



Sujets d'examens de médecine

DFGSM 2 2014-2015

Annales de l'Université Lyon 1

Faculté de médecine Lyon Est

**Année universitaire
2014-2015**

**Université Lyon 1
Faculté de médecine
Lyon est**

DFGSM 2

1ère session

1er semestre

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : UE 1 - SHS
Session 1 –Semestre 1- Décembre 2014- FGSM 2

NOM et Prénom :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

D.F.G.S.M. 2

Session 1 – Semestre 1
Décembre 2014

EXAMEN UE 1

SHS

Note :

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 1

15 Décembre 2014

*Faculté de médecine Lyon-
Est*



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°1

Economie de la santé	
1	Les conditions d'adoption d'une nouvelle technique en médecine sont
A	L'efficacité théorique à partir d'un essai clinique randomisé
B	L'efficacité pragmatique constatée en soins courants
C	La disponibilité de la technique sur le bassin de santé
D	Le paiement de la technique par les patients eux-mêmes
E	Le remboursement (total ou partiel) de la technique par l'Assurance Maladie
2	Les mesures de l'efficacité clinique dans l'évaluation médico-économique sont
A	L'espérance de vie
B	L'espérance de vie en bonne santé
C	L'espérance de vie ajustée sur la Qualité de vie (QALY)
D	La satisfaction des patients
E	Les cas de maladie évités
3	Dans l'analyse coût-efficacité d'une stratégie médicamenteuse
A	Deux stratégies médicamenteuses sont comparées
B	La stratégie la plus efficace est toujours préférée
C	La stratégie la moins coûteuse est toujours préférée
D	Le ratio coût-efficacité différentiel est calculé
E	La valeur du ratio coût-efficacité est rapportée à la valeur acceptable par le pays concerné
4	Diapo 5: L'économie de la santé
A	Se caractérise par une forte asymétrie d'information entre patient et soignant
B	Est une économie de biens davantage que de services
C	Représente l'une des branches de l'économie générale d'un pays
D	S'intéresse à un marché peu régulé par l'Etat en France
E	A un impact sur les autres secteurs de l'économie
5	Les méthodes classiques d'évaluation médico-économique sont
A	L'étude de minimisation des coûts
B	L'analyse coût-efficacité
C	L'analyse de décision clinique
D	L'analyse coût-bénéfice
E	L'analyse coût-utilité
6	Diapo 14: Les dépenses totales de santé en % du Produit Intérieur Brut
A	Sont supérieures au Royaume-Uni comparativement à l'Allemagne
B	Sont plus élevées en Indonésie qu'en Suisse
C	Sont plus élevées en France que la moyenne des pays de l'OCDE
D	Sont supérieures aux Etats-Unis comparativement aux autres pays du monde
E	Ont eu tendance à reculer en Grèce depuis 2009

7	Le déficit annuel de la Sécurité Sociale en France
A	Est équivalent à sa dette cumulée
B	Est aujourd'hui maîtrisé
C	Se chiffre en millions d'euros
D	Est intégralement compensé par les cotisations sociales et l'impôt
E	Est la conséquence d'un déséquilibre entre recettes et dépenses
8	Diapo 25: L'offre de soins en France est influencée par
A	Le progrès technique et l'innovation
B	Les caractéristiques démographiques de la population
C	Le mode d'accès aux soins spécialisés
D	Le mode de financement des soins
E	L'état de santé des individus
9	Un homme de 50 ans consulte un endocrinologue en secteur 2. Il vient car il a effectué un dosage de la glycémie qui est anormalement élevé. Il a déclaré son médecin traitant.
A	Le patient sera remboursé d'une somme supérieure à celle qui lui aurait été remboursée s'il avait consulté un endocrinologue en secteur 1.
B	Si le patient vient de lui-même et non sur indication de son médecin traitant, il sera moins bien remboursé
C	Il devra payer une participation forfaitaire de 1 euro
D	Si il présente un diabète de type 2, grâce à une déclaration affection longue durée (ALD) l'ensemble des soins dont il bénéficiera par la suite sera pris en charge à 100%
E	Si il présente un diabète de type 2, grâce à une déclaration affection longue durée (ALD) l'ensemble des soins relatifs au diabète dont il bénéficiera par la suite sera pris en charge à 100%
10	Quelles sont les propositions exactes concernant les prestations de l'assurance maladie
A	Les indemnités journalières sont délivrées dès le 1er jour d'arrêt maladie
B	Le ticket modérateur est la somme restant à la charge de l'assuré après remboursement de l'assurance maladie
C	Le tiers-payant permet de ne pas payer le ticket modérateur
D	Les mutuelles ne peuvent pas prendre en charge le ticket modérateur
E	Les franchises médicales sur les médicaments sont soumises à un seuil maximal de 50 euros
Epidémiologie	
11	Espérance de vie en France
A	L'espérance de vie à la naissance a régulièrement augmenté depuis les années 50
B	L'écart entre les hommes et les femmes tend à augmenter depuis 10 ans
C	L'écart entre les hommes et les femmes est actuellement d'environ 2,5 ans
D	Cet indicateur peut servir pour mettre en évidence les inégalités de santé
E	La mortalité prématurée est la cause d'années potentielles de vie perdues

12	L'énoncé d'une hypothèse de recherche doit contenir
A	La population étudiée
B	Le phénomène étudié
C	La comparaison éventuelle à un groupe contrôle
D	Le nom des investigateurs
E	Le résultat clé de l'évaluation
13	Quel(s) type(s) d'étude(s) permet(tent) habituellement l'identification de facteurs de risque d'une maladie ?
A	Etude descriptive
B	Etude de cohorte
C	Etude étiologique
D	Essai clinique
E	Etude cas-témoins
14	Concernant le nombre de sujets nécessaire à l'essai:
A	Il peut ne pas être calculé et être basé uniquement sur la littérature
B	Il est fonction de l'hypothèse principale de l'essai
C	Il est calculé à une puissance donnée et pour un risque alpha donné
D	Plus le nombre de sujet est grand plus la différence mise en évidence le sera
E	Plus la différence mise en évidence est faible plus le nombre de sujet est important
15	Diapo 31: Un test de dépistage doit idéalement
A	Présenter une sensibilité élevée
B	Présenter une spécificité élevée
C	Etre acceptable pour le patient
D	Etre peu coûteux à réaliser en routine
E	Minimiser le risque de de détecter des Faux Négatifs
16	Diapo 58: Ces schémas d'études d'intervention sont considérés comme quasi-expérimentaux
A	Essai randomisé en cluster
B	Série alternée de type on/off
C	Audit de pratiques transversal
D	Étude avant-après avec groupe contrôle contemporain de l'intervention
E	Etude ici-ailleurs
17	Diapo 62: Lors de la rédaction d'un protocole d'étude d'intervention, il convient de toujours
A	Choisir le schéma de l'étude
B	Rémunérer les participants
C	Anticiper les aspects statistiques
D	Envisager les aspects réglementaires
E	Choisir le(s) indicateurs de mesure d'impact

18	En parlant des méthodes des essais cliniques
A	La randomisation permet la comparabilité initiale
B	La randomisation permet également la comparabilité au cours de l'essai
C	L'insu permet la comparabilité au cours de l'essai clinique
D	La randomisation et le double insu permettent d'affirmer la causalité
E	Une randomisation parfaite ne génère pas de biais de sélection
19	Concernant le protocole et les procédures d'un essai
A	L'ANSM peut arrêter un essai clinique
B	Le CPP rend un avis indispensable quant au protocole de l'essai
C	Le protocole n'est pas forcément écrit
D	Un protocole doit contenir plusieurs objectifs et hypothèses
E	On ne peut débiter un essai sans l'avis du CPP
20	L'impact d'une recherche dépend
A	De l'hypothèse testée
B	De son niveau de financement
C	De la méthodologie utilisée
D	De la communication des résultats obtenus
E	Du nombre de sujets inclus
Psychologie médicale	
21	L'objet transitionnel :
A	est désigné par l'enfant
B	est un facteur positif de santé mentale
C	est une source d'apaisement pour l'enfant
D	se situe entre le pouce et l'ours en peluche
E	apparaît à la transition entre les stades anal et phallique
22	En entretien, les personnes ayant une relation d'attachement de type évitant, ont tendance à :
A	parler beaucoup
B	minimiser leurs problèmes
C	s'interroger sur leur propre fonctionnement psychique
D	exprimer facilement leurs difficultés relationnelles
E	revendiquer une bonne mémoire des faits anciens
23	Le stade phallique :
A	est le premier stade génital
B	est marqué par l'angoisse de castration chez le petit garçon
C	favorise le développement de la curiosité
D	est marqué par l'angoisse de castration chez la petite fille
E	introduit définitivement la différence entre les deux sexes

24	En entretien, il est conseillé :
A	d'explorer complètement une sphère avant de passer à une autre
B	d'identifier les émotions du patient
C	de suivre les transitions spontanées du patient
D	de rassurer très vite le patient
E	d'utiliser les transitions par référence
25	Lors de la phase d'ouverture d'un entretien, il est conseillé :
A	de restructurer rapidement le dialogue
B	de poser des questions ouvertes
C	de faire préciser les détails
D	de retenir les sphères évoquées
E	de prendre des notes
26	A propos du langage corporel et du paralangage, il est exact que :
A	plus une personne est tendue, plus elle se tient de façon asymétrique
B	les gestes d'auto-contact renseignent sur le niveau d'anxiété
C	une posture en écho est le signe d'un affrontement imminent
D	un bon engagement se marque par des gestes illustateurs
E	les personnes utilisent une voix plus aiguë pour mentir
27	À l'annonce du diagnostic de sa maladie, l'enfant peut éprouver :
A	De la peur
B	De la colère
C	De la culpabilité
D	De l'impuissance
E	Un soulagement
28	Pour affronter leur maladie, les enfants :
A	Développent leurs propres théories explicatives sur l'origine de leur maladie
B	Doivent être laissés dans l'ignorance de ce qui leur arrive
C	Mettent en place des stratégies d'adaptation
D	Peuvent avoir besoin de partager leurs expériences avec d'autres enfants malades
E	N'ont pas besoin que l'on réponde à leurs questions
29	La dimension d'ESPOIR est une composante du soin. L'annonce d'un pronostic défavorable, doit :
A	Eviter d'utiliser des données quantitatives chiffrées type " médiane de survie "
B	Déconseiller la recherche d'informations complémentaires sur le réseau Internet
C	Révéler cette information plutôt à un proche afin de " préserver " le patient
D	Encourager le patient de n'en discuter qu'avec l'oncologue qui est son médecin référent
E	Se faire par étapes en s'attachant à répondre aux questions à propos du " quotidien " prévisible

30	Le temps de la consultation comprend
A	Le recueil de la demande
B	L'entretien systématique avec l'entourage
C	L'examen clinique
D	La décision
E	Les quatre propositions
31	L'annonce bien conduite d'un diagnostic grave :
A	Nécessite la présence de la famille
B	Doit être faite le plus tôt possible
C	Doit absolument être faite en une seule séance
D	Ne doit jamais citer le vrai nom de la maladie
E	Est fait en tenant compte du profil psychologique et culturel du patient
32	La relation médecin -malade
A	Nécessite uniquement un savoir
B	Nécessite uniquement un savoir faire
C	Nécessite uniquement un savoir être
D	Ne fait pas intervenir la personnalité du médecin
E	Nécessite " savoir, savoir faire et savoir être "
33	La relation médecin - malade est actuellement
A	la rencontre d'une conscience et d'une confiance
B	la rencontre de deux consciences et la rencontre de deux confiances
C	la rencontre de deux consciences
D	la rencontre de deux confiances
E	Aucune
34	L'annonce du diagnostic d'une maladie grave doit se faire
A	D'une manière progressive
B	En explorant la personnalité du malade
C	En cherchant à comprendre le malade
D	Par téléphone
E	Par télécopie
35	La psychologie du malade fait intervenir des notions telles que celles
A	D'angoisse face à la maladie
B	De régression physiologique
C	De déni de la maladie
D	De bénéfices secondaires
E	D'adaptation du malade à sa maladie

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 1

15 Décembre 2014

*Faculté de médecine Lyon-
Est*



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°2

Epidémiologie

1	Espérance de vie en France
A	Cet indicateur peut servir pour mettre en évidence les inégalités de santé
B	La mortalité prématurée est la cause d'années potentielles de vie perdues
C	L'écart entre les hommes et les femmes est actuellement d'environ 2,5 ans
D	L'écart entre les hommes et les femmes tend à augmenter depuis 10 ans
E	L'espérance de vie à la naissance a régulièrement augmenté depuis les années 50
2	L'énoncé d'une hypothèse de recherche doit contenir
A	La comparaison éventuelle à un groupe contrôle
B	La population étudiée
C	Le nom des investigateurs
D	Le phénomène étudié
E	Le résultat clé de l'évaluation
3	Quel(s) type(s) d'étude(s) permet(tent) habituellement l'identification de facteurs de risque d'une maladie ?
A	Essai clinique
B	Etude cas-témoins
C	Etude de cohorte
D	Etude descriptive
E	Etude étiologique
4	Concernant le nombre de sujets nécessaire à l'essai:
A	Il est calculé à une puissance donnée et pour un risque alpha donné
B	Il est fonction de l'hypothèse principale de l'essai
C	Il peut ne pas être calculé et être basé uniquement sur la littérature
D	Plus la différence mise en évidence est faible plus le nombre de sujet est important
E	Plus le nombre de sujet est grand plus la différence mise en évidence le sera
5	Diapo 31: Un test de dépistage doit idéalement
A	Etre acceptable pour le patient
B	Etre peu coûteux à réaliser en routine
C	Minimiser le risque de de détecter des Faux Négatifs
D	Présenter une sensibilité élevée
E	Présenter une spécificité élevée
6	Diapo 58: Ces schémas d'études d'intervention sont considérés comme quasi-expérimentaux
A	Audit de pratiques transversal
B	Essai randomisé en cluster
C	Étude avant-après avec groupe contrôle contemporain de l'intervention
D	Etude ici-ailleurs
E	Série alternée de type on/off

7	Diapo 62: Lors de la rédaction d'un protocole d'étude d'intervention, il convient de toujours
A	Anticiper les aspects statistiques
B	Choisir le schéma de l'étude
C	Choisir le(s) indicateurs de mesure d'impact
D	Envisager les aspects réglementaires
E	Rémunérer les participants
8	En parlant des méthodes des essais cliniques
A	La randomisation et le double insu permettent d'affirmer la causalité
B	La randomisation permet également la comparabilité au cours de l'essai
C	La randomisation permet la comparabilité initiale
D	L'insu permet la comparabilité au cours de l'essai clinique
E	Une randomisation parfaite ne génère pas de biais de sélection
9	Concernant le protocole et les procédures d'un essai
A	L'ANSM peut arrêter un essai clinique
B	Le CPP rend un avis indispensable quant au protocole de l'essai
C	Le protocole n'est pas forcément écrit
D	On ne peut débiter un essai sans l'avis du CPP
E	Un protocole doit contenir plusieurs objectifs et hypothèses
10	L'impact d'une recherche dépend
A	De la communication des résultats obtenus
B	De la méthodologie utilisée
C	De l'hypothèse testée
D	De son niveau de financement
E	Du nombre de sujets inclus
Psychologie médicale	
11	L'objet transitionnel :
A	apparaît à la transition entre les stades anal et phallique
B	est désigné par l'enfant
C	est un facteur positif de santé mentale
D	est une source d'apaisement pour l'enfant
E	se situe entre le pouce et l'ours en peluche
12	En entretien, les personnes ayant une relation d'attachement de type évitant, ont tendance à :
A	exprimer facilement leurs difficultés relationnelles
B	minimiser leurs problèmes
C	parler beaucoup
D	revendiquer une bonne mémoire des faits anciens
E	s'interroger sur leur propre fonctionnement psychique

13	Le stade phallique :
A	est le premier stade génital
B	est marqué par l'angoisse de castration chez la petite fille
C	est marqué par l'angoisse de castration chez le petit garçon
D	favorise le développement de la curiosité
E	introduit définitivement la différence entre les deux sexes
14	En entretien, il est conseillé :
A	de rassurer très vite le patient
B	de suivre les transitions spontanées du patient
C	d'explorer complètement une sphère avant de passer à une autre
D	d'identifier les émotions du patient
E	d'utiliser les transitions par référence
15	Lors de la phase d'ouverture d'un entretien, il est conseillé :
A	de faire préciser les détails
B	de poser des questions ouvertes
C	de prendre des notes
D	de restructurer rapidement le dialogue
E	de retenir les sphères évoquées
16	A propos du langage corporel et du paralangage, il est exact que :
A	les gestes d'auto-contact renseignent sur le niveau d'anxiété
B	les personnes utilisent une voix plus aiguë pour mentir
C	plus une personne est tendue, plus elle se tient de façon asymétrique
D	un bon engagement se marque par des gestes illustreurs
E	une posture en écho est le signe d'un affrontement imminent
17	À l'annonce du diagnostic de sa maladie, l'enfant peut éprouver :
A	De la colère
B	De la culpabilité
C	De la peur
D	De l'impuissance
E	Un soulagement
18	Pour affronter leur maladie, les enfants :
A	Développent leurs propres théories explicatives sur l'origine de leur maladie
B	Doivent être laissés dans l'ignorance de ce qui leur arrive
C	Mettent en place des stratégies d'adaptation
D	N'ont pas besoin que l'on réponde à leurs questions
E	Peuvent avoir besoin de partager leurs expériences avec d'autres enfants malades

19	La dimension d'ESPOIR est une composante du soin. L'annonce d'un pronostic défavorable, doit :
A	Déconseiller la recherche d'informations complémentaires sur le réseau Internet
B	Encourager le patient de n'en discuter qu'avec l'oncologue qui est son médecin référent
C	Eviter d'utiliser des données quantitatives chiffrées type " médiane de survie "
D	Révéler cette information plutôt à un proche afin de " préserver " le patient
E	Se faire par étapes en s'attachant à répondre aux questions à propos du " quotidien " prévisible
20	Le temps de la consultation comprend
A	La décision
B	Le recueil de la demande
C	L'entretien systématique avec l'entourage
D	Les quatre propositions
E	L'examen clinique
21	L'annonce bien conduite d'un diagnostic grave :
A	Doit absolument être faite en une seule séance
B	Doit être faite le plus tôt possible
C	Est fait en tenant compte du profil psychologique et culturel du patient
D	Ne doit jamais citer le vrai nom de la maladie
E	Nécessite la présence de la famille
22	La relation médecin -malade
A	Ne fait pas intervenir la personnalité du médecin
B	Nécessite " savoir, savoir faire et savoir être "
C	Nécessite uniquement un savoir
D	Nécessite uniquement un savoir être
E	Nécessite uniquement un savoir faire
23	La relation médecin - malade est actuellement
A	la rencontre de deux confiances
B	la rencontre de deux consciences
C	la rencontre de deux consciences et la rencontre de deux confiances
D	la rencontre d'une conscience et d'une confiance
E	Aucune
24	L'annonce du diagnostic d'une maladie grave doit se faire
A	D'une manière progressive
B	En cherchant à comprendre le malade
C	En explorant la personnalité du malade
D	Par télécopie
E	Par téléphone

25	La psychologie du malade fait intervenir des notions telles que celles
A	D'adaptation du malade à sa maladie
B	D'angoisse face à la maladie
C	De bénéfices secondaires
D	De déni de la maladie
E	De régression physiologique
Economie de la santé	
26	Les conditions d'adoption d'une nouvelle technique en médecine sont
A	La disponibilité de la technique sur le bassin de santé
B	Le paiement de la technique par les patients eux-mêmes
C	Le remboursement (total ou partiel) de la technique par l'Assurance Maladie
D	L'efficacité pragmatique constatée en soins courants
E	L'efficacité théorique à partir d'un essai clinique randomisé
27	Les mesures de l'efficacité clinique dans l'évaluation médico-économique sont
A	La satisfaction des patients
B	Les cas de maladie évités
C	L'espérance de vie
D	L'espérance de vie ajustée sur la Qualité de vie (QALY)
E	L'espérance de vie en bonne santé
28	Dans l'analyse coût-efficacité d'une stratégie médicamenteuse
A	Deux stratégies médicamenteuses sont comparées
B	La stratégie la moins coûteuse est toujours préférée
C	La stratégie la plus efficace est toujours préférée
D	La valeur du ratio coût-efficacité est rapportée à la valeur acceptable par le pays concerné
E	Le ratio coût-efficacité différentiel est calculé
29	Diapo 5: L'économie de la santé
A	A un impact sur les autres secteurs de l'économie
B	Est une économie de biens davantage que de services
C	Représente l'une des branches de l'économie générale d'un pays
D	Se caractérise par une forte asymétrie d'information entre patient et soignant
E	S'intéresse à un marché peu régulé par l'Etat en France
30	Les méthodes classiques d'évaluation médico-économique sont
A	L'analyse coût-bénéfice
B	L'analyse coût-efficacité
C	L'analyse coût-utilité
D	L'analyse de décision clinique
E	L'étude de minimisation des coûts

31	Diapo 14: Les dépenses totales de santé en % du Produit Intérieur Brut
A	Ont eu tendance à reculer en Grèce depuis 2009
B	Sont plus élevées en France que la moyenne des pays de l'OCDE
C	Sont plus élevées en Indonésie qu'en Suisse
D	Sont supérieures au Royaume-Uni comparativement à l'Allemagne
E	Sont supérieures aux Etats-Unis comparativement aux autres pays du monde
32	Le déficit annuel de la Sécurité Sociale en France
A	Est aujourd'hui maîtrisé
B	Est équivalent à sa dette cumulée
C	Est intégralement compensé par les cotisations sociales et l'impôt
D	Est la conséquence d'un déséquilibre entre recettes et dépenses
E	Se chiffre en millions d'euros
33	Diapo 25: L'offre de soins en France est influencée par
A	Le mode d'accès aux soins spécialisés
B	Le mode de financement des soins
C	Le progrès technique et l'innovation
D	Les caractéristiques démographiques de la population
E	L'état de santé des individus
34	Un homme de 50 ans consulte un endocrinologue en secteur 2. Il vient car il a effectué un dosage de la glycémie qui est anormalement élevé. Il a déclaré son médecin traitant.
A	Il devra payer une participation forfaitaire de 1 euro
B	Le patient sera remboursé d'une somme supérieure à celle qui lui aurait été remboursée s'il avait consulté un endocrinologue en secteur 1.
C	Si il présente un diabète de type 2, grâce à une déclaration affection longue durée (ALD) l'ensemble des soins dont il bénéficiera par la suite sera pris en charge à 100%
D	Si il présente un diabète de type 2, grâce à une déclaration affection longue durée (ALD) l'ensemble des soins relatifs au diabète dont il bénéficiera par la suite sera pris en charge à 100%
E	Si le patient vient de lui-même et non sur indication de son médecin traitant, il sera moins bien remboursé
35	Quelles sont les propositions exactes concernant les prestations de l'assurance maladie
A	Le ticket modérateur est la somme restant à la charge de l'assuré après remboursement de l'assurance maladie
B	Le tiers-payant permet de ne pas payer le ticket modérateur
C	Les franchises médicales sur les médicaments sont soumises à un seuil maximal de 50 euros
D	Les indemnités journalières sont délivrées dès le 1er jour d'arrêt maladie
E	Les mutuelles ne peuvent pas prendre en charge le ticket modérateur

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 3

*Faculté de médecine Lyon-
Est*

15 Décembre 2014



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°1

1	Une femme âgée de 35 ans est conduite aux urgences. A l'examen elle est somnolente. Elle présente une sécheresse des muqueuses. Son haleine sent l'acétone. Un bilan biologique sanguin est réalisé : Na : 141 mmol/l, K : 5 mmol/l, Cl : 98 mmol/l, HCO₃ : 7 mmol/l, glucose : 35mmol/l (N : 3,8-5,1 mmol/l), urée : 7mmol/l (2,5-7,5mmol/l), pH : 7,15, pCO₂ : 11 mm Hg (N : 40+/-2), HCO₃ : 6 mmol/l pO₂ : 110 mm Hg (N : 95+/-5), SaO₂ : 99% (96+/-2).
A	Tous les paramètres du ionogramme sont dans les normes
B	Seule la bicarbonatémie est hors normes
C	Le trou anionique est augmenté
D	L'augmentation de la kaliémie est due à une surcharge potassique
E	La baisse des bicarbonates est corrélée à l'augmentation des chlorures
2	
A	L'osmolarité de ce plasma est normale
B	L'osmolarité de ce plasma est augmentée
C	Il existe une déshydratation extra cellulaire
D	Il existe une déshydratation intra cellulaire
E	Le trouble de l'hydratation est probablement dû à une diurèse osmotique
3	
A	La patiente est en acidose respiratoire
B	La patiente est en acidose métabolique
C	L'acidose est due à une perte primitive de bicarbonates
D	L'acidose est due à une surcharge d'acides d'origine endogène
E	L'haleine d'acétone est due à l'hyperventilation compensatrice
4	Lors d'un épanchement pleural contenant moins de 30g/l de protéines, on évoque en priorité une pleurésie :
A	Tuberculeuse
B	Cardiaque
C	Néphrotique
D	Purulente
E	Cirrhotique
5	A propos des enzymes /marqueurs biologiques : on peut retrouver une augmentation des ASAT et LDH lors :
A	D'une hémolyse
B	D'une hépatite avec cytolysse et cholestase
C	D'une atteinte myocardique
D	D'une atteinte des muscles squelettiques
E	D'une insuffisance cardiaque
6	A propos des enzymes /marqueurs biologiques :
A	Ils permettent d'apprécier l'étendue et la gravité des lésions
B	Ils permettent de suivre l'évolution des lésions
C	Ils sont souvent spécifiques d'un tissu
D	Les GGT signent une cholestase
E	Les CPK sont augmentées lors d'une atteinte hépatique

7	Concernant les marqueurs cardiaques :
A	Les isoformes cardiaques de la troponines (TnIc, TnTc) sont augmentées uniquement dans l'infarctus du myocarde
B	Le dosage de la troponine hypersensible permet d'obtenir une valeur de Tn chez plus de 90% d'une population dite saine
C	Le dosage de Tn hypersensible permet d'identifier les patients à haut risque d'événements cardiovasculaires graves dans les 30 jours, non identifiés par les anciennes techniques de dosage
D	Le dosage de la myoglobine est spécifique d'une atteinte du myocarde
E	Le dosage du BNP est utile pour établir le diagnostic d'infarctus du myocarde
8	Un homme de 44 ans, fumeur modérément (quelques cig/jour), vient vous consulter car son frère vient de faire un infarctus du myocarde à l'âge de 48 ans. Il a un IMC à 28,5 kg/m², sa TA est de 130/80 mmHg. Il présente des xanthélasmas mais pas de xanthomes tendineux. Il vous montre les résultats d'un bilan biologique : Glycémie =5.5 mmol/L ; Cholestérol total =7.10 mmol/L (2,75 g/L) ; LDL cholestérol =5 mmol/L (1,92 g/L) ; Triglycérides=2,96 mmol/L (2.60 g/L) ; HDL cholestérol =1.2 mmol/L (0,47 g/L). A propos de l'EAL (exploration d'anomalie lipidique), on peut dire que :
A	L'EAL est incomplète puisqu'il manque le dosage de l'apoA1
B	L'EAL est incomplète puisqu'il manque le dosage de l'apoB
C	Au vu des triglycérides, la valeur du LDL est ici calculée
D	Au vu des triglycérides, la valeur du LDL est ici dosée
E	Sur ce résultat d'EAL, il manque l'aspect du sérum
9	Quel type de dyslipidémie présente a priori ce patient :
A	Type I
B	Type IIa
C	Type IIb
D	Type IV
E	Type V
10	Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaires utilisés pour la détermination de la valeur du cholestérol-LDL cible, quels sont ceux qui sont présents chez ce patient ?
A	Sa valeur de triglycéridémie
B	Sa valeur d'IMC
C	Son antécédent familial d'infarctus du myocarde
D	Sa concentration de cholestérol-HDL
E	Son âge
11	Vous débutez une prise en charge hygiéno-diététique ; quelle valeur cible de LDL visez-vous pour réduire son risque cardio-vasculaire ?
A	< 5.7 mmol/L (2.20 g/L)
B	< 4.9 mmol/L (1.90 g/L)
C	< 4.1 mmol/L (1.60 g/L)
D	< 3.4 mmol/L (1.30 g/L)
E	< 2.6 mmol/L (1.00 g/L)

12	Finally, you are brought to instaurer un traitement par une statine :
A	Son action passe par l'inhibition de l'HMG-CoA reductase
B	Son action passe par une diminution de la synthèse de cholestérol intra-cellulaire
C	Son action passe par une augmentation des récepteurs aux LDL à la surface cellulaire
D	Son action entraîne une diminution du cholestérol total circulant
E	Son action entraîne une diminution du cholestérol HDL circulant
13	Concernant les marqueurs tumoraux : de manière générale, ils sont utiles pour :
A	Le diagnostic
B	Le dépistage de masse
C	Le bilan d'extension
D	Le suivi sous traitement (efficacité)
E	Le suivi des récurrences
14	La dyslipoprotéïnémie de type IV :
A	S'accompagne d'une hypertriglycémie
B	S'accompagne d'une élévation des VLDL
C	S'accompagne d'une élévation des chylomicrons
D	Est très sensible à un régime pauvre en graisses animales
E	Est fréquemment retrouvée dans un contexte de surcharge pondérale
15	Concernant les protéoglycans :
A	Ils sont chargés positivement
B	Le collagène est un protéoglycane constitutif du tissu conjonctif
C	Ils sont hydrophiles
D	Le dermatane sulfate est un protéoglycane présent dans le cartilage
E	Ils entrent dans la composition des lames basales
16	Concernant les glycoprotéines et les glycolipides :
A	Sont riches en acide sialique
B	Les mucines sont des O-glycoprotéines présentes au niveau des muqueuses
C	La maturation des N-glycans a lieu dans le cytosol
D	Leur partie protéique est reconnue par des lectines
E	Leurs oligosaccharides forment le glycocalyx à la surface cellulaire
17	FM est né en 2008, il a comme antécédents des infections urinaires. Lors d'un examen de suivi dans le service de pédiatrie réalisé en novembre 2014, vous notez une calcémie à 2.42 mmol/L, protidémie 61 g/L (normes 60-80g/L) ; Phosphorémie 2.22 mmol/L (normes pour l'âge 1.3-1.9 mmol/L) et créatininémie est à 338 umol/ (normes : 25-42) déjà notée à 316 en septembre 2014. Concernant le bilan phospho-calcique de ce patient, on peut dire que :
A	La calcémie est abaissée
B	La valeur de la calcémie qui nous est donnée correspond à celle du calcium ionisé
C	Dans le cas de ce patient, la calcémie devra être corrigée par une formule de calcul pour être interprétable
D	La phosphorémie est augmentée pour cet âge
E	L'augmentation de la phosphorémie est probablement en rapport avec une insuffisance rénale chronique chez ce patient

18	Ce patient FM reçoit un traitement par calcium et vitamine D. Pour quelles raisons ?
A	Car la calcémie a tendance à diminuer en cas d'insuffisance rénale chronique
B	Car on observe fréquemment une hypoparathyroïdie dans un contexte d'insuffisance rénale chronique
C	Car la synthèse de la forme active de vitamine D est compromise en raison d'une diminution de la fonction rénale
D	Car la FSH est habituellement augmentée
E	Car les enfants ne consomment pas d'aliment contenant du calcium
19	Une jeune fille de 20 ans, diabétique depuis l'âge de 3 mois, est adressée pour des troubles du comportement alimentaire. La protidémie est à 54 g/L (normale 65-92). Comment expliquez-vous cette valeur de protéinémie?
A	Par une hémolyse
B	Par un syndrome inflammatoire
C	Par une probable dénutrition
D	Par la diminution de la calcémie
E	Par la probable présence d'un pic monoclonal en gamma à l'électrophorèse des protéines
20	Au sujet de l'exploration des protéines de l'inflammation :
A	Le marqueur à demander en 1ère intention est la CRP
B	En cas d'inflammation la CRP est <3
C	L'albuminémie augmente habituellement en cas de syndrome inflammatoire
D	Vous pouvez observer une augmentation du pic alpha 1 à l'électrophorèse des protéines en cas d'inflammation
E	L'électrophorèse des protéines s'avère être un outil intéressant pour rechercher un bloc bêta gamma en cas de cirrhose hépatique
21	A propos de l'action spécifique de l'aldostérone dans les tissus cibles :
A	La principale action spécifique de l'aldostérone est l'augmentation de biosynthèse des canaux ENaC
B	Une mutation " gain de fonction " du gène HSD11B2 est responsable d'une HTA donnant une maladie à transmission autosomique récessive appelée " Apparent mineralocorticoid excess "
C	L'aldostérone a une affinité pour le récepteur aux minéralocorticoïdes très supérieure à celle du cortisol
D	les aliments contenant l'acide glycyrrhizique (régliasse par exemple) peuvent entraîner à fortes doses une HTA car cet acide se lie aux récepteurs des minéralocorticoïdes
E	Le cortisol est transformé en cortisone par l'enzyme HSD11B2 qui est exprimé dans les tissus cibles de l'aldostérone
22	A propos des caractéristiques analytiques d'un dosage, il est nécessaire de déterminer :
A	sa précision qui tient compte de la reproductibilité de mesures répétées à partir d'un même échantillon
B	son exactitude évaluant le résultat par rapport à la valeur cible déterminée par une méthode de référence
C	sa spécificité qui évalue la capacité du dosage d'isoler les sujets normaux
D	sa sensibilité qui évalue la capacité du dosage de diagnostiquer les patients
E	sa limite de détection qui correspond à la valeur + 2 déviation standard du point 0

23	Un enfant présentant une puberté précoce associée à des taches cutanées " café au lait " et à des lacunes osseuses sur une radio du crâne a sûrement :
<i>A</i>	Une mutation " perte de fonction " du gène du récepteur LH
<i>B</i>	Une mutation " gain de fonction " du gène de la sous-unité alpha de la protéine G
<i>C</i>	Une mutation " gain de fonction " du récepteur mélanotrope
<i>D</i>	Une mutation " perte de fonction " du gène de la sous-unité alpha de la protéine G
<i>E</i>	Une mutation " gain de fonction " du récepteur de la Parathormone

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 3

15 Décembre 2014

*Faculté de médecine Lyon-
Est*



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°2

1	Une femme âgée de 35 ans est conduite aux urgences. A l'examen elle est somnolente. Elle présente une sécheresse des muqueuses. Son haleine sent l'acétone. Un bilan biologique sanguin est réalisé : Na : 141 mmol/l, K : 5 mmol/l, Cl : 98 mmol/l, HCO₃ : 7 mmol/l, glucose : 35mmol/l (N : 3,8-5,1 mmol/l), urée : 7mmol/l (2,5-7,5mmol/l), pH : 7,15, pCO₂ : 11 mm Hg (N : 40+/-2), HCO₃ : 6 mmol/l pO₂ : 110 mm Hg (N : 95+/-5), SaO₂ : 99% (96+/-2).
A	La baisse des bicarbonates est corrélée à l'augmentation des chlorures
B	L'augmentation de la kaliémie est due à une surcharge potassique
C	Le trou anionique est augmenté
D	Seule la bicarbonatémie est hors normes
E	Tous les paramètres du ionogramme sont dans les normes
2	
A	La patiente est en acidose métabolique
B	La patiente est en acidose respiratoire
C	L'acidose est due à une perte primitive de bicarbonates
D	L'acidose est due à une surcharge d'acides d'origine endogène
E	L'haleine d'acétone est due à l'hyperventilation compensatrice
3	
A	Il existe une déshydratation extra cellulaire
B	Il existe une déshydratation intra cellulaire
C	Le trouble de l'hydratation est probablement dû à une diurèse osmotique
D	L'osmolarité de ce plasma est augmentée
E	L'osmolarité de ce plasma est normale
4	A propos des enzymes /marqueurs biologiques : on peut retrouver une augmentation des ASAT et LDH lors :
A	D'une atteinte des muscles squelettiques
B	D'une atteinte myocardique
C	D'une hémolyse
D	D'une hépatite avec cytolysse et cholestase
E	D'une insuffisance cardiaque
5	Concernant les marqueurs cardiaques :
A	Le dosage de la myoglobine est spécifique d'une atteinte du myocarde
B	Le dosage de la troponine hypersensible permet d'obtenir une valeur de Tn chez plus de 90% d'une population dite saine
C	Le dosage de Tn hypersensible permet d'identifier les patients à haut risque d'événements cardiovasculaires graves dans les 30 jours, non identifiés par les anciennes techniques de dosage
D	Le dosage du BNP est utile pour établir le diagnostic d'infarctus du myocarde
E	Les isoformes cardiaques de la troponines (TnIc, TnTc) sont augmentées uniquement dans l'infarctus du myocarde

6	A propos des enzymes /marqueurs biologiques :
A	Ils permettent d'apprécier l'étendue et la gravité des lésions
B	Ils permettent de suivre l'évolution des lésions
C	Ils sont souvent spécifiques d'un tissu
D	Les CPK sont augmentées lors d'une atteinte hépatique
E	Les GGT signent une cholestase
7	Lors d'un épanchement pleural contenant moins de 30g/l de protéines, on évoque en priorité une pleurésie :
A	Cardiaque
B	Cirrhotique
C	Néphrotique
D	Purulente
E	Tuberculeuse
8	Un homme de 44 ans, fumeur modérément (quelques cig/jour), vient vous consulter car son frère vient de faire un infarctus du myocarde à l'âge de 48 ans. Il a un IMC à 28,5 kg/m², sa TA est de 130/80 mmHg. Il présente des xanthélasmas mais pas de xanthomes tendineux. Il vous montre les résultats d'un bilan biologique : Glycémie =5.5 mmol/L ; Cholestérol total =7.10 mmol/L (2,75 g/L) ; LDL cholestérol =5 mmol/L (1,92 g/L) ; Triglycérides=2,96 mmol/L (2.60 g/L) ; HDL cholestérol =1.2 mmol/L (0,47 g/L). A propos de l'EAL (exploration d'anomalie lipidique), on peut dire que :
A	Au vu des triglycérides, la valeur du LDL est ici calculée
B	Au vu des triglycérides, la valeur du LDL est ici dosée
C	L'EAL est incomplète puisqu'il manque le dosage de l'apoA1
D	L'EAL est incomplète puisqu'il manque le dosage de l'apoB
E	Sur ce résultat d'EAL, il manque l'aspect du sérum
9	Quel type de dyslipidémie présente a priori ce patient :
A	Type I
B	Type IIa
C	Type IIb
D	Type IV
E	Type V
10	Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaires utilisés pour la détermination de la valeur du cholestérol-LDL cible, quels sont ceux qui sont présents chez ce patient ?
A	Sa concentration de cholestérol-HDL
B	Sa valeur de triglycéridémie
C	Sa valeur d'IMC
D	Son âge
E	Son antécédent familial d'infarctus du myocarde

11	Vous débutez une prise en charge hygiéno-diététique ; quelle valeur cible de LDL visez-vous pour réduire son risque cardio-vasculaire ?
A	< 2.6 mmol/L (1.00 g/L)
B	< 3.4 mmol/L (1.30 g/L)
C	< 4.1 mmol/L (1.60 g/L)
D	< 4.9 mmol/L (1.90 g/L)
E	< 5.7 mmol/L (2.20 g/L)
12	Finalemnt, vous êtes amené à instaurer un traitement par une statine :
A	Son action entraine une diminution du cholestérol HDL circulant
B	Son action entraine une diminution du cholestérol total circulant
C	Son action passe par l'inhibition de l'HMG-CoA reductase
D	Son action passe par une augmentation des récepteurs aux LDL à la surface cellulaire
E	Son action passe par une diminution de la synthèse de cholestérol intra-cellulaire
13	Concernant les protéoglycanes :
A	Ils entrent dans la composition des lames basales
B	Ils sont chargés positivement
C	Ils sont hydrophiles
D	Le collagène est un protéoglycane constitutif du tissu conjonctif
E	Le dermatane sulfate est un protéoglycane présent dans le cartilage
14	Concernant les glycoprotéines et les glycolipides :
A	La maturation des N-glycanes a lieu dans le cytosol
B	Les mucines sont des O-glycoprotéines présentes au niveau des muqueuses
C	Leur partie protéique est reconnue par des lectines
D	Leurs oligosaccharides forment le glycocalyx à la surface cellulaire
E	Sont riches en acide sialique
15	La dyslipoprotéinémie de type IV :
A	Est fréquemment retrouvée dans un contexte de surcharge pondérale
B	Est très sensible à un régime pauvre en graisses animales
C	S'accompagne d'une élévation des chylomicrons
D	S'accompagne d'une élévation des VLDL
E	S'accompagne d'une hypertriglycémie
16	Concernant les marqueurs tumoraux : de manière générale, ils sont utiles pour :
A	Le bilan d'extension
B	Le dépistage de masse
C	Le diagnostic
D	Le suivi des récives
E	Le suivi sous traitement (efficacité)

17	FM est né en 2008, il a comme antécédents des infections urinaires. Lors d'un examen de suivi dans le service de pédiatrie réalisé en novembre 2014, vous notez une calcémie à 2.42 mmol/L, protidémie 61 g/L (normes 60-80g/L) ; Phosphorémie 2.22 mmol/L (normes pour l'âge 1.3-1.9 mmol/L) et créatininémie est à 338 umol/ (normes : 25-42) déjà notée à 316 en septembre 2014. Concernant le bilan phospho-calcique de ce patient, on peut dire que :
A	Dans le cas de ce patient, la calcémie devra être corrigée par une formule de calcul pour être interprétable
B	La calcémie est abaissée
C	La phosphorémie est augmentée pour cet âge
D	La valeur de la calcémie qui nous est donnée correspond à celle du calcium ionisé
E	L'augmentation de la phosphorémie est probablement en rapport avec une insuffisance rénale chronique chez ce patient
18	Ce patient FM reçoit un traitement par calcium et vitamine D. Pour quelles raisons ?
A	Car la calcémie a tendance à diminuer en cas d'insuffisance rénale chronique
B	Car la FSH est habituellement augmentée
C	Car la synthèse de la forme active de vitamine D est compromise en raison d'une diminution de la fonction rénale
D	Car les enfants ne consomment pas d'aliment contenant du calcium
E	Car on observe fréquemment une hypoparathyroïdie dans un contexte d'insuffisance rénale chronique
19	Un enfant présentant une puberté précoce associée à des taches cutanées " café au lait " et à des lacunes osseuses sur une radio du crâne a sûrement :
A	Une mutation " gain de fonction " du gène de la sous-unité alpha de la protéine G
B	Une mutation " gain de fonction " du récepteur de la Parathormone
C	Une mutation " gain de fonction " du récepteur mélanotrope
D	Une mutation " perte de fonction " du gène de la sous-unité alpha de la protéine G
E	Une mutation " perte de fonction " du gène du récepteur LH
20	A propos de l'action spécifique de l'aldostérone dans les tissus cibles :
A	La principale action spécifique de l'aldostérone est l'augmentation de biosynthèse des canaux ENaC
B	L'aldostérone a une affinité pour le récepteur aux minéralocorticoïdes très supérieure à celle du cortisol
C	Le cortisol est transformé en cortisone par l'enzyme HSD11B2 qui est exprimé dans les tissus cibles de l'aldostérone
D	les aliments contenant l'acide glycyrrhizinique (réglisse par exemple) peuvent entraîner à fortes doses une HTA car cet acide se lie aux récepteurs des minéralocorticoïdes
E	Une mutation " gain de fonction " du gène HSD11B2 est responsable d'une HTA donnant une maladie à transmission autosomique récessive appelée " Apparent mineralocorticoid excess "
21	Au sujet de l'exploration des protéines de l'inflammation :
A	En cas d'inflammation la CRP est <3
B	L'albuminémie augmente habituellement en cas de syndrome inflammatoire
C	Le marqueur à demander en 1ère intention est la CRP
D	L'électrophorèse des protéines s'avère être un outil intéressant pour rechercher un bloc bêta gamma en cas de cirrhose hépatique
E	Vous pouvez observer une augmentation du pic alpha 1 à l'électrophorèse des protéines en cas d'inflammation

22	Une jeune fille de 20 ans, diabétique depuis l'âge de 3 mois, est adressée pour des troubles du comportement alimentaire. La protidémie est à 54 g/L (normale 65-92). Comment expliquez-vous cette valeur de protéinémie?
<i>A</i>	Par la probable présence d'un pic monoclonal en gamma à l'électrophorèse des protéines
<i>B</i>	Par la diminution de la calcémie
<i>C</i>	Par un syndrome inflammatoire
<i>D</i>	Par une hémolyse
<i>E</i>	Par une probable dénutrition
23	A propos des caractéristiques analytiques d'un dosage, il est nécessaire de déterminer :
<i>A</i>	sa limite de détection qui correspond à la valeur + 2 déviation standard du point 0
<i>B</i>	sa précision qui tient compte de la reproductibilité de mesures répétées à partir d'un même échantillon
<i>C</i>	sa sensibilité qui évalue la capacité du dosage de diagnostiquer les patients
<i>D</i>	sa spécificité qui évalue la capacité du dosage d'isoler les sujets normaux
<i>E</i>	son exactitude évaluant le résultat par rapport à la valeur cible déterminée par une méthode de référence

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :UE5 -
Session de Décembre 2014 DCFGSM 2

N° de PLACE

NOM et Prénom :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2014 - DFGSM

Note :

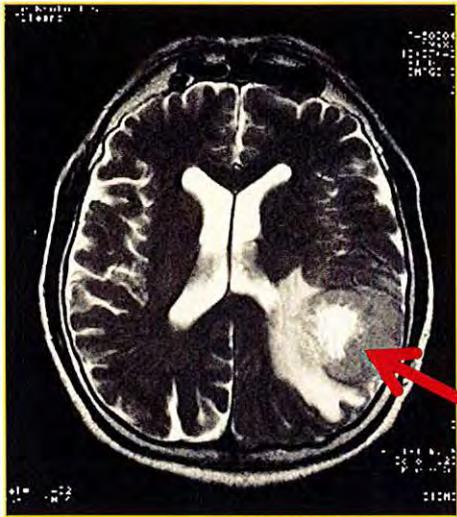
EXAMENS TERMINAUX UE5

QUESTIONS Partie 1 - IRM

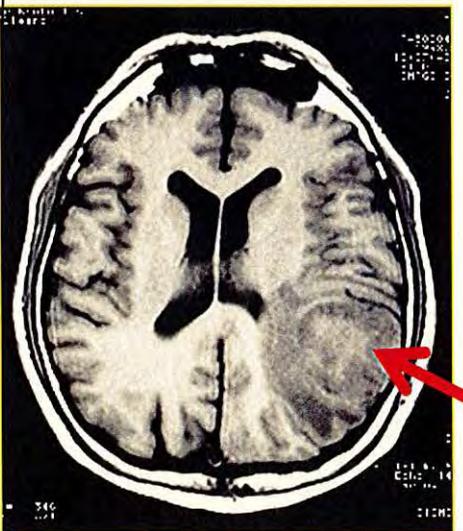
Yves BERTHEZENE
Dominique SAPPEY-MARINIER

L'ensemble de ce sujet (Parties 1, 2, 3 et 4) est constitué de 10 QROC et 5 QCM.
Pour les QROC, sauf indication différente, nous vous demandons de répondre en style plutôt télégraphique en cherchant à mettre en avant les mots clés et ou notions importants pouvant être agrémentés d'explications. Des schémas peuvent être utilisés. Respectez la place réservée à chaque QROC. Cette place est prévue pour les écritures larges. Pour les écritures moins larges, cherchez à être lisible, sous peine de diminution de la note.

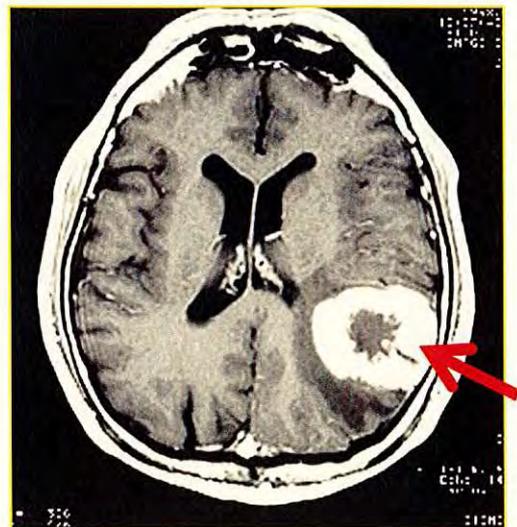
Monsieur X consulte pour des céphalées. Une IRM est réalisée avec 3 séquences différentes, voici ci-dessous les images correspondantes :



a



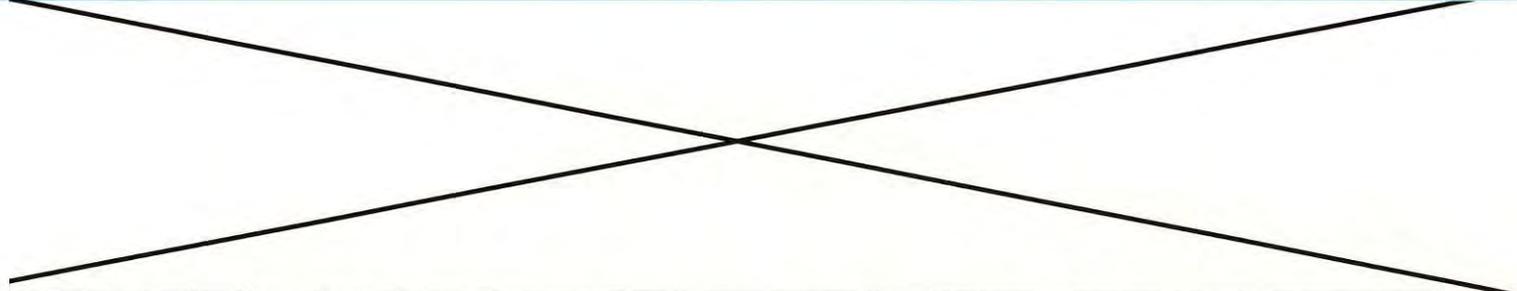
b



c

QROC 1 : Quelles sont les pondérations des images a, b, c ? Justifiez :

QROC 2 : Décrivez brièvement la lésion (flèche) sur les 3 séquences :



QROC 3 : Comment expliquez-vous la différence entre l'image b et c (même niveau de coupe) ?

QROC 4 : Citer et donner une valeur possible pour les 5 paramètres permettant de définir l'acquisition d'une image 3D par une séquence d'écho de spin :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de UE5 -
Session de Décembre 2014 DCFGSM 2

N° de PLACE

NOM et Prénom :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2014 - DFGSM

Note :

EXAMENS TERMINAUX UE5

QUESTIONS Partie 2

Loïc BOUSSEL

L'ensemble de ce sujet (Parties 1, 2, 3 et 4) est constitué de 10 QROC et 5 QCM.
Pour les QROC, sauf indication différente, nous vous demandons de répondre en style plutôt télégraphique en cherchant à mettre en avant les mots clés et ou notions importants pouvant être agrémentés d'explications. Des schémas peuvent être utilisés. Respectez la place réservée à chaque QROC. Cette place est prévue pour les écritures larges. Pour les écritures moins larges, cherchez à être lisible, sous peine de diminution de la note.

Entourer les réponses vraies pour chaque QCM

QCM 1 : Concernant les rayons X :

- A- L'atténuation d'un faisceau de rayons X est fonction de l'épaisseur des tissus rencontrés sur son trajet.
- B- L'énergie des rayons X produits dépend de la tension aux bornes du tube à rayons X.
- C- Une clarté radiologique apparaît en blanc sur la radiographie simple.
- D- Le rôle du détecteur est de convertir l'image radiante en image lumineuse ou numérique.
- E- Le rayonnement diffusé est responsable d'une dégradation de la qualité de l'image.

QCM 2 : Concernant le scanner :

- A- Les densités sont exprimées en Unités Hounsfield.
- B – La reconstruction des images peut se faire par rétroprojection filtrée ou reconstruction itérative.
- C- La densité en Unités Hounsfield de l'air est plus grande que celle de l'os.
- D- Le scanner peut être synchronisé à l'ECG du patient pour permettre de réalisation d'une imagerie des artères coronaires (scanner cardiaque ou coro-scanner).
- E- La densité de l'eau pure est de 0 Unités Hounsfield.

QCM 3 : Concernant les produits de contraste iodés :

- A- L'iode est utilisé car sa densité (numéro atomique) est élevée.
- B- Ils sont généralement administrés par voie intraveineuse lors de la réalisation d'un scanner.
- C- L'injection intraveineuse d'un produit de contraste iodé peut déclencher des réactions allergiques graves.
- D- Les produits de contraste iodés injectés par voie intraveineuse peuvent aggraver une insuffisance rénale.
- E- Ils permettent une opacification des structures anatomiques normales artérielles, veineuses et tissulaires.

QCM 4 : Concernant l'irradiation médicale :

- A- Le scanner est responsable d'une part négligeable de l'irradiation de la population en France.
- B- La dose d'irradiation reçue par un opérateur est limitée par l'utilisation d'un tablier de plomb.
- C- Le risque d'apparition d'un cancer chez un individu exposé aux rayons X est lié aux lésions induites sur l'ADN.
- D- Les effets stochastiques sont des effets déterministes.
- E- L'exposition à une dose très importante de rayons X d'une patiente enceinte peut entraîner des effets tératogènes sur le fœtus.

QCM 5 : Concernant la radiologie standard :

- A- La formation d'un bord nécessite l'abord tangentiel par les rayons X de deux structures de densité radiologique différentes.
- B- Le signe de la silhouette de Felson peut permettre de localiser la position relative de deux structures dans l'espace.
- C- Les mouvements du patient pendant la réalisation d'une radiographie peuvent entraîner un flou cinétique sur l'image.
- D- Une modification de la distance entre le patient et le tube à rayons X modifie l'agrandissement de l'image.
- E- L'incidence radiologique correspond à la direction du rayon par rapport à l'objet radiographié.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :UE5 -
Session de Décembre 2014 DCFGSM 2

N° de PLACE

NOM et Prénom :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2014 - DFGSM

Note :

EXAMENS TERMINAUX UE5

QUESTIONS

Partie 3

Médecine Nucléaire

Marc JANIER
Bastien GREGOIRE

L'ensemble de ce sujet (Parties 1, 2, 3 et 4) est constitué de 10 QROC et 5 QCM.
Pour les QROC, sauf indication différente, nous vous demandons de répondre en style plutôt télégraphique en cherchant à mettre en avant les mots clés et ou notions importants pouvant être agrémentés d'explications. Des schémas peuvent être utilisés. Respectez la place réservée à chaque QROC. Cette place est prévue pour les écritures larges. Pour les écritures moins larges, cherchez à être lisible, sous peine de diminution de la note.

Vous recevez Monsieur X dans le service de Médecine Nucléaire pour scintigraphie cardiaque. Monsieur X a récemment présenté un infarctus du myocarde antérieur. La coronarographie, effectuée en urgence, a mis en évidence :

- une occlusion de l'artère inter-ventriculaire antérieure (IVA) traitée (par thrombo-aspiration et mise en place d'un stent) ;
- une sténose à 75% de la partie proximale de l'artère circonflexe. Cette dernière n'a pas été traitée.

Une évaluation fonctionnelle cardiaque a été demandée avant décision d'un éventuel geste complémentaire afin d'évaluer :

- 1) le retentissement de l'artère circonflexe sur la réserve coronaire,
- 2) la viabilité cellulaire dans le territoire antérieur.

Quatre radiotraceurs sont disponibles :

- Le thallium 201 : émetteur γ (167 keV), de demi-vie physique 3 jours, qui est un analogue du potassium
- Le Rubidium 82 : émetteur β^+ , de demi-vie physique 75 secondes qui est un analogue du potassium
- Les traceurs technétiés (^{99m}Tc) dont la tetrofosmin et le sestamibi, de demi-vie physique 6h, se fixant tous les deux irréversiblement au niveau mitochondrial
- Le ^{18}FDG , traceur de la captation glucidique

QROC 5 : Quel(s) système(s) d'imagerie utiliseriez-vous pour réaliser l'acquisition avec chacun des traceurs évoqués ci-dessus ?

- ^{201}Tl :

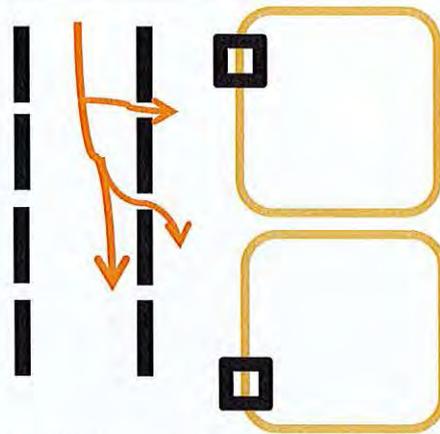
- ^{82}Rb :

- ^{99m}Tc -Sestamibi ou Tetrofosmin :

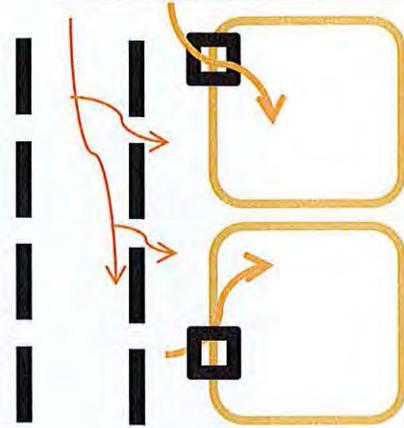
- ^{18}FDG :

QROC 6 :
Voici l'unité fonctionnelle du Thallium :

10 premières minutes post-injection



De 15 minutes à 4h post-injection



Capillaire Liquide Interstitiel Myocyte



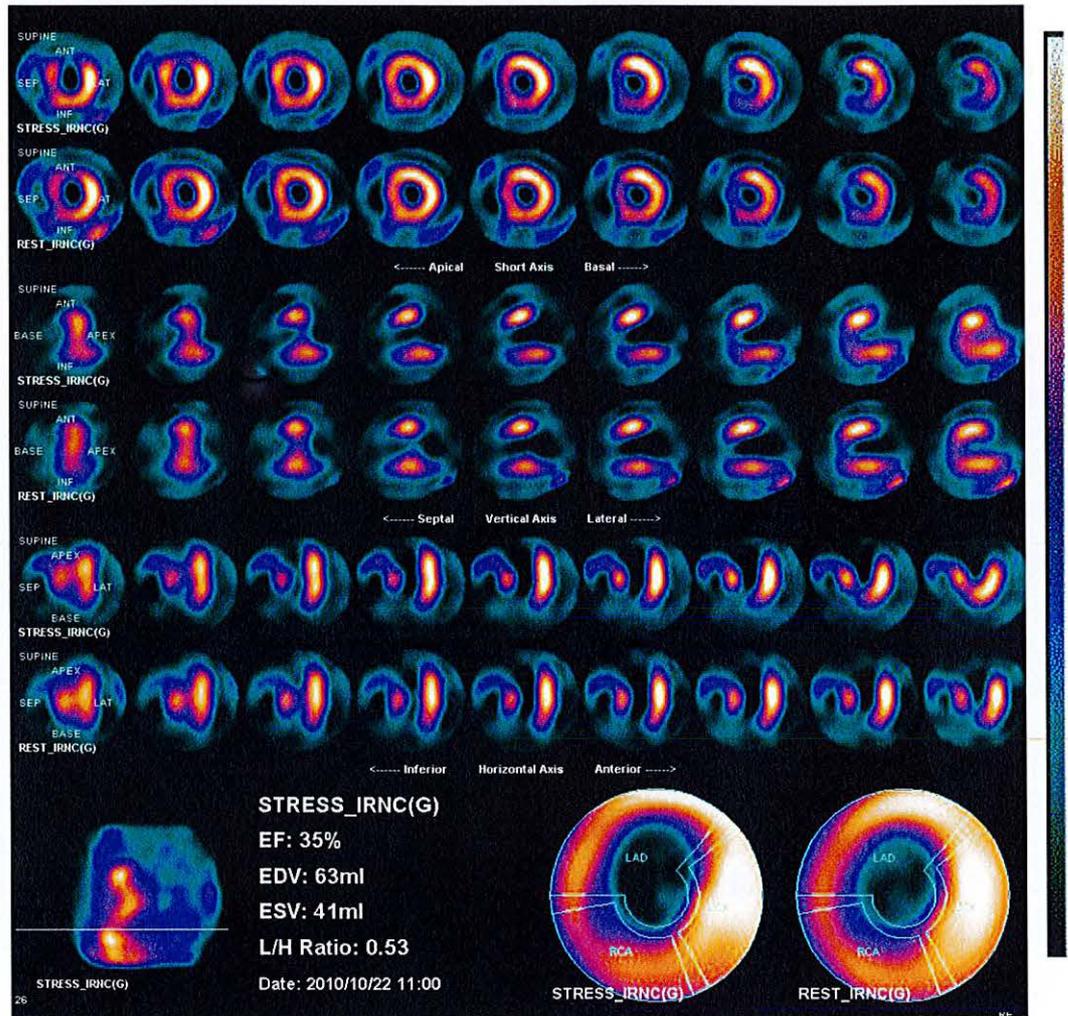
Trajet du ^{201}Tl . L'épaisseur du trait représente l'importance des flux



Pompe Na/K ATPase

Décrivez succinctement le protocole scintigraphique réalisé avec le ^{201}Tl pour répondre à la question posée, et en fonction des images réalisées, spécifiez si l'information apportée par l'image concerne la perfusion, la viabilité cellulaire ou les deux.

QROC 7 : Voici l'examen de Mr X. réalisé au ^{201}Tl . Décrivez-le.
 Donnez votre interprétation.



Echelle de couleur : Blanc et jaune = Fixation maximale / Bleu, vert, noir = fixation <math>< 50\%</math> du maximal

QROC 8 : Quelle(s) différence(s) dans les protocoles d'acquisition et dans les informations extraites des images existeraient si les autres traceurs sont utilisés à la place du ^{201}Tl ? S'il n'y a pas de différence, spécifiez le. Justifiez.

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :UE5 -
Session de Décembre 2014 DCFGSM 2

N° de PLACE

NOM et Prénom :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2014 - DFGSM

Note :

EXAMENS TERMINAUX UE5

QUESTIONS

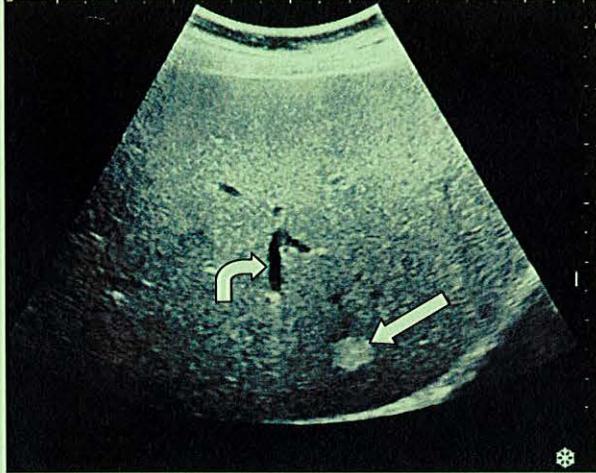
Partie 4

Echographie

Marc JANIER
Olivier ROUVIERE

L'ensemble de ce sujet (Parties 1, 2, 3 et 4) est constitué de 10 QROC et 5 QCM.
Pour les QROC, sauf indication différente, nous vous demandons de répondre en style plutôt télégraphique en cherchant à mettre en avant les mots clés et ou notions importants pouvant être agrémentés d'explications. Des schémas peuvent être utilisés. Respectez la place réservée à chaque QROC. Cette place est prévue pour les écritures larges. Pour les écritures moins larges, cherchez à être lisible, sous peine de diminution de la note.

QROC 9 : Voici une coupe échographique axiale :



De quel organe s'agit-il ?

Comment décririez-vous l'anomalie indiquée par la flèche droite ?

Comment décririez-vous l'anomalie indiquée par la flèche courbe ? De quelle structure anatomique s'agit-il ?

QROC 10 : Lors de la réalisation d'un examen par échographie bidimensionnelle ou Doppler, en quoi le choix de la fréquence d'émission de la sonde est-il important en échographie ?

EXAMENS TERMINAUX
UE 7
17 Décembre 2014

DFGSM 2

*Faculté de médecine Lyon-
Est*



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°1

MEDECINE D'URGENCE	
1	L'insuffisance respiratoire aiguë est définie par
A	PaO ₂ < 100 mmHg en air ambiant
B	PaCO ₂ < 60 mmHg
C	dyspnée aiguë
D	PaO ₂ < 60 mmHg en air ambiant
E	altération aiguë de l'hématose
2	La défaillance aiguë de la pompe ventilatoire
A	Est associée à une hypercapnie
B	Est typiquement secondaire à une embolie pulmonaire
C	Est secondaire à une atteinte neurologique périphérique
D	Ne provoque pas d'hypoxémie
E	Est synonyme d'insuffisance respiratoire aiguë
3	L'hypoxémie par effet shunt
A	Correspond à une ventilation pulmonaire supérieure à la perfusion pulmonaire
B	Correspond à un excès de perfusion pulmonaire par rapport à la ventilation pulmonaire
C	Est faiblement améliorée par l'oxygène pur
D	Correspond à l'espace mort
E	S'observe au cours des pneumonies
4	L'administration d'oxygène
A	Nécessite l'intubation trachéale du patient
B	A pour but de rincer l'espace mort
C	Se pratique par un masque facial
D	Est la première mesure devant toute hypoxémie
E	A une efficacité contrôlée par la surveillance de la saturation transcutanée en oxygène
5	La prise en charge d'une inhalation de corps étranger
A	Comporte le respect de la position du sujet s'il est conscient
B	Comporte la manœuvre de Heimlich
C	Est basée sur la corticothérapie intraveineuse
D	Débute par un massage cardiaque externe
E	Est assurée par la ventilation au masque
6	A propos du score de Glasgow :
A	Il s'agit d'une échelle du pronostic des comas.
B	Il n'est applicable qu'au patient traumatisé crânien.
C	Un score à "2" signe un coma très profond.
D	Un patient qui ouvre les yeux uniquement à l'appel de son nom, qui a une réponse motrice volontaire et des propos confus est coté E3M6V4.
E	Cette échelle n'a pas de valeur localisatrice des lésions.

7	Parmi les items suivants le(s)quel(s) est (sont) pris en compte dans le score de Glasgow :
A	Réponse motrice
B	Réactivité pupillaire
C	Ouverture des yeux
D	Respiration
E	Motricité des muscles de la face
8	Devant un coma brutal :
A	Une mydriase unilatérale est évocatrice d'un engagement temporel.
B	Le caractère bilatéral d'une mydriase est le plus souvent de bon pronostic.
C	L'abolition du réflexe cornéen est systématique.
D	Le diagnostic d'hypoglycémie doit être évoqué de principe en l'absence de connaissance des antécédents.
E	Il existe une menace des fonctions vitales.
9	Indiquez la (les) proposition(s) exacte(s) concernant le score de Glasgow d'un patient dont l'état neurologique associe : une somnolence inhabituelle, des propos incompréhensibles, une ouverture des yeux uniquement à la stimulation douloureuse avec une réponse motrice stéréotypée en extension :
A	L'ouverture des yeux (E) est cotée à 2.
B	La réponse motrice (M) est cotée à 2.
C	La réponse verbale (V) est cotée à 2.
D	Le patient est comateux.
E	Le score de Glasgow est coté à 6.
10	Quelle(s) est (sont) la (les) mesure(s) thérapeutique(s) d'urgence à apporter à un patient comateux ?
A	Appel des secours
B	Position demi-assise
C	Liberté des voies aériennes supérieures
D	Coup de poing sternal
E	Oxygénation
11	A propos du coma :
A	Sa définition repose sur des critères cliniques.
B	La présence d'une ventilation spontanée exclut le diagnostic.
C	L'hypoglycorrachie est une étiologie classique.
D	Le syndrome de désafférentation (locked-in syndrome) est une forme de coma profond.
E	La réalisation d'une imagerie cérébrale doit être systématique.
12	Le(s) élément(s) suivant(s) est (sont) nécessaire(s) pour définir un coma :
A	Symptomatologie rapidement réversible
B	Suppression graduelle et prolongée de la vigilance
C	Etat de mort encéphalique
D	Suppression graduelle et prolongée de la respiration spontanée
E	Suppression graduelle et prolongée de la conscience

13	Parmi le(s) élément(s) suivant(s) le(s)quel(s) peu(ven)t avoir une valeur localisatrice des lésions chez un patient comateux :
A	La fièvre
B	La natrémie
C	La respiration
D	La présence d'un syndrome méningé
E	L'examen pupillaire
14	Détresses vitales :
A	Un état de détresse vitale est le plus souvent dû à une situation d'hypoxémie aiguë ou d'anoxémie qui altère ou bloque le métabolisme aérobie des cellules cérébrales
B	La tolérance des cellules cérébrales à l'anoxie est de l'ordre de 2 à 3 heures au maximum
C	L'obstruction des voies aériennes supérieures, cause fréquente de détresse vitale au cours d'un état de coma, est prévenue par la mise en position semi-assise
D	La délivrance d'oxygène aux structures encéphaliques dépend de la saturation artérielle de l'hémoglobine et du débit sanguin cérébral
E	Le CO se fixe dans les mitochondries et bloque le métabolisme cellulaire
15	L'arrêt cardiaque :
A	Est à l'origine de 30 à 40.000 morts subites par an en France
B	Est le plus souvent liée à une obstruction coronaire aiguë dans le cas d'une survenue inopinée
C	Peut avoir une cause respiratoire
D	Est à l'origine d'une altération immédiate du fonctionnement cérébral
E	Est responsable d'un état de choc cardiogénique
16	Diagnostic d'arrêt cardiaque :
A	La possibilité d'un arrêt cardiaque doit être évoquée devant toute perte de connaissance brutale
B	Une " absence de signes cliniques de vie " doit faire débiter immédiatement une réanimation cardio-pulmonaire
C	La tension artérielle est très abaissée ou non mesurable
D	Seuls des professionnels entraînés peuvent rechercher un pouls artériel de manière fiable
E	L'auscultation est recommandée pour vérifier l'absence de bruits cardiaques
17	Diagnostic d'arrêt cardiaque :
A	Le patient, qui est inconscient, ne répond pas et ne réagit pas aux stimulations
B	L'absence de réponse à un pincement douloureux doit toujours être recherchée pour affirmer un arrêt cardiaque
C	L'absence de respiration spontanée impose toujours de vérifier la liberté des voies aériennes
D	Les " gasps " correspondent aux derniers mouvements respiratoires efficaces avant leur arrêt
E	Le diagnostic d'arrêt cardiaque doit être réalisé en moins de 30 secondes
18	Mécanisme de l'arrêt cardiaque
A	La Fibrillation Ventriculaire (FV) est la cause la plus fréquente d'arrêt cardiaque inopiné
B	La FV correspond à une désynchronisation de l'activité électrique des cellules myocardiques
C	En cas de FV les battements des deux ventricules ne sont plus simultanés
D	L'état d'asystole se caractérise par l'absence de toute activité électrique ventriculaire cardiaque
E	En cas d'asystole, le volume d'éjection systolique est trop faible pour maintenir la pression artérielle

19	Prise en charge immédiate d'un arrêt cardiaque (Réanimation cardiopulmonaire de base = RCP)
A	Chez un adulte la séquence d'actions recommandée est : reconnaître-alerter-masser-définir
B	En milieu hospitalier, l'alerte doit être effectuée au Numéro des urgences internes de l'hôpital, ou, à l'extérieur, au SAMU (15)
C	Chez un adulte, en cas d'arrêt cardiaque inopiné, une suppléance de la ventilation n'est pas obligatoire pendant les 4 à 5 minutes qui suivent cet arrêt
D	Chez le jeune enfant (< 8 ans), on doit d'abord effectuer 5 insufflations et vérifier à nouveau son état, car la cause est le plus souvent respiratoire
E	Chaque minute passée sans RCP, réduit les chances de survie de 10 %
20	Massage cardiaque externe chez l'adulte et le grand enfant
A	La fréquence des compressions thoraciques doit être de 100 à 120 par minute
B	Le temps de décompression doit être environ le double de celui de la compression pour faciliter le remplissage diastolique
C	Les compressions doivent être appliquées au milieu du sternum
D	Les compressions doivent assurer un enfoncement thoracique de 5 à 6 cm
E	La force des compressions doit être rigoureusement adaptée en réalisant des extensions-flexions contrôlées des membres supérieurs
21	Ventilation artificielle associée aux compressions thoraciques
A	On alterne régulièrement 30 compressions thoraciques avec 2 insufflations
B	Chez l'enfant de moins de 8 ans, deux intervenants alterneront 15 compressions avec 2 insufflations
C	Une libération correcte des voies aériennes s'obtient par l'hyperextension maximale de la tête
D	L'efficacité de l'insufflation est objectivée par le simple soulèvement du thorax
E	On doit attendre la fin de l'expiration avant de reprendre les compressions thoraciques
22	Défibrillation cardiaque
A	Les chances de survie sont de l'ordre de 50 % si la défibrillation est réalisée vers la 5ème minute qui suit la survenue d'un arrêt cardiaque inopiné
B	La délivrance d'un choc électrique externe est le seul moyen thérapeutique efficace en cas de fibrillation ventriculaire
C	Un choc électrique ne doit pas être appliqué sans avoir été précédé de compressions thoraciques pendant au moins 3 minutes
D	En cas d'échec, un nouveau choc ne sera appliqué qu'après 2 minutes de compressions thoraciques +/- insufflations, et une nouvelle analyse de l'activité électrique
E	La défibrillation peut être obtenue lorsqu'au moins 80 % des cellules du myocarde sont simultanément hyperpolarisées par le passage d'un courant électrique
23	Choc électrique externe
A	Il est réalisé par une décharge de condensateur électrique, appliquée au sommet du thorax
B	Il permet aussi de relancer l'activité électrique et mécanique d'un cœur en état d'asystole
C	Les défibrillateurs externes dits semi-automatiques analysent l'activité électrique cardiaque, mettent en charge leur condensateur et délivrent le choc sans intervention de l'utilisateur
D	Avec les défibrillateurs automatisés externes, il est recommandé d'utiliser un réducteur d'énergie chez le jeune enfant
E	Seuls les professionnels de santé et les sapeurs-pompiers et secouristes formés sont habilités à utiliser un défibrillateur automatisé externe

24	Brûlures cutanées:
A	La gravité d'une brûlure est définie uniquement par la surface cutanée brûlée et le terrain du patient
B	Lorsqu'une brûlure intéresse toute la moitié supérieure du tronc, la tête et la totalité du membre supérieur droit, à la suite d'un feu de vêtement, la surface cutanée brûlée totale chez un adulte ou un grand enfant peut être estimée entre 35 et 36 %
C	La surface de la paume de la main, doigt serrés, correspond à environ 1 % de la surface corporelle
D	Une brûlure est considérée comme cicatrisée lorsque sa couverture superficielle par les cellules dermiques est totalement réalisée.
E	Une brûlure du visage avec la présence de suie au niveau des narines et de la bouche fait suspecter très fortement une possibilité de brûlure des voies aériennes supérieures
25	Brûlures cutanées:
A	Les délais de cicatrisation d'une brûlure dépendent essentiellement de sa profondeur
B	Une brûlure, qui est rouge et douloureuse, est considérée comme superficielle
C	Une brûlure très profonde, dite du 3ème degré, est particulièrement douloureuse et se caractérise par de grosses phlyctènes
D	Une brûlure profonde provoque une fuite plasmatique locale et une réaction inflammatoire
E	Le risque vital, au cours des 24 à 48 premières heures, chez un brûlé grave est essentiellement lié à une hypovolémie
26	Prise en charge immédiate d'une brûlure cutanée:
A	Le rinçage immédiat et abondant d'une brûlure à l'eau froide n'a d'intérêt que pour une brûlure d'origine chimique
B	Des vêtements imprégnés de liquides chauds ou caustiques doivent être enlevés immédiatement
C	Le tissu qui a été brûlé par flamme ne doit pas être enlevé en dehors d'une structure de soins
D	Un antiseptique iodé doit être appliqué le plus rapidement possible sur la zone brûlée
E	La zone brûlée doit seulement être protégée par un enveloppement stérile pendant le transport du patient vers un service d'accueil des urgences
27	Dans le cas d'une plaie hémorragique :
A	Il est impératif de déterminer si l'origine du saignement est artérielle ou veineuse, avant d'effectuer les premiers gestes
B	La réaction sympatho-adrénergique peut retarder l'apparition d'une hypotension artérielle jusqu'à une perte sanguine correspondant au maximum à 20 % de la masse sanguine
C	Le patient doit être installé (si possible) en décubitus dorsal + jambes surélevées
D	La position demi assise est généralement préférable en cas de plaie thoracique,
E	Un membre blessé doit être placé en déclive vers le bas pour favoriser la perfusion distale
28	Pour contrôler une hémorragie externe :
A	On réalise d'abord une compression manuelle directe de la plaie, en l'absence de corps étranger
B	On doit retirer immédiatement tout corps étranger
C	On effectue le plus rapidement possible un pansement compressif
D	Un garrot artériel doit être mis en place si le saignement persiste malgré ce pansement
E	En cas d'épistaxis la narine doit être comprimée pendant 10 minutes

29	Le garrot
A	Le garrot artériel doit être placé en amont de la circulation artérielle
B	Pour interrompre totalement la circulation dans un membre, il ne doit pas être placé au niveau de l'avant-bras ou de la jambe
C	Un garrot artériel doit être desserré toutes les 20 minutes pour éviter une ischémie distale
D	Le garrot doit toujours être laissé visible, avec l'heure de pose notée
E	Il peut être facilement réalisé, en première intention, à l'aide d'un brassard à tension
30	Alors que tout humain la connue, une définition universelle de la douleur a été difficile à énoncer car il existe, pour celle-ci:
A	des intrications sur le plan psychologique
B	des intrications sur le plan culturel
C	des intrications sur le plan social
D	Une variabilité interindividuelle importante
E	Une variabilité intra individuelle importante
31	D'après l'IAPS (1979) qui fait autorité, la douleur
A	Est une expérience sensorielle
B	Est une expérience émotionnelle
C	Est désagréable
D	Peut être en relation avec une lésion tissulaire réelle
E	Peut être en relation avec une lésion tissulaire potentielle
32	D'après leur mécanisme générateur, on distingue des douleurs
A	Par excès de nociception
B	Neuropathiques
C	Faisant partie de syndromes douloureux régionaux complexes
D	Psychogènes
E	Morales
33	La douleur aiguë :
A	Est un symptôme souvent utile comme signal d'alarme et comme orientation pathologique
B	Est transitoire
C	Est le plus souvent plurifactorielle
D	Provoque habituellement une réaction végétative adaptée
E	Son retentissement psychique est habituellement de l'angoisse
34	Parmi les composantes classiques de la douleur on décrit une composante :
A	Sensitivo discriminative
B	Affectivo émotionnelle
C	Psycho mentale
D	Cognitivo comportementale
E	Toutes les 4 propositions sont vraies

35	La composante sensori discriminative de sa douleur permet au patient de connaître :
A	Sa nature (brûlure, décharge électrique, tiraillement....)
B	Sa temporalité (heure de début , heure de fin....)
C	Son intensité
D	Sa localisation
E	Son étendue et ses éventuelles irradiations
36	L'auto évaluation de la douleur chez un patient communiquant :
A	Est considéré par les algologues comme la meilleure évaluation
B	Le patient est alors considéré comme son propre expert
C	Utilise préférentiellement (sur le plan théorique) ue échelle EVA
D	Utilise très souvent en pratique une échelle numérique (souvent de 0 à 10)
E	Peut utiliser une échelle semi quantitative verbale
37	L'évaluation de l'intensité de la douleur des patients :
A	Est réglementairement obligatoire lors de tout séjour hospitalier (et fait partie des indices IPACS)
B	Permet d'évaluer la douleur du patient avant un traitement
C	Permet une réévaluation de la douleur après un traitement antalgique et de connaître son efficacité
D	Permet d'adapter la thérapeutique à l'intensité douloureuse
E	Permet la qualification du type de douleur
38	Les paliers médicamenteux antalgiques de l'OMS :
A	Sont surtout utiles pour l'adaptation des traitements des douleurs chroniques
B	Permettent d'adapter le traitement à l'intensité de la douleur
C	Sont très utiles por le traitement des douleurs neuropathiques
D	Sont très utiles pou le traitement des syndromes régionaux douloureux complexes
E	Sont très utiles pour l'instauration des traitements des douleurs morales
39	Le premier palier des médicaments antalgique de l'OMS :
A	Est adapté aux douleurs faibles à modérées
B	Comprend le Paracétamol
C	Comprend l'acide acétyle salicylique (aspirine)
D	Comprend des AINS (Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens)
E	Comprend des Morphiniques
40	Une hémorragie artérielle se caractérise par le fait :
A	Que l'écoulement sanguin est pulsatile
B	Que l'écoulement sanguin est de couleur foncée
C	Qu'elle a tendance à s'arrêter spontanément en l'absence de choc
D	Qu'elle est potentiellement dangereuse
E	Qu'elle cesse après l'application d'un pansement simple

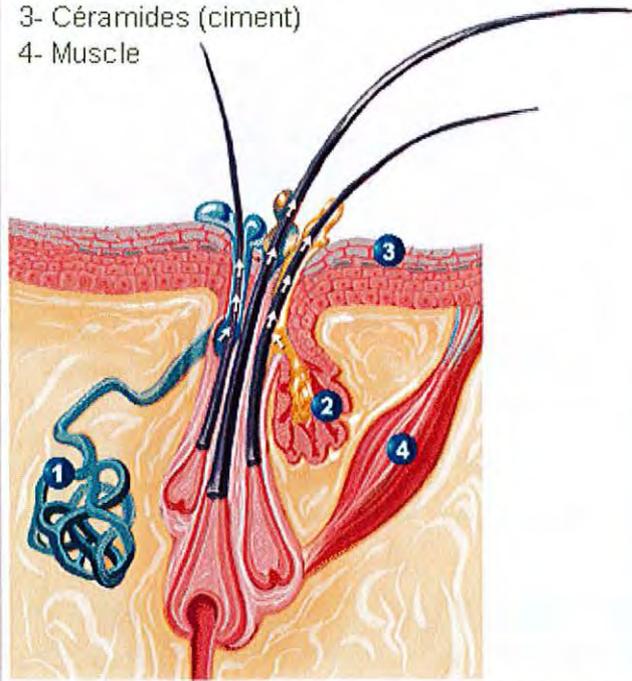
41	Parmi les organes les plus touchés, du fait de la redistribution sanguine, lors d'un état de choc hémorragique en phase initiale, on trouve, habituellement :
A	Le rein
B	Le cerveau
C	L'appareil digestif
D	La peau
E	Le coeur
42	Lors d'un état de choc il est recommandé de surveiller par un monitoring continu :
A	La pression artérielle
B	L'électrocardiogramme et le rythme cardiaque
C	La saturation pulsée en O2
D	L'électro-encéphalogramme
E	La température cutanée
43	Un choc anaphylactique
A	Est d'origine allergique
B	Peut s'accompagner de rash cutané
C	Peut être lié à l'administration d'un médicament
D	Peut être lié à un contact avec du latex
E	Peut avoir une évolution cyclique sur 24h
44	Un choc septique
A	Doit être pris en charge avant la 3e heure
B	Doit faire l'objet d'une admission prioritaire en réanimation
C	Se traite par des antibiotiques intraveineux
D	Nécessite des hémocultures
E	Doit faire rechercher une porte d'entrée
45	Un choc anaphylactique
A	Peut s'accompagner d'un œdème de Quincke
B	Peut entraîner un arrêt cardiaque
C	Peut être provoqué par l'injection de bêta-lactamine
D	Est traité par adrénaline
E	Est traité secondairement par corticoïde et antihistaminique
46	Un choc septique
A	Peut nécessiter un remplissage vasculaire
B	Nécessite souvent de la noradrénaline en continue
C	Est suivi souvent de détresse respiratoire aiguë
D	Peut s'accompagner d'hypothermie
E	Peut entraîner une insuffisance rénale

47	Un choc hémorragique
A	Peut avoir l'hématocrite normale
B	Est d'origine artérielle ou veineuse
C	Est hypovolémique
D	Nécessite un remplissage vasculaire
E	Nécessite la position assise
48	Un choc circulatoire
A	S'accompagne d'une baisse de la pression artérielle habituelle de plus de 20%
B	S'accompagne souvent de tachycardie
C	S'accompagne d'une oligurie
D	S'accompagne souvent de marbrures cutanées
E	Est toujours grave
49	Un choc cardiogénique
A	S'accompagne souvent d'hypovolémie
B	Nécessite un remplissage vasculaire
C	Peut s'accompagner d'un œdème pulmonaire
D	Peut s'accompagner d'une hépatomégalie douloureuse
E	Nécessite une échographie
50	Une syncope :
A	A un début progressif
B	A une durée généralement brève
C	Entraîne une perte du tonus axial
D	N'est jamais spontanément résolutive
E	Est associée le plus souvent à des mouvements anormaux
51	La durée d'une syncope est habituellement de :
A	Moins de 5 secondes
B	Moins de 20 secondes
C	3 à 5 minutes
D	Au moins 15 minutes
E	Plus d'une heure
52	Après une syncope :
A	La conscience est le plus souvent altérée
B	La conscience se normalise en plus de 15 minutes
C	La conscience se normalise habituellement en quelques secondes
D	On observe le plus souvent une perte d'urine
E	On observe le plus souvent une morsure de langue

53	L'hypotension orthostatique :
A	Peut être responsable d'une syncope
B	N'entraîne jamais de diminution de la perfusion cérébrale
C	Est plus fréquente chez le sujet jeune que le sujet âgé
D	Peut être favorisée par une déshydratation
E	Est souvent déclenchée par la douleur
54	La syncope vaso-vagale typique :
A	S'appelle aussi malaise vagal
B	Est la plus fréquente des syncopes réflexes
C	S'associe à une augmentation du tonus sympathique
D	Se manifeste cliniquement par une hypotension artérielle et une bradycardie
E	Est souvent déclenchée par un stress émotionnel
55	Les étiologies suivantes sont responsables de syncopes réflexes :
A	Hypersensibilité du sinus carotidien
B	Syndrome de vol vasculaire sous clavier
C	Intoxication alcoolique aiguë
D	Hypoglycémie
E	Cataplexie
56	Les étiologies suivantes peuvent être à l'origine d'une perte de connaissance brève :
A	Hypoglycémie non traitée
B	Crise d'épilepsie
C	Tachycardie ventriculaire
D	Pseudo-syncope psychogène
E	Accident ischémie transitoire vertébro-basilaire
57	Les signes cliniques suivants sont habituellement observés lors d'une hypoglycémie :
A	Sueurs profuses
B	Troubles de la conscience
C	Bradycardie
D	Agitation
E	Cyanose

60

Follicule pileux
 1- Glande sudoripare
 2- Glande sébacée
 3- Céràmides (ciment)
 4- Muscle



Concernant le follicule pileux, quelle(s) structure(s) est ou sont renouvelée(s) par les cellules souches du bulge

A	La structure 3
B	La structure 4
C	La structure 2
D	La structure 1
E	La tige pileuse
61 Concernant la SVF	
A	cet acronyme signifie : " syngenic vascular fraction "
B	cet acronyme signifie : " stromal vascular fraction "
C	la SVF correspond à la fraction cellulaire non-endothéliale du tissu adipeux
D	la SVF est composée, entre autres, de cellules immunes et de cellules souches mésenchymateuses
E	la SVF est utilisée dans les protocoles de thérapie cellulaire

SEMILOGIE CUTANEE

Un petit garçon de 2 ans est amené par sa maman aux urgences pour une éruption cutanée extensive depuis 48h (cf photo).

62



Quelle est la lésion élémentaire ?

A	lichénification
B	vésicule
C	sclérose
D	nodule
E	hyperkératose
63	Les vésicules peuvent évoluer vers :
A	des pustules
B	des bulles
C	des croûtes
D	des érosions
E	un suintement
64	La vésicule peut correspondre en histologie à :
A	un infiltrat cellulaire
B	une spongiose
C	un dépôt d'une substance amorphe
D	une nécrose kératinocytaire
E	une vasodilatation

65	Le caractère diffus de ces lésions chez ce petit garçon doit vous faire évoquer en premier lieu :
A	une érythrodermie
B	une scarlatine
C	une furonculose
D	une varicelle
E	une toxidermie
66	<p>Un an plus tard, il se présente à nouveau aux urgences pour une éruption vésiculeuse (cf photo).</p>  <p>La distribution métamérique des lésions vous évoque en premier lieu :</p>
A	une érythrodermie
B	une scarlatine
C	une folliculite
D	un zona
E	une toxidermie
SEMILOGIE GENERALE	
67	Une patiente âgée de 45 ans est hospitalisée pour une fièvre au retour du Cameroun, elle est fébrile à 39°5, elle décrit des frissons, quels signes de gravité devez-vous rechercher ?
A	Une hypotension artérielle
B	Une élévation de la température au-dessus de 40 °C
C	Une tachycardie
D	Une confusion
E	La présence d'une diarrhée

68	Parmi les pathologies suivantes, lesquelles sont responsables de fièvre prolongée, durant plus de 21 jours
A	La typhoïde
B	Le cancer du rein
C	La maladie de Horton
D	L'hypothyroïdie
E	La prise de certains médicaments
69	Parmi les infections suivantes, lesquelles s'accompagnent d'une dissociation pouls température
A	La grippe
B	Le SIDA
C	La brucellose
D	La tuberculose
E	La typhoïde
70	Parmi les éléments cliniques présentés ci-dessous, les quels sont présents dans l'anorexie mentale
A	Une diarrhée
B	Une aménorrhée
C	Des douleurs abdominales
D	Un amaigrissement
E	Une éruption érythémateuse du visage
71	Parmi les causes d'amaigrissement avec appétit conservé, voire polyphagie, vous retenez
A	La maladie de Crohn
B	La maladie céliaque (malabsorption)
C	La tuberculose
D	L'hypothyroïdie
E	Le diabète
72	Quelles pathologies parmi les suivantes sont responsables de douleur dite neuropathique
A	Les neuropathies périphériques
B	Le cancer du pancréas
C	Les amputations d'un membre
D	Les fractures du col de fémur
E	L'infarctus aigu du myocarde
73	Devant une fatigue chronique, quels signes doivent inciter à rechercher une pathologie organique
A	Les difficultés à se lever le matin
B	Une tristesse de l'humeur
C	Une perte de 5 Kg sur les six dernières semaines
D	La présence d'une fébricule
E	La présence de douleurs diffuses

74	Un patient âgé de 70 est hospitalisé pour une fièvre isolée évoluant depuis 1 semaine, il présente une toux associée, et des douleurs thoraciques majorées à l'inspiration, quels éléments de l'examen clinique devez-vous recueillir à l'interrogatoire pour orienter votre diagnostic étiologique ?
A	la présence d'une perte de poids
B	La présence d'animaux à domicile
C	La recherche d'un collapsus
D	La notion de voyage à l'étranger
E	Un foyer pulmonaire à l'auscultation pulmonaire
75	Parmi les propositions suivantes, quelles sont les propositions exactes ?
A	Le BMI correspond au rapport poids en KG sur taille en cm
B	Un indice de masse corporelle supérieur à 30 correspond à la définition de l'obésité
C	La dénutrition correspond à un BMI inférieur à 16
D	L'association asthénie, mélanodermie et amaigrissement oriente vers une insuffisance surrénale chronique
E	Un Indice de masse corporelle compris entre 25 et 30 correspond à une surcharge pondérale
76	Concernant la sémiologie des douleurs neuropathiques
A	Les antalgiques banals sont habituellement très efficaces
B	Elles ne s'accompagnent habituellement pas de signes objectifs à l'examen physique
C	Elles s'accompagnent parfois de dysesthésies
D	Elles sont souvent dues à des atteints des nerfs périphériques
E	L'hyperalgésie est toujours absente
77	L'hyperthermie se caractérise par une élévation de la température corporelle, quels éléments permettent de la définir
A	Il s'agit d'un état dans lequel les mécanismes de thermorégulations sont dépassés
B	L'hyperthermie se corrige avec l'adjonction de paracétamol
C	Au cours de l'hyperthermie, on retrouve souvent des troubles de la conscience
D	L'hyperthermie est souvent favorisée par des traitements à visée psychotrope
E	L'hyperthermie peut traduire la présence d'une hyperthyroïdie
78	Parmi les propositions suivantes, les quelles sont exactes :
A	Les douleurs d'horaire inflammatoires ont maximales au repos
B	Les douleurs d'horaire inflammatoire s'améliorent avec les mouvements
C	La présence d'une douleur de hanche uniquement à la marche traduit souvent la présence d'une maladie inflammatoire
D	Les douleurs d'horaire inflammatoire sont toujours des douleurs neuropathiques
E	Les douleurs inflammatoires sont souvent responsables de réveils nocturnes

79	Parmi les propositions suivantes concernant l'amaigrissement involontaire, les quelles sont exactes ?
<i>A</i>	Il s'agit d'une perte de 5 % du poids sur le dernier mois
<i>B</i>	Le BMI est constamment inférieur à 17
<i>C</i>	L'amaigrissement avec appétit conservé est un signe fréquent d'hyperthyroïdie
<i>D</i>	L'amaigrissement est un signe constant dans les pathologies tumorales
<i>E</i>	L'amaigrissement involontaire peut se rencontrer dans des maladies psychiatriques comme le syndrome dépressif
80	Concernant l'altération de l'état général, celle-ci se traduit par une triade diagnostique associant
<i>A</i>	Une anémie, une anorexie et un amaigrissement
<i>B</i>	Une asthénie, une anorexie et une fièvre
<i>C</i>	Une anorexie, une asthénie et un amaigrissement
<i>D</i>	Une anorexie, une asthénie et une hypotension
<i>E</i>	Une anémie, une perte de poids et une fièvre

EXAMENS TERMINAUX
UE 7
17 Décembre 2014

DFGSM 2

*Faculté de médecine Lyon-
Est*



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

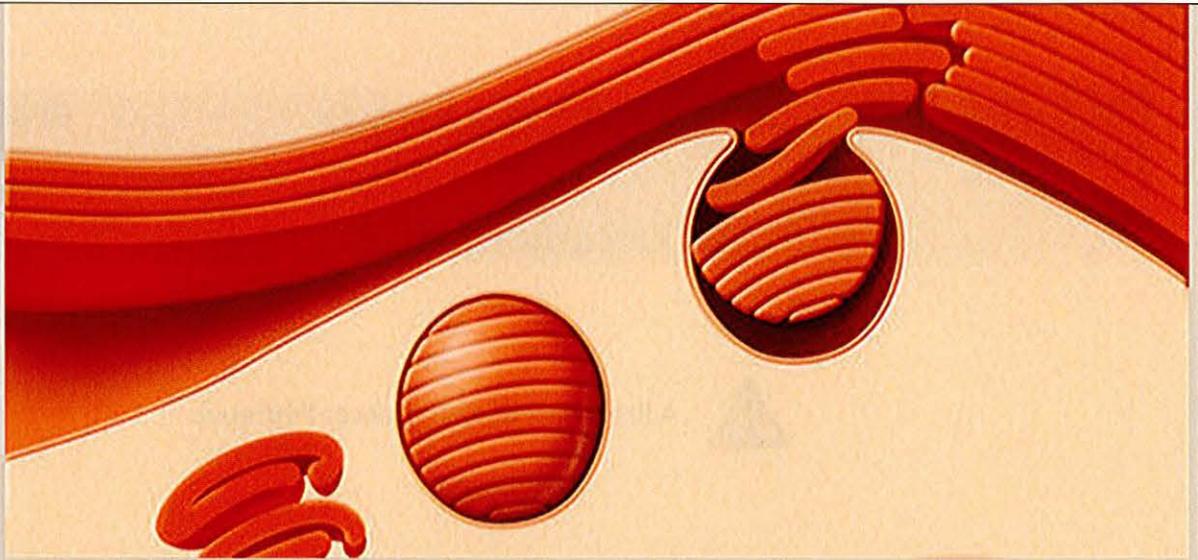
Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°2

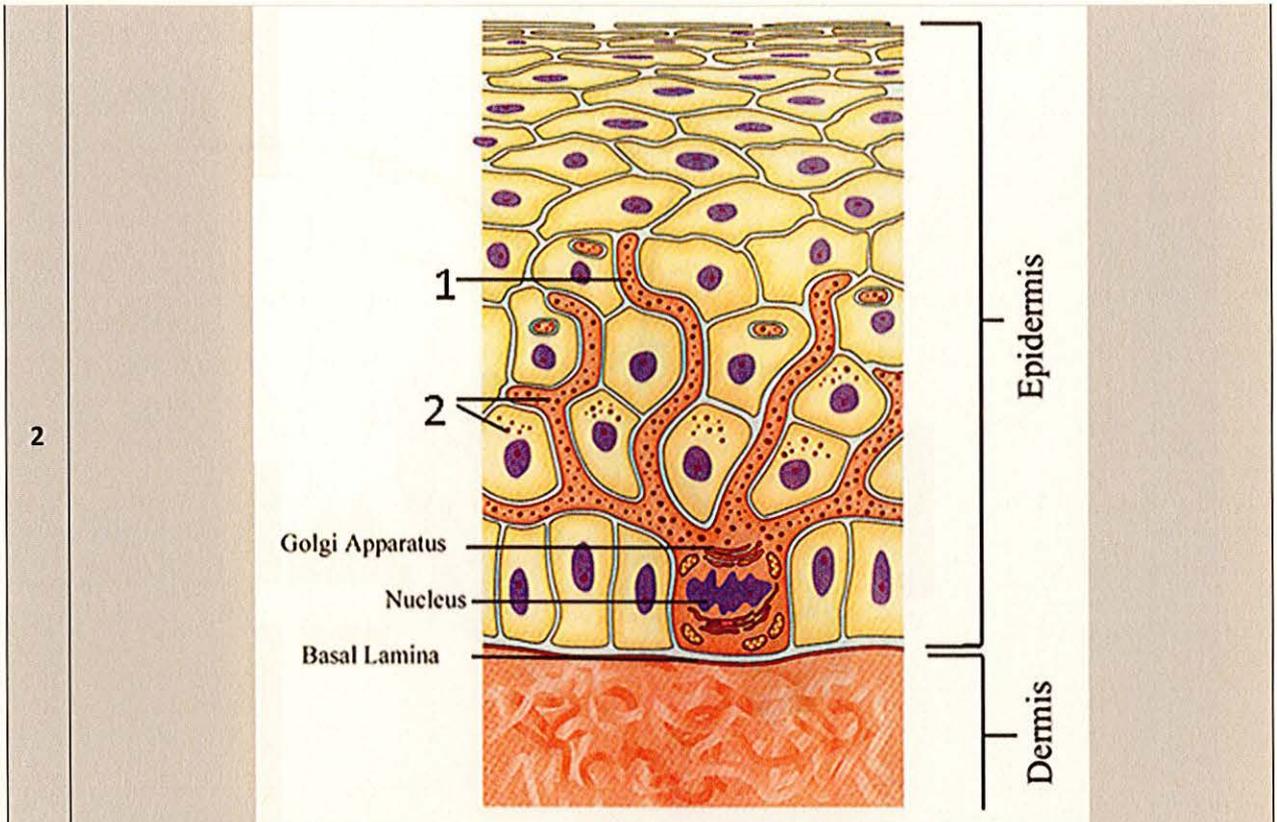
HISTOLOGIE CUTANEE

1



L'image ci-dessus représente une cellule d'une couche de l'épiderme et la matrice (espace) extra-cellulaire qui l'entoure. Indiquez les réponses justes.

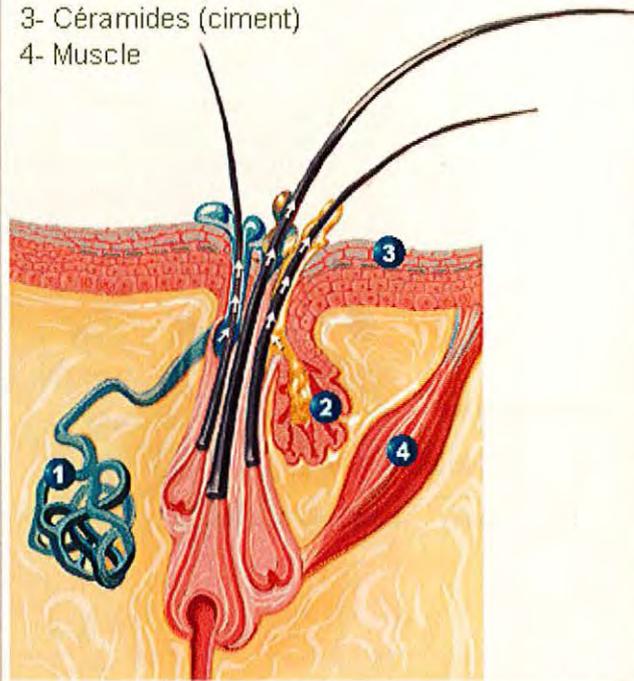
A	Il s'agit d'une cellule de la couche basale
B	Il s'agit d'une cellule de la couche spinieuse
C	Il s'agit d'une cellule de la couche granuleuse
D	Les structures arrondies intracytoplasmiques sont des corps d'Oadland
E	Les structures arrondies intracytoplasmiques sont des mitochondries



Concernant l'image ci-dessus :

A	1 correspond aux ramifications d'un kératinocyte de la couche basale
B	1 correspond aux ramifications d'un mélanocyte
C	2 correspond à des mélanosomes de stade I
D	2 correspond à des grains de kératohyaline
E	L'image représente une unité de kératinogénèse

Follicule pileux
 1- Glande sudoripare
 2- Glande sébacée
 3- Céramides (ciment)
 4- Muscle



3

Concernant le follicule pileux, quelle(s) structure(s) est ou sont renouvelée(s) par les cellules souches du bulge

- A La structure 3
- B La structure 4
- C La structure 2
- D La structure 1
- E La tige pileuse

4 Concernant la SVF

- A cet acronyme signifie : " syngenic vascular fraction "
- B cet acronyme signifie : " stromal vascular fraction "
- C la SVF correspond à la fraction cellulaire non-endothéliale du tissu adipeux
- D la SVF est composée, entre autres, de cellules immunes et de cellules souches mésenchymateuses
- E la SVF est utilisée dans les protocoles de thérapie cellulaire

MEDECINE D'URGENCE

5 L'insuffisance respiratoire aiguë est définie par

- A PaO₂ < 100 mmHg en air ambiant
- B PaCO₂ < 60 mmHg
- C dyspnée aiguë
- D PaO₂ < 60 mmHg en air ambiant
- E altération aiguë de l'hématose

6	La défaillance aiguë de la pompe ventilatoire
A	Est associée à une hypercapnie
B	Est typiquement secondaire à une embolie pulmonaire
C	Est secondaire à une atteinte neurologique périphérique
D	Ne provoque pas d'hypoxémie
E	Est synonyme d'insuffisance respiratoire aiguë
7	L'hypoxémie par effet shunt
A	Correspond à une ventilation pulmonaire supérieure à la perfusion pulmonaire
B	Correspond à un excès de perfusion pulmonaire par rapport à la ventilation pulmonaire
C	Est faiblement améliorée par l'oxygène pur
D	Correspond à l'espace mort
E	S'observe au cours des pneumonies
8	L'administration d'oxygène
A	Nécessite l'intubation trachéale du patient
B	A pour but de rincer l'espace mort
C	Se pratique par un masque facial
D	Est la première mesure devant toute hypoxémie
E	A une efficacité contrôlée par la surveillance de la saturation transcutanée en oxygène
9	La prise en charge d'une inhalation de corps étranger
A	Comporte le respect de la position du sujet s'il est conscient
B	Comporte la manœuvre de Heimlich
C	Est basée sur la corticothérapie intraveineuse
D	Débute par un massage cardiaque externe
E	Est assurée par la ventilation au masque
10	A propos du score de Glasgow :
A	Il s'agit d'une échelle du pronostic des comas.
B	Il n'est applicable qu'au patient traumatisé crânien.
C	Un score à "2" signe un coma très profond.
D	Un patient qui ouvre les yeux uniquement à l'appel de son nom, qui a une réponse motrice volontaire et des propos confus est coté E3M6V4.
E	Cette échelle n'a pas de valeur localisatrice des lésions.
11	Parmi les items suivants le(s)quel(s) est (sont) pris en compte dans le score de Glasgow :
A	Réponse motrice
B	Réactivité pupillaire
C	Ouverture des yeux
D	Respiration
E	Motricité des muscles de la face

12	Devant un coma brutal :
A	Une mydriase unilatérale est évocatrice d'un engagement temporal.
B	Le caractère bilatéral d'une mydriase est le plus souvent de bon pronostic.
C	L'abolition du réflexe cornéen est systématique.
D	Le diagnostic d'hypoglycémie doit être évoqué de principe en l'absence de connaissance des antécédents.
E	Il existe une menace des fonctions vitales.
13	Indiquez la (les) proposition(s) exacte(s) concernant le score de Glasgow d'un patient dont l'état neurologique associe : une somnolence inhabituelle, des propos incompréhensibles, une ouverture des yeux uniquement à la stimulation douloureuse avec une réponse motrice stéréotypée en extension :
A	L'ouverture des yeux (E) est cotée à 2.
B	La réponse motrice (M) est cotée à 2.
C	La réponse verbale (V) est cotée à 2.
D	Le patient est comateux.
E	Le score de Glasgow est coté à 6.
14	Quelle(s) est (sont) la (les) mesure(s) thérapeutique(s) d'urgence à apporter à un patient comateux ?
A	Appel des secours
B	Position demi-assise
C	Liberté des voies aériennes supérieures
D	Coup de poing sternal
E	Oxygénation
15	A propos du coma :
A	Sa définition repose sur des critères cliniques.
B	La présence d'une ventilation spontanée exclue le diagnostic.
C	L'hypoglycorrachie est une étiologie classique.
D	Le syndrome de désafférentation (locked-in syndrome) est une forme de coma profond.
E	La réalisation d'une imagerie cérébrale doit être systématique.
16	Le(s) élément(s) suivant(s) est (sont) nécessaire(s) pour définir un coma :
A	Symptomatologie rapidement réversible
B	Suppression graduelle et prolongée de la vigilance
C	Etat de mort encéphalique
D	Suppression graduelle et prolongée de la respiration spontanée
E	Suppression graduelle et prolongée de la conscience
17	Parmi le(s) élément(s) suivant(s) le(s)quel(s) peu(ven)t avoir une valeur localisatrice des lésions chez un patient comateux :
A	La fièvre
B	La natrémie
C	La respiration
D	La présence d'un syndrome méningé
E	L'examen pupillaire

18	Détresses vitales :
A	Un état de détresse vitale est le plus souvent dû à une situation d'hypoxémie aiguë ou d'anoxémie qui altère ou bloque le métabolisme aérobie des cellules cérébrales
B	La tolérance des cellules cérébrales à l'anoxie est de l'ordre de 2 à 3 heures au maximum
C	L'obstruction des voies aériennes supérieures, cause fréquente de détresse vitale au cours d'un état de coma, est prévenue par la mise en position semi-assise
D	La délivrance d'oxygène aux structures encéphaliques dépend de la saturation artérielle de l'hémoglobine et du débit sanguin cérébral
E	Le CO se fixe dans les mitochondries et bloque le métabolisme cellulaire
19	L'arrêt cardiaque :
A	Est à l'origine de 30 à 40.000 morts subites par an en France
B	Est le plus souvent liée à une obstruction coronaire aiguë dans le cas d'une survenue inopinée
C	Peut avoir une cause respiratoire
D	Est à l'origine d'une altération immédiate du fonctionnement cérébral
E	Est responsable d'un état de choc cardiogénique
20	Diagnostic d'arrêt cardiaque :
A	La possibilité d'un arrêt cardiaque doit être évoquée devant toute perte de connaissance brutale
B	Une " absence de signes cliniques de vie " doit faire débiter immédiatement une réanimation cardio-pulmonaire
C	La tension artérielle est très abaissée ou non mesurable
D	Seuls des professionnels entraînés peuvent rechercher un pouls artériel de manière fiable
E	L'auscultation est recommandée pour vérifier l'absence de bruits cardiaques
21	Diagnostic d'arrêt cardiaque :
A	Le patient, qui est inconscient, ne répond pas et ne réagit pas aux stimulations
B	L'absence de réponse à un pincement douloureux doit toujours être recherchée pour affirmer un arrêt cardiaque
C	L'absence de respiration spontanée impose toujours de vérifier la liberté des voies aériennes
D	Les " gasps " correspondent aux derniers mouvements respiratoires efficaces avant leur arrêt
E	Le diagnostic d'arrêt cardiaque doit être réalisé en moins de 30 secondes
22	Mécanisme de l'arrêt cardiaque
A	La Fibrillation Ventriculaire (FV) est la cause la plus fréquente d'arrêt cardiaque inopiné
B	La FV correspond à une désynchronisation de l'activité électrique des cellules myocardiques
C	En cas de FV les battements des deux ventricules ne sont plus simultanés
D	L'état d'asystole se caractérise par l'absence de toute activité électrique ventriculaire cardiaque
E	En cas d'asystole, le volume d'éjection systolique est trop faible pour maintenir la pression artérielle
23	Prise en charge immédiate d'un arrêt cardiaque (Réanimation cardiopulmonaire de base = RCP)
A	Chez un adulte la séquence d'actions recommandée est : reconnaître-alerter-masser-défibriller
B	En milieu hospitalier, l'alerte doit être effectuée au Numéro des urgences internes de l'hôpital, ou, à l'extérieur, au SAMU (15)
C	Chez un adulte, en cas d'arrêt cardiaque inopiné, une suppléance de la ventilation n'est pas obligatoire pendant les 4 à 5 minutes qui suivent cet arrêt
D	Chez le jeune enfant (< 8 ans), on doit d'abord effectuer 5 insufflations et vérifier à nouveau son état, car la cause est le plus souvent respiratoire
E	Chaque minute passée sans RCP, réduit les chances de survie de 10 %

24	Massage cardiaque externe chez l'adulte et le grand enfant
A	La fréquence des compressions thoraciques doit être de 100 à 120 par minute
B	Le temps de décompression doit être environ le double de celui de la compression pour faciliter le remplissage diastolique
C	Les compressions doivent être appliquées au milieu du sternum
D	Les compressions doivent assurer un enfoncement thoracique de 5 à 6 cm
E	La force des compressions doit être rigoureusement adaptée en réalisant des extensions-flexions contrôlées des membres supérieurs
25	Ventilation artificielle associée aux compressions thoraciques
A	On alterne régulièrement 30 compressions thoraciques avec 2 insufflations
B	Chez l'enfant de moins de 8 ans, deux intervenants alterneront 15 compressions avec 2 insufflations
C	Une libération correcte des voies aériennes s'obtient par l'hyperextension maximale de la tête
D	L'efficacité de l'insufflation est objectivée par le simple soulèvement du thorax
E	On doit attendre la fin de l'expiration avant de reprendre les compressions thoraciques
26	Défibrillation cardiaque
A	Les chances de survie sont de l'ordre de 50 % si la défibrillation est réalisée vers la 5ème minute qui suit la survenue d'un arrêt cardiaque inopiné arrêt cardiaque
B	La délivrance d'un choc électrique externe est le seul moyen thérapeutique efficace en cas de fibrillation ventriculaire
C	Un choc électrique ne doit pas être appliqué sans avoir été précédé de compressions thoraciques pendant au moins 3 minutes
D	En cas d'échec, un nouveau choc ne sera appliqué qu'après 2 minutes de compressions thoraciques +/- insufflations, et une nouvelle analyse de l'activité électrique
E	La défibrillation peut être obtenue lorsqu'au moins 80 % des cellules du myocarde sont simultanément hyperpolarisées par le passage d'un courant électrique
27	Choc électrique externe
A	Il est réalisé par à une décharge de condensateur électrique, appliquée au sommet du thorax
B	Il permet aussi de relancer l'activité électrique et mécanique d'un cœur en état d'asystole
C	Les défibrillateurs externes dits semi-automatiques analysent l'activité électrique cardiaque, mettent en charge leur condensateur et délivrent le choc sans intervention de l'utilisateur
D	Avec les défibrillateurs automatisés externes, il est recommandé d'utiliser un réducteur d'énergie chez le jeune enfant
E	Seuls les professionnels de santé et les sapeurs-pompiers et secouristes formés sont habilités à utiliser un défibrillateur automatisé externe
28	Brûlures cutanées:
A	La gravité d'une brûlure est définie uniquement par la surface cutanée brûlée et le terrain du patient
B	Lorsqu'une brûlure intéresse toute la moitié supérieure du tronc, la tête et la totalité du membre supérieur droit, à la suite d'un feu de vêtement, la surface cutanée brûlée totale chez un adulte ou un grand enfant peut être estimée entre 35 et 36 %
C	La surface de la paume de la main, doigt serrés, correspond à environ 1 % de la surface corporelle
D	Une brûlure est considérée comme cicatrisée lorsque sa couverture superficielle par les cellules dermiques est totalement réalisée.
E	Une brûlure du visage avec la présence de suie au niveau des narines et de la bouche fait suspecter très fortement une possibilité de brûlure des voies aériennes supérieures

29	Brûlures cutanées:
A	Les délais de cicatrisation d'une brûlure dépendent essentiellement de sa profondeur
B	Une brûlure, qui est rouge et douloureuse, est considérée comme superficielle
C	Une brûlure très profonde, dite du 3ème degré, est particulièrement douloureuse et se caractérise par de grosses phlyctènes
D	Une brûlure profonde provoque une fuite plasmatique locale et une réaction inflammatoire
E	Le risque vital, au cours des 24 à 48 premières heures, chez un brûlé grave est essentiellement lié à une hypovolémie
30	Prise en charge immédiate d'une brûlure cutanée:
A	Le rinçage immédiat et abondant d'une brûlure à l'eau froide n'a d'intérêt que pour une brûlure d'origine chimique
B	Des vêtements imprégnés de liquides chauds ou caustiques doivent être enlevés immédiatement
C	Le tissu qui a été brûlé par flamme ne doit pas être enlevé en dehors d'une structure de soins
D	Un antiseptique iodé doit être appliqué le plus rapidement possible sur la zone brûlée
E	La zone brûlée doit seulement être protégée par un enveloppement stérile pendant le transport du patient vers un service d'accueil des urgences
31	Dans le cas d'une plaie hémorragique :
A	Il est impératif de déterminer si l'origine du saignement est artérielle ou veineuse, avant d'effectuer les premiers gestes
B	La réaction sympatho-adrénergique peut retarder l'apparition d'une hypotension artérielle jusqu'à une perte sanguine correspondant au maximum à 20 % de la masse sanguine
C	Le patient doit être installé (si possible) en décubitus dorsal + jambes surélevées
D	La position demi assise est généralement préférable en cas de plaie thoracique,
E	Un membre blessé doit être placé en déclive vers le bas pour favoriser la perfusion distale
32	Pour contrôler une hémorragie externe :
A	On réalise d'abord une compression manuelle directe de la plaie, en l'absence de corps étranger
B	On doit retirer immédiatement tout corps étranger
C	On effectue le plus rapidement possible un pansement compressif
D	Un garrot artériel doit être mis en place si le saignement persiste malgré ce pansement
E	En cas d'épistaxis la narine doit être comprimée pendant 10 minutes
33	Le garrot
A	Le garrot artériel doit être placé en amont de la circulation artérielle
B	Pour interrompre totalement la circulation dans un membre, il ne doit pas être placé au niveau de l'avant-bras ou de la jambe
C	Un garrot artériel doit être desserré toutes les 20 minutes pour éviter une ischémie distale
D	Le garrot doit toujours être laissé visible, avec l'heure de pose notée
E	Il peut être facilement réalisé, en première intention, à l'aide d'un brassard à tension

34	Alors que tout humain la connue, une définition universelle de la douleur a été difficile à énoncer car il existe, pour celle-ci:
A	des intrications sur le plan psychologique
B	des intrications sur le plan culturel
C	des intrications sur le plan social
D	Une variabilité interindividuelle importante
E	Une variabilité intra individuelle importante
35	D'après l'IAPS (1979) qui fait autorité, la douleur
A	Est une expérience sensorielle
B	Est une expérience émotionnelle
C	Est désagréable
D	Peut être en relation avec une lésion tissulaire réelle
E	Peut être en relation avec une lésion tissulaire potentielle
36	D'après leur mécanisme générateur, on distingue des douleurs
A	Par excès de nociception
B	Neuropathiques
C	Faisant partie de syndromes douloureux régionaux complexes
D	Psychogènes
E	Morales
37	La douleur aiguë :
A	Est un symptôme souvent utile comme signal d'alarme et comme orientation pathologique
B	Est transitoire
C	Est le plus souvent plurifactorielle
D	Provoque habituellement une réaction végétative adaptée
E	Son retentissement psychique est habituellement de l'angoisse
38	Parmi les composantes classiques de la douleur on décrit une composante :
A	Sensitivo discriminative
B	Affectivo émotionnelle
C	Psycho mentale
D	Cognitivo comportementale
E	Toutes les 4 propositions sont vraies
39	La composante sensori discriminative de sa douleur permet au patient de connaître :
A	Sa nature (brûlure, décharge électrique, tiraillement....)
B	Sa temporalité (heure de début , heure de fin....)
C	Son intensité
D	Sa localisation
E	Son étendue et ses éventuelles irradiations

40	L'auto évaluation de la douleur chez un patient communiquant :
A	Est considéré par les algologues comme la meilleure évaluation
B	Le patient est alors considéré comme son propre expert
C	Utilise préférentiellement (sur le plan théorique) ue échelle EVA
D	Utilise très souvent en pratique une échelle numérique (souvent de 0 à 10)
E	Peut utiliser une échelle semi quantitative verbale
41	L'évaluation de l'intensité de la douleur des patients :
A	Est réglementairement obligatoire lors de tout séjour hospitalier (et fait partie des indices IPACS)
B	Permet d'évaluer la douleur du patient avant un traitement
C	Permet une réévaluation de la douleur après un traitement antalgique et de connaître son efficacité
D	Permet d'adapter la thérapeutique à l'intensité douloureuse
E	Permet la qualification du type de douleur
42	Les paliers médicamenteux antalgiques de l'OMS :
A	Sont surtout utiles pour l'adaptation des traitements des douleurs chroniques
B	Permettent d'adapter le traitement à l'intensité de la douleur
C	Sont très utiles por le traitement des douleurs neuropathiques
D	Sont très utiles pou le traitement des syndromes régionaux douloureux complexes
E	Sont très utiles pour l'instauration des traitements des douleurs morales
43	Le premier palier des médicaments antalgique de l'OMS :
A	Est adapté aux douleurs faibles à modérées
B	Comprend le Paracétamol
C	Comprend l'acide acétyle salicylique (aspirine)
D	Comprend des AINS (Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens)
E	Comprend des Morphiniques
44	Une hémorragie artérielle se caractérise par le fait :
A	Que l'écoulement sanguin est pulsatile
B	Que l'écoulement sanguin est de couleur foncée
C	Qu'elle a tendance à s'arrêter spontanément en l'absence de choc
D	Qu'elle est potentiellement dangereuse
E	Qu'elle cesse après l'application d'un pansement simple
45	Parmi les organes les plus touchés, du fait de la redistribution sanguine, lors d'un état de choc hémorragique en phase initiale, on trouve, habituellement :
A	Le rein
B	Le cerveau
C	L'appareil digestif
D	La peau
E	Le coeur

46	Lors d'un état de choc il est recommandé de surveiller par un monitoring continu :
A	La pression artérielle
B	L'électrocardiogramme et le rythme cardiaque
C	La saturation pulsée en O2
D	L'électro-encéphalogramme
E	La température cutanée
47	Un choc anaphylactique
A	Est d'origine allergique
B	Peut s'accompagner de rash cutané
C	Peut être lié à l'administration d'un médicament
D	Peut être lié à un contact avec du latex
E	Peut avoir une évolution cyclique sur 24h
48	Un choc septique
A	Doit être pris en charge avant la 3e heure
B	Doit faire l'objet d'une admission prioritaire en réanimation
C	Se traite par des antibiotiques intraveineux
D	Nécessite des hémocultures
E	Doit faire rechercher une porte d'entrée
49	Un choc anaphylactique
A	Peut s'accompagner d'un œdème de Quincke
B	Peut entraîner un arrêt cardiaque
C	Peut être provoqué par l'injection de bêta-lactamine
D	Est traité par adrénaline
E	Est traité secondairement par corticoïde et antihistaminique
50	Un choc septique
A	Peut nécessiter un remplissage vasculaire
B	Nécessite souvent de la noradrénaline en continue
C	Est suivi souvent de détresse respiratoire aiguë
D	Peut s'accompagner d'hypothermie
E	Peut entraîner une insuffisance rénale
51	Un choc hémorragique
A	Peut avoir l'hématocrite normale
B	Est d'origine artérielle ou veineuse
C	Est hypovolémique
D	Nécessite un remplissage vasculaire
E	Nécessite la position assise

52	Un choc circulatoire
A	S'accompagne d'une baisse de la pression artérielle habituelle de plus de 20%
B	S'accompagne souvent de tachycardie
C	S'accompagne d'une oligurie
D	S'accompagne souvent de marbrures cutanées
E	Est toujours grave
53	Un choc cardiogénique
A	S'accompagne souvent d'hypovolémie
B	Nécessite un remplissage vasculaire
C	Peut s'accompagner d'un œdème pulmonaire
D	Peut s'accompagner d'une hépatomégalie douloureuse
E	Nécessite une échographie
54	Une syncope :
A	A un début progressif
B	A une durée généralement brève
C	Entraîne une perte du tonus axial
D	N'est jamais spontanément résolutive
E	Est associée le plus souvent à des mouvements anormaux
55	La durée d'une syncope est habituellement de :
A	Moins de 5 secondes
B	Moins de 20 secondes
C	3 à 5 minutes
D	Au moins 15 minutes
E	Plus d'une heure
56	Après une syncope :
A	La conscience est le plus souvent altérée
B	La conscience se normalise en plus de 15 minutes
C	La conscience se normalise habituellement en quelques secondes
D	On observe le plus souvent une perte d'urine
E	On observe le plus souvent une morsure de langue
57	L'hypotension orthostatique :
A	Peut être responsable d'une syncope
B	N'entraîne jamais de diminution de la perfusion cérébrale
C	Est plus fréquente chez le sujet jeune que le sujet âgé
D	Peut être favorisée par une déshydratation
E	Est souvent déclenchée par la douleur

58	La syncope vaso-vagale typique :
A	S'appelle aussi malaise vagal
B	Est la plus fréquente des syncopes réflexes
C	S'associe à une augmentation du tonus sympathique
D	Se manifeste cliniquement par une hypotension artérielle et une bradycardie
E	Est souvent déclenchée par un stress émotionnel
59	Les étiologies suivantes sont responsables de syncopes réflexes :
A	Hypersensibilité du sinus carotidien
B	Syndrome de vol vasculaire sous clavier
C	Intoxication alcoolique aiguë
D	Hypoglycémie
E	Cataplexie
60	Les étiologies suivantes peuvent être à l'origine d'une perte de connaissance brève :
A	Hypoglycémie non traitée
B	Crise d'épilepsie
C	Tachycardie ventriculaire
D	Pseudo-syncope psychogène
E	Accident ischémie transitoire vertébro-basilaire
61	Les signes cliniques suivants sont habituellement observés lors d'une hypoglycémie :
A	Sueurs profuses
B	Troubles de la conscience
C	Bradycardie
D	Agitation
E	Cyanose
SEMILOGIE GENERALE	
62	Une patiente âgée de 45 ans est hospitalisée pour une fièvre au retour du Cameroun, elle est fébrile à 39°5, elle décrit des frissons, quels signes de gravité devez-vous rechercher ?
A	Une hypotension artérielle
B	Une élévation de la température au-dessus de 40 °C
C	Une tachycardie
D	Une confusion
E	La présence d'une diarrhée
63	Parmi les pathologies suivantes, lesquelles sont responsables de fièvre prolongée, durant plus de 21 jours
A	La typhoïde
B	Le cancer du rein
C	La maladie de Horton
D	L'hypothyroïdie
E	La prise de certains médicaments

64	Parmi les infections suivantes, lesquelles s'accompagnent d'une dissociation pouls température
A	La grippe
B	Le SIDA
C	La brucellose
D	La tuberculose
E	La typhoïde
65	Parmi les éléments cliniques présentés ci-dessous, les quels sont présents dans l'anorexie mentale
A	Une diarrhée
B	Une aménorrhée
C	Des douleurs abdominales
D	Un amaigrissement
E	Une éruption érythémateuse du visage
66	Parmi les causes d'amaigrissement avec appétit conservé, voire polyphagie, vous retenez
A	La maladie de Crohn
B	La maladie céliaque (malabsorption)
C	La tuberculose
D	L'hypothyroïdie
E	Le diabète
67	Quelles pathologies parmi les suivantes sont responsables de douleur dite neuropathique
A	Les neuropathies périphériques
B	Le cancer du pancréas
C	Les amputations d'un membre
D	Les fractures du col de fémur
E	L'infarctus aigu du myocarde
68	Devant une fatigue chronique, quels signes doivent inciter à rechercher une pathologie organique
A	Les difficultés à se lever le matin
B	Une tristesse de l'humeur
C	Une perte de 5 Kg sur les six dernières semaines
D	La présence d'une fébricule
E	La présence de douleurs diffuses
69	Un patient âgé de 70 est hospitalisé pour une fièvre isolée évoluant depuis 1 semaine, il présente une toux associée, et des douleurs thoraciques majorées à l'inspiration, quels éléments de l'examen clinique devez-vous recueillir à l'interrogatoire pour orienter votre diagnostic étiologique ?
A	la présence d'une perte de poids
B	La présence d'animaux à domicile
C	La recherche d'un collapsus
D	La notion de voyage à l'étranger
E	Un foyer pulmonaire à l'auscultation pulmonaire

70	Parmi les propositions suivantes, quelles sont les propositions exactes ?
A	Le BMI correspond au rapport poids en KG sur taille en cm
B	Un indice de masse corporelle supérieur à 30 correspond à la définition de l'obésité
C	La dénutrition correspond à un BMI inférieur à 16
D	L'association asthénie, mélanodermie et amaigrissement oriente vers une insuffisance surrénale chronique
E	Un Indice de masse corporelle compris entre 25 et 30 correspond à une surcharge pondérale
71	Concernant la sémiologie des douleurs neuropathiques
A	Les antalgiques banals sont habituellement très efficaces
B	Elles ne s'accompagnent habituellement pas de signes objectifs à l'examen physique
C	Elles s'accompagnent parfois de dysesthésies
D	Elles sont souvent dues à des atteints des nerfs périphériques
E	L'hyperalgésie est toujours absente
72	L'hyperthermie se caractérise par une élévation de la température corporelle, quels éléments permettent de la définir
A	Il s'agit d'un état dans lequel les mécanismes de thermorégulations sont dépassés
B	L'hyperthermie se corrige avec l'adjonction de paracétamol
C	Au cours de l'hyperthermie, on retrouve souvent des troubles de la conscience
D	L'hyperthermie est souvent favorisée par des traitements à visée psychotrope
E	L'hyperthermie peut traduire la présence d'une hyperthyroïdie
73	Parmi les propositions suivantes, les quelles sont exactes :
A	Les douleurs d'horaire inflammatoires ont maximales au repos
B	Les douleurs d'horaire inflammatoire s'améliorent avec les mouvements
C	La présence d'une douleur de hanche uniquement à la marche traduit souvent la présence d'une maladie inflammatoire
D	Les douleurs d'horaire inflammatoire sont toujours des douleurs neuropathiques
E	Les douleurs inflammatoires sont souvent responsables de réveils nocturnes
74	Parmi les propositions suivantes concernant l'amaigrissement involontaire, les quelles sont exactes ?
A	Il s'agit d'une perte de 5 % du poids sur le dernier mois
B	Le BMI est constamment inférieur à 17
C	L'amaigrissement avec appétit conservé est un signe fréquent d'hyperthyroïdie
D	L'amaigrissement est un signe constant dans les pathologies tumorales
E	L'amaigrissement involontaire peut se rencontrer dans des maladies psychiatriques comme le syndrome dépressif
75	Concernant l'altération de l'état général, celle-ci se traduit par une triade diagnostique associant
A	Une anémie, une anorexie et un amaigrissement
B	Une asthénie, une anorexie et une fièvre
C	Une anorexie, une asthénie et un amaigrissement
D	Une anorexie, une asthénie et une hypotension
E	Une anémie, une perte de poids et une fièvre

SEMILOGIE CUTANEE

76



Un petit garçon de 2 ans est amené par sa maman aux urgences pour une éruption cutanée extensive depuis 48h (cf photo). Quelle est la lésion élémentaire ?

- A lichénification
- B vésicule
- C sclérose
- D nodule
- E hyperkératose

77 Les vésicules peuvent évoluer vers :

- A des pustules
- B des bulles
- C des croûtes
- D des érosions
- E un suintement

78 La vésicule peut correspondre en histologie à :

- A un infiltrat cellulaire
- B une spongiose
- C un dépôt d'une substance amorphe
- D une nécrose kératinocytaire
- E une vasodilatation

79	Le caractère diffus de ces lésions chez ce petit garçon doit vous faire évoquer en premier lieu :
<i>A</i>	une érythrodermie
<i>B</i>	une scarlatine
<i>C</i>	une furonculose
<i>D</i>	une varicelle
<i>E</i>	une toxidermie

80



**Un an plus tard, il se présente à nouveau aux urgences pour une éruption vésiculeuse (cf photo).
La distribution métamérique des lésions vous évoque en premier lieu :**

<i>A</i>	une érythrodermie
<i>B</i>	une scarlatine
<i>C</i>	une folliculite
<i>D</i>	un zona
<i>E</i>	une toxidermie

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : UE7 -
Session de Décembre 2014 DFGSM 2

N° de PLACE

NOM et Prénom :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2014 - DFGSM 2

Note :

EXAMENS TERMINAUX UE 7

QUESTIONS

Partie 2

F.G.S.U

Consignes: Respectez la place réservée à chaque QROC. Cette place est prévue pour les écritures larges. Pour les écritures moins larges, cherchez à être lisible, sous peine de diminution de la note.

Un homme de 70 ans, hypertendu et hypercholestérolémique présente une douleur médiathoracique nocturne à son domicile. Vous êtes son voisin et son épouse vous appelle car vous êtes étudiant en médecine.

Que faites-vous par ordre de priorité ?

La pression artérielle systolique s'abaisse à 80 mmHg. Quel diagnostic envisagez-vous ?

Il devient cyanosé. Que soupçonnez-vous et que faites-vous si vous êtes étudiant hospitalier au service d'urgence ?

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 9

17 Décembre 2014

*Faculté de médecine Lyon-
Est*



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°1

1	Concernant les traumatismes des membres, quelles sont les affirmations vraies :
A	Un membre traumatisé doit bénéficier d'un examen vasculaire rigoureux, comparatif et répété
B	Un traumatisme fermé à risque (genou par exemple) doit faire l'objet d'une surveillance accrue et d'une artériographie au moindre doute
C	Une plaie des parties molles en regard d'un axe vasculaire est une plaie vasculaire jusqu'à preuve du contraire et doit bénéficier d'une exploration chirurgicale
D	Un pouls non perçu ou incertain est un pouls aboli, signifiant qu'il s'agit jusqu'à preuve du contraire d'un traumatisme artériel
E	La perception d'un pouls ne préjuge en rien de l'état de la paroi artérielle
2	Devant une claudication intermittente des membres inférieurs, le périmètre de marche : (cochez les affirmations vraies)
A	Permet d'apprécier la sévérité des lésions
B	Permet de suivre l'évolution de la pathologie
C	Ne présente aucun intérêt
D	Orienté l'indication thérapeutique
E	Permet de localiser la lésion artérielle
3	Une ischémie aiguë d'un membre inférieur, se caractérise par : (cochez les affirmations vraies)
A	Un membre froid et livide
B	Une douleur supportable et intermittente
C	Une mobilité conservée mais réduite
D	Une abolition des pouls artériels en aval
E	Une abolition des réflexes
4	Un anévrysme de l'aorte abdominale est une masse abdominale : (cochez les affirmations vraies)
A	Battante
B	Non expansive
C	Toujours douloureuse
D	Mobile
E	Pulsatile
5	Selon la partition la plus récente du médiastin, le médiastin moyen contient :
A	Le cœur
B	L'arc aortique
C	La bifurcation trachéale
D	La veine brachio-céphalique gauche
E	Le nerf vague droit
6	Concernant la tamponnade cardiaque, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	La tamponnade cardiaque est toujours causée par un épanchement de sang d'origine traumatique
B	Lors d'une tamponnade cardiaque, les cavités cardiaques droites se laissent plus facilement comprimer que les gauches.
C	Le patient en tamponnade présente une tension artérielle basse.
D	Le patient en tamponnade présente une turgescence jugulaire.
E	Le patient en tamponnade présente des bruits du cœur assourdis.

7	All of the following statements are TRUE about arteries EXCEPT one:
A	Arteries have one-way valves
B	Arteries are under higher pressure than veins
C	Arterial walls have a thicker layer of smooth muscle than found in venous walls
D	Arteries carry blood away from the heart
E	When an artery is transected, the lumen remains open
8	Concernant la sensation douloureuse de l'angor prédominant au niveau de l'épaule gauche, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	Le stimulus douloureux est véhiculé par les fibres afférentes viscérales satellites des fibres sympathiques
B	Le corps du neurone des fibres afférentes viscérales est situé dans le ganglion spinal
C	Une des synapses de la chaîne neuronale véhiculant le stimulus douloureux provenant du myocarde se situe dans la corne postérieure de la moelle
D	La portion terminale de la chaîne neuronale véhiculant le stimulus douloureux provenant du myocarde est commune à celle véhiculant la sensibilité douloureuse des métamères T1 à T4
E	Les douleurs de l'épaule gauche s'expliquent par l'anatomie du nerf vague gauche
9	Concernant la coarctation de l'aorte (CA), quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	La CA est due à la présence ectopique de tissu de canal artériel au niveau de l'isthme aortique.
B	Chez le nouveau né, l'administration d'anti-inflammatoire non stéroïdien (Ibuprofène) peut stabiliser temporairement la situation.
C	La CA est souvent associée à une insuffisance cardiaque droite.
D	L'hypertension des membres supérieurs et l'hypotension des membres inférieurs est évocatrice.
E	La décompensation brutale de la CA chez le nouveau-né peut faire évoquer (à tort) un choc septique
10	Concernant la grande artère segmentaire médullaire antérieure (artère d' Adamkiewicz), quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	Elle est le plus souvent située du côté gauche
B	Elle naît le plus souvent entre T9 et L2
C	Elle naît directement de l'aorte
D	Elle peut être vue en angio-IRM
E	Son obstruction entraîne le plus souvent une paraplégie.
11	Concernant les loges musculaires de la jambe, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	Il y a 4 loges au niveau de la jambe.
B	La loge antérieure et la loge postérieure sont séparées par la membrane interosseuse.
C	La loge postérieure profonde et la loge postérieure superficielle sont séparées par le septum intermusculaire transverse.
D	On appelle syndrome compartimental ou syndrome des loges l'augmentation de pression à l'intérieur des loges qui entraîne une souffrance musculaire.
E	L'ouverture des quatre loges de jambe se fait par deux incisions cutanées.

12	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion pourrait exercer un effet bénéfique sur la circulation coronaire (1) car les inhibiteurs de l'enzyme de conversion s'opposent à la vasodilatation coronarienne induite par la stimulation du système sympathique au cours de l'ischémie myocardique (2)
A	les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet
B	les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet
C	la proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse
D	la proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie
E	les 2 propositions sont fausses
13	Indiquer parmi les suivantes la (les) proposition (s) exacte (s) :
A	L'augmentation de la réabsorption de Na ⁺ obtenue avec l'AgII est liée à la stimulation par cette substance des échangeurs Na ⁺ /K ⁺ du tube collecteur
B	L'augmentation des résistances vasculaires périphériques obtenue avec l'AgII est liée en partie à la libération de l'adrénaline par la médullosurrénale
C	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion diminue le risque de remodelage cardiaque
D	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion provoque une tachycardie réflexe à la baisse tensionnelle
E	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion augmente le débit sanguin rénal
14	Marqueurs cardiaques
A	Une non élévation du taux du BNP permet d'exclure l'origine cardiaque d'une dyspnée
B	Une élévation du taux du BNP permet d'affirmer l'origine cardiaque d'une dyspnée
C	BNP et NT pro BNP ont la même valeur sémiologique dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque
D	Le niveau de la troponine est à interpréter en fonction du degré éventuel d'insuffisance rénale
E	Devant une suspicion clinique d'infarctus du myocarde au cabinet de ville du médecin il est important de préciser le diagnostic par la détermination de la troponine
15	Marqueurs cardiaques
A	Les marqueurs TGO, CK totale, LDH, sont trop peu spécifiques pour garder un intérêt dans le diagnostic précoce d'un infarctus du myocarde
B	Le taux de myoglobine peut permettre de confirmer une suspicion d'un IDM dans les 2 heures qui suivent une scène clinique évocatrice
C	Les troponines sont les meilleurs marqueurs biologiques du syndrome coronarien aigu
D	Les troponines à haute sensibilité sont très spécifiques et leurs taux augmentent seulement lors de l'infarctus du myocarde (IDM)
E	Une non élévation de la TnIc dans les heures qui suivent une scène clinique d'IDM permet de remettre en doute le diagnostic
16	Cochez les réponses vraies
A	Une sténose correspond à une dilatation de la lumière vasculaire
B	Un anévrisme correspond à une à perte du parallélisme des parois vasculaires
C	L'échographie-doppler des membres inférieurs peut permettre de détecter une sténose artérielle fémorale
D	L'angio-IRM peut permettre le bilan d'une artériopathie des membres inférieurs
E	L'angio-IRM peut être utilisée pour analyser une sténose de l'artère carotide interne

17	Dans la pathologie de l'aorte :
<i>A</i>	Le scanner est l'examen radiologique de première intention en cas de suspicion de dissection aortique
<i>B</i>	L'IRM peut permettre la visualisation d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante
<i>C</i>	L'IRM est l'examen radiologique de première intention en cas de suspicion de rupture de l'isthme aortique
<i>D</i>	L'échographie peut permettre le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale
<i>E</i>	Sur la radiographie pulmonaire de face, un anévrisme de l'aorte thoracique ascendante peut se traduire par un déplacement de la ligne para-aortique
18	En imagerie cardiaque :
<i>A</i>	Le scanner peut permettre de visualiser les artères coronaires
<i>B</i>	L'IRM permet l'analyse de la contraction ventriculaire
<i>C</i>	L'IRM peut analyser les anomalies cardiaques valvulaires
<i>D</i>	La coronarographie nécessite l'emploi de produit de contraste iodé
<i>E</i>	L'échographie cardiaque permet le calcul de la fraction d'éjection ventriculaire gauche
19	Les contreindications aux bêtabloquant comportent :
<i>A</i>	L'asthme sévère
<i>B</i>	L'angor spastique
<i>C</i>	Un trouble de conduction auriculo-ventriculaire de haut degré non appareillé
<i>D</i>	Une insuffisance cardiaque chronique avec fraction d'éjection ventriculaire basse
<i>E</i>	Une angine de poitrine chez un hypertendu
20	Les effets indésirables habituels de la trinitrine sublinguale sont :
<i>A</i>	Les céphalées
<i>B</i>	L'apparition d'un diabète de type 2
<i>C</i>	L'hépatite cytolytique
<i>D</i>	L'hypertension
<i>E</i>	Une bradycardie intense
21	Les médicaments antihypertenseurs qu'il est utile d'associer en première intention aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont :
<i>A</i>	Les bêtabloquants
<i>B</i>	Les diurétiques thiazidiques
<i>C</i>	Les diurétiques d'épargne potassique
<i>D</i>	Les sartans ou antagonistes des récepteurs AT1 de l'angiotensine 2
<i>E</i>	Les antagonistes calciques
22	Les effets secondaires principaux de l'amiodarone sont :
<i>A</i>	Les dépôts cornéens
<i>B</i>	Les pneumopathies
<i>C</i>	Les dysthyroïdies
<i>D</i>	Une bradycardie
<i>E</i>	La déstabilisation d'une angine de poitrine

23	Au niveau de l'artère fémorale
<i>A</i>	On observe plusieurs couches de cellules musculaires lisses entre une limitante élastique interne et une limitante élastique externe
<i>B</i>	La limitante élastique externe est toujours bien visible alors que la limitante élastique interne ne l'est pas toujours
<i>C</i>	Les plaques d'athérome peuvent se développer à l'extérieur de la limitante élastique interne
<i>D</i>	On observe une succession de lames d'élastine entre lesquelles se trouvent des cellules musculaires lisses
<i>E</i>	L'endothélium est fenêtré
24	Au niveau du nœud atrio-ventriculaire
<i>A</i>	Les cardiomyocytes sont volumineux et disposés parallèlement entre eux de façon à maximiser les contacts intercellulaires
<i>B</i>	La membrane plasmique des cardiomyocytes présente une perméabilité aux cations, responsable d'une activité électrique rythmique autonome
<i>C</i>	Les cardiomyocytes sont riches en myofibrilles
<i>D</i>	Les cardiomyocytes sont connectés entre eux par des jonctions communicantes bien développées
<i>E</i>	On trouve un tissu conjonctif fibro-élastique abondant
25	Les vaisseaux lymphatiques
<i>A</i>	Présentent une structure identique à celle des veines quand ils sont de gros calibre
<i>B</i>	Sont abondants dans le système nerveux central
<i>C</i>	Ne présentent pas de valvules
<i>D</i>	Présentent une intima formée de cellules endothéliales morphologiquement identiques à celles de vaisseaux sanguins mais exprimant des protéines spécifiques
<i>E</i>	Présentent des filaments d'ancrage au niveau des capillaires
26	L'agrégation plaquettaire
<i>A</i>	Est déclenchée par la fixation de phosphatidylserine sur des récepteurs membranaires
<i>B</i>	Est déclenchée par la fixation du fibrinogène sur des récepteurs membranaires
<i>C</i>	Est déclenchée par la fixation de collagène sur des récepteurs membranaires
<i>D</i>	Est déclenchée par la fixation du facteur de Von Willebrand sur des récepteurs membranaires
<i>E</i>	Requiert l'activation du récepteur du fibrinogène puis le pontage des plaquettes par du fibrinogène
27	Cochez la (ou les) proposition(s) juste(s) concernant la scintigraphie cardiaque :
<i>A</i>	Une hypofixation de repos que l'on ne retrouve pas à l'effort dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'une ischémie.
<i>B</i>	Une lacune de fixation à l'effort dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est synonyme d'infarctus.
<i>C</i>	Une hypofixation d'effort que l'on ne retrouve pas au repos dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'une ischémie.
<i>D</i>	Une lacune de fixation à l'effort qui se normalise au repos dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'un infarctus.
<i>E</i>	Une hypofixation d'effort que l'on retrouve au repos dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'une ischémie.

Monsieur D. 78 ans est admis pour une douleur thoracique aux urgences.
Ses ATCD sont: un diabète non insulino-dépendant depuis 5 ans, une hypertension artérielle traitée, une hypothyroïdie substituée.
Il fume 1/2 paquet par jour depuis 60 ans.
Il a présenté une douleur thoracique aigue de repos à 12 heures. Devant l'importante et la persistance de la douleur, il se rend aux urgences à 18 heures.
Le patient est essoufflé. Sa pression artérielle est 80/50. Ses pulsations sont à 110/minutes.
L'ECG permet de faire le diagnostic d'infarctus du myocarde antérieur étendu.
La coronarographie retrouve une thrombose complète de l'artère interventriculaire antérieure au niveau proximale mais celle-ci est reprise en distalité par des collatérales issues du réseau droit. Il bénéficie d'une désobstruction à 19 heures avec un bon résultat.
Les questions 28, 29, 30 et 31 se rapportent à ce cas clinique.

28	Quels éléments de l'histoire de ce patient laissent supposer que la taille de son infarctus sera importante ?
A	Les lourds facteurs de risque cardiovasculaire du patient
B	L'âge du patient
C	Le délai entre le début de la douleur et la désobstruction
D	L'importance probable de la zone à risque
E	La présence d'artères collatérales
29	Quelles sont les réponses vraies
A	L'hypertension artérielle est un facteur de risque d'athérosclérose
B	Le diabète est un facteur de risque d'athérosclérose
C	L'hypothyroïdie est un facteur de risque d'athérosclérose
D	Le tabac induit une dysfonction endothéliale
E	La dysfonction endothéliale favorise la vasodilatation
30	Le patient a 80/50 mm Hg de pression artérielle et une fréquence cardiaque à 110/minute
A	La vasoconstriction artérielle explique la tension basse
B	L'hypotension artérielle peut altérer la perfusion myocardique
C	La tachycardie est un phénomène reflexe à l'hypotension artérielle visant à améliorer le débit cardiaque
D	Dans ce contexte, la baisse du volume d'éjection dû à l'infarctus peut expliquer la baisse de la pression artérielle
E	L'essoufflement du patient est probablement lié à de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée
31	Quelles sont les réponses vraies
A	Une échographie cardiaque aurait permis de voir la thrombose coronaire
B	Une échographie cardiaque aurait permis de voir la dysfonction contractile du ventricule gauche lié à l'infarctus
C	Une échographie cardiaque aurait permis d'estimer le débit cardiaque
D	La survie des patients en post-infarctus est directement associée à la taille de l'infarctus du myocarde
E	Il aurait fallu attendre les résultats du bilan biologique et de la radiographie pulmonaire avant de l'emmener en salle de cathétérisme cardiaque

32	Vous faites un ECG à un patient
A	Vous posez 6 électrodes frontales et 8 électrodes précordiales
B	La dérivation DII mesure la différence de potentiel entre bras gauche et jambe gauche
C	L'onde de repolarisation du ventricule est positive, dans la plupart des dérivations
D	L'électrode de référence des dérivations unipolaires est sur la jambe droite
E	Une onde Q large ($\geq 0.04s$) et profonde ($\geq \frac{1}{4}$ de l'amplitude de R suivante) est signe de nécrose
33	Vous faites un ECG à un patient
A	Le rythme est sinusal si une onde T précède chaque QRS sur une dérivation au moins
B	Pour déterminer rapidement l'axe électrique du cœur, vous utilisez les dérivations DI et aVF
C	La durée normale du complexe QRS est ≥ 0.12 s
D	Une onde T négative en aVR est toujours pathologique
E	L'axe électrique QRS normal est situé dans le quadrant inférieure gauche du plan frontal
34	Lors de la mise en place de la vascularisation embryonnaire :
A	Les deux artères ombilicales s'abouchent aux aortes primitives
B	Les deux artères vitellines s'abouchent aux artères ombilicales
C	Les veines ombilicales s'abouchent au sinus veineux cardiaques
D	Les veines vitellines s'abouchent aux veines cardinales communes
E	Le canal de Cuvier se jette dans le sinus veineux
35	Lors de la mise en place du système vasculaire fœtal :
A	Les premiers battements cardiaques apparaissent avant le cloisonnement complet du cœur
B	Le tube cardiaque est constitué de 5 parties
C	Le cloisonnement auriculo-ventriculaire ne fait appel qu'à deux bourgeons
D	Parmi les 6 arcs aortiques, le 2ème arc droit ne disparaît pas totalement
E	La crosse de l'aorte est constituée entre autre par le 4ème arc gauche
36	Au cours du rétrécissement mitral, quels signes peut-on retrouver à l'examen
A	Le patient décrit une douleur thoracique d'effort, constrictive et majorée à l'inspiration
B	Il existe souvent un souffle systolique
C	La dyspnée d'effort est un signe fréquent
D	L'abolition du B2 est un signe de gravité
E	L'auscultation retrouve souvent un roulement diastolique
37	Au cours de la péricardite aiguë virale
A	La douleur thoracique est souvent majorée à l'inspiration profonde
B	La douleur thoracique est souvent constrictive et a une irradiation mandibulaire
C	Il existe souvent des signes d'insuffisance ventriculaire gauche
D	La douleur est souvent améliorée par la position thorax antéfléchi
E	L'interrogatoire retrouve souvent des signes d'infection virale dans les jours précédents

38	Parmi les signes suivants, quels sont ceux appartenant à l'insuffisance ventriculaire gauche
A	La turgescence jugulaire bilatérale
B	La dyspnée d'effort
C	Les oedèmes des membres inférieurs
D	La douleur basithoracique gauche
E	Les râles crépitants à l'auscultation pulmonaire
39	Un patient âgé de 90 ans est hospitalisé en urgence pour une syncope survenue alors qu'il marchait dans la rue. Parmi les signes suivants, quels sont permettant d'orienter le diagnostic de rétrécissement aortique
A	Le patient décrit des douleurs thoraciques d'effort, pour des efforts de la vie quotidienne
B	Un souffle aortique diastolique
C	L'abolition du B2 traduisant le caractère serré du Rétrécissement aortique
D	Une dyspnée d'effort
E	L'hyperpulsatilité artérielle
40	Parmi les signes suivants, quels sont ceux caractérisant l'infarctus aigu du myocarde ou syndrome coronarien aigu avec sus décalage de ST?
A	La douleur thoracique constrictive irradie souvent en postérieur au niveau des deux omoplates
B	La douleur thoracique peut irradier au niveau mandibulaire
C	La douleur thoracique de l'infarctus aigu du myocarde est toujours corrélée à l'intensité de l'effort physique
D	L'insuffisance cardiaque
E	Les oedèmes des membres inférieurs
41	Monsieur D , un patient âgé de 72 ans est adressé pour œdème des membres inférieurs, parmi les signes cliniques suivants, quels sont ceux permettant d'orienter votre diagnostic vers une Insuffisance ventriculaire droite
A	Ces œdèmes sont indurés et érythémateux
B	L'existence de râles sibilants à l'auscultation
C	La présence d'un souffle systolique au foyer tricuspide
D	La présence d'un reflux hépato jugulaire
E	La présence d'une douleur basithoracique droite majorée à la palpation
42	Un patient âgé de 57 ans consulte aux urgences pour une douleur thoracique gauche et une dyspnée pour des efforts minimes de la vie quotidienne, parmi les propositions suivantes, précisez celles qui sont exactes ?
A	Au cours de l'embolie pulmonaire, l'auscultation cardiaque est le plus souvent normale
B	La présence d'une dyspnée et d'une douleur thoracique peut orienter vers la présence d'un épanchement pleural
C	Les râles sibilants peuvent signer la présence d'une insuffisance ventriculaire gauche
D	Les expectorations sont souvent saumonées dans l'œdème aigu du poumon
E	La présence d'une hémoptysie peut accompagner une embolie pulmonaire

43	Parmi les signes de syndrome coronarien aigu, on observe souvent :
<i>A</i>	La présence d'une élévation de la troponine
<i>B</i>	Il existe constamment un souffle holosystolique
<i>C</i>	La douleur thoracique est souvent prolongée et dure plus de 24 H00, sans interruption
<i>D</i>	La douleur basi-thoracique irradie habituellement en postérieur
<i>E</i>	La douleur peut être absente et seul l'électrocardiogramme permet de faire le diagnostic
44	Concernant l'œdème aigu du poumon, quelles sont les propositions exactes ?
<i>A</i>	Le début est souvent brutal
<i>B</i>	La pression artérielle est habituellement très élevée
<i>C</i>	Il peut compliquer un rétrécissement mitral
<i>D</i>	La dyspnée est souvent améliorée par la position en décubitus dorsal
<i>E</i>	Le grésillement laryngé est un signe classique d'œdème aigu du poumon

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 9

*Faculté de médecine Lyon-
Est*

17 Décembre 2014



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°2

1	Concernant la sensation douloureuse de l'angor prédominant au niveau de l'épaule gauche, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	Le stimulus douloureux est véhiculé par les fibres afférentes viscérales satellites des fibres sympathiques
B	Le corps du neurone des fibres afférentes viscérales est situé dans le ganglion spinal
C	Une des synapses de la chaîne neuronale véhiculant le stimulus douloureux provenant du myocarde se situe dans la corne postérieure de la moelle
D	La portion terminale de la chaîne neuronale véhiculant le stimulus douloureux provenant du myocarde est commune à celle véhiculant la sensibilité douloureuse des métamères T1 à T4
E	Les douleurs de l'épaule gauche s'expliquent par l'anatomie du nerf vague gauche
2	Un anévrisme de l'aorte abdominale est une masse abdominale : (cochez les affirmations vraies)
A	Battante
B	Non expansive
C	Toujours douloureuse
D	Mobile
E	Pulsatile
3	Marqueurs cardiaques
A	Les marqueurs TGO, CK totale, LDH, sont trop peu spécifiques pour garder un intérêt dans le diagnostic précoce d'un infarctus du myocarde
B	Le taux de myoglobine peut permettre de confirmer une suspicion d'un IDM dans les 2 heures qui suivent une scène clinique évocatrice
C	Les troponines sont les meilleurs marqueurs biologiques du syndrome coronarien aigu
D	Les troponines à haute sensibilité sont très spécifiques et leurs taux augmentent seulement lors de l'infarctus du myocarde (IDM)
E	Une non élévation de la Tnlc dans les heures qui suivent une scène clinique d'IDM permet de remettre en doute le diagnostic
4	Concernant la coarctation de l'aorte (CA), quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	La CA est due à la présence ectopique de tissu de canal artériel au niveau de l'isthme aortique.
B	Chez le nouveau né, l'administration d'anti-inflammatoire non stéroïdien (Ibuprofène) peut stabiliser temporairement la situation.
C	La CA est souvent associée à une insuffisance cardiaque droite.
D	L'hypertension des membres supérieurs et l'hypotension des membres inférieurs est évocatrice.
E	La décompensation brutale de la CA chez le nouveau-né peut faire évoquer (à tort) un choc septique
5	All of the following statements are TRUE about arteries EXCEPT one:
A	Arteries have one-way valves
B	Arteries are under higher pressure than veins
C	Arterial walls have a thicker layer of smooth muscle than found in venous walls
D	Arteries carry blood away from the heart
E	When an artery is transected, the lumen remains open

6	En imagerie cardiaque :
A	Le scanner peut permettre de visualiser les artères coronaires
B	L'IRM permet l'analyse de la contraction ventriculaire
C	L'IRM peut analyser les anomalies cardiaques valvulaires
D	La coronarographie nécessite l'emploi de produit de contraste iodé
E	L'échographie cardiaque permet le calcul de la fraction d'éjection ventriculaire gauche
7	Selon la partition la plus récente du médiastin, le médiastin moyen contient :
A	Le cœur
B	L'arc aortique
C	La bifurcation trachéale
D	La veine brachio-céphalique gauche
E	Le nerf vague droit
8	Une ischémie aigue d'un membre inférieur, se caractérise par : (cochez les affirmations vraies)
A	Un membre froid et livide
B	Une douleur supportable et intermittente
C	Une mobilité conservée mais réduite
D	Une abolition des pouls artériels en aval
E	Une abolition des réflexes
9	Marqueurs cardiaques
A	Une non élévation du taux du BNP permet d'exclure l'origine cardiaque d'une dyspnée
B	Une élévation du taux du BNP permet d'affirmer l'origine cardiaque d'une dyspnée
C	BNP et NT pro BNP ont la même valeur sémiologique dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque
D	Le niveau de la troponine est à interpréter en fonction du degré éventuel d'insuffisance rénale
E	Devant une suspicion clinique d'infarctus du myocarde au cabinet de ville du médecin il est important de préciser le diagnostic par la détermination de la troponine
10	Indiquer parmi les suivantes la (les) proposition (s) exacte (s) :
A	L'augmentation de la réabsorption de Na ⁺ obtenue avec l'AgII est liée à la stimulation par cette substance des échangeurs Na ⁺ /K ⁺ du tube collecteur
B	L'augmentation des résistances vasculaires périphériques obtenue avec l'AgII est liée en partie à la libération de l'adrénaline par la médullosurrénale
C	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion diminue le risque de remodelage cardiaque
D	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion provoque une tachycardie réflexe à la baisse tensionnelle
E	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion augmente le débit sanguin rénal

11	Concernant les traumatismes des membres, quelles sont les affirmations vraies :
A	Un membre traumatisé doit bénéficier d'un examen vasculaire rigoureux, comparatif et répété
B	Un traumatisme fermé à risque (genou par exemple) doit faire l'objet d'une surveillance accrue et d'une artériographie au moindre doute
C	Une plaie des parties molles en regard d'un axe vasculaire est une plaie vasculaire jusqu'à preuve du contraire et doit bénéficier d'une exploration chirurgicale
D	Un pouls non perçu ou incertain est un pouls aboli, signifiant qu'il s'agit jusqu'à preuve du contraire d'un traumatisme artériel
E	La perception d'un pouls ne préjuge en rien de l'état de la paroi artérielle
12	Concernant les loges musculaires de la jambe, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	Il y a 4 loges au niveau de la jambe.
B	La loge antérieure et la loge postérieure sont séparées par la membrane interosseuse.
C	La loge postérieure profonde et la loge postérieure superficielle sont séparées par le septum intermusculaire transverse.
D	On appelle syndrome compartimental ou syndrome des loges l'augmentation de pression à l'intérieur des loges qui entraîne une souffrance musculaire.
E	L'ouverture des quatre loges de jambe se fait par deux incisions cutanées.
13	Devant une claudication intermittente des membres inférieurs, le périmètre de marche : (cochez les affirmations vraies)
A	Permet d'apprécier la sévérité des lésions
B	Permet de suivre l'évolution de la pathologie
C	Ne présente aucun intérêt
D	Orienté l'indication thérapeutique
E	Permet de localiser la lésion artérielle
14	Au niveau de l'artère fémorale
A	On observe plusieurs couches de cellules musculaires lisses entre une limitante élastique interne et une limitante élastique externe
B	La limitante élastique externe est toujours bien visible alors que la limitante élastique interne ne l'est pas toujours
C	Les plaques d'athérome peuvent se développer à l'extérieur de la limitante élastique interne
D	On observe une succession de lames d'élastine entre lesquelles se trouvent des cellules musculaires lisses
E	L'endothélium est fenêtré
15	Les effets indésirables habituels de la trinitrine sublinguale sont :
A	Les céphalées
B	L'apparition d'un diabète de type 2
C	L'hépatite cytolitique
D	L'hypertension
E	Une bradycardie intense

16	Au niveau du nœud atrio-ventriculaire
<i>A</i>	Les cardiomyocytes sont volumineux et disposés parallèlement entre eux de façon à maximiser les contacts intercellulaires
<i>B</i>	La membrane plasmique des cardiomyocytes présente une perméabilité aux cations, responsable d'une activité électrique rythmique autonome
<i>C</i>	Les cardiomyocytes sont riches en myofibrilles
<i>D</i>	Les cardiomyocytes sont connectés entre eux par des jonctions communicantes bien développées
<i>E</i>	On trouve un tissu conjonctif fibro-élastique abondant
17	L'administration des inhibiteurs de l'enzyme de conversion pourrait exercer un effet bénéfique sur la circulation coronaire (1) car les inhibiteurs de l'enzyme de conversion s'opposent à la vasodilatation coronarienne induite par la stimulation du système sympathique au cours de l'ischémie myocardique (2)
<i>A</i>	les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet
<i>B</i>	les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet
<i>C</i>	la proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse
<i>D</i>	la proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie
<i>E</i>	les 2 propositions sont fausses
18	Cochez les réponses vraies
<i>A</i>	Une sténose correspond à une dilatation de la lumière vasculaire
<i>B</i>	Un anévrysme correspond à une à perte du parallélisme des parois vasculaires
<i>C</i>	L'échographie-doppler des membres inférieurs peut permettre de détecter une sténose artérielle fémorale
<i>D</i>	L'angio-IRM peut permettre le bilan d'une artériopathie des membres inférieurs
<i>E</i>	L'angio-IRM peut être utilisée pour analyser une sténose de l'artère carotide interne
19	Concernant la tamponnade cardiaque, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
<i>A</i>	La tamponnade cardiaque est toujours causée par un épanchement de sang d'origine traumatique
<i>B</i>	Lors d'une tamponnade cardiaque, les cavités cardiaques droites se laissent plus facilement comprimer que les gauches.
<i>C</i>	Le patient en tamponnade présente une tension artérielle basse.
<i>D</i>	Le patient en tamponnade présente une turgescence jugulaire.
<i>E</i>	Le patient en tamponnade présente des bruits du cœur assourdis.
20	L'agrégation plaquettaire
<i>A</i>	Est déclenchée par la fixation de phosphatidylserine sur des récepteurs membranaires
<i>B</i>	Est déclenchée par la fixation du fibrinogène sur des récepteurs membranaires
<i>C</i>	Est déclenchée par la fixation de collagène sur des récepteurs membranaires
<i>D</i>	Est déclenchée par la fixation du facteur de Von Willebrand sur des récepteurs membranaires
<i>E</i>	Requiert l'activation du récepteur du fibrinogène puis le pontage des plaquettes par du fibrinogène

21	Dans la pathologie de l'aorte :
A	Le scanner est l'examen radiologique de première intention en cas de suspicion de dissection aortique
B	L'IRM peut permettre la visualisation d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante
C	L'IRM est l'examen radiologique de première intention en cas de suspicion de rupture de l'isthme aortique
D	L'échographie peut permettre le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale
E	Sur la radiographie pulmonaire de face, un anévrisme de l'aorte thoracique ascendante peut se traduire par un déplacement de la ligne para-aortique
22	Les contreindications aux bêtabloquant comportent :
A	L'asthme sévère
B	L'angor spastique
C	Un trouble de conduction auriculo-ventriculaire de haut degré non appareillé
D	Une insuffisance cardiaque chronique avec fraction d'éjection ventriculaire basse
E	Une angine de poitrine chez un hypertendu
23	Les effets secondaires principaux de l'amiodarone sont :
A	Les dépôts cornéens
B	Les pneumopathies
C	Les dysthyroïdies
D	Une bradycardie
E	La déstabilisation d'une angine de poitrine
24	Les médicaments antihypertenseurs qu'il est utile d'associer en première intention aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont :
A	Les bêtabloquants
B	Les diurétiques thiazidiques
C	Les diurétiques d'épargne potassique
D	Les sartans ou antagonistes des récepteurs AT1 de l'angiotensine 2
E	Les antagonistes calciques
25	Cochez la (ou les) proposition(s) juste(s) concernant la scintigraphie cardiaque :
A	Une hypofixation de repos que l'on ne retrouve pas à l'effort dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'une ischémie.
B	Une lacune de fixation à l'effort dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est synonyme d'infarctus.
C	Une hypofixation d'effort que l'on ne retrouve pas au repos dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'une ischémie.
D	Une lacune de fixation à l'effort qui se normalise au repos dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'un infarctus.
E	Une hypofixation d'effort que l'on retrouve au repos dans un territoire dépendant d'une artère coronaire est évocatrice d'une ischémie.

26	Les vaisseaux lymphatiques
A	Présentent une structure identique à celle des veines quand ils sont de gros calibre
B	Sont abondants dans le système nerveux central
C	Ne présentent pas de valvules
D	Présentent une intima formée de cellules endothéliales morphologiquement identiques à celles de vaisseaux sanguins mais exprimant des protéines spécifiques
E	Présentent des filaments d'ancrage au niveau des capillaires
27	Concernant la grande artère segmentaire médullaire antérieure (artère d' Adamkiewicz), quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) vraie(s) ?
A	Elle est le plus souvent située du côté gauche
B	Elle naît le plus souvent entre T9 et L2
C	Elle naît directement de l'aorte
D	Elle peut être vue en angio-IRM
E	Son obstruction entraîne le plus souvent une paraplégie.
<p>Monsieur D. 78 ans est admis pour une douleur thoracique aux urgences. Ses ATCD sont: un diabète non insulino-dépendant depuis 5 ans, une hypertension artérielle traitée, une hypothyroïdie substituée. Il fume 1/2 paquet par jour depuis 60 ans. Il a présenté une douleur thoracique aigue de repos à 12 heures. Devant l'importante et la persistance de la douleur, il se rend aux urgences à 18 heures. Le patient est essoufflé. Sa pression artérielle est 80/50. Ses pulsations sont à 110/minutes. L'ECG permet de faire le diagnostic d'infarctus du myocarde antérieur étendu. La coronarographie retrouve une thrombose complète de l'artère interventriculaire antérieure au niveau proximale mais celle-ci est reprise en distalité par des collatérales issues du réseau droit. Il bénéficie d'une désobstruction à 19 heures avec un bon résultat. Les questions 28, 29, 30 et 31 se rapportent à ce cas clinique.</p>	
28	Quels éléments de l'histoire de ce patient laissent supposer que la taille de son infarctus sera importante ?
A	La présence d'artères collatérales
B	L'âge du patient
C	Le délai entre le début de la douleur et la désobstruction
D	Les lourds facteurs de risque cardiovasculaire du patient
E	L'importance probable de la zone à risque
29	Quelles sont les réponses vraies
A	Le diabète est un facteur de risque d'athérosclérose
B	L'hypertension artérielle est un facteur de risque d'athérosclérose
C	L'hypothyroïdie est un facteur de risque d'athérosclérose
D	La dysfonction endothéliale favorise la vasodilatation
E	Le tabac induit une dysfonction endothéliale

30	Le patient a 80/50 mm Hg de pression artérielle et une fréquence cardiaque à 110/minute
A	Dans ce contexte, la baisse du volume d'éjection dû à l'infarctus peut expliquer la baisse de la pression artérielle
B	La tachycardie est un phénomène reflexe à l'hypotension artérielle visant à améliorer le débit cardiaque
C	La vasoconstriction artérielle explique la tension basse
D	L'essoufflement du patient est probablement lié à de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée
E	L'hypotension artérielle peut altérer la perfusion myocardique
31	Quelles sont les réponses vraies
A	Il aurait fallu attendre les résultats du bilan biologique et de la radiographie pulmonaire avant de l'emmener en salle de cathétérisme cardiaque
B	La survie des patients en post-infarctus est directement associée à la taille de l'infarctus du myocarde
C	Une échographie cardiaque aurait permis de voir la dysfonction contractile du ventricule gauche lié à l'infarctus
D	Une échographie cardiaque aurait permis de voir la thrombose coronaire
E	Une échographie cardiaque aurait permis d'estimer le débit cardiaque
32	Lors de la mise en place de la vascularisation embryonnaire :
A	Les deux artères ombilicales s'abouchent aux aortes primitives
B	Les deux artères vitellines s'abouchent aux artères ombilicales
C	Les veines ombilicales s'abouchent au sinus veineux cardiaques
D	Les veines vitellines s'abouchent aux veines cardinales communes
E	Le canal de Cuvier se jette dans le sinus veineux
33	Vous faites un ECG à un patient
A	Le rythme est sinusal si une onde T précède chaque QRS sur une dérivation au moins
B	Pour déterminer rapidement l'axe électrique du cœur, vous utilisez les dérivations DI et aVF
C	La durée normale du complexe QRS est ≈ 0.12 s
D	Une onde T négative en aVR est toujours pathologique
E	L'axe électrique QRS normal est situé dans le quadrant inférieure gauche du plan frontal
34	Au cours de la péricardite aiguë virale
A	La douleur thoracique est souvent majorée à l'inspiration profonde
B	La douleur thoracique est souvent constrictive et a une irradiation mandibulaire
C	Il existe souvent des signes d'insuffisance ventriculaire gauche
D	La douleur est souvent améliorée par la position thorax antéfléchi
E	L'interrogatoire retrouve souvent des signes d'infection virale dans les jours précédents
35	Parmi les signes de syndrome coronarien aigu, on observe souvent :
A	La présence d'une élévation de la troponine
B	Il existe constamment un souffle holosystolique
C	La douleur thoracique est souvent prolongée et dure plus de 24 H00, sans interruption
D	La douleur basi-thoracique irradie habituellement en postérieur
E	La douleur peut être absente et seul l'électrocardiogramme permet de faire le diagnostic

36	Lors de la mise en place du système vasculaire fœtal :
A	Les premiers battements cardiaques apparaissent avant le cloisonnement complet du cœur
B	Le tube cardiaque est constitué de 5 parties
C	Le cloisonnement auriculo-ventriculaire ne fait appel qu'à deux bourgeons
D	Parmi les 6 arcs aortiques, le 2ème arc droit ne disparaît pas totalement
E	La crosse de l'aorte est constituée entre autre par le 4ème arc gauche
37	Un patient âgé de 90 ans est hospitalisé en urgence pour une syncope survenue alors qu'il marchait dans la rue. Parmi les signes suivants, quels sont permettant d'orienter le diagnostic de rétrécissement aortique
A	Le patient décrit des douleurs thoraciques d'effort, pour des efforts de la vie quotidienne
B	Un souffle aortique diastolique
C	L'abolition du B2 traduisant le caractère serré du Rétrécissement aortique
D	Une dyspnée d'effort
E	L'hyperpulsatilité artérielle
38	Vous faites un ECG à un patient
A	Vous posez 6 électrodes frontales et 8 électrodes précordiales
B	La dérivation DII mesure la différence de potentiel entre bras gauche et jambe gauche
C	L'onde de repolarisation du ventricule est positive, dans la plupart des dérivations
D	L'électrode de référence des dérivations unipolaires est sur la jambe droite
E	Une onde Q large (? 0.04s) et profonde (? ¼ de l'amplitude de R suivante) est signe de nécrose
39	Monsieur D , un patient âgé de 72 ans est adressé pour œdème des membres inférieurs, parmi les signes cliniques suivants, quels sont ceux permettant d'orienter votre diagnostic vers une Insuffisance ventriculaire droite
A	Ces œdèmes sont indurés et érythémateux
B	L'existence de râles sibilants à l'auscultation
C	La présence d'un souffle systolique au foyer tricuspide
D	La présence d'un reflux hépato jugulaire
E	La présence d'une douleur basithoracique droite majorée à la palpation
40	Au cours du rétrécissement mitral, quels signes peut-on retrouver à l'examen
A	Le patient décrit une douleur thoracique d'effort, constrictive et majorée à l'inspiration
B	Il existe souvent un souffle systolique
C	La dyspnée d'effort est un signe fréquent
D	L'abolition du B2 est un signe de gravité
E	L'auscultation retrouve souvent un roulement diastolique
41	Concernant l'œdème aigu du poumon, quelles sont les propositions exactes ?
A	Le début est souvent brutal
B	La pression artérielle est habituellement très élevée
C	Il peut compliquer un rétrécissement mitral
D	La dyspnée est souvent améliorée par la position en décubitus dorsal
E	Le grésillement laryngé est un signe classique d'œdème aigu du poumon

42	Parmi les signes suivants, quels sont ceux appartenant à l'insuffisance ventriculaire gauche
A	La turgescence jugulaire bilatérale
B	La dyspnée d'effort
C	Les oedèmes des membres inférieurs
D	La douleur basithoracique gauche
E	Les râles crépitants à l'auscultation pulmonaire
43	Parmi les signes suivants, quels sont ceux caractérisant l'infarctus aigu du myocarde ou syndrome coronarien aigu avec sus décalage de ST?
A	La douleur thoracique constrictive irradie souvent en postérieur au niveau des deux omoplates
B	La douleur thoracique peut irradier au niveau mandibulaire
C	La douleur thoracique de l'infarctus aigu du myocarde est toujours corrélée à l'intensité de l'effort physique
D	L'insuffisance cardiaque
E	Les oedèmes des membres inférieurs
44	Un patient âgé de 57 ans consulte aux urgences pour une douleur thoracique gauche et une dyspnée pour des efforts minimes de la vie quotidienne, parmi les propositions suivantes, précisez celles qui sont exactes ?
A	Au cours de l'embolie pulmonaire, l'auscultation cardiaque est le plus souvent normale
B	La présence d'une dyspnée et d'une douleur thoracique peut orienter vers la présence d'un épanchement pleural
C	Les râles sibilants peuvent signer la présence d'une insuffisance ventriculaire gauche
D	Les expectorations sont souvent saumonées dans l'œdème aigu du poumon
E	La présence d'une hémoptysie peut accompagner une embolie pulmonaire

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 10

*Faculté de médecine Lyon-
Est*

18 Décembre 2014



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

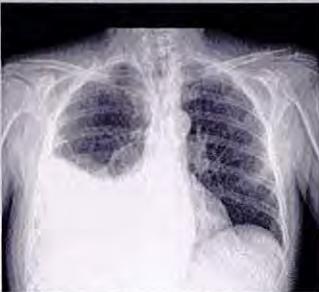
Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

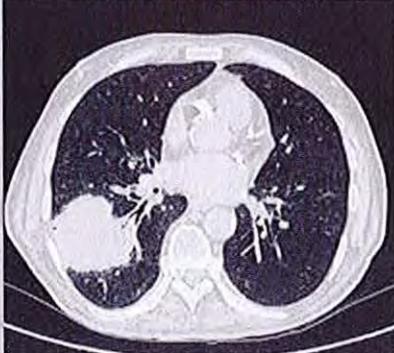
ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°1

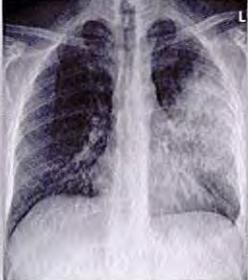
Cas clinique n°1	
1	Cas clinique 1 : Une jeune femme de 24 ans se présente aux urgences pour une dyspnée d'apparition brutale il y a quelques heures. Les premières constantes prises par l'infirmière d'accueil sont les suivantes : TA 125/80 mmHg, FC 110/min, SaO₂ 91% en air ambiant, T°36,8°C. Quel(s) diagnostic(s) peut/peuvent être évoqué(s) à ce stade ?
A	Infarctus du myocarde
B	Embolie pulmonaire
C	Crise d'asthme
D	Bronchite aiguë
E	Pneumothorax
2	Cas clinique 1 : Vous allez examiner cette patiente. Elle présente une polypnée avec une fréquence respiratoire à 27/min. Quel(s) signe(s) clinique(s) de gravité devez-vous rechercher ?
A	Des troubles de la vigilance
B	Une orthopnée
C	Une cyanose
D	Un balancement thoraco-abdominal
E	Des râles auscultatoires
3	Cas clinique 1 : Une fois votre interrogatoire et votre examen clinique terminé, vous concluez au diagnostic de crise d'asthme. Quel(s) élément(s) vous a/ont permis d'arriver à cette conclusion ?
A	La présence de râles crépitants diffus à l'auscultation
B	La présence de râles sibilants diffus à l'auscultation
C	La présence d'un bruit de stridor
D	La présence d'un syndrome de condensation pulmonaire à l'auscultation
E	La présence d'un souffle tubaire à l'auscultation
4	Cas clinique 1 : Que recherchez-vous à la radiographie thoracique pour étayer ce diagnostic ?
A	Une distension thoracique
B	Un élargissement médiastinal
C	Un épaississement des parois bronchiques
D	Une pleurésie de faible abondance
E	Une ascension des coupes diaphragmatiques
5	Cas clinique 1 : Lors d'une crise d'asthme,
A	Les résistances des voies aériennes augmentent en raison du bronchospasme
B	Les résistances des voies aériennes diminuent en raison du bronchospasme
C	Le bronchospasme provoque un trouble ventilatoire obstructif réversible
D	Le bronchospasme provoque un trouble ventilatoire obstructif irréversible
E	Le bronchospasme provoque un trouble ventilatoire restrictif

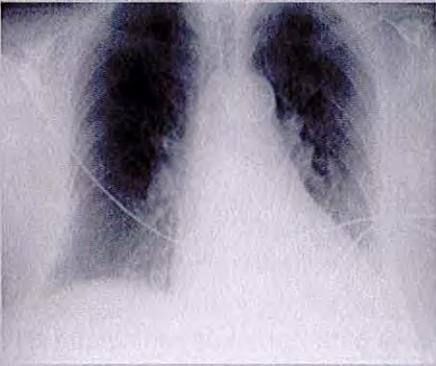
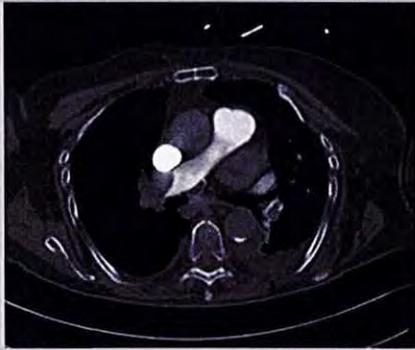
6	Cas clinique 1 : A la lecture de l'examen spirométrique réalisé chez cette patiente, quels sont les paramètres qui peuvent être diminués ?
A	Capacité Vitale (CV)
B	Volume Résiduel (VR)
C	Volume Expiré Maximal par Minute (VEMS)
D	VEMS/CV
E	VR/Capacité Pulmonaire totale (CPT)
7	Cas clinique 1 : Concernant les nerfs bronchiques, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?
A	Les nerfs bronchiques contiennent des fibres sympathiques et des fibres parasympathiques.
B	Les nerfs bronchiques sont issus des plexus pulmonaires antérieur et postérieur.
C	Les nerfs bronchiques sont issus des plexus pulmonaires droit et gauche.
D	Le contingent parasympathique des plexus pulmonaires provient des branches descendantes des nerfs laryngés inférieurs
E	La stimulation du système sympathique entraîne une contraction des muscles lisses bronchiques et donc une bronchoconstriction
8	Cas clinique 1 : About the thoracoabdominal diaphragm, which of the following statements is or are TRUE?
A	The diaphragm normally curves into right and left domes.
B	The right dome is slightly higher than the left dome.
C	The right dome reaches as high as the upper border of the fifth rib.
D	The central tendon, which lies between the two domes, remains at the level of xiphisternal joint.
E	In a chronic asthmatic patient, diaphragmatic domes are typically flattened.
9	Cas clinique 1 : Indiquer parmi les suivants le (s) bronchodilatateur (s) le (s) mieux adapté (s) pour traiter la crise d'asthme de cette patiente
A	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à courte durée d'action
B	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à longue durée d'action
C	la théophylline d'action rapide
D	les anticholinergiques
E	les antileucotriènes
Cas clinique n°2	
10	Cas clinique 2 : Vous recevez en consultation Mr G, un patient de 63 ans pour une toux persistant depuis 4 semaines, insomniante. Quels diagnostics peuvent rendre compte de cette symptomatologie ?
A	Un carcinome du larynx
B	Un oedème aigu du poumon
C	Un pneumothorax
D	Une sinusite chronique
E	Un reflux gastro-oesophagien

11	Cas clinique 2 : Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous orienterait(ent) vers le diagnostic d'abcès pulmonaire ?
A	Une expectoration séro-muqueuse
B	Un mauvais état bucco-dentaire
C	Une altération de l'état général
D	Un tabagisme à 40 paquets/années
E	Un antécédent de tuberculose pulmonaire il y a 20 ans
12	Cas clinique 2 : Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous orienterait(ent) vers le diagnostic de carcinome bronchique ?
A	Une hémoptysie
B	Des sibilants
C	Une altération de l'état général
D	Un tabagisme à 40 paquets/années
E	Un antécédent d'asthme traité par corticostéroïdes inhalés au long cours
13	Cas clinique 2 : En précisant l'interrogatoire, Mr G. présente, en plus de cette toux, des douleurs basi-thoraciques droites majorées à l'inspiration, une dyspnée d'effort et un fébricule à 38,1°C depuis plus de deux semaines. Quels sont les deux diagnostics à évoquer ?
A	Une insuffisance ventriculaire gauche
B	Un carcinome bronchique avec envahissement pariétal et/ou pleural droit
C	Une pneumopathie franche lobaire aiguë droite à pneumocoque
D	Un pneumothorax droit
E	Une pleurésie droite
14	<p>Cas clinique 2 : Voici la radiographie thoracique de face de Mr G (image 1). Quel est le diagnostic radiologique?</p> 
A	Pneumopathie alvéolaire systématisée aux lobes inférieur et moyen droits
B	Ascension de coupole diaphragmatique droite
C	Opacité spiculée à raccordement pleural droit
D	Epanchement pleural droit d'abondance modérée avec ligne de Damoiseau
E	Hémopneumothorax droit
15	Cas clinique 2 : Avant de prescrire cette radiographie, vous aviez bien entendu soigneusement examiné Mr G. Qu'aviez-vous noté ?
A	Une augmentation des vibrations vocales unilatérale à droite
B	Une abolition des vibrations vocales à droite
C	Des râles crépitants unilatéraux en base droite
D	Une abolition du murmure vésiculaire en base droite
E	Une matité de bois à la percussion en base droite

16	Cas clinique 2 : Quel examen complémentaire permettra de préciser la nature de l'anomalie radiologique visualisée sur l'image 1 ?
A	Fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire
B	Recherches microbiologiques sur prélèvement de crachats
C	Scanner thoracique avec injection de produit de contraste iodé
D	PET-scanner
E	L'analyse du liquide de ponction pleurale droite
17	<p>Cas clinique 2 : Voici l'image du scanner thoracique de Mr G (image 2).</p>  <p>Cette coupe de scanner se situe au niveau :</p>
A	Th2
B	Th4
C	Th5
D	Th8
E	Th12
18	Cas clinique 2 : Sur la coupe de scanner du patient (image 2) (plusieurs bonnes réponses)
A	La fenêtre présentée est une fenêtre pour étudier le poumon
B	L'anomalie est localisée dans le lobe moyen
C	Le scanner a été réalisé après drainage externe de l'épanchement pleural
D	On observe un bronchogramme aérique
E	On observe une masse volumineuse avec contact pleural
19	Cas clinique 2 : Quel est votre diagnostic ?
A	Pneumopathie alvéolaire du lobe supérieur droit avec pleurésie réactionnelle
B	Carcinome bronchique avec envahissement pariétal et pleurésie métastatique
C	Abcès pulmonaire avec fistule pleurale
D	Embolie pulmonaire avec infarctus pulmonaire
E	Atélectasie lobaire associée à une pleurésie purulente

20	Cas clinique 2 : Concernant l'anatomie appliquée à la ponction pleurale, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?
A	Le pédicule vasculo-nerveux intercostal est situé dans la partie haute de l'espace intercostal.
B	De haut en bas, les éléments du pédicule vasculo-nerveux sont dans l'ordre suivant : nerf, artère, veine.
C	Il est recommandé de ponctionner l'espace intercostal en passant au ras du bord supérieur de la côte inférieure de l'espace.
D	Chez ce patient, en cas de ponction réalisée trop bas, il y a un risque important de ponctionner l'estomac.
E	La ponction pleurale pour pleurocentèse se réalise classiquement chez un patient en décubitus dorsal sur la ligne médioclaviculaire dans le deuxième espace intercostal.
21	Cas clinique 2 : Sur la radiographie thoracique de face (plusieurs bonnes réponses)
A	Le parenchyme pulmonaire du cul de sac postérieur droit est facilement analysable
B	Le hile droit est normalement plus haut que le hile gauche
C	Le deuxième arc droit correspond à l'oreillette droite
D	Le troisième arc gauche correspond au ventricule gauche
E	Le premier arc droit correspond à la veine cave supérieure
22	Cas clinique 2 : Un épanchement pleural de la grande cavité droite se présente sur la radiographie thoracique de face comme : (plusieurs bonnes réponses)
A	Une clarté déclive
B	Une opacité déclive
C	Une opacité qui efface l'image de la coupole diaphragmatique droite
D	Une opacité qui attire le médiastin du côté droit si l'épanchement est abondant
E	Une opacité dont la ligne supérieure est concave en haut et en dedans
Cas clinique n°3	
23	<p>Cas clinique 3 : Voici une vue latérale du poumon gauche :</p>  <p>Quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?</p>
A	La scissure oblique se projette en arrière sur l'arc postérieur de K4.
B	La scissure oblique se projette en avant sur l'arc antérieur de K6.
C	En projection horizontale antéro-postérieure, le segment VI se trouve au dessus du segment IV.
D	Le segment 4 s'appelle segment supérieur de la lingua.
E	Le segment VI s'appelle segment supérieur du lobe inférieur.

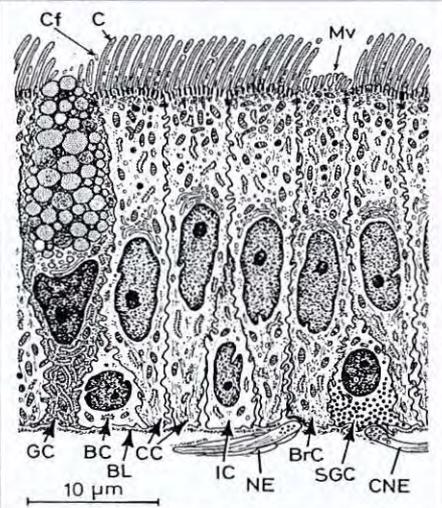
24	<p>Cas clinique 3 : Un homme de 71 ans présente une fièvre à 39°C associée à des frissons, d'apparition brutale. Il présente également une toux grasse, une douleur basi-thoracique gauche et une dyspnée d'effort. Décrivez sa radiographie thoracique</p> 
A	Opacité interstitielle systématisée du lobe inférieur gauche
B	Opacité alvéolaire systématisée du lobe supérieur gauche
C	Bronchogramme aérique
D	Cardiomégalie
E	Syndrome de masse médiastinale
25	<p>Cas clinique 3 : Quel(s) signe(s) physique(s) étai(en)t présent(s) à l'examen clinique avant réalisation de cette radiographie ?</p>
A	Une matité unilatérale droite
B	Une diminution du murmure vésiculaire en base gauche
C	Un souffle tubaire à l'apex pulmonaire gauche
D	Un foyer de crépitants du creux axillaire gauche
E	Une diminution des vibrations vocales du côté gauche
26	<p>Cas clinique 3 : Quelles sont les affirmations justes ?</p>
A	On peut retenir le diagnostic de pneumopathie franche lobaire aiguë du lobe supérieur gauche
B	Le germe en cause est probablement un germe anaérobie
C	Ce type d'affection n'est jamais responsable de tableaux cliniques sévères
D	Le germe en cause est probablement <i>Streptococcus pneumoniae</i>
E	Le germe en cause est probablement un virus
27	<p>Cas clinique 3 : Quels sont parmi les items suivants les facteurs de risque de complication des pneumopathies infectieuses ?</p>
A	Un âge supérieur à 40 ans
B	Le diabète
C	Le tabagisme actif
D	Le sexe masculin
E	L'insuffisance cardiaque

37	<p>Cas clinique 4 : Sa radiographie thoracique est la suivante :</p> 
	<p>Que peut-on dire de cette radiographie thoracique de face (plusieurs bonnes réponses) ?</p>
	<p><i>A</i> Elle est réalisée en position couchée ou semi-assise</p>
	<p><i>B</i> La patiente était sous surveillance ECG</p>
	<p><i>C</i> Elle est parfaitement de face</p>
	<p><i>D</i> Le hile droit apparaît surélevé par rapport au hile gauche</p>
	<p><i>E</i> Le rayonnement ionisant venait de devant, détecteur dans le dos</p>
38	<p>Cas clinique 4 : La patiente présente devant vous une hémoptysie d'abondance minime, noirâtre. Vous décidez d'effectuer un scanner thoracique injecté qui confirme le diagnostic suspecté.</p> 
	<p>Quel est le diagnostic ?</p>
	<p><i>A</i> Dissection aortique</p>
	<p><i>B</i> Embolie pulmonaire proximale bilatérale</p>
	<p><i>C</i> Dilatation des bronches avec exacerbation de cause infectieuse</p>
	<p><i>D</i> Tuberculose pulmonaire</p>
	<p><i>E</i> Carcinome bronchique</p>
39	<p>Cas clinique 4 : Au niveau des bases pulmonaires</p>
	<p><i>A</i> La ventilation alvéolaire est plus élevée qu'au niveau des sommets du poumon</p>
	<p><i>B</i> La perfusion capillaire est plus élevée qu'au niveau des sommets du poumon</p>
	<p><i>C</i> Le rapport ventilation/perfusion est plus élevé qu'au niveau des sommets du poumon</p>
	<p><i>D</i> Le rapport ventilation/perfusion est plus bas qu'au niveau des sommets du poumon</p>
	<p><i>E</i> Le rapport ventilation/perfusion est inférieur à 1</p>

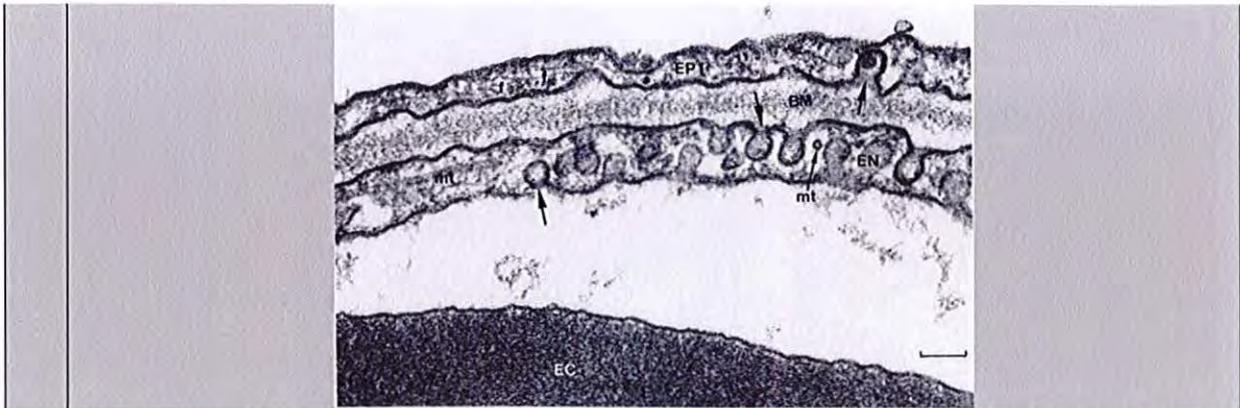
40	Cas clinique 4 : Quels sont les facteurs de risque de ce type de pathologie ?
A	Un antécédent de thrombose veineuse profonde
B	L'alitement prolongé
C	Un voyage en avion d'une durée prolongée (plus de 6 heures)
D	Le port d'une contention plâtrée au niveau d'un membre inférieur
E	L'existence d'une néoplasie sous-jacente
41	Cas clinique 4 : Vous soignez Me S avec succès. Quelques années plus tard, elle se présente à nouveau dans un contexte de dyspnée d'aggravation progressive en quelques jours, associée à une orthopnée et à une toux à prédominance nocturne. Vous évoquez une insuffisance ventriculaire gauche. Quels éléments cliniques recherchez-vous pour étayer ce diagnostic ?
A	Des crachats hémoptoïques
B	Un tympanisme diffus à la percussion des champs pulmonaires
C	Un frottement péricardique
D	Des râles crépitants bilatéraux fins et secs en fin d'inspiration
E	Une tachycardie
42	Cas clinique 4 : Parmi les éléments suivants, lesquels correspondent à des signes de gravité dans un contexte de dyspnée ?
A	Une tachycardie supérieure à 90 bpm
B	Un encombrement bronchique majeur avec toux inefficace
C	Un tirage des muscles respiratoires accessoires
D	Un wheezing
E	Des signes d'hypocapnie
Cas clinique n°5	
43	Cas clinique 5 : Un jeune homme de vingt ans est victime d'un accident de chantier. Il a été violemment percuté par une poutre de 300 kg au niveau du thorax, du côté gauche. A l'arrivée des secours, les voies aériennes sont libres, la fréquence respiratoire est à 40 cpm, la fréquence cardiaque est à 120 bpm, la tension artérielle à 90/75 mmHg, le patient est orienté et conscient. Le saturomètre est mis en place. La SpO2 est à 90%. Ce chiffre correspond à une PaO2 approximative de :
A	120 mmHg
B	90 mmHg
C	60 mmHg
D	30 mmHg
E	27 mmHg
44	Cas clinique 5 : A son arrivée en salle des urgences vitales de l'hôpital, une échographie pleurale est réalisée. Quel est ou quels sont le ou les but(s) de cet examen ?
A	Identifier les fractures de côtes
B	Identifier des zones de contusion pulmonaire
C	Identifier un épanchement pleural liquidien
D	Identifier un épanchement pleural gazeux
E	Identifier une contusion myocardique

45	Cas clinique 5 : Quelle est la définition la plus exacte d'un volet thoracique ?
A	Enfoncement d'une portion de la cage thoracique
B	Plusieurs fractures de côtes contiguës
C	Fractures de côtes associées à une contusion pulmonaire
D	Au moins deux côtes consécutives présentant chacune au moins deux fractures
E	Fractures siégeant sur les trois premières côtes
46	Cas clinique 5 : Comment dit-on « volet costal » en anglais ?
A	Costal flap
B	Rib flap
C	Flap chest
D	Flail chest
E	Thoracic flap
47	Cas clinique 5 : L'état du patient se dégrade et, en raison de sa détresse respiratoire, il est intubé et placé sous respirateur. Il existe un silence auscultatoire à gauche. Quels sont les deux diagnostics à évoquer ?
A	L'air ne passe pas dans le parenchyme pulmonaire contus
B	L'hématome pariétal arrête les sons ce qui explique le silence auscultatoire
C	Le patient est intubé sélectivement à droite
D	Le patient présente une rupture du diaphragme
E	Le patient a constitué, sous ventilation mécanique, un pneumothorax gauche
48	Cas clinique 5 : Juste avant le transfert en service de réanimation, les constantes du patient se dégradent avec une SpO₂ qui passe de 92 % à 85 %, une fréquence cardiaque qui passe de 95 bpm à 130 bpm et une TA qui passe de 120/80 mm Hg à 90/75 mm Hg. Quelle est la première chose à vérifier ?
A	L'absence d'hémorragie abdominale par une échographie FAST
B	L'absence d'aggravation d'un traumatisme crânien associé
C	Qu'il n'y a pas eu constitution d'un pneumothorax
D	Que le patient est toujours correctement intubé
E	Qu'il n'y a pas eu constitution d'un hémothorax

Histologie

49	<p>On distingue sur l'illustration suivante :</p> 
A	En C, les microvillosités apicales d'une cellule cylindrique de l'épithélium respiratoire
B	En Mv, le mucus libéré par exocytose au pôle apical d'une cellule à mucus ouverte (caliciforme)
C	En GC, le pôle basal d'une cellule à mucus ouverte (GC = goblet cell en anglais)
D	En SGC, les granules sécrétoires d'une cellule endocrine sous contrôle du système nerveux autonome
E	En CC, le pôle basal de deux cellules basales
50 Au niveau des bronches intrapulmonaires lobaires (bronches secondaires) on trouve :	
A	Un épithélium respiratoire tout à fait comparable à celui de la trachée
B	Un épithélium renfermant des cellules cylindriques ciliées et des cellules de Clara
C	Des pièces de cartilage hyalin entourées de périchondre, l'ensemble ayant une forme de fer à cheval
D	Des glandes séreuses et muqueuses et du tissu lymphoïde de type BALT
E	Des bronches dites respiratoires, des alvéoles s'ouvrant directement dans leur lumière

51 L'illustration ci-dessous montre :

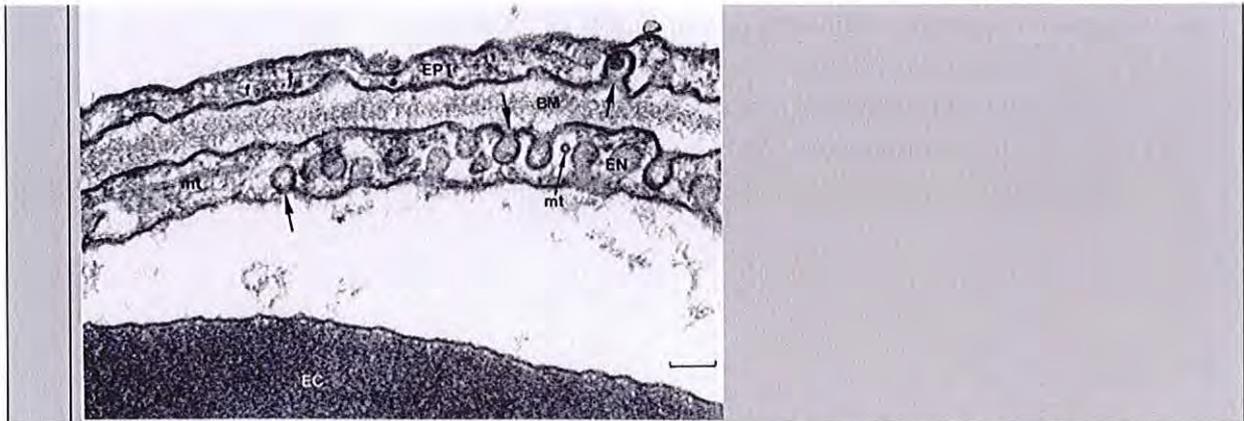


A	En LV, le recessus ou ventricule latéral (de Morgagni) entre les deux parties des cordes vocales
B	En VC, la partie des vraies cordes vocales qui est revêtue d'un épithélium malpighien
C	En TM, la muqueuse respiratoire composée d'un épithélium et d'un chorion (LP = lamina propria)
D	En VM, le muscle vocal crico-pharyngé
E	En LG, des follicules lymphoïdes appartenant à la partie basse des amygdales linguales

52 Dans le secteur alvéolaire représenté ci-dessous :

A	En A (x 3), on se trouve au niveau d'une bronchiole respiratoire
B	En TB, il s'agit d'une bronchiole terminale car on voit un peu de cartilage hyalin sous la muqueuse
C	En RB, il est possible de trouver des macrophages alvéolaires dans la lumière
D	En TMu, on trouve des glandes muqueuses dans le chorion
E	Les alvéoles apparaissent dilatées car le poumon a été insufflé avant fixation, inclusion et coupe

53 L'illustration ci-dessous (ME à fort grossissement) représente :



A	La barrière alvéolo-capillaire au niveau d'un pneumocyte I et d'une cellule endothéliale
B	En EC (bas), un globule rouge dense aux électrons à cause de la présence du fer hémoglobinique
C	En BM, la barrière alvéolo-capillaire proprement dite
D	En EP (haut), la cellule « épithéliale » c'est-à-dire le pneumocyte membranaire
E	En EN (partie centrale), la cellule « endothéliale » du capillaire sanguin

Pharmacologie

54	Indiquer parmi les suivants le (s) bronchodilatateur (s) qui stimule (nt) directement les mécanismes de relaxation du muscle lisse bronchique :
A	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à courte durée d'action
B	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à longue durée d'action
C	la théophylline d'action rapide
D	les anticholinergiques
E	les antileucotriènes
55	L'action bronchodilatatrice des β2-mimétiques provoque une hyperpolarisation et une mise au repos de la cellule. Cette hyperpolarisation est consécutive à :
A	l'activation des protéines kinases
B	l'ouverture de canaux potassiques Ca^{2+} -dépendants
C	l'inhibition des interactions actine-myosine
D	l'augmentation des concentrations en calcium cytosolique
E	la stimulation des interactions actine-myosine
56	L'administration, par voie générale (PO, SC, IV), d'un β2-mimétique, peut provoquer:
A	Une arythmie cardiaque,
B	Une hypokaliémie,
C	Une hyperglycémie
D	Un bronchospasme
E	Une hypoglycémie
57	L'action antiasthmatique des corticoïdes est liée à :

<i>A</i>	l'augmentation de la synthèse de protéines anti-inflammatoires
<i>B</i>	l'augmentation de la synthèse de la lipocortine-1
<i>C</i>	l'augmentation de la synthèse de l'anexine
<i>D</i>	l'inhibition de la phospholipase A2
<i>E</i>	L'inhibition de la synthèse de médiateurs lipidiques pro-inflammatoires, comme les leucotriènes

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 10

*Faculté de médecine Lyon-
Est*

18 Décembre 2014



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

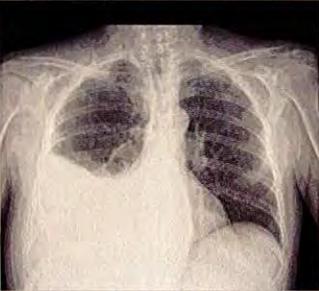
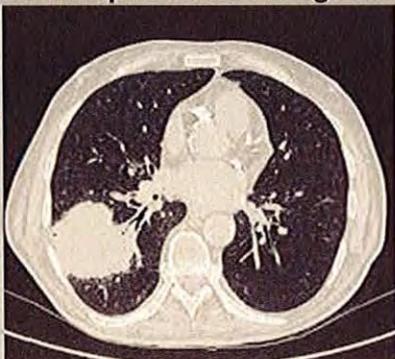
Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°2

Cas clinique n°1

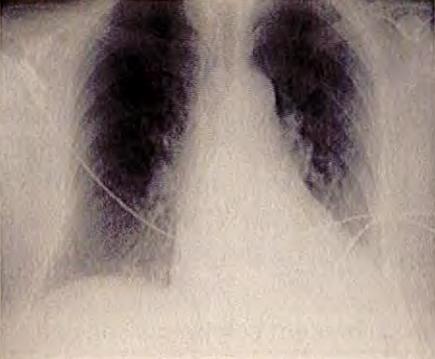
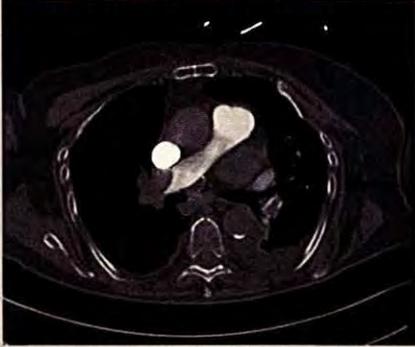
1	Cas clinique 1 : Vous recevez en consultation Mr G, un patient de 63 ans pour une toux persistant depuis 4 semaines, insomniante. Quels diagnostics peuvent rendre compte de cette symptomatologie ?
A	Un carcinome du larynx
B	Un oedème aigu du poumon
C	Un pneumothorax
D	Une sinusite chronique
E	Un reflux gastro-oesophagien
2	Cas clinique 1 : Parmi les éléments suivants, les()quel(s) vous orienterait(ent) vers le diagnostic d'abcès pulmonaire ?
A	Une expectoration séro-muqueuse
B	Un mauvais état bucco-dentaire
C	Une altération de l'état général
D	Un tabagisme à 40 paquets/années
E	Un antécédent de tuberculose pulmonaire il y a 20 ans
3	Cas clinique 1 : Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous orienterait(ent) vers le diagnostic de carcinome bronchique ?
A	Une hémoptysie
B	Des sibilants
C	Une altération de l'état général
D	Un tabagisme à 40 paquets/années
E	Un antécédent d'asthme traité par corticostéroïdes inhalés au long cours
4	Cas clinique 1 : En précisant l'interrogatoire, Mr G. présente, en plus de cette toux, des douleurs basi-thoraciques droites majorées à l'inspiration, une dyspnée d'effort et un fébricule à 38,1°C depuis plus de deux semaines. Quels sont les deux diagnostics à évoquer ?
A	Une insuffisance ventriculaire gauche
B	Un carcinome bronchique avec envahissement pariétal et/ou pleural droit
C	Une pneumopathie franche lobaire aiguë droite à pneumocoque
D	Un pneumothorax droit
E	Une pleurésie droite

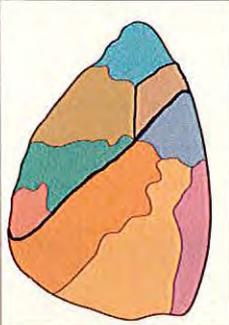
5	<p>Cas clinique 1 : Voici la radiographie thoracique de face de Mr G (image 1).</p>  <p>Quel est le diagnostic radiologique?</p>
A	Pneumopathie alvéolaire systématisée aux lobes inférieur et moyen droits
B	Ascension de coupole diaphragmatique droite
C	Opacité spiculée à raccordement pleural droit
D	Epanchement pleural droit d'abondance modérée avec ligne de Damoiseau
E	Hémopneumothorax droit
6	<p>Cas clinique 1 : Avant de prescrire cette radiographie, vous aviez bien entendu soigneusement examiné Mr G. Qu'aviez-vous noté ?</p>
A	Une augmentation des vibrations vocales unilatérale à droite
B	Une abolition des vibrations vocales à droite
C	Des râles crépitants unilatéraux en base droite
D	Une abolition du murmure vésiculaire en base droite
E	Une matité de bois à la percussion en base droite
7	<p>Cas clinique 1 : Quel examen complémentaire permettra de préciser la nature de l'anomalie radiologique visualisée sur l'image 1 ?</p>
A	Fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire
B	Recherches microbiologiques sur prélèvement de crachats
C	Scanner thoracique avec injection de produit de contraste iodé
D	PET-scanner
E	L'analyse du liquide de ponction pleurale droite
8	<p>Cas clinique 1 : Voici l'image du scanner thoracique de Mr G (image 2) .</p>  <p>Cette coupe de scanner se situe au niveau :</p>
A	Th2
B	Th4
C	Th5
D	Th8
E	Th12

9	Cas clinique 1 : Sur la coupe de scanner du patient (image 2) (plusieurs bonnes réponses)
A	La fenêtre présentée est une fenêtre pour étudier le poumon
B	L'anomalie est localisée dans le lobe moyen
C	Le scanner a été réalisé après drainage externe de l'épanchement pleural
D	On observe un bronchogramme aérique
E	On observe une masse volumineuse avec contact pleural
10	Cas clinique 1 : Quel est votre diagnostic ?
A	Pneumopathie alvéolaire du lobe supérieur droit avec pleurésie réactionnelle
B	Carcinome bronchique avec envahissement pariétal et pleurésie métastatique
C	Abcès pulmonaire avec fistule pleurale
D	Embolie pulmonaire avec infarctus pulmonaire
E	Atélectasie lobaire associée à une pleurésie purulente
11	Cas clinique 1 : Concernant l'anatomie appliquée à la ponction pleurale, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?
A	Le pédicule vasculo-nerveux intercostal est situé dans la partie haute de l'espace intercostal.
B	De haut en bas, les éléments du pédicule vasculo-nerveux sont dans l'ordre suivant : nerf, artère, veine.
C	Il est recommandé de ponctionner l'espace intercostal en passant au ras du bord supérieur de la côte inférieure de l'espace.
D	Chez ce patient, en cas de ponction réalisée trop bas, il y a un risque important de ponctionner l'estomac.
E	La ponction pleurale pour pleurocentèse se réalise classiquement chez un patient en décubitus dorsal sur la ligne médioclaviculaire dans le deuxième espace intercostal.
12	Cas clinique 1 : Sur la radiographie thoracique de face (plusieurs bonnes réponses)
A	Le parenchyme pulmonaire du cul de sac postérieur droit est facilement analysable
B	Le hile droit est normalement plus haut que le hile gauche
C	Le deuxième arc droit correspond à l'oreillette droite
D	Le troisième arc gauche correspond au ventricule gauche
E	Le premier arc droit correspond à la veine cave supérieure
13	Cas clinique 1 : Un épanchement pleural de la grande cavité droite se présente sur la radiographie thoracique de face comme : (plusieurs bonnes réponses)
A	Une clarté déclive
B	Une opacité déclive
C	Une opacité qui efface l'image de la coupole diaphragmatique droite
D	Une opacité qui attire le médiastin du côté droit si l'épanchement est abondant
E	Une opacité dont la ligne supérieure est concave en haut et en dedans

Cas clinique n°2

14	Cas clinique 2: Madame S., 75 ans, est amenée aux urgences après avoir présenté un malaise lors du jardinage avec perte de connaissance brève. A son admission, elle est tout à fait consciente et orientée. Elle rapporte toutefois à l'interrogatoire une dyspnée à la montée d'un étage et une douleur basi-thoracique droite depuis moins de 24 heures. Ses constantes vitales sont les suivantes : TA 125/60 mmHg, FC 102/min, SaO2 en air ambiant 88%, FR 24/min, T°37,6°C. L'auscultation pulmonaire est strictement normale. Quelle(s) est/sont la(les) proposition(s) exacte(s) parmi les suivantes ?
A	La saturation artérielle de la patiente est physiologique si l'on tient compte de son âge
B	La patiente présente une dyspnée stade III selon la classification NYHA
C	Une auscultation pulmonaire normale écarte formellement le diagnostic d'embolie pulmonaire
D	L'auscultation pulmonaire peut être normale en cas d'épanchement pleural d'abondance minimale
E	Devant ce tableau clinique, le premier diagnostic à évoquer est l'infarctus du myocarde
15	Cas clinique 2: Parmi les propositions suivantes, quels diagnostics doit-on évoquer devant une dyspnée à auscultation pulmonaire normale ?
A	Une alcalose métabolique
B	Une embolie pulmonaire
C	Une pneumopathie interstitielle diffuse
D	Une anémie
E	Un oedème aigu du poumon
16	Cas clinique 2: Une gazométrie est réalisée. Les résultats sont : pH : 7,51, pCO2 : 29 (N : 40+/-2mm Hg), pO2 : 77(N : 95+/-5 mm Hg), Sa O2 : 90%, HCO-3 25mmol/l
A	L'hypoxémie est due à une hypoventilation
B	L'hypocapnie témoigne d'une hyperventilation
C	Cette patiente présente une alcalose respiratoire décompensée
D	Cette patiente présente une alcalose métabolique décompensée
E	La compensation de ce trouble a commencé mais elle est insuffisante
17	Cas clinique 2: Parmi les signes cliniques suivants, lesquels témoignent d'une insuffisance ventriculaire droite ?
A	Un battement des ailes du nez
B	Un frottement péricardique
C	Un reflux hépato-jugulaire
D	Un oedème cervico-facial en pélerine
E	Une turgescence jugulaire

18	<p>Cas clinique 2: Sa radiographie thoracique est la suivante :</p>  <p>Que peut-on dire de cette radiographie thoracique de face (plusieurs bonnes réponses) ?</p>
A	Elle est réalisée en position couchée ou semi-assise
B	La patiente était sous surveillance ECG
C	Elle est parfaitement de face
D	Le hile droit apparaît surélevé par rapport au hile gauche
E	Le rayonnement ionisant venait de devant, détecteur dans le dos
19	<p>Cas clinique 2: La patiente présente devant vous une hémoptysie d'abondance minime, noirâtre. Vous décidez d'effectuer un scanner thoracique injecté qui confirme le diagnostic suspecté.</p>  <p>Quel est le diagnostic ?</p>
A	Dissection aortique
B	Embolie pulmonaire proximale bilatérale
C	Dilatation des bronches avec exacerbation de cause infectieuse
D	Tuberculose pulmonaire
E	Carcinome bronchique
20	<p>Cas clinique 2: Au niveau des bases pulmonaires</p>
A	La ventilation alvéolaire est plus élevée qu'au niveau des sommets du poumon
B	La perfusion capillaire est plus élevée qu'au niveau des sommets du poumon
C	Le rapport ventilation/perfusion est plus élevé qu'au niveau des sommets du poumon
D	Le rapport ventilation/perfusion est plus bas qu'au niveau des sommets du poumon
E	Le rapport ventilation/perfusion est inférieur à 1

21	Cas clinique 2: Quels sont les facteurs de risque de ce type de pathologie ?
A	Un antécédent de thrombose veineuse profonde
B	L'alitement prolongé
C	Un voyage en avion d'une durée prolongée (plus de 6 heures)
D	Le port d'une contention plâtrée au niveau d'un membre inférieur
E	L'existence d'une néoplasie sous-jacente
22	Cas clinique 2 : Vous soignez Me S avec succès. Quelques années plus tard, elle se présente à nouveau dans un contexte de dyspnée d'aggravation progressive en quelques jours, associée à une orthopnée et à une toux à prédominance nocturne. Vous évoquez une insuffisance ventriculaire gauche. Quels éléments cliniques recherchez-vous pour étayer ce diagnostic ?
A	Des crachats hémoptoïques
B	Un tympanisme diffus à la percussion des champs pulmonaires
C	Un frottement péricardique
D	Des râles crépitants bilatéraux fins et secs en fin d'inspiration
E	Une tachycardie
23	Cas clinique 2: Parmi les éléments suivants, lesquels correspondent à des signes de gravité dans un contexte de dyspnée ?
A	Une tachycardie supérieure à 90 bpm
B	Un encombrement bronchique majeur avec toux inefficace
C	Un tirage des muscles respiratoires accessoires
D	Un wheezing
E	Des signes d'hypocapnie
Cas clinique n°3	
24	 <p>Cas clinique 3 : Voici une vue latérale du poumon gauche : Quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?</p>
A	La scissure oblique se projette en arrière sur l'arc postérieur de K4.
B	La scissure oblique se projette en avant sur l'arc antérieur de K6.
C	En projection horizontale antéro-postérieure, le segment VI se trouve au dessus du segment IV.
D	Le segment 4 s'appelle segment supérieur de la lingula.
E	Le segment VI s'appelle segment supérieur du lobe inférieur.

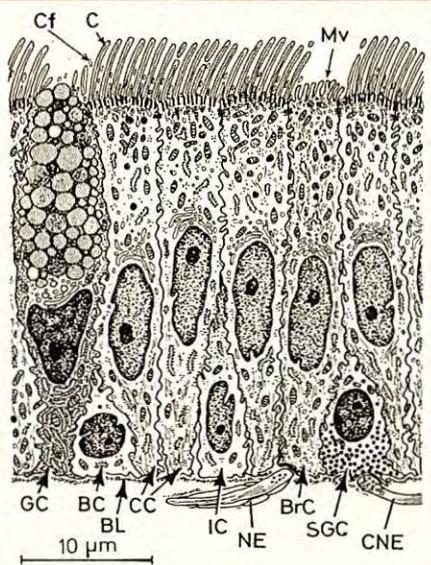
25	 <p>Cas clinique 3 : Un homme de 71 ans présente une fièvre à 39°C associée à des frissons, d'apparition brutale. Il présente également une toux grasse, une douleur basi-thoracique gauche et une dyspnée d'effort. Décrivez sa radiographie thoracique</p>
A	Opacité interstitielle systématisée du lobe inférieur gauche
B	Opacité alvéolaire systématisée du lobe supérieur gauche
C	Bronchogramme aérique
D	Cardiomégalie
E	Syndrome de masse médiastinale
26	<p>Cas clinique 3 : Quel(s) signe(s) physique(s) étai(en)t présent(s) à l'examen clinique avant réalisation de cette radiographie ?</p>
A	Une matité unilatérale droite
B	Une diminution du murmure vésiculaire en base gauche
C	Un souffle tubaire à l'apex pulmonaire gauche
D	Un foyer de crépitants du creux axillaire gauche
E	Une diminution des vibrations vocales du côté gauche
27	<p>Cas clinique 3 : Quelles sont les affirmations justes ?</p>
A	On peut retenir le diagnostic de pneumopathie franche lobaire aiguë du lobe supérieur gauche
B	Le germe en cause est probablement un germe anaérobie
C	Ce type d'affection n'est jamais responsable de tableaux cliniques sévères
D	Le germe en cause est probablement <i>Streptococcus pneumoniae</i>
E	Le germe en cause est probablement un virus
28	<p>Cas clinique 3 : Quels sont parmi les items suivants les facteurs de risque de complication des pneumopathies infectieuses ?</p>
A	Un âge supérieur à 40 ans
B	Le diabète
C	Le tabagisme actif
D	Le sexe masculin
E	L'insuffisance cardiaque

29	Cas clinique 3 : A l'interrogatoire, le patient vous dit avoir un antécédent de bronchite chronique pour laquelle il n'a pas de suivi spécialisé. Il a en effet fumé 10 cigarettes par jour (un demi-paquet) depuis l'âge de 21 ans, tabagisme qu'il a interrompu il y a 48h du fait de son tableau clinique actuel. Quelles sont les affirmations vraies ?
A	On peut considérer le patient comme sevré de son tabagisme
B	Son tabagisme se quantifie à 10,5 paquets/années
C	Son tabagisme se quantifie à 25 paquets/années
D	La bronchite chronique obstructive est un facteur favorisant la survenue de pneumopathies infectieuses
E	Seul le scanner thoracique permet d'affirmer avec certitude le diagnostic de bronchite chronique obstructive
30	Cas clinique 3 : Quels signes physiques en faveur d'un emphysème associé allez-vous rechercher ?
A	Une distension thoracique "en tonneau"
B	Une déformation thoracique "en carène"
C	Un hippocratisme digital
D	Une augmentation diffuse des vibrations vocales
E	Une diminution diffuse du murmure vésiculaire
31	Cas clinique 3 : Quel(s) signe(s) radiologiques auriez-vous pu voir sur la radiographie thoracique en cas d'emphysème pulmonaire associé ?
A	Une cardiomégalie
B	Un aplatissement des coupes diaphragmatiques
C	Des opacités interstitielles bilatérales
D	Une hyperclarté des champs pulmonaires
E	Une augmentation du nombre d'espaces inter-costaux visibles
32	Cas clinique 3 : En cas de distension pulmonaire par emphysème pulmonaire
A	La compliance thoraco-pulmonaire est augmentée
B	La compliance thoraco-pulmonaire est diminuée
C	La compliance thoraco-pulmonaire est normale
D	Le volume pulmonaire en fin d'expiration calme est supérieur au volume de relaxation physiologique de l'ensemble thoraco-pulmonaire
E	Le volume pulmonaire en fin d'expiration calme est inférieur au volume de relaxation physiologique de l'ensemble thoraco-pulmonaire
33	Cas clinique 3 : La spirométrie réalisée à ce patient montre :
A	Une capacité pulmonaire totale (CPT) augmentée
B	Une capacité pulmonaire totale (CPT) diminuée
C	Un volume résiduel (VR) diminué
D	VR/CPT augmenté
E	VR/CPT diminué

Histologie

On distingue sur l'illustration suivante :

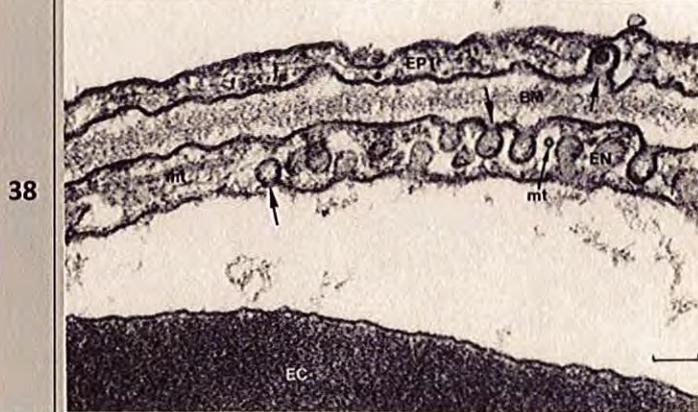
34



R1	En C, les microvillosités apicales d'une cellule cylindrique de l'épithélium respiratoire
R2	En Mv, le mucus libéré par exocytose au pôle apical d'une cellule à mucus ouverte (caliciforme)
R3	En GC, le pôle basal d'une cellule à mucus ouverte (GC = goblet cell en anglais)
R4	En SGC, les granules sécrétoires d'une cellule endocrine sous contrôle du système nerveux autonome
R5	En CC, le pôle basal de deux cellules basales
35 Au niveau des bronches intrapulmonaires lobaires (bronches secondaires) on trouve :	
A	Un épithélium respiratoire tout à fait comparable à celui de la trachée
B	Un épithélium renfermant des cellules cylindriques ciliées et des cellules de Clara
C	Des pièces de cartilage hyalin entourées de périchondre, l'ensemble ayant une forme de fer à cheval
D	Des glandes séreuses et muqueuses et du tissu lymphoïde de type BALT
E	Des bronches dites respiratoires, des alvéoles s'ouvrant directement dans leur lumière

36	<p>L'illustration ci-dessous montre :</p>	
	A	En LV, le recessus ou ventricule latéral (de Morgagni) entre les deux parties des cordes vocales
	B	En VC, la partie des vraies cordes vocales qui est revêtue d'un épithélium malpighien
	C	En TM, la muqueuse respiratoire composée d'un épithélium et d'un chorion (LP = lamina propria)
	D	En VM, le muscle vocal crico-pharyngé
	E	En LG, des follicules lymphoïdes appartenant à la partie basse des amygdales linguales
37	<p>Dans le secteur alvéolaire représenté ci-dessous :</p>	
	A	En A (x 3), on se trouve au niveau d'une bronchiole respiratoire
	B	En TB, il s'agit d'une bronchiole terminale car on voit un peu de cartilage hyalin sous la muqueuse
	C	En RB, il est possible de trouver des macrophages alvéolaires dans la lumière
	D	En TMu, on trouve des glandes muqueuses dans le chorion
	E	Les alvéoles apparaissent dilatées car le poumon a été insufflé avant fixation, inclusion et coupe

L'illustration ci-dessous (ME à fort grossissement) représente :



- A La barrière alvéolo-capillaire au niveau d'un pneumocyte I et d'une cellule endothéliale
- B En EC (bas), un globule rouge dense aux électrons à cause de la présence du fer hémoglobinique
- C En BM, la barrière alvéolo-capillaire proprement dite
- D En EP (haut), la cellule « épithéliale » c'est-à-dire le pneumocyte membraneux
- E En EN (partie centrale), la cellule « endothéliale » du capillaire sanguin

Cas clinique n°4

39 Cas clinique 4: Un jeune homme de vingt ans est victime d'un accident de chantier. Il a été violemment percuté par une poutre de 300 kg au niveau du thorax, du côté gauche. A l'arrivée des secours, les voies aériennes sont libres, la fréquence respiratoire est à 40 cpm, la fréquence cardiaque est à 120 bpm, la tension artérielle à 90/75 mmHg, le patient est orienté et conscient. Le saturomètre est mis en place. La SpO2 est à 90%. Ce chiffre correspond à une PaO2 approximative de :

- A 120 mmHg
- B 90 mmHg
- C 60 mmHg
- D 30 mmHg
- E 27 mmHg

40 Cas clinique 4 : A son arrivée en salle des urgences vitales de l'hôpital, une échographie pleurale est réalisée. Quel est ou quels sont le ou les but(s) de cet examen ?

- A Identifier les fractures de côtes
- B Identifier des zones de contusion pulmonaire
- C Identifier un épanchement pleural liquidien
- D Identifier un épanchement pleural gazeux
- E Identifier une contusion myocardique

41 Cas clinique 4: Quelle est la définition la plus exacte d'un volet thoracique ?

- A Enfoncement d'une portion de la cage thoracique
- B Plusieurs fractures de côtes contiguës
- C Fractures de côtes associées à une contusion pulmonaire
- D Au moins deux côtes consécutives présentant chacune au moins deux fractures
- E Fractures siégeant sur les trois premières côtes

42	Cas clinique 4: Comment dit-on « volet costal » en anglais ?
A	Costal flap
B	Rib flap
C	Flap chest
D	Flail chest
E	Thoracic flap
43	Cas clinique 4: L'état du patient se dégrade et, en raison de sa détresse respiratoire, il est intubé et placé sous respirateur. Il existe un silence auscultatoire à gauche. Quels sont les deux diagnostics à évoquer ?
A	L'air ne passe pas dans le parenchyme pulmonaire contus
B	L'hématome pariétal arrête les sons ce qui explique le silence auscultatoire
C	Le patient est intubé sélectivement à droite
D	Le patient présente une rupture du diaphragme
E	Le patient a constitué, sous ventilation mécanique, un pneumothorax gauche
44	Cas clinique 4: Juste avant le transfert en service de réanimation, les constantes du patient se dégradent avec une SpO₂ qui passe de 92 % à 85 %, une fréquence cardiaque qui passe de 95 bpm à 130 bpm et une TA qui passe de 120/80 mm Hg à 90/75 mm Hg. Quelle est la première chose à vérifier ?
A	L'absence d'hémorragie abdominale par une échographie FAST
B	L'absence d'aggravation d'un traumatisme crânien associé
C	Qu'il n'y a pas eu constitution d'un pneumothorax
D	Que le patient est toujours correctement intubé
E	Qu'il n'y a pas eu constitution d'un hémothorax
Pharmacologie	
45	Indiquer parmi les suivants le (s) bronchodilatateur (s) qui stimule (nt) directement les mécanismes de relaxation du muscle lisse bronchique :
A	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à courte durée d'action
B	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à longue durée d'action
C	la théophylline d'action rapide
D	les anticholinergiques
E	les antileucotriènes
46	L'action bronchodilatatrice des β2-mimétiques provoque une hyperpolarisation et une mise au repos de la cellule. Cette hyperpolarisation est consécutive à :
A	l'activation des protéines kinases
B	l'ouverture de canaux potassiques Ca ²⁺ -dépendants
C	l'inhibition des interactions actine-myosine
D	l'augmentation des concentrations en calcium cytosolique
E	la stimulation des interactions actine-myosine

47	L'administration, par voie générale (PO, SC, IV), d'un β2-mimétique, peut provoquer:
A	Une arythmie cardiaque,
B	Une hypokaliémie,
C	Une hyperglycémie
D	Un bronchospasme
E	Une hypoglycémie
48	L'action antiasthmatique des corticoïdes est liée à :
A	l'augmentation de la synthèse de protéines anti-inflammatoires
B	l'augmentation de la synthèse de la lipocortine-1
C	l'augmentation de la synthèse de l'anexine
D	l'inhibition de la phospholipase A2
E	L'inhibition de la synthèse de médiateurs lipidiques pro-inflammatoires, comme les leucotriènes
Cas clinique n°5	
49	Cas clinique 5 : Une jeune femme de 24 ans se présente aux urgences pour une dyspnée d'apparition brutale il y a quelques heures. Les premières constantes prises par l'infirmière d'accueil sont les suivantes : TA 125/80 mmHg, FC 110/min, SaO₂ 91% en air ambiant, T°36,8°C. Quel(s) diagnostic(s) peut/peuvent être évoqué(s) à ce stade ?
A	Infarctus du myocarde
B	Embolie pulmonaire
C	Crise d'asthme
D	Bronchite aiguë
E	Pneumothorax
50	Cas clinique 5 : Vous allez examiner cette patiente. Elle présente une polypnée avec une fréquence respiratoire à 27/min. Quel(s) signe(s) clinique(s) de gravité devez-vous rechercher ?
A	Des troubles de la vigilance
B	Une orthopnée
C	Une cyanose
D	Un balancement thoraco-abdominal
E	Des râles auscultatoires
51	Cas clinique 5 : Une fois votre interrogatoire et votre examen clinique terminé, vous concluez au diagnostic de crise d'asthme. Quel(s) élément(s) vous a/ont permis d'arriver à cette conclusion ?
A	La présence de râles crépitants diffus à l'auscultation
B	La présence de râles sibilants diffus à l'auscultation
C	La présence d'un bruit de stridor
D	La présence d'un syndrome de condensation pulmonaire à l'auscultation
E	La présence d'un souffle tubaire à l'auscultation

52	Cas clinique 5 : Que recherchez-vous à la radiographie thoracique pour étayer ce diagnostic ?
A	Une distension thoracique
B	Un élargissement médiastinal
C	Un épaississement des parois bronchiques
D	Une pleurésie de faible abondance
E	Une ascension des coupes diaphragmatiques
53	Cas clinique 5 : Lors d'une crise d'asthme,
A	Les résistances des voies aériennes augmentent en raison du bronchospasme
B	Les résistances des voies aériennes diminuent en raison du bronchospasme
C	Le bronchospasme provoque un trouble ventilatoire obstructif réversible
D	Le bronchospasme provoque un trouble ventilatoire obstructif irréversible
E	Le bronchospasme provoque un trouble ventilatoire restrictif
54	Cas clinique 5 : A la lecture de l'examen spirométrique réalisé chez cette patiente, quels sont les paramètres qui peuvent être diminués ?
A	Capacité Vitale (CV)
B	Volume Résiduel (VR)
C	Volume Expiré Maximal par Minute (VEMS)
D	VEMS/CV
E	VR/Capacité Pulmonaire totale (CPT)
55	Cas clinique 5 : Concernant les nerfs bronchiques, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?
A	Les nerfs bronchiques contiennent des fibres sympathiques et des fibres parasympathiques.
B	Les nerfs bronchiques sont issus des plexus pulmonaires antérieur et postérieur.
C	Les nerfs bronchiques sont issus des plexus pulmonaires droit et gauche.
D	Le contingent parasympathique des plexus pulmonaires provient des branches descendantes des nerfs laryngés inférieurs
E	La stimulation du système sympathique entraîne une contraction des muscles lisses bronchiques et donc une bronchoconstriction
56	Cas clinique 5 : About the thoracoabdominal diaphragm, which of the following statements is or are TRUE?
A	The diaphragm normally curves into right and left domes.
B	The right dome is slightly higher than the left dome.
C	The right dome reaches as high as the upper border of the fifth rib.
D	The central tendon, which lies between the two domes, remains at the level of xiphisternal joint.
E	In a chronic asthmatic patient, diaphragmatic domes are typically flattened.
57	Cas clinique 5 : Indiquer parmi les suivants le (s) bronchodilatateur (s) le (s) mieux adapté (s) pour traiter la crise d'asthme de cette patiente
A	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à courte durée d'action
B	les bronchodilatateurs β 2-mimétiques à longue durée d'action
C	la théophylline d'action rapide
D	les anticholinergiques
E	les antileucotriènes

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 11

*Faculté de médecine Lyon-
Est*

18 Décembre 2014



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°1

1	La bilirubine
A	Est synthétisée dans le foie
B	Provient de la dégradation de l'hémoglobine
C	Est transportée dans le sang par l'albumine
D	Est responsable de la coloration jaune des téguments lorsque sa concentration augmente
E	Est éliminée dans la bile
2	Concernant les fonctions hépatiques,
A	L'urée est synthétisée à partir de l'ammoniaque
B	Les hépatocytes sont capables de synthétiser du glucose à partir de lactate
C	Du cholestérol peut être synthétisé dans les hépatocytes
D	L'oxydation des xénobiotiques dans les hépatocytes contribue à leur dégradation
E	La synthèse de facteur V par les hépatocytes nécessite de la vitamine K
3	La formation de lithiase biliaire est favorisée par
A	La stagnation de la bile dans la vésicule entre les repas
B	La sécrétion d'eau au niveau de la vésicule biliaire
C	La formation d'acides biliaires secondaires au niveau des hépatocytes
D	Une modification de la composition biliaire en cholestérol, bilirubine ou phospholipides
E	Une importante sécrétion de mucus au niveau de la vésicule biliaire
4	La digestion et l'absorption des protéines fait intervenir
A	La lipase pancréatique
B	L'acidité gastrique
C	L'entérokinase de la bordure en brosse intestinale
D	L'élastase pancréatique
E	Des transporteurs pour les acides aminés situés au pôle apical des entérocytes
5	En cas d'atrophie villositaire, l'absorption des substances suivantes est perturbée
A	Calcium
B	Cellulose
C	Vitamine D
D	Vitamine C
E	Fer
6	Les micelles mixtes contiennent
A	Des sels biliaires
B	Des acides gras
C	Du cholestérol
D	De la vitamine B12
E	Du calcium

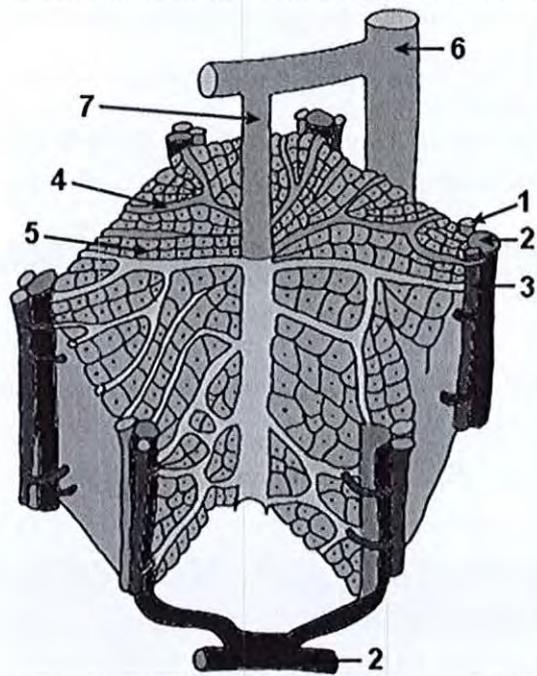
7	La sécrétion acide gastrique
A	Est inhibée par la prise alimentaire
B	Est stimulée par la gastrine
C	Est assurée par des pompes K ⁺ H ⁺ ATPase
D	Joue un rôle dans la digestion des amidons
E	Est essentielle pour l'absorption de la vitamine B12
8	La prise alimentaire stimule
A	La sécrétion salivaire
B	La survenue de phases 3 du complexe moteur migrant
C	La sécrétion pancréatique de bicarbonates
D	La sécrétion pancréatique enzymatique
E	La sécrétion de ghréline
9	Le nerf vague stimule
A	La sécrétion salivaire
B	La sécrétion acide gastrique
C	La sécrétion de gastrine
D	La vidange gastrique
E	L'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage lors de la déglutition
10	Le suc pancréatique contient
A	Du facteur intrinsèque
B	Des ions bicarbonates
C	De l'amylase
D	Du pepsinogène
E	De la lipase
11	Le complexe moteur migrant
A	Caractérise la motricité per prandiale de l'intestin grêle
B	Permet la progression des fèces dans le colon
C	Permet le broyage gastrique du bol alimentaire
D	Comporte une phase de repos moteur
E	Prévient la prolifération bactérienne dans l'intestin grêle
12	En cas de gastrectomie, les fonctions suivantes sont perturbées
A	Arrivée progressive du bol alimentaire dans l'intestin grêle
B	Absorption de vitamine B12
C	Activation du chymotrypsinogène pancréatique
D	Digestion des glucides
E	Absorption des folates

13	Concernant les mécanismes de la continence et de la défécation
A	Le muscle pubo-rectal participe à l'angulation ano-rectale au repos
B	Le colon distal joue un rôle de réservoir
C	Le réflexe recto-anal inhibiteur entraîne l'ouverture du sphincter anal interne
D	L'accommodation rectale permet de différer la défécation
E	Il existe une descente du périnée lors de la défécation
14	Concernant la déglutition,
A	Il y a un bref arrêt de la respiration lors de la phase pharyngée de la déglutition
B	L'ouverture du sphincter inférieur de l'œsophage précède l'arrivée de la contraction œsophagienne dans l'œsophage distal
C	Il existe une activation séquentielle des motoneurons excitateurs et inhibiteurs du système nerveux entérique au niveau de l'œsophage
D	L'arrivée du bol alimentaire dans l'estomac proximal entraîne une relaxation de celui-ci
E	La contraction linguale permet de propulser le bol alimentaire dans le pharynx
15	La phase œsophagienne de la déglutition comporte
A	L'ouverture du sphincter inférieur de l'œsophage
B	La survenue d'une contraction œsophagienne péristaltique
C	Un arrêt de la respiration
D	Une ascension du voile du palais
E	La contraction linguale
16	The abdominal wall muscles play an important role in :
A	Breathing
B	Cough
C	Parturition
D	Defecation
E	Digestion
17	Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est ou sont exacte(s) ?
A	La cavité péritonéale occupe la totalité de la cavité abdominale.
B	La cavité péritonéale occupe une partie de la cavité pelvienne.
C	La cavité abdominale s'étend du diaphragme au plancher des muscles releveurs de l'anus.
D	La cavité péritonéale est limitée en arrière par la racine du mésentère.
E	La cavité péritonéale est limitée avant par le péritoine pariétal.
18	Quel métamère correspond à l'ombilic ?
A	Th 8
B	Th 9
C	Th 10
D	Th 11
E	Th12

19	Un jeune apprenti boulanger de 17 ans, ressent une violente douleur inguinale au moment de soulever un sac de farine de 25 kg. Lorsqu'il consulte son médecin, celui-ci découvre une tuméfaction inguino-scrotale et lui annonce qu'il présente une hernie (Q 19-21). Parmi les définitions suivantes, laquelle correspond le mieux à une hernie ?
A	Voussure en regard d'un point de faiblesse de la paroi abdominale.
B	Tuméfaction réductible et impulsive à la toux.
C	Tuméfaction scrotale qui augmente de volume en position debout.
D	Circulation veineuse péri-ombilicale.
E	Issue d'un viscère à travers un point de faiblesse naturel de la paroi abdominale.
20	Selon toute vraisemblance, il s'agit d'une hernie :
A	indirecte
B	directe
C	oblique externe
D	oblique interne
E	congénitale
21	Le trajet de cette hernie se trouve :
A	Au-dessus du ligament inguinal
B	En dehors des vaisseaux épigastriques
C	Au contact du ligament lacunaire
D	En dedans des vaisseaux fémoraux
E	En dessous de la ligne de Malgaigne
22	A combien de centimètres des arcades dentaires se situe le passage de l'œsophage dans le hiatus œsophagien chez un sujet mesurant 175 cm?
A	21 cm
B	25 cm
C	28 cm
D	37 cm
E	50 cm
23	Quelle(s) anomalie(s) peu(ven)t résulter de l'involution incomplète du canal vitellin ?
A	Diverticule de Meckel
B	Bride entéro-ombilicale
C	Fistule ombilicale
D	Sinus ombilical
E	Kyste ombilical
24	Concernant la charnière recto-sigmoïdienne, quelles sont les propositions exactes ?
A	En anatomie chirurgicale et en anatomie descriptive, la jonction recto-sigmoïdienne ne se projette pas au même endroit.
B	La jonction recto-sigmoïdienne " chirurgicale " se situe à 9 cm de la marge anale.
C	La jonction recto-sigmoïdienne " chirurgicale " est située au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne anatomique.
D	La jonction recto-sigmoïdienne " anatomique " se projette sur le corps de S3.
E	La jonction recto-sigmoïdienne " chirurgicale " est située au niveau du cul de sac de Douglas.

25	Concernant l'anatomie du foie, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?
A	Les segments hépatiques n'ont pas la même disposition sur un foie explanté et sur un foie in situ.
B	Le foie ex-vivo a tendance à s'étaler et le secteur latéral droit se trouve en position nettement latérale par rapport au secteur paramédian droit.
C	Sur un foie in situ, le secteur latéral droit est en position postérieure par rapport au secteur paramédian droit.
D	L'anatomie du foie gauche reste superposable qu'il soit explanté ou in-situ.
E	Le ligament rond marque la limite entre le foie droit et le foie gauche.
26	Les glandes muqueuses de Schaffer et les glandes cardiales :
A	Ne se trouvent que dans la muqueuse du 1/3 supérieur de l'oesophage
B	Sont revêtues par un épithélium cylindrique simple à cellules à mucus fermées
C	Reçoivent une innervation motrice à partir des fibres post-ganglionnaires des plexus de Meissner
D	Sont situées dans la sous-muqueuse, comme les plexus veineux en relation avec le système porte
E	Sont reliées à la surface épithéliale par des canaux excréteurs de Hering
27	Les caractères histologiques suivants s'appliquent à l'oesophage de Barrett :
A	Il survient sur un épithélium de type gastrique transformé en épithélium épidermoïde
B	Il survient sur un épithélium métaplasique
C	Il peut comporter en surface une néo-muqueuse gastrique ou intestinale
D	Il survient dans l'oesophage cervical sous la bouche de Kilian
E	Il présente un risque de transformation en adénocarcinome
28	La sécrétion acide gastrique :
A	Survient au niveau des cellules bordantes des glandes droites du fundus et du corps de l'estomac
B	Nécessite une énergie fournie par des mitochondries qui représentent 40% du volume cellulaire
C	Est modulée par l'activation de récepteurs nucléaires à histamine et gastrine
D	Est couplée, dans une même cellule, à la sécrétion de zymogène et de pepsinogène
E	Est couplée, dans une même cellule, à la libération au pôle basal d'ions bicarbonates
29	On trouve au niveau duodéal :
A	Des valvules conniventes revêtues de villosités intestinales
B	Des capillaires sanguins et un lymphatique appelé chylifère central dans l'axe des villosités
C	Des microvillosités en surface des entérocytes, revêtues de glycocalyx PAS-positif
D	Un épithélium de surface, des cryptes et des glandes, l'ensemble étant de type lieberkühnien
E	Des glandes de Brunner dans la sous-muqueuse, responsables d'une sécrétion alcaline (pH 9)

Dans le lobule hépatique classique comme ci-dessous, hexagonal à la coupe, on trouve :



30

- A En 7, une veine centro-lobulaire se drainant dans une veine sus-hépatique (puis dans la VCI)
- B En 4, un canal biliaire faisant partie des voies biliaires intra-hépatiques
- C En 5, une (ou des) travée(s) hépatocytaires
- D En 1 et 2, des éléments constitutifs de l'espace péri-sinusoïdal de Disse
- E En 6, l'aorte abdominale au niveau de l'origine du tronc coélique et de l'artère hépatique

31 On observe au niveau des espaces portes :

- A Des cellules de Kupffer au niveau des canaux de Hering
- B Des canalicules biliaires et des canaux biliaires
- C Des branches de la veine porte et de l'artère hépatique, ainsi que des lymphatiques
- D Des cellules de Ito responsables de la synthèse et du stockage de la vitamine A
- E Des capillaires sinusoïdes entourés d'hépatocytes et de fibrilles de réticuline

32 Un patient âgé de 43 ans est adressé pour un tableau de douleur épigastrique évoluant depuis 15 jours. Parmi les signes suivants, lesquels permettraient d'orienter le diagnostic vers un ulcère gastrique ?

- A Le caractère post prandial tardif de la douleur
- B L'absence d'efficacité des anti-acides
- C La sédation de la douleur avec l'alimentation
- D La douleur oblige habituellement à arrêter de manger
- E La présence d'un méléna

33 Parmi les caractéristiques de la dysphagie, laquelle oriente vers une achalasie de l'œsophage ?

- A La dysphagie est souvent d'évolution fluctuante
- B L'amaigrissement est un signe constant
- C Présence d'une anémie mégalo-blastique
- D La dysphagie concerne exclusivement les solides
- E L'interrogatoire retrouve souvent une double intoxication ethylo-tabagique

34	En cas de pancréatite aiguë
A	La douleur est souvent intense de siège épigastrique et transfixiante
B	La douleur est aggravée par l'antéflexion
C	Il existe un signe de Murphy
D	Un taux sanguin de lipase > 3 fois la normale est spécifique de pancréatite aiguë
E	En cas d'origine lithiasique biliaire, la pancréatite aiguë est rarement grave
35	Parmi les signes suivants, lesquels peuvent orienter vers une pancréatite chronique ?
A	Une altération de l'état général
B	Un diabète sucré
C	Les épisodes douloureux sont souvent marqués par des douleurs épigastriques, brèves et irradiant habituellement à l'épaule droite
D	Une diarrhée faite de selles grasses
E	Un ictère
36	Parmi les caractéristiques cliniques suivantes d'une douleur abdominale, quels sont les éléments orientant vers le diagnostic de colique hépatique ?
A	La douleur siège souvent au niveau de l'hypochondre gauche
B	Sa durée est habituellement supérieure à 12 heures
C	La douleur survient après un repas abondant et gras
D	Le signe de Murphy correspond à une douleur de l'hypochondre droit majorée à l'inspiration profonde
E	Le début de la douleur est souvent brutal
37	Parmi les signes cliniques suivants, quels sont ceux caractérisant une hypertension portale ?
A	L'érythrose palmaire
B	Une ascite
C	Une splénomégalie
D	Les ongles blancs
E	La présence d'une circulation collatérale abdominale
38	Un patient cirrhotique âgé de 56 ans est hospitalisé pour un épisode de décompensation oedémato-ascitique. Quel signe précoce indique la présence d'une encéphalopathie hépatique ?
A	Une roue dentée
B	Le patient est incapable de se souvenir de la date du jour
C	Un astérisis
D	Le patient décrit des hallucinations visuelles
E	L'examen retrouve une rigidité en tuyau de plomb
39	Un patient cirrhotique est admis pour une hématomérose. Vous réalisez l'observation d'admission et vous recherchez les stigmates d'insuffisance hépatocellulaire. Quelles sont les propositions exactes ?
A	Vous recherchez des tremblements fins des extrémités
B	Vous recherchez une érythrose palmaire
C	Vous recherchez un hippocratisme digital
D	Vous recherchez des angiomes stellaires
E	Vous recherchez une coloration brunâtre des ongles

40	Concernant le cancer du pancréas, indiquez les propositions exactes.
A	Le cancer de la queue du pancréas se manifeste habituellement par un ictère isolé
B	La pancréatite chronique ne se complique jamais de cancer du pancréas
C	Le syndrome solaire est une manifestation clinique classique du cancer du pancréas
D	L'apparition récente d'un diabète, ou la déstabilisation récente d'un diabète connu peuvent être révélateurs d'un cancer du pancréas
E	Le cancer de la tête du pancréas peut être associé à une vésicule biliaire distendue
41	Une patiente vous consulte pour des douleurs abdominales évoluant depuis 6 mois. Quels signes d'alarme doivent vous inciter à prescrire des examens complémentaires ?
A	L'apparition d'une diarrhée alternant avec une constipation
B	La présence d'un amaigrissement
C	L'amélioration des douleurs pendant les périodes de congés
D	La fluctuation des douleurs en fonction du type d'alimentation
E	La présence d'une rectorragie
42	Quelles sont les pathologies possiblement responsables d'une constipation ?
A	Hyperthyroïdie
B	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Maladie de Crohn)
C	Cancer du colon
D	Troubles fonctionnels intestinaux
E	L'utilisation de traitements à base de morphine
43	Concernant les complications classiques de la lithiase vésiculaire:
A	L'angiocholite qui est due à un enclavement d'une lithiase dans l'infundibulum cystique
B	L'angiocholite se manifeste par la triade symptomatique douleur - fièvre - ictère
C	La pancréatite aiguë est un mode possible de complication
D	La cholécystite aiguë est une infection de la paroi vésiculaire liée à la pullulation microbienne dans le liquide vésiculaire stagnant et bloqué par une lithiase obstruant l'infundibulum cystique
E	L'angiocholite ne se complique jamais de décharge bactérienne dans la circulation sanguine
44	En cas de cholécystite aiguë
A	Le patient présente des douleurs de colique hépatique avec fièvre
B	Le patient présente des signes de cholestase clinique
C	Le signe de Murphy est habituellement absent
D	La douleur cède spontanément en quelques heures
E	Il s'agit d'une urgence thérapeutique
45	Concernant les complications de la cirrhose :
A	Les trois grandes complications hépatiques de la cirrhose sont l'insuffisance hépatocellulaire, l'hypertension portale et le carcinome hépatocellulaire
B	L'hypertension portale ne se révèle que par la survenue d'ascite.
C	L'insuffisance hépatocellulaire se manifeste sous forme d'ictère, d'ascite, mais sans encéphalopathie hépatique qui est due aux métastases cérébrales du carcinome hépatocellulaire.
D	L'érythrose palmaire et les angiomes stellaires sont des signes d'insuffisance hépatocellulaire
E	Biologiquement, l'insuffisance hépatocellulaire est caractérisée par une augmentation des transaminases et des GGT.

46	Concernant l'ictère
A	La coloration jaune est due à un dépôt de sels biliaires au niveau de la peau et des muqueuses
B	Il peut être d'origine extra-hépatique, par obstacle sur les voies biliaires.
C	Il peut être bénin par déficit partiel de la conjugaison de la bilirubine au niveau de l'hépatocyte
D	En cas d'insuffisance hépatocellulaire, l'excès de bilirubine sanguin porte essentiellement sur la bilirubine libre
E	Il s'associe à des selles foncées et des urines très claires
47	Concernant l'appendicite aiguë
A	Le syndrome appendiculaire n'est pas pathognomonique d'une appendicite
B	Une appendicite aigue peut se révéler par une occlusion fonctionnelle du grêle
C	Sans fièvre, on peut exclure le diagnostic d'appendicite
D	La défense abdominale en hypochondre droit est le meilleur signe d'appendicite
E	La douleur d'appendicite ne se présente jamais initialement en épigastrique
48	Dans le syndrome appendiculaire
A	Les examens complémentaires sont inutiles au diagnostic final, l'appendicite est un diagnostic purement clinique
B	Les examens complémentaires radiologiques sont importants pour faire le diagnostic final d'appendicite
C	L'absence de signe indirect à l'échographie élimine le diagnostic d'appendicite
D	La position la plus fréquente de l'appendice est au niveau de la fosse iliaque droite
E	La fièvre est en général élevée (température > 39°C)
49	Concernant les péritonites :
A	Le diagnostic de péritonite est un diagnostic clinique
B	La péritonite généralisée est toujours accompagnée de fièvre
C	Associé à une violente douleur épigastrique, le pneumopéritoine est toujours en rapport avec un ulcère perforé gastrique
D	L'épanchement péritonéal liquidien signe radiologiquement la péritonite
E	Il existe chez la personne âgée des péritonites sans contracture abdominale
50	Concernant les traumatismes de l'abdomen
A	La soif intense peut constituer un marqueur de gravité initiale d'un traumatisme de l'abdomen
B	Une petite plaie cutanée en longueur est un critère clinique rassurant
C	Un traumatisme fermé de l'abdomen peut engendrer une plaie intestinale sans plaie cutanée
D	Le diagnostic d'une plaie de l'intestin grêle est très facile cliniquement dès la première heure de prise en charge
E	Une péritonite survenant secondairement (3 jours) après un traumatisme abdominal doit faire évoquer une plaie intestinale méconnue initialement
51	Les paramètres biochimiques suivants ont un intérêt dans la prise en charge d'une hépatite virale aiguë:
A	ASAT
B	ALAT
C	phosphatases alcalines
D	bilirubine libre
E	Bilirubine conjuguée

52	Concernant l'imagerie du tube digestif, cocher les propositions vraies
A	Un lavement à la gastrografine (hydrosoluble) peut être réalisé même s'il existe une suspicion de perforation colique
B	Les niveaux hydro-aériques visibles sur l'ASP témoignent d'une stase digestive
C	Il n'est pas possible d'explorer les anses grêles en scanner car elles sont trop entremêlées
D	Le scanner peut être complété par un lavement à l'eau
E	L'échographie ne peut pas explorer la paroi digestive car les ultrasons sont arrêtés par l'air
53	Concernant l'imagerie du pancréas et des voies biliaires, cocher les propositions vraies
A	L'échographie est le meilleur examen pour explorer le pancréas
B	En cas de suspicion de pancréatite, le meilleur examen d'imagerie est le scanner
C	Une pancréatite peut s'accompagner d'une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques
D	Un scanner normal élimine un calcul biliaire
E	Une pancréatite sévère s'accompagne généralement de coulées de nécrose péri-pancréatiques
54	Concernant l'imagerie hépato-biliaire, cocher les propositions vraies
A	Un temps artériel au scanner est obtenu 120 secondes après le début de l'injection de produit de contraste
B	Il n'y a pas encore de rehaussement du foie lors d'une acquisition scanner au temps artériel
C	Le temps artériel est essentiel pour la détection des hépatocarcinomes en scanner
D	Le rehaussement du foie est maximal en scanner au moment du temps portal
E	L'aorte est plus rehaussée sur le temps portal que sur le temps artériel
55	Concernant l'imagerie de la cirrhose, cocher les propositions vraies
A	Le foie droit est généralement atrophique
B	Le foie est généralement bosselé
C	Il peut y avoir une reperméabilisation de la veine ombilicale
D	Il est recommandé d'inclure un temps artériel en scanner pour détecter un éventuel hépatocarcinome
E	L'hépatocarcinome survient plus fréquemment sur un foie de cirrhose que sur un foie sain
56	Quels éléments peuvent faire suspecter une hypertension portale en scanner ?
A	La présence de varices cardio-tubérositaires
B	Un tronc porte de plus de 12 mm de diamètre
C	Une splénomégalie
D	Un calcul vésiculaire
E	Une coulée de nécrose péri-pancréatique
57	Les inhibiteurs de la pompe à protons sont des médicaments
A	Très bien tolérés en moyenne
B	Dont l'utilisation à long terme ne présente aucun risque
C	Dont l'efficacité n'a jamais été prouvée dans aucun essai clinique
D	Qui peuvent présenter des interactions avec des médicaments antiagrégants plaquettaires
E	Agissant par blocage des récepteurs gastriques à l'histamine

EXAMENS TERMINAUX

DFGSM 2

UE 11

18 Décembre 2014

*Faculté de médecine Lyon-
Est*



A lire avant de commencer l'épreuve

Identification des sujets

Avant de commencer veuillez reporter le numéro de sujet sur votre grille de réponses.

ATTENTION : si le numéro de sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Sujet n°2

1	La digestion et l'absorption des protéines fait intervenir
A	La lipase pancréatique
B	L'acidité gastrique
C	L'entérokinase de la bordure en brosse intestinale
D	L'élastase pancréatique
E	Des transporteurs pour les acides aminés situés au pôle apical des entérocytes
2	En cas d'atrophie villositaire, l'absorption des substances suivantes est perturbée
A	Calcium
B	Cellulose
C	Vitamine D
D	Vitamine C
E	Fer
3	Concernant les fonctions hépatiques,
A	L'urée est synthétisée à partir de l'ammoniaque
B	Les hépatocytes sont capables de synthétiser du glucose à partir de lactate
C	Du cholestérol peut être synthétisé dans les hépatocytes
D	L'oxydation des xénobiotiques dans les hépatocytes contribue à leur dégradation
E	La synthèse de facteur V par les hépatocytes nécessite de la vitamine K
4	La prise alimentaire stimule
A	La sécrétion salivaire
B	La survenue de phases 3 du complexe moteur migrant
C	La sécrétion pancréatique de bicarbonates
D	La sécrétion pancréatique enzymatique
E	La sécrétion de ghréline
5	La sécrétion acide gastrique
A	Est inhibée par la prise alimentaire
B	Est stimulée par la gastrine
C	Est assurée par des pompes K ⁺ H ⁺ ATPase
D	Joue un rôle dans la digestion des amidons
E	Est essentielle pour l'absorption de la vitamine B12
6	Le suc pancréatique contient
A	Du facteur intrinsèque
B	Des ions bicarbonates
C	De l'amylase
D	Du pepsinogène
E	De la lipase

7	Le nerf vague stimule
A	La sécrétion salivaire
B	La sécrétion acide gastrique
C	La sécrétion de gastrine
D	La vidange gastrique
E	L'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage lors de la déglutition
8	The abdominal wall muscles play an important role in :
A	Breathing
B	Cough
C	Parturition
D	Defecation
E	Digestion
9	Le complexe moteur migrant
A	Caractérise la motricité per prandiale de l'intestin grêle
B	Permet la progression des fèces dans le colon
C	Permet le broyage gastrique du bol alimentaire
D	Comporte une phase de repos moteur
E	Prévient la prolifération bactérienne dans l'intestin grêle
10	Concernant la déglutition,
A	Il y a un bref arrêt de la respiration lors de la phase pharyngée de la déglutition
B	L'ouverture du sphincter inférieur de l'œsophage précède l'arrivée de la contraction œsophagienne dans l'œsophage distal
C	Il existe une activation séquentielle des motoneurones excitateurs et inhibiteurs du système nerveux entérique au niveau de l'œsophage
D	L'arrivée du bol alimentaire dans l'estomac proximal entraîne une relaxation de celui-ci
E	La contraction linguale permet de propulser le bol alimentaire dans le pharynx
11	A combien de centimètres des arcades dentaires se situe le passage de l'œsophage dans le hiatus œsophagien chez un sujet mesurant 175 cm?
A	21 cm
B	25 cm
C	28 cm
D	37 cm
E	50 cm
12	Concernant les mécanismes de la continence et de la défécation
A	Le muscle pubo-rectal participe à l'angulation ano-rectale au repos
B	Le colon distal joue un rôle de réservoir
C	Le réflexe recto-anal inhibiteur entraîne l'ouverture du sphincter anal interne
D	L'accommodation rectale permet de différer la défécation
E	Il existe une descente du périnée lors de la défécation

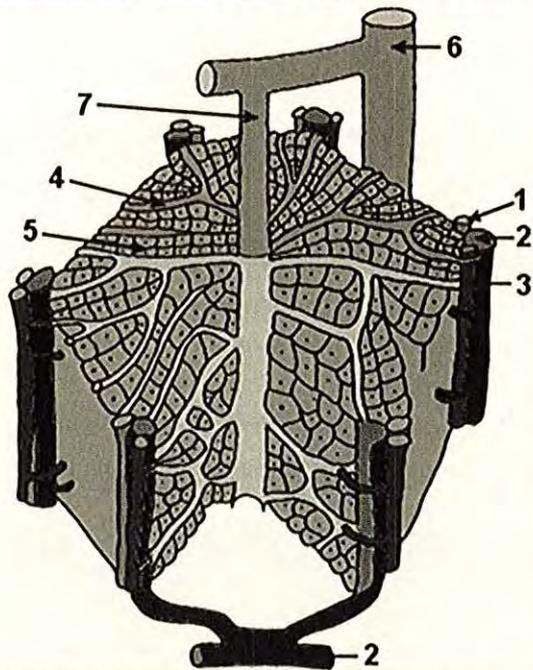
13	Les micelles mixtes contiennent
A	Des sels biliaires
B	Des acides gras
C	Du cholestérol
D	De la vitamine B12
E	Du calcium
14	Quelle(s) anomalie(s) peu(ven)t résulter de l'involution incomplète du canal vitellin ?
A	Diverticule de Meckel
B	Bride entéro-ombilicale
C	Fistule ombilicale
D	Sinus ombilical
E	Kyste ombilical
15	Quel métamère correspond à l'ombilic ?
A	Th 8
B	Th 9
C	Th 10
D	Th 11
E	Th12
16	Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est ou sont exacte(s) ?
A	La cavité péritonéale occupe la totalité de la cavité abdominale.
B	La cavité péritonéale occupe une partie de la cavité pelvienne.
C	La cavité abdominale s'étend du diaphragme au plancher des muscles releveurs de l'anus.
D	La cavité péritonéale est limitée en arrière par la racine du mésentère.
E	La cavité péritonéale est limitée avant par le péritoine pariétal.
17	La phase œsophagienne de la déglutition comporte
A	L'ouverture du sphincter inférieur de l'œsophage
B	La survenue d'une contraction œsophagienne péristaltique
C	Un arrêt de la respiration
D	Une ascension du voile du palais
E	La contraction linguale
18	Les glandes muqueuses de Schaffer et les glandes cardiales :
A	Ne se trouvent que dans la muqueuse du 1/3 supérieur de l'œsophage
B	Sont revêtues par un épithélium cylindrique simple à cellules à mucus fermées
C	Reçoivent une innervation motrice à partir des fibres post-ganglionnaires des plexus de Meissner
D	Sont situées dans la sous-muqueuse, comme les plexus veineux en relation avec le système porte
E	Sont reliées à la surface épithéliale par des canaux excréteurs de Hering

19	Un jeune apprenti boulanger de 17 ans, ressent une violente douleur inguinale au moment de soulever un sac de farine de 25 kg. Lorsqu'il consulte son médecin, celui-ci découvre une tuméfaction inguino-scrotale et lui annonce qu'il présente une hernie (Q 19-21). Parmi les définitions suivantes, laquelle correspond le mieux à une hernie ?
A	Voussure en regard d'un point de faiblesse de la paroi abdominale.
B	Tuméfaction réductible et impulsive à la toux.
C	Tuméfaction scrotale qui augmente de volume en position debout.
D	Circulation veineuse péri-ombilicale.
E	Issue d'un viscère à travers un point de faiblesse naturel de la paroi abdominale.
20	Selon toute vraisemblance, il s'agit d'une hernie :
A	indirecte
B	directe
C	oblique externe
D	oblique interne
E	congénitale
21	Le trajet de cette hernie se trouve :
A	Au-dessus du ligament inguinal
B	En dehors des vaisseaux épigastriques
C	Au contact du ligament lacunaire
D	En dedans des vaisseaux fémoraux
E	En dessous de la ligne de Malgaigne
22	La formation de lithiase biliaire est favorisée par
A	La stagnation de la bile dans la vésicule entre les repas
B	La sécrétion d'eau au niveau de la vésicule biliaire
C	La formation d'acides biliaires secondaires au niveau des hépatocytes
D	Une modification de la composition biliaire en cholestérol, bilirubine ou phospholipides
E	Une importante sécrétion de mucus au niveau de la vésicule biliaire
23	Concernant l'anatomie du foie, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) exacte(s) ?
A	Les segments hépatiques n'ont pas la même disposition sur un foie explanté et sur un foie in situ.
B	Le foie ex-vivo a tendance à s'étaler et le secteur latéral droit se trouve en position nettement latérale par rapport au secteur paramédian droit.
C	Sur un foie in situ, le secteur latéral droit est en position postérieure par rapport au secteur paramédian droit.
D	L'anatomie du foie gauche reste superposable qu'il soit explanté ou in-situ.
E	Le ligament rond marque la limite entre le foie droit et le foie gauche.
24	Parmi les signes suivants, lesquels peuvent orienter vers une pancréatite chronique ?
A	Une altération de l'état général
B	Un diabète sucré
C	Les épisodes douloureux sont souvent marqués par des douleurs épigastriques, brèves et irradiant habituellement à l'épaule droite
D	Une diarrhée faite de selles grasses
E	Un ictère

25	En cas de gastrectomie, les fonctions suivantes sont perturbées
A	Arrivée progressive du bol alimentaire dans l'intestin grêle
B	Absorption de vitamine B12
C	Activation du chymotrypsinogène pancréatique
D	Digestion des glucides
E	Absorption des folates
26	Parmi les caractéristiques de la dysphagie, laquelle oriente vers une achalasie de l'œsophage ?
A	La dysphagie est souvent d'évolution fluctuante
B	L'amaigrissement est un signe constant
C	Présence d'une anémie mégaloblastique
D	La dysphagie concerne exclusivement les solides
E	L'interrogatoire retrouve souvent une double intoxication ethylo-tabagique
27	La sécrétion acide gastrique :
A	Survient au niveau des cellules bordantes des glandes droites du fundus et du corps de l'estomac
B	Nécessite une énergie fournie par des mitochondries qui représentent 40% du volume cellulaire
C	Est modulée par l'activation de récepteurs nucléaires à histamine et gastrine
D	Est couplée, dans une même cellule, à la sécrétion de zymogène et de pepsinogène
E	Est couplée, dans une même cellule, à la libération au pôle basal d'ions bicarbonates
28	Concernant la charnière recto-sigmoïdienne, quelles sont les propositions exactes ?
A	En anatomie chirurgicale et en anatomie descriptive, la jonction recto-sigmoïdienne ne se projette pas au même endroit.
B	La jonction recto-sigmoïdienne " chirurgicale " se situe à 9 cm de la marge anale.
C	La jonction recto-sigmoïdienne " chirurgicale " est située au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne anatomique.
D	La jonction recto-sigmoïdienne " anatomique " se projette sur le corps de S3.
E	La jonction recto-sigmoïdienne " chirurgicale " est située au niveau du cul de sac de Douglas.
29	On observe au niveau des espaces portes :
A	Des cellules de Küpffer au niveau des canaux de Hering
B	Des canalicules biliaires et des canaux biliaires
C	Des branches de la veine porte et de l'artère hépatique, ainsi que des lymphatiques
D	Des cellules de Ito responsables de la synthèse et du stockage de la vitamine A
E	Des capillaires sinusoides entourés d'hépatocytes et de fibrilles de réticuline
30	Les caractères histologiques suivants s'appliquent à l'œsophage de Barrett :
A	Il survient sur un épithélium de type gastrique transformé en épithélium épidermoïde
B	Il survient sur un épithélium métaplasique
C	Il peut comporter en surface une néo-muqueuse gastrique ou intestinale
D	Il survient dans l'œsophage cervical sous la bouche de Kilian
E	Il présente un risque de transformation en adénocarcinome

31	La bilirubine
A	Est synthétisée dans le foie
B	Provient de la dégradation de l'hémoglobine
C	Est transportée dans le sang par l'albumine
D	Est responsable de la coloration jaune des téguments lorsque sa concentration augmente
E	Est éliminée dans la bile
32	En cas de pancréatite aiguë
A	La douleur est souvent intense de siège épigastrique et transfixiante
B	La douleur est aggravée par l'antéflexion
C	Il existe un signe de Murphy
D	Un taux sanguin de lipase > 3 fois la normale est spécifique de pancréatite aiguë
E	En cas d'origine lithiasique biliaire, la pancréatite aiguë est rarement grave
33	Parmi les signes cliniques suivants, quels sont ceux caractérisant une hypertension portale ?
A	L'érythrose palmaire
B	Une ascite
C	Une splénomégalie
D	Les ongles blancs
E	La présence d'une circulation collatérale abdominale
34	Un patient cirrhotique âgé de 56 ans est hospitalisé pour un épisode de décompensation oedémato-ascitique. Quel signe précoce indique la présence d'une encéphalopathie hépatique ?
A	Une roue dentée
B	Le patient est incapable de se souvenir de la date du jour
C	Un astérisis
D	Le patient décrit des hallucinations visuelles
E	L'examen retrouve une rigidité en tuyau de plomb
35	Un patient âgé de 43 ans est adressé pour un tableau de douleur épigastrique évoluant depuis 15 jours. Parmi les signes suivants, lesquels permettraient d'orienter le diagnostic vers un ulcère gastrique ?
A	Le caractère post prandial tardif de la douleur
B	L'absence d'efficacité des anti-acides
C	La sédation de la douleur avec l'alimentation
D	La douleur oblige habituellement à arrêter de manger
E	La présence d'un méléna

Dans le lobule hépatique classique comme ci-dessous, hexagonal à la coupe, on trouve :



36

- A En 7, une veine centro-lobulaire se drainant dans une veine sus-hépatique (puis dans la VCI)
- B En 4, un canal biliaire faisant partie des voies biliaires intra-hépatiques
- C En 5, une (ou des) travée(s) hépatocytaires(s)
- D En 1 et 2, des éléments constitutifs de l'espace péri-sinusoïdal de Disse
- E En 6, l'aorte abdominale au niveau de l'origine du tronc cœliaque et de l'artère hépatique

37 Une patiente vous consulte pour des douleurs abdominales évoluant depuis 6 mois. Quels signes d'alarme doivent vous inciter à prescrire des examens complémentaires ?

- A L'apparition d'une diarrhée alternant avec une constipation
- B La présence d'un amaigrissement
- C L'amélioration des douleurs pendant les périodes de congés
- D La fluctuation des douleurs en fonction du type d'alimentation
- E La présence d'une rectorragie

38 Concernant les complications classiques de la lithiase vésiculaire:

- A L'angiocholite qui est due à un enclavement d'une lithiase dans l'infundibulum cystique
- B L'angiocholite se manifeste par la triade symptomatique douleur - fièvre - ictère
- C La pancréatite aiguë est un mode possible de complication
- D La cholécystite aiguë est une infection de la paroi vésiculaire liée à la pullulation microbienne dans le liquide vésiculaire stagnant et bloqué par une lithiase obstruant l'infundibulum cystique
- E L'angiocholite ne se complique jamais de décharge bactérienne dans la circulation sanguine

39 Concernant l'imagerie du pancréas et des voies biliaires, cocher les propositions vraies

- A L'échographie est le meilleur examen pour explorer le pancréas
- B En cas de suspicion de pancréatite, le meilleur examen d'imagerie est le scanner
- C Une pancréatite peut s'accompagner d'une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques
- D Un scanner normal élimine un calcul biliaire
- E Une pancréatite sévère s'accompagne généralement de coulées de nécrose péri-pancréatiques

40	On trouve au niveau duodéal :
A	Des valvules conniventes revêtues de villosités intestinales
B	Des capillaires sanguins et un lymphatique appelé chylifère central dans l'axe des villosités
C	Des microvillosités en surface des entérocytes, revêtues de glycocalyx PAS-positif
D	Un épithélium de surface, des cryptes et des glandes, l'ensemble étant de type lieberkühnien
E	Des glandes de Brunner dans la sous-muqueuse, responsables d'une sécrétion alcaline (pH 9)
41	Concernant l'ictère
A	La coloration jaune est due à un dépôt de sels biliaires au niveau de la peau et des muqueuses
B	Il peut être d'origine extra-hépatique, par obstacle sur les voies biliaires.
C	Il peut être bénin par déficit partiel de la conjugaison de la bilirubine au niveau de l'hépatocyte
D	En cas d'insuffisance hépatocellulaire, l'excès de bilirubine sanguin porte essentiellement sur la bilirubine libre
E	Il s'associe à des selles foncées et des urines très claires
42	Parmi les caractéristiques cliniques suivantes d'une douleur abdominale, quels sont les éléments orientant vers le diagnostic de colique hépatique ?
A	La douleur siège souvent au niveau de l'hypochondre gauche
B	Sa durée est habituellement supérieure à 12 heures
C	La douleur survient après un repas abondant et gras
D	Le signe de Murphy correspond à une douleur de l'hypochondre droit majorée à l'inspiration profonde
E	Le début de la douleur est souvent brutal
43	En cas de cholécystite aiguë
A	Le patient présente des douleurs de colique hépatique avec fièvre
B	Le patient présente des signes de cholestase clinique
C	Le signe de Murphy est habituellement absent
D	La douleur cède spontanément en quelques heures
E	Il s'agit d'une urgence thérapeutique
44	Quels éléments peuvent faire suspecter une hypertension portale en scanner ?
A	La présence de varices cardio-tubérositaires
B	Un tronc porte de plus de 12 mm de diamètre
C	Une splénomégalie
D	Un calcul vésiculaire
E	Une coulée de nécrose péri-pancréatique
45	Un patient cirrhotique est admis pour une hématoméso. Vous réalisez l'observation d'admission et vous recherchez les stigmates d'insuffisance hépatocellulaire. Quelles sont les propositions exactes ?
A	Vous recherchez des tremblements fins des extrémités
B	Vous recherchez une érythrose palmaire
C	Vous recherchez un hippocratisme digital
D	Vous recherchez des angiomes stellaires
E	Vous recherchez une coloration brunâtre des ongles

46	Concernant l'imagerie du tube digestif, cocher les propositions vraies
A	Un lavement à la gastrografine (hydrosoluble) peut être réalisé même s'il existe une suspicion de perforation colique
B	Les niveaux hydro-aériques visibles sur l'ASP témoignent d'une stase digestive
C	Il n'est pas possible d'explorer les anses grêles en scanner car elles sont trop entremêlées
D	Le scanner peut être complété par un lavement à l'eau
E	L'échographie ne peut pas explorer la paroi digestive car les ultrasons sont arrêtés par l'air
47	Concernant les complications de la cirrhose :
A	Les trois grandes complications hépatiques de la cirrhose sont l'insuffisance hépatocellulaire, l'hypertension portale et le carcinome hépatocellulaire
B	L'hypertension portale ne se révèle que par la survenue d'ascite.
C	L'insuffisance hépatocellulaire se manifeste sous forme d'ictère, d'ascite, mais sans encéphalopathie hépatique qui est due aux métastases cérébrales du carcinome hépatocellulaire.
D	L'érythrose palmaire et les angiomes stellaires sont des signes d'insuffisance hépatocellulaire
E	Biologiquement, l'insuffisance hépatocellulaire est caractérisée par une augmentation des transaminases et des GGT.
48	Concernant l'appendicite aiguë
A	Le syndrome appendiculaire n'est pas pathognomonique d'une appendicite
B	Une appendicite aigue peut se révéler par une occlusion fonctionnelle du grêle
C	Sans fièvre, on peut exclure le diagnostic d'appendicite
D	La défense abdominale en hypochondre droit est le meilleur signe d'appendicite
E	La douleur d'appendicite ne se présente jamais initialement en épigastrique
49	Quelles sont les pathologies possiblement responsables d'une constipation ?
A	Hyperthyroïdie
B	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Maladie de Crohn)
C	Cancer du colon
D	Troubles fonctionnels intestinaux
E	L'utilisation de traitements à base de morphine
50	Concernant le cancer du pancréas, indiquez les propositions exactes.
A	Le cancer de la queue du pancréas se manifeste habituellement par un ictère isolé
B	La pancréatite chronique ne se complique jamais de cancer du pancréas
C	Le syndrome solaire est une manifestation clinique classique du cancer du pancréas
D	L'apparition récente d'un diabète, ou la déstabilisation récente d'un diabète connu peuvent être révélateurs d'un cancer du pancréas
E	Le cancer de la tête du pancréas peut être associé à une vésicule biliaire distendue
51	Les inhibiteurs de la pompe à protons sont des médicaments
A	Très bien tolérés en moyenne
B	Dont l'utilisation à long terme ne présente aucun risque
C	Dont l'efficacité n'a jamais été prouvée dans aucun essai clinique
D	Qui peuvent présenter des interactions avec des médicaments antiagrégants plaquettaires
E	Agissant par blocage des récepteurs gastriques à l'histamine

52	Concernant l'imagerie de la cirrhose, cocher les propositions vraies
A	Le foie droit est généralement atrophique
B	Le foie est généralement bosselé
C	Il peut y avoir une reperméabilisation de la veine ombilicale
D	Il est recommandé d'inclure un temps artériel en scanner pour détecter un éventuel hépatocarcinome
E	L'hépatocarcinome survient plus fréquemment sur un foie de cirrhose que sur un foie sain
53	Dans le syndrome appendiculaire
A	Les examens complémentaires sont inutiles au diagnostic final, l'appendicite est un diagnostic purement clinique
B	Les examens complémentaires radiologiques sont importants pour faire le diagnostic final d'appendicite
C	L'absence de signe indirect à l'échographie élimine le diagnostic d'appendicite
D	La position la plus fréquente de l'appendice est au niveau de la fosse iliaque droite
E	La fièvre est en général élevée (température > 39°C)
54	Concernant les traumatismes de l'abdomen
A	La soif intense peut constituer un marqueur de gravité initiale d'un traumatisme de l'abdomen
B	Une petite plaie cutanée en longueur est un critère clinique rassurant
C	Un traumatisme fermé de l'abdomen peut engendrer une plaie intestinale sans plaie cutanée
D	Le diagnostic d'une plaie de l'intestin grêle est très facile cliniquement dès la première heure de prise en charge
E	Une péritonite survenant secondairement (3 jours) après un traumatisme abdominal doit faire évoquer une plaie intestinale méconnue initialement
55	Concernant l'imagerie hépato-biliaire, cocher les propositions vraies
A	Un temps artériel au scanner est obtenu 120 secondes après le début de l'injection de produit de contraste
B	Il n'y a pas encore de rehaussement du foie lors d'une acquisition scanner au temps artériel
C	Le temps artériel est essentiel pour la détection des hépatocarcinomes en scanner
D	Le rehaussement du foie est maximal en scanner au moment du temps portal
E	L'aorte est plus rehaussée sur le temps portal que sur le temps artériel
56	Concernant les péritonites :
A	Le diagnostic de péritonite est un diagnostic clinique
B	La péritonite généralisée est toujours accompagnée de fièvre
C	Associé à une violente douleur épigastrique, le pneumopéritoine est toujours en rapport avec un ulcère perforé gastrique
D	L'épanchement péritonéal liquidien signe radiologiquement la péritonite
E	Il existe chez la personne âgée des péritonites sans contracture abdominale
57	Les paramètres biochimiques suivants ont un intérêt dans la prise en charge d'une hépatite virale aiguë:
A	ASAT
B	ALAT
C	phosphatases alcalines
D	bilirubine libre
E	Bilirubine conjuguée

**Année universitaire
2014-2015**

**Université Lyon 1
Faculté de médecine
Lyon est**

DFGSM 2

1ère session

2ème semestre

**UE 2 / UE 4 / UE 6 / UE
8 et UE 12**

NON DÉPOSÉS

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 10:59



UE 13 : Questions individuelles

29 questions

1 Sémiologie médicale

Dans le cadre du syndrome de la queue de cheval, quelles propositions sont exactes

- Il existe souvent une abolition des reflexes ostéo tendineux aux membres inférieurs
- Il peut exister une incontinence anale et urinaire
- Cest une complication à rechercher chez les patients atteints d'une sciatique S1
- Il peut exister une anesthésie en selle
- Le déficit moteur est souvent bilatéral

2 Sémiologie médicale

Concernant le syndrome fémoropatellaire, quels signes sont caractéristiques ?

- Douleur en position assise prolongée
- Cri de Oudart
- Présence d'un tiroir en antérieur
- Douleur à la montée des escaliers
- Douleur la nuit en position couchée

3 Sémiologie médicale

Dans le cadre de la compression du nerf ulnaire au coude, quels signes peut on observer ?

- Paresthésie (fourmillement) des 2 derniers doigts
- Une paralysie des fléchisseurs des 4 et 5ème doigt, des inter osseux et de l'adducteur du pouce
- La douleur est surtout diurne
- En percutant l'épitrachée, on reproduit la symptomatologie
- Une paralysie de l'extenseur du poignet

4 Sémiologie médicale

Parmi les propositions suivantes concernant le canal carpien, lesquelles sont exactes ?

- La grossesse et l'hypothyroïdie sont des causes classiques de syndrome du canal carpien
- On retrouve souvent des paresthésies des 3 derniers doigts
- Le réflexe tricipital est souvent aboli
- L'opposition du pouce et de l'abduction du pouce peuvent être atteintes
- L'examen peut objectiver une hypoesthésie à la face palmaire de la main

5 Sémiologie médicale

Quelles sont les fractures le plus souvent rencontrées dans l'ostéoporose

- Fracture du col fémoral
- Fracture du poignet
- Tassement vertébral
- Fracture de la palette humérale
- Fracture de la face

6 Physiologie

A propos des relation tension extension dans le muscle, quelles sont les réponses justes?

- La tension active développée par un muscle dépend principalement de ses propriétés élastiques
- La tension totale produite par un muscle est égale à sa tension active moins sa tension passive
- pour une longueur donnée un muscle tend à produire plus de tension pendant son raccourcissement que son allongement
- par définition la tension produite dans le muscle lors du travail positif est supérieure à celle produite lors du travail négatif
- plus un muscle est allongé plus son potentiel de tension active sera important

7 Physiologie

Les propriétés de la synapse neuromusculaire comprennent :

- une communication bidirectionnelle
- les synapses activatrices produisent la contraction musculaire
- les synapses inhibitrices produisent le relâchement musculaire
- le calcium joue un rôle important dans la transmission synaptique, à la fois au niveau présynaptique et au niveau postsynaptique
- les PPSE (potentiels post-synaptiques excitateurs) sont conduits jusqu'au noyau cellulaire post-synaptique

8 Physiologie

Vous recevez des résultats de calcémie et de phosphorémie d'un de vos patients

- La calcémie représente la calcémie plasmatique totale
- La phosphorémie correspond à la phosphorémie totale plasmatique
- La calcémie est le reflet du contenu total en calcium de l'organisme
- La calcémie est difficile à interpréter sans connaître la protéinémie totale
- La phosphorémie est difficile à interpréter sans connaître l'âge du patient

9 Physiologie

Quelles sont les réponses justes : Le calcitriol (1-25(OH)₂vit D3) ...

- inhibe la réabsorption du calcium dans le tubule rénal
- stimule l'absorption du calcium et du phosphore au niveau intestinal
- résulte de l'activation du calcidiol (25-OH-vit D3) par la 1-alpha hydroxylase rénale
- sa formation est stimulée par une hyperphosphorémie
- sa formation est stimulée par une hypocalcémie

10 Physiologie

Dans quelle(s) situation(s) clinique(s) peut-on s'attendre à une augmentation de la parathormone ?

- une carence en vitamine D
- une hypercalcémie secondaire à une lyse osseuse d'origine métastatique
- une insuffisance rénale évoluée
- une hyperphosphorémie
- un adénome parathyroïdien

11 Sémiologie radiologique

A propos des radiographies de la hanche. Quelles sont les réponses exactes?

- La rotation externe de hanche induit un pseudo-raccourcissement du col fémoral
- Le faux profil de Lequesne sert essentiellement à voir l'épaisseur du cartilage articulaire
- Le cartilage de la portion inférieure de la hanche est plus fin que la portion supérieure
- La fracture du col fémoral en varus correspond à une fracture engrenée Garden 1
- Les fractures trochantériennes donnent beaucoup d'ostéonécrose de la tête fémorale

12 Sémiologie radiologique

Quelles sont les réponses exactes? La scintigraphie osseuse

- permet de mettre en évidence les atteintes ostéolytiques
- utilise le plus souvent des traceurs marqués au Technetium 99m, les patients sont donc faiblement irradiés durant environ 24h après l'injection
- permet de mettre en évidence des fractures consolidées anciennes
- permet d'aider au diagnostic des ostéites infectieuses
- permet d'aider au diagnostic de l'arthrite du genou par exemple

13 Sémiologie radiologique

Le signal de los en IRM, quelles sont les réponses exactes?

- La corticale de los est en asignal en pondération T2
- La corticale de los est en asignal en pondération T1
- La graisse est en hypersignal T2
- Physiologiquement, le signal du disque intervertébral est toujours en hyposignal T1 par rapport au corps vertébral
- L'œdème est en hyposignal T2 avec saturation de la graisse

14 Sémiologie biologique

Parmi les éléments suivants de l'analyse d'un liquide de ponction articulaire, certains sont en faveur d'une arthropathie inflammatoire. Quelles sont les réponses exactes?

- L'aspect macroscopique peut être trouble
- Une richesse en cellules > 2000/mL
- Une concentration en protéine < 30g/L
- La présence de cristaux de sulfate de sodium
- La négativité des examens bactériologiques

15 Sémiologie chirurgicale

A propos de la hanche. Quelles sont les réponses justes.

- La douleur paradoxale de hanche part du pli inguinal et irradie vers la face antérieure de la cuisse
- Le test de Trendelenburg évalue la tonicité du muscle moyen fessier
- Le raccourcissement d'un membre inférieur modifie l'équilibre du bassin et du rachis
- Le cintre cervico-obturateur est rompu dans la fracture du col du fémur
- En cas de coxopathie avancée, le membre inférieur peut être en flexion, abduction, rotation externe

16 Sémiologie chirurgicale

Généralités sur la hanche. Quelles sont les réponses justes?

- La consolidation d'une fracture ouverte est plus rapide que la même fracture fermée
- La consolidation d'une même fracture est plus rapide chez un adulte que chez un enfant
- Une luxation irréductible ou incoercible est traitée orthopédiquement
- Un cal vicieux est un cal fragile qui entraîne un risque de fracture itérative
- Un cal vicieux correspond à la consolidation d'une fracture en position non anatomique

17 Sémiologie chirurgicale

Quels sont les examens de débrouillage après un traumatisme du genou droit chez un jeune de 20 ans?

- Une imagerie par résonance magnétique du genou droit
- Une radiographie de face du genou
- Une radiographie de profil du genou à 30 degrés de flexion
- Une vue axiale des deux rotules
- Un cliché en Schuss (vue anteropostérieure à 45 degrés de flexion en appui bipodal)

18 Sémiologie chirurgicale

Un patient de 25 ans se plaint de douleurs sur l'interligne fémoro-tibial interne. Il présente une lésion du ménisque interne. Vous suspectez une rupture du ligament croisé antérieur. Quels signes physiques permettent d'affirmer le diagnostic de rupture ligamentaire?

- Un tiroir postérieur
- Un signe de Mac Murray positif
- Un arrêt mou lors de la manœuvre de Lachman-Trillat
- Un test du ressaut positif (jerk test)
- Un test de Smillie positif

19 Sémiologie chirurgicale

Quelles sont les propositions exactes concernant la pathologie tendineuse de l'épaule ?

- Le signe du clairon signe une atteinte de la longue portion du biceps
- La présence d'un arc douloureux signe souvent la présence d'une tendinite de la coiffe
- Le test de Jobe signe une atteinte du tendon du supra spinatus ou sus épineux
- Le tableau d'épaule douloureuse aiguë peut traduire la présence d'une réaction inflammatoire aiguë sur une calcification tendineuse
- Le tableau réalisé par la rupture spontanée de la coiffe est appelé épaule gelée

20 Sémiologie chirurgicale

A propos des fractures du radius distal

- Sont des fractures qui sont toujours extra articulaires.
- Se compliquent fréquemment d'une compression aigüe du nerf ulnaire.
- Peuvent être associées à des lésions radio-ulnaires distales
- Ne sont jamais associées à des fractures du scaphoïde carpien.
- Les fractures à déplacement postérieur ont une déformation clinique en ventre de fourchette .

21 Anatomie

Concernant la hanche

- La tête du fémur représente 1/3 de sphère de 20 mm de diamètre
- Lacetabulum comprend une surface semi-lunaire et l'arrière-fond
- La tête du fémur est orientée vers l'arrière de 15°
- Le labrum améliore la congruence articulaire
- La capsule articulaire s'insère autour de la tête fémorale

22 Anatomie

Quel(s) élément(s) passent dans le tunnel tarsien?

- Le long fléchisseur de l'hallux
- Le long fibulaire
- Le long fléchisseur des orteils
- La veine tibiale
- La veine petite saphène

23 Anatomie

Bases anatomiques des pathologies rachidiennes. Indiquez les propositions vraies.

- L'orientation des facettes articulaires des processus articulaires conditionne les mouvements des vertèbres entre elles en direction et en amplitude
- Dans les divers mouvements des vertèbres le noyau pulpeux du disque intervertébral reste fixe au centre de l'espace discal
- Le processus odontoïde porte deux facettes articulaires
- L'amplitude de la flexion en C1-C2 est de 15°
- Les 2/3 de l'amplitude de flexion du rachis cervical dans son ensemble (de C0 à C7) relèvent de la portion C3-C7

24 Anatomie

Concernant la cheville, quelle(s) proposition(s) est(sont) juste(s)?

- le plan ligamentaire interne est plus fragile que le plan externe
- le plan ligamentaire interne est en 2 couches: superficielle et profonde
- le talus s'articule uniquement avec le tibia et le calcaneus
- le tendon d'Achille s'insère en partie sur le talus
- les tendons fibulaires sont en avant de la malléole externe

25 Anatomie

Concernant la prono-supination

- Elle met en jeu, entre autres, la membrane inter-osseuse crurale
- Les muscles pronateurs sont innervés par le nerf médian
- Les muscles supinateurs sont innervés par le nerf radial
- Le muscle brachial est supinateur
- L'articulation radio-ulnaire proximale est une synoviale sphéroïde

26 Anatomie

A propos de la vascularisation et l'innervation du membre inférieur, quelles sont les réponses vraies ?

- l'artère fémorale donne l'artère poplitée en arrière du genou
- le nerf sciatique est le plus gros nerf de l'organisme
- le nerf sciatique donne le nerf tibial antérieur et le nerf tibial postérieur
- la veine saphène interne est beaucoup plus fine que la veine saphène externe
- l'artère tibiale postérieure se trouve en arrière de la malléole interne

27 Anatomie

Bases anatomiques des troubles de la marche. Indiquez les propositions vraies.

- Les automatismes de la marche sont innés
- Le tonus de posture est sous la dépendance de l'archicerebellum
- Le motoneurone alpha de la corne antérieure de la moelle spinale (épine) reçoit l'ensemble des projections motrices volontaires et involontaires
- Par rapport à leur projection sur le cortex cérébelleux les voies paléocérébelleuses sont pour moitié directes et pour moitié croisées
- L'ataxie cordonale postérieure est liée à l'atteinte des voies proprioceptives inconscientes

28 Anatomie

Concernant l'anatomie du membre supérieur : Quelles sont les réponses justes ?

- Le carpe est composé de 2 rangées de 3 os chacune
- La section de l'artère radiale entraîne systématiquement une ischémie du bord radial de la main.
- La coiffe des rotateurs est composée du muscle Delticoïde, du Supra épineux, et du muscle Sub scapulaire.
- L'articulation du coude est composée de 3 articulations : huméro radiale, huméro ulnaire, et radio ulnaire proximale
- Le muscle Supra épineux est essentiellement abducteur de l'épaule, et rotateur externe accessoire

29 Anatomie

L'humérus

- Est l'os du bras
- A sa tête orientée de 20° vers l'avant
- Est un os plat
- Comporte un trochanter majeur et mineur
- Comporte le sillon radial à sa face postérieure

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 10:59



UE 13 : Appareil locomoteur - CC 1

Dr. PLOTTON - Pr. PIALAT

7 questions

30

Cas Clinique n° 1 :

Une patiente de 72 ans, très active, faisant de la gymnastique toutes les semaines et du tennis, est amenée aux urgences pour une chute par maladresse dans la rue sans perte de connaissance avec réception sur la main droite, perception d'un craquement et vives douleurs. Elle se présente avec l'attitude des traumatisés du membre supérieur et une impotence fonctionnelle complète de la main. L'interrogatoire retrouve un antécédent de tassement vertébral traité par corset et un contexte d'anxiété traité par benzodiazépines. L'examen clinique objective une déformation en dos de fourchette du poignet droit. Vous suspectez une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Quelles sont les réponses exactes concernant le radius ?

- Est un os plat
- Forme, avec l'ulna, l'articulation radio-ulnaire distale (synoviale trochoïde)
- A une surface articulaire distale orientée vers l'avant
- Sarticule avec le carpe
- Sarticule avec l'humérus

31 A propos de l'articulation radio-ulnaire distale. Quelles sont les réponses justes?

- comprend un disque articulaire
- Est une synoviale ellipsoïde
- Met en rapport la tête radiale et l'incisure radiale de l'ulna
- Est renforcée par des ligaments antérieurs et postérieurs
- A peu de rôle dans la prono-supination

32 Concernant le radius, quelles sont les réponses exactes ?

- La styloïde radiale descend plus bas que la styloïde ulnaire
- Il sarticule avec toute la première rangée du carpe
- Il présente une concavité vers l'arrière
- Le muscle rond pronateur s'insère à la face postérieure de son extrémité distale
- Est l'os médial de l'avant bras

33 Si cette fracture de l'extrémité inférieure du radius survenait dans un contexte d'ostéoporose.

Quelles sont les réponses exactes ?

- Le calcium sera abaissé si il s'agit d'une ostéoporose primitive
- La PTH sera augmentée (en l'absence de toute insuffisance rénale et de déficit en vitamine D) si il s'agit d'ostéoporose primitive
- Le dosage de la 25 OH vitamine D sera utile pour interpréter la valeur de la PTH
- Le dosage de CTX ou crosslaps est un marqueur de résorption osseuse
- Le CTX est produit par la dégradation du collagène de type 1

34 Concernant les fractures de l'extrémité inférieure du radius, quelles sont les complications aiguës à rechercher :

- Louverture cutanée
- Le syndrome douloureux régional complexe
- Une paralysie du nerf radial
- Un syndrome des loges
- Des paresthésies dans les trois premiers doigts de la main

35 RAPPEL DU CAS :

Une patiente de 72 ans, très active, faisant de la gymnastique toutes les semaines et du tennis, est amenée aux urgences pour une chute par maladresse dans la rue sans perte de connaissance avec réception sur la main droite, perception d'un craquement et vives douleurs. Elle se présente avec l'attitude des traumatisés du membre supérieur et une impotence fonctionnelle complète de la main. L'interrogatoire retrouve un antécédent de tassement vertébral traité par corset et un contexte d'anxiété traité par benzodiazépines. L'examen clinique objective une déformation en dos de fourchette du poignet droit. Vous suspectez une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Quelles sont les causes d'ostéoporose les plus fréquentes ?

- La ménopause
- Le tabagisme
- La prise de corticothérapie sur le long terme
- La carence en fer
- La carence en testostérone chez l'homme

36 Le calcium, quelles sont les réponses justes ?

- Le contenu de l'organisme en calcium est d'environ 3 kg pour un adulte jeune
- A 20 ans le contenu de l'organisme en calcium est supérieur chez l'homme par rapport à la femme
- La perte de calcium avec l'âge s'accélère après 50 ans chez l'homme
- Une diminution du pic de masse osseuse à 20 ans augmente le risque de fracture après la ménopause
- Dans la population générale, le risque fracturaire est plus élevé chez les femmes âgées que chez les hommes du même âge, en raison d'une diminution plus importante de leur contenu total en calcium

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 10:59



UE 13 : Appareil locomoteur - CC 2

7 questions

37 **Cas clinique n°2:**

Lors d'un accident de voiture, un jeune homme de 25 ans est retrouvé par les secours avec une luxation complète du genou droit.

Lors d'un tel traumatisme, quelles sont les propositions vraies?

- une luxation de genou est une perte de congruence entre le tibia et le fémur
- les ligaments croisés peuvent être lésés
- le nerf fibulaire commun peut être lésé
- le nerf fémoral peut être lésé
- l'artère poplitée peut être lésée

38 **A propos du genou. Quelles sont les propositions exactes ?**

- le nerf fibulaire commun émerge à la partie latérale du tibia
- il existe 3 ligaments croisés
- les ménisques sont triangulaires à la coupe
- le fémur s'articule aussi avec la fibula
- le ménisque interne à la forme d'un "C"

39 **Concernant l'imagerie de l'articulation Quelles sont les réponses exactes.**

- Un scanner permet une bonne exploration du cartilage articulaire
- Sur un arthroscanner, une avulsion du cartilage correspond à une image de soustraction
- Sur un arthroscanner, un corps étranger hypodense correspond à une image de soustraction
- Au genou, l'IRM permet de bien explorer les ménisques
- Au genou, l'échographie permet de bien explorer les ménisques

40 Si le patient présentait une arthrite septique du genou, quels signes cliniques auriez vous observés ?

- Un choc rotulien
- Une fièvre
- Une recrudescence des douleurs la nuit
- Une impotence fonctionnelle du genou
- Une augmentation de la chaleur locale à la palpation du genou

41 Quels signes cliniques, biologiques ou radiologiques orientent vers une chondrocalcinose au niveau du genou ?

- Il existe un épanchement articulaire du genou
- L'examen microscopique du liquide articulaire objective des cristaux d'hydroxyapatite
- Le liquide articulaire est stérile
- Le nombre de leucocytes dans le liquide est souvent très élevé
- On observe un liseré condensé des ménisques

42 **RAPPEL DU CAS:**

Lors d'un accident de voiture, un jeune homme de 25 ans est retrouvé par les secours avec une luxation complète du genou droit.

Vos traitements ont été efficaces et quelques mois plus tard, le patient vous consulte de nouveau pour vous poser des questions sur la reprise de l'activité sportive et la physiologie du genou :

Vous lui expliquez que:

- le genou présente une activité de stabilisation de la jambe au cours de la marche
- le genou présente une activité de propulsion au cours de la marche
- La stabilité du genou pendant le cycle de marche permet de recycler plus de 50% de l'énergie d'un pas à l'autre, à la façon d'un pendule inversé
- L'amplitude articulaire en extension du genou conditionne l'obtention d'une bonne longueur de pas
- la rotule n'est mise en pression sur les condyles fémoraux uniquement lors du travail actif

43 En réponse à ses questions plus précises, vous pouvez encore lui expliquer que :

- la marche est l'activité sportive qui sollicite le plus la flexion du genou
- le quadriceps produit un travail négatif au début de la phase d'appui
- le genou produit un travail positif au début de la phase de oscillation
- la phase d'appui permet l'avancée de la jambe ipsilatérale
- un cycle de marche comprend deux périodes d'appui bipodal

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 11:00



UE 13 : Appareil locomoteur - CC 3

6 questions

44



Cas clinique n°3:

Cette femme de 72 ans, obèse, hypertendue, se plaint de lombalgies chroniques. Depuis quelques années, elle est également limitée dans son périmètre de marche par des douleurs des membres inférieurs. Vous suspectez un syndrome du canal lombaire rétréci.

Quelles sont les correspondance anatomique des signes radiculaires :

- Une douleur de la face antéro interne de la jambe traduit une cruro-sciatique L4
- Il ny a pas de réflexe ostéo-tendineux correspondant à la racine L5
- Chez cette patiente le dérochement du genou signerait latteinte de la racine L3 et/ou L4
- Une hernie discale foraminale L3-L4 (hernie située dans le foramen intervertébral L3-L4) surajoutée à ce canal étroit donne une atteinte de la racine L4
- Le déficit du moyen fessier relève dune atteinte de la racine L2

45



Sur le plan physiopathologie, quelles sont les réponses exactes.

- A l'âge de cette patiente, ce sont seulement les dimensions des éléments osseux du canal vertébral qui expliquent le rétrécissement du canal lombaire.
- A l'âge de cette patiente la sténose est surtout le fait de l'épaississement des ligaments jaunes et de l'hypertrophie des processus articulaires
- La cause principale des symptmes de la sténose lombaire est la compression de la moelle spinale (épineière).
- La claudication de la sténose du canal lombaire est toujours exclusivement douloureuse (liée aux radiculalgies apparaissant après une certaine distance)
- Sur les examens dimagerie des signes d'instabilité sont fréquemment observés en association à la sténose (désaxation en scoliose ou spondylolisthésis par exemple)

46



Concernant la sciatique S1, quelles sont les propositions exactes ?

- La douleur irradie au niveau de la fesse, la face postérieure de la cuisse, du creux poplité, la face postérieure de jambe, le tendon d'Achille, talon, la plante ou bord externe pied jusqu'au 5e orteil
- On peut observer une abolition du réflexe rotulien
- La démarche peut être dandinante
- On peut observer un déficit des fléchisseurs du pied
- Il peut exister un déficit de la flexion de hanche

47 Au cours de la lombalgie commune , quels signes cliniques, ou radiologiques doivent orienter vers une cruralgie L4

- Le signe de l'asségué est positif
- La douleur suit un trajet allant de la fesse à la face postérieure de la jambe
- Le réflexe achilléen est aboli
- Dans les formes sévères, on retrouve un déficit de l'extension du quadriceps
- Dans les formes sévères, on observe un déficit de l'extension du gros orteil

48 Au cours d'une névralgie cervico brachiale C7, quels signes peut-on observer ?

- Un déficit de la flexion du coude
- Une abolition du réflexe tricipital
- La douleur est souvent nocturne lorsque la symptomatologie est due à une spondylodiscite cervicale
- La douleur irradie au niveau de la face post du bras jusqu'aux 2^e et 3^e doigt
- Il existe souvent un déficit au niveau des interosseux dans les formes sévères

49 RAPPEL DU CAS:

Cette femme de 72 ans, obèse, hypertendue, se plaint de lombalgies chroniques. Depuis quelques années, elle est également limitée dans son périmètre de marche par des douleurs des membres inférieurs. Vous suspectez un syndrome du canal lombaire rétréci.

Concernant le rachis, quelles sont les réponses exactes.

- La flexion du rachis dorsal est appréciée par l'indice de Mozart
- L'examen clinique ne peut pas différencier une attitude scoliotique d'une scoliose vraie
- Les mouvements impossibles du rachis sont la flexion, l'extension, la latéoflexion et la rotation
- Dans l'attitude scoliotique les vertèbres sont rotées les unes par rapport aux autres
- 90% de la rotation du rachis cervical se consomme entre les vertèbres C1 et C2

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 12-05-2015 10:59

UE 14 : Hormonologie - Reproduction - Questions individuelles

31 questions

1 Biologie de la reproduction 2

Les follicules cavitaires

- Peuvent s'observer chez une femme présentant une mutation du gène de la FSH
- Peuvent atteindre le stade follicule mûr chez une femme présentant une mutation du gène de la FSH
- Ne peuvent jamais s'observer avant la puberté
- Peuvent évoluer vers l'atréisie quel que soit leur stade de développement
- Sont pas systématiquement pourvus d'une thèque interne et externe

2 Biologie de la reproduction 2

Concernant le développement et la dynamique folliculaires

- Il faut environ 85 jours pour passer du stade primordial au stade pré-ovulatoire.
- Le follicule pré-ovulatoire est issu d'une cohorte de follicules dont le diamètre est de quelques mm à la fin du cycle précédent
- A partir de la puberté, le stock de follicules primordiaux diminue uniquement parce que certains de ces follicules rentrent régulièrement en croissance
- Les cellules de la granulosa possèdent des récepteurs à la LH seulement dans le follicule pré-ovulatoire
- Une femme qui a été longtemps sous pilule a beaucoup plus de risques de présenter une insuffisance ovarienne précoce

3 Biologie de la reproduction 2

Concernant l'épidémiologie de l'infertilité

- Le concept de fertilité est considéré sur un mode binaire
- La fécondabilité est la probabilité, pour un couple, de procréer au cours d'un cycle menstruel
- Environ 1 couple sur 7 est considéré comme stérile
- Après une année de rapports sexuels non protégés sans survenue d'une grossesse, la fécondabilité des couples concernés est inférieure à 15%
- La fécondabilité moyenne d'un couple jeune est supérieure à 25%

4 Biologie de la reproduction 2

Concernant les hormones hypophysaires et ovariennes

- Le taux de LH présente une élévation en fin de cycle
- Le taux d'androgènes circulants chez une femme est égal à zéro
- En fonction du jour du cycle, l'oestradiol peut exercer un rétro-contrôle négatif ou positif sur la cellule gonadotrope hypophysaire
- La progestérone commence à être sécrétée au début de la phase folliculaire
- La FSH entraîne la synthèse du complexe aromatasé par les cellules thécales

5 Biologie de la reproduction 2

Concernant le bilan d'infertilité et la prise en charge médicale

- Les infections génitales peuvent altérer la fertilité aussi bien des hommes que des femmes
- La courbe ménothermique constitue le reflet direct du taux d'oestradiol circulant
- Il est nécessaire de pratiquer une hystéro-salpingographie avant de réaliser des inséminations artificielles
- Le test de Hühner constitue un indicateur à la fois de la fertilité masculine et de la fertilité féminine
- La fécondation in vitro dite classique représente la technique de choix en cas d'anomalies sévères du spermogramme

6 Biologie de la reproduction 1

Concernant les fonctions testiculaires chez l'adulte :

- La sécrétion d'inhibine B par la cellule de Sertoli est stimulée par la présence de cellules germinales
- La production de testostérone par les cellules de Leydig est nécessaire pour une spermatogenèse quantitativement normale
- L'administration de testostérone permet d'induire une spermatogenèse quantitativement normale en cas d'hypogonadisme hypogonadotrope.
- La testostérone agit dans la prostate après transformation en DihydroTestostérone
- La testostérone agit sur les cellules de Sertoli pour stimuler la spermatogenèse.

7 Biologie de la reproduction 1

Concernant les causes d'infertilité masculine :

- La cryptozoospermie est un facteur de risque de cancer du testicule.
- Le varicocèle est l'accumulation de liquide dans la séreuse du testicule
- Les microdélétions du chromosome Y induisent des azoospermies par agénésie vésiculo-déférentielle bilatérale.
- Le syndrome de Kallmann correspond à l'association d'une anosmie et d'un hypogonadisme hypogonadotrope congénital responsable d'un impubérisme.
- Les anomalies chromosomiques sont beaucoup plus fréquentes chez les hommes infertiles que dans la population générale.

8 Biologie de la reproduction 1

A propos des moyens d'exploration de la fertilité masculine :

- Un épisode fébrile intense dégrade le spermogramme pour une durée pouvant aller jusqu'à 3 mois.
- L'élévation de la FSH et la diminution de l'inhibine B indiquent un trouble de la spermatogenèse.
- L'étude de la mobilité des spermatozoïdes doit être faite immédiatement après l'éjaculation puis 24 heures après.
- L'azoospermie correspond à l'absence de spermatozoïde à l'examen direct du sperme.
- Le recueil de sperme par masturbation au laboratoire après 10 jours d'abstinence sexuelle est le moyen recommandé pour l'étude du spermogramme.

9 Biologie de la reproduction 1

Concernant les réactions sexuelles masculines :

- La noradrénaline induit la contraction des fibres musculaires lisses des formations érectiles, ce qui empêche l'érection.
- La phosphodiesterase de type 5 détruit le GMPc, ce qui inhibe l'érection.
- La noradrénaline induit la contraction de la prostate et des vésicules séminales lors de la phase sécrétoire de l'éjaculation.
- La phase expulsive de l'éjaculation est due à l'ouverture toutes les 0,8 secondes du sphincter lisse de la prostate.
- Les spermatozoïdes acquièrent leur mobilité après passage dans l'ampoule du déférent.

10 Biologie de la reproduction 1

Concernant le développement post-natal de la fonction de reproduction :

- La minipuberté induit une sécrétion de testostérone pendant les 3 premiers mois de la vie chez le garçon.
- Le premier signe clinique de la puberté chez le garçon est l'apparition de poils pubiens.
- La pilosité pubienne et axillaire se développe, chez la fille, en raison de la sécrétion d'androgènes et de sa conversion en testostérone dans le follicule pileux.
- L'augmentation du volume testiculaire à la puberté est due à la multiplication des cellules de Leydig.
- La croissance osseuse s'accélère à la puberté, chez le garçon, en raison de la sécrétion de testostérone et de son aromatisation en estradiol dans les os.

11 Endocrinologie

Quelle(s) stratégie(s) thérapeutique(s) a (ont) été associée(s) à une réduction du risque d'accident vasculaire cérébral chez le diabétique de type 2 :

- Le contrôle glycémique par metformine
- Le contrôle glycémique par sulfamide
- Le contrôle glycémique par insuline
- Le traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Le traitement par statine

12 Endocrinologie

Les thyrocytes

- Présentent une polarité morphologique et fonctionnelle nette contrairement à la plupart des cellules endocrines
- Présentent une iodoperoxydase membranaire permettant la réalisation des réactions diodation de tyrosines de la thyroglobuline dans le milieu extracellulaire, au niveau de la colloïde
- Concentrent l'iode au niveau de la colloïde grâce à une pompe à iodures apicale
- Libèrent par exocytose une hormone polypeptidique, la thyroglobuline
- Présentent sur leur membrane baso-latérale un transporteur pour les thyronines iodées

13 Endocrinologie

Analytes		Ages				
		0-12 months	1-5 years	6-10 years	11-14 years	15-20 years
PRL (µg/L)	G	<i>Gender combined</i>			<i>Gender separated</i>	
	F	3.34-109.66 (n=86)	3.90-31.45 (n=141)	2.89-35.02 (n=126)	4.63-49.11 (n=92)	4.19-117.86 (n=90)
	M				3.52-16.34 (n=67)	4.56-21.01 (n=37)
DHEAS (µmol/L)	G	<i>Gender combined</i>			<i>Gender separated</i>	
	F	0.00-29.53 (n=90)	0.00-2.48 (n=144)	0.00-4.86 (n=126)	0.70-10.32 (n=162)	1.33-12.46 (n=97)
	M					2.35-17.22 (n=37)

Le tableau 1 rapporte les valeurs normales du sulfate de DHA ou DHEA selon des tranches d'âge utilisant une méthode d'immunodosage. La valeur basse représente 2,5 percentiles, la valeur haute 97,5 percentiles. Concernant ce dosage et l'expression des résultats, on peut dire que

- La méthode d'immunodosage utilisée est une méthode immunométrique dite en sandwich
- Les valeurs données sont des valeurs statistiques
- Les valeurs données correspondent à + ou 2 DS (déviatiion standard)
- Les valeurs données correspondent à + ou 3 DS (déviatiion standard)
- Les valeurs données sont des valeurs vraies correspondant aux valeurs extrêmes basse et haute de la population étudiée comme témoins

14 Endocrinologie

Au niveau de l'hypothalamus, on trouve

- Les corps cellulaires des neurones sécrétant l'ocytocine
- Les corps cellulaires des neurones libérant leurs sécrétions au niveau du premier réseau capillaire du système porte hypophysaire
- Des cellules dont la sécrétion (dopamine ou PIF) inhibe la sécrétion des cellules lactotropes
- Des cellules dont la sécrétion stimule le fonctionnement de la thyroïde en se fixant sur un récepteur membranaire des thyrocytes
- Des cellules sécrétant des somatomédines ou IGF

15 Endocrinologie

Quelle(s) est (sont) la(es) indication(s) de la metformine associée(s) à un bénéfice clinique établi dans un essai clinique :

- Echec du traitement pas sulfamide hypoglycémiant
- Diabète de type 2 chez un obèse en première intention
- Diabète de type 1 révélé par un coma acido-cétosique
- Patient en insuffisance cardiaque sévère
- Patient en insuffisance rénale terminale

16 Endocrinologie

Analytes	Ages	Ages				
		0-12 months	1-5 years	6-10 years	11-14 years	15-20 years
PRL (µg/L)	G	<i>Gender combined</i>			<i>Gender separated</i>	
	F	3.34-109.66 (n=86)	3.90-31.45 (n=141)	2.89-35.02 (n=126)	4.63-49.11 (n=92)	4.19-117.86 (n=90)
	M				3.52-16.34 (n=67)	4.56-21.01 (n=37)
DHEAS (µmol/L)	G	<i>Gender combined</i>			<i>Gender separated</i>	
	F	0.00-29.53 (n=90)	0.00-2.48 (n=144)	0.00-4.86 (n=126)	0.70-10.32 (n=162)	1.33-12.46 (n=97)
	M					2.35-17.22 (n=37)

Le tableau ci-dessus rapporte les valeurs normales du sulfate de DHA ou DHEA selon des tranches d'âge (des précisions sont données dans l'énoncé précédent). En tenant compte de vos connaissances sur la physiologie et de l'interprétation d'un dosage hormonal, on peut dire que

- la plus haute pour la tranche d'âge (0-12 months) correspond à un prélèvement d'un nouveau-né dans les premiers jours de la vie
- la plus basse pour les tranches d'âge (5-10 years) correspondre à un sujet n'ayant pas commencé son adrénarche
- la valeur 0.00 mol/L correspond à des sujets ayant une persistance de la surrénale fœtale
- la plus haute pour la tranche d'âge (1-5 years) correspond à un sujet qui a une adrénarche prématurée
- la plus haute pour la tranche d'âge (15-20 years) correspond à un sujet qui a fait sa puberté

17 Endocrinologie

Quel(s) résultat(s) a(ont) été associé(s) dans un essai clinique ou une méta-analyse à une intensification du contrôle du diabète de type 2 ?

- Une réduction de la mortalité totale immédiate
- Une réduction de la mortalité totale à long terme
- Une réduction du risque d'infarctus non mortel
- Une réduction du risque d'accident vasculaire cérébral
- Une majoration du risque d'hypoglycémie sévère

18 Endocrinologie

Les tumeurs des cellules endocrines

- Sécrètent généralement de l'ADH quand elles se développent au niveau de l'adénohypophyse
- Peuvent être associées à une prédisposition génétique
- Peuvent ou non être sécrétrices
- Peuvent se développer à partir des îlots de Langerhans
- Sont généralement des adénomes quand elles se développent à partir des thyrocytes

19 Endocrinologie

On a établi une origine neuro-ectodermique pour

- Les parathyroïdes
- Les médullosurrénales
- Les corticosurrénales
- La pinéale
- La neurohypophyse

20 Endocrinologie

Des récepteurs membranaires pour le Ca⁺⁺

- Se trouvent sur la membrane des cellules C
- Se trouvent sur la membrane des cellules principales des parathyroïdes
- Stimulent la sécrétion de calcitonine quand ils fixent leur ligand
- Inhibent la sécrétion de PTH quand ils fixent leur ligand
- Constituent une cible thérapeutique dans certaines hyperparathyroïdies

21 Endocrinologie

Au niveau de la neurohypophyse, on trouve

- Les corps cellulaires des neurones sécrétant la vasopressine ou ADH
- Le deuxième réseau capillaire du système porte hypophysaire
- Les terminaisons axonales des neurones des noyaux magnocellulaires
- Des cellules à POMC
- Des cellules chromaffines

22 Sémiologie chirurgicale

Dans la fausse couche spontanée précoce

- Les signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements) sont le plus souvent absents
- Les métrorragies sont souvent au moins aussi abondantes que des règles
- Il existe des crampes latéro-utérines
- Les hCG peuvent augmenter même faiblement sur deux dosages successifs
- L'échographie peut montrer une vacuité utérine

23 Sémiologie chirurgicale

L'examen en consultation gynécologique standard comprend

- La palpation des seins
- L'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires
- Un examen au speculum avec réalisation d'un frottis sauf si la patiente a été vaccinée contre le virus HPV
- Un examen avec des valves qui peut révéler une colpocèle antérieure et/ou postérieure
- Un toucher rectal pour apprécier le caractère rétroversé de l'utérus

24 Sémiologie chirurgicale

Le cancer du sein peut se manifester par

- Un aspect en peau d'orange de l'étui cutané (maladie de Paget)
- Un écoulement mamelonnaire unipore bilatéral
- Une invagination du mamelon
- Une adénopathie axillaire
- Un méplat cutané

25 Sémiologie chirurgicale

La grossesse extra-utérine

- Les pertes sanguines sont brunâtres et de faible abondance
- La chirurgie pelvienne peut favoriser la survenue d'une grossesse extra-utérine
- Les signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements) sont exacerbés
- Le Toucher Vaginal peut retrouver une masse latéro-utérine sensible
- Les hCG stagnent toutes les 48h

26 Sémiologie chirurgicale

Les complications des kystes de l'ovaire sont

- Les torsions d'annexe
- Les ruptures de kystes
- Les hémorragies intra-tubaires
- Les grossesses extra-utérines
- Des méno-métrorragies

27 Sémiologie chirurgicale

Le dépistage organisé du cancer du sein

- Est obligatoire pour les femmes ayant une prédisposition génétique au cancer du sein
- Comprend une seconde lecture seulement si une anomalie est retrouvée par le premier radiologue
- Concerne uniquement les femmes avec un antécédent de cancer du sein
- Est répété tous les 2 ans entre 50 et 80 ans
- Est pris en charge à 100%

28 Sémiologie chirurgicale

Les métrorragies post-ménopausiques

- Peuvent révéler un cancer de l'endomètre
- L'étiologie la plus fréquente est l'hypertrophie pseudo-polypoïde endométriale
- Le cancer de l'endomètre peut être associé à un cancer du colon dans le cadre du syndrome de Lynch (mutation HNPCC)
- Une hystéroscopie + curetage permettent le diagnostic du cancer de l'endomètre
- Doivent faire rechercher une cause iatrogène (traitement anticoagulant, antiagrégants plaquettaire)

29 Sémiologie chirurgicale

Le cancer du col de l'utérus

- Les métrorragies post-coïtales sont un des modes de révélation
- Est secondaire le plus souvent à une infection à HPV (Human Papilloma Virus)
- Peut se révéler par une hématurie
- Le dépistage se fait par la réalisation d'un frottis du col: à partir de 20 ans puis 2 frottis à 1 an d'intervalle et si normaux, un contrôle tous les 3 ans (sauf facteurs de risques)
- Peut être prévenu par une vaccination anti HSV (Herpes Simplex Virus)

30 Sémiologie chirurgicale

Un fibrome utérin

- Peut-être responsable d'une infertilité
- Peut se révéler par des méno-métrorragies
- Peut se révéler par une pesanteur pelvienne
- Peut se révéler par une douleur pelvienne intense dans le cadre d'une nécrobiose aseptique
- Peut se révéler par une rétention aigue d'urine

31 Sémiologie chirurgicale

La salpingite aigue

- Peut être associée à une hyperthermie
- Le germe le plus fréquemment rencontré en France reste le Treponema pallidum (syphilis)
- Dans les infections à Chlamydia, classiquement les pertes sont sales et mal odorantes
- Le toucher vaginal retrouve en sensibilité à la mobilisation utérine
- Est responsable de plus de 50% des grossesses extra-utérines

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 11:00



UE 14 : Endo - Cas clinique n1

5 questions

32



Cas clinique n°1 :

Mr Z K, âgé de 48 ans vous consulte pour baisse de la libido évoluant depuis près d'un an. Il vous décrit par ailleurs une asthénie d'aggravation récente et des céphalées. A l'examen clinique vous notez une pâleur cutanée et une dépilation axillaire.

Quels examens biologiques devez-vous réaliser pour explorer son hypogonadisme probable?

- LH
- TSH
- Testostérone totale
- ACTH
- Prolactine

33 Votre suspicion clinique a été confirmée et le bilan biologique révèle une origine hypophysaire.

L'IRM est la suivante :



Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pouvez-vous prescrire pour rechercher un déficit corticotrope ?

- Dosage du cortisol plasmatique à 20h
- Test de freination à la dexaméthasone minute
- Test au LHRH
- Test d'hyperglycémie provoquée orale
- Test au synacthène

34 Concernant le cortisol

- sa sécrétion se fait selon un cycle nyctéméral
- La sécrétion de cortisol est maximale le soir vers 20 h
- 90% du cortisol plasmatique est lié à des protéines de transport
- Sa sécrétion est stimulée par l'ACTH
- Est sécrété par les zones fasciculée et glomérulée des cortico-surrénales

35 Lors d'un test de freination à la dexaméthasone

- La sécrétion de cortisol est stimulée chez le sujet normal
- La sécrétion d'ACTH est freinée chez le sujet normal
- La sécrétion d'androgènes surrénaliens est stimulée chez le sujet normal
- Est souvent utilisé dans le diagnostic des insuffisances cortico-surrénales
- La sécrétion d'aldostérone est stimulée chez le sujet normal

36 Quelles sont les structures anatomiques qui peuvent être menacées si cette lésion intra-crânienne se développe en dehors de la loge sellaire ?

- Les tractus olfactifs
- le chiasma optique
- L'angle ponto-cérébelleux
- Les loges caverneuses
- L'hypothalamus

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 12-05-2015 11:01

UE 14 : Endo - Cas clinique n2

4 questions

37 Cas clinique n°2:

Mme G.V, âgée de 38 ans consulte pour découverte d'un diabète par son médecin traitant. Son poids est physiologique (IMC 24) et vous êtes marquée par l'aspect dysmorphique de son visage.

Quels éléments en faveur d'une acromégalie recherchez-vous à l'interrogatoire?

- La présence de transpiration nocturne
- Augmentation de la pointure
- La présence de céphalées
- La présence d'un syndrome dépressif
- La présence d'un syndrome polyuro-polydipsique

38 Quels signes cliniques peuvent être présents en cas d'acromégalie ?

- un goitre
- une hépatomégalie
- une tachycardie
- une macroglossie
- une hypertension artérielle

39 Quel(s) examen(s) biologique(s) vous permettra de confirmer le diagnostic d'acromégalie ?

- Dosage de la prolactine plasmatique
- Dosage de IIGF1 plasmatique
- Dosage du cortisol Libre urinaire des 24 heures
- Dosage de la GH lors d'un test de freination par hypoglycémie insulinique
- Dosage de la GH lors d'un test de stimulation à la GHRH

40

Les hormones peptidiques comme la GH

- Sont liposolubles
- Sont stockées dans des vésicules de sécrétion dans le cytoplasme
- Ont un récepteur membranaire sur les cellules cibles
- Sont transportées dans le plasma par des protéines de transport
- Leur demi-vie est généralement courte

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 11:01



UE 14 : Endo - Cas clinique n3

7 questions

41 Cas clinique n3:

Un homme âgé de 22 ans consulte car il se lève la nuit pour uriner depuis un mois, il se trouve fatigué et a perdu 4 Kg ces deux derniers mois. Son poids actuel se situe à 68 Kg / 1m78. Il na pas d'antécédents personnels particuliers, sa mère a présenté jadis une maladie de basedow. L'examen hormis la maigreur est normal.

Quels examens sont décisifs et indispensables à ce stade pour son orientation immédiate

- une NFP
- une glycémie même non à jeun
- une mesure de la cétonurie
- un dosage des acides gras libres circulants
- un dosage de l'insulinémie

42 L'insuline

- Stimule la production de corps cétoniques
- Stimule l'entrée intra-cellulaire de potassium
- Augmente le transport du glucose dans les cellules musculaires par l'insertion de GLUT 4 sur la membrane cellulaire
- Stimule la lipogenèse par action directe sur la lipase hormono-sensible
- Stimule la sécrétion de glucagon

43 Concernant l'exploration de la fonction pancréatique

- Le dosage du peptide C est le reflet de la sécrétion d'insuline
- Une glycémie à jeun supérieure à 6mmol/l permet de diagnostiquer un diabète
- Le dosage de l'hémoglobine glycosylée(ou glyquée) est le reflet de l'équilibre glycémique sur 3 mois
- L'insulinémie est basse chez le diabétique de type I
- Lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale chez un sujet normal, la glycémie peut sélever au-dessus de 12 mmol/l après la 2ème heure

44 Dans le cadre de l'examen clinique, pour orienter le diagnostic étiologique vous avez recherché plus particulièrement :

- un vitiligo
- un nodule thyroïdien
- un acanthosis nigricans
- un psoriasis
- une gynécomastie

45 Une insulinothérapie a été mise en place, et un an plus tard vous constatez que l' HbA1c se situe à 8.5% (normales 4.5-5.5%), alors que les glycémies à jeun sont en moyenne à 1.3 g/l, vous suspectez

- des hypoglycémies la nuit
- des hyperglycémies post prandiales ou nocturnes
- une anémie hémolytique
- une sur-correction du contrôle glycémique
- des glycémies capillaires reportées de façon fantaisiste

46 **RAPPEL DU CAS:**

Un homme âgé de 22 ans consulte car il se lève la nuit pour uriner depuis un mois, il se trouve fatigué et a perdu 4 Kg ces deux derniers mois. Son poids actuel se situe à 68 Kg / 1m78. Il n'a pas d'antécédents personnels particuliers, sa mère a présenté jadis une maladie de Basedow. L'examen hormis la maigreur est normal.

Après avoir adapté son insulinothérapie, il présente des épisodes de sueurs nocturnes survenant vers 01 H00 du matin accompagnées de palpitations

- ceci évoque des hyperglycémies post prandiales
- ceci évoque une hypoglycémie
- dans le cas d'hypoglycémies chez ce malade, le C peptide serait trouvé élevé
- on retiendrait des hypoglycémies pour des contrôles de glycémie capillaire inférieure à 1.0 g/l
- on pourrait réaliser un enregistrement continu de la glycémie à domicile sur une semaine pour documenter la situation

47 3 ans plus tard il signale des douleurs nocturnes correspondant à des brûlures des deux mollets et des crampes, les pieds sont secs, sans troubles sensitifs, les pouls périphériques sont obtenus, les réflexes rotuliens sont obtenus mais pas les achilléens

- vous évoquez un canal lombaire étroit
- vous évoquez une neuropathie périphérique
- vous réalisez d'emblée un EMG
- vous vérifiez sa kaliémie
- vous devez rechercher une hypotension orthostatique

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 11:01



UE 14 : Endo - Cas clinique n4

6 questions

48

Cas clinique 4:

Un homme de 68 ans vous est amené par sa femme qui le trouve ralenti sur le plan intellectuel depuis quelques mois. Elle décrit des difficultés de concentration et une lenteur inhabituelle chez ce retraité habituellement hyperactif. Elle craint une maladie d'Alzheimer. Vous notez dans son bilan récent une hypercholestérolémie à 3gr10 malgré la prescription de 20 mg de simvastatine et un tabagisme sevré depuis 8 ans. Il a subi un pontage coronarien, il y a 5 ans. Dans les suites, il a présenté un trouble du rythme supra-ventriculaire justifiant l'introduction d'un traitement d'amiodarone au long cours. A l'interrogatoire, on note une prise de poids de 3 kg attribuée à la réduction de l'exercice physique et une hypoacousie récente. Il se plaint par ailleurs de fourmillements dans les doigts qui le gênent pour les gestes fins. A l'examen clinique la tension artérielle est à 130/80 mm Hg, le poids physiologique. On note l'abolition du pouls pédieux droit. L'examen neurologique est normal. La palpation cervicale retrouve un petit goitre micronodulaire ferme et irrégulier, non douloureux.

Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus vraisemblable?

- maladie d'Alzheimer
- thrombose carotidienne
- hypothyroïdie induite
- ischémie cérébrale
- hyperthyroïdie infra clinique

49

Les effets des hormones thyroïdiennes expliquent que

- lors d'une hyperthyroïdie on observe une augmentation du métabolisme de base et la consommation d'oxygène responsable d'un amaigrissement
- lors d'une hyperthyroïdie, on observe une constipation par ralentissement de la motricité intestinale
- Lors d'une hypothyroïdie, on observe une tachycardie
- Lors d'une hyperthyroïdie, on observe une hyperactivité motrice et une irritabilité
- Lors d'une hypothyroïdie, on observe une frilosité

50 3 Quelles sont les réponses vraies?

- L'administration de TSH est responsable d'une augmentation de T3 et T4
- La prise cachée d'hormones thyroïdiennes est responsable d'une hyperthyroïdie avec TSH augmentée
- La découverte d'un goitre est synonyme d'une hyperthyroïdie
- Le test au TRH permet de préciser l'origine centrale ou périphérique d'une hypothyroïdie
- Une carence en iode peut être responsable d'une hypothyroïdie

51 4 Comment confirmez-vous votre hypothèse diagnostique?

- échographie de la thyroïde
- dosage de TSH pour le dépistage
- TSH, T4 libre et anti-TPO
- dosage de T3
- iodémie

52 5 Vers quelle maladie thyroïdienne préexistante, la présence du goitre vous oriente-t-elle?

- cancer de la thyroïde
- maladie de Basedow
- thyroïdite de Quervin
- thyroïdite lymphocytaire chronique (Hashimoto)
- thyroïdite de Reidel

53 6 RAPPEL DU CAS:

Un homme de 68 ans vous est amené par sa femme qui le trouve ralenti sur le plan intellectuel depuis quelques mois. Elle décrit des difficultés de concentration et une lenteur inhabituelle chez ce retraité habituellement hyperactif. Elle craint une maladie d'Alzheimer. Vous notez dans son bilan récent une hypercholestérolémie à 3gr10 malgré la prescription de 20 mg de simvastatine et un tabagisme sevré depuis 8 ans. Il a subi un pontage coronarien, il y a 5 ans. Dans les suites, il a présenté un trouble du rythme supra-ventriculaire justifiant l'introduction d'un traitement d'amiodarone au long cours. A l'interrogatoire, on note une prise de poids de 3 kg attribuée à la réduction de l'exercice physique et une hypoacousie récente. Il se plaint par ailleurs de fourmillements dans les doigts qui le gênent pour les gestes fins. A l'examen clinique la tension artérielle est à 130/80 mm Hg, le poids physiologique. On note l'abolition du pouls pédieux droit. L'examen neurologique est normal. La palpation cervicale retrouve un petit goitre micronodulaire ferme et irrégulier, non douloureux.

Quelle est votre proposition thérapeutique ?

- arrêt de l'amiodarone
- corticothérapie
- augmentation de la simvastatine
- introduction progressive à petites doses de L-Thyroxine (Ex Lévothyrox 25)
- bêta bloquants

Date:

Nom:

Prénom:

Copie générée le 12-05-2015 11:01



UE 14 : Endo - Cas clinique n5

6 questions

54

Cas clinique n°5:

Cette femme de 17 ans consulte pour prise de poids et aménorrhée. Dans ses antécédents personnels vous notez :

- un poids de naissance était de 4kg200 à 3 semaines du terme
- des premières règles vers 11 ans avec des cycles menstruels d'emblée très irréguliers
- la prise de poids de 10 kg lors de la prescription d'une minipilule
- une aménorrhée de 3 mois après l'arrêt de cette pilule. Dans ses antécédents familiaux vous notez : deux grand-mères diabétiques avec surpoids.
- un père traité pour hypercholestérolémie
- une mère en surpoids.

Elle est étudiante et prépare son BAC professionnel. Il n'y a pas de tabagisme. Elle est sédentaire, l'exercice étant limité à la gymnastique au lycée.

A l'interrogatoire vous apprenez qu'elle a reçu un traitement pour acné lors de la puberté et qu'elle se plaint d'une nette accentuation de la pilosité. Son poids de forme est de 53 kg ; il est actuellement à 68 kg pour 165 cm. La patiente reconnaît ne pas faire attention à son régime. A l'examen vous notez une acné depuis l'arrêt des oestro-progestatifs. L'hirsutisme est modéré de score 16. Elle ne présente pas de vergetures récentes mais une répartition fascio-tronculaire des graisses.

Quel est le type de cette aménorrhée ? (*plusieurs réponses possibles*)

- aménorrhée primaire
- aménorrhée galactorrhée
- aménorrhée secondaire
- aménorrhée avec développement pubertaire
- ménopause précoce

55

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- grossesse
- hypercorticisme
- syndrome des ovaires polykystiques
- adénome à PRL
- diabète de type 2

56 4 Quelle(s) demande(s) de bilan biologique proposez-vous ?

- PRL, LH et FSH
- testostérone totale
- LH et FSH, estradiol, progestérone
- glycémie, bilan lipidique et testostérone totale
- beta-hCG

57 4 Quel test dynamique permettra de confirmer le diagnostic ?

- un test au LHRH
- un test au TRH couplé au LHRH
- une hyperglycémie provoquée
- un cycle du cortisol
- un test à la progestérone (Duphaston) sur 10 jours

58 5 Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) à terme de l'évolution de cette pathologie ?

- stérilité endocrinienne
- cancer du sein
- cancer de l'endomètre
- diabète de type 1
- syndrome métabolique

RAPPEL DU CAS:

Cette femme de 17 ans consulte pour prise de poids et aménorrhée. Dans ses antécédents personnels vous notez :

- un poids de naissance était de 4kg200 à 3 semaines du terme
- des premières règles vers 11 ans avec des cycles menstruels d'emblée très irréguliers
- la prise de poids de 10 kg lors de la prescription d'une minipilule
- une aménorrhée de 3 mois après l'arrêt de cette pilule. Dans ses antécédents familiaux vous notez : deux grand-mères diabétiques avec surpoids.
- un père traité pour hypercholestérolémie
- une mère en surpoids.

Elle est étudiante et prépare son BAC professionnel. Il n'y a pas de tabagisme. Elle est sédentaire, l'exercice étant limité à la gymnastique au lycée.

A l'interrogatoire vous apprenez qu'elle a reçu un traitement pour acné lors de la puberté et qu'elle se plaint d'une nette accentuation de la pilosité. Son poids de forme est de 53 kg ; il est actuellement à 68 kg pour 165 cm. La patiente reconnaît ne pas faire attention à son régime. A l'examen vous notez une acné depuis l'arrêt des oestro-progestatifs. L'hirsutisme est modéré de score 16. Elle ne présente pas de vergetures récentes mais une répartition fascio-tronculaire des graisses.

Devant la découverte d'une glycémie à 1gr20, quelle(s) est (sont) votre (vos) explication(s) physiopathologique(s) ?

- diabète de type 1
- maladie auto-immune
- diabète avec résistance à l'insuline
- diabète de type MODY
- syndrome métabolique

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 12-05-2015 11:00

UE 15: Tissu sanguin - Questions individuelles

Pr. Dargaud - Pr. Nataf

59 questions

1 Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. La coagulation

- peut être régulée par l'antithrombine
- la thrombine est l'inhibiteur principal de la coagulation
- peut être inhibée par l'antiplasmine
- peut être inhibée par la C réactive protéine (CRP)
- peut être inhibée par la protéine C activée

2 Au sujet des gènes de l'hémoglobine :

- Il y a deux gènes alpha et quatre gènes beta
- La thalassémie correspond à une mutation unique du gène beta (hémoglobine S)
- L'électrophorèse de l'hémoglobine est l'examen le plus simple de dépistage des hémoglobinopathies
- Les gènes d'hémoglobine exprimés chez le fœtus sont différents de ceux exprimés après la naissance
- La drépanocytose correspond à une mutation d'un gène de l'hémoglobine

3 Une carence en vitamine B12

- Peut entraîner une diminution de toutes les lignées sanguines
- Peut être compensée par un manque de fer
- Peut se observer chez les patients gastrectomisés
- Peut donner des anémies dites mégaloblastiques
- Peut entraîner des troubles extra-hématologiques tels que des neuropathies

4 L'hypersplénisme

- Est souvent associé à une splénomégalie
- Provoque une élimination accélérée des cellules sanguines
- Est fréquente dans la maladie de Biermer
- Provoque des cytopénies dites périphériques
- Est fréquente dans l'athylisme chronique

5 Le facteur tissulaire

- est normalement exprimé au niveau des fibroblastes
- est exprimé au niveau des monocytes activés
- inhibe la coagulation
- forme un complexe avec le facteur VIIa pour activer le facteur X
- forme un complexe avec le facteur VIIa pour activer le facteur IX

6 Les anémies macrocytaires

- Sont toujours régénératives
- Peuvent être liées à la consommation d'alcool
- Peuvent être d'origine carencielle
- Peuvent être liées à une insuffisance rénale
- Sont dues à des troubles de synthèse de l'hémoglobine

7 L'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire ABO peut

- provoquer le décès du fœtus
- provoquer une discrète anémie néonatale
- provoquer une hyperbilirubinémie
- se voir chez une mère B et un enfant O
- se voir chez une mère O et un enfant B

8 Une transfusion de sang d'un donneur de groupe 0 à un receveur de groupe A est

- Une transfusion compatible isogroupe
- Une transfusion non compatible isogroupe
- Une transfusion compatible non isogroupe
- Une transfusion non compatible non isogroupe
- Une transfusion strictement interdite

9 Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. L'antithrombine

- inhibe le facteur X activé
- active la protéine C
- inhibe le facteur II activé
- est l'inhibiteur principal de la fibrinolyse
- son déficit est lié à un risque thrombotique

10 L'anémie de Biermer

- Est liée à une carence d'apport de vitamine B12
- Est de type macrocytaire
- Peut être associée à une pancytopénie
- Est régénérative
- Est liée à un déficit en G6PD

11 Une anémie microcytaire hypochrome

- Peut être liée à un syndrome inflammatoire
- Peut être liée à une carence martiale
- Est toujours arégénérative
- Peut être liée à une hypothyroïdie
- Se traduit par un VGM augmenté

12 Le facteur XIII

- active le facteur XII
- a un rôle majeur pour stabiliser le caillot de fibrine
- son déficit n'est jamais associé à un syndrome hémorragique
- son déficit est responsable d'un allongement du TCA
- son déficit est responsable d'une diminution du TP

13 Le modèle d'effet des anti-thrombotiques :

- Est du type multiplicatif
- Permet de calculer le bénéfice à attendre d'un traitement chez un patient donné
- Est à la base du calcul du nombre de patients à traiter pour éviter un accident
- Est directement lié à la cible pharmacologique
- Est implicitement mis en pratique dans l'utilisation du score CHADS2

14 Le test de compatibilité (ou Cross Match) avant une transfusion se réalise avec

- Les GR (Globules Rouges) du receveur et le plasma du donneur
- Les GR du donneur et le plasma du receveur
- Un mélange des GR du donneur et du receveur
- Un mélange du plasma du donneur et du receveur
- Utilisation d'une antiglobuline humaine (AGH)

15 La maladie de Jean Bernard Soulier

- est associée à une thrombopénie
- est associée à des macroplaquettes
- est un déficit en récepteurs plaquettaire GP IIb-IIIa
- est associée à une anomalie d'adhésion plaquettaire
- est associée à une anomalie d'agrégation plaquettaire

16 La ferritine :

- est la protéine de transport du fer
- est fabriquée par les globules rouges
- la ferritinémie reflète les stocks de fer de l'organisme
- la ferritinémie augmente dans les syndromes inflammatoires
- permet l'élimination du fer par le rein

17 Les anticorps anti K du système Kell

- existent naturellement
- sont majoritairement des IgM
- passent la barrière placentaire
- provoquent des accidents transfusionnels
- sont toujours générés par une alloimmunisation

18 Les traitements anti-vitamine K

- diminuent l'activité de la protéine C
- diminuent l'activité des facteurs II, V, VII, IX et X
- diminuent l'activité des facteurs II, VII, IX et X
- sont habituellement suivis par la mesure du temps de Quick
- sont suivis par la mesure d'INR

19 Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. La maladie de Willebrand

- est la plus fréquente des pathologies hémorragiques constitutionnelles
- peut être expliquée par une augmentation de l'affinité du facteur Willebrand au facteur VIII
- se manifeste le plus souvent sous forme de saignements articulaires
- peut être associée à une diminution de l'affinité du facteur Willebrand aux plaquettes
- peut être associée à une augmentation de l'affinité du facteur Willebrand aux plaquettes

20. Au sujet des cellules du système immunitaire inné :

- elles expriment des PPR (Pathogen Packaging Receptors)
- leur activation est précoce au cours d'une réponse immune dirigée contre un pathogène
- elles sont capables de reconnaître des épitopes conformationnels
- elles sont capables de reconnaître des épitopes séquentiels
- elles sont capables de reconnaître des pattern moléculaires de pathogènes

21. Au sujet du fer :

- Environ 10% du fer ingéré est effectivement absorbé
- Une forte consommation de thé peut réduire l'absorption du fer
- Un excès de fer est dangereux pour l'organisme
- Le dosage de la sidérémie évalue les réserves de fer de l'organisme
- La carence en fer entraîne une diminution des plaquettes et des leucocytes

22. Lhémophilie A sévère

- est le plus souvent diagnostiquée avant la survenue d'épistaxis
- est une maladie récessive liée au sexe
- est accompagnée par un taux de facteur Willebrand diminué
- est responsable d'un allongement isolé du TP
- est le plus souvent liée à l'inversion de l'intron 22

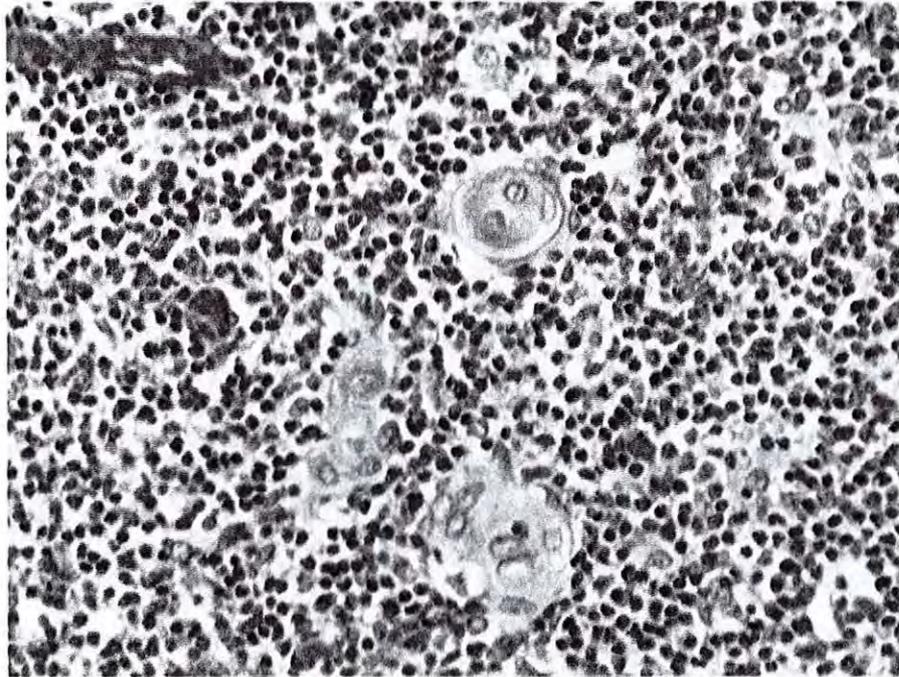
23. Concernant la vascularisation lymphatique terminale :

- elle permet la circulation de liquide interstitiel
- les cellules endothéliales y sont jointives
- elle accompagne le trajet des capillaires artério-veineux
- elle permet la circulation de particules ou de microorganismes vers les ganglions lymphatiques
- elle constitue une voie de circulation de cellules tumorales vers les ganglions lymphatiques

24. Un déficit en facteur IX = 35%

- peut être responsable d'un allongement du TCA
- peut être expliqué par un traitement anti-vitamine K (AVK)
- est responsable d'une hypoagréabilité plaquettaire
- peut être responsable de risque hémorragique
- peut-être lié à la prise de gestatifs

25. Quelles affirmations sont exactes concernant les structures concentriques observées sur cette coupe de thymus :



- il s'agit de follicules B
- il s'agit de corpuscules de Hassal
- ces structures sont localisées dans la zone corticale des lobules thymiques
- ces structures sont localisées dans la medulla des lobules thymiques
- ces structures sont formées de thymocytes

26. Une anémie par carence martiale est associée à :

- Une hyperferritinémie
- Une microcytose
- Une augmentation des réticulocytes
- Une hypochromie
- Une macrocytose

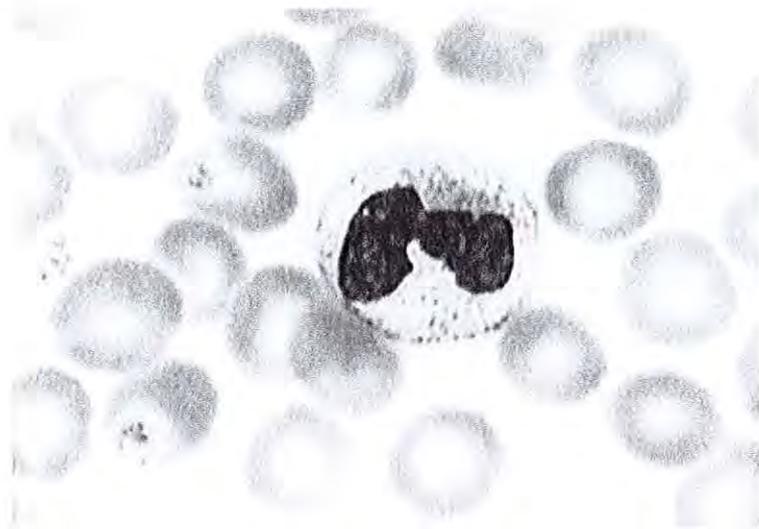
27. Un déficit en facteur VIII < 1%

- est responsable dun allongement du TP et du TCA
- est responsable dun allongement isolé du TCA
- est responsable dun allongement du temps de saignement
- est responsable de risque hémorragique
- peut-être lié à une prise de médicament anti-vitamine K

28. Ladhésion plaquettaire à la paroi vasculaire

- met en jeu les récepteurs plaquettaires GP Ib- IX-V
- met en jeu le facteur Willebrand
- met en jeu le collagène
- est une phase importante de la coagulation
- correspond à l'exposition des phosphatidyl-sérines à la face externe de la membrane plaquettaire

29. Au sujet de l'image ci-dessous :



- Il sagit dune cellule mononucléée
- Il sagit dun polynucléaire
- Les granulations dites azurophiles correspondent à des lysosomes contenant des hydrolases et de la myéloperoxidase,
- Les granulations des polynucléaires contiennent toutes de lhéparine et de lhistamine
- Tous les polynucléaires jouent un rle dans les phénomènes dhypersensibilité immédiate

30. Le myélogramme :

- Permet un examen cytologique de la moelle osseuse
- Doit être réalisé systématiquement en cas danémie
- Permet la réalisation danalyses complémentaires (cytogénétique, immunophénotypage)
- Nécessite une anesthésie préalable
- Permet le décompte des progéniteurs médullaires

31. Chez un patient, sans pathologie associée, présentant une anémie, on propose une transfusion de sang

- si le taux dhémoglobine est inférieur à 100gr/L
- si le taux dhémoglobine est inférieur à 70gr/L
- si le taux dhémoglobine est entre 80 et 100 gr/L
- si le patient est très essoufflé sans cause cardiaque ou pulmonaire
- si le patient le demande

32. Les anticorps anti A et anti B du système ABO

- sont présents chez tous les sujets et à tout âge
- sont à l'origine d'accidents transfusionnels graves
- sont de type majoritairement IgM
- activent le complément après fixation sur les GR
- sont identifiés avec le test de Simonin

33. Parmi les héparines ou apparentés, citez les deux les moins fréquemment associées à la survenue d'une thrombopénie immuno-allergique

- Héparine de bas poids moléculaire
- Héparine non fractionnée par voie intraveineuse
- Héparine non fractionnée par voie sous-cutanée
- Pentasaccharide
- Danaparoïde

34. Les situations suivantes peuvent entrainer une anémie de type « centrale » :

- Insuffisance rénale
- Hypothyroïdie
- Hypersplénisme
- Carence en vitamine B12
- Dons de sang répétés et rapprochés

35. La fibrinolyse

- utilise comme enzyme principale le facteur XIII
- est activée par le t-PA (en anglais Tissue Plasminogen Activator)
- utilise comme enzyme principale la plasmine
- utilise comme enzyme principale le plasminogène
- peut être inhibée par le TAFI (thrombin activable fibrinolysis inhibitor)

36 Dans une anémie hémolytique on peut observer :

- Une augmentation de lhaptoglobine
- Une diminution de lhaptoglobine
- Une augmentation des LDH
- Une augmentation de la bilirubine
- Une diminution des réticulocytes

37 Cocher la ou les réponse(s) juste(s) sil y en a. Un allongement isolé du temps de céphaline avec activateurs (TCA) peut être expliqué par :

- une maladie de Willebrand
- une hémophilie A
- une hémophilie B
- un déficit en FXII
- un traitement par aspirine

38 La technique du gel test en immunohématologie érythrocytaire

- Permet de visualiser les agglutinats des globules rouges
- A été mise au point à Lyon
- Permet de réaliser les groupages sanguins
- Est devenue une technique de référence dans le monde entier
- Permet de dépister les alloanticorps anti érythrocytaires avant une transfusion

39 Au sujet des globules rouges et de leurs précurseurs et progéniteurs :

- Il sécoule 3 semaines entre le stade de pro-érythroblaste et celui de globule rouge mature
- Les hématies matures ont une forme biconcave caractéristique qui autorise une surface décharges plus grande
- Les globules rouges ont une durée de vie de 10 jours dans le sang circulant
- Les réticulocytes sont des cellules matures dont les organites peuvent être visualisés par une coloration au Bleu de Crésyl
- L'hémoglobine nest synthétisée quaux stades les plus tardifs de lérythropoïèse

40 La carte de contrôle prétransfusionnelle

- comporte un contrle du groupe Rh
- permet de vérifier la compatibilité ABO
- doit être réalisée au laboratoire avant la délivrance de la poche de sang
- nest pas obligatoire en France
- doit être contrlée par le médecin prescripteur de la transfusion

41 Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. La protéine C activée a pour rôle physiologique

- dactiver la protéine S
- dinhiber le facteur Va
- dinhiber le facteur VIIIa
- dactiver le facteur V
- dactiver le facteur VIII

42 Les associations d'antiagrégants plaquettaires :

- Sont toujours contrindiquées, en raison de laugmentation du risque iatrogène
- Sont indiquées dans les situations où le risque à prévenir est suffisant
- Sont devenues banales dans la prise en charge des syndromes coronariens aigus
- Sont logiques pour des antiagrégants agissant sur des cibles pharmacologiques différentes
- Sont toujours contrindiquées car elles ne s'accompagnent pas d'augmentation de l'efficacité

43 La polyglobulie primitive ou maladie de Vaquez :

- Est un syndrome myéloprolifératif
- Est le plus souvent secondaire à une insuffisance respiratoire
- S'accompagne d'une augmentation de l'hématocrite
- Justifie une mesure de la masse sanguine
- Est associée dans la majorité des cas à une mutation du gène JAK2

44 Concernant la vascularisation des organes lymphoïdes

- La barrière hémato-médullaire est formée de capillaires discontinus
- Les capillaires de la corticale thymique sont de type discontinu
- Des HEV (High Endothelial Venules) sont observés dans la medulla des ganglions lymphatiques
- Le thymus est dépourvu de vaisseaux lymphatiques
- Le thymus est dépourvu de vaisseaux lymphatiques afférents

45 La Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) avant une transfusion non urgente :

- Est facultative
- A une validité de 3 jours maximum
- Peut parfois être valide plus de 42 jours
- Est obligatoire
- Remplace le test de compatibilité si le patient a déjà des alloanticorps

46. Parmi les antigènes suivants quels sont ceux qui relèvent du système ABO

- antigène A2
- antigène Cu
- antigène Fy3
- antigène cis AB
- antigène H

47. Quels sont les signes pouvant révéler une polyglobulie vraie :

- Les céphalées
- Les acouphènes
- Une cyanose du visage
- Un purpura
- Une thrombose vasculaire

48. Quelles étapes de la sélection thymique permettent l'élimination de lymphocyte T auto-réactifs ?

- Expression d'auto-antigènes par les cellules épithéliales de la corticale thymique
- Expression d'auto-antigènes induite par le gène AIRE
- Présentation d'auto-antigènes par les cellules dendritiques de la corticale thymique
- Présentation d'auto-antigènes par les macrophages de la médulla thymique
- Sélection positive

49. La carence en vitamine B12 :

- Est une des causes de macrocytose
- Est toujours associée à une carence en folates
- Est asymptomatique lorsqu'elle est associée à une carence en fer
- Est observée dans la maladie de Biermer
- Peut être la conséquence d'une gastrectomie

50. Le facteur V Leiden

- correspond à un déficit en facteur V
- correspond à un défaut d'activation du facteur V
- est associé à une pathologie hémorragique
- est associé à une pathologie thrombotique
- est une anomalie plus rare que le déficit en antithrombine

51. Parmi les signes cliniques suivants lesquels sont des signes de gravité ou de mauvaise tolérance d'une anémie :

- L'intensité de l'asthénie
- Une dyspnée au moindre effort
- Des douleurs thoraciques
- Un souffle cardiaque
- Une pâleur extrême

52. Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. Les facteurs vitamine K dépendant sont

- FII
- FV
- FVII
- FIX
- FXI

53. Quel sont les différences génomiques entre les Rh-1 (Rh D négatif) européens et africains

- Délétion du gène RhD chez le Rh européen
- Délétion du gène RhD chez le Rh africain
- Mutation non sens du gène RhD chez le Rh D européen
- Mutation non sens du gène RhD chez le Rh D africain
- Aucune différence

54. Au sujet du schéma ci-dessous :

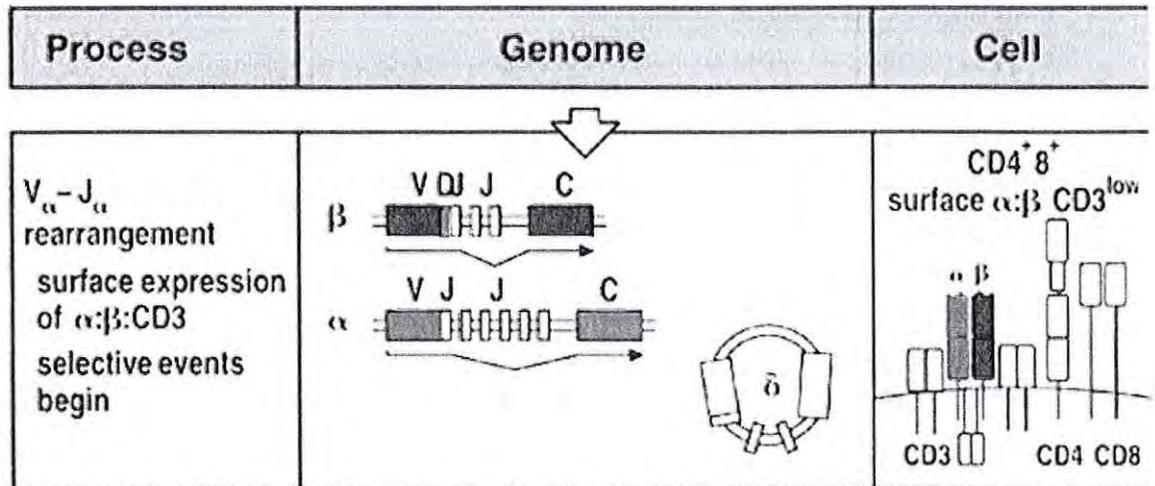


Figure 2-21 part 3 of 3 Immunobiology 6/e (© Garland Science 2005)

RAG -1 et RAG-2 : « recombination activating
Tdt : « terminal déoxynucléotidyl transferase'
TREC : « T-cell receptor excision circle”

- Le réarrangement des gènes du TCR (T Cell Receptor) a lieu dans la moelle osseuse
- Le réarrangement des gènes du TCR a lieu dans les follicules secondaires des ganglions lymphatiques
- La Tdt joue un rôle important dans la diversité du répertoire lymphocytaire T
- Le "TREC" joue un rôle important dans la diversité du répertoire lymphocytaire T
- RAG-1 et RAG-2 sont exprimés par les cellules épithéliales du cortex thymique

55. **L'alcoolisme chronique peut être associé :**

- A une anémie par carence martiale par saignement de varices oesophagiennes
- A un hypersplénisme
- A des carences diverses liée à une malnutrition
- A une macrocytose
- A une augmentation des gamma GT

56 La mutation G 20210A de la prothrombine

- est responsable d'une résistance à la protéine C activée
- est responsable d'un déficit en facteur II
- est responsable d'une augmentation du taux de facteur II
- est une anomalie autosomique dominante
- est responsable d'un défaut d'inactivation du facteur II activé par la protéine C

57 Quels médicaments anti-thrombotiques sont associés au plus fort risque d'hospitalisation iatrogène ?

- Les anticoagulants de type anti-vitamine K
- Les antiagrégants plaquettaires
- Les fibrinolytiques
- Les anticalciques
- Les héparines

58 L'agrégation plaquettaire

- GP IIb-IIIa est le récepteur plaquettaire principal de l'agrégation
- met en jeu le récepteur plaquettaire GP IIb-IIIa
- met en jeu le fibrinogène
- est testée par le temps de céphaline avec activateur
- est perturbée dans la thrombasthénie de Glanzmann

59 L'antithrombine:

- a pour rôle physiologique d'inactiver le facteur tissulaire
- a pour rôle physiologique d'inhiber le facteur X activé
- son déficit augmente le risque de thrombose veineuse de 1,5 à 2 fois par rapport à un sujet de même âge qui n'est pas porteur de thrombophilie
- son déficit est la cause la plus fréquente de thrombose veineuse chez les adultes
- est un activateur puissant de la coagulation

Conclusion du questionnaire

Année universitaire
2014-2015

Université Lyon 1
Faculté de médecine
Lyon est

DFGSM 2

2ème session

2ème semestre

EXAMEN JUIN 2015

UE 4 – NUTRITION METABOLISME

18 JUIN 2015

1	Concernant les apports énergétiques, quelles sont la ou les propositions justes ?
A	1g de lipide apporte 9 kCal
B	Consommer 10g de sucre apportera 40 kCal
C	les apports conseillés en glucides sont de 55% de l'apport énergétique quotidien
D	Les lipides ne doivent pas représenter plus de 15% des apports caloriques quotidiens
E	Les protéines apportent autant de calories que les glucides
2	Concernant l'obésité, quelles sont la ou les propositions justes ?
A	L'index de masse corporelle se définit par le rapport du poids sur la taille
B	Un IMC supérieur à 30 kg/m ² définit l'obésité
C	Chez l'enfant, le rebond adipositaire physiologique survient juste avant la puberté
D	Le sujet obèse a un risque cardiovasculaire augmenté
E	Les causes endocriniennes de l'obésité sont très rares
3	Concernant les acides gras, quelles sont la ou les propositions justes ?
A	La consommation de poisson permet de couvrir les besoins nutritionnels en EPA et DHA
B	L'huile de colza est une source alimentaire d'EPA et DHA
C	Les ANC en EPA et DHA sont de 250 mg par jour chacun
D	L'huile d'olive apporte essentiellement des acides gras mono-insaturés
E	Les acides gras saturés augmentent le LDL cholestérol
4	Un verre de 120 ml de vodka (40°) contient ?
A	280 Kcal
B	4 g d'alcool pur
C	60 g d'alcool pur
D	80 Kcal
E	72 ml d'eau
5	ce verre de vodka (120 ml) ?
A	Correspond à une unité d'alcool
B	Est susceptible de vous placer en délit de conduite
C	Est tolérable pendant la grossesse
D	Est moins nocive en cas de consommation de caféine
E	Peut être consommé sur le lieu de travail dans le cadre d'une réunion conviviale de départ
6	Les complications chez un buveur excessif comportent :
A	Une neuropathie périphérique
B	Un sur risque de cancer
C	Surviennent après plus de 10 ans pour une pancréatite chronique
D	Sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme à niveau de consommation identique
E	Un sur risque d'Hypertension artérielle

7	Quelles sont les propositions justes
A	La dénutrition concerne 5% des patients hospitalisés en France
B	La masse grasse représente le tissu adipeux et l'eau de l'organisme
C	On peut mesurer la masse grasse par absorptiométrie bi photonique
D	La transthyrétine est un marqueur biologique de l'état nutritionnel
E	Un patient qui passe de 80kg à 70kg en 5 mois est probablement en dénutrition sévère
8	Concernant les vitamines, cochez la ou les réponses justes
A	Une cirrhose hépatique s'accompagne d'une malabsorption de vitamine K et donc d'un risque hémorragique
B	En cas de pancréatite chronique, il existe un risque de carence en vitamine A et donc de fragilisation osseuse
C	Le bêta-carotène a des propriétés physiologiques similaires à celles de la vitamine A
D	Il existe des risques d'hypertension intracrânienne en cas d'intoxication en vitamine A
E	On recherche une carence en vitamine D par le dosage de la 1,25 OH vitamine D dans le sang
9	Quelles sont les réponses justes
A	Zinc, cuivre et sélénium sont des oligoéléments indispensables
B	Les besoins physiologiques en sel (NaCl) sont d'environ 5g/j
C	Le potassium a un effet hypotenseur
D	L'excrétion rénale du calcium est diminuée par la vitamine D
E	Le fer d'origine végétale est mieux absorbé que le fer d'origine animale
10	Quelles sont les réponses justes
A	La vitamine C se retrouve essentiellement dans les fruits et légumes
B	En cas de carence en vitamine C il existe des hémorragies gingivales
C	Les produits laitiers sont riches en vitamine D
D	Les aliments les plus riches en vitamine D sont les poissons
E	La vitamine B1 est retrouvée principalement dans les céréales
11	ATP
A	L'ATP est quantitativement une forme majeure de réserve d'énergie dans l'organisme
B	2 ATP sont produits par molécule de glucose en anaérobiose
C	De l'ATP est produit lors de la bêta-oxydation des acides gras
D	L'ATP est majoritairement produit au niveau mitochondrial pour régénérer le stock de NADH,H+
E	De l'ATP est produit par la voie des pentoses phosphates
12	Acides gras
A	La dégradation des acides gras à nombre impair de C produit des acétyl CoA et un acides gras à 3 carbones à la fin ; celui-ci subira une dernière décarboxylation spontanée
B	La dégradation des acides gras insaturés est impossible
C	Le glucagon en stimulant la lipase hormono-sensible favorise l'hydrolyse des triglycérides et le catabolisme des acides gras
D	Le glucagon inhibe la production de malonylCoA et donc la synthèse des acides gras
E	Le glucagon stimule l'activité carnitine palmitine transférase et ainsi la dégradation des acides gras.

13	Carrefour du pyruvate ; le pyruvate
A	est le produit terminal de la glycolyse
B	Peut être le produit de la réduction du lactate
C	Peut être le produit de la transamination de l'alanine
D	peut provenir de la carboxylation directe de l'acétyl coenzyme A
E	peut provenir de l'oxalo-acétate
14	Carrefour de l'acétyl Coenzyme A
A	l'acétyl Coenzyme A peut être produit à partir de la voie des pentoses phosphates
B	l'acétyl Coenzyme A peut être produit à partir d'un acide gras
C	l'acétyl Coenzyme A peut être produit à partir du glucose
D	l'acétyl Coenzyme A peut être oxydé en CO ₂ et H ₂ O
E	l'acétyl Coenzyme A peut être orienté vers la synthèse d'acide gras
15	Carrefour de l'oxaloacetate
A	L'oxaloacétate peut provenir de la glycolyse via le pyruvate
B	L'oxaloacétate peut donner du pyruvate
C	L'oxaloacetate peut donner du phosphoénolpyruvate
D	L'oxaloacetate peut provenir du malate
E	L'oxaloacetate peut donner de l'aspartate par transamination
16	Cétogénèse
A	S'il n'y a pas de disponibilité en oxaloacetate depuis la glycolyse (jeune, diabète) l'acétylCoA ne peut entrer dans le cycle de Krebs
B	En l'absence d'énergie et de NADPH, l'acétylCoA ne peut pas être à l'origine de la synthèse des acides gras
C	En absence d'oxaloacétate et en absence d'énergie la destinée de l'acétylCoA est la production de corps cétoniques
D	L'acétone, le béta hydroxybutyrate et l'acétoacétylCoA sont les corps cétoniques physiologiques
E	Le myocarde peut utiliser l'énergie contenue dans l'acétone
17	Chaîne respiratoire
A	La chaîne respiratoire oxyde les coenzymes réduits et pompe des protons
B	La chaîne respiratoire est une suite séquentielle de 4 complexes protéiques sur lesquels cheminent les électrons à haute énergie
C	Le pompage des protons crée un gradient de protons de part et d'autre de la membrane mitochondriale qui permet la synthèse d'ATP par l'ATP synthase
D	3 ATP sont produits par molécule de NADH+H ⁺
E	2 ATP sont produits par molécule de FADH ₂
18	Amino acides
A	Une transamination permet le passage d'un amino acide à l'acide alpha cétonique correspondant
B	L'ALAT transforme l'alanine en pyruvate
C	L'ALAT et l'ASAT utilisent l'alphacétoglutarate lors des transaminations
D	Le coenzyme de toutes les transaminations est la vitamine B12
E	La glutamate déshydrogénase est l'enzyme clé de l'extraction de l'amine des aminoacides

19	Glycogène
A	La dégradation du glycogène par les phosphorylases donne du glucose 6 phosphate
B	La dégradation du glycogène fait intervenir des alpha 1-4 glucosidases et des alpha 1-6 glucosidases
C	C'est la forme phosphorylée des phosphorylases qui est active
D	Ce sont des PKA qui phosphorylent les phosphorylases
E	La dégradation du glycogène se fait par des phosphatases qui doivent être phosphorylées pour être actives
20	Parmi les signes biologiques suivants, lequel (lesquels) est (sont) cohérent(s) avec un tableau d'acido-cétose chez un diabétique
A	Glycémie : 25 mmol/l
B	Osmolarité plasmatique : 320 mOsm/L (N: 280-300mOsm/L)
C	Protéines sériques : 60 g/L
D	Urée sanguine : 16 mol/l
E	Bicarbonates sériques : 12 mmol/l
21	Lors d'un exercice prolongé :
A	La source d'énergie majoritaire est le métabolisme aérobie
B	La mesure d'un quotidien respiratoire proche de 1 témoigne d'une utilisation de plus de 50% de lipides
C	La détermination de la consommation d'oxygène lors de l'exercice permet d'en évaluer la dépense énergétique
D	La source d'énergie principale est la glycolyse anaérobie
E	L'énergie apportée par les lipides est celle qui permettra d'atteindre la puissance la plus élevée
22	Parmi les sources d'énergie du muscle lors d'une activité physique, le métabolisme anaérobie se caractérise par :
A	L'utilisation du glycogène musculaire et hépatique comme source d'énergie
B	La production d'acide lactique par les fibres musculaires
C	Une puissance développée supérieure à celle du métabolisme aérobie
D	Une disponibilité immédiate dès le début de l'exercice
E	La production d'environ 39 ATP par mole de glycogène utilisé
23	Dans un exercice court et intense comme le sprint sur 100 mètres :
A	Les fibres musculaires recrutées seront principalement de type II
B	Le muscle va utiliser exclusivement ses réserves d'ATP
C	Le muscle va utiliser ses réserves de phosphocréatine
D	La puissance développée est moins importante que lors d'un exercice prolongé
E	Le métabolisme aérobie participe à hauteur de 70 % environ à l'énergie totale dépensée
24	Concernant la régulation de la température corporelle :
A	Elle est assurée à 80 % par l'évaporation lors d'un exercice physique
B	Elle est assurée à 80 % par la radiation, la conduction et la convection au repos
C	Elle est effectuée par l'intermédiaire d'un thermostat hypothalamique
D	La lutte contre la chaleur est mise en action par le système nerveux végétatif orthosympathique
E	La fièvre est une augmentation pathologique de la température centrale qu'il faut absolument éviter chez un patient

25	L'entraînement physique en endurance va provoquer des modifications physiologiques chez le sportif qui sont :
A	Un débit sudoral plus abondant et une sueur plus diluée
B	Une augmentation de la densité capillaire autour des fibres musculaires
C	Une augmentation de la proportion de fibres musculaires de type I dans les muscles concernés par l'activité sportive
D	Un débit ventilatoire maximal plus élevé que chez le sujet sédentaire
E	Une fréquence cardiaque plus basse à même dépense énergétique que chez le sujet sédentaire de même âge
26	Concernant la dépense énergétique :
A	Elle est égale au maximum à 20 MET (metabolic equivalent of task) chez le jeune homme de 20 ans sédentaire
B	Elle est égale à environ 5 MET chez la personne âgée de 80 ans
C	Elle est égale à 3-4 MET lors des activités physiques de la vie courante (toilette, activités ménagères...)
D	Elle peut atteindre la valeur de 30 MET chez le sportif de haut niveau
E	Elle est égale environ à 10 MET chez la jeune femme de 20 ans sédentaire
27	L'adaptation cardio-respiratoire lors d'un exercice d'intensité progressivement croissante montre :
A	Une augmentation linéaire de la fréquence cardiaque
B	Une augmentation de la fréquence ventilatoire plus importante pour les exercices de faible intensité
C	Une augmentation du volume d'éjection systolique plus importante pour les exercices de faible intensité
D	Une diminution des résistances vasculaires périphériques
E	Une augmentation du débit cardiaque jusqu'à 10 fois la valeur de repos chez le sédentaire
28	La consommation maximale d'oxygène (VO₂max) :
A	Correspond à la limite d'adaptation du système transporteur d'oxygène
B	Est plus élevée chez la femme que chez l'homme à poids corporel égal
C	Est mesurée par la méthode de thermochimie respiratoire
D	Est une caractéristique de l'individu testé qui reste stable tout au long de la vie
E	Est inversement proportionnelle à la puissance maximale anaérobie
29	La mesure du seuil ventilatoire :
A	Est habituellement chez le sujet sédentaire à 50 % environ de VO ₂ max
B	Diminue au fur et à mesure de l'entraînement en endurance
C	Correspond au point d'inflexion de la courbe d'évolution du débit ventilatoire lors d'un exercice d'intensité progressivement croissante
D	Permet d'apprécier les qualités d'endurance du sujet testé
E	Permet d'estimer chez un patient la fréquence cardiaque cible pour son programme de réentraînement physique

30	Lors d'une épreuve de marathon :
<i>A</i>	La température centrale du coureur peut atteindre 39 ° C en fin d'épreuve
<i>B</i>	Le glycogène musculaire peut être un facteur limitant de la performance
<i>C</i>	Le coureur ne peut pas utiliser comme source d'énergie les lipides du tissu adipeux
<i>D</i>	Le coureur peut augmenter ses réserves de glycogène musculaire en mangeant des hydrates de carbone (pasta-party) la veille de la course
<i>E</i>	La perte calorique par la transpiration atteint 600 Kcal par litre de sueur évaporée

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :
Session de JUIN 2015 - DFGSM2

NOM et Prénom :

N° Etudiant :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de JUIN 2015 – DFGSM 2

EXAMEN UE 6 SYSTEME IMMUNITAIRE

Note :

Schéma simplifié des mécanismes immunologiques de l'allergie à l'ambroisie.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :
Session de JUIN 2015 - DFGSM2

NOM et Prénom :

N° Etudiant :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de JUIN 2015 – DFGSM 2

EXAMEN UE 6 SYSTEME IMMUNITAIRE

Note :

Schéma des voies d'activations du complément et rôles biologiques.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :
Session de JUIN 2015 - DFGSM2

NOM et Prénom :

N° Etudiant :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de JUIN 2015 – DFGSM 2

Note :

EXAMEN UE 6 SYSTEME IMMUNITAIRE

Schéma de la présentation d'un antigène protéique vaccinal à un lymphocyte T CD4.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :
Session de JUIN 2015 - DFGSM2

NOM et Prénom :

N° Etudiant :

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de JUIN 2015 – DFGSM 2

EXAMEN UE 6 SYSTEME IMMUNITAIRE

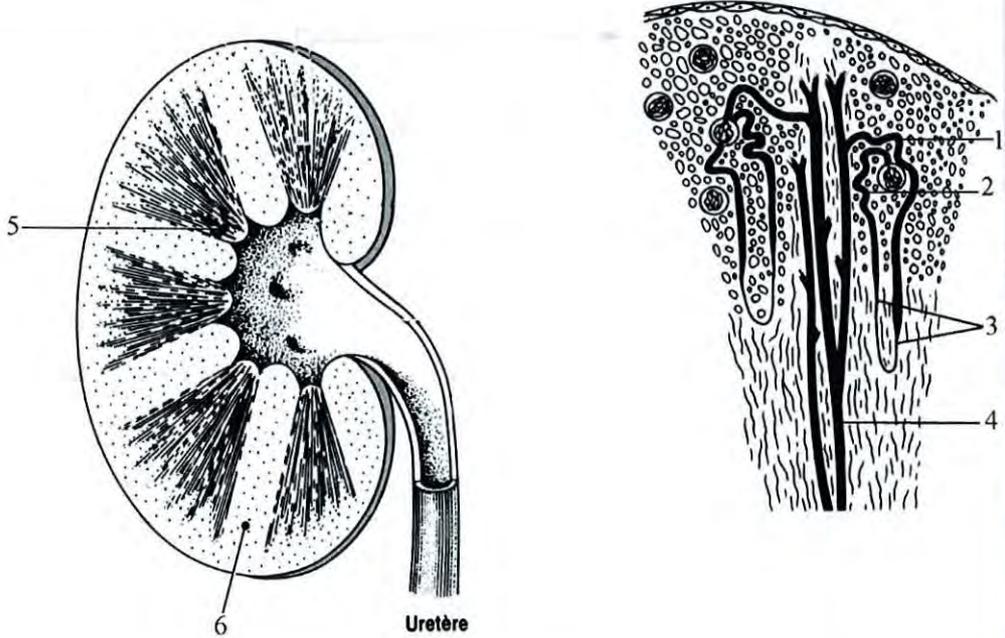
Note :

Décrire brièvement les différentes sous populations lymphocytaires T et leurs fonctions.

EXAMEN JUIN 2015

UE 12– REINS ET VOIES URINAIRES

22 JUIN 2015

1	Quels sont les rapports du rein droit
A	En avant, le colon droit en bas et le foie en haut
B	En dehors, le pancréas
C	En dedans le 2° duodénum
D	En bas la crête iliaque
E	En arrière et en dedans le muscle PSOAS
2	Quels sont les rapports de l'uretère gauche
A	En arrière le muscle CARRE DES LOMBES
B	En dedans, l'aorte
C	En dehors, le colon droit
D	Croise l'artère iliaque commune
E	Croise l'artère iliaque externe
3	Quels sont les rapports de la glande surrénale gauche
A	En bas, le pole supérieur du rein gauche
B	En dedans, l'aorte
C	En haut, l'estomac et la rate
D	En avant, la queue du pancréas
E	En dehors, le pole supérieur du rein
4	 <p>Sur cette illustration, on trouve</p>
A	en 6, la médullaire rénale
B	en 6, une zone où cheminent les artères et veines interlobaires
C	en 6, une zone où se trouvent des structures 1 et 2
D	en 5, une zone où se trouvent des structures 4
E	en 1, un tube contourné proximal

5	La vascularisation du rein
A	met en jeu un système porte veineux dont le premier réseau capillaire est situé entre l'artère et la veine glomérulaire
B	explique qu'une atteinte glomérulaire puisse avoir un retentissement sur la perfusion des tubules
C	permet la vascularisation de la médullaire grâce aux artères et veines droites (vasa recta)
D	met en jeu un système porte dont le premier réseau capillaire se trouve uniquement dans la corticale
E	met en jeu un système porte dont le deuxième réseau capillaire se trouve uniquement dans la médullaire
6	Au niveau de la vessie
A	on trouve un urothélium dont les cellules superficielles présentent une différenciation spécifique (notamment présence d'uroplakine sur la membrane apicale)
B	la musculaire muqueuse est particulièrement bien développée
C	la musculuse est importante et prend le nom de détrusor
D	on observe au niveau du col un renforcement de la couche musculaire circulaire dont la contraction est stimulée par le système orthosympathique
E	on observe un péristaltisme autonome de la musculuse
7	Au niveau du corpuscule rénal
A	le feuillet viscéral de la capsule de Bowman est limité par un épithélium malpighien
B	le feuillet pariétal de la capsule de Bowman est limité par un épithélium malpighien
C	on trouve entre les anses capillaires du glomérule un mésangium peu abondant
D	on trouve des podocytes capables de se diviser activement
E	on trouve, au niveau des interdigitations des pédicelles, des jonctions intercellulaires particulières (fente de filtration) jouant un rôle important dans la filtration de l'urine primitive
8	Les tubes contournés proximaux et distaux ont en commun
A	la présence d'un labyrinthe basal
B	la présence d'une bordure en brosse apicale
C	une localisation dans la corticale
D	la présence de jonctions serrées perméables à l'eau
E	la présence de symport Na ⁺ /glucose sur leur membrane apicale
9	Concernant l'équilibre acido-basique :
A	Le tampon le plus important dans les urines est l'acidité titrable
B	Une acidose est dite compensée quand le pH sanguin redevient normal.
C	Une acidose métabolique est compensée par une hyperventilation pulmonaire.
D	Une acidose métabolique est compensée par une hypoventilation pulmonaire
E	Les bicarbonates filtrés sont réabsorbés grâce à une anhydrase carbonique présente au niveau du tube proximal

10	La miction
A	est sous la dépendance du système sympathique
B	est sous la dépendance du système parasympathique
C	est sous la dépendance de récepteur noradrénergique
D	permet une contraction du détrusor
E	permet un relachement du détrusor
11	Les mécanismes suivants peuvent expliquer la présence d'une glycosurie :
A	Hyperglycémie supérieure à 10 mmol/L
B	Diminution du seuil rénal du glucose
C	Diminution du TmG
D	Lésion tubulaire proximale
E	Insuffisance rénale chronique
12	Sachant que U est le débit urinaire, V le volume urinaire et P la concentration plasmatique de créatinine, La clairance d'une substance se définit par :
A	UV/P
B	UP/V
C	VP/U
D	$(U-V)/P$
E	U/PV
13	A propos des mécanismes de la filtration glomérulaire
A	Elle dépend de la pression interstitielle intra tubulaire
B	Elle dépend de la pression hydrostatique intra capillaire glomérulaire.
C	La pression oncotique dans l'urine primitive est négligeable.
D	La pression hydrostatique intra capillaire glomérulaire est inférieure à la pression dans l'artériole efférente.
E	Les protéines de haut poids moléculaire franchissent facilement la membrane capillaire glomérulaire.
14	La diurèse de pression :
A	Est un mécanisme de régulation de la pression artérielle.
B	Dépend de l'aldostérone.
C	Correspond à une augmentation de l'excrétion urinaire lorsque la pression artérielle augmente.
D	Correspond à une diminution de l'excrétion urinaire lorsque la pression artérielle augmente.
E	Est reproductible sur un rein perfusé ex-vivo.
15	Lors d'une charge hydrique normale
A	L'ADH est freinée
B	L'ADH est stimulée
C	L'osmolarité urinaire est effondrée
D	L'osmolarité urinaire est élevée
E	Le volume urinaire augmente

16	Rétention aiguë d'urines
A	Douleurs des fosses lombaires
B	Douleurs hypogastriques
C	Matité à la percussion de la région lombaire
D	Habituellement fébrile
E	Installation brutale
17	Prostatite aiguë
A	Fièvre élevée
B	Brûlures mictionnelles et pollakiurie
C	Peut se compliquer de rétention aiguë
D	Peut être associé à une orchio-épididymite
E	Le toucher rectal est très douloureux
18	Cystite aiguë bactérienne
A	Pollakiurie
B	Pyurie
C	Brûlures mictionnelles
D	Matité hypogastrique à l'examen
E	Vomissements
19	Tumeur maligne du rein de l'adulte
A	Révélation fortuite le plus souvent à l'occasion d'un examen échographique
B	Révélation possible à l'occasion de l'observation d'une métastase osseuse
C	Révélation rare par hématurie macroscopique
D	Révélation rare par palpation d'une masse lombaire
E	Révélation fréquente par douleurs lombaires
20	Dosage de PSA à 50 ng par ml chez un homme de 60 ans
A	Évoque un adénocarcinome prostatique avec métastases
B	Évoque une prostatite aiguë en présence de fièvre et de brûlures mictionnelles
C	Est compatible avec un très volumineux adénome de la prostate
D	Nécessite un dosage de vérification
E	Est témoin d'une pathologie prostatique
21	Colique néphrétique par calcul de 3mm de l'uretère pelvien juxta-méatique gauche
A	Vomissements
B	Prostration
C	Absence de signes mictionnels
D	Présente de grandes chances de se résoudre par élimination du calcul
E	Représente une urgence vitale en présence d'une infection urinaire fébrile

22	Une néphropathie
A	Est toujours associé à une insuffisance rénale
B	Est une atteinte diffuse du parenchyme rénale
C	Peut se manifester par une HTA
D	Peut se manifester par une hématurie récidivante
E	Peut n'avoir aucune manifestation clinique à la phase initiale
23	La sémiologie du syndrome néphritique comporte
A	une leucocyturie avec cylindre
B	Une rétention hydro sodée
C	Une HTA
D	Une insuffisance rénale oligoanurique
E	L'absence de protéinurie
24	La sémiologie d'une insuffisance rénale chronique peut comporter
A	Une péricardite fibreuse
B	Un coma
C	Une confusion
D	Un accident vasculaire ischémique cérébrale
E	Une polyradiculonévrite aiguë
25	Dans L'ostéodystrophie rénale on retrouve
A	Une ostéite bactérienne
B	Une ostéomalacie
C	Une hypophosphorémie
D	Une hypercalcémie
E	Une hyperparathyroïdie
26	Une néphropathie vasculaire peut se manifester par
A	Une HTA
B	Un souffle abdominal épigastrique
C	Une asymétrie rénale
D	Des céphalées
E	Une insuffisance rénale
27	Une hyperkaliémie
A	Est grave si elle est d'installation rapide
B	peut se manifester par des paresthésies des extrémités
C	se complique de troubles du rythme auriculaire
D	Peut se compliquer de troubles de la conduction auriculo-ventriculaire
E	Peut se compliquer de troubles du rythme ventriculaire

28	Scanner urinaire : cocher les affirmations vraies
A	Le scanner est plus sensible que l'UIV pour la détection des masses rénales
B	Le scanner est plus sensible que l'échographie dans la détection des calculs rénaux
C	Pour caractériser une masse rénale au scanner, il est préférable de réaliser une injection intraveineuse de produit de contraste iodé
D	Un temps excrétoire en scanner se définit par une acquisition réalisée au moins 3 minutes après l'injection de produit de contraste
E	Sur un temps artériel, le scanner montre un fort rehaussement de la médullaire et un faible rehaussement du cortex
29	Obstruction urétérale : cocher les affirmations vraies
A	En cas de douleur lombaire aiguë, une échographie normale élimine une colique néphrétique
B	Les calculs ne sont pas visibles en échographie quand ils sont enclavés dans les méats urétéraux
C	Un calcul rénal présente généralement un cône d'ombre postérieur en échographie
D	L'ASP est l'examen le plus sensible pour la détection des calculs
E	Le scanner peut authentifier un obstacle urétéral, même si le rein est muet
30	Cancer de prostate : cocher les affirmations vraies
A	Le diagnostic du cancer de prostate est généralement assuré par des biopsies étagées (biopsies en sextant)
B	Une échographie prostatique endorectale normale élimine le diagnostic de cancer de prostate
C	La présence d'une plage hypo-échogène intraprostatique affirme le diagnostic de cancer de prostate
D	L'IRM multiparamétrique peut détecter les cancers de prostate agressifs
E	L'IRM multiparamétrique peut guider les biopsies vers des zones suspectes
31	Les alpha-bloquants
A	Sont indiqués dans l'hypertrophie prostatique car ils facilitent la vidange vésicale
B	Sont des antihypertenseurs classiques
C	Préviennent moins bien l'insuffisance cardiaque que des diurétiques thiazidiques chez l'hypertendu
D	Préviennent moins bien l'AVC que les diurétiques thiazidiques chez l'hypertendu
E	Sont contreindiqués en association avec les bêtabloquants
32	Certains inhibiteurs des phosphodiesterases
A	Améliorent les symptômes de l'insuffisance cardiaque
B	Aggravent la mortalité dans l'insuffisance cardiaque chronique en administration per os
C	Sont indiqués dans les troubles de l'érection
D	Améliorent l'hypertension artérielle pulmonaire
E	Activent la dégradation du GMPc
33	La créatininémie
A	Varie en fonction de l'âge et du sexe
B	Varie beaucoup en fonction de l'alimentation
C	Varie beaucoup en fonction de la diurèse
D	Augmente au cours de l'hypercatabolisme protéique
E	Se situe en moyenne chez l'homme aux alentours de 90 mmol/l

34	Parmi ces marqueurs sanguins, le(s)quel(s) sont utiles au suivi du cancer du testicule :
<i>A</i>	hCG
<i>B</i>	PSA
<i>C</i>	Sous-unité beta de l'hCG
<i>D</i>	testostérone
<i>E</i>	AFP

EXAMEN JUIN 2015

UE 13– APPAREIL LOCOMOTEUR

22 JUIN 2015

1	Les Propositions suivantes sont justes :
A	Le muscle deltoïde prend son origine sur la clavicule, l'acromion, et l'épine scapulaire
B	Les doigts longs comprennent 3 phalanges numérotées de 1 à 3 de Distal à Proximal
C	La scapula comporte 3 fosses : sous scapulaire, supra épineuse, infra épineuse
D	Les points de compressions artériels permettent de stopper une hémorragie en cas de plaie en amont de celui ci.
E	Au bras, Le nerf médian est satellite de l'artère brachiale
2	Le complexe articulaire de l'épaule comprend les articulations:
A	Sterno-claviculaire
B	Acromio-thoracique
C	Scapulo-humérale
D	Sub-deltoïdienne
E	Thoraco-claviculaire
3	L'articulation du coude comporte :
A	3 articulations à l'intérieur d'une même capsule
B	une palette humérale déjetée vers l'avant
C	des ligaments collatéraux avec 3 faisceaux
D	l'articulation huméro-ulnaire, ginglyme
E	l'articulation huméro-radiale, sphéroïde
4	Le carpe comprend
A	7 os
B	l'os naviculaire, articulé avec le premier cunéiforme
C	l'os triquetrum, articulé avec le lunatum
D	l'os hamatum, avec son crochet
E	l'os pisiforme, en avant du capitatum
5	Concernant l'innervation du membre inférieur, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :
A	Les branches du plexus lombal (lombaire) innervent la portion proximale et ventrale du membre inférieur
B	Les branches du plexus sacral (sacré) innervent la portion distale du membre inférieur
C	Le nerf cutané latéral de la cuisse peut être comprimé dans son passage au- dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure
D	Le nerf sciatique est uniquement constitué de fibres sensitivo-motrices provenant des racines L5 et S1
E	La fonction motrice principale du nerf fémoral est l'extension du genou et la flexion de hanche
6	Parmi les troubles suivants indiquez lesquels sont en relation avec une atteinte centrale (par opposition à périphérique)
A	la tendance à la rétropulsion
B	la marche en " steppant " d'un ou de deux pieds
C	l'élargissement du polygone de sustentation
D	la marche " en fauchant " d'un côté
E	la marche à petits pas

19	Devant un gonflement du genou aigu et fébrile , vous évoquez en priorité :
A	Une arthrite septique
B	Une arthrite microcristalline
C	Une rupture du ligament croisé antérieure
D	Une arthrose fémoropatellaire
E	Une arthrite rhumatoïde
20	Dans le syndrome complet de la queue de cheval, quelles sont les propositions exactes ?
A	Tous les muscles du pied, de la jambe et de la face postérieure de la cuisse peuvent être touchés
B	Les sensibilités du périnée et de la région fessière interne sont toujours épargnées
C	Les troubles sphinctériens peuvent être précoces et d'intensité variables
D	Le syndrome de la queue de cheval traduit une compression de la partie terminale de la moelle épinière
E	Il peut être dû à une hernie discale
21	Concernant la sciatique S1, Quelles sont les affirmations varies.
A	Le réflexe rotulien est aboli
B	La douleur peut irradier jusqu'au 5ème orteil
C	Le déficit sensitif siège au niveau de la face antérieure de la cuisse
D	La douleur est reproduite par la manœuvre de Lasègue
E	En cas de déficit moteur, le patient ne peut pas marcher sur la pointe des pieds
22	Quels sont les signes de syndrome fémoro patellaire parmi les suivants ?
A	Il existe souvent une fièvre
B	Il existe constamment une altération de l'état général
C	La douleur survient à la station assise prolongée
D	La douleur est majorée par la montée des escaliers
E	La douleur est souvent brutale et violente, et l'impotence fonctionnelle complète
23	Au cours d'un syndrome du canal carpien
A	La patiente décrit des paresthésies des 3 premiers doigts
B	Les douleurs sont essentiellement nocturnes
C	Le signe de Tinel permet de confirmer le diagnostic
D	En cas de forme sévère, il peut exister un déficit sensitif à la face palmaire des 2 premiers doigts
E	Il existe une abolition du réflexe tricipital homolatéral
24	Sur une IRM
A	Les ligaments apparaissent en hypersignal en pondération T2
B	Le liquide synovial apparaît en hyposignal en pondération T1
C	La corticale osseuse apparaît en hypersignal en pondération T1
D	La graisse apparaît en hypersignal en pondération T2
E	L'œdème inflammatoire apparaît en hypersignal en pondération T2

25	Quels sont les signes évocateurs de luxation antéro inférieure de l'épaule à la radiographie ?
A	Une fracture antéro inférieure de la glène
B	Une encoche postéro supérieure de la glène
C	Une encoche de la région postéro supérieure de la tête humérale
D	Une encoche de McLaughlin
E	Des ostéophytes
26	Une hyperfixation en scintigraphie osseuse peut correspondre à :
A	une fracture récente
B	une fracture ancienne non consolidée
C	une fracture ancienne consolidée
D	un cartilage de croissance chez l'enfant
E	une contamination urinaire
27	Qu'est ce qui est vrai à propos du fémur ?
A	La ligne âpre se trouve à la face antérieure
B	Les gastrocnémiens prennent leur insertion sur la partie supra-condylienne
C	Le muscle droit antérieur n'a pas d'insertion osseuse sur le fémur
D	Le fémur est convexe vers l'avant
E	La fovéa se trouve sur la partie inférieure de l'os
28	Qu'est ce qui est vrai à propos des muscles de la cuisse ?
A	Le petit fessier est plus superficiel que le grand fessier
B	Le muscle grand adducteur prend son insertion distale à la face interne du fémur
C	Le muscle couturier appartient au quadriceps
D	Le fascia lata est plus superficiel que le muscle vaste externe
E	Le biceps fémoral ferme le creux poplité en dehors
29	Qu'est ce qui est vrai à propos de la cheville ?
A	L'articulation tibio talienne se comporte comme une mortaise et un tenon
B	Le complexe ligamentaire externe possède un feuillet profond et un superficiel
C	Le ligament calcanéo-naviculaire plantaire (spring ligament) est sur sa face interne
D	Le ligament calcanéo talien interosseux est un ligament grêle et fragile
E	Les tendons des muscles péroniers se trouvent en avant de la malléole latérale

EXAMEN JUIN 2015

UE 14 – HORMONOLOGIE REPRODUCTION

18 JUIN 2015

HORMONOLOGIE	
1	Glande thyroïde
A	La glande thyroïde est la seule glande endocrine palpable chez l'homme
B	L'isthme thyroïdien est mobile à la déglutition
C	La zone de la trachéotomie est située au dessus de l'isthme thyroïdien
D	La veine thyroïdienne inférieure se draine dans la veine jugulaire interne
E	L'artère thyroïdienne supérieure est une branche de l'artère carotide interne
2	Les surrénales
A	présentent une zone centrale (médullo-surrénale) qui sécrète des catécholamines
B	présentent une zone corticale qui sécrète des stéroïdes
C	ont une origine embryologique mixte, mésodermique et endodermique
D	présentent une zone centrale constituée de cellules qui peuvent être assimilées à des cellules ganglionnaires orthosympathiques dépourvues d'axone
E	présentent une zone glomérulée sécrétant l'aldostérone
3	L'adénohypophyse
A	est une glande dont les sécrétions sont contrôlées par les noyaux supra-optiques et paraventriculaires
B	est formée d'amas de cellules épithéliales sécrétant des hormones polypeptidiques
C	est irriguée par le premier réseau capillaire du système porte hypophysaire
D	est une glande dont les sécrétions sont contrôlées par des statines et des libérines sécrétées au niveau du premier réseau capillaire du système porte hypophysaire
E	est d'origine neuro-ectodermique
4	Les thyrocytes
A	perdent, comme beaucoup de cellules endocrines, la polarité typique des cellules épithéliales
B	forment des amas de cellules sécrétant des hormones polypeptidiques
C	libèrent T3 et T4 grâce à un transporteur de leur membrane baso-latérale
D	synthétisent une protéine, la thyroglobuline
E	phagocytent et dégradent la thyroglobuline
5	L'insuline
A	Est sécrétée par les cellules beta des îlots de Langerhans pancréatiques.
B	Stimule la synthèse de glycogène et inhibe la néoglucogenèse
C	Est transportée dans le plasma par l'albumine
D	A un récepteur intracellulaire dans les cellules musculaires
E	A une demi-vie courte
6	les hormones thyroïdiennes
A	Les hormones thyroïdiennes circulantes sont principalement sous forme liées car elles sont hydrophobes
B	La synthèse des hormones thyroïdiennes est inhibée pas l'administration de fortes doses d'iode
C	La forme active est la forme libre et c'est pourquoi on dose la T3L et la T4L
D	La plupart de la T3 est produite à partir de la T4 par les désiodases périphériques
E	La forme la plus active est la T4

7	Les effets des glucocorticoïdes
A	Ils favorisent la maturation des fonctions pulmonaires et hépatiques chez le fœtus
B	Ils favorisent l'effet de la vitamine D en stimulant l'absorption intestinale du calcium
C	Ils ont un effet immunosuppresseur
D	Ils ont un effet anti-allergique
E	A fortes doses, Ils peuvent être responsables de troubles psychologiques
8	Concernant l'hormone de croissance (GH), quelle est (quelles sont) la réponse juste (les réponses justes) ?
A	Est sécrétée par la neuro-hypophyse
B	Est une hormone hyperglycémiant
C	Agit par l'intermédiaire de facteurs de croissance médullaires
D	Sa sécrétion est inhibée par la ghréline
E	Elle inhibe la lipolyse
9	Dans le cadre d'un syndrome de Cushing, l'excès de cortisol va être responsable des signes cliniques suivants :
A	Hypotension artérielle
B	Vergeture pourpre
C	Obésité androïde
D	Amyotrophie de la racine des membres
E	Exophtalmie
10	Une femme de 30 ans vous consulte après découverte d'un macro adénome hypophysaire cliniquement non sécrétant de 25 mm de grand axe. Elle conserve un cycle menstruel spontanément normal. Quels sont les tests biologiques indispensables afin d'exclure une insuffisance antéhypophysaire chez cette patiente.
A	Dosage de la LH et FSH lors d'un Test de stimulation à la LHRH (GnRH)
B	Dosage de l'IGF1
C	Dosage du cortisol lors d'un test de stimulation par hypoglycémie insulinique
D	Dosage de la TSH seule
E	Dosage du cortisol plasmatique à minuit
11	Quels signes cliniques peuvent faire évoquer un syndrome tumoral associé à un macro adénome hypophysaire.
A	Hémianopsie latérale homonyme
B	Paralysie oculomotrice du III
C	Quadranopsie bitemporale
D	Méningite virale
E	Epistaxis
12	L'hypothyroïdie infraclinique ou insuffisance thyroïdienne de réserve se définit par
A	La baisse de la TSH et de la T4 libre
B	Une TSH modérément augmentée avec T3 libre basse
C	Une TSH modérément augmentée avec T4 libre normale
D	La baisse de T4 libre et de T3 libre
E	La présence d'anticorps anti-TPO avec une TSH modérément augmentée >5.5 UI/L

13	Devant une baisse de la TSH plasmatique (< 0.05 UI/l), on doit évoquer :											
A	Une prise excessive de Lévothyrox											
B	Une insuffisance thyroïdienne											
C	Une insuffisance thyroïdienne de réserve											
D	Une hyperthyroïdie latente											
E	Un goitre simple											
14	Le dosage de T3 libre est-il justifié dans les situations cliniques suivantes											
A	Un état de dénutrition sévère											
B	Un nodule thyroïdien isolé avec TSH basse et T4 libre normale											
C	Une suspicion d'hypothyroïdie centrale											
D	Un traitement par Cordarone®											
E	Une hypothyroïdie infraclinique											
15	Une hypoglycémie peut se traduire par											
A	Des sueurs froides											
B	Des palpitations											
C	Une tachycardie											
D	Une sensation de faim											
E	Une crise convulsive											
16	Lors d'une acidocétose											
A	Les bicarbonates sont élevés											
B	Il existe une insuffisance rénale fonctionnelle											
C	La cétonémie est basse car la cétonurie est élevée											
D	Il existe une dyspnée de repos											
E	Il existe des douleurs abdominales											
17	Lors du diabète de type 2											
A	Il existe fréquemment une HTA											
B	Le tour de taille très souvent est > 1 m chez un homme											
C	Il existe souvent un vitiligo											
D	On retrouve une hérédité autosomique dominante											
E	On peut parfois être en présence d'un adulte jeune											
18	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>T4L (pmol/L)</td> <td>26,0</td> <td>11,1 à 18,8</td> </tr> <tr> <td>T3L (pmol/L)</td> <td>3,3</td> <td>3,4 à 5,2</td> </tr> <tr> <td>TSH (mUI/L)</td> <td>1,5</td> <td>0,4 à 3,1</td> </tr> </table> <p>Le bilan thyroïdien ci-dessus chez un homme de 50 ans n'ayant pas modifié son traitement depuis 2 mois évoque</p>			T4L (pmol/L)	26,0	11,1 à 18,8	T3L (pmol/L)	3,3	3,4 à 5,2	TSH (mUI/L)	1,5	0,4 à 3,1
T4L (pmol/L)	26,0	11,1 à 18,8										
T3L (pmol/L)	3,3	3,4 à 5,2										
TSH (mUI/L)	1,5	0,4 à 3,1										
A	Une hypothyroïdie à T3											
B	Un traitement par la thyroxine											
C	Une hyperthyroïdie											
D	Une hyperthyroïdie sous cordarone											
E	Un bilan thyroïdien normal sous cordarone											

19	Les grands essais cliniques récents sur les gliptines comparées au placebo ont montré :
A	Un meilleur contrôle de l'hémoglobine glyquée
B	Une réduction significative du risque d'accident vasculaire cérébral
C	Une réduction significative du risque d'accident coronarien majeur
D	Une majoration du risque d'insuffisance cardiaque pour l'une des molécules
E	Une non-infériorité au placebo, à une marge de 30% près, concernant le risque des accidents cardiovasculaires majeurs
BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION	
20	Concernant le cycle des hormones hypophysaires et ovariennes :
A	Pendant toute la phase folliculaire, le rétro-contrôle exercé par l'œstradiol sur les hormones gonadotropes est de type " positif "
B	La FSH est au plus bas niveau en début de cycle, et s'élève à partir du 6ème jour du cycle.
C	L'activité du corps jaune dépend de la LH sécrétée pendant la phase lutéale.
D	La progestérone est sécrétée pendant toute la durée du cycle
E	Le pic gonadotrope qui survient autour de J13 est responsable de l'ovulation
21	Concernant la folliculogénèse :
A	La thèque interne se différencie au stade " pré-antral "
B	Chez une femme sous contraception hormonale, il n'y a que des follicules primordiaux dans les ovaires
C	Les follicules sont soumis à l'action de la FSH dès le stade primordial
D	Il faut environ 85 jours pour passer du stade " pré-antral " ou stade " pré-ovulatoire "
E	Le follicule pré-ovulatoire est issu d'une cohorte de follicules dont le diamètre est de quelques
22	Concernant la médecine de la reproduction :
A	Les difficultés à concevoir concernent environ 14% des couples
B	La fécondabilité d'un couple jeune est estimée à 25% environ
C	Des antécédents infectieux touchant la sphère génitale peuvent expliquer une infertilité chez l'homme comme chez la femme
D	L'établissement d'une courbe ménothermique permet d'apprécier indirectement la sécrétion de progestérone
E	L'ICSI représente l'indication de choix pour les stérilités tubaires isolées.
23	Concernant de développement post-natal de la fonction de reproduction :
A	L'identité sexuelle se met en place dans l'enfance, avant l'imprégnation hormonale de la puberté
B	Le premier signe clinique de la puberté chez la fille est l'apparition de poils pubiens.
C	La sensibilité des follicules pileux aux androgènes est plus importante chez le garçon que chez la fille.
D	La testostérone doit être réduite en dihydrotestostérone pour que la prostate se développe normalement.
E	L'augmentation du volume testiculaire à la puberté est due l'augmentation du nombre de cellules germinales.

24	Concernant les fonctions testiculaires chez l'adulte :
A	La sécrétion d'inhibine B par la cellule de Sertoli est stimulée par la FSH et par la présence de cellules germinales
B	La testostérone produite par les cellules de Leydig stimule la spermatogenèse
C	La testostérone exerce un rétrocontrôle négatif de la sécrétion de LH par l'hypophyse sans agir sur la sécrétion de FSH .
D	L'inhibine B exerce un rétrocontrôle négatif de la sécrétion de FSH par l'hypophyse sans agir sur la sécrétion de LH .
E	La testostérone agit sur les cellules de Sertoli pour stimuler la spermatogénèse.
25	Concernant la sexualité et la fertilité chez l'homme :
A	L'érection est déclenchée par une inhibition du système sympathique noradrénergique et une stimulation du système nitreurgique.
B	La phase sécrétoire de l'éjaculation est déclenchée par une stimulation sympathique noradrénergique
C	L'alphaglucosidase est sécrétée par les vésicules séminales et l'ampoule du déférent
D	Le cancer du testicule est plus fréquent en cas de varicocèle
E	Le centriole proximal du spermatozoïde induit l'activation de l'ovocyte à la fécondation
SEMILOGIE CHIRURGICALE	
26	Le cancer du sein peut se manifester par
A	des douleurs osseuses diffuses intenses témoignant d'une localisation métastatique osseuse
B	Un eczéma du sillon sous mammaire (maladie de Paget)
C	une adénopathie axillaire
D	Un aspect en peau d'orange du sein
E	un méplat cutané
27	Cancer de l'endomètre
A	Affecte classiquement les femmes entre 40 et 50 ans
B	Peut-être responsable de métrorragies post-coïtales
C	Est suspecté en échographie par une hypertrophie endométriale
D	La biopsie endométriale en consultation est inutile car un geste opératoire sera réalisé
E	Peut s'intégrer à une prédisposition génétique aux cancers dans le cadre d'une mutation HNPCC
28	La grossesse extra-utérine (GEU)
A	Se manifeste par des douleurs plutôt latéralisées
B	Les métrorragies sont abondantes avec caillots
C	Les résultats de l'échographie pelvienne doivent être corrélés aux résultats des HCG plasmatiques
D	Une contracture abdominale peut se voir dans le cadre d'une GEU rompue
E	En fonction de la clinique, un traitement médical peut être proposé
29	Un kyste ovarien peut
A	Peut- être physiologique en début de grossesse (kyste du corps jaune)
B	Etre asymptomatique
C	Se compliquer d'une torsion, d'une rupture ou d'une hémorragie intra-tubaire
D	Avec des cloisons et des végétations doit faire redouter une lésion organique
E	Etre responsable de méno-métrorragies

30	Le cancer du col en France
<i>A</i>	Son dépistage est couplé à un test HPV tous les 3 ans
<i>B</i>	les frottis du col de l'utérus sont réalisés tous les 3 ans entre 25 et 74 ans
<i>C</i>	Se manifeste par des métrorragies post-coïtales
<i>D</i>	en cas d'anomalie du frottis du col de l'utérus, une colposcopie peut être prescrite
<i>E</i>	Peut-être diagnostiqué devant une urétéro-hydronéphrose uni- ou bilatérale

EXAMEN JUIN 2015

UE 15– TISSU SANGUIN

22 JUIN 2015

1	Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. Un allongement isolé du temps de céphaline avec activateurs (TCA) peut être expliqué par :
A	une maladie de Willebrand de type 2N
B	un déficit en facteur XI
C	une hémophilie B
D	une thrombopénie
E	un déficit en plasminogène
2	Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. Les facteurs vitamine K dépendant sont
A	Facteur II
B	Facteur V
C	Facteur VII
D	Facteur X
E	Facteur VIII
3	Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. L'agrégation plaquettaire
A	met en jeu les récepteurs plaquettaires GP Ib- IX-V
B	met en jeu les récepteurs plaquettaires GP IIb- IIIa
C	correspond à l'exposition des phosphatidyl-sérines à la face externe de la membrane plaquettaire
D	met en jeu le fibrinogène
E	est normale dans le syndrome de Bernard Soulier
4	L'antithrombine:
A	active la protéine C en présence de la thrombomoduline
B	a pour rôle physiologique d'inhiber le facteur II activé
C	a pour rôle physiologique d'inhiber le facteur X activé
D	active le facteur XIII
E	est un anticoagulant naturel
5	L'hémophilie A
A	est responsable d'une diminution du TP
B	est responsable d'un allongement isolé du TCA
C	est responsable d'un allongement du temps de saignement
D	est responsable de risque hémorragique
E	est responsable d'une diminution du TP et d'un allongement du TCA
6	Au sujet de la vitamine B12
A	Elle est absorbée dans l'estomac
B	Elle se lie au facteur intrinsèque
C	Sa carence peut entraîner une anémie macrocytaire
D	Sa carence est liée à une alimentation pauvre en protéines animales
E	Le test de Schilling explore l'absorption de la vitamine B12

7	Les polynucléaires
A	Ne sont pas capables d'entrer en mitose
B	Peuvent migrer dans les tissus
C	Sont dotés de propriétés de phagocytose
D	Sont diminués dans les " neutropénies "
E	Apparaissent après la puberté
8	Au cours de l'anémie inflammatoire
A	On observe très souvent un ictère
B	On doit rechercher un syndrome inflammatoire biologique
C	L'anémie peut être normocytaire ou microcytaire
D	Il faut prescrire du fer par voie orale
E	Il faut trouver l'origine de l'inflammation
9	Les réticulocytes
A	Sont des globules rouges en fin de vie
B	Sont augmentés dans les anémies régénératives
C	Ont un VGM plus important que celui des globules rouges matures
D	Peuvent faire l'objet d'une numération
E	Sont augmentés dans les anémies par carence martiale
10	Une polynucléose
A	Correspond à une valeur des polynucléaires neutrophiles supérieure à la normale
B	Correspond à une valeur des éosinophiles supérieure à la normale
C	Est synonyme d'infection et justifie un traitement antibiotique
D	Peut s'observer en cas d'inflammation
E	Est une urgence thérapeutique dès lors qu'elle dépasse 10 gigas/L
11	Indiquez le ou les types cellulaires présent(s) dans les follicules B secondaires des ganglions lymphatiques
A	lymphocytes T immatures
B	cellules dendritiques folliculaires
C	lymphocytes B mémoire
D	cellules endothéliales des "HEV"
E	plasmocytes
12	Au sujet de la sélection thymique
A	le gène AIRE est exprimé par les macrophages de la corticale thymique
B	le gène AIRE est exprimé par les cellules épithéliales thymiques de la medulla
C	la sélection positive permet l'élimination de clones autoréactifs
D	des cellules dendritiques sont observables dans la corticale thymique
E	les lymphocytes T sortant du thymus sont matures et activés

13	Concernant l'hématopoïèse
A	des lymphocytes T matures circulent depuis le sang vers la moelle osseuse
B	l'hématopoïèse est exclusivement médullaire chez l'adulte
C	la moelle osseuse jaune est riche en tissu adipeux
D	les cellules souches hématopoïétiques sont constamment mobilisées dans le sang en situation physiologique
E	les cellules de Langerhans (cellules dendritiques de la peau) dérivent de cellules souches mésenchymateuses
14	Concernant la vascularisation lymphatique
A	elle permet la diffusion de liquide interstitiel
B	les cellules endothéliales y sont non-jointives
C	son arborisation terminale est dite " en doigts de gant "
D	elle permet la circulation de particules ou de microorganismes vers le thymus
E	elle permet la circulation directe des cellules de Langerhans vers la rate
15	Au sujet des cellules du système immunitaire adaptatif
A	des PRR (" Pathogen Recognition Receptors") leur permettent de reconnaître des antigènes séquentiels
B	leur activation est précoce au cours d'une réponse immune dirigée contre un pathogène
C	elles sont capables de reconnaître des épitopes conformationnels
D	elles sont capables de reconnaître des épitopes séquentiels
E	leur durée de vie atteint parfois plusieurs décades
16	Les antigènes du système ABO :
A	sont présents exclusivement sur les globules rouges
B	sont présents sur plusieurs tissus
C	peuvent être à l'origine de rejet de greffe de moelle osseuse
D	doivent être déterminés avant une greffe de cœur
E	n'ont pas d'intérêt en transplantation
17	Les allo anticorps anti Kell
A	sont sans importance transfusionnelle
B	peuvent provoquer une anémie hémolytique néonatale
C	surviennent chez des sujets Kell positif
D	peuvent survenir durant une gestation
E	sont des anticorps naturels
18	Le test de Coombs direct est demandé dans le cadre
A	d'une maladie autoimmune
B	du bilan d'une anémie
C	d'un bilan préopératoire standard
D	d'un accident transfusionnel avec hémolyse
E	d'une pathologie avec hémolyse

19	Les allo anticorps anti plaquettes anti HPA-1a ou HPA-5b peuvent être responsable :
A	de thrombopénie fœtale
B	d'hémorragie intra cérébrale du nouveau né
C	de la destruction de globules rouges
D	d'une diminution du nombre des polynucléaires
E	de thrombopénie néonatale
20	Quels alloanticorps chez un sujet 0, D+C-c+E-e+, K-k+, Fy(a-,b+) peuvent apparaitre après une transfusion de sang 0+ non phénotypé
A	Anti D
B	Anti C et/ou anti K
C	Anti Fy a
D	Anti e et/ou anti Fyb
E	Anti k
21	Les associations d'antiagrégants plaquettaires :
A	Augmentent le risque iatrogène
B	Nécessitent pour être indiquées que le risque à prévenir soit suffisamment élevé
C	Sont devenues banales dans la prise en charge des syndromes coronariens aigus
D	Sont logiques pour des antiagrégants agissant sur des cibles pharmacologiques différentes
E	Sont toujours contraindiquées car elles ne s'accompagnent pas d'augmentation de l'efficacité
22	Le modèle d'effet des anti-thrombotiques :
A	Est du type additif, avec une différence de risque liée au traitement constante pour tous les niveaux de risque à prévenir
B	Permet de calculer le bénéfice à attendre d'un traitement chez un patient donné
C	Est à la base du calcul du nombre de patients à traiter pour éviter un accident
D	Est directement lié à la cible pharmacologique
E	Est implicitement mis en pratique dans l'utilisation du score CHADS2
23	Quels médicaments anti-thrombotiques sont associés au plus fort risque d'hospitalisation iatrogène ?
A	Les anticoagulants de type anti-vitamine K
B	Les antiagrégants plaquettaires
C	Les anticoagulants oraux directs
D	Les antagonistes calciques
E	Les héparines
24	Concernant les thrombopénies à l'héparine, cochez les réponses correctes :
A	Elles ont un mécanisme immuno-allergique
B	Elles ne surviennent jamais avec les héparines de bas poids moléculaire
C	Elles entraînent une ischémie par activation diffuse de la coagulation
D	Le pic de survenue est au 10ème jour de traitement
E	Elles peuvent justifier le passage au fondaparinux

25	Cocher la ou les réponse(s) juste(s) s'il y en a. Un allongement isolé du Temps de Quick peut être expliqué par
A	une maladie de Willebrand
B	un déficit en facteur XII
C	une hémophilie A
D	déficit en facteur VII
E	un déficit en facteur V
26	Au cours de l'anémie, les signes cliniques suivants sont évocateurs d'une anémie ferriprive par carence martiale prolongée :
A	Une bonne tolérance de l'anémie
B	Une perlèche
C	Un ictère
D	Des douleurs abdominales
E	Une anomalie des phanères
27	Les signes fréquemment associés à une neutropénie profonde sont :
A	La présence de bulles hémorragiques de la bouche
B	La présence de fièvre
C	Une stomatite
D	Une pneumopathie
E	Des diarrhées
28	L'anémie macrocytaire:
A	Est presque toujours régénérative
B	Peut-être de cause médicamenteuse
C	Peut se rencontrer chez des patients gastrectomisés
D	Peut se rencontrer au cours de la grossesse
E	Peut se rencontrer au cours de l'anémie inflammatoire
29	Une adénopathie sus claviculaire peut être associée à une pathologie:
A	Médiastinale
B	Thyroïdienne
C	Testiculaire
D	ORL
E	Sous diaphragmatique
30	Le myélome peut être diagnostiqué à l'occasion d'une des complications suivantes :
A	Des douleurs osseuses
B	Une insuffisance rénale aigue
C	Un accident hémorragique par thrombopénie
D	Une infection sévère
E	Des polyadénopathies disséminées