

Élément d'épreuve:94ee05f7-3c09-439b-81d3-c27247c3467e

Question 1 : (Type: QRM)

Concernant les études toxicologiques et pharmacologiques :

- Faux A.** Les tests précliniques durent entre 6 et 10 ans.
Entre 3 et 5 ans.
- Faux B.** Avant de faire de la clinique chez l'homme, il suffit de prouver l'innocuité et la sécurité du médicament.
Il faut également une notion d'efficacité.
- Valide C.** La pharmacologie primaire prouve le concept.
- Valide D.** La DE50 (= Dose Efficace 50), c'est une dose qui correspond à 50% de la réponse maximale.
- Faux E.** Les études follow-up sont des études de sécurité qui vont étudier certains organes comme le cœur, le cerveau et les poumons.

On parle d'études core-battery pour les organes vitaux (cœur, poumon, cerveau).

Question 2 : (Type: QRM)

Concernant les études toxicologiques et pharmacologiques :

- Valide A.** L'OCDE (Organe Commun de Développement Économique) donne les principales lignes directrices qui s'imposent à ces essais.
- Faux B.** Est reprotoxique tout produit susceptible d'affecter le génome humain.
Est reprotoxique tout produit susceptible d'affecter les capacités de reproduction.
- Faux C.** On utilise une dizaine d'animaux pour déterminer la DL50 et on procède à la méthode up and down.
Entre 3 et 5.
- Faux D.** Les études de toxicité subchroniques ont une durée < 6 mois.
< 90 jours.
- Valide E.** La toxicité aiguë d'une substance correspond aux effets indésirables qui se manifestent après administration d'une dose unique, ou de plusieurs doses réparties sur un intervalle de temps de 24 heures, ou par suite d'une exposition par inhalation de 4 heures.

Question 3 : (Type: QRU)

Quels sont les seconds messagers produits dans la voie activée par la phospholipase C ?

- Faux A.** Calcium et IP3.
- Valide B.** IP3 et diacylglycérol

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

(DAG).

L'activation des récepteurs couplés aux protéines GQ par la noradrénaline entraîne la production d'IP3 et de DAG, qui participent à la signalisation intracellulaire.

- Faux C.** Noradrénaline et adrénaline.
- Faux D.** Glucose et insuline.

Question 4 : (Type: QRM)

Concernant la pharmacologie générale, donnez la bonne réponse :

- Faux A.** La pharmacocinétique est l'étude de l'action du médicament sur l'organisme.

C'est l'inverse, ça c'est la définition de la pharmacodynamie. Mémo : La pharmacocinétique : l'action du Corps sur le médicament (= ADME). La pharmacodynamie : l'action du médicament sur le corps.

- Faux B.** Les laxatifs osmotiques se fixent sur une cible dans l'organisme.

Ils font partie de la minorité qui a un effet indépendant de la liaison sur une cible. Ils hydratent le bol fécal ce qui augmente le péristaltisme intestinal et donc accélère le transit.

- Faux C.** Un ligand est une molécule qui se lie à une cible et induit forcément un effet.

Un ligand est défini par sa capacité à se fixer sur une cible, qu'il induit un effet ou non.

- Faux D.** La Prazosine est un agoniste des récepteurs alpha-1.

C'est un antihypertenseur, c'est donc un antagoniste de ces récepteurs. Explication : les récepteurs (adrénergiques) alpha-1 entraînent une vasoconstriction et donc une augmentation de la tension artérielle. Lorsqu'un antagoniste se fixe sur ces récepteurs, il empêche la vasoconstriction = effet antihypertenseur (= la prazosine).

- Valide E.** Il n'existe pas de médicament spécifique d'une cible biologique.

La plupart vise bien une cible en particulier mais vont aussi agir sur d'autres cibles. C'est là qu'intervient la notion de sélectivité et d'effets indésirables.

Question 5 : (Type: QROC)

Le salbutamol est la molécule chef de file des antiasthmatiques agonistes des récepteurs bêta-2 adrénergiques, nommez son effet sur les cellules musculaires bronchiques (1 mot attendu) :

Commentaire pédagogique de correction: Elle a le même effet sur les cellules musculaires bronchiques que la noradrénaline et provoque une bronchodilatation. Pour s'en souvenir, elle reflète l'activation du système sympathique qui s'active en cas de danger pour fuir, et pour fuir (en courant par exemple) on a besoin de beaucoup d'air, d'où la dilatation ! PS : "salbutamol" est la dénomination commune internationale (DCI) de la "ventoline", le traitement de l'asthme, donc ça a forcément un effet bronchodilatateur.

Réponses valides

Bronchodilatation; bronchodilatation; dilatation; Dilatation

Propositions de réponses incomplètes

Pondération 0 : constriction

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

Pondération 0 : Constriction

Pondération 0 : Bronchonstriction

Pondération 0 : bronchonstriction

Question 6 : (Type: QRM)

Concernant la pharmacologie générale :

- Valide A.** Les récepteurs couplés aux protéines G ont dans leur structure 7 domaines transmembranaires.
- C'est pour cela qu'on les appelle des récepteurs membranaires héptahélicoïdaux.
- Faux B.** 25% des médicaments mis sur le marché ciblent des récepteurs nucléaires.
- C'est 10%, à connaître par cœur.
- Faux C.** Les récepteurs à activité tyrosine-kinase sont des récepteurs nucléaires.
- Ce sont des récepteurs à activité enzymatique, ils sont donc membranaires.
- Faux D.** Les benzodiazépines se fixent sur le même site que le GABA au niveau réceptoriel.
- Il existe un site spécifique pour le GABA et les benzodiazépines se fixent sur d'autres sites qui sont des modulateurs allostériques, elles potentialisent l'effet du GABA et font donc entrer plus d'ions chlorures qu'en présence du GABA seul.
- Valide E.** Les benzodiazépines peuvent être utilisées comme anxiolytiques et anti-convulsivants.
- Elles servent à lutter contre l'anxiété mais ont aussi une utilité dans le traitement de l'épilepsie en diminuant l'excitabilité neuronale par hyperpolarisation. Leur chef de file est le diazépam. Ils jouent également le rôle d'hypnotique.

Question 7 : (Type: QRM)

Concernant l'addictovigilance :

- Faux A.** L'addictovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion des cas d'abus, dans la prise de substances psychoactives comme l'alcool.
- Elle ne concerne pas l'alcool, ni le tabac (à connaître ++).
- Valide B.** La perception de plaisir / bien être liée à la prise d'une substance se traduit sur le plan physiologique par une stimulation de la voie dopaminergique mésolimbique, qui appartient au système de la récompense.
- Faux C.** La cocaïne est un opiacé puissant dérivé de l'opium extrait du pavot *Papaver somniferum*.
- Faux c'est l'héroïne.
- Faux D.** Il existe un réseau de 16 Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance.
- C'est 13.

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

- Valide E.** Le cannabis est une substance psychoactive illicite expérimentée par 17 millions de personnes.

Un expérimentateur est quelqu'un qui déclare avoir consommé au moins une fois dans sa vie.

Question 8 : (Type: QRM)

Concernant le suivi thérapeutique pharmacologique :

- Valide A.** C'est une activité consistant à adapter individuellement la posologie de certains médicaments sur la base. Le but est d'améliorer la prise en charge.

Oui.

- Valide B.** La concentration résiduelle (minimale) est la concentration juste avant la reprise du médicament, lors d'administrations répétées.

Pas de piège.

- Faux C.** L'unique objectif du STP est de réduire les effets indésirables liés au médicaments.

Il vise aussi à diminuer le taux d'échec thérapeutique.

- Faux D.** L'acide mycophénolique n'est pas concerné par le STP pour la greffe rénale.

Il l'est !

- Valide E.** Les méthodes séparatives lors de la phase analytique sont très chronophages.

Question 9 : (Type: QROC)

Quel est le médicament chef de file des Inhibiteurs de la Pompe à protons (IPP)?

Commentaire pédagogique de correction: Il s'agit de l'oméprazole. Ces médicaments sont notamment utilisés contre les reflux gastro-œsophagiens et les ulcères gastro-duodénaux.

Réponses valides

Oméprazole;oméprazole

Propositions de réponses incomplètes

Aucune réponse valide

Question 10 : (Type: QRM)

En ce qui concerne la pharmacologie générale, qu'est ce qui est vrai?

- Valide A.** Les prostaglandines notables sont PGI₂, PGE₂ et TXA₂.

À connaître ++!

- Valide B.** Pour les AINS l'inhibition des Cox-2 va permettre des effets plutôt bénéfiques.

Et les Cox1 des effets indésirables! Les COX-1 ont de base un effet protecteur et COX-2 des effets pro-inflammatoires. L'inhibition de COX-1 = effet indésirable / COX-2 = effet recherché (en règle générale) Mémo : COX-1 = copain (cop1) donc c'est un effet positif pour nous / ou cox-1 = effet INdésirable (lors de leur inhibition).

- Faux C.** La plupart des médicaments qui ciblent une enzyme vont être des activateurs

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

Non, ce sont justement la plupart du temps des inhibiteurs.

Valide D.

C'est un médicament antiviral, inhibiteur de protéases du VIH.

Faux E.

Pas la GABA transaminase, qui cible des enzymes humaines.

enzymatiques.

Saquinavir est un anti VIH.

Les bêta lactamases, les transpeptidases et les GABA transaminases cibles des enzymes d'agent pathogènes.

Question 11 : (Type: QRM)

Concernant la modulation des réponses aux médicaments , quelle ou quelles proposition(s) est/sont exacte(s) ?

Faux A. La dépendance physique peut est associée au craving.

Attention c'est important à savoir cela est associé à la dépendance psychique.

Valide B. La dépendance physique a pour conséquence lors d'un arrêt brutal du traitement , la survenue d'un effet rebond ou d'un syndrome de sevrage.

Définition à connaitre ++.

Faux C. La tolérance correspond à une réponse diminuée de l'organisme lorsqu'on administre une substance de façon aigue

C'est lors d'une administration chronique !
Tout le reste est juste.

Valide D. La tolérance a pour conséquence d'augmenter progressivement les doses pour offrir l'effet d'origine.

Tout est vrai , c'est à savoir.

Valide E. La désensibilisation peut-être dû à un changement de conformation ou à la down régulation des récepteurs.

C'est une notion importante à connaitre , tout est vrai ici.

Question 12 : (Type: QRM)

Concernant la modulation des réponses aux médicaments :

Faux A. La dépendance psychique est responsable d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal d'un médicament.

C'est la dépendance physique !

Valide B. La désensibilisation des récepteurs suite à une trop longue exposition à une substance peut s'expliquer par la down regulation.

Il y a la down-regulation et le changement de conformation des récepteurs.

Valide C. Le principal neuromédiateur du circuit de la récompense est la dopamine.

Valide D. La nicotine bloque la dégradation de la dopamine dans le circuit de la récompense, responsable d'une dépendance.

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

L'accumulation de dopamines dans les neurones du circuit de la récompense renforce l'aboutissement à la satisfaction du plaisir.

Faux E. La nicotine a pour cible un RCPG.

Les récepteurs nicotiniques sont des récepteurs à activité canal ionique cationique.

Question 13 : (Type: QRM)

À propos de l'hypnose est de la douleur cochez les réponses erronées :

Faux A. L'hypnose est un phénomène spontané et naturel.

Définition du cours. attention il fallait cocher les réponses fausses

Faux B. L'hypnose comprend trois phases principales.

C'est du cours aussi.

Valide C. Ces trois phases sont l'absorption , la dissociation et la variation.

Les trois phases sont l'absorption , la dissociation et la SUGGESTIBILITÉ.

Valide D. Dans l'hypnose conversationnelle , il est préférable d'employer des mots qui font mal que des mots qui protègent , car il faut choquer le patient pour que l'effet de l'hypnose soit plus rapide.

Privilégier les mots qui rassurent c'est évident !

Faux E. On utilise beaucoup de métaphore dans l'hypnose.

C'est tout à fait vrai.

Question 14 : (Type: QRM)

Concernant les essais cliniques de phase IV :

Valide A. Elle a lieu une fois l'obtention d'une AMM.

L'obtention d'une AMM est possible à l'issue de la phase III.

Faux B. Il existe une situation d'observation contrôlée par un expérimentateur.

Ce n'est pas une phase expérimentale ; le médicament est mis sur le marché donc il est impossible de suivre chaque patient prescrit.

Faux C. Elle permet l'étude des effets indésirables qui doivent être reportés auprès de la pharmacoépidémiologie.

Ils doivent être reportés auprès de la pharmacovigilance.

Valide D. Elle peut réévaluer le rapport bénéfices/risques sur une large population de malades en cas d'effets indésirables graves.

La phase IV permet d'analyser l'efficacité et la toxicité du médicament, qui peuvent remettre en jeu le rapport bénéfices/risques lorsque la toxicité prend le pas sur l'efficacité du médicament. C'était le cas pour le Thalidomide. Le rapport bénéfices/risques est une balance inconstante qui peut être réévaluée pour toutes les phases cliniques.

Valide E. La phase IV est menée sur des patients très hétérogènes permettant de trouver de nouvelles

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

formulations ou de nouvelles indications thérapeuthiques d'un médicament.

C'est un objectif secondaire.

Question 15 : (Type: QRM)

Concernant les phases des essais cliniques :

Faux A.

La phase 1 nécessite toujours un petit nombre de volontaires sains.

Nous allons retrouver une exception pour la cancérologie, dans laquelle on aura besoin de volontaires malades, car les médicaments testés sont trop délétères pour les volontaires sains.

Valide B.

Durant la phase 1, nous évaluerons la tolérance par rapport à la dose.

C'est bien le cas, durant la phase 1 l'efficacité n'est pas encore testée!

Faux C.

L'objectif principal de la phase 1 est de déterminer le type de toxicité du médicament.

Il s'agit en fait d'un des objectifs secondaires de la phase 1. Pour rappel, les objectifs principaux de la phase 1 sont les suivants : évaluer la tolérance par rapport à la dose, déterminer la dose maximale tolérée et les premières études pharmacocinétiques. Les objectifs secondaires visent à déterminer les doses utilisables, les schémas d'administration et le type de toxicité.

Valide D.

La phase II constitue une étape critique dans les études cliniques.

En effet, cette phase est une étape critique aux essais cliniques car il s'agit de convaincre soit de l'efficacité du médicament pour poursuivre en phase III, au cas contraire, de l'inefficacité. Le promoteur veut rejeter aussi vite que possible une molécule inefficace pour limiter les coûts et ne pas exposer trop de personnes au médicament, tout en minimisant le risque de passer à côté d'une substance active intéressante.

Faux E.

La phase III correspond à l'analyse du médicament dans des conditions réelles d'utilisation.

Cette définition correspond à la phase IV. La phase III correspond à l'essai du médicament sur un grand nombre de volontaires malades dont les objectifs principaux sont de prouver l'efficacité du médicament, évaluer le rapport bénéfice/risque sur un court et moyen terme et étudier les effets indésirables les plus fréquents.

Question 16 : (Type: QRM)

Concernant la pharmacocinétique :

Valide A.

Elle comprend les processus suivant : Absorption, Distribution, Métabolisme, Elimination.

A connaître par coeur!

Faux B.

La première phase est constituée de deux mécanismes: premièrement d'un effet de premier passage puis d'un phénomène de résorption.

C'est d'abord un phénomène de résorption qui se produit, le médicament va traverser les membranes biologiques pour atteindre la circulation générale. Par la suite, ce

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

médicament subira un effet de premier passage qui consiste à atteindre les zones frontières de l'organisme (exemple du foie) pour subir un effet de métabolisation.

Valide C.

Lors de la prise d'un médicament par voie orale, la concentration médicamenteuse dans le sang est à son maximum après la première phase de la pharmacocinétique.

C'est exactement ça ! C'est après la phase d'absorption.

Faux D.

Les médicaments traverse les membranes biologiques par diffusion active suivant la loi de Fick.

Elle se fait par diffusion PASSIVE en suivant la loi de Fick.

Faux E.

La deuxième phase de la pharmacocinétique permet le passage du médicament des tissus vers le sang.

C'est l'inverse! La deuxième phase correspondant au phénomène de distribution, il permet de faire passer le médicament du sang vers les tissus.

Question 17 : (Type: QRU)

Concernant la pharmacocinétique :

Faux A.

L'organe majeur lors de l'étape de l'absorption est le foie.

L'organe majeur lors de l'étape de l'absorption est l'intestin!

Faux B.

Dans la circulation systémique, la fraction liée du médicament sera celle qui est efficace.

C'est la fraction libre du médicament qui est efficace pour le médicament !

Faux C.

La prise d'un médicament par voie orale ne sera pas compliquée pour les patients inconscients.

Attention à la négation, elle sera justement compliquée pour les patients inconscients mais également pour les petits enfants.

Valide D.

Le taux de fixation protéique va dépendre de 3 conditions.

Le taux de fixation protéique va dépendre de :- La concentration libre du médicament- La concentration en protéines- L'affinité du médicament pour les protéines plasmatiques.

Faux E.

Les deux protéines les plus importantes dans l'organisme humain sont: l'Albumine et les lipoprotéines.

Les deux protéines les plus importantes sont : l'albumine et l' α 1-Glycoprotéine acide.

Question 18 : (Type: QROC)

Quelles sont la/ les grande(s) voie(s) d'élimination des médicaments en pharmacocinétique? (1 et/ ou 2 réponses attendues) :

Commentaire pédagogique de correction:

Les 2 grandes voies d'élimination sont hépatobiliaires par le tractus digestif et rénale par le tractus urinaire. Il en existe d'autres par exemple par le lait maternel, par voie salivaire ou encore par voie pulmonaire.

Réponses valides

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

élimination rénale;Élimination rénale;Élimination Rénale;élimination Rénale;élimination hépatobillaire;Élimination hépatobillaire;voie rénale;voie hépatobillaire;Voie hépatobillaire;Voie rénale

Propositions de réponses incomplètes

Aucune réponse valide

Question 19 : (Type: QRM)

Concernant la phase de métabolisme en pharmacocinétique :

Valide A. Son objectif est de favoriser l'élimination des médicaments.

C'est exactement ça.

Faux B. Plus un médicament est lipophile, plus il sera éliminé facilement.

Plus un médicament est HYDROphile, plus il sera facile de l'éliminer. Les médicaments étant majoritairement liposolubles, il faut augmenter l'hydrosolubilité pour l'élimination efficace du médicament.

Faux C. Du fait de son élimination plus facile, un médicament lipophile a tendance à être éliminé sans passer par les phases I et II du métabolisme.

Il s'agit ici d'un médicament hydrophile.

Valide D. Du fait de son élimination plus facile, un médicament hydrophile a tendance à être éliminé sans passer par les phases I et II du métabolisme.

Faux E. Les réactions de phase I et II se font principalement au niveau de l'intestin.

Au niveau du foie.

Question 20 : (Type: QRU)

Parmi les propositions suivantes concernant la pharmacocinétique, donner la réponse vraie :

Faux A. L'analyse non compartimentale repose sur des hypothèses physiologiques concernant l'absorption et la distribution du médicament.

L'analyse non compartimentale ne repose pas sur des hypothèses physiologiques précises. Elle est basée sur l'étude des données brutes (concentrations sanguines mesurées en fonction du temps) et ne nécessite pas de modèle physiologique ou compartimental.

Faux B. La biodisponibilité relative compare une voie d'administration autre que la voie intraveineuse à une référence intraveineuse.

La biodisponibilité relative compare une voie d'administration à une autre voie (non IV), considérée comme référence, mais pas nécessairement à la voie intraveineuse. C'est la biodisponibilité absolue qui utilise la voie IV comme référence.

Faux C. La clairance se définit par le volume de sang épuré par unité de volume.

Elle se définit par le volume de sang épuré par unité de temps!

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

Valide D. La constante d'élimination k est calculée en utilisant la formule $k = \ln(2)/t_{1/2}$, où $t_{1/2}$ est le temps de demi-vie.

Elle permet de calculer la constante d'élimination du médicament.

Faux E. La demi-vie d'un médicament dépend de sa dose administrée.

La demi-vie ($t_{1/2}$) est indépendante de la dose administrée. Elle dépend uniquement de la constante d'élimination (k) et peut être calculée par la formule $t_{1/2} = \ln(2)/k$.

Question 21 : (Type: QRM)

Concernant la pharmacocinétique, indiquez la/les réponse(s) fausse(s) :

Faux A. Au bout de 7 demi-vies, on considère que le médicament est complètement éliminé de l'organisme.

C'est vrai, du coup selon l'énoncé, c'est faux! Lisez bien les consignes!

Valide B. La méthode des trapèzes permet de déterminer la demi-vie du médicament.

La méthode des trapèzes permet de calculer l'aire sous la courbe (AUC), qui représente l'exposition au médicament, et non directement la demi-vie. La demi-vie est déterminée à partir de la constante d'élimination (k), qui est calculée via la pente de la courbe en représentation logarithmique. Faux donc, item vrai.

Faux C. La clairance totale est égale à la somme de la clairance rénale et de la clairance métabolique.

Vrai, donc item faux!

Valide D. La biodisponibilité absolue d'un médicament administré par voie IV est inférieure à 100 %.

La biodisponibilité absolue (FF) d'un médicament administré par voie intraveineuse (IV) est égale à 100 % puisque la totalité de la dose atteint directement la circulation sanguine sans perte due à l'absorption ou au métabolisme de premier passage. Faux, donc selon la consigne, item vrai!

Faux E. La clairance rénale est influencée par la filtration glomérulaire, la sécrétion tubulaire et la réabsorption tubulaire.

Vrai, donc on met l'item faux encore une fois!

Question 22 : (Type: QRU)

Concernant la pharmacogénétique :

Faux A. Il va falloir diminuer la dose du médicament pour un métaboliseur correct associé à un effecteur intermédiaire.

Non, c'est l'inverse. Il faudra augmenter la dose pour avoir une efficacité thérapeutique. Le médicament est rapidement métabolisé, donc la concentration sanguine de principe actif est diminuée. Or, la réponse au médicament n'est pas maximale. On augmente donc la dose pour trouver une réponse optimale au médicament.

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

- Faux B.** On doit rester sur la posologie standard pour un métaboliseur lent associé à un effecteur correct.
- Un métaboliseur lent aura une concentration trop importante en principe actif dans le sang : cela peut entraîner un risque de surdosage et donc l'apparition d'effets indésirables voire toxiques. PS : essayez vraiment de comprendre ça, c'est la base pour comprendre la pharmacologie.
- Valide C.** Il faut venir diminuer la dose lorsque notre patient a un métaboliseur lent associé à un effecteur correct.
- C'est exact! Pour éviter le risque de surdosage, on va revenir sur les marges thérapeutiques!
- Faux D.** Pour un métaboliseur intermédiaire associé à un effecteur correct, l'on doit rester dans les posologies standards.
- Il faut venir diminuer la dose, mais moins que dans le cas d'un métaboliseur lent associé à un effecteur correct.
- Faux E.** Le polymorphisme métabolique ne joue pas de rôle important dans la pharmacogénétique.
- La notion de polymorphisme métabolique est très importante à considérer pour la pharmacogénétique surtout lorsque : -la fenêtre thérapeutique du médicament est étroite -l'efficacité du médicament est difficile à évaluer rapidement.

Question 23 : (Type: QRU)

Concernant les MDS, la réponse acceptable est:

- Faux A.** Loi n°93-5 du 4 Janvier 1993 = Création de l'Agence du DM (dispositif médical).
- L'agence du médicament.
- Faux B.** Décret n°95-566 du 6 mai 1995 = pharmacovigilance des DM : traçabilité, dispensation nominative.
- Pharmacovigilance des MDS.
- Faux C.** Les indications sont : albumine 4% pour échanges de plasma / 20% pour les états aigus d'hypovolémie plasmatique ou globale, états de choc. / 4 et 20% (les deux) : états aigus ou chroniques d'hypoalbuminémie.
- Non: Pour les 2 : États aigus d'hypovolémie plasmatique ou globale, états de choc. (+ Hémorragies, Brûlures, Déshydrations.) Pour la 20%: états aigus ou chroniques d'hypoalbuminémie.
- Valide D.** Les Ig polyvalentes sont des traitements immunomodulateurs ou encore des traitements substitutifs chez les patients manquant d'anticorps.
- (anticorps = immunoglobuline) Les autres items sont assez compliqués mais vous savez qu'il n'y a qu'une réponse possible donc celle-là.
- Faux E.** Les protéines recombinantes sont des MDS.
- Il n'y a pas d'obligation de traçage.

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs:

Question 24 : (Type: QROC)

Quels critères correspondent à l'imputabilité intrinsèque ? (2 mots attendus) :

Commentaire pédagogique de correction: L'imputabilité intrinsèque correspond aux critères chronologiques et sémiologiques. Concernant l'imputabilité extrinsèque, elle regroupe les critères bibliographiques. Il est très important de connaître ces notions pour le concours.

Réponses valides

sémiologique chronologique;sémiologiques chronologiques;Sémiologiques Chronologiques;Sémiologique Chronologique;chronologique sémiologique;chronologiques sémiologiques;Chronologiques Sémiologiques;Chronologique Sémiologique

Propositions de réponses incomplètes

Aucune réponse valide

Question 25 : (Type: QRM)

Concernant la balance bénéfiques/risques en pharmacovigilance :

Faux A. Elle reste inchangée après la mise sur le marché du médicament.

Très important à comprendre que la balance bénéfiques/risques est un paramètre inconstant qui doit être évalué de manière continue. C'est pour cette raison que les essais cliniques restent insuffisants pour la déterminer.

Valide B. Les bénéfiques peuvent être augmentés par de nouvelles indications thérapeutiques.

Valide C. Les risques peuvent augmenter par l'apparition de nouveaux effets indésirables.

Les risques augmentent par l'apparition de nouveaux effets indésirables (EI).- Une variation de la fréquence de survenue des EI.- populations ou situations à risque (femmes enceintes).- détournement d'utilisation : autres indications ou mésusages.

Faux D. Les risques peuvent augmenter par une diminution de l'intérêt thérapeutique.

C'est les bénéfices qui seront diminués par une diminution des intérêts thérapeutiques.

Faux E. Les essais cliniques, étant facultatifs, ils permettent d'établir un premier profil sur la toxicité du médicament.

Les essais cliniques, étant OBLIGATOIRES, permettent d'établir un premier profil sur la toxicité du médicament.

Auteurs: LEA PISTOLET--MEECK

Co-auteurs: Alexis ANTOINE, MATHILDE JACQUEMOT, Aurum DERMANE, Lola THOUVENIN, Julie ALLEAUME, JEANNE AUDINOT

Relecteurs: