

Examen de Rattrapage d'hématologie

4^{ème} année médecine 2017-2018

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

Partie Théorique : Cochez la réponse fausse

- Le myélogramme est :**
 - Réalisé au niveau de l'os iliaque
 - Réalisé au niveau de l'os sternal
 - Une étude anatomopathologique
 - Un examen cytologique médullaire
 - Une cytoponction de la moelle osseuse
- La cytoponction ganglionnaire est :**
 - Colorée par MGG
 - Une étude cytologique
 - Un examen d'orientation
 - Une analyse histologique
 - Réalisée par ponction ganglionnaire
- L'anémie ferriprive est caractérisée par :**
 - Un fer sérique diminué
 - Une ferritinémie basse
 - Une anémie hypochrome
 - Une anémie microcytaire
 - Une anémie régénérative
- En cas d'une carence en facteurs anti pernecieux on peut retrouver :**
 - Une pancytopenie
 - Une chute des cheveux
 - Une anémie macrocytaire
 - Un subictère conjonctival
 - Des troubles dyspeptiques
- Une anémie macrocytaire doit faire rechercher :**
 - Une hypothyroïdie
 - Une hépathopathie
 - Une carence martiale
 - Une carence vitamine B12
 - Un syndrome myélodysplasique (SMD)
- Le programme transfusionnel dans la maladie de Cooley nécessite :**
 - un échange transfusionnel
 - un traitement chélateur en fer
 - des contrôles sérologiques périodiques
 - des évaluations des rendements transfusionnels
 - des transfusions par des culots globulaires (CGR) iso groupes iso rhésus phénotypés
- Les signes observés dans la drépanocytose majeure (SS) sont :**
 - Une dysmorphie crâniofaciale
 - Une Anémie à l'hémogramme
 - Des crises vaso-occlusives des petits vaisseaux
 - Des hématies en faucille au frottis de sang (FS)
 - Une hémoglobine « S » majoritaire à l'électrophorèse de l'hémoglobine
- Le tableau clinique les anémies hémolytiques acquises auto immunes chroniques est fait de :**
 - Splénomégalie
 - Selles décolorées
 - Triade hémolytique
 - Ictère cutanéomuqueux
 - Asthénie et pâleur cutanéomuqueuse
- Au cours de l'anémie hémolytique auto immune, on note :**
 - Fer sérique : bas
 - Bilirubine totale : augmentée
 - Bilirubine indirecte : augmentée
 - Test de Coombs direct (TCD) positif
 - Taux de réticulocytes > 120 000/mm³
- Dans le purpura thrombopénique auto immun idiopathique on note :**
 - Un Taux de prothrombine bas
 - Une absence de splénomégalie
 - Un purpura pétéchiial et ecchymotique
 - Une thrombopénie sur tube EDTA et Citraté
 - Une présence de mégacaryocytes au myélogramme
- Les traitements utilisés dans le purpura thrombopénique auto immun idiopathique sont :**
 - Splénectomie
 - Antiagrégants
 - Immunosuppresseurs
 - Corticoïdes type Perdnisolone
 - Immunoglobulines polyvalentes
- La leucémie lymphoïde chronique (LLC) se caractérise par :**
 - Adénopathies symétriques
 - Transcrit BCR ABL à la biologie moléculaire
 - Lymphocytose chronique à l'hémogramme
 - Diagnostic est posé par cytométrie en flux (CMF)
 - Présence d'ombre de Gumprecht au frotti de sang (FS)
- La classification de BINET dans la leucémie lymphoïde chronique (LLC) prend en compte :**
 - L'hémogramme
 - Le taux de plaquettes
 - Le taux d'hémoglobine
 - Le taux des Globules Blancs
 - Les atteintes ganglionnaires
- Parmi les complications de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) sont :**
 - Infections à répétition
 - Thrombopénie immunologique
 - Transformation en leucémie aigue
 - Anémie hémolytique auto immune (AHA)
 - Transformation en lymphome non Hodgkinien (LNH) de haut grade de malignité

15. Les lymphomes non hodgkiniens (LNH) sont :
- Dérivés des lymphocytes B ou T
 - De siège ganglionnaire ou extra ganglionnaire
 - Des hémopathies malignes des organes lymphoïdes
 - Caractérisés par la présence de cellules de Reed Sternberg
 - Diagnostiqués par l'étude histologique et immunohistochimie d'une pièce anapath
16. Le bilan d'extension dans les lymphomes non Hodgkiniens (LNH) dépend :
- Des atteints viscérales
 - Du TDM thoraco-abdomino-pelvien
 - De la biopsie ostéomédullaire (BOM)
 - De l'atteinte des aires ganglionnaires
 - De l'adénogramme et la biopsie de l'adénopathie
17. Dans un lymphome Hodgkinien, le stade III A selon la classification d'Ann Arbor objectif :
- Absence de Sueurs
 - Absence d'amaigrissement
 - Une biopsie ostéomédullaire normale
 - Atteinte ganglionnaire sus et sous diaphragmatique
 - Lactico-déshydrogénase (LDH) supérieur à la normale
18. Le tableau clinique de Myélome Multiple peut associer :
- Une insuffisance rénale
 - Un syndrome anémique
 - Des douleurs osseuses axiales
 - Un syndrome d'hyperviscosité
 - Des adénopathies superficielles et/ou profondes
19. Le traitement de la maladie de Kahler repose sur :
- Les IMiDs : Thalidomide
 - L'Erythropoïétine (EPO) en cas d'anémie
 - Les inhibiteurs de protéasomes : Bortezomib
 - Les inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK) : Imatinib
 - L'autogreffe de moelle osseuse chez le sujet jeune
20. La Maladie de Waldenström :
- Une dysglobulinémie
 - Une infiltration médullaire lympho plasmocytaire
 - Le bilan radiologique objective des atteintes osseuses lytiques diffuses
 - La forme asymptomatique nécessite seulement une surveillance clinique et biologique
 - L'immunofixation des protéines sériques objective une IgM monoclonale (Kappa ou Lambda)
21. La leucémie aiguë (LA) peut se manifester cliniquement par :
- Un syndrome anémique
 - Une fièvre avec des angines
 - Un syndrome hémorragique
 - Une altération de l'état général
 - Un syndrome tumoral d'évolution chronique
22. La leucémie myéloïde chronique (LMC) est caractérisée par :
- Myélémie au frottis de sang
 - Plasmocytose au myélogramme
 - Translocation (9,22) au caryotype
 - Hyperleucocytose à l'hémogramme
 - Transcrit BCR-Abl positif à la biologie moléculaire
23. Une thrombocytose peut être objectivée dans les cas suivants :
- Une carence en fer
 - Une aplasie médullaire
 - Une inflammation chronique
 - Une thrombocytémie essentielle (TE)
 - Un syndrome myéloprolifératif chronique
24. Une polyglobulie vraie peut être retrouvée dans les cas suivants :
- La déshydratation
 - La maladie de Vaquez
 - Le tabagisme chronique
 - L'insuffisance rénale chronique
 - L'insuffisance respiratoire chronique
25. La mutation JAK2 V617F peut être retrouvée dans les pathologies suivantes :
- La splénomégalie myéloïde
 - La polyglobulie de Vaquez (PV)
 - La thrombocytémie essentielle (TE)
 - La leucémie myéloïde chronique (LMC)
 - Un syndrome myéloprolifératif chronique
26. L'aplasie médullaire :
- Est toujours secondaire
 - Peut survenir à tout âge
 - Est de mauvais pronostic
 - Peut-être congénitale ou acquise
 - Est une anomalie quantitative de la moelle osseuse
27. Les paramètres utilisés dans l'index de gravité de Camitta en cas d'aplasie médullaire sont :
- Taux de plaquettes
 - Taux des hématites
 - Taux de réticulocytes
 - Taux de globules blancs
 - Taux de Polynucléaire neutrophile
28. Parmi les traitements d'aplasie médullaire sévère idiopathique sont :
- Androgène
 - Ciclosporine
 - Radiothérapie
 - Allogreffe de moelle osseuse
 - Sérum anti lymphocytaire (SAL)
29. Les syndromes myélodysplasiques :
- Ce sont des coagulopathies
 - Peuvent évoluer vers une leucémie aiguë
 - Caractérisés par une moelle à cellularité riche
 - Peuvent toucher une ou plusieurs lignées sanguines
 - Le tableau clinique est fait parfois d'une insuffisance sanguine
30. Les principaux acteurs intervenants dans la coagulation sont :
- Facteur XIII
 - Co Facteur VIII et V
 - Fibrinogène (Facteur I)
 - Collagène sous endothélial
 - Facteurs anti Hémophiliques

31. Dans l'anomalie de l'hémostase primaire on peut objectiver :
- a) Une thrombopénie
 - b) Une hémorragie cutanéomuqueuse
 - c) Un Temps de saignement (TS) allongé
 - d) Un taux de céphaline activée (TCA) allongé
 - e) Un taux de prothrombine (TP) est supérieur à 70%
32. Le Temps de Céphaline Activée (TCA) permet l'exploration de :
- a) IX (9)
 - b) VIII (8)
 - c) XIII (13)
 - d) La voie commune
 - e) La voie intrinsèque
33. Le Taux de prothrombine (TP) permet l'exploration de :
- a) X (10)
 - b) VII (7)
 - c) XI et XII (11 et 12)
 - d) La voie commune
 - e) La voie extrinsèque
34. La cellule endothéliale de la paroi vasculaire contribue à la synthèse :
- a) L'ADP et l'ATP
 - b) Le facteur tissulaire
 - c) Certaines prostacyclines
 - d) L'activateur du plasminogène
 - e) Le facteur VON WILLEBRAND (VWF)
35. L'adhésion plaquettaire à la surface sous endothéliale nécessite les éléments suivants :
- a) Le collagène
 - b) Le fibrinogène
 - c) La glycoprotéine GP Ib
 - d) Les facteurs plaquettaires
 - e) Le facteur VON WILLEBRAND
36. L'hémophilie B est :
- a) Une pathologie héréditaire
 - b) Caractérisé par un déficit de facteur IX
 - c) Sévère si le taux de facteur déficient est < 1%
 - d) Caractérisé par un Taux de Prothrombine (TP) bas
 - e) Caractérisé par un Temps de Céphaline Activée (TCA) allongé
37. Concernant les groupes sanguins :
- a) Un sujet de groupe O possède un anticorps A et B
 - b) Les antigènes O se transmettent de manière récessive
 - c) Les antigènes A et B se transmettent de manière dominante
 - d) Un sujet de groupe O ne possède ni l'antigène A ni l'antigène B
 - e) Le système ABO se trouve sur : les globules rouges, lymphocytes, plaquettes, sérums, sécrétions et reins
38. Les produits dérivés de sang sont :
- a) Le sérum Glucosé (SG 5%)
 - b) Le plasma frais congelé (PFC)
 - c) Les culots globulaires rouges (CGR)
 - d) Les immunoglobulines polyvalentes
 - e) Le concentré unitaire plaquettaire (CUP)

39. Concernant la greffe de moelle osseuse :
- a) L'allogreffe nécessite un donneur HLA identique
 - b) La réaction du greffon contre l'hôte est la principale complication de l'autogreffe
 - c) Parmi les indications de l'allogreffe de moelle osseuse est la bêta thalassémie majeure
 - d) Parmi les indications de l'autogreffe de moelle osseuse est le myélome multiple < 65 ans
 - e) Le recueil de cellules souches hématopoïétiques (CSH) se fait par cytophérèse après mobilisation
40. Les complications non immunologiques post transfusionnelles sont :
- a) Une hyperkaliémie
 - b) Une hypocalcémie
 - c) Une hémochromatose
 - d) Une surcharge circulatoire
 - e) Des réactions allergiques cutanées

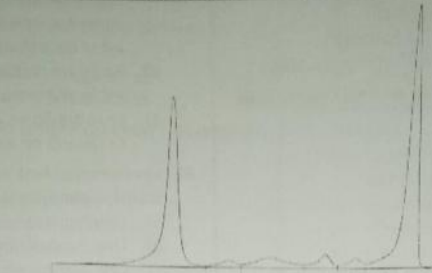
Nom :

Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

Partie Pratique : Répondre par Vrais (A) ou Faux (B)

Paramètre	Résultat
GB	1,98 10 ⁹ /μL
NEU	0,74 10 ⁹ /μL
LYM	1,01 10 ⁹ /μL
MON	0,21 10 ⁹ /μL
EO	0,01 10 ⁹ /μL
BAS	0,00 10 ⁹ /μL
NEU%	37,4 %
LYM%	51,1 %
MON%	10,8 %
EO%	0,5 %
BAS%	0,2 %
GR	2,07 10 ¹² /μL
HB	6,4 g/dL
HCT	17,1 %
VGM	82,7 fL
TCMH	30,8 pg
CCMH	37,2 g/dL
IDRsd	32,5 fL
IDRcv	13,6 %
PLT	44 10 ⁹ /μL



Protides Totaux : 123,6g/L

A/G : 0,59

Nom	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	37,1	55,8 - 66,1	45,82	40,20 - 47,60
Alpha 1	2,4	2,9 - 4,9	2,96	2,10 - 3,50
Alpha 2	6,2	7,1 - 11,8	7,66	5,10 - 8,50
Beta 1	3,5	4,7 - 7,2	4,32	3,40 - 5,20
Beta 2	2,5	3,2 - 6,5	3,09	2,30 - 4,70
Gamma	48,3	11,1 - 18,8	59,65	8,00 - 13,50

TP 84 % 1,11 INR 13,3 Timp 14,4 sec

TCA 11,8 sec 0,99 Ratio 32,0 Timp

Fib UNI 2,18 g/l 25,0 sec

Bilan 1**Bilan 2****Bilan 3****Concernant les résultats du :**▪ **1^{er} Bilan :**

- 1- Numération formule sanguine (NFS)
- 2- Frottis de sang (FS) est anormal
- 3- Anémie
- 4- Macrocytose avec un taux de VGM à 82,7fl
- 5- Hypochromie avec un taux de CCMH à 37,2%
- 6- Régénération avec un taux de Globules rouges à 2.07M
- 7- Thrombocytose
- 8- Neutropénie
- 9- Lymphocytose
- 10- Pancytopénie

▪ **2^e bilan :**

- 11- Electrophorèse de l'hémoglobine
- 12- Hyper protidémie
- 13- Hypo albuminémie
- 14- Aspect normal
- 15- Pic à base étroite en position gamma
- 16- Intérêt de compléter par une immunofixation des protéines sériques afin de typer l'immunoglobuline monoclonal

▪ **3^e bilan :**

- 17- Bilan d'hémostase standard
- 18- Taux de Prothrombine (TP) est normal
- 19- Temps de céphaline activée (TCA) est allongé
- 20- Atteinte de la voie commune de l'hémostase

Bon courage