1)En ce qui concerne les cellulaires, est vrai :

A. Dans le cas de l'action de stimuli physiologiques en excès, les cellules ne réagissent pas

**B. La réponse cellulaire à l'agression dépend de l'intensité et de la durée d'action de l'agent impliqué**

C. Les réversibles aiguës présentent des changements de la différenciation cellulaire

**D. L'incapacité d'une cellule à s'adapter à un stimulus provoque la mort cellulaire**

E. La réponse cellulaire à l'agression est identique pour tous les types cellulaires

**F. La lésion est une altération morphologique cellulaire causée par de divers stimuli pathologiques**

**G. La cellule réagit à l'agression, modifiant son métabolisme et sa structure pour survivre**

H. La nécrose est la première manifestation survenant dans la cellule sous l'action d'un agent pathogène d'intensité réduite

**I. La réponse cellulaire à l'agression dépend de type cellulaire**

J. Dans les chroniques réversibles ne se produit aucun changement dans la structure cellulaire

2)Parmi les énoncés énumérés, lequel est un exemple d'adaptation cellulaire?:

A. Calcifications métastatiques

**B. Involution**

**C. Hyperplasie**

D. Calcifications dystrophiques

E. Hyalinose

F. Amylose

**G. Hypertrophie**

**H. Métaplasie**

I. Dégénérescence hydropique

**J. Atrophie**

3)Lequel des énoncés suivants est un exemple de lésion réversible chronique:

**A. Accumulation de pigments**

**B. Adaptation cellulaire de la différenciation**

C. Induration brune

**D. Accumulation de lipides**

E. Cytostéatonécrose

F. Hyperhydratation cellulaire

G. Nécrose de coagulation

H. Mort cellulaire programmée

**I. Adaptation cellulaire de la croissance**

**J. Accumulation de protéines**

4)Sur la dégénérescence hydropique, est vrai :

A. Elle se caractérise par l'accumulation d'eau dans les interstices

**B. Elle est caractérisée par lʼaltération de la pompe Na⁺-K⁺ dans la membrane cellulaire**

C. Cʼest une lésion irréversible

**D. Cʼest la première manifestation survenant dans la cellule sous l'action d'un agent pathogène d'intensité réduite**

**E. Cʼest une lésion cellulaire réversible aigüe**

**F. Elle est caractérisée par hyperhydratation cellulaire**

G. Cʼest une lésion réversible chronique

H. Elle est déterminée par l'accumulation de liquide d'œdème dans des cavités préformées

I. Elle se caractérise par une accumulation intracellulaire de glycogène

**J. Elle est déterminée par la pénétration excessive de l'eau et de Na⁺ dans la cellule et sortie de K⁺**

5)Dégénérescence hydropique du foie – caractéristiques :

A. L'organe est réduit en volume

B. Elle peut être macronodulaire

**C. Clarification complète du cytoplasme (dégénérescence claire)**

D. Le cytoplasme est intensément basophile, riche en ribosomes

E. Elle peut être micronodulaire

**F. Les sinusoïdes hépatiques sont comprimées**

**G. Les noyaux maintiennent la position centrale**

**H. Les cellules hépatiques sont gonflées, pâles et vacuolisées par hyperhydratation**

**I. Vacuolisation fine du cytoplasme (dégénérescence vacuolaire)**

J. Le foie est volumineux, de couleur jaunâtre et de consistance élastique

6)Concernant les adaptations cellulaires, est vrai :

**A. Hypertrophie - augmentation du volume dʼun tissu ou dʼun organe par augmentation de la taille des cellules sans multiplication cellulaire**

B. Néoplasie - diminution cellulaire autonome

C. Aplasie - l'augmentation du volume d'un organe par surcharge fonctionnelle

D. Hypoplasie - absence totale de développement d'un organe

**E. Métaplasie - transformation dʼun tissu normal en un autre tissu normal**

**F. Atrophie - diminution d'un organe par réduction des dimensions des cellules**

**G. Atrophie - diminution du volume d'un organe antérieurement normal développé**

H. Involution - insuffisance de développement embryologique d'un viscère

I. Hyperplasie – est la caractéristique de muscle myocardique

**J. Hyperplasie – augmentation du volume dʼun tissu ou dʼun organe par augmentation du nombre de cellules**

7)Hypertrophie :

**A. Peut apparaître après une stimulation hormonale accrue**

**B. C'est la réponse adaptative d'une cellule et d'un tissu à différents stimuli**

**C. C'est une augmentation réversible de la taille de la cellule sans multiplication cellulaire**

D. C'est une lésion cellulaire aiguë

E. Intéresse les cellules labiles

F. C'est un processus irréversible

G. C'est un exemple d'accumulation intracellulaire de pigment ferrique

H. Hypertrophie du muscle myocardique chez les sportifs est pathologique

**I. Apparaît dans les tissus incapables de se diviser**

**J. Peut-être physiologique ou pathologique**

8)Hyperplasie :

A. Représente la diminution du nombre de cellules

**B. Cʼest lʼaugmentation du nombre de cellules dans un organe ou un tissu**

**C. Peut coexister avec lʼhypertrophie**

**D. Représente une réaction d'adaptation cellulaire**

E. C'est une réaction cellulaire aiguë

F. Cʼest une forme dʼinvolution

**G. Intéresse les cellules labiles et stables**

**H. Ne s'observe pas dans les tissus permanents**

I. Cʼest une adaptation des tissus incapables de se diviser

**J. Hyperplasie hormonale peut-être physiologique**

9)Hypertrophie ventriculaire gauche concentrique – caractéristiques :

**A. Épaississement de la paroi du ventricule gauche >1,5 cm**

**B. Diamètre transversal des fibres du myocarde est augmenté**

C. La cavité du ventricule gauche est dilatée, remplie de sang

**D. Augmentation du poids du cœur à 800g**

**E. Cavité ventriculaire gauche est réduite**

F. La principale cause est l'ischémie chronique

**G. La cause principale est l'hypertension artérielle**

H. Les noyaux sont multiples localisées à la périphérie de la cellule

I. L'épaisseur de la paroi ventriculaire est réduite <1,5 cm

J. Le myocarde du ventricule gauche est fibrosé

10)Vessie de lutte :

A. C'est une réaction d'adaptation physiologique

B. C'est un exemple d'atrophie de dénervation

**C. Les faisceaux musculaires sont hypertrophiés, bombant sous la muqueuse**

D. C'est une foprme d'involution de l'organe affecté

**E. Elle apparaît en amont de l'hyperplasie bénigne de la prostate**

**F. Cʼest une hypertrophie adaptative du muscle vésical**

G. C'est la conséquence d'une agénésie de la vessie

**H. Elle est la conséquence d'une insuffisance à l'évacuation normale de l'urine vésicale par un obstacle mécanique incomplet**

**I. Est caractérisée par lʼépaississement du muscle vésical**

J. C'est un exemple d'atrophie de dénutrition

11)Lʼatrophie pathologique peut être :

A. Hyperplasique

B. Aplasique

C. De surcharge

**D. De compression**

**E. Due à des anomalies nutritionnelles**

**F. Due à perte de lʼinnervation**

G. Métaplasique

H. Due à une stimulation hormonale accru

**I D’inactivité**

**J ischémique**

12)Globe vésical :

**A. La vessie est distendue**

**B. La paroi de la vessie est mince, semi transparente**

C. Cʼest une forme dʼatrophie physiologique

D. La paroi est épaissie, la cavité est réduite

**E. C'est un exemple dʼatrophie de compression**

F. Lʼépaississement de la paroi vésicale est > 3 cm

G. Un autre nom est vessie de lutte

**H. La vessie urinaire est pseudo-hypertrophique**

**I. Est le résultat d'un obstacle complet à l'évacuation vésicale**

J. Est lié à des anomalies nutritionnelles

13)Hydrocéphalie :

A. C'est une tumeur cérébrale bénigne

B. La cause la plus fréquente est lʼimmobilisation

C. C'est un exemple d'hypertrophie physiologique

**D. On parle d'une pseudo hypertrophie**

**E. Est secondaire à un obstacle à lʼécoulement de liquide céphalo-rachidien**

**F. Due à l’accumulation excessive de liquide céphalo rachidien dans les cavités du cerveau**

**G. Le parenchyme cérébral est aminci**

H. Cʼest une atrophie dʼinactivité

I. Le parenchyme cérébral est noirâtre ou brun-rouge, hémorragique

**J. Les ventricules latéraux sont dilatés**

14)Qu'est-ce qui est vrai à propos de l'hydronéphrose :

**A. Lʼépaisseur du parenchyme rénal est réduite**

**B. Complications : calcul, infection**

C. Le parenchyme rénal est épaissi

**D. Lʼobstacle siège sur les voies urinaires, au-dessus de la jonction urétérovésicale**

E. La cause principale est l'obstruction de l'artère rénale

F. La corticale et la médullaire montre une hyperplasie tubulaire

**G. Est due à une obstruction en aval**

H. C'est une forme d'atrophie de dénervation

I. Dans le bassinet et les calices, il y a un exsudat purulent, crémeux

**J. Les cavités du rein (du bassinet, des calices) sont distendues par lʼaccumulation d'urine**

15)Métaplasie :

A. Elle peut être physiologique et pathologique

**B. À la base est la cellule souche multipotente**

**C. Cʼest une réaction d'adaptation cellulaire à un stimulus pathogène**

**D. Peut-être épithéliale ou conjonctive**

E. Cʼest une diminution du nombre et/ou de la taille des cellules

**F. C'est une modification de différenciation cellulaire**

G. La métaplasie conjonctive est réversible

H. On l'appelle aussi néoplasie ou dysplasie

I. C'est une tumeur secondaire

**J. Un tissu mature est remplacé par un autre tissu mature**

16)Stéatose :

A. Synonymes : intumescence trouble ou œdème cellulaire

**B. Les triglycérides sʼaccumulent dans le cytoplasme des cellules parenchymateuse qui normalement ne les contiennent pas ou contiennent ce métabolite sous forme masquée**

C. Au niveau l'angle interne de l'oeil on l'appelle xanthélasma

**D. Localisation : foie, cœur, muscle, rein**

**E. C'est une lésion cellulaire chronique réversible**

F. Elle représente l'accumulation interstitielle des cellules xanthiques

G. Cʼest une accumulation de cholestérol et d'esters de cholestérol

H. Elle se situe le plus souvent au niveau de la peau

**I. Cʼest lʼaccumulation anormale des triglycérides dans le cytoplasme des cellules**

**J. Est réversible lorsque le facteur étiologique disparaît**

17)Stéatose hépatique – morphologie :

A. Le foie est atrophié, micronodulaire ou macronodulaire

B. Les hépatocytes sont augmentés de volume par stase biliaire

C. Le foie est de consistance friable → aspect de ”viande bouillie ”

**D. Le foie est gros, mou et dépressible, de coloration jaunâtre, bords arrondis**

E. Le cytoplasme des cellules est pâle à cause de l'accumulation de glycogène

**F. Peut-être microvésiculaire ou macrovésiculaire**

G. Les cellules sont ballonisées, hyperhydratées, le cytoplasme est finement vacuolisé

**H. Des kystes lipidiques peuvent se former**

**I. Peut-être diffuse ou focale**

**J. Le cytoplasme des hépatocytes contient des vacuoles optiquement vides**

18)Le foie ictérique est caractérisé par :

A. Accumulation de cholestérol dans les hépatocytes

**B. Thrombus biliaire dans les canalicules interhépatocytaires**

C. Le pigment intrahépatocytaire est coloré en bleu par la coloration de Perls

**D. Le pigment apparaît brun verdâtre dans la coloration HE**

**E. Pigment granulaire dans les hépatocytes**

**F. Foie gros, mou, vert**

G. Accumulation de pigments exogènes dans les tissus du foie

H. Accumulation de pigment d'hémosidérine dans les hépatocytes

I. Augmentation de l'absorption de Fe dans l'intestin

**J. Accumulation excessive de pigment biliaire dans le tissus hépatique**

19)Hyalinose:

A. Cʼest une modification de différenciation cellulaire

B. Néphroangiosclérose bénigne est un exemple d'hyalinose intracellulaire

C. Le matériel hyalin présent une structure fibrillaire organisées en feuillets bêta plissés

**D. Cʼest une lésion cellulaire réversible chronique**

**E. En coloration HE: aspect homogène, éosinophile, sans structure**

**F. Cʼest une accumulation de protéines à structure biochimique différente**

G. En lumière polarisée présente une biréfringence dicroïque de couleur verte spécifique

**H. Le matériel hyalin peut s'accumuler intracellulaire**

**I. La substance hyaline peut sʼaccumuler extracellulaire**

J. La substance hyaline est mise en évidence par la coloration spécifique Rouge Congo

20)Néphroangiosclérose bénigne :

A. Le cortex rénal est hypertrophié

**B. Est associée à une hyperplasie du tissu adipeux dans le hile**

C. La surface sous capsulaire est lisse et montre de petites zones hémorragiques

D. Se présente comme un nodule solitaire, avec des zones de nécrose et d'hémorragie

**E. Cʼest une maladie rénale associée à lʼhypertension artérielle**

F. Le rein est augmenté en volume

**G. Cʼest une lésion réversible chronique**

H. C'est une tumeur rénale

**I. Représente une atrophie rénale secondaire à lʼischémie chronique**

**J. Présente une hyalinose des artérioles afférentes rénales**

21)Néphroangiosclérose bénigne – microscopie :

**A. L'hyalinosclérose des parois des artérioles afférentes**

**B. Épaississement de la paroi des artérioles afférentes associé à la réduction de la lumière**

C. Les glomérules ne sont pas atteints

D. La lumière de l'artériole afférente est élargie

E. L'hyaline s'accumule dans la lumière de l'artériole efférente

**F. Sclérose et hyalinose partielle/complète des glomérules**

**G. Tubes dilatés compensatoires avec des cylindres hyalins dans la lumière**

**H. Tubes atrophiés**

I. Les tubes atrophiés sont remplacés par une nécrose fibrinoïde

J. L'artériole afférente présente une cytostéatonécrose

22)Lequel des éléments suivants est un type de nécrose :

A. Nécrose hyperplasique

B. Nécrose hypertrophique

**C. Nécrose fibrinoïde**

**D. Nécrose de caséification**

E. Nécrose métastatique

**F. Nécrose de coagulation**

G. Nécrose métaplasique

**H. Nécrose hémorragique**

**I. Nécrose de liquéfaction**

J. Nécrose anaplasique

23)Nécrose de coagulation :

**A. Les cellules nécrotiques ont des limites distinctes, le cytoplasme homogène, intensément éosinophile, sans noyau**

**B. Cʼest une nécrose structurée, lʼarchitecture tissulaire est préservée**

C. Au microscope, les noyaux sont agrandis en volume, hyperchromatiques avec un contour irrégulier

**D. Apparaît dans l'infarctus**

E. Est spécifique pour lʼinfection tuberculeuse

F. Microscopie : matériel nécrotique grumeleux, éosinophile, sans architecture cellulaire ou tissulaire

**G. Est déterminée de lʼinterruption brutale de la vascularisation dʼun tissu**

H. Elle est la conséquence de l'ischémie chronique

I. Macroscopiquement elle rappelle le lait caillé

**J. Est caractérisée par coagulation des protéines cytoplasmiques**

24)Infarctus du myocarde :

A. La zone nécrotique est amorphe, sans structure

B. Cʼest une nécrose de liquéfaction

C. Macroscopie : substance blanc-grisâtre, pâteuse, comparable à du fromage blanc

D. Les fibres musculaires montrent de nombreuses mitoses

**E. Le cytoplasme est hyperéosinophile**

**F. Les limites des cellules sont conservées**

**G. Macroscopie : zone mal limitée, au début rouge et molle, qui devient jaune en quelques jours**

**H. Perte des striations et du noyau**

I. Atteint habituellement le ventricule droit

**J. Les fibres musculaires nécrosées sont homogénéisées**

25)Concernant l'inflammation, est vrai :

A. L'inflammation aiguë montre des signes de destruction tissulaire importante

**B. L'inflammation peut être aiguë ou chronique**

C. Les organes sont pâles, de consistance friable

**D. Cʼest la réponse des tissus vivants, vascularisés, à une agression**

**E. L'inflammation chronique peut coexister avec lʼinflammation aiguë**

F. Dans l'inflammation aiguë, la cellule dominante est le macrophage activé

G. La réaction inflammatoire se développe toujours dans les tissus dépourvus de vaisseaux

**H. L'inflammation aiguë implique des éléments cellulaires, vasculaires et humoraux**

I. C'est une adaptation cellulaire caractérisée par une métaplasie

**J. L'inflammation aiguë cʼest la première réaction, de courte durée (heures ou jours) à toute agression tissulaire**

26)Modifications vasculo-exsudatives dans le foyer inflammatoire aigu :

**A. Accumulation de liquide dans le tissu**

B. Baisse de la perméabilité vasculaire

**C. Augmentation de la perméabilité vasculaire**

**D. Changements de la vitesse du sang**

E. Accumulation intracellulaire de cholestérol

F. Métaplasie capillaire

**G. Diapédèse leucocytaire**

**H. Changements du calibre des vaisseaux**

I. Diapédèse lympho-plasmocytaire

J. Accumulation de pigment d'anthracose dans les tissus

27)Dans le foyer inflammatoire aigu on trouve :

A. Cellules géantes multinucléées

B. Vaisseaux collabés

C. Lymphocytes

D. Cellules épithélioïdes

**E. Elément liquidien - exsudat riche en protéines**

**F. Fibrine**

G. Plasmocytes

**H. Congestion vasculaire**

**I. Érythrocytes**

**J. Polynucléaires neutrophiles**

28)Selon l'exsudat inflammatoire, lʼinflammation aiguë est :

**A. Suppurée - exsudat riche en polynucléaires neutrophiles**

B. Granulomateuse - exsudat riche en macrophages activés

C. Purulente – exsudat riche en lymphocytes

D. Œdémateuse - riche en transsudat

E. Thrombotique - exsudat riche en plaquettes

**F. Fibrineuse - exsudat riche en fibrine**

**G. Catarrhale - associée aux muqueuses avec des glandes mucosécrétrices**

**H. Séreuse - élément liquidien augmenté**

I. Emphysémateuse - exsudat riche en oxygène

**J. Hémorragique - exsudat riche en érythrocytes**

29)Inflammation séreuse :

**A. Elle peut être localisée au niveau des séreuses**

**B. Dans la pneumonie lobaire, il se présente sous la forme d'une alvéolite séreuse**

C. Au niveau du larynx et de la muqueuse colique, il se présente sous forme de fausses membranes blanches ou blanc grisâtres

**D. Au niveau de la peau elle peut se présenter sous forme des vésicules**

E. Au niveau des muqueuses, elle se présente sous forme pseudo-membraneuse

**F. Peut affecter la plèvre, le péricarde et le péritoine**

G. Elle n'affecte pas le poumon

H. Au niveau de la cavité pleurale, elle apparaît sous forme d'empyème

**I. Est caractérisée par un exsudat riche en élément liquidien**

J. Au niveau de la peau, elle apparaît sous forme d'abcès récent

30)Inflammation pseudo-membraneuse :

**A. C'est une forme d'inflammation fibrineuse**

B. C'est une forme d'inflammation séro-fibrineuse

**C. Les fausses membranes sont adhérentes à la muqueuse**

**D. Au niveau des muqueuses, elle apparaît sous forme de fausses membranes**

**E. Est caractérisée par un exsudat riche en fibrine**

F. Elle apparaît sous forme de vésicules cutanées lors de brûlures et d'infections virales

G. Le foyer inflammatoire est délimité par une pseudocapsule

**H. C'est une forme d'inflammation aiguë**

I. Elle se situe le plus souvent au niveau des organes parenchymateux

J. C'est une forme d'inflammation chronique non spécifique

31)La péricardite fibrineuse se caractérise par :

**A. Évolution vers une péricardite constrictive**

**B. Péricarde épais**

C. La cavité péricardique est pleine de pus

**D. Péricarde rugueux**

E. L'infiltrat inflammatoire est mononucléaire

F. Péricarde lisse, brillant

**G. Exsudat riche en fibrine**

H. Fausses membranes à la surface de lʼépicarde

**I. Amas fibrineux sur le feuillet viscéral du péricarde**

J. Dysplasie des fibres myocardiques

32)Péricardite fibrineuse – causes :

A. Septicémie

**B. Urémie**

C. Bactéries pyogènes

D. Insuffisance cardiaque

**E. Infarctus**

**F. Virus, TBC**

**G. Néoplasmes**

H. Thromboembolie

**I. Maladies auto-immunes**

J. Embolie gazeuse

33)Péricardite fibrineuse – microscopie :

A. L'épicarde est épaissi à cause de granulomes épithélioïdes

**B. Dans l'épicarde, les vaisseaux sont congestionnés**

C. Les filaments de fibrine apparaissent sous forme de globes cornés

**D. Dans l'épicarde sont présents des cellules inflammatoires**

**E. Rares polynucléaires neutrophiles**

F. A la surface du péricarde il y a un dépôt de collagène dense

G. L'épicarde est atrophié

H. A la surface de lʼépicarde la fibrine apparaît sous forme de phlegmon

**I. Exsudat fibrineux à la surface du péricarde**

**J. Les filaments de fibrine se présentent sous forme d'un réseau éosinophile**

34)L'alvéolite fibrineuse se caractérise par :

**A. Congestion vasculaire dans les parois alvéolaires**

B. Cellules géantes multinucléées dans la lumière alvéolaire

C. La lumière alvéolaire est libre

D. Formation d'abcès

E. Atrophie des parois alvéolaires

**F. Rares érythrocytes dans la lumière alvéolaire**

**G. Exsudat inflammatoire riche en fibrine**

**H. Dépôts homogène, éosinophiles sous forme de réseau dans les lumières alvéolaires**

I. De nombreux lymphocytes dans la paroi alvéolaire

**J. Rares PNN dans la lumière alvéolaire**

35)Lʼexsudat purulent comprend :

A. Lymphocyte

B. Fibroblastes

C. Tissu fibreux mature

**D. Polynucléaires normaux et altérés**

**E. Débris nécrotiques**

F. Plasmocytes

**G. Macrophages, érythrocytes**

**H. Flore microbienne**

I. Myofibroblastes

**J. Fibrine**

36)C'est un exemple d'inflammation purulente diffuse:

A. Furoncle

**B. Pyoarthrose**

C. Bronchite catarrhale

**D. Appendicite phlegmoneuse**

**E. Leptoméningite purulente**

F. Pneumonie grippale

G. Carbuncle

**H. Pyopericard**

I. Microabcès récents

**J. Empyème pleural**

37)Inflammation purulente localisée :

**A. Lʼabcès chronique est délimité de membrane pyogène**

**B. Le furoncle est une variété d'abcès qui se développent dans le derme au niveau de l'unité pilo sébacée**

**C. Un exemple est le carbuncle, cʼest un bouquet de furoncles**

D. Elle peut être bénigne ou maligne

E. Lʼexsudat purulent s'étend au long des septa conjonctifs et des espaces anatomiques

F. Cʼest lʼaccumulation de pus sans tendance à l'encapsulation

**G. Cʼest une accumulation de pus dans une cavité due à une destruction de tissus sous l'action d'enzymes lysosomales**

H. Un autre nom pour lʼinflammation purulente localisée est caverne

I. Cʼest une complication d'infections occultes

**J. C'est aussi appelé - abcès**

38)À propos de la leptoméningite purulente, on peut affirmer que :

A. Dans la leptoméningite à H. influenzae l'exsudat est disposé plus fréquemment au niveau des convexités du cerveau

**B. Est due à meningococcus, pneumococcus, haemophylus**

**C. L'exsudat purulent est disposé le long des vaisseaux**

**D. Cʼest une inflammation purulente diffuse**

E. Elle peut être causée par le bacille de Koch

F. La leptoméninge est épaissie par la présence de liquide d'œdème

G. La leptoméninge est mince avec des tubercules miliaires à la surface

**H. La leptoméninge est opacifiée par un exsudat purulent crémeux**

I. Dans la leptoméningite à pneumocoque, l'exsudat purulent est plus fréquemment à la base du cerveau

**J. Les vaisseaux sont congestionnés**

39)À propos de l'abcès pulmonaire, on peut affirmer que :

A. Cʼest une inflammation purulente diffuse

**B. Survient comme une complication des tumeurs pulmonaires**

C. Quelle que soit sa localisation, il se présente sous forme de cavernes à contenu caséeux

**D. Lʼabcès récent est une cavité pleine du pus à parois anfractueuses, délimitée par la fibrine du tissu envoisinant**

**E. Lʼabcès chronique est délimité par une paroi lisse, fibreuse - membrane pyogénique**

F. La cavité de l'abcès montre des vaisseaux avec des dilatations anévrismales

**G. Est une complication de la pneumonie lobaire ou de la bronchopneumonie**

H. L'abcès peut être séreux ou mucineux

**I. Cʼest une inflammation purulente localisée**

J. On l'appelle aussi empyème pleural

40)L'abcès pulmonaire est une complication de :

**A. Traumatismes thoraciques**

**B. Septicémie**

**C. Bronchectasie**

**D. Aspiration du corps étranger**

E. Bronchopneumonie tuberculeuse

F. Emphysème bulleux

G. Hydrothorax

**H. Pneumonie lobaire aiguë**

I. Pneumonie interstitielle

J. Myocardite interstitielle

41)L'abcès pulmonaire peut évoluer vers :

**A. Surinfection**

**B. Amylose secondaire**

**C. Gangrène pulmonaire**

D. Tuberculome

E. Hydrocéphalie

F. Néphroangiosclérose

**G. Guérison**

H. Carcinome pulmonaire

I. Adénome

**J. Empyème pleural**

42)Abcès cérébral – caractéristiques :

A. Des macrophages activés peuvent être observés dans la substance cérébrale

B. Zone triangulaire blanche nacrée au niveau du parenchyme cérébral

**C. Peut être localisé au niveau des lobes frontaux**

D. Au microscope, il apparaît sous forme de nodules polycycliques

E. Apparaît dans la cavité des ventricules latéraux

**F. Il peut être délimité par une paroi fibreuse**

**G. Se présente comme une zone de nécrose de liquéfaction blanc jaunâtre**

H. L'exsudat purulent contient des lymphocytes, des plasmocytes, des érythrocytes

**I. Il peut toucher le cervelet**

**J. Peut être localisé au niveau des lobes pariétaux**

43)Abcès cérébral – causes :

A. Péricardite fibrineuse

**B. Infections pulmonaires**

C. Athérosclérose des vaisseaux du polygone de Willis

D. Rupture des anévrismes congénitaux

**E. Extension locale à partir d'un foyer voisin (sinusite)**

**F. Implantation directe du germe (traumatisme)**

G. Hypertension artérielle

**H. Endocardite infectieuse**

**I. Dissémination hématogène à distance du foyer initial (ostéomyélite)**

J. Leptoméningite tuberculeuse

44)Abcès hépatique pilephlébitique :

A. Lʼorigine est dans l'artère hépatique

**B. Lʼorigine est portale : à partir d'une thrombophlébite septique**

C. C'est une maladie idiopathique

**D. Lʼorigine est portale : à partir d'une embolie septique**

**E. Peut survenir comme complication d'une infection péritonéale**

F. Se produit dans la polypose adénomateuse familiale

**G. Peut se produire comme une complication de l'appendicite aiguë**

H. On l'appelle aussi abcès pyoémique

**I. Complique une infection intra-abdominale**

J. Lʼorigine est au niveau des voies biliaires extrahépatiques

45)Abcès hépatiques cholangitiques :

A. C'est une complication de la cholestérolose

B. C'est une réaction granulomateuse à corps étranger

C. C'est la lésion caractéristique de la cirrhose hépatique

**D. Se développent à partir d'une infection des voies biliaires ascendantes**

**E. Les abcès sont localisés à la périphérie de l'organe**

**F. Lʼorigine est biliaire**

G. Ils sont de préférence situés en région du hile hépatique

**H. Le contenu des abcès est verdâtre**

I. Se développent à partir d'un foyer infectieux à distance

**J. Peut survenir comme complication dʼune cholangite**

46)Abcès hépatiques :

A. Les abcès cholangitiques ne sont pas guéris par l'antibiothérapie

B. Le contenu des abcès phlébitiques est verdâtre - mélange de bile avec du pus

**C. Les abcès cholangitiques sont de petite dimension, multiples, à bordure festonnée**

**D. Les abcès pilephlébitiques sont de forme arrondie et dimensions variées**

E. Les abcès pyoémiques apparaissent par dissémination lymphatique

F. Ils ont une évolution rapide vers le carcinome hépatocellulaire

G. La rupture des abcès pyléphlébitiques peut entraîner une péricardite

**H. Peuvent être uniques ou multiples**

**I. Les abcès pilephlébitiques sont localisés en région du hile hépatique**

**J. Les abcès cholangitiques sont localisés à la périphérie du foie**

47)Abcès hépatique chronique :

**A. À l'extérieur, la membrane pyogénique est constituée de tissu de granulation**

B. Est causé par des agents viraux

C. C'est une complication de l'hépatite chronique sévère

D. C'est une inflammation chronique granulomateuse du foie

**E. La cavité contient un exsudat purulent**

**F. C'est une inflammation purulente localisée**

G. Apparaît dans la tuberculose hépatique

H. Se présente sous forme de nodules de régénération

**I. La paroi est constituée d'une membrane pyogène**

**J. La membrane pyogène est formée vers l'intérieur par un réseau de fibrine**

48)Évolution de l'inflammation aiguë :

**A. Chronicisation lorsque le stimulus persiste**

B. Régénération des tissus à cellules permanentes

**C. Organisation conjonctive lorsque la résolution est impossible**

D. Restauration de la normalité par calcifications métastatiques du tissu affecté

E. Chronicisation lorsque lʼétiologie est éliminée

**F. Résolution dans une inflammation légère ou infection sans nécrose**

**G. Abcédation dans les infections à bactéries pyogènes**

H. Transformation maligne

**I. Restauration de la normalité du tissu à cellules capables de régénération**

J. Atrophie de compression

49)Le foyer inflammatoire aigu se caractérise par :

A. L'augmentation de la perméabilité vasculaire entraîne la formation de granulomes

**B. Vasodilatation artériolo-capillaire**

C. La congestion favorise l'apparition de kystes lipidiques

**D. Phénomène de phagocytose réalisé par les leucocytes**

**E. Ralentissement du flux sanguin**

F. Les PMN arrivent dans le foyer inflammatoire après les macrophages

**G. Vasoconstriction transitoire**

**H. Passage de PNN à travers la paroi dʼun capillaire dilaté**

I. Le foyer inflammatoire contient des cellules dysplasiques

J. Vasodilatation transitoire est suivie d'une vasoconstriction

50)Inflammation chronique :

**A. Peut être spécifique ou non spécifique**

**B. Cʼest un processus inflammatoire de longue durée (semaines, mois)**

C. Il s'agit d'événements cellulaires et vasculaires qui surviennent en quelques minutes de l'action de l'agent pathogène

D. Se caractérise par la présence d'un exsudat purulent

**E. Lʼinfiltrat inflammatoire est mononucléaire - lymphocytes, plasmocytes, macrophages**

**F. Elle est associée à la réparation par organisation conjonctive**

G. L'élément cellulaire caractéristique est le polynucléaire neutrophile

H. Elle est produite par des bactéries pyogènes

**I. Elle est associée à destructions tissulaires importantes**

J. Peut-être granulomateuse non spécifique

51)Inflammation chronique spécifique :

**A. Elle se caractérise par la présence de granulomes qui peuvent être de plusieurs types selon l'étiologie de l'inflammation**

B. Elle se caractérise par un infiltrat diffus ou focal constitué de cellules mononucléées

C. L'élément cellulaire caractéristique est le polynucléaire neutrophile

**D. Les granulomes peuvent être de type non immunologique - à corps étranger**

**E. On l'appelle aussi granulomateuse**

F. La plupart du temps l'inflammation chronique suivie une inflammation aiguë

**G. Les granulomes peuvent être de type immunologique - non caséeux**

H. Elle est présente dans l'hépatite virale chronique

I. Un exemple est l'ulcère peptique chronique

**J. Les granulomes peuvent être de type immunologique - caséeux**

52)On peut dire ce qui suit à propos de l'inflammation chronique :

**A. Elle est présente dans la glomérulonéphrite chronique**

**B. Peut être spécifique**

C. Cʼest une réaction d'adaptation

D. Elle est produite par les Stafilococcus aureus et Streptococcus pyogenes

**E. Elle est présente dans la sarcoïdose**

F. A une durée de quelques heures à quelques jours

G. Elle représente une accumulation de lipides au niveau des tissus

H. Cʼest une accumulation de protéines

**I. Elle est présente dans la tuberculose**

**J. Peut être non spécifique**

53)La tuberculose :

**A. Quels que soient la localisation et le type macroscopique de la lésion, elle présente les mêmes critères diagnostiques microscopiques**

B. Elle se caractérise par la présence d'une cytostéatonécrose

**C. Cʼest une inflammation granulomateuse spécifique**

**D. Macroscopiquement montre des circonscrites, diffuses et ulcérées**

**E. Se caractérise par la présence de granulomes de type immunologique caséeux**

F. Elle se caractérise par la présence de granulomes de type immunologique non caséeux

**G. Est produite par Mycobacterium tuberculosis**

H. Représente une inflammation granulomateuse non spécifique

I. Macroscopiquement montre des végétantes

J. Elle se caractérise par la présence de granulomes à corps étrangers

54)Les circonscrites de la tuberculose comprend :

**A. Nodule simple**

**B. Tubercules miliaires**

C. Péritonite tuberculeuse

**D. Foyer de Ghon**

E. Caverne tuberculeuse

**F. Tubercules polycycliques**

G. Pneumonie caséeuse

**H. Tuberculome**

I. Abcès pulmonaire

J. Phlegmon

55)Parmi les ulcérées de la tuberculose, on peut identifier :

A. Pleurésie tuberculeuse

B. Infiltrat tuberculeux apical

C. Leptoméningite tuberculeuse

**D. Caverne rénale**

**E. Ulceration intestinal**

**F. Caverne osseuse**

G. Foyer dʼAssmann

**H. Caverne pulmonaire ancienne**

I. Abcès pulmonaire chronique

**J. Caverne pulmonaire récente**

56)Foyer de Ghon :

A. Se manifeste sous forme de pyélonéphrite tuberculeuse

B. Situé principalement au niveau des corps vertébraux dans la région lombaire

C. Cʼest un ulcère à bords anfractueux et base irrégulière

D. Il est situé dans la région iléo-cæcale

**E. Cʼest une lésion circonscrite de 1 cm, avec nécrose de caséification (parfois calcification).**

**F. Cʼest une lésion nodulaire**

**G. Il est situé dans le poumon, sous-pleural**

**H. Il fait partie du complexe tuberculeux primaire**

**I. C'est un exemple de nodule simple**

J. Cʼest une lésion diffuse

57)Caverne tuberculeuse pulmonaire :

A. C'est une lésion circonscrite

**B. Est produite par l'élimination du caséum dans une bronche érodée par le foyer tuberculeux**

C. La caverne récente est pleine de pus

D. C'est un exemple d'inflammation purulente aiguë localisée

**E. Elle peut être récente ou ancienne**

**F. La caverne ancienne a des parois épaisses, fibreuses, lisses, sans trace de caséum**

G. Cʼest une lésion tuberculeuse diffuse

**H. La cavité présente des brides conjonctivo-vasculaires (anévrismes de Rasmussen)**

I. Elle fait partie du complexe tuberculeux primaire

**J. La caverne récente a des parois minces, couvertes de dépôts jaunâtres de caséum**

58)Granulome tuberculeux :

**A. La nécrose caséeuse est éosinophile homogène avec/sans résidus nucléaires**

B. Cʼest un granulome d'étiologie inconnue

C. Montre une tendance à la nécrose de liquéfaction

**D. Montre la tendance à la confluence**

E. Il est présent dans la sarcoïdose

**F. Présente une tendance à la nécrose de caséification**

**G. Il représente la lésion microscopique caractéristique de l'inflammation tuberculeuse**

H. C'est une lésion micronodulaire composée d'un seul type de cellule

**I. Il est constitué de cellules géantes multinucléées de type Langhans, de cellules épithélioïdes, de lymphocytes**

J. C'est un granulome à corps étranger

59)Le granulome tuberculeux – caractéristiques :

A. La cellule géante est entourée de plages de cellules glandulaires

**B. Contient des cellules géantes multinucléées (Langhans)**

**C. Contient des cellules épithélioïdes**

**D. Cʼest la lésion microscopique caractéristique de l'inflammation tuberculeuse**

E. Les cellules épithélioïdes sont polymorphonucléaires modifiées

F. On le trouve exclusivement dans le poumon

G. Il ne se produit pas au niveau des organes parenchymateux

**H. Il montre une couronne de lymphocytes à la périphérie**

**I. La nécrose caséeuse débute au centre du granulome**

J. On le trouve uniquement dans la péritonite tuberculeuse

60)Modes de propagation de l'infection tuberculeuse :

A. **Endobronchique**

B. Anaplasique

C. Thromboembolique

D. Le long de la membrane basale

E. Hypertrophique

**F. Hématogène**

**G. Au long des organes cavitaires**

**H. De proche en proche**

**I. Lymphatique**

J. Intra-caverneux

61)Tubercules miliaires - caractéristiques :

**A. Ils sont le résultat de la dissémination hématogène du bacille de Koch**

**B. Peuvent intéresser plusieurs organes (poumon, foie, rate, méninges, reins)**

**C. nodulaires de 1 à 3 mm**

**D. Contiennent nécrose de de caséification**

E. Sont caractéristiques pour la bronchopneumonie tuberculeuse

**F. Couleur blanc-jaunes**

G. Le contenu est formé de strates caséeuses et fibreuses

H. Sont centrés par une bronchiole, contour festonné

I. Lésion solitaire de 3-4 cm, délimitée par une capsule fibreuse avec / sans calcifications

J. Nodules blancs à contours polycycliques, irréguliers, de taille inégale

62)Réparation conjonctive - caractéristiques :

A. Le granulome de type immunitaire représente l'élément caractéristique

**B. Tissu conjonctif remplace le tissu détruit**

**C. Est spécifique pour les cellules permanentes (le tissu lésé ne peut pas régénérer)**

**D. Aboutit à une cicatrice**

E. Aboutit à une restitution intégrale du tissue

**F. Se produit lorsque la destruction tissulaire est très importante**

G. Est spécifique pour les cellules labiles et stables

H. Les cellules détruites sont remplacées par des cellules épithéliales identiques

**I. Est caractérisée par formation du tissu de granulation**

J. Restauration morphologique et fonctionnelle des tissus endommagés par le même type de tissu

63)Tissu de granulation :

A. Représente un exemple de métaplasie

**B. Représente l'élément caractéristique de la réparation conjonctive**

**C. Tissu de granulation vasculaire est riche en capillaires néoformés, cellules inflammatoires, rare fibroblastes**

**D. Tissu de granulation fibrovasculaire : les fibroblastes prolifèrent, la synthèse de collagène poursuivent, une grande partie des capillaires néoformés régressent**

**E. Tissu de granulation fibreux contient collagène dense et rare vaisseaux à caractère mature**

F. Il s'agit d'un granulome de type immuno-caséeux

G. C'est un processus néoplasique

H. C'est un granulome à corps étranger

**I. Est impliqué dans l'organisation conjonctive de l'infarctus du myocarde**

J. Montre une tendance à la nécrose de la caséification

64)Tissu de granulation jeune – microscopie :

**A. Erythrocytes**

B. Nombreux fibrocytes, fibres de collagène

C. Capillaires de néoformation réduits avec endothélium aplati

**D. Transsudat éosinophile**

E. Cellules inflammatoires mononucléées réduites

F. Fibroblastes nombreux

**G. Capillaires de néoformation avec endothélium proéminent**

H. Vaisseaux rares à caractère mature

**I. Cellules inflammatoires (polynucléaire neutrophile, macrophages, lymphocytes)**

**J. Rare fibroblastes**

65)Syphilis – caractéristiques :

A. Dans le stade primaire au niveau de la peau on trouve des roséoles syphilitiques

**B. Peut être acquise ou congénitale**

**C. Dans le stade primaire la lésion caractéristique est le chancre dur**

**D. La forme acquise est une maladie vénérienne sexuellement transmissible**

**E. Lʼagent étiologique est Treponema pallidum**

F. La syphilis congénitale est caractérisée par la présence du condylome acuminé

**G. Dans le stade secondaire on a des symétriques multiples de la peau et des muqueuses**

H. Dans la syphilis acquise les incisives sont en forme de croissant (dents de Hutchinson)

I. Lésion caractéristique pour la syphilis secondaire est la gome syphilitique

J. Condyloma lata est caractéristique pour le stade tertiaire

66)Actinomycose :

**A. Actinomyces israeli est un germe saprophyte dans la cavité orale**

B. Les cellules géantes ont des inclusions stellaires (corps d'astéroïdes)

C. Le cytoplasme de cellules géantes contient des corps composés de calcium et de protéines (corps de Schauman)

**D. Localisation de l′actinomycose est au niveau mandibulaire, dans la région de gonion**

**E. Cʼest une suppuration chronique produite par Actinomyces israeli**

**F. Des trajectoires sinusales ou des fistules se produisent à travers lesquelles un pus grumeleux, riziforme est évacué**

**G. Peut se situer au niveau iléo-caecale et pulmonaire**

H. Microscopiquement est composée de cellules épithélioïdes et cellules géantes

I. Elle est déterminée par infections bactériennes, fongiques, bérylliose

J. Macroscopiquement se présent comme plaques blanches produites par l'hyperkératose, qui au décollement laissent des ulcérations superficielles

67)Néoplasme - caractéristiques :

**A. La prolifération tumorale présent un degré d'autonomie**

**B. Accroissement incoordonné par rapport aux tissus voisins**

**C. Prolifération cellulaire ayant tendance à persister**

**D. La prolifération cellulaire peut être bénigne**

E. Cʼest une réaction d'adaptation

F. Remplacement d'un type de tissu mature par un autre type de tissu mature

G. Représente une diminution du nombre de cellules

**H. Prolifération anormale des tissus**

I. La prolifération cellulaire est physiologique

J. C'est une réaction inflammatoire

68)Tumeurs bénignes – caractéristiques :

**A. Se développent localement**

**C. Ne récidivent pas après ablation chirurgicale complète**

B. Lʼinvasion des tissus sous forme de prolongement qui évoquent les pinces du crabe

**D. Sont bien délimitées (souvent encapsulées)**

**E. Il nʼy a pas dʼenvahissement des tissus voisins**

F. Métastasent fréquemment

**G. Le tissu tumoral reproduit la structure du tissu d'origine**

H. Aucun signe de différenciation reconnaissable

I. Il existe de nombreuses mitoses atypiques

J. La prolifération cellulaire est peu différenciée

69)Tumeurs malignes – caractéristiques :

A. La prolifération tumorale est physiologique

**B. Présentent des foyers de nécrose et dʼhémorragie**

C. N'envahissent pas les tissus environnants

**D. Présentent pléomorphisme cellulaire et nucléaire**

E. La prolifération cellulaire est une réaction adaptative

**F. Dissémination tumorale à distance avec le développement de tumeurs secondaires (métastases)**

**G. Détruisent et envahissent lʼorgane dans lequel elles ont pris naissance**

**H. Mitoses nombreuses, anormales**

I. Sont encapsulées

J. Les cellules tumorales sont morphologiquement et fonctionnellement identiques au tissu d'origine

70)La métastase :

**A. Se présente sous forme de nodules multiples au niveau des viscères**

**B. Les cellules tumorales peuvent se propager par les lymphatiques dans les ganglions régionaux**

C. Est la conséquence des tumeurs bénignes

D. Représente une inflammation purulente diffuse

**E. Les cellules tumorales peuvent se propager par voie hématogène et s'implantent à distance dans un autre organe**

**F. Définit une tumeur qui est maligne**

G. Représente une réaction cellulaire réversible chronique

H. Peut se produire par une organisation conjonctive

**I. Les cellules cancéreuses peuvent se disséminer transcoelomique - le long des séreuses**

J. Représente une calcification dystrophique

71)Métastases viscérales :

A. Les nodules tumoraux sont encapsulés

**B. Ce sont des tumeurs secondaires**

C. Au niveau du foie, ils peuvent être d'aspect ulcéro-végétant

**D. Les nodules tumoraux sont multiples**

E. Les nodules tumoraux occupent le sinus sous-capsulaire du ganglion lymphatique

F. Les métastases viscérales sont fréquemment localisées au niveau du côlon

**G. Les nodules tumoraux sont de différentes tailles**

H. Les nodules tumoraux présentent une nécrose de caséification

**I. Les métastases viscérales sont fréquemment localisées dans les poumons et le foie**

**J. Les nodules peuvent présenter une zone centrale de nécrose tumorale**

72)Tumeurs épithéliales bénignes :

A. Lipome

B. Mélanome

**C. Condylome acuminé**

**D. Adénome thyroïdien**

E. Lymphome

F. Carcinome squamocellulaire

**G. Polype adénomateux**

**H. Papillome squamocellulaire**

I. Sarcome

**J. Cystadénome**

73)Papillome squamocellulaire :

**A. La membrane basale est intacte**

**B. C'est une tumeur épithéliale bénigne**

C. L'épithélium épidermoïde proliféré infiltre les tissus environnants

D. C'est une tumeur conjonctive maligne

**E. La prolifération épithéliale est disposée sur des axes conjonctivo-vasculaires**

**F. Lʼarchitecture générale de lʼépithélium est préservée**

**G. Le condylome acuminé est un papillome développé sur les muqueuses épidermoïdes et est causé par le virus du papillome humain**

H. Il métastase souvent

I. C'est une tumeur conjonctive bénigne

J. C'est une tumeur épithéliale maligne

74)Adénome :

**A. Cʼest une prolifération dʼun épithélium cylindrique recouvrant un organe creux ou dʼun parenchyme exocrine**

B. C'est une tumeur épithéliale maligne

C. Représente une prolifération du tissu musculaire lisse

**D. Lʼadénome de lʼovaire a la forme d'un kyste - cystadénome**

E. L'origine est dans le tissu adipeux

**F. C'est une tumeur épithéliale bénigne**

G. Les adénomes développés dans les organes cavitaires se présente sous forme de structures kystiques

H. Cʼest une prolifération d'épithélium squamocellulaire kératinisé stratifié

**I. Lʼadénome développé dans un parenchyme glandulaire forme des nodules encapsulés**

**J. Lʼadénome développé dans un organe creux se présente sous forme d'un polype – polype adénomateux**

75)Polype adénomateux :

**A. C'est une tumeur développée sur une muqueuse recouvrant un organe creux (estomac, côlon)**

**B. C'est une tumeur épithéliale bénigne**

**C. Microscopiquement, il peut être tubuleux, villeux ou tubulo-villeux**

D. Il a une épaisse couche de kératine en surface

E. Il est fréquemment localisé dans les organes parenchymateux endocriniens

F. Il est envahissant dans les tissus environnants

**G. La présence de multiples polypes (>100) sur le côlon est appelée polypose adénomateuse familiale**

H. Il métastase souvent par voie lymphatique

I. C'est une tumeur conjonctive maligne

**J. La musculaire muqueuse est intacte**

76)Carcinome :

**A. Le taux de prolifération est en corrélation avec le degré de différenciation**

**B. Cʼest une tumeur maligne d'origine épithéliale**

**C. Le grade histologique est une mesure du progrès d'une tumeur**

D. Il nʼy a pas dʼenvahissement des tissus voisins

E. Lʼévolution est lente et locale sans métastases

F. C'est une prolifération du tissu conjonctif

G. Cʼest une tumeur maligne d'origine conjonctive

**H. Il métastase principalement par voie lymphatique**

I. Cʼest une tumeur épithéliale bénigne

**J. Certains apparaissent dans le contexte d'états précancéreux (dysplasie)**

77)Adénocarcinome - aspect macroscopique :

A. Atrophique - dans les organes creux

**B. Infiltrant - dans les organes parenchymateux**

**C. Végétant- dans les organes creux**

D. Caverneux - au niveau de l'os

E. Végétant – dans les organes parenchymateux

**F. Ulcéré - dans les organes creux**

G. Ulcéré - dans les organes parenchymateux

**H. Infiltrant – dans les organes creux**

I. Encapsulé - dans les organes cavitaires

**J. Nodulaire – dans les organes parenchymateux**

78)Carcinome épidermoïde (squamocellulaire) :

A. C'est une tumeur épithéliale bénigne

**B. Il peut se développer à partir de foyers de métaplasie épidermoïde des épithéliums cubico prismatiques**

C. C'est une tumeur conjonctive maligne

**D. Il peut se développer à partir de foyers de métaplasie épidermoïde des épithéliums transitionnels**

E. Il peut se développer à partir du tissu lymphoïde des muqueuses

F. C'est une hyperplasie physiologique

**G. C'est une tumeur épithéliale maligne**

H. Il peut se développer à partir du tissu adipeux sous-cutané

**I. Elle peut se développer à partir des muqueuses épidermoïdes**

**J. Il peut se développer à partir de l'épiderme (carcinome cutané)**

79)Carcinome épidermoïde (squamocellulaire) :

**A. Au centre des masses tumorales est observée la production de kératine sous forme de perles (globes) cornées**

B. Il prend naissance dans l'épithélium glandulaire des organes cavitaires

**C. Les globes cornés (perles kératosiques) représentent l'élément marqueur diagnostique**

**D. Il a un caractère invasif dans le derme sous-jacent**

E. Il prend naissance dans le tissu conjonctif du derme

F. Par différenciation, les cellules tumorales sont chargées en mélanine

G. C'est une tumeur épithéliale bénigne

H. La sécrétion de mucus est l'élément marqueur diagnostique

**I. Il est développé dʼun épithélium malpighien**

**J. Cʼest une tumeur maligne épithéliale**

80)Carcinome basocellulaire :

A. Il peut donner des métastase par voie transcoelomique

**B. Il prend naissance dans les cellules de la couche basale de l'épiderme et des annexes pilo sébacées**

**C. Il ne métastase pas**

D. Il se produit fréquemment au niveau pulmonaire

E. Il métastase fréquemment par voie hématogène

F. Il n'est pas radiosensible

**G. C'est une tumeur épithéliale maligne**

**H. Il est situé souvent sur la peau exposée au soleil**

I. Il prend naissance dans les cellules mélanocytaires

**J. Il a un caractère infiltrant local**

81)Carcinome basocellulaire – morphologie :

A. La tumeur est composée de cellules tumorales à disposition tubulaire

B. Au centre des îlots tumoraux les cellules forment des structures acinaires

C. Les cellules tumorales sécrètent du mucus

**D. La tumeur est composée de plages tumorales séparées par un stroma réduit**

E. Le pigment de bilirubine est l'élément marqueur diagnostique

**F. Les cellules présentent une disposition désordonnée au centre des îlots tumoraux**

**G. Les cellules se groupent en îlots tumorales, en périphérie desquels adoptent une disposition palissadique**

**H. Tumeur ulcérée - perte de substance, ovalaire, profonde à base indurée**

**I. Tumeur ulcérée - les bords sont indurés, légèrement saillants (ulcus rodens)**

J. La tumeur est composée de cellules naeviques

82)Carcinomes des épithéliums glandulaires :

**A. Ils peuvent provenir des organes parenchymateux glandulaires endocriniens**

**B. Ils peuvent provenir d'organes parenchymateux glandulaires exocrines**

C. Ils peuvent provenir du muscle lisse

D. On les appelle aussi carcinomes épidermoïdes

**E. On les appelle adénocarcinomes**

F. Ils peuvent provenir du tissu adipeux

**G. Ils peuvent avoir trois degrés de différenciation (bien, moyennement et peu différenciés)**

H. Au niveau de l'estomac on les appelle adénomes

**I. Ils peuvent provenir des muqueuses avec des glandes (muqueuse gastrique, intestinale, endométriale)**

J. Au niveau de la peau on les appelle papillomes

83)Carcinome végétant - caractéristiques :

A. Tumeur nodulaire dans les organes parenchymateux

**B. Base large dʼimplantation**

C. Masse tumorale encapsulée

**D. Caractère infiltrant dans la paroi de l'organe**

**E. Surface irrégulière, proémine dans la lumière**

F. La consistance de la tumeur est dure

**G. Se développe dans les organes cavitaires**

**H. Masse tumorale en chou-fleur**

I. Au niveau des cavités il s'appelle empyème

J. Au niveau du poumon il a un aspect miliaire

84)Carcinome ulcéré - caractéristiques :

A. La tumeur est séparée en lobules par des axes conjonctivo-vasculaires

B. Il n'a pas un caractère infiltrant

**C. Base anfractueuse, recouverte de détritus nécrotiques et hémorragiques**

D. C'est une inflammation localisée dans les organes cavitaires

**E. Marges constituées de tissu tumoral dʼaspect en relief et irrégulier**

F. S'accompagne d'une nécrose de caséification

G. La masse tumorale a un aspect cystique

**H. Perte de substance avec une base large et profonde, aspect cratériforme**

**I. Tumeur localisée dans les organes cavitaires**

**J. Image radiologique de niche**

85)Carcinome infiltrant – caractéristiques :

A. Les proliférations tumorales forment des cavités plus ou moins dilatées

B. Tumeur nodulaire blanc-grisâtre enchâssé dans le parenchyme glandulaire

**C. Dans les organes cavitaires - tumeur blanc-grisâtre infiltrant la paroi**

D. Dans les organes parenchymateux est une tumeur encapsulée bien définie

**E. Dans les organes cavitaires - lumière réduite, sténosée**

F. Il est caractéristique pour les tumeurs mésenchymateuses

G. Dans les organes cavitaires est une tumeur blanc grisâtre qui ne franchis pas la paroi

**H. Dans les organes cavitaires - la paroi est épaissie, rigide**

**I. Masse tumorale étendue, diffuse, blanchâtre qui remplace une partie du parenchyme normal**

**J. Dans les organes cavitaires – disparition des plis muqueux**

86)Adenocarcinome bien différencié du colon :

A. La tumeur est bien définie, encapsulée

**B. Provient de l'épithélium glandulaire du côlon**

**C. La tumeur a un caractère infiltrant dans la sous-muqueuse et la couche musculaire**

**D. C'est une tumeur épithéliale maligne**

E. La tumeur est constituée d'îlots tumoraux disposés en palissade

**F. La tumeur est constituée dʼéléments tubulaires séparés par un stroma conjonctif réduit**

G. La tumeur est constituée d'îlots tumoraux avec des perles kératosiques

H. Il se développe à partir de zones de métaplasie squameuse

**I. Les glandes tumorales sont tapissées dʼun épithélium atypique**

J. La tumeur prend naissance dans l'épithélium épidermoïde

87)Tumeurs conjonctives bénignes :

A. Tuberculome

B. Cystadénome

C. Adénome

**D. Léiomyome**

E. Liposarcome

**F. Lipome**

**G. Ostéome**

H. Papillome

**I. Hémangiome**

**J. Chondrome**

88)Lipome :

A. Il a un caractère infiltrant dans les tissus environnants

**B. Fréquemment localisé au niveau du tissu cellulaire sous-cutané**

**C. A la section il a une couleur jaune**

**D. Cʼest une tumeur bénigne formée à partir de tissu adipeux mature**

**E. A la périphérie de la tumeur on peut voir une capsule conjonctive**

F. A la section, il a une couleur brune due au pigment mélanique

G. Cʼest une tumeur maligne formée à partir de tissu adipeux

H. La tumeur située rétropéritonéal on l'appelle aussi adénome

**I. A la section, il a un aspect lobulé**

J. Il est constitué de tissu adipeux immature avec de nombreuses mitoses atypiques

89)Chondrome – caractéristiques :

**A. A la coupe, la tumeur est bleuâtre, translucide et a un aspect lobulé**

B. Tumeur maligne formée par du tissu cartilagineux hyalin

**C. La capsule et les axes conjonctifs sont des éléments microscopiques différenciant le chondrome du tissu cartilagineux hyalin normal**

D. Tumeur bénigne constituée de tissu musculaire lisse

**E. Tumeur bénigne formée de tissu cartilagineux hyalin**

F. Il métastase souvent par voie lymphatique

G. Microscopiquement présente des zones de nécrose et de nombreuses mitoses atypiques

**H. Tumeur nodulaire, bien circonscrite, encapsulée**

**I. Au microscope - substance basophile (chondrine) dans laquelle se trouvent des chondroplastes contenant des chondrocytes tumoraux**

J. Il a un caractère infiltrant dans les tissus environnants

90)Hémangiome :

**A. Les capillaires tumoraux sont tapissés par un endothélium similaire à l'endothélium normal**

**B. Hémangiome caverneux - tumeur constituée de nombreux grands espaces vasculaires**

**C. La tumeur a une croissance lobulaire**

D. Les capillaires tumoraux sont tapissés d'endothélium avec une atypie marquée

**E. Hémangiome capillaire - tumeur composée de nombreux vaisseaux de type capillaire**

F. Tumeur maligne formée de nombreux vaisseaux lymphatiques

G. Tumeur maligne formée de nombreux vaisseaux sanguins

H. Dans la localisation hépatique il s'appelle lymphangiome

I. Hémangiome caverneux - les cavernes contiennent des foyers de caséum

**J. Tumeur bénigne formée de nombreux vaisseaux sanguins**

91)Tumeurs mésenchymateux malignes - caractéristiques générales :

A. Elles touchent le plus souvent les enfants

**B. Leur nom résulte de l'ajout du suffixe "sarcome" au nom de la cellule d'origine**

C. Leur nom résulte de l'ajout du suffixe "om" au nom de la cellule d'origine

**D. Elles sont souvent localisées dans les tissus mous et le squelette**

E. La plupart mesurent moins de 5 cm

**F. Au microscope sont caractérisées par la présence de vaisseaux sarcomateux (espaces vasculaires tapissés de cellules malignes)**

G. La localisation la plus fréquente est au niveau de la tête et du cou

**H. Elles donnent des métastases hématogènes**

I. Se développent fréquemment au-dessus du fascia superficiel

**J. Macroscopiquement, le tissu tumoral a l'apparence de ′′chair de poisson′′, avec des zones de nécrose et d'hémorragie**

92)Ostéosarcome :

A. Situé plus fréquemment dans le cartilage

B. Tumeur bénigne du tissu osseux

C. Tumeur nodulaire, bien délimitée, encapsulée

**D. Donne des métastases hématogènes**

**E. La tumeur osseuse primitive la plus fréquente**

**F. Localisé plus fréquemment au niveau des métaphyses des os longs**

G. Il représente les métastases osseuses du carcinome

**H. La tumeur se développe rapidement et envahit les tissus mous autour de l'os**

I. C'est une tumeur épithéliale maligne

**J. Tumeur maligne qui forme l'os tumoral**

93)Nævus :

A. Les cellules tumorales d'aspect épithélioïde ou fusiformes avec noyaux irréguliers, nucléolés, nombreuses mitoses dʼaspect atypique

**B. Ils peuvent être congénitaux ou acquis**

C. C'est une prolifération maligne primitive de mélanocytes

**D. Les naevus à composante jonctionnelle (jonctionnel et composé) ont un potentiel de transformation maligne**

E. La tumeur dérive de cellules germinales pluripotentes présentes dans les gonades

**F. Tumeurs mélanocytaires bénigne**

G. Ils sont pigmentés lorsque le pigment dʼanthracose s'accumule dans le derme

H. La forme congénitale est appelée mélanome

**I. Il existe 3 types histologiques : jonctionnel, intradermique et composé**

**J. Ils peuvent être pigmenté ou achromique**

94)Signes dʼalarme de malignité d'un naevus :

A. L'apparition d'un lipome sous-cutané

B. Diminution du volume

**C. Modification de couleur, bords irréguliers**

D. L'apparition d'un papillome épidermoïde

E. Disparition de la lésion

**F. satellites**

**G. Saignement, douleur, prurit**

**H. Ulcération**

I. Petite lésion unique avec des limites distinctes

**J. Croissance rapide**

95)Critères cytologiques de malignité :

A. Noyaux atrophiques, pâles

B. Rapport nucléocytoplasmique normal

C. Absence de noyaux

D. Monomorphisme cellulaire

E. Absence de mitoses

**F. Anisocaryose - noyaux de taille inégale**

**G. Anisocytose – cellules de tailles variables**

**H. Pléomorphisme cellulaire –forme variable, irrégulière**

**I. Anomalies de forme et de taille**

**J. Nucléoles volumineux, irréguliers, parfois multiples**

96)Œdème :

**A. Représente une accumulation de liquide en excès dans l'interstitium et les cavités corporelles préformées**

B. Représente l'augmentation de la quantité de sang dans un tissu ou un organe

**C. L'œdème inflammatoire est appelé exsudat**

D. L'œdème non-inflammatoire peut être produit par une pression hydrostatique basse

E. Est associée à une diminution de la perfusion tissulaire

F. L'œdème non-inflammatoire généralisé est appelé ascite

**G. Le transsudat est un liquide avec une quantité réduite de protéines**

H. Lʼhydropéricarde est un œdème inflammatoire

**I. L'œdème hémodynamique est appelé transsudat**

**J. L'œdème hémodynamique est non-inflammatoire**

97)Œdème pulmonaire :

A. La lumière alvéolaire est occupée par un exsudat fibrineux

B. La surface du poumon est spongieuse, sèche

**C. Macroscopiquement, le poumon est lourd, gonflé, pâle**

**D. À la coupe une sérosité spumeuse, rosâtre s'écoule**

**E. Il se produit à la suite de l'augmentation de la pression dans les veines pulmonaires**

**F. Il survient dans l'insuffisance cardiaque gauche aiguë**

G. Il survient dans l'insuffisance cardiaque droite chronique

H. Au microscope, un exsudat purulent peut être observé dans la lumière alvéolaire

**I. Œdème par transsudation du plasma vers les alvéoles**

J. Lorsque le poumon est sectionné, un liquide purulent s'écoule

98)Œdème pulmonaire – microscopie :

**A. Épaississement des parois alvéolaires**

B. Les alvéoles contiennent un tissu de granulation

C. Un exsudat inflammatoire lymphocytaire se trouve dans la lumière alvéolaire

D. Les parois alvéolaires sont fines, atrophiées

**E. Œdème interstitiel septal**

**F. La lumière alvéolaire est occupée par un transsudat**

G. Les alvéoles pulmonaires sont hyperaérées

**H. Un liquide éosinophile faible remplace le contenu aérien alvéolaire**

**I. Congestion des capillaires pariéto-alvéolaires**

J. Un exsudat mucopurulent est présent dans les parois alvéolaires et la lumière

99)Œdème :

A. L'œdème localisé dans cavité péritonéale s'appelle empyème

**B. Lʼœdème cardiaque est souvent localisé au niveau des membres inférieurs**

C. Lʼœdème hépatique localisé s'appelle anasarque

**D. Lʼœdème cardiaque est chaud et cyanotique**

E. Lʼœdème cardiaque est duveteux, blanc et froid

**F. Lʼœdème rénal début dans les tissus celluleux lâches (paupières, visage)**

G. L'œdème cérébral est appelé ascite

**H. Lʼœdème rénal a un caractère diffus - affecte toutes les parties du corps**

I. L'œdème rénal apparaît initialement dans les parties déclives

**J. Lʼœdème cardiaque est dépendant de la gravitation**

100)C'est une forme d'œdème localisé :

A. Anasarque

B. Empyème

**C. Hydrothorax**

**D. Hydarthrose**

E. Caverne

F. Abcès

G. Phlegmon

**H. Hydrocèle**

**I. Hydropéricarde**

**J. Ascite**

101)En ce qui concerne les mécanismes des troubles circulatoires, il est vrai :

**A. Obstruction vasculaire = thrombose**

**B. Augmentation du volume sanguin dans un territoire = congestion**

C. Développement embryologique insuffisant - embolie

D. Baisse de la perfusion tissulaire - Ascite

E. Prolifération cellulaire anormale - anasarque

F. Prolifération maligne des vaisseaux lymphatiques - lymphœdème

G. Augmentation de la perfusion tissulaire - choc

**H. Arrêt ou diminution de lʼapport sanguin = ischémie**

**I. Ecoulement de sang hors de son circuit naturel = hémorragie**

**J. Augmentation de liquide extracellulaire/extravasculaire = œdème**

102)Troubles hémodynamiques :

**A. Œdème**

**B. Hémorragie**

**C. Congestion**

D. Mélanome

E. Métaplasie

F. Dysplasie

**G. Ischémie**

H. Sarcome

I. Hypertrophie

J. **Thrombose**

103)Congestion active :

**A. Elle est pathologique dans lʼinflammation (phase vasculo-sanguine)**

**B. Elle apparaît physiologiquement par mécanisme nerveux réflexe**

C. Cʼest l'augmentation de l'apport sanguin veineux

**D. Macroscopie : coloration rouge vif, augmentation de la température locale, pulsations**

E. Macroscopie : coloration rouge violacée, cyanotique, baisse de la température locale

F. Conséquence d'un retour veineux défectueux, ralentissement de lʼécoulement

G. On l'appelle aussi stase veineuse

**H. Elle est physiologique en cas de sollicitation fonctionnelle accrue**

I. Conséquence de la diminution de l'apport sanguin artériel

**J. Cʼest lʼaugmentation de l'apport de sang artériel (hyperhémie), par vasodilatation active**

104)Foie de stase :

A. On l'appelle aussi foie ictérique

**B. Il est aussi appelé foie muscade**

**C. Le foie est gros, lisse, ferme, laissant s'écouler à la coupe du sang noirâtre**

D. Sur la surface, il montre des abcès pilephlébitiques

E. On l'appelle foie gras

F. Il est causé par infection virales

**G. On appelle foie cardiaque**

**H. Conséquence d'une insuffisance cardiaque droite ou globale**

I. À la surface de la coupe, il présente des abcès cholangitiques

**J. Couleur hétérogène du foie à cause de l′alternance des zones rouge, des zones jaunâtres et brunes**

105)Poumon de stase :

A. Il est causé par une mycobactérie

**B. Dans une stase chronique, il a l'aspect dʼinduration brune**

**C. Les poumons sont initialement augmentés de volume**

D. Le parenchyme montre des bulles d'emphysème

**E. Un sang veineux noirâtre s'échappe à la coupe**

**F. Il est aussi appelé poumon cardiaque**

G. Il évolue fréquemment vers un adénocarcinome

H. À la coupe, un liquide trouble s'écoule

**I. Congestion liée à lʼinsuffisance cardiaque gauche chronique**

J. Il évolue vers une pneumonie lobaire

106)Hémorragie :

**A. Cʼest lʼextravasation de sang en dehors de son circuit naturel, au cours de la vie**

B. Représente la coagulation du sang dans le cœur et les vaisseaux intacts

**C. Les pétéchies représentent des hémorragies intratissulaires**

**D. Les hémorragies internes peuvent être intracavitaires et intratissulaires**

E. L'hémorragie cérébrale est appelée leptoméningite

F. L'hémorragie dans l'interstitium rénal est appelée hydronéphrose

G. La rectorragie est une hémorragie interstitielle

**H. Les ecchymoses représentent des hémorragies intratissulaires**

I. Un hématome est une hémorragie externe

**J. Les hémorragies peuvent être externes ou internes**

107)Lʼhémorragie peut être :

A. Pseudomembraneuse

**B. Provoquée**

C. Séreuse

**D. Capillaire**

**E. Veineuse**

**F. Artérielle**

G. Fibrino-purulente

H. Granulomateuse

**I. Spontanée**

J. Métastatique

108)C'est une forme d'hémorragie externe :

A. Ecchymose

**B. Hématémèse**

**C. Hématurie**

**D. Hémoptysie**

E. Purpura

F. Hémothorax

G. Pétéchies

H. Hémopéricarde

**I. Méléna**

**J. Epistaxis**

109)Thrombose :

A. La thrombose est l'accumulation de sang dans l'interstitium

**B. Représente le processus de coagulation du sang dans le cœur et les vaisseaux intacts au cours de la vie**

C. La thrombose est une extravasation de sang provenant de vaisseaux à endothélium intact

**D. La thrombose est favorisée par l'hypercoagulabilité**

E. Représente le processus de coagulation du sang post-mortem

F. La thrombose atriale est une complication de l'hydronéphrose

**G. La thrombose veineuse est favorisée par perturbation du flux sanguin laminaire représenté par la stase ou turbulence sanguine**

**H. Trois facteurs principaux interviennent dans la formation d'un thrombus - facteur pariétal, facteur hémodynamique, facteur sanguin**

**I. Lʼinterruption de l'endothélium permet le contact entre le sang et la matrice extra-cellulaire sous-endothéliale avec l'apparition des thromboses artérielles et intracardiaques**

J. Les thrombus sont des substances gazeuses qui circulent dans le sang

110)Thrombus formé in vivo – caractéristiques :

A. Prend la forme du vaisseau

**B. Est sec, irrégulier**

C. Est lisse, brillant

D. N'adhère pas à la paroi du vaisseau

**E. Est solide**

**F. Adhère à la paroi vasculaire**

G. Est gélatineux

**H. Est mat**

I. Est élastique

**J. Est friable**

111)Concernant les thrombus cʼest vrai :

**A. Un thrombus oblitérant arrête le flux sanguin**

B. La phlébothrombose cʼest la thrombose sur une plaque d'athérosclérose

**C. Un thrombus blanc est composé de plaquettes incluses dans un réseau de fibrine**

**D. Le thrombus mixte associe une tête blanche, un corps strié et une queue rouge**

**E. Un thrombus rouge est composé de globules rouges et plaquettes dans un réseau de fibrine**

**F. Un thrombus pariétal rétrécit la lumière vasculaire**

G. Les thrombus rouges se forment fréquemment dans les capillaires

H. Le thrombus mixte sont souvent localisés dans les grandes veines

I. Les thrombus ne se forment jamais dans le cœur

J. Les thrombus n'apparaissent pas au niveau des capillaires

112)Le thrombus peut évoluer vers :

A. Transformation kystique

**B. Calcifications**

C. Régénération

**D. Lise - résolution**

E. Un abcès froid

**F. Organisation conjonctive**

**G. Détachement et migration**

H. Caséification

I. Cancérisation

**J. Recanalisation**

113)Embolie :

**A. Petites embolies multiples, récurrentes au niveau du poumon peuvent provoquer la mort subite**

**B. L'embolie amniotique résulte de la rupture des veines utérines au moment de l'accouchement**

C. C'est le résultat de la phagocytose

**D. La thromboembolie peut être pulmonaire ou systémique (artérielle)**

E. C'est une forme passive d'érythrodiapédèse

F. Représente la coagulation du sang après la mort

G. La forme la plus rare est la thromboembolie

**H. Cʼest la migration intravasculaire d'une masse solide, liquide ou gazeuse**

**I. Dans un défaut septal (DSA, DSV) on peut avoir une embolie paradoxale**

J. Lʼembolie lipidique provoque embolie pulmonaire et insuffisance pulmonaire

114)Infarctus :

A. L'infarctus pulmonaire récent est blanc, dur et déprimé - cicatrice triangulaire rétractée

**B. Est causé par lʼoblitération complète et brutale de la circulation dans un organe**

C. Lʼinfarctus blanc affecte l'intestin grêle plus fréquemment

D. C'est une zone de nécrose post-ischémique aiguë

**E. Dans les organes à double circulation les infarctus sont hémorragiques ou rouges**

F. Au niveau du cœur, la forme récente se présente sous forme de fibrose ischémique myocardique

**G. Cʼest une atrophie de type ischémique par diminution de lʼapport sanguin**

H. Lʼinfarctus rénal c'est la forme classique d'infarctus rouge

**I. Dans les organes à circulation artérielle terminale les infarctus sont blancs**

**J. Cʼest une zone circonscrite de nécrose ischémique**

115)Infarctus myocardique :

**A. Peut-être régional ou circonférentiel**

B. Le cytoplasme des fibres nécrosées est pâle, macrovésiculaire

C. Les fibres myocardiques nécrosées montre plusieurs noyaux en fer à cheval

D. La cause la plus fréquente est la rupture d'un anévrisme de l'aorte descendante

E. Dans les premières 12 heures la zone nécrosée est blanche et dure (cicatrice retractée)

**F. Peut-être sous-endocardique ou transmural**

G. Après plusieurs semaines la zone de nécrose sera progressivement remplacée par une zone hémorragique

**H. Cʼest une nécrose de Coagulation conservant l'architecture du tissu**

**I.Dans la majorité des cas, l'occlusion de l'artère coronaire résulte du développement d'un thrombus sur une plaque d'athérome**

**J. Foyer de nécrose ischémique circonscrit (> 2,5 cm) dont la circulation coronarienne est soudainement interrompue**

116)Athérosclérose:

A. La plaque d'athérosclérose contient des triglycérides

**B. La plaque d'athérosclérose est située dans l'intima odontogènes du vaisseau**

**C. C'est une maladie artérielle**

D. La plaque d'athérosclérose est située dans l'adventice du vaisseau

E. Intéresse les capillaires

**F. Intéresse les artères de type musculaire (coronaires, cérébrales)**

G. Elle intéresse l'épicarde

H. C'est une maladie veineuse

**I. Intéresse les grosses artères de type élastique (aorte, iliaque)**

**J. La plaque d'athérosclérose affecte secondairement la média**

117)Athérosclérose – caractéristiques :

**A. La plaque fibro-lipidique (athéromateuse) est la lésion caractéristique**

**B. Les points lipidiques et les stries lipidiques représentent les initiales de l'athérosclérose**

C. La plaque athéromateuse calcifiée a des bords anfractueux et des dépôts granuleux jaunes en surface

D. La plaque thrombosées se développe par la rupture des capillaires de néoformation aux angles des plaques

E. La plaque ulcérée présente des dépôts caséeux en surface

**F. La plaque ulcérée est une complication de l'athérosclérose**

G. L'hémorragie intraplaque est la lésion initiale de l'athérosclérose

H. L'hémorragie intraplaque peut apparaitre par la destruction de la chape fibreuse sous endothéliale

I. Les points lipidiques représentent des accumulations de lipides extracellulaires

**J. La plaque calcifiée a l'apparence et la consistance d'une coquille d'œuf**

118)Les complications qui peuvent survenir dans la plaque d'athérome sont :

**A. Hémorragie intraplaque**

B. Plaque purulente

C. Plaque séreuse

**D. Plaque ulcérée**

E. Points lipidiques

F. Stries lipidiques

**G. Anévrisme**

**H. Plaque thrombosée**

I. Plaque pseudomembraneuse

**J. Plaque calcifiée**

119)Athérosclérose cérébrale :

**A. Les vaisseaux cérébraux les plus fréquemment touchés sont les vaisseaux du polygone de Willis**

B. Les vaisseaux fréquemment touchés sont les lymphatiques

**C. Les vaisseaux sont sinueux, irréguliers, à paroi épaisse**

D. Les plaques athéroscléreuses cérébrales, à caractère sténosé, provoquent l'apparition de leptoméningite

E. Elle touche le plus souvent les vaisseaux veineux

**F. Peut provoquer une ischémie chronique**

G. Les plaques d'athérosclérose cérébrale non-compliquées provoquent un hématome sous dural

H. Elle affecte principalement les ventricules latéraux

**I. Lésion de lʼintima des artères de moyen calibre - artères musculaires**

**J. Les artères affectées en coupe transversale gardent la lumière ouverte**

120)Infarctus du myocarde :

A. Histologiquement on observe un matériel nécrotique sans architecture cellulaire ou tissulaire

B. La cause la plus fréquente est l'hyperplasie physiologique

C. Les fibres myocardiques nécrosées montrent des noyaux hypertrophiés

**D. Il y a une perte des striations et du noyau au niveau des cellules nécrosées**

**E. Atteint habituellement le ventricule gauche**

**F. Cʼest une nécrose de coagulation de cause ischémique**

**G. Les fibres musculaires nécrosées sont homogénisées, avec le cytoplasme hyperéosinophile**

H. L'emplacement le plus courant est l'oreillette droite

I. La zone nécrosée se régénère complètement au cours des 12 premières heures

**J. La nécrose tissulaire se présente comme une zone de nécrose structurée**

121)À propos de l'athérosclérose, on peut dire :

**A. Cʼest une accumulation focale de cholestérol dans lʼintima artériel**

B. Elle est associée à une hyperplasie des lames élastiques de la paroi vasculaire

**C. L'athérome rétrécit la lumière et produit une ischémie chronique**

D. Elle n'apparaît que dans le cœur

E. L'anévrisme est une complication immédiate de la plaque d'athérosclérose

F. Elle intéresse le péricarde

**G. Les plaques athéromateuses sont situées de préférence au niveau des bifurcations artérielles**

**H. Représente une lésion réversible chronique par accumulation des lipides**

I. Elle métastase par voie lymphatique

**J. Les plaques athéromateuses sont situées de préférence au niveau de lʼorigine des collatérales**

122)Endocardite aiguë infectieuse :

**A. Peut-être compliquée avec insuffisance cardiaque chronique**

B. Les cardiaques sont causées par des anticorps

C. La cause la plus fréquente est l'athérosclérose

D. Cʼest est une maladie de type auto-immune

**E. Macroscopiquement on observe des ulcéro – végétantes**

F. On l'appelle aussi endocardite adénomateuse

**G. Microscopiquement on observe des thrombus fibrino-plaquettaires septiques**

H. Peut se compliquer avec perforations, ruptures des valves et des cordages

**I. Se produit sur des valves normales**

**J. Est déterminée par des germes très virulents comme Staphylococcus aureus**

123)Endocardite infectieuse subaiguë :

**A. Cʼest une complication dʼinfection occulte (discrète)**

B. Les thrombus fibrino-plaquettaires sont situés en surface de l'épicarde

**C. Macroscopiquement on observe des végétantes**

**D. Est déterminée par des micro-organismes à faible virulence comme Streptococcus viridans ou des champignons**

E. Elle est favorisée par l'athérosclérose cérébrale

**F. Se produit sur des valves antérieurement lésées**

G. Peut se compliquer avec une insuffisance valvulaire aiguë

H. On l'appelle aussi endocardite rhumatismale

I. Elle affecte initialement le myocarde

**J. Peut se compliquer avec une insuffisance cardiaque chronique**

124)Endocardites infectieuses :

A. Ils ne donnent pas de complications à distance

**B. Les végétations occupent les commissures et les lignes d'occlusion valvulaires**

C. Sont la conséquence de la coagulation du sang dans les vaisseaux artériels

D. Ce sont des inflammations granulomateuses du myocarde

E. Affectent les vaisseaux de type musculaire

**F. Les endocardites aiguës sont ulcéro-végétantes**

**G. Elles peuvent être subaiguës et aiguës**

**H. Les endocardites subaiguës sont végétantes**

**I. Les végétations sont friables, étendues, volumineuses (5-20mm), irrégulières, gris-rougeâtres**

J. La caractéristique est la présence de granulome tuberculeux

125)Myocardite interstitielle :

A. Dans l'interstitium, l'infiltrat inflammatoire est à prédominance purulente

B. Elle peut se compliquer avec une endocardite rhumatismale

**C. Infiltrat inflammatoire est interstitiel, diffus**

**D. On peut observer une nécrose myocytaire focale**

**E. Cʼest une inflammation d'étiologie virale**

F. Un infiltrat inflammatoire sérofibrineux est présent de manière transmurale

G. Griffe dʼun micro-organisme le plus souvent bactérien, rarement fongique sur lʼendocarde

H. Peut provoquer des abcès septiques

**I. Cʼest une inflammation mononucléaire**

**J. Les fibres myocardiques présentent des dégénératives**

126)Pneumonie lobaire :

A. Cʼest une maladie très contagieuse causée par le virus ourlien

**B. Lʼinflammation atteinte tout un lobe**

C. Elle est aussi appelée pneumonie atypique

**D. L'exsudat inflammatoire est localisé dans les alvéoles pulmonaires**

E. Généralement est due à Clostridium difficile

F. C'est une maladie auto-immune

**G. Les altérations morphologiques passent classiquement par 4 stades**

**H. Cʼest une inflammation aiguë exsudative**

I. C'est une inflammation chronique non spécifique

**J. Streptococcus pneumoniae est l'agent étiologique dans plus de 95%**

127)Pneumonie lobaire – caractéristiques :

A. Au stade de l'hépatisation rouge dans les alvéoles on trouve un exsudat inflammatoire fibrineux

B. Au stade de l'hépatisation rouge dans les alvéoles on trouve un exsudat hémorragique

C. Le deuxième stade de la pneumonie lobaire est le stade de la résolution

**D. Le stade d'hépatisation rouge se développe sur une métaplasie squameuse**

E. La résolution est caractérisée par la formation dʼabcès

**F. Au stade de l'hépatisation grise dans les alvéoles on trouve un exsudat inflammatoire purulent**

**G. Le stade de l'hépatisation rouge est le deuxième stade de la pneumonie lobaire**

**H. Au stade de congestion dans les alvéoles on trouve un exsudat inflammatoire séreux**

**I. Le stade de l'hépatisation grise est le troisième stade de la pneumonie lobaire**

J. Le troisième stade de la pneumonie lobaire est lʼhépatisation jaune

128)Pneumonie lobaire :

**A. Dans le stade de congestion le lobe est tuméfié, rouge-violacé, à la surface de coupe sʼéchappe un liquide spumeux séro-sanguinolent**

**B. Une des complications est la carnification pulmonaire**

C. Au stade de congestion, le lobe pulmonaire est atrophié, ferme à la palpation

**D. Dans le stade dʼhépatisation rouge, le lobe est rouge-brun, compact, prend la consistance du foie, sèche à la surface de la coupe**

E. La carnification pulmonaire désigne la régénération de l'épithélium bronchique

**F. L'hépatisation jaune est la complication caractérisée par la formation d'abcès**

G. Dans le stade dʼhépatisation rouge on a une cicatrice triangulaire avec une base sous-pleurale

H. Dans le stade de résolution, le poumon est volumineux, pâle, à la compression prend le godet

**I. Dans le stade dʼhépatisation grise, le tissu pulmonaire est grisâtre, à la coupe sʼéchappe un liquide trouble**

J. Cʼest une maladie pulmonaire professionnelle irréversible

129) La Bronchopneumonie :

**A. Est une inflammation aiguë exsudative**

B. Elle débute au niveau de la plèvre et sʼétend aux bronches

**C. Lʼinflammation débute au niveau des bronches et sʼétend aux alvéoles adjacentes**

D. Représente un épaississement global des parois des composants de l'arbre bronchique

E. Cʼest une augmentation permanente et irréversible du calibre des bronches sous-segmentaires

**F. Elle est caractérisée par des foyers de condensation du parenchyme séparés par des portions de tissu sain**

G. C'est une variante de la pneumonie lobaire

H. Cʼest une variante de bronchectasie

**I. Elle est aussi appelée pneumonie lobulaire**

**J. Est plus fréquente chez les enfants et les vieillards**

130)Bronchopneumonie – caractéristiques :

A. L'étiologie est virale

**B. L'inflammation envahit les alvéoles environnantes**

**C. L'exsudat purulent se trouve dans les lumières et dans les parois des bronchioles**

D. Au niveau de lobes inférieurs il y a des nodules fibreux (1-3cm), blanc-nacrés

**E. Les foyers de condensation sont bilatéraux et plus fréquemment au niveau des lobes inférieurs**

F. Elle est le plus souvent localisée à l'apex pulmonaire

G. Dans les paroi des bronchioles on peut observer une fibrose à disposition « tourbillonnante»

H. On a l'exsudat séro-fibrineux dans la lumière et dans les parois des bronches

**I. Les foyers de condensation sont séparés par un parenchyme pulmonaire aéré**

**J. La densification du parenchyme se développe autour des bronches entreprises**

131)Pneumonie interstitielle (atypique) :

**A. L'infiltrat inflammatoire est localisé dans la paroi alvéolaire**

**B. C'est une inflammation mononucléaire**

**C. Cʼest une inflammation aiguë du parenchyme pulmonaire**

D. La lumière alvéolaire contient un exsudat spumeux

E. Les noyaux présentent des mitoses atypiques

**F. L'étiologie comprend Mycoplasma pneumoniae, VRS, virus influenza et parainfluenza, adénovirus, rhinovirus**

G. Le poumon est condensé, rouge violacé, gélatineux à la coupe

**H. On peut observer une bronchiolite aiguë nécrosante**

I. Se manifeste par un œdème pulmonaire hémorragique

J. Les cellules alvéolaires présentent des atypies nucléaires

132)Tumeur de Grawitz:

A. Cʼest la tumeur de blastème métanéphrogène (métanéphros primitif)

**B. Est une tumeur polaire, arrondie, bien limitée (pseudo-capsule)**

**C. Cʼest un carcinome à cellules claires**

D. C'est une variante du tératome solide mature

**E. Cʼest une tumeur maligne du rein la plus fréquente chez lʼadulte**

F. La localisation préférentielle est au niveau des gonades

G. Cʼest une tumeur bénigne du rein la plus fréquente chez lʼadulte

H. C'est un lipome localisé dans le hile rénal

**I. Le cytoplasme des cellules tumorales est chargé de glycogène et de lipides**

**J. Elle est jaunâtre avec remaniements hémorragiques et nécrotiques**

133)Tumeur de Wilms :

**A. Blanc-grisâtre avec des foyers nécrotico-hémorragique et kystique**

B. Dans les ovaires on l'appelle kyste dermoïde

C. Est associé à des calculs biliaires

**D. Tumeur maligne du rein la plus fréquente chez lʼenfant (1-4 ans)**

E. Prend naissance dans l'épithélium bronchique

**F. Tumeur de blastème métanéphrogène (métanéphros primitif)**

G. C'est une tumeur bénigne du tissu musculaire strié

H. Prend naissance dans l'épithélium transitionnel

**I. Tumeur hilaire bien limitée, compressive sur le tissu rénal**

J**. Microscopiquement a 3 types de tissu : blastème, épithélium et stroma**

134)Hydronéphrose :

A) Le parenchyme rénal est hyperplasique

B) Il s'agit d'une lésion aiguë irréversible

C) C'est une tumeur bénigne qui prend naissance dans l'urothélium

**D) Lʼépaisseur du parenchyme rénal est réduite**

**E) Représente la distension du système pyélocaliciel du rein**

F) C'est une prolifération tumorale qui prend naissance dans le tissu conjonctif des voies urinaires

**G) C'est un exemple d'atrophie par compression**

H) C'est la dilatation localisée de l'artère rénale

**I) Est due à un obstacle au-dessus de la jonction urétéro-vésicale**

**J) Le rein présente une pseudo hypertrophie**

135)Hydronéphrose se caractérise par :

A. C'est une tumeur bénigne qui prend naissance dans l'urothélium

**B. Représente la distension du bassinet et des calices**

**C. Le parenchyme rénal est atrophié**

**D. Peut-être causé par une obstruction urétérale**

E. La cause la plus fréquente est l'hypertension artérielle

F. C'est une maladie héréditaire à transmission autosomique dominante

G. Représente l'accumulation de mucus dans les glomérules

H. C'est une atrophie de dénervation

**I. Il s'agit d'une lésion chronique réversible**

**J. Est due à un obstacle sur les voies urinaires**

136)Pyélonéphrite aigüe :

A. Peut conduire à la formation des abcès piléphlébitiques

**B. Infection bactérienne du bassinet et du parenchyme rénal**

**C. Le rein peut être atteint par voie hématogène en cas de septicémie**

D. Les glomérules sont hypercellularisés par la prolifération des cellules de la capsule rénale

E. La lithiase de la vésicule biliaire est une cause fréquente

F. Les abcès sous-capsulaires peuvent s'ouvrir dans la cavité pleurale

**G. L'infection descendante est caractérisée par des abcès pyoémiques sous-capsulaires**

**H. Peut-être provoqué par un reflux vésico-urétéral**

I. Macroscopiquement, on observe des nodules polycycliques

**J. Dans l'infection ascendante la muqueuse pyélocalicielle est couverte d'un exsudat fibrino purulent**

137)Pyélonéphrite aigüe :

**A. Les agents étiologiques sont représentés par E. coli, Proteus, Pseudomonas**

**B. Est un exemple d'inflammation purulente**

**C. Présente des micro-abcès corticaux (exsudat purulent ± colonies microbiennes)**

D. Dans les premiers stades, l'exsudat inflammatoire est riche en lymphocytes et plasmocytes

**E. Les glomérules ne sont pas affectés**

F. C'est une inflammation chronique avec tendance à la suppuration

**G. Dans les tubules rénaux il y a des PNN, retrouvés dans l'urine comme cylindres leucocytaires**

H. Généralement est due à un pneumocoque

I. Exsudat inflammatoire est riche en mucus

J. C'est une inflammation granulomateuse

138)Carcinomes à cellules claires :

A. C'est un carcinome épidermoïde

**B. Présente en périphérie une pseudocapsule**

C. C'est une tumeur épithéliale bénigne

D. On l'appelle aussi néphroblastome

**E. C'est une tumeur épithéliale maligne**

F. Touche le plus souvent les enfants

**G. On l'appelle aussi tumeur de Grawitz**

**H. Se développe à partir des cellules épithéliales des tubes rénaux**

**I. Cʼest un adénocarcinome**

J. Prend naissance dans l'épithélium transitionnel

139)Ulcére peptique chronique :

A. La muqueuse lésée est épaissie par l'hyperplasie du chorion

**B. Peut se développe dans une muqueuse gastrique ectopique (diverticule de Meckel)**

**C. Cʼest une perte de substance profonde atteignant la muscularis mucosae, la sous-muqueuse et la tunique musculeuse**

D. Au niveau de l'intestin, on l'appelle aussi gastrite érosive-hémorragique

E. Il est le plus souvent localisé au niveau du côlon et du rectum

F. C'est une entérocolite chronique idiopathique

**G. Peut apparaître sur l'œsophage de Barrett**

**H. Peut apparaître sur anastomoses gastro-jéjunales**

**I. Le siège est 98% au niveau de l'estomac - territoire antropylorique (petite courbure) et duodénum proximal – bulbe**

J. C'est une forme d'appendicite phlegmoneuse

140)Ulcére peptique chronique – macroscopie :

**A. Base de lʼulcère est fibreuse, propre, ferme**

B. Base large, recouverte d'un matériel fibrino-nécrotique et hémorragique, entourée par un bourrelet tumoral

**C. Bords surélevés, réguliers**

D. Ulcérations <1cm, souvent multiples, rarement isolées

**E. Perte de substance cratériforme, ovalaire ou ronde (2-4 cm)**

F. Lésion limitée au niveau de la couche muqueuse

G. Présence des pseudomembranes adhérentes à la muqueuse gastrique

**H. Plis convergent radiaires vers le cratère**

**I. La perte de substance est bien limitée**

J. Hémorragies pétéchiales disséminées, distribuées dans toutes les régions de l'estomac

141)Les complications de l'ulcère peptique chronique de lʼestomac :

A. Embolie septique

**B. Ulcère perforé dans la cavité péritonéale**

**C. Cancérisation**

**D. Hémorragie (hématémèse, méléna)**

**E. Sténose pylorique ou médiogastrique**

**F. Ulcère pénétrant dans les organes voisins**

G. Formation de granulomes

H. Nécrose de caséification

I. Encapsulation

J. Lithiase biliaire

142)Hépatite chronique – caractéristiques :

A. Forme modérée - infiltrat inflammatoire riche en PNN, associe à large plage de nécrose

B. C'est une conséquence d'une insuffisance cardiaque globale

C. Forme légère - infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire intralobulaire

D. Forme sévère - lame bordante hépatocytaire intacte, architecture lobulaire conservée

**E. Dans la forme légère on a les espaces portes élargis, infiltrat inflammatoire à prédominance lymphocytaire, lame bordante hépatocytaire intacte**

**F. La forme modérée présente des de piece meal necrosis ou hépatite d'interface, fibrose portale avec rares septa**

**G. L'étiologie peut être virale (VHB, VHC), auto-immune, toxique**

H. Elle est due à l'action du suc gastrique

**I. Inflammation et nécrose hépatocytaire avec modification des constantes biochimiques durant 6 mois minimum**

**J. La forme sévère présente des de piece meal necrosis ou hépatite d'interface et fibrose en pont**

143)Cirrhose hépatique :

**A. Stade finale des maladies chroniques du foie**

**B. Affection irréversible et diffuse du parenchyme hepatique**

**C. Perturbation des fonctions du foie, aboutissant à une insuffisance hépatique**

**D. Présence des nodules de régénération entourés de tissu fibreux**

E. C'est une inflammation purulente diffuse du foie

F. Les peuvent guérir spontanément

G. La forme localisée est appelée adénome hépatique

H. Présence d'un nodule encapsulé solitaire

**I. Caractérisée par une fibrose cicatricielle qui désorganise l'architecture lobulaire normale**

J. Désorganisation diffuse de la structure hépatique normale due à des nodule métastatiques

144)Cirrhose hépatique – morphologie :

**A. Volume du foie diminué**

**B. Nodules > 3 mm de diamètre - cirrhose macronodulaire**

C. Nodules > 10 cm de diamètre - cirrhose miliaire

**D. Structure du foie remaniée, avec des nodules de régénération entourés de tissu fibreux**

E. Agrégats micronodulaires de macrophages activés (cellules épithélioïdes, cellules géantes multinucléées)

F. Les nodules de régénération sont délimités par des plaques athéromateuses

G. Le foie est hyperplasique et mou

**H. Surface externe du foie irrégulière, nodulaire**

I. Exsudat qui comprend des polynucléaires normaux et altérés, débris nécrotiques, fibrine, flore microbienne

**J. Nodules < 3 mm de diamètre - cirrhose micronodulaire**

145)Adénocarcinome gastrique de type intestinal :

**A. Cʼest une tumeur maligne épithéliale**

B. Il est situé dans l'intestin grêle

**C. Est infiltrant en profondeur de la paroi (dépasse la musculaire muqueuse)**

**D. Se développent à partir de l'épithélium de la muqueuse gastrique**

**E. La microscopie montre des cellules tumorales malignes disposées dans des structures tubulaires irrégulières**

F. Ne métastasent pas

G. C'est une tumeur nodulaire avec une pseudocapsule en périphérie

**H. Origine sur foyers de métaplasie intestinale + dysplasie**

I. C'est un adénocarcinome diffus

J. C'est une tumeur bénigne de l'épithélium intestinal

146)Adénocarcinome gastrique de type de type diffus :

**A. Origine au niveau des glandes gastriques**

**B. Les cellules tumorales sécrètent mucus**

**C. Quand le mucus s'accumule extracellulaire on l'appelle carcinome mucineux**

D. Désigne une tumeur embryonnaire

E. Origine sur foyers de métaplasie squameuse

F. Origine au niveau de la couche musculaire de la paroi gastrique

**G. Lorsque le mucus reste intracellulaire, cʼest un carcinome à cellules en bague à chaton**

H. Les cellules tumorales sécrètent matrice cartilagineuse

**I. Il y a une infiltration diffuse de la paroi gastrique par la tumeur**

J. Les tumeurs multiples, on l'appelle polypose

147)Polype adénomateux du côlon:

A. Il peut être kératinisé ou non kératinisé

B. Il envahit la paroi en profondeur jusqu'au péritoine

**C. Macroscopiquement apparaisse en saillie sur la surface de la muqueuse**

**D. Cʼest un adénome**

**E. La forme sessile a une base d'implantation large**

F. Il peut envahir le pancréas

**G. Cʼest une tumeur de l'épithélium glandulaire**

H. Il métastase principalement le long des séreuses

**I. La forme pédiculé - forme de champignon, rattachés par un pédicule, zone en relief : prolifération adénomateuse**

J. Prend la forme dʼun nodule encapsulé situé dans la paroi intestinale

148)Carcinome du côlon :

**A. Peut-être ulcéro-végétant**

B. La forme diffuse sʼappelle linite plastique

C. Peut-être nodulaire

**D. Peut-être végétant**

E. Peut-être multinodulaire

**F. C'est un adénocarcinome**

**G. Peut-être ulcéré**

**H. Peut-être infiltrant**

I. Peut présenter des nodules de régénération

J. Peut-être encapsulé

149)Inflammation de la cavité buccale :

A. Iléite - inflammation de la muqueuse gingivale

B. Sialadénite - inflammation de la muqueuse linguale

**C. Chéilite – inflammation de la muqueuse des lèvres**

**D. Paréite – inflammation de la muqueuse jugale**

**E. Uranite – inflammation de la muqueuse du voile du palais**

F. Pulpite - inflammation de la muqueuse du voile du palais

G. Conjonctivite - inflammation de la muqueuse des lèvres

**H. Gingivite – inflammation de la muqueuse gingivale**

I. Appendicite - inflammation de la muqueuse jugale

**J. Glossite – inflammation de la muqueuse linguale**

150)Stomatites aiguës :

**A. Catarrhale**

**B. Fibrineuse**

C. Tuberculeuse

D. Érythroplasique

E. Syphilitique

F. Histoplasmique

**G. Gangréneuse**

H. Actinomycosique

**I. Purulente**

**J. Vésiculeuse /pustuleuse**

151)Stomatite catarrhale – caractéristiques : :

**A. Congestion, œdème, exsudat séreux/muqueux avec de rares PMN**

B. Inflammation aiguë des glandes salivaires

**C. Muqueuse rouge, œdémateuse, recouverte d'exsudat muqueux**

D. Inflammation sarcoïdosique de la cavité buccale

E. Exsudat lymphoplasmocytaire

F. Inflammation chronique de la cavité buccale

**G. Dans la scarlatine on a la langue "framboise", "laquée"**

H. Inflammation aiguë des amygdales palatines

**I. Inflammation aiguë de la cavité buccale**

**J. Dans la rougeole on a le signe de Koplik**

152)Stomatites aiguës :

A. La lésion est bien limitée, encapsulée, avec de cavités kystiques

**B. Stomatite gangréneuse - muqueuse brun verdâtre, saignante, ulcérations cratériformes recouvertes d'un exsudat fétide et gris**

**C. Stomatite vésiculeuse/pustuleuse - vésicules à contenu clair ou purulent**

**D. Stomatite fibrineuse (pseudomembraneuse) - muqueuse est ulcérée, recouverte de fausses membranes**

**E. Stomatite purulente - abcès ou phlegmon**

F. Couche de kératine épaissie (hyperkératose)

G. Siègent le plus souvent dans la parotide (70-80%)

H. Infiltrat inflammatoire avec des cellules inflammatoires mononucléées ± follicule lymphoïde

I. La dégénérescence maligne est assez fréquente

**J. Stomatite vésiculeuse/pustuleuse → ulcération → érosions recouvertes de dépôts blanchâtres avec du matériel nécrotique (aphtes)**

153)Stomatites chroniques :

A. La forme localisée est appelée phlegmon

B. L'évolution est rapide

C. La forme nodulaire est appelée empyème

**D. Causes : diabète, troubles hormonaux, irradiation, tabagisme, mauvaise hygiène**

E. Infiltrat inflammatoire riche en PNN

**F. Infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire**

G. La forme non spécifique s'appelle abcès

**H. Peuvent être spécifique et non spécifique**

**I. Présentent des zones de fibrose**

**J. Atrophie / hypertrophie de la muqueuse buccale**

154)Stomatites chroniques spécifiques :

**A. Stomatite tuberculeuse**

**B. Stomatite histoplasmosique**

**C. Stomatite actinomycosique**

**D. Stomatite syphilitique**

E. Stomatite purulente

F. Stomatite catarrhale

G. Stomatite vésiculeuse

H. Stomatite pustuleuse

I. Stomatite fibrineuse

**J. Stomatite sarcoïdosique**

155)Leucoplasie :

**A. Risque de malignité 5-6%**

**B. Épaississement épithélial avec acanthose et hyperkératose ± dysplasie légère, modérée, sévère**

**C. Principale lésion précancéreuse de la cavité buccale**

**D. Plaque blanche, "tache", qui ne s'élimine pas à l'essuyage, diamètre 5 mm**

E. On l'appelle aussi naevus mélanocytaire

F. C'est une tumeur nodulaire encapsulée

G. C'est une réaction granulomateuse avec tendance à la suppuration et à la fistulisation

H. C'est une maladie génétique

**I. Localisations : versant muqueux lèvre inférieure, langue, muqueuse jugale, pan-orale**

J. Se caractérise par une prolifération tumorale de leucocytes

156)Érythroplasie :

A. Est appelée aussi la fibrose orale sous-muqueuse

**B. Épithélium sans kératine atrophique, avec dysplasie épithéliale, microvascularisation sous jacente évidente et inflammation chronique**

**C. Lésion précancéreuse de la cavité orale**

D. Caractérisée par une augmentation progressive de la fibrose dans la cavité orale

E. Muqueuse blanche, fibreuse, rigide, ± inflammation

F. Tumeur vasculaire maligne

G. Fibrose sous-épithéliale, hyalinisation, infiltrat inflammatoire

**H. Est appelée aussi érythroplasie de Queyrat**

**I. Elle peut être associée à une leucoplasie**

**J. Lésion bien définie, aspect dʼune macule/plaque érythémateuse, consistance molle, indolore**

157)Chéilite actinique :

A. De préférence située au niveau du palais

**B. La principale lésion précancéreuse de la lèvre**

C. Cʼest une inflammation de la muqueuse linguale

**D. Localisation : 95% lèvre inférieure**

**E. Due à l'exposition aux rayons UV**

F. Est causée par lʼActicomyces israelii

G. Présente des granulomes avec tendance à la suppuration et à la fistulisation

**H. Atrophie lisse pâle de la demi-muqueuse de la lèvre, avec un passage flou vers la zone cutanée**

I. Macule/plaque érythémateuse, consistance molle, indolore au niveau des joues

**J. Épithélium atrophique, avec hyperkératose ± dysplasie épithéliale, élastose du collagène dermique**

158)Papillome squamocellulaire de la cavité buccale :

**A. Papillomes dus au HPV s'appellent verrue vulgaire (jonction cutanéo-muqueuse lèvre, langue)**

B. Il métastase fréquemment dans les ganglions sous-claviculaires

**C. Tumeur épithéliale bénigne**

D. L'épithélium proliféré est atrophique et hyalinisé

**E. Papillomes dus au HPV s'appellent condylome acuminé (transmission sexuelle)**

**F. Localisation : langue, lèvres, palais, muqueuse buccale, amygdales, luette**

G. Il est aussi appelé polype adénomateux

H. La tumeur est invasive dans les tissus environnants

**I. Microscopie : aspect papillaire, épithélium pavimenteux proliféré soutenu par des axes conjonctivo-vasculaires ± acanthose, hyperkératose, parakératose**

J. Il est aussi appelé condyloma lata

159)Carcinome squamocellulaire de la cavité buccale :

A. Cʼest une complication de la carie de l'émail

**B. Tumeur exophytique (végétante) ou endophytique (infiltrante, ulcérée)**

C. Ne donnent pas des métastases

D. Tumeur bénigne d'origine épithéliale

E. Tumeur conjonctive la plus fréquente

**F. Leucoplasie, érythroplasie, érythroleucoplasie précèdent le processus tumoral malin**

G. Se développe sur un polype adénomateux préexistant

**H. Îlots tumoraux avec/sans kératinisation (globes cornés, perles kératosiques) et stroma associé**

**I. Tumeur maligne la plus fréquente**

**J. Dissémination : lymphatique (ganglions lymphatiques régionaux), hématogène (poumons, foie, os)**

160)Carcinome de la langue :

**A. Evolution : infiltre le plancher buccal avec la fixation de la langue, l'invasion des amygdales**

B. C'est une variante du tératome

**C. Macroscopie : végétant, ulcéré**

D. C'est un carcinome basocellulaire

E. C'est une forme d'adénome

**F. Localisation : 2/3 postérieur de la langue, bords latéraux**

G. Cʼest un adénocarcinome

**H. Cʼest un carcinome squamocellulaire**

I. Macroscopie : nécrose de caséification et cytostéatonécrose

**J. Métastases : ganglions sous-maxillaires et jugulaires**

161)Carcinome du plancher buccal :

A. On lʼappelle aussi tumeur de Grawitz

B. C'est une forme fréquente de lymphome

**C. Localisation : plancher antérieur, à partir du frein lingual**

**D. 20% des carcinomes buccaux**

E. Évolution lente et locale

F. Bien limité par une capsule fibreuse à la périphérie

G. On l'appelle aussi mucocèle

**H. Extension : périoste de la mandibule, infiltre la face ventrale de la langue, les glandes sous maxillaires et sublinguales**

**I. Facteurs favorisants : alcool, tabac**

**J. Métastases : ganglions sous-maxillaires, jugulaire profond**

162) Carcinome de la muqueuse palatine :

**A. C'est une forme de carcinome squamocellulaire**

B. Microscopie : kyste délimité par du tissu cartilagineux

**C. C'est une tumeur épithéliale maligne**

D. C'est une forme de carcinome adénoïde kystique

E. Au niveau de la muqueuse palatine il s'agit d'un sarcome

**F. Macroscopie : végétant / ulcéré**

**G. Évolution : envahissement profond des structures osseuses, envahissement du palais mou et du nasopharynx**

H. La membrane basale est intacte

**I. 5-6% des carcinomes de la muqueuse buccale**

J. C'est une forme d'inflammation catarrhale

163)Fibrome de la cavité buccale :

**A. Microscopie : fibroblastes disposés en faisceaux courts séparés par des bandes de collagène**

B. C'est une inflammation purulente diffuse

**C. La tumeur la plus fréquente de la cavité buccale**

**D. Localisation : muqueuse jugale, langue, palais, plancher buccal**

**E. Variante : fibrome à cellules géantes**

**F. Macroscopie : formation nodulaire, bien délimité, rose, d'aspect pédiculé/sessile**

G. C'est une tumeur épithéliale maligne

H. C'est une tumeur conjonctive maligne

I. C'est une tumeur épithéliale bénigne

J. C'est un tissu de granulation fibreux qui intervient dans la réparation conjonctive

164)Fibrosarcome :

**A. Macroscopie : non encapsulé, caractère infiltrant, avec des bords mal définis**

**B. Tumeur conjonctive maligne composée de fibroblastes atypiques**

**C. Intéresse les enfants (> 10 ans) et les jeunes adultes**

**D. Le stroma tumoral contient des vaisseaux sarcomateux**

E. C'est une tumeur épithéliale maligne

F. Cʼest une forme particulière de carcinome squamocellulaire

**G. Microscopie : faisceaux courts et bifurqués des cellules fusiformes avec pléomorphisme, mitose atypique et collagène en quantité variable**

H. Lésion prémaligne de la cavité orale

I. Microscopie : tubulaire ou villeux

J. Cʼest une tumeur conjonctive bénigne

165)Liposarcome de la cavité buccale :

A. Apparaît dans l'athérosclérose

**B. Sarcome provenant du tissu adipeux**

**C. Localisation : joue, langue**

**D. Peut-être bien différencié ou pléomorphe**

**E. Masses tumorales blanc jaunâtre**

F. C'est une malformation congénitale

G. Il est transmis par voie aérienne

**H. Présente des zones de nécrose et d'hémorragie**

I. C'est une tumeur maligne qui ne métastase pas

J. C'est une accumulation de triglycérides

166)Lymphangiome :

A. Prolifération vasculaire composée de vaisseaux délimités par des cellules endothéliales atypiques

B. Tumeur maligne prenant naissance dans l'endothélium vasculaire

**C. Le tissu interstitielle et la paroi vasculaire contient des infiltrats lymphoïdes**

**D. Peut-être capillaire, caverneux, hygroma kystique**

E. Tumeur bien délimitée, non encapsulée, composée de faisceaux de muscles lisses

F. Cʼest un carcinome de la cavité orale

**G. Tumeur bénigne des vaisseaux lymphatiques**

**H. Tumeur mal délimitée, molle, grise “en baies de raisin”**

I. Tumeurs bénignes très rares composées de muscles striés

**J. Prolifération de vaisseaux lymphatiques ectasiés contenant lymphe à l'intérieur**

167)Rhabdomyosarcome :

A. Microscopie : faisceaux de fibroblastes atypiques à disposition variée

**B. Le rhabdomyoblaste est la cellule présente dans tous les types histologiques**

**C. Le rhabdomyoblaste est l'élément de diagnostic histologique**

**D. Tumeur maligne provenant des fibres musculaires striées**

E. Tumeur nodulaire, bien délimitée, encapsulée

F. Tumeur maligne d'origine mélanocytaire, de pronostic sévère

G. La tumeur osseuse primitive la plus fréquente

**H. Le sarcome le plus fréquent chez les enfants**

I. Prolifération de cellules musculaires lisses fusiformes avec noyau “en cigare”

**J. Variantes histologiques : embryonnaire, alvéolaire, pléomorphe**

H. Ribosome

I. Lymphome

J. Hématome

170)Les kystiques bénignes des glandes salivaires sont représentées par :

A. Carcinome adénoïde-kystique

B. Myoépithéliome adénoïde-kystique

**C. Mucocèle buccale**

D. Sialolithiase kystique

E. Sialadénite kystique secondaire

**F. Kyste des canaux salivaires**

**G. Sialokyste**

**H. Kyste de rétention muqueuse**

I. Sialadénite adénoïde kystique

**J. Ranula**

171)Mucocèle - caractéristiques :

**A. Est produit par l'interruption de la continuité d'un canal salivaire avec élimination du produit de sécrétion dans le stroma environnant (traumatisme)**

B. Située dans la glande parotide, il s'appelle grenouillette

**C. Est généralement observée chez les enfants et jeunes adultes**

D. Se présente sous forme d'un nodule constitué de tissu cartilagineux

E. C'est une forme de carcinome mucineux

F. Est une lésion tumorale qui touche exclusivement les glandes salivaires majeures

**G. Affecte les glandes salivaires mineures**

**H. Nodule fluctuant bien défini, surface lisse et transparente, couleur bleuâtre**

I. C'est un vrai kyste

**J. Localisation - lèvre inférieure, muqueuse jugale, langue ventrale, région sublinguale**

172)Kyste des canaux salivaires :

A. Le canal excréteur est rétréci par production de dentine d'irritation

B. C'est un adénocarcinome

C. Peut se développer latéralement de la racine d'une dent gangrenée

**D. Cʼest un vrai kyste, délimité par un épithélium stratifié cylindrique/cubique, ± métaplasie squameuse**

**E. On l'appelle aussi sialokyste**

**F. Est dues à l'obstruction pathologique d'un canal avec sa dilatation kystique**

**G. Cʼest un kyste de rétention muqueux**

**H. Se présente sous forme d'une cavité remplie de mucus**

I. Il trouve son origine dans les odontoblastes

J. On l'appelle aussi cystadénome mucineux

173)Ranule :

**A. Localisation : glandes sous-maxillaires / sublinguales mineures**

B. C'est une tumeur épithéliale maligne

**C. Cʼest une mucocèle développée au niveau du plancher buccal**

D. Au microscope il montre une cavité kystique délimitée par un épithélium cylindrique

E. Donne des métastases dans le muscle mylohyoïdien

F. La cavité contient des lipides

**G. Présente des dimensions plus grandes que la mucocèle**

H. Prend naissance dans les fibroblastes

**I. Elle porte aussi le nom de grenouillette**

**J. Formation nodulaire et fluctuante, consistance molle, couleur bleuâtre**

174)Kyste salivaire du plancher buccal :

**A. Cʼest une mucocèle qui repose sur le muscle mylo-hyoïdien**

**B. Formation arrondie à contenu liquidien, de 2 à 3 centimètres de diamètre**

C. Présente des dimensions plus petites que la mucocèle

**D. Cavité kystique délimitée par un tissu de granulation /tissu fibreux**

E. C'est une forme d'adénocarcinome

F. C'est une forme de sarcome

G. Cʼest un kyste aussi appelé kyste dermoïde

**H. On l'appelle aussi ranule**

I. C'est une forme d'hémangiome caverneux

**J. Ne contient pas dʼépithélium (pseudokyste)**

175)Kyste lymphoépithélial :

**A. Un tissu lymphoïde abondant apparaît dans la paroi**

**B. Plus fréquente chez les patients atteints du SIDA**

C. Cʼest un adénome composé de structures tubulaires d'aspect kystique

D. Les cellules tumorales sécrètent le pigment de mélanine

**E. Kyste semblable au celui de canal salivaire**

F. On l'appelle aussi tumeur de Warthin

**G. Origine : incertaine - débris branchiaux, canaux salivaires**

H. Il est situé uniquement sur la peau

I. C'est une forme de lymphome

**J. Localisation : plus fréquente dans la glande parotide**

176)Sialolithiase :

A. Hyperplasie glandulaire

B. La glande affectée est hypoplasique

**C. Évolution : atrophie glandulaire, fibrose**

D. Elle est située au niveau des glandes sébacées

**E. Localisation : 80-90% submandibulaire**

F. Elle touche les enfants de 1 à 4 ans

**G. Formation de calculs dans les canaux excréteurs ou dans le parenchyme des glandes salivaires**

H. Les calculs peuvent migrer vers les ganglions lymphatiques

**I. Microscopie : ectasies canalaires, calculs d'aspect lamellaire, sialadénite chronique + fibrose stromale**

**J. Facteurs favorisants : stase salivaire, inflammations**

177)Sialadénite – clasification :

A. Sialadénite tumorale

**B. Sialadénite chronique non spécifique**

**C. Sialadénite aiguë secondaire**

D. Sialadénite idiopathique

E. Sialadénite ischémique

**F. Sialadénite aiguë primaire**

**G. Sialadénite infectieuse**

H. Sialadénite de l'amylose

**I. Sialadénite chronique spécifique**

J. Sialadénite necrotique

178)Sialadénite :

**A. L'agent étiologique peut se propager par voies : ascendante / hématogène / lymphatique / directe**

B. On l'appelle aussi stomatite

**C. Étiologie : hyposécrétion salivaire, obstruction du canal excrétoire, causes infectieuses**

D. On l'appelle aussi chéilite

E. Représente la formation de calculs dans les canaux excréteurs des glandes salivaires

**F. L'infection peut se propager par voie lymphatique - à partir dʼun processus de voisinage - otite, ostéomyélite des mâchoires, suppurations dentaires**

**G. L'infection peut se propager par voie hématogène : infections locale ou générale (septicémique)**

H. C'est un adénome des glandes salivaires

I. C'est une hyperplasie physiologique

**J. L'infection peut se propager par voie canalaire ascendante à partir de germes présents dans la cavité buccale (stomatite microbienne)**

179)Parotidite épidémique :

A. Cʼest une forme particulière de sialadénite sclérosante

**B. Cʼest une sialadénite aiguë primaire**

C. Agent étiologique : staphylocoque, streptocoque

D. Cʼest une forme de sarcoïdose

**E. Complications : surinfection bactérienne (abcès), orchite avec atrophie testiculaire secondaire, pancréatite (DS), méningite, méningo-encéphalite**

F. Microscopie : infiltrat inflammatoire aigu (PMN) localisé (abcès) ou diffus (phlegmon)

**G. Cʼest une sialadénite à virus ourlien**

**H. Cʼest aussi appelée oreillon**

**I. Microscopie : infiltrat lympho-plasmocytaire localisé dans le stroma périductal, dégénératives des acini séreux → nécrose**

J. Microscopie : infiltrat lympho-plasmocytaire péricanalaire, cellules épithéliales canalaires et acineuses tuméfiées avec inclusions virales cytoplasmiques et nucléaires ”en œil de hibou”

180)Tumeurs des glandes salivaires :

A. La plupart affectent la chambre pulpaire

**B. La plupart ont une origine épithéliale**

C. La plupart sont des sarcomes

**D. La plupart affectent la glande parotide**

E. Les plus fréquentes sont les tumeurs secondaires (métastases)

**F. 2-6,5 % des tumeurs de la région cervicale**

G. La plupart ont une origine conjonctive

**H. Facteurs de risque : exposition aux rayonnements, prédisposition génétique, inflammation virale (EB, HPV, CMV), tabagisme**

I. La plupart ont une origine odontogène

**J. 50 à 80 % de tumeurs bénignes**

181)Adénome pléomorphe :

A. Prolifération tumorale d'une cellule lymphoïde atypique – cellule de Reed-Sternberg

**B. La tumeur la plus fréquente des glandes salivaires majeures / mineures**

C. Tumeur bénigne composée exclusivement de cellules myoépithéliales, sans présence de cellules épithéliales ou mésenchymateuses

D. On lʼappelle aussi myoépithéliome

E. C'est une tumeur épithéliale maligne

F. Cʼest un adénocarcinome NOS

**G. Tumeur bénigne dʼorigine cellulaire myoépithéliale à différenciation épithéliale et mésenchymateuse**

**H. Présente une variété morphologique et architecturale marquée**

**I. Tumeur encapsulée (mobile), capsule incomplète au niveau des glandes mineures**

**J. Localisation : 80% des tumeurs des glandes parotides, rarement des glandes salivaires sous maxillaires, sublinguales**

182)Tumeur de Warthin :

A. Cʼest un lymphome à cellules B

**B. Cʼest un adénolymphome ou cystadénome papillaire lymphomateux**

C. Cʼest une tumeur maligne secondaire des glandes salivaires

**D. Adénome composé de structures tubulaires d'aspect kystique, à projections papillaires délimitées par un épithélium bistratifié**

E. Cʼest un lymphome hodgkinien

F. Cʼest un carcinome mucoépidermoïde

**G. Stroma contient un abondant infiltrat lymphoïde à disposition folliculaire**

**H. Localisation : presque exclusivement dans la glande parotide**

**I. Développement lente et indolore**

J. Cʼest un carcinome mixte épidermoïde non kératinisé et mucosécrétoire

183)Tumeur de Warthin :

A. Cʼest un adénocarcinome à cellules acineuses

B. Cʼest un carcinome adénoïde kystique

**C. Absence de cellules myoépithéliales**

**D. Macroscopie : tumeur encapsulée, gris pâle, d'aspect lobé et kystique avec un contenu clair / mucoïde**

E. Tumeur épithéliale maligne caractérisée par une différenciation biphasique - canalaire et myoépithéliale

**F. Tumeur constituée d'espaces kystiques et de projections papillaires délimitées par un épithélium bistratifié, avec infiltrat lymphoïde**

**G. Cʼest un adénome délimité par une capsule**

H. Microscopie : prolifération tumorale formant des tubes / glandes tumorales à atypie variable et à caractère infiltrant

I. Évolution : métastases ganglionnaires régionales/à distance, hématogènes (poumon, os, cerveau)

**J. Tumeur épithélial bénigne**

184)Carcinome adénoïde kystique :

**A. Localisation : 60-70% de glandes salivaires mineures (palatines)**

**B. Architecture cribriforme, solide ou tubulaire avec matériel basophile central, à prédilection pour l'invasion périneurale**

**C. Microscopie : tumeur épithéliale maligne caractérisée par une différenciation biphasique canalaire et myoépithéliale**

D. Tumeur épithéliale maligne dans laquelle les cellules tumorales présentent une différenciation acinaire séreuse

**E. Macroscopie : tumeur ferme, blanche, bien circonscrite avec bords infiltrants**

**F. Tumeur épithéliale maligne à capacité métastatique augmentée**

G. Tumeur bénigne formée de tissu cartilagineux

H. Composé exclusivement de cellules myoépithéliales

I. C'est une tumeur épithéliale bénigne

J. Se produit exclusivement dans les glandes salivaires majeures

185)Lymphomes des glandes des glandes salivaires :

A. Il s'agit de tumeurs épithéliales bénignes

**B. Le lymphome de Hodgkin a un composant tumoral et composant réactif**

**C. Les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) sont plus fréquents**

**D. Cʼest une prolifération tumorale d'une cellule lymphoïde atypique**

E. Se présente sous forme d'un cystadénome

**F. Ce sont des tumeurs malignes**

G. Ce sont des tumeurs épithéliales malignes à capacité métastatique augmentée

H. C'est une forme de lymphadénite aiguë

I. Sont des tumeurs qui prend origine dans les vaisseaux lymphatiques

**J. Les lymphomes non hodgkiniens peuvent être à cellules B et à cellules T**

186)Ostéite alvéolaire – caractéristiques :

A. Représente un processus de métaplasie osseuse

**B. Complications : cellulite, ostéomyélite**

C. Aucune relation avec un processus inflammatoires péri apicaux chroniques restant dans l'alvéole

**D. Processus infectieux situé dans le cortex osseux et le processus alvéolaire**

E. Au niveau du maxillaire supérieure forme un infiltrat tuberculeux apical

F. C'est une complication de la carie de l'émail

**G. Au niveau du maxillaire supérieure - alvéolite humide**

**H. Cʼest une alvéolite post-extractionnelle**

I. Le processus inflammatoire est localisé dans les alvéoles pulmonaires

**J. Au niveau du maxillaire inférieure - alvéolite sèche (associée à une nécrose superficielle)**

187)Ostéomyélite aiguë des maxillaires :

A. Il n'y a pas de lyse osseuse

**B. La peau sus-jacente présente des signes d'inflammation aiguë**

C. C'est une inflammation granulomateuse

D. Les ostéoblastes sont intacts

**E. La muqueuse buccale est congestive, les dents sont mobiles et douloureuses spontanément / percussion**

**F. Processus infectieux qui couvre tout l'os (cortex et médulla)**

G. Peut survenir dans l'inflammation syphilitique

H. Infiltrat inflammatoire chronique avec remaniement osseux et formation d'os nouveau (réactif), fibrose

**I. Peut fistuliser avec ouverture au niveau de la peau / cavité orale**

**J. Un exsudat purulent apparaît dans la moelle osseuse**

188)Nécrose des maxillaires – caractéristiques :

**A. Lʼostéoradionécrose apparaît après une radiothérapie des tumeurs malignes des voies supérieures**

**B. Elle peut être produite par des produits chimiques (arsenic, mercure, phosphore)**

**C. Microscopie : nécrose osseuse + des artères et des veines**

D. C'est la conséquence de la dilatation des vaisseaux

**E. Facteurs favorisants : physiques (irradiation), thermiques (électrocautérisation)**

**F. Processus de destruction osseuse secondaire à une ischémie locale**

G. C'est une lésion cellulaire réversible chronique

H. Processus secondaire à une obstruction de l'artère coronaire

I. La guérison se produit par régénération

J. C'est un processus de prolifération des ostéoblastes

189)Kystes des maxillaires :

A. Se présentent souvent sous forme d'un cystadénome

B. Ils métastasent dans les ganglions régionaux

**C. Sont des cavités intra-osseuses**

D. La paroi des kystes présente des zones de nécrose

**E. Kystes odontogènes inflammatoires peut se développer à partir des restes de la lame dentaire ou de l'organe de l'émail**

F. Sont des tumeurs osseuses malignes

**G. Les kystes odontogènes sont inflammatoires et de développement**

**H. Sont bordés par une paroi épithéliale**

**I. Les kystes peuvent être odontogènes et non odontogènes**

J. Les cavités formées sont bordées d'un épithélium transitionnel

190)Kyste radiculaire (périapical) :

**A. Il peut être secondaire à un granulome apical qui touche les restes de Mallasez**

**B. La cavité kystique est tapissée par un épithélium non kératinisé**

**C. Cʼest un kyste odontogène inflammatoire**

D. Formation à partir des cellules de l'épithélium du canal nasopalatin

E. Cʼest une variété de kyste dentigère

F. Cʼest un kyste odontogène de développement

G. La paroi est fibreuse, sans inflammation

**H. Il représente 50-70% des kystes maxillaires**

I. La lumière du kyste contient des amas de cellules kératinisées

**J. Il se forme après un processus infectieux pulpaire et périapical**

191)Kératokyste :

**A. Cʼest un kyste odontogène de développement**

B. Cʼest un kyste périapical résiduel

C. La formation kystique entoure la couronne d'une dent temporaire/permanente non éruptée

D. Cʼest un kyste non odontogène

**E. La cavité kystique est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé délimité par une capsule dans laquelle se trouvent des restes épithéliaux**

**F. La cavité kystique est développée à partir de l'épithélium de l'organe de l'émail / restes de Mallasez, située au niveau de l'angle ou de la branche ascendante de la mandibule**

G. La lumière du kyste contient un liquide citrin, cellules inflammatoires, cristaux de cholestérol, macrophages chargés en lipides

**H. Lumière du kyste contient des amas de cellules kératinisées**

**I. Localement agressif, récurrences**

J. Il est secondaire à un granulome apical

192)Kyste non-odontogène :

A. Kyste parodontal latéral

**B. Kyste médian palatin**

C. Kyste dentigère

**D. Kyste médian de la mandibule**

E. Kératokyste

F. Kyste d'éruption

**G. Kyste nasopalatine**

H. Kyste primordial

**I. Kyste globulo-maxillaire**

**J. Kyste naso-alvéolaire**

193)Kyste anévrismal :

A. Il peut être folliculaire, péricoronaire, coronaro-dentaire

**B. La lésion est multiloculaire**

**C. Il est situé au niveau de la mandibule**

**D. Le contenu est hémorragique**

E. Est formé par la dégénérescence kystique des restes épithéliaux dans le parodonte

F. Cʼest un kyste osseux essentiel (traumatique)

**G. Cʼest un pseudokyste**

**H. Les cavités kystiques sont séparées par un tissu fibreux entre lequel se trouvent des cellules géantes multinucléées et des îlots de tissu ostéoïde/osseux**

I. Cavité kystique à contenu séro-citrine/séro-hémorragique délimitée par une fine capsule conjonctive

J. Cʼest un kyste dentigère

194)Kyste dentigère :

**A. Se développe à partir de l'épithélium réduit de l'émail qui persiste à la surface de la couronne, étant relié à une dent incluse**

B. Se développe à la place d'une dent, en dégénérant l'organe de l'émail d'une dent normale / surnuméraire avant la formation de l'émail ou de la dentine

C. Cʼest un kyste d'éruption

D. Macroscopie : en forme de larme

E. Cavité kystique non associée à une dent

**F. Cavité kystique ronde, avec une paroi lisse qui est insérée sur le collet de la dent, la couronne proémine à l'intérieur du kyste**

**G. La formation kystique entoure la couronne d'une dent temporaire/permanente non éruptée**

H. Cʼest un kyste parodontal latéral

**I. Kyste délimité par un épithélium pavimenteux non kératinisé entouré d'une paroi fibreuse, inflammation absente**

**J. Cʼest un kyste odontogène de développement**

195)Améloblastome :

A. Cʼest une tumeur non odontogène

B. Se présente sous forme d'un nodule bien délimité, attaché à la dent

**C. Rx caractéristique : “ bulles de savon ʼʼ, “ nid d'abeille”**

D. Il est formé de blastème métanéphrogène

E. Ne récidive pas après ablation chirurgicale

**F. Tumeur odontogène bénigne, épithéliale**

**G. Tumeur localement invasive, lentement destructrice**

H. C'est une tumeur conjonctive bénigne

**I. Localisation au niveau de mandibule ascendante, maxillaire**

**J. Tumeur non encapsulée**

196)Améloblastome métastatique :

A. Cʼest une tumeur mésenchymateuses bénignes

B. Cʼest une tumeur composée de tissu myxomateux

C. La tumeur est encapsulée avec des zones solides et kystiques

**D. Donne des métastases viscérales au niveau du poumon**

**E. Cʼest une tumeur maligne**

F. Cʼest une tumeur odontogène épithéliale calcifiante

**G. Histologique est identique à l'améloblastome, mais avec atypies cellulaires et mitoses**

**H. Donne des métastases ganglionnaires cervicales**

**I. Cʼest une tumeur odontogène**

J. Cʼest une tumeur bénigne mixte

197)Tumeur odontogène adénomatoïde – caractéristiques :

**A. Croissance lente et expansive, ne récidive pas**

**B. Origine dans les préaméloblastes / épithélium interne de l'émail**

C. Tumeur constituée de tubes et de rosettes délimités par un épithélium malpighien

**D. Tumeur associée à une dent non éruptée**

E. Tumeur non encapsulée, composé de tissu myxomateux

**F. Tumeur encapsulée avec des zones solides et kystiques**

G. Elle n'apparaît qu'au niveau de la langue

**H. Tumeur odontogène épithéliale bénigne**

I. Origine dans l'épithélium des glandes salivaires mineures

J. C'est un adénome en forme de polype

198)Odontome :

A. Constitué de travées épaisses des cémentoblastes

**B. La tumeur odontogène mixte bénigne la plus fréquente**

C. On l'appelle aussi polype pulpaire

D. Cʼest un pseudokyste malin

E. Il métastase souvent

**F. Histologique : odontome complexe, odontome composé**

**G. Prolifération anormale d'éléments dentoformants épithéliaux et conjonctifs**

**H. Interfère avec l'éruption normale**

I. C'est une tumeur composée de tissu myxomateux

**J. Tumeur dure, encapsulée, située dans l'épaisseur du maxillaire**

199)Tumeur non-odontogène des maxillaires:

**A. Fibrome**

B. Améloblastome

C. Cémentoblastome

D. Fibrome dentaire central

**E. Hémangiome**

F. Myxome odontogène

**G. Ostéome**

**H. Chondrome**

I. Fibrome améloblastique

**J. Myxome**

200)Fibrosarcome :

**A. Le stroma tumoral contient des vaisseaux sarcomateux**

B. C'est une tumeur conjonctive bénigne

**C. Cʼest une tumeur maligne**

**D. La cellule tumorale synthétise le collagène proportionnel au degré de différenciation**

**E. Cellules tumorales fusiformes disposées en faisceaux courts et bifurqués**

F. Le stroma tumoral contient des plages dʼostéoïde et des lamelles osseuses tumorales

G. Masse tumorale, bien circonscrite, encapsulée

H. Plages de cartilage tumoral avec augmentation de la densité cellulaire et atypies cellulaires

I. Provient de lʼépithélium cylindrique pseudostratifié

**J. Cʼest une tumeur non-odontogène**

201)Carie dentaire :

**A. Processus destructif de nature bactérienne des tissus durs dentaires**

B. Guérit à travers le processus de régénération

C. C'est une calcification dystrophique

D. La cavité carieuse est tapissée d'épithélium glandulaire

E. Elle peut être dysplasique

**F. Déminéralisation du composant inorganique et la protéolyse des composants organiques**

**G. Affecte les dents temporaires/définitives**

H. C'est une inflammation virale des tissus dentaires

**I. Évolution irréversible chronique**

**J. Formation d'une cavité irrégulière appelée cavité carieuse**

202)Carie de la dentine :

A. Macroscopie – aspect polypoïde

**B. Carie secondaire à une carie d'émail/du ciment**

**C. Microscopie - zone de désintégration, zone d'invasion, zone de sclérose dentinaire, zone de dentine réactionnelle**

**D. Évolution rapide - faible minéralisation, tubules dentinaires colonisés par des bactéries qui se multiplient rapidement**

**E. Carie primaire - rare**

F. Peut se propager par le système lymphatique

G. Microscopie - cellules géantes multinucléées de type Langhans

H. Il ne se propage pas en profondeur

**I. Macroscopie - zone marron-jaune**

J. Cʼest lʼétape initiale de la carie de l'émail

203)Carie de lʼémail :

A. Au stade initial, l'émail contient des thrombus fibrino-plaquettaires

**B. Étape initiale de la carie dentaire**

C. Elle est secondaire à la carie de ciment

**D. Zone brune en surface / zone blanche opaque, d'aspect calcaire, adjacente à un point de contact**

E. On a une hyperplasie des éléments inorganiques et organiques de l'émail

F. Elle est secondaire à la carie dentine

G. La cavité carieuse contient des vaisseaux dilatés (congestionnés)

**H. Localisation au niveau des sillons, fissures et surfaces lisses des dents**

**I. La cavité carieuse contient une flore microbienne, des débris alimentaires et des structures déminéralisées et nécrotiques de l'émail**

**J. Forme conique**

204)Pulpite aiguë séreuse :

**A. Odontoblastes avec dégénératives comme la dégénérescence hydropique**

**B. Microscopie : exsudat séreux, rare PMN, congestion vasculaire**

**C. Inflammation de la pulpe dentaire**

**D. Inflammation aseptique développe comme réaction aux toxines libérées par la flore microbienne des tubules dentinaires**

E. Peut être ouverte (ulcérée/polypoïde)

F. Peut être fermée (scléro-atrophique / granulomateuse)

**G. Elle peut être partielle ou totale**

H. Microscopie : exsudat purulent, congestion des capillaires pulpaires, œdème

I. Elle est causée par des bactéries pyogènes

J. Zones de hyalinisation et de calcification, avec infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire

205)Abcès périapical :

A. L'espace parodontal contient un exsudat inflammatoire fibrineux

B. L'espace parodontal contient des fibres conjonctives avec de stéatose et calcifications

**C. Zone de nécrose de liquéfaction**

**D. L'espace parodontal s'élargit en raison de la lyse des tissus périapical en augmentant l'activité des ostéoclastes**

**E. Résultat d'une infection pulpaire propagée apicale ou secondaire à l'exacerbation de chroniques des granulomes apicaux**

F. Macroscopie : bourgeons de consistance molle, de couleur rouge, sanglants, fixés à la pulpe dentaire par un pédicule

G. Il est asymptomatique

**H. Exsudat purulent, délimité par la fibrine initialement et plus tard par la membrane pyogène**

I. Collection purulente diffuse apicale

**J. Collection purulente localisée apicale**

206) Abcès périapical - évolution :

**A. Évacuation de l'exsudat purulent dans la cavité buccale par le canal radiculaire et la chambre pulpaire ouverte**

B. Aplasie pulpaire

**C. Sinusite odontogène**

**D. Extension périmandibulaire**

E. Peut se transformer en lipome

F. Hypoplasie pulpaire

**G. Extension dans la mâchoire en produisant ostéomyélite, périostite**

H. Précipitation de la dentine péritubulaire

**I. Accumulation d'exsudat purulent dans la sous-muqueuse – abcès gingival (parulis)**

J. Agénésie pulpaire

207)Granulome périapical :

**A. Constitué de tissu de granulation vasculaire, délimité par des bandes de fibres de collagène à la périphérie**

**B. Formation ronde ou piriforme, bien définie, consistance ferme couleur rouge / jaunâtre**

**C. Parodontite chronique non spécifique, localisée à l'apex d'une dent non vitale**

D. Peut évoluer vers une mucocèle

E. On lʼappelle granulome interne de Palazzi ***(vrai aussi)***

**F. Secondaire à la propagation des infections pulpaires par le foramen apical, ou par les canaux radiculaires accessoires**

G. Il est disposé dans une zone de résorption sur la paroi interne de la dentine en forme de géode

**H. Peut évoluer vers un kyste radiculaire**

I. En évolution se rétrécit en déposant la dentine d'irritation

J. Il se situe au niveau de la gencive

208)Gingivites - formes morphologiques : :

**A. Erythémateuse ou aiguë simple**

**B. Ulcéro-nécrotique**

C. Métastatique

D. Ictérique

**E. Atrophique**

**F. Desquamative**

G. Carcinomateuse

H. Stéatosique

**I. Vésiculaire déterminée par le virus herpétique**

J. Sarcomateuse

209)Gingivite aiguë :

A. La forme tuberculeuse est la plus fréquente

B. Cʼest une inflammation de la muqueuse linguale

C. Il y a une fibrose autour du collet

D. Cʼest une inflammation de la muqueuse jugale

**E. Ulcérations cratériformes recouvertes de dépôts pseudomembraneux blanc-gris au niveau des papilles interdentaires**

F. Infiltrat inflammatoire diffus lympho-plasmocytaire, macrophages

**G. Gonflement de la muqueuse gingivale, rouge-violet, consistance molle, sanglante**

**H. Dans la lamina propria on peut observer congestion, infiltrat inflammatoire avec PNN**

**I. Les commencent dans les papilles interdentaires et s'étendent à toute la gencive libre**

**J. Inflammation de la muqueuse gingivale en respectant les autres composants du parodonte**

210)Complications de la parodontite chronique :

**A. Thrombophlébite**

B. Infarctus

**C. Ostéopériostite**

D. Folliculite

E. Adénome toxique

**F. Parulis, gingivo-stomatite**

G. Dysplasie

**H. Caries cervicales, pulpites rétrogrades**

I. Foyer de Ghon

**J. Lymphadénite, sinusite maxillaire**

211)Hyperplasie gingivale généralisée :

A. Métastase par voie hématogène

B. C'est une forme dégénérative de parodontopathie

**C. Peut-être non-inflammatoire**

D. Se caractérise par une atrophie gingivale

E. La forme non-inflammatoire montre des abcès récents

**F. La forme non-inflammatoire est la forme fibreuse**

**G. La forme inflammatoire est la plus courante**

**H. à l'aspect pseudotumoral, caractérisées par une augmentation de la muqueuse gingivale**

I. La forme la plus courante est la forme dysplasique

**J. Peut-être inflammatoire**

212)Gingivite chronique:

**A. Microscopie : œdème, congestion, infiltrat inflammatoire diffus ly-plasmocytaire, macrophages**

**B. Approfondissement de la rainure gingivale autour du collet sans affecter l'insertion sur le collet**

C. Plage de cellules polyédriques avec cytoplasme granulaire et petits noyaux centraux

**D. Macroscopie : gonflement de la muqueuse gingivale, couleur rouge-violet**

**E. Secondaire à une inflammation aiguë persistante, irritation chronique**

F. Les fibroblastes proliférés présentent des mitoses atypiques

G. Hyperplasie de l'épithélium gingival sans détachement de la gencive

H. Il s'agit d'une lésion nodulaire solitaire encapsulée

**I. Fibrose, hémorragie**

J. Cʼest la forme inflammatoire dʼhyperplasie gingivale localisées

213)Epulis :

**A. Représente un processus hyperplasique réactif secondaire à des irritations et traumatismes chroniques**

B. C'est une pulpite chronique ouverte

C. C'est une hypoplasie gingivale généralisée

D. C'est une inflammation purulente localisée

**E. Cʼest une lésion pseudotumorale**

**F. Macroscopie: formation nodulaire unique, rarement multiple**

G. C'est une tumeur gingivale

H. Cʼest une parodontite chronique non spécifique, localisée à l'apex d'une dent non vitale

**I. Se développe au voisinage du collet dentaire, sur la face vestibulaire ou dans les zones édentées**

**J. Cʼest une hyperplasie gingivale localisée**

214)Epulis gigantocellulaire :

A. On l'appelle aussi épulis télangiectasique

**B. On l'appelle aussi granulome périphérique à cellules géantes**

**C. Est situé sur la gencive interdentaire**

D. C'est une hypoplasie gingivale localisée

**E. Récidive si elle n'est pas correctement excisée chirurgicalement**

F. Cʼest une épulis congénitale du nouveau-né

**G. La lésion est agressive - affecte le tissu osseux sous-jacent**

H. Microscopiquement on a une nécrose pulpaire de colicvation

**I. Lésion nodulaire, partiellement recouverte par la muqueuse gingivale**

J. Cʼest une forme dʼépulis vasculaire

215)Épulis fibreux :

A. On l'appelle aussi granulome pyogénique

**B. Peut présenter des foyers de métaplasie osseuse**

**C. Est composé de tissu conjonctif dense avec infiltrat inflammatoire périvasculaire chronique**

**D. Il sʼappelle aussi épulis fibreux ostéogénique**

E. Se caractérise par la prolifération de cellules géantes multinucléées

**F. Cʼest une lésion pseudotumorale localisée gingivale**

G. Il présente des plages de cellules polyédriques avec cytoplasme granulaire

**H. Peut présenter des calcifications**

I. Il prend naissance dans l'épithélium odontogène / améloblastique

J. Se développe dans des zones de métaplasie squameuse