



XLIIIème Concours d'Accès au Résidanat de Médecine
26 et 27 Octobre 2019

Cette épreuve de Médecine comprend 100 questions

1. Le signe de Chvostek :

- A. est un signe pathognomonique d'hypothyroïdie
- B. oriente vers la présence d'une hypermagnésémie
- C. oriente vers la présence d'une hypoglycémie
- D. est positif en cas de contraction de la joue et de la lèvre supérieure à la percussion de la face
- E. est une contraction des muscles de la main en « main d'accoucheur » lors de l'instauration d'une ischémie en aval du coude

2. Quelles sont les causes possibles expliquant l'association d'une hypocalcémie, d'une hyperphosphorémie et d'une PTH élevée ?

- A. Prise de Cinacalcet
- B. Déficit en vitamine D
- C. Rhabdomyolyse
- D. Pseudohypoparathyroïdie
- E. Pancréatite aiguë

3. Quelles sont les indications du dosage de la thyroglobuline ?

- A. Diagnostic des cancers médullaires de la thyroïde
- B. Diagnostic des cancers différenciés de la thyroïde
- C. Suspicion de prise occulte d'hormones thyroïdiennes
- D. Diagnostic des hypothyroïdies par thyroïdite d'Hashimoto
- E. Diagnostic de l'athyréose

4. Devant un syndrome parkinsonien débutant, quels arguments récusent le diagnostic de maladie de Parkinson ?

- A. La présence d'un tremblement de repos strictement bilatéral
- B. L'existence de troubles vésico-sphinctériens sévères
- C. Un début à l'âge de 34 ans
- D. La normalité de l'IRM cérébrale
- E. Une paralysie de la verticalité du regard

5. Les contre-indications de la dopathérapie sont :

- A. l'IDM récent
- B. l'IDM de plus de 12 mois
- C. l'ulcère gastrique évolutif
- D. l'hypotension orthostatique sévère
- E. l'association à un agoniste dopaminergique

- 6. Dans la maladie de Parkinson :**
- A. les réflexes tendineux sont vifs, diffus et polycinétiques
 - B. les réflexes tendineux peuvent être vifs
 - C. le signe de Babinski est constant
 - D. les réflexes médians de la face sont vifs
 - E. les réflexes médians de la face sont toujours abolis
- 7. Dans la maladie de Parkinson, l'hypertonie plastique peut être révélée par :**
- A. la manœuvre de Stewart Holmes
 - B. l'épreuve de Froment
 - C. l'épreuve de Fournier
 - D. l'épreuve de Mingazini
 - E. l'épreuve de Barré
- 8. Les auras migraineuses typiques :**
- A. se caractérisent par un dysfonctionnement neurologique focal transitoire totalement réversible
 - B. se caractérisent par une installation rapide sur moins de 05 minutes
 - C. peuvent durer 60 à 180 minutes
 - D. sont améliorées par la prise des triptans
 - E. sont aggravées par la prise des triptans
- 9. Dans les névralgies symptomatiques du trijumeau, la douleur :**
- A. est paroxystique en salve
 - B. siège d'emblée au niveau de plusieurs branches du trijumeau
 - C. peut être déclenchée par les stimuli périphériques
 - D. peut être associée à un déficit du contingent moteur
 - E. peut avoir pour étiologie un neurinome du nerf cochléo-vestibulaire
- 10. Quelles pathologies se manifestent par un syndrome myopathique ?**
- A. Une sclérose latérale amyotrophique
 - B. Une dystrophinopathie
 - C. Une dermatomyosite
 - D. Un syndrome de la queue de cheval
 - E. Un syndrome combiné de la moelle
- 11. Quels traitements sont indiqués à la phase aiguë du syndrome de Guillain-Barré?**
- A. Les immunomodulateurs
 - B. Les immunoglobulines
 - C. La corticothérapie par voie orale
 - D. Un bolus de corticoïdes
 - E. Les échanges plasmatiques
- 12. Les délires paranoïaques :**
- A. sont des délires mal systématisés
 - B. peuvent se développer sur une personnalité sensitive
 - C. s'accompagnent d'une désorientation temporo-spatiale
 - D. ont un mécanisme principalement interprétatif
 - E. ont une évolution démentielle
- 13. Le délire de jalousie :**
- A. comporte un risque de passage à l'acte hétéro- agressif
 - B. a un mécanisme imaginatif
 - C. a une structure en réseau
 - D. peut se développer sur une personnalité paranoïaque
 - E. est un délire peu systématisé

14. La schizophrénie :

- A. entraîne un dédoublement de la personnalité
- B. se caractérise par un délire systématisé
- C. s'associe souvent à une symptomatologie névrotique
- D. a une prévalence dans la population générale de 2%
- E. est traitée par des antipsychotiques de 2^{ème} génération en première intention

15. Quelle proposition caractérise la schizophrénie ?

- A. Des conduites antisociales agressives et dangereuses
- B. Un syndrome dissociatif
- C. Une angoisse de castration
- D. Une phobie spécifique
- E. Un délire imaginatif

16. Le caractère histrionique est défini par :

- A. une attitude séductrice
- B. une intolérance affective
- C. une rigidité du caractère
- D. une ritualisation de la vie quotidienne
- E. un contact hermétique dans les relations sociales

17. La description d'un changement de l'état de santé dans une population génère surtout :

- A. des données de prévalence
- B. des données transversales
- C. des données longitudinales
- D. des données quantitatives
- E. des données d'incidence

18. Le seuil épidémique de la méningite cérébro-spinale à méningocoque dans une collectivité spécifique (école) est atteint à :

- A. 5 cas diagnostiqués en moins d'une semaine
- B. 2 cas diagnostiqués en moins d'un mois
- C. 1 seul cas diagnostiqué en moins d'un mois
- D. 3 cas diagnostiqués en moins d'un mois
- E. 4 cas diagnostiqués en moins d'un mois

19. La performance d'un système de surveillance épidémiologique se base sur :

- A. la mesure des paramètres de santé
- B. la mesure des paramètres d'environnement
- C. la disponibilité des moyens d'identification des cas
- D. l'identification rapide d'une urgence épidémiologique
- E. le déclenchement d'une alerte précoce

CAS CLINIQUE

Une femme âgée de 55 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour paresthésies des mains. Le bilan biologique demandé montre : calcémie = 79 mg/l (valeur normale = 80-120), phosphorémie = 20 mg/l (VN = 25-42), PTH = 78 pg/ml (VN = 20-65), albuminémie = 45 mg/l, créatinine = 8 mg/l.

20. A quel diagnostic pensez-vous ?

- A. Hyperparathyroïdie primitive par adénome parathyroïdien
- B. Hyperparathyroïdie primitive par carcinome parathyroïdien
- C. Hyperparathyroïdie secondaire à un déficit en vitamine D
- D. Hyperparathyroïdie tertiaire
- E. Pseudohypoparathyroïdie

21. Quelle exploration permet de confirmer ce diagnostic ?

- A. Echographie cervicale
- B. Scintigraphie parathyroïdienne
- C. Echographie rénale
- D. TDM cervico-thoracique
- E. Dosage de la 25 hydroxy vitamine D3

22. Quelle est la prise en charge appropriée dans ce cas ?

- A. Parathyroïdectomie seule
- B. Parathyroïdectomie + curage ganglionnaire homolatéral + loboisthmectomie thyroïdienne
- C. Parathyroïdectomie + curage ganglionnaire homolatéral + thyroïdectomie totale
- D. Simple surveillance
- E. Prescription de la vitamine D

23. Vous redoutez une complication principale liée à votre prise en charge. Laquelle ?

- A. Paralysie récurrentielle
- B. Hypothyroïdie postopératoire
- C. Hypoparathyroïdie postopératoire
- D. Hématome suffocant
- E. Hypercalciurie

24. Quel est le moyen de surveillance chez cette patiente ?

- A. Echographie cervicale
- B. TDM cervico-thoraco-abdominale
- C. Laryngoscopie
- D. Calciurie des 24 heures
- E. TSH

CAS CLINIQUE

Un patient de 21 ans consulte pour des céphalées violentes en casque, des vomissements en jet, une nuque difficile à fléchir alors que les mouvements de latéralité sont possibles, quelques taches rouges de petite taille ne s'effaçant pas à la vitropression et une pharyngite.

25. Vous évoquez en priorité :

- A. une fièvre typhoïde à son début
- B. une fièvre boutonneuse méditerranéenne
- C. un paludisme
- D. une méningite bactérienne
- E. une angine à streptocoque

26. Quels sont les deux examens à faire en urgence ?

- A. Hémocultures
- B. FNS
- C. PL
- D. ECBU
- E. Prélèvement de gorge

27. Quel est le germe responsable le plus probable ?

- A. Méningocoque
- B. Staphylocoque
- C. Listeria monocytogenes
- D. Streptocoque
- E. Haemophilus influenzae B

28. Quels antibiotiques sont les mieux adaptés ?

- A. Céfotaxime
- B. Ceftriaxone
- C. Amoxicilline
- D. Vibramycine
- E. Gentamycine

29. Quelle est la durée de l'antibiothérapie de cette infection ?

- A. 5 jours
- B. 7 jours
- C. 15 jours
- D. 21 jours
- E. 3 mois

CAS CLINIQUE

Brahim A. 31 ans, présente depuis 25 jours environ, au retour d'un voyage à l'étranger, un tableau fait d'une instabilité psychomotrice, d'une forte angoisse. Il a des propos décousus dans lesquels il affirme être surveillé et épié. Il a détruit son ordinateur portable et tous les interrupteurs de la maison car, selon lui, ils étaient "piégés par des micros et des caméras". Il a également cassé son téléviseur car le présentateur connaissait son nom et a essayé, à plusieurs reprises, de le "contrôler à l'aide du démodulateur et de la parabole qui émettent des ondes". Parfois, il réussit à lui faire exécuter ses ordres.

Brahim ne s'alimente plus à son domicile à cause de "l'odeur du poison mis dans sa nourriture pour le détruire".

Il pense "qu'il est spécial, élu de Dieu et ciblé pour cela".

L'humeur du patient est très changeante au cours de l'entretien, variant assez rapidement de l'euphorie à la tristesse. Il présente une insomnie et une hypotension artérielle.

30. Le patient présente des hallucinations :

- A. visuelles
- B. acoustico-verbales
- C. gustatives
- D. olfactives
- E. cénesthésiques

31. Il présente également un syndrome :

- A. dépressif
- B. délirant
- C. de dépersonnalisation
- D. d'automatisme mental et d'influence
- E. confusionnel

32. Une telle symptomatologie doit faire discuter :

- A. un trouble obsessionnel compulsif
- B. une schizophrénie
- C. une bouffée délirante
- D. une psychose hallucinatoire chronique
- E. une paranoïa aiguë

33. L'évolution peut se faire vers :

- A. un délire paranoïaque
- B. la stabilisation sous traitement
- C. la guérison avec risque de rechute
- D. un état démentiel post-onirique
- E. une dépression secondaire endogène

34. Sur le plan thérapeutique, vous proposez dans un premier temps :

- A. un anxiolytique
- B. un antipsychotique de 2^{ème} génération
- C. une sismothérapie d'emblée
- D. un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
- E. un thymorégulateur

CAS CLINIQUE

Amir, 4 ans, sans antécédents particuliers, est ramené par ses parents aux urgences pour détresse respiratoire. L'interrogatoire ne retrouve pas de syndrome de pénétration.

L'examen clinique retrouve un enfant en état général moyen qui garde la position assise. FR =53 cycles/mn, FC = 130 bpm , TA =09/04, TRC < 03 secondes, température =37°C . Il présente des tirages multiples importants, tirage intercostal avec balancement thoraco-abdominal. L'auscultation pleuro-pulmonaire retrouve des râles sibilants diffus aux deux champs pulmonaires.

35. Que demander en première intention ?

- A. Bilan biologique d'urgence : FNS, CRP, glycémie, ionogramme sanguin
- B. Radiographies du thorax face en inspiration/expiration
- C. Echographie transthoracique
- D. Recherche de BK dans les crachats
- E. ECG

36. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- A. Rhinopharyngite aiguë virale
- B. Bronchiolite aiguë virale
- C. Corps étranger bronchique
- D. Crise d'asthme
- E. Bronchite aiguë

37. La prise en charge thérapeutique en urgence est basée sur :

- A. des corticoïdes par voie orale
- B. des bronchodilatateurs à longue durée d'action
- C. des bronchodilatateurs à courte durée d'action
- D. une oxygénothérapie (03 litres/mn)
- E. une antibiothérapie (Amoxicilline 100 mg/kg/j)

38. En hôpital de jour, quelles sont les complications aiguës à craindre ?

- A. Troubles de la ventilation
- B. Complications mécaniques
- C. Tachycardie
- D. Hémoptysie de moyenne abondance
- E. Arrêt respiratoire

39. Vous décidez de la sortie du malade après amélioration clinique. Quels sont les examens complémentaires à demander pour confirmer le diagnostic ?

- A. TDM thoracique
- B. Spirométrie avec courbe débit/volume
- C. Bronchoscopie
- D. PHmétrie
- E. Pricks tests aux pneumallergènes

40. Quels sont les mesures préventives à expliquer aux parents pour éviter d'autres rechutes ?

- A. Lutter contre le tabagisme passif
- B. Assurer une bonne couverture vaccinale
- C. Eviter l'exposition aux détergents et désodorisants
- D. Contre-indiquer toute activité sportive
- E. Lutter contre l'obésité

CAS CLINIQUE

Un nourrisson de 10 mois, sans antécédents pathologiques, est ramené pour détresse respiratoire fébrile. Il présente un retard des acquisitions motrices dont celle de la position assise. L'examen clinique retrouve une température à 38,5°C, des râles ronflants diffus aux deux champs pulmonaires, une FR à 45 cycles/mn, l'absence de cyanose avec TRC < 3 secondes. On retrouve également des nodosités chondro-costales, une fontanelle antérieure béante et une hypotonie axiale avec ROT présents.

41. Quels examens demandez-vous en première intention ?

- A. Radiographie du thorax
- B. NFS
- C. Echographie transfontanellaire
- D. CRP
- E. Ionogramme sanguin

42. Le bilan retrouve : Hb= 11 g/dl, VGM =80 fl, GB =11000/mm³, PLQ =200.000/mm³, VS= 40 H1, Ca++ = 90 mg/l, Phosphore= 25 mg/L, PAL = 605 UI/L, Gly= 0,95 g/L, PTH= 50 pg/ml. La Rx du thorax montre des foyers de pneumopathies bilatéraux.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Pneumopathie virale
- B. Hypoparathyroïdie
- C. Pneumopathie bactérienne
- D. Hyperparathyroïdie
- E. Poumon rachitique

43. En fonction du bilan, quel serait le stade de la maladie ?

- A. Stade de Frazer 1a
- B. Stade de Frazer 1b
- C. Stade de Frazer 2
- D. Stade de Frazer 3
- E. Stade de Frazer 4

44. Quels bilans demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- A. Dosage de 1,25(OH) D
- B. Rx poignet main gauche
- C. Dosage de la 25(OH) D
- D. PTH
- E. Dosage de FGF23

45. Quels traitements préconisez-vous ?

- A. Antibiothérapie
- B. Calcithérapie
- C. Oxygénothérapie 3l/min
- D. Cholécalficérol 5 mg en dose unique
- E. Dédrogyl 200.000 UI en une dose unique

CAS CLINIQUE

Un sujet âgé de 46 ans, travaillant dans une entreprise de fabrication d'accumulateurs depuis 12 ans, s'est présenté en visite médicale spontanée pour asthénie avec dyspnée d'effort, notion de douleurs abdominales spasmodiques et fatigabilité des membres avec diminution de la force de préhension. L'examen clinique retrouve une pâleur cutanéomuqueuse et une diminution de la force musculaire. Devant cette symptomatologie et la nature de la profession, le diagnostic d'intoxication saturnine a été évoqué.

46. Quel autre signe clinique doit-on rechercher ?

- A. La kératose palmo-plantaire
- B. La mélanodermie
- C. La polynévrite sensitivo-motrice
- D. La polynévrite sensitive
- E. La polynévrite motrice

47. L'examen de la cavité buccale retrouve un liseré bleuâtre à proximité des dents infectées, appelé :

- A. liseré mercuriel
- B. liseré de Burton
- C. liseré dentaire
- D. liseré cadmique
- E. liseré de Gubler

48. Ce toxique inhibe :

- A. l'acide delta amino-lévulinique déshydrogénase (ALA-D)
- B. le transport d'oxygène par l'hémoglobine
- C. l'acétylcholinestérase
- D. l'hème synthétase
- E. la coproporphyrinogène décarboxylase

49. Que demandez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- A. Dosage des transaminases
- B. Le taux de concentration du toxique dans l'atmosphère de travail
- C. Dosage de l'ALA urinaire
- D. Dosage de la protoporphyrine zinc érythrocytaire
- E. Le taux de mercure dans les urines

50. Ce toxique provoque une anémie modérée de type :

- A. macrocytaire
- B. hémolytique
- C. normochrome normocytaire
- D. hypochrome microcytaire hypersidérémique
- E. hypochrome microcytaire hyposidérémique

51. Une fois le diagnostic confirmé, le médecin du travail devra :

- A. mettre le sujet en congé de maladie de longue durée et instaurer une surveillance médicale rigoureuse pour les autres travailleurs
- B. déclarer la pathologie en maladie professionnelle et procéder à un changement de poste avec surveillance médicale rigoureuse
- C. instaurer une surveillance médicale rigoureuse et informer l'inspection du travail
- D. déclarer la maladie en accident du travail, vu que la maladie a été découverte lors d'une visite spontanée et non de la visite médicale périodique
- E. déclarer la pathologie en maladie professionnelle et informer l'inspection du travail

CAS CLINIQUE

52. De garde aux urgences d'un hôpital public, un médecin reçoit un jeune homme victime de coups et blessures graves au niveau de l'abdomen. Après prise en charge, il délivre :

- A. systématiquement une attestation de soins
- B. un certificat médical descriptif si le malade le demande
- C. un certificat médical descriptif même si le malade ne le demande pas
- D. un arrêt de travail si le malade le demande
- E. un arrêt de travail même si le malade ne le demande pas

53. Dans ce cas précis, on parle de relation :

- A. contractuelle entre le médecin et son malade
- B. contractuelle entre l'hôpital et le malade
- C. contractuelle entre le médecin chef de service et le malade
- D. contractuelle entre le directeur de l'hôpital et le malade
- E. de client usager d'un service public

54. Lors de la prise en charge, le médecin traitant procède à l'ablation du rein sain au lieu du rein traumatisé qui n'est plus fonctionnel. Ceci est considéré sur le plan juridique comme :

- A. une atteinte à l'intégrité physique
- B. une atteinte à l'intégrité morale
- C. des coups et blessures volontaires
- D. des coups et blessures involontaires
- E. une tentative d'homicide

55. Le malade dépose plainte au niveau du tribunal. Selon la loi algérienne :

- A. le médecin risque de faire de la prison
- B. le médecin ne risque pas de faire de la prison
- C. le médecin doit dédommager financièrement le malade
- D. l'hôpital doit dédommager financièrement le malade
- E. la CNAS doit dédommager financièrement le malade

56. Dans ce genre de situation, le magistrat en charge du dossier demande une expertise médicale à un médecin expert :

- A. choisi par le malade
- B. choisi par l'avocat du malade
- C. choisi par l'avocat de l'hôpital
- D. choisi par l'avocat du médecin
- E. figurant sur une liste d'experts se trouvant au niveau du tribunal

CAS CLINIQUE

Mme M, 25 ans, consulte aux urgences pour douleurs lombaires gauches évoluant depuis 24 heures, accompagnées de vomissements. Elle a subi une néphrectomie droite à l'enfance suite à des infections urinaires à répétitions et a déjà présenté des «crises» similaires en rapport avec des lithiases rénales. La patiente est apyrétique.

La bandelette urinaire retrouve : Sang ++, Leucocytes ++, Protéines +. La diurèse est réduite avec une créatinémie à 18 mg/l. L'échographie retrouve une dilatation des cavités pyélocalicielles gauches sur un obstacle lithiasique de 12 mm.

57. Qu'évoquez-vous ?

- A. Une tuberculose rénale
- B. Une colique néphrétique aiguë
- C. Une salpingite
- D. Une sigmoïdite aiguë
- E. Une colopathie fonctionnelle

58. Quels examens paracliniques réalisez-vous ?

- A. ECBU
- B. ASP
- C. UIV
- D. Uroscanner
- E. Bilan biologique : FNS, Urée et Créatinine sanguine, CRP, Ionogramme sanguin

59. Quelles sont les causes de l'insuffisance rénale aiguë ?

- A. Fonctionnelle par déshydratation extracellulaire
- B. Obstructive sur calcul urétéral gauche
- C. Organique
- D. Vasculaire
- E. Glomérulaire

60. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- A. Hospitalisation en urgence dans un service spécialisé
- B. Antalgiques
- C. Drainage urinaire en urgence par sonde JJ
- D. Drainage urinaire par néphrostomie percutanée
- E. Libérer la patiente avec un traitement antibiotique et la contrôler ultérieurement

61. L'évolution est favorable. La créatininémie de base de la patiente est de 14mg/L. Que suspectez-vous comme étiologie de son insuffisance rénale chronique ?

- A. Néphropathie tubulo-interstitielle chronique
- B. Néphropathie tubulo-interstitielle aiguë
- C. Néphropathie glomérulaire
- D. Néphropathie vasculaire
- E. Néphropathie congénitale

CAS CLINIQUE

Un homme de 51 ans, fellah de profession sans antécédents pathologiques, est hospitalisé pour des ecchymoses diffuses apparues il y a 04 jours. L'examen clinique objective un syndrome hémorragique cutanéomuqueux. Il n'y a pas de syndrome tumoral palpable, ni d'autres symptômes.

Les résultats du bilan hématologique sont :

- Hémogramme : GR $2,1 \cdot 10^6 / \text{mm}^3$, Hématocrite 22%, Hémoglobine 7,2 g/dl, GB $1,7 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$, Plaquettes $15 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$, Réticulocytes 1%.
- Frottis sanguin : PNM 32%, Lymphocytes 78%, Plaquettes rares.
- Myélogramme pauvre en éléments cellulaires avec 75% de lymphocytes, 20% de granuleux, 5% d'érythroblastes, pas de cellules anormales.
- Bilan d'hémostase : TP 80%, TCK M/T 33/35 secondes, Fibrinogène 4,3 g/l

62. Quelles sont les anomalies objectivées à l'hémogramme ?

- A. Anémie
- B. Thrombopénie
- C. Lymphocytose relative
- D. Leucopénie
- E. Neutropénie

63. Le myélogramme réalisé retrouve :

- A. une moelle infiltrée de lymphocytes
- B. une blastose médullaire
- C. une moelle pauvre en cellules granuleuses
- D. une érythroblastose médullaire
- E. une moelle équilibrée

64. A quel diagnostic pensez-vous ?

- A. Purpura thrombopénique idiopathique
- B. Leucémie lymphoïde chronique
- C. Leucémie aiguë lymphoblastique
- D. Aplasie médullaire
- E. CIVD

65. Que demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- A. Immunophénotypage médullaire
- B. Caryotype médullaire
- C. Scintigraphie osseuse
- D. Coloration de Perls
- E. Biopsie ostéo-médullaire

66. Quels sont les critères de gravité chez ce patient ?

- A. Leucopénie < 500 éléments/mm³
- B. Age > 20 ans
- C. Taux de réticulocytes < 20.10³ éléments/mm³
- D. Thrombopénie < 20.10³ éléments/mm³
- E. Début brutal

67. Quels examens complémentaires demandez-vous avant d'entamer le traitement ?

- A. Electrophorèse des protéines sériques
- B. Phénotype érythrocytaire
- C. Recherche du clone HPN
- D. Typage HLA
- E. Dosage de la vitamine B12

68. Quel est le traitement de fond de première intention, à visée curative ?

- A. Androgènes
- B. Immunosuppresseurs
- C. Transfusion de plaquettes
- D. Greffe de moelle osseuse
- E. Thérapie ciblée

CAS CLINIQUE

Une patiente de 36 ans consulte pour des yeux rouges prurigineux avec larmoiement et photophobie. A l'examen, l'acuité visuelle est de 10/10 Parinaud 2, les yeux sont rouges, les conjonctives hyperhémées, sans cercle périkeratique. La rougeur prédomine au niveau des conjonctives palpébrales avec présence de papilles.

69. Dans ce cas, quels sont les signes évocateurs d'une conjonctivite allergique ?

- A. L'hyperhémie conjonctivale
- B. Le prurit
- C. Le caractère unilatéral
- D. Le larmoiement
- E. Les papilles

70. Quels sont les différents types de conjonctivite allergique ?

- A. La conjonctivite géographique
- B. La kératoconjonctivite vernale
- C. La conjonctivite folliculaire
- D. La kératoconjonctivite atopique
- E. La conjonctivite gigantomaculaire

71. Quel bilan allez-vous réaliser, sachant qu'il s'agit du 3^{ème} épisode de ce type ?

- A. Sérologies
- B. NFS
- C. Tests épicutanés
- D. Dosage des IgE dans les larmes
- E. Dosage du complément

72. Quel sera votre traitement ?

- A. Eviction de l'allergène + lavage oculaire quotidien
- B. Collyre anti-allergique + corticoïdes par voie systémique
- C. Anti-allergique + corticoïdes en collyre
- D. Eviction de l'allergène + lavage oculaire + collyre anti-allergique + corticoïde en collyre à forte dose pour une courte durée
- E. Eviction de l'allergène + lavage oculaire + collyre anti-allergique + corticoïde en collyre au long cours

73. Un des médicaments prescrits peut avoir des effets secondaires oculaires. Lesquels ?

- A. Une toxicité maculaire
- B. Une sécheresse oculaire
- C. Une cataracte
- D. Une hypertonie oculaire
- E. Des dépôts cornéens

CAS CLINIQUE

Melle K.R, 25 ans, se plaint depuis 03 mois d'hypoacousie gauche avec sensation de plénitude du même côté. L'otoscopie retrouve un tympan normal à droite et un tympan bombé à gauche avec présence d'un niveau liquidien rétro-tympanique sans signes inflammatoires locaux.

74. L'aspect otoscopique évoque à gauche :

- A. une otospongiose
- B. une otite moyenne aiguë
- C. une otite moyenne ouverte
- D. une otite séro-muqueuse
- E. un cholestéatome à tympan normal

75. Quels examens allez-vous demander pour conforter le diagnostic ?

- A. Une audiométrie tonale liminaire
- B. Une rhinomanométrie
- C. Une TDM de l'oreille
- D. Des potentiels évoqués auditifs précoces du tronc cérébral
- E. Un tympanogramme

76. Les examens montrent une surdité de transmission modérée et un tracé plat. La survenue d'épistaxis gauche et d'une adénopathie sous-digastrique homolatérale en cours d'évolution vous font penser à :

- A. un fibrome nasopharyngé
- B. une tuberculose ganglionnaire
- C. un cancer du cavum
- D. un cancer du larynx
- E. un cancer de l'oreille moyenne

77. Quels examens précèdent la biopsie ?

- A. Une rhinoscopie antérieure
- B. Une rhinoscopie postérieure
- C. Une laryngoscopie indirecte
- D. Une laryngoscopie directe en suspension
- E. Une nasofibroskopie

78. Le résultat histopathologique est en faveur d'un carcinome épidermoïde indifférencié. Quel traitement est indiqué ?

- A. Chirurgie
- B. Chimiothérapie
- C. Radiothérapie
- D. Appareillage auditif
- E. Antibiothérapie

CAS CLINIQUE

Un patient âgé de 27 ans, maçon, sans aucun antécédent pathologique, consulte pour des lombalgies irradiant à la face postérieure de la cuisse, du mollet et à la plante du pied gauches, apparues 10 jours auparavant suite à un effort de soulèvement. Elles sont aggravées par les efforts, soulagées par le repos et impulsives à la toux. L'examen clinique montre un signe de Lasègue à gauche à 45°.

79. Considérez-vous les lombalgies du patient comme des douleurs :

- A. aiguës inflammatoires
- B. aiguës mécaniques
- C. chroniques inflammatoires
- D. chroniques mécaniques
- E. subaiguës mixtes

80. Quel diagnostic vous semble le plus probable ?

- A. Une meralgie paresthésique L2
- B. Une lombocruralgie L4
- C. Une lombosciatalgie L5
- D. Une lombosciatalgie S1
- E. Un antélisthésis sur lyse isthmique

81. Quels sont les arguments en faveur du diagnostic ?

- A. Le sexe masculin
- B. L'âge
- C. L'effort de soulèvement
- D. Le trajet de la douleur
- E. L'impulsivité à la toux

82. En quoi consiste le signe de Lasègue ?

- A. Déclenchement de la radiculalgie à la pression d'un point lombaire
- B. Points douloureux à la pression sur le trajet du nerf irrité
- C. Déclenchement de la radiculalgie à l'élévation progressive du membre inférieur, genou tendu
- D. Déclenchement de la radiculalgie par une inflexion latérale opposée
- E. Limitation douloureuse à l'antéflexion passive du rachis lombaire

83. L'examen neurologique du patient peut montrer :

- A. une hypoesthésie du gros orteil
- B. une abolition du réflexe rotulien
- C. une abolition du réflexe achilléen
- D. un déficit du muscle extenseur des orteils
- E. un déficit du muscle fléchisseur des orteils

CAS CLINIQUE

Une patiente de 20 ans s'est présentée pour un eczéma, évoluant depuis 6 semaines, localisé au lobule de l'oreille, à la face antérieure du poignet gauche et à l'abdomen. Le reste de l'examen est normal.

84. L'étiologie la plus probable est :

- A. un eczéma atopique
- B. un eczéma de contact au chrome
- C. un eczéma de contact au nickel
- D. un eczéma de contact au caoutchouc
- E. une gale eczématisée

85. Quels sont les éléments qui permettent d'évoquer cette étiologie ?

- A. L'âge
- B. Le sexe féminin
- C. Les sièges électifs
- D. L'absence d'autres manifestations
- E. L'évolution depuis 6 semaines

86. L'examen complémentaire le mieux approprié pour confirmer le diagnostic est :

- A. une biopsie cutanée
- B. les patch-tests
- C. le dosage des IgE
- D. une NFS
- E. la recherche de sarcoptes

87. Quelles mesures thérapeutiques proposez-vous ?

- A. Corticothérapie générale
- B. Corticothérapie locale
- C. Eviction de l'allergène
- D. Désensibilisation spécifique
- E. Benzoate de benzyle

88. Le mécanisme en cause est :

- A. une hypersensibilité immédiate de type 1
- B. une hypersensibilité contre les antigènes du sarcopte
- C. une hypersensibilité retardée de type IV
- D. une action toxique sévère
- E. un mécanisme photo-allergique

CAS CLINIQUE

Patient âgé de 68 ans, fumeur (45 PA), éthylique, consulte pour douleur basithoracique droite, toux sèche, dyspnée d'effort et fièvre, évoluant depuis 6 jours. L'examen physique retrouve une matité avec une abolition du murmure vésiculaire.

89. Quels sont les diagnostics à évoquer ?

- A. Pneumopathie
- B. Pleurésie
- C. Pneumothorax
- D. Embolie pulmonaire
- E. Tuberculose pulmonaire

90. La Rx du thorax objective une opacité basi-thoracique, homogène, comblant le cul-de-sac, se prolongeant par une ligne débordante axillaire, surmontée par un petit niveau hydro-aérique.

Les examens biologiques : NFS : hyperleucocytose à 18 000/mm³, CRP = 76mg/l

La ponction pleurale exploratrice ramène un liquide louche, fétide, de pH = 7,1

formule cytologique : 60% polynucléaires altérés, 40% lymphocytes,

étude bactériologique : en cours

Quelles sont les données en faveur du diagnostic de pleurésie purulente ?

- A. Aspect louche du liquide
- B. Présence d'une dyspnée
- C. Prédominance de polynucléaires altérés
- D. pH = 7,1
- E. Présence d'une douleur thoracique

91. Quels examens doivent être faits dès l'hospitalisation du patient ?

- A. Ionogramme sanguin
- B. Hémocultures si fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- C. EFR
- D. Examen ORL et stomatologique
- E. Echographie abdominale

92. Quels sont les arguments en faveur d'un germe anaérobie ?

- A. Aspect louche
- B. Existence d'un niveau hydro-aérique
- C. CRP élevée
- D. Ethylisme
- E. Fétidité

93. Quelle est votre conduite à tenir ?

- A. Céphalosporines de 3^{ème} génération + métronidazole + aminoside
- B. Amoxicilline / acide clavulanique + aminoside
- C. Durée du traitement 3 à 4 semaines
- D. Drainage et lavage au sérum physiologique
- E. Kinésithérapie respiratoire et pleurale dès le début de l'antibiothérapie

CAS CLINIQUE

Mme M C, 67 ans, diabétique mal équilibrée, se présente aux urgences pour essoufflement. Elle était suivie pendant quelques années pour ce problème, mais a interrompue tout suivi cardiologique depuis 3 ans.

La patiente signale une aggravation progressive de l'essoufflement avec apparition d'une dyspnée de repos depuis 8 jours. L'examen clinique retrouve une apyrexie, une pression artérielle à 165/90 mmHg, une saturation en oxygène (SpO2) à 93%, une FR à 22 cycles/mn, un pouls rapide et irrégulier à 160 bpm, des œdèmes malléolaires, symétriques, indolores et prenant le godet. A l'auscultation, on note un souffle systolique à l'apex coté 2/6, un éclat du B2 au foyer pulmonaire et des crépitations aux bases pulmonaires. L'ECG retrouve un rythme rapide irrégulier à 160/mn sans onde P.

94. Quels diagnostics évoquez-vous ?

- A. Décompensation cardiaque gauche isolée
- B. Décompensation cardiaque globale
- C. Tachy ACFA
- D. Décompensation cardiaque gauche isolée + tachy ACFA
- E. Embolie pulmonaire grave

95. Un téléthorax est réalisé. A quelles anomalies vous attendez-vous ?

- A. Cardiomégalie
- B. Hypovascularisation pulmonaire
- C. Lignes B de Kerley
- D. Epanchement pleural de petite abondance
- E. Lignes A de Kerley

96. Quel traitement médicamenteux donnez-vous à la patiente d'emblée ?

- A. Diurétique de l'anse en IV
- B. Dérivé nitré per os
- C. β bloquants d'insuffisance cardiaque
- D. Dobutamine
- E. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion

97. Après un séjour de 7 jours à l'hôpital, la patiente est mise sortante. Quels médicaments doivent figurer sur l'ordonnance de sortie ?

- A. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- B. Diurétiques de l'anse per os
- C. β bloquants d'insuffisance cardiaque
- D. Héparine de bas poids moléculaire (HBPM)
- E. Antivitamine K (Sintrom®)

Cas clinique

Un patient de 72 ans, hypertendu sous amlodipine, tabagique et diabétique de type 2 pratiquant le jeûne, est conduit aux urgences pour une perte de connaissance brutale d'environ 30 secondes selon l'entourage et spontanément résolutive après de brèves convulsions et émission d'urine. A sa réception, il est conscient, présente une plaie de l'arcade sourcilière et ne décrit aucun symptôme ayant précédé son malaise. On retrouve une notion de douleurs angineuses remontant à la veille et négligées par le patient. L'ECG retrouve un PR variable avec allongement progressif du PR et blocage intermittent de l'onde P, des ondes Q profondes avec un segment ST sus décalé, des ondes T négatives en DII DIII et AVF. Les QRS ne sont pas élargis. Le taux de troponine est élevé. La glycémie capillaire est à 0.90g/l.

98. Cette perte de connaissance :

- A. est due à une épilepsie vue la survenue de convulsions et la perte d'urines
- B. est une syncope vraie vue l'absence de prodromes avec installation brutale
- C. ne peut pas correspondre à une syncope vraie vu la durée de plus de 20 secondes
- D. est une syncope vraie et la durée de la perte de connaissance explique les convulsions
- E. est due certainement à une hypoglycémie

99. Quelles sont les anomalies enregistrées sur l'ECG ?

- A. Un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) du 1^{er} degré intermittent
- B. Un BAV du 2^{ème} degré de type période de Luciani Wenckebach
- C. Un BAV du 3^{ème} degré intermittent
- D. Un infarctus du myocarde (IDM) de territoire antérieur étendu
- E. Un IDM de territoire inférieur

100. Ce BAV est :

- A. un BAV chronique qui nécessitera un pace maker définitif
- B. un BAV aigu réversible du a un surdosage médicamenteux
- C. un BAV aigu réversible et qui ne devrait laisser aucune séquelle
- D. un BAV dû à une nécrose des voies de conduction
- E. un BAV dû à une dégénérescence de voies de conduction vu l'âge du patient



Médecine

Date de l'épreuve : 26/10/2019

Page 1/1

Corrigé Type

| N° | Rép. |
|----|------|
| 1 | D |
| 2 | CD |
| 3 | CE |
| 4 | ABE |
| 5 | ACD |
| 6 | BD |
| 7 | B |
| 8 | AE |
| 9 | BDE |
| 10 | BC |
| 11 | BE |
| 12 | BD |
| 13 | AD |
| 14 | E |
| 15 | B |
| 16 | A |
| 17 | E |
| 18 | C |
| 19 | DE |
| 20 | C |
| 21 | E |
| 22 | E |
| 23 | E |
| 24 | D |
| 25 | D |
| 26 | AC |
| 27 | A |
| 28 | ABC |
| 29 | B |
| 30 | BD |
| 31 | BD |
| 32 | BCD |
| 33 | C |
| 34 | B |
| 35 | B |

| N° | Rép. |
|----|-------|
| 36 | D |
| 37 | ACD |
| 38 | ABCE |
| 39 | BE |
| 40 | ACE |
| 41 | ABD |
| 42 | E |
| 43 | C |
| 44 | BCD |
| 45 | ABCD |
| 46 | E |
| 47 | B |
| 48 | ADE |
| 49 | CD |
| 50 | D |
| 51 | B |
| 52 | BCDE |
| 53 | E |
| 54 | AD |
| 55 | AD |
| 56 | E |
| 57 | B |
| 58 | ABE |
| 59 | AB |
| 60 | ABCD |
| 61 | A |
| 62 | ABCDE |
| 63 | C |
| 64 | D |
| 65 | E |
| 66 | DE |
| 67 | BCD |
| 68 | B |
| 69 | BDE |
| 70 | BDE |

| N° | Rép. |
|-----|------|
| 71 | BCD |
| 72 | D |
| 73 | CD |
| 74 | D |
| 75 | AE |
| 76 | C |
| 77 | BE |
| 78 | BC |
| 79 | B |
| 80 | D |
| 81 | CDE |
| 82 | C |
| 83 | CE |
| 84 | C |
| 85 | CD |
| 86 | B |
| 87 | BC |
| 88 | C |
| 89 | AB |
| 90 | ACD |
| 91 | ABDE |
| 92 | BDE |
| 93 | AD |
| 94 | BC |
| 95 | ACD |
| 96 | AE |
| 97 | ABCE |
| 98 | BD |
| 99 | BE |
| 100 | C |