***Ce document doit être rempli obligatoirement par le candidat, et doit être remis aux surveillants à la fin de l'épreuve avec la grille des réponses****.***EPREUVE DE CHIRURGIE**



*Nom :

Prénom :

N° Ordre :

Emargement :*

1. **Une dysphagie peut s’observer dans les situations suivantes sauf :**

A. Œsophagite peptique

B. Cancer de l’œsophage

C. Varices œsophagiennes stade 2

D. Mycoses œsophagiennes

E. Achalasie.

1. **Concernant le cancer de l’œsophage, toutes ces propositions sont exactes sauf une ; laquelle** ?

A. Sur le plan histologique le carcinome épidermoïde est le plus fréquent

B. Les malades meurent souvent une année après que le diagnostic soit établi

C. L’intervention chirurgicale est souvent curative

D. Après résection œsophagienne, les patients peuvent avoir un rétablissement de continuité avec le tube gastrique

E. Les patients nécessitent souvent une pyloroplastie lors de l’intervention.

1. **Parmi les affections gastriques suivantes, quelles sont celles qui sont considérées comme pré- cancéreuses ?**

A. La gastrite chronique

 B. Le polype adénomateux

 C. La maladie de Ménétrier

D. La maladie de Biermer avec atrophie gastrique

E. La hernie hiatale.

1. **Quelles sont les facteurs de mauvais pronostic dans le cancer gastrique** ?

A. Forme étendue localement

B. Tumeur inférieure à 4 cm de diamètre

C. Tumeur diffuse

D. Age inférieur à 70 ans.

E. Chirurgie avec résidu tumoral

1. **Le cancer du colon transverse se complique de :**

 A. Occlusions intestinales

 B. Hémorragie digestive

 C. Péritonite aigue

 D. Invagination intestinale

 E. Distension asymétrique de l’abdomen.

1. **Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) nécessaire(s) au diagnostic positif du cancer du colon gauche ?**

 A. Colonoscopie complète avec biopsie

 B. Rectoscopie avec biopsie

 C. Scanner thoraco- abdomino -pelvien

 D. Marqueurs tumoraux : ACE

 E. Colonoscopie virtuelle.

1. **Parmi les propositions suivantes concernant le cancer du rectum, une est inexacte, laquelle ?**
2. Il s’agit d’un épithélioma malpighien
3. Il peut donner une hémorragie de faible abondance
4. Il peut survenir chez le jeune
5. Plus il est bas situé et plus les chances de conserver le sphincter anal sont faibles dans le traitement chirurgical
6. Il peut exacerber les hémorroïdes internes.
7. **Quelle est la principale raison pour qu’un sujet ayant une pancréatite chronique soit confié au chirurgien ?**

 A. Une obstruction cholédocienne

 B. Une obstruction duodénale

C. La formation d’un pseudo kyste

D. L’hémorragie

E. Une douleur continue.

1. **Concernant le cancer de la vésicule biliaire, une de ces propositions est inexacte, laquelle ?**

A. Il est fréquent

B. L’ictère est un signe tardif traduisant l’extension aux voies biliaires

C. Dans 90% des cas il est associé à une lithiase

D. Son pronostic est très sombre

E. Peut commencer par une métaplasie épithéliale.

1. **Quel examen permet le diagnostic de certitude de la lithiase de la voie biliaire principale ?**

 A. L’échographie abdominale

 B. TDM

 C. Bili IRM

 D. Echo endoscopie digestive

 E. ASP.

1. **Chez une patiente de 35 ans en bon état général, jamais opérée et présentant 2 calculs dans la voie biliaire principale, totalement asymptomatique, quelle est la meilleure attitude à adopter ?**

A.Cholédocotomie et extraction des calculs

 B. Sphinctérotomie endoscopique

 C. Sphinctérotomie endoscopique associée à une cholécystectomie par cœlioscopie

 D. Cholécystectomie et extraction des calculs de la VBP par cholédocotomie

 E. Abstention et surveillance.

1. **Dans la pancréatite aigue, le scanner abdominal en urgence : cochez les réponses exactes.**

 A. Est réalisé à l’admission

 B. Donne le diagnostic positif

C. Donne le diagnostic de sévérité

 D. Recherche l’existence d’un pseudo kyste

 E. Peut être utile au diagnostic étiologique.

1. **La pancréatite aigue se caractérise par toutes les données suivantes sauf une : laquelle ?**

A. Elle comporte au plan anatomique un œdème ou une nécrose hémorragique du pancréas

 B. Elle est observée à un âge plus avancé que celui de la pancréatite chronique

C. Elle peut être en rapport avec l’enclavement d’un calcul au niveau de l’ampoule de Water

 D. Elle est principalement observée chez l’homme

 E. Le SIRS est le plus utilisé pour la surveillance.

1. **Concernant les facteurs de gravité du kyste hydatique du foie ; l’une de ces propositions est inexacte, laquelle ?**

 A. Son volume proportionnel à sa gravité

 B. Sa topographie centrale

 C. Sa localisation au niveau de la convexité postérieure

 D. Son ouverture dans les voies biliaires

E. La compression d’une veine sus hépatique à l’origine d’un syndrome de Budd-Chiari.

1. **Quel(s) est (sont) le (les) signe(s) évocateur(s) d’un étranglement herniaire ?**

A. Douleur au niveau du collet de la hernie

 B. Irréductibilité de la hernie

 C. Absence d’expansion de la hernie à la toux

 D. Présence de sang dans les selles

 E. Caractère indolore du toucher rectal.

1. **Indiquez parmi les complications des calculs réno-urétéraux celle (s) qui appelle (nt) une intervention d’urgence :**
2. Pyélonéphrite Obstructive
3. Lombalgie persistante
4. Anurie calculeuse
5. Cystalgies
6. Pyurie isolée.
7. **Les lithiases d’acide urique :**
8. Nécessitent des urines acides pour se développer
9. Peuvent se dissoudre par alcalinisation des urines
10. Peuvent parfois exister sous forme de calculs coralliformes
11. Font toujours suite à des crises de goutte dans les antécédents
12. Sont formées par précipitation de l’urate de sodium.
13. **Un calcul coralliforme peut se manifester par :**
14. Des infections urinaires récidivantes
15. Des coliques néphrétiques
16. Une hématurie terminale
17. Un rein muet à l’UIV
18. Une insuffisance rénale chronique.
19. **Un patient de 40 ans présente des coliques néphrétiques récidivantes, la calciurie est mesurée à 450mg/24h, l’analyse du calcul est en faveur d’une lithiase d’oxalate de calcium. Quelle (s) mesure (s) diététique (s) conseillez-vous à ce patient ?**
20. Consommation régulière de 2 litres d’eau/jour
21. Diminution de la ration calcique à moins de 600mg/24h
22. Eviter de boire de l’eau minérale
23. Le chocolat sera évité
24. Alcalinisation des urines par de l’eau bicarbonatée.
25. **Chez l’homme porteur d’une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), les signes du syndrome obstructif sont la dysurie et :**
26. Les gouttes retardataires
27. La nycturie
28. La pollakiurie
29. Les brûlures mictionnelles
30. La diminution de la force du jet.
31. **La rétention vésicale complète aigüe d’urine au cours de l’évolution d’une HBP :**
32. Est une indication obligatoire du traitement chirurgical
33. Est précédée d’hématurie
34. Entraine une contracture hypogastrique
35. Est toujours provoquée par un épisode infectieux
36. Est un épisode parfois transitoire dans l’évolution de l’HBP.
37. **Parmi les examens suivants, indiquez celui qui est indispensable au diagnostic de cancer de la prostate :**
38. Taux des phosphatases acides
39. Urographie intraveineuse
40. Biopsie prostatique
41. Antigène carcino-embryonnaire
42. Echographie prostatique.
43. **Dans le bilan d’extension osseux d’un cancer prostatique, Quelle (s) exploration (s) demander?**
44. Radiographie du squelette complet
45. Tomodensitométrie
46. Tomographie conventionnelle
47. Scintigraphie osseuse
48. IRM.
49. **En dehors de la prostatectomie totale, le traitement d’un cancer localisé de la prostate, sans extension extra-capsulaire, est actuellement :**
50. Orchidectomie bilatérale
51. Les anti-androgènes
52. Les analogues LHRH
53. La résection trans-urèthrale de la prostate
54. La radiothérapie externe conformationnelle.
55. **Quel est ou quels sont les facteurs de risque associés au cancer de vessie ?**
56. Amiante
57. Anilines
58. Tabac
59. Schistosomahaematobium
60. Infection urinaire récidivante.
61. **L’extension d’une tumeur de vessie est appréciée par :**
62. Toucher rectal associé au palper abdominal
63. Laparoscopie
64. TDM thoracique
65. Tomodensitométrie abdominale
66. Echographie pelvienne.
67. **La gravité d’un cancer de vessie est proportionnelle à un seul de ces facteurs :**
68. L’importance de l’hématurie
69. La taille et le nombre des tumeurs
70. La profondeur de pénétration tumorale dans la paroi vésicale
71. L’existence d’une dilatation urétérale au dessus de la tumeur
72. L’âge du patient.
73. **Parmi les modifications biologiques suivantes évocatrices d’un syndrome paranéoplasique qui peuvent se voire chez un patient porteur d’un cancer du rein :**
74. Hypercalcémie
75. Hypophosphorémie
76. Polyglobulie
77. Augmentation des phosphatases alcalines
78. Hyperuricémie.
79. **Une varicocèle droite, récemment apparue chez un homme de 60 ans, permet de suspecter le diagnostic de :**
80. Traumatisme rénal récent
81. Tumeur testiculaire droite
82. Kyste du rein droit
83. Cancer du rein droit
84. Hypertrophie prostatique.
85. **Quelle origine topographique attribuez-vous à une hématurie terminale ?**
86. Rein
87. Vessie
88. Urètre
89. Organes génitaux externes
90. Uretère.
91. **Une hématurie macroscopique est habituellement retrouvée dans toutes les éventualités suivantes sauf une. Laquelle ?**
92. Lithiase
93. Néphropathie du purpura rhumatoïde
94. Néphrose lipoïdique
95. Maladie de Berger
96. Glomérulonéphrite aigüe post-streptococcique.
97. **Quels sont les marqueurs tumoraux dans le cancer du testicule ?**
98. CA 19-9
99. Béta HCG
100. Alpha foeto-protéines
101. ACE
102. CA 125.
103. **Quelles décisions prendre chez un patient de 25 ans présentant un nodule intra-testiculaire dur d’apparition progressive, isolé sans anomalie épididymaire et sans infection uro-génitale ?**
104. Dosage plasmatique d’alpha foeto-protéines et Béta HCG
105. Biopsie echoguidée
106. Pulpectomie sous albuginée
107. Orchidectomie par voie haute inguinale avec ligature première du cordon
108. Traitement par antagoniste du LHRH.
109. **Parmi les signes suivants quel est celui (ceux) qui est (ou sont) évocateurs d’une torsion du testicule ?**
110. Aspect inflammatoire de la bourse
111. Adénopathie inguinale
112. Œdème de la bourse
113. Rétraction du testicule à la partie haute de la bourse
114. Dysurie.
115. **Un œil rouge douloureux et dur, peut faire suspecter une crise de glaucome aigu ou une uvéite hypertensive. Parmi les signes suivants, quel est celui qui permet de retenir sans hésitation le premier diagnostic ?**
116. L’œdème cornéen
117. La baisse de vision
118. La mydriase
119. La photophobie
120. Le larmoiement.

1. **Les causes pouvant déclencher une crise de glaucome aigu par fermeture de l’angle chez des sujets prédisposés :**
2. Le passage à l’obscurité
3. Les médicaments parasympatholytiques (Atropine ou dérivés)
4. L’anesthésie générale
5. Les collyres myotiques
6. Les antidépresseurs tricycliques.
7. **En cas de glaucome à anglefermé ; l’iridectomie périphérique a pour but :**
8. D’abaisser la tension intraoculaire
9. De réduire la mydriase
10. De provoquer un court-circuit entre chambre antérieure et chambre postérieure
11. De réduire les risques de cataracte
12. De réduire la néo vascularisation de l’angle.
13. **Les signes fonctionnels de la cataracte peuvent être :**
14. Rétrécissement concentrique du champ visuel
15. Baisse d’acuité visuelle rapide
16. Diplopie binoculaire
17. Diplopie monoculaire
18. Photophobie.
19. **Parmi ces étiologies, cochez celle (s) associée (s) fréquemment à une cataracte :**
20. Traumatismes oculaires perforants
21. Dystrophie myotonique de Steinert
22. Age avancé
23. Hyperparathyroïdie
24. Corticothérapie à forte dose et au long cours.
25. **Au cours de l’évolution d’une affection de l’oreille moyenne, vous évoquez une atteinte de l’oreille interne devant :**
26. Otodynie
27. Céphalées
28. Vertige
29. Ecoulement muco-purulent abondant
30. Hyperthermie.
31. **Des épistaxis récidivantes chez un adulte peuvent être dues à :**
32. Un cancer de l’ethmoïde
33. Une polypose naso-sinusienne
34. Un traitement anticoagulant mal contrôlé
35. Une angiomatose de Rendu Osler
36. Une sinusite frontale.
37. **Un adulte de 50 ans présente une obstruction nasale progressive accompagnée d’épistaxis récidivantes. Quel diagnostic doit-on envisager ?**
38. Végétations adénoïdes
39. Ectasie de la tache vasculaire
40. Polypose naso-sinusienne
41. Fibrome naso-pharyngien
42. Tumeur de l’ethmoïde.
43. **Parmi les signes énumérés ci-dessous, quel est celui ou quels sont ceux évoquant la souffrance du labyrinthe ?**
44. Acouphènes
45. Surdité de perception
46. Surdité de transmission
47. Vertiges
48. Otodynie.
49. **Chez un patient présentant une névrite vestibulaire gauche typique, on peut observer :**
50. Un vertige rotatoire important avec signes neurovégétatifs
51. Un nystagmus spontané droit
52. Une surdité de perception avec acouphènes
53. Une éruption vésiculeuse au niveau de la conque de l’oreille
54. Un signe de Babinski gauche.
55. **Les cancers glottiques sont :**
56. Des adénocarcinomes dans 90% des cas
57. Des carcinomes épidermoïdes dans 90% des cas
58. Peu lymphophiles
59. Révélés par des troubles de la déglutition
60. Révélés par des troubles de la phonation.
61. **Un carcinome épidermoïde bourgeonnant siégeant sur le tiers moyen d’une corde vocale mobile chez un sujet de 40 ans peut être traité par :**
62. Cordectomie
63. Radiothérapie
64. Biopsie exérèse sous microscope opératoire
65. Laryngectomie totale
66. Chimiothérapie antimitotique et immunothérapie.
67. **Chez un patient fumeur, éthylique chronique, dont l’examen clinique permet de mettre en évidence une adénopathie sous-digastrique, quel est le premier examen à faire pour orienter le diagnostic, sachant que les examens biologiques : sérologie, IDR à la tuberculine et NFS sont normaux ?**
68. Biopsie ganglionnaire
69. Cervicotomie exploratrice avec examen extemporané
70. Endoscopie des voies aérodigestives supérieures
71. Tomodensitométrie cervicale
72. Adénectomie sous-digastrique.
73. **Un cancer du naso-pharynx peut se révéler par :**
74. Une paralysie oculomotrice
75. Une dysphagie
76. Une adénopathie cervicale
77. Une otalgie
78. Une épistaxis
79. **Parmi les signes cliniques ci-dessous, quel est celui qui ne fait pas partie du tableau de l’inondation par rupture cataclysmique de grossesse ectopique ?**
80. Douleurs scapulaires
81. Douleur hypogastrique brutale
82. Tachycardie
83. Contracture abdominale
84. Douleur au cul de sac de Douglas.
85. **L’examen de certitude en matière de grossesse extra-utérine avant la rupture est :**
86. L’échographie
87. La cœlioscopie
88. L’hystéroscopie
89. La colposcopie
90. La radiographie.
91. **Le kyste dermoïde de la fillette est caractérisé par** :
92. La présence de calcifications au sein du kyste, repérées à l’ASP
93. La possibilité d’une torsion engageant la vitalité de l’ovaire
94. Une possibilité de dégénérescence
95. Des signes de féminisation (pseudo puberté précoce)
96. La nécessité d’une intervention si le diamètre excède 50 mm de diamètre.
97. **Parmi les propositions suivantes concernant les kystes de l’ovaire, laquelle est vraie ?**
98. La persistance d’un kyste de 3 cm après traitement par micropilule progestative est en faveur de sa nature organique
99. La bilatéralité permet d’éliminer le diagnostic de kyste fonctionnel
100. La rupture intrapéritonéale concerne essentiellement les kystes organiques
101. Tout kyste de l’ovaire inférieur à 5 cm et purement liquidien à l’échographie doit être considéré comme organique
102. La présence de calcifications sur un cliché d’ASP est en faveur d’un kyste dermoïde (tératome bénin mature).
103. **Une femme de 25 ans présente un kyste de l’ovaire unilatéral mesurant 6 à 7 cm de diamètre. A l’échographie il est anéchogène. Cela peut correspondre à une ou plusieurs propositions suivantes :**
104. Kyste dermoïde
105. Kyste endométrioïde
106. Kyste fonctionnel
107. kyste mucoïde
108. Kyste séreux.
109. **Parmi les propositions suivantes concernant les fibromes utérins, quelles sont celles qui sont fausses ?**
110. Dégénérescence maligne dans 10% des cas après la ménopause
111. Incontinence urinaire à l’effort
112. Clivage chirurgical possible
113. Cause de stérilité
114. Augmentation de volume sous l’effet des œstrogènes.
115. **Une des complications suivantes ne s’observe jamais dans l’évolution des fibromes utérins :**
116. Nécrose
117. Torsion
118. Hémorragies
119. Hydronéphrose
120. Dégénérescence épithéliomateuse.
121. **On prescrit souvent des progestatifs en cas de ménorragies d’importance moyenne en relation avec un fibrome utérin, à quelle époque du cycle les prescrit-on généralement ?**
122. Pendant les règles
123. Du 5ème au 14ème jour du cycle
124. Du 10ème au 20ème jour du cycle
125. Du 16ème au 25ème jour du cycle
126. En continu.
127. **Le placenta prævia :**
128. Est un facteur de rupture prématurée des membranes
129. Peut ne se manifester qu’à l’accouchement
130. Favorise les présentations dystociques
131. Nécessite toujours une césarienne
132. Peut entraîner une contracture utérine.
133. **Une menace d’accouchement prématuré peut se traduire par :**
134. Contractions utérines douloureuses
135. Métrorragies
136. Douleurs ligamentaires
137. Modification du col
138. Hypertension artérielle.
139. **L’apparition de crises comitiales chez une gestante au 9ème mois, hypertendue, évoque surtout :**
140. Un état comitial ancien
141. Une hémorragie cérébrale
142. Un ramollissement cérébral
143. Une éclampsie
144. Une thrombose veineuse cérébrale.
145. **L’état pré-éclamptique d’une néphropathie gravidique typique comporte les symptômes suivants sauf un, lequel ?**
146. Protéinurie souvent importante
147. Une uricémie souvent élevée
148. Une hypertension artérielle
149. Des œdèmes
150. Une bactériurie importante.
151. **Les facteurs de risque de cancer de l’endomètre comportent :**
152. Obésité
153. Diabète
154. Hyperplasie de l’endomètre
155. Femme jeune
156. Cancer du col familial.
157. **En cas de tumeur ovarienne solide ou mixte à l’échographie, chez une jeune fille, il faut :**
158. Ne rien faire
159. Opérer d’emblée
160. Ponctionner par voie coelioscopique
161. Refaire l’échographie après les règles suivantes
162. Faire un test thérapeutique par oestroprogestatif ou progestatif.
163. **Quelle exploration para clinique peut permettre de diagnostiquer une tumeur ovarienne sans préjuger de son type histologique ?**
164. Abdomen sans préparation
165. Hystérométrie
166. Hystérosalpingographie
167. Lavement baryté
168. Echographie pelvienne.
169. **Quel est l’examen le plus sensible pour le dépistage des cancers du sein ?**
170. La thermographie
171. La mammographie
172. L’autopalpation
173. L’échographie
174. Le dosage sérique de l’ACE.
175. **L’hémorragie de la délivrance :**
176. Concerne 15% des accouchements
177. Est définie par une perte sanguine supérieure à 500mL dans les 24 heures suivant l’accouchement
178. Est définie par une perte sanguine supérieure à 1L dans les 48 heures suivant l’accouchement
179. Est plus fréquente chez les primipares
180. Peut être diagnostiquée sur la NFS.
181. **Chez le nouveau-né, quel est le symptôme clinique constamment retrouvé, devant faire soupçonner le diagnostic d’atrésie de l’œsophage ?**
182. Cyanose
183. Détresse respiratoire
184. Hypersialorrhée
185. Vomissements
186. Toux.
187. **Le dépistage par l’examen clinique des anomalies cliniques congénitales de la hanche comporte entre autre la recherche du signe de ressaut. Cet examen est réalisé :**
188. Dès les trois premiers jours de la vie
189. A partir de la 3ème semaine
190. A partir du 3ème mois
191. A 6 mois
192. A 12 mois.
193. **L’hypertension intracrânienne dite « bénigne » :**
194. Est en rapport avec une tumeur cérébrale bénigne
195. Est caractérisée par un scanner toujours normal
196. S’accompagne d’un œdème au fond d’œil
197. Peut être d’origine médicamenteuse
198. Ne contre-indique pas la ponction lombaire.
199. **Quelle est la caractéristique principale de la céphalée d’une hémorragie méningée :**
200. Situation occipitale
201. Installation progressive
202. Répétitive
203. Installation très brutale
204. Accompagnée de vomissements.
205. **Un coma avec hémiplégie constitué rapidement 6 heures après un choc temporal chez un adulte fait évoquer :**
206. Hémorragie cérébro-méningée
207. Une migraine post-traumatique
208. Un hématome extra-dural
209. Une attrition temporale
210. Un infarctus cérébral.
211. **Parmi les symptômes suivants, lesquels sont liés directement à l’hypertension intracrânienne :**
212. Obnubilation
213. Céphalées
214. Hallucinations visuelles
215. Paralysie du IIIème nerf crânien
216. Hémianopsie bitemporale.
217. **L’hématome extra-dural peut être dû à :**
218. Une rupture de l’artère méningée moyenne
219. Une rupture de la carotide interne intracrânienne
220. Une simple fracture de l’écaille du temporal
221. Une plaie de la paroi du sinus veineux
222. La complication d’une intervention neurochirurgicale.
223. **Quelles sont les séquences cliniques compatibles avec le diagnostic d’hématome extra-dural post-traumatique :**
224. Perte de connaissance brève lors du traumatisme, puis 3 heures plus tard céphalées, hémiplégie et coma.
225. Coma d’emblée, durable
226. Obnubilation depuis le traumatisme puis quelques heures plus tard, aggravation de l’état de conscience et de l’hémiplégie
227. Rien au moment du traumatisme puis troubles de la conscience 2 heures plus tard
228. Rien au moment du traumatisme puis crise Bravé-Jacksonienne droite 4 heures plus tard.
229. **En dehors de contre-indications dues à l’âge, l’état clinique ou le terrain, le bilan étiologique devant une hémorragie méningée doit comporter** :
230. Electroencéphalogramme
231. Scanner sans injection
232. Artériographie des 4 axes artériels
233. Doppler des vaisseaux du cou
234. Bilan de la coagulation sanguine.
235. **Une luxation du rachis cervical C7-D1 :**
236. Peut entrainer une tétraplégie totale
237. S’accompagne toujours d’une paralysie phrénique
238. Peut créer une irritation bulbaire avec trouble du rythme cardiaque
239. Risque de ne pas être vue par des clichés standards
240. Peut être associée à l’accrochage des apophyses articulaires.
241. **Une fracture de l’odontoïde :**
242. Relève d’une rotation brusque de la tête
243. Relève plutôt d’un mécanisme de flexion-extension
244. S’accompagne dans sa forme habituelle, de tétraplégie
245. Risque d’entrainer la mort par des lésions bulbaires
246. Donne rarement des pseudarthroses.
247. **Comment allez-vous transporter idéalement un polytraumatisé qui a un traumatisme crânien avec coma et un volet thoracique gauche ?**
248. En décubitus dorsal ½ assis
249. En position latérale de sécurité gauche
250. En alignement axial tête-cou-tronc
251. En assistance respiratoire
252. Tête basse, jambes surélevées et bandées pour lutter contre l’hypotension.
253. **Les critères de mauvais pronostic des fractures transcervicales de l’extrémité supérieure du fémur sont liés à un ou plusieurs des facteurs suivants :**

A. Le caractère vertical du trait de fracture

B. Un déplacement important

C. La rupture de l’artère circonflexe postérieure

D. L’arrachement du petit trochanter

E. Un retard de réduction de plus de 24 heures.

1. **Quel traitement doit-on proposer à une femme de 40 ans, en bon état général victime d’une fracture déplacée, sous-capitale, du col du fémur ?**

A. Extension continue

B. Vissage

C. Enclouage de Ender

D. Prothèse totale

E. Plâtre pelvipédieux.

1. **La luxation postérieure de la hanche avec fracture du cotyle peut être responsable :**

A. D’une paralysie crurale

B.D’une rupture de la vessie

C. D’une lésion de l’artère fémorale

D. D’une nécrose de la tète fémorale

E. D’une coxarthrose.

1. **Une luxation-fracture du cotyle :**

A. Est par ordre de fréquence, ischiatique, obturatrice, pubienne et iliaque

B. Sa principale complication immédiate est une fracture transcervicale du fémur

C. S’accompagne plus souvent d’une contusion du nerf sciatique que d’une contusion du crural

D. La rupture de l’artère ischiatique doit être suspectée car elle est à l’origine de la nécrose secondaire de la tète fémorale

E. Sa réduction doit se faire en extrême urgence.

1. **Le traitement des fractures ouvertes de jambe de stade III (Cauchois-Duparc) doit comporter :**

A. Une prévention antitétanique

B. Un parage soigneux des parties molles

C. Une fermeture cutanée primitive

D. Une ostéosynthèse des lésions osseuses par plaque vissée

E. Une immobilisation des lésions osseuses par fixateur externe.

1. **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 vers en bas, en avant et en dedans

C. La surface articulaire inférieure du radius s’articule avec le scaphoïde et le pyramidal

D. L’index radio- cubital permet de situer la position relative de la tète cubitale par rapport à l’extrémité inférieure du radius

E. Le ligament triangulaire complète en dedans la surface articulaire proximale radio carpienne.

1. **La fracture de Pouteau-Colles concerne l’extrémité inférieure du radius. Le déplacement du trait de fracture se fait sous forme de :**

A. Bascule dorsale

B. Bascule palmaire

C. Bascule externe

D. Bascule interne

E. Absence de déplacement.

1. **Quel est le site métastatique le plus fréquent dans les ostéosarcomes ?**

A. Le foie

B. Le poumon

C. L’os

D. Le cerveau

E. La moelle hématopoïétique

1. **Parmi les propositions suivantes concernant l’ostéomyélite aigue, Laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?**

A. La localisation de l’infection est d’abord épiphysaire

B. Elle atteint avec prédilection les enfants

C. En l’absence de diagnostic certain, mieux vaut attendre avant de commencer le traitement

D. Le germe en cause est le plus souvent le staphylocoque doré

E. La drépanocytose est une cause favorisante.

1. Une **fracture de l’extrémité inférieure du radius par compression extension :**

A. Entraine lorsqu’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

D. Doit être réduite de manière à ce que la surface articulaire inférieure du radius soit à nouveau orientée en bas et en avant

E. Est un facteur fréquent d’algodystrophie.

1. **Parmi les complications suivantes, laquelle (lesquelles) peut-on rencontrer au décours d’une fracture typique de Pouteau-Colles immobilisée pendant 45 jours ?**

A. Pseudarthrose

B. Ossification péri articulaire

C. Syndrome du canal carpien

D. Algodystrophie.

E. Nécrose post traumatique.

1. **Le bilan radiographique d’une fracture du cotyle au décours d’un polytraumatisme doit comporter :**

A. Bassin de face

B. ¾ obturateur

C. ¾ alaire

D. Faux profil de la hanche

E. Urographie intraveineuse.

1. **Parmi les propositions suivantes, citez celles qui sont exactes :**

A. L’appendicite mésocoeliaque peut simuler une salpingite aigue

B. L’appendicite pelvienne peut être révélée par des signes urinaires

C. La défense de la fosse iliaque droite est un signe clinique essentiel

D. Le toucher rectal est toujours douloureux

E. Il existe souvent une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles

1. **L’état de choc des premières 24H d’une brûlure étendue récente s’explique par :**

A. Diminution du débit cardiaque

B. Déficit du volume sanguin

C. Colonisation bactérienne

D. Augmentation des résistances vasculaires

E. Augmentation de la perméabilité capillaire.

1. **A propos des infections de la main, quelles sont les propositions exactes ?**

A. Le phlegmon de la gaine des fléchisseurs est une lésion bénigne à traiter par les antiseptiques locaux

B. Le germe le plus fréquemment rencontré est le staphylocoque doré

C. Un panaris peut se compliquer en phlegmon de la gaine des fléchisseurs

D. Le traitement du panaris est chirurgical

E. La prévention du tétanos est contre-indiquée en cas de panaris du pouce.

1. **Il peut exister un pneumopéritoine dans les perforations de toutes les localisations suivantes sauf une, laquelle ?**

A. Estomac

B. Iléon

C. Colon sigmoïde

D. Appendice

E. Troisième duodénum.

1. **L’occlusion du grêle par strangulation se caractérise par :**

A. Début brutal

B. Météorisme abdominal important

C. Forte intensité des coliques abdominales

D. Précocité des vomissements

E. Niveaux hydro-aériques plus hauts que larges.

1. **Au cours de l’iléus paralytique, tous les signes suivants sont fréquents sauf un, lequel ?**

A. Distension abdominale

B. Augmentation des bruits hydro-aériques à l’auscultation

C. Douleur abdominale discrète

D. Distension radiologique du grêle et du colon

E. Peu de niveaux hydro-aériques.

**Cas clinique**

 **M.A. âgé de 59 ans, arrive aux urgences, au CHU, à 5 heures du matin pour une douleur de la jambe droite. Il présente comme seul antécédent un rétrécissement mitral, non compliqué, suivi tous les ans par son cardiologue. Il ne fume pas et il ne prend aucun traitement. Brutalement cette nuit vers 3 heures, il a été réveillé par une violente douleur au niveau de la cuisse droite. Il décrit cette douleur comme intense, sans période d’accalmie. Il se plaint d’une faiblesse musculaire dans la jambe droite et celle-ci lui semble engourdie. ECG fait en urgence objective une ACFA.**

1. **Que manque- t-il à l’examen clinique ?**
2. Recherche de réflexe ostéotendineux
3. Palpation des pouls
4. DEXTRO
5. Recherche de Babinski
6. Recherche du signe de Lasègue
7. **Votre examen ne retrouve pas cet (ces) élément(s). Quel est votre diagnostic ?**
8. Sciatique hyperalgique
9. Compression médullaire
10. Ischémie aiguë du membre inférieur
11. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs(AOMI)
12. Erysipèle.
13. **Quel(s) traitement(s) médicamenteux mettez- vous en place en urgence ?**
14. Aspirine
15. Anticoagulant par héparine
16. Antalgique
17. Bétabloquants
18. Cordarone.
19. **Quel est le traitement spécifique ?**
20. Réduction percutanée en urgence
21. Revascularisation en urgence
22. Amputation
23. Thrombolyse intra veineuse
24. Aponévrotomie de décharge.
25. **Quels sont les risques principaux de cette pathologie ?**
26. Nécrose
27. Surinfection
28. Hypercalcémie
29. Hyperkaliémie
30. Hypokaliémie.