UNIVERSITE DE MONASTIR

Faculté de Médecine de Monastir

كلية الطب بالمنستير

FACULTÉ DE Médecine DE MONASTIR

École de résidanat

Année Universitaire 2019-2020

Préparation au concours de Résidanat - Session 2019

Examen blanc de résidanat

Épreuve N° 1

25 Novembre 2019

Recommandations :

1- **Durée de l'épreuve : 2 heures**

2- **Nombre de pages : 21 pages**

3- **Nombre de questions : 130**

- QCM = 113 questions
- Cas cliniques QCM = 17 questions

NB : Toutes les réponses doivent être inscrites sur la fiche optique.

Epreuve organisée par Dr Mohamed Hichem LOGHMARI

Comité de Résidanat de la Faculté de Médecine de Monastir

Partie 1 : Questions à Compléments Multiples (QCM) (Questions n°1 à 113)

1. L'absorption intestinale du glucose :
A. Se produit au niveau de l'intestin grêle distal
B. Fait intervenir le transporteur SGLUT1 du côté luminal
C. Se fait par transport actif primaire
D. Est similaire à celle du galactose
E. Est couplée avec les ions K^+ du côté luminal

2. L'absorption intestinale des acides aminés :
A. Peut se faire par des transporteurs dépendants du Na^+
B. Dépend du gradient H^+
C. Est couplée avec celle du glucose
D. Se produit au niveau de l'intestin grêle proximal
E. Nécessite la formation de micelles

3. La formation de micelles est nécessaire à l'absorption de :
A. Triglycérides
B. Calcium
C. Vitamine B12
D. Vitamine K
E. Magnésium

4. La résection d'un mètre de l'iléon distal peut entrainer une malabsorption de :
A. Vitamine K
B. Vitamine C
C. Calcium
D. Acides biliaires
E. Fer

5. L'absorption intestinale du fer est augmentée par :
A. La vitamine D
B. L'acidité gastrique
C. Les acides biliaires
D. La vitamine C
E. La forme de fer ferrique (Fe^{3+})

6. Le mécanisme de la stéatorrhée secondaire à la résection d'un mètre de l'iléon distal est :
A- L'absence de digestion des triglycérides
B- Une fuite excessive d'acides biliaires dans le colon
C- L'absence de sécrétion de lipase pancréatique
D- Un défaut de synthèse des acides biliaires
E- Un excès de synthèse des acides biliaires

7. Les résistances bronchiques :
A. Sont augmentées sous l'effet de la neurokinine A
B. Sont maximales au niveau des bronchioles terminales
C. Sont augmentées en fin d'expiration
D. Sont augmentés sous l'action du système nerveux sympathique
E. Sont diminuées sous l'effet de l'atropine

8. Une bronchoconstriction est induite sous l'effet de :
A. La substance P (SP)
B. Le monoxyde d'azote (NO)
C. Les prostaglandines E2
D. La neurokinine A (NKA)
E. L'adrénaline

9. La capacité vitale est :
A. Le volume de relaxation pulmonaire
B. Mesurable par la spirométrie simple
C. Le volume d'air maximal qui peut être contenu dans les poumons
D. La somme de tous les volumes mobilisables
E. Le volume d'air qui reste dans les poumons en fin d'une expiration maximale

10. Le paramètre suivant mesure l'obstruction au niveau des voies aériennes proximales:
A. Débit expiratoire maximal médian (DEMM)
B. Rapport de Tiffeneau (VEMS /CV)
C. Volume expiratoire maximal seconde (VEMS)
D. Capacité vitale (CV)
E. Volume résiduel

11. En cas d'une bronchopneumopathie chronique obstructive il ya une diminution :
A. Du rapport VEMS/CV
B. Proportionnelle de la capacité vitale (CV) et du VEMS
C. De la capacité pulmonaire totale (CPT)
D. Du volume expiratoire maximum seconde (VEMS)
E. Du volume de relaxation pulmonaire

12. Le rapport ventilation/perfusion est diminué :
A. En cas d'obstruction bronchique
B. En cas d'effet espace mort
C. En cas d'effet shunt
D. Au niveau des sommets pulmonaires chez un sujet couché sur le dos
E. Chez un sujet asthmatique

13. Un patient âgé de 55 ans présente une douleur de la fosse iliaque droite dans un contexte de fièvre depuis 5 jours. A l'examen on retrouve une masse au niveau de la FID, le reste de l'abdomen est souple. Devant ce tableau clinique :

A- Le premier diagnostic à évoquer est une appendicite aigue
B- Un scanner abdominal est indiqué
C- Une coelioscopie diagnostique est indiquée
D- Aucune exploration radiologique n'est nécessaire car le traitement est chirurgical
E- Il faut rechercher une tumeur caecale infectée

14. Concernant l'abcès appendiculaire :

A- Il s'agit de la complication la plus fréquente de l'appendicite aigue
B- Sa rupture en péritoine libre donne une péritonite dite en deux temps
C- Peut compliquer un plastron appendiculaire
D- Il donne un tableau clinique similaire à celui de l'appendicite aigue
E- Son traitement est exclusivement chirurgical

15. À propos de l'appendicite aigue latéro-caecale interne :

A- Il s'agit de l'urgence la plus fréquente en chirurgie digestive
B- Elle doit être évoquée en premier devant toute douleur de la fosse iliaque droite
C- Son diagnostic est toujours évident
D- Son diagnostic est basé sur l'examen clinique
E- Le recours aux explorations radiologiques est obligatoire pour la décision thérapeutique

16. L'appendicite aigue méso-cœliaque :

A- Est la variante anatomique la plus fréquente de l'appendicite aigue
B- Peut se révéler par un tableau d'occlusion fébrile
C- Peut se compliquer de péritonite appendiculaire
D- Ne donne pas de défense au niveau de la FID
E- Est une variante anatomique dont laquelle la base appendiculaire se situe au niveau de la FID

17. Le plastron appendiculaire :

A- Est une forme de guérison de l'appendicite aigue
B- Est l'évolution ultime de toute appendicite aigue non traitée à temps
C- Est une forme de péritonite aigue
D- Nécessite un traitement chirurgical en urgence
E- Peut être découvert en peropératoire

18. Les cellules du nœud sinusal:

A. Ont une fréquence de décharge spontanée de 80 PA/min
B. Constituent le pacemaker physiologique du cœur
C. Ont un potentiel de repos stable
D. Ont un potentiel de repos de l'ordre de – 60 mV
E. Sont caractérisées par l'absence de plateau sur leur potentiel d'action

19. Le système parasympathique diminue la:
A. Conduction auriculo-ventriculaire
B. Contractilité myocardique
C. Durée de la période réfractaire absolue
D. Fréquence cardiaque
E. La fraction d'éjection systolique

20. La période réfractaire absolue des cellules myocardiques banales:
A. Évite la tétanisation du cœur
B. Dure 100 ms
C. Est aussi une caractéristique des cellules du tissu nodal
D. Correspond à la phase 4 du potentiel d'action
E. Est augmentée par la stimulation du système sympathique

21. Sur le tracé ECG:
A. Le segment QT correspond à la durée de la période réfractaire absolue
B. L'onde P correspond à la dépolarisation auriculaire
C. Le segment ST correspond à la durée du potentiel d'action
D. L'espace PR correspond à la durée de conduction auriculo-ventriculaire
E. L'onde T représente la dépolarisation ventriculaire

22. Parmi ces crises épileptiques, celles qui sont de type focales sont :
A- La crise à début généralisé non moteur (absence)
B- Les spasmes épileptiques
C- La crise hémi-corporelle
D- La crise avec hallucinations visuelles
E- La crise clonique bilatérale et symétrique

23. Une absence typique est une crise épileptique :
A- De type généralisé
B- Qui se manifeste chez les enfants avec encéphalopathie
C- Qui s'accompagne de pointes ondes à 3c/s généralisées à l'EEG
D- Qui survient uniquement chez l'enfant
E- De durée dépassant toujours une minute

24. Une absence typique à sémiologie simple se manifeste par la sémiologie suivante:
A- Des automatismes complexes
B- Des clonies des paupières
C- Une chute brutale et traumatisante de la tête
D- Un ralentissement à l'EEG inter-critique
E- Une durée inférieure à 25 secondes

25. Est considéré atteint d'une épilepsie toute personne qui a :
A- Une crise épileptique survenant à la phase aigüe d'un accident vasculaire cérébral
B- Une première crise épileptique spontanée si le risque de récurrence est d'au moins 60%
C- Deux crises épileptiques spontanées séparées de plus de 24 heures
D- Un syndrome épileptique
E- Une première crise épileptique chez un adolescent

26. En cas d'épilepsie, l'EEG est d'un grand apport pour :
A- Le diagnostic positif
B- Le diagnostic étiologique
C- Le diagnostic différentiel
D- Le choix du médicament antiépileptique
E- Déterminer le type de crise épileptique

27. Deux crises épileptiques survenant dans les 7 jours après un AVC ischémique :
A- Sont des crises symptomatiques aigues
B- Augmentent le risque de crises épileptiques tardives
C- Imposent un traitement antiépileptique à long cours
D- Sont toujours secondaires à des perturbations ioniques
E- Aggravent le pronostic de l'AVC

28. L'épilepsie myoclonique juvénile est caractérisé par :
A- Un début chez l'enfant jeune
B- Des myoclonies au réveil
C- Le fait qu'elle soit secondaire à une dysplasie corticale
D- L'association des myoclonies à des crises à début généralisé moteur tonico-cloniques
E- Une évolution favorable sous traitement

29. Parmi ces signes, ceux qui sont typiques d'une crise épileptique tonico-clonique généralisée sont :
A- La fermeture des yeux en début de crise
B- La morsure latérale de la langue
C- Les mouvements convulsifs anarchiques
D- La durée brève d'environ 1 à 3 minutes
E- La perte d'urine

30. Les crises d'absences atypiques sont caractérisées par :
A- Un début et une fin progressifs
B- Une perte de connaissance non complète
C- Un rythme de base à l'EEG normal
D- Une durée de plus que 30 secondes
E- Une ressemblance à des crises à début focal avec perte de contact

31. Concernant l'épilepsie myoclonique juvénile, les réponses justes sont :
A- Elle est favorisée par la photosensibilité
B- Elle présente des anomalies inter-critiques typiques à l'EEG
C- C'est une épilepsie de cause indéterminée (cryptogénique)
D- Elle survient chez l'adolescent
E- Elle est très sensible aux antiépileptiques

32. Les critères diagnostiques qui définissant le syndrome de West sont :
A- Les spasmes épileptiques
B- La survenant après l'âge de 18 mois
C- L'hypsarythmie à l'EEG
D- L'arrêt du développement psychomoteur
E- La microcéphalie

33. Le syndrome de West est caractérisé par les données suivantes :
A- Un âge de début à 5 ans
B- Des crises de type absence de courte durée.
C- Un retard pubertaire.
D- Une IRM cérébrale indispensable pour rechercher la cause
E- L'EEG est utile pour le diagnostic positif.

34. L'épilepsie à paroxysme rolandique ou à pointes centro-temporales est considérée comme :
A- Un syndrome spécial
B- Une épilepsie de cause indéterminée
C- Une épilepsie idiopathique (génétique) liée à l'âge
D- Une épilepsie symptomatique d'une lésion rolandique
E- Une épilepsie généralisée

35. L'épilepsie à paroxysme rolandique ou à pointes centro-temporales de l'enfant est caractérisée par :
A- La fréquence des crises focales oro-faciales
B- Un pronostic défavorable
C- Des anomalies spécifiques à l'imagerie cérébrale
D- Un EEG qui montre des pointes bi-phasiques centro-temporales bilatérales
E- La réponse favorable aux antiépileptiques

36. Le traitement d'un cancer du cavum type UCNT classé stade T1N0M0 est basé sur :
A. La chirurgie type nasopharyngectomie
B. La radiothérapie exclusive
C. La chimiothérapie exclusive
D. La radio-chimiothérapie
E. La chirurgie suivie de radio-chimiothérapie

37. Le diagnostic positif d'un cancer du cavum est basé sur :
A. La tomographie par émission de positrons (TEP scan)
B. L'IRM du cavum avec séquence T1 avec gadolinium
C. L'endoscopie nasale
D. La biopsie du cavum avec un examen anatomopathologique
E. Le scanner du cavum injecté

38. Chez l'insuffisant cardiaque, la digoxine :
A- Diminue le débit cardiaque
B- Induit une vasodilatation
C- Diminue la post-charge
D- Diminue la diurèse
E- Diminue la pression télé diastolique du VG

39. Relevez parmi les facteurs de risque suivants ceux qui favorisent le de cancer du sein:
A- Les antécédents familiaux de cancer mammaire
B- Le régime pauvre en graisse
C- La dystrophie fibrokystique contenant une hyperplasie avec atypie
D- La consommation chronique d'alcool.
E- La ménarche tardive

40. Parmi les antécédents suivants, ceux qui doivent être considérés comme facteurs de risque du cancer du sein sont :

A- Un cancer du sein chez la mère
B- Des premières règles précoces avant 10 ans
C- Une grossesse avant 20 ans
D- Un allaitement maternel des 2 enfants
E- Une hyperprolactinémie

41. Le dépistage du cancer du sein :

A- Se fait par échographie mammaire
B- Commence à 40 ans
C- Se fait par deux clichés de mammographie
D- Est plus tardif en cas d'ATCD familiaux de cancer du sein
E- Se fait tous les deux ans si la première mammographie est normale

42. Un patient suivi pour ACFA sous Sintrom*, présente brutalement une hémiplégie avec des céphalées. Le bilan le plus utile à demander en urgence comprend :

A. Une échographie cardiaque
B. Une TDM cérébrale
C. Une artériographie cérébrale
D. Un INR
E. Une IRM cérébrale

43. Le syndrome de Wallemberg :

A. Est le plus fréquent des syndromes alternes
B. Est dû à une ischémie pontique
C. Est dû à une occlusion d'une artère naissant de l'artère cérébelleuse supérieure.
D. Comporte un ptosis partiel homolatéral à la lésion
E. Comporte un syndrome cérébelleux cinétique homolatéral à la lésion

44. Concernant le cancer du côlon sigmoïde :

A- L'adénocarcinome est une forme histologique fréquente qui se voit dans 95 % cas.
B- C'est une localisation fréquente des cancers du côlon.
C- Le drainage lymphatique se fait préférentiellement vers les ganglions inguinaux
D- Il se complique fréquemment d'une occlusion intestinale aigüe.
E- L'envahissement du grêle est possible

45. Le syndrome de Lynch :

A- Est la cause du cancer colorectal dans 25 % des cas.
B- Comporte deux expressions différentes.
C- Est souvent à l'origine de localisations coliques synchrones ou successives.
D- Est principalement caractérisé par le jeune âge de survenue du CCR.
E- Nécessite une surveillance plus attentive qu'un CCR sporadique.

46. Au cours de l'occlusion intestinale aigüe basse secondaire à une tumeur du caecum:

A- Le tableau clinique est celui d'une occlusion par strangulation.
B- Le météorisme abdominal est peu important au début de la maladie.
C- L'ASP peut montrer des NHA de type grêliques.
D- Le lavement aux hydrosolubles détermine et localise l'obstacle.
E- Le traitement endoscopique doit être envisagé rapidement.

47. La Polypose adénomateuse familiale dans sa forme classique :
A- Est une maladie héréditaire autosomique dominante.
B- Est due à une mutation du gène APC.
C- Dégénère souvent après l'âge de 50 ans.
D- Impose une résection colique et rectale totale prophylactique.
E- Sa présence chez l'un des parents impose une coloscopie annuelle chez les descendants à partir de l'âge de 20 ans.

48. La complication la plus fréquente d'un cancer du côlon gauche est :
A- La péritonite aigue.
B- La Fistule colo-vésicale.
C- L'hémorragie digestive.
D- L'hypertension portale.
E- L'occlusion intestinale aigüe.

49. Parmi les étiologies des hémorragies digestives hautes en Tunisie, quelles sont les deux étiologies les plus fréquentes ?
A- L'ulcération simplex de Dieulafoy.
B- Les tumeurs gastriques
C- La maladie ulcéreuse gastroduodénale.
D- Les lésions aigues gastro-duodénales
E- La rupture de varices œsophagiennes.

50. Les étiologies à évoquer devant une hémorragie digestive chez un patient qui présente un syndrome d'hypertension portale sont :
A- Une gastropathie hypertensive
B- Une angiodysplasie gastrique
C- La rupture des varices gastriques
D- Un anévrysme de l'aorte abdominale sous rénale
E- La rupture des varices œsophagiennes.

51. Parmi les critères de gravité d'une hémorragie digestive, on retient :
A- Une tachycardie.
B- Un taux d'hémoglobine à 8 g/dl
C- Une hypertension artérielle avec une systolique > 160 mmHg
D- Un âge supérieur à 50 ans
E- L'existence d'une cardiopathie sous-jacente.

52. Le tableau clinique et radiologique suivant caractérise la pneumopathie à germes atypiques :
A. Début progressif
B. Douleur thoracique intense
C. Expectoration purulente abondante
D. Altération de l'état général
E. Fièvre modérée

53. La contamination hydatique de l'homme se fait par :
A. Ingestion de légumes souillés par les excréments du chien infesté
B. Ingestion de viande de mouton infesté
C. Contact par les mains avec le chien parasité
D. Inhalation de tænia échinocoque
E. Contact avec des moutons porteurs de kyste hydatique

54. La perforation d'un ulcère gastro-duodénal :
A- Est caractérisée par un début brutal de la symptomatologie
B- Survient uniquement sur un estomac vide
C- Peut inaugurer la maladie ulcéreuse
D- Est souvent précédée par une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse
E- L'état septique du patient est souvent évident dès le début

55. Dans les péritonites aigues par perforation :
A- Les signes infectieux sont toujours absents au début
B- Le début de la symptomatologie est souvent progressif
C- La contracture abdominale est remplacée par une défense généralisée
D- Le diagnostic est en général basé sur l'examen clinique
E- Sur l'abdomen sans préparation il existe toujours un pneumopéritoine

56. En faveur de la gravité d'une péritonite aigue on retient :
A- L'insuffisance rénale
B- La présence d'une fièvre élevée
C- L'origine appendiculaire
D- La contracture abdominale
E- Le terrain diabétique

57. La péritonite aigue d'origine appendiculaire :
A- Peut être traité médicalement sans recours à la chrirugie.
B- Peut inaugurer le tableau de l'appendicite aigue
C- Est de meilleur pronostic quand elle survient en trois temps
D- Donne souvent un pneumopéritoine à l'ASP
E- Peut être traitée par voie laparoscopique

58. L'abcès du cul de sac de Douglas :
A- Peut se manifester par des rectorragies
B- Peut être suspecté au toucher rectal.
C- Peut être traité par rectotomie antérieure
D- Peut donner un psoitis
E- Peut survenir au décours d'une appendicectomie pour appendice latéro-caecal interne.

59. Les indications des inhibiteurs calciques sont :
A- La néphropathie diabétique
B- L'insuffisance coronarienne
C- L'hypertension artérielle
D- L'hypertrophie bénigne de la prostate
E- L'arythmie complète par fibrillation auriculaire

60. Les effets cardiaques suivants sont attribués aux bêtabloquants

A- Baisse de la fréquence cardiaque
B- Réduction de la contractilité
C- Dromotrope positif
D- Inhibition de l'excitabilité
E- Diminution du temps de remplissage

61. Les bêtabloquants sont responsables de :

A- Anémie hémolytique
B- Vasodilatation
C- Augmentation de la pression intraoculaire
D- Baisse de la sécrétion de rénine
E- Une broncho dilatation

62. Les facteurs suivants sont susceptibles de favoriser la survenue d'une embolie pulmonaire :

A- Un déficit en protéine C.
B- Une élévation du facteur VIII
C- Une élévation du facteur IX
D- La prise de contraceptifs oraux
E- L'hypertension artérielle

63. Une exploration de thrombophilie biologique doit être proposée lors d'une :

A- Thrombose veineuse profonde (TVP) survenue avant 60 ans.
B- 1ère thrombose veineuse distale avec un facteur déclenchant.
C- TVP spontanée avant 60 ans associée à des antécédents familiaux de TVP.
D- TVP suite à un long voyage
E- 1ère TVP survenue chez une femme de 30 ans.

64. Le diagnostic d'embolie pulmonaire chez un malade porteur d'une cardiopathie est suspecté devant :

A- Une tachycardie inexpliquée
B- Une élévation des chiffres de la pression artérielle pulmonaire systolique
C- Un épanchement péricardique
D- Un aspect Q1S3
E- Des troubles du rythme

65. Les signes suivants témoignent de la gravité immédiate d'une embolie pulmonaire

A- Cyanose persistante sous oxygénothérapie
B- Collapsus cardio-vasculaire
C- Hémoptysie
D- Tachycardie > 120
E- Intensité de la douleur thoracique

66. Parmi les examens suivants, celui qui a la meilleure spécificité pour la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs est :

A- Phlébographie
B- D-dimères -(technique Elisa ou 'Elisa rapide')
C- Scanner des membres inférieurs.
D- Echo-doppler veineux
E- Examen clinique

67. Le trouble panique comprend souvent :
- A- Des comportements excessifs d'affrontement des situations anxiogènes
- B- Des attaques de paniques situationnelles
- C- Des obsessions concernant l'avenir
- D- Des préoccupations à propos des conséquences des attaques de panique
- E- Un facteur déclenchant

68. La phobie sociale se caractérise par :
- A- L'évitement des grands boulevards et de la foule
- B- Des attaques de panique inopinées
- C- Une peur d'agir de façon embarrassante devant les autres
- D- Une peur de manifester des signes anxieux devant les autres
- E- Une indifférence envers les autres

69. Les benzodiazépines :
- A- Agissent par l'intermédiaire des récepteurs GABA
- B- Sont contre indiqués en cas d'insuffisance respiratoire
- C- Ont un métabolisme hépatique
- D- Ont un effet myorelaxant
- E- Sont peu efficaces dans le traitement des attaques de panique

70. Le trouble anxiété généralisée :
- A- Se caractérise par une rumination des évènements passés
- B- Associe souvent des plaintes somatiques multiples
- C- Débute habituellement à l'adolescence
- D- Se complique souvent de dépression
- E- Est un trouble anxieux chronique

71. Parmi les symptômes suivants, ceux qu'on retrouve habituellement dans l'anxiété sont :
- A- Réveil matinal précoce
- B- Palpitations
- C- Ralentissement
- D- Sensation d'étouffement
- E- Constipation

72. L'attaque de panique peut comporter :
- A- Peur de faire mal à soi ou aux autres
- B- Impression d'évanouissement
- C- Mutisme
- D- Hallucination auditive
- E- Sentiment d'irréalité

73. Une attaque de panique est une peur intense et vague caractérisée par :
- A- Peur de mourir
- B- Flash-back
- C- Peur de devenir fou
- D- Vécu de déréalisation
- E- Hallucinations

74. Les éléments faisant partie du tableau clinique de l'attaque de panique sont:
A- Tachycardie
B- Hallucination
C- Confusion
D- Désarroi
E- Sueurs

75. L'évolution d'un trouble anxieux peut se faire vers :
A- Délire chronique
B- Dépression
C- Rechutes
D- Abus d'alcool
E- Abus d'anxiolytiques

76. L'agoraphobie est caractérisée par :
A- La peur d'effectuer des actes sacrilèges
B- La peur d'être surveillé
C- L'évitement de certains lieux publics
D- La peur de parler en public
E- La peur de se retrouver seul dans une foule

77. Le diagnostic de trouble anxiété généralisée repose sur :
A- Une symptomatologie évoluant depuis plus de six mois
B- Une anxiété aigue déclenchée par plusieurs facteurs de stress
C- Des soucis excessifs
D- Une anxiété anticipatoire
E- Une anticipation catastrophique des évènements à venir

78. Dans la phobie sociale, on peut observer :
A- Une peur de manifester des signes anxieux devant les autres
B- Des attaques de panique
C- Des comportements de vérification
D- Une peur d'être jugé par autrui
E- Des comportements d'évitements

79. Pour un schizophrène non traité, tableau clinique classique comprend :
A- Une discordance
B- Un déficit de l'intelligence
C- Une impénétrabilité
D- Un délire de type paranoïaque
E- Une ambivalence

80. La surveillance d'un traitement antipsychotique comprend :
A- Un bilan hépatique tous les mois
B- Une glycémie à jeun
C- Une uricémie une fois par an
D- Une mesure du poids et du tour de taille
E- Un bilan thyroïdien une fois par an

81. Vous retenez comme héparine à bas poids moléculaire :
A- Nadroparine
B- Tinzaparine
C- Sigmaparine
D- Calciparine
E- Enoxaparine

82. L'héparine standard agit :
A- Sur le thrombus constitué
B- En inhibant l'antithrombine III
C- Sur l'hémostase primaire
D- De la même façon sur les facteurs X et II
E- En stimulant le facteur V

83. Les avantages des héparines à bas poids moléculaires par rapport à l'héparine standard sont :
A- Une administration plus commode
B- L'absence de thrombopénie
C- Une activité antiagrégante surajoutée
D- Un moindre risque hémorragique
E- Une surveillance plus facile de l'activité anticoagulante

84. L'efficacité d'un traitement par l'héparine standard est surveillée par :
A- Le taux des plaquettes
B- Le temps de céphaline activée (TCA)
C- L'INR
D- Le taux de prothrombine (TP)
E- L'activité anti-Xa

85. Devant un patient présentant un ictère cholestatique avec cytolyse à 15N vous évoquez :
A- Une tumeur de la tête du pancréas
B- Une cholangite biliaire primitive.
C- Un accident de migration lithiasique.
D- Une stéatose hépatique.
E- Une hépatite virale.

86. Un ictère cholestatique associé à une hépatomégalie siège de multiples nodules à l'échographie fait évoquer :
A- Un foie cardiaque
B- Des métastases hépatiques
C- Des angiomes
D- Un abcès du foie.
E- Une stéatose hépatique.

87. Une origine hémolytique d'un ictère doit être évoquée devant l'association à :
A- Une fièvre
B- Une splénomégalie
C- Des adénopathies périphériques
D- Une pâleur cutanéo-muqueuse
E- Une hépatomégalie

88. Devant une hépatomégalie dure et indolore chez un patient présentant un ictère cholestatique vous évoquez :

A- Une lithiase de la voie biliaire principale.
B- Des métastases hépatiques.
C- Une cholangite sclérosante primitive.
D- Une hépatite aigue virale.
E- Une cirrhose du foie.

89. Un ictère cholestatique avec dilatation isolée des voies biliaires intrahépatiques à l'échographie vous fait évoquer :

A- Une cirrhose biliaire primitive.
B- Une hépatite virale chronique
C- Un cancer de la tête du pancréas.
D- Un cancer du hile du foie.
E- Un ampulome Vaterien.

90. Pour différencier entre ictère cholestatique et non cholestatique vous devez étudier :

A- La diurèse.
B- L'aspect des urines.
C- Le taux des transaminases.
D- L'aspect des selles.
E- La température.

91. Un ictère cholestatique associé à un épisode de méléna peut être secondaire à :

A- Un cancer du corps du pancréas.
B- Une lithiase de la voie biliaire principale compliquée.
C- Un ampulome Vaterien.
D- Un cancer gastrique compliquée de métastases hépatiques
E- Un cholangiocarcinome du bas cholédoque.

92. Le diagnostic d'infection à *Helicobacter pylori (HP)* peut être fait par :

A- Les hémocultures.
B- Le test respiratoire à l'urée (breath test).
C- La recherche de la toxine de la bactérie dans les selles.
D- La coproculture.
E- La sérologie.

93. Concernant l'ulcère gastrique associé à l'infection par HP :

A- Le contrôle de l'éradication de HP est nécessaire.
B- Le traitement par IPP est nécessaire pendant au moins 6 semaines.
C- Le contrôle endoscopique n'est pas utile si le patient devient asymptomatique sous IPP.
D- Le traitement d'éradication de HP se base en première intention sur la trithérapie : IPP + Amoxicilline + Clarithromycine.
E- Le traitement d'éradication de HP se base en première intention sur une quadrithérapie.

94. Chez un patient présentant une diarrhée chronique, le diagnostic d'un syndrome de l'intestin irritable (troubles fonctionnels intestinaux) est évoqué devant :

A. L'alternance avec des épisodes de constipation.
B. L'apparition ancienne des symptômes.
C. L'aspect liquide non glairo-sanglant de la diarrhée.
D. L'aggravation des symptômes dans les périodes de stress.
E. L'évolution intermittente des symptômes.

95. Une diarrhée chronique faite de 4 selles par 24 h, diurne, post prandiale précoce et contenant des aliments non digérés chez un patient âgé de 50 ans est probablement secondaire à :

A- Un syndrome de l'intestin irritable
B- Une maladie cœliaque
C- Une colite microscopique
D- Une tumeur colique
E- Une hyperthyroïdie

96. Chez un patient présentant une dysphagie on évoque un du syndrome de Plummer-Vincent devant :

A- Dysphagie prédominante sur les liquides
B- Une anémie ferriprive.
C- Une sténose étendue et irrégulière à l'endoscopie
D- Une sténose au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage à l'endoscopie.
E- Des arthralgies systémiques.

97. La sécrétion acide gastrique est inhibée par :

A- La somatostatine
B- La cholécystokinine
C- L'histamine
D- La gastrine
E- La sécrétine

98. La sécrétion de gastrine augmente en réponse à :

A- La sécrétine
B- La distension de l'estomac
C- L'histamine
D- L'arrivée d'aliments riches en glucides
E- L'acétylcholine

99. La sécrétion acide gastrique augmente sous l'effet de :

A- La somatostatine
B- La progestérone
C- L'acétylcholine
D- La motiline
E- L'adrénaline

100. Une coronarographie devrait être faite dans les 2 heures suivant la prise en charge d'un SCA ST (-) en cas de :

A- Une arythmie menaçant le pronostic vital ou arrêt cardiaque
B- Instabilité hémodynamique ou choc cardiogénique
C- Une troponine positive
D- Douleurs thoraciques réfractaires au traitement médical
E- Un score de GRACE à 132

101. Parmi les critères de succès de la thrombolyse au cours de l'IDM, on retient :

A- La sédation de la douleur
B- La régression de plus de 50% du sus décalage du segment ST
C- La survenue de troubles du rythme ventriculaire de type RIVA
D- L'apparition d'une onde Q de nécrose
E- Un pic précoce des marqueurs de nécrose myocardique précoce

102. L'accès hypomaniaque :

A- Constitue un facteur de risque de suicide
B- Peut passer inaperçu
C- Est une forme atténuée de l'accès maniaque
D- Constitue en s'associant à des épisodes dépressifs majeurs le trouble bipolaire type I
E- Est incompatible avec une bonne adaptation socioprofessionnelle

103. Concernant l'accès maniaque, les symptômes considérés comme des critères de mixité selon le DSM 5 sont :

A- L'ambivalence affective
B- Une labilité de l'humeur
C- L'humeur dépressive
D- La dysphorie
E- La diminution des intérêts et des plaisirs

104. Lors de la dépression masquée :

A- Le diagnostic est souvent tardif
B- L'abaissement de l'humeur est peu marqué
C- Le traitement de choix repose sur les benzodiazépines.
D- Les idées de culpabilité sont fréquentes
E- Un ou plusieurs symptômes somatiques sont au premier plan

105. La coloration permettant de mettre en évidence les BK à l'examen direct au microscope optique est celle :

A- Au bleu de méthylène
B- A l'hématoxyline éosine
C- De Gram
D- A l'indigo carmin
E- De Ziehl-Neelsen

106. Dans la phase initiale du traitement de la tuberculose pulmonaire on associe les médicaments pour les raisons suivantes :

A- Pour réduire les risques liés à une résistance bactérienne
B- Pour diminuer la dose de chacun d'entre eux
C- Pour raccourcir la durée du traitement
D- Pour obtenir la destruction du plus grand nombre de bacilles
E- Pour stimuler les défenses générales de l'organisme

107.Au cours du traitement par l'INH tous les effets secondaires suivants peuvent s'observer sauf un lequel :

A- L'urticaire
B- L'agranulocytose
C- La polynévrite des membres inférieurs
D- Le syndrome lupique
E- L'hépatite cytolytique

108. La rifampicine :

A- Est un antituberculeux majeur
B- Est prescrite à la posologie est de 5 mg/kg/j
C- A des gélules dosées à 200mg
D- Est un inducteur enzymatique
E- Est active sur les BK extracellulaire et intracellulaire

109. Au cours d'une embolie pulmonaire à risque intermédiaire :

A- La tension artérielle est basse
B- L'échocardiographie retrouve une altération de la fonction systolique ventriculaire gauche
C- Les troponines sont parfois positives
D- Le taux des BNP est parfois normal
E- L'échocardiographie montre souvent une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)

110. Les signes suivants caractérisent une embolie pulmonaire à haut risque :

A- Un bruit de galop protodiastolique
B- Une chute de la tension artérielle
C- Un souffle d'insuffisance tricuspide
D- Une détresse respiratoire
E- Une poussée hypertensive

111. Les éléments suivants font partie du bilan étiologique d'une phlébite sans cause évidente chez une patiente de 33 ans :

A- Dosage du facteur VIII
B- Recherche des anticorps anti-phospholipides
C- Scanner thoraco-abdomino-pelvien
D- Dosage du facteur V Leiden
E- Dosage des marqueurs tumoraux

112. Chez une femme de 82 ans se présentant pour thrombose veineuse profonde s'étendant de la veine fémorale commune à la veine cave inférieure, il faut évoquer :

A- Une cause locale
B- Un syndrome des anti-phospholipides
C- Un carcinome mammaire
D- Un lupus érythémateux disséminé
E- Une néoplasie pelvienne

113. La complication la plus fréquente au cours du cancer du côlon sigmoïde est :

A- Perforation diastatique
B- Abcès péri-sigmoïdien
C- Fistule colo-vésicale
D- Occlusion intestinale aiguë
E- Perforation tumorale

Partie 2 : Cas cliniques QCM (Questions n° 114 à 130)

A- Cas Clinique n° 1

Un patient de 42 ans aux antécédents de cirrhose hépatique est admis aux urgences pour une hématémèse.

114. Les signes de gravité qui doivent être recherchés sont :

A. La froideur des extrémités
B. Une tachycardie
C. Une sensation de soif
D. Une douleur abdominale
E. Une hypotension artérielle

115. Le bilan biologique en urgence doit comporter :

A. Une protidémie
B. Une numération et formule sanguine
C. Une urémie avec créatininémie
D. Un groupe sanguin
E. Des transaminases

116. Pour assurer un remplissage vasculaire initial, nous procédons à :

A. La mise en place d'un cathéter veineux central jugulaire interne
B. La perfusion de cristalloïdes
C. La perfusion de solutés colloïdes de première intention
D. La transfusion de culot globulaire
E. La mise en place de deux voies veineuses périphériques aux membres supérieures de gros calibres (16G)

117. L'évaluation de l'efficacité de la prise en charge se fait sur :

A. La fréquence cardiaque
B. L'évolution de la pression veineuse centrale
C. La fréquence respiratoire
D. La diurèse horaire
E. La mesure de la pression artérielle

B- Cas clinique n° 2

Homme âgé de 65 ans, tabagique à 80 PA, consulte pour hémoptysie, douleurs thoraciques droite avec dysphonie et AEG. Examen : Hippocratisme digital, œdème du visage et du tronc, circulation veineuse thoracique. Rx Thorax : opacité apicale droite suspecte. Fibroscopie bronchique : sténose de la lobaire supérieure droite. Biopsie bronchique : carcinome à petites cellules (CPC).

118. La dysphonie pour ce patient serait en rapport avec :

A- Envahissement des cordes vocales
B- Envahissement de la carène
C- Atteinte du nerf récurrent
D- Envahissement de la trachée
E- Atteinte du nerf phrénique

119. Le bilan d'extension pour ce patient comporte :

A- Un scanner abdominal
B- une échographie thyroidienne
C- Une scintigraphie osseuse
D- Une échographie vésico-prostatique
E- Une IRM cérébrale

120. Ce bilan d'extension a conclu à un CPC localisé. Le traitement préconisé pour ce patient serait à base de :

A- Chimiothérapie seule
B- Chimiothérapie avec radiothérapie thoracique curative
C- Lobectomie avec chimiothérapie adjuvante
D- Radiothérapie thoracique curative seule
E- Lobectomie avec radiothérapie thoracique adjuvante

C-Cas clinique n° 3:

Patiente de 27 ans, se plaint depuis 2 semaines d'asthénie intense avec ictère. À l'interrogatoire on note une anorexie, une somnolence, des vomissements post-prandiaux et des polyarthralgies. La patiente rapporte la notion d'usage de drogues injectables et l'absence de vaccination contre l'hépatite virale B.

À l'examen physique on note un score de Glasgow à 15/15, un ictère cutanéo-muqueux franc et une hépatomégalie de 14 cm, ferme et à bord inférieur mousse.

Vous évoquez le diagnostic d'hépatite virale aiguë.

121. Parmi ces signes cliniques, relevez ce qui permet d'évoque une hépatite grave chez cette patiente :

A- L'asthénie.
B- La somnolence.
C- L'hépatomégalie.
D- Les polyarthralgies.
E- Les vomissements.

122. L'examen biologique qui permet d'évaluer la gravité de l'hépatite aiguë chez cette patiente est le dosage du :

A- Taux des transaminases sériques.
B- Taux de prothrombine.
C- Taux de bilirubinémie
D- Taux des plaquettes.
E- Taux d'hémoglobine.

123. Le diagnostic d'hépatite aiguë grave est porté chez cette femme. Quelle recherche doit être positive pour rapporter au virus B cette hépatite aiguë ?

A- Recherche de l'antigène HBe.
B- Recherche d'anticorps anti-HBc de type IgM.
C- Recherche d'anticorps anti-HBs.
D- Recherche de l'antigène HBc.
E- Recherche d'anticorps anti-HBe.

124. Dans le cadre de l'enquête familiale, une sérologie B a été pratiquée chez le mari de la patiente et a montré les résultats suivants : AgHBs (-), Ac anti-HBs (-), Ac anti-HBc type IgM (-), Ac anti-HBc type IgG (+), AgHBe (-) , Ac anti-HBe (-).
Le profil sérologique B du mari vous évoque les hypothèses suivantes :

A- Sujet vacciné contre le virus B.
B- Hépatite B occulte.
C- Hépatite B chronique non replicative.
D- Hépatite B chronique réplicative.
E- Hépatite B résolutive

D- Cas clinique n° 4

Une femme âgée de 35 ans, asthmatique sous beclomethasone 1000 ug/j, consulte aux urgences pour crise d'asthme. À l'examen on note une FR à 34 cycles/mn, une saturation à l'air ambiant à 92%, une FC à 120 bpm, une TA à 12/7 mmHg, une température à 39°C, un peak flow à 150 l/mn et des râles sibilants à l'auscultation pulmonaire.

125. Les éléments de gravité de cette crise sont:

A- Le peak flow à 150 l/mn
B- Une FC à 120 bpm
C- Une température a 39°c
D- Une FR à 32
E- Les sibilants à l'auscultation pulmonaire

126. Le traitement de cette crise en urgence comprend :

A- La théophylline à la pousse seringue électrique
B- Des nébulisations du salbutamol
C- Une oxygénothérapie
D- Une corticothérapie par voie générale
E- La terbutaline en sous cutanée

127. La patiente est hospitalisée, l'évolution est favorable. A la sortie vous prescrivez:

A- Des beta 2 mimétiques à courte durée d'action
B- Des beta 2 mimétiques à longue durée d'action
C- Une corticothérapie par voie orale en continue
D- Des anticholinergiques à longue durée d'action
E- Une association corticothérapie inhalée et beta 2 mimétique à longue durée d'action

E- Cas clinique n°5

Patiente âgée de 85 ans diabétique hypertendue, amenée aux urgences pour douleurs abdominales avec vomissements et altération de l'état général depuis 3 jours. L'interrogatoire est difficile car la patiente est obnubilée, à l'examen elle est fébrile à 39 °C et présente des signes de déshydratation, son abdomen est distendu tympanique et sensible dans sa totalité. A la biologie les éléments blancs étaient à 19000 EB/ml, la CRP à 259 mg/l, et l'urée sanguine à 11 mmol/l.

128. Le tableau clinique que présente la patiente peut cadrer avec :

A. Une occlusion intestinale aigue
B. Une pyélonéphrite aigue
C. Une péritonite aigue
D. Un infarctus mésentérique
E. Une pancréatite aigue

Après réhydratation vous pratiquez un scanner abdominal qui montre un épanchement intra péritonéal généralisé avec pneumopéritoine de grande abondance, une distension digestive sans obstacle avec perméabilité conservée des axes vasculaires mésentériques, et une perforation au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne.

129. Devant ces constatations scannographiques, vous retenez :

A. Une occlusion intestinale aigue
B. Une strangulation intestinale
C. Un infarctus mésentérique
D. Une pancréatite aigue
E. Une péritonite stercorale

130. Votre conduite thérapeutique comprendra :

A. Une réanimation et une antibiothérapie.
B. Pose d'une sonde nasogastrique et d'une sonde vésicale
C. Une toilette péritonéale avec résection colorectale et anastomose
D. Une toilette péritonéale avec intervention de Hartmann
E. Une toilette péritonéale avec intervention de Bouilly-Wolkman

Fin de l'épreuve

Bonne chance