphérique aiguë sont locaux: (337)

- A. L'absence ou la réduction du pouls périphérique par rapport au membre indigne
- B. Peau pâle, froid
- C. Flicitènes et des zones de nécrose de la peau (signe précoce)
- D. Douleurs musculaires et des paresthésies ischémiques
- E. Passif collapse des capillaires

14. En ce qui concerne le mécanisme de production des fractures des os longs, les suivantes sont VRAIS SAUF: (328)

- A. Elles peuvent se produire par mécanisme direct
- B. Les fractures dans l'axe longitudinal sont déterminées par des mécanismes mixtes
- C. Les fractures de stress surviennent lorsque un os normal est soumis à surcontraintes répétées
- D. Les fractures par torsion dans l'axe longitudinal sont déterminées par un mécanisme direct
- E. Les fractures sur l'os pathologique peuvent être causées par des forces d'une intensité normale

15. En ce qui concerne le stade de remodelage par la guérison osseuse secondaire, ce qui suit est VRAI: (333)

- A. Le rôle principal est joué par l'implication des ostéoclastes
- B. Il peut prendre plusieurs mois ou même plusieurs années
- C. Les trabécules osseuses placés anarchiquement sont remplacés par les structures lamellaires Haversiennes
- D. Une matrice est synthétisée, qui fournit les conditions nécessaires pour le dépôt de cristaux d'hydroxyapatite
- E. À la fin de l'étape de remodelage, le canal intramédullaire devient pénétrable

16. Quels sont les inconvénients de l'alésage? (346)

- A. Consolidation à travers le cal périosté
- B. Enlèvement de la surface et de la vascularisation endostéale
- C. Mise en circulation du contenu médullaire
- D. Possibilité d'installation des raideurs articulaires

- E. Augmentation de la pression intramédullaire de 5-10 fois
17. **Les principales indications de l'ostéosynthèse sont les suivantes:** (343)
- A. Fractures irréductibles par voie orthopédique
 - B. Fractures à consolidation rapide
 - C. Fractures de l'olécrane
 - D. Fractures osseuses de l'avant-bras
 - E. Fractures de l'os pathologique
18. **L'ostéosynthèse à plaque et vis est indiquée dans:** (345)
- A. Fractures comminutives de la diaphyse fémorale
 - B. Fractures épiphyso-métaphysodiaphysaires
 - C. Fractures à perte de tissu osseux
 - D. Fractures du bassin
 - E. Fractures comminutives de la diaphyse fémorale
19. **Les inconvénients et les complications des moulages d'immobilisation sont donnés par:** (342)
- A. L'inconvénient créé en le maintenant pendant de longues périodes de temps
 - B. Troubles de la circulation, escarres, atrophie musculaire, ostéoporose
 - C. Perte de l'alignement des fragments par l'élargissement de l'appareil avec la rémission de l'œdème
 - D. Immobilisation prolongée des patients au lit (4-6 semaines)
 - E. Escarres de décubitus, infections pulmonaires, thrombose veineuse profonde
20. **En ce qui concerne la traction continue du traitement orthopédique, ce qui suit est VRAI:** (342)
- A. S'applique proximalement au foyer de la fracture
 - B. Peut-être transosseuse, avec la broche
 - C. Elle présente l'avantage de suivi clinique et radiologique hebdomadaire
 - D. Il peut être fixé à la peau par un bandage à la branche, à laquelle ils pondérer
 - E. Lorsque la probabilité de mouvement des fragments diminue, l'extension doit être retirée et remplacée par une orthèse fonctionnelle
21. **La classification des lésions neurovasculaires après AO comprend, SAUF:** (332)
- A. Absence des lésions neurovasculaires
 - B. Lésions vasculaires de segmentation étendues
 - C. Lésions confinées à un seul groupe de muscles
 - D. Lésions combinées neurovasculaires, y compris les amputations traumatiques
 - E. Décollage tégumentaire étendue
22. **Quelles sont les affirmations VRAIES sur l'étape du cal mou dans la guérison osseuse secondaire?** (333)
- A. Il est formé dans les 6-7 premiers jours,
 - B. Il se caractérise par une augmentation de la cellularité et de la vascularité au foyer de la fracture
 - C. La vascularisation bonne conduit à la différenciation en chondroblastes et la vascularisation pauvre à la différenciation en ostéoblastes
 - D. Les ostéoblastes nouvellement formés sécrètent la matrice organique, entre les fragments d'os se formant des callos fibroélastiques

E. Dans les zones où les forces de traction prédominent, la différenciation sera faite vers les fibroblastes

23. La classification des lésions musculaires selon AO comprend, SAUF: (332)

- A. Défauts musculaires, dilacérations tendineuses et contusion musculaire prolongée
- B. Syndrome du compartiment
- C. Nécrose dermique par contusion
- D. Contusion sur l'épaisseur totale du tégument, avec perte de substance cutanée
- E. L'absence des lésions musculaires cliniquement évidentes

24. La palpation en tabatière anatomique NE peut ne pas détecter une fracture à l'os: (334)

- A. Piramidale
- B. Scaphoïd
- C. Hamate
- D. Pisiforme
- E. Capité

25. L'évaluation radiologique dans les fractures des os longs est conforme aux règles suivantes: (335)

- A. Deux incidences - antéro-postérieure et latéro-latérale
- B. Deux joints - sur- et sous-jacentes
- C. Deux épiphyse - inférieure et supérieure
- D. Deux examens - la différence jusqu'à 5 jours
- E. Deux segments - chez les enfants, à titre de comparaison

XV. OBSTÉRIQUE-GYNÉCOLOGIE

Complément simple:

1. **Au cours du deuxième trimestre de la grossesse, la consultation prénatale comprend les éléments suivants, SAUF: (352) U**
 - A. Mesurer le poids de la femme enceinte, en prenant en compte une augmentation progressive et uniforme
 - B. Mesurer la hauteur utérine
 - C. Date de prélèvement des premiers mouvements du fœtus
 - D. Après 8 semaines de gestation ils sont enregistrés la fréquence et la qualité du rythme cardiaque du fœtus
 - E. Mesurer le tour de la taille
2. **Lequel des éléments suivants N'est pas inclus dans les évaluations du test quadruple: (354) U**
 - A. α -foetoprotéine
 - B.PAPP-A
 - C. β HCG
 - D. Estriole
 - E.Inhibine A
3. **La biopsie de vilozități coriale implică următoarele riscuri, CU EXCEPTIA: (356) U**
 - A. Oligohydramnios

- B. Avortement en 0,5-1% des cas
 - C. Malformations longitudinales des membres - radiales, ulnaires
 - D. Malformations des membres lorsque la biopsie est effectuée avant 14 semaines
 - E. Hypogénèse oromandibulaire
4. **Le signe McDonald se caractérise par:** (360) U
- A. Augmentation de la mobilité utérine face à l'isthme
 - B. Imbibition de l'isthme utérin après 6 semaines de gestation
 - C. Imbibition du col utérin qui change sa consistance
 - D. À la palpation utérine on constate le développement plus accentué d'une corne utérine
 - E. La consistance pâteuse de l'utérus gravide
5. **Lesquels des éléments suivants sont des signes positifs de grossesse:** (359) U
- A. Aménorrhée
 - B. Palpation du foetus
 - C. Présence des mouvements fœtaux actifs
 - D. Augmentation de l'abdomen
 - E. Contractions Braxton-Hicks
6. **Lequel des énoncés suivants concernant les procédures de dépistage du cancer du col utérin est VRAI:** (367) M
- A. Dans la tranche d'âge 21-29 ans, est recommandé de faire le test une fois par l'an se composant de tests de cytologie et HPV
 - B. Dans la tranche d'âge 21-29 ans, le screening est recommandé tous les 3 ans seulement par la cytologie
 - C. Dans la tranche d'âge 30-64 ans, le dépistage cytologique est recommandé tous les 2 ans
 - D. L'arrêt du dépistage se fait à 60 ans
 - E. L'arrêt du dépistage arrêt se fait à 60 ans, seulement aux patientes avec screening correspondant dans leur histoire: 2 examens successifs négatifs
7. **Laquelle des suivantes explorations de laboratoire est indiquée pour faire la différence entre léiomyomatose et adénomyose:** (374) U
- A. Échographie transvaginale
 - B. Échographie avec infusion saline
 - C. IRM
 - D. Hystéroskopie
 - E. Examen vaginal combiné avec palpation abdominal
8. **La tumeur de l'ovaire avec cellules granuleuses est:** (378) M
- A. Tumeur stromale
 - B. Tumeur mésothéliome primaire stromale
 - C. Tumeur mésothéliome primaire épithéliale
 - D. Tumeur de l'ovaire aux cellules germinales
 - E. Un tératome
9. **Lequel des énoncés suivants sur les tumeurs mucineuses ovariennes est VRAI:** (378) G
- A. Elles sont tumeurs mésothéliales primaires stromale
 - B. Peuvent atteindre de grandes tailles et sont bilatérales dans 10% des cas

- C. Sont difficiles à distinguer des métastases tumorales osseuses
D. Présentent une surface inégale
E. Les tumeurs stromales
10. **Quel des énoncés suivants sur le syphilis génitale est VRAI:** (385) M
A. Le chancre mou est une ulcération relativement petite, indolore
B. Le chancre dur est une ulcération relativement petite, indolore
C. La lésion primaire syphilitique est accompagnée d'une adénopathie inguinale douloureuse
D. Le chancre extra-génital peut être situé dans les paupières ou les doigts
E. Le chancre primaire est accompagnée de microadénopathie généralisée
- Complément multiple:**
11. **À l'examen genital on peut identifier les suivants:** (351) M
A. Insuffisance cervico- isthmique
B. Défets au bassin osseux
C. Septes vaginales
D. Hyperplasie de l'endomètre
E. Condylomatose vaginale
12. **Au cours du deuxième trimestre, les évaluations suivantes se peuvent faire À L'EXCLUSION:** (325) M
A. De la semaine 24 de la gestation on note la fréquence et la qualité du rythme cardiaque fœtal
B. Sera effectué une cardiotocographie
C. Sera mesuré la hauteur utérine
D. Sera réalisé le score Manning
E. Sera noté la date de la perception des mouvements fœtaux
13. **Si une enceinte de RH négative:** (351) M
A. Il est obligatoire de déterminer le RH du mari
B. Dans le cas des anticorps anti-D absent, sera répété le dosage d'anticorps dans la semaine 20
C. À 28 semaines d'aménorrhée la femme enceinte reçoit une dose d'immunoglobuline spécifique anti-D
D. Le dosage des anticorps se répète entre 28-36 semaines d'aménorrhée
E. Le dosage des anticorps se répète entre 26-34 semaines d'aménorrhée
14. **En ce qui concerne la biopsie des villosités choriales à travers l'approche transvaginale les suivantes sont VRAIES:** (356) M
A. Sera utilisée une aiguille de 35 cm qui est insérée à travers le fond de la poche vaginale antérieure
B. Le tissu trophoblastique est récolté après 16 semaines
C. Un échantillon de biopsie contient au plus 3 mg de tissu
D. La possibilité de l'isoimmunization maternelle est une contre-indication
E. Post-biopsie de villosités coriales on poursuit l'activité cardiaque embryonnaire pendant 30 minutes
15. **Les énoncés suivants concernant la biopsie embryonnaire préimplantationnelle sont vrais, SAUF:** (358) G

- A. Par micromanipulation séparera les deux blastomères
 - B. La technique permet de diagnostiquer maladies métaboliques
 - C. Le blastomère sera séparé de l'embryon
 - D. La technique inclut l'incision de la zone pellucide
 - E. Il y a un risque d'affection du développement de l'embryon
16. **Lequel des énoncés suivants sont VRAIS à propos de cordocentèse:** (357) M
- A. Elle fonctionne seulement après 20 semaines
 - B. L'injection de sérum physiologique dans le vaisseau abordé permet la différenciation entre artère et veine
 - C. C'est indiquée dans la détection de l'anasarque foetale non immune
 - D. Aux patientes avec RH-négatifs seraient administrées l'immunoglobuline anti-RH
 - E. La transfusion intrauterine fœtale est indiquée pour la thrombopénie auto-immune
17. **Lequel des énoncés suivants au sujet des contractions de Braxton-Hicks sont VRAIS:** (361) M
- A. Débutent à la fin du deuxième trimestre de grossesse
 - B. Elles sont des contractions indolores, mais régulières
 - C. Elles deviennent plus communes avec la progression de la grossesse
 - D. Elles produisent des changements dans le col utérin
 - E. Restent irrégulières comme temps et intensité pendant la grossesse
18. **En ce qui concerne les signes et les symptômes présomptifs de la grossesse, quoi de ce que suit N'est pas vrai:** (361) M
- A. Hyperpigmentation cutanée et l'apparition de l'aspect facial de " masque gravidique"
 - B. Les glandes mammaires ont un volume élargi, sont turgescentes et indolores
 - C. Le signe Chadwick-Jaquemier négatif
 - D. Perception des mouvements actifs du fœtus qui se produisent plus tard aux primipares
 - E. Pollakiurie principalement au cours du deuxième trimestre de la grossesse
19. **Lequel des énoncés suivants au sujet de l'infection au VPH est rempli:** (366) U
- A. La souche la plus courante impliquée dans le cancer du col utérin est le VPH-18
 - B. Il peut être une infection transitoire
 - C. Il peut être une infection persistante
 - D. La souche la plus commune impliquée dans le cancer du col utérin est HPV-16
 - E. Souches à risque moyen de malignité sont le plus souvent trouvées
20. **Lequel des énoncés suivants concernant la trachélectomie radicale sont FAUX:** (371) M
- A. Elle est associée à la lymphadénectomie pelvienne laparoscopique
 - B. Ne conserve pas le potentiel fertile de la patiente
 - C. Est associée à des ménometrorragies
 - D. C'est indiquée aux patientes diagnostiquées avec cancer du col utérin stade IIB
 - E. Il peut être compliquée par la sténose cervicale
21. **Le cancer du col, stade II-A1, NE comporte PAS les éléments suivants:** (369) G
- A. Invasion des deux tiers inférieurs vaginales
 - B. Elle implique l'invasion des paramètres
 - C. C'est un carcinome qui exceed la limite du col, mais pas jusqu'à ce que le tiers inférieur du vagin
 - D. L'extension dans la troisième partie inférieure du vagin sans envahissement paramétriale

- E. C'est une tumeur avec le diamètre maximale <4 cm
22. **Lesquels des éléments suivants NE sont pas des facteurs de risque pour l'hyperplasie endométriale PAS:** (377) U
A. La menarche tardive tardivă
B. Thérapie à Tamoxifén
C. Ménopause précoce
D. Multiparité
E. Syndrome des ovaires polykystiques
23. **Le fibrome utérin sous-séreux se caractérise par les suivants, SAUF:** (372) U
A. Il est entouré par une pseudocapsule composée de tissu aréolaire et fibres musculaires comprimées
B. C'est une tumeur provenant du tissus musculaire strié
C. Il pousse sur la surface externe de l'utérus
D. Il est situé à proximité immédiate de l'endomètre
E. Il excède la surface extérieure de l'utérus
24. **Lequel des énoncés suivants concernant le risque de léiomyomes utérins sont VRAIS:** (373) M
A. Le tabagisme peut avoir un effet protecteur
B. La ménarche précoce diminue le risque de myomes
C. Le medroxyprogesterone-acétate augmente le risque de myomes
D. La consommation de l'alcool diminue l'apparence le risque de myomes
E. La prédisposition familial peut avoir un effet protecteur
25. **Lesquels des énoncés suivants au sujet de la thérapie médicamenteuse dans la léiomyomatose utérine sont FAUX:** (375) G
A. Les modulateurs sélectifs des récepteurs oestrogéniques ont été utilisés pour les patientes ménopausées
B. La forme la plus efficace de traitement médical sont des agonistes de la GnRH
C. Les modulateurs sélectifs des récepteurs de progestérone ont une incidence accrue d'hyperplasie de l'endomètre
D. La milfepristone est associée à une augmentation transitoire des enzymes de hépatocytolise
E. Le traitement avec des agonistes de la GnRH est indiqué pour au moins 1 an
26. **Lequel des énoncés suivants concernant les kystes de gaine lutéale N'EST PAS:** (378) U
A. Ils se produisent principalement d'une manière unilatérale
B. L'apparition de ces kystes est associée à la grossesse
C. Ils peuvent avoir les dimensions maximales de 15 cm
D. Ils ont une capacité de régression spontanée
E. Ils sont associés à la présence du choriocarcinome
27. **Le syndrome endocrinien féminisant des tumeurs actives du le point de vue endocrinien se caractérisé comme suit:** (379) U
A. Hypertrophie clitoridienne
B. Puberté précoce isosexuelle
C. Atrophie des seins
D. Troubles menstruelles

E. Hirsutisme

28. **Lequel des énoncés suivants concernant le traitement de l'hyperplasie de l'endomètre sont VRAIS:(377) M**
- A. Dans certains cas, il peut être conseillé la perte du poids
 - B. En post-ménopause, les cas à atypies cellulaires bénéficient de traitement médicamenteux sur une période de 12 mois
 - C. Le traitement médicamenteux avec des progestatifs peut être prescrit 15 jours/mois pendant 3 mois jusqu'au 6 mois
 - D. Le traitement chirurgical consiste dans l'insertion d'un système intrautérin contenant du lévonorgestrel
 - E. Dans les cas ménopausées avec atypie cellulaire, est recommandé la chirurgie
29. **Le prolapsus transcervical d'un noeud en léiomyomatose utérine est caractérisé par:(375) G**
- A. Il apparaît dans le cas d'un fibrome sous-séreux pédiculé avec une petite base d'implantation
 - B. La conduite consiste dans l'extirpation du noeud
 - C. Il apparaît dans le cas d'un noeud pédiculé avec base d'implantation utérine basse
 - D. L'exacerbation de la symptomatologie apparaît après le noeud est extériorisé
 - E. La symptomatologie se manifeste par phénomènes d'irritation péritonéale
30. **Lesquels des énoncés suivants concernant les kystes desmoïdes sont VRAIS: (378) U**
- A. C'est bilatérale dans 10% des cas
 - B. Ils sont des tumeurs des cellules germinales de l'ovaire
 - C. Le principal risque est le saignement
 - D. C'est un type de tumeur stromale
 - E. Il n'a pas la capacité de malignité
31. **Lesquels des énoncés suivants concernant la vaginose bactérienne sont VRAIS: (384) U**
- A. Le tabagisme est un facteur qui contribue à l'apparition de la vaginose bactérienne
 - B. La symptomatologie est marquée par la présence d'un prurit intense et une sensation de brûlure vulvo-vaginale
 - C. Les symptômes sont marqués par la présence d'un odeur déplaisante de "poisson"
 - D. La leukorrhea est abondante, non-adhérente et verte
 - E. Elle représente un déséquilibre complexe de la flore vaginale normale
32. **Lesquels des énoncés suivants au sujet des vulvo-vaginites fongiques NE sont pas vrais: (383) G**
- A. Elles sont caractérisées par un écoulement vaginal épais, blanc et non-adhérant
 - B. Dans les formes chroniques les accusations peuvent manquer
 - C. La thérapie d'entretien dans des formes récidivantes est administrée sur une période de 3 mois
 - D. L'obésité favorise la prolifération fongique
 - E. Il n'y a pas toujours une corrélation entre l'intensité des symptômes et l'examen physique
33. **Traitement de choix dans le traitement de la vaginose bactérienne comprend: (384) U**
- A. Métronidazole à dose unique
 - B. Métronidazole 2 fois par jour, 7 jours
 - C. Clindamycine 2 fois par jour, 7 jours
 - D. Doxycycline 2 fois par jour, 14 jours
 - E. Ceftriaxone à dose unique

34. **Les explorations de laboratoire dans la maladie inflammatoire pelvienne révèlent ce qui suit:**
(386) M
- A. Les cultures cervicales sont souvent positives pour Chlamydia trachomatis et Neisseria meningitidis
 - B. La laparoscopie est la méthode de choix pour le diagnostic incertain
 - C. L'échographie endovaginale est l'étalon-or en raison de la possibilité d'un diagnostic précoce et certe
 - D. La laparoscopie permet le drainage des abcès tubo-ovariens et la lyse des adhérences
 - E. La mise en évidence de la leucocytose dans la sécrétion vaginale a une spécificité faible