

QCM1 :A, D, E

Cas clinique1

QROC2-adénocarcinome- **QROC3** : Architecture glandulaire, muco-sécrétion -**QROC4** TTF1.

QCM 5:A,D,E

QCM6:A,D

QCM 7 : CE

QCM 8 : AD

QROC9 : Diminution de l'élimination rénale de l'acide urique par le métabolite du pyrazinamide, l'acide pyrazinoïque.

QCM10 :C**QCM11** :C

Cas clinique

QROC12 :KBP- tuberculome-une tumeur bénigne-tumeur neurogène pour kystes post

QROC13 échographie abdominale

QROC 14traitement chirurgical

QROC 15 (a. Supprimer les sources d'infestation ==> abattage des chiens errants et traitement des chiens utiles

b. Contrôler les abattoirs : en interdisant leur accès aux chiens, en interdisant les abattoirs clandestins et par l'obligation d'incinérer les viscères infestés après l'abattage.

c. Education sanitaire : la population doit être informée du danger de la maladie et de la nécessité d'appliquer les règles d'hygiène les plus élémentaires.)

QROC 16 Collapsus obstructif-Collapsus passif-Collapsus adhésif-Collapsus cicatriciel

QROC17 -Collapsus d'un poumon

- Pneumectomie
- Épanchement pleural de grande abondance
- Pneumopathie extensive d'un poumon
- Collapsus pulmonaire associé à un épanchement pleural

QROC18 :

- Recherche d'antigènes urinaires de *Legionellapneumophila*
- Précoce, facile, rapide, reste positif malgré l'antibiothérapie. Spécificité : 99%, Sensibilité : 60 à 80%.

QROC19Mycoplasmapneumoniae

- Chlamydia pneumoniae
- Chlamydia psittaci
- Coxiellaburnetii

QCM20 :A-B-C

QCM21 :A-B-C -E

QCM 22 A-B-C-E

QCM23: A-D

QCM24:C

QCM 25 B

QCM 26 B-E

QCM 27A, B et C

QROC 28 Maladie infectieuse évolutive- eczéma suintant- déficits immunitaires congénitaux- grossesse- maladies auto immunes

QROC29TBC KBP DDB

QROC30- Primo-infection tuberculeuse(complication ganglionnaire (compression, fistule)

- au décours tuberculose pulmonaire commune sous forme de séquelles.
- corps étranger intra-bronchique surtout chez l'enfant
- tumeur bronchique bénigne
- compression extrinsèque par adénopathie ou tumeur médiastinale
- *affections respiratoires pouvant se compliquer de DDB(abcès, infect, pleurésie, asthme, KH)*

QROC 31 : Antibiothérapie, évacuation de l'épanchement pleural associée à des lavages quotidiens, kinésithérapie pleurale

QROC 32 : -Intérêt diagnostique : mettre en évidence l'obstruction réversible

- Sévérité : évaluer le degré de l'obstruction bronchique -Surveillance

QROC 33Symptomatologie atypique-HRB -Diagnostic de l'asthme professionnel

QROC 34 :Les dilatations des bronches, La bronchite chronique (BPCO)

Cas clinique

QROC 35 pH acide, hypoxémie, hypercapnie, acidose respiratoire non compensée, insuffisance respiratoire aigue

QROC 36 Exacerbation aigue sévère de BPCO ou IRA ou décompensation

Surinfection bronchique ;

QROC 37 : Hospitalisation, **oxygénothérapie (2l/mn), aérosols de béta 2 mimétiques-atrovent courte action (toutes les 4 heures), antibiothérapie (amoxicilline-acide clavulanique 3g/jour), kinésithérapie de drainage bronchique,corticoides systémique**

Cas clinique 4

QROC38: Somnambulisme- Réveils en sursaut avec sensation d'étouffement- Sueurs nocturnes- Polyurie nocturne- Sommeil agité- Arrêts respiratoires remarqués par l'entourage

QROC39 : Polygraphie-Polysomnographie

R40 : diabète-HTA -Dyslipidémie

QROC41 : CPAP-perte de poids

Cas clinique 5

QROC 42 : stade IV

QROC 43 : chimiothérapie

QROC 44 : douleur, prise en charge psychologique, prise en charge nutritionnelle

Pleurésie tuberculeuse

C'est le 1^{er} diagnostic à évoquer chez le sujet jeune. Elle peut être isolée (la plus fréquente) ou associée à une TPC ou compliquant une primo-infection tuberculeuse. Début insidieux et progressif mais rarement brutal

- Les arguments en faveur de la tuberculose sont nombreux :

- **Arguments cliniques:** contagé tuberculeux, notion d'une primo-infection récente, signes d'imprégnation tuberculeux (amaigrissement, asthénie, anorexie, sueurs nocturnes, fièvre), signes respiratoires peu spécifiques (douleurs thoraciques, toux sèche, hémoptysie de faible abondance de grande valeur)
- **IDR à la tuberculine** généralement positive (> 10mm) mais négative n'élimine pas le diagnostic, notion de virage récent
- **Biologie :** syndrome inflammatoire
- Recherche de Bacille de Koch dans les crachats et dans le liquide bronchique avec mise en culture sur milieu de Löwenstein et antibiogramme : systématique.
- **Arguments radiologiques :** existence d'un infiltrat réticulo-nodulaire uni ou bilatéral, d'excavations ou de cavernes associées à un **épipleural d'abondance variable**
- **Ponction pleurale :** liquide pleural jaune citrin, sérofibrineux, rivalet positif, pauvre en glucose avec à la cytologie une lymphocytose prédominante (>80%) mais non spécifique la recherche de bacille de Koch, est souvent négative (positive dans 5 à 10% des cas à l'examen direct et dans 20% des cas à la culture)
- **biopsie pleurale :** diagnostic de certitude dans 80 à 90 % des cas environ en montrant les granulomes tuberculoïdes avec ou sans nécrose caséeuse.
- La recherche de localisation extra-thoracique de la tuberculose est systématique.
- L'évolution sous traitement anti-tuberculeux et kinésithérapie pleurale est généralement favorable mais peut se compliquer d'enkystement et à long terme de pachypleurite.