Université de Constantine 3
Faculté de médecine
Service d'Hématologie

Constantine, le 15/11/2018

Contrôle d'hématologie
(2ème rotation du 03/02/2019 au 21/02/2019

Q1/ Une biopsie ostéo-médullaire doit être préférée au myélogramme pour :

A. Faire le diagnostic d'une localisation médullaire de maladie de Hodgkin
B. Affirmer une aplasie médullaire.
C. Affirmer un le diagnostic de PTI
D. Etablir le décompte précis des diverses lignées cellulaires
E. Affirmer le diagnostic de leucémie aiguë

Q2/ Indiquez, parmi les paramètres suivants, ceux qui ne font pas partie du tableau biologique d'une anémie aplastique :

A. Volume globulaire moyen(VGM)
B. Teneur globulaire moyenne en hémoglobine(TGMH)
C. Fer sérique
D. Taux de réticulocytes
E. Taux de plaquette

Q3 /Parmi les examens suivants, citez celui qui permet de contrôler l'efficacité d'un traitement martial prescrit pour une anémie sidéropénique ?

A. Dosage du fer sérique un mois après le début du traitement
B. Dosage de la ferritinémie trois semaines après le début du traitement
C. Hémogramme avec numération des réticulocytes 10 jours après le début du traitement
D. Taux d'Hb 10 jours après le début du traitement
E. Hémogramme avec numération des réticulocytes 3 mois après le début du traitement

Q4/ quelles sont les propositions vraies concernant l'anémie ferriprive ? :

A. La principale forme du Fer dans l'organisme est l'hémosidérine.
B. Le fer heminique est mieux absorbé que le Fer non héminique.
C. Une alimentation équilibrée apporte 2 g /j de Fer.
D. Le Fer est absorbe au niveau de l'ileon distal.
E. Les besoins en Fer sont accrus durant la grossesse et l'allaitement.

Q5/ Parmi les pathologies suivantes, indiquez celle(s) dont le tableau clinique associe habituellement une splénomégalie et une pan cytopénie ?

A. Aplasie médullaire idiopathique
B. Cirrhose éthylique avec hypersplénisme
C. Leucémie myéloïde chronique
D. Leucémie à tricho leucocytes
E. Maladie de fanconi

Q6/ Parmi les signes cliniques et biologiques suivants, citez ceux qui sont de mauvais pronostic au cours de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)?

A. Fièvre avec sueurs nocturnes
B. Nombre de territoires ganglionnaires atteints
C. Gros médiastin (plus du 1/3 du diamètre thoracique)
D. Nombre de lymphocytes circulants
E. VS accélérée à 25mm à la première heure

univ.ency-education.com

Q7/ Devant une anémie macrocytaire, les diagnostics à évoquer sont :

A. Hypothyroidie
B. Anémie par carence martiale
C. Ethylisme
D. Anémie de Biemer
E. Traitement par le methotrexate → Chimothérapie

Q8/ Un patient consulte pour une anomalie de la formule leucocytaire à l'hémogramme : GB : 30 x 10^9/L (Neutrophiles : 20 % - Eosinophiles : 1% - Basophiles : 0 % - Lymphocytes : 77 % - Monocytes : 12 %). Une numération faite 6 mois avant donne des chiffres identiques. Vous suspectez une leucémie lymphoïde chronique. Parmi les examens suivants, quel est celui qui est nécessaire pour confirmer le diagnostic ?

A. La biopsie médullaire
B. Le caryotype médullaire
C. Le myelogramme
D. Le phénotype des lymphocytes circulants
E. La culture des lymphocytes circulants

Q9/ Le syndrome de Richter correspond à une de définitions suivantes. Laquelle ?

A. la transformation d'une leucémie lymphoïde chronique en lymphome malin de plus haut grade de malignité
B. l'infiltration des ganglions par des cellules de Reed-Sternberg
C. une infiltration des glandes lacrymales et salivaires dans une leucémie lymphoïde chronique
D. une leucémie lymphoïde chronique au stade C
E. Infiltration médullaire d'un lymphome malin non Hodgkinien de haut grade de malignité

Q10/ Le tableau clinique typique d'une hémolyse chronique associe :

A. Splénomégalie
B. Hypercalcémie
C. Pâleur cutanéo muqueuse
D. Un ictère
E. Hypertension artérielle

Q11/ Une hémolyse intra vasculaire peut se voir au décours de :

A. Cancer bronchique
B. Accès palustre
C. Déficit en G6PD
D. Anémie hémolytique autoimmune
E. Septicémie

Q12/ Au cours de l'hémolyse physiologique, les conséquences de la diminution du capital enzymatique sont :

A. Baisse du volume globulaire.
B. Diminution ATP et glutathion réduit.
C. Diminution du Na+ et une augmentation de K+ intracellulaire.
D. Formation de méthémoglobine.
E. Un gonflement cellulaire et hémolyse dans système réticuloendothélial

Q13/Lors d'une anémie hémolytique mécanique, il est habituel de retrouver sur le frottis de sang ? :

acquise

A. Des sphérocytes
B. Des hématilles en faucilles
C. Des hématies en cibles
D. Des schizocytes
E. Des hématies hypochromes

univ.ency-education.com

14/Parmi les propositions suivantes, indiquez celles qui concernent la leucémie myéloide chronique(LMC)?

A. La greffe de moelle est indiquée en phase d'acutisation de la maladie
B. La médiane de survie après acutisation est de quelques mois
C. La splénomégalie disparait en quelques semaines grâce au traitement ciblé
D. Le traitement cible peut aboutir à une rémission moléculaire profonde
E. La survie moyenne d'une LMC traitée est < 5ans

Q15/En absence de traitement, les examens biologiques au cours de la LMC en phase chronique objectivent :

A. Une myélemie<20%
B. Une augmentation des phosphatases alcalines leucocytaires(PAL)
C. Une hyper uricémie
D. Une augmentation du taux des polynucléaires basophiles
E. Une anémie avec poikilocytose

Q16/Au cours de l'évolution de la LMC, tous les symptômes suivants sont de mauvais pronostic sauf ~~un~~ deux Lequels?

A. Augmentation du taux de polynucléaires basophiles
B. Résistance au traitement
C. Persistance du chromosome Philadelphie
D. Une blastose sanguine >10% => acutisation.
E. Un taux de bcr-abl >10%

Q17/ Laquelle (lesquelles) de ces complications peuvent survenir dans l'évolution d'une LMC non traitée ?

A. Un infarctus splénique
B. Un priapisme
C. Une acutisation
D. Une compression médullaire
E. Une crise de goutte

Q18/ Parmi les signes cliniques suivants, citez celui (ceux) de la phase blastique typique d'une LMC ?

A. Volumineuse splénomégalie
B. Douleurs osseuses
C. Fièvre
D. Purpura pétéchial
E. Adénopathies

Q19/ Parmi les moyens thérapeutiques suivants, citez celui qui vise une guérison dans la LMC ?

A. Hydrea
B. Polychimiothérapie
C. Autogreffe de moelle osseuse
D. Allogreffe de moelle osseuse
E. Anti tyrosine-kinase

Q20/L'association d'une splénomégalie et d'une myélémie peut se voir dans les affections suivantes :

A. LMC
B. Polyglobulie de Vaquez
C. Splénomégalie myéloïde
D. Septicémie
E. Leucémie aigue

univ.ency-education.com

Q21/ Parmi les propositions suivantes, citez celle(s) qui ne concerne (ent) pas le purpura thrombopénique auto immun idiopathique(PTAI) ?

A. IL est la cause la plus fréquente des thrombopénies centrales
B. Il est fréquent chez l'enfant et l'adulte jeune
C. Le purpura pétéchial est souvent infiltré à la palpation
D. Le taux de plaquettes est en règle <50 000 ele/mm3
E. Il est un diagnostic d'exclusion

Q22/ Citez les mécanismes d'action des corticoïdes dans le traitement du PTAI :

A. Augmenter la phagocytose des plaquettes
B. Diminuer la production des auto AC
C. Stimuler la mégacaryocytopoièse
D. Stimuler les lymphocytes B
E. Diminuer la phagocytose des plaquettes

Q23/ Dans le lymphome de Hodgkin, l'extension se fait par :

A. Voie lymphatique
B. Voie endocrine
C. Voie hématogène
D. Contiguité
E. Voie cavitaire (séreuses)

Q24/ Un patient, âgé de 55ans, présente un Lymphome non Hodgkinien, dont l'examen clinique et le bilan d'extension retrouvent :
Signes généraux : amaigrissement, sueurs profuses, fièvre
Un syndrome tumoral périphérique : adénopathies (ADP) latéro cervicales gauches
Un syndrome tumoral profond : ADP médiastinales, ADP abdominales profondes
Biopsie de moelle : absence d'infiltration médullaire
Selon la classification Ann Arbor,ce patient est au stade :

A. IIA
B. IIIA
C. IIB
D. IIIB
E. IV B

Q25/ A qui un donneur de groupe O peut-il donner son plasma ?

A. A un receveur de groupe A
B. A un receveur de groupe B
C. A un receveur de groupe AB
D. A un receveur de groupe O
E. Toutes les réponses sont juste

Q26 / Toutes ces pathologies peuvent compliquer la transfusion sanguine, citez celles qui sont d'origine immunologiques ?

A. L'hémochromatose
B. Le syndrome frissons hyperthermie
C. L'hépatite C
D. L'hépatite B
E. Le choc anaphylactique

Q27/ L'hémolyse aigue intra vasculaire post-transfusionnelle est en rapport avec :

A. Incompatibilité dans le système HLA
B. Incompatibilité dans le système HPA
C. Incompatibilité dans le système ABO
D. Anticorps de type IgA
E. Anticorps de type IgM

univ.ency-education.com

Q28/ Le diagnostic de gammapathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS) nécessite la présence des critères suivants :

A. Une immunoglobuline monoclonale < 30g/l
B. Une plasmocytose médullaire< 10%
C. Une hypercalcémie
D. Des lésions osseuses
E. Insuffisance rénale

Q29/ Quelle(s) est (sont) le(s) caractéristique(s)de la tubulopathie à cylindres myelomateux ?

A. Il s'agit d'une atteinte du tubule distal
B. Il s'agit d'une atteinte du tubule proximal
C. Il s'agit d'un dépôt amyloide
D. C'est la plus fréquente des atteintes rénales dans le myélome multiple
E. L'albuminurie est la cause de cette tubulopathie

Q30/ Dans quel type de myélome, la VS peut ne pas être accélérée

A. Myélome à IgA
B. Myélome non sécrétant
C. Myélome à chaines légères
D. Myélome compliqué d'hypercalcémie
E. Myélome compliqué de cryoglobulinémie

Q31/ Le temps de saignement est habituellement allongé aucours :

A. Des thrombopénies sévères
B. Des thrombathies congénitales
C. Des traitements à base d'Aspirine
D. Les hypofibrinogénémies
E. Purpura rhumatoide

Q32/Soit le bilan d'hémostase suivant :Temps de saignement(TS) Ivy=3min ; Temps de quick :M/T=18s/12s ; TCA=M/T=35s/32s, Temps de thrombine(TT)M/T=18s/18s ; plaquettes 212000ele/mm^3 .Aquelle(s) situation(s) correspond t-il ?

A. Insuffisance hépatique modérée
B. Hémophilie B
C. Defict en facteur II de la coagulation
D. Traitement par l'héparine
E. Traitement par les antivitamines K

Q33/ Parmi les situations suivantes, citez celle(s) qui ne relèvent pas d'un traitement par la fraction coagulante PPSB lors d'une complication hémorragique ?:

A. Hémophilie B sévère
B. Hémophilie B mineure
C. Maladie de Von Willebrand
D. Coagulation intra vasculaire disséminé
E. Surdosage par les antivitamines K

Q34/ Toutes ces manifestations cliniques peuvent se voir lors d'une coagulopathie sévère , sauf une.Laquelle ?

A. Hématomes musculaires
B. Hématome du plancher de la bouche
C. Purpura pétechial
D. Hémarthroses
E. Hématuries

univ.ency-education.com

Q35/chez un hémophile sévère, il est contre indiqué de pratiquer :

A. Injection intra musculaire
B. Vaccination
C. Prescription de corticoides
D. Injection intraveineuse d'un médicament
E. Prescription d'aspirine à titre d'antalgique

Un homme de 30 ans, ouvrier, sans d'antécédents pathologiques, consulte en hématologie pour une pâleur cutanée associée à une toux productive rebelle au traitement antibiotique,et une fièvre évoluant depuis trois semaines. D'autre part, le malade présente des gingivorragies apparues il y a deux jours. La tension artérielle est de 13/7 cmHg. Le reste de l'examen clinique est normal.
L'hémogramme objective les résultats suivants : Hb à 9 g/dl, VGM=82, TCMH=30, leucocytes à 3800/mm3 dont polynucléaires neutrophiles 10 %, monocytes 2 %, et 88% de cellules jeunes ; plaquettes 19.000/mm3. Réticulocytes à 32000/mm3.

Blastes

Q36/ Quel examen complémentaire à visée diagnostique réalisez-vous en première intention :

A. Caryotype médullaire
B. Myélogramme
C. Immunophénotypage des cellules sanguines par cytométrie en flux
D. Ponction biopsie osseuses
E. Dosage vitaminique

Q37/ L'analyse de l'examen précédent objective 45 % de cellules jeunes ne prenant pas le noir soudan aux colorations cytochimiques . Quel diagnostic retenez-vous ?

A. Leucémie lymphoïde chronique
B. Leucémie aigue lymphoblastique
C. Leucémie aigue myéloblastique
D. Leucémie myéloïde chronique
E. Infiltration médullaire d'un lymphome malin non Hodgkinien

Q38/ Le caryotype médullaire retrouve un chromosome de Philadelphie, quelle attitude thérapeutique adoptez-vous pour traiter votre malade ?

A. Chimiothérapie seule
B. Radiothérapie seule
C. Inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK) seuls
D. Association chimiothérapie et ITK
E. Allogreffe de CSH après rémission complète

Q39/ La cellule de Reed-Sternberg :

A. Est de petite taille.
B. Est de grande taille.
C. Est Binucléé.
D. Comporte un halo clair péri nucléaire.
E. Possède un cytoplasme abondant mal limité.

Q40/ Le Lymphome Hodgkinien Classique SCLERO-NODULAIRE se caractérise par :

A. La présence de Cellules lacunaires.
B. Un épaississement fibreux de la capsule.
C. Une architecture diffuse.
D. Une fibrose annulaire.
E. Une population cellulaire monomorphe.

univ.ency-education.com

clinique

Melle Z.A âgée de 18 ans consulte au service d'hématologie pour une anémie découverte lors d'un bilan fait pour asthénie.
L'examen clinique objective une pâleur cutaneomuqueuse, et des ongles striés et cassants.
Le reste de l'examen clinique est sans particularités
L'hémogramme :
GB : 4500/mm3 ; GR : 3 millions/mm^3 ; Hb : 5g/dl ; Hte : 18% ; plaquettes : 580000/mm3
Taux de réticulocytes : 2%

VGM = 180/3 = 60

Q41/ Quelles sont les anomalies de l'hémogramme de cette patiente?

A- Une anémie hypochrome microcytaire a régénérative
B- Une anémie macrocytaire hypochrome a régénérative
C- Une anémie normo chrome normo cytaire régénérative
D- Une thrombo cytose
E- Une thrombopénie

Q42/ Quel est le mécanisme physiopathologique le plus probable de cette anémie ?

A- carence en vitamine B12
B- carence en folates
C- carence martiale
D- inflammation
E- Une beta thalassémie mineure

Q43/ Quel(s) est (sont) le(s) argument(s) clinique(s) et/ou paraclinique(s) en faveur de ce mécanisme physiopathologique ?

A- Le type d'anémie
B- L'asthénie
C- Le jeune age
D- Les ongles striés
E- Le taux de plaquettes

Q44/ Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) à demander pour confirmer votre diagnostic ?

A- Dosage de la vitamine B12
B- Dosage de la ferritinemie
C- Dosage des folates
D- Bilan inflammatoire
E- Electrophorèse de l'hémoglobine

Lors de notre interrogatoire, la patiente ramène la notion d'ecchymoses spontanées depuis l'enfance et de ménorragies depuis les menarches sans aucune prise médicamenteuse.
Elle a deux frères dont l'un présente des épistaxis récidivants, et une petite sœur.
Un bilan d'hémostase a été fait objectivant :
TP : 90% TCA : malade (50sec) Témoin (35sec). Ratio :1,4

univ.ency-education.com

Q45/ L'interprétation de ce bilan montre :

A- Une anomalie de la voie endogène de la coagulation
B- Une anomalie de la voie exogène de la coagulation
C- Une anomalie de la voie commune de la coagulation
D- Une anomalie de la voie endogène et exogène de la coagulation
E- Une anomalie de l'hémostase primaire

Q46/Devant ces données de l'interrogatoire, et les résultats du bilan de l'hémostase, quel(s) diagnostic(s) suspectez-vous ?

A- Hémophilie A sévère
B- Hémophilie B sévère
C- La maladie de Willebrand
D- Hémophilie acquise
E- Thrombasthenie de Glanzman

Q47/ Quel est (sont) l'examen(s) à demander en 1ère intention pour confirmer votre diagnostic ?

A- Dosage du facteur VIII de la coagulation
B- Dosage du facteur IX de la coagulation
C- Dosage du fibrinogène
D- Temps de saignement
E- Temps de Thrombine

Un bilan d'hémostase complémentaire a été réalisé, en voici les résultats :

FVIIIc :20% ,FIX : 88% ,FXI :102%, Taux de fibrinogène :3,2g/dl,
Temps de saignement(IVY) : 15mn, Temps de thrombine : malade/Témoin :13s/13S

Q48 /Parmi les examens suivants,citez celui qui permet de confirmer le diagnostic :

A. Test à la vitamine K
B . Recherche d'une insuffisance hépatocellulaire
C . Dosage du facteur de vonWillebrand (vWFAg)
D . Etude des plaquettes par cryométrie en flux
E . Etude des fonctions plaquettaires

Q49/ Quel (s) traitement (s) proposez-vous à cette malade ?

A. Transfusion de culots globulaires
B. Traitement par la vitamine K
C. Substitution continue par du FVIII de la coagulation
D. Transfusion de PPSB
E. Oestroprogestatifs

Q50/ Une fois, cette patiente mariée, quel est le risque de transmission de sa maladie à sa descendance

A. Aucun risque de transmission de la maladie
B. Toutes ses filles seront porteuses de la maladie
C. Tous ses garçons seront sains
D. 50%des garçons seront malades
E. 50%des filles seront malades.

univ.ency-education.com

Université de Constantine 3
Faculté de médecine
Hématologie

Contrôle d'hématologie
1ère rotation 03/02/2019 AU 21/02/2019
CORRIGE TYPE

1	A B
2	A B C
3	C
4	B E
5	B D
6	A B C
7	A C D E
8	D
9	A
10	A C D
11	B C D E
12	A B E D
13	D
14	A B C D
15	C D
16	C E
17	A B C E
18	A B C D E
19	D
20	A C D
21	A C
22	B E
23	A C D
24	D
25	D

26	B E
27	C E
28	A B
29	A D
30	B C E
31	A B C D
32	A E
33	C D
34	C
35	A E
36	B
37	B
38	D E
39	B C E
40	A B D
41	A D
42	C
43	A D E
44	B
45	A
46	C
47	A D
48	B
49	E
50	D E

Dr. N. SAIHI
Maître de Conférence "B"
Hématologie
C.H.U - Constantine

univ.ency-education.com