

CF-10-Chirurgie pédiatrique-QCM-EVC-2025

Q 1. Devant une boiterie fébrile chez l'enfant, quelles sont les hypothèses diagnostiques prioritaires ?

- a) Synovite aiguë transitoire
 - b) Arthrite septique
 - c) Ostéomyélite
 - d) Ostéochondrite primitive
 - e) Epiphysiolyse fémorale supérieure
-

Q 2. Quels éléments sont caractéristiques d'une synovite aiguë transitoire de hanche ?

- a) Fièvre supérieure à 39°C
 - b) Douleur au pli de l'aine irradiant vers le genou
 - c) Épanchement échographique
 - d) Syndrome inflammatoire marqué
 - e) Âge typique : 3-7 ans
-

Q 3. Ostéochondrite primitive de hanche. Quel(s) élément(s) est/sont vrai(s) ?

- a) Touche surtout les enfants de 3 à 10 ans
 - b) Radiographie toujours anormale au début
 - c) Scintigraphie : hypofixation au stade initial
 - d) Amyotrophie quadricipitale constante
 - e) Évolution possible vers coxa plana
-

Q 4. Quel(s) signe(s) est/sont évocateur(s) d'une épiphysiolyse fémorale supérieure ?

- a) Adolescence, surpoids
 - b) Douleur aiguë avec impotence totale possible
 - c) Limitation de la rotation interne
 - d) Fièvre élevée
 - e) Ligne de Klein anormale sur la radio de face
-

Q 5. Différencier arthrite septique et synovite aiguë transitoire. Quels signes sont en faveur d'une arthrite septique ?

- a) Fièvre supérieure à 38,5 °C
 - b) CRP élevée
 - c) Radiographie strictement normale
 - d) Appui possible
 - e) Épanchement échographique
-

Q 6. Quelles particularités de l'os pédiatrique expliquent le comportement spécifique des fractures de l'enfant ?

- a) Périoste épais
 - b) Consolidation par cal périosté
 - c) Cartilage de croissance peu vulnérable
 - d) Capacité de remodelage importante
 - e) Corticales très épaisses
-

Q 7. Fractures métaphysaires et diaphysaires de l'enfant. Quels énoncés sont vrais ?

- a) La fracture en "motte de beurre" est métaphysaire
 - b) La fracture en bois vert comporte une rupture complète des deux corticales
 - c) C. La déformation plastique correspond à une déformation sans rupture du périoste
 - d) Les clichés comparatifs sont recommandés pour repérer les fractures métaphysaires
 - e) Le périoste épais protège partiellement contre les déplacements
-

Q 8. La scoliose est une déformation :

- a) Dans le plan frontal
 - b) Dans le plan sagittal
 - c) Dans le plan horizontal
 - d) Uni-plan (un seul plan)
 - e) Uniquement rotationnelle
-

Q 9. L'attitude scoliotique se caractérise par :

- a) Absence de gibbosité
 - b) Absence de rotation vertébrale
 - c) Présence d'une gibbosité
 - d) Signifie une pathologie extrinsèque au rachis
 - e) Courbure irréductible
-

Q 10. La scoliose idiopathique :

- a) Représente 75 % des scolioses
 - b) Est plus fréquente chez les filles
 - c) Est douloureuse
 - d) S'accompagne d'un examen neurologique normal
 - e) A un contexte familial possible
-

Q 11. La quantification de la scoliose repose sur :

- a) L'angle de Cobb
 - b) La vertèbre limite supérieure
 - c) La vertèbre limite inférieure
 - d) Le test de Risser
 - e) La mesure de la taille debout
-

Q 12. Quelles sont les méthodes thérapeutiques utilisées dans la prise en charge du pied bot ?

- a) Traitement fonctionnel
 - b) Méthode Ponseti
 - c) Méthode de France
 - d) Chirurgie immédiate
 - e) Aucune prise en charge
-

Q 13. Le genu varum se caractérise par :

- a) Ecart intercondylien
 - b) Ecart intermalléolaire
 - c) Rotules en dedans
 - d) Contact intermalléolaire
 - e) Contact intercondylien
-

Q 14. Quelle(s) pathologie(s) est(sont) une cause de genu valgum ?

- a) Blount
 - b) Infection
 - c) Traumatisme
 - d) Rachitisme
 - e) Ostéoporose
-

Q 15. La marche pieds en dedans est souvent liée à :

- a) Torsion fémorale excessive
 - b) Torsion tibiale externe insuffisante
 - c) Pied plat
 - d) Rétroversion fémorale
 - e) Pied talus
-

Q 16. Quelle mesure est utilisée pour évaluer la torsion tibiale ?

- a) Angle pied-cuisse
 - b) IRM
 - c) Scanner
 - d) Test de Netter
 - e) Radiographie standard
-

Q 17. Classification de Salter et Harris. Quelle(s) affirmation(s) est(sont) exacte(s) ?

- a) Les types I et II ont bon pronostic
 - b) Les types III et IV intéressent l'épiphyse
 - c) Le type V correspond à un écrasement du cartilage de croissance
 - d) Les types I et II nécessitent toujours une chirurgie
 - e) Les types III et IV risquent de faire une épiphysiodèse
-

Q 18. Quels types de fractures sont typiques chez l'enfant ?

- a) Fracture en bois vert
 - b) Déformation plastique
 - c) Fracture comminutive systématique
 - d) Fracture en motte de beurre
 - e) Fracture diaphysaire en cheveu
-

Q 19. Quels éléments doivent faire évoquer une maltraitance ?

- a) Enfant non marchant avec fracture
 - b) Traumatisme parfaitement expliqué
 - c) Fractures d'âges différents
 - d) Ecchymoses multiples
 - e) Absence de douleur
-

Q 20. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?

- a) La puberté débute à 13 ans d'âge osseux chez la fille
 - b) Les premières règles apparaissent au stade de Risser 3
 - c) La puberté débute à 13 ans d'âge osseux chez le garçon
 - d) Le développement des seins apparaît au stade de Risser 1
 - e) L'apparition des premières règles marque la fin de la croissance
-

Q 21. Vous prenez en charge un adolescent de 12 ans présentant un traumatisme abdominal avec une instabilité hémodynamique sur un choc hémorragique non-contrôlé. Dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale de type « damage control », quel(s) geste(s) serez-vous amené(e) à réaliser ?

- a) Une splénectomie d'hémostase
 - b) Un packing des 4 cadrans abdominaux
 - c) Une iléostomie ou une colostomie de décharge en cas de perforation digestive
 - d) Une fermeture en laparostomie
 - e) Une aspiration de l'hémopéritoine
-

Q 22. Vous voyez aux urgences pédiatriques un garçon de 3 ans qui consulte pour une hématurie macroscopique. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ?

- a) Une hématurie totale orienterait vers une origine rénale
 - b) Une hématurie terminale orienterait vers une origine vésicale
 - c) Une échographie abdomino-pelvienne doit systématiquement être réalisée
 - d) Une hématurie transitoire est fréquente à cet âge-là et ne nécessite aucun bilan d'imagerie
 - e) Elle peut révéler la présence d'une lithiase urinaire
-

Q 23. Dans la présentation clinique d'un enfant porteur d'une MICI (Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin), quels sont les trois signes les plus fréquemment retrouvés ?

- a) Asthénie
 - b) Douleurs abdominales
 - c) Anorexie
 - d) Rectorragies
 - e) Diarrhées
-

Q 24. Dossier Clinique Progressif (Question 1 à 9) : Manon, âgée de 12 ans, consulte pour une douleur de la fosse iliaque droite intense, survenue de façon brutale. Elle présente comme antécédents une appendicectomie par voie laparoscopique ainsi qu'une cure de hernie inguinale droite opérée par voie inguinale. Elle ne décrit aucun traumatisme. Elle a présenté 3 épisodes de vomissements, sans trouble du transit associé. L'examen clinique retrouve un abdomen non météorisé ainsi qu'une sensibilité marquée à la palpation de la fosse iliaque droite. Elle est subfébrile à 37,7°C.

Question 1 : Quel est, dans cette situation, le diagnostic d'urgence à éliminer en première intention ?

- a) Colique néphrétique droite
 - b) Torsion d'annexe droite
 - c) Pancréatite aiguë
 - d) Pyélonéphrite aiguë droite
 - e) Occlusion sur bride
-

Q 25. Question 2 : Quel(s) signe(s) orienterai(en)t vers le diagnostic de colique néphrétique ?

- a) Hématurie microscopique
 - b) Douleur à l'ébranlement lombaire droit
 - c) Pollakiurie
 - d) Urines malodorantes
 - e) Survenue des douleurs après une journée passée à la fête foraine
-

Q 26. Question 3 : Quel examen demandez-vous en urgence pour orienter votre diagnostic ?

- a) une radiographie de l'abdomen sans préparation
 - b) un scanner abdominal
 - c) un échographie abdomino-pelvienne + doppler
 - d) une urographie intra-veineuse
 - e) Une IRM abdominale
-

Q 27. Question 4 : une échographie abdomino-pelvienne a été réalisée. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ?

- a) Une échographie avec examen doppler normal éliminerait formellement le diagnostic de torsion d'annexe
 - b) La découverte d'une urétéro-hydronéphrose orienterait vers le diagnostic de colique néphrétique
 - c) L'absence de visualisation d'une lithiase urinaire éliminerait le diagnostic de colique néphrétique
 - d) Une répartition périphérique des follicules ovariens orienterait vers le diagnostic de torsion d'annexe
 - e) La découverte d'une masse ovarienne orienterait vers le diagnostic de torsion d'annexe
-

Q 28. Question 5 ; Vous avez fait prélever un bilan biologique dont les résultats sont en cours. Voici le compte-rendu de l'échographie : « Dilatation urétérale et pyélo-calicielle droite en amont d'une lithiase de 3,5 mm située au-dessus de la jonction urétéro-vésicale droite. Pas d'anomalie du côté gauche. Vessie en semi-réplétion, de contenu trans-sonore. Epanchement pelvien de faible abondance. Manon présente toujours des douleurs intenses évoluant par crises ainsi que des vomissements. Quelle(s) prise (s) en charge proposez-vous ?

- a) Pose de sonde naso-gastrique en aspiration
 - b) Pose de sonde urinaire
 - c) Traitement par anti-inflammatoires non-stéroïdiens par voie intra-veineuse
 - d) Traitement antalgique par paracétamol par voie intra-veineuse
 - e) Traitement antalgique de palier 2 par voie intra-veineuse en cas d'inefficacité du paracétamol
-

Q 29. Question 6 : Quel(s) élément(s) vous inciterai(en)t à proposer une prise en charge chirurgicale ?

- a) L'apparition de fièvre
 - b) La persistance des vomissements
 - c) L'élévation de la créatininémie
 - d) Une hyperleucytose isolée à polynucléaires neutrophiles
 - e) Une antalgie inefficace
-

Q 30. Question 7 : Manon reste extrêmement douloureuse malgré une prise en charge antalgique adaptée. Vous vous orientez vers une prise en charge chirurgicale. Quel geste allez-vous proposer en première intention ?

- a) Néphrostomie per-cutanée
 - b) Ablation chirurgicale de la lithiase par lombotomie
 - c) Flush de la lithiase sous urétéroscopie
 - d) Dérivation urinaire par pose d'endoprothèse urétérale droite (sonde double J) par urétero- cystoscopie sous anesthésie générale
 - e) Lomboscopie pour drainage rénal
-

Q 31. Question 8 : Quelle alternative thérapeutique prévoyez-vous en cas d'échec du geste initialement envisagé ?

- a) Cystoscopie urétéro-pyélographie rétrograde
 - b) Dérivation urinaire externe par néphrostomie percutanée sous contrôle échographique
 - c) Lombotomie pour drainage urétéral
 - d) Attendre 24h00 et faire une nouvelle tentative de pose d'endoprothèse urétérale
 - e) Lithotripsie extracorporelle
-

Q 32. Question 9 : Le traitement approprié s'est bien déroulé et l'évolution clinique post-opératoire est satisfaisante. Parmi les informations que vous pouvez donner à Manon et sa famille, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ?

- a) Le risque d'infection urinaire est maintenant écarté
 - b) Il faut poursuivre le tamisage des urines à domicile
 - c) Un traitement médicamenteux par alpha-bloquants peut être proposé en cas de spasmes vésicaux
 - d) Un traitement antibiotique systématique est indispensable
 - e) Il faut reconsulter aux urgences en cas d'apparition d'une hématurie macroscopique
-

Q 33. Dossier Progressif (8 questions): Louis, 14 ans, est adressé aux urgences par son médecin traitant pour des douleurs abdominales évoluant depuis un peu plus de 48 heures. Il n'a pas mangé depuis deux jours et sa grand-mère décrit des vomissements de couleur épinard. Ses dernières selles, d'aspect habituel, datent de l'avant-veille, et il pense ne pas avoir eu de gaz de la journée. On note dans ses antécédents une cure de sténose du pylore, un abcès de la marge anale opéré à l'âge de 4ans, une fracture du radius droit à 7ans et une allergie aux acariens. A l'examen clinique, Louis est pâle, cerné, fatigué. Sa tension artérielle est de 110/65 mmHg et son pouls est à 120 bpm. Son abdomen est très douloureux, ballonné, induré dans son ensemble. Il n'existe pas de psoïtis, le signe de Blumberg est positif. Les fosses lombaires sont libres, les organes génitaux sont normaux, l'auscultation pulmonaire est libre et symétrique et l'examen ORL sans particularité. La bandelette urinaire est négative, et les résultats de la biologie sanguine sont les suivants : leucocytes = 18500 giga/L (neutrophiles 74%), Hg = 11,7 g/dL , plaquettes = 298 giga/L, glucose = 6,7mmol/L, créatinine = 55 micromol/L, urée = 3,4 mmol/L, Na⁺ = 136 mmol/L, K⁺ = 3,9 mmol/L, Cl⁻ = 104 mmol/L, CRP = 189 mg/L.

Question 1 : Quel élément clinique vous manque pour formuler des hypothèses diagnostiques ?

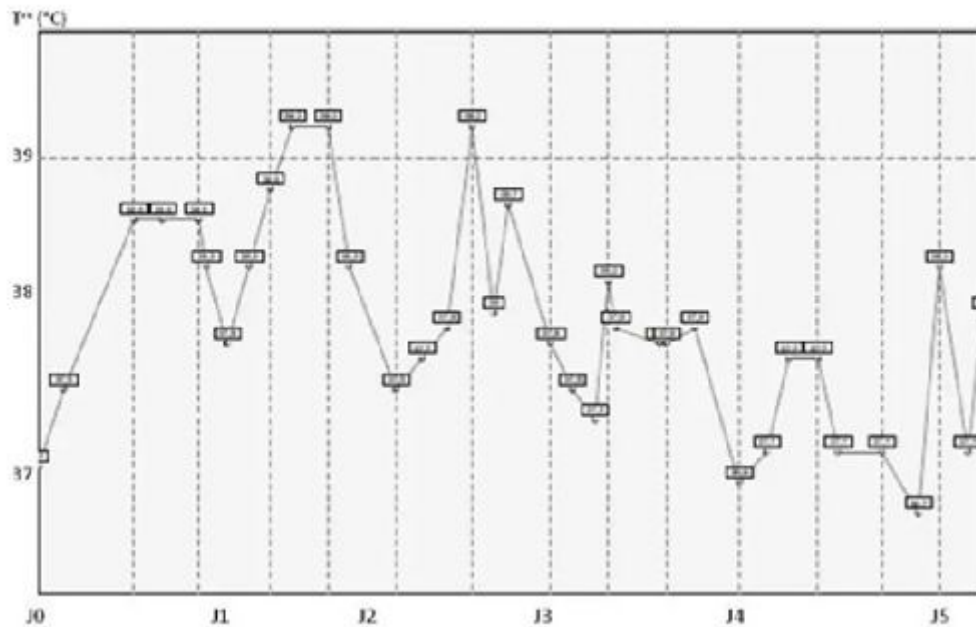
- a) brûlures mictionnelles
 - b) fièvre
 - c) antécédent récent de chute à bicyclette
 - d) contexte de constipation
 - e) éruption cutanée
-

Q 34. Question 2 : Les signes cliniques d'infection sont confirmés et il présente des signes d'occlusion intestinale à la radiographie de l'abdomen sans préparation. Quelle(s) est (sont) votre (vos) principale(s) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

- a) Diverticule de Meckel compliqué
 - b) Pancréatite aiguë
 - c) Péritonite appendiculaire
 - d) Pyélonéphrite obstructive
 - e) Poussée de MICI
-

Q 35. Question 3. Vous décidez d'une intervention en urgence par laparoscopie. Vous retrouvez un appendice perforé et du pus libre dans l'ensemble des cadrans de l'abdomen. Vous réalisez une appendicectomie et un lavage de la cavité abdominale. A la fin de l'intervention, quelle (s) va (vont) être votre (vos) consigne(s) postopératoire (s) ?

- a) Maintien d'une antibiothérapie probabiliste
 - b) Ajout d'AINS pour améliorer l'antalgie
 - c) Surveillance de la diurèse
 - d) Maintien en décubitus dorsal strict
 - e) Mise à jeun pendant 8 jours
-



Q 36. Question 4 : Les suites initiales ont été simples, avec une reprise du transit au 3ème jour postopératoire. Néanmoins, 6 jours après l'intervention, Louis se plaint de diarrhées persistantes et de douleurs abdominales à la miction sans brûlures associées. A l'examen, il existe une douleur sus-pubienne, et la cicatrice est propre. Sa courbe de température est la suivante (ci-dessus) : Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez vous ?

- a) Une radiographie de l'abdomen sans préparation
- b) Des hémocultures répétées
- c) Un bilan biologique inflammatoire (NFS, CRP)
- d) Une échographie abdominale
- e) Un ECBU

	21-juliet	19-juliet	12-juliet	normes	unité
Hémogramme					
Leucocytes	↑ 14.5	↑ 11.59	↑ 14.01	4.00-10.00	g/L
Hémoglobine	4.73	5.7	5.35	4.5-13.8	g/L
Hématocrite	11.5	10.6	11.1	15.5-37.1	%
Hématocrite	50.1	35.6	44.2	40-60	%
MDM	84.8	85.4	81.0	62-95	fl
TCMH	28.5	24.8	25.4	7-26	pg
CCMH	33.7	31.5	34.2	32-56.5	pg
Plaquettes	↑ 505	521	505	150-450	g/L
Vel moy plaquettaire	5.6	5.6	11.1	7-12	fl
Réticulocytes	35.59			20-300	g/L
Poly neutro	79.1	92.1	93.1		%
Lymphocytes	11.5	1.4	3.6		%
Monocytes	5.2	3.5	5.6		%
Poly eosino	5.0	3.5	0.0		%
Poly baso	0.2	0.2	0.7		%
Poly neutro	↑ 11.47	↑ 10.51	↑ 12.68	1.5-7.5	g/L
Sang					
urée			↑ 9.2	3.2-8.2	mmole/L
protéides	50		30	17-24	g/L
albumine	31		30	35-52	mmole/L
sodium	135		134	135-146	mmole/L
potassium	↑ 4.0		3.6	3.5-4.5	mmole/L
chloro			16	99-109	mmole/L
CO2			19	12-20	mmole/L
mon anionique	14		61	51-96	mmole/L
ASAT	19		19	10-50	U/L
ALAT			49	10-49	U/L
lactate de lactate			19	5-21	mmole/L
bilirubine conjuguée			↑ 7	0-5	mmole/L
bilirubine libre			17.0	1.0-17.0	mmole/L
lipase			26	12-53	U/L
CRP	↑ 150	↑ 15	↑ 275	<5	mg/L



Q 37. Question 5 : Concernant le suivi biologique et d'imagerie dont voici les résultats (document annexe) :

Quelle (s) est (sont) la (les) propositions (s) vraie (s) ?

- a) Les leucocytes sont normalisés
- b) L'élévation persistante de la CRP est liée à l'intervention récente plus qu'à la persistance d'une infection abdominale
- c) Il existe une anémie microcytaire
- d) L'échographie retrouve un abcès de 9.4 cm de grand axe en fosse iliaque droite
- e) L'échographie retrouve un abcès de 21.5 mm en fosse iliaque gauche

Q 38. Question 6

Quelle (s) option (s) thérapeutique (s) peut (peuvent) être envisagée (s) ?

- a) Modification de l'antibiothérapie, adaptée aux germes retrouvés sur les prélèvements peropératoires.
- b) Relai de l'antibiothérapie par voie orale, pour sortie à domicile rapide.
- c) Drainage de l'abcès.
- d) Maintien du traitement antibiotique initial.
- e) Reprise chirurgicale pour lavage de la cavité péritonéale.

Q 39. Question 7

Dix jours plus tard, Louis se représente aux urgences pour survenue brutale d'une douleur de la fosse iliaque droite, associée à des vomissements verts, sans fièvre. Vous faites réaliser une radiographie d'abdomen sans préparation :

Quel est votre diagnostic ?



- a) Hernie inguinale étranglée.
- b) Occlusion sur bride.
- c) Péritonite par lâchage du moignon de l'appendice.
- d) Pancréatite aiguë.
- e) Gastro-entérite aiguë.

Q 40. Question 8

Louis est calme, sa tension est à 120/70° mmHg et son pouls à 90 bpm. Son poids actuel est de 39 Kg.

Quelle (s) est (sont) votre (vos) prescription (s) ?

- a) Reprise chirurgicale en urgence
- b) Mise en place d'une sonde d'aspiration gastrique continue
- c) Bilan sanguin comprenant au minimum un ionogramme et une NFS avec CRP
- d) Antalgie par Paracétamol 500 mg cp / 6 heures, et tramadol 40 mg/6h.
- e) Antalgie par Paracétamol 500 mg / 6 heures IVD, et nalbuphine en perfusion continue 47 mg /24 heures.