

PNEUMOLOGIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Fondamentales

Question N°1 :

Quelles sont les quatre principales atteintes extra-pulmonaires de la mucoviscidose ?

Question N°2 :

Quel est le bilan étiologique de première intention dans la dilatation des bronches non liée à la mucoviscidose selon les recommandations européennes ?

Question N°3 :

Quelles sont les principales étiologies des dilatations des bronches diffuses ?

Question N°4 :

Vous suivez un patient âgé de 70 ans, avec un diagnostic récent d'adénocarcinome bronchique métastatique. Il est en attente de débuter un traitement. En dehors de la vaccination DTP coqueluche, quelles vaccinations lui recommandez-vous ?

Question N°5 :

Un homme âgé de 40 ans, sans antécédent, est admis aux urgences pour douleur thoracique et dyspnée. A l'interrogatoire, il décrit la survenue d'une douleur d'allure intercostale gauche qu'il traite depuis quelques jours par ibuprofène.

Le patient décrit une aggravation rapide de sa dyspnée avec asthénie. A l'admission, la saturation transcutanée en oxygène est à 90% en air ambiant, la tension artérielle à 130/70 mmHg. Il existe une hyperthermie à 38,7°C. Voici une coupe du scanner thoracique réalisé :



Quel diagnostic évoquez-vous ? Quelle est votre prise en charge ?

Question N°6 :

Décrire les principaux critères cliniques de gravité d'une exacerbation d'asthme.

Question N°7 :

Décrire les principaux biomarqueurs de l'inflammation de type 2 dans l'asthme.

Question N°8 :

Devant un tableau radio-clinique de sarcoïdose médiastino-pulmonaire sans atteinte extra-thoracique, citez les examens possibles en première ligne permettant d'obtenir

une confirmation cyto-pathologique de la présence de granulomes sarcoïdiques en faveur du diagnostic.

Question N°9 :

Quelles présentations radio-cliniques d'une sarcoïdose permettent de se passer d'une confirmation cyto-pathologique ?

Question N°10 :

Citez les indications de traitement par corticothérapie systémique en première ligne d'une atteinte pulmonaire de sarcoïdose.

Question N°11 :

Un patient tabagique se présente avec un nodule pulmonaire lobaire inférieur droit distal mesurant 2 cm de grand diamètre ; le nodule étant dans la continuité d'une sous-segmentaire de la bronche B10 droite. Le TEP-scanner montre une hyperfixation du nodule et de l'aire ganglionnaire 11R, sans autre fixation à distance. L'IRM cérébrale est normale. Une ponction sous scanner permet le diagnostic d'adénocarcinome pulmonaire PDL1-négatif. La réunion de concertation pluri-disciplinaire (RCP) propose un traitement chirurgical. L'indication d'un staging ganglionnaire a été retenue. Pour quelles raisons ? Comment l'effectuez-vous ?

Question N°12 :

Un homme de 68 ans, ancien fumeur sevré depuis 3 ans, est atteint d'une BPCO GOLD 3E (VEMS 42% th.) de profil emphysémateux. Malgré un traitement inhalé adapté, il reste limité dans ses activités quotidiennes avec une dyspnée mMRC 3 et des exacerbations fréquentes. Le test de marche de 6 minutes retrouve une distance parcourue de 280 mètres (48% de la théorique). Justifiez l'indication de réadaptation respiratoire chez ce patient et exposez les bénéfices attendus du programme.

Question N°13 :

Quelles sont les composantes d'un programme de réadaptation respiratoire ?

Question N°14 :

Un patient bénéficie d'explorations fonctionnelles respiratoires et de gaz du sang dans le cadre du suivi d'une sclérose latérale amyotrophique. Quelles anomalies vous font évoquer une insuffisance diaphragmatique ?

Question N°15 :

Un patient de 81 ans, ancien instituteur, vous est adressé pour une dyspnée d'aggravation rapide depuis un mois, associée à une toux sèche. Il reçoit un traitement par amiodarone (200 mg par jour) et apixaban pour une fibrillation auriculaire permanente depuis six mois. L'examen clinique retrouve des crépitaux des deux bases, sans autre signe de décompensation cardiaque. Un bilan auto-immun, un scanner thoracique, des explorations fonctionnelles respiratoires ainsi qu'un lavage broncho-alvéolaire sont rapidement effectués. En prenant en considération les éléments actuels et les résultats attendus des examens en cours, quels seraient les arguments en faveur d'une pneumopathie interstitielle liée à l'amiodarone ?

Question N°16 :

Quels sont les principes de prise en charge d'une pneumopathie aiguë hypoxémique à l'amiodarone ?

Question N°17 :

Un patient vous est adressé par son médecin traitant suite à la découverte fortuite sur un scanner thoracique non injecté d'une masse spiculée lobaire inférieure gauche suspecte, de 2 cm de diamètre, à contact pleural et sans adénomégalies médiastinales. Quel bilan diagnostique prescrivez-vous en l'absence de contre-indication ?

Question N°18 :

Vous devez prendre en charge un patient chez qui un adénocarcinome bronchique métastatique vient d'être diagnostiqué. De quels éléments avez-vous besoin pour décider de la prise en charge thérapeutique ?

Question N°19 :

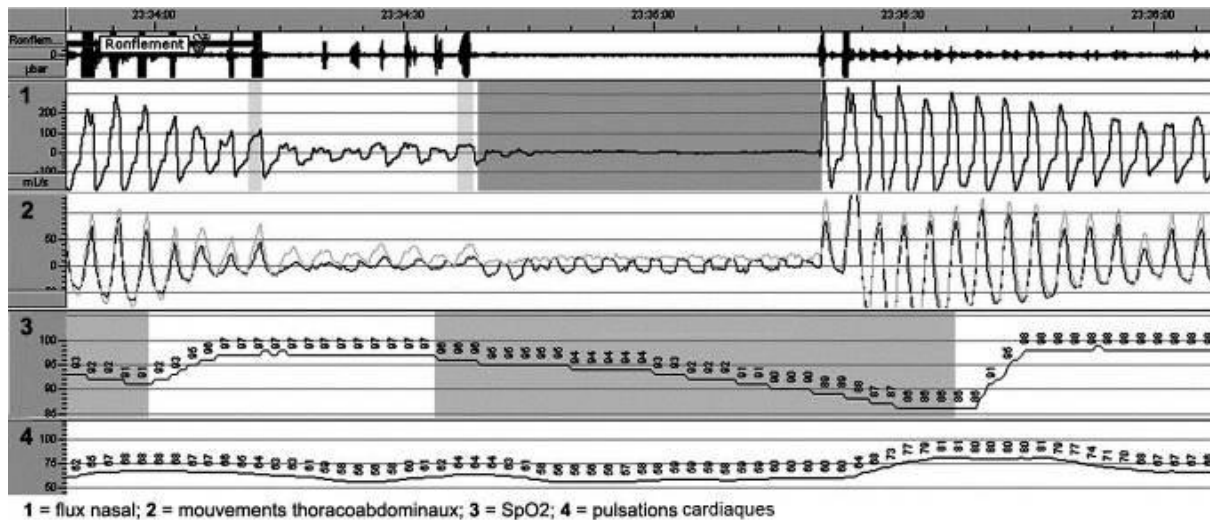
Vous devez prendre en charge un patient chez qui un mésothéliome pleural vient d'être diagnostiqué à un stade non résécable. Quels sont les traitements envisageables à titre standard ?

Question N°20 :

Vous devez prendre en charge une patiente chez qui un carcinome bronchique primitif neuro-endocrine à petites cellules localisé au thorax (stade TNM I) vient d'être diagnostiqué. Quels sont les traitements standards à envisager en première ligne ?

Question N°21 :

Décrivez précisément ce que vous constatez sur ce tracé de polygraphie ventilatoire.



Question N°22 :

Hormis la prescription de patchs transdermiques de nicotine, citez d'autres prises en charge possibles du tabagisme chronique chez un patient fumeur.

Question N°23 :

Mentionner 4 cancers d'organe dont le risque de survenue est augmenté en rapport avec le tabagisme.

Question N°24 :

Mentionner des éléments avec lesquels la sévérité et le pronostic de la BPCO peuvent être appréciés.

Question N°25 :

Mentionner des informations pertinentes que peut apporter la tomodensitométrie thoracique chez un patient atteint de BPCO à l'état stable.