

**XLIII<sup>ème</sup> Concours d'accès au Résidanat de Médecine**

**26 et 27 octobre 2019**

**Epreuve de chirurgie**

**Ce sujet comprend 100 questions**

**Cas clinique**

Un homme de 65 ans est victime de brûlures par flammes survenues à domicile. Les circonstances de l'incendie ne sont pas connues. A l'arrivée des secours, le patient est seul, à terre dans sa cuisine, conscient mais agité. Ses constantes sont : PA = 80/50 mmHg, FC = 120 bpm, SpO2 en air ambiant à 92%, poids estimé = 70 kg. Après extraction du patient, l'examen note des lésions cutanées au niveau du visage, du cou, de la face antérieure du tronc, des cuisses et des jambes. Elles sont circulaires au niveau des membres inférieurs. Elles sont de couleur blanc nacré, brunes à noirâtres par endroits et non douloureuses.

**1- Quelle est la profondeur de ces lésions ?**

- A- 1<sup>er</sup> degré
- B- 2<sup>ème</sup> degré superficiel
- C- 3<sup>ème</sup> degré
- D- Brûlures intermédiaires
- E- Brûlures profondes

**2- La surface brûlée est estimée à :**

- A- 35% par la formule de Cockcroft et Gault
- B- 40% par le score de Baux
- C- 50% par la règle des 9 de Wallace
- D- 50% par calcul de la surface corporelle par la formule de Dubois et Dubois
- E- 50% par la table de Lund et Browder

**3- Le patient s'aggrave rapidement : PA = 75/50 mmHg, FC = 125 bpm, SpO2 = 80% en air ambiant.**

**Quelles mesures prenez-vous en urgence ?**

- A- Remplissage vasculaire par sérum glucosé
- B- Oxygénothérapie par masque à haute concentration
- C- Remplissage vasculaire par cristalloïdes
- D- Pose de 2 voies veineuses périphériques
- E- Injection de 1 mg d'adrénaline

**4- Malgré vos mesures, l'état hémodynamique du patient s'aggrave. Qu'évoquez-vous ?**

- A- Une intoxication au cyanure
- B- Un choc septique
- C- Un choc hémorragique
- D- Un choc hypovolémique
- E- Une intoxication au monoxyde de carbone (CO)

**5- Quelles mesures thérapeutiques supplémentaires préconisez-vous ?**

- A- Injection d'hydroxycobalamine (Vitamine B12)
- B- Remplissage par 20 ml/kg de cristalloïdes en 1 h
- C- Remplissage par 200 ml/kg de cristalloïdes en 1 h
- D- Transfert en caisson hyperbare
- E- Remplissage par 20 ml/kg de sérum glucosé en 2 h

**6- Une électrisation est évoquée. Quels examens paracliniques en évalueront la gravité ?**

- A- Electrocardiogramme
- B- Numération formule sanguine
- C- Dosage des CPK
- D- Ionogramme sanguin
- E- Troponine I

**Cas clinique**

**Mr Tahar, 58 ans, consulte pour pollakiurie diurne et nocturne évoluant depuis 3 mois avec légère difficulté à l'initiation du jet.**

**7- Quels diagnostics évoquez-vous ?**

- A- Infection urinaire
- B- Hypertrophie bénigne de la prostate
- C- Cancer de la prostate
- D- Lithiase vésicale
- E- Tumeur de vessie

**8- L'état général du patient est bon. Le toucher rectal retrouve une prostate souple et légèrement augmentée de taille. Quels examens demandez-vous ?**

- A- Examen des urines par bandelettes
- B- Débitmétrie
- C- Cystoscopie
- D- Echographie abdomino-pelvienne
- E- Echographie endorectale

**9- Le bilan objective une hématurie microscopique avec débit urinaire maximal de 11 ml/s, sans infection urinaire. L'imagerie retrouve une prostate d'aspect homogène, de 40ml de volume et une image radio-opaque mobile de 10mm de grand axe, émettant un cône d'ombre postérieur. Quel est votre diagnostic ?**

- A- Tuberculose vésicale
- B- Adénome de la prostate
- C- Cancer de la prostate
- D- Lithiase vésicale
- E- Tumeur de vessie

**10- Quelle conduite thérapeutique adoptez-vous ?**

- A- Traitement par  $\alpha$ - bloquants
- B- Alcalinisation des urines
- C- Cure du calcul par voie endoscopique
- D- Prostatectomie
- E- Prostatectomie avec extraction du calcul

**11- Que préconisez-vous au contrôle post-opératoire ?**

- A- Traitement par analogues de LH-RH
- B- Débitmétrie
- C- Urétroscopie
- D- Echographie abdomino-pelvienne
- E- Echographie endorectale

### **Cas clinique**

**Une gestante à 35 SA, âgée de 28 ans, G2P0, aux antécédents d'utérus cicatriciel, consulte pour des métrorragies rouge vif, de moyenne abondance. A l'examen, l'utérus est souple.**

**12- Quel est le diagnostic le plus probable?**

- A- Placenta prævia
- B- Hématome rétroplacentaire
- C- Rupture utérine
- D- Hémorragie de Benckiser
- E- Polype du col utérin

**13- Quels sont les examens nécessaires pour confirmer le diagnostic ?**

- A- Toucher vaginal
- B- Examen sous spéculum
- C- Test à la diamine oxydase
- D- Echographie endovaginale
- E- IRM fœtale

**14- L'imagerie objective un placenta postérieur atteignant le tiers inférieur de la vessie. De quel type s'agit-il ?**

- A- Insertion normale
- B- Type I
- C- Type II
- D- Type III
- E- Type IV

**15- Le risque de placenta accreta est augmenté vu l'utérus cicatriciel. Quel examen complémentaire pratiquez-vous pour confirmer l'accrétisation ?**

- A- Enregistrement du rythme cardiaque fœtal
- B- Echographie abdominale
- C- Echographie 3D
- D- TDM abdomino-pelvienne
- E- IRM pelvienne

**16- Malgré le traitement tocolytique, les métrorragies deviennent de grande abondance. Quelle est votre conduite à tenir ?**

- A- Réanimation médicale
- B- Administration d'Ocytocine
- C- Accouchement par voie basse autorisé
- D- Délivrance manuelle souhaitable
- E- Césarienne en urgence

### **Cas clinique**

**Mme A.S, 40ans , consulte pour des métrorragies de faible abondance et des règles irrégulières depuis quelques mois. Elle a déjà eu 03 enfants sans problèmes particuliers. L'examen sous spéculum retrouve un col d'aspect normal et un saignement d'origine endo-utérine . Au TV, l'utérus est de taille normale.**

**17-Quels diagnostics évoquez vous ?**

- A- Grossesse
- B- Adénomyose
- C- Troubles hormonaux
- D- Myome utérin
- E- Tumeur de l'ovaire

**18- Quels sont les premiers examens à réaliser ?**

- A- Bilan biologique : Groupage-Rhésus, NFS, TP
- B- Dosage  $\beta$ -hCG
- C- Echographie pelvienne
- D- Coélioscopie
- E- TDM abdomino-pelvienne

**19- Le test de grossesse est négatif. L'imagerie objective une image intra-utérine de 01cm et des ovaires de taille normale. Quels sont les examens complémentaires à pratiquer pour orienter le diagnostic ?**

- A- Une coélioscopie
- B- Une hystérosonographie
- C- Une hystérosalpingographie
- D- Une échographie Doppler couleur
- E- Une IRM abdomino-pelvienne

**20- A l'imagerie, on retrouve un myome sous-muqueux de 01 cm. Selon la classification FIGO, ce myome est de type :**

- A- 0
- B- 1
- C- 2
- D- 3
- E- 4

**21-Quelle est votre conduite à tenir ?**

- A- Abstention thérapeutique
- B- Traitement médical par progestatifs
- C- Embolisation des artères utérines
- D- Hystérectomie subtotale inter-annexielle
- E- Résection du myome par hystéroscopie

**Cas clinique**

**Patiente de 26 ans, nulligeste, sans contraception, consulte pour métrorragies de faible abondance, de survenue régulière en fin de cycle depuis 03 mois. Sous spéculum, le col est d'aspect sain. Au TV, l'utérus est indolore, de taille normale, mobile et les culs-de-sac sont libres. Le FCV effectué il y a une année est normal ainsi que l'échographie pelvienne et l'hystérographie, prescrites par son médecin traitant.**

**22- Que réaliser devant ce tableau ?**

- A- Etablissement d'une courbe de température
- B- Refaire le frottis cervico-vaginal
- C- Dosages hormonaux: E2, Progestérone, Delta-4- Androstènedione
- D- Conisation du col
- E- Recherche de l'HPV

**23-Quels diagnostics différentiels l'hystérographie permettra d'éliminer ?**

- A- Myome sous-muqueux
- B- Polype intracavitaire
- C- Certaines formes de cancer de l'endomètre
- D- Adénomyose
- E- Fibrome type 5

**24-L'origine fonctionnelle des troubles est confirmée. Quel traitement peut-on proposer ?**

- A- Un progestatif de synthèse dans la 2<sup>ème</sup> partie du cycle menstruel
- B- Une pilule normodosée
- C- Une pilule séquentielle
- D- Une pilule microdosée
- E- Un microprogestatif

**25- Après 3 mois de traitement, les métrorragies persistent. Quelle est votre conduite ?**

- A- Hystéroscopie avec curetage biopsique
- B- Hystéroscopie diagnostique sans curetage biopsique
- C- Conisation
- D- Endométrectomie
- E- Hystérographie

**26- Une grossesse est survenue spontanément malgré le traitement prescrit du 5<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle. Quel est votre avis sur le devenir de cette grossesse ?**

- A- Cela ne pose pas de problème à priori
- B- Il n'y a pas lieu de proposer une interruption thérapeutique de grossesse
- C- Proposer une interruption thérapeutique de grossesse
- D- Arrêter tout traitement hormonal pendant la grossesse
- E- Continuer le traitement hormonal pendant la grossesse

**Cas clinique**

**Mme M, 63 ans, 100 kg /1,60m, sous traitement hormonal substitutif (THS) depuis 8 ans, consulte pour des métrorragies minimales évoluant depuis 3 mois. Elle n'a pas d'antécédents particuliers. Ses règles étaient minimales mais régulières. Elle est suivie régulièrement. L'examen clinique est normal.**

**27- Quel examen de première intention demandez-vous ?**

- A- Hystéroscopie
- B- Echographie endovaginale
- C- Hystérographie
- D- Curetage biopsique
- E- Bilan hormonal

**28- Quelles sont les étiologies possibles ?**

- A- Atrophie de l'endomètre
- B- THS
- C- Fibrome
- D- Cancer de l'endomètre
- E- Endométriome

**29. La muqueuse de l'endomètre mesure 10 mm. Vous arrêtez le THS pendant 2 mois puis vous effectuez un contrôle de l'épaisseur de la muqueuse qui devient à moins de 4mm. Comment interprétez-vous cette variation et quelle conduite thérapeutique en découle ?**

- A- Réduction de la durée d'exposition aux œstrogènes
- B- Réduction de la dose d'œstrogènes
- C- Arrêt du traitement
- D- Reprendre le traitement en continu
- E- Reprendre le traitement de façon séquentielle

**30- Si la muqueuse n'avait pas été modifiée, quelle aurait été votre attitude diagnostique ?**

- A- Traitement aux macro progestatifs
- B- Hystéroscopie avec curetage
- C- Hystérectomie
- D- Traitement aux hémostatiques
- E- Traitement aux micro progestatifs

**31- En fait, il s'agit d'un cancer de l'endomètre. Quel bilan préthérapeutique proposez-vous ?**

- A- Un examen clinique pelvien
- B- Un bilan préopératoire avec consultation anesthésique
- C- Une scintigraphie osseuse
- D- Une échographie pelvienne
- E- Une IRM pelvienne

**32-Il s'agit d'un cancer de l'endomètre stade I B. Quel est votre projet thérapeutique ?**

- A- Hystérectomie avec annexectomie bilatérale
- B- Curage iliaque bilatéral
- C- Radiothérapie +/- curie thérapie
- D- Hystérectomie seule
- E- Chimiothérapie

**Cas clinique**

A 2 heures du matin, Mme D, 42 ans, vient d'accoucher d'un garçon de 4,1kg. Elle est arrivée en travail 3 heures auparavant, à 39 SA et 2 jours, avec un col dilaté à un doigt et une tête appliquée. La grossesse a été correctement suivie et la patiente est à jour dans ses différents examens. A la dernière échographie, le fœtus était estimé au 95<sup>ème</sup> percentile homogène et celle du premier trimestre a fortuitement objectivé un fibrome de 3 cm intramural. Dans les antécédents de la parturiente, vous notez une appendicectomie à son adolescence et une pyélonéphrite à l'âge de 25 ans , elle est par ailleurs G6P5 (accouchement par voie basse dont 3 extractions instrumentales).

L'accouchement s'est déroulé sans particularités. La sage-femme a arrêté le Syntocynon® , instauré pour le déroulement de l'accouchement, dès l'expulsion puis a attendu la délivrance en exerçant une expression utérine. Le placenta est venu 5 minutes après l'expulsion accompagné d'une hémorragie de sang rouge évaluée à plus d'un litre par la sage-femme. C'est à ce moment qu'elle vous appelle pour hémorragie de la délivrance avec doute sur l'intégrité du placenta.

**33- Quels sont les différents facteurs susceptibles de gêner la dynamique au cours de la délivrance ?**

- A- Multiparité
- B- Poids fœtal élevé
- C- Présence d'un fibrome intramural
- D- Travail rapide
- E- Age maternel

**34- La sage-femme :**

- A- aurait dû demander une assistance médicale au moment de l'accouchement
- B- n'aurait pas dû arrêter le Syntocinon® au moment de l'expulsion
- C- aurait dû être faire une délivrance dirigée
- D- aurait du respecter le délai de 30 minutes pour la délivrance
- E- aurait du quantifier les pertes sanguines à l'aide de poches de recueil au lieu de les "évaluer"

**35-Quel doit être votre premier geste ?**

- A- Révision utérine
- B- Analgésie adaptée
- C- Antibioprophylaxie
- D- Echographie endovaginale
- E- Massage utérin

**36 - Vous ne retrouvez pas de cause à cette situation. La palpation abdominale retrouve le fond utérin à 2 doigts au dessus de l'ombilic. Quel est votre diagnostic ?**

- A - Inertie utérine compliquée d'hémorragie grave de la délivrance
- B - Enchatonnement placentaire
- C - Incarcération placentaire
- D - Rupture utérine
- E - Hémorragie de Benckiser

**37 - Quels sont les principes de la prise en charge en urgence ?**

- A- Bilan d'hémostase
- B- Evaluation par le monitoring cardio-tensionnel
- C- Perfusion d'ocytocique et de prostaglandines E2
- D- Exclusion d'un diagnostic différentiel
- E- Une hystérectomie d'hémostase en premier

#### **Cas clinique**

**Melle S, 22 ans, nulligeste, à 6 SA, consulte pour leucorrhées. Dans ses antécédents, vous notez des leucorrhées récidivantes sans identification du germe responsable.**

**L'examen clinique sous spéculum, retrouve des leucorrhées d'aspect louche et un col siège d'un ectropion infecté probable, saignant au contact. Le TV ne note aucune anomalie. Le prélèvement bactériologique révèle la présence de Chlamydiae trachomatis à l'examen direct et après isolement sur milieu de culture en 48 heures. Une sérologie Chlamydiae réalisée une semaine auparavant a montré un taux 1/512.**

**38- Quel examen complémentaire est indispensable avant tout ?**

- A- Dosage quantitatif des  $\beta$ -hCG
- B- Taux de CRP
- C- NFS
- D- Echographie endovaginale
- E- Colposcopie de principe

**39- Concernant la sérologie, quelles propositions sont justes ?**

- A- Elle est fortement positive à chlamydiae avec infection génitale basse
- B- Ce taux élevé n'indique pas obligatoirement que l'infection est évolutive
- C- Ce taux élevé indique que l'infection est évolutive
- D- Elle doit faire rechercher une infection génitale haute souvent associée à ce type de résultat
- E- Elle doit faire rechercher une infection chez le partenaire souvent associée à ce type de résultat

**40- Vous confirmez que l'aménorrhée est en rapport avec la grossesse. Quelles sont les propositions justes concernant le traitement ?**

- A- Traitement antibiotique per os par érythromycine
- B- L'érythromycine est à priori efficace et n'est pas contre-indiquée pendant la grossesse
- C- Traitement antibiotique per os par tétracyclines
- D- Les tétracyclines sont à priori efficaces et ne sont pas contre-indiquées pendant la grossesse
- E- Dépistage et traitement du ou des partenaires

**41- Quelle complication de la grossesse faut-il craindre ?**

- A- Grossesse extra-utérine
- B- Chorioamniotite
- C- Avortement précoce
- D- Avortement tardif
- E- Salpingite chronique

**42- Que faites-vous alors ?**

- A- Réaliser une échographie par voie endovaginale
- B- Confronter le taux des  $\beta$ -hCG avec l'échographie
- C- Pratiquer une coelioscopie
- D- Pratiquer une hystéroscopie
- E- Pratiquer une hystérographie

**Cas clinique**

**Un homme âgé de 75 ans, résident à Diar Errahma, est ramené au pavillon des urgences chirurgicales pour impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit suite à une chute dans la salle de bain.**

**43- Quelle est votre attitude ?**

- A- Faire des radiographies d'emblée
- B- Anamnèse détaillée
- C- Tentative de mise en charge
- D- Immobilisation du membre par attelle crurale
- E- Mise sous traction du membre

**44- L'examen clinique retrouve une attitude en rotation externe et raccourcissement du membre. Quels sont les diagnostics possibles ?**

- A- Fracture du col fémoral
- B- Luxation postéro-supérieure de la hanche
- C- Fracture de l'ischion
- D- Fracture du fémur proximal
- E- Fracture diaphysaire du fémur

**45- Les radiographies révèlent une fracture du massif trochantérien. Quelle classification anatomo-pathologique utilisez-vous ?**

- A- Classification de Garden
- B- Classification de Bombart et Ramadier
- C- Classification de Pawels
- D- Classification de Delbet
- E- Classification de Pipkin

**46- Cette classification anatomo-pathologique tient compte de :**

- A- l'atteinte de la capsule articulaire
- B- l'angle que fait le trait de fracture avec l'horizontale
- C- l'orientation des travées céphaliques
- D- la stabilité de la fracture
- E- l'atteinte de la vascularisation

**47- Le traitement vise :**

- A- la mise au repos jusqu'à consolidation
- B- la verticalisation la plus précoce du patient
- C- la prévention des complications de décubitus
- D- la réinsertion professionnelle
- E- l'autonomisation

**48- Le moyen thérapeutique préférentiel pour ce faire est :**

- A- la traction trans-fémorale
- B- la prothèse cervico-céphalique
- C- le vissage percutané en triangulation
- D- l'ostéosynthèse par lame plaque
- E- l'ostéosynthèse par clou Gamma



### Cas clinique

**Mme RM, âgée de 35ans, conductrice d'un véhicule léger, est ramenée aux urgences 3 heures après un accident de circulation. Elle portait la ceinture de sécurité. Consciente et coopérante, elle se plaint de douleurs rachidiennes et a des difficultés à bouger ses membres.**

**Un premier examen rapide des membres ne retrouve ni plaie ni désaxation majeure. La malade se plaint cependant de douleurs au niveau du cou et de paresthésies des deux membres supérieurs.**

**49 -L'imagerie prescrite en urgence comportera :**

- A- des radiographies du rachis cervical face bouche ouverte
- B- des radiographies du rachis thoraco-lombaire face et profil
- C- des radiographies dynamiques du rachis cervical en urgence
- D- des radiographies du rachis cervical et TDM si nécessaire
- E- une IRM vertébro-médullaire

**50- Lors de l'examen clinique, la patiente arrive à soulever ses deux bras mais ne bouge pas ses membres inférieurs. La flexion des coudes contre résistance est impossible mais possible contre pesanteur. Selon le score d'appréciation de la motricité (Muscular Research Council) , nous venons de tester :**

- A- le triceps brachii (triceps brachial) à 3
- B- le deltoïde à 3
- C- le biceps brachii (biceps brachial) à 3
- D- le muscle fléchisseur profond des doigts (fléchisseur commun des doigts) à 5
- E- les épicondyliens médiaux (épitrochléens) à 4

**51- L'examen clinique note aussi une abolition des sensibilités superficielle et profonde aux membres inférieurs jusqu'à une ligne passant par les mamelons avec abolition des réflexes cutanéoplantaires.**

**L'examen neurologique sera complété par :**

- A- les tests de sensibilité aux membres supérieurs
- B- la recherche des réflexes cutanés abdominaux
- C- le toucher rectal
- D- la recherche des réflexes ostéo-tendineux des quatre membres
- E- la verticalisation du patient et l'évaluation de la marche

**52- Le bilan radiologique fait est insuffisant pour conclure. Vous devez demander :**

- A- un EMG
- B- une TDM cervicale
- C- une myélographie
- D- des radiographies dynamiques du rachis
- E- une angio-IRM

**53- Sur les radiographies, tenant compte du tableau clinique, vous rechercherez tout particulièrement :**

- A- une fracture de l'odontoïde
- B- une fracture de l'arc postérieur de C2
- C- une fracture-luxation du rachis cervical en C4-C5
- D- une entorse grave du rachis cervical inférieur
- E- une fracture du rachis thoraco-lombaire (T12-L1)

**54- Il s'agit d'une fracture type tear-drop de C6 avec troubles neurologiques. Que proposez-vous ?**

- A- Observation de la patiente et suivi de l'évolution neurologique
- B- Traction transcrânienne jusqu'à consolidation
- C- Réduction manuelle suivie d'immobilisation par minerve plâtrée
- D- Traitement chirurgical par voie antéro-latérale
- E- Abstention thérapeutique

**55- Dans les traumatismes du rachis cervical, en présence de tétraplégie, quel est le principal facteur pronostique péjoratif précoce ?**

- A- La survenue de troubles cardiaques
- B- La survenue de troubles respiratoires
- C- Les troubles urinaires
- D- Les escarres
- E- La dénutrition

**Cas clinique**

**Un patient âgé de 35ans, chauffeur de taxi, est ramené suite à un accident de la circulation survenu sur l'autoroute. A son arrivée, le patient est conscient, constantes hémodynamiques stables, sans point d'impact crânien ou thoraco-abdominal. On note une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit avec tuméfaction du genou droit, impossibilité de soulever le talon du plan du lit. Il n'y a pas de plaies, poulx pédieux et tibial postérieur présents.**

**56- Un syndrome du tableau de bord est suspecté. Quel bilan radiologique demandez-vous en urgence ?**

- A- Radiographies de la jambe de face et de profil
- B- Radiographies du genou de face et de profil
- C- Radiographies du coude de face et de profil
- D- Radiographie du bassin de face
- E- IRM du genou

**57- L'impossibilité de soulever le talon du plan du lit fait suspecter une rupture de l'appareil extenseur du genou qui peut se faire par :**

- A- une fracture articulaire de l'extrémité proximale du tibia
- B- une rupture du tendon patellaire
- C- un arrachement des épines tibiales
- D- une rupture du tendon quadricipital
- E- une fracture de l'extrémité distale du fémur

**58- Le bilan radiologique objective une fracture de la patella type II de Moulay et Ricard :**

- A- c'est une fracture articulaire à trait vertical
- B- c'est une fracture extra-articulaire
- C- le trait de fracture est transversal simple
- D- la comminution intéresse le fragment distal
- E- le trait de fracture transversal s'associe à la comminution d'un fragment

**59- Le traitement de choix de cette fracture est :**

- A- la patellectomie
- B- le maintien par genouillère plâtrée pendant 2 mois
- C- l'ostéosynthèse par cerclage
- D- l'ostéosynthèse par deux broches montées en hauban
- E- l'ostéosynthèse par vis

**60- En cas de constat per-opératoire d'une fracture complexe non synthésable , quelle conduite adopteriez-vous ?**

- A- Fermeture et immobilisation par attelle plâtrée pendant 45 jours
- B- Fermeture et mobilisation passive précoce
- C- Patellectomie avec rétablissement de la continuité de l'appareil extenseur
- D- Arthrodhèse du genou
- E- Remplacement prothétique

**61- Après traitement, quelles sont les complications possibles ?**

- A- Un syndrome douloureux régional complexe
- B- La raideur articulaire
- C- La thrombophlébite du membre
- D- Un déplacement secondaire
- E- Un sepsis

**Cas clinique**

**Un judoka âgé de 15 ans chute sur l'épaule gauche lors d'un combat et se présente au pavillon des urgences pour une impotence fonctionnelle totale du membre supérieur gauche dans l'attitude de Destot.**

**62-Quelles lésions sont les plus fréquentes dans cette situation ?**

- A- Fracture de la clavicule
- B- Luxation postérieure de l'épaule
- C- Disjonction acromio-claviculaire
- D- Fracture de l'humérus proximal
- E- Fracture de l'omoplate

**63- L'adolescent se plaint de douleurs intenses de l'épaule. L'examen clinique testera :**

- A- la mobilité de l'épaule
- B- la sensibilité au niveau du moignon de l'épaule
- C- la sensibilité au niveau des doigts
- D- la mobilité du poignet et des doigts
- E- les pouls distaux

**64- Le patient présente une épaule tuméfiée. La douleur augmente dès qu'il bouge son membre. L'examen vasculo-nerveux est normal. Quels sont les diagnostics possibles ?**

- A- Disjonction sterno-claviculaire
- B- Luxation antérieure de l'épaule
- C- Fracture-luxation de l'épaule
- D- Fracture métaphysaire pathologique de l'humérus
- E- Traumatisme du plexus brachial

**65- Quels examens complémentaires de 1<sup>ère</sup> intention faites-vous pour poser le diagnostic ?**

- A- Une radiographie de l'épaule de face
- B- Une radiographie de l'épaule profil transthoracique
- C- Des incidences dynamiques de l'épaule
- D- Une échographie de l'épaule
- E- Une TDM de l'épaule

**66 - L'imagerie met en évidence une fracture-décollement type 2 de Salter et Harris de l'humérus proximal déplacée. Le type 2 se caractérise par :**

- A- un trait de fracture métaphysaire
- B- un trait de fracture qui traverse le cartilage de croissance sans atteindre l'os
- C- un trait de fracture qui traverse le cartilage de croissance et emporte un coin métaphysaire
- D- un trait de fracture trans-métaphyso-épiphysaire
- E- un écrasement du cartilage de croissance

**67 - Quelles sont les possibilités thérapeutiques en urgence ?**

- A- Traction trans-olécraniennne jusqu'à consolidation
- B- Réduction sous anesthésie générale et immobilisation par bandage type Dujarrier
- C- Réduction sous anesthésie générale et immobilisation par plâtre thoraco-brachial
- D- Réduction sous anesthésie générale et stabilisation par broches rétrogrades
- E- Réduction chirurgicale à foyer ouvert de première intention

**68- Quelles complications sont spécifiques aux fracture-décollements ?**

- A- La raideur articulaire
- B- L'arthrose
- C- L'épiphysiodèse
- D- L'instabilité articulaire
- E- Les troubles de croissance osseuse

**Cas clinique**

**Mme B, 31 ans, sans antécédents, constate la présence d'une tuméfaction basicervicale gauche. L'examen clinique est en faveur d'un nodule thyroïdien gauche.**

**69- Quel examen biologique est demandé en première intention ?**

- A- FNS
- B- T3
- C- T4
- D- TSH
- E- Thyroglobuline

**70- L'examen biologique est normal. Quel autre examen doit être réalisé ?**

- A- Radiographie du cou de face et de profil
- B- Echographie cervicale
- C- Scintigraphie thyroïdienne
- D- TDM cervicale
- E- IRM cervicale

**71- L'examen morphologique objective un nodule thyroïdien gauche, de 30mm à composition mixte classé EU-TIRADS 3 . L'isthme et le lobe droit sont normaux . Quels critères sont en faveur du caractère bénin du nodule ?**

- A- Hyperéchogénicité
- B- Absence de microcalcifications
- C- Hypoéchogénicité
- D- Contours réguliers
- E- Forme ovale

**72- Les indications de la cytoponction thyroïdienne sont :**

- A- l'absence de facteurs de risque de malignité
- B- la taille du nodule
- C- le score EU-TIRADS
- D- l'augmentation de taille entre 2 examens
- E- la modification du score EU-TIRADS

**73- La cytoponction thyroïdienne revient en faveur d'un nodule bénin. Quelles sont les options thérapeutiques ?**

- A- Surveillance échographique régulière
- B- Lobectomie gauche
- C- Thyroïdectomie totale
- D- Thyroïdectomie totale avec curage récurrentiel gauche
- E- Thyroïdectomie totale avec curage cervical gauche

**74- Quels sont les risques de la chirurgie thyroïdienne ?**

- A- Paralysie du nerf récurrent
- B- Hypoparathyroïdie
- C- Hématome compressif
- D- Paralysie du X
- E- Infection du site opératoire

### Cas clinique

Mme R.S, 76ans, se présente aux urgences chirurgicales pour douleurs de l'hypochondre droit avec ictère cutanéomuqueux.

#### **75- La triade de Charcot :**

- A- est l'apparition successive de douleur, de fièvre et d'ictère dans un délai de 24h
- B- est l'apparition successive de fièvre, de douleur et d'ictère dans un délai de 24h
- C- est l'apparition successive de douleur, de fièvre et d'ictère dans un délai de 48h
- D- est l'apparition successive de fièvre, de douleur et d'ictère dans un délai de 72h
- E- peut ne pas être complète

#### **76- L'examen clinique retrouve une malade fébrile à 39°C avec douleur à la palpation de l'hypochondre droit. On décide de l'hospitaliser. Quels sont les examens biologiques à réaliser ?**

- A- FNS, CRP
- B- Bilan hépatique, TP
- C- Hémocultures
- D- Prélèvement de bile pour étude bactériologique
- E- Bilan rénal

#### **77- Quel est l'examen morphologique de première intention ?**

- A- L'ASP
- B- L'IRM abdominale
- C- L'échographie abdominale
- D- La TDM abdominale
- E- La cholangiographie

#### **78- Les examens complémentaires ont confirmé l'angiocholite aiguë sur lithiase de la voie biliaire principale de sévérité grade 2 des recommandations de Tokyo devant :**

- A- l'âge
- B- la présence d'une insuffisance rénale
- C- la fièvre
- D- la présence d'une insuffisance hépatique
- E- la présence de lithiase biliaire

#### **79- Quelle serait votre conduite à tenir ?**

- A- Opérer la malade en urgence
- B- Antibiothérapie probabiliste en attendant les résultats des examens bactériologiques
- C- Traitement médical exclusif
- D- Drainage biliaire par une sphinctérotomie endoscopique dans les 48h
- E- Sphinctérotomie endoscopique après 9 jours

### Cas clinique

Un patient de 43 ans, alcoololo-tabagique connu, est ramené par le SAMU pour hémorragie digestive haute inaugurale. A son arrivée, le pouls est à 110 bpm, PA= 90/50 mmHg, T°=37,3°C. Il est pâle et conscient.

L'examen clinique retrouve un ictère conjonctival, une circulation veineuse collatérale, des angiomes stellaires et une hépatomégalie dure, à bord tranchant. Le toucher rectal montre des traces de sang rouge.

#### **80- Quelle est votre conduite à tenir à ce stade ?**

- A- Hospitalisation et mise en condition
- B- Sonde nasogastrique avec lavage gastrique à l'eau glacée
- C- Echographie abdominale
- D- Fibroscopie œsogastroduodénale en urgence
- E- Intervention chirurgicale d'hémostase en urgence

**81- Ce tableau clinique évoque :**

- A- une gastrite hémorragique
- B- un syndrome de Mallory Weiss
- C- une rupture de varices œsophagiennes
- D- un ulcère gastroduodénal
- E- un cancer gastrique

**82- Quel est le traitement spécifique de première intention ?**

- A- Somatostatine
- B- Dérivés nitrés
- C- Tamponnement œsophagien par sonde de Blakemore
- D- Sclérose ou ligature endoscopique
- E- Transsection œsophagienne

**83- Quel diagnostic étiologique retenez-vous ?**

- A- Thrombose portale
- B- Hypersplénisme
- C- Cirrhose éthylique
- D- Hypertension portale
- E- Insuffisance hépato-cellulaire

**84- Quelle est la complication à redouter à court terme ?**

- A- Ulcère de stress
- B- Délirium tremens
- C- Infection d'ascite
- D- Insuffisance rénale
- E- Encéphalopathie

**85 - Comment prévenir la reprise hémorragique ?**

- A- Dérivés nitrés
- B-  $\beta$ -bloquants
- C- Lactulose
- D- Drogue vasopressive
- E- Hémostatiques

**86- Après stabilisation initiale de son état, le patient présente, 48 heures après, un nouvel épisode hémorragique avec une PA= 80/40 mmHg. Devant l'échec de la réanimation, que décidez-vous?**

- A- Administration de  $\beta$  bloquants non cardio-sélectifs
- B- Œsogastrectomie d'hémostase
- C- Tamponnement à la sonde de Blakemore
- D- Transsection œsogastrique per-endoscopique
- E- Transplantation hépatique

**Cas clinique**

**Mr Y.S âgé de 65 ans se présente à la consultation pour syndrome rectal depuis 06 mois.**

**87- Le syndrome rectal est fait de :**

- A- constipation
- B- ténesmes
- C- faux besoins
- D- épreintes
- E- diarrhée

**88-Que faites-vous à visée diagnostique ?**

- A- Un toucher rectal
- B- Une colonoscopie
- C- Une TDM abdominale
- D- Une rectoscopie avec biopsies
- E- Une IRM pelvienne

**89- Il s'agit d'un adénocarcinome du moyen rectum. Quels sont les moyens pour déterminer la localisation par rapport à la marge anale ?**

- A- Le toucher rectal
- B- La rectoscopie rigide
- C- L'échographie abdominale
- D- La TDM abdominale
- E- L'IRM pelvienne

**90- La tumeur est située à 07 cm de la marge anale. Les examens morphologiques ont mis en évidence une tumeur envahissant le mésorectum à 05 mm du fascia recti avec adénopathies satellites, sans métastases à distance. Que préconisez-vous pour ce patient ?**

- A- Une chirurgie exclusive
- B- Une chirurgie première suivie d'une chimiothérapie
- C- Une chirurgie première suivie de radiothérapie
- D- Une radiochimiothérapie concomitante suivie de chirurgie
- E- Une radiothérapie suivie de chirurgie

**91- La classification yp T2 N1 MX de la pièce opératoire correspond à :**

- A- une tumeur envahissant la musculature
- B- une tumeur envahissant le mésorectum
- C- une tumeur dépassant la séreuse
- D- la présence de 02 ganglions métastatiques
- E- la présence de 04 ganglions métastatiques

#### Cas clinique

**Une femme de 38 ans se présente pour épigastralgies évoluant depuis 08 heures avec nausées et vomissements. On retrouve la notion de contraception orale.**

**La température est à 37,5° C , la PA = 120/70 mmHg. Le bilan d'urgence révèle un ECG normal, bilan biologique : GB = 13 000/mm<sup>3</sup>, lipasémie à 2 fois la normale. Vous suspectez une cholécystite aiguë probablement lithiasique.**

**92- Quels sont les éléments échographiques qui confirment votre diagnostic ?**

- A- Epaissement de la paroi vésiculaire
- B- Image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur
- C- Calcul de la voie biliaire principale
- D- Dilatation de la voie biliaire principale
- E- Absence de rehaussement de la paroi vésiculaire

**93- La patiente est opérée. Une cholangiographie peropératoire par le canal cystique montre un arrêt du produit de contraste évoquant un obstacle du bas cholédoque. Secondairement, la patiente est confiée au gastro-entérologue pour complément d'exploration et traitement éventuel. A J5 post-opératoire, la CPRE faite révèle l'absence de calcul. Cependant, on note l'apparition de douleurs abdominales. La T°= 37,8°C, PA = 80/50mmHg, FC=120 bpm.**

**Quelles complications redoutez-vous ?**

- A- Perforation intestinale
- B- Occlusion post-opératoire
- C- Abscès sous-phrénique
- D- Pancréatite post-CPRE
- E- Pancréatite post-opératoire

**94- Quel bilan demandez-vous ?**

- A- Dosage de l'amylasémie
- B- Dosage de la lipasémie
- C- Fibroscopie digestive haute
- D- Echographie abdominale
- E- TDM abdominale

### **QCM**

**95- Dans un tableau d'occlusion aiguë du grêle, quel est le signe en faveur d'un iléus biliaire ?**

- A- Occlusion proximale
- B- Association à une grosse vésicule palpable
- C- Pneumobilie
- D- Ictère
- E- Image de "serpent à tête claire" au lavement baryté

**96- Quel diagnostic évoquez-vous devant l'association sténose duodénale, gros calcul et épaissement de la paroi vésiculaire ?**

- A- Maladie de Bouveret
- B- Signe de Bouveret
- C- Syndrome de Bouveret
- D- Syndrome de Mirizzi
- E- Syndrome de Koenig

**97- Quel est l'examen à réaliser en 1<sup>ère</sup> intention devant une anémie ferriprive d'origine digestive après un bilan endoscopique haut et bas ?**

- A- Entéroscanner
- B- Entéroscopie à double ballon
- C- Entéro IRM
- D- Vidéocapsule du grêle
- E- Transit du grêle

**98- Quels sont les examens paracliniques nécessaires à l'exploration d'un ictère secondaire à un obstacle du bas cholédoque ?**

- A- La CPRE
- B- La sphinctérotomie endoscopique
- C- L'échoendoscopie
- D- La Bili-IRM
- E- La cholédoscopie par voie endoscopique

**99- Le cancer du foie :**

- A- peut se développer sur une hémochromatose
- B- peut survenir dans l'évolution d'une hépatite chronique à VHB
- C- est un hépatocarcinome dans 90% des cas
- D- est un cholangiocarcinome dans 90% des cas
- E- est favorisé par l'intoxication chronique par les aflatoxines

**100- Le ganglion de Troisier :**

- A- est une extension ganglionnaire d'un adénocarcinome gastrique
- B- est une métastase ganglionnaire d'un cancer colique
- C- est un relai du canal thoracique
- D- peut être observé dans les cancers de la thyroïde
- E- peut être observé dans le cancer du rein





## Chirurgie

Date de l'épreuve : 26/10/2019

Page 1/1

### Corrigé Type

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

N°	Rép.
36	A
37	ABCD
38	A
39	ABDE
40	ABE
41	A
42	ABCDE
43	B
44	ADE
45	B
46	D
47	BCE
48	E
49	ABD
50	C
51	ABCD
52	B
53	CD
54	D
55	B
56	BD
57	BD
58	DE
59	D
60	C
61	ABCE
62	ACD
63	BCDE
64	BCD
65	AB
66	C
67	BCD
68	CE
69	D
70	B

N°	Rép.
71	BCDE
72	BCDE
73	AB
74	ABCE
75	CE
76	ABCE
77	C
78	AC
79	BD
80	ABD
81	C
82	CD
83	C
84	E
85	B
86	CD
87	BCD
88	AD
89	AB
90	D
91	AD
92	AB
93	DE
94	ABDE
95	C
96	C
97	D
98	CE
99	ABCE
100	ABCE