

Examen d'hématologie

08 Mai 2016 – rotation 3

Un patient âgé de 10 ans, sans traitement particulier antérieur, est admis pour l'exploration d'un syndrome anémique

- 1) Le syndrome anémique est évoqué sur les arguments suivants :
 - A. Adénopathies généralisées
 - B. Dyspnée d'effort
 - C. Pâleur
 - D. Splénomégalie
- 2) L'examen clinique retrouve : ictère, splénomégalie type V, dysmorphie faciale avec bosses frontales proéminentes. Le bord inférieur de la rate est donc situé :
 - A. Sur la ligne ombilicale
 - B. Au niveau de l'épine iliaque antérieure
 - C. A mi-distance entre la ligne costale et la ligne horizontale ombilicale
 - D. A mi-distance entre la ligne horizontale ombilicale et la ligne horizontale passant par la crête iliaque antérieure
- 3) Une partie du bilan montre : globules rouges : $3,9 \text{ M/mm}^3$, hémoglobine : 5 g/dl, hématocrite : 24%, globules blancs : $4090/\text{mm}^3$, plaquettes : $150.000/\text{mm}^3$, polynucléaires neutrophiles : $3500/\text{mm}^3$. Vous portez la conclusion suivante :
 - A. Anémie microcytaire hypochrome régénérative
 - B. Anémie microcytaire hypochrome
 - C. Taux de globules blancs et de plaquettes normaux
 - D. Thrombopénie
- 4) Vous demandez, dans un deuxième temps :
 - A. Frottis sanguin avec taux de réticulocytes
 - B. Ponction-biopsie osseuse
 - C. Médullogramme
 - D. Taux de bilirubine
- 5) Une partie du bilan montre : réticulocytes : 10%, bilirubine totale : 25 mg/l, bilirubine directe : 3 mg/l. vous retenir :
 - A. Hémolyse aiguë
 - B. Hémolyse chronique
 - C. Sphérocytose héréditaire
 - D. β -thalassémie
- 6) Si un bilan est nécessaire pour votre diagnostic, vous proposez, en premier, le bilan suivant :
 - A. Electrophorèse de l'hémoglobine
 - B. Dosage de la G6PD
 - C. Médullogramme
 - D. Ponction-biopsie osseuse
- 7) Une partie du bilan montre : LDH : 3900 U, hémoglobine F : 96%, test de Coombs : négatif, frottis sanguin : globules rouges : microcytose, anisocytose, poïkilocytose, hypochromie, érythroblastose, globules blancs (70-00-00-29-01), plaquettes : +++. Le(s) diagnostic(s) suivant(s) est/sont évoqué(s) :
 - A. Anémie hémolytique auto-immune
 - B. β -thalassémie intermédiaire
 - C. β -thalassémie homozygote
 - D. Maladie de Cooley
- 8) S'il est nécessaire de compléter le bilan, que demandez-vous ?
 - A. Electrophorèse de l'hémoglobine des parents
 - B. Hémogramme chez les deux parents
 - C. Electrophorèse de l'hémoglobine de la fratrie
 - D. Hémogramme de la fratrie

- 9) L'électrophorèse des parents montre : hémoglobine A2 : 4% chez le père et 5,2% chez la mère. Peut-on retenir un diagnostic ? si oui, lequel ?
- A. Déficit en G6PD
 - B. α -thalassémie
 - C. β -thalassémie intermédiaire
 - D. Maladie de Cooley
- 10) Les arguments pour le diagnostic retenu sont :
- A. Âge précoce de révélation
 - B. Indépendance transfusionnelle
 - C. Volume important de la rate
 - D. Taux d'hémoglobine très bas
- 11) Une fille est hémophile lorsque :
- A. Son père est hémophile et sa mère est conductrice
 - B. Son père est normal et sa mère est conductrice
 - C. Son père est hémophile et sa mère est normale
 - D. Toutes les réponses sont fausses
- 12) Les anomalies de la fermeture du tube neural sont fréquentes dans les carences en :
- A. Fer
 - B. Vitamine B₁₂
 - C. Vitamine B₉
 - D. Vitamine D
- 13) L'anémie la plus fréquente en Algérie est :
- A. Anémie par carence en fer
 - B. Anémie par carence en vitamine B₁₂
 - C. Anémie par carence en vitamine B₉
 - D. Anémie hémolytique acquise
- 14) Les acteurs de l'hémostase primaire sont :
- A. Endothélium et sous-endothélium de la paroi vasculaire
 - B. Plaquettes
 - C. Facteur de Von Willebrand et thrombine
 - D. Facteur de Von Willebrand et fibrinogène
- 15) L'hémostase primaire :
- A. Aboutit à la formation d'un thrombus rouge
 - B. Aboutit à la formation d'un thrombus blanc
 - C. Est la deuxième phase de l'hémostase
 - D. Se déroule en deux temps : vasculaire et plaquettaire
- 16) L'adhésion plaquettaire se produit, en grande partie, par :
- A. Fibrinogène
 - B. Glycoprotéine II_b-III_a plaquettaire
 - C. Glycoprotéine I_b-IX-V plaquettaire
 - D. Facteur de Von Willebrand
- 17) L'agrégation plaquettaire :
- A. C'est l'adhésion des plaquettes entre elles
 - B. C'est l'adhésion des plaquettes au sous-endothélium
 - C. Fait intervenir les glycoprotéines II_b-III_a plaquettaires et le fibrinogène
 - D. Fait intervenir les glycoprotéines II_b-III_a plaquettaires et le facteur de Von Willebrand
- 18) L'hémostase primaire est explorée par :
- A. Numération des plaquettes
 - B. Temps de saignement
 - C. Temps de Quick
 - D. Tests d'agrégation

- 19) Le tableau clinique d'un PTAI :
- A. Enfant ou adulte jeune
 - B. Syndrome hémorragique, souvent, cutanéomuqueux
 - C. Splénomégalie
 - D. Pas de cause décelable
- 20) Le bilan biologique au cours d'un PTAI :
- A. Thrombopénie, à l'hémogramme
 - B. Absence de mégacaryocytes, au myélogramme
 - C. Mégacaryocytes en nombre normal ou augmenté
 - D. Temps de saignement normal
- 21) Les armes thérapeutiques utilisées dans le PTAI :
- A. AINS
 - B. Corticoïdes
 - C. Splénectomie
 - D. Immunoglobulines polyvalentes
- 22) Un patient âgé de 75 ans, aux antécédents de cardiomyopathie, hospitalisé, dans le cadre de l'urgence, pour une altération de l'état général, l'examen retrouve : patient conscient, pâleur cutanéomuqueuse intense, dyspnée de repos. A l'hémogramme : hémoglobine : 6 g/dl, plaquettes : $250.00/mm^3$, globules blancs : $5600/mm^3$. Quelle sera votre conduite immédiate ?
- A. Transfusion avec du sang total
 - B. Transfusion avec un concentré érythrocytaire
 - C. Donner de la vitamine B₁₂, en urgence, en perfusion
 - D. Aucune proposition n'est correcte
- 23) Une jeune femme âgée de 35 ans, sans antécédents pathologiques, est transfusée avec un concentré érythrocytaire, dans le cadre de l'urgence. Le risque encouru immédiatement est :
- A. Risque d'hémochromatose
 - B. Risque d'hypocalcémie
 - C. Les deux propositions sont correctes
 - D. Les deux propositions sont fausses
- 24) Une hypocalcémie qui survient chez un sujet polytransfusé est expliqué par :
- A. Défaillance rénale avec fuite de calcium
 - B. Perturbation de l'absorption digestive des électrolytes
 - C. L'anticoagulant contenu dans les poches de concentrés érythrocytaires
 - D. Les trois mécanismes suscités sont incriminés
- 25) Le meilleur moyen pour prévenir un OAP pendant une transfusion est :
- A. Donner un diurétique avant toute transfusion
 - B. Position demi-assise obligatoire durant la transfusion
 - C. Accélérer le débit de la transfusion
 - D. Aucune proposition n'est correcte
- 26) L'épreuve de Simonin, pour la détermination du groupage sanguin érythrocytaire, consiste à :
- A. Mettre en évidence l'antigène à la surface du globule rouge du patient
 - B. Mettre en évidence l'anticorps dans le sérum du patient
 - C. Mettre en évidence le complément dans le sérum du patient
 - D. Les trois propositions sont fausses
- 27) Parmi ces antigènes, quel est le plus immunogène après le système ABO et Rhésus ?
- A. Antigène du système Kidd
 - B. Antigène du système MNSs
 - C. Antigène du système Kell
 - D. Aucune proposition n'est correcte

- 28) Quel est l'intérêt de la transfusion par un concentré érythrocytaire phénotypé chez un enfant β -thalassémique majeur :
- A. Prévenir une allo-immunisation
 - B. Prévenir une hémochromatose à long terme
 - C. Les deux réponses sont correctes
 - D. Les deux réponses sont fausses
- 29) Une diarrhée fétide avec une douleur abdominale, qui surviennent au décours d'une transfusion sanguine, sont des signes évocateurs de :
- A. Accident hémolytique gravissime
 - B. Choc endotoxinique
 - C. Les deux réponses sont fausses
 - D. Les deux réponses sont correctes
- 30) Chez un patient âgé de 56 ans, hospitalisé pour exploration de signes d'insuffisance sanguine, l'interrogatoire retrouve une notion d'alitement toute la nuit et plus de la moitié de la journée, avec besoin d'une tierce. Vous estimez l'ECOG à :
- A. ECOG à 4
 - B. ECOG à 1
 - C. ECOG à 2
 - D. ECOG à 3
- 31) Chez un patient de 36 ans, vous évoquez fortement le diagnostic de leucémie myéloïde chronique, en phase chronique, sur les arguments suivants :
- A. Présence d'une splénomégalie
 - B. Présence d'une splénomégalie associée à des adénopathies
 - C. Hyperleucocytose
 - D. Absence de myélémie
- 32) La confirmation du diagnostic de leucémie myéloïde chronique se fait sur :
- A. Analyse cytologique du médullogramme
 - B. Cytogénétique
 - C. Biologie moléculaire
 - D. Ponction-biopsie osseuse
- Chez un patient de 80 ans, qui présente, depuis 12 mois, des adénopathies cervicales gauches et droites, volumineuses et non-compressives
- 33) Vous évoquez le(s) diagnostic(s) suivant(s) :
- A. Leucémie aigüe
 - B. Leucémie lymphoïde chronique
 - C. Leucémie myéloïde chronique
 - D. Myélome multiple
- 34) Vous demandez, en premier, chez ce patient :
- A. Formule de numération sanguine
 - B. Frottis sanguin
 - C. Médullogramme
 - D. Ponction ganglionnaire
- 35) Une partie du bilan révèle : globules blancs : 123.000/mm³, plaquettes : 150.000/mm³, hémoglobine : 12 g/dl, équilibre leucocytaire (12-00-00-85-93). Pour confirmer le diagnostic, vous demandez :
- A. Biopsie ganglionnaire
 - B. Caryotype
 - C. Médullogramme
 - D. Immuno-phénotypage des cellules lymphoïdes sanguines

- 36) Vous classez, ce patient, selon la classification qui correspond à sa pathologie en :
- A. Stade 0
 - B. Stade A
 - C. Stade B
 - D. Stade C
- 37) Ce patient sera traité par :
- A. Chimiothérapie seule
 - B. Radiothérapie seule
 - C. Association chimio-radiothérapie
 - D. Abstention thérapeutique
- 38) Parmi les manifestations habituelles du myélome multiple, laquelle/lesquelles est/sont exacte(s) ?
- A. Neutropénie profonde
 - B. Hypocalcémie
 - C. Augmentation du taux sérique de l'immunoglobuline monoclonale
 - D. Accélération de la vitesse de sédimentation
- 39) Dans l'exploration d'un myélome multiple, tous ces examens sont indispensables, sauf un, lequel ?
- A. Myélogramme
 - B. Scanner thoracique
 - C. Electrophorèse des protides totaux
 - D. Radiographies osseuses
- 40) Dans la forme typique du myélome (maladie de Kahler), on observe dans le sang :
- A. Eosinophilie
 - B. Hyper-lymphocytose
 - C. Plasmocytose
 - D. Aucune des propositions précédentes n'est exacte
- 41) Devant des signes d'insuffisance sanguine isolée, sur le plan clinique, quel examen permet d'affirmer l'existence d'une aplasie médullaire ?
- A. Myélogramme
 - B. Biopsie médullaire
 - C. Scintigraphie médullaire
 - D. Dosage de l'érythropoïétine
- 42) Dans une aplasie médullaire existe(nt) :
- A. Grosse rate
 - B. Anémie régénérative
 - C. Myélémie
 - D. Inversion de la formule leucocytaire
- 43) Les critères de Camitta, pour la classification de l'aplasie médullaire idiopathique, sont basés sur :
- A. Taux de globules blancs
 - B. Taux d'hémoglobine
 - C. Taux de plaquettes
 - D. Taux de réticulocytes

Un patient âgé de 37 ans, présente des adénopathies axillaires gauches, évoluant depuis 6 mois, avec une perte de poids de 20 Kg

- 44) Vous évoquez, chez ce patient, le(s) diagnostic(s) :
- A. Leucémie aigüe
 - B. Leucémie lymphoïde chronique
 - C. Lymphome de Hodgkin
 - D. Lymphome non-Hodgkinien

- 45) Le premier bilan, que vous demandez, est :
- Biopsie ganglionnaire
 - IDR à la tuberculine
 - Ponction ganglionnaire
 - Hémogramme
- 46) L'analyse cytologique de l'adéno-ganglion révèle la présence de cellules de grande taille avec deux noyaux, renfermant un à trois nucléoles chacun, avec de nombreux polynucléaires neutrophiles, éosinophiles, plasmocytes, lymphocytes et macrophages. Cet aspect cytologique vous oriente vers :
- Lymphome malin non-Hodgkinien
 - Lymphome de Hodgkin
 - Métastase ganglionnaire d'une tumeur solide
 - Tuberculose ganglionnaire
- 47) Si une confirmation diagnostique est nécessaire, elle comportera le(s) bilan(s) suivant(s) :
- Ponction-biopsie osseuses
 - Biopsie ganglionnaire
 - Médullogramme
 - Scanner cervico-thoraco-abdominal
- 48) Le bilan complet de la pathologie confirmée est normal, comment classez-vous ce patient ?
- Stade I
 - Stade II
 - Stade III
 - Stade IV
- 49) Ce patient sera traité par :
- Chimiothérapie seule
 - Radiothérapie seule
 - Association chimio-radiothérapie
 - Abstention thérapeutique

Un patient âgé de 45 ans, présente, depuis 7 jours, une angine érythémato-pultacée, des adénopathies cervicales, une fièvre avec une splénomégalie type II

- 50) Vous évoquez sur la base de ce tableau clinique :
- Mononucléose infectieuse
 - Leucémie aigüe
 - Leucémie myéloïde chronique
 - Leucémie myéloïde chronique
- 51) Le premier bilan que vous demandez comporte :
- Ponction ganglionnaire
 - Médullogramme
 - Frottis sanguin
 - Formule de numération sanguine
- 52) Une partie du bilan révèle : plaquettes : $30.600/\text{mm}^3$, globules blancs : $50.000/\text{mm}^3$, hémoglobine : 7 g/dl, il existe des cellules anormales, jeunes et nucléolées avec niveau du frottis sanguin. Ces résultats vous permettent de rendre probable le(s) diagnostic(s) suivant(s) :
- Lymphome de Hodgkin
 - Aplasia médullaire
 - Leucémie aigüe
 - Leucémie myéloïde chronique
- 53) Vous confirmez votre diagnostic avec :
- Biopsie ganglionnaire
 - Médullogramme
 - Immuno-marquage des cellules médullaires
 - Coloration cyto-chimique

- 54) La définition de la rémission complète dans, une leucémie aigüe, comporte :
- A. Disparition du syndrome tumoral
 - B. Diminution de la blastose sanguine
 - C. Disparition du chromosome Philadelphie
 - D. Présence de moins de 20% de blastes sur un frottis médullaire riche
- 55) Les caractères suivants sont retrouvés dans les leucémies aigües lymphoblastiques :
- A. Importance de l'anémie
 - B. Prédominance chez l'enfant
 - C. Fréquence du syndrome tumoral
 - D. Importance de l'hyperleucocytose
- 56) La confirmation du diagnostic de leucémie aigüe myéloblastique est faite sur les bilans suivants :
- A. Ponction-biopsie osseuse
 - B. Médullogramme avec coloration cyto-chimique
 - C. Médullogramme avec coloration MGG
 - D. Cytogénétique
- 57) Le traitement de 1^{ère} intention d'une leucémie aigüe, comporte :
- A. Support transfusionnel
 - B. Chimiothérapie d'induction
 - C. Radiothérapie curatrice
 - D. Prévention de l'infection
- 58) Les diagnostics évoqués devant une anémie microcytaire hypochrome sont :
- A. Carence en fer
 - B. Anémie inflammatoire
 - C. Drépanocytose
 - D. β -thalassémie
- 59) Les diagnostics évoqués devant une anémie normocytaire normochrome arégénérative sont :
- A. Leucémie aigüe
 - B. Aplasie médullaire
 - C. β -thalassémie
 - D. Drépanocytose
- 60) Les accidents vaso-occlusifs graves, dans la drépanocytose, sont :
- A. Syndrome thoracique aigu
 - B. Syndrome main-pied
 - C. Ostéomyélite
 - D. Accident vasculaire cérébral