

Session de janvier 2015

1-DE
2-DE
3-ABE
4-ABCD
5-BD
6-ABC
7-BC
8-BCE
9-CE
10-ABD
11-ACD
12-BC
13-BD
14-ACD
15-AC

QROC 16 : risque d'accumulation de la concentration plasmatique de la phénytoïne.

Qroc 17 Hémoculture

Prélèvements respiratoires : prélèvement distal protégé

Recherche d'antigènes urinaires de Legionella

Recherche d'antigènes urinaires de *Streptococcus pneumoniae*

QROC 18 : mécanisme chromosomique par mutation

Le traitement de la tuberculose doit obligatoirement se baser sur **l'association** de plusieurs antibiotiques pour éviter la sélection de mutants résistants

QROC19 :TTT du kyste -TTT de la cavité résiduelle

QROC20 :Veine cave supérieure -Nerf récurrent

QROC21 :Le terrain atopique personnel ou familial : rhinite, conjonctivite, urticaire, eczéma...

-L'âge de survenue est généralement avant 30 ans.

-Le caractère de la crise : qui répond à l'unité de temps et de lieu (réapparition à la même période de l'année)

***QROC 22** : Tableau de septicémie ou choc septique, insuffisance respiratoire aigue, décompensation d'une tare sous-jacente, enkystement, fistule broncho-pleurale

***QROC 23** : contours spiculés, bronchogramme aérique ou excavation, calcifications de type malin (dispersées, excentrées), nodule solide de taille>2cm, nodule mixte persistant, nodule en « verre dépoli » de plus de 10mm persistant.

***QROC 24** : Séquelles de tuberculose- complication ganglionnaire d'une primo-infection tuberculose- Corps étranger intra-bronchique - tumeur bronchique bénigne- compression extrinsèque par adénopathie ou tumeur médiastinale

***QROC 25** :BPCO-DDB

***QROC26** : B2 mimétique CA 15 à 30 min avant l'exercice ; B2 mimétique LA le matin ; anti leucotriènes le matin.

QROC27 mesures hygiéno-dietétique (perte de poids)- Pression positive continue

Cas clinique 1

Q28 opacité de tonalité hydrique, à limites externes nettes et convexes vers le poumon , à limites internes noyées dans le médiastin, se raccordant en pente douce avec l'arc supérieur droit

R29/ Médiastin antérieur : limites externes non visibles au-dessus de la clavicule

+ Médiastin moyen : trachée refoulée vers la gauche

R30/ Goitre plongeant

R31/ Echographie cervicale, TDM cervico-thoracique (+/- scintigraphie thyroïdienne)

Cas clinique 2

R32A l'Hôpital

- En raison de l'âge du patient > 65 ans
- BPCO probable (tabac + dyspnée)
- Diabète sous Insuline
- Hypoxie

R33 : Amoxicilline acide clavulanique (Augmentin*) :1g 3 fois/j au début par voie injectable puis relayé per os : 2c à 500mg 3 fois/j dès l'apyrexie et l'amélioration de l'état général. Durée 10 jours.**On peut accepter** Levofloxacine (Tavanic*) 500mg 2fois/j pendant 02 jours par voie injectable puis relayé per os : 1c à 500mg 1 fois/j. Durée 10 jours.

R34 :Fibroscopie bronchique

Cas clinique 3

R:35 Facteurs de risque : infirmière, tabac, , diabète

Symptômes respiratoires depuis 1 mois

R36 : micro-nodules - excavations cavernes - infiltrats

R37 HRZE : 3 cp/ j à jeun le matin 1 heure avant le repas.

R38:la guérison est affirmée par un traitement antituberculeux correctement pris, une durée suffisante de 6 mois, une négativité de l'examen bactériologique (examen direct et/ou culture) réalisé à la fin des 4^{ème} et 6ème mois et un nettoyage radiologique complet ou une stabilité des lésions

Cas clinique 4

R39-Echo abdominale

R40-Chirurgie

R41-Informé du danger de la maladie-appliquer les règles d'hygiène

Cas clinique 5

.

R42 : BPCO stade 3 GOLD/GOLD C

R43 : Test de marche de 6 mn (test d'effort)- ECG-GDS- échographie cardiaque

R44 :

- 1- Sevrage tabagique-Mesure de protection ou réduction de l'exposition aux aérocontaminants environnementaux
- 2-Vaccination antigrippale et antipneumococcique
- 3- Réhabilitation respiratoire.
- 4- Béta2mimétiques courte durée d'action.
- 5- Anti cholinergiques longue durée d'action/Béta2mimétique de longue durée d'action

Question rédactionnelle

Bilan étiologique

Il repose sur :

- **L'interrogatoire** doit être policier du fait de son importance. Les antécédents **professionnels** prennent dans ces pathologies une importance considérable (pneumoconiose++). Les autres **expositions environnementales** (au cours d'activités de loisirs, volailles ...) doivent être aussi recherchées, ainsi que les prises médicamenteuses, tabac, les antécédents pathologiques et l'existence de symptômes extra-respiratoires.
- **L'examen clinique** à la recherche d'éléments **extra-pulmonaires** de grande valeur d'orientation (arthralgies, adénopathies périphériques, lésions cutanées ...).
- **Les aspects radiologiques.** Les aspects **tomodensitométriques** sont souvent évocateurs : l'aspect en verre dépoli est fréquent dans les alvéolites allergiques, celui de miliaire pure dans la sarcoïdose et la prédominance de macronodules évoque une pneumoconiose. De même les lésions **associées** peuvent orienter vers certaines pathologies : une pleurésie évoque une connectivite, un pneumothorax ou des géodes osseuses une histiocytose X, des calcifications pleurales une asbestose, des adénopathies médiastinales une sarcoïdose.
- **Le LBA** : Une **alvéolite** fortement lymphocytaire observée dans une PID évoque chez le sujet non immunodéprimé une sarcoïdose ou une pneumopathie d'hypersensibilité.
- **L'EFR** en montrant un **trouble ventilatoire obstructif (TVO) oriente vers certaines pathologies avec atteintes des voies aériennes.**
- **L'étude histologique** précise le type de la réaction inflammatoire et révèle éventuellement la présence de granulomes +++, de fibres minérales, une inflammation des vaisseaux. Les prélèvements sont obtenus par des biopsies étagées, transbronchiques ou des organes extrapulmonaires (ganglions, glandes salivaires, synoviales, muscles, peau, rein). La biopsie pulmonaire chirurgicale est réalisée le plus souvent sous thoracoscopie vidéo-assistée elle permet une meilleure étude histologique. Ce geste concerne les lésions peu fibrosantes et où le geste a un intérêt pronostique et thérapeutique éventuel.
- **d'autres examens** peuvent être demandés en fonction de l'orientation étiologique.