

## Réponse Juin 2015

**QCM1** :ABD

**QCM2** :ABE

**QCM3** :BDE

**QCM4** :AD

**QCM5** :AD

**QCM6** :ACE

**QCM7** :BCD

**QCM8** :BC

**QCM9** :BDE

**QCM10** :ACD

**QCM11** :ACD

**QCM12** :CE

**QCM13** :ABD

**QCM14** :BE

**QCM15** :BE

**QROC16**: l'aspiration bronchique, le brossage et recueil des expectorations

**QROC17**: Complexe ganglio-pulmonaire associant un **chancre d'inoculation** (foyer pneumonique) et des **adénopathies tuberculeuses de drainage**.

**QROC18**: Drain exclu-poumon à la paroi

**QROC19**: Tableau de septicémie, choc septique, insuffisance respiratoire aigue, décompensation d'une tare sous-jacente, enkystement, fistule broncho-pleurale

**QROC20**: cachexie, anxiété/ dépression cardiaques (...), métaboliques (...), musculo squelettiques

**QROC21**: Malade au repos, habillé sans contrainte au niveau du thorax ou du cou, loin des repas

- Loin d'une prise médicamenteuse ( $\square_2$  agonistes,  $\square$  bloquant, anticholinergiques, théophylline)
- Loin d'une cigarette
- A distance d'une exacerbation (1 mois)

**QROC22**: (Fissuration, ouverture dans les bronches, rupture dans les bronches, rupture dans la cavité pleurale.)

**QROC23**: tuberculose-greffe aspergillaire-PNO-Hémoptysie récidivantes-KBP-IRC

**QROC24**: constituent l'initiateur. Ils vont affecter l'appareil génétique de la cellule en la transformant en cellule tumorale quiescente.

**QROC25**: L'existence d'une BPCO-Une obésité importante occasionnant un syndrome d'obésité hypoventilation

**QROC26** : reprise évolutive de la TBC-aspergillome(greffe aspergillaire),DDB séquellaires,KBP

**QROC27** : Aggravation brutale, désadaptation du patient à la machine et distension de l'hémithorax

### Cas clinique 1

#### R28

- Opacité triangulaire à sommet hilair
- Ascension de la petite scissure
- Déviation à droite de la trachée
- Ascension de la coupole diaphragmatique droite
- Ascension du hile droit

**R29** : signe du « S » de Golden

**R30** : un cancer broncho-pulmonaire

**R31** : fibroscopie bronchique.

### Cas clinique 2

**R32** :B

**R33** :ADE

**R34** :BEC

### Cas clinique 3

**R35** : Facteurs de risque : profession (vétérinaire), tabac, diabète

Symptômes respiratoires évoluant depuis 1 mois, lésions RX : micro-nodules, excavations LSD

**R36** :NFS, bilan rénal, bilan hépatique, acide urique

**R37** :HRZE : 4 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<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois et un nettoyage radiologique complet ou une stabilité des lésions

### Cas clinique 4

**R39** : Hippocratisme digital- Râles crépitants en velcro

**R40** : Aspect en rayons de miel ou en nid d'abeille- Siège au niveau des bases et en périphérie  
**R41** : Non car inefficace

### Cas clinique 5

**R42** : kinésithérapie de drainage, antibiotiques, oxygénothérapie, BD, corticoïdes systémique

**R43** : BPCO GOLD D VEMS-DE-exacerbation

**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 :Pneumonie franche lobaire aigue

Elle est généralement due au pneumocoque, elle réalise un tableau radio-clinique caractéristique.

. Le début est **brutal**

Les signes généraux inaugurent le tableau : frisson intense, unique, et prolongé, dit solennel, fièvre d'emblée élevée à 39°- 40° et un malaise général.

Puis, les signes fonctionnels apparaissent rapidement : point de côté unilatéral, toux sèche et polypnée.

. Le lendemain, les signes fonctionnels diminuent, la toux devient productive ramenant une expectoration peu abondante purulente ou, parfois, d'aspect « rouillé » : Crachat rouillé de Laennec.

. L'examen révèle :

- une fièvre

- un herpès labial, une rougeur d'une pommette, signes évocateurs mais inconstants.

- des signes auscultatoires en foyer : un syndrome de condensation pneumonique (cf. cours de sémiologie) avec râles crépitants et souvent un souffle tubaire.

. La radiographie du thorax (de face et de profil) met en évidence un syndrome alvéolaire systématisé non rétractile traversé par un bronchogramme aérique (fig 1,2 et 3).

D'autres aspect radiologiques réalisant un aspect d'opacités alvéolaires mal systématisées peuvent être en rapport avec de véritables pneumonies à pneumocoque.