Faculté de Médecine d'Oran

Unité Intégrée 4
18 juillet 2021

Nom – Prénom(s) : [redacted]
Date de naissance : [redacted]

1. Une carence en fer engendre habituellement :
A. Une anémie microcytaire hypochrome avec un chiffre de réticulocytes élevé
B. Une anémie microcytaire hypochrome avec un chiffre de réticulocytes faible
C. Un excès de sidéroblastes médullaires
D. Une élévation du chiffre des plaquettes
E. Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles

2. Quels examens hématologiques à visée diagnostique demander devant une anémie hémolytique chez une femme jeune ?
A. Frottis de gang périphérique
B. Une électrophorèse des protéines
C. Un test de Coombs Direct
D. Un dosage du fer sérique
E. Un myélogramme

3. Lors d'une anémie par carence en fer , on observe :
A. une perlèche
B. un syndrome cordonal postérieur
C. une koilonychie
D. un ictère
E. une atrophie gastrique fundique à la fibroscopie digestive

4. Dans le syndrome d'insuffisance médullaire, il y a :
A. Une anémie
B. Une splénomégalie
C. Une hépatomégalie
D. Une fièvre
E. Un purpura

5. Une anémie hémolytique se caractérise par :
A. Une langue dépapillée
B. Un ictère
C. Une hyper bilirubinémie conjuguée
D. Une splénomégalie
E. Une hyper bilirubinémie non conjuguée

6. Une mégaloblastose :
A. Est à l'origine d'une anémie microcytaire
B. Induit une anomalie régénérative
C. Evoque une carence en vitamine B12
D. Evoque une carence en folates
E. Traduit un défaut de synthèse de l'ADN

7. Dans quelle(s) situation(s) peut-on rencontrer une fausse anémie par hémodilution ?
A. Grossesse au cours des trois derniers mois
B. Hypothyroïdie
C. Traitement diurétique
D. les déshydratations par diarrhée importante
E. Splénomégalie volumineuse par hypertension portale

8. Quels sont les paramètres utiles pour distinguer une anémie par carence martiale d'une anémie inflammatoire ?
A. VGM (Volume Globulaire Moyen)
B. Dosage de la ferritine sanguine
C. Vitesse de sédimentation des hématies
D. Numération des plaquettes sanguines
E. Dosage du fibrinogène sanguin

9. Une anémie macrocytaire doit faire rechercher :
A. Une carence en folates
B. Une carence martiale
C. Un syndrome myélodysplasique
D. Une cirrhose éthylique
E. Une insuffisance rénale

10. Un allongement du TCA : Cochez la réponse juste
A. Est observé lors des thrombopénies
B. Traduit une anomalie de la voie intrinsèque de la coagulation
C. Est toujours associé à un allongement du TP
D. A pour traduction clinique un purpura cutané
E. Traduit une anomalie intéressant un ou plusieurs des facteurs suivants : I, II, V , VII, X

11. Un purpura pétéchial :
A. est un syndrome hémorragique traduisant une anomalie de la coagulation et de la fibrinolyse
B. est provoqué par des traumatismes
C. s'accompagne toujours d'hémarthroses
D. peut s'accompagner d'hémorragies des muqueuses
E. Est constitué de petites macules érythémateuses et qui persistent à la vitropression

12. Interprétez cet hémogramme réalisé chez une fillette de 6 ans ayant un syndrome anémique associé à un syndrome hémorragique : GB : 1200/mm3 ; PNN : 500/mm3 ; L : 700/mm3, Hb : 7g/dl ; VGM: 109 fl, TCMH: 32pg ; Réticulocytes: 25 000/mm3 Plq: 20 000/mm3
A. Pancytopénie.
B. Anémie microcytaire Normo chrome Arégénérative
C. Anémie macrocytaire Normochrome Arégénérative
D. Anémie normocytaire Normochrome arégénérative
E. Anémie macrocytaire Normochrome régénérative

13. Une douleur abdominale aigue pariétale est une douleur dont: cochez la réponse juste
A. le point de départ est un viscère abdominal profond
B. l'origine est une affection endocrinienne générale
C. la cause est un désordre métabolique
D. l'origine est musculo-aponévrotique ou cutanée
E. l'origine est souvent psychogène

univ.ency-education.com

14. **Devant un patient présentant une douleur abdominale aigue, elle est qualifiée de : la réponse juste**
A. douleur biliaire car elle siège dans 2/3 des cas dans l'hypochondre droit
B. douleur ulcéreuse car elle est calmée par l'aspirine et les anti inflammatoires non stéroïdiens
C. douleur pancréatique car elle irradie vers l'épaule droite
D. colique néphrétique car elle débute au niveau des flancs
E. douleur biliaire car le signe de Murphy est positif

15. **La Pancréatite Aiguë est :**
A. C'est l'inflammation Aigue de la glande pancréatique.
B. Elle est due à l'autodigestion de la glande.
C. Il s'agit d'une pathologie sans gravité, ne pouvant pas engager le pronostic vital.
D. Elle représente une urgence Thérapeutique.
E. La lithiase rénale et l'éthylisme demeurent les deux principales étiologies.

16. **Les signes cliniques de gravité d'une pancréatite aiguë sont :**
A. Etat général Altéré.
B. Un état de choc.
C. Sub ictère conjonctival.
D. Signe de Cullen.
E. Signe de Grey Turner

17. **La douleur de type pancréatitique est :**
A. Douleur péri ombilicale.
B. D'installation violente, atteignant rapidement son intensité maximale.
C. Intense, continue, profonde, en barre.
D. Irradiation vers l'épaule et l'omoplate droites.
E. Position antalgique: penché vers l'avant en « chien de fusil ».

18. **La douleur biliaire est :**
A. une douleur de la fosse iliaque droite.
B. d'installation brutale, volontiers après un repas gras.
C. la colique hépatique est sa dénomination la plus juste.
D. intense continue sans véritable position antalgique.
E. Irradie vers le pelvis et la région lombaire.

19. **Le signe de Murphy est :**
A. Douleur provoquée par la palpation profonde de l'hypochondre droit.
B. Est dû au contact à l'expiration profonde de la vésicule biliaire avec la main de l'examinateur.
C. Signe le plus souvent une complication.
D. Associé à une défense de l'hypochondre droit.
E. Il s'agit d'une douleur à l'inspiration profonde.

20. **La douleur biliaire est :**
A. C'est la manifestation aigue de la souffrance des voies biliaires.
B. Elle témoigne de la mise en tension brutale de l'appareil digestif.
C. Elle est la Base de la sémiologie des pathologies hépatobiliaires.
D. S'accompagne de diarrhée.
E. Elle est limitée dans le temps.

21. **A props des hémorragies digestives basses :**
A. Correspondent à tout saignement provenant en amont de l'angle de Treize
B. Se manifestent toujours par une hémorragie exteriorisée
C. Rectorragie et méléna sont les motifs de consultation les plus fréquents
D. 90 % des hémorragies basses s'arrêtent spontanément
E. Près de 10 % des hémorragies basses nécessiteront une laparotomie en urgence

22. **Une hémorragie digestive basse est dite grave si :**
A. Un choc hypovolémique : PAS < 80 mmHg, Fc >120/min
B. Une Hb < 8g/dl, une chute d'Hte
C. Nécessité de transfusion de 3L/j
D. Absence de troubles neurologiques
E. Une diurèse ≥ 30ml/h

23. **Quels éléments font évoquer une occlusion par strangulation du sigmoïde ?**
A. Apparition brutale
B. Arrêt tardif des selles
C. Vomissements précoces
D. Occlusion fonctionnelle
E. Arrêt de transit précoce

24. **Quel (s) élément (s) est (sont) pertinent (s) pour l'interrogatoire d'un patient présentant une occlusion basse concernant ses antécédents ?**
A. Antécédent de tumeur colique
B. Chirurgie abdominale
C. Prise de poids récente
D. Radiothérapie
E. Antécédent de hernie inguinale

25. **Quels signes appartiennent classiquement au tableau de l'anorexie mentale ?**
A. Augmentation de l'appétit.
B. Prise de poids.
C. Possibilité d'accès de boulimie.
D. Vomissements.
E. Eléments dépressifs.

univ.ency-education.com

26. **Quels signes appartiennent au tableau clinique d'une boulimie?**
A. Episodes répétitifs et incontrôlables d'hyperphagie
B. Peu s'accompagner d'une Prise de poids.
C. Absence de terrain psychiatrique.
D. Peut s'accompagner de Vomissements provoqués.
E. Peut s'accompagner d'hyperactivité physique ou d'utilisation de laxatifs

27. **Quels éléments définissent l'hyperphagie alimentaire ?**
A. Episodes contrôlables d'hyperphagie
B. S'accompagne d'une Prise de poids.
C. Terrain psychiatrique.
D. Peut s'accompagner de Vomissements provoqués.
E. Peut rentrer dans le cadre d'habitudes familiales

28. **Quelles sont les propositions exactes concernant la dysphagie mécanique ? :**
A. Intermittente.
B. Sélective aux solides.
C. Intensité progressive.
D. Retentissement sur le plan général.
E. Secondaire à une anomalie de la contractilité musculaire

29. **Parmi les étiologies suivantes, quelles sont celles des dysphagies œsophagiennes fonctionnelles ? :**
A. Cancer de l'œsophage.
B. Œsophagite peptique.
C. Œsophagite infectieuse.
D. Achalasie.
E. Maladie des spasmes diffus de l'œsophage

30. **Quels sont parmi les signes suivants ceux qui peuvent accompagner une dysphagie?**
A. Une régurgitation.
B. Une éructation.
C. Une odynophagie.
D. Une douleur épigastrique.
E. Un pyrosis

31. **Quelles sont parmi les propositions suivantes les complications possibles des vomissements?**
A. Oesophagite.
B. Régurgitation.
C. Mérycisme
D. Syndrome de Mallory Weiss.
E. Inhalation bronchique.

32. **Les hépatomégalies douloureuses sont :**
A. D'origine cirrhotique
B. D'origine cholestatique C
C. Par surcharge
D. Sont représentées par le foie cardiaque
E. Parfois par les abcès hépatique

33. **Quelles sont les affirmations exactes concernant la douleur colique?**
A. Elle est de siège ombilical
B. Elle survient selon un rythme régulier
C. Elle est soulagée par l'émission de selles
D. Elle est soulagée par l'émission de gaz
E. Elle peut être déclenchée par le repas

34. **Les bruits hydro-aériques :**
A. Reflètent le péristaltisme abdominal
B. Sont détectés par la percussion
C. Peuvent être absent en cas d'ischémie mésentérique
D. Sont peu nombreux en cas de diarrhée motrice
E. Sont surtout localisés dans le colon transverse

35. **Les causes suivantes sont responsables d'ascites mécaniques (Cochez les réponses justes)**
A. tuberculose péritonéale
B. Métastases hépatiques
C. Carcinose péritonéale
D. Cirrhose hépatique
E. Insuffisance cardiaque

36. **La circulation veineuse collatérale de l'ascite de grande abondance est en rapport avec :**
A. une hypertension portale
B. une insuffisance respiratoire
C. une compression de la veine cave supérieure
D. d'une compression de la veine cave inférieurs
E. Est dû à une dilatation des veines abdominales

37. **Une diarrhée:**
A. Est l'émission de selles trop fréquentes, trop abondantes, de consistance anormale (liquides ou très molles)
B. A un poids supérieur à 500 g/j
C. Est aiguë lorsqu'elle évolue depuis moins de 2 semaines
D. peut se voir au cours d'un syndrome dysentérique
E. est chronique si elle dure plus de 2 semaines

38. **Parmi les causes des diarrhées chroniques:**
A. Toxi-infections alimentaires
B. maladie coeliaque
C. diarrhées aux antibiotiques
D. syndrome de zollinger ellison
E. insuffisance pancréatique exocrine

39. **L'ischémie mésentérique aigue :**
A. est souvent d'origine artérielle
B. elle est souvent due à un embole vasculaire
C. l'occlusion veineuse est en rapport avec une thrombose ou une embolie
D. l'absence de cause occlusive est rare
E. c'est une urgence vasculaire et digestive

univ.ency-education.com

40. **Dans l'ischémie mésentérique aigue :**
A. la douleur est brutale periombilicale
B. la palpation note un boudin
C. il existe une discordance entre les signes fonctionnels et les signes physiques
D. l'abdomen est distendu météorisé
E. la sensation de ténesme sans diarrhées est un signe caractéristique

41. **L'hémorragie digestive liée à l'hypertension portale se manifeste par les signes suivants :**
A. L'hémoptysie
B. L'hématurie
C. Une fissure anale
D. La rupture de varices œsophagienne
E. Le méléna

42. **Parmi ces signes cliniques lesquels sont évocateurs du syndrome occlusif :**
A. Douleur abdominale
B. Météorisme intestinal
C. Hypertension artérielle
D. Diarrhée aigue
E. Hypothermie

43. **Quelles étiologies expliquent la physiopathologie de l'occlusion de l'intestin grêle :**
A. Le cancer de l'œsophage
B. Le cancer du colon
C. L'obésité
D. Les bézoards ou corps étrangers
E. L'hématome intestinal

44. **Les conséquences les plus redoutées entrainées par le syndrome occlusif sont :**
A. L'hyperglycémie
B. L'hypovolémie
C. Le choc septique
D. L'hypochlorhydrie gastrique
E. La protéinurie

45. **Le transfert plasmatique de la bilirubine non conjuguée (non hydrosoluble) est diminué par :**
A. Le diazépam
B. Les œstrogènes
C. L'albumine
D. Le fer
E. La globine

46. **L'ictère peut être causé par certaines de ces substances :**
A. Le phénobarbital
B. Le carotène
C. Le cuivre
D. La bilirubine libre
E. La bilirubine conjuguée

47. **On retrouve quelque unes de ces étiologies dans l'ictère :**
A. L'hypothyroïdie
B. L'hépatite virale
C. L'acidocétose
D. La lithiase biliaire
E. Les dysnatrémies

48. **L'hypertension portale est causée par certains des facteurs suivants :**
A. L'augmentation du gradient de pression entre la veine porte et la veine cave
B. La diminution de la pression de l'artère hépatique
C. La diminution de la pression de la veine porte
D. La pression portale est normale
E. Le rétrécissement du lit vasculaire du foie

49. **Les étiologies les plus évoquées dans l'hypertension portale sont :**
A. L'augmentation de la sécrétion des phospholipides hépatiques
B. L'hypoglycémie
C. L'alcoolisme chronique
D. La péricardite constrictive
E. L'hypocalcémie

50. **Certaines de ces complications sont entrainées par l'hypertension portale :**
A. Polyphagie
B. Augmentation de l'absorption intestinale
C. Sténose des artères coronaires
D. Les varices cardiotuberositaire gastriques
E. L'encéphalopathie

51. **Parmi les propositions suivantes, lesquelles favorisent l'apparition d'une hyperkallémie :**
A. Anurie
B. Alcalose
C. Rhabdomyolyse
D. Hémolyse
E. Polyurie

B. a...
C. iso-éc...
D. échogène
E. anéchogène

univ.ency-education.com

52. En cas d'hyperkaliémie, on peut observer sur un tracé ECG :
A. Une dépression du segment ST
B. Une apparition de l'onde U
C. Un élargissement des complexes QRS
D. Un raccourcissement de l'intervalle QT
E. Un bloc auriculoventriculaire

53. Un allongement du temps de saignement doit évoquer :
A. Un déficit congénital en facteur VIII (hémophilie A)
B. Une thrombopénie
C. Un déficit en protéine C
D. Une thrombopathie
E. Un déficit congénital en facteur IX (hémophilie B)

54. Parmi les facteurs de la coagulation dont la synthèse dépend de la vitamine K, il y a :
A. Facteur I (Fibrinogène)
B. Facteur II (Prothrombine)
C. Facteur de Willebrand
D. Facteur VIII (Antihémophile A)
E. Facteur IX (Antihémophile B)

55. Quel(s) est (sont) le (les) facteur(s) de l'hémostase à faire doser en présence d'un allongement du temps de céphaline active (TCA) ?
A. Facteur IX (Antihémophile B)
B. Facteur VII (Proconvertine)
C. Facteur VIII (Antihémophile A)
D. Plaquettes
E. Toutes les réponses sont justes

56. Chez un hémophile A, l'exploration biologique montre :
A. Un temps de saignement très allongé
B. Un déficit de l'agrégation des plaquettes
C. Un temps de Quick normal
D. Un temps de thrombine allongé
E. Un temps de céphaline active allongé

57. Quels sont les paramètres les plus spécifiques pour confirmer une cytolyse hépatique ?
A. Albuminémie diminuée.
B. Bilirubine totale élevée.
C. Transaminases élevées.
D. Enzyme lactate déshydrogénase augmenté.
E. Phosphatases alcalines élevées.

58. Un ictère à bilirubine exclusivement non conjuguée (indirecte) est observé dans :
A. La cirrhose hépatique.
B. L'hépatite virale.
C. Les anémies hémolytiques.
D. Les cholestases.
E. Les déficits complets en glucuronyl tranférase hépatique.

59. En pathologie hépatique, lesquelles des propositions des examens biologiques suivantes sont exactes ?
A. Une cytolyse hépatique est révélée par une augmentation de l'activité plasmatique des aminotransférases.
B. Un syndrome cholestatique montre des urines foncées et une concentration de bilirubine plasmatique élevée.
C. La détermination de l'activité des phosphatases alcalines plasmatiques est utile pour explorer un syndrome de rétention biliaire.
D. Une activité diminuée ou absente de la gammaglutamyl transférase plasmatique est spécifique d'une cirrhose hépatique alcoolique.
E. Dans le cadre d'une hépatite virale, on observe fréquemment une augmentation de la biluribine totale et les aminotransferases.

60. Une malabsorption intestinale peut être le témoin :
A. D'une insuffisance de sels biliaires dans la lumière suite à des maladies hépato-biliaires.
B. D'une atrophie villositaire (maladie cœliaque).
C. D'une insuffisance pancréatique exocrine.
D. D'une inflammation étendue du grêle (maladie de Crohn).
E. D'une déshydratation extracellulaire aigue.

61. Quel sont, actuellement, parmi les marqueurs biologiques suivants, les plus utiles dans le cancer du pancréas ?
A. CA15-3.
B. ACE.
C. CA19-9.
D. CA125.
E. LDH.

62. Parmi les facteurs biologiques suivants, lesquelles sont inhibiteurs de la sécrétion gastrique
A. L'insuline.
B. La gastrine.
C. La somatostatine.
D. La prostaglandine.
E. La sécrétine.

univ.ency-education.com

63. **Une hyperamylasémie est observée au cours des pathologies suivantes, les quelles ?**
A. Syndrome néphrotique.
B. Pancréatite aigüe.
C. Syndrom de Zollinger-Ellison.
D. Malabsorption intestinal.
E. Cancer du pancréas.

64. **Quelles sont les propositions exactes concernant la protéine de Bence-Jones ?**
A. C'est une protéine urinaire.
B. Elle permet de confirmer un myélome multiple (Maladie de Kahler).
C. C'est une chaîne légère d'immunoglobuline.
D. C'est une protéine dont le taux est augmenté au cours des états inflammatoires.
E. Elle permet de révéler une insuffisance rénale aigue.

65. **Parmi les propositions suivantes concernant le PSA, lesquelles sont exactes ?**
A. Le PSA est un marqueur des cancers recto coliques.
B. L'élévation du taux de PSA est spécifique du cancer de la prostate.
C. Le PSA est un marqueur d'organe.
D. L'augmentation du taux de PSA peut survenir après un touché rectal.
E. En cas de cancer de la prostate, la surveillance du taux de PSA est un test utile.

66. **Concernant l'albumine**
A. Est normalement présente dans le plasma à un taux plus élevé que celui de l'ensemble de toutes les autres protéines.
B. Sa synthèse est hépatique et extra-hépatique.
C. Constitue un bon marqueur de la dénutrition.
D. A une migration électro phorétique lente.
E. Est augmentée dans les atteintes hépatocellulaires graves.

7. **Parmi les propositions suivantes, quelle est celle qui caractérise la cirrhose ?**
Pic en zone α2 à l'électrophorèse des protéines sériques.
Augmentation de la synthèse de l'albumine.
Bloc beta-gamma à l'électrophorèse des protéines sériques.
ne hypogammaglobulinémie.
rotéinurie > 3 g/24h.

68. **Parmi ces propositions concernant le syndrome néphrotique, une seule est fausse. Laquelle ?**
A. Il existe une protéinurie.
B. Le taux plasmatique de l'albumine est augmenté.
C. Il est secondaire à une néphropathie glomérulaire.
D. Le pic en zone β du tracé électro phorétique, est lié à la présence de β -lipoprotéines en excès.
E. La chute de la pression oncotique est responsable des œdèmes.

69. **La tonalité et la topographie d'une lithiase vésiculaire sur un ASP :**
A. Tonalité calcique, Siege l'hypochondre droit
B. Tonalité liquidienne, Siege l'hypochondre droit
C. Tonalité graisseuse Siege l'hypochondre gauche
D. Siege l'hypochondre droit et tonalité graisseuse
E. Siege au niveau de l'hypogastre et tonalité calcique

70. **Que recherche-t-on sur un ASP fait dans le cadre de l'urgence :**
A. des calcifications aortiques
B. une image en croissant gazeux sous diaphragmatique
C. une masse hépatique
D. une hémorragie digestive
E. une image de tonalité graisseuse

71. **Critères de réussite d'un ASP :**
A. Visualisation des coupoles diaphragmatiques en haut
B. Les omoplates doivent être bien dégagées
C. Visualisation de la symphyse pubienne en bas
D. Le cliché doit être pris en inspiration profonde
E. La pénétration doit être correcte et suffisante

72. **La pancréatite aigue en TDM :**
A. Est de diagnostic scannographique
B. Est évalué selon la classification de Balthazar
C. Le scanner d'évaluation est pratiqué 72h après l'épisode aigue
D. Le stade E est de bon pronostic
E. L'éthologie la plus fréquente est lithiasique

univ.ency-education.com

73. Les critères TDM en faveur de la malignité d'un épaississement pariétal digestif :

A. Non sténosant
B. Irrégulier
C. prise de contraste hétérogène
D. excentré
E. graisse périphérique propre

74. Signes TDM d'une iléite terminale (maladie de Crohn)

A. Épaississement pariétal gastrique
B. Épaississement pariétal iléal,
C. Abcès et fistule comme Complications:
D. Kyste hydatique du Carrefour iléocæcal
E. Nodule splénique

75. Les critères TDM de bénignité d'une masse hépatique

A. Prise de contraste homogène
B. Petite taille
C. Contours irréguliers
D. Densité tissulaire
E. Infiltrations des organes adjacents

76. le kyste apparait en échographie comme une image :

A. anéchogène
B. hyper échogène
C. iso-échogène
D. avec cône d'ombre postérieur
E. avec renforcement postérieur

77. Les calcifications et les lithiases apparaissent en échographie comme une image :

A. Anéchogène
B. Hyper échogène
C. iso-échogène
D. avec cône d'ombre postérieur
E. avec renforcement postérieur

78. une formation tissulaire apparait en échographie comme une image :

A. anéchogène
B. parfois hyper échogène
C. iso-échogène
D. toujours avec cône d'ombre postérieur
E. toujours avec renforcement postérieur

79. Un kyste biliaire du foie apparait en échographie comme une image :

A. anéchogène à paroi fine
B. anéchogène à paroi épaisse
C. iso-échogène à limites floues
D. échogène avec cône d'ombre postérieur
E. anéchogène à renforcement postérieur

80. une cholécystite aigue se traduit en échographie par :

A. vésicule biliaire à paroi fine
B. une vésicule biliaire à paroi épaissie
C. une lithiase de la vésicule biliaire
D. absence de lithiase dans tous les cas
E. peut survenir sur vésicule biliaire lithiasique ou non

univ.ency-education.com