

**1. Leucémie myéloïde aiguë - investigations:**

- a. une CBC (Cell Blood Count) et différenciation
- b. Moelle osseuse - aspiration et biopsie
- c. CT / IRM
- d. Niveau de ferritine
- e. Aucune de ces réponses

**2. \* Leucémie lymphoblastique aiguë - Caractéristiques cliniques:**

- a. Infections, saignements, anémie
- b. Lymphadénopathie généralisée
- c. Splénomégalie
- d. Signes CNS
- e. Ali de ce qui précède

**3. Leucémie lymphoblastique aiguë - Traitement spécifique:**

- a. Greffe de cellules souches pour ali comme traitement d'induction
- b. Induction,
- c. Consolidation
- d. Maintenance pendant 2 ans
- e. Prophylaxie du SNC

**4. Anémie ferriprive - Étiologie:**

- a. Grossesse et allaitement
- b. Achlorhydrie
- c. GI saignement
- d. Stress
- e. Douleur osseuse

**5. \* Résultats de laboratoire dans l'anémie ferriprive:**

- a. Anémie - faible taux d'hémoglobine, faibles globules rouges
- b. Frottis sanguin - microcytaire, hypochrome; Anis et poïkilocytose
- c. Ferritine sérique - Faible
- d. Moelle osseuse montrant l'absence de fer colorable
- e. Ali de ce qui précède

**6. Laquelle des situations suivantes peut déclencher des mécanismes pathologiques CID:**

- a. infection bactérienne
- b. leucémie promyélocytaire aiguë
- c. hémolyse aiguë
- d. carence en fer avancée
- e. choc hémorragique, choc septique

**7. Parmi les formes suivantes, lesquelles sont des lymphomes de bas grade:**

- a. Petit lymphome lymphocytaire
- b. Lymphome lymphoblastique
- c. Lymphome de Burkitt
- d. Lymphome folliculaire clivé petit
- e. Lymphome mixte folliculaire

**8. Caractéristiques cliniques des lymphomes non hodgkiniens:**

- a. Lymphadénopathie
- b. Cytopénies
- c. Symptômes systémiques
- d. Hépatosplénomégalie
- e. Fractures

**9. \* Qu'est-ce qu'un lymphome indolent:**

- a. Une lésion bénigne
- b. Une lésion pré maligne
- c. Une lymphoprolifération non traitée peut survivre des années
- d. Une lymphoprolifération non traitée peut survivre des mois
- e. Une lymphoprolifération non traitée peut survivre des semaines

**10. Le traitement des lymphomes non hodgkiniens contient:**

- a. Chimiothérapie
- b. Radiothérapie
- c. Thérapie par anticorps monoclonaux
- d. Greffes de moelle osseuse et de cellules souches
- e. Aucune de ces réponses

**11. Schémas de chimiothérapie dans le lymphome de Hodgkins:**

- a. HACHER
- b. MOPP
- c. ABVD
- d. FCR
- e. BEACOPP

**12. Dans le myélome multiple, les manifestations cliniques comprennent:**

- a. Neuropathie
- b. Douleur due à la compression vertébrale
- c. Fracture pathologique
- d. Toux
- e. Néphropathie

**13. Dans le myélome multiple, les changements de laboratoire suivants peuvent survenir:**

- a. Plus de 30% d'explosions dans le sang périphérique
- b. Anémie
- c. Immunoglobulines monoclonales sériques hautement quantitatives (IgA, IgG, IgM)
- d. Hypercalcémie
- e. Troubles de la coagulation

**14. Waldenstrom Macroglobulinemia est:**

- a. Néoplasie granulocytaire
- b. Néoplasie pulmonaire
- c. Néoplasie lymphoplasmocytaire
- d. Néoplasie rénale
- e. Anémie

**15 Les modifications de la macroglobulinémie du laboratoire Waldenstrom comprennent:**

- a. Anémie
- b. Polyglobulie
- c. Infiltrat de moelle avec lymphoplasmocytes
- d. Thrombocytopénie
- e. Plus de 30% de blast cells dans le sang périphérique

**16. \* Parmi les explorations non invasives suivantes, laquelle ne peut pas voir la rate:**

- a. Scintigraphie hépato splénique
- b. Échographie
- c. Tomographie abdominale par ordinateur (TDM)
- d. Techniques de radio-isotopes pour déterminer la durée de vie des érythrocytes avec visualisation de la rate et des rates accessoires en utilisant  $^{51}\text{Cr}$
- e. Radiographies thoraciques

**17. Causes de la splénomégalie massive:**

- a. Leucémie myéloïde chronique
- b. Lymphomes malins
- c. La leucémie lymphocytaire chronique
- d. Pneumonie
- e. Maladie de Gaucher

**18. Indications de la splénectomie:**

- a. À une maladie à stades et à contrôler (lymphome, sphérocytose héréditaire)
- b. Pour supprimer les conséquences secondaires de l'hypersplénisme créées par une autre condition.
- c. En cas de rupture traumatique ou moins fréquente, en cas de rupture spontanée avec hémorragie intra-abdominale
- d. Infection urinaire tactile
- e. La dermatite atopique

**19. La présentation clinique de la leucémie myéloïde chronique - LMC comprend:**

- a. Splénomégalie
- b. Perte de poids
- c. Satiété précoce
- d. Sueurs nocturnes
- e. Cécité

**20. traitement de la leucémie myéloïde chronique - LMC comprend :**

- a. Hydroxyurée
- b. Melphalan
- c. Interféron
- d. Allogreffe
- e. Thérapie CHOP

**21. "Dans la leucémie lymphoïde chronique générale, les signes non spécifiques sont:**

- a. Fatigue
- b. Perte de poids
- c. Sueurs nocturnes
- d. Perte d'appétit
- e. Ali de ce qui précède

**22. Les critères biologiques pour un diagnostic positif dans la leucémie lymphoïde chronique sont:**

- a. Sang périphérique - plus de 5000 lymphocytes / mme, nuances cellulaires
- b. Moelle osseuse - plus de 40% de lymphocytose
- c. Sang périphérique - plus de 30% d'explosions
- d. Dans la moelle des fléaux - plus de 30% d'explosions
- e. Moelle osseuse - plus de 30% de plasmocytes

**23. Les médicaments suivants sont utilisés pour traiter la leucémie lymphoïde chronique:**

- a. Hydroxiurée
- b. Agents alkylants
- c. Fludarabine
- d. Des anticorps monoclonaux
- e. Melphalan

**24. Les manifestations cliniques du PTI surviennent lentement en quelques mois et consistent en:**

- a. Purpura
- b. Pétéchies,
- c. Bulles hémorragiques sur la muqueuse
- d. Épistaxis
- e. Les infections

**25. Le traitement du PTI comprend:**

- a. Prednisone
- b. Splénectomie
- c. Immunoglobulines
- d. agents immunosuppresseurs
- e. Les antidépresseurs

**26. \* Caractéristiques cliniques de la leucémie myéloïde aigue:**

- a. Fièvre, malaise, symptômes anémiques, infections
- b. Saignement, purpura, ecchymose spontanée
- c. Signes leucostatiques
- d. Infiltration des tissus mous
- e. Ali de ce qui précède

**27. Leucémie myéloïde aiguë - Traitement:**

- a. Hydratation et allopurinol
- b. Substitution de la vitamine 812
- c. Prise en charge des globules rouges et des plaquettes
- d. Traitement spécifique - Induction + consolidation
- e. Produits en fer

**28. Classification FAB dans la leucémie lymphoblastique aiguë (11 - L3):**

- a. L2 - Petites explosions homogènes, avec un cytoplasme peu abondant. Forme nucléaire régulière.
- b. L1 - Petites explosions homogènes, avec un cytoplasme peu abondant. Forme nucléaire régulière.
- c. L3 - Explosions hétérogènes de grande taille. Noyau et cytoplasme variables
- d L2 -Hétérogène, grandes explosions. Noyau et cytoplasme variables
- e. L3 - Grandes cellules homogènes, basophilie avec vacuolisation cytoplasmique.

**29. L'anémie hypochromique microcytaire présente les caractéristiques suivantes:**

- a. VMC faible
- b. MCV augmenté
- c. MCHC augmenté
- d. Diminution du MCHC
- e. Frottis sanguin périphérique caractéristique - microcytaire, poichilocytose, hypochromie

**30. Le diagnostic différentiel de l'anémie mégaloblastique est posé avec:**

- a. Syndromes myélodisplasiques
- b. Thalassémie
- c. Sphérocytose héréditaire
- d. Déficience en fer
- e. Leucémies

**31. Anémie mégaloblastique - Étiologie:**

- a. Malnutrition b. Saignement
- c. Gastrectomie, résection Ileal
- d. Anticorps anti-facteur intrinsèque - Anémie perniciose
- e. maladie intestinale inflammatoire

**32. L'hémophilie A est:**

- a. déficit congénital en facteur VIII
- b. déficit congénital en facteur IX
- c. déficit congénital en facteur XI
- d. déficit congénital en facteur von Willebrand

e. déficit congénital en facteurs VIII, IX et XI

**33. Lesquelles des formes suivantes sont des formes de lymphome de haut grade:**

- a. Lymphome smalllymphocytic
- b. Lymphome lymphoblastique
- c. Lymphome de Burkitt
- d. Lymphome immunoblastique à grandes cellules
- e. Lymphome mixte folliculaire

**34. Qu'est-ce que l'examen de laboratoire essentiel dans le diagnostic du LNH:**

- a. Examen histopathologique associé à l'immunohistochimie de la pièce biopsiée
- b. Dosage de l'olate et de la vitamine 812 dans le sérum
- c. Numération globulaire complète
- d. Dosage de l'albumine sérique
- e. Tache de perles de frottis de moelle osseuse

**35. Parmi ces explorations, lesquelles sont nécessaires dans le diagnostic et la stadification du LNH:**

- a. Examen histopathologique
- b. Numération globulaire complète
- c. Radiographie, scanner, IRM
- d. Biopsie de la moelle osseuse
- e. Ferritine sérique

**36. Parmi les entités histologiques suivantes, lesquelles sont des sous-types de lymphome de Hodgkin:**

- a. riche en lymphocytes
- b. sclérose nodulaire
- c. Cellularité mixte
- d. déplétion lymphocytaire
- e. grande cellule diffuse

**37. \* Dans le myélome multiple, la principale manifestation clinique est:**

- a. Toux
- b. Dyspnée
- c. Douleur fléau
- d. Fièvre
- e. Peeling de la peau

**38. Les principaux critères diagnostiques du myélome multiple sont:**

- a. Présence d'une globuline sérique monoclonale (> 3,5 g% pour IgG, > 2 g% pour IgA)
- b. Plasmocytes de la moelle osseuse de 10 à 30%
- c. Plus de 30% de blastes dans le sang périphérique
- d. Plasmocytes de la moelle osseuse > 30%
- e. Diagnostic histopathologique du plasmocytome à partir du tissu biopsié

**45. Le diagnostic différentiel de la leucémie myéloïde chronique - LMC est fait avec:**

- a. Polycythémie vera (PV)
- b. Myélome multiple
- c. Cancer du poumon
- d. Myélofibrose idiopathique (MMM)
- e. Thrombocythémie essentielle (ET)

**46. Le traitement de la polyglobulie vera (PV) comprend:**

- a. Transfusion sanguine
- b. Phlébotomie
- c. Hydroxiuree
- d. Substitution du fer
- e. Érythropoïétine

**47. \* Dans la leucémie lymphoïde chronique, le début peut être:**

- a. Détection d'une hyperleucocytose avec occasion de certaines investigations de routine
- b. La découverte d'une lymphadénopathie généralisée
- c. La découverte de la splénomégalie (nades lymphatiques associées, exception isolée)
- d. Infections récurrentes répétées
- e. Ali de ce qui précède

**48. Les éléments suivants sont réels à propos de la classification Binet pour la LLC:**

- a. Stade A. <3 zones impliquées, Hb> 10g%, Pit> 100G / L
- b. Stade B. > 3 zones impliquées, Hb> 10g%, Pit> 100G / L
- c. Stade C. - n'importe quel nombre de zones impliquées, Hb <10g%, Pit < 100G / L
- d. Stade C. <3 zones impliquées, Hb> 10g%, Pit> 100G / L
- e. Stade A. nombre de zones impliquées, Hb < 10g%, Pit <100G / L

**49. Le PTI (purpura thrombocytopénique auto-immun ou idiopathique) est une maladie acquise de l'enfant et de l'adulte, caractérisée par:**

- a. Thrombocytose
- b. Thrombocytopénie
- c. Moelle osseuse d'aspect normal
- d. Absence d'autres conditions potentiellement associées à une thrombocytopénie
- e. Anémie

**50. Effets secondaires potentiels du traitement des lymphomes non hodgkiniens:**

- a. Nausées, vomissements, diarrhée
- b. Fractures
- c. Numération sanguine selon la loi de myélosuppression
- d. Alopécie - perte de cheveux
- e. Fatigue