Université de Constantine 3
Faculté de médecine
Service d'Hématologie

Constantine, le 16/06/2019

Contrôle d'hématologie

(4ème rotation du 26 /05/2019 au 13/06/2019)

Q1/ Chez un polytraumatisé qui saigne, le bilan d'hémostase montre : TP:45%; TCA: M/T =42s/35s ; F V:40%; FVII: 80%; FII: 45%; Fibrinogène: 0,40 g/l; Plaquettes 100 000/mm3. Ce bilan évoque avant tout :

A. Une insuffisance hépato-cellulaire majeure
B. Un traitement par anti vitamines K en cours
C. Une hypofibrinémie congénitale
D. Une coagulopathie de consommation avec défibrination
E. Une hémodilution des facteurs de coagulation.

Q2/ Le diagnostic prénatal de l'hémophilie A ou B peut être pratiqué par :

A. Etude de l'ADN de villosités choriales
B. Dosage du facteur antihémophilique VIII ou IX dans le sang fœtal
C. Etude de l'ADN des deux parents
D. Dosage du facteur antihémophilique VIII ou IX dans le liquide amniotique par amniocentèse
E. Dosage du facteur VIII ou IX chez la mère

Vous réalisez un bilan d'hémostase chez un sujet âgé de 56 ans, qui présente un syndrome hémorragique aigu d'apparition récente. En voici les résultats : plaquettes : 212000/mm3 ;
TQ : M/T 14s/12s ; TCA : M/T : 54s/30s (ratio=1,8) ; fibrinogène : 5,4g/dl.
Vous suspectez la présence d'un AC anti facteurs de la coagulation.

Q3/ Quel(s) est (sont) le(s) résultat(s) d'hémostase compatible(s) avec ce diagnostic ?

A. TCA corrigé par l'adjonction de plasma témoin
B. TCA non corrigé par l'adjonction de sérum témoin
C. facteur VIII effondré
D. présence d'un anticorps anti facteur VII dans le plasma du patient
E. temps de thrombine normal

Q4/ Quelle(s) étiologie(s) doit on évoquer devant un allongement isolé du TCA révélé par un syndrome hémorragique?

A. hémophilie congénitale et maladie de Willebrand
B. début de carence en vitamine K
C. déficit en facteur XII
D. traitement par héparine
E. anticoagulant circulant lupique

Q5/ A propos de la maladie de Willebrand, quelle(s) est (sont) la(les) affirmation(s) exacte(s) ?

A. il en existe deux types.
B. elle touche aussi bien l'hémostase primaire que la coagulation
C. il s'agit de la plus fréquente des maladies constitutionnelles de l'hémostase
D. le mode de transmission est le plus souvent autosomique dominant
E. la symptomatologie s'aggrave avec l'âge

Q6/ Parmi les définitions suivantes, citez celle de la myélemie :

A. Une augmentation du taux des myélocytes médullaires
B. Un passage sanguin des cellules immatures de la lignée granuleuse
C. Un arrêt de maturation des cellules granuleuses
D. Un signe biologique du myélome multiple
E. Correspond aux myéloblastes sanguins

univ.ency-education.com

Q7/ Le score de Sokal est un score pronostique calcule à partir des paramètres suivants :

A. Taille de la rate (DS)+taux de GB+ pourcentage de cellules blastiques dans le sang
B. Taille de la rate (DS)+taux de plaquettes + pourcentage de cellules blastiques sanguines +fleche hépatique (cm)
C. fleche hépatique (cm)+taux de plaquettes+age+ pourcentage de cellules blastiques medullaires
D. Taille de la rate (DS)+ taux de plaquettes+age+ pourcentage de cellules blastiques sanguines
E. Taille de la rate (DS)+taux de GB+age+taux d'Hb

Q8/ Parmi les signes cliniques et biologiques suivants, citez celui (ceux) qui est (sont) commun (s) aux syndromes myéloproliferatifs ?

A. L'âge avancé des patients
B. La myélemie
C. La thrombocytose
D. L'hépatomégalie
E. La splénomégalie

Q9/ Parmi les circonstances suivantes, citez celles qui peuvent révéler une leucémie myéloïde chronique (LMC) ?

A. Un hémogramme pathologique
B. Un AVC
C. Une crise de goutte
D. Un priapisme
E. Une thrombopathie

Q10/ Une sécrétion inappropriée d'érythropoïétine (EPO) responsable d'une polyglobulie peut se voir dans certaines situations, lesquelles ?

A. Une tumeur du pancréas
B. Une tumeur du foie
C. Une tumeur du cervelet
D. Une tumeur rénale
E. Une tumeur pulmonaire

Q11/ Lors d'une maladie de Biermer non traitée, on retrouve :

A. Une macrocytose des hématies
B. des signes biologiques d'hémolyse
C. Une hyper-réticulocytose sanguine
D. Des anticorps anti-Facteur Intrinsèque
E. Un taux de vitamine B12 bas.

Q12/ Parmi les mécanismes suivants, citez celui de l'hémolyse dans l'anémie mégaloblastique carentielle ?

A. L'hémolyse mécanique
B. L'hémolyse immunologique
C. L'avortement médullaire
D. L'hémolyse toxique
E. L'hémolyse par déficit enzymatique.

Q13/ Parmi les signes suivants, lequel ou (lesquels) caractérise (ent) la maladie de Waldenstrom ?

A. Un pic monoclonal de type IgM
B. Une lymphoplasmocytose médullaire
C. Une myélemie
D. Une hypercalcémie
E. Une lyse osseuse

Q14/ Le symptôme majeur du myélome multiple typique est :

A. Les vertiges
B. Le syndrome hémorragique
C. Les céphalées
D. Le flou visuel
E. La douleur osseuse

univ.ency-education.com

5/ **Concernant la néphropathie à cylindre myelomateux, quelle (s) est (sont) les affirmations exacte(s) ?**

A. Tubulopathie proximale
B. Tubulopathie distale
C. Amylose rénale
D. glomérulonéphrite
E. nephrocalcinose

Q16/ Cochez la ou les bonnes réponses concernant les purpuras thrombopathiques ?

A. Ils sont dus à une anomalie qualitative des plaquettes
B. Les caractéristiques du syndrome hémorragique sont identiques à ceux des purpuras thrombopéniques
C. Le TS est normal
D. Le TP et TCK sont normaux
E. Les thrombopathies congénitales sont les plus fréquentes

Q17/ Devant la suspicion d'une fausse thrombopénie, le prélèvement sera refait sur :

A. Tube EDTA
B. Tube sec
C. Tube héparine
D. Tube citraté
E. Aucune réponse

Q18/ Concernant Le temps d'occlusion plaquettaire (TO), quelles sont les affirmations exactes ? :

A. Il est réalisable grâce à un appareil appelé PFA 100
B. Il est réalisable grâce à la méthode d'IVY
C. Il est indiqué si le TS est allongé
D. Il permet l'exploration des fonctions d'adhésion et d'agrégation plaquettaire
E. Il permet le diagnostic des thrombopénies

Q19/ Concernant les lymphomes malins non hodgkiniens(LMNH), quelles sont les affirmations exactes ?

A. Ils se développent exclusivement au niveau des ganglions
B. Le phénotype B est plus fréquent que le T
C. Le diagnostic positif est histologique
D. La biopsie ostéomédullaire est indispensable dans le cadre d'un bilan pré thérapeutique
E. La forme indolente est plus fréquente chez le sujet âgé

Q20/ le Pronostic des LMNH dépend de :

A. Type histologique
B. Phénotype B ou T des cellules
C. Le sexe des patients
D. Le stade de la maladie
E. Présence des signes généraux

Q21/ Parmi les signes biologiques suivants, lesquels peuvent évoquer une leucémie aigüe ?

A. Anémie normo cytaire normo chrome régénérative
B. Anémie microcytaire hypochrome a régénérative
C. Thrombopénie modérée
D. Leucopénie
E. Hyperleucocytose

Q22/ Lequel des examens suivants permet de confirmer le diagnostic d'une leucémie aigüe ?

A. Hémogramme retrouvant plus de 20% de blastes circulants
B. Myélogramme retrouvant plus de 20% de cellules blastiques
C. Adénogramme retrouvant plus de 20% de myéloblastes
D. Hémogramme retrouvant plus de 50% de blastes circulants
E. Immuno phénotypage

univ.ency-education.com

Q23/ La compatibilité ABO doit absolument être respectée au cours de la transfusion de :

A. Globules rouges
B. Plaquettes
C. Globules blancs
D. Plasma
E. Immunoglobulines

Q24/ La complication la plus redoutable au cours de la transfusion sanguine est :

A. Le syndrome frissons-hyperthermie
B. L'OAP
C. Hémolyse par incompatibilité ABO
D. Urticaire géante
E. L'infection par le VHB

Q25/ Au cours d'une LLC habituelle, l'hyper lymphocytose sanguine est constituée majoritairement de

A. Lymphocytes matures monomorphes
B. Lymphocytes villeux
C. Pro lymphocytes
D. Lymphoblastes
E. Lymphocytes hyper basophiles

Q26/ L'aplasie médullaire est une :

A. Atteinte qualitative de la cellule souche hématopoïétique
B. Atteinte quantitative de la cellule souche hématopoïétique
C. Une myelopoiese ectopique
D. Diminution des 3 lignées cellulaires
E. Envahissement médullaire par des cellules extra hématologiques

Q27/ Concernant l'aplasie médullaire médicamenteuse accidentelle (non liée à une chimiothérapie curative), quelles sont les affirmations exactes ?

A. Evolue spontanément vers la résolution à l'arrêt du médicament responsable.
B. Nécessite un traitement par les immunosuppresseurs
C. Risque de transformation en leucémies aigue
D. Risque de complications infectieuses
E. Risque de Complications hémorragiques

Q28/ Une femme de 50 ans est porteuse d'une Leucémie Lymphoïde Chronique stade A connue depuis 4 ans. Depuis quelques jours, elle présente une pâleur cutanéo muqueuse avec asthénie profonde. L'examen retrouve un sub ictère et une splénomégalie. Hématies: 2,1M/mm3 ;Hémoglobine: 6,5g/dl ;V.G.M.: 95fl Réticulocytes: 160 000elets /mm3 ; Plaquettes: 350000/mm3 ; Leucocytes: 25000 /mm3 ;PNN: 18% Lymphocytes: 80%.

Compte tenu des éléments dont vous disposez, la complication à évoquer prioritairement est :

A. Une hémorragie aiguë
B. Une anémie hémolytique auto-immune
C. Un syndrome de Richter
D. Un envahissement médullaire par poussée évolutive de sa LLC
E. Une carence en vitamine B9

Q29/ Indiquez, parmi les anomalies suivantes, celle qui ne peut pas faire partie du tableau biologique d'une anémie par carence martiale ?

A. Volume globulaire moyen (VGM): 65 femtolitres
B. Teneur globulaire moyenne en hémoglobine(TGMH) : 20 picogrammes
C. Fer sérique : 20 microgrammes/dl
D. Coefficient de saturation de la transferrine : 5 %
E. Réticulocytes : $180X10^9$ elts /L

univ.ency-education.com

,0/ Une anémie hémolytique se caractérise par :

A. Une langue dépapillée
B. Un ictère
C. Une hyper bilirubinémie conjuguée
D. Une splénomégalie
E. Une hyper biliribunémie non conjuguée

2/3

Q31/ Une anémie est dite régénérative lorsque le taux de réticulocytes est :

A. Supérieur à 25 000/mm3
B. Supérieur à 75 000/mm3
C. Supérieur à 150 000/mm3
D. Compris entre 50 000/mm3 et 75 000/mm3
E. Compris entre 25 000/mm3 et 75 000/mm3

Q32/ Une anémie par saignement chronique engendre habituellement :

A. Une anémie microcytaire hypochrome avec un chiffre de réticulocytes élevé
B. Une anémie microcytaire hypochrome avec un chiffre de réticulocytes bas
C. Une anémie normochrome normocytaire arégénérative
D. Une anémie normochrome normocytaire régénérative
E. Une anémie macrocytaire normochrome régénérative

Q33/ Au cours d'un syndrome anémique quel (s) est (sont) les signes spécifiques d'une carence martiale ?

A. Urines foncés " Coca Cola "
B. Pâleur
C. Sub ictère
D. Ongles striés
E. Langue dépapillée sur les bords

1/2

Q34/ Un supplément d'apport quotidien en fer est recommandé :

A. Chez la femme enceinte multipare
B. Chez le nouveau-né nourri au sein maternel
C. Chez l'enfant atteint de drépanocytose homozygote
D. En cas d'insuffisance médullaire
E. En cas d'anémie microcytaire secondaire à des ménorragies

1/2

Q35/ Une jeune fille algérienne de 14 ans , présente une hémoglobine à 10,3g/dL, un VGM à 67µL, et une hémolyse clinico-biologique. L'électrophorèse de l'hémoglobine retrouve HbA : 42,6%, HbA2 : 8,3%, HbF : 55,3%. Quel(s) sont le(s) diagnostic(s) compatible(s) avec ces données cliniques et biologiques?

A. ß-thalassémie majeure
B. ß-thalassémie mineure
C. α-thalassémie majeure
D. drépanocytose homozygote
E. Thalasso-drépanocytose

Q36/ Devant une anémie hémolytique aigue, quel(s) examen(s) demandez-vous en première intention ?

A. Frottis sanguin
B. électrophorèse de l'hémoglobine
C. dosage enzymatique : G6PD et pyruvate kinase
D. Test de Coombs direct
E. bilan viral : sérologie VIH, PCR EBV (epstein Barr)et CMV (cytomegalovirus)

1/2

Q37/ Concernant le test de Coombs direct, quelles sont les affirmations exactes ?

A. Identifie des anticorps anti-globules rouges dans le sérum
B. Identifie des antigènes à la surface des globules rouges
C. Identifie des immunoglobulines et/ou des fractions du complément à la surface des GR
D. Se traduit par une agglutination des hématies
E. Doit être vérifié avant toute transfusion sanguine

1/2

univ.ency-education.com

Q38/ Une hyper éosinophilie peut être due à :

A. Une infection virale
B. Une infection parasitaire
C. Une urticaire
D. Une infection bactérienne
E. Une tuberculose pulmonaire

Q39 /Concernant la cellule de Reed Sternberg, quelles sont les affirmations exactes ?

A. Est CD30 positif.
B. N'est jamais retrouvée dans la maladie d'Hodgkin scléronodulaire.
C. Renferme deux noyaux.
D. Renferme des inclusions intra cytoplasmiques.
E. Possède un cytoplasme très réduit mal limité.

Q40/ Le para granulome nodulaire de Poppema et Lennert est caractérisé par :

A. Une architecture nodulaire.
B. Une prolifération de cellules de type « popcorn ».
C. Une fibrose nodulaire.
D. La présence de cellules de Reed Sternberg.
E. Une positivité au CD45.

univ.ency-education.com

Cas clinique :

Une femme de 38 ans consulte parce qu'elle a constaté l'apparition d'une tuméfaction cervicale droite qui augmente progressivement de volume depuis 4 mois. Elle se plaint, d'un prurit diffus apparu depuis environ 1 mois. L'examen clinique identifie plusieurs adénopathies cervicales au niveau de la région carotidienne basse et du creux sus-claviculaire droit, fermes, indolores, d'environ 3 centimètres de diamètre. Les chaînes cervicales postérieures, sous-maxillaires sont libres et l'examen de la cavité buccale ne décèle aucune lésion. La dentition est en bon état. Il n'existe ni hépatomégalie ni splénomégalie. Les autres territoires ganglionnaires sont libres.

L'hémogramme montre :GR : 3.200.000/mm3 , hémoglobine :9,2g/l, hématocrite :29%, plaquettes:335000/mm3 ;leucocytes :18.800/mm3 dont polynucléaires neutrophiles :68%, éosinophiles :2%, lymphocytes :28% et monocytes : 2%, reticulocytes : 1,8%

La vitesse de sédimentation est de 40 mm à la première heure, 65 mm à la deuxième heure.

Q1/ L'hémogramme objective :

A. Aucune anomalie
B. Polynucleose neutrophile
C. myélemie
D. thrombocytose
E. Anémie normo chrome normo cytaire régénérative

Q2/ Quels éléments manquants à l'interrogatoire que vous devez chercher ?

A. Profession de la patiente
B. Nombre de membres dans la famille
C. Sueurs nocturnes
D. Asthénie
E. Poids

Q3/ Parmi les examens complémentaires suivants, citez celui ou ceux indiques chez cette patiente ?

A. Cytoponction ganglionnaire
B. MNI test
C. Immuno phenotypage lymphocytaire
D. IDR a la tuberculine
E. Electrophorèse des protéines

La biopsie d'un ganglion permet de constater le bouleversement de l'architecture ganglionnaire, le développement de bandes de scléroses qui délimitent des nodules de tissus lymphoïdes dans lesquels sont vues des cellules volumineuses, irrégulières, à cytoplasme basophile ; aux noyaux bilobés, parfois multilobés, contenant 01 à 02 gros nucléoles ; quelques polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Il n'existe pas de nécrose.

Q4/ Quel diagnostic vous évoque l'histoire clinique et l'examen histopathologique ?

A. Adénite subaiguë
B. Tubercule ganglionnaire
C. Lymphome malin non hodgkinien
D. Maladie de Hodgkin
E. Métastase d'épithélioma

univ.ency-education.com

Q5/ Afin de confirmer le diagnostic, vous avez compléter le bilan par une étude immuno histochimique de la biopsie ganglionnaire, Parmi les marqueurs suivants citez ceux que vous allez indiquer ?

A. CD 45
B. CD 5
C. CD15
D. CD20
E. CD30

Vous complétez votre bilan par un bilan radiologique, et biochimique en voici les résultats :
La tomodensitométrie thoraco abdominale : masse médiatisnale antérieure de 11 x 7 cm, Sans splénomégalie, ni hépatomégalie, ni adénopathies abdominales.
ASAT : 33UI(5-40UI/l), ALAT : 28UI(5-40 UI/l), PAL :90 UI (30-100UI/l) , Albumine :38 G/l (35-40 gr/l).

Q6/ Parmi les examens biologiques et radiologiques suivants citez celui (ceux) qui manque(ent) pour classer la maladie

A. Mammographie
B. Medullogramme
C. Biopsie osteo médullaire
D. Scintigraphie osseuse
E. Lymphographie pédieuse

Q7/Parmi les classifications suivantes, laquelle vous allez utiliser pour classer cette maladie ?

A. Classification de Binet
B. Classification d'ANN ARBOR
C. Classification OMS 2016
D. Classification de Salmon et Durie
E. Classification de Rai

Q8/ Cette patiente présente au moins 2 facteurs de mauvais pronostic, lesquels ?

A. Le prurit diffus
B. Le sexe
C. L'âge
D. L'hyperleucocytose
E. L'anémie

Q9/ Parmi les traitements suivants, quel est celui (quels sont ceux) qui peut (peuvent) être envisagé(s) ?

A. Radiothérapie
B. Corticothérapie simple
C. Mono chimiothérapie continue pendant plusieurs mois
D. Poly chimiothérapie séquentielle
E. Antibiothérapie

Q10/ En l'absence de réponse au traitement initial, quel traitement proposez- vous à cette patiente ?

A. Ac anti CD20
B. Immunosuppresseurs
C. Autogreffe de moelle osseuse
D. Allogreffe de moelle osseuse
E. Traitement chirurgical

univ.ency-education.com

Université de Constantine 3
Faculté de médecine
Hématologie

Contrôle d'hématologie
3ème rotation 26/05/2019 AU 13/06/2019
CORRIGE TYPE

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

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

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

univ.ency-education.com