Constantine le 08/11/2020

Durée : 60 mn

Université de Constantine 3
Faculté de médecine
Service d'hématologie

Contrôle module Hématologie

3ème Rotation du 06/09/2020 au 24/09/2020
4ème Rotation du 04/10/2020 au 22/10/2020

Q1. la carence en folates est responsable de :
- A- Anémie microcytaire régénérative
- B- Anémie macrocytaire régénérative
- C- Anémie macrocytaire arégénérative
- D- Troubles neurologiques
- E- Troubles digestifs

Q2. L'hémolyse liée à la carence en facteurs anti pernicieux est en rapport avec :
- A) Des auto anticorps anti globules rouges
- B) Une destruction mécanique intra vasculaire
- C) Un avortement intra médullaire
- D) Un hypersplénisme
- E) Un vieillissement des globules rouges

Q3. Le lymphome de Hodgkin :
- A) Est plus fréquent que le lymphome non hodgkinien
- B) Est caractérisé par la présence de la cellule de Reed Sternberg
- C) Le début de la maladie est ganglionnaire unifocal
- D) Le mode d'extension est le plus souvent hématogène
- E) La biopsie ganglionnaire est indispensable au diagnostic

Q4. L'examen clinque d'un patient qui présente un PTI, retrouve :
- A) Un syndrome hémorragique le plus souvent viscéral
- B) Un syndrome anémique qui est constant
- C) Absence de SPM
- D) Absence d'ADP
- E) Un syndrome infectieux

Q5. Les thrombopénies périphériques immunologiques peuvent être causées par :
- A) Les médicaments
- B) L'hypersplénisme
- C) Les connectivites
- D) La CIVD
- E) Les hémopathies malignes

Q6. Le diagnostic de certitude d'une aplasie médullaire est donné par le(s) examen(s)suivant(s) :
- A) la Cytométrie en flux
- B) le caryotype
- C) le frottis médullaire
- D) la biopsie médullaire

univ.ency-education.com

E) la scintigraphie osseuse

Q7. Parmi les pathologies suivantes quelles est /sont celles qui peut/peuvent être à l'origine d'une aplasie médullaire acquise secondaire :

A) La tuberculose pulmonaire
B) Hépatite virale A
C) HPN (hémoglobinurie paroxystique nocturne)
D) Brucellose
E) Paludisme

Q8. La circonstance de découverte la plus fréquente dans le myélome multiple est :

A) Le syndrome anémique
B) L'insuffisance rénale
C) L'infection
D) La douleur osseuse
E) Le syndrome hémorragique

Q9. La bêta-thalassémie est :

A) Une pathologie qui touche l'adulte après 40 ans
B) Une anomalie qualitative acquise de l'hémoglobine
C) Une Anomalie quantitative congénitale de l'hémoglobine
D) Se transmet selon un mode autosomique dominant
E) Se transmet selon un mode autosomique récessif

Q10. La leucémie myéloïde chronique(LMC) est : LMC

A) Une hémopathie maligne chronique des syndromes lymphoprolifératifs
B) Liée à une anomalie polyclonale affectant la cellule souche hématopoïétique
C) Due à une translocation réciproque entre les chromosomes 9 et 21
D) évolue en 03 phases en absence de traitement
E) Son traitement repose sur les inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK)

Q11. dans la LMC on trouve le(s) anomalie(s) biologique(s) suivante(s) :

A) Une hyperleucocytose franche
B) Une Myélémie harmonieuse supérieur à 20%
C) Le médullogramme est indispensable pour poser le diagnostic
D) La présence de chromosome de Philadelphie dans tous les cas
E) Toutes les réponses sont justes

Q12. Toutes les caractéristiques suivantes concernent la leucémie lymphoïde chronique(LLC) sauf une laquelle ?

A) Prolifération monoclonale de petits lymphocytes immunologiquement incompétents
B) Atteinte préférentielle du sujet jeune
C) Adénopathies généralisées bilatérales et symétriques
D) Infiltration lymphocytaire médullaire
E) Fréquence des complications infectieuses

Q13. Les facteurs de mauvais pronostic dans une LLC, sont les suivants :

A) Un stade A de la classification de Binet

univ.ency-education.com

B) Un stade C de la classification de Binet
C) Un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl.
D) La présence de la délétion 17p
E) Un taux de plaquettes inférieur à 100 000/mm3

PLT ↓
δ

Q14. Les causes physiologiques de la polynucléose neutrophile sont :
A) Cancers
B) Effort physique
C) Grossesse
D) Postprandiale
E) Origine ethnique

GR ↓ :
Hb 11
Hte 33 %
VGM 82.

Q15. L'hémogramme d'un homme de 40 ans objective :
Globules rouges : 4 millions/mm3, Hémoglobine : 11g/dl, Hématocrite : 33%, Plaquettes : 80 000/mm3, Globules blancs : 2000/mm3 (Polynucléaires neutrophiles : 900/mm3, Lymphocytes : 900/mm3, polynucléaires éosinophiles : 200/mm3)
A) Anémie normochrome normocytaire
B) Pancytopénie
C) Bicytopénie
D) Lymphopénie
E) Thrombopénie

Q16. Les facteurs de risque des leucémies aigues sont :
A) Chimiothérapie anticancéreuse
B) Diabète
C) Maladie de Vaquez
D) Radiations ionisantes
E) Syndromes myélodysplasiques

Q17. Le temps de saignement est allongé au cours des pathologies suivantes, sauf une Laquelle ?
A) Thrombasthénie de Glanzman
B) Prise récente et prolongée d'aspirine
C) Purpura rhumatoïde
D) Purpura thrombopénique
E) Maladie de Willebrand

Normal

Q18. Ci-joint le bilan d'hémostase suivant : Plaq : 50 000/mm3 ; TP :25% ; Facteur II :60% ; Facteur V :25%,facteur VII :50% ; Facteur X :53% ; Fibrinogène :0,4 g/dl ; PDF :élevés, le diagnostic le plus probable est :
A) Surdosage aux anti vitamines K
B) Insuffisance hépatocellulaire sévère
C) Hypovitaminose K
D) Coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD)
E) Fibrinolyse

Q19. Quelles sont les mécanismes des carences martiales :
A) Augmentation des pertes.

univ.ency-education.com

B) Diminution des apports.
C) Végétariens strictes.
D) Hémolyses chroniques.
E) Atransferrinémie congénitale

Q20. Quel est le signe clinique spécifique d'une carence en fer:
A)pâleur cutanéomuqueuse.
B)Splénomégalie.
C)Ictère cutanéomuqueux.
D) troubles des phanères.
E) syndrome cordonal postérieur.

➢ Cas clinique :

Un jeune homme de 18 ans, étudiant, sans antécédents pathologiques, consulte en hématologie pour une pâleur cutanéomuqueuse. L'examen clinique retrouve : un malade en état général altéré, une pâleur cutanéomuqueuse intense, une fièvre chiffrée à 38,5 évoluant depuis 5j, des angines érythémateuses, gingivorragies apparues il y a 24H, des adénopathies cervicales de 2 cm, splénomégalie stade II.TA :10 /06

L'hémogramme objective les résultats suivants : Hb 6 g/dl, VGM 85fl, TCMH 30, GB 56 000/mm3 dont PNN 18%, monocytes 2%, et 80% de cellules jeunes, PLQ 15 000, réticulocytes 40 000/mm3

HB ↓ / VGM normal
GB ↑

Q21/L'hémogramme objective la ou les anomalie(s) suivante(s) :
A) Hyperleucocytose ✓
B) Neutropénie
C) Thrombopénie
D) Anémie normochrome normocytaire arégénérative
E) Anémie normochrome normocytaire régénérative

Q22/Quel diagnostic évoquez-vous ?
A) Leucémie myéloïde chronique
B) Leucémie lymphoïde chronique
C) Leucémie aigue
D) Lymphome non hodgkinien
E) Mononucléose infectieuse

Q23/quel examen complémentaire à viser diagnostique réalisez-vous en première intention :
A) Dosage vitaminique
B) Caryotype médullaire
C) Myélogramme
D) Ponction biopsie osseuse
E) Biopsie ganglionnaire

Q24/pour confirmer le diagnostic posé, quel examen complémentaire demandez-vous :
A) Caryotype médullaire
B) Immunophénotypage des cellulessanguines par Cytométrie en flux
C) Myélogramme
D) Ponction biopsie osseuse

univ.ency-education.com

E) Biopsie ganglionnaire

Q25/Parmi les examens suivants, lequel demanderez-vous chez votre patient à viser pronostic :

A) Caryotype
B) Typage HLA
C) Fond d'œil
D) Echocardiographie
E) IRM cérébrale

Q26/Quelle complication métabolique risque-t-on à faire :

A) Acido cétose
B) Syndrome de lyse
C) thyroïdite
D) Insuffisance surrénalienne
E) Hémolyse aigue

Q27/Le(s) signe(s) biologiques de cette complication métabolique est /sont le(s) suivants :

A) Hyperuricémie
B) Hypokaliémie
C) Hyperphosphorémie
D) Hypocalcémie
E) Insuffisance rénale aiguë

Q28/ pour compléter le bilan de complications chez ce patient, quel(s)examen(s)demandez-vous :

A) Une ponction lombaire (PL)
B) Un bilan d'hémostase
C) Un scanner cervico thoraco abdomino pelvien
D) Un ECG
E) Un fond d'œil (FO)

Q29/ Il s'agit d'une urgence thérapeutique, quelle est votre prise en charge thérapeutique :

A) Hospitalisation
B) Transfusion de concentrés globulaires
C) Transfusion de plasma frais congelé
D) Transfusion de concentrés plaquettaires
E) Antibiothérapie à large spectre

Q30/ le caryotype médullaire retrouve la translocation t (9-22), quel attitude thérapeutique adoptez-vous pour traiter votre malade :

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

univ.ency-education.com

Université de Constantine 3
Faculté de médecine
Service d'hématologie

Corrigé type

Constantine le 08/11/202

Durée : 60 min

Contrôle module Hématologie

3ème Rotation du 06/09/2020 au 24/09/2020

4ème Rotation du 04/10/2020 au 22/10/2020

Q1. la carence en folates est responsable de :

A- Anémie microcytaire régénérative
B- Anémie macrocytaire régénérative
C- Anémie macrocytaire arégénérative
D- Troubles neurologiques
E- Troubles digestifs

Q2. L'hémolyse liée à la carence en facteurs anti pernicieux est en rapport avec :

A) Des auto anticorps anti globules rouges
B) Une destruction mécanique intra vasculaire
C) Un avortement intra médullaire
D) Un hypersplénisme
E) Un vieillissement des globules rouges

Q3. Le lymphome de Hodgkin :

A) Est plus fréquent que le lymphome non hodgkinien
B) Est caractérisé par la présence de la cellule de Reed Sternberg
C) Le début de la maladie est ganglionnaire unifocal
D) Le mode d'extension est le plus souvent hématogène
E) La biopsie ganglionnaire est indispensable au diagnostic

Q4. L'examen clinique d'un patient qui présente un PTI, retrouve :

A) Un syndrome hémorragique le plus souvent viscéral
B) Un syndrome anémique qui est constant
C) Absence de SPM
D) Absence d'ADP
E) Un syndrome infectieux

Q5. Les thrombopénies périphériques immunologiques peuvent être causées par :

A) Les médicaments
B) L'hypersplénisme
C) Les connectivites
D) La CIVD
E) Les hémopathies malignes

Q6. Le diagnostic de certitude d'une aplasie médullaire est donné par le(s) examen(s) suivant(s) :

A) la Cytométrie en flux
B) le caryotype
C) le frottis médullaire
D) la biopsie médullaire

univ.ency-education.com

E) la scintigraphie osseuse

Q7. Parmi les pathologies suivantes quelles est /sont celles qui peut/peuvent être à l'origi
d'une aplasie médullaire acquise secondaire :

A) La tuberculose pulmonaire
B) Hépatite virale A
C) HPN (hémoglobinurie paroxystique nocturne)
D) Bruceliose
E) Paludisme

07 –> CDE

Q8. La circonstance de découverte la plus fréquente dans le myélome multiple est :

A) Le syndrome anémique
B) L'insuffisance rénale
C) L'infection
D) La douleur osseuse
E) Le syndrome hémorragique

Q9. La bêta-thalassémie est :

A) Une pathologie qui touche l'adulte après 40 ans
B) Une anomalie qualitative acquise de l'hémoglobine
C) Une Anomalie quantitative congénitale de l'hémoglobine
D) Se transmet selon un mode autosomique dominant
E) Se transmet selon un mode autosomique récessif

Q10. La leucémie myéloïde chronique(LMC) est :

A) Une hémopathie maligne chronique des syndromes lymphoprolifératifs
B) Liée à une anomalie polyclonale affectant la cellule souche hématopoïétique
C) Due à une translocation réciproque entre les chromosomes 9 et 21
D) évolue en 03 phases en absence de traitement
E) Son traitement repose sur les inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK)

Q11. dans la LMC on trouve le(s) anomalie(s) biologique(s) suivante(s) :

A) Une hyperleucocytose franche
B) Une Myélémie harmonieuse supérieur à 20%
C) Le médullogramme est indispensable pour poser le diagnostic
D) La présence de chromosome de Philadelphie dans tous les cas
E) Toutes les réponses sont justes

Q12. Toutes les caractéristiques suivantes concernent la leucémie lymphoïde chronique(LLC)
sauf une laquelle ?

A) Prolifération monoclonale de petits lymphocytes immunologiquement incompétents
B) Atteinte préférentielle du sujet jeune
C) Adénopathies généralisées bilatérales et symétriques
D) Infiltration lymphocytaire médullaire
E) Fréquence des complications infectieuses

Q13. Les facteurs de mauvais pronostic dans une LLC, sont les suivants :

A) Un stade A de la classification de Binet

univ.ency-education.com

B) Diminution des apports.
C) Végétariens strictes.
D) Hémolyses chroniques.
E) Atransferrinémie congénitale

Q20. Quel est le signe clinique spécifique d'une carence en fer:
A)pâleur cutanéomuqueuse.
B)Splénomégalie.
C)Ictère cutanéomuqueux.
D) troubles des phanères.
E) syndrome cordonal postérieur.

➢ Cas clinique :

Un jeune homme de 18 ans, étudiant, sans antécédents pathologiques, consulte en hématologie pour une pâleur cutanéomuqueuse. L'examen clinique retrouve : un malade en état général atteint, une pâleur cutanéomuqueuse intense, une fièvre chiffrée à 38,5 évoluant depuis 5j, des angines érythémateuses, gingivorragies apparues il y a 24H, des adénopathies cervicales de 2 cm, splénomégalie stade II.TA :10 /06
L'hémogramme objective les résultats suivants : Hb 6 g/dl, VGM 85fl, TCMH 30, GB 56 000/mm3 dont PNN 18%, monocytes 2%, et 80% de cellules jeunes, PLQ 15 000, réticulocytes 40 000/mm3

Q21/L'hémogramme objective la ou les anomalie(s) suivante(s) :
A) Hyperleucocytose
B) Neutropénie
C) Thrombopénie
D) Anémie normochrome normocytaire arégénérative
E) Anémie normochrome normocytaire régénérative

Q22/Quel diagnostic évoquez-vous ?
A) Leucémie myéloïde chronique
B) Leucémie lymphoïde chronique
C) Leucémie aigue
D) Lymphome non hodgkinien
E) Mononucléose infectieuse

Q23/quel examen complémentaire à visée diagnostique réalisez-vous en première intention :
A) Dosage vitaminique
B) Caryotype médullaire
C) Myélogramme
D) Ponction biopsie osseuse
E) Biopsie ganglionnaire

Q24/pour confirmer le diagnostic posé, quel examen complémentaire demandez-vous :
A) Caryotype médullaire
B) Immunophénotypage des cellules tumorales par Cytométrie en flux
C) Myélogramme
D) Ponction biopsie osseuse

univ.ency-education.com

(B) Un stade C de la classification de Binet
(C) Un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl.
(D) La présence de la délétion 17p
(E) Un taux de plaquettes inférieur à 100 000/mm3

Q14. Les causes physiologiques de la polynucléose neutrophile sont :
A) Cancers
(B) Effort physique
(C) Grossesse
(D) Postprandiale
E) Origine ethnique

Q15. L'hémogramme d'un homme de 40 ans objective :
Globules rouges : 4 millions/mm3, Hémoglobine : 11g/dl, Hématocrite : 33%, Plaquettes : 80 000/mm3, Globules blancs : 2000/mm3 (Polynucléaires neutrophiles : 900/mm3, Lymphocytes : 900/mm3, polynucléaires éosinophiles : 200/mm3)
(A) Anémie normochrome normocytaire
(B) Pancytopénie
C) Bicytopénie
(D) Lymphopénie
(E) Thrombopénie

Q16. Les facteurs de risque des leucémies algues sont :
(A) Chimiothérapie anticancéreuse
B) Diabète
(C) Maladie de Vaquez
(D) Radiations ionisantes
(E) Syndromes myélodysplasiques

Q17. Le temps de saignement est allongé au cours des pathologies suivantes, sauf une laquelle
A) Thrombasthénie de Glanzman
B) Prise récente et prolongée d'aspirine
(C) Purpura rhumatoïde
D) Purpura thrombopénique
E) Maladie de Willebrand

Q18. Ci-joint le bilan d'hémostase suivant : Plaq : 50 000/mm3 ; TP :25% ; Facteur II :60% ; Facteur V :25%, facteur VII :50% ; Facteur X :53% ; Fibrinogène :0,4 g/dl ; PDF :élevés, le diagnostic le plus probable est :
A) Surdosage aux anti vitamines K
B) Insuffisance hépatocellulaire sévère
C) Hypovitaminose K
(D) Coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD)
E) Fibrinolyse

Q19. Quelles sont les mécanismes des carences martiales :
(A) Augmentation des pertes.

univ.ency-education.com

E) Biopsie ganglionnaire

Q25/Parmi les examens suivants, lequel demanderez-vous chez votre patient à visée pronostic :

A) Caryotype
B) Typage HLA
C) Fond d'œil
D) Echocardiographie
E) IRM cérébrale

Q26/Quelle complication métabolique risque-t-on à faire :

A) Acido cétose
B) Syndrome de lyse
C) thyroïdite
D) Insuffisance surrénalienne
E) Hémolyse aigue

Q27/Le(s) signe(s) biologiques de cette complication métabolique est /sont le(s) suivants :

A) Hyperuricémie
B) Hypokaliémie
C) Hyperphosphorémie
D) Hypocalcémie
E) Insuffisance rénale aiguë

Q28/ pour compléter le bilan de complications chez ce patient, quel(s) examen(s) demandez-vous :

A) Une ponction lombaire (PL)
B) Un bilan d'hémostase
C) Un scanner cervico thoraco abdomino pelvien
D) Un ECG
E) Un fond d'œil (FO)

Q29/ Il s'agit d'une urgence thérapeutique, quelle est votre prise en charge thérapeutique :

A) Hospitalisation
B) Transfusion de concentrés globulaires
C) Transfusion de plasma frais congelé
D) Transfusion de concentrés plaquettaires
E) Antibiothérapie à large spectre

Q30/ le caryotype médullaire retrouve la translocation t(9-22), quel attitude thérapeutique adoptez-vous pour traiter votre malade :

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

univ.ency-education.com