

**HIPPOCRATE** **ECN**

**EPREUVES CLASSANTES  
NATIONALES BLANCHES**

**DU 12 ET 13 JANVIER 2013**

**CORRIGÉ**

**DOSSIER N°01**

Mme C., 29 ans, consulte au SAU de votre hôpital pour des douleurs cervicales. Cette patiente, sans antécédent, a constaté il y a 3 jours au réveil des cervicalgies localisées à droite. Cette douleur est très intense et n'a pas été améliorée par la prise de paracétamol qu'elle prend parfois en cas de maux de tête. Elle vous explique n'avoir jamais eu ce type de symptôme auparavant. A la fin de votre interrogatoire, elle ajoute : « je ne sais pas si ça a quelque chose à voir, mais mon mari me dit depuis quelques jours que mon œil droit est plus petit que le gauche ». A l'examen clinique, en dehors d'une asymétrie des yeux, il n'y a aucune anomalie.

**Question n°1**

Faites l'analyse sémiologique de cette observation

**Question n°2**

Sur la photographie présentée en document 1, quelles anomalies observez-vous?

**Question n°3**

- A. Quel est le mécanisme physiopathologique expliquant le tableau clinique  
 B. Quelles sont les 5 structures anatomiques qui peuvent être affectées dans cette pathologie ?

**Question n°4**

Quelles sont les 2 hypothèses diagnostiques à évoquer et quelle est la plus probable ici ?

**Question n°5**

Comment peut-on confirmer votre hypothèse diagnostique ? Que cherchez-vous ?

**Question n°6**

Décrire l'examen présenté en document 2 et la ou les anomalies. Donnez le nom des structures fléchées

**Question n°7**

Quelles sont les complications possibles de cette pathologie?

**Question n°8**

Quel est votre prise en charge immédiate sans la surveillance, sachant que l'échographie doppler ne montre pas de retentissement hémodynamique (absence d'hypoperfusion d'aval) sur les axes intracrâniens ?

<b>Question n° 1</b>	
• Cervicalgies (2)	2
• Inhabituelles (2)	2
• Latérocervicales (2)	2
• droites (2)	2
• Sans notion de traumatisme (2)	2
avec :	nc
• CBH droit probable (NC)	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	
<b>10</b>	
<b>Question n° 2</b>	
• Ptosis	2
• myosis	2
• et énoptalmie	2
• droits	2
• constituant un syndrome de Claude-Bernard-Horner droit	2
<b>Sous-total pour la question</b>	
<b>10</b>	
<b>Question n° 3</b>	
• A Ce syndrome correspond à une lésion sur le trajet de l'innervation sympathique oculaire	5
• B.	nc
- thalamus/hypothalamus	1
- tronc cérébral et bulbe	1

- moelle cervicale	1
- ganglion stellaire	1
- sympathique péricarotidien	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 4</b>	
• infarctus latéro-bulbaire (ou syndrome de Wallenberg)	2
• et dissection de la carotide interne	2
• Dissection	5
• de la carotide interne	3
• droite	2
• spontanée	1
• compliquée d'un syndrome de Claude Bernard Horner droit	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 5</b>	
• - Imagerie morphologique :	nc
- angioscanner des troncs supra-aortiques et intra-crâniens (3), coupes natives et reconstruction 3D (NC)	3
- angioIRM des troncs supra-aortiques et intra-crâniens (3), coupes natives et reconstructions 3D (NC)	3
• Imagerie dynamique :	nc
- échographie doppler des troncs supra-aortiques et trans crâniens (3).	3
• On cherche à mettre en évidence :	nc
- une sténose focale (parfois une occlusion)(3) visible en angioscanner et en IRM ou en échographie	3
- un hématome de paroi (3) visible en IRM (séquence FAT-SAT) ou en échographie	3
<b>NB</b> : la localisation de la dissection carotidienne est typiquement sus-bulbaire. L'intérêt des examens paracliniques est de faire le diagnostic positif de la dissection, le diagnostic topographique (avec la recherche de dissections multiples sur les axes carotidiens et vertébro-basilaire) et d'évaluer le retentissement de la dissection : degré de sténose et retentissement intracrânien.	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Structures fléchées :	nc
- Numéro 1 : artère carotide interne droite	3
- Numéro 2 : artère carotide interne gauche	3
• IRM cervicale	2
• coupe axiale	1
• séquence en T1 (1) avec FAT-SAT (saturation de graisse) (1).	1+1
• Mettant en évidence :	nc
- un hématome de paroi	2
- sous la forme d'un croissant en hypersignal (2) spontané T1	2
- confirmant la dissection de l'artère carotide interne droite	nc
<b>NB</b> : on note également un élargissement du calibre externe de l'artère carotide interne droite comparativement à la gauche.	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 7</b>	
• Précoces :	nc
- ischémie cérébrale par embolie d'artère à artère	3
- majoration de la sténose voire occlusion de l'artère carotide interne droite	3
- hypoperfusion cérébrale	2
- pouvant conduire à une aggravation neurologique voire le décès	3
• Tardives :	nc
- persistance de la sténose ou d'une anomalie de la paroi (1+1)	1+1
- formation d'un pseudo-anévrisme	1
- déficit neurologique ou CBH séquellaire	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 8</b>	
• hospitalisation en urgence	1
• en USI Neuro-Vasculaire	1
• Repos (non strict) au lit avec limitation des déplacements pendant les premières heures	1
• traitement antalgique à réévaluer régulièrement, adaptation à l'EVA	2
• vérifier l'absence d'atteinte des nerfs crâniens avant nutrition	1
• instauration d'un traitement antithrombotique en l'absence de contre-indication	2
• surveillance neurologique (déficit moteur ou sensitif, trouble visuel)	2
<b>NB</b> : concernant le traitement antithrombotique, les antiplaquetaires et les anticoagulants sont acceptés. Compte tenu de l'absence de retentissement intracrânien (retentissement hémodynamique), le lever précoce est autorisé.	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

**DOSSIER N°02**

Madame X, 78 ans, consulte dans votre cabinet de médecine générale car elle est asthénique. Elle a comme principaux antécédents une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire depuis 3 ans, une hypertension artérielle et une cholécystectomie il y a 40 ans. Elle est infirmière à la retraite, autonome, mariée et bien entourée. Son traitement habituel comporte : coumadine, bisoprolol, ramipril et elle prend de la Ventoline® (salbutamol) depuis 3 mois pour une toux sèche. Depuis quelques semaines, elle est fatiguée, a une sensation fébrile et quelques sueurs. Elle a perdu 10 kilogrammes en 3 mois. A l'examen, elle pèse 45 kilogrammes pour 1m66, a une pression artérielle à 120/67 mmHg, une fréquence cardiaque à 70/minute. L'auscultation cardiaque trouve des bruits irréguliers, l'auscultation pulmonaire est normale, elle a une adénopathie axillaire gauche de 1,5cm de diamètre avec une palpation mammaire normale. Vous suspectez une tuberculose.

**Question n°1**

**Interprétez la radiographie thoracique présentée en document 3. Quelles sont les 3 étiologies qui peuvent donner cette aspect radiographique?**

**Question n°2**

**Quelle est votre conduite à tenir en urgence ?**

**Question n°3**

**La patiente est hospitalisée. Son bilan biologique montre :**

**Leucocytes 5,9G/L (Polynucléaires neutrophiles : 2,9 G/L polynucléaires éosinophiles 0,3G/L, lymphocytes 1,9G/L, monocytes 0,8 G/L), Hémoglobine 9,8 g/dL (VGM 76fl), plaquettes 212G/L, Na 141 mmol/L, K 4,2 mmol/L, créatinine 65 µmol/L, ASAT, ALAT normales, ferritine 512µmol/L, CRP 48 mg/L. La première recherche de BK dans les crachats est positive avec 100 BAAR/champ. L'ECG montre une ACFA ralentie. La bandelette urinaire est normale. Quel bilan complémentaire réalisez-vous (4 examens)?**

**Question n°4**

**Interprétez les anomalies de l'hémogramme. Quelle prise en charge faites-vous concernant ces anomalies (examens complémentaires/traitement/surveillance)**

**Question n°5**

**Quelle est votre prise en charge (sans la surveillance).**

**Question n°6**

**Quelle adaptation de son traitement habituel est à prévoir (justifiez).**

**Question n°7**

**Comment évaluez-vous l'état nutritionnel de Mme X ?**

**Question n°8**

**Six semaines plus tard, alors que tous les paramètres cliniques étaient en train de s'améliorer, elle consulte aux urgences pour une douleur intense du genou gauche, associée à une fièvre à 38°C évoluant depuis 24 heures. Vous constatez à l'examen qu'il y a un important choc rotulien gauche. Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez. Quel examen complémentaire devez-vous réaliser et qu'en attendez-vous ?**

**Question n°9**

**Quel traitement instituez-vous ? Avec quelles précautions ?**

Question n° 1	
• Caverne	2
• Du lobe supérieur gauche	2
• Opacité alvéolaire au bord inférieur de la caverne	2
• Tuberculose	3
• Cancer bronchique	3
• Abscess pulmonaire	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>

<b>Question n° 2</b>	
• Donner à la patiente un masque de protection	4
• Hospitalisation	2
• Chambre seule	2
• Port du masque de protection par les soignants	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Sérologie VIH	3
• Electrophorèse des protéines	3
• INR	2
• Examen ophtalmologique	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 4</b>	
Anémie microcytaire	2
D'origine inflammatoire	2
Pas d'examens complémentaires	2
Pas de traitement symptomatique	2
Surveillance de la normalisation de l'hémogramme sous traitement	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Quadrithérapie antituberculeuse pendant 2 mois	2
• Isoniazide	1
• Rifampicine	1
• Pyrazinamide	1
• Ethambutol	1
• Bithérapie pendant 4 mois	2
• Isoniazide	1
• Rifampicine	1
• Déclaration obligatoire à l'ARS (Agence Régionale de Santé)	2
• Signalement au CLAT (Centre de lutte anti tuberculeuse)	2
• Prise en charge à 100%	2
• Education thérapeutique	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>18</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Modification de la dose de coumadine	3
• Diminution de l'efficacité de la coumadine	3
• Induction enzymatique par la rifampicine	3
• Du cytochrome P450	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 7</b>	
• calcul de l'indice de masse corporelle	2
• ici 16,3 (accepté entre 16 et 17)	2
• préalbuminémie	2
• albuminémie	2
• évaluation des apports alimentaires	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 8</b>	
• Monoarthrite aiguë	1
• Microcristalline	1
• Goutte	2
• Probablement du fait de l'hyperuricémie liée à la prise de pyrazinamide	2
• Ponction articulaire	1
• Pléiocytose (plus de 2000 éléments par mm <sup>3</sup> )	1
• Faite de polynucléaires neutrophiles	1
• Culture stérile	1
<b>NB</b> : La ponction articulaire de genou sur une monoarthrite est une urgence et est un geste à faible risque hémorragique. Elle est autorisée sous AVK et doit être réalisée en urgences pour éliminer une arthrite septique.	
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 9</b>	
• Colchicine	2
• Risque de majorer l'INR (accepté risque de saignement)	2
• Surveillance rapprochée de l'INR	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Questions

N° 4. Évaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale : prescriptions utiles et inutiles

N° 106. Tuberculose

N° 171. Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses

N° 175. Prescription et surveillance d'un traitement anti-thrombotique

N° 225. Arthropathie micro-cristalline

### **DOSSIER N°03**

Mme D, 54 ans, se plaint de douleurs et de gonflement des 2 mains et poignets depuis 8 semaines. En tant que vendeuse, elle a beaucoup de mal à poursuivre son travail. Elle n'a pas d'antécédent particulier et fut ménopausée à 50 ans. Ses douleurs sont surtout importantes le matin au réveil, avec une sensation d'ankylose qui cède après 1h. Cliniquement, il existe une douleur à la pression des poignets, des deuxième et cinquième métacarpo-phalangiennes droites et gauches et à la pression transversale des avant-pieds. Les deuxième et cinquième métacarpo-phalangiennes droite et gauche sont gonflées ainsi que les deuxième et troisième inter-phalangiennes proximales. Les aires ganglionnaires sont libres, les examens neurologique, dermatologique et cardio-pulmonaire sont sans particularité.

#### **Question n°1**

**Quel est le diagnostic ? Justifiez.**

#### **Question n°2**

**Est-il nécessaire de prescrire des examens complémentaires ? Si oui, lesquels? Si non, justifiez.**

#### **Question n°3**

**La patiente ne présente aucun signe de gravité. Quel est votre traitement (sans la surveillance)?**

#### **Question n°4**

**Après quinze ans de suivi, la patiente, bien équilibrée pour sa maladie rhumatologique diagnostiquée question 1, vient vous consulter car elle présente depuis 10 jours une douleur lombaire qui se manifeste lors de la position debout et à la marche. La nuit, la douleur peut la réveiller lors des mouvements. Votre examen neurologique est sans particularité.**

**Quels sont les deux diagnostics possibles devant cette lombalgie? Quels éléments anamnestiques permettraient de différencier ces deux diagnostics ?**

#### **Question n°5**

**Une radiographie a été réalisée (présentée en document 4). Décrivez-la.**

#### **Question n°6**

**Faites-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels et dans quels buts ? Si non, justifiez.**

#### **Question n°7**

**Quelles sont les grandes lignes de votre traitement ?**

<b>Question n° 1</b>	
• Polyarthrite rhumatoïde (0 si autre diagnostic)	6
• Terrain : femme, âge péri-ménopausique	nc
• Interrogatoire :	nc
- durée : subaiguë (entre 6 semaines et 3 mois)	2
- horaire inflammatoire (déroutillage matinal)	2
• Clinique :	nc
- synovites	2
- Atteinte bilatérale et symétrique	2
- Touchant les IPP et les MCP	2
- squeeze test positif	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>18</b>

<b>Question n° 2</b>	
• Oui ( <b>non=0 à la question</b> )	2
• Confirmation diagnostique :	nc
- anti-CCP (ou ACPA) et facteur rhumatoïde	2+2
• Retentissement :	nc
- radiographies des mains et des poignets de face et des avant-pieds face + trois quart	2
• CRP (Recherche d'un syndrome inflammatoire)	2
• Eliminer les diagnostics différentiels :	nc
- radiographie du thorax (sarcoïdose)	1
- anticorps anti-nucléaires, bandelette urinaire (lupus)	1
• Bilan pré-thérapeutique :	nc
- Créatininémie, bilan hépatique complet	1+1
- Sérologies virales (VIH, VHB, VHC)	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>16</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Traitement médicamenteux :	nc
- <b>Méthotrexate</b> (10mg/ semaine en une prise avec augmentation rapidement progressive des doses jusqu'à 25mg si besoin)	4
- associé à de la Spéciafoldine 48heures après	2
AINS ou faible corticothérapie	2
antalgique	2
• traitement non médicamenteux :	nc
- repos et arrêt de travail	1
- éducation de la patiente	2
- podologue avec confection de semelles	2
- ergothérapeute (ergonomie des mains et des pieds)	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>16</b>
<b>Question n° 4</b>	
• <b>fracture vertébrale ostéoporotique</b> (post-ménopausique et/ou post-cortisonique)	4
• lombalgie aigue sur discarthrose et/ou <b>arthrose</b> postérieure	4
• Eléments anamnestiques :	nc
- <b>mode de survenue</b> : brutal (fracture) ou rapidement progressif (arthrose)	2
- <b>localisation vertébrale</b> : dorso-lombaire ou lombaire haut (fracture) ou lombaire bas (arthrose)	2
<b>NB. : si « plus de 2 diagnostics » = ZERO</b>	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 5</b>	
• radiographie du rachis lombaire de profil	2
• <b>fracture vertébrale de L3</b> (cunéiforme) tassement accepté	2
• <b>fracture vertébrale de L4</b> ( en galette)	2
• absence de recul du mur postérieur	2
• absence d'ostéolyse	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 6</b>	
• oui	2
- NFS, <b>CRP</b> , recherche d'un syndrome inflammatoire	1+1
- <b>EPP</b> : recherche d'un myélome	1+1
- <b>Calcémie</b> , phosphorémie : (les 2 ensembles)	1
recherche hyperparathyroïdie, myélome	1+1
- <b>25OHvitamine D</b> : recherche d'une carence en vitamine D associée	1
On peut rajouter PTH, TSH , calciurie et créatinurie des 24h	nc
<b>Ostéodensitométrie</b> aux sites lombaires (attention, ne pas tenir compte des valeurs au niveau des fractures vertébrales) et au col fémoral	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 7</b>	
• Traitement antalgique (association d'antalgiques de palier 1 à 3 , myorelaxants, corset, kinésithérapie)	4
• Prise en charge des facteurs de risque d'ostéoporose	4
- alimentation équilibrée, riche en calcium et vitamine D	nc
- arrêt progressif de la corticothérapie si la patiente est sous corticoïdes	nc
• Supplémentation en calcium et vitamine D	4
• Traitement spécifique de l'ostéoporose :	nc
- <b>Bisphosphonate ou ranélate de strontium ou SERM (4 si un des 3 ; 0 si oublié)</b>	4
Poursuite du traitement de la polyarthrite	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>16</b>

TOTAL

100

Références programme Epreuves Classantes Nationales:

Item 121 : polyarthrite rhumatoïde

Item 56 : ostéoporose

Item 215 : rachialgies

**DOSSIER N°04**

Mme T., 55 ans, consulte aux urgences pour une fièvre associée à des douleurs abdominales. La douleur a commencé la veille au soir au niveau de l'hypocondre droit et n'a pas diminué depuis. Comme antécédent médical notable, vous notez un tabagisme à 30 paquets-années et une hypertension artérielle non traitée. Elle n'a jamais été opérée. Aux urgences, l'infirmière confirme une hyperthermie à 38,1°C. A la palpation, vous notez une défense de l'hypocondre droit sans anomalie pour le reste de l'abdomen. Vous suspectez une cholécystite aiguë.

**Question n°1**

**Quels examens allez-vous demander en urgence pour confirmer votre diagnostic positif, qu'en attendez-vous ?**

**Question n°2**

**Quelle est la cause principale et quels sont les critères de gravité d'une cholécystite ?**

**Question n°3**

**Quelle est votre prise en charge thérapeutique (sans la surveillance)?**

**Question n°4**

**La patiente sort de l'hôpital et vous la revoyez en consultation à 3 mois. Son médecin traitant a diagnostiqué un subictère. Mme T présente en effet des conjonctives jaunes et vous explique que ses selles sont décolorées. Elle est apyrétique et la palpation abdominale sans particularité. Quel est votre bilan de première intention ?**

**Question n°5**

**Les voies biliaires intra et extra hépatiques sont dilatées. Quelles sont les cinq explications les plus probables ?**

**Question n°6**

**Une tomodensitométrie trouve une lésion d'allure tumorale de la tête du pancréas comprimant le cholédoque. Quels seraient les deux intérêts d'une écho-endoscopie digestive haute ?**

**Question n°7**

**Quelles seraient les contre-indications à une exérèse curative de ce cancer ?**

**Question n°8**

**Une chimiothérapie néoadjuvante par FolFirinox (5FU-Oxaliplatine-Irinotécan) est proposée en RCP. Quelles sont les toxicités à craindre ?**

Question n° 1	
• NFS, CRP : syndrome inflammatoire	1+1
• BHC : normal	1+1
Lipase : Normale	1+1
• Echographie abdominale :	2
- Lithiase vésiculaire	2
- Epaissement de la paroi vésiculaire (> 4 mm)	1
- Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>



<b>Question n° 2</b>	
• Lithiase vésiculaire.	4
• Les critères de gravité :	nc
- Hyperleucocytose > 18000/mm <sup>3</sup>	2
- Masse palpable dans l'hypocondre droit	2
- Evolution depuis plus de 72 heures	2
- Complications : cholécystite gangréneuse, abcès sous-hépatique	2
- Sepsis sévère avec défaillance d'organe	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>14</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Urgence médico-chirurgicale	2
• Hospitalisation en chirurgie	1
• Traitement symptomatique :	nc
- A jeun,	1
- perfusion et correction des troubles hydro-électrolytiques	1
- Antalgiques intra veineux : Paracétamol : 1 g * 4 /j	2
• Consultation anesthésique	1
• Traitement étiologique	nc
- Antibiothérapie,	1
- intraveineuse.	2
- Augmentin : 1 g * 3 /J pour une durée totale de 2-3 jours (Rocéphine + Flagyl acceptés).	2
- Cholécystectomie sous cœlioscopie dès que possible	3
- Exploration de la cavité abdominale	1
- Envoi de la pièce pour examen anatomopathologique	1
- Cholangiographie peropératoire	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>19</b>
<b>Question n° 4</b>	
• Biologie :	nc
- NFS, plaquettes	1+1
- Bilan hépatique complet	1
- ASAT, ALAT, Phosphatase Alcaline, Bilirubine totale et conjuguée	1+1+1+1
- Ionogramme, créatinine	1+1
- TP, TCA	1+1
• Echographie abdominale	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>13</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Lithiase résiduelle de la voie biliaire principale	3
• Cancer de la tête du pancréas	3
• Ampulome vaterien	2
• Cholangiocarcinome.	2
• Plaie de la voie biliaire principale secondaire à la cholécystectomie	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Cytoponction pour examen anatomopathologique et diagnostic.	5
• Bilan d'extension loco-régionale avec notamment précision des rapports de la tumeur avec les vaisseaux mésentériques supérieurs.	5
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 7</b>	
• Existence de métastases à distance	4
• Tumeur envahissant les vaisseaux mésentériques supérieurs, le tronc coeliaque ou l'artère hépatique.	3
• Altération majeure de l'état général.	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 8</b>	
• Toxicités communes :	nc
- Nausées, vomissements, mucite, diarrhées, allergies, neutropénie/pancytopénie	1+1+1+1+1+1
• Toxicités spécifiques :	nc
- 5FU : spasme coronaire 2	2
- Oxaliplatine : neuropathie périphérique (avec effet cumulatif) 2	2
- Irinotécan : diarrhée	nc
<b>Ps : une dérivation de la bile par pose d'une prothèse est obligatoire avant la réalisation d'une chimiothérapie.</b>	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

**DOSSIER N°05**

Mme R. vient vous voir en consultation. Elle a 34 ans. Dans ses antécédents, on relève une allergie saisonnière, une exostose du genou droit et un kyste du poignet opéré. Elle fume une dizaine de cigarettes par jour depuis le bac. Elle ne boit de l'alcool qu'occasionnellement et en quantité raisonnable. Le problème qui l'amène est dominé par une difficulté à aller à la selle qui existe depuis plusieurs années. Elle n'y va qu'environ une fois tous les 3 ou 4 jours. Les selles sont souvent dures et parfois pénibles à évacuer. Elle a également des douleurs abdominales fréquentes, de localisation diffuse mais prédominant à droite. Celles-ci sont d'intensité variable mais également décrites comme gênantes. Enfin, l'abdomen est parfois distendu ce qui lui cause alors des soucis pour fermer son pantalon. A l'examen clinique, la patiente mesure 1,74 m pour 60 kilos. Elle est en parfait état général. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'examen du tégument aussi. La palpation abdominale est sensible, surtout à droite mais ne palpe aucune masse. Vous ne faites pas d'examen proctologique.

**Question n°1**

**Peut-on ici parler de constipation ? Justifiez et expliquez ses symptômes. Ceux-ci vous inquiètent-ils ? Justifiez.**

**Question n°2**

**Quels sont les signes d'alarme à rechercher ?**

**Question n°3**

**Il n'y a pas de signe d'alarme. Quel(s) examen(s) allez-vous prescrire ? Quel est votre diagnostic préférentiel ? Quel traitement proposerez-vous ?**

**Question n°4**

**La patiente vous demande quels sont les effets indésirables auxquels elle peut s'attendre par rapport au traitement global préconisé. Que lui répondez-vous ?**

**Question n°5**

**Vous revoyez la patiente deux mois plus tard. Elle est plutôt contente. Le traitement a fonctionné correctement même si la situation n'est pas parfaite. Elle n'a pas eu d'effet indésirable gênant. Elle vous demande maintenant comment va évoluer son problème. Que lui répondez-vous ?**

**Question n°6**

**La situation est stabilisée. Elle revient un an plus tard. Ça ne va pas mais le problème est ailleurs cette fois-ci. D'un point de vue personnel, elle se sépare de son mari et doit assumer la charge de ses deux enfants. Et puis sur le plan médical, elle souffre de brûlures acides qui partent de l'épigastre et qui remontent dans la gorge. Les symptômes sont très gênants et quotidiens. A l'examen, la patiente pèse 77 kilos, son abdomen est souple, l'examen thoracique est normal, la cavité buccale est indemne. La palpation cervicale est normale. Quel diagnostic évoquez-vous ? Deux éléments d'interrogatoire pourraient venir l'étayer ? Quel évènement a pu favoriser la survenue de cette affection ?**

**Question n°7**

**En supposant que vous reteniez ce diagnostic et en sachant qu'il n'existe aucun argument pour procéder à un bilan paraclinique complémentaire, quel traitement prescrivez-vous ? Son médecin traitant lui a parlé d'une bactérie à rechercher (et à traiter le cas échéant avec des antibiotiques) pour enrayer son problème. Quel lui répondez-vous ?**

**Question n°8**

**Votre traitement n'est pas efficace. L'examen clinique est inchangé. Dans quelle mesure cette donnée élimine-t-elle ou remet-elle en cause le diagnostic ? Quelles explications donnez-vous et quelle est la conduite diagnostique à tenir ?**

Question n° 1	
• Oui	3
• La constipation est définie subjectivement comme une insatisfaction vis-à-vis de la défécation	2
• Soit car les selles sont trop rares	1
• Soit car elles sont difficiles à évacuer	1

• Soit les deux	1
• La patiente a certainement une constipation de transit puisqu'elle va rarement à la selle	2
• Les matières fécales déshydratées dans le colon deviennent alors dures et sont par conséquent plus difficiles à évacuer	2
• Les symptômes de Mme R. ne semblent pas inquiétants car :	2
• La patiente est jeune (< 50 ans accepté)	1
• Les troubles décrits sont anciens	1
• Il n'y a pas de signe d'alarme	1
• L'état général est conservé et l'examen clinique sans particularité	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>18</b>
<b>Question n° 2</b>	
• Rectorragies	2
• Anémie	2
• Perte de poids ou altération de l'état général	2
• Constipation sévère, persistante, ne répondant pas aux traitements	2
• Aggravation récente d'une constipation chronique ancienne, sans cause évidente, surtout après 50 ans	2
• Douleur abdominale significative	2
• Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de maladie inflammatoire chronique de l'intestin	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>14</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Aucun	1
• Le diagnostic le plus probable est celui de syndrome de l'intestin irritable	1
• Traitement médical	1
• Règles hygiéno-diététiques de base	1
• Enrichissement de la ration quotidienne en fibres alimentaires	1
• Traitement laxatif	1
• Osmotique ou mucilage en 1ère intention	1
• Traitement antispasmodique pour les douleurs abdominales et les ballonnements	1
• Maintenir autant que possible une bonne qualité relationnelle avec le patient	1
Dans cette situation précise, on parlera de syndrome de l'intestin irritable à constipation prédominante (SII-C). L'association de douleurs abdominales et de ballonnements à la constipation fait retenir le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable à constipation prédominante et non de constipation fonctionnelle. Les autres règles hygiéno-diététiques non cotées ici souffrent d'un très faible niveau de preuve et ne semblent donc pas pertinentes (apports hydriques importants, activité physique soutenue etc.). A noter que l'augmentation de la ration quotidienne en fibres peut aggraver les ballonnements même si elle améliore parallèlement le transit	
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>9</b>
<b>Question n° 4</b>	
• Effets indésirables du régime	nc
• Aggravation des ballonnements (fréquents)	
• Diarrhée (rare)	
<b>Un des deux effets indésirables = 3 points</b>	
• Effets indésirables des laxatifs	nc
• Ballonnements	
• Flatulences	
• Douleurs abdominales	
• Diarrhée	
<b>Deux des quatre effets indésirables = 3 points</b>	
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>6</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Affection chronique	2
• Evolution variable	2
• Imprévisible	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>6</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Reflux acide gastro-œsophagien (RGO accepté)	3
• Syndrome postural	3
• Exacerbation postprandiale des symptômes	3
• La prise de poids a pu jouer un rôle dans la survenue du RGO	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 7</b>	
• Règles hygiéno-diététiques	2
• Surélévation de la tête du lit d'une vingtaine de centimètres	2
• Perte de poids	2
• Traitement pharmacologique (médicamenteux accepté)	2
• Inhibiteur de la pompe à protons	2
• Exemple : oméprazole 20 mg, 1 gélule/jour	2
• Si insuffisant, doubler la dose ou associer un pansement gastrique	2

• La bactérie évoquée par le médecin traitant est sans doute <i>Helicobacter pylori</i>	2
• Cet agent microbien ne joue aucun rôle étiologique établi dans la genèse du RGO	2
• Il n'y a donc en l'état aucune raison immédiate de rechercher et de traiter cette bactérie	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>20</b>
<b>Question n° 8</b>	
• Cette donnée n'élimine pas le diagnostic mais doit le faire remettre en cause	3
• Vérifier que l'observance a été bonne	4
• Indication à faire une endoscopie digestive haute (fibroscopie œsogastroduodénale accepté)	4
• Si celle-ci ne montre aucune cause aux symptômes allégués et aucun signe indirect de RGO, il faudra faire une pH-métrie œsophagienne	4
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Références programme Epreuves Classantes Nationales :

II-229 : Colopathie fonctionnelle

II-280 : Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale

III-300 : Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement)

## DOSSIER N°06

Mr G, 52 ans, vient vous consulter pour une baisse d'acuité visuelle progressive dont il situe le début il y a quelques mois. Mr G est commercial, travaille beaucoup et passe son temps sur les routes. Ce patient en surpoids évident vous explique qu'il n'est pas suivi sur le plan médical, qu'il est contre les médicaments. Il ne pratique pas de sport et fume 1 paquet de cigarettes par jour. Son médecin du travail lui a trouvé l'année dernière une pression artérielle un peu élevée 18/10 cm Hg et lui avait donné un courrier pour son médecin traitant mais Mr.G n'a pas eu le temps de le consulter, les rendez-vous sont longs.

Sur le plan ophtalmologique, Mr.G n'a jamais porté de lunettes, ses 2 yeux avaient 10/10 lors de son dernier examen il y a quelques années. Il raconte même que tous ses amis ont besoin de lunettes pour lire mais pas lui. A l'examen ophtalmologique vous trouvez à l'œil droit une acuité visuelle de 5/10 avec une correction de -2, Parinaud 3 addition +2, à gauche 10/10 sans correction Parinaud 2 addition +2. L'examen au biomicroscope met en évidence une phacosclérose bien plus marquée du côté droit, la tension oculaire est mesurée à 27 mm Hg des 2 cotés, l'angle est ouvert en gonioscopie. Le fond d'œil beaucoup plus net à gauche, montre des maculae normales en dehors de quelques micro anévrysmes de façon symétrique des 2 cotés, la papille est moyennement excavée cotée à 0.5 des 2 cotés.

### Question n°1

**Comment expliquez-vous que Mr.G voit sans lunette de près?**

### Question n°2

**À quoi attribuez-vous la baisse d'acuité visuelle de l'œil droit? Justifiez**

### Question n°3

**Quels sont les principaux axes de votre prise en charge globale de ce patient en dehors de l'ophtalmologie?**

### Question n°4

**Pourquoi le médecin du travail n'a pas prescrit un traitement antihypertenseur lors de sa consultation puisqu'il a découvert une HTA chez Mr.G ?**

### Question n°5

**Que pouvez-vous proposer à Mr.G pour améliorer sa vue du côté droit?**

### Question n°6

**Mr.G préfère attendre. Quel traitement médicamenteux ophtalmologique vous paraît indispensable?**

### Question n°7

**Quel suivi ophtalmologique proposez-vous?**

<b>Question n° 1</b>	
• Mr.G est presbyte donc il devrait porter des lunettes de près	2
• Myopie d'indice droite	4
• Myopie compense presbytie	4
Mr.G est presbyte car agé de plus de 45 ans, son oeil gauche non myope nécessite une correction de +2.0 pour voir de près. Son oeil droit présente une myopie d'indice car survenue tardivement et lors de son dernier examen oph, il avait 10/10 sans correction. Cette myopie liée à la cataracte lui permet de compenser sa presbytie même si elle n'est présente que sur un seul oeil.	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 2</b>	
• Cataracte	4
- Car phacosclérose à l'examen	3
- Myopie d'indice	2
- Examen du fond oeil plus flou à droite	3
Glaucome n'est responsable de baisse acuité que lorsqu'il est avancé, ce qui n'est pas le cas ici car papille peu excavée	4
Les micro anévrysmes sont présents de façon symétrique et pas de retentissement à gauche	4
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>20</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Bilan et traitement HTA	5
• Recherche d'un diabète probable et prise en charge	5
• Prévention du risque cardio vasculaire	4
• Activité physique après consultation cardiologique	3
• Règles diététiques	5
• Discuter avec le patient de l'arrêt du tabac	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>25</b>
<b>Question n° 4</b>	
• Le médecin du travail n'a pas de rôle thérapeutique. Il n'a pas le droit de prescrire un traitement.	5
• Pour prescrire un traitement antihypertenseur, il faut mesurer la PA élevée à plusieurs reprises	5
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Après bilan et équilibre des pathologies ophtalmologiques sous-jacentes (GCAO, rétinopathie diabétique) et générales	3
• Intervention chirurgicale de la cataracte (phacoexérèse)	5
• Phacoémulsification	1
• avec mise en place d'un implant de chambre postérieure	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Après bilan du glaucome (Champ visuel)	2
• Collyre hypotenseur	4
• Betabloquant ou agoniste des prostaglandines	4
• Type: Timolol (bétabloquant) ou latanoprost (agoniste prostaglandine)	2
• En l'absence de contre indication	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 7</b>	
• Contrôle 1 mois	3
• Vérification de la prise en charge des pathologies générales (diabète, HTA)	3
• Efficacité du traitement hypotenseur ophtalmologique	3
• Tolérance du traitement	1
• Puis Examen ophtalmologique tous les 6 mois	1
• Avec Champ visuel tous les 6 mois	2
- Examen morphologique de la papille tous les ans	nc
- Rétinophotos tous les ans	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>13</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Références programme Epreuves Classantes Nationales :

58 cataracte

233 diabète sucré

240 glaucome chronique

## DOSSIER N°07

Vous recevez en hospitalisation Monsieur F., âgé de 65 ans, pour apparition d'œdèmes des membres inférieurs. Celui-ci était suivi par son médecin traitant depuis 3 ans avec une créatinine il y a 6 mois à 200 µmol/L.

Ce patient a pour principaux antécédents :

- Un diabète de type II découvert il y a 10 ans sous Novonorm. Une échographie cardiaque réalisée il y a 6 mois était normale. De plus il a été traité il y a 6 mois par laser pour une rétinopathie diabétique.

- HTA sous Amlor (amlodipine)

L'examen clinique réalisé aux urgences trouve une pression artérielle à 142/85 mm Hg, une fréquence cardiaque à 75 bpm et l'absence de fièvre. Vous retrouvez des œdèmes des membres inférieurs déclives et prenants le godet. Le reste de l'examen clinique est pauvre. Les premiers examens complémentaires réalisés aux urgences retrouvent :

GB : 5.6 G/L, Hb : 13,2 g/dL ; Plaquettes : 256 G/L ; TP : 92 % ; TCA ratio : 1,1.

Na : 142 mmol/L ; K : 4,2 mmol/L, Cl : 105 mmol/L, bicarbonates : 23mmol/L, Ca : 2,00 mmol/L, Ph : 2,45 mmol/L, Mg : 0,85 mmol/L, Albumine : 18 g/L

Créatinine : 240 µmol/L, urée : 29 mmol/L

#### Question n°1

L'échographie rénale réalisée trouve des reins de taille normale et ceci malgré l'insuffisance rénale chronique. Citez les 5 causes d'insuffisance rénale chronique avec reins de taille normale ou augmentée ?

#### Question n°2

Dans l'exploration de cette insuffisance rénale, vous réalisez d'autres examens complémentaires :

- Ionogramme urinaire : diurèse : 2L/ 24heures, Na : 77 mmol/L, K : 22 mmol/L, protéinurie : 2,5 g/L, urée : 132 mmol/L, créatinine : 6,4 mmol/L
- ECBU : GB : <math>10^3</math> mL, GR : <math>10^3</math>/mL. direct négatif.

Quel est votre diagnostic syndromique ? Justifiez

#### Question n°3

Discutez l'intérêt d'une biopsie rénale.

#### Question n°4

Réalisez-vous cette biopsie ? Si oui avec quelles précautions, si non justifiez.

#### Question n°5

Quelles sont vos principales mesures thérapeutiques afin de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique ?

#### Question n°6

Le dosage de la PTH est à 300 pg/mL (normale :10-70 pg/mL). Interprétez ces résultats. Quels sont vos objectifs thérapeutiques ?

#### Question n°7

Un mois plus tard, le patient est hospitalisé en urgence devant l'apparition d'un syndrome subfébrile, d'une douleur lombaire et d'une hématurie macroscopique. Quel est le diagnostic le plus probable?

#### Question n°8

Quelle est l'autre étiologie, la plus fréquente, responsable de cette complication ?

Question n° 1	
• Diabète	3
• Amylose	3
• Polykystose rénale	2
• Hyalinose segmentaire et focale (HSF)	2
• Hydronéphrose (obstruction chronique)	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
Question n° 2	
• Syndrome néphrotique	5
- protéinurie > 3g/24heures	2
- Albumine < 30g/L	2
• Impur	5
- HTA	2
- Insuffisance rénale non fonctionnelle	2
Il y a toujours des œdèmes dans le syndrome néphrotique mais ceci ne fait pas partie des arguments diagnostiques. Le diagnostic de syndrome néphrotique est biologique, associant protéinurie > 3g/24h et albumine < 30g/L. Tout syndrome néphrotique doit être caractérisé en pur ou impur. La présence d'une hématurie, d'HTA ou d'insuffisance rénale non fonctionnelle classe le syndrome néphrotique en impur. Une insuffisance rénale fonctionnelle peut se voir dans un syndrome	nc

néphrotique pur et ne le classe donc pas en impur.	
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>18</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Doit être réalisée s'il existe des arguments en faveur d'une autre cause qu'une néphropathie diabétique à savoir :	5
• Diabète évoluant depuis moins de 5 ans	2
• Présence d'hématurie	2
• Insuffisance rénale rapidement progressive	2
• Présence de signes extra-rénaux	2
• Absence de rétinopathie diabétique au fond d'œil	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 4</b>	
• NON	4
• L'ensemble du tableau est en faveur d'une néphropathie diabétique	4
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>8</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Traitement hypotenseur	2
• Par IEC ou ARA 2	4
• A visée antiprotéïnurique et néphroprotectrice	2
• Objectif tensionnel inférieur à 130/80 mmHg	2
• Arrêt des traitements néphrotoxiques	2
• Régime hyposodé	2
• Apports protidiques modérés	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>16</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Calcium normal	2
• Ca corrigé = $Ca + 0,02(40 - Albumine) = 2,44$ mmol/L	2
• Hyperphosphatémie	2
• Hyperparathyroïdie secondaire	2
- sur défaut d'hydroxylation en 1,25 OH vitamine D intra-rénale	2
• Objectifs :	nc
- Calcémie normale	2
- Phosphore normal	2
- PTH entre 2 et 9 fois la normale	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>16</b>
<b>Question n° 7</b>	
• Thrombose des veines rénales	5
Favorisé par :	nc
- Syndrome néphrotique	3
- Avec Albumine < 20 g/L	2
Dans le syndrome néphrotique, la thrombose des veines rénales résulte de :	nc
- Anomalies de synthèse et d'excrétion de nombreuses protéines en jeu dans la coagulation : déficit fonctionnel en protéine S et C et déficit en Anti thrombine III, excès de facteur V, VIII et fibrinogène.	
- Anomalies des fonctions plaquettaires.	
- Phénomènes d'activation intra-rénale de la coagulation.	
- Facteurs favorisant : hypovolémie, corticothérapie....	
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 8</b>	
• GEM (Glomérulonéphrite extra-membraneuse)	5
La thrombose des veines rénales est une complication du syndrome néphrotique à connaître. Tout syndrome néphrotique peut se compliquer d'une thrombose des veines rénales. Cependant cette complication est beaucoup plus fréquente dans la GEM. Devant une albumine < 20 g/L, il faut anti coaguler les patients afin de prévenir cette complication. Cependant, même avec une albumine > 20 g/L, tout syndrome néphrotique peut se compliquer de thrombose des veines rénales !	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

## Références programme Epreuves Classantes Nationales :

- II-252 : Insuffisance rénale aiguë. Anurie.  
 II-253 : Insuffisance rénale chronique  
 II-264 : Néphropathie glomérulaire.  
 I-9-134 : Néphropathie vasculaire  
 III-310 : Élévation de la créatininémie.  
 III-315 : Hématurie  
 III-323 : Œdèmes des membres inférieurs

**DOSSIER N°08**

Monsieur H..., 73 ans, consulte pour des douleurs lombaires droites évoluant depuis 3 mois. Il a pour antécédents : une HTA traitée par irbesartan et furosémide. A l'examen clinique : PA 125/80 mmHg ; pouls 75/min, température 37,3°C. L'examen clinique ne montre aucune autre anomalie.

Vous faites réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui montre une masse de 7 cm qui détruit le rein droit, et plusieurs nodules pulmonaires supra-centimétriques, et deux lésions ostéolytiques du bassin. Il existe par ailleurs des opacités apicales bilatérales. Vous suspectez un cancer du rein métastatique.

**Question n° 1**

**Une néphrectomie est pratiquée Quelle histologie attendez-vous (par argument de fréquence) ? Quels éléments de valeur pronostique recherchez-vous à l'examen clinique et sur la biologie ?**

**Question n° 2**

**Les examens demandés confirment votre diagnostic. Par ailleurs le patient présente une calcémie corrigée à 2.82 mmol/L. Quelles mesures thérapeutiques devez-vous prendre en complément du traitement anti-tumoral ?**

**Question n° 3**

**Vous débutez un traitement par Sunitinib. De quels effets indésirables de classe le patient doit-il être averti ?**

**Question n° 4**

**Après 2 mois de traitement, Monsieur H... se présente aux Urgences pour une dyspnée de recrudescence récente, une toux sèche sans fièvre ni frissons. Devant une dyspnée aiguë chez un patient atteint de tumeur solide en cours de chimiothérapie, quelles sont les 5 principales hypothèses que vous devez évoquer ?**

**Question n° 5**

**Quels examens complémentaires demandez-vous en urgence chez Monsieur H... ?**

**Question n° 6**

**Le diagnostic est rapidement identifié, un traitement adapté est mis en œuvre et Monsieur H... se remet de cet épisode. Quelques semaines plus tard, il est victime d'un accident ischémique transitoire d'origine embolique. La cause est apparemment un trouble du rythme cardiaque. Après discussion avec l'équipe de pharmacologie, il apparaît que cet évènement est lié au traitement bien que cet effet secondaire n'ait jamais été décrit avec ce médicament. Quelles sont les trois principales raisons qui expliquent que des effets indésirables nouveaux soient découverts après l'Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments ?**

**Question n° 7**

**Quelques semaines plus tard, Monsieur H..., qui se dit fatigué, vous demande de lui prescrire une « convalescence » en centre thermal. Le récent bilan de réévaluation montre une réponse complète de son cancer. Quelles contre-indications devez-vous rechercher avant cette prescription ? De quels effets secondaires fréquents le patient doit-il être informé ?**

Question n° 1	
• Carcinome à cellules claires	2
• Score de Motzer (du MSKCC)	nc
• Calcémie	3
• LDH	3
• Hémoglobine	3
• Indice de Karnofsky	3



• Néphrectomie antérieure	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>17</b>
<b>Question n° 2</b>	
• Arrêt du diurétique	4
• Hydratation	4
• Bisphosphonates IV, type Zoledronate 4 mg IVL sur 15-30', à adapter à la fonction rénale	4
<b>NB : contrôle ECG de principe</b>	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Effets de classe des anti-VEGF	2
• Hypertension artérielle	3
• Protéinurie	2
• Majoration du risque veineux thrombo-embolique	2
• Risque accru d'accident ischémique artériel (AVC, IDM)	2
<b>NB : ces effets miment un tableau de pré-éclampsie. Une autosurveillance tensionnelle est recommandée, de même que la réalisation de BU régulières.</b>	nc
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>11</b>
<b>Question n° 4</b>	
• Causes de dyspnée aiguë :	nc
- Progression tumorale	3
- Embolie pulmonaire	3
- Infections opportunistes (ou communautaires)	3
- Pneumopathies médicamenteuses	3
- OAP si drogue cardiotoxique ou néphrotoxique (hyper-hydratation)	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Examens complémentaires en urgence :	nc
- Angioscanner thoracique	5
- Gaz du sang	3
- NFS, CRP, hémocultures, antigénuries (pneumocoque et légionnelle)	3
- ECG, NT-pro-BNP, troponine selon le contexte	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>13</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Le <b>nombre de patients inclus</b> dans les études effectuées avant commercialisation n'est <b>pas assez important</b> pour détecter les effets indésirables rares	5
• La <b>durée des études cliniques n'est souvent pas assez prolongée</b> pour détecter les effets indésirables faisant suite à une longue exposition au médicament	5
• Lors de la commercialisation d'un médicament, la <b>population traitée n'est généralement pas la même</b> que celle qui a été incluse dans les études cliniques pré-AMM (sujets plus âgés, atteints de comorbidités, prescriptions hors AMM etc.) et à ce titre, ces études cliniques ne sont donc pas représentatives de la population qui sera effectivement traitée	4
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>14</b>
<b>Question n° 7</b>	
• Contre-indications :	nc
- Pathologies aiguës, évolutives : infarctus du myocarde, tumeurs évolutives, cachexie, défaillances viscérales sévères (à évaluer ici avec le Pneumologue)	3
- Risque infectieux pour autrui : sepsis, tuberculose	3
- Rhumatisme inflammatoire en poussée	3
• Effets secondaires possibles :	nc
- Asthénie post-cure +++	3
- Troubles du sommeil, anorexie	3
- Réactivation de la pathologie de fond au retour	3
<b>NB : On peut rappeler ici les objectifs d'une cure thermique :</b>	nc
• La diminution de la consommation médicamenteuse	
• La diminution du nombre de jour d'arrêts de travail pour maladie ou le nombre de visites chez le médecin.	
• Une amélioration de la part fonctionnelle liée à cette maladie	
• Une éducation du malade (autogestion, information sur sa maladie, hygiène de vie, ergonomie...)	
• Une rupture avec l'environnement social habituel : isolement, stress, conflits familiaux...	
Sur les formulaires spécifiques fournis de prescription d'une cure thermique par la sécurité sociale, figure :	
• L'identification de l'assuré (nom, date de naissance, numéro de Sécurité Sociale)	
• Le choix de la station souhaitée. Ce choix est discuté selon l'indication médicale et le souhait du patient	
• L'appareil qui est à traiter (appareil locomoteur, respiratoire, digestif...)	
• S'il s'agit de soins externes ou d'une hospitalisation,	
• La pathologie justifiant la demande (ex : polyarthrose digitale) pour le médecin conseil. Il peut y avoir une ou deux	

<p>affections.</p> <p>Ce formulaire dûment complété, daté, signé et tamponné par le médecin doit être adressé à la caisse de sécurité sociale au moins 1 mois avant la date de la cure pour une demande d'entente préalable. L'absence de réponse négative dans un délai de 21 jours vaut acceptation.</p> <p>La durée totale d'une cure est de trois semaines (soit 18 jours de soins).</p>	
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>18</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

### DOSSIER N°09

Monsieur X, 62 ans, vous est adressé pour l'exploration d'anomalies de la numération. Ce patient est suivi régulièrement par son médecin traitant. Il prend depuis plusieurs années de l'amlodipine (AMLOR®) pour une hypertension artérielle. Il a bénéficié d'une cure de hernie inguinale il y a 3 ans. Une première numération réalisée de façon isolée il y a six mois avait montré : leucocytes 4,1 G/L, érythrocytes 3,1 T/L, hémoglobine 10,3 g/dL, VGM 103 fL, hématocrite 32%, CCMH 32 g/dL, plaquettes 152 G/L. Suite à cet examen, une fibroscopie oesogastroduodénale puis une coloscopie avaient alors été réalisées et n'avaient retrouvé qu'un polype colique adénomateux de 1,5 cm réséqué dans sa totalité. Un traitement par fer oral avait alors été initié pour 3 mois. Monsieur X se dit essentiellement gêné par une dyspnée d'effort. Sa pression artérielle est 134/75 mmHg. Son pouls est à 72/mn. L'examen clinique montre la cicatrice de cure de hernie et un subictère conjonctival. Un bilan biologique pratiqué il y a 15 jours retrouve :

Leucocytes 3,7 G/L, polynucléaires neutrophiles 1,4 G/L, polynucléaires éosinophiles 0,3 G/L, lymphocytes 1,8 G/L, monocytes 0,2 G/L, érythrocytes 2,7 T/L, hémoglobine 9,3 g/dL, VGM 105 fL, hématocrite 28%, CCMH 33 g/dL, plaquettes 95 G/L, reticulocytes 23.000/mm<sup>3</sup>.

Sodium 138 mmol/l, potassium 4,2 mmol/l, créatinine 83 µmol/l, uree 6,3 mmol/L, bilirubine totale 60 µmol/l, bilirubine conjuguée 6 µmol/L, phosphatases alc. 67 UI/L (N:35-80), Gamma gt 16 UI/L (N:11-50), ALAT 22 UI/L (N:6-40), ASAT 35 UI/L (N:6-37), LDH 661 UI/l (N:219-439), haptoglobine < 0,2 g/L.

#### Question n°1

**Décrivez les anomalies de la première numération ? Commentez la prise en charge initiale. Quel aurait été le premier examen à demander à l'époque en dehors du frottis sanguin ?**

#### Question n°2

1. Quelles sont les anomalies du bilan le plus récent ?
2. Quelles sont vos trois principales hypothèses étiologiques ?

#### Question n°3

**Quel examen demandez-vous en première intention ? Que recherche-t-il ?**

#### Question n°4

**Le diagnostic d'anémie réfractaire est finalement posé. Comment évaluez-vous le pronostic de ce patient sur les données dont vous disposez ? Quels éléments recherchez-vous pour compléter ce bilan pronostique ?**

#### Question n°5

**Suite à un traitement par érythropoïétine, Monsieur X retrouve un taux d'hémoglobine satisfaisant pendant environ 16 mois. La situation hématologique se dégrade alors et le patient échappe au traitement. La numération retrouve : leucocytes 2,3 G/L, polynucléaires neutrophiles 0,7 G/L, hémoglobine 8,2 g/dL, VGM 107 fL, plaquettes 43 G/L. Quelle principale hypothèse évoquez-vous pour expliquer cette évolution ? Quel examen demandez-vous (1 réponse) et quel principal élément recherche-t-il (1 réponse) ?**

#### Question n°6

**Vous décidez d'instaurer un support transfusionnel en culot érythrocytaire. Que vérifiez-vous avant la première transfusion ?**

#### Question n°7

**Monsieur X est finalement transfusé de deux culots érythrocytaires. Quelques minutes après le début du 2<sup>ème</sup> culot, il dit se sentir mal, nauséux. Il se plaint de lombalgies. Sa pression artérielle est alors à 85/45 mmHg et son pouls à 130/mn. Sa température est de 37,5°C. Quel est votre diagnostic ? Quelle est votre attitude ?**

<b>Question n° 1</b>	
• Anémie macrocytaire.	2
• En raison du caractère macrocytaire isolé :	nc
- Absence d'indication à des explorations digestives en première intention	2
- Pas de rôle du polype dans cette anémie,	2
- Absence d'indication à une supplémentation martiale systématique sans bilan martial.	2
• Taux de réticulocytes	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 2</b>	
1) Pancytopenie	2
• avec anémie macrocytaire arégénérative	1
• Hémolyse	3
2) En raison de la pancytopenie centrale associée à une hémolyse intra-médullaire	nc
• Syndrome myélodysplasique	3
• Carence vitamine B9(folates)	3
• Carence vitamine B12 (anémie mégaloblastique)	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Ponction médullaire pour myélogramme	2
• Evalue la richesse médullaire	2
- Dysplasie	2
- Mégaloblastose	2
- Infiltration par des cellules atypiques (notamment blastes)	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 4</b>	
• Score IPSS	3
- 3 cytopénies, défavorable	3+2
- Absence d'excès de blaste, favorable	3+2
• Interrogatoire : caractère primitif/secondaire,	2
- Comorbidités,	2
- Caryotype médullaire (3ème élément du score IPSS)	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>20</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Transformation en LAM (acutisation) ou AREB	3+2
• Myélogramme	2
• % de blastes médullaires	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Patient informé des risques/bénéfices de la transfusion	3
• Accord du patient pour la transfusion	2
• Groupe ABO (2 pts), rhésus D : 2 déterminations (2pts)	2+2
• Phénotypage érythrocytaire étendu (transfusions itératives prévues)	2
• RAI < 72 heures	2
• Ferritine	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>15</b>
<b>Question n° 7</b>	
• hémolyse aigue intravasculaire par incompatibilité ABO	2
• Urgence	2
- Arrêt de la transfusion	2
- Remplissage vasculaire	2
- Bilan biologique :	nc
- NFS (contrôle hémoglobine)	nc
- recherche de CIVD	2
- ionogramme sanguin, urée, créatinine	2
- bilan d'hémolyse (2 pts) : hémoglobininémie, LDH, haptoglobine, bilirubine (normale à la phase aiguë)	2
- Vérification de la concordance des identités, des groupes ABO	2
- Vérification du test de Beth Vincent	2
- Test de Coombs direct	nc
- Déclaration à l'hémovigilance	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

LCA

## Question n°1

- Ecrire le résumé de l'article en séparant votre résumé en 4 sous parties : Objectif, Patients et Méthodes, Résultats, Conclusion.
- Utiliser le cadre et les instructions ci-dessous pour écrire votre résumé : (Le tableau comporte 254 cases, les têtes de paragraphe – Objectif, Patients et Méthodes, Résultats et Conclusion - doivent figurer chacune dans une case).

## Question n°2

Quel était l'objectif de cette étude ?

## Question n°3

Quel(s) étai(en)t le(s) critère(s) d'évaluation principal(aux) ?

## Question n°4

Quelles sont les conditions fixées par les auteurs pour accepter l'hypothèse de non-infériorité dans cette étude ?

## Question n°5

Discutez le caractère éthique de la réalisation de cette étude.

## Question n°6

Synthétisez en 4 points les résultats donnés table 4.

## Question n°7

Le paragraphe de la discussion concernant les limitations de cette étude a été volontairement effacé. Citer les principales limitations de cette étude.

## Question n°8

Au vu des résultats de cet essai, doit-on adopter la durée de traitement de 8 jours pour tous les épisodes de PAVM. Discutez.

Résumé

**Objectif :** Réduire la durée du traitement antibiotique des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) pourrait permettre de réduire les coûts et l'émergence des bactéries multirésistantes en réanimation. Cet essai avait pour but de déterminer si 8 jours d'antibiothérapie est aussi efficace et sûr que 15 jours chez des patients atteints de PAVM.

**Patients et méthodes** Cet essai clinique prospectif, multicentrique, randomisé, en double-aveugle (jusqu'à J8) a inclus 401 patients avec une PAVM prouvée par des cultures quantitatives de prélèvements bronchoscopiques pulmonaires et ayant bénéficié d'un traitement antibiotique empirique approprié. L'essai évaluait la non-infériorité (avec une limite absolue de 10% de différence entre les groupes) en ce qui concernait la mortalité toute cause et les récurrences de PAVM et la supériorité de la stratégie 8 jours en terme de nombre de jours vivant sans antibiotique à J28.

**Résultats** 197 et 204 patients ont été randomisés respectivement dans les groupes 8 et 15 jours d'antibiothérapie. L'antibiothérapie de 8 jours n'a entraîné ni surmortalité (18,8 %, vs 17,2 %, différence 1,6 %, intervalle de confiance [IC] à 90 %, - 3,7 % à 6,9 %), ni plus de récurrences de PAVM (28,9 % vs 26,0 %, différence 2,9 %, IC à 90 %, - 3,2 % à 9,1 %) mais a augmenté le nombre moyen (DS) de jours vivant sans antibiotiques ( 13,1 [7,4] vs 8,7 [5,2] jours,  $p < 0,001$ ) par rapport à l'antibiothérapie de 15 jours. Les nombres de jours sans ventilation mécanique et sans défaillance d'organes, la durée de séjour en réanimation et la mortalité à J60 étaient identiques dans les deux groupes. Le taux de récurrence des PAVM à bacilles à Gram-négatif non fermentants (BGNF) tel *Pseudomonas aeruginosa*, était supérieur dans le groupe 8 jours (40,6 %, vs 25,4 %, différence 15,2 %, IC à 90 %, 3,9 % - 26,6 %), sans que cela n'affecte leur pronostic. Parmi les patients développant une récurrence, l'émergence de souches multirésistantes a été moindre avec une antibiothérapie de 8 jours (42,1 % vs 62,0 %,  $p = 0,04$ ).

**Conclusions** Chez des patients recevant une antibiothérapie empirique appropriée pour une PAVM, à l'exception possible des infections à BGNF, une antibiothérapie de 8 jours est aussi efficace cliniquement qu'un traitement de 15 jours. Le groupe traité 8 jours a reçu moins d'antibiotiques.

<b>Question n° 1</b>	
<b>Introduction :</b>	
• Réduire la durée du traitement antibiotique des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) pourrait permettre de réduire les coûts et l'émergence des bactéries multirésistantes en réanimation.	1
• Cet essai avait pour but de déterminer si 8 jours d'antibiothérapie est aussi efficace et sûr que 15 jours chez des patients atteints de PAVM.	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>3</b>
<b>Méthode :</b>	
• randomisé	1
• en double-aveugle (jusqu'à J8)	1
• PAVM prouvée par des cultures quantitatives de prélèvements bronchoscopiques pulmonaires et ayant bénéficié d'un traitement antibiotique empirique approprié	1
• non-infériorité (avec une limite absolue de 10% de différence entre les groupes) en ce qui concernait la mortalité toute cause et les récurrences de PAVM	1
• supériorité de la stratégie 8 jours en terme de nombre de jours vivant sans antibiotique à J28	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>5</b>
<b>Résultats :</b>	
• 197 et 204 patients ont été randomisés respectivement dans les groupes 8 et 15 jours d'antibiothérapie	nc
• L'antibiothérapie de 8 jours n'a entraîné ni surmortalité (18,8 %, vs 17,2 %, différence 1,6 %, intervalle de confiance [IC] à 90 %, - 3,7 % à 6,9 %)	2
• ni plus de récurrences de PAVM (28,9 % vs 26,0 %, différence 2,9 %, IC à 90 %, - 3,2 % à 9,1 %)	2
• mais a augmenté le nombre moyen (DS) de jours vivant sans antibiotiques (13,1 [7,4] vs 8,7 [5,2] jours, p < 0,001)	2
• Les nombres de jours sans ventilation mécanique et sans défaillance d'organes, la durée de séjour en réanimation et la mortalité à J60 étaient identiques dans les deux groupes	1
• Le taux de récurrence des PAVM à bacilles à Gram-négatif non fermentants (BGNF) tel <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , était supérieur dans le groupe 8 jours (40,6 %, vs 25,4 %, différence 15,2 %, IC à 90 %, 3,9 % - 26,6 %)	2
• Parmi les patients développant une récurrence, l'émergence de souches multirésistantes a été moindre avec une antibiothérapie de 8 jours (42,1 % vs 62,0 %, p = 0,04)	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Conclusion :</b>	
• Chez des patients recevant une antibiothérapie empirique appropriée pour une PAVM, à l'exception possible des infections à BGNF, une antibiothérapie de 8 jours est aussi efficace cliniquement qu'un traitement de 15 jours.	1
• Le groupe traité 8 jours a reçu moins d'antibiotiques.	1
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

<b>Question n° 2</b>	
• Comparer une durée de 8 jours d'antibiothérapie à une durée de 15 jours chez des patients atteints de PAVM	2
• En termes d'efficacité clinique (mortalité et récurrences)	2
• De consommation d'antibiotiques	2
• D'émergence de bactéries multirésistantes	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>8</b>
<b>Question n° 3</b>	
• Non-infériorité de la stratégie 8 jours	2
- en ce qui concernait la mortalité toute cause	2
- et les récurrences de PAVM	2
• Supériorité de la stratégie 8 jours	2
- en terme de nombre de jours vivant sans antibiotique à J28	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>10</b>
<b>Question n° 4</b>	
• Pour accepter l'hypothèse de non-infériorité entre les 2 stratégies il faut que	nc
• La borne supérieure	3
- De l'intervalle de confiance à 90%	nc
• De la différence entre les pourcentages (mortalité et récurrences) entre les 2 groupes	3
• Soit inférieure à 10% (seuil de non-infériorité)	2
• (donc en défaveur de la stratégie 8 jours)	nc

• Au risque alpha de 10% pour le test unilatéral réalisé	2
• Et avec un risque beta de 10% (puissance de 90%)	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 5</b>	
• Cette étude était en parfait accord avec les règles d'éthique de la recherche clinique car	nc
• Il y avait équipose avant le début de l'étude entre les 2 stratégies de durée (recommandations empiriques, faible risque de récurrence pour la majorité des PAVM...)	4
• Le protocole a été approuvé par un comité d'éthique indépendant (CPP)	4
• Les patients (ou leur famille) ont donné leur consentement écrit PMZ	4
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 6</b>	
• Non-infériorité de la stratégie 8 jours en terme de mortalité	2
- Car la borne supérieure de l'intervalle de confiance 90% est de 6,9% donc <10%	2
• Non-infériorité de la stratégie 8 jours en terme de récurrences globales de PAVM	2
- Car la borne supérieure de l'intervalle de confiance 90% est de 9,1% donc <10%	2
• Plus de récurrences de PAVM dans le groupe 8 jours pour les BGN non fermentants (40,6 vs. 25,4%)	2
• Supériorité de la stratégie 8 jours en terme de jours vivant sans antibiotiques	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>Question n° 7</b>	
• L'étude n'était en double aveugle que jusqu'à J8 ce qui a pu entraîner un biais de suivi entre les groupes (différence de fréquence de prélèvement pulmonaire par exemple)	4
• Beaucoup de patients (66%) avec PAVM sont exclus de l'étude (voir diagramme des flux), donc limite en termes d'applicabilité	3
• La limite de non-infériorité fixée est un peu élevée et la borne supérieure de l'intervalle de confiance de la différence est proche de cette limite en ce qui concerne les récurrences d'infection	3
• L'augmentation de la fréquence des récurrences dans le groupe 8 jours pour les BGN non-fermentants est un signal négatif car ces infections sont fréquentes en réanimation, donc limite en termes d'applicabilité	2
• L'étude n'a pas été dessinée pour tester l'impact de la stratégie 8 jours en termes de cout-efficacité.	2
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>14</b>
<b>Question n° 8</b>	
• NON	4
• Stratégie possible seulement pour les malades similaires à ceux de cet essai (donc à l'exclusion des immunodéprimés, des malades n'ayant pas reçu des antibiotiques initialement appropriés etc...)	5
• Réserve majeure pour la stratégie 8 jours en ce qui concerne le traitement des PAVM à bacilles à Gram-négatif non fermentants (BGNF) tel Pseudomonas aeruginosa. Si on adopte la stratégie 8 jours, une surveillance rapprochée des récurrences est nécessaire.	3
<b>Sous-total pour la question</b>	<b>12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>