

QCM

Questions d'auto-évaluation

Self-evaluation

QCM 1 (Épo) L'érythropoïétine est une hormone sécrétée en majeure partie par le rein, responsable d'une stimulation de l'érythropoïèse en accélérant la maturation des cellules CFU-E en érythroblastes. Le délai de maturation des cellules CFU-E en érythroblastes est de :

- A. 2 j ;
- B. 10 à 15 j ;
- C. 6 à 10 j ;
- D. quelques heures.

QCM 2 Lorsque la rh Épo est administrée à des patients de réanimation, quel est le marqueur biologique le plus à même de montrer son efficacité ?

- A. l'augmentation du compte réticulocytaire ;
- B. l'augmentation de la concentration en hémoglobine ;
- C. l'augmentation de l'hématocrite ;
- D. la déplétion du pool de fer.

QCM 3 (NTIA) Quelles sont la (es) propositions exactes ?

- A. Les néphropathies interstitielles immuno-allergiques (NTIA) représentent la cause la plus fréquente d'insuffisance rénale aiguë liée à un médicament.
- B. Les bêtabloquants sont fréquemment responsables de la survenue d'une NTIA.
- C. La biopsie rénale permet de poser le diagnostic de certitude.
- D. L'insuffisance rénale aiguë des NTIA est toujours réversible.
- E. Le traitement des NTIA nécessite systématiquement le recours aux stéroïdes.

QCM 4 (NTIA) Quelles sont les caractéristiques des NTIA secondaires aux AINS (réponses exactes) ?

- A. Les AINS représentent une cause fréquente de NTIA.

- B. Les signes extrarénaux sont fréquents.
- C. La protéinurie est en général modeste.
- D. L'analyse histologique rénale montre un infiltrat interstitiel associé à des lésions glomérulaires minimales.
- E. L'insuffisance rénale chronique séquellaire est plus rare que dans les autres causes de NTIA.

QCM 5 (acidose) Un patient se présente avec l'ionogramme suivant : Na 138 mmol/l, K 5 mmol/l, HCO₃ 18 mmol/l, Cl 90 mmol/l. Le taux plasmatique de créatinine est de 1,5 mg/dl.

Quelle est la meilleure hypothèse diagnostique ?

- A. Acidocétose diabétique.
- B. Diarrhées profuses.
- C. Surcharge en chlorure d'ammonium (NH₄Cl).
- D. Vomissements répétés.
- E. Acidose tubulaire.
- F. Intoxication au toluène.

QCM 6 (acidose) Attribuez les valeurs biologiques suivantes à la cause appropriée d'acidose métabolique à trou anionique normal. Les unités sont mEq/l.

Na ⁺	K ⁺	Cl ⁻	HCO ₃ ⁻	pH urinaire	Trou anionique urinaire
#1.	140	2,9	115	14	6,4 -45
#2.	137	5,3	113	17	5,2 +18
#3.	139	3,1	120	11	6,1 +23

- A. Hypo-aldostéronisme (acidose tubulaire type 4).
- B. Diarrhée par abus de laxatifs.
- C. Acidose tubulaire de type 1.

QCM 7 (KT EER) Quel est le taux de sténose veineuse observé après cathétérisation avec un cathéter d'EER ?
1.1 En position jugulaire. 1.2 En position sous-clavière.

- A. ≤ 10 % ;
- B. 20 % ;
- C. 30 % ;

- D. 50 % ;
- E. 70 %.

QCM 8 (KT EER) Quels sont les 2 déterminants principaux du débit sanguin obtenu sur un cathéter d'EER ?

- A. La pression d'aspiration du sang (DP).
- B. Le diamètre du cathéter.
- C. La position de l'extrémité du cathéter.
- D. La longueur du cathéter.
- E. La viscosité du sang.

QCM 9 (KT EER) Quel est le facteur qui n'influence pas le taux de recirculation sur un cathéter d'EER ?

- A. La distance entre les 2 orifices du KT.
- B. L'emplacement de l'orifice distal (position).
- C. La circulation du patient (débit cardiaque).
- D. Le diamètre du cathéter.
- E. L'inversion des lignes d'aspiration et de retour de sang.

QCM 10 (hyponatrémie) Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- A. Durant leur séjour, 1 à 2 % des patients hospitalisés en réanimation ont une hyponatrémie inférieure à 120 mmol/l.
- B. Une hyponatrémie témoigne toujours d'une hypotonicité plasmatique.
- C. Une augmentation du trou osmotique plasmatique suggère la présence de substances osmotiquement actives non mesurées.
- D. Un sujet ayant une fonction rénale normale ne peut pas avoir d'intoxication par l'eau.
- E. Les hyponatrémies liées aux diurétiques sont le plus souvent associées à une hypovolémie.

QCM 11 (hyponatrémie) Parmi les propositions suivantes concernant le traitement des hyponatrémies, laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- A. Toute hyponatrémie inférieure à 110 mmol/l doit être rapidement corrigée.
- B. La myélinolyse centropontine est une complication de la correction trop rapide d'une hyponatrémie aiguë.
- C. La symptomatologie de la myélinolyse centropontine est souvent retardée.

- D. La meilleure prévention actuelle de la myélinolyse centropontine est le respect de l'amplitude de correction de la natrémie.
- E. La ré-induction d'une hyponatrémie est une option thérapeutique actuellement proposée en cas d'apparition récente de signes de myélinolyse centropontine.

QCM 12 (EER) Parmi ces propositions concernant l'hémodialyse intermittente lesquelles sont vraies ?

- A. La température du bain de dialyse réglée au même niveau que celle du patient permet de maintenir constante la température corporelle.
- B. En cas de surcharge hydrosodée chez un patient septique, la concentration maximale en sodium du dialysat doit être de 140 mmol/l.
- C. L'utilisation d'une membrane synthétique est systématique pour éviter une activation de l'inflammation.
- D. La baisse du volume plasmatique peut être compensée par une augmentation de la concentration en sodium du dialysat.
- E. Le principal facteur déterminant la dose de dialyse délivrée est la durée de la séance.

QCM 13 (EER) Les facteurs influençant la « dose de dialyse » en hémofiltration sont :

- A. le poids du patient ;
- B. la biocompatibilité ;
- C. la composition du soluté de réinjection ;
- D. la pression transmembranaire ;
- E. le débit sanguin.

QCM 14 (HTA) Au cours d'une HTA maligne essentielle, les anomalies biologiques habituellement rencontrées sont, parmi les suivantes :

- A. alcalose métabolique ;
- B. hyponatrémie ;
- C. hypo-uricémie ;
- D. rénine basse.

QCM 15 (HTA) La baisse initiale d'une HTA maligne doit être rapide dans les situations suivantes :

- A. sténose de l'artère rénale ;
- B. accident vasculaire ;
- C. dissection aortique ;
- D. œdème pulmonaire.

1 : C ; 2 : A ; 3 : C ; 4 : ABCD ; 5 : A (F est possible mais le faible degré d'insuffisance rénale ne peut expliquer l'augmentation du trou anionique sur intoxication au toluène) ; 6 : A #2. L'hypo-aldostéronisme est associé à une hyperkaliémie, un pH urinaire acide, mais le trou anionique urinaire est positif car l'hyperkaliémie entraîne une diminution de l'ammoniurie, B. #1. La diarrhée entraîne l'hypokaliémie. Malgré un pH urinaire limite supérieure, il n'y a pas d'acidose tubulaire car le trou anionique urinaire est négatif, ce qui signe une augmentation appropriée de l'ammoniurie, C #3. Le pH urinaire élevé ainsi que la valeur positive du trou anionique urinaire suggèrent une acidose tubulaire distale (type 1). L'hypokaliémie, ainsi que la sévérité de l'acidose métabolique, sont également des signes distinctifs de ce type d'acidose tubulaire ; 7 : 1.1 A, 1.2 : D ; 8 : B et C ; 9 : D ; 10 : A, C ; 11 : C, D, E ; 12 : D, E ; 13 : A, D, E ; 14 : A et B ; 15 : C et D ; 16 : C

- A. toute HTA maligne ;
- B. phéochromocytome ;
- C. glomérulonéphrite aiguë avec OAP ;
- D. HTA rénovasculaire ;
- E. toxémie gravidique.

QCM 16 (HTA) Les indications préférentielles des diurétiques au cours de l'HTA maligne sont :

Réponses