

ORTHOPÉDIE

● Clavicule

- 1- L'évolution d'une fracture de la clavicule vers la pseudarthrose
- Ne se voit jamais
 - Se voit surtout après traitement chirurgical
 - Se voit surtout en absence de traitement
- b
- 2- Une fracture de tiers moyen de la clavicule
- Entraîne souvent des lésions de la veine sous-clavière
 - Consolide en 90 jours
 - Laisse en règle un cal en baïonnette exubérant
 - Relève d'une réduction anatomique avec contention interne solide
 - Traité par un bandage coude au corps
- c
- ## ● Humérus
- 1- Parmi les lésions suivantes les quelles sont le plus souvent responsables d'une paralysie du nerf circonflexe // (ad)
- Fracture du col de l'humérus
 - Fracture de la clavicule
 - Luxation acromioclaviculaire
 - Luxation antéro-interne de l'épaule
 - Fracture de trochiter
- 2- La fracture du col chirurgical de l'humérus // (ae)
- Entraîne peu de nécrose de la tête humérale
 - Sa pseudarthrose est fréquente
 - Sa principale complication est une paralysie du nerf radial
 - Une ostéosynthèse est indiquée chez le vieillard
 - Sa principale complication est la raideur
- 3- La fracture du col chirurgical de l'humérus // (bc)
- une ostéosynthèse est indiquée chez le vieillard
 - nécessite un simple coude au corps chez le vieillard
 - le nerf le plus souvent lésé est le circonflexe
- 4- Les complications des fractures de la diaphyse humérale comporte // (cd)
- L'ouverture du foyer
 - La paralysie du nerf circonflexe
 - La paralysie du nerf radial
 - La pseudarthrose
- 5- Le risque de nécrose avasculaire de la tête humérale est particulièrement important // (b)
- Dans les fractures déplacées du col chirurgical
 - Dans les fractures à 4 fragments de l'extrémité supérieure de l'humérus
 - Dans la fracture déplacée du trochiter
- 6- La fracture du col chirurgical de l'humérus (ac)
- N'entraîne pas de nécrose de la tête humérale
 - Évolue souvent vers la pseudarthrose
 - Nécessite un simple coude au corps pendant 15 à 3 semaines
- 7- Le risque de nécrose avasculaire de la tête humérale est particulièrement important // (ac)
- Dans les luxation-fractures du col anatomique de l'humérus
 - Dans les luxations postérieures de l'épaule
 - Dans les fractures à 4 fragments de l'extrémité supérieure de l'humérus
 - Dans les fracture déplacées du trochiter
- 8- Les complications les plus fréquentes de la diaphyse humérale comporte
- L'ouverture du foyer
 - La paralysie du nerf circonflexe
 - la paralysie du nerf radial
 - la pseudarthrose
- cd
- 9- La fracture engrenée peu déplacée du col chirurgical de l'humérus chez le vieillard
- Est la conséquence habituelle d'une chute sur le moignon de l'épaule
 - Nécessite un traitement chirurgical par ostéosynthèse
 - Nécessite une immobilisation de 45 jours
 - Est habituellement de bon pronostic
 - Est souvent compliquée de nécrose de la tête humérale
- d

● Luxation de l'épaule

- 1- Une luxation acromio-claviculaire de stade III s'accompagne
- Une atteinte des ligaments acromio-claviculaires
 - Une atteinte du ligament conoïde
 - Une atteinte du ligament trapézoïde
 - Une atteinte du ligament coraco-claviculaire interne
 - Une déchirure (ou moins partielle) de la sangle musculaire trapézo-delhoïdienne
- abcde
- 2- Une luxation acromioclaviculaire est grave s'il existe une rupture de
- Ligament acromio-claviculaire
 - Ligament acromio-coracoïdien
 - Ligaments coracoclaviculaires
- ac
- 3- Indiquer les signes cliniques qui permettent d'affirmer l'existence d'une luxation acromioclaviculaire
- Le signe de l'épaulette
 - Un tiroir antérieur claviculaire
 - La mobilité de clavicule en touche de piano
 - La douleur exquise à l'extrémité externe de la clavicule
- bc
- 4- La luxation postérieure de l'épaule (2RJ) :
- L'abduction irréductible du bras
 - La rotation interne fixée du bras
 - Le signe de l'épaulette
 - Le coup de hache externe
 - La radio de face peut être faussement rassurante
- be
- 5- Lors d'une luxation postérieure de l'épaule, indiquez le signe très évocateur du diagnostic
- Comblement du sillon delto-pectoral
 - Impossibilité de la rotation externe du bras
 - Adduction du bras impossible
- b
- 6- Dans la luxation récidivante antéro-interne de l'épaule, on observe :
- Un décollement capsulo-périosté (lésion Broca Hartmann)
 - Une désinsertion du bourrelet glénoïdien
 - une en coche sur la tête humérale
 - un éculement au rebord antérieur de la glène
 - une nécrose de la tête humérale
- abcd
- 7- Signes de la luxation acromioclaviculaire
- Le signe de l'épaulette
 - Le tiroir antérieur claviculaire
 - La mobilité de la clavicule en touche de piano
 - La douleur exquise de l'extrémité externe de la clavicule
 - Le vide sous-acromiale antérieur
- bc
- 8- Une lésion du nerf circonflexe lors d'une luxation de l'épaule se recherche en urgence
- En explorant la flexion active du coude
 - En explorant la sensibilité superficielle de l'aisselle
 - En explorant la sensibilité de la convexité de l'épaule
 - Par l'examen électrique
- c
- 9- Quelles sont les 2 complications les plus fréquentes des luxations antéro-interne de l'épaule
- Fracture du trochiter
 - Fracture du col de l'humérus
 - Fracture parcellaire de la tête humérale
 - Paralysie du nerf circonflexe
 - Paralysie radiale
- ac

10-

● Fracture de l'extrémité inférieure du radius

- 1- Complication qui n'est jamais rencontrée en cas de fracture de Pouteau-Colles // (c)

- a. Rupture tardive du tendon du long extenseur du pouce
 - b. Algodystrophie sévère
 - c. Pseudarthrose
 - d. Syndrome du canal carpien
 - e. Pronosupination limitée et douloureuse
- 2- La fracture de Pouteau-Colles est caractérisée par les signes suivants // // // // abde
- a. Déformation du poignet en dos de fourchette
 - b. Ascension de la styloïde radiale
 - c. Saillie interne de la styloïde cubitale
 - d. Point douloureux dorsal sous articulaire
 - e. Paresthésie dans le territoire du nerf médian
- 3- La fracture de l'extrémité inférieure du radius // // // // cde
- a. Répond dans sa forme la plus fréquente à un mécanisme de compression flexion
 - b. Crée une baïonnette interne par déplacement cubital de la main
 - c. Se réduit facilement mais se déplace aussi facilement
 - d. Le syndrome algodystrophique est très fréquent
 - e. Consolide entre 40 et 60 jours
- Remarque :** la principale complication est le déplacement secondaire
- 4- La fracture de l'extrémité inférieure du radius // // // // ba
- a. N'est instable après réduction que si elle est articulaire
 - b. Se déplace en général vers l'arrière
 - c. Présente un risque de pseudarthrose si le traitement n'est pas correct
 - d. Consolide souvent vicieusement
 - e. Est surtout stable si en l'immobilise en extension
- 5- Une fracture de l'extrémité inférieure du radius
- a. Résulte le plus souvent d'une chute en hyperflexion qu'en hyperextension du poignet
 - b. Se complique souvent d'une paralysie par compression du nerf médian
 - c. Entraîne dans sa forme typique un déplacement postérieur et externe de l'épiphyse radiale
 - d. Donne souvent des pseudarthroses
 - e. Donne souvent une algodystrophie
- bce
- 6- Sur une radiographie de face du poignet
- a. La styloïde radiale est plus distale que la styloïde cubitale
 - b. La surface articulaire inférieure du radius regarde en bas, en avant et en dedans
 - c. La surface articulaire inférieure s'articule avec le scaphoïde et le pyramidal
 - d. L'index radio-cubital permet de situer la position relative de la tête cubitale par rapport à l'extrémité inférieure du radius
 - e. Le ligament triangulaire complète en dedans la surface articulaire proximale radio-carpienne
- abde
- Remarque :** La surface articulaire inférieure s'articule avec le scaphoïde et le semilunaire
- 7- Une fracture de l'extrémité inférieure du radius par compression-extension
- a. Entraîne, lorsque elle est déplacée une translation externe de la main et du poignet
 - b. Crée au cours de son déplacement une bascule antérieure de l'épiphyse radiale inférieure
 - c. Est très souvent aggravée par une compression du nerf médian dans le canal carpien
- a
- 8- Une fracture de l'extrémité inférieure du radius par compression-flexion
- a. Est particulièrement instable
 - b. Consolide en moins de 45 jours
 - c. L'algodystrophie n'est pas une complication fréquente
- a
- 9- Quelles sont les 2 complications les plus fréquentes chez la femme âgée après fracture de Pouteau-Colles
- a. Syndrome de compression du nerf médian
 - b. Algodystrophie
 - c. Cal vicieux
 - d. Pseudarthrose
 - e. L'ouverture des téguments
- bc
- 10- Quels éléments radiologiques doivent être vérifiés sur la radio de contrôle de fracture de Pouteau-Colles
- a. L'orientation de la glène radiale sur le profil
 - b. Les rapports scapho-lunaires
 - c. Le rétablissement de l'obliquité de la ligne bistyloïdienne
 - d. La position du pyramidal
 - e. Les rapports de l'articulation radio-cubital inférieure

11-

● Traumatisme du rachis

- 1- Les fractures isolées de l'apophyse odontoïde de l'axis (RF)
- a. Sont souvent consécutives à une chute sur la tête
 - b. Peuvent être soupçonnées par l'existence d'une névralgie du nerf d'Arnold
 - c. Elles se traduisent par une attitude de blocage de la tête
 - d. Elles entraînent une difficulté à l'ouverture de la bouche
 - e. Elles nécessitent constamment un traitement chirurgical
- ace
- 2- Une fracture de l'odontoïde
- a. Relève d'un mécanisme de flexion-extension
 - b. S'accompagne dans sa forme habituelle de tétraplégie
 - c. Risque d'entraîner la mort par lésion bulbaire
 - d. Donne rarement des pseudarthroses
 - e. Est rarement vue au stade de pseudarthrose
- ac
- 3- Quels éléments sont ceux qui, devant une fracture de l'odontoïde, font redouter l'évolution vers la pseudarthrose
- a. Un trait au niveau de la base
 - b. Un trait au niveau du col
 - c. Un trait oblique en bas et en arrière avec déplacement important
 - d. La survenue chez un sujet âgé
 - e. Une fracture associée de la clavicule
- bcd
- 4- Une fracture de Jefferson est :
- a. Un type de fracture de l'odontoïde
 - b. Un type de fracture de l'axis
 - c. Un type de fracture de l'atlas
- c
- 5- Quel est l'élément de stabilité le plus important de l'articulation atloïdo-axoïdienne
- a. Le ligament vertébral commun postérieur
 - b. Le disque
 - c. Le ligament transverse
 - d. Le ligament jaune
- c
- 6- La luxation du rachis cervical C7-D1
- a. Peut entraîner une tétraplégie totale
 - b. S'accompagne toujours d'une paralysie phrénique
 - c. Risque de ne pas être vu à la Rx standard
 - d. Le traitement est toujours chirurgical
- c
- 6- La luxation C5-C6 avec accrochage bilatérale des apophyses articulaires
- a. Peut s'accompagner d'une fracture d'une apophyse articulaire
 - b. S'accompagne d'un élément rotationnel
 - c. S'associe souvent à des signes neurologiques
 - d. Equivaux à une entorse grave de rachis
 - e. S'accompagne d'une paralysie diaphragmatique
- Ac
- 7- On doit rechercher systématiquement une lésion du rachis cervicale en cas :
- a. D'un polytraumatisme
 - b. D'une fracture du massif faciale
 - c. D'un traumatisme crânien
 - d. D'un coma post-traumatique
 - e. D'une détresse respiratoire post-traumatique
- abcde
- 8- Comme complication grave de fracture de L4, on peut observé
- a. Une atteinte du cône terminal avec troubles vésicaux
 - b. Une hématomyélie
 - c. Une abolition d'un réflexe rotulien
 - d. Une atteinte radiculaire type L5
 - e. Un syndrome de la queue de cheval
- abcde
- 9- Fracture de l'odontoïde (RJ)
- a. C'est le principal facteur étiologique des paraplégies traumatiques
 - b. Son évolution vers une pseudarthrose vient surtout d'une méconnaissance initiale du diagnostic
 - c. Il y a un risque séquellaire plus important de limitation de la flexion-extension du cou que de la rotation
 - d. Une crise fébrile avec désorientation et agitation est une des manifestations d'une contusion bulbaire en regard du foyer de fracture

e. Toute fracture de l'odontoïde doit être opérée pour éviter une pseudarthrose

bd(a+/-)

10- Au niveau du rachis lombaire

- a. La hauteur des disques intervertébraux augmente de L1 à L5
- b. La moelle s'arrête au bord supérieur de L3
- c. Les racines rachidiennes lombo-sacrées portent le numéro de la vertèbre sus-jacente
- d. Le segment vertébral moyen, comprend le mur postérieur, les pédicules et les massifs articulaires

acd

11-

● Lésion du ménisque et entorse du genou

1- Le blocage méniscal

- a. Survient toujours immédiatement après une entorse du genou
- b. Débute progressivement et finit brutalement
- c. Limite la flexion et permet l'extension
- d. Limite l'extension et cesse brutalement
- e. Débute brutalement et limite l'extension

d

2- La lésion du ménisque interne est provoquée par :

- a. Une rotation externe forcée
- b. Une hyperflexion
- c. Un choc direct sur le genou
- d. Une rotation interne forcée
- e. Une lésion du ligament interne

abe

3- Le quel de ces signes témoigne le mieux de la gravité d'une entorse du genou

- a. Impotence fonctionnelle
- b. Existence d'un tiroir
- c. Choc rotulien
- d. Echygnose locale

a

4- Dans l'entorse grave du genou quels sont les éléments les plus fréquemment atteints avec le ligament croisé antérieur

- a. Ménisque interne
- b. Ménisque externe
- c. LLI
- d. Ligament croisé postérieur
- e. LLE

Ac (valgus + rotation externe)

5-

● Entorse de la cheville

1- Le mécanisme habituel responsable de l'entorse du ligament latéral externe de la cheville est :

- a. Une éversion du pied
- b. Un équin forcé
- c. Une inversion forcée de la peau
- d. Une abduction forcée de l'arrière pied

c

2- Quels sont les signes qui évoquent une entorse grave de la cheville

- a. Notion de craquement à l'interrogatoire
- b. Impotence fonctionnel total
- c. Présence d'un œuf de pigeon pré-malléolaire externe
- d. Laxité latérale spontanée de la cheville (ballotement astragalien)

acd

3- Après avoir éliminer une fracture osseuse, quels sont les incidences radiologiques indispensables pour affirmer le diagnostic d'entorse grave isolée de la cheville

- a. Radiographie de face en varus équin forcé
- b. Incidence en déroulé du pied
- c. Incidence de Bohler
- d. Radiographie de profil avec tiroir talien antérieur

→ ad

4- La douleur de l'entorse de la cheville (RF)

- a. est vive est syncopale
- b. diminue spontanément permettant la poursuite de l'effort
- c. est d'autant plus intense que l'entorse est grave
- d. évolue en 3 temps
- e. est soulagée par l'application locale du froid

→ c

5- Quelle est d'immobilisation de l'entorse grave isolée de la cheville

- a. 3 à 6 semaines
- b. plus de 6 semaines
- c. moins de 15 jours
- d. aucunes de ces proposition

→ a

6- L'entorse grave habituelle de cheville

- a. Une rupture d'un ou de plusieurs faisceaux du LLE du cou-de-pied
- b. Une rupture du ligament latérale interne du cou-de-pied
- c. Une déchirure du ligament en haie

→ a

7- La rupture du ligament latéral externe de la cheville est caractérisé par

- a. Le pincement de l'interligne péronéo-astragalien
- b. Le bâillement tibio-astragalien externe en varus forcé
- c. L'ascension de la malléole péronière
- d. Un tiroir tibio-astragalien antérieur

→ bd

8-

● Tuberculose ostéoarticulaire & vertébrale

1- Quels est l'élément radiographique le plus en faveur d'un mal de Pott

- a. Erosion marginale antérieure du corps vertébral
- b. Ostéocondensation des plateaux
- c. Fuseau paravertébral
- d. Ostéophytose
- e. Pincement discal

→ c

2- Parmi les signes suivant lequel n'appartient pas au mal de Pott dorsolombaire

- a. Douleur dorsolombaire
- b. Gibbosité dorsolombaire
- c. Abscès du pli inguinal
- d. Tétraplégie
- e. La raideur du tronc

→ d

3-

● Le fémur

1- L'ostéonécrose de la tête fémorale peut être secondaire à ces étiologies sauf une :

- a. Algodystrophie
- b. Alcoolisme
- c. Corticothérapie
- d. Maladie des caissons
- e. Luxation traumatique de hanche

→ a

2- La fracture du fémur pertrochantérienne :

- a. Entraîne beaucoup de pseudarthrose
- b. Se diagnostique cliniquement par la position du mbr. Inf. en abduction rotation interne
- c. Se traite par ostéosynthèse
- d. Entraîne la nécrose de la tête fémorale
- e. Est opérée en urgence extrême

3- Une fracture transcervicale du fémur Garden IV

- a. Consolide généralement en 3 mois
- b. Crée souvent des cals vicieux
- c. Nécessite rarement une arthroplastie céphalique
- d. Est très thrombogène

b

4- La pseudarthrose après fracture du col du fémur

- a. Est favorisée par un trait de fracture vertical
- b. Est plus fréquente dans les fractures trochantériennes (par rapport aux fractures cervicales vraies)
- c. Peut s'accompagner d'une nécrose de la tête fémorale
- d. Est habituellement traitée chez le vieillard par la mise en place d'une prothèse
- e. Est traitée chez le jeune par une ostéotomie

acde

5- Fracture de l'extrémité supérieure de fémur

- a. Les fractures per-trochantériennes consolident bien
- b. Les fractures transcervicales consolident avec des cals vicieux fréquents
- c. La fracture transcervicale chez le vieillard est traitée par arthroplastie
- d. La vis-plaque est un des meilleurs traitements de fractures per-trochantériennes

acd

6-

● Complications de fracture

1- Quels sont les signes toujours constatés à la période d'alarme du syndrome de Volkmann

- a. Abolition du pouls radial
- b. Impotence douloureuse des doigts
- c. Rétraction irréductible des doigts
- d. Paralyse du nerf médian
- e. Œdème distal
- f. Froideur distale
- g. Paralyse du cubital

→ be

2- Un patient de 10 ans se présente en urgences après une chute sur le coude. L'examen retrouve un gros coude douloureux, une anesthésie de la pulpe du 5^e doigt et de hémipulpe médiale du 4^e doigt ; quelle est la complication

- a. Syndrome de Volkmann
- b. Paralyse du nerf cubital
- c. Paralyse du nerf médian
- d. Paralyse du nerf radial
- e. Thrombose de l'artère humérale

3- 6 mois après une fracture de Pouteau-Colles, une femme de 65 présente des paresthésies à recrudescence nocturne intéressant les trois doigts externes avec amyotrophie de l'éminence thénar et perte de la force d'opposition du pouce. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- a. Un syndrome de compression du nerf cubital dans le canal de Guyon
- b. Un syndrome algoneurodystrophique
- c. Un syndrome de compression du nerf médian dans le canal carpien
- d. Un début de syndrome de Volkmann

→ c

4- Concernant le syndrome des loges de la jambe après fracture de jambe

- a. Il y a disparition précoce des pouls périphériques
- b. Une tension douloureuse globale de la jambe est le signe le plus précoce
- c. Une cyanose distale des orteils est habituelle
- d. En l'absence de traitement la nécrose du pied est inévitable
- e. L'aponévrotomie est le seul traitement efficace

→ d

5- L'apparition soudaine d'une douleur de la jambe après traitement chirurgical et immobilisation d'une fracture de jambe, fait rechercher

- a. Une compression du nerf sciatique externe
- b. Un syndrome des loges
- c. Une infection
- d. Une thrombose veineuse surale
- e. Un déplacement du foyer de fracture

6- La prévention du syndrome de Volkmann lors de l'immobilisation plâtrée du membre supérieur comporte :

- a. Le coude ne doit pas être fléchi à plus de 90°
- b. Le premier plâtre doit être fondu
- c. Tout plâtre traumatologique doit être contrôlé le lendemain
- d. La main doit être surélevée
- e. Toute douleur anormale doit faire enlever le plâtre

abcde

7- Propositions exactes concernant le syndrome de Volkmann

- a. Il est d'origine ischémique
- b. Il atteint surtout les muscles extenseurs de l'avant bras
- c. Il peut compliquer une fracture supracondylienne de l'humérus de l'enfant
- d. Il peut se traduire seulement par une douleur à l'extension des doigts
- e. Il doit être traité d'extrême urgence

acde

8- Lors d'un traitement et la surveillance d'une fracture de coude chez l'enfant, on craint :

- a. Un problème vasculaire périphérique
- b. Un déficit neurologique radial et cubital mais surtout le médian
- c. Un déplacement sous plâtre
- d. Un cal vicieux
- e. Une pseudarthrose

abcd

9- Comment suspecter une lésion artérielle lors de l'examen d'une fracture d'un membre

- a. Par la constatation d'une cyanose distale précoce du membre
- b. Par l'importance de l'hémorragie locale de la plaie
- c. Par la prescription systématique d'une artériographie devant une fracture stade III

b

10- Un déplacement de fracture sous plâtre doit être particulièrement recherché en cas de :

- a. Comminution corticale asymétrique
- b. Obésité
- c. Œdème post-fracturaire immédiat
- d. Foyer diaphysaire plutôt qu'épiphysaire

abcde

11- Par rapport au traitement orthopédique, le traitement chirurgical d'une fracture de jambe à foyer ouvert a les inconvénients suivants :

- a. Nécessité de contrôle radiographique répété
- b. Consolidation retardée
- c. Risque de raideur
- d. Risque infectieux
- e. Risque thromboembolique

bd

12-

● Fracture bimalléolaire

1- Toutes les complications suivantes peuvent être observées au cours d'une fracture bimalléolaire par adduction sauf une, laquelle ? :

- a. Cal vicieux du cou de pied
- b. Arthrose tibio-tarsienne
- c. Ostéoporose post-traumatique
- d. Diastasis tibio-péronier
- e. Raideur de la cheville

d

2- Une de ces complications ne survient pas au cours de fracture bimalléolaire :

- a. Cal vicieux du cou de pied
- b. Arthrose tibio-tarsienne
- c. Pseudarthrose de la malléole interne
- d. Nécrose de l'astragale
- e. Syndrome algodystrophique

d

3- Après une chute sur le pied en pronation, quel est ou quel sont le ou les signes compatibles avec ce mécanisme

- a. De face le pied est décalé en dehors
- b. Il y a une douleur à l'insertion péronière du faisceau antérieur du ligament latéral externe
- c. Sur la radiographie de face, le péroné est fracturé transversalement au-dessus de la malléole externe
- d. Sur la radiographie de face, la malléole interne est fracturée transversalement à sa base
- e. Le blessé est incapable de relever les orteils

acd

4- Les fractures bimalléolaires par pronation-abduction

- a. Le péroné présente un trait spiroïde intra-ligamentaire
- b. Le diastasis tibio-péronier est important
- c. La malléole interne présente un trait vertical
- d. Une réduction orthopédique a plus de chances d'être efficace que pour une fracture en pronation pure
- e. La consolidation s'effectue en moyenne en 3 mois

be

5-

● Autres

1- Devant une disjonction traumatique de la symphyse pubienne, quelle est la complication à redouter ?

- a. Luxation sacro-iliaque
- b. Hémorragie intrapéritonéale
- c. Déchirure de l'urètre

c

2- Quelle est la complication la plus fréquente dans les luxations rétro-lunaires du carpe

→ Ne chercher pas c'est la paralysie du nerf médian (ha ha)

3- A partir de quel pourcentage de surface corporelle brûlée doit on hospitaliser un jeune enfant

- a. 10 %
- b. 20 %
- c. 50 %

a

4- A propos de la fracture du scaphoïde carpien

- a. Elle est facile à diagnostiquer
- b. La rupture de l'artère radiale dans la tabatière anatomique est fréquente
- c. Il y a un risque de nécrose certain en cas de fracture proximale.

- d. Elle consolide en moyenne en 3 mois
e. L'examen radiologique est plus démonstratif au 10^e, 15^e jour qu'immédiatement

cde

5- Dans le Dc et le TRT des phlegmons des gaines digitales, la douleur du cul de sac supérieur de la gaine des fléchisseurs du médus est perçue au niveau :

- a. Au-dessus du poignet
b. Dans le plis palmaire distal
c. Au niveau de la face palmaire de P1

b

6- On teste la fonction du fléchisseur commun superficiel lors d'une plaie de la main :

- a. On demandant au sujet de fermer le poing
b. En immobilisant en extension les doigts voisins et en demandant la flexion des doigts lésés

Remarque : lorsque les doigts sont maintenus en extension on élimine l'action du fléchisseur commun profond

b

7- Le bilan radiographique d'une fracture du cotyle doit comporter :

- a. Bassin face
b. $\frac{3}{4}$ obturateur
c. $\frac{3}{4}$ alaïre
d. faux profil de la hanche
e. UIV

abc

8- Défaut de réduction inacceptable chez l'enfant (demande un intervention chirurgicale correctrice)

- a. Chevauchement
b. Angulation frontale
c. Angulation sagittale
d. Défaut de rotation
e. Translation

d

9- Quelle est la position de transport d'un accidenté conscient présentant un volet thoracique antérolatéral gauche isolé et non décompensant

- a. Position latérale de sécurité du côté droit
b. Position latérale de sécurité sur le côté gauche
c. En décubitus dorsal
d. En position $\frac{1}{2}$ assise

10- A propos du traitement d'un panaris péri-unguéal :

- a. Les antibiotiques doivent être prescrites en l'absence de collection
b. L'efficacité du traitement antibiotique se manifeste dès la 24^e heure
c. Le spectre de l'antibiotique choisi doit être large car le staph n'est pas le seul germe à incriminer
d. Pour guérir un panaris péri-unguéal, il faut effectuer systématiquement une ablation de l'angle
e. Les ostéites des 3^e phalanges sont des complications fréquentes

abe

11- Quelles sont les 2 mesures les plus urgentes à effectuées en cas de traumatisme du thorax

- a. Trachéotomie
b. Intubation trachéale
c. Thoracotomie
d. Ostéosynthèse du volet
e. Drainage pleural

be

12- Parmi les variétés de volets costaux suivants, laquelle est bien tolérée

- a. Volets antérieurs
b. Volets postérieurs
c. Volets latéraux
d. Volets engrenés
e. Volets comportant une seule rangée de fracture

bd

13- Une plaie par coup de couteau au niveau de l'éminence thénar occasionne :

- a. Une perte de la flexion de P2 sur P1 du pouce par atteinte du long fléchisseur propre du pouce
b. Une perte de l'opposition du pouce par section du rameau thénarien du médian
c. Une perte de l'adduction du pouce par atteinte des branches profondes du nerf cubital
d. Un déficit de l'extension de la métacarpo-phalangienne du pouce par atteinte du long extenseur propre du pouce

ab

14- Sur une plaie de la main sur quel signe affirmez-vous que le nerf médian est atteint

- a. Difficulté de l'abduction du pouce
b. Perte de la pronation
c. Insensibilité de la pulpe du médus
d. Impossibilité de l'écartement des doigts
e. Signe de Froment

C

Commentaire : a : le nerf médian n'innervé que le court abducteur du pouce, il subsiste donc le long abducteur du pouce (innervé par le nerf radial)

15- La section du nerf collatérale par plaie au niveau du doigt est responsable :

- a. De l'absence de mobilité active en flexion
b. De la perte de la sensibilité d'une hémipulpe
c. De la perte de l'extension active de la 2^e et 3^e phalange

b

16- Signe le plus caractéristique du phlegmon de la gaine des fléchisseurs du médus à un stade de début

- a. Douleur au-dessus du poignet
b. Anesthésie du médus
c. Douleur dans le pli palmaire distal
d. Crochet irréductible
e. Cyanose du médus

c

17-