

Dr. GUENOUNOU

QCM1 : Parmi les tests cités ci-dessous, quel est celui qui permet de poser le diagnostic de certitude de la maladie de Willebrand de type 2N

1. le dosage de l'activité co-facteur de la ristocétine (VWF Rco)
2. le dosage de l'antigène Willebrand (VWF-Ag)
3. l'étude de la capacité du facteur Willebrand à se lier au collagène (VWF CB)
4. **l'étude de la capacité du facteur Willebrand à se lier au facteur VIII (FVW : FVIII B)**

Dr. GUENOUNOU

QCM2 : La maladie de Willebrand de type 2B se caractérise par :

1. **une augmentation de l'affinité du facteur Willebrand pour la GPIb plaquettaire**
2. une diminution de l'affinité du facteur Willebrand pour les plaquettes
3. un déficit quantitatif partiel en facteur Willebrand
4. un déficit quantitatif total en facteur Willebrand

Dr. CHERIF

QCM3 : La Protéine C

1. Sa concentration chute de 30 % lors de l'héparinothérapie.
2. Possède une activité biologique coagulante.
3. **Avec un taux < 60 % d'activité, il ya un risque de manifestations thrombotiques.**
4. Le déficit héréditaire est lié au chromosome X.
5. **Son déficit est parfois responsable de purpura fulminans.**

Dr. CHERIF

QCM4 : Dans la Thrombasthénie de Glanzmann:

1. La thrombopénie est un signe biologique constant.
2. Le temps de saignement est toujours normal.
3. Il ya une anomalie acquise par défaut de synthèse de la thromboxane A2.
4. **Le taux résiduel de la GP IIb IIIa est < 5 % dans le type I**
5. **Est un défaut de l'hémostase primaire**

QCM5 : Les facteurs de la coagulation vitamine K dépendants sont :

Dr. FERHAT

1. **FVII, FIX, FX, FII**
2. FX, FV, FII, FVII
3. FIX, FVIII, FXI, FXII
4. FX, FV, Ca⁺⁺, Phospholipides
5. FIX, FVIII, Ca⁺⁺, Phospholipides

QCM6 : L'enzyme clé de la coagulation est :

Dr. FERHAT

1. Le FXa
2. **Le FIIa**
3. Le FVIIa
4. Le fibrinogène
5. Le FXIIa

QCM7 : Un allongement du temps de Quick associé à un allongement du temps de céphaline kaolin peut résulter d' :

Dr. MENOU

1. **Une insuffisance hépato-cellulaire.**
2. Une hémophilie B.
3. **Une maladie hémorragique du nouveau-né par avitaminose K.**
4. **Un déficit constitutionnel en prothrombine.**
5. Un déficit en facteur de la phase contact.

Dr. MENOU

QCM8 : Il n y a pas de risque hémorragique dans le déficit en:

1. Fibrinogène
2. Facteur XI
3. **Facteur XII**
4. **Kininogène de haut poids moléculaire.**
5. Facteur XIII

ResiPharmaTM

QCM 9 : La desmopréssine est indiquée dans le traitement du :

1. Déficit en fibrinogène
2. Hémophilie B mineure
3. Maladie de Willebrand de type 3
4. **Hémophilie A mineure**
5. Thrombophilie
6. Déficit en FVII

Dr. ZOUAI

QCM 10 : Le traitement anticoagulant est prescrit

1. **A visée curative et préventive**
2. Il est à visée curative seulement
3. **L'héparine standard ou héparine non fractionnée se lie à l'AT et inactive de ce fait plusieurs enzymes générées au cours de la coagulation en particulier la thrombine et le facteur Xa**
4. **Après introduction du traitement antivitamine K : L'héparine n'est arrêtée qu'après atteinte du niveau d'équilibre de l'AVK (2 INR corrects à 24 heures d'intervalle)**
5. **Après introduction de l'AVK, le premier contrôle de l'INR se fait 36 à 72 heures après.**

Dr. ZOUAI

Q1 : Citez les produits générés à l'état physiologique lors de l'action de la plasmine sur la fibrine

- Produits de dégradation de fibrine
- D.Dimères
- Fragment DD/E – Fragment t YD/DY – fragment YY/ DXD

Dr. Goussou

Q2 : Donnez 3 anomalies constitutionnelles et 3 anomalies acquises de prédisposition aux thromboses ?

- Déficit PC
- Déficit PS
- Déficit AT
- Syndrome MP – Syndrome néoplasique
- Ac antiphospholipides
- Néoplasies
- Médicaments

Q3 : Quels sont les facteurs intervenants dans la Phase contact de la coagulation?

- F XII (1pts) – KHPM (0,5 pts) – PK (0,5 pts)

Dr. FERRAT

Q4 : Citez les différents types du déficit constitutionnel en fibrinogène.

- Afibrinogénémie
- Hypo fibrinogémie
- Dysfibrinogénémie

Dr. MENOU

Q5 : L'Indice de Rosner : donner la formule pour son calcul

$$IR = \frac{TCA (M+T) - TCA T}{TCA M} \times 100$$

ResiPharmaTM

exercice TD : Le bilan d'hémostase suivant a été réalisé chez un patient qui présente un syndrome de malabsorption.

Dr. BOUKER

- TQ = 28 secondes (Témoin = 12 secondes)
- TCA = 50 secondes (Témoin = 30 secondes)
- 1. Interprétez les résultats du bilan d'hémostase. ?
- 2. Quels facteurs de la coagulation doivent être dosés chez ce patient ?

Question : 01 Interprétation des résultats

- TQ = 28s
Supérieur de 2 secondes par rapport au TQ du témoin (2,5pts)
Le TQ est allongé (2,5pts)

- TCA = 50s
Supérieur de 10 secondes par rapport au TCA au témoin (2,5pts)
Le TCA est allongé (2,5pts)

Question 02 : Facteurs à doser

En cas d'allongement associé du TQ et du TCA, les facteurs à doser sont ceux de la voye commune de la coagulation (1 pt)

- Fibrinogène (2pts)
- Facteur II (2pts)
- Facteur V (2pts)
- Facteur X (2pts)

Le patient présente une malabsorption, de ce fait seuls les facteurs vitamine K-dépendants seront diminués (facteurs II et X), le Fibrinogène et le facteur V seront normaux (1pt)

ResiPharmaTM