

# **Epreuve de Compo DCP P1 du 06/03/2017**

Un homme de 36 ans consulte pour une dyspnée d'effort évoluant depuis plusieurs années. Il pratique le volley-ball en compétition depuis l'âge de 20 ans et a remarqué depuis 3-4 ans qu'il manquait de souffle lors des entraînements. Il se sent maintenant gêné lorsqu'il monte les 3 étages qui mènent à son appartement, notamment s'il porte ses provisions. Son épouse vous indique qu'elle l'a trouvé essoufflé lors de leurs récentes vacances au ski.

Il fume 1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans. Son père était un grand fumeur et son épouse fume au domicile. Il travaille depuis l'âge de 20 ans, d'abord dans la sidérurgie (soudure à l'arc) pendant 5 ans, puis comme chargé de clientèle dans une concession automobile. Il présente une toux et une expectoration à prédominance matinale au moins 6 mois par an depuis plusieurs années. Il présente deux épisodes de toux et d'expectorations par an, associés à une augmentation de la dyspnée, et qui cèdent péniblement après une dizaine de jours d'antibiotiques. Il se plaint d'éternuements fréquents au printemps. Son père, fumeur est décédé à l'âge de 64 ans de problèmes respiratoires qui avaient nécessité de l'oxygène lors des dernières années de son existence. Il n'a pas d'enfants.

### Question 1 - Question à réponses multiples

Parmi les éléments suivants, lequel n'est habituellement pas en faveur d'une BPCO?

Proposition A

l'âge du patient

Proposition B

le tabagisme

Proposition C

l'existence d'une dyspnée d'aggravation progressive

Proposition D

la symptomatologie de bronchite chronique

Proposition E

la présence d'exacerbations fréquentes

## Question 2 - Question à réponses multiples

Le patient vous présente une radiographie pulmonaire de face et de profil effectuée quelques mois auparavant. Quelle(s) anomalie(s) identifiez-vous sur cette radiographie ?



Proposition A

un pneumothorax

Proposition B

une pleurésie

Proposition C

une distension thoracique

Proposition D

un aplatissement des coupes

Proposition E

une hypertrophie des hiles

### Question 3 - Question à réponses multiples

Vous prescrivez des EFR dont les résultats sont les suivants :

		Mesure	Théo	%M/T	Post	%P/T	D%P/M
Date		17/07/12			17/07/12		
Substance					ventoline		
CVF	[L]	5.51	5.24	105	5.61	107	2
VEMS	[L]	1.67	4.31	39	1.63	38	-3
VEMS % CVF	[%]	30.40			29.05		-4
DEM 75	[L/s]	1.07	8.45	13	1.04	12	-3
DEM 50	[L/s]	0.52	5.44	10	0.47	9	-9
DEM 25	[L/s]	0.24	2.47	10	0.21	9	-13
DEMM 25/75	[L/s]	0.46	4.66	10	0.43	9	-7
DEP	[L/s]	4.71	9.80	48	4.99	51	6
VC	[L]	5.51	5.48	101			
VEMS % CV lente	[%]	30.38			29.05		-4
CRF Pleth	[L]	6.96	3.53	198			
VRE	[L]	2.64	1.54	171			
VR	[L]	4.33	1.98	218			
VC	[L]	5.51	5.48	101			
CPT	[L]	9.84	7.54	130			
VR % CPT	[%]	43.98					

Ces EFR montrent :

Proposition A

un trouble ventilatoire restrictif

Proposition B

un trouble de la diffusion

Proposition C

une distension thoracique

Proposition D

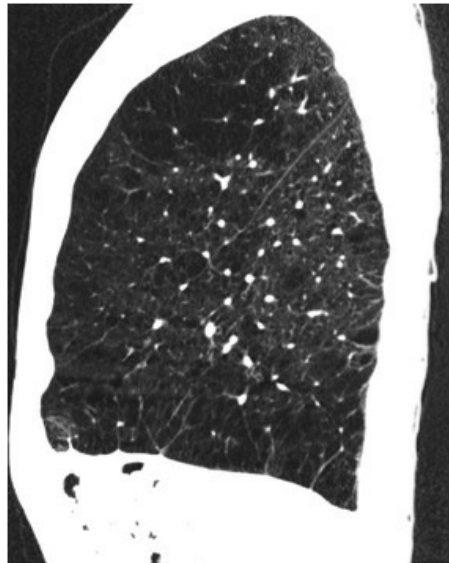
une réversibilité après béta-2 mimétiques

Proposition E

un trouble ventilatoire obstructif

#### Question 4 - Question à réponses multiples

Un scanner thoracique est pratiqué. Quel diagnostic retenez-vous ?



Proposition A

paralysie phrénique

Proposition B

lâcher de ballon

Proposition C

tuberculose

Proposition D

emphysème

Proposition E

pneumopathie interstitielle diffuse

### Question 5 - Question à réponses multiples

Vous concluez finalement au diagnostic de BPCO. Vous êtes cependant troublé par le jeune âge du patient et le caractère particulièrement modéré de son tabagisme. Quel(s) est (sont), chez ce patient, l'(es) élément(s) ayant pu contribuer au développement de cette BPCO ?

Proposition A

une origine génétique (déficit en alpha-1 antitrypsine)

Proposition B

un tabagisme passif

Proposition C

une exposition professionnelle

Proposition D

une rhinite allergique

Proposition E

une origine iatrogène

### Question 6 - Question à réponses multiples

Parmi les activités professionnelles suivantes, quelle est celle qui n'est pas associée à une augmentation de risque de BPCO ?

Proposition A

forage de tunnels

Proposition B

asphaltage des routes

Proposition C

sidérurgie

Proposition D

travail dans les silos agricoles

Proposition E

boulangier



### Question 7 - Question à réponses multiples

Les résultats de la gazométrie artérielle en air ambiant sont les suivants : PaO<sub>2</sub> : 65 mmHg ; PCO<sub>2</sub> : 36 mmHg. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 23 mmol/L; pH : 7,42. Quelle(s) conclusion(s) pouvez vous en tirer ?

Proposition A

il existe une hypoxémie

Proposition B

il existe une hypoxie tissulaire

Proposition C

il existe une hypoventilation alvéolaire

Proposition D

l'équilibre acido-basique est normal

Proposition E

il existe a priori une indication à une oxygénothérapie de longue durée

### Question 8 - Question à réponses multiples

Quel(s) est (sont) le(s) phénomène(s) physiopathologique(s) classiquement en cause dans la BPCO, pouvant expliquer les anomalies des gaz du sang observés chez ce patient ?

Proposition A

un shunt

Proposition B

un effet shunt

Proposition C

une hypoventilation alvéolaire pure

Proposition D

un trouble de la diffusion

Proposition E

un effet Bohr

### Question 9 - Question à réponses multiples

Dans la BPCO, d'une façon générale, parmi les situations suivantes, quelle est celle justifiant toujours une oxygénothérapie de longue durée ?

Proposition A

PaO<sub>2</sub> mesurée à l'état stable, à 2 reprises à au moins 3 semaines d'intervalle < 55 mmHg

Proposition B

PaO<sub>2</sub> mesurée à l'état stable, à 2 reprises à au moins 3 semaines d'intervalle < 60 mmHg

Proposition C

PaO<sub>2</sub> mesurée à l'état stable, à plusieurs reprises entre 65 et 75 mmHg, associée à une désaturation à 80 % lors du test de marche de 6 minutes.

Proposition D

PaO<sub>2</sub> mesurée à l'état stable, à 2 reprises à au moins 3 semaines d'intervalle, entre 55 et 60 mmHg, associée à une hypercapnie

Proposition E

PaO<sub>2</sub> mesurée à l'état stable, à 2 reprises à au moins 3 semaines d'intervalle < 70 mmHg

### Question 10 - Question à réponses multiples

Parmi les mesures suivantes la(es)quelle(s) est(sont) recommandée(s) chez ce patient ?

Proposition A

arrêt de travail définitif et mise en invalidité

Proposition B

sevrage tabagique du patient

Proposition C

éviction du tabagisme passif

Proposition D

vaccinations anti-pneumococcique

Proposition E

vaccination anti-haemophilus

### Question 11 - Question à réponses multiples

Quelques semaines plus tard, le patient consulte aux urgences de votre établissement pour une augmentation de la dyspnée. A l'interrogatoire, vous apprenez que le volume et la purulence des crachats ont augmenté. Vous concluez à une exacerbation de BPCO.

Parmi les pathologies suivantes, laquelle est le plus vraisemblablement à l'origine de cette exacerbation de BPCO ?

Proposition A

infection à *Bordetella pertussis*

Proposition B

infection à *Aspergillus fumigatus*

Proposition C

prescription de somnifères

Proposition D

infection à *Haemophilus influenzae*

Proposition E

pneumothorax

### Question 12 - Question à réponses multiples

Votre patient présente une hypertension artérielle. Parmi les classes thérapeutiques suivantes, laquelle (lesquelles) sont des traitements de première intention de l'HTA chez ce patient ?

Proposition A

béta-bloquants

Proposition B

inhibiteurs calciques

Proposition C

diurétiques thiazidiques

Proposition D

inhibiteurs de l'enzyme de conversion

Proposition E

diurétiques de l'anse

### Question 13 - Question à réponses multiples

Quelle est la cause principale de la dyspnée d'effort que ce patient présente à l'état de base ?

Proposition A

acidose respiratoire à l'effort

Proposition B

hypertension artérielle pulmonaire

Proposition C

dysfonction cardiaque associée

Proposition D

distension pulmonaire, aggravée à l'exercice (hyperinflation dynamique)

Proposition E

déconditionnement musculaire

### Question 14 - Question à réponses multiples

Quelques mois plus tard, alors que ce patient est sous traitement par bronchodilatateur depuis 1 mois, il se présente aux urgences pour une douleur thoracique droite, de survenue brutale, au réveil, associée à une augmentation modérée de la dyspnée. La radiographie pulmonaire montre un pneumothorax droit complet. Comment qualifiez vous ce pneumothorax (1 seule réponse juste) ?

Proposition A

pneumothorax spontané idiopathique

Proposition B

pneumothorax iatrogène

Proposition C

pneumothorax traumatique

Proposition D

pneumothorax secondaire

Proposition E

pneumothorax suffocant



### Question 15 - Question à réponses multiples

Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de la prise en charge thérapeutique du pneumothorax de ce patient, en 1<sup>ère</sup> intention ?

Proposition A

hospitalisation

Proposition B

drainage

Proposition C

abstention thérapeutique

Proposition D

cure chirurgicale du pneumothorax

Proposition E

ventilation non invasive

Une femme âgée de 37 ans, mère de deux enfants, en bonne santé, orthophoniste, consulte pour des épisodes de rougeur paroxystique du visage évoluant depuis quelques mois. Elle signale un phénomène de Raynaud bilatéral et symétrique, non traité, stable, apparu à l'adolescence, touchant les quatre derniers doigts dont l'aspect clinique est normal. Elle est, par ailleurs, traitée pour une blépharite récidivante par collyre antiseptique et déclare un tabagisme chiffré à 10 paquets année. Elle ne prend aucun autre traitement en dehors d'applications irrégulières de bétaméthasone.

### Question 1 - Question à réponses multiples

Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) peut-on retenir comme cause(s) possible(s) des rougeurs paroxystiques de la face?

Proposition A

Rosacée

Proposition B

Mastocytose

Proposition C

Sarcoïdose

Proposition D

Phéochromocytome

Proposition E

Syndrome carcinoïde

## Question 2 - Question à réponses multiples

L'examen met en évidence un érythème, mal limité, non prurigineux, des joues et du menton respectant les sillons nasogéniens et les sourcils et une blépharite bilatérale. L'examen des doigts est normal. Il n'y a aucun contexte de maladie systémique. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

Proposition A

Maladie lupique

Proposition B

Acné tardive

Proposition C

Dermatophytie

Proposition D

Rosacée

Proposition E

Eczéma de contact

### Question 3 - Question à réponses multiples

Quel(s) élément(s) aurai(en)t pu faire discuter une dermatite séborrhéique?

Proposition A

Atteinte des sourcils

Proposition B

Atteinte des sillons nasogéniens

Proposition C

Squames grasses

Proposition D

Bouffées vasomotrices

Proposition E

Atteinte de la lisière du cuir chevelu

#### Question 4 - Question à réponses multiples

Vous reprenez le diagnostic de rosacée du visage. Quelle(s) est (sont) la (les) autre(s) manifestation(s) clinique(s) attendue(s) dans l'évolution de la maladie?

Proposition A

Pustules

Proposition B

Squames du cuir chevelu

Proposition C

Télangiectasies

Proposition D

Alopécie

Proposition E

Papules

### Question 5 - Question à réponses multiples

Quel(s) est(sont) l'(es) examen(s) indispensable(s) dans ce contexte ?

Proposition A

Exploration allergologique cutanée

Proposition B

Recherche d'anticorps antinucléaires

Proposition C

Biopsie cutanée avec immunofluorescence directe

Proposition D

Examen mycologique

Proposition E

Aucun

### Question 6 - Question à réponses multiples

La patiente vous pose la question des facteurs aggravant la rosacée. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s)?

Proposition A

Hyperandrogénie

Proposition B

Tabac

Proposition C

Alcool

Proposition D

Exposition solaire

Proposition E

Alimentation déséquilibrée



### Question 7 - Question à réponses multiples

Quelle(s) est (sont) la (les) manifestation(s) ophtalmologique(s) qui est (sont) en lien avec la rosacée ?

Proposition A

Xérophtalmie

Proposition B

Kératite

Proposition C

Conjonctivite

Proposition D

Uvéite

Proposition E

Glaucome

### Question 8 - Question à réponses multiples

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) thérapeutique(s) pour traiter la rosacée de cette patiente?

Proposition A

Cyclines per os

Proposition B

Photoprotection

Proposition C

Antipaludéens de synthèse

Proposition D

Dermocorticoïdes

Proposition E

Métronidazole topique

### Question 9 - Question à réponses multiples

La patiente vous pose la question de l'évolution de la rosacée. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s)?

Proposition A

Chronicité

Proposition B

Poussées inflammatoires

Proposition C

Poussées papuleuses

Proposition D

Cicatrices atrophiques

Proposition E

Poussées pustuleuses

### Question 10 - Question à réponses multiples

Concernant le phénomène de Raynaud dont se plaint la patiente, quel(s) est (sont) l' (les) élément(s) en faveur d'une maladie de Raynaud?

Proposition A

Début à l'adolescence

Proposition B

Association à la rosacée

Proposition C

Recul évolutif

Proposition D

Absence de déformation des doigts

Proposition E

Sexe féminin

### Question 11 - Question à réponses multiples

La patiente consulte 8 mois plus tard dans le contexte d'une poussée inflammatoire progressivement aggravée, oedémateuse et papulo-pustuleuse. Elle a modifié elle-même son traitement local mais elle ne se souvient pas exactement de ce qu'elle a appliqué. Les lésions prédominent sur la zone centrale du visage. Vous notez également une blépharite modérée. Quelle hypothèse étiologique privilégiez-vous maintenant ?

Proposition A

Infection à *Helicobacter pylori*

Proposition B

Photo-aggravation

Proposition C

Stress

Proposition D

Rosacée stéroïdienne

Proposition E

Surinfection

## Question 12 - Question à réponses multiples

Quel(s) est (sont) votre (vos) conseil(s) d'hygiène locale?

Proposition A

Arrêt des fonds de teint occlusifs

Proposition B

Toilette à l'eau tiède

Proposition C

Emollients fluides

Proposition D

Lavage des paupières

Proposition E

Savon antiseptique

### Question 13 - Question à réponses multiples

La poussée inflammatoire a été traitée. Quel(s) traitement(s) d'entretien préconisez-vous ?

Proposition A

Métronidazole crème ou gel

Proposition B

Acide azelaïque gel

Proposition C

Péroxyde de benzoyle gel

Proposition D

Corticothérapie locale faible

Proposition E

Kétoconazole gel

### Question 14 - Question à réponses multiples

Un de ses voisins, qui avait une rosacée chronique, a maintenant une déformation hypertrophique et érythémateuse du nez. Elle vous demande quelques informations sur ce phénomène. Que lui répondez-vous ?

Proposition A

Il s'agit d'un rhinophyma

Proposition B

C'est effectivement lié à la rosacée

Proposition C

Cela touche presque toujours les hommes

Proposition D

Cette évolution est la conséquence d'un alcoolisme chronique

Proposition E

Le traitement chirurgical est très efficace



Un homme de 60 ans consulte pour des anomalies chroniques du bilan hépatique (transaminases : ALAT = 2 x limite supérieure de la normale (LSN), ASAT = 1,5 x LSN). A l'interrogatoire, ce patient se plaint d'une fatigue depuis plusieurs mois et de douleurs articulaires anciennes au niveau des mains, touchant de façon prédominante les deuxième et troisième articulations métacarpo-phalangiennes. Sa consommation d'alcool a toujours été minime. Il ne prend pas de médicament ni de phytothérapie ni d'autre toxique. Il n'a pas de facteur de risque pour une infection virale et n'a jamais quitté sa région d'origine. Le reste du bilan biologique est normal (numération formule sanguine, ionogramme sanguin, créatininémie, albuminémie, bilan lipidique, glycémie à jeun, phosphatases alcalines, bilirubine totale) à l'exception d'une thrombopénie à  $130.000 /\text{mm}^3$  (normale : 150 à  $400.000/\text{mm}^3$ ) et d'un taux de prothrombine à 82%.

A l'examen, il pèse 68 kg pour 1,70 m. A la palpation, le foie est dur avec une flèche hépatique mesurée à 16 cm. Le reste de l'examen est sans particularité. Sa tension artérielle est à 110 / 60 mmHg avec un pouls à 70 battements/min.

Vous complétez le bilan étiologique de la maladie chronique du foie. Ce patient a une sérologie du virus de l'hépatite C négative et la sérologie du virus de l'hépatite B est la suivante : AgHBs négatif, anticorps anti-HBs positif, anticorps anti-HBc négatif.

### Question 1 - Question à réponses multiples

Quelle est votre interprétation de cette sérologie de l'hépatite B ?

Proposition A

profil d'hépatite B active

Proposition B

profil d'hépatite B guérie

Proposition C

profil d'hépatite B résolutive

Proposition D

profil de vaccination contre le virus de l'hépatite B

Proposition E

profil d'hépatite B chronique

## Question 2 - Question à réponses multiples

Vous concluez à une vaccination efficace contre l'hépatite B.

Face aux anomalies clinico-biologiques constatées chez ce patient, quelle cause d'hépatopathie chronique suspectez-vous en priorité ?

Proposition A

une NASH (stéato-hépatite non-alcoolique liée au syndrome métabolique)

Proposition B

une hémochromatose génétique

Proposition C

une cholangéite sclérosante primitive

Proposition D

une hépatite virale E

Proposition E

une cirrhose biliaire primitive

### Question 3 - Question à réponses multiples

Vous suspectez une hémochromatose. Vous demandez un bilan sanguin complémentaire. Quel(s) est (sont) le(s) résultat(s) au(x)quel(s) vous vous attendez ?

Proposition A

augmentation de la ferritinémie

Proposition B

diminution du fer sérique

Proposition C

augmentation du coefficient de saturation de la transférine

Proposition D

diminution du taux sanguin des gamma-globulines

Proposition E

augmentation du taux d'hémoglobine glycosylée

#### Question 4 - Question à réponses multiples

Le patient a une ferritinémie à 2300 ng/ml (normale 30 à 300) avec un coefficient de saturation à 90% (normale inférieure à 45%), renforçant la suspicion d'hémochromatose génétique. Que demandez-vous en première intention pour confirmer le diagnostic ?

Proposition A

une ponction biopsie hépatique

Proposition B

une recherche de la mutation C282Y

Proposition C

une IRM du foie avec mesure du contenu intra-hépatique en fer

Proposition D

un bilan sanguin du fer chez les apparentés au premier degré

Proposition E

aucun autre examen complémentaire

### Question 5 - Question à réponses multiples

Le patient est porteur de la mutation C282Y à l'état homozygote, confirmant le diagnostic.

En pratique, quelle(s) est (sont) la (les) modalité(s) de réalisation et de rendu du résultat de ce test ?

Proposition A

consentement éclairé, signé par le patient

Proposition B

signature du consentement par les apparentés au premier degré

Proposition C

résultats transmis au médecin prescripteur par le laboratoire

Proposition D

résultats transmis au patient par le laboratoire

Proposition E

résultats transmis aux apparentés au premier degré par le laboratoire

### Question 6 - Question à réponses multiples

Le patient vous interroge sur la nécessité éventuelle et les modalités d'un dépistage familial. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) concernant le dépistage génétique familial ?

Proposition A

il est recommandé

Proposition B

il ne doit être proposé qu'aux apparentés au premier degré ayant une ferritinémie augmentée

Proposition C

il ne doit être proposé qu'aux apparentés au premier degré ayant des signes cliniques évocateurs

Proposition D

il doit être proposé à tous les apparentés au premier degré âgés de plus de 18 ans

Proposition E

il doit être proposé directement aux apparentés par le médecin ayant fait le diagnostic chez le probant

### Question 7 - Question à réponses multiples

Quel est le stade le plus probable de la maladie hépatique de ce patient ?

Proposition A

une hépatite minime

Proposition B

une hépatite modérée

Proposition C

une hépatite sévère

Proposition D

une cirrhose compensée

Proposition E

une cirrhose décompensée



### Question 8 - Question à réponses multiples

Vous suspectez chez ce patient une maladie du foie au stade de cirrhose.

Quel(s) est (sont) le(s) argument(s) clinico-biologique(s) dans l'observation qui oriente(nt) vers ce diagnostic ?

Proposition A

la thrombopénie

Proposition B

l'asthénie

Proposition C

la dureté du foie à la palpation

Proposition D

les transaminases augmentées

Proposition E

la normalité des phosphatases alcalines

### Question 9 - Question à réponses multiples

Vous décidez de réaliser une ponction biopsie hépatique pour confirmer le diagnostic de cirrhose. Quel(s) examen(s) d'imagerie(s) est (sont) indispensable(s) pour réaliser ce geste ?

Proposition A

une tomodensitométrie abdominale

Proposition B

une échographie du foie

Proposition C

une IRM hépatique

Proposition D

une bili-IRM

Proposition E

aucun

### Question 10 - Question à réponses multiples

Quelles sont les lésions histologiques attendues chez ce patient ?

Proposition A

une surcharge en fer mise en évidence par la coloration de Perls

Proposition B

une surcharge en fer prédominant dans les hépatocytes

Proposition C

des corps de Mallory

Proposition D

une fibrose mutilante annulaire

Proposition E

des granulomes épithélioïdes

### Question 11 - Question à réponses multiples

La ponction biopsie hépatique a confirmé le diagnostic de cirrhose.

Parmi les recommandations suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) qui est (sont) vraie(s) et adaptée(s) à ce patient ?

Proposition A

Arrêt de toute prise d'alcool

Proposition B

Contre-indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens

Proposition C

Vaccination recommandée contre le pneumocoque

Proposition D

Vaccination recommandée contre le virus de la grippe

Proposition E

Vaccination recommandée contre le virus de l'hépatite A, si le patient n'est pas immunisé

## Question 12 - Question à réponses multiples

Quel(s) traitement(s) lui proposez-vous ?

Proposition A

des saignées

Proposition B

un chélateur du fer

Proposition C

un régime pauvre en fer

Proposition D

une supplémentation par hepcidine

Proposition E

aucun traitement spécifique car il n'a pas de complication

### Question 13 - Question à réponses multiples

Vous mettez en place un dépistage du carcinome hépatocellulaire chez ce patient. Par quel(s) examen(s) et à quelle fréquence ?

Proposition A

échographie tous les ans

Proposition B

échographie tous les 6 mois

Proposition C

échographie tous les 3 mois

Proposition D

tomodensitométrie tous les 6 mois

Proposition E

tomodensitométrie tous les 3 mois

### Question 14 - Question à réponses multiples

Devez-vous prescrire des examens à la recherche d'une hypertension portale chez ce patient ?

Proposition A

non, car il n'a pas de maladie hépatique décompensée

Proposition B

non, car il va avoir un traitement efficace de sa maladie par des saignées

Proposition C

oui, car cette recherche doit être systématique chez tout patient atteint de cirrhose

Proposition D

oui, par la réalisation d'une fibroscopie oeso-gastroduodénale

Proposition E

oui, par la recherche de signes d'hypertension portale à la tomodensitométrie

### Question 15 - Question à réponses multiples

Vous prescrivez une fibroscopie oeso-gastroduodénale qui met en évidence des varices de taille moyenne. Quelle est votre prise en charge ?

Proposition A

pas de traitement car absence de grosse varice

Proposition B

pas de traitement et nouvelle endoscopie dans 1 an

Proposition C

traitement préventif par un beta-bloquant non cardiosélectif

Proposition D

traitement préventif par un beta-bloquant cardiosélectif

Proposition E

traitement préventif par un beta-bloquant non cardiosélectif associé à un inhibiteur de la pompe à protons



## DP 4

Vous voyez en consultation une patiente de 34 ans qui vous rapporte une diplopie évoluant depuis trois semaines, associée à une gêne motrice pour monter les escaliers. Le déficit est fluctuant, rythmé par l'effort. Elle n'a pas d'antécédent personnel particulier. Sa mère est en cours de prise en charge pour un nodule thyroïdien. La patiente fume 10 cigarettes par jour environ depuis 15 ans. Elle reçoit une contraception orale mini-dosée triphasique.

L'examen clinique montre un défaut d'abduction de l'œil droit et un ptosis gauche. Elle se relève difficilement de la position accroupie. Les réflexes tendineux sont normaux. Le réflexe cutané plantaire est en flexion.

### Question 1 - Question à réponses multiples

Compte-tenu du trouble oculomoteur retrouvé à l'examen quel(s) type(s) de diplopie attendez-vous chez cette patiente ?

Proposition A

Oblique dans le regard latéral gauche

Proposition B

Horizontale dans le regard latéral droit

Proposition C

Horizontale dans le regard latéral gauche

Proposition D

Oblique dans le regard vers le haut

Proposition E

Horizontale dans le regard vers le bas

## Question 2 - Question à réponses multiples

Si le ptosis gauche s'intégrait dans un syndrome de Claude Bernard Horner, quel(s) signe(s) ou symptôme(s) attendriez-vous ?

Proposition A

Myosis

Proposition B

Déficit pupillaire afférent (signe de Marcus Gunn)

Proposition C

Exophtalmie

Proposition D

Larmolement

Proposition E

Oeil douloureux

### Question 3 - Question à réponses multiples

Quel(les) affection(s) soupçonnez-vous?

Proposition A

Myasthénie

Proposition B

Accident vasculaire du tronc cérébral

Proposition C

Trouble psychogène

Proposition D

Polyradiculonévrite

Proposition E

Tumeur du chiasma optique

#### Question 4 - Question à réponses multiples

Vous évoquez une myasthénie. Quel(s) argument(s) vous orientent vers ce diagnostic chez cette patiente ?

Proposition A

Femme jeune

Proposition B

Antécédents familiaux

Proposition C

Contraception orale

Proposition D

Déficit moteur fluctuant

Proposition E

Atteinte oculo-motrice

### Question 5 - Question à réponses multiples

Vous demandez un électroneuromyogramme. Quelle(s) technique(s) vous paraît(paraissent) pertinente(s) pour affirmer l'atteinte de la jonction neuromusculaire ?

Proposition A

Vitesses de conduction motrices

Proposition B

Vitesse de conceptions sensibles

Proposition C

Stimulations répétitives 50 Hz

Proposition D

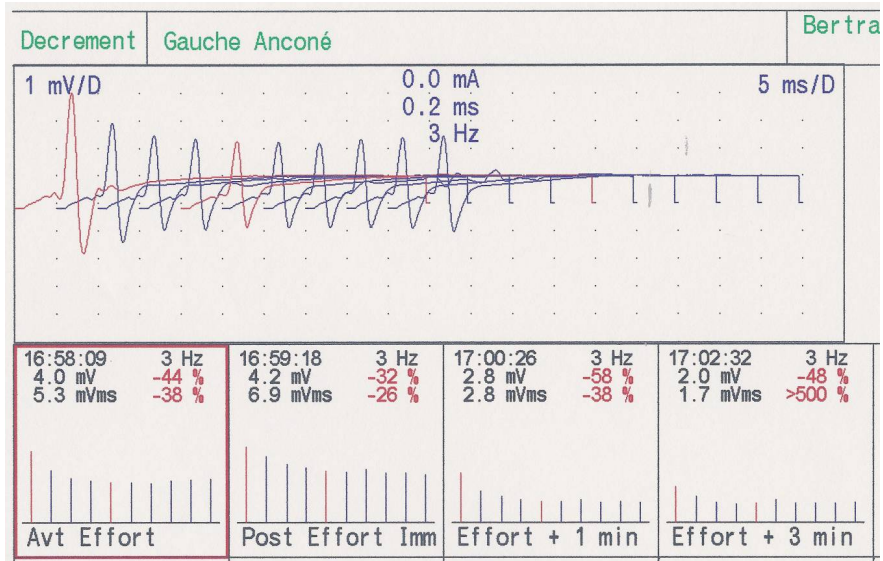
Stimulations répétitives à 3 Hz

Proposition E

Examen de détection à l'aiguille

### Question 6 - Question à réponses multiples

A la stimulation répétitive, vous enregistrez le signal ci-dessous. Quel(s) item(s) est (sont) juste(s) ?



Proposition A

Bloc de conduction

Proposition B

Décrément non pathologique

Proposition C

Incrément

Proposition D

Examen normal

Proposition E

Décrément pathologique

### Question 7 - Question à réponses multiples

L'ENMG de la patiente est en faveur d'une pathologie de la jonction neuromusculaire post-synaptique. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous réaliser à ce moment de la prise en charge ?

Proposition A

Recherche d'anticorps anti-récepteur à l'acétylcholine

Proposition B

Dosage pondéral des immunoglobulines

Proposition C

Ponction lombaire pour analyse du liquide cérébro-spinal

Proposition D

Recherche d'anticorps anti-canaux calciques voltage dépendants

Proposition E

Recherche d'anticorps onconeuraux



### Question 8 - Question à réponses multiples

Vous dosez les anticorps anti-récepteur à l'acétylcholine. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

Proposition A

Ils sont spécifiques de la myasthénie

Proposition B

Ils sont toujours présents en cas de myasthénie généralisée

Proposition C

Ils sont utiles pour évaluer la réponse au traitement

Proposition D

Ils sont souvent absents en cas de myasthénie oculaire

Proposition E

Leur taux n'est pas corrélé à l'importance des déficits

### Question 9 - Question à réponses multiples

Vous dosez aussi les anticorps anti-MuSK. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

Proposition A

Ils ne sont jamais présents en l'absence d'anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine

Proposition B

Ils sont fréquemment associés à un déficit oculo-bulbaire

Proposition C

Ils peuvent être mis en évidence en cas de myasthénie généralisée

Proposition D

Ils sont très spécifiques de la myasthénie

Proposition E

Ils peuvent être associés à une atrophie linguale

### Question 10 - Question à réponses multiples

Vous avez retenu le diagnostic de myasthénie auto-immune. Les anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine sont nettement positifs. Quel(s) traitement(s) à visée symptomatique proposez-vous en première intention ?

Proposition A

Corticoïdes per os

Proposition B

Anticholinestérasique

Proposition C

Inhibiteur de la recapture de la sérotonine

Proposition D

Immunosuppresseur

Proposition E

Immunoglobulines intraveineuses

### Question 11 - Question à réponses multiples

Vous avez introduit un traitement anticholinestérasique. Quel(s) effet(s) indésirable(s) devez-vous signaler à la patiente en cas de surdosage ?

Proposition A

Majoration de la diplopie

Proposition B

Crampes musculaires

Proposition C

Bouche sèche

Proposition D

Diarrhée

Proposition E

Fasciculations

## Question 12 - Question à réponses multiples

L'évolution clinique est défavorable avec apparition d'une gêne respiratoire et des troubles de déglutition. Devant cette aggravation des symptômes, quelle(s) prise(s) en charge(s) thérapeutique(s) est(sont) possible(s) dans l'urgence en l'absence de contre-indication ?

Proposition A

Immunosuppresseur

Proposition B

Echanges plasmatiques

Proposition C

Corticoïdes per os

Proposition D

Corticoïdes IV

Proposition E

Immunoglobulines polyvalentes IV

### Question 13 - Question à réponses multiples

La patiente récupère bien. Vous souhaitez introduire un traitement de fond de sa maladie. Que pouvez-vous proposer ?

Proposition A

Immunoglobulines polyvalentes IV

Proposition B

Corticoïdes per os

Proposition C

Echanges plasmatiques

Proposition D

Mycophénolate mofétil

Proposition E

Azathioprine

### Question 14 - Question à réponses multiples

La patiente bénéficie d'une séance d'éducation thérapeutique. Il lui est expliqué qu'il existe des contre-indications médicamenteuses. Quelle(s) classe(s) médicamenteuse(s) est(sont) contre-indiquée(s) de façon absolue ?

Proposition A

Aminosides

Proposition B

Benzodiazépines

Proposition C

AINS

Proposition D

Chloroquine

Proposition E

Bétabloquants

### Question 15 - Question à réponses multiples

La patiente a un désir de grossesse. Elle vous pose la question du risque chez l'enfant. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

Proposition A

La myasthénie est une maladie héréditaire

Proposition B

Un traitement anticholinestérasique préventif est recommandé chez l'enfant

Proposition C

Il y a un risque de passage transplacentaire des anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine à l'enfant

Proposition D

L'enfant peut présenter à la naissance des troubles de la succion, de la déglutition ou de la respiration

Proposition E

Les symptômes chez l'enfant peuvent se dévoiler au sortir de la maternité (après 5 jours)



Une femme de 26 ans consulte son médecin traitant en urgence, avec son compagnon, pour des douleurs vulvo-vaginales associées à des céphalées modérées. Ces signes sont apparus la veille de la consultation. Cette jeune femme n'a pas d'antécédent médical. Ses vaccinations sont à jour conformément au calendrier vaccinal.

A l'examen clinique, on observe des ulcérations superficielles, recouvertes d'un enduit blanchâtre, siégeant sur une muqueuse très inflammatoire, concernant l'ensemble de la zone vulvo-vaginale. Il existe des adénopathies inguinales bilatérales, centimétriques, douloureuses à la palpation. La région génitale dans son ensemble est très douloureuse, rendant impossible l'examen au spéculum et les touchers pelviens. La température est à 38°C. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

### Question 1 - Question à réponses multiples

Devant ce tableau clinique, quel(s) diagnostic(s) évoquer en priorité ?

Proposition A

Pyélonéphrite aiguë

Proposition B

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

Proposition C

Syphilis

Proposition D

Primo-infection herpétique

Proposition E

Allergie de contact au latex (préservatifs)

## Question 2 - Question à réponses multiples

La primo-infection herpétique génitale est le diagnostic retenu. Concernant l'herpès génital, indiquer la (ou les) proposition(s) correcte(s) :

Proposition A

L'agent causal est, dans plus de 95% des cas, le virus herpes simplex de type 2 (HSV-2)

Proposition B

Il s'agit d'une infection transmissible lors de rapports sexuels

Proposition C

La transmission n'est possible qu'à partir des lésions ulcérées

Proposition D

L'infection persiste sous forme latente

Proposition E

La réactivation du virus est à l'origine de récurrences cliniques

### Question 3 - Question à réponses multiples

Parmi les propositions suivantes, concernant la primo-infection par le virus herpes simplex de type 2 (HSV-2) au niveau génital, indiquez celle(s) qui est(ont) juste(s) :

Proposition A

Elle est le plus souvent symptomatique

Proposition B

Le pic d'incidence est à l'âge de 5 ans

Proposition C

L'incubation est de 2 à 7 jours

Proposition D

Elle peut s'accompagner de difficultés mictionnelles

Proposition E

Les lésions cicatrisent en 48 heures

#### Question 4 - Question à réponses multiples

Quel(s) examen(s) biologique(s) est(sont) justifié(s) chez cette patiente ?

Proposition A

Diagnostic sérologique de l'infection à virus herpes simplex (HSV)

Proposition B

Recherche systématique du virus herpes simplex (HSV) sur un prélèvement génital

Proposition C

Examen cyto bactériologique des urines

Proposition D

Diagnostic sérologique d'infection à VIH

Proposition E

Diagnostic sérologique de la toxoplasmose

### Question 5 - Question à réponses multiples

Quel(s) traitement(s) peut-on proposer ?

Proposition A

Amoxicilline per os pendant 7 jours

Proposition B

Valaciclovir per os pendant 10 jours

Proposition C

Pommade à l'aciclovir en application locale pendant 10 jours

Proposition D

Prednisone per os pendant 3 jours

Proposition E

Foscarnet par voie intramusculaire pendant 15 jours

### Question 6 - Question à réponses multiples

Le lendemain de la consultation, le médecin traitant est appelé d'urgence au domicile de la malade. Celle-ci se plaint d'une majoration des céphalées et de nausées, d'une grande sensibilité à la lumière et d'une asthénie intense. A l'examen clinique, alors que le traitement se limitant à du valaciclovir et des antalgiques vient d'être commencé, les lésions génitales sont un peu plus étendues. Il y a une raideur de la nuque et un signe de Kernig. L'examen neurologique est par ailleurs normal, sans syndrome confusionnel ni trouble de la vigilance. La température est à 38,3°C. Le reste de l'examen est sans particularité.

La malade est hospitalisée et une ponction lombaire est pratiquée. Le liquide cérébro-spinal est clair; son analyse en urgence donne les résultats suivants : 90 leucocytes/ $\mu\text{L}$  avec 80% de lymphocytes, pas d'hématies, glycorachie : 3,1 mmol/L, protéinorachie : 0,7 g/L, pas de bactérie à l'examen direct après coloration de Gram. La NFS-plaquettes est normale. La glycémie est à 5,7 mmol/L.

Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) évoquer en priorité devant ce tableau ?

Proposition A

Méningite aiguë d'origine virale

Proposition B

Méningite à bactérie pyogène décapitée

Proposition C

Méningite tuberculeuse

Proposition D

Encéphalite herpétique

Proposition E

Méningite listérienne

### Question 7 - Question à réponses multiples

Quelle(s) décision(s) faut-il prendre immédiatement ?

Proposition A

Commencer une antibiothérapie par ceftriaxone par voie intraveineuse

Proposition B

Commencer une quadrithérapie antituberculeuse par voie orale

Proposition C

Commencer un traitement par dexaméthasone

Proposition D

Transférer la patiente en service de réanimation

Proposition E

Surveiller l'état neurologique



### Question 8 - Question à réponses multiples

L'examen virologique du liquide cérébro-spinal (LCS) par PCR montre la présence d'ADN d'HSV-2. Les signes cliniques sont inchangés. Quelle(s) interprétation(s) peut-on en donner à ce stade ?

Proposition A

Méningo-encéphalite herpétique évolutive

Proposition B

Méningite herpétique isolée

Proposition C

Contamination sanguine du LCS après ponction lombaire traumatique

Proposition D

Faux positif par réaction croisée avec HSV-1

Proposition E

Faux positif par défaut de spécificité de la technique PCR.

### Question 9 - Question à réponses multiples

On conclut que la patiente présente une méningite associée à une primo-infection herpétique génitale à HSV2. Sous traitement par valaciclovir oral, l'évolution est rapidement favorable avec disparition des signes méningés en 3 jours et des signes génitaux en 7 jours.

Au cours des deux années suivantes, la malade présente trois épisodes de récurrence herpétique génitale traités chacun par valaciclovir oral. Elle consulte alors son médecin traitant pour un projet de grossesse.

Quel(s) examen(s) biologique(s) convient-il de demander ?

Proposition A

Groupe sanguin rhésus

Proposition B

Sérologie de la rubéole

Proposition C

Sérologie de la toxoplasmose

Proposition D

Sérologie de l'hépatite A

Proposition E

Sérologie de l'infection herpétique à HSV-2

### Question 10 - Question à réponses multiples

Le groupe sanguin de la malade est A rhésus négatif, la sérologie de la rubéole est positive, la sérologie de la toxoplasmose est négative. Son compagnon qui a été testé en parallèle a un groupe sanguin O rhésus positif. En vue d'une prochaine grossesse, quel(s) information(s) et conseil(s) médical(aux) faut-il donner à la future maman ?

Proposition A

Recherche d'agglutinines irrégulières

Proposition B

Recherche de virus HSV-2 dans les voies génitales

Proposition C

Vaccination anti-toxoplasmose

Proposition D

Revaccination ROR systématique

Proposition E

Vérification que la vaccination anti-coqueluche est à jour

### Question 11 - Question à réponses multiples

Un an après, la jeune femme est enceinte pour la première fois. A 28 semaines d'aménorrhée, elle est victime d'un accident de la circulation en ville au volant de sa voiture. Elle a souffert d'un traumatisme abdominal direct malgré le port de la ceinture de sécurité. Le bilan échographique médical et obstétrical après l'accident ne montre pas de lésion traumatique évidente ni de la jeune femme ni du fœtus.

Quelle(s) attitude(s) médicale(s) est(sont) conseillée(s) dans l'immédiat ?

Proposition A

Recherche d'agglutinines irrégulières

Proposition B

Recherche d'hématies fœtales dans le sang maternel (test de Kleihauer)

Proposition C

Injection d'immunoglobulines anti-HSV-2

Proposition D

Injection d'immunoglobulines anti-cytomégalovirus

Proposition E

Injection d'immunoglobulines anti-D

## Question 12 - Question à réponses multiples

A 30 semaines d'aménorrhée, la jeune femme développe une nouvelle poussée d'herpès génital et consulte une nouvelle fois son médecin traitant. Quelle(s) attitude(s) doit-il adopter vis-à-vis de la future maman très inquiète du risque viral pour son enfant ?

Proposition A

Rassurer la malade sur le déroulement de la grossesse jusqu'au terme

Proposition B

Informar du risque élevé d'infection intra-utérine

Proposition C

Informar du risque élevé de malformations congénitales des membres

Proposition D

Informar du risque élevé de déficit neurologique moteur congénital

Proposition E

Effectuer un suivi hebdomadaire de l'excrétion génitale virale jusqu'au terme

### Question 13 - Question à réponses multiples

A 39 semaines d'aménorrhée, la jeune femme, qui ne reçoit alors aucun traitement, perd les eaux à son domicile et ressent des contractions utérines douloureuses survenant toutes les cinq minutes environ. Elle est conduite à l'hôpital. Lors de l'examen pratiqué sept heures après la rupture de la poche des eaux, on observe une dilatation du col à neuf centimètres avec présentation céphalique et deux ulcérations intra-vaginales minimales évocatrices de lésions herpétiques. Quelle(s) est(sont) l'(les) attitude(s) à adopter ?

Proposition A

Prélever les lésions vaginales pour examen virologique

Proposition B

Poser des électrodes de scalp pour surveiller l'état fœtal en continu

Proposition C

Poser l'indication d'un accouchement par césarienne en urgence

Proposition D

Administrer un traitement par ganciclovir par voie intraveineuse

Proposition E

Prévenir le pédiatre de maternité de la naissance d'un enfant à risque d'infection herpétique

### Question 14 - Question à réponses multiples

L'accouchement se fait par voie basse. Le bébé naît sans dystocie et présente à la naissance un score d'Apgar à 10. Il n'existe aucune lésion cutanée évidente, ni malformation visible. Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de cet enfant au cours des trois premiers jours de vie (une ou plusieurs réponses possibles) ?

Proposition A

Effectuer des prélèvements pharyngés et oculaires pour recherche du HSV-2

Proposition B

Effectuer un prélèvement de sang pour recherche des anticorps anti-HSV-2

Proposition C

Effectuer une surveillance clinique attentive et pluriquotidienne

Proposition D

Transférer l'enfant en service de réanimation néonatale

Proposition E

Commencer un traitement par valaciclovir

### Question 15 - Question à réponses multiples

Trois jours après l'accouchement, la maman et le bébé vont parfaitement bien. Les prélèvements génitaux de la mère et les prélèvements de l'enfant sont négatifs pour la détection de HSV-2 par PCR. On décide de ne pas traiter l'enfant et la sortie de la maternité est envisagée prochainement. Concernant l'herpès néonatal quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

Proposition A

Il peut donner des formes disséminées gravissimes avec un risque élevé de mortalité et de séquelles

Proposition B

Il peut donner des formes limitées à une éruption cutanéomuqueuse

Proposition C

La transmission s'effectue principalement par voie transplacentaire

Proposition D

Des difficultés à s'alimenter peuvent être les premiers signes d'un herpès néonatal

Proposition E

L'herpès néonatal se manifeste exclusivement dans la première semaine de vie



Un patient âgé de 68 ans est adressé aux urgences pour somnolence et altération de l'état général, dans les suites d'un épisode digestif douloureux ayant entraîné diarrhée et vomissements.

#### Antécédents

Diabète de type II découvert en 1990 en même temps qu'une hypertension artérielle.

Infarctus du myocarde en 2010 et pose de stents coronariens en 2012

Hyperlipidémie

Thrombose veineuse profonde surale gauche il y a 5 mois

#### Examen clinique

Somnolence, confusion, nausées, pas de signe de focalisation neurologique, présence de marbrures cutanées des membres inférieurs

A perdu 5 kg en 8 jours

Pression artérielle est à 90/70 mmHg couché, FC 65 bpm,

SpO<sub>2</sub> 99% (air ambiant), fréquence respiratoire 28/min

Pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche décompensée.

Abdomen sensible dans son ensemble. Pas de bruit hydro-aérique.

Dextro: glycémie à 9 mmol/l

#### Traitement actuel

metformine, ramipril, furosémide, fluindione, clopidogrel, simvastatine, aténolol

### Question 1 - Question à réponses multiples

Ce tableau clinique doit faire évoquer :

Proposition A

Une ischémie mésentérique

Proposition B

Une hémorragie interne aiguë

Proposition C

Une déshydratation sévère

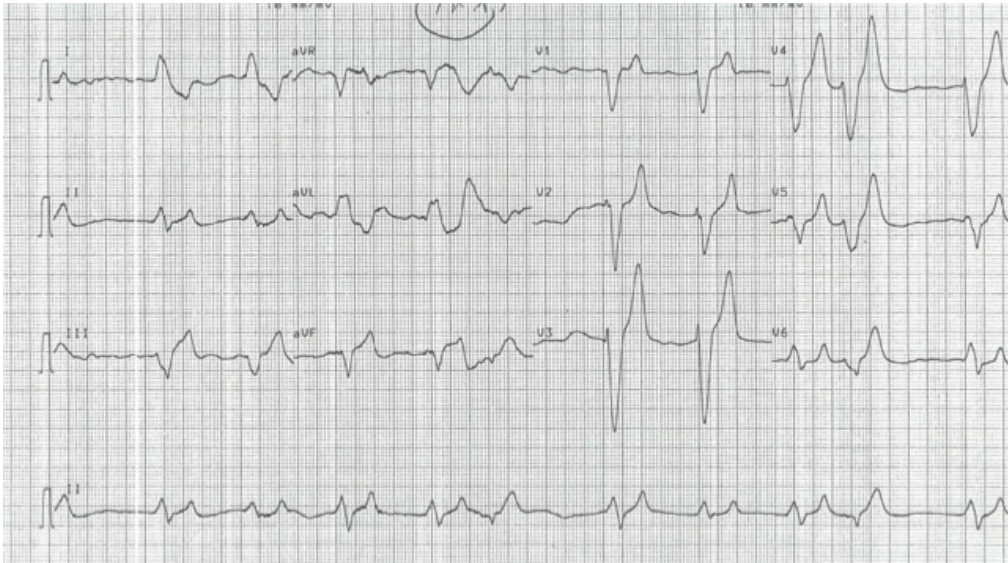
Proposition D

Une acido-cétose diabétique

Proposition E

Une embolie pulmonaire

## Question 2 - Question à réponses multiples



Un ECG est pratiqué. D'après ce tracé vous évoquez : (une ou plusieurs réponses possibles)

Proposition A

Une hypercalcémie

Proposition B

Un bloc de branche droit

Proposition C

Une tachycardie ventriculaire

Proposition D

Une hyperkaliémie

Proposition E

Un infarctus du myocarde

### Question 3 - Question à réponses multiples

Les premiers résultats biologiques sanguins montrent :

hémoglobine 12,7 g/dL

urée 20 mmol/L

glucose 9 mmol/L

créatinine 250  $\mu$ mol/L

potassium 7,6 mmol/L

sodium 128 mmol/L

chlore 92 mmol/L

protidémie: 75 g/L

Pas d'anomalie du bilan lipidique

Gazométrie artérielle :

pH 7,20

bicarbonates 8 mmol/L

PaCO<sub>2</sub> 20 mmHg

PaO<sub>2</sub> 110 mmHg

saturation en O<sub>2</sub> 99 %

Quelle(s) anomalie(s) biologique(s) peut (peuvent) engager le pronostic vital immédiat ?

Proposition A

Hyperkaliémie

Proposition B

Augmentation de l'urée

Proposition C

Hyponatrémie

Proposition D

Acidose

Proposition E

Augmentation de la créatinine

#### Question 4 - Question à réponses multiples

Parmi les mesures thérapeutiques suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) efficace(s) pour faire baisser la kaliémie rapidement ?

Proposition A

Hémodialyse

Proposition B

Perfusion d'insuline et de glucose

Proposition C

Perfusion de gluconate de calcium

Proposition D

$\beta$ 2-mimétiques inhalés

Proposition E

Résine échangeuse d'ions type Kayexalate (polystyrène sulfonate de sodium)

### Question 5 - Question à réponses multiples

Caractériser le trouble acido-basique chez ce patient

Proposition A

Acidose métabolique à trou anionique élevé

Proposition B

Acidose métabolique à trou anionique normal

Proposition C

Acidose mixte

Proposition D

Acidose respiratoire non compensée

Proposition E

Acidose respiratoire partiellement compensée

### Question 6 - Question à réponses multiples

Quel(s) est (sont), chez ce patient, le(s) mécanisme(s) probable(s) ayant conduit à une acidose métabolique ?

Proposition A

Insuffisance rénale

Proposition B

Accumulation d'acides organiques d'origine exogène

Proposition C

Accumulation d'acide lactique

Proposition D

Vomissements

Proposition E

Perte rénale de bicarbonates

### Question 7 - Question à réponses multiples

En dehors de la survenue de désordres métaboliques aigus, il existe fréquemment une hyperkaliémie chez les patients diabétiques. Quel(s) en est (sont) le(s) mécanisme(s) ?

Proposition A

Hyperfiltration glomérulaire

Proposition B

Hyporéninisme hypoaldostéronisme

Proposition C

Hypocorticisme

Proposition D

Hypoinsulinisme

Proposition E

Acidose tubulaire distale de type IV



### Question 8 - Question à réponses multiples

Vous avez posé le diagnostic d'acidose lactique sévère confirmée par le dosage. Parmi les médicaments que prend le patient, lequel (lesquels) peut (peuvent) être responsable(s) de cet accident ?

Proposition A

Metformine

Proposition B

Fluindione

Proposition C

Ramipril

Proposition D

Aténolol

Proposition E

Furosémide

### Question 9 - Question à réponses multiples

Comment caractériser le(s) trouble(s) hydro-électrolytique(s) ?

Proposition A

Hyperkaliémie de transfert

Proposition B

Hyperhydratation intracellulaire

Proposition C

Hyperhydratation extracellulaire

Proposition D

Hyponatrémie par stimulation volémique de l'ADH

Proposition E

Fausse hyponatrémie

### Question 10 - Question à réponses multiples

Le diagnostic d'acidose lactique secondaire à la prise de metformine est retenu. Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) favorisant cette complication métabolique aiguë ?

Proposition A

Déshydratation extracellulaire

Proposition B

Hypovolémie

Proposition C

Insuffisance rénale

Proposition D

Hypertension artérielle

Proposition E

Thrombophlébite des membres inférieurs récidivante

### Question 11 - Question à réponses multiples

L'examen morphologique a permis d'écarter le diagnostic d'ischémie mésentérique. Quelle prise en charge proposez vous ?

Proposition A

Arrêt du furosémide

Proposition B

Augmentation des doses de furosémide pour relancer la diurèse

Proposition C

Arrêt du Ramipril

Proposition D

Expansion volémique avec sérum salé isotonique

Proposition E

Arrêt de la metformine

## Question 12 - Question à réponses multiples

L'évolution après traitement de l'acidose lactique a été favorable. Quatre semaines après l'admission, la fonction rénale s'est améliorée. Il revient vous voir 4 ans plus tard. Il est sous triple thérapie anti hypertensive.

Examen clinique:

Pression artérielle 170/100 mmHg

Oedèmes des membres inférieurs

Râles crépitants à l'auscultation pulmonaire

Examens biologiques :

Dans le sang: créatinine plasmatique à 160  $\mu\text{mol/L}$ , débit de filtration glomérulaire estimé à 40 mL/mn/1,73m<sup>2</sup>.

Dans les urines: protéinurie à 2g/24h, ECBU stérile, pas d'hématurie

Chez ce patient, l'hypertension artérielle :

Proposition A

Est une complication de la microangiopathie diabétique

Proposition B

Peut se compliquer d'oedème aigu pulmonaire

Proposition C

Evoque une glomérulonéphrite extramembraneuse secondaire

Proposition D

Evoque un hypercorticisme

Proposition E

Doit faire rechercher une sténose des artères rénales

### Question 13 - Question à réponses multiples

Vous évoquez une hypertension artérielle réno-vasculaire et faites réaliser un doppler qui montre des sténoses d'allure athéromateuse au niveau des 2 artères rénales dont une serrée à plus de 90% à droite. Il existe aussi une sténose serrée de l'artère iliaque primitive droite.

Une artériographie rénale par voie fémorale est réalisée à visée diagnostique et thérapeutique (dilatation par voie endo-luminale de l'artère rénale droite).

Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) à redouter après cet examen ?

Proposition A

Insuffisance rénale aiguë

Proposition B

Emboles de cristaux de cholestérol

Proposition C

Embolie pulmonaire

Proposition D

Thrombose des veines rénales

Proposition E

Dissection de l'artère rénale

### Question 14 - Question à réponses multiples

Vous le revoyez un mois après le geste, sa fonction rénale s'est dégradée.

Parmi les signes cliniques suivants, lequel (lesquels) est (sont) évocateur(s) d'une maladie des emboles de cristaux de cholestérol.

Proposition A

Disparition du pouls poplité

Proposition B

Troubles de la vision

Proposition C

Hypotension artérielle

Proposition D

Orteils pourpres

Proposition E

Livedo

### Question 15 - Question à réponses multiples

Parmi les signes biologiques suivants lequel (lesquels) est (sont) évocateur(s) d'une maladie des embolies de cristaux de cholestérol ?

Proposition A

Hypercholestérolémie aiguë

Proposition B

Cristallurie

Proposition C

Hyperéosinophilie

Proposition D

Élévation des D-dimères

Proposition E

Élévation des IgE



**--- Fin de copie ---**