



Université Constantine 3
Faculté de Médecine B. BENSMAIL



XLI^{ème} Concours d'accès au Résidanat de Médecine
14 et 15 octobre 2017
Cette épreuve de chirurgie comprend 100 questions

CAS CLINIQUE N° 1

Un enfant de 4 ans, sans antécédents, est ramené pour brûlures thermiques par eau bouillante survenues 2 heures auparavant. L'examen clinique retrouve un enfant prostré, le regard figé, fréquence respiratoire = 34 cycles/mn, fréquence cardiaque = 136 battements/mn. Les extrémités sont froides, le pouls radial est à peine perceptible. La SpO₂ est à 92%. Le poids est estimé à 14 kg.

Les lésions siègent au niveau de la face antérieure du tronc, les avant-bras, les mains, les fesses, le périnée, les cuisses et les jambes. Elles sont roses et comportent plusieurs phlyctènes qui, une fois "épluchées", laissent découvrir un socle rouge très humide.

1- Quelle est la situation hémodynamique de ce patient ?

- A. Choc hypovolémique
- B. Déshydratation extra-cellulaire
- C. Choc septique
- D. Déshydratation intra-cellulaire
- E. Choc cardiogénique

2- Quelles mesures prenez-vous immédiatement ?

- A. Oxygénothérapie par masque à haute concentration
- B. Remplissage vasculaire par cristaalloïdes sodés
- C. Pose d'un cathéter central
- D. Administration de médicaments vasopresseurs
- E. Antibiothérapie à large spectre

3- Immédiatement après la prise en charge initiale, l'état de conscience s'améliore, les extrémités se réchauffent, le pouls radial réapparaît, la fréquence cardiaque est à 125 battements/mn.

On décide de poursuivre la restauration du déficit hydrique dû à la brûlure.

La quantité liquidienne nécessaire est de:

- A. 1600 ml
- B. 1200 ml
- C. 5600 ml
- D. 2800 ml
- E. 3200 ml

4- La moitié des liquides est administrée au cours des :

- A. 12 premières heures
- B. 6 premières heures
- C. 8 premières heures
- D. 16 premières heures
- E. 24 premières heures

5- Quelle est la surface cutanée brûlée totale (SCBT) exprimée d'abord en pourcentage puis en m^2 ?

- A. SCBT= 20%
- B. SCBT = 54%
- C. SCBT= 0,60 m^2
- D. SCBT=0,32 m^2
- E. SCBT =30%

6- Selon la description des lésions, quelle est la profondeur des brûlures ?

- A. Superficielle
- B. Du deuxième degré superficiel
- C. Profonde
- D. Intermédiaire
- E. Du premier degré

7- L'enfant présente, au 4ème jour d'hospitalisation, une hyperthermie à 40° C, une tachypnée, une tachycardie, des troubles digestifs et une obnubilation.

L'examen des brûlures retrouve des modifications focales de l'aspect des lésions qui sont devenues jaunâtres à verdâtres par endroits et une rougeur en périphérie au niveau de la peau normale.

La NFS met en évidence : globules blancs = 22 000/ mm^3 , plaquettes = 76 000/ mm^3 .

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A. Surinfection bactérienne
- B. Syndrome de choc endotoxinique
- C. Burn Wound Sepsis
- D. Hyperthermie maligne
- E. Sepsis sévère

8 - Ce tableau clinique exige une prise en charge rapide faite :

- A. d'intubation et ventilation artificielle
- B. de sédation
- C. de bi ou tri-antibiothérapie à large spectre probabiliste d'urgence
- D. de prélèvements bactériologiques immédiats
- E. d'un traitement local par pansement occlusif

CAS CLINIQUE N° 2

Mr S. B, 76 ans, est examiné aux urgences pour un trouble du langage constaté le matin au réveil. D'après son fils, le malade présente également une aggravation d'une faiblesse de l'hémicorps droit, négligée évoluant depuis une semaine.

Dans ses antécédents, on note la notion d'un traumatisme crânien bénin remontant à un mois.

9- Le diagnostic topographique de la lésion est :

- A. fronto-pariétal droit
- B. fronto-pariétal gauche
- C. cérébelleux gauche
- D. cérébelleux droit
- E. cervical

10- Quel examen est demandé en urgence ?

- A. EEG
- B. Radiographies du crâne face et profil
- C. TDM cérébrale
- D. IRM cérébrale
- E. IRM médullaire

11- Le diagnostic d'un hématome sous-dural chronique a été retenu. Quels sont les signes tomodensitométriques retrouvés ?

- A. Une image en lentille biconvexe hyperdense
- B. Un aspect en croissant de lune hypodense
- C. Un aspect en croissant de lune hyperdense
- D. Une déviation de la ligne médiane
- E. Un engagement sous-falcique

12- Quelle est la conduite thérapeutique ?

- A. Une hospitalisation
- B. Un bilan préopératoire
- C. Un trou de trépan avec une ouverture de la dure-mère
- D. Un volet osseux
- E. Un volet osseux et ouverture de la dure-mère

13- L'évolution post-opératoire peut être marquée par :

- A. la fréquence des récidives
- B. un pronostic favorable
- C. la récupération de l'hémi-parésie
- D. la non récupération du trouble du langage
- E. l'engagement cérébral et le décès

CAS CLINIQUE N° 3

Mr H.A, 68 ans, consulte en urgence pour impossibilité d'uriner malgré l'envie.

14- A quoi pensez-vous ?

- A. Anurie
- B. Insuffisance rénale chronique
- C. Insuffisance rénale aiguë organique
- D. Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
- E. Rétention urinaire aiguë

15- Quelles sont les possibilités thérapeutiques en urgence ?

- A. Sondage vésical
- B. Traitement médical à base de kayexalates
- C. Cystostomie percutanée
- D. Néphrostomie percutanée
- E. Montée de sonde en J

16- Après soulagement du patient, comment peut-on avancer dans le diagnostic étiologique ?

- A. Doser l'urée et la créatinine sanguines
- B. Réaliser une échographie vésico-prostatique
- C. Demander une cystomanométrie
- D. Prescrire une scintigraphie rénale
- E. Prescrire une UIV

17- Le bilan clinique retrouve au toucher rectal une prostate augmentée de volume, lisse, ferme et indolore. L'imagerie objective une prostate de 60 grammes d'aspect homogène, une vessie à paroi fine et des reins d'aspect normal. Quels sont les diagnostics étiologiques probables ?

- A. Rétrécissement urétral
- B. Syndrome de la jonction
- C. Hypertrophie bénigne de la prostate
- D. Adénocarcinome de la prostate
- E. Cancer de la vessie

18- Quelle attitude adopteriez-vous chez ce patient ?

- A. Prostatectomie radicale par voie sus-pubienne
- B. Traitement par α bloquants
- C. Biopsie prostatique
- D. Biopsie prostatique et α bloquants
- E. Résection trans-urétrale de la vessie

CAS CLINIQUE N° 4

Mme B.F, 56 ans, consulte aux urgences pour une tuméfaction douloureuse de l'aîne droite avec vomissements et arrêt des gaz. L'interrogatoire retrouve des épisodes similaires spontanément résolutifs. L'examen retrouve une masse non réductible située sous la ligne de Malgaigne.

19- La ligne de Malgaigne :

- A. sépare l'étage inguinal de l'étage crural
- B. correspond au bord inférieur du tendon conjoint
- C. est étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis
- D. correspond au trajet des vaisseaux fémoraux
- E. correspond à l'arcade crurale

20- Quel est votre diagnostic ?

- A. Une occlusion du grêle sur brides
- B. Une adénopathie crurale inflammatoire
- C. Une hernie crurale étranglée
- D. Une hernie inguinale étranglée
- E. Une épiplocèle

21- Quels autres signes physiques recherchez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- A. Absence d'expansion à la toux
- B. Douleur vive au collet
- C. Augmentation de la chaleur locale
- D. Présence d'une expansion à la toux
- E. Présence d'un psoïtis

22- Quels examens complémentaires confirment votre diagnostic ?

- A. Lavement baryté
- B. Transit du grêle
- C. ASP debout
- D. IRM abdomino-pelvienne
- E. TDM abdomino-pelvienne

23- Quelle est votre conduite pratique ?

- A. Aspiration digestive avec surveillance
- B. Laparotomie exploratrice en cas d'aggravation du tableau clinique
- C. Tentative de réduction manuelle de la tuméfaction
- D. Intervention chirurgicale immédiate
- E. Intervention chirurgicale après 6 heures de préparation

CAS CLINIQUE N° 5

Mr D.A, 50 ans consulte pour une sensation de blocage alimentaire rétrosternal isolé, évoluant depuis quinze jours, plutôt marqué aux solides et d'évolution progressive. Il a noté un amaigrissement de 8 Kg. Dans ses antécédents, on note une intoxication alcool-tabagique depuis quinze ans et un reflux gastro-œsophagien traité par un inhibiteur de la pompe à protons depuis sept ans.

La fibroscopie œsogastroduodénale montre une lésion ulcérée, bourgeonnante, saignant au contact, siégeant entre 25 et 30 cm des arcades dentaires.

24- Quel est votre diagnostic ?

- A. Un diverticule œsophagien
- B. Un cancer de l'œsophage
- C. Un mégaoesophage
- D. Une œsophagite peptique
- E. Une sténose caustique de l'œsophage

25- Quels examens complémentaires prescrivez-vous dans le cadre du bilan d'extension ?

- A. Une échoendoscopie
- B. Un scanner thoracique
- C. Une fibroscopie bronchique
- D. Une radiographie pulmonaire
- E. Une scintigraphie osseuse

26- S'il existe un foyer pulmonaire à la radiographie, quels seraient vos diagnostics ?

- A. Infection pulmonaire à germe banal
- B. Fistule œsotrachéale
- C. Tumeur primitive pulmonaire
- D. Métastases pulmonaires
- E. Fistule œsobronchique

27- Quel traitement proposeriez-vous ?

- A. Œsophagectomie totale
- B. Œsogastrectomie
- C. Curage ganglionnaire médiastinal seul
- D. Curage ganglionnaire médiastinal et cœliaque
- E. Plastie gastrique ou colique

28- Quelles sont les contre-indications de ce traitement ?

- A. Carcinose péritonéale
- B. Envahissement aortique
- C. Tumeur atteignant la musculuse
- D. Envahissement ganglionnaire régional
- E. Envahissement trachéobronchique

29- Quels seraient les traitements palliatifs possibles ?

- A. Radiothérapie externe
- B. Œsophagectomie palliative
- C. Prothèse œsophagienne
- D. Laser en cas de fistule œsotrachéale
- E. Chimiothérapie

CAS CLINIQUE N° 6

Mr H.T, 69 ans, hypertendu, diabétique type 2, aux antécédents de coliques hépatiques sur lithiase vésiculaire, est adressé pour des douleurs abdominales diffuses avec nausées évoluant depuis 36 heures.

L'examen clinique retrouve un état général altéré, fièvre = 39 °C, TA = 160/90 mm Hg, pouls = 100 pulsations/mn et une cicatrice ancienne d'appendicectomie.

L'abdomen est sensible avec des signes d'irritation péritonéale. Les orifices herniaires sont libres. Le toucher rectal est douloureux et le doigtier revient souillé de matières.

Le bilan biologique objective: globules blancs = 24 000/mm³, glycémie = 3.11 g/l, créatinémie = 52 mg/l, ASAT = 465 UI/l, bilirubine directe = 26 mg/l.

30- Quelles sont les hypothèses diagnostiques les plus probables ?

- A. Pancréatite aiguë
- B. Péritonite appendiculaire généralisée
- C. Péritonite par perforation d'organe creux
- D. Syndrome occlusif
- E. Péritonite biliaire

31- Quels sont les risques évolutifs de la lithiase vésiculaire ?

- A. La lithiase du cholédoque
- B. Le cancer du foie
- C. La péritonite biliaire
- D. L'iléus biliaire
- E. La pancréatite aiguë

32- Quels sont les examens à réaliser en première intention ?

- A. ASP
- B. Fibroscopie digestive haute
- C. Echographie abdominale
- D. Scanner abdominal
- E. IRM abdominale

33- L'imagerie retrouve un épanchement péritonéal diffus prédominant au niveau de l'hypochondre droit, autour d'une vésicule biliaire lithiasique à paroi très épaissie, sans pneumopéritoine. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Péritonite généralisée par perforation d'ulcère duodénal
- B. Péritonite biliaire généralisée
- C. Plastron vésiculaire
- D. Ascite infectée
- E. Péritonite généralisée par perforation colique

34- Quel signe manque dans cette pathologie ?

- A. Les douleurs abdominales
- B. La contracture abdominale
- C. La fièvre
- D. Le syndrome occlusif
- E. Le pneumopéritoine

35- Dans le cadre de cette affection du sujet âgé, quel est le signe clinique inhabituel ?

- A. Le météorisme abdominal
- B. Le toucher rectal sensible
- C. La contracture abdominale
- D. Le psôïtis
- E. La douleur provoquée de la région épigastrique

36- Quelles sont les attitudes thérapeutiques correctes chez ce patient ?

- A. Cholécystectomie de principe
- B. Laparotomie médiane sus-ombilicale
- C. Toilette péritonéale et cholangiographie per-opératoire
- D. Sphinctérotomie endoscopique
- E. Drainage péritonéal

37- Les suites post-opératoires ont été marquées par la survenue d'un sepsis du site opératoire avec issue de pus. Quelle serait votre attitude ?

- A. Poche de glace et antispasmodiques
- B. Prélèvements pour étude bactériologique
- C. Antibiothérapie adaptée
- D. Soins locaux quotidiens
- E. Réintervention dans les 48 heures

CAS CLINIQUE N° 7

Mr. B.A, 38 ans, sans antécédents, victime d'un accident de travail, est évacué aux urgences deux heures après. Il a été coincé entre deux wagons et a reçu du Diclofénac en intramusculaire pour calmer des douleurs lombaires et de l'hypochondre gauche apparues immédiatement après l'impact. Le patient est conscient, pâle, dyspnéique, température = 37°C, TA = 100/50 mm Hg, pouls = 110 pulsations/mn.

L'examen clinique retrouve une ecchymose de la région basithoracique et de l'hypochondre gauches. La palpation est douloureuse sans défense pariétale. Le toucher rectal est sans particularité.

38- Quel est le mécanisme le plus probable de ce traumatisme abdominal fermé ?

- A. Choc direct
- B. Écrasement
- C. Décélération
- D. Choc direct et choc indirect
- E. Déflagration

39- Quel est le bilan sanguin de première intention ?

- A. Bilan hépatique
- B. Groupage sanguin avec Rhésus
- C. Taux de prothrombine
- D. Amylasémie
- E. Numération formule sanguine

40- Après mise en condition du patient, quelles sont les explorations radiologiques à visée diagnostique de première intention ?

- A. Radiographie thoracique
- B. Uro-scanner
- C. Echographie abdominale
- D. Scanner abdominal avec injection
- E. IRM abdominale

41- L'imagerie objective des fractures non déplacées des deux derniers arcs costaux postérieurs gauches avec un aspect flou de la coupole diaphragmatique gauche. La poche à air gastrique est en position anormalement haute. Il y a une rupture sous-capsulaire splénique avec un épanchement liquidien de moyenne abondance. Quels sont les diagnostics les plus probables ?

- A. Contusion pancréatique
- B. Contusion hépatique
- C. Contusion splénique
- D. Lésion diaphragmatique
- E. Hémithorax gauche

42- Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- A. Abstention thérapeutique et surveillance
- B. Laparotomie exploratrice
- C. Drainage chirurgical percutané
- D. Cœlioscopie
- E. Drainage thoracique

43- L'exploration retrouve une fracture étoilée de la rate avec hémopéritoine de moyenne abondance et une rupture diaphragmatique gauche sur 5 cm à bords nets.

Quelle est la stratégie chirurgicale à adopter ?

- A. Drainage thoracique
- B. Evacuation de l'hémopéritoine
- C. Splénectomie totale
- D. Suture de la plaie diaphragmatique
- E. Splénectomie partielle

44- Quelle est la conduite vis-à-vis des fractures de côtes ?

- A. Abstention thérapeutique et surveillance
- B. Ostéosynthèse
- C. Bandage élastique
- D. Antalgiques
- E. Corset plâtré

45- Quels sont les éléments de surveillance ?

- A. Radiographie thoracique
- B. Surveillance du bullage du drain thoracique
- C. Surveillance de l'état hémodynamique
- D. Surveillance des constantes biologiques
- E. Scanner thoraco-abdominal

46- Au 2^{ème} jour post-opératoire est survenu un méléna isolé. Quel examen complémentaire doit être effectué en première intention pour en préciser l'étiologie ?

- A. Artériographie coelio-mésentérique
- B. Coloscopie totale
- C. Dosage de l'hémoglobine
- D. Fibroscopie œso-gastro-duodénale
- E. Transit du grêle

47- L'exploration en urgence a montré un saignement diffus gastroduodéal. Quels sont les diagnostics étiologiques possibles ?

- A. Hémobilie
- B. Œsophagite peptique
- C. Rupture des varices œsophagiennes
- D. Ulcère de stress
- E. Ulcère par prise d'AINS

48 - Quelle est votre attitude ?

- A. Poche de glace et antispasmodiques
- B. Laparotomie en urgence
- C. Antibiothérapie
- D. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par voie parentérale
- E. Lavage gastrique au sérum salé isotonique froid

CAS CLINIQUE N° 8

Mme L.K, 21 ans, se présente pour douleurs abdominales violentes. L'interrogatoire retrouve une notion d'aménorrhée de 6 semaines avec des métrorragies peu abondantes. L'examen obstétrical objective un utérus de taille normale dont la mobilisation est douloureuse. Il y a un empâtement du cul-de-sac droit. Le reste de l'examen clinique est normal.

Le bilan biologique met en évidence: β -HCG = 6258 UI/l, groupage: O rhésus négatif.

La recherche des agglutinines irrégulières est négative.

49- Quel est votre diagnostic ?

- A. Grossesse extra-utérine droite
- B. Appendicite
- C. Kyste ovarien droit sécrétant
- D. Môle hydatiforme
- E. Fibrome utérin

50- Comment confirmer ce diagnostic ?

- A. Echographie pelvienne
- B. Coelioscopie
- C. Culdocentèse
- D. Dosage de la progestérone sérique
- E. Cinétique des β -HCG

51- Quels sont les éléments d'orientation diagnostique à rechercher à l'interrogatoire ?

- A. Des antécédents de chirurgie tubaire ou pelvienne
- B. Une fécondation in vitro
- C. Une contraception par pilule microprogestative
- D. Une exposition aux rayonnements
- E. Un antécédent de maladie sexuellement transmissible

52- Quelles sont les attitudes thérapeutiques ?

- A. Abstention
- B. Traitement par Méthotrexate®
- C. Chirurgie par coelioscopie
- D. Chirurgie par laparotomie en urgence
- E. Aspiration intra-utérine

53- Au décours de son hospitalisation, la patiente présente un malaise avec tachycardie. L'imagerie réalisée en urgence montre un épanchement liquidien intra-abdominal important et une annexe droite augmentée de volume. A quoi pensez-vous ?

- A. Rupture d'un hématosalpinx
- B. Avortement tubo-abdominal
- C. Hématocèle enkysté
- D. Grossesse cervicale
- E. Rupture utérine

54- Quelle est votre attitude thérapeutique à ce stade ?

- A. Une intervention chirurgicale en urgence
- B. Une deuxième injection de Méthotrexate®
- C. Une deuxième aspiration intra-utérine
- D. Association de la Mifégyne: RU 486 au Méthotrexate®
- E. Prescription de la Mifégyne: RU 486 seule

CAS CLINIQUE N° 9

Mme C.L, 38 ans, G2 P1, de groupe Rhésus A négatif, à 32 semaines d'aménorrhée, se présente pour saignement minime avec contractions utérines. A son arrivée, la patiente est en bon état général avec une bonne coloration cutanéomuqueuse, la TA = 140/90 mm Hg. L'examen retrouve un discret œdème des membres inférieurs.

55- Quels sont les autres éléments diagnostiques à compléter à l'interrogatoire ?

- A. Le groupage Rhésus du mari
- B. La recherche d'infections répétées
- C. La présence de mouvements actifs fœtaux
- D. Le déroulement de la grossesse précédente
- E. Le déroulement de la grossesse actuelle

56- Quels éléments orientent le diagnostic étiologique de cette métrorragie ?

- A. La mesure de la hauteur utérine
- B. Le toucher vaginal
- C. La pesée de la femme
- D. La palpation de l'utérus
- E. L'auscultation des bruits cardiaques fœtaux

57- Quels sont les examens paracliniques à pratiquer en urgence ?

- A. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal
- B. L'échographie obstétricale
- C. La radiographie du contenu utérin
- D. La tocographie externe
- E. L'amnioscopie

58- Les diagnostics les plus probables dans ce cas sont :

- A. la rupture utérine
- B. la menace d'accouchement prématuré
- C. l'hématome rétroplacentaire
- D. le placenta prævia
- E. le cancer du col

59- L'échographie objective des biométries fœtales concordant avec l'âge gestationnel avec un placenta antérieur bas inséré type I de Bessis. Quelle sera votre conduite à tenir ?

- A. Hospitalisation de la femme avec mise en condition
- B. Tocolyse parentérale par β_2 mimétiques
- C. Tocolyse parentérale par inhibiteurs calciques
- D. Corticothérapie de maturation pulmonaire
- E. Césarienne en urgence

CAS CLINIQUE N° 10

Mme A.K, 68 ans, hypertendue, diabétique type 2, G6 / P5, présente des métrorragies de faible abondance évoluant depuis 2 jours.

60- L'interrogatoire doit être complété en recherchant :

- A. l'abondance des métrorragies
- B. les circonstances de survenue
- C. l'âge de la ménopause
- D. la prise de contraception orale
- E. l'utilisation de dispositifs intra-utérins

61- Quels sont les facteurs de risque de cancer du col ?

- A. l'obésité
- B. la précocité des rapports sexuels
- C. la multiplicité des partenaires
- D. l'HTA
- E. le diabète

62- Quels sont les facteurs de risque de cancer de l'endomètre ?

- A. la post-ménopause
- B. l'obésité
- C. l'HTA
- D. le diabète
- E. la multiparité

63- L'inspection du col retrouve un saignement d'origine endo-utérine avec rougeur péricervicale. Quels examens complémentaires doit-on pratiquer en première intention pour orienter le diagnostic ?

- A. Un frottis cervico-vaginal
- B. Une échographie pelvienne
- C. Un doppler des artères utérines
- D. Une IRM pelvienne
- E. Une TDM pelvienne

64- Les examens pratiqués retrouvent des atypies cellulaires de bas grade ASC-1 ainsi qu'une image intra-utérine mal limitée mesurant 20/13 mm. Que doit-on faire pour asseoir le diagnostic ?

- A. Un examen colposcopique
- B. Une hystérosalpingographie
- C. Une hystérocopie avec biopsies dirigées
- D. Un curetage biopsique étagé
- E. Une IRM pelvienne

65- Les lésions de bas grade du col sont confirmées. L'étude anatomopathologique de l'endomètre retrouve un adénocarcinome peu différencié. L'imagerie objective un envahissement supérieur à 50 % du myomètre. Le bilan d'extension comprend :

- A. un dosage du CA 125
- B. une mammographie
- C. une TDM cérébrale
- D. une scintigraphie osseuse
- E. une TDM abdominale

66- Le bilan d'extension revient négatif. La tumeur est classée stade :

- A. Ia de la FIGO
- B. Ib de la FIGO
- C. II de la FIGO
- D. IIIa de la FIGO
- E. IIIb de la FIGO

67- La prise en charge thérapeutique de ce cancer consiste en :

- A. une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et curage ganglionnaire
- B. une colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie
- C. une chimiothérapie
- D. une irradiation complémentaire
- E. une hormonothérapie

68- Le pronostic chez cette patiente dépend :

- A. de l'âge
- B. du degré d'envahissement du myomètre
- C. du type histologique
- D. du grade histologique
- E. des antécédents obstétricaux

CAS CLINIQUE N° 11

Mme O.N, 38 ans, consulte pour infertilité. L'exploration montre un myome utérin sous-séreux de 5 cm de grand axe.

69- Le myome utérin est une :

- A. tumeur bénigne de l'utérus fréquente avant l'âge de 30 ans
- B. prolifération de tissu musculaire de l'utérus
- C. tumeur hormono-dépendante
- D. tumeur rare chez la femme de couleur
- E. tumeur dont la fréquence est > à 30% chez les femmes en âge de procréer

70- Les signes cliniques évocateurs d'un myome utérin sont :

- A. l'hémorragie génitale
- B. la douleur utérine
- C. la fièvre
- D. l'écoulement mamelonnaire
- E. l'amaigrissement

71- Le diagnostic de myome sous-séreux repose sur :

- A. l'échographie pelvienne
- B. l'hystérosalpingraphie
- C. l'hystérocopie
- D. la coelioscopie
- E. la TDM pelvienne

72- Les complications possibles sont :

- A. l'infection génitale
- B. l'anémie sévère
- C. la torsion
- D. la dégénérescence
- E. la rupture

73- Le traitement dans ce cas repose sur :

- A. les progestatifs de synthèse
- B. l'hystérectomie
- C. la kystectomie
- D. la myomectomie
- E. la transfusion sanguine

CAS CLINIQUE N° 12

A la suite d'un accident de la circulation, le conducteur âgé de 40 ans est incarcerated dans son véhicule , conscient mais incapable de mouvements volontaires de ses 2 membres inférieurs.

74- On doit :

- A. tenter de le désincarcérer de force
- B. attendre la protection civile pour le désincarcérer
- C. le retirer du véhicule et attendre les secours médicalisés
- D. l'asseoir rapidement et attendre les secours médicalisés
- E. le transporter à l'hôpital en voiture particulière sans attendre les secours médicalisés

75- Vous recevez ce blessé à l'hôpital. Vous allez :

- A. l'envoyer directement faire des radiographies
- B. le retourner pour examiner son rachis
- C. vous limiter à un examen neurologique
- D. rechercher en priorité une urgence vitale
- E. vous limiter à l'examen de l'appareil locomoteur

76- Après stabilisation de l'état hémodynamique du patient, l'examen clinique ne note pas de déformation des membres. La mobilisation active est possible aux membres supérieurs et absente aux membres inférieurs. L'exploration radiographique doit :

- A. se limiter à l'étage rachidien suggéré par la clinique
- B. se limiter au rachis thoraco-lombaire
- C. intéresser la totalité du rachis
- D. se limiter aux incidences de face
- E. inclure la radiographie du bassin

77- La présence d'une paraplégie avec un niveau sensitif au dessous de l'ombilic vous poussera à rechercher tout particulièrement une :

- A. fracture de l'odontoïde
- B. luxation-fracture du rachis cervical C4-C5
- C. fracture de l'épineuse de C5
- D. fracture-tassement de T6
- E. fracture-luxation T12-L1

78- Le bilan radiologique standard est insuffisant pour conclure. Vous pouvez demander :

- A. une TDM avec reconstruction bi et tridimensionnelle
- B. des clichés dynamiques
- C. une IRM rachidienne
- D. une myélographie
- E. un arthroscanner

79- Quelles sont les notions anatomiques justes, nécessaires à l'analyse radio-clinique de votre cas ?

- A. Le rachis cervical est composé de 8 vertèbres
- B. Le rachis n'a pas de courbure dans le plan frontal
- C. Le rachis lombaire est en lordose
- D. La moelle épinière s'arrête au niveau de L3
- E. Les apophyses épineuses sont alignées

80- Concernant la prise en charge du patient :

- A. la classification anatomo-pathologique de Frankel aide au choix thérapeutique
- B. l'attitude thérapeutique est conditionnée par la présence de troubles neurologiques
- C. le traitement consistera en un corset plâtré réalisé en urgence et maintenu 3 mois
- D. la réduction et la stabilisation chirurgicale des lésions peuvent se faire en urgence
- E. le traitement chirurgical peut se faire en urgence différée

81- Tout polytraumatisé est considéré comme porteur d'une lésion du rachis jusqu'à preuve du contraire car les lésions neurologiques :

- A. sont toujours présentes
- B. peuvent être aggravées pendant le ramassage et le transport du blessé
- C. peuvent régresser après réduction et stabilisation des lésions osseuses
- D. peuvent être aggravées par un traitement mal conduit
- E. conditionnent le pronostic

CAS CLINIQUE N° 13

Un agriculteur de 30 ans est ramené aux urgences pour impotence fonctionnelle du membre inférieur droit suite à une chute d'un tracteur. La jambe est déformée en crosse antérieure et le pied est en rotation externe. Une plaie souillée de 3 cm à la face antérieure du tiers moyen laisse entrevoir des fragments osseux . Les pouls sont présents.

82- Quels sont les gestes à faire en urgence ?

- A. Gérer un éventuel état de choc traumatique
- B. Mettre en condition le patient
- C. Rechercher des traumatismes associés crânien et/ou thoraco-abdominal
- D. Immobiliser le membre traumatisé dans un plâtre circulaire cruro-pédieux
- E. Administrer des antalgiques

83- Après sa mise en condition, quelle sera votre conduite à tenir ?

- A. Couvrir la plaie par un pansement
- B. Contenir le membre par une attelle radio-transparente
- C. Mettre un pansement et contenir le membre dans un plâtre circulaire cruro-pédieux
- D. Réaliser un échodoppler du membre inférieur
- E. Demander un bilan radiographique en urgence

84- Les radiographies objectivent une fracture des deux os de la jambe avec comminution tibiale. Le parage chirurgical :

- A. se fait au lit du malade
- B. se fait au bloc opératoire sous anesthésie générale ou locorégionale
- C. consiste en un nettoyage et une excision des tissus de vitalité douteuse
- D. se fait de la profondeur vers la superficie
- E. permet une classification anatomo-pathologique précise des lésions cutanées

85- Après parage, la fracture est classée ouverte type II de Gustillo. Quel est votre choix thérapeutique ?

- A. Traction transcalcaneenne
- B. Plâtre circulaire cruro-pédieux
- C. Stabilisation par plaque vissée dynamique
- D. Enclouage centro médullaire élastique stable type Métaizeau
- E. Stabilisation par fixateur externe

86- En post-opératoire, le patient est agité avec troubles respiratoires à type de polypnée. L'examen retrouve des pétéchies conjonctivales. A quoi pensez-vous ?

- A. Infection respiratoire
- B. Méningite
- C. Traumatisme crânien
- D. Embolie graisseuse
- E. CIVD

87- Quelles sont les autres complications possibles à long terme ?

- A. L'ostéite
- B. La pseudoarthrose aseptique de la jambe
- C. Le cal vicieux
- D. Les troubles trophiques
- E. Le syndrome des loges

CAS CLINIQUE N° 14

Une fillette âgée de 6 ans est ramenée pour des douleurs du genou gauche qui seraient apparues 48 heures auparavant. L'interrogatoire retrouve la notion d'une chute du dos d'un âne il y a une semaine. A l'examen, l'impotence fonctionnelle est relative et la palpation des métaphyses fémorales inférieures est douloureuse avec une abrasion cutanée cicatrisée de la jambe.

88- A l'examen clinique, vous :

- A. demandez à l'enfant de bouger le genou
- B. obligez l'enfant à marcher
- C. recherchez d'autres lésions cutanées
- D. examinez la gorge
- E. examinez les autres articulations

89- La température est à 38°8 C. Quels sont les examens à demander en première intention ?

- A. Hémocultures
- B. Radiographies du genou de face et de profil
- C. Echographie du genou
- D. Scintigraphie osseuse
- E. TDM du genou

90- Le bilan biologique montre : NFS : 12 000 globules blancs/mm³ dont 80 % de neutrophiles, VS = 50 mm/1^{ère} heure, CRP = 30 mg/l. L'imagerie est sans particularité. Quels diagnostics évoquez-vous ?

- A. Lésion méniscale du genou
- B. Hémarthrose du genou
- C. Ostéoarthrite aiguë du genou
- D. Ostéomyélite aiguë du fémur
- E. Rhumatisme articulaire aigu

91- Quelle conduite adoptez-vous ?

- A. Simple surveillance
- B. Corticothérapie de courte durée
- C. Antibiothérapie parentérale double probabiliste
- D. Abord chirurgical et trépanation osseuse
- E. Immobilisation plâtrée

92- Quel est le germe le plus souvent en cause ?

- A. Streptocoque pneumoniae
- B. Staphylocoque auréus
- C. Pseudomonas influenzae
- D. Enterococcus aerogenes
- E. Kingella kingae

93- L'efficacité du traitement est jugée sur :

- A. l'évolution de la VS et de la CRP
- B. la ponction du genou
- C. la scintigraphie osseuse répétée
- D. l'évolution de la fièvre
- E. l'examen clinique du genou

94- Malgré le traitement, l'état général de l'enfant continue à s'altérer. Quelle est votre conduite ?

- A. Intensifier l'antibiothérapie
- B. Prescrire une corticothérapie
- C. Refaire le bilan biologique
- D. Refaire les radiographies
- E. Abord chirurgical et mise à plat

95- Les hémocultures sont négatives, la température reste à 38°C. Les radiographies du genou montrent des images d'appositions périostées métaphysaires distales. Que peut-on évoquer ?

- A. Une monoarthrite rhumatismale
- B. Une arthrite à germe spécifique du genou
- C. Un ostéosarcome distal du fémur
- D. Un sarcome d'Ewing distal du fémur
- E. Un chondroblastome du genou

96- Quels sont les autres signes radiologiques à rechercher ?

- A. Une image en feu d'herbe
- B. Une lyse osseuse avec effraction corticale
- C. Une image de nidus avec ostéo-condensation périphérique.
- D. Une image d'ostéo-condensation
- E. Une image lacunaire bien circonscrite

97- Quel examen est indispensable à la prise en charge ?

- A. Echographie du genou
- B. TDM du genou
- C. Arthroscanner du genou
- D. IRM du membre inférieur
- E. Arthroscopie du genou

98- Quelle procédure est indiquée pour le diagnostic ?

- A. Ponction cytologique
- B. Biopsie à l'aiguille
- C. Biopsie au trocart
- D. Biopsie chirurgicale
- E. Biopsie-exérèse d'emblée

99- Quels autres examens sont nécessaires pour compléter le bilan d'extension ?

- A. TDM du genou
- B. Scintigraphie osseuse
- C. TDM thoracique
- D. TDM cérébrale
- E. IRM thoracique

100- Le traitement est :

- A- chirurgical d'emblée
- B- une chirurgie suivie par une chimiothérapie
- C- une chimiothérapie seule
- D- une radiothérapie
- E- une chirurgie encadrée par la chimiothérapie

Chirurgie

Date de l'épreuve : 14/10/2017

Page 1/1

Corrigé Type

N°	Rép.
1	A
2	ABC
3	D
4	B
5	BD
6	AB
7	ACE
8	CD
9	B
10	C
11	BDE
12	ABC
13	BC
14	E
15	AC
16	B
17	C
18	B
19	ACE
20	C
21	AB
22	CE
23	D
24	B
25	ABCD
26	BDE
27	BDE
28	ABE
29	ACE
30	CE
31	ACDE
32	AC
33	B
34	E
35	C

N°	Rép.
36	ABCE
37	BCD
38	B
39	ABDE
40	AC
41	CD
42	BE
43	ABCD
44	ACD
45	ABCD
46	D
47	DE
48	DE
49	A
50	AB
51	ABCE
52	BC
53	AB
54	A
55	ACDE
56	DE
57	ABD
58	CD
59	ACD
60	ABCD
61	BC
62	ABCD
63	AB
64	ACD
65	E
66	B
67	AD
68	ABCD
69	BCE
70	AB

N°	Rép.
71	ABD
72	BCD
73	D
74	B
75	D
76	CE
77	E
78	AC
79	BCE
80	ABDE
81	BCDE
82	ABCE
83	ABE
84	BCE
85	E
86	D
87	ABD
88	ACDE
89	ABC
90	CD
91	CE
92	B
93	ADE
94	CD
95	CD
96	ABD
97	D
98	D
99	BC
100	E