

CF-25-Médecine interne et immunologie clinique-QCM-EVC-2025

Q 1. Les valeurs considérées comme normales sont les suivantes : calcium 2,15 - 2,50 mmol/ ; phosphates 0,81 - 1,45 mmol/l ; Parathormone (PTH) 17,3 - 74 pg/ml ; 25-OH vit D 30-80 ng/ml. L'albuminémie étant normale, parmi les configurations suivantes, laquelle ou lesquelles vous font évoquer un hyperparathyroïdisme primaire ?

- a) Calcémie 2,84 mmol/l ; Phosphates 0,66 mmol/l ; PTH 223 pg/ml ; 25-OH vit D 19,3 ng/ml
 - b) Calcémie 2,1 mmol/l ; Phosphates 0,75 mmol/l ; PTH 85 pg/ml ; 25-OH vit D 6,2 ng/ml
 - c) Calcémie 3,1 mmol/l ; Phosphates 0,57 mmol/l ; PTH 10 pg/ml ; 25-OH vit D 28 ng/ml
 - d) Calcémie 2,65 mmol/l ; Phosphates 0,80 mmol/l ; PTH 69 pg/ml ; 25-OH vit D 33 ng/ml
 - e) Calcémie 3,3 mmol/l ; Phosphates 0,87 mmol/l ; PTH < 4 pg/ml ; 25-OH vit D 85 ng/ml
-

Q 2. Un patient de 32 ans consulte pour asthénie marquée. Il n'est pas fébrile. Vous constatez un ictère cutanéomuqueux, qui est confirmé par le bilan suivant : bilirubine totale 94 µmol/l ; bilirubine conjuguée 9,4 µmol/l. ALAT et ASAT, Phosphatases alcalines et Gamma-GT sont normaux. La CRP est à 5 mg/l. Parmi les examens suivants, lesquels sont indispensables dans votre démarche diagnostique ?

- a) Sérologies des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C
 - b) Hémogramme
 - c) Dosage de l'haptoglobine et des LDH
 - d) Dosage des réticulocytes
 - e) Imagerie des voies biliaires (échographie ou bili-IRM)
-

Q 3. Un homme de 85 ans se plaint de faiblesse. Vous découvrez un syndrome anémique clinique et de nombreuses ecchymoses. Il est hospitalisé quelques jours plus tard en raison d'un méléna sur ulcère bulbaire hémorragique. La tomodensitométrie abdominale révèle l'existence d'un hématome spontané du muscle psoas droit. Les analyses montrent : Hb 6,5 g/dl ; plaquettes 21200/mm³ ; prothrombine 62% ; TCA ratio 1,42 ; fibrinogène 2,15 g/l ; facteur VIII 12% ; Willebrand Ag 279% ; Willebrand Activité 326% ; Inhibiteur du Facteur VIII 10UB/ml. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

- a) Un scorbut
 - b) Un syndrome catastrophique des antiphospholipides
 - c) Une maladie de Willebrand acquise
 - d) Une hémophilie acquise
 - e) Une coagulation intravasculaire disséminée
-

Q 4. Un homme de 75 ans est admis dans le service de médecine interne pour nausées avec deux épisodes de vomissement et fatigue intense. Cliniquement il présente une dyspnée d'effort, un œdème des membres inférieurs prenant le godet, quelques râles crépitants des bases, pas de douleurs abdominales. Les premières analyses biologiques font découvrir une hyponatrémie à 125 mmol/l. La fonction rénale est normale. Il est traité au long cours par Périndopril, Bisoprolol, Aspirine, Sertraline et Metformine. Quelle proposition thérapeutique choisissez-vous ?

- a) Perfusion de sérum salé isotonique + Furosémide
 - b) Perfusion de sérum salé hypertonique pendant 24h, puis sérum salé isotonique
 - c) Perfusion de sérum glucosé à 5% + Furosémide
 - d) Restriction hydrosodée + Furosémide
 - e) Restriction hydrique, régime normosodé + Arrêt Sertraline
-

Q 5. Une femme de 25 ans consulte pour douleur basithoracique droite de survenue brutale. Elle est apyrétique et tachycarde à 100cpm. L'oxymétrie de pouls estime la saturation en O₂ à 96%. Vous relevez quelques râles crépitants à la base droite. Les mollets sont souples. Elle ne prend pas de pilule contraceptive depuis la survenue d'une thrombose veineuse suro-poplitée gauche à l'âge de 17 ans. Quelle(s) est/sont la/les proposition(s) exacte(s) ?

- a) En l'absence d'hémoptysie et de turgescence des jugulaires, la probabilité d'embolie pulmonaire est faible malgré les antécédents
 - b) Il vaut mieux commencer par doser les D-dimères pour bien orienter la démarche clinique
 - c) Dans cette situation, la normalité des D-dimères ne peut pas suffire à exclure l'hypothèse embolique, et il faut un examen diagnostique (angioscanner ou scintigraphie)
 - d) Si les D-dimères sont augmentés, l'hypothèse d'une pneumopathie infectieuse sera pratiquement exclue
 - e) La valeur des D-dimères est proportionnelle à l'importance de l'embolie
-

Q 6. Une femme de 45 ans vous est adressée en consultation pour asthénie, palpitations, céphalées et hypotension artérielle depuis plusieurs mois (Maxi systolique 95 mmHg) au cours desquels le manque d'appétit a occasionné une perte de 3 kg. La thymie est basse, un traitement par Sertraline a été débuté 6 semaines avant la consultation. A l'examen vous notez une pigmentation brunâtre de la peau. Quelle est votre hypothèse étiologique pour l'hypotension ?

- a) Un effet indésirable de la Sertraline
 - b) Une hypotension constitutionnellement basse
 - c) Un syndrome de Cushing
 - d) Une insuffisance surrénalienne corticotrope
 - e) Une insuffisance surrénalienne périphérique lente
-

Q 7. Un hémogramme est effectué pour explorer une fatigue avec pâleur chez une femme de 35 ans. Parmi les résultats suivants, lesquels sont attendus dans l'hypothèse d'une anémie par carence martiale ?

- a) Un TCMH à 33 pg
 - b) Un index de distribution des globules rouges élevé
 - c) Un chiffre plaquettaire à 490000/mm³
 - d) Un VGM à 76 µ³
 - e) La présence d'acanthocytes au frottis sanguin
-

Q 8. Chez un patient avec une anémie chronique symptomatique, quel est le signe clinique le plus évocateur d'une carence en fer ?

- a) Leuconychie
 - b) Chéilite angulaire
 - c) Myodésopsies
 - d) Acouphènes
 - e) Discret oedème pré tibial
-

Q 9. Quelles sont les situations au cours desquelles une hypokaliémie est fréquemment rencontrée ?

- a) Prise de spironolactone
 - b) Traitement par héparine au long cours
 - c) Hyperventilation
 - d) Insuffisance surrénalienne
 - e) Adénome de Conn
-

Q 10. Quelles sont les affirmations fausses concernant la granulomatose avec polyangéite ?

- a) L'atteinte rénale la plus fréquente est une glomérulonéphrite extra-membraneuse
 - b) Les anticorps les plus spécifiques sont des anticorps anti-nucléaires anti-myélopéroxydase
 - c) Si la rémission complète peut être obtenue, c'est une maladie dont les rechutes sont rares
 - d) L'atteinte cutanée est peu fréquente et rarement inaugurale
 - e) En cas d'atteinte rénale, il faut éviter les fortes doses de corticoïdes qui peuvent provoquer une crise rénale
-

Q 11. Quelles sont les propositions exactes ? En comparaison aux autres types de cryoglobulinémie, les cryoglobulinémies de type I se caractérisent par :

- a) Un composant monoclonal et des Ig polyclonales
 - b) Des phénomènes microthrombotiques plus fréquents
 - c) L'absence de baisse de la fraction C4 du complément
 - d) L'association quasi-constante à une hémopathie lymphoïde B bénigne ou maligne
 - e) La disparition fréquente après traitement de l'hépatite C quand elle est associée
-

Q 12. Parmi les signes suivants, quels sont les trois les plus spécifiques de l'artérite temporale à cellules géantes ?

- a) Nécrose de la langue
 - b) Elévation de la CRP
 - c) Hyperesthésie du cuir chevelu
 - d) Claudication de la mâchoire
 - e) Induration d'une artère temporale
-

Q 13. Un patient de 21 ans atteint de drépanocytose SS, traité par hydroxyurée au long cours, est hospitalisé pour une crise vaso-occlusive aigue d'évolution favorable. Dans une évaluation élargie de sa situation, quels sont les deux points d'attention ?

- a) S'assurer, par des transfusions éventuelles, que le taux d'Hb soit au moins à 10 g/dl
 - b) Vérifier la présence de lithiase rénale et alcaliniser les urines le cas échéant (eau de Vichy)
 - c) S'enquérir de son degré de connaissance des mesures à prendre en cas de priapisme
 - d) Faire une électrophorèse de l'hémoglobine pour adapter la dose d'hydroxyurée
 - e) Etablir une ordonnance de morphine d'action rapide, à utiliser à domicile en cas de récurrence d'une crise
-

Q 14. Un homme de 70 ans, traité par Azathioprine pour une vascularite nécrosante (en traitement d'entretien) et par Candésartan-Hydrochlorothiazide pour une hypertension artérielle, présente un second accès d'arthrite microcristalline après quelques excès de table. La ponction articulaire permet le diagnostic de goutte. Il a une hyperuricémie modérée. L'hémogramme est normal et la fonction rénale également. Que faites-vous ?

- a) Sous couvert de colchicine, vous débutez un traitement par Allopurinol
 - b) Sous couvert de colchicine, vous débutez un traitement par Febuxostat
 - c) Sous couvert de colchicine, vous modifiez le traitement anti-hypertenseur
 - d) Vous cherchez une alternative à l'azathioprine
 - e) Vous lui suggérez des modifications du régime alimentaire
-

Q 15. Une femme de 82 ans consulte en raison de chutes répétées et d'une perte de poids. Elle porte des bas de contention depuis que son médecin traitant a constaté une hypotension orthostatique. Son neveu qui l'accompagne mentionne des troubles du comportement (accès de colère avec l'aide-ménagère) qui ont justifié la prescription de Tiapride, mais ce médicament a été très mal supporté (somnolence et difficultés motrices après les premières prises). La patiente présente aussi des hallucinations visuelles, mises sur le compte d'une dégénérescence maculaire. A l'examen, vous mettez en évidence quelques signes extrapyramidaux, et vous évoquez une démence à corps de Lewy. Quelles sont les affirmations justes ?

- a) La démence à corps de Lewy contre-indique la prescription de Tiapride, mais l'Halopéridol est indiqué pour traiter les hallucinations
 - b) Une scintigraphie au ioflupane (Datscan) permet d'aider au diagnostic différentiel avec une maladie d'Alzheimer
 - c) Si elles étaient constatables, les fluctuations de l'attention et de la vigilance seraient un argument supplémentaire important
 - d) L'imagerie cérébrale par RMN montrera une atrophie des hippocampes
 - e) Les manifestations dysautonomiques sont exceptionnelles et doivent faire évoquer plutôt une angiopathie amyloïde
-

Q 16. Une femme de 27 ans présente un érythème noueux typique des membres inférieurs et un œdème inflammatoire des chevilles. Vous posez le diagnostic de syndrome de Löfgren devant un élargissement des hiles à la radiographie du thorax. L'évolution est favorable. Cinq ans plus tard, elle consulte pour une rougeur oculaire amenant à constater une uvéite antérieure aigue unilatérale. C'est le premier épisode de ce type. Quelles sont les affirmations exactes ?

- a) L'uvéite est la plus fréquente des manifestations oculaires de la sarcoïdose
 - b) Le syndrome de Löfgren peut être causé par une sarcoïdose, une tuberculose ou une maladie de Hodgkin
 - c) S'il s'agit d'une sarcoïdose oculaire, toutes les tuniques de l'œil peuvent être touchées
 - d) L'élévation du lysozyme sérique peut constituer un argument indirect en faveur de la sarcoïdose
 - e) Le traitement habituel d'une uvéite antérieure aigue non compliquée est une association d'un collyre corticoïde et d'un collyre myotique qui fait baisser la pression intraoculaire
-

Q 17. Un homme de 72 ans présente une fièvre et des frissons depuis 48 heures, ainsi que l'accentuation brutale d'une gonalgie droite. Ce genou a fait l'objet d'un remplacement prothétique 3 mois auparavant, et la rééducation a été difficile, mais l'articulation n'était plus oedématisée. Concomitamment à la fièvre, il ressent une faiblesse générale et chute sans perdre connaissance mais en se tordant le genou, alors qu'il se levait de sa chaise. Cette chute précipite son admission aux Urgences où vous êtes de garde. Cliniquement, il y a un épanchement liquidien intra-articulaire du genou droit dont la mobilité est réduite. Le malade est légèrement obnubilé, vomit un peu de liquide clair (il n'a pas mangé depuis la veille), se plaint de vagues céphalées. La température est mesurée à 39,2°C, la pression artérielle est à 136/74, les bruits du cœur sont réguliers à 106 cpm. Les premières analyses biologiques donnent : CRP 162 mg/l ; GB 11000/mm3 (PNN 9520/mm3 ; PNE 0/mm3 ; lympho 350/mm3 ; monocytes 1300/mm3) ; DFG 34 ml/mn. Quelles sont les affirmations exactes ?

- a) Une arthrite septique doit être recherchée par une ponction articulaire du genou
 - b) Une arthrite microcristalline peut provoquer de la fièvre et des frissons
 - c) En raison de la présence d'une prothèse articulaire, il vaut mieux se fonder sur les hémocultures et il ne faut pas ponctionner le genou pour l'analyse du liquide articulaire
 - d) Une crise de goutte n'est pas possible après une arthroplastie
 - e) La formule leucocytaire oriente davantage vers une arthrite infectieuse que microcristalline
-

Q 18. Une femme de 35 ans consulte en urgence pour des douleurs intenses de la main droite d'installation assez rapide sur les 3 dernières semaines. C'est une grosse consommatrice de cigarettes, occasionnellement de cannabis et d'alcool. On détecte à l'interrogatoire une claudication intermittente de la plante des pieds avec un périmètre de marche à 100m, et un phénomène de Raynaud depuis 3 mois aux deux mains. Elle n'est pas fébrile. Les 3 premiers doigts de la main droite sont froids et siège d'ulcérations nécrotiques de la pulpe des troisièmes phalanges. Les pouls axillaires et fémoraux sont perçus. Le cœur est régulier, l'échographie cardiaque ne montre pas d'endocardite. L'artériographie montre une occlusion distale de l'artère radiale, des collatérales en tire-bouchon, et un aspect grêle de l'arcade palmaire. Le bilan immunologique est négatif. Quel(s) élément(s) de l'observation est/sont inhabituel(s) dans une maladie de Buerger ?

- a) L'âge et le tabagisme actif
 - b) Le sexe
 - c) Le caractère distal des occlusions artérielles
 - d) La claudication plantaire
 - e) La négativité du bilan immunologique
-

Q 19. Une femme de 72 ans est admise en raison de chutes à répétition (plusieurs fois par semaine depuis 3 mois), souvent à l'occasion d'un changement de direction lors de la marche. Elles ne s'accompagnent ni de malaise, ni de lipothymie, ni de vertige. Le trouble de l'équilibre est d'aggravation progressive. Aucune fracture n'est à

déplorer. La patiente ne consomme aucun toxique. Elle n'a pas d'antécédents.

L'examen clinique général est sans particularité, il n'y a pas d'hypotension orthostatique. L'examen neurologique montre un discret déséquilibre à la station debout et à la marche, plus net à l'épreuve de la marche funambulesque; pas d'aggravation par la fermeture des yeux. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques; les réflexes plantaires sont en flexion. Les sensibilités sont normales à tous les niveaux, y compris la pallesthésie. Il y a un discret tremblement d'attitude des deux membres supérieurs et du chef, ainsi qu'une dysmétrie lors de l'épreuve doigt-nez.

Quelle est votre orientation diagnostique ?

- a) Un syndrome extrapyramidal
 - b) Une atteinte vestibulaire
 - c) Un syndrome ataxopyramidal
 - d) Une encéphalopathie de Gayet-Wernicke
 - e) Un syndrome cérébelleux
-

Q 20. Une femme de 54 ans sans antécédent est retrouvée prostrée au sol de son domicile. Il y a une notion de perte de poids depuis plusieurs mois. L'interrogatoire est impossible chez cette patiente consciente mais mutique. L'entourage ne rapporte aucun indice d'intoxication alcoolique, et par contre un tabagisme ancien et actif, ainsi

qu'une dysphagie basse. Une dépression est traitée par Sertraline. L'examen général est sans particularité. La biologie montre une insuffisance rénale aiguë compliquant une rhabdomyolyse, ainsi qu'une acidose métabolique. La patiente est hydratée par du bicarbonate de sodium isotonique et du sérum glucosé à 5%. Le lendemain, on note l'apparition d'une confusion et d'un strabisme convergent bilatéral asymétrique, puis de troubles de conscience (Glasgow score à 9). Quel est le diagnostic le plus probable ?

- a) Une méningoencéphalite présumée virale (herpes simplex ou zona)
 - b) Une encéphalopathie paranéoplasique
 - c) Un accident vasculaire du tronc cérébral
 - d) Une encéphalopathie de Gayet-Wernicke
 - e) Une catatonie
-

Q 21. Une femme de 52 ans consulte pour fièvre prolongée. Un mois avant la consultation, débute une fatigue qui gagne progressivement en intensité, associée ensuite à une fièvre fluctuante mais toujours inférieure à 38,5°. Le jour de la consultation, la patiente est fébrile à 38,2 °C, tachycarde à 90cpm. On note une légère sensibilité cervicale antérieure et une thyroïde augmentée de volume. Il existe deux adénopathies sensibles cervicales droites. La CRP est à 143 mg/l. La TSH est indosable, la T 3 libre à 5,58 ng/l (VR : 2,3 - 4,1) et la T 4 libre à 31 ng/l (VR : 8- 20). Les anticorps anti-récepteurs à la TSH et anti-TPO sont négatifs. L'échographie visualise une thyroïde hétérogène, avec de nombreux kystes. La scintigraphie thyroïdienne montre une fixation réduite et hétérogène du traceur isotopique. Quelle est votre première action ?

- a) Une corticothérapie car il s'agit vraisemblablement d'une thyroïdite de De Quervain
 - b) Une biopsie de la thyroïde car il faut écarter la possibilité d'un cancer médullaire de la thyroïde
 - c) Un traitement par anti-thyroïdiens de synthèse (Néomercazole), car la patiente est en hyperthyroïdie symptomatique
 - d) Une biopsie ganglionnaire car il faut rapidement diagnostiquer le type de cancer de la thyroïde probablement en cause
 - e) La réalisation d'un PET-TDM pour faire la part des choses de manière non invasive
-

Q 22. Un homme de 71 ans est hospitalisé en raison de l'apparition récente d'un œdème des membres inférieurs (prise de poids 4 kg). Il souffre de douleurs abdominales inexpliquées évoluant depuis quelques semaines. L'examen relève en outre une pression artérielle basse (80/60 mmHg) chez ce patient antérieurement hypertendu, et un épanchement pleural droit abondant. Les analyses biologiques apportent les renseignements suivants : Hb 16,5 g/dl, Hématocrite 52%, plaquettes 110000/mm3, GB 6500/mm3, CRP 67 mg/l, Albumine 28 g/l, créatinine 100 µmol/l, ALAT 30 UI/l, ASAT 32 UI/l. La bilirubine et la prothrombine sont normales. Il n'y a pas de protéinurie. L'échographie cardiaque montre un épanchement péricardique, pas d'altération de la fraction d'éjection ventriculaire gauche. L'électrophorèse des protéines découvre un pic monoclonal IgA lambda. Quel syndrome évoquez-vous ?

- a) Un syndrome néphrotique atypique sur amylose AL
 - b) Un syndrome d'entéropathie exsudative
 - c) Un syndrome de fuite capillaire systémique
 - d) Un syndrome POEMS
 - e) Un syndrome de péricardite chronique constrictive
-

Q 23. Un patient âgé de 67 ans est atteint d'une Maladie de Waldenström avec une infiltration médullaire diffuse motivant une chimiothérapie par 8 cycles mensuels de R-CVP (rituximab, cyclophosphamide, étoposide et prednisolone) qui ont permis un bon contrôle de la lymphoprolifération. Alors qu'il est en traitement d'entretien par rituximab tous les deux mois, il présente une parésie des deux membres inférieurs, sans autre anomalie neurologique, qui régresse après l'administration de rituximab pour apparaître à nouveau quatre semaines plus tard. Le bilan complémentaire (IRM cérébrale et médullaire, EMG) permet d'objectiver une infiltration dure et leptoméningée diffuse surtout au niveau de la faux du cerveau et du fourreau dural. À la ponction lombaire, il existe une hyperprotéinorachie à 0,56 g/L, et quelques lymphocytes paraissant normaux. On évoque un syndrome de Bing-Neel. Quelles sont les affirmations exactes ?

- a) La maladie de Waldenström correspond à une lymphoprolifération de lymphocytes T CD8+
 - b) L'IgM monoclonale de la maladie de Waldenström peut avoir les propriétés d'une cryoglobuline
 - c) Le syndrome de Bing-Neel est une manifestation paranéoplasique de la maladie de Waldenström
 - d) L'efficacité du Rituximab sur les manifestations neurologiques s'explique par son activité également anti-virale
 - e) La présence d'une clonalité B sur les lymphocytes intra-thécaux confirmerait le syndrome de Bing-Neel
-

Q 24. Un jeune homme de 19 ans consulte pour asthénie. Vous découvrez un subictère et une splénomégalie. Le bilan montre : Hb 10,5g/dl, réticulocytes 6%, GB 4500/mm³, bilirubine totale 50 µmol/l, bilirubine conjuguée 10 µmol/l, haptoglobine < 0,1 g/l, CRP 4 mg/l, ASAT 56U/l (VN < 30), ALAT 32 U/l (VN < 34). Vous suspectez une sphérocytose héréditaire. Quelles sont les affirmations exactes ?

- a) Il est probable qu'un des deux parents soit atteint car la transmission héréditaire est dominante
 - b) L'origine ethnique (Sud-Est Asiatique) du patient renforce votre hypothèse diagnostique
 - c) Le tableau clinico-biologique évoque une complication possible de cette maladie (angiocholite sur lithiase)
 - d) Une splénectomie doit être programmée rapidement après mise à jour des vaccinations
 - e) Un traitement par acide folique doit être proposé
-

Q 25. Dans une situation de fatigue persistante, quels signes parmi les suivants orientent vers une carence en vitamine C ?

- a) Une mélanodermie débutante
 - b) Des ecchymoses
 - c) Une gingivite
 - d) Une hyperkératose folliculaire
 - e) Un tremblement d'attitude
-

Q 26. Quelles sont les propositions fausses ? Pour mettre à jour les déterminants d'une fatigue chronique inexpliquée, il est préférable de

- a) Rester focalisé sur ce qui est saillant et ne pas entrer dans les détails
 - b) S'attarder sur le mode de début des symptômes
 - c) Privilégier un entretien structuré avec des questions fermées pour éviter les digressions
 - d) Privilégier l'examen physique à l'anamnèse
 - e) Rester focalisé sur les éléments cliniques, et ne pas se disperser dans les considérations psycho-sociales
-

Q 27. Quel diagnostic nutritionnel portez-vous chez une patiente de 38 ans, ayant un poids de 112 kg pour une taille de 171 cm, avec un tour de taille de 106 cm ?

- a) Une obésité simple
 - b) Une obésité sévère
 - c) Une obésité morbide
 - d) Une répartition de la masse grasse de type androïde
 - e) Une répartition de la masse grasse de type gynoïde
-

Q 28. Huit jours après sa sortie d'hospitalisation pour une pneumonie franche lobaire à pneumocoques de la lingula, d'évolution favorable sous Amoxicilline, cette femme de 53 ans est à nouveau hospitalisée pour fièvre, toux sèche, signes généraux, râles crépitants en foyer, hypoxie modérée. La CRP est à 100 mg/l. La tomodensitométrie thoracique montre 3 zones de condensation parenchymateuse périphérique (2 à la base droite, 1 à l'apex gauche). Une antibiothérapie par Cefotaxime et Spiramycine est débutée après les prélèvements microbiologiques, qui reviendront négatifs. L'évolution n'est pas favorable. Un scanner de contrôle montre la disparition d'une des zones de condensation de la base droite, et une nouvelle zone de condensation parenchymateuse à gauche. Un lavage alvéolaire est réalisé qui ramène un liquide riche en lymphocytes CD8+ et en polynucléaires neutrophiles. Aucun pathogène n'est décelé. La corticothérapie aura un effet bénéfique. Quelle est l'hypothèse correcte?

- a) Une pneumopathie à pneumocoques partiellement résistants
 - b) Une granulomatose avec polyangéite
 - c) Une forme aigue de sarcoïdose
 - d) Une pneumonie organisée
 - e) Une pneumopathie d'hypersensibilité
-

Q 29. Un homme de 45 ans, addict aux opiacés sous substitution par buprénorphine 16 mg/j, est victime d'un traumatisme sévère lors d'un accident de la route, et présente des fractures multiples. Vous êtes contacté par le service de traumatologie pour un avis sur le traitement des douleurs. Quelle est ou quelles sont les propositions exactes ? Si des opiacés apparaissent nécessaires pour soulager les douleurs osseuses :

- a) On peut ajouter n'importe quel morphinique à la buprénorphine
 - b) Il faut préférer l'oxycodone à la morphine en poursuivant la buprénorphine
 - c) Il faut augmenter la dose de buprénorphine
 - d) Il faut arrêter temporairement la buprénorphine et faire une titration morphinique quand apparaissent les signes de sevrage
 - e) Aucune option impliquant des morphiniques n'est possible en réalité
-

Q 30. Vous êtes sollicité pour le problème d'une cholestase (PAL > 1,5 N et γ GT > 3N) anictérique (Bili 15 μ mol/l) évoluant depuis plusieurs mois chez une femme de 54 ans asymptomatique. On a trouvé des Ac anti-mitochondries et des nuclear dots. Quelle est ou quelles sont la/les affirmation(s) exacte(s) ?

- a) Ce tableau biologique est à distinguer de celui de la cholangite biliaire primitive dont le profil auto-immun est différent
 - b) Le diagnostic de cholangite biliaire primitive peut être posé sans faire de biopsie hépatique
 - c) Un traitement par acide ursodésoxycholique sera débuté lorsque la personne aura des PAL > 3N et/ou un prurit et/ou un ictère
 - d) L'échographie du foie montre des anomalies caractéristiques sur les voies biliaires
 - e) Le traitement par acide ursodésoxycholique est symptomatique mais ne freine pas l'évolution vers la cirrhose
-

Q 31. Vous êtes incité par le biologiste de votre hôpital à réduire les dosages de marqueurs de l'inflammation, et vous en profitez pour réviser vos connaissances. Quelles sont les propositions exactes ?

- a) Une diminution des α 2globulines à l'électrophorèse des protéines peut indiquer une haptoglobine basse
 - b) La ferritine augmente lorsque l'inflammation est d'origine systémique ou néoplasique, mais pas lorsque la cause est infectieuse
 - c) L'orosomucoïde et l'haptoglobine connaissent des variations parallèles en cas d'inflammation aiguë
 - d) Une hypergammaglobulinémie peut accélérer la VS (vitesse de sédimentation) sans qu'il y ait de syndrome inflammatoire
 - e) La CRP est discriminante pour faire la part entre infections virales et bactériennes
-

Q 32. Une femme de 20 ans consulte pour un œdème inflammatoire du membre inférieur gauche. Elle rapporte avoir souffert d'obésité morbide dans la petite enfance, et qu'une maladie périodique a été diagnostiquée 6 ans auparavant au cours d'une enquête génétique familiale (une sœur et un frère sont également atteints de fièvre méditerranéenne familiale). Elle ne prend de la colchicine que lors des accès de douleurs abdominales dont elle souffre depuis sa puberté.

A l'examen, on constate un œdème inflammatoire du dos du pied gauche, s'étendant vers la face antérieure de la jambe, l'épiderme est rouge vif avec un purpura pétéchiol surajouté. Elle était fébrile la veille à 38,5 °C, mais ne l'est plus au moment de la consultation. Il n'y a pas de lymphangite ni d'adénopathie inguinale. C'est selon elle un phénomène qui s'est déjà produit plusieurs fois. Elle est alors traitée à chaque fois par Pyostacine° et cela disparaît en moins d'une semaine, mais il persiste des lésions séquellaires de dermite ocre. Quelle est ou quelles sont votre/vos hypothèse(s) ?

- a) Thrombophlébite superficielle récidivante
 - b) Erysipèle récidivant
 - c) Erythème noueux
 - d) Manifestation érysipéloïde de la maladie périodique
 - e) Amylose cutanée
-

Q 33. Parmi les maladies suivantes, lesquelles sont classiquement associées à l'amylose AA ?

- a) Les dilatations de bronches
 - b) La polyarthrite rhumatoïde
 - c) Les gammopathies monoclonales impliquant des chaînes légères lambda
 - d) La cardiopathie amyloïde sénile
 - e) La fièvre méditerranéenne familiale
-

Q 34. Un homme de 70 ans, hypertendu traité, est hospitalisé en raison de l'apparition rapide de symptômes : fatigabilité invalidante, difficultés à mâcher et déglutir, chute palpébrale.

L'échodoppler vasculaire montre une plaque emboligène carotidienne droite et suspecte une sténose de l'artère vertébrale gauche ; l'échographie cardiaque ne montre pas de thrombus. Une injection de prostigmine améliore transitoirement les manifestations cliniques. Quels sont les trois examens décisifs pour établir votre diagnostic?

- a) Un scanner du médiastin
 - b) Un examen électroneuromyographique des muscles faciaux
 - c) Un Dat-SCAN cérébral
 - d) Un dosage des anticorps anti-récepteurs à l'ACH
 - e) Un dosage des marqueurs tumoraux des cancers digestifs
-

Q 35. Un homme de 62 ans, obèse et insuffisant cardiaque connu (cardiopathie dilatée d'origine éthylique) a présenté une perte de connaissance avec chute survenue vingt minutes avant votre arrivée en urgence sur les lieux, en milieu d'après-midi. Il s'est blessé au cuir chevelu en tombant, ne se souvient pas de prodromes, est parfaitement orienté, n'a ni douleur thoracique ni dyspnée et l'examen neurologique est normal. L'entourage décrit une chute brutale sans aucun élément annonciateur, une pâleur du visage, quelques secousses cloniques des bras alors qu'il était à terre, et un réveil en moins de deux minutes.

Vous auscultez un souffle systolique au foyer aortique

d'intensité 4/6. L'ECG inscrit un rythme sinusal, des signes de surcharge ventriculaire gauche, une extrasystole ventriculaire tous les 10 complexes. L'espace PR est à 18 msec, le QRS n'est pas élargi, l'intervalle QT est allongé et le segment ST aplati. Il prend comme médicaments habituels du furosémide (40mg/j), de la digoxine. Pour un diabète de type II récemment découvert, de la metformine a été débutée un mois auparavant. Le diagnostic finalement retenu sera celui de torsade de pointe. Quelles données de l'observation suggéreraient déjà cette possibilité parmi les causes possibles de perte de connaissance ?

- a) L'origine éthylique de la cardiopathie sous-jacente
 - b) L'allongement du QT
 - c) L'espace PR à 18 msec
 - d) L'hypokaliémie probable
 - e) La prise de Digoxine
-

Q 36. La valeur prédictive positive d'un examen biologique correspond à

- a) La proportion des tests positifs parmi les malades
 - b) Le couplage de la sensibilité et de la spécificité
 - c) La fréquence des malades parmi les tests positifs
 - d) Une valeur qui est d'autant plus importante que la sensibilité du test est élevée
 - e) Une valeur qui est d'autant plus importante que la spécificité du test est élevée
-

Q 37. Vous admettez une patiente âgée en service de médecine pour une pneumonie et un état confusionnel. Elle présente aussi une fracture de hanche. Le lendemain, ses voisins - qui avaient alerté les secours parce qu'elle n'ouvrait pas la porte - viennent lui rendre visite à l'hôpital. La patiente n'a aucune famille. Ces voisins se présentent comme « sa seule famille depuis 40 ans qu'ils vivent dans le même immeuble », et ce sont ces voisins qui prennent soin d'elle au quotidien. Leur identité et leur lien de proximité avec la patiente ne font pas de doute. Ils vous apprennent que la dernière année a été marquée par un début de perte d'autonomie et un déclin cognitif léger. Ils vous demandent des informations sur son état.

Quelles sont les affirmations justes concernant les prérogatives des proches ?

- a) Le médecin peut donner des informations aux voisins car le diagnostic est grave, et les voisins pourront ainsi soutenir la patiente
 - b) Les voisins peuvent faire une déclaration pour être désignés personne de confiance
 - c) Le chirurgien n'est pas tenu de solliciter l'avis des voisins avant de décider d'opérer ou non la patiente
 - d) Les voisins peuvent s'opposer à l'opération chirurgicale si celle-ci est décidée
 - e) Les voisins auront accès au dossier médical s'ils en font la demande selon la procédure légale.
-

Q 38. Un joggeur de 37 ans vous consulte 5 jours après une course en forêt. Il présente un érythème chronique migrant de la face postérieure de la cuisse gauche, ne se souvient pas d'avoir vu une tique sur sa peau. L'hypothèse d'une maladie de Lyme est soulevée. Dans cette optique, sélectionnez la ou les propositions juste(s) du point de vue du raisonnement et de l'attitude pratique

- a) Sérologie première et, sans attendre le résultat : antibiothérapie, à interrompre à réception d'une sérologie négative
 - b) Antibiothérapie première, et sérologie 10 jours plus tard. Si sérologie positive en IgG, prolonger l'antibiothérapie pour 10 jours supplémentaires
 - c) Sérologie première avec test ultrasensible de diagnostic rapide, et si elle est négative : pas d'antibiothérapie, car maladie de Lyme exclue avec un bon degré de confiance
 - d) Antibiothérapie première, pas de sérologie car elle peut être encore négative à ce stade
 - e) Traitement local en attendant J8 et une positivité possible de la sérologie, antibiothérapie si positive.
-

Q 39. Quelles sont les affirmations exactes concernant les directives anticipées?

- a) Elles peuvent être formulées oralement et enregistrées dans un document audio
 - b) Elles peuvent être rédigées par un jeune majeur en bonne santé
 - c) Elles s'imposent aujourd'hui au médecin même s'il les juge inappropriées
 - d) Elles ne s'imposent pas au médecin en cas d'urgence
 - e) L'avis de la personne de confiance est prioritaire sur les directives anticipées
-

Q 40. Quelles sont les affirmations exactes concernant la personne de confiance ?

- a) Elle peut assister à un entretien médical
 - b) Elle peut s'opposer à un transfert en réanimation
 - c) Elle est identifiée dans le dossier médical à la rubrique « personne à prévenir »
 - d) Son avis prime sur celui de la famille
 - e) Le médecin traitant peut être la personne de confiance
-