

QCM DUFRAL

MODULE 4 : PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE

Jean-Pol DUMUR

(Une à plusieurs réponses possibles)

1°) A propos de la toux chronique de l'adulte (cochez les réponses exactes)

- A) La toux chronique est un symptôme fréquent de consultation chez le généraliste
- B) La toux chronique se définit par une durée d'au moins 3 semaines
- C) Le RGO (reflux gastro-oesophagien) est une cause fréquente de toux chronique
- D) Une toux prolongée chez un fumeur doit faire rechercher un cancer bronchique
- E) La toux chronique de l'asthmatique est majorée au décubitus

2°) A propos de la toux chronique

- A) La toux chronique doit être distinguée cliniquement de la toux intermittente
- B) Une toux chronique accompagnée de bronchorrhée purulente doit faire évoquer le diagnostic de bronchectasies
- C) La radiographie thoracique n'est pas obligatoire devant une toux chronique
- D) Le diagnostic de coqueluche doit être systématiquement évoqué devant une toux prolongée chez l'adulte ou l'enfant
- E) Le jetage nasal postérieur (post nasal drip syndrome) fait partie des causes les plus fréquentes de toux chronique isolée chez l'adulte

3°) A propos des EFR appliquées à l'asthme

- A) Il est possible de réaliser une EFR chez l'enfant dès l'âge de 5/6 ans
- B) L'EFR peut être influencée par la prise de médicaments broncho-dilatateurs le jour de l'examen
- C) Le syndrome restrictif est défini par une baisse de la CPT (capacité pulmonaire totale)
- D) Une baisse du VEMS correspond toujours à un syndrome obstructif
- E) Il faut attendre 5 minutes pour mesurer les débits après le test aux bêta2 mimétiques courte durée d'action

4°) A propos de la spirométrie

- A) Elle retrouve dans la BPCO un syndrome obstructif réversible à plus de 20 %
- B) Elle nécessite obligatoirement un test de réversibilité
- C) Elle n'est pas indiquée lors des exacerbations aiguës de BPCO
- D) Elle est contre indiquée dans l'insuffisance respiratoire chronique
- E) Elle montre un syndrome de distension dans les DDB (Dilatation Des Bronches)

5°) Parmi les propositions suivantes, laquelle (ou lesquelles) est (sont) exacte(s), lors d'une spirométrie

- A) Le patient doit être à jeun
- B) Le test de réversibilité n'est pas nécessaire dans l'asthme quand le diagnostic est évident
- C) La prise des bêta-agonistes longue action le matin du test de spirométrie peut fausser le résultat
- D) La réversibilité au salbutamol est vérifiée au moins 15 min après administration
- E) Le spiromètre doit être régulièrement étalonné

6°) Parmi les propositions suivantes, laquelle (ou les quelles) est (sont) exacte(s), lors d'une spirométrie dans l'asthme

- A) On trouve habituellement un syndrome obstructif réversible sous broncho-dilatateur
- B) Le test de réversibilité peut être réalisé par les anticholinergiques
- C) Le test de provocation bronchique non spécifique est contre indiqué si le VEMS est inférieur à 80% des valeurs théoriques
- D) Une spirométrie normale élimine le diagnostic d'asthme
- E) Dans l'asthme sévère la spirométrie peut être remplacée par le test de marche de 6 min

7°) A propos du traitement de l'asthme de l'adulte

- A) Les béta2 courte durée d'action (Salbutamol, Terbutaline) constituent le traitement de référence de la crise d'asthme
- B) Les associations fixes FORMOTEROL/CSI peuvent être utilisés dès le stade 1 du GINA 2019
- C) Les béta2 longue durée d'action (LABA) peuvent être utilisés isolément dans le traitement de fond de l'asthme stade 3 du GINA
- D) Une EFR est indispensable avant la mise en route d'un traitement de fond de l'asthme
- E) Les anti-IgE (OMALIZUMAB) ont une indication dans le traitement de l'asthme persistant sévère à composante allergique non contrôlé par un traitement de fond optimal

8°) A propos de la crise d'asthme

Lors d'une crise d'asthme, le traitement le plus rapidement efficace est :

- A- l'inhalation de béta2-mimétique
- B- l'inhalation d'un anti-cholinergique
- C- l'inhalation de corticoïde
- D- une injection intra-veineuse d'hémi-succinate d'hydrocortisone
- E- une injection intra-veineuse lente de théophylline

9°) Parmi les signes de gravité d'une crise d'asthme, on trouve

- A- une bradypnée expiratoire
- B- Une agitation
- C- Une hypercapnie
- D- De la fièvre
- E- Un silence auscultatoire

10°) L'asthme aigu grave

- A) Est une crise d'asthme qui menace le pronostic vital
- B) L'asthme aigu grave est toujours dû à une surinfection bronchique
- C) Le traitement de 1ère intention repose sur l'adrénaline injectable
- D) Les anticholinergiques en nébulisation peuvent être associés aux béta2 mimétiques
- E) La surveillance du débit de pointe n'a pas d'intérêt

11°) L'asthme sévère

- A) Associe des symptômes asthmatiques permanents et un VEMS (ou DEP) < 60%
- B) L'asthme sévère non contrôlé par le traitement maximal est appelé asthme réfractaire
- C) L'obésité est un facteur favorisant l'asthme sévère
- D) Le traitement comporte le recours possible aux corticoïdes oraux
- E) Les anti-IgE (Xolair) sont contre-indiqués en cas d'asthme sévère

12°) A propos des nouvelles approches de l'asthme

- A) Le phénotype est l'ensemble des caractéristiques observables ou détectables d'un organisme, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, héréditaires ou non.
- B) L'endotype désigne l'ensemble des mécanismes physio-pathologiques sous-tendant le phénotype
- C) On parle d'asthme éosinophile si une immunité TH2 est impliquée
- D) L'asthme relié à l'obésité fait partie des asthmes éosinophiles
- E) La nouvelle classification GINA liste trois stades d'asthme : léger, modéré et sévère

13°) A propos des nouveaux traitements de l'asthme

- A) Les anti-muscariniques (LAMA) sont désormais intégrés par le GINA dans le traitement du palier 4
- B) L'ITA (Immunothérapie Allergénique) est proposée comme traitement complémentaire dès le palier 2 (asthme contrôlé à composante allergique)
- C) La thermoplastie est une technique généralisée dans le traitement des asthmes sévères éosinophiles
- D) L'OMALIZUMAB (Anti-IgE) est indiqué dans le traitement des asthmes sévères allergiques ou non allergiques
- E) L'anti-IL 5 est indiqué dans les asthmes sévères TH2 éosinophiles palier 5 du GINA

14°) Parmi les propositions suivantes, laquelle (ou les quelles) est (sont) exacte(s). L'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA) est le plus souvent évoquée cliniquement chez un adulte asthmatique connu qui présente

- A) Une aggravation de l'asthme
- B) une expectoration brunâtre
- C) une hémoptysie
- D) un hippocratisme digital
- E) des IgE totales augmentées

15°) A propos du contrôle de l'asthme

- A) L'asthme intermittent (stade 1 du GINA) se caractérise par des symptômes présents moins d'une fois par semaine et une fonction ventilatoire conservée
- B) L'asthme persistant sévère (stade 4 du GINA) représente 10% des asthmatiques soit 0,6 % de la population générale
- C) Le traitement de l'asthme intermittent repose sur une association fixe FORMOTEROL-corticoïdes à faible doses
- D) Les anti-leucotriènes (MONTELUKAST) peuvent constituer une alternative aux corticoïdes inhalés dans l'asthme persistant léger stade 2 du GINA)
- E) Tout asthmatique doit disposer d'un PAP (Protocole d'Action Personnalisé) avec la conduite à tenir en cas d'exacerbation

16°) Asthme et BPCO

- A) L'asthme et la BPCO sont deux pathologies respiratoires chroniques caractérisées par une limitation des débits aériens.
- B) L'hyper réactivité bronchique est spécifique de l'asthme.
- C) Il n'existe pas de réversibilité du VEMS dans la BPCO, cela est propre à l'asthme.
- D) Dans l'asthme les allergènes représentent un facteur de risque important alors que c'est le tabagisme qui est le principal facteur incriminé dans la BPCO.
- E) Le phénotype le plus fréquent dans une population générale d'asthmatiques est le phénotype éosinophilique, défini par la présence d'au moins 2 à 3 % d'éosinophiles dans l'expectoration induite et au moins 300 éosinophiles sanguins par mm². Cette inflammation peut être évaluée par le FeNO.

17°) Traitement des bronchopathies chroniques

- A) Selon les nouvelles recommandations SPLF : la corticothérapie inhalée ne doit plus être utilisée dans la BPCO.
- B) La pression thérapeutique dans l'asthme ne s'ajuste qu'au regard du VEMS.
- C) Le scanner thoracique peut être indiqué chez les patients asthmatiques avec trouble ventilatoire obstructif persistant et/ou hyper sécrétants pour ne pas méconnaître des DDB.
- D) Une épreuve d'effort peut être indiquée chez l'asthmatique pour appréhender les mécanismes de la dyspnée.
- E) Une dyspnée inspiratoire avec blocage laryngée, stridor et fausses routes doit nous aiguiller vers un diagnostic différentiel de l'asthme : il faudrait évoquer une pathologie fonctionnelle laryngée.

18°) Le Diagnostic de l'asthme

- A) Nécessite de pratiquer un test d'hyperréactivité bronchique non spécifique
- B) Peut être retenu si on assiste à une crise de dyspnée sibilante caractéristique
- C) A la radiographie du thorax on peut retrouver des opacités alvéolaires diffuses
- D) Repose sur une hyperéosinophilie constante dans les sécrétions bronchiques
- E) Peut être retenu sur un syndrome obstructif totalement réversible à la spirométrie

19°) A propos de l'asthme allergique

- A) Il est plus fréquent chez l'enfant et l'adulte jeune
- B) Il est souvent associé à une rhinite allergique
- C) La sensibilisation la plus fréquente est celle aux moisissures
- D) Il se traite en première intention par les anti-H1 de dernière génération
- E) Il ne peut jamais être sévère

20°) A propos des traitements dans l'asthme sévère palier 5 du GINA

- A) L'anti-IL 5 récepteur (IL5R) est indiqué dans les asthmes non TH2 neutrophiles
- B) L'OMALIZUMAB (Anti-IgE) nécessite un dosage préalable des IgE totales pour fixer la dose et le rythme des injectons
- C) L'anti-IL4/IL13 DUPILUMAB est indiqué en deuxième ligne dans les asthmes sévères TH2 éosinophiles en cas d'échec des anti-IL5 et/ou des anti-IgE
- D) L'Azithromycine peut être utile pour limiter les exacerbations dans les asthmes non Th2 neutrophiles
- E) La thermoplastie est un traitement de 1^{ère} intention de l'asthme sévère palier 5 du GINA