

CF-38-Pneumologie-QCM-EVC-2025

Q 1. Devant une faible probabilité d'embolie pulmonaire, quel(s) test(s) permet(tent) d'éliminer ce diagnostic ?

- a) radiographie de thorax
 - b) échographie doppler des membres inférieurs
 - c) gazométrie artérielle
 - d) dosage des D-dimères sanguins
 - e) échographie cardiaque
-

Q 2. Après un voyage aérien de 8 heures, une femme de 60 ans présente une douleur thoracique, un essoufflement et un crachat hémoptoïque. La tension artérielle est à 130/80 et la fréquence cardiaque est à 65/minute. Quel(s) test n'est/ne sont pas utile(s) à l'approche diagnostique ?

- a) angioscanner thoracique
 - b) dosage des D-dimères sanguins
 - c) échographie cardiaque
 - d) endoscopie bronchique
 - e) échographie abdominale
-

Q 3. Quel(s) médicament(s) fait/font partie du traitement de fond initial prescrit pour un asthme persistant modéré ?

- a) théophylline
 - b) bronchodilatateurs par voie orale
 - c) corticostéroïdes inhalés
 - d) corticoïdes oraux
 - e) biothérapie par anti-interleukine-5
-

Q 4. Une femme enceinte présente une exacerbation sévère d'asthme allergique. Quel (s) traitement(s) proposez-vous ?

- a) antibiothérapie par pénicilline
 - b) antibiothérapie par macrolide
 - c) corticothérapie orale
 - d) nébulisation de bêta-2 mimétiques de courte durée d'action
 - e) biothérapie par anti-interleukine-5
-

Q 5. Parmi les propositions suivantes, la(les)quelle(s) sont possibles pour traiter un patient que vous voyez en consultation, suivi pour asthme depuis de nombreuses années et présentant un score ACT à 12 sous son traitement bien pris ? Le traitement actuel est constitué d'un corticostéroïde inhalé faible dose et d'un bronchodilatateur de courte durée d'action.

- a) ajouter un corticoïde per os, à la posologie de 0,5 mg/kg
 - b) ajouter un antileucotriène
 - c) augmenter la dose du corticostéroïde inhalé
 - d) ajouter un bronchodilatateur de longue durée d'action
 - e) introduire une immunothérapie en injection tous les mois
-

Q 6. Parmi les propositions suivantes, la(les)quelle(s) choisissez-vous pour traiter un patient que vous voyez aux urgences, suivi pour asthme depuis de nombreuses années et qui vient pour détresse respiratoire sur crise d'asthme, avec présence de critères de gravité quand vous l'examinez ?

- a) introduire de l'oxygène
 - b) introduire une corticothérapie systémique
 - c) faire réaliser des nébulisations de bronchodilatateur 5 mg toutes les 20 minutes jusqu'à cessation de la crise
 - d) faire réaliser des nébulisations de corticoïdes 1mg toutes les 20 minutes jusqu'à cessation de la crise
 - e) faire réaliser une nébulisation d'adrénaline en urgence
-

Q 7. Parmi les suivantes, quelles sont les pathologies parfois associées au syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil ?

- a) hyperthyroïdie
 - b) diabète de type 2
 - c) syndrome obésité-hypoventilation
 - d) syndrome de Pierre Robin
 - e) fibrose pulmonaire idiopathique
-

Q 8. L'hypoventilation :

- a) est attestée par une augmentation de la $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ (6 kPa) et se rencontre en cas de diminution de la ventilation-minute
 - b) est secondaire à une diminution de l'espace mort
 - c) est traitée par pression positive continue en première intention chez un patient atteint d'une maladie neuromusculaire
 - d) est une contre-indication à une chirurgie bariatrique chez un patient obèse
 - e) une hypoventilation diurne chez un patient obèse se rencontre au cours du syndrome obésité-hypoventilation
-

Q 9. Le syndrome des apnées obstructives du sommeil :

- a) est associé à une morbidité accrue lorsqu'il n'est pas traité
 - b) est parfois associé à un syndrome métabolique
 - c) peut être responsable d'une hypertension artérielle systémique
 - d) peut être responsable de perturbations de l'hématose nocturne
 - e) peut favoriser la survenue d'une coronaropathie
-

Q 10. Que faites-vous en première intention devant un patient appareillé par pression positive continue autopilotée et bien observant à son traitement, qui présente une somnolence diurne résiduelle (plusieurs réponses possibles) ?

- a) éliminer une dépression
 - b) ajouter un traitement stimulant de vigilance
 - c) mettre en place un circuit chauffant
 - d) vérifier l'index résiduel d'apnées et d'hypopnées ainsi que les fuites non intentionnelles sur le circuit
 - e) éliminer un syndrome des jambes sans repos
-

Q 11. Concernant les métastases cérébrales du cancer bronchique, quelle(s) est(sont) la(les)

proposition(s) exacte(s) ?

- a) le cancer bronchique est le plus fort pourvoyeur de métastases cérébrales, devant les mélanomes et cancers du sein
 - b) l'histologie de type épidermoïde est un facteur de risque de développer des métastases cérébrales
 - c) une imagerie cérébrale est requise au diagnostic et au cours de la surveillance des cancers bronchiques en plus du scanner thoraco-abdomino-pelvien
 - d) les indications de l'irradiation pan-encéphalique sont de plus en plus réduites du fait du risque de toxicité cognitive
 - e) certaines thérapies ciblées comme l'osimertinib, l'alectinib ou le lorlatinib ne passent pas la barrière hémato-encéphalique et n'ont pas d'efficacité intracérébrale
-

Q 12. Concernant les effets secondaires pulmonaires du pembrolizumab, quelle(s) est(sont) la(les)

proposition(s) exacte(s) ?

- a) le risque de toxicité pulmonaire de type interstitiel est fréquent
 - b) une toxicité pulmonaire de grade 1 est définie par l'apparition d'images radiologiques suspectes sans symptôme associé
 - c) la plupart des effets secondaires pulmonaires du pembrolizumab surviennent après 1 an de traitement
 - d) en cas de survenue d'une toxicité pulmonaire de grade 3, il est nécessaire d'interrompre temporairement le pembrolizumab puis de le reprendre à dose réduite
 - e) en cas de survenue d'une toxicité pulmonaire de grade 2 ou plus, une corticothérapie à au moins 1mg/kg d'équivalent prednisone doit être initiée
-

Q 13. Concernant le traitement de première ligne du cancer bronchique non à petites cellules métastatique, sans anomalie génomique actionnable, chez les sujets âgés de 70 ans et plus, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) l'association de cisplatine, pemetrexed et pembrolizumab est un standard thérapeutique chez les patients en bon état général (performance status 0 ou 1)
 - b) la monochimiothérapie par vinorelbine est une option thérapeutique chez les patients avec altération de l'état général (performance status 2)
 - c) l'association de carboplatine mensuel et paclitaxel hebdomadaire est un standard thérapeutique chez les patients en bon état général (performance status 0 ou 1)
 - d) le pembrolizumab en monothérapie est une option thérapeutique en cas d'expression de PD-L1 sur 70 % des cellules tumorales
 - e) l'association de carboplatine, paclitaxel et bevacizumab est une option de traitement en cas d'histologie épidermoïde
-

Q 14. Concernant le traitement de première ligne du cancer bronchique non à petites cellules métastatique, sans anomalie génomique actionnable, chez les sujets âgés de moins de 70 ans en bon état général (performance status 0 ou 1), quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) :

- a) l'association de carboplatine, paclitaxel et pembrolizumab est un standard thérapeutique en cas d'histologie épidermoïde, avec expression de programmed cell-death ligand 1 (PD-L1) sur 10% des cellules tumorales
 - b) le pembrolizumab en monothérapie est un standard thérapeutique en cas d'expression de PD-L1 sur 50 % des cellules tumorales
 - c) l'association de carboplatine, pemetrexed et pembrolizumab est un standard thérapeutique en cas d'histologie épidermoïde, avec expression de PD-L1 sur 90% des cellules tumorales
 - d) l'association de cisplatine, pemetrexed et pembrolizumab est un standard thérapeutique en cas d'histologie épidermoïde, sans expression de PD-L1 sur les cellules tumorales
 - e) l'association de cisplatine, pemetrexed et bevacizumab est une option thérapeutique en cas de contre-indication à l'immunothérapie
-

Q 15. Concernant les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) de stade III, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) le traitement néoadjuvant associant chimiothérapie (doublet à base de platine) et nivolumab est un standard thérapeutique en cas de maladie résécable, avec expression de programmed cell-death ligand 1 (PD-L1) sur 1% des cellules tumorales
 - b) la combinaison concomitante de chimiothérapie, radiothérapie et pembrolizumab est un standard thérapeutique en cas de maladie non-résécable, avec expression de PD-L1 sur 10% des cellules tumorales
 - c) la radio-chimiothérapie concomitante suivie d'une immunothérapie de consolidation par durvalumab est un standard thérapeutique en cas de maladie non-résécable, quelle que soit l'expression de PD-L1 au niveau tumoral
 - d) la radio-chimiothérapie concomitante suivie d'une thérapie ciblée de consolidation par adagrasib est un standard thérapeutique en cas de maladie non-résécable, avec mutation de KRAS
 - e) le traitement adjuvant par osimertinib est recommandé en cas de mutation activatrice commune de l'EGFR chez les patients opérés, en résection complète
-

Q 16. Concernant l'échoendoscopie linéaire (EBUS linéaire) avec ponctions ganglionnaires médiastinales, quelles affirmations sont exactes ?

- a) cet examen permet le diagnostic des cancers broncho-pulmonaires mais également le staging médiastinal avant chirurgie curatrice et permet d'éviter une médiastinoscopie
 - b) son taux de complications est important, supérieur à celui d'une bronchoscopie souple standard avec biopsies
 - c) cet examen permet toujours le primo-diagnostic d'un lymphome médiastinal malin
 - d) il doit toujours être réalisé sous anesthésie générale car il est douloureux
 - e) cet examen permet le diagnostic cyto-pathologique de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire
-

Q 17. Concernant les gestes endobronchiques, quelles sont les affirmations exactes ?

- a) si un patient est sous aspirine à 75 mg/jour, il faut l'arrêter 5 jours avant en cas de biopsies bronchiques étagées des éperons
 - b) il est possible de réaliser des biopsies bronchiques d'un bourgeon tumoral endobronchique sous aspirine 75 mg/jour
 - c) si un patient est sous aspirine à 75 mg/jour, il faut l'arrêter 5 jours avant en cas de ponction ganglionnaires médiastinale guidées par EBUS Linéaire
 - d) il est possible de réaliser des biopsies bronchiques d'un bourgeon tumoral endobronchique sous clopidogrel 75 mg/jour
 - e) il est possible de réaliser une coagulation/désobstruction d'un bourgeon tumoral endobronchique par bronchoscopie rigide interventionnelle sous aspirine 75 mg/jour
-

Q 18. Concernant la pneumologie interventionnelle, quelles sont les affirmations exactes ?

- a) la pose de valves endobronchiques est une technique utilisée chez des patients ayant un broncho-emphysème sévère, sevrés du tabac, et conservant une dyspnée d'effort après réadaptation respiratoire. Le but est d'obtenir une réduction volumique pour essayer d'améliorer la dyspnée
 - b) la pose de valves endobronchiques est une technique utilisée dans l'asthme sévère cortico-dépendant. Le but est d'obtenir une réduction volumique afin de réduire le recours aux biothérapies
 - c) les bronchoscopes souples à usage unique permettent de se passer de toute désinfection de l'appareil avant et après utilisation sur patient
 - d) la désinfection d'un bronchoscope souple ré-utilisable est valable 12h00, au-delà l'appareil doit être à nouveau désinfecté avant utilisation sur patient, sauf s'il a été stocké dans une armoire séchante (ESET : enceinte de stockage d'endoscopes thermosensibles) qui permet de dépasser ce délai et d'augmenter la durée du stockage jusqu'à 7 jours selon le type d'ESET
 - e) dans le diagnostic histologique d'une pneumopathie interstitielle diffuse, la réalisation d'une cryobiopsie pulmonaire transbronchique est une alternative possible à la biopsie pulmonaire chirurgicale
-

Q 19. Un homme de 62 ans est adressé en consultation pour le bilan respiratoire d'une sclérodermie systémique cutanée limitée avec Ac antiScl70. Sa seule plainte respiratoire est une dyspnée d'effort mMRC 2. L'examen clinique retrouve une atteinte cutanée avec des doigts boudinés et une limitation de l'ouverture de bouche. L'auscultation pulmonaire retrouve de fins crépitations des deux bases. Le scanner thoracique détecte des hyperdensités pulmonaires en verre dépoli, qui s'associent à des opacités réticulées et des bronchectasies par traction prédominant dans les régions sous-pleurales sur toute la hauteur du thorax, sans cavités en rayon de miel. Les explorations fonctionnelles respiratoires retrouvent un syndrome restrictif sévère amputant les volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables de 40% ainsi qu'un trouble de la diffusion avec une DLCO abaissée à 56% de la théorique. Au test de marche des 6 minutes, la distance parcourue est de 360 m (60% de la théorique) et la SpO₂ passe de 96% en air ambiant à 88% à la 5^{ème} minute. Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous (une ou plusieurs réponses exactes) ?

- a) immunomodulation par mycophénolate mofétil
 - b) corticothérapie systémique
 - c) antifibrosant par nintedanib
 - d) antifibrosant par pirfénidone
 - e) oxygénothérapie de déambulation
-

Q 20. Vous suivez en consultation un patient âgé de 68 ans pour fibrose pulmonaire idiopathique traitée par nintedanib. Quelle(s) condition(s) vous ferai(en)t discuter d'un arrêt temporaire du traitement ?

- a) diarrhées à 3 selles liquides par jour durant 4 semaines
 - b) diarrhées à 4 selles liquides par jour durant 15 jours malgré un traitement symptomatique bien conduit
 - c) élévation des ASAT à 4 fois la valeur normale
 - d) reprise d'un tabagisme actif à 1 paquet/j
 - e) inscription sur liste en vue d'une transplantation pulmonaire
-

Q 21. Vous voyez à votre consultation un patient atteint de BPCO sévère post-tabagique, de profil exagérateur et éosinophile. Le tabagisme est sevré. Le patient est sous traitement optimal par une triple association corticostéroïde inhalé et bronchodilatateurs de longue durée d'action (CSI-LABA-LAMA). Il ne fait plus d'exacerbations. Que devez-vous faire lors de votre consultation ?

- a) vérifier la bonne observance et la technique de prise du traitement inhalé
 - b) identifier la présence de comorbidités de la BPCO
 - c) mettre en place un traitement par macrolide au long cours
 - d) vérifier la réalisation d'une activité physique régulière
 - e) évaluer la motivation du patient à réaliser un programme de réadaptation respiratoire
-

Q 22. Concernant les comorbidités cardiovasculaires dans la BPCO, quelle(s) proposition(s) parmi les suivantes est (sont) exacte(s) ?

- a) il existe une incidence accrue de l'infarctus du myocarde au cours de la BPCO
 - b) il existe une incidence accrue de la BPCO chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque
 - c) il existe une incidence accrue de l'accident vasculaire cérébral au cours de la BPCO
 - d) il existe une incidence accrue de la fibrillation auriculaire au cours de la BPCO
 - e) les bêta-bloquants peuvent être prescrits au cours de la BPCO
-

Q 23. Quelles sont les indications possibles d'une épreuve d'effort cardio-respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

- a) évaluation d'une dyspnée d'effort disproportionnée par rapport à la valeur du VEMS
 - b) prescription d'un programme de balnéothérapie
 - c) dépistage annuel d'une altération fonctionnelle respiratoire
 - d) évaluation préopératoire avant chirurgie thoracique
 - e) confirmation d'une ischémie cardiaque en phase aiguë
-

Q 24. Lors d'une épreuve d'effort cardio-respiratoire chez un patient atteint de BPCO, quels paramètres peuvent être évalués ?

- a) la consommation maximale d'oxygène (VO₂ max)
 - b) le seuil ventilatoire
 - c) l'hyperinflation dynamique
 - d) les échanges gazeux avec calcul du gradient alvéolo-artériel
 - e) l'espace mort avec le calcul du rapport VD/VT
-

Q 25. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) contre-indication(s) absolues ou relatives à la réalisation d'une épreuve d'effort cardio-respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

- a) un angor instable
 - b) une SpO₂ de repos < 90% en air ambiant
 - c) une exacerbation de BPCO datant de 2 semaines
 - d) un VEMS < 30% de la théorique
 - e) une hypertension artérielle pulmonaire sévère
-

Q 26. Concernant les indications de la réadaptation respiratoire chez les patients atteints de BPCO, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- a) elle est recommandée uniquement pour les patients atteints de BPCO de stade GOLD 3 et 4
 - b) une dyspnée persistante, cotée à 2 sur l'échelle mMRC (modified Medical Research Council) constitue une indication à la réadaptation respiratoire
 - c) un antécédent d'exacerbation dans l'année précédente peut faire proposer une réadaptation respiratoire
 - d) la réadaptation respiratoire doit être débutée au minimum 6 mois après une exacerbation sévère
 - e) La limitation des activités quotidiennes est une indication en soi, même en cas de BPCO légère
-

Q 27. Quels sont les éléments essentiels d'un programme de réadaptation respiratoire chez les patients atteints de BPCO ?

- a) réentraînement à l'exercice en endurance et en résistance
 - b) éducation thérapeutique incluant la gestion des exacerbations
 - c) prescription de principe d'une oxygénothérapie de déambulation
 - d) optimisation nutritionnelle et prise en charge psychosociale
 - e) sevrage tabagique si le patient est fumeur actif
-

Q 28. Concernant les modalités de réalisation de la réadaptation respiratoire, quelle(s) proposition(s) est (sont) correcte(s) ?

- a) l'efficacité des programmes en hôpital de jour (réadaptation ambulatoire) est supérieure à celles des programmes réalisés à domicile
 - b) les bénéfices de la réadaptation respiratoire ne sont démontrés que pour des stages durant au moins 12 semaines
 - c) la réadaptation en ambulatoire est contre-indiquée pour les patients atteints de BPCO modérée à sévères
 - d) un programme d'entretien à domicile est recommandé après la réadaptation initiale
 - e) la coordination médicale de l'équipe interdisciplinaire doit être assurée par un pneumologue ou un médecin formé à la pneumologie (médecin généraliste ou spécialiste en médecine physique et de réadaptation)
-

Q 29. Dans le cadre d'une pneumopathie communautaire sans signe de gravité chez un patient sans comorbidité :

- a) il faut toujours réaliser un scanner thoracique à la phase aiguë
 - b) il faut réaliser un scanner thoracique à distance chez un patient avec facteurs de risque de cancer broncho-pulmonaire
 - c) en probabiliste et première intention, il est possible d'utiliser soit l'amoxicilline soit la lévofloxacine
 - d) les durées d'antibiothérapie peuvent actuellement être réduite à 3 jours si les critères de stabilité clinique sont atteints (température $\leq 37,8^{\circ}\text{C}$, tension systolique ≥ 90 mmHg, fréquence cardiaque $\leq 100/\text{min}$, fréquence respiratoire $\leq 24/\text{min}$, saturation en air ambiant $\geq 90\%$)
 - e) il faut réaliser un lavage broncho-alvéolaire chez tous les patients pour identifier la bactérie responsable
-

Q 30. Quelles comorbidités influencent le choix de l'antibiothérapie en cas de pneumopathie aiguë communautaire ?

- a) âge > 65 ans
 - b) insuffisance respiratoire chronique
 - c) antibiothérapie reçue il y a 3 mois
 - d) cancer bronchique en cours de chimiothérapie
 - e) éthyisme chronique
-

Q 31. Parmi les éléments suivants, quels seraient des signes de gravité au cours d'une pneumopathie aiguë communautaire ?

- a) fréquence respiratoire $\geq 30/\text{min}$
 - b) anémie avec taux d'hémoglobine à 11g/dL
 - c) antécédent de dilatation des bronches
 - d) confusion
 - e) insuffisance rénale aiguë
-

Q 32. Après une primo-infection tuberculeuse, quels sont les facteurs favorisant la survenue d'une tuberculose maladie ?

- a) un antécédent de BPCO
 - b) une immunodépression
 - c) un terrain allergique
 - d) une insuffisance rénale chronique
 - e) un âge extrême
-

Q 33. À J15 d'une quadrithérapie anti-tuberculeuse, le bilan hépatique met en évidence des transaminases à 2,5 fois la normale. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est (sont) exacte(s) ?

- a) arrêter le pyrazinamide et poursuivre une trithérapie par isoniazide et rifampicine et éthambutol (2 mois de trithérapie depuis 7 mois de bithérapie)
 - b) hospitaliser le patient en urgence, arrêter les antibiotiques jusqu'à normalisation du bilan hépatique, puis réintroduction séquentielle des antituberculeux sans pyrazinamide, sous surveillance rapprochée
 - c) poursuivre le traitement, surveillance rapprochée jusqu'à normalisation
 - d) arrêter l'isoniazide et du pyrazinamide, poursuite de la rifampicine et de l'éthambutol pour 6 mois
 - e) déclarer à la pharmacovigilance
-

Q 34. Un patient atteint d'insuffisance respiratoire chronique obstructive secondaire à une BPCO a un emphysème sévère. Il rapporte une dyspnée invalidante avec augmentation progressive de ses besoins en oxygène. Quelles est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) rechercher une hypertension pulmonaire disproportionnée
 - b) évoquer la possibilité d'une chirurgie de réduction de volume ou un projet de greffe
 - c) initier un traitement corticostéroïde oral à forte dose
 - d) évoquer la possibilité d'un programme de réadaptation respiratoire
 - e) évoquer la possibilité de mise en place d'une ventilation non invasive si hypercapnie sévère
-

Q 35. Quels peuvent être les conséquences extra-respiratoires de l'insuffisance respiratoire chronique ?

- a) une cytolysé hépatique
 - b) une polyglobulie
 - c) une rétention hydro-sodée avec œdème des membres inférieurs
 - d) une thrombocytemie (thrombocytose)
 - e) une insuffisance rénale chronique
-

Q 36. Parmi les propositions suivantes, laquelle est une indication indiscutable à une oxygénothérapie de longue durée chez un patient atteint de BPCO ?

- a) une hypoxémie profonde toute la journée avec $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$ (7,32 kPa) confirmée sur plusieurs semaines, à distance d'un épisode aigu
 - b) une hypoxémie nocturne isolée, confirmée sur plusieurs semaines, à distance d'un épisode aigu
 - c) une désaturation à la marche à 85%, sans hypoxémie au repos
 - d) une hypoxémie avec exacerbations à répétition
 - e) une hypoxémie à 62,4 mmHg (8,3 kPa) avec dyspnée d'effort mMRC 2
-

Q 37. Chez des patients atteints de BPCO sévère, quelle bénéfice clinique de la ventilation non invasive à domicile n'est pas classiquement attribué à ce traitement ?

- a) une amélioration de la survie
 - b) une amélioration de la PaCO_2
 - c) une amélioration de la qualité du sommeil
 - d) une diminution des exacerbations
 - e) une diminution de la dyspnée sous ventilateur
-

Q 38. Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) fait (font) évoquer le diagnostic de pleurésie purulente ?

- a) épanchement cloisonné
 - b) présence de lymphocytes dans le liquide pleural
 - c) aspect citrin du liquide pleural
 - d) fièvre associée
 - e) culture bactériologique du liquide pleural positive
-

Q 39. Un homme de 57 ans se présente aux urgences pour une dyspnée d'effort de survenue progressive depuis quelques jours. Garagiste, il fume 20 cigarettes par jour depuis 35 ans et consomme régulièrement de la bière. Il ne signale pas d'antécédent médical ou chirurgical par ailleurs, ni traitement au long cours. Il n'y a pas de perte de poids signalée par le patient ni fièvre à l'entrée, mais il aurait présenté des frissons et quelques sueurs il y a 3 jours. Votre examen clinique est sans particularité sauf un état dentaire précaire et une matité de l'hémichamp pulmonaire inférieur droit associé à une abolition du murmure vésiculaire et de la transmission des vibrations vocales à ce niveau. Vous émettez l'hypothèse diagnostique d'une pleurésie droite. Parmi les propositions ci-dessous, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

- a) l'échographie pleurale est suffisante pour affirmer la pleurésie droite en première intention avant le scanner thoracique
 - b) ce patient ne justifie pas obligatoirement une ponction pleurale
 - c) il s'agirait certainement d'un transsudat si on analysait le liquide pleural après ponction
 - d) on peut évoquer des causes infectieuse et tumorale parmi les étiologies possibles de la pleurésie chez ce patient
 - e) une embolie pulmonaire est la cause la plus fréquente de pleurésie et la plus probable ici
-

Q 40. Un patient de 55 ans d'origine antillaise est hospitalisé pour la prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë hypoxémiante. Le patient rapporte une dyspnée d'effort d'aggravation rapide, ainsi qu'une altération de l'état général associée à une perte de poids de 5 kg sur les 8 dernières semaines. L'apparition d'une fièvre l'amène à consulter aux urgences et une antibiothérapie par amoxicilline + rovamycine est débutée devant la présence d'un syndrome inflammatoire biologique (lymphopénie à 800 éléments/mL, CRP à 37 mg/L) et un infiltrat alvéolo-interstitiel des deux bases à la radiographie pulmonaire. Au cours des premiers jours d'hospitalisation, apparaît un oedème périorbitaire droit motivant la prescription de cétirizine. Ensuite, l'état respiratoire s'aggrave rapidement et le recours à la ventilation mécanique est finalement nécessaire. Après optimisation des paramètres ventilatoires, le rapport P/F est à 150. Le bilan biologique sanguin retrouve : Hb 14,8 g/dL, polynucléaires neutrophiles 2300 éléments/ μ L, lymphocytes 300 éléments/ μ L, CRP 11 mg/L, créatinine 62 μ mol/L, anticorps antinucléaires +160 moucheté fin, ANCA +200 sans spécificité, sérologie VIH négative, bêta-D-glucane négatif. Un lavage broncho-alvéolaire est réalisé avant la mise en décubitus ventral. Le liquide est clair, discrètement inflammatoire et retrouve : macrophages 78 %, lymphocytes 17 %, polynucléaires neutrophiles 5 %, polynucléaires éosinophiles 0 %, culture stérile, panel virus respiratoire y compris COVID-19 négatif. Le scanner thoracique élimine une embolie pulmonaire et retrouve de multiples zones de condensations alvéolaires avec une distribution péri-bronchovasculaire prédominant dans les deux bases. Quel diagnostic étiologique de ce tableau de SDRA doit être immédiatement suspecté et recherché parmi les propositions suivantes ?

- a) sarcoïdose
 - b) pneumopathie aiguë à éosinophiles
 - c) dermatopolymyosite à anticorps antiMDA5
 - d) hémorragie alvéolaire diffuse
 - e) pneumonie aiguë d'hypersensibilité
-