



XLII^{ème} Concours d'Accès au Résidanat de Médecine
27 et 28 octobre 2018

Cette épreuve de Chirurgie comprend 100 questions

CAS CLINIQUE 1

Un patient âgé de 71 ans est admis pour un traumatisme crânien suite à un AVP. L'examen neurologique retrouve une hémiparésie droite avec une mydriase gauche.

1- Le scanner cérébral a montré une lésion hyperdense en croissant de lune associée à des hyperdensités parenchymateuses multiples en regard. Il s'agit d'un hématome :

- A- extra-dural hémisphérique droit
- B- extra-dural hémisphérique gauche
- C- sous-dural aigu hémisphérique droit
- D- sous-dural aigu hémisphérique gauche
- E- sous-dural chronique hémisphérique droit

2- La collection sanguine en croissant de lune est comprise entre :

- A- la table interne de l'os et la dure-mère
- B- la table externe de l'os et la dure-mère
- C- l'arachnoïde et la pie-mère
- D- la pie-mère et le parenchyme cérébral
- E- la dure-mère et l'arachnoïde

3- Les hyperdensités parenchymateuses multiples correspondent à :

- A- des contusions cérébrales
- B- un hématome intra-parenchymateux
- C- des hémorragies méningées
- D- un œdème cérébral
- E- des pneumocéphalies

4- L'examen clinique retrouve une ouverture des yeux à la douleur avec réponse motrice en flexion. Le langage est incompréhensible. Quel est son score selon le Glasgow coma score ?

- A- 5
- B- 6
- C- 7
- D- 8
- E- 9

5- Quel est l'ordre chronologique du traitement chirurgical ?

- A- Volet osseux, ouverture de la dure-mère, hémostase de l'origine du saignement évacuation de l'hématome
- B- Trou de trépan, ouverture de la dure-mère, évacuation de l'hématome, hémostase de l'origine du saignement
- C- Volet osseux, ouverture de la dure-mère, évacuation de l'hématome, hémostase de l'origine du saignement
- D- Trou de trépan, hémostase de l'origine du saignement, évacuation de l'hématome, ouverture de la dure-mère
- E- Evacuation de l'hématome, ouverture de la dure-mère, trou de trépan, hémostase de l'origine du saignement

CAS CLINIQUE 2

Un patient de 48 ans est amené pour brûlures étendues. Il a été découvert par des témoins en plein champ par temps orageux, inanimé, à proximité d'un pylône électrique avec ses vêtements calcinés.

À l'admission, le patient est conscient, apyrétique mais obnubilé. On note: poids = 75 kg, FR=26 cycles/mn, PA = 80/60 mmHg, FC = 128 battements/mn, SpO2 en air ambiant = 92%. Les urines sont noirâtres et rares. Après retrait des vêtements, les lésions siègent au niveau :

- de la face postérieure du tronc
- du membre supérieur droit touchant la main, l'avant-bras et la face antérieure du bras. Les lésions de la main sont sèches, cratéiformes avec perte de substance au niveau de la paume. Les doigts sont rétractés en flexion.
- le membre inférieur gauche en totalité sauf le pied.

Les lésions sont blanchâtres, blanc-nacré voire brunes par endroits.

Bilan biologique à l'admission : Glycémie = 2,15 g/l, Natrémie = 135 mEq/l, Kaliémie = 4,8 mEq/l
Urée plasmatique = 0,68 g/l, Créatinine plasmatique = 25 mg/l, Natriurèse = 18 mEq/l, Urée urinaire = 25 g/l, Leucocytes = 18 000 éléments/l, Hématies = 5 200 000/mm³,
Hématocrite = 52%, PaO2 en air ambiant = 78 mmHg, pH = 7,25 , HCO³ Na = 18 mEq/l,
CPK = 1550 UI/l, LDH = 720 UI/l, TGO = 150 UI/l, TGP = 125 UI/l.

6- Il s'agit probablement d'une électrisation. Quelles sont les éléments en faveur d'une brûlure électrique par haute tension ?

- A- Perte de connaissance initiale
- B- Amnésie
- C- Lésions profondes
- D- Vêtements enflammés
- E- Foudroiement

7- Le trajet emprunté par le courant électrique est probablement main droite-pied gauche. Quelles sont les complications possibles ?

- A- Troubles du rythme cardiaque
- B- Paraplégie
- C- Syndrome des loges
- D- Insuffisance cardiaque
- E- Insuffisance respiratoire chronique

8- Quelles sont les situations pathologiques que reflète le bilan paraclinique sus-cité ?

- A- Une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
- B- Une alcalose respiratoire
- C- Une hyperhydratation
- D- Un diabète
- E- Une rhabdomyolyse

9- Pour l'évaluation des brûlures, les lésions sont :

- A- superficielles
- B- estimées à 37% de la surface cutanée brûlée totale
- C- du 2^{ème} degré superficiel
- D- profondes
- E- graves

10- La prise en charge immédiate nécessite un apport hydro-électrolytique massif. Quelle est votre conduite ?

- A- 11 000 ml de sérum physiologique pour les premières 24 heures
- B- 16 650 ml de Ringer-lactate
- C- Une diurèse osmotique alcaline
- D- Un remplissage vasculaire par albumine à 4%
- E- Une hémofiltration

11- Quels gestes chirurgicaux sont indiqués en urgence ?

- A- Aponévrotomie du membre inférieur gauche
- B- Débridement des muscles nécrosés
- C- Amputation du membre
- D- Traitement local des brûlures
- E- Greffe cutanée immédiate

CAS CLINIQUE 3

Un patient âgé de 70 ans, sous Sintrom® pour artériopathie, tabagique à raison de 15 paquets/année, consulte pour douleurs du flanc gauche et hématurie microscopique.

12- A quoi pensez-vous ?

- A- Syndrome de la jonction pyélo-urétérale avec lithiase rénale
- B- Adénocarcinome de la prostate
- C- Cancer du rein
- D- Lithiase urinaire
- E- Tumeur de vessie

13- Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention ?

- A- Echographie abdomino- pelvienne
- B- Cystoscopie
- C- UIV
- D- Angio- IRM
- E- Biopsie rénale

14- Le bilan retrouve : HbA1C = 7,20%, PSA=04 ng/ml, chimie des urines: sang ++, leucocytes -, pH=5, protéine +, corps cétoniques (-), urée et créatinine sanguines normales.

L'imagerie objective une prostate de petite taille avec des calcifications et une vessie à paroi fine, une dilatation modérée des cavités pyélo-calicielles et de l'uretère lombaire gauches.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A- Tumeur de l'uretère pelvien gauche
- B- Bilharziose urinaire
- C- Traumatisme du rein
- D- Hypertrophie bénigne de la prostate
- E- Lithiase urétrale

15- Quel examen permet de confirmer l'étiologie ?

- A- Cystomanométrie
- B- Uroscanner
- C- Pyélo-urétérographie descendante
- D- Urétéro-pyélographie rétrograde
- E- Biopsie rénale

CAS CLINIQUE 4

Une patiente de 21 ans se présente pour des douleurs abdominales violentes. On note une aménorrhée de 6 semaines et des métrorragies peu abondantes. L'examen obstétrical retrouve un utérus de taille normale dont la mobilisation est douloureuse avec empâtement du cul-de-sac droit. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Bilan biologique: groupage O rhésus négatif, recherche des agglutinines irrégulières négative, β HCG = 6258 UI/l.

16- Que suspectez-vous ?

- A- Une grossesse extra-utérine
- B- Une appendicite
- C- Un kyste ovarien droit sécrétant
- D- Une môle hydatiforme
- E- Un diverticule de Meckel

17- Quels éléments d'orientation diagnostique doivent être recherchés par l'interrogatoire ?

- A- Des antécédents de chirurgie tubaire ou pelvienne
- B- Une fécondation in vitro
- C- Une prise médicamenteuse dont la pilule microprogestative
- D- Une intoxication tabagique
- E- Un antécédent de maladie sexuellement transmissible

18- Comment confirmer ce diagnostic ?

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

19- Quelles sont les attitudes thérapeutiques envisageables ?

- A- Abstention thérapeutique
- B- Traitement par Methotrexate
- C- Exérèse chirurgicale par coelioscopie
- D- Curetage
- E- Aspiration intra-utérine

20- Au cours des prélèvements biologiques, la patiente présente un malaise avec tachycardie. L'échographie réalisée en urgence montre un épanchement liquidien important intra-abdominal et une annexe droite augmentée de volume. Quels diagnostics évoquez-vous ?

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

21- Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- A- Une intervention chirurgicale en urgence
- B- Une deuxième injection de Methotrexate
- C- Une deuxième aspiration intra-utérine
- D- Une association de Mifégyne: RU 486 et Methotrexate
- E- De la Mifégyne: RU 486 seule

CAS CLINIQUE 5

Une patiente de 55 ans consulte pour un nodule du sein gauche avec un aspect en peau d'orange en regard.

22- L'interrogatoire doit être complété par la recherche :

- A- d'antécédents de GEU
- B- d'antécédents personnels de mastopathie
- C- d'antécédents familiaux de cancer du sein
- D- de l'âge de la puberté
- E- de l'âge de la ménopause

23- La patiente est sous traitement hormonal substitutif. Quels sont les examens à demander ?

- A- Un frottis cervico-vaginal
- B- Une échographie mammaire
- C- Une échographie pelvienne
- D- Une mammographie
- E- Une IRM mammaire

24- L'examen complémentaire a objectivé une image classée ACR 4 de 1 cm de diamètre. Vous complétez votre exploration par :

- A- un examen clinique complet
- B- une macrobiopsie
- C- une microbiopsie
- D- une cytoponction
- E- un dosage hormonal

25- Il s'agit d'un carcinome canalaire invasif. Quel bilan d'extension proposez-vous ?

- A- Une scintigraphie osseuse
- B- Une échocardiographie
- C- Une radiographie du thorax
- D- Une échographie abdomino-pelvienne
- E- Une TDM cérébrale

26- Le bilan d'extension est revenu négatif. La tumeur sera classée :

- A- T0 N0 M0
- B- T1 N1 M1
- C- T2 N0 M0
- D- T3 N1 M1
- E- T4 N0 M0

27- Votre conduite à tenir sera :

- A- une tumorectomie et prélèvement du ganglion sentinelle
- B- une mastectomie et prélèvement du ganglion sentinelle
- C- une tumorectomie et curage ganglionnaire
- D- une chimiothérapie néo-adjuvante
- E- une mastectomie et curage ganglionnaire

28- Quels sont les moyens de surveillance de cette patiente ?

- A- Mammographie couplée à l'échographie mammaire
- B- TDM mammaire
- C- Scintigraphie osseuse
- D- Dosage des marqueurs tumoraux CA 15.3 et ACE
- E- IRM mammaire

29- Quel est le rythme de surveillance radiologique ?

- A- Hebdomadaire
- B- Mensuel
- C- Trimestriel
- D- Semestriel
- E- Annuel

30 - La patiente est mise sous hormonothérapie. Cinq ans après, elle présente des métrorragies.

Quel est votre conduite à tenir ?

- A- Une abstention thérapeutique
- B- Une échographie pelvienne
- C- Un curetage de l'endomètre à la curette
- D- Un curetage de l'endomètre par hystérocopie
- E- Un examen au spéculum

31- Le résultat anatomo-pathologique révèle une hypertrophie simple de l'endomètre. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- A- Abstention thérapeutique
- B- Endomérectomie
- C- Hystérectomie
- D- Conisation
- E- Hormonothérapie

CAS CLINIQUE 6

Une patiente de 26 ans, sous contraception estroprogestative, consulte pour un prurit associé à une dyspareunie et à des leucorrhées blanchâtres, granuleuses. A l'examen, on note une vulvovaginite érythémateuse avec un col de l'utérus indolore et de taille normale. Il n'y a pas de masse latéro-utérine et les culs-de-sac sont libres.

32- Quel diagnostic évoquez-vous ?

- A- Dysplasie vulvaire
- B- Dysplasie vaginale
- C- Dysplasie cervicale
- D- Endométriose vulvaire
- E- Candidose vaginale

33- Quels examens complémentaires pourraient confirmer ce diagnostic ?

- A- Prélèvement vaginal
- B- Examen direct recherchant des filaments mycéliens
- C- Culture sur milieu de Sabouraud
- D- Colposcopie
- E- Frottis cervico-vaginal

34- Que proposez-vous ?

- A- Abstinence sexuelle pendant 5 jours
- B- Traitement systématique du partenaire
- C- Toilette avec un savon alcalin
- D- Ovules antifongiques pendant 3 jours
- E- Antibiothérapie

35- La patiente se rappelle avoir eu les mêmes symptômes deux mois auparavant. Quelle est votre attitude ?

- A- Abstinence sexuelle pendant 5 jours
- B- Traitement per os par des antifongiques non absorbables pendant 10 jours
- C- Traitement du partenaire
- D- Antibiothérapie selon l'antibiogramme
- E- Toilette avec un savon acide

36- Quels sont les facteurs favorisant la récurrence ?

- A- Contraception orale estroprogestative
- B- Diabète
- C- Traitement antibiotique
- D- Toilette avec savon alcalin
- E- Toilette avec savon acide

CAS CLINIQUE 7

Un patient de 65 ans, aux ATCD d'épigastalgies, est ramené aux urgences pour lipothymie. A sa réception, le patient est conscient, pâle, TA=08/04 mm Hg. L'examen clinique retrouve des selles noirâtres au TR. La NFS en urgence montre une hémoglobuline= 4g/dl.

37- Après une transfusion sanguine isogroupe isorhésus, quel examen allez-vous prescrire ?

- A- Une échographie abdomino-pelvienne
- B- Une radiographie d'abdomen sans préparation
- C- Une fibroscopie digestive haute
- D- Une fibroscopie digestive basse
- E- Une TDM abdominale

38- Après stabilisation de son état, le bilan morphologique montre un épanchement péritonéal de faible abondance. Le scanner n'a pas été réalisé. L'exploration retrouve une large ulcération antrale à berges bourgeonnantes, saignant au contact dont les biopsies révèlent un adénocarcinome mucineux. Quels examens allez-vous réaliser pour le bilan d'extension ?

- A- Une échoendoscopie
- B- Une TDM thoraco-abdominale
- C- Une scintigraphie
- D- Une IRM abdominale
- E- Une tomographie par émission de positons (TEP)

39- Le bilan d'extension objective un épaissement gastrique antral atteignant 20 mm par endroits avec des adénopathies périgastriques et autour du tronc coeliaque, un épanchement de faible abondance. Que proposez-vous ?

- A- Un dosage de l'albumine
- B- Un dosage des marqueurs tumoraux
- C- Une ponction d'ascite pour cytologie
- D- Une jéjunostomie d'alimentation
- E- Une ponction-biopsie des adénopathies coeliaques

40- Une gastrectomie des 4/5 avec curage approprié est réalisée. L'étude histopathologique de la pièce montre un envahissement de la sous-séreuse avec atteinte de 9 ganglions sur les 19 prélevés. En sachant qu'il n'y a aucune extension à distance, classez votre patiente selon la classification UICC.

- A- T2 N2 M0
- B- T2 N3a M0
- C- T3 N2 M0
- D- T3 N3a M0
- E- T4 N3b M0

41- Quel traitement adjuvant allez-vous proposer ?

- A- Une chimiothérapie
- B- Une radiothérapie
- C- Une chimio-radiothérapie
- D- Une irathérapie
- E- Un traitement à base de Glivec® pendant 2 ans

42- Après 7 mois de traitement adjuvant, le patient développe un ganglion sus-claviculaire gauche et une ascite de grande abondance. Les explorations sont en faveur d'une carcinose péritonéale . Que proposez-vous à ce stade ?

- A- Une 2^{ème} ligne de chimiothérapie systémique
- B- Une radiothérapie
- C- Une reprise chirurgicale
- D- Une chimiothérapie intrapéritonéale
- E- Une abstention thérapeutique

CAS CLINIQUE 8

Un patient de 75 ans est hospitalisé pour un arrêt des matières et des gaz avec des douleurs abdominales hypogastriques évoluant depuis 4 heures. Il est constipé chronique et a présenté plusieurs épisodes similaires ayant cédé spontanément.

Le patient est apyrétique, l'état général est bon. L'examen clinique retrouve un ballonnement abdominal important oblique et asymétrique.

43- Quel est le diagnostic le plus probable à ce stade ?

- A- Dolichocôlon
- B- Volvulus du côlon pelvien
- C- Tumeur du côlon gauche
- D- Syndrome d'Ogilvie
- E- Colite diverticulaire

44- Les facteurs favorisant cette affection sont :

- A- l'existence d'un dolichocôlon
- B- la présence de diverticules
- C- les antécédents de poussées de sigmoïdite
- D- l'existence de brides fibreuses du mésocôlon
- E- l'apparition d'une tumeur de la charnière rétro-sigmoïdienne

45- Le siège colique de cette occlusion est évoqué devant :

- A- la précocité de l'arrêt des gaz
- B- le météorisme asymétrique, oblique et mobile
- C- la contracture abdominale
- D- la vacuité de l'ampoule rectale
- E- le météorisme asymétrique, oblique et immobile.

46- Quels sont les signes radiologiques compatibles avec votre diagnostic ?

- A- Arceau gazeux géant
- B- Niveaux liquides multiples sur le grêle
- C- Grisaille diffuse
- D- Niveaux hydro-aériques aux pieds des jambages de l'anse
- E- Refoulement de l'ombre hépatique

47- Le bilan morphologique est complété par une TDM abdominale. Quel est son intérêt ?

- A- Confirme le diagnostic
- B- Permet la détorsion de l'anse volvulée
- C- Etudie la viabilité de l'anse volvulée
- D- Recherche les signes de perforation de l'anse sigmoïdienne
- E- Recherche des lésions associées éventuelles

48- La prise en charge médicale requiert :

- A- un arrêt de l'alimentation
- B- une rééquilibration hydro-électrolytique
- C- une aspiration digestive haute
- D- une transfusion sanguine
- E- une prescription de Fortrans®

49- Quelles mesures thérapeutiques conseillez-vous en urgence chez ce patient ?

- A- Lavage au sérum glacé par la sonde gastrique
- B- Détorsion par manœuvres externes
- C- Détorsion endoscopique
- D- Lavement évacuateur
- E- Colo-exsufflation endoscopique

50- En cas d'échec, quelle sera votre conduite ?

- A- Résection sigmoïdienne chirurgicale avec rétablissement de la continuité
- B- Laparotomie exploratrice avec colostomie de proche amont
- C- Colostomie iliaque gauche par voie élective
- D- Hémicolectomie gauche
- E- Résection sigmoïdienne chirurgicale sans rétablissement de la continuité

CAS CLINIQUE 9

Un patient de 57 ans, tabagique, aux antécédents d'épigastralgies chroniques consulte pour des mélénas.

51- Quelle est votre conduite ?

- A- Une fibroscopie digestive haute
- B- Un toucher rectal
- C- La mise en place d'une sonde rectale
- D- Un interrogatoire à la recherche de prise médicamenteuse
- E- Une colonoscopie

52- Quelle est l'origine possible de ces mélénas ?

- A- Un cancer du caecum
- B- Des hémorroïdes
- C- Un cancer du rectum
- D- Un cancer de l'œsophage
- E- Un diverticule de Meckel

53- Le malade est pâle, TA = 110/70 mm Hg, fréquence cardiaque = 90 /mn, Hémoglobine = 09 g/dl.

Quelle est votre conduite ?

- A- Un abord veineux
- B- Une transfusion sanguine
- C- Une fibroscopie digestive haute
- D- Une rectoscopie
- E- Une échographie abdomino-pelvienne

54- L'endoscopie retrouve un ulcère antral et classe l'hémorragie digestive au stade IIc de Forrest devant la présence :

- A- de caillots adhérents
- B- de tâches pigmentées
- C- d'un vaisseau visible au fond de l'ulcère
- D- d'un cratère propre
- E- d'une hémorragie non active

55- Quel est le traitement de cet ulcère ?

- A- Une antibiothérapie
- B- Des inhibiteurs de la pompe à protons
- C- Une intervention de Weinberg
- D- Une ligature élastique endoscopique
- E- Une électrocoagulation

CAS CLINIQUE 10

Un patient de 62 ans, alcool-tabagique, est amené pour hémorragie digestive haute. Il est pâle avec un état général conservé et des constantes hémodynamiques stables.

L'examen clinique retrouve un abdomen distendu, mat à la percussion avec une hépatosplénomégalie, un ictère conjonctival et des tâches rouges s'effaçant à la vitropression à la partie supérieure du thorax.

56- Quelle est votre conduite ?

- A- Ponction exploratrice du liquide péritonéal
- B- Mise en place d'une sonde nasogastrique
- C- Bilan d'urgence
- D- Ponction lavage du péritoine
- E- Oxygénothérapie au masque

57- Quel examen de 1^{ère} intention réalisez-vous ?

- A- Une échoendoscopie digestive haute
- B- Une échographie abdomino-pelvienne
- C- Un ASP
- D- Une endoscopie digestive haute
- E- Une TDM abdomino-pelvienne

58- Quel diagnostic vous semble le plus probable ?

- A- Cancer de l'œsophage
- B- Ulcère gastrique compliqué
- C- Rupture de varices œsophagiennes
- D- Hypertension portale
- E- Angiodysplasie gastrique

59- Quelles sont vos propositions thérapeutiques ?

- A- Transfusion de culots globulaires
- B- Somatostatine en bolus initial puis en perfusion
- C- Mise en place d'un stent par voie endoscopique
- D- Ligature ou sclérose par voie endoscopique
- E- Antibiotrophylaxie par la Norfloxacin

60- Après stabilisation initiale de son état, votre patient présente une récurrence hémorragique. La PA = 08/04 mm Hg. Devant l'échec des moyens de réanimation, que décidez-vous ?

- A- β bloquants non cardio-sélectifs
- B- Transplantation hépatique
- C- Œsogastrectomie d'hémostase
- D- Tamponnement à la sonde de Blakemore
- E- Transsection œsogastrique perendoscopique

CAS CLINIQUE 11

Un homme de 37 ans est transporté aux urgences chirurgicales suite à un accident de la circulation. A son arrivée, le patient est pâle avec une respiration superficielle à 38 cycles/mn, PA= 70/40 mmHg, pouls= 140 /mn. L'hémithorax gauche est immobile avec abolition du murmure vésiculaire. Il est obnubilé, ouvre les yeux à la demande et localise la douleur mais ses réponses sont confuses. L'abdomen est distendu. Il y a une déformation en croix de la cuisse droite.

61- Quel est son score de Glasgow ?

- A- 15
- B- 12
- C- 9
- D- 6
- E- 3

62- Quelle est votre conduite en urgence ?

- A- Traction dans l'axe et immobilisation du membre inférieur droit
- B- Intubation oro-trachéale et assistance respiratoire
- C- Drainage thoracique
- D- Analgésie
- E- Mise en place de 2 voies d'abord avec remplissage par des colloïdes

63- Quels examens complémentaires réalisez-vous ?

- A- Radiographies du crâne face / profil
- B- Radiographie du thorax de face
- C- TDM abdomino-pelvienne
- D- Echographie abdomino-pelvienne
- E- Radiographies face/profil de la cuisse droite prenant la hanche et le genou

64- Après l'imagerie, vous décidez d'une laparotomie exploratrice. Le patient garde une PA=65/40 mm Hg malgré une réanimation adéquate. L'exploration retrouve une rate déchiquetée avec une plaie linéaire de 03 cm de profondeur au niveau du lobe gauche du foie et une rupture traumatique du diaphragme. Quels gestes réalisez-vous ?

- A- Une splénectomie d'hémostase
- B- Un traitement conservateur de la rate
- C- Une lobectomie gauche du foie
- D- Un traitement conservateur du foie
- E- Une suture simple de la brèche diaphragmatique

65- Les suites opératoires ont été simples mais au 3^{ème} jour, votre patient installe une polypnée avec un état d'agitation, des lésions pétéchiales des conjonctives et de la partie supérieure du thorax. La PaO2 est basse. Quel est votre diagnostic ?

- A- Une embolie pulmonaire
- B- Un accident vasculaire ischémique
- C- Une embolie graisseuse
- D- Une embolie gazeuse
- E- Une thrombophlébite cérébrale

66- Après stabilisation des lésions, quel traitement vous semble le plus approprié pour la fracture de la diaphyse fémorale droite ?

- A- Une réduction avec immobilisation par plâtre pelvi-pédieux
- B- Un enclouage centro-médullaire
- C- Une stabilisation par plaque vissée
- D- Un embrochage élastique
- E- Un maintien par fixateur externe

CAS CLINIQUE 12

Une femme de 60 ans, obèse, sous Glucophage® et Sintrom® pour un rétrécissement mitral serré en ACFA, consulte pour douleurs abdominales diffuses et nausées avec notion d'arrêt des matières et des gaz. L'état général est altéré, PA = 90/60 mmHg.

67- Quels sont les éléments anamnestiques et cliniques à rechercher dans ce contexte ?

- A- Thrill de la région cervicale
- B- Présence de méléna
- C- Antécédents thrombo-emboliques
- D- Ecart dans la prise du traitement
- E- Heure et mode de début de la symptomatologie

68- Quel diagnostic retenez-vous ?

- A- Appendicite mésocœliaque
- B- Perforation digestive
- C- Pancréatite aiguë
- D- Infarctus entéro-mésentérique
- E- Occlusion intestinale

69- Quel examen morphologique permet de confirmer votre suspicion clinique ?

- A- Echoendoscopie digestive
- B- Echographie abdomino-pelvienne
- C- TDM abdomino-pelvienne
- D- Angioscanner abdominal
- E- IRM abdomino-pelvienne

70- Malgré la mise en route d'un traitement médical, des signes péritonéaux sont apparus. Vous décidez d'opérer votre patiente. L'exploration chirurgicale retrouve une nécrose du grêle étendue sur 2,50 m. Que faites-vous ?

- A- Une héparinothérapie
- B- Une embolectomie à la sonde de Fogarty
- C- Une dérivation interne
- D- Une infiltration du méso à la novocaïne
- E- Une résection-anastomose termino-terminale du grêle

71- Les suites opératoires immédiates ont été favorables. Vous revoyez la patiente 10 jours après l'intervention. Elle présente des diarrhées importantes estimées à 3 l/24 h avec stéatorrhée. L'ionogramme sanguin est perturbé. A quoi pensez-vous ?

- A- Syndrome de Bouveret
- B- Syndrome du grêle court
- C- Flush syndrome
- D- Dumping syndrome
- E- Syndrome de Koenig

CAS CLINIQUE 13

Un adolescent âgé de 12 ans consulte pour douleurs du genou gauche apparues 03 mois auparavant, rattachées à un traumatisme sportif négligé et plus accentuées la nuit. Il boite légèrement avec esquive du pas. Sur la radiographie du genou de face, une image lacunaire du plateau tibial externe inquiète les parents.

72- Quelle est votre attitude ?

- A. Pratiquer une anamnèse
- B. Compléter l'examen clinique somatique
- C. Palper les métaphyses fémorales et tibiales
- D. Compléter le bilan radiographique
- E. Prescrire d'emblée une TDM pour ne pas retarder le traitement

73- Quelle bilan biologique pratiquez-vous ?

- A- NFS
- B- CRP
- C- Procalcitonine
- D- Bilan phospho-calcique
- E- Anticorps anti-DNA

74- La maman rapporte la notion d'un épisode fébrile. L'examen clinique objective une amyotrophie du quadriceps avec mobilité normale du genou. Le caractère malin de la lésion est écarté devant :

- A- l'évolution de 3 mois
- B- l'antécédent de syndrome infectieux
- C- l'absence d'envahissement des parties molles
- D- l'amyotrophie du quadriceps
- E- l'âge du patient

75- Les radiographies du genou face et profil montrent une image lacunaire de 1,5 cm du plateau tibial externe à 3 cm de la surface articulaire, circonscrite par une ostéocondensation. La fixation est nette et limitée à la scintigraphie sans autre localisation. Quels sont les diagnostics possibles ?

- A- Un kyste hydatique osseux
- B- Un abcès de Brodie
- C- Un ostéome ostéoïde
- D- Un ostéosarcome téléangiectasique
- E- Un chondrosarcome

76- Un test à l'aspirine fait le mois précédent aurait été positif. Vers quel diagnostic oriente-t-il ?

- A- Une tumeur blanche du genou
- B- Un ostéochondrome
- C- Un ostéome ostéoïde
- A- Un ostéosarcome téléangiectasique
- B- Un chondrosarcome à cellules claires

77- A cette étape, quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

- A- Radiographie du thorax
- B- Echographie du genou
- C- TDM du genou
- D- Pet scan
- E- IRM du genou

78- La douleur évolue vers l'aggravation, la palpation est douloureuse mais l'image paraît identique. Quelle est votre conduite ?

- A- Ponctionner l'articulation du genou pour soulager la douleur
- B- Augmenter les doses d'aspirine
- C- Prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens
- D- Instaurer une chimiothérapie antituberculeuse
- E- Indiquer une biopsie-exérèse chirurgicale

79. En attendant les résultats de l'étude cyto bactériologique de la collection prélevée et de l'histopathologie, que prescrivez-vous ?

- A. Chimiothérapie antituberculeuse
- B. Chimiothérapie anticancéreuse
- C. Albendazole
- D. Antibiothérapie antistaphylococcique
- E. Antibiothérapie antistreptococcique

CAS CLINIQUE 14

Une patiente de 34 ans se plaint de douleurs persistantes du dos 8 mois après son accouchement. L'apparition récente d'une fatigabilité à la marche l'amène à consulter. L'anamnèse retrouve la notion de fièvre vespérale et d'asthénie rapportées à l'allaitement.

80- Vous complétez en premier par :

- A- la recherche des antécédents personnels et familiaux
- B- la recherche d'un amaigrissement
- C- une IRM cérébro-médullaire
- D- un examen neurologique des membres
- E- une échographie abdominale

81- L'imagerie objective des images lytiques corporéales intéressant la 5^{ème} vertèbre cervicale, la 12^{ème} vertèbre thoracique et la 1^{ère} vertèbre lombaire. Quels diagnostics peut-on évoquer ?

- A- Ostéosarcome vertébral
- B- Métastases d'un cancer du sein
- C- Lymphome osseux
- D- Spondylodiscite tuberculeuse
- E- Spondylarthrite

82- Quelle imagerie serait la plus pertinente ?

- A- Scintigraphie osseuse
- B- TDM du rachis
- C- Pet Scan
- D- IRM vertébro-médullaire
- E- Radiographies du rachis entier de face, profil et 3/4

83- La TDM réalisée objective une volumineuse collection en regard de L1. Quelles propositions s'accordent avec un abcès tuberculeux ?

- A- L'abcès ne fistulise jamais à la peau
- B- La présence de signes inflammatoires locaux est constante
- C- L'abcès est postérieur en thoracique expliquant la gibbosité
- D- L'abcès est antérieur en lombaire et peut migrer au triangle de Scarpa
- E- L'abcès est rétropharyngé en cervical

84- Le mal de Pott est aussi évoqué car l'atteinte tuberculeuse du rachis est :

- A- le plus souvent thoraco-lombaire
- B- discovertébrale
- C- plurivertébrale
- D- toujours localisée aux vertèbres thoraciques
- E- discale pure

85- Quel examen vous permet au mieux d'affirmer le diagnostic ?

- A- L'IDR à la tuberculine
- B- L'étude bactériologique avec culture du liquide de ponction de l'abcès
- C- L'étude anatomo-pathologique après biopsie transpédiculaire
- D- L'électrophorèse des protéines
- E- La recherche de BK dans les crachats

86- L'aggravation de l'état neurologique avec installation d'une paraplégie en cours d'investigation vous conduit à :

- A- prescrire une corticothérapie à fortes doses jusqu'à régression des signes
- B- prescrire une antibiothérapie probabiliste à large spectre
- C- mettre en décharge en décubitus ventral stricte
- D- procéder à une décompression médullaire en urgence et traiter le rachis après diagnostic
- E- faire une décompression médullaire, biopsie osseuse et stabilisation du rachis en un temps

87- Le pronostic des lésions neurologiques est :

- A- fonction du mécanisme étiologique
- B- toujours fatal
- C- conditionné par l'étendue des lésions vertébrales
- D- amélioré par la décompression précoce
- E- favorable même en absence de tout traitement

88- Si diagnostic de mal de Pott est confirmé, la chimiothérapie antituberculeuse durera :

- A- 6 mois
- B- 8 mois
- C- 9 mois
- D- 10 mois
- E- 12 mois au moins

89- La surveillance de la chimiothérapie antibacillaire instituée repose sur le dosage :

- A- des transaminases
- B- de l'acide urique
- C- de la glycémie
- D- de la bilirubine
- E- de la créatinine sanguine

90- La guérison peut aboutir à :

- A- une fusion osseuse plurivertébrale
- B- une restitution ad integrum anatomique du rachis
- C- la constitution d'un bloc vertébral
- D- un disque intervertébral de hauteur normale
- E- la persistance de l'image lacunaire

CAS CLINIQUE 15

Un conducteur de poids lourd âgé de 54 ans est transporté en urgence à l'hôpital suite à un carambolage de véhicules survenu deux heures auparavant sur l'autoroute. Il se plaint de douleurs du membre inférieur droit, déformé avec la hanche en flexion adduction rotation interne. La PA = 100mmHg.

91- Lors du ramassage, les secouristes doivent :

- A- s'enquérir du port de la ceinture de sécurité
- B- s'enquérir de la position des membres lors du choc
- C- s'assurer du respect de l'axe tête-cou
- D- réduire les déplacements osseux
- E- envelopper le blessé dans une couverture chauffante

92- Quels sont les diagnostics possibles ?

- A- Une luxation antérieure obturatrice de la hanche
- B- Une fracture de la colonne antérieure de l'acetabulum
- C- Une luxation postérieure de la hanche
- D- Une luxation postérieure de la hanche avec fracture de la paroi postérieure de l'acetabulum
- E- Une fracture isolée de la paroi antérieure de l'acetabulum

93- L'examen clinique doit être complété par la recherche d'une :

- A- paralysie crurale
- B- paralysie sciatique
- C- lésion ligamentaire du genou droit
- D- ouverture cutanée postérieure
- E- atteinte de la vessie

94- Quelles incidences radiologiques demandez-vous ?

- A- Une radiographie en faux profil de Lequesne
- B- Une incidence du bassin selon Ducroquet
- C- Une incidence oblique $\frac{3}{4}$ alaïre de la hanche
- D- Une incidence oblique $\frac{3}{4}$ obturateur de la hanche
- E- Une radiographie du bassin de face

95- Une chute modérée de la PA impose une échographie abdominopelvienne. Cette chute de PA :

- A- est habituelle lors de ces traumatismes
- B- est toujours liée à une lésion abdominale
- C- peut être en rapport avec un hématome rétro-péritonéal
- D- est le premier signe d'une embolie graisseuse
- E- ne doit pas retarder un geste chirurgical d'urgence

96- Après conditionnement du blessé, quel geste thérapeutique doit être fait en priorité ?

- A- L'ostéosynthèse de l'acetabulum
- B- La réduction de la luxation
- C- La mise en place d'une prothèse intermédiaire de hanche
- D- L'immobilisation plâtrée
- E- La mise en place d'une traction osseuse transcondylienne

97- Les complications possibles lors de la prise en charge initiale sont :

- A- l'irréductibilité
- B- l'aggravation de l'état de choc
- C- la décompensation d'une fracture du col fémoral préexistante méconnue
- D- l'instabilité post-réductionnelle
- E- La fracture diaphysaire du fémur

98- En cas d'incoercibilité, quelle conduite s'impose ?

- A- Immobilisation plâtrée du membre
- B- Mise en place d'une traction transcondylienne au zénith
- C- Mise en place d'une traction transtibiale
- D- Associer traction transcondylienne et hamac au niveau du bassin
- E- Réduction et stabilisation chirurgicales

99- À moyen terme, les complications à craindre sont :

- A- la nécrose de la tête fémorale
- B- les accidents thrombo-emboliques
- C- la nécrose de l'acetabulum
- D- la pseudarthrose de l'acetabulum
- E- la pseudarthrose du col fémoral

100- Malgré un traitement bien conduit, l'évolution peut se faire à long terme vers :

- A- l'instabilité récidivante
- B- la nécrose du cotyle
- C- C . la nécrose de la tête fémorale
- D- la coxarthrose
- E- l'ankylose de la hanche



Epreuve de Chirurgie

Date de l'épreuve : 27/10/2018

Page 1/1

Corrigé Type

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

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

N°	Rép.
71	B
72	ABCD
73	ABC
74	C
75	BCD
76	C
77	AC
78	E
79	D
80	ABD
81	BCD
82	D
83	DE
84	ABC
85	C
86	E
87	ACD
88	E
89	ABE
90	AC
91	ABCE
92	CD
93	BCE
94	CDE
95	ACE
96	B
97	ABCD
98	E
99	AB
100	CD