

UNIVERSITE ABOUBEKR BELKAID DE TLEMCEM
Faculté de médecine
Département de Pharmacie

2

2^{ème} EMD
Module d'hémiobiologie-transfusion sanguine 2013-2014
4^{ème} année pharmacie
DUREE : 30 min

Tlemcen le 12/03/2014

QCS : Cocher la réponse juste

1. L'activation du complexe IIbIIIa est indispensable à :

- a. L'adhésion plaquettaire
- b. L'agrégation plaquettaire
- c. La fonction du facteur Willebrand
- d. La fonction du fibrinogène
- e. La coagulation

ResiPharmaTM

2. La voie de propagation de la coagulation fait intervenir in vivo :

- a. Le facteur contact XI
- b. La thrombomoduline
- c. Le facteur XII
- d. Le KHPM (Kininogène de Haut Poids Moléculaire)
- e. La protéine C liée à la thrombomoduline

3. La vitamine K est nécessaire à :

- a. La carboxylation des facteurs de la coagulation II V XI X
- b. La carboxylation des facteurs II VII IX X, Protéine S et Protéine C
- c. Le détachement des fibrinopeptides A et B
- d. La formation des monomères de fibrine
- e. L'activation des facteurs V et VIII

4. Parmi les tests de coagulation suivants, indiquer celui qui permet l'équilibration d'un traitement anticoagulant par antivitamine K?

- a. Temps de saignement
- b. Temps de Quick et INR
- c. Temps de thrombine
- d. Taux de fibrinogène
- e. Taux de produits de dégradation de la fibrine (PDF)

5. La recherche de complexes solubles consiste à mettre en évidence dans le plasma :

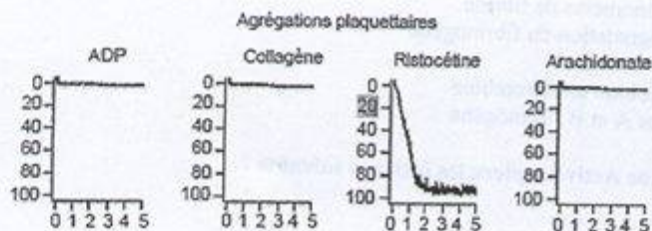
- a. La présence de monomères de fibrine
- b. Les produits de dégradation du fibrinogène
- c. La thrombine
- d. Le complexe thrombine antithrombine
- e. Les fibrinopeptides A et B fibrinogène

6. Le Temps de Céphaline Activé explore les facteurs suivants ?

- a. VIII, IX, XI, XII
- b. VII, VIII, IX, XI
- c. XIII, XI
- d. VII, X, II
- e. II, VII, IX et X

7. Lors d'une brèche vasculaire, l'initiation de la coagulation est déclenchée par :
- Des traces de Facteur VIIa liées au facteur tissulaire
 - Le facteur VII
 - Le facteur tissulaire issu du sous endothélium
 - Le facteur XI
 - Le système du facteur XII
8. L'hémophilie A et la maladie de Willebrand n'ont en commun qu'une seule des anomalies suivantes :
- Allongement du temps de saignement
 - Défaut d'agrégation plaquettaire à la ristocétine
 - Diminution d'activité coagulante du facteur VIII (VIII c)
 - Diminution du cofacteur de la ristocétine vWF Ag
 - Allongement du temps de thrombine
9. L'hémophilie est une pathologie grave de :
- L'hémostase primaire
 - La coagulation
 - La fibrinolyse
 - L'inflammation
 - L'hémostase primaire et la coagulation
10. Le profil biologique du bilan de base de l'hémostase au cours de l'hémophilie A peut être :
- TS allonge TCA allonge TQ normal
 - TS normal TCA allonge TQ normal
 - TS allonge TQ normal TCA normal
 - TS normal TQ allonge TCA allonge
 - TS normal TCA normal TQ normal
11. Les pathologies suivantes peuvent donner des thrombopénies par hyperconsommation des plaquettes sauf une, laquelle ?
- Purpura thrombopénique auto-immun
 - Syndrome de KASABACH-MERRITT
 - Syndrome de moschcowitz
 - Syndrome hémolytique et urémique
 - Coagulation intra-vasculaire disséminée
12. Un enfant de 5ans vient consulter pour des épistaxis de grande abondance récidivantes et l'apparition d'ecchymoses après des traumatismes minimes. Un bilan a été fait : temps de saignement (Ivy-incision) : 15min, TP : 75%, TCA : 28sec (témoin : 28 sec), taux de plaquettes : 155G/L, frottis sanguin sans particularité. L'étude de l'agrégation plaquettaire a montré les résultats suivants :

ResiPharmaTM



Quel est le diagnostic le plus probable :

- a. Syndrome de Bernard-Soulier
- b. Syndrome des plaquettes grises
- c. Déficit en cyclo-oxygénase
- d. Thrombasthénie de Glanzmann
- e. Syndrome de pseudo-willebrand

13. Une jeune femme de 26 ans a présenté après un accouchement par césarienne un coma avec un syndrome hémorragique : des ecchymoses extensives en « carte de géographie », pétéchies, épistaxis, gingivorragies, reprise du saignement de sa plaie opératoire, des hématuries. Les résultats de son bilan biologique: taux de plaquettes : 35G/L, TP : 45%, TCA : 60sec (témoin : 28 sec), temps de thrombine : 32 sec (témoin : 20sec), taux du fibrinogène : 0.5 g/L, complexes solubles : +++.

- Quel est votre diagnostic ?
- a. Insuffisance hépatique sévère
 - b. Coagulation intravasculaire disséminée
 - c. Fibrinolyse primitive
 - d. Thrombasthénie de glanzmann
 - e. Syndrome de Bernard-Soulier

14. Une fillette de 6ans présente des gingivorragies et des pétéchies avec un syndrome hémorragique similaire chez sa mère. Son bilan biologique retrouve un TS allongé, TP : 90%, TCA : 36 sec (témoin : 28sec), taux de plaquettes : 200G/L, frottis de sang : sans particularité, FVIII : 65%, Réduction parallèle du vWF:Ag et du vWF:Rco. Répartition des multimères normale. Quel est votre diagnostic ?

- a. Maladie de Willebrand type 1
- b. Maladie de Willebrand type 2A
- c. Maladie de Willebrand type 2B
- d. Maladie de Willebrand type 2M
- e. Maladie de Willebrand type 3

ResiPharmaTM

15. Le diagnostic de confirmation d'une thrombopathie par anomalie des glycoprotéines membranaires plaquettaires se fait par :

- a. La numération plaquettaire
- b. Le temps d'occlusion sur PFA-100 (Platelet function analyser)
- c. L'étude des fonctions plaquettaires: par agrégamétrie
- d. La cytométrie en flux
- e. L'étude isotopique de la durée de vie des plaquettes

16. Les examens à effectuer pour prévenir une allo immunisation transfusionnelle sont :

- a. Recherche du D⁺ chez les donneurs Rhésus négatif
- b. Epreuve de compatibilité au laboratoire du malade par un TCD
- c. RAI effectuée 30 jours après transfusion
- d. La validité du RAI avant transfusion est de 15 jours
- e. Recherche des hémolysines chez les receveurs

17. Concernant l'anémie hémolytique du nouveau-né par une incompatibilité Rhésus :

- a. La recherche du D⁺ est obligatoire chez le nouveau-né Rhésus négatif
- b. La RAI chez le nouveau-né se fait sur sérum
- c. Le TCD est positif type IgM
- d. La recherche des hémolysines chez la mère
- e. L'anémie du nouveau-né est arégénérative

18. A propos de l'exsanguinotransfusion :

- a. Le sang sélectionné doit être moins de 5 jours
- b. Le sang ne doit pas contenir l'AG correspondant à l'autoAC maternel
- c. Indiquer devant un taux de plaquette < 50G/l
- d. Permet la correction d'une thrombopénie néonatale
- e. Permet la correction de l'anémie chez la mère

Cas clinique : Mme J, 34 ans est 4^{ème} geste, 4^{ème} pars, électrophorèse de l'hémoglobine est normale, de groupe sanguin O+ Cc Ee K+, jamais transfusée. Elle donne naissance à un garçon qui présente dès le premier jour de naissance une pâleur, un ictère important avec une hyperbilirubinémie, pas d'hépatosplénomégalie, pas d'altération de l'état général. De groupe sanguin A+ cc ee K neg, test direct a l'antiglobuline positif de type IgG. RAI chez la mère est négative.

19. Combien de fois la RAI doit être réalisée chez la mère au cours de la grossesse et après l'accouchement:

- a. 5
- b. 4
- c. 3
- d. 2
- e. 1

20. Le diagnostic posé est une MHNN par incompatibilité foetomaternelle dans le système :

- a. KEL (anti K)
- b. Rhésus (anti E)
- c. Rhésus (anti e)
- d. Rhésus (anti D)
- e. ABO (anti A)





**P 426 Hémobiologie, programme d'examen de : "EMD 2",
de la : Quatrième année de Pharmacie**

Date de l'épreuve : 12/03/2014

Page 1/1

Corrigé Type

Barème uniforme : 1 point(s) par question

Nº	Rép.
1	B
2	A
3	B
4	B
5	A
6	A
7	A
8	C
9	B
10	B
11	A
12	D
13	B
14	A
15	D
16	A
17	A
18	A
19	C
20	E

RP
ResiPharmaTM

Dr. *[Signature]* *[Date]*
Hemodialysis Unit