

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL

Professeurs
A-M. SCHOTT – C. COLIN

DUREE 3H 00

NOTEE SUR 100

LCA

1^{ère} partie - Rédigez le résumé de l'article en 250 mots maximum dans la grille prévue à cet effet et en suivant les consignes du CNCI (voir ci-dessous).

Rappel des consignes du CNCI pour le résumé :

- Le résumé doit être rédigé dans la grille prévue à cet effet et doit faire au maximum 250 mots (+4 mots)
- Il faut impérativement respecter 4 parties : OBJECTIFS, METHODES, RESULTATS, CONCLUSION (chacun de ces quatre mots doit être écrit en majuscule et encadré et est comptabilisé dans le compte des mots. Ne pas sauter de cases entre les parties)
- Comptent comme un mot (une case) :
 - un mot :
 - simple ou composé avec ou sans tiret (exemple : globulines, gamma globulines, α trypsine...);
 - l'article (le, la, un, l'...) associé au mot doit être dans la même case ;
 - une conjonction (et...);
 - un nombre ou une expression chiffrée ($m \pm SD$, $p < 0,05$, IC95(a-b) ;
 - un sigle (sauf s'il est attaché à un mot : Médicament® compte une seule case), (exemple : OBNI) ;
 - un acronyme accepté par le CNCI (quel que soit le nombre de lettres) (ex: Sida) ;
 - les abréviations acceptées par le CNCI (une case par abréviation exemple Se= sensibilité = une case) ;
 - les lettres utilisées isolément (α , β ...).
 - les numéros ou lettres d'une énumération (accompagnés ou non d'une ponctuation ou d'un tiret (ex : a, a), 1-, 1)...);
- Ne comptent pas séparément (doivent donc être associés dans une case) :
 - la ponctuation (., ; ? !);
 - les signes conventionnels (>, <, ~...);
 - les guillemets ;
 - les parenthèses ou crochets ;
 - l'article (le, la, un, l'...) associé au mot ;
 - les unités associées à un nombre (ex : 18 mg, 172 ml/min. m², 26 m/s).
- Comptent séparément (doivent être inscrits dans des cases séparées) tous les autres cas
- Il est conseillé de respecter les proportions : 20-30 ; 80-100 ; 80-100 ; 40-60 mots

2^{ème} partie - Questions :

1. Quelle est l'hypothèse de recherche ?
2. Le design (type) de l'étude est-il approprié à la question posée ? Expliquez.
3. Quels sont les objectifs de l'étude ?
4. Le test étudié est-il suffisamment bien décrit ? argumentez.
5. Comment les auteurs se sont-ils prémunis de biais de mesure ?
6. Peut-on dire que l'examen clinique est plus performant pour les âges gestationnels les plus élevés ? et chez les multipares ?
7. Il est important de s'assurer que la population étudiée est représentative de la population de toutes les femmes en fin de grossesse. Donnez les éléments en faveur d'une bonne représentativité et les éléments plutôt défavorables
8. Indiquez les conséquences éventuelles des éléments défavorables à une bonne représentativité
9. Quelles sont les valeurs caractérisant les performances du test évalué pour identifier les présentations non-céphaliques de façon générale chez les femmes en fin de grossesse (sans tenir compte des caractéristiques spécifiques des femmes)? Que signifie en particulier le résultat concernant la valeur prédictive positive (VPP) ?

Performance diagnostique de l'examen clinique pour identifier la présentation non-céphalique en fin de grossesse : étude transversale

Note explicative sur la présentation fœtale et les différents niveaux de maternités :

En général, c'est durant le 9ème mois que le bébé descend dans le bassin maternel. La présentation du crâne (présentation céphalique) est la plus fréquente (plus de 95 %) et la plus favorable à un accouchement normal et l'accouchement naturel par voie basse est le plus souvent envisageable sauf cas particuliers. Dans la présentation du siège ce sont les fesses ou les pieds du bébé qui se présentent à l'entrée du bassin maternel et dans la présentation transverse ce ne sont ni la tête, ni les fesses de l'enfant qui se présentent. Ces deux dernières présentations (appelées non-céphaliques) entraînent souvent des complications lors de l'accouchement. Lorsque le diagnostic en est fait suffisamment tôt avant l'accouchement, il est possible de remédier dans certains cas à cette situation en pratiquant une version par manœuvre externe, réalisée par l'obstétricien sous contrôle échographique, pour remettre l'enfant en position céphalique permettant d'envisager un accouchement par les voies naturelles. Si cette version est impossible, une césarienne est nécessaire en cas de présentation transverse, et discutée en cas de présentation du siège.

Il existe différents niveaux de maternité : Les maternités de niveau 1, aptes à prendre en charge des grossesses sans facteur de risque périnatal, celles de niveau 2 capables de prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins plus complexes (maternités associées à un service de pédiatrie néonatale) et celles de niveau 3 ayant la capacité de prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins très importants, avec risques vitaux (maternités associées à une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale).

Introduction

La détection prénatale de la présentation non-céphalique – que ce soit la présentation du siège, transverse ou oblique – en fin de grossesse est importante pour une prise en charge adaptée et la prise de décision clinique. Pour la présentation du siège, les femmes et leur médecin peuvent décider de tenter une version manuelle externe afin d'augmenter les chances d'une naissance par voie basse, ou alors de programmer une césarienne. La durée optimale de grossesse étant de 37 semaines pour pratiquer une version manuelle et de 39 semaines pour la césarienne¹. Le diagnostic de présentation non-céphalique après le début du travail entraîne une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile².

La présentation fœtale est généralement évaluée par la palpation de l'abdomen (examen clinique), bien que nous ne connaissions pas la performance de cet examen en fin de grossesse³⁻⁶. Nous avons mené une étude transversale afin de comparer l'examen clinique avec l'examen de référence : l'échographie.

Méthodes

Patients, lieu et recueil des données

Nous avons mené cette étude dans une maternité de niveau 3 de Sydney (Australie) entre septembre 2003 et décembre 2004. Les femmes enceintes d'un enfant unique entre 35 et 37 semaines de grossesse étaient éligibles. Des sages-femmes, médecins, internes ou obstétriciens, tous au courant de l'étude,

apportaient les soins prénataux habituels. Toutes les femmes éligibles ont eu un examen clinique afin de contrôler la présentation fœtale. Par la suite, celles qui ont donné leur accord pour participer à l'étude, ont passé une échographie pour confirmer le diagnostic. L'échographie a été réalisée avec une machine portable selon un protocole de référence. Les radiologues ne connaissaient pas les résultats de l'examen clinique avant de pratiquer l'échographie.

Nous avons recueilli les données concernant l'examen clinique prénatal dans les dossiers médicaux et les avons enregistrées dans un formulaire standard. Nous avons évalué la performance de l'examen clinique pour le diagnostic de la présentation fœtale en calculant la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive et négative.

Taille d'échantillon et analyse

Pour déterminer une sensibilité de 75% (avec un intervalle de confiance de 95%, et une précision de $\pm 10\%$ autour de la valeur attendue), nous avons besoin de 100 femmes avec une présentation en siège. Comme 6% à 8% des grossesses uniques sont en présentation du siège vers 35 à 37 semaines de grossesse⁷, nous avons besoin de 1250 à 1700 femmes pour avoir un échantillon de 100 femmes avec une présentation en siège. Nous avons étudié les facteurs prédictifs associés au diagnostic correct de présentation fœtale en utilisant des tests de contingence et nous avons utilisé les analyses de sensibilité pour examiner spécifiquement la performance de l'examen en fonction des

caractéristiques maternelles. On a considéré $P < 0,05$ comme significatif et on a réalisé des analyses avec le logiciel SAS version 8.2 (SAS Institute, Cary, NC).

Résultats

Sur les 1707 femmes éligibles, 65 ont refusé de participer à l'étude faute de temps ou à cause de l'inquiétude d'avoir trop d'échographies pendant leur grossesse, et 9 ont été exclues en raison de données manquantes. La moyenne d'âge des 1633 participantes était de 31 ans (Déviation standard (DS) : 5,4) ; 55% des femmes étaient nullipares ; 31% étaient en surpoids ou obèse ; et 61% étaient de type caucasien. Plus de 60 personnels soignants ont participé à l'étude, 55% des examens étaient réalisés par des médecins ou des internes, 28% par des sages-femmes et 17% par des obstétriciens.

L'échographie a identifié une présentation non-céphalique chez 130 femmes (8%), dont 103 (6,3%) avec une présentation en siège et 27 (1,7%) avec une présentation transverse ou oblique. La sensibilité de l'examen clinique dans l'identification de la présentation non-céphalique était de 70% et la spécificité de 95% (tableau). Une sensibilité similaire a été trouvée pour la présentation du siège (70%, de 61% à 78%). Les valeurs prédictives positive et négative étaient, respectivement, de 55% et 97%.

La sensibilité de l'examen clinique pour déterminer la présentation non-céphalique n'était associée à aucune caractéristique maternelle particulière, mais la sensibilité avait tendance à augmenter chez les femmes qui ont déjà été enceintes (multipares) et chez celles qui ont un faible indice de masse corporelle (tableau). La proportion de femmes chez lesquelles la présentation céphalique a été correctement diagnostiquée (spécificité) augmentait de façon statistiquement significative avec l'augmentation de l'âge gestationnel et la diminution de l'indice de masse corporelle ($P < 0,05$) (tableau).

Discussion

Dans cette grande étude sur une population générale de femmes enceintes, nous avons trouvé que l'examen clinique n'était, généralement, pas assez sensible pour diagnostiquer précisément la présentation en fin de grossesse. Même si l'examen clinique faisait passer la probabilité de présentation non céphalique de 8% (probabilité pré-test ou prévalence) à 55% (probabilité post-test ou valeur prédictive positive)⁸, seulement 70% des présentations non-céphaliques ont été décelées. Si l'on applique nos résultats à une population générale de femmes enceintes de 1000 femmes, l'examen clinique mettrait en évidence la présentation non-céphalique chez 101 femmes mais il s'avèrerait exact dans seulement 56 cas ; et 24 femmes avec une présentation non-céphalique n'auraient pas été diagnostiquées comme telles.

Forces et limites de l'étude

Nous avons inclus un large échantillon non sélectionné et utilisé les données de l'examen clinique pratiqué au moment approprié pour la prise en charge des présentations non-céphaliques en fin de grossesse. Des études précédentes ont trouvé que la sensibilité de l'examen clinique pour la détection de présentation non-céphalique allait de 28% à 88%. Ces études étaient de faible effectif, de faible puissance statistique et incluaient des grossesses à risque élevé et des âges gestationnels bas (allant de 20 à 42 semaines)³⁻⁶. La prévalence de la présentation non-céphalique, que nous avons observée, était cohérente avec les valeurs trouvées dans des études longitudinales sur la présentation fœtale⁹, suggérant ainsi que nos résultats peuvent s'appliquer à d'autres services d'obstétrique.

Nous n'avons pas recueilli d'informations sur les cliniciens, aussi nous n'avons pas pu vérifier si certains cliniciens en particulier avaient pu biaiser les résultats. Comme tous les examinateurs étaient au courant de l'étude et que tous les résultats des examens cliniques étaient enregistrés et vérifiés, nous avons supposé que les personnes qui ont réalisé les examens cliniques seraient vigilantes. Néanmoins, il est possible que certains n'aient pas été très attentifs sachant que les diagnostics allaient être vérifiés par l'échographie.

Possibilité d'amélioration

L'introduction d'une échographie de routine pour contrôler la présentation fœtale en fin de grossesse devrait améliorer la performance du diagnostic. Cependant, les coûts, la disponibilité des ressources, et la faisabilité doivent être pris en considération, de même qu'une éventuelle mauvaise connaissance des personnels soignants à ce sujet. Une analyse coût efficacité serait nécessaire avant la nouvelle mise en application et la réalisation de changements dans la pratique clinique en obstétrique. Toutefois, les faibles valeurs de la performance de l'examen clinique trouvées parmi les femmes en surpoids ou obèses suggèrent qu'une échographie en fin de grossesse est recommandée chez ces femmes.

L'examen clinique de contrôle de la présentation fœtale est une procédure relativement simple et, avec une diligence sans relâche, des audits réguliers et un feedback, la performance peut être améliorée. La variabilité de la performance en fonction de l'examineur et de son niveau d'expérience suggère également qu'il y a une possibilité d'amélioration de tous les professionnels prenant en charge des grossesses^{3,5,10}.

Traduction des termes figurant dans le tableau :		Normal weight	Poids normal
Characteristic	Caractéristiques	Overweight	Surpoids
Overall	Générales	Obese	Obésité
Maternal age (years)	Age maternel (ans)	Country of birth	Pays de naissance
Gestational age (weeks)	Age gestationnel (sem)	Australia	Australie
Parity:	Parité	New Zealand	Nouvelle Zélande
Nulliparous	Nullipare	Asia	Asie
Multiparous	Multipare	Other	Autres
Body mass index	Indice de masse corporelle	CI (confidence interval)	Intervalle de confiance
Thin	Maigre		

Tableau. Sensibilité et spécificité (en %) de l'examen clinique pour identifier la présentation foetale.

Characteristic	Non-cephalic, correctly diagnosed		Cephalic, correctly diagnosed	
	No of cases	Sensitivity (95% CI)	No of cases	Specificity (95% CI)
Overall	91/130	70 (62 to 78)	1429/1503	95 (94 to 96)
Maternal age (years):				
<35	55/84	65 (64 to 66)	1100/1158	95 (94 to 96)
≥35	34/44	77 (75 to 79)	319/336	95 (94 to 96)
Gestational age (weeks):				
34-35	32/41	78 (76 to 80)	316/343	92 (91 to 93)
36	29/44	66 (64 to 68)	492/512	96 (95 to 97)
37-38	28/43	65 (63 to 67)	615/641	96 (95 to 97)
Parity:				
Nulliparous	49/73	67 (65 to 68)	779/820	95 (94 to 96)
Multiparous	42/57	74 (72 to 75)	643/677	95 (94 to 96)
Body mass index:				
Thin	9/13	69 (62 to 76)	109/115	95 (94 to 96)
Normal weight	49/67	73 (72 to 74)	862/898	96 (95 to 97)
Overweight	19/28	68 (65 to 71)	234/241	97 (96 to 98)
Obese	3/8	38 (26 to 49)	139/156	89 (88 to 90)
Country of birth:				
Australia/New Zealand/Europe	52/72	72 (71 to 73)	855/900	95 (94 to 96)
Asia	18/39	46 (67 to 72)	407/424	96 (95 to 97)
Other	8/11	69 (37 to 54)	144/152	95 (94 to 96)

Numbers may not add up to totals because of missing data.

- 1 Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000083.
- 2 Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001;322:1089-93.
- 3 Watson WJ, Welter S, Day D. Antepartum identification of breech presentation. *J Reprod Med* 2004;49:294-6.
- 4 Thorp JM Jr, Jenkins T, Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstet Gynecol* 1991;78:394-6.
- 5 McFarlin BL, Engstrom JL, Sampson MB, Cattledge F. Concurrent validity of Leopold's maneuvers in determining fetal presentation and position. *J Nurse Midwifery* 1985;30:280-4.
- 6 Lydon-Rochelle M, Albers L, Gorwoda J, Craig E, Qualls C. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth* 1993;20:132-5.
- 7 Roberts CL, Nassar N, Raynes-Greenow CH, Peat B. Update on the management of term breech deliveries in NSW, Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003;43:173.
- 8 Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 2: predictive values. *BMJ* 1994;309:102.
- 9 Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 1976;125:269-70.
- 10 Nassar N. Breech presentation: facilitating informed decision-making [dissertation]. Sydney, NSW: University of Sydney, 2005.

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL

**Professeurs
A-M. SCHOTT – C. COLIN**

DUREE 3H 00

NOTEE SUR 100

LCA

1^{ère} partie - Rédigez le résumé de l'article en 250 mots maximum dans la grille prévue à cet effet et en suivant les consignes du CNCI (voir ci-dessous).

Rappel des consignes du CNCI pour le résumé :

- Le résumé doit être rédigé dans la grille prévue à cet effet et doit faire au maximum 250 mots (+4 mots)
- Il faut impérativement respecter 4 parties : OBJECTIFS, METHODES, RESULTATS, CONCLUSION (chacun de ces quatre mots doit être écrit en majuscule et encadré et est comptabilisé dans le compte des mots. Ne pas sauter de cases entre les parties)
- Comptent comme un mot (une case) :
 - un mot :
 - simple ou composé avec ou sans tiret (exemple : globulines, gamma globulines, α trypsine...);
 - l'article (le, la, un, l'...) associé au mot doit être dans la même case ;
 - une conjonction (et...);
 - un nombre ou une expression chiffrée ($m \pm SD$, $p < 0,05$, $IC95(a-b)$);
 - un sigle (sauf s'il est attaché à un mot : Médicament® compte une seule case), (exemple : OBNI);
 - un acronyme accepté par le CNCI (quel que soit le nombre de lettres) (ex: Sida);
 - les abréviations acceptées par le CNCI (une case par abréviation exemple Se= sensibilité = une case);
 - les lettres utilisées isolément (α , β ...).
 - les numéros ou lettres d'une énumération (accompagnés ou non d'une ponctuation ou d'un tiret (ex : a, a), 1-, 1)...);
- Ne comptent pas séparément (doivent donc être associés dans une case) :
 - la ponctuation (., ; ? !);
 - les signes conventionnels ($>$, $<$, \sim ...);
 - les guillemets ;
 - les parenthèses ou crochets ;
 - l'article (le, la, un, l'...) associé au mot ;
 - les unités associées à un nombre (ex : 18 mg, 172 ml/min. m², 26 m/s).
- Comptent séparément (doivent être inscrits dans des cases séparées) tous les autres cas
- Il est conseillé de respecter les proportions : 20-30 ; 80-100 ; 80-100 ; 40-60 mots

2^{ème} partie - Questions :

1. Quelle est l'hypothèse de recherche ?
2. Le design (type) de l'étude est-il approprié à la question posée ? Expliquez.
3. Quels sont les objectifs de l'étude ?
4. Le test étudié est-il suffisamment bien décrit ? argumentez.
5. Comment les auteurs se sont-ils prémunis de biais de mesure ?
6. Peut-on dire que l'examen clinique est plus performant pour les âges gestationnels les plus élevés ? et chez les multipares ?
7. Il est important de s'assurer que la population étudiée est représentative de la population de toutes les femmes en fin de grossesse. Donnez les éléments en faveur d'une bonne représentativité et les éléments plutôt défavorables
8. Indiquez les conséquences éventuelles des éléments défavorables à une bonne représentativité
9. Quelles sont les valeurs caractérisant les performances du test évalué pour identifier les présentations non-céphaliques de façon générale chez les femmes en fin de grossesse (sans tenir compte des caractéristiques spécifiques des femmes)? Que signifie en particulier le résultat concernant la valeur prédictive positive (VPP) ?

Performance diagnostique de l'examen clinique pour identifier la présentation non-céphalique en fin de grossesse : étude transversale

Note explicative sur la présentation fœtale et les différents niveaux de maternités :

En général, c'est durant le 9ème mois que le bébé descend dans le bassin maternel. La présentation du crâne (présentation céphalique) est la plus fréquente (plus de 95 %) et la plus favorable à un accouchement normal et l'accouchement naturel par voie basse est le plus souvent envisageable sauf cas particuliers. Dans la présentation du siège ce sont les fesses ou les pieds du bébé qui se présentent à l'entrée du bassin maternel et dans la présentation transverse ce ne sont ni la tête, ni les fesses de l'enfant qui se présentent. Ces deux dernières présentations (appelées non-céphaliques) entraînent souvent des complications lors de l'accouchement. Lorsque le diagnostic en est fait suffisamment tôt avant l'accouchement, il est possible de remédier dans certains cas à cette situation en pratiquant une version par manœuvre externe, réalisée par l'obstétricien sous contrôle échographique, pour remettre l'enfant en position céphalique permettant d'envisager un accouchement par les voies naturelles. Si cette version est impossible, une césarienne est nécessaire en cas de présentation transverse, et discutée en cas de présentation du siège.

Il existe différents niveaux de maternité : Les maternités de niveau 1, aptes à prendre en charge des grossesses sans facteur de risque périnatal, celles de niveau 2 capables de prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins plus complexes (maternités associées à un service de pédiatrie néonatale) et celles de niveau 3 ayant la capacité de prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins très importants, avec risques vitaux (maternités associées à une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale).

Introduction

La détection prénatale de la présentation non-céphalique – que ce soit la présentation du siège, transverse ou oblique – en fin de grossesse est importante pour une prise en charge adaptée et la prise de décision clinique. Pour la présentation du siège, les femmes et leur médecin peuvent décider de tenter une version manuelle externe afin d'augmenter les chances d'une naissance par voie basse, ou alors de programmer une césarienne. La durée optimale de grossesse étant de 37 semaines pour pratiquer une version manuelle et de 39 semaines pour la césarienne¹. Le diagnostic de présentation non-céphalique après le début du travail entraîne une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile².

La présentation fœtale est généralement évaluée par la palpation de l'abdomen (examen clinique), bien que nous ne connaissions pas la performance de cet examen en fin de grossesse³⁻⁶. Nous avons mené une étude transversale afin de comparer l'examen clinique avec l'examen de référence : l'échographie.

Méthodes

Patients, lieu et recueil des données

Nous avons mené cette étude dans une maternité de niveau 3 de Sydney (Australie) entre septembre 2003 et décembre 2004. Les femmes enceintes d'un enfant unique entre 35 et 37 semaines de grossesse étaient éligibles. Des sages-femmes, médecins, internes ou obstétriciens, tous au courant de l'étude,

apportaient les soins prénataux habituels. Toutes les femmes éligibles ont eu un examen clinique afin de contrôler la présentation fœtale. Par la suite, celles qui ont donné leur accord pour participer à l'étude, ont passé une échographie pour confirmer le diagnostic. L'échographie a été réalisée avec une machine portable selon un protocole de référence. Les radiologues ne connaissaient pas les résultats de l'examen clinique avant de pratiquer l'échographie.

Nous avons recueilli les données concernant l'examen clinique prénatal dans les dossiers médicaux et les avons enregistrées dans un formulaire standard. Nous avons évalué la performance de l'examen clinique pour le diagnostic de la présentation fœtale en calculant la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive et négative.

Taille d'échantillon et analyse

Pour déterminer une sensibilité de 75% (avec un intervalle de confiance de 95%, et une précision de $\pm 10\%$ autour de la valeur attendue), nous avons besoin de 100 femmes avec une présentation en siège. Comme 6% à 8% des grossesses uniques sont en présentation du siège vers 35 à 37 semaines de grossesse⁷, nous avons besoin de 1250 à 1700 femmes pour avoir un échantillon de 100 femmes avec une présentation en siège. Nous avons étudié les facteurs prédictifs associés au diagnostic correct de présentation fœtale en utilisant des tests de contingence et nous avons utilisé les analyses de sensibilité pour examiner spécifiquement la performance de l'examen en fonction des

Traduction des termes figurant dans le tableau :		Normal weight	Poids normal
Characteristic	Caractéristiques	Overweight	Surpoids
Overall	Générales	Obese	Obésité
Maternal age (years)	Age maternel (ans)	Country of birth	Pays de naissance
Gestational age (weeks)	Age gestationnel (sem)	Australia	Australie
Parity:	Parité	New Zealand	Nouvelle Zélande
Nulliparous	Nullipare	Asia	Asie
Multiparous	Multipare	Other	Autres
Body mass index	Indice de masse corporelle	CI (confidence interval)	Intervalle de confiance
Thin	Maigre		

Tableau. Sensibilité et spécificité (en %) de l'examen clinique pour identifier la présentation fœtale.

Sensitivity and specificity (as %) of clinical examination for detecting fetal presentation

Characteristic	Non-cephalic, correctly diagnosed		Cephalic, correctly diagnosed	
	No of cases	Sensitivity (95% CI)	No of cases	Specificity (95% CI)
Overall	91/130	70 (62 to 78)	1429/1503	95 (94 to 96)
Maternal age (years):				
<35	55/84	65 (64 to 66)	1100/1158	95 (94 to 96)
≥35	34/44	77 (75 to 79)	319/336	95 (94 to 96)
Gestational age (weeks):				
34-35	32/41	78 (76 to 80)	316/343	92 (91 to 93)
36	29/44	66 (64 to 68)	492/512	96 (95 to 97)
37-38	28/43	65 (63 to 67)	615/641	96 (95 to 97)
Parity:				
Nulliparous	49/73	67 (65 to 68)	779/820	95 (94 to 96)
Multiparous	42/57	74 (72 to 75)	643/677	95 (94 to 96)
Body mass index:				
Thin	9/13	69 (62 to 76)	109/115	95 (94 to 96)
Normal weight	49/67	73 (72 to 74)	862/898	96 (95 to 97)
Overweight	19/28	68 (65 to 71)	234/241	97 (96 to 98)
Obese	3/8	38 (26 to 49)	139/156	89 (88 to 90)
Country of birth:				
Australia/New Zealand/Europe	52/72	72 (71 to 73)	855/900	95 (94 to 96)
Asia	18/39	46 (67 to 72)	407/424	96 (95 to 97)
Other	8/11	69 (37 to 54)	144/152	95 (94 to 96)

Numbers may not add up to totals because of missing data.

- Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000083.
- Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001;322:1089-93.
- Watson WJ, Welter S, Day D. Antepartum identification of breech presentation. *J Reprod Med* 2004;49:294-6.
- Thorp JM Jr, Jenkins T, Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstet Gynecol* 1991;78:394-6.
- McFarlin BL, Engstrom JL, Sampson MB, Cattledge F. Concurrent validity of Leopold's maneuvers in determining fetal presentation and position. *J Nurse Midwifery* 1985;30:280-4.
- Lydon-Rochelle M, Albers L, Gorwoda J, Craig E, Qualls C. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth* 1993;20:132-5.
- Roberts CL, Nassar N, Raynes-Greenow CH, Peat B. Update on the management of term breech deliveries in NSW, Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003;43:173.
- Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 2: predictive values. *BMJ* 1994;309:102.
- Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 1976;125:269-70.
- Nassar N. Breech presentation: facilitating informed decision-making [dissertation]. Sydney, NSW: University of Sydney, 2005.

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE CARDIOLOGIE

Professeur JF. OBADIA

DUREE 1H 00

NOTE SUR 100

CAS N°1

Une femme âgée de 20 ans consulte en médecine générale pour un certificat d'aptitude sportive. Elle pratique le vélo en compétition depuis de nombreuses années sans aucune limitation physique. Elle ne présente aucun facteur de risque cardio-vasculaire. Lors de l'examen clinique le seul élément anormal est l'auscultation cardiaque avec un click meso-systolique suivi d'un souffle télé-systolique.

Questions :

1. Quels conseils donnez-vous à cette patiente ?

Six ans plus tard, cette patiente qui a déjà eu un enfant et qui en désire un deuxième vous consulte à nouveau. Cette fois le souffle est holo-systolique, intense, prédominant au foyer mitral. Un bilan échographique datant d'un an montre une fraction d'éjection à 45 %, un diamètre ventriculaire gauche à 65 mm en télé-diastole et 40 mm en télé-systole. L'oreillette gauche est dilatée à 30 cm² en planimétrie. Un enregistrement Holter a noté que les épisodes de palpitations correspondent en fait à des épisodes d'arythmie par fibrillation auriculaire.

2. Un ou des examens complémentaires sont-ils nécessaires ? Argumentez l'intérêt de chacun d'entre eux.
3. Quel est le diagnostic le plus probable ?
4. Quels traitements médicamenteux doivent être envisagés ? Justifiez votre réponse.
5. Quelles sont les options chirurgicales possibles et leurs intérêts respectifs ?

Considérez que la patiente a pu bénéficier d'une prise en charge idéale. Trois ans plus tard, l'auscultation cardiaque est normale, le rythme est sinusal. Un nouveau bilan échographique montre une fraction d'éjection à 60 %, un diamètre ventriculaire gauche à 49 mm en télé-diastole et 31 mm en télé-systole. L'oreillette gauche est à 22 cm².

6. Quels traitements médicaux sont à recommander ?
7. Quels conseils pour la pratique du sport ?
8. Une nouvelle grossesse est-elle possible ?

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE CARDIOLOGIE

Docteur D. ANGOULVANT

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 100

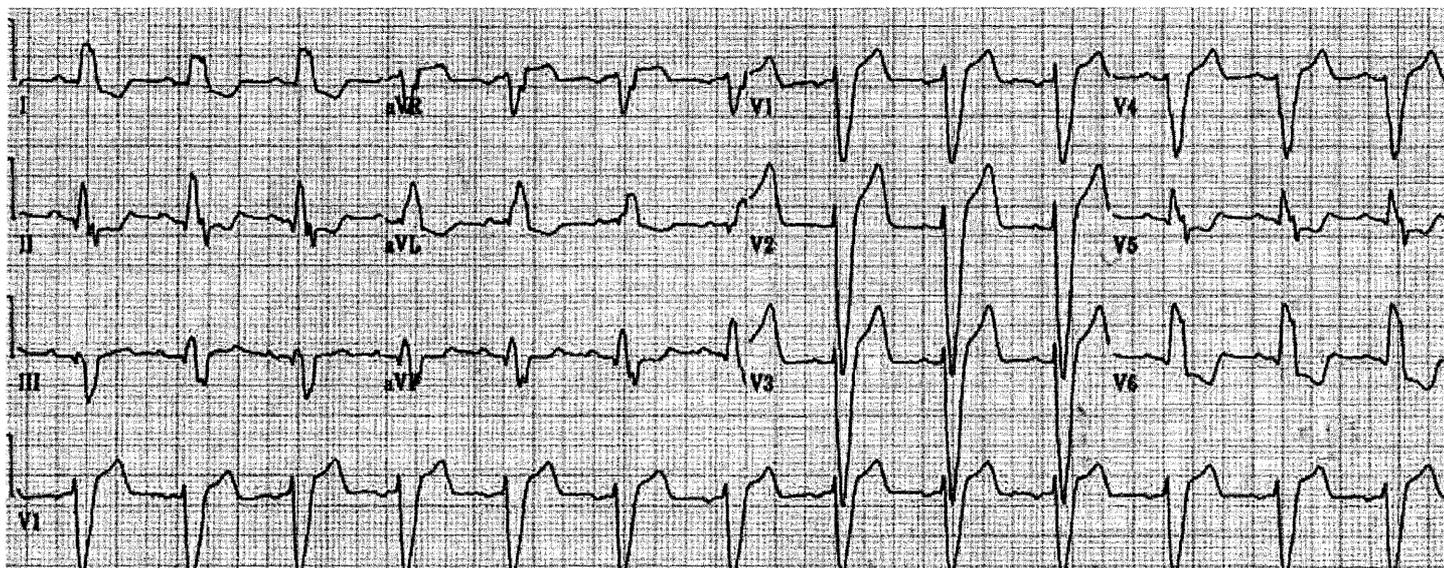
CAS N°2

Un homme de 65 ans vient consulter pour douleurs thoraciques. Il se plaint depuis 6 mois de douleurs retrosternales apparaissant à l'effort. C'est l'augmentation de fréquence des crises douloureuses depuis 15 jours qui l'a décidé à venir consulter.

Il précise qu'il est traité depuis 5 ans par amlodipine pour hypertension artérielle et que jusqu'à il y a 15 jours les crises étaient rares et survenaient en particulier lorsqu'il soulevait des charges lourdes ou escaladait rapidement une côte. Actuellement les crises surviennent pour des efforts modérés ou après 100 m de marche en terrain plat et s'accompagnent de difficultés à respirer qui disparaissent très rapidement à l'arrêt de l'effort. Il n'a par contre jamais eu de douleurs de repos.

Questions :

1. Quel diagnostic évoquez-vous en première intention ? Justifiez brièvement.
2. Quels éléments en faveur de ce diagnostic recherchez-vous à l'interrogatoire ?
3. Expliquez brièvement l'origine probable des difficultés respiratoires rapportées par le patient.
4. Vous enregistrez l'ECG de repos suivant :



Interprétez ce tracé. Quelle est sa contribution à votre démarche diagnostique ?

5. Vous demandez un dosage sanguin de la troponine i . Pourquoi ?
6. Le dosage de troponine i est négatif. Quelle prise en charge proposez-vous à ce patient ? Justifiez brièvement.

Une coronarographie est réalisée. Elle objective une sténose coronaire serrée à 90% de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) proximale, une sténose intermédiaire à 60% de l'artère marginale gauche et des plaques d'athérome sans sténose angiographiquement significatives de la coronaire droite. La sténose de l'IVA est traitée par angioplastie au ballon suivie de la pose d'un stent coronaire non actif.

L'angiographie ventriculaire gauche montre un ventricule non dilaté avec hypokinésie antérieure limitée et fraction d'éjection à 55%, sans fuite mitrale.

7. Expliquez brièvement le mécanisme physiopathologique probablement en cause dans l'augmentation récente de la fréquence et de la sévérité des douleurs thoraciques.
8. Rédigez l'ordonnance que vous proposez au patient au décours de la revascularisation.

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE DERMATOLOGIE

Professeur M. FAURE

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 60

CAS N°1

Mme D..., âgée de 73 ans, en bonne santé, sans antécédent particulier, présente depuis la veille des plaques érythémateuses papuleuses et prurigineuses. Vous faites donc le diagnostic d'urticaire

Questions :

1. Quel renseignement obtenir pour confirmer cliniquement ce diagnostic ?
2. Quel examen complémentaire éventuel envisager utile au diagnostic ?
3. Quel traitement topique proposer ?
4. Quel traitement systémique à envisager ?

Vous revoyez cette femme au bout de deux mois. Elle revient vous voir car les lésions urticariennes se sont étendues aux quatre membres et au tronc et sont devenues pérennes. Le prurit est devenu sévère. Plus récemment, depuis quelques jours, sont apparus sur les placards papuleux des cuisses et des avant-bras des décollements bulleux à contenu clair ou hémorragique.

5. Quel diagnostic évoquer ?
6. Que montre l'examen anatomopathologique après biopsie d'une petite zone de décollement bulleux ?
7. Quels sont les deux examens complémentaires alors utiles pour confirmer ce diagnostic et que mettent-ils en évidence ?
8. Quel traitement proposer ?

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION

Professeur F. BORSON-CHAZOT

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 100

CAS N°1

Une jeune fille de 17 ans consulte pour une aménorrhée secondaire apparue après traitement d'une maladie de Hodgkin par chimiothérapie et radiothérapie toto-corporelle. Elle est en rémission et ne prend aucun traitement. Le poids est physiologique à 52 kg pour 1,60 m, sans amaigrissement récent. Elle se plaint de bouffées de chaleur nocturnes, depuis quelques mois. Il n'y a pas de galactorrhée ni d'hirsutisme. Elle a fait un test de grossesse qui est négatif. Le dosage de FSH est à 65 UI/l (Valeurs normales : 3 à 10 UI/l)

Questions :

1. Quelle est, selon vous, la cause de l'aménorrhée ? Quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur de cette hypothèse ?
2. Quels examens vous semblent utiles pour confirmer le diagnostic ?
3. Dans le cadre de la surveillance, vous réalisez un bilan thyroïdien qui retrouve une concentration plasmatique de TSH à 0,4 mUI/l (Valeurs normales : 0,5 à 5 mUI/l) et une T4l à 7 pmol/l (Valeurs normales : 11 à 19 mUI/l). Comment interprétez-vous ce résultat ? Quelle peut en être la cause ?
4. Faut-il mettre en place un traitement à visée thyroïdienne et si oui, lequel ? Quelle sera la surveillance ?
5. Dans les suites d'un épisode infectieux, elle présente quelques mois plus tard, une asthénie intense, un amaigrissement de quelques kilos avec perte de l'appétit. La tension artérielle est à 80/50 mm Hg. Le ionogramme sanguin retrouve une natrémie basse à 128 mmoles/l (Valeurs normales : 135 à 145 mmol/l), la kaliémie est à 3,8 mmol/l (Valeurs normales : 3,5 à 4,5 mmol/l). Quelle est votre hypothèse ? Argumentez.
6. Quels examens hormonaux pourraient permettre d'obtenir la confirmation du diagnostic ? Le caractère d'urgence de la situation clinique remet-il en cause votre stratégie diagnostique et si oui que proposez-vous ?
7. Elle consulte, quelques années plus tard, pour une hyperplasie thyroïdienne nodulaire, avec à l'échographie un nodule de 12 mm de diamètre du lobe droit. Comment complétez-vous les explorations ?

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION

Professeur P. MOULIN

DUREE 1H 00

NOTE SUR 100

CAS N°2

Vous êtes le médecin traitant de Mr Dupond depuis plusieurs années. Vous le suivez pour une insuffisance cardiaque associée à une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle et un reflux gastro-oesophagien. Cet homme âgé de 73 ans vit seul chez lui depuis le décès de son épouse survenu il y a quelques mois. Il se déplace très difficilement du fait d'une arthrose de hanche invalidante et d'un surpoids puisqu'il pèse 90 kg pour 1,70 m. Vous êtes appelé à son domicile par sa fille unique qui trouve que son père est de plus en plus triste et mange très peu ; elle s'inquiète. Elle habite en Allemagne et ne pourra pas venir lui rendre visite durant ce mois d'août.

Vous trouvez effectivement Mr Dupond très asthénique. Il dit ne plus avoir vraiment d'appétit et qu'il a un peu maigri. Il dit qu'il prend son traitement régulièrement (digoxine 1/2 cp/j, furosemide 20 mg/j, ramipril 5 mg/j, simvastatine 20 mg/j, omeprazole 20 mg/j). Votre examen clinique est sans particularité par rapport au précédent. A l'interrogatoire son alimentation apparaît anarchique.

Questions :

1. Quels sont les nutriments auquel il faut être attentif chez la personne âgée ? Quels sont les repères de consommation des différentes catégories d'aliments à proposer ?
2. Compte tenu de la chaleur de ce mois d'août, quels conseils pratiques donnez-vous à Mr Dupond pour limiter le risque de déshydratation ?

Il vous rappelle à son chevet 6 mois plus tard car il est essoufflé depuis deux semaines. Il présente une polyxénation et est anxieux. Il a eu un scanner avec injection d'iode 2 mois auparavant pour des céphalées importantes sans étiologie organique retrouvée. Vous l'examinez et trouvez un poids de 83 kg. L'auscultation cardiaque est très irrégulière ; il est tachycarde, polypnéique avec des crépitations bilatéraux. Vous n'arrivez pas à palper son foie à cause de son embonpoint ; il présente des oedèmes francs des deux membres inférieurs.

Vous réalisez un bilan sanguin à domicile qui montre une albuminémie à 27 g/l, un ionogramme sanguin normal, une NFS qui révèle une lymphopénie sans anémie. La bandelette urinaire est normale.

3. Quel est votre diagnostic le plus plausible ? Quelle pathologie sous-jacente la plus plausible serait susceptible d'expliquer la décompensation actuelle de ce patient ? Quel bilan biologique dans ce contexte serait nécessaire pour confirmer votre hypothèse ?
4. Que pensez-vous de l'état nutritionnel de ce patient ?

Après 1 an de prise en charge et correction totale des anomalies de l'épisode précédent, vous revoyez votre patient. Il a retrouvé un excellent appétit, consomme trois canettes de bière par jour et pèse 95 kg. Son hypertension est équilibrée à 135/85 mmHg sans hypotension orthostatique.

Examens courants				
Plaquettes		292	10*9/1	(150 - 500)
Globules blancs		6.35	10*9/1	(4.30 - 10.00)
Héogrammes				
Globules rouges		4.72	10*12/1	(4.30 - 5.90)
Hémoglobine		131	g/L	(139 - 163)
Hématocrite		0.39		(0.39 - 0.55)
VGM		98	fL	(80 - 100)
TGMH		27.7	pg	(25.4 - 34.6)
CCMH		336	g/L	(300 - 370)
Granulocytes Neutrophiles		56	%	(40 - 75)
Neutrophiles		3.53	10*9/1	(1.80 - 7.20)
Lymphocytes		30.5	%	(20.00 - 40.00)
Lymphocytes		1.94	10*9/1	(1.50 - 4.00)
Monocytes		9	%	
Monocytes		0.56	10*9/1	(0.20 - 1.00)
Granulocytes Eosinophiles		4	%	
Eosinophiles		0.27	10*9/1	(0.00 - 0.70)
Granulocytes Basophiles		1	%	
Basophiles		0.06	10*9/1	(0.00 - 0.15)

EXAMENS SANGUINS
Analyseur Architect Abbott

Aspect du plasma : Non hémolysé	Limpide		Valeurs de référence	
Ionogramme plasmatique				
Sodium	140	mmol/L	135 - 145	
Potassium	4,3	mmol/L	3,5 - 4,8	
Chlorures	103	mmol/L	98 - 108	
Potentiométrie indirecte				
Bicarbonates.....	30	mmol/L	24 - 30	
M. enzymatique UV				
Protéines totales.....	71	g/L	60 - 76	
M. au Biuret/KI				
Calcium total	2,29	mmol/L	2,20 - 2,60	
Photométrie Arsenazo III				
Urée.....	12,6	mmol/L	3,0 - 9,2	
M. enzymatique UV cinétique				
Créatinine.....	160	µmol/L	64 - 104	
Méthode enzymatique				
Estimation du D.F.G. :	45	ml/min/1,73m ²	>90	
Formule MDRD simplifiée				
Glucose.....	8,92	mmol/L	4,40 - 6,40	02/04/09
M. Hexokinase - plasma hépariné				
soit :	1,43	g/L		
Enzymologie				
A.S.A.T./T.G.O.	70	U/L	9 - 45	
Recom. IFCC avec PP				
A.L.A.T./T.G.P.	70	U/L	9 - 65	
Recom. IFCC avec PP				
Gamma GT	80	U/L	12 - 64	Recom. IFCC
(substrat carboxylé)				
Hémoglobine glyquée Méthode HPLC - Variant Biorad				
HBA1C	7,8	%	4,0 - 6,0	

EXAMENS URINAIRES

Analyseur Architect Abbott

			Valeurs usuelles par 24h
- Volume des urines	Non renseigné		
- Durée du recueil	Miction urinaire		
Microalbuminurie	120,0	mg/L	<20,0 mg/24h

BIOCHIMIE DES LIPIDES ET LIPOPROTEINES

Valeurs de référence

Exploration d'une anomalie lipidique	Limpide		
Aspect du sérum : Non hémolysé			
Cholestérol total	6.2	mmol/L	3,80 - 6,00
PAP-Abbott - Architect			
	2,50	g/L	
Triglycérides totaux	3.2	mmol/L	<1,70
PAP-Abbott - Architect			
	2.9	g/L	<1,50
Cholestérol des H.D.L	1,36	mmol/L	>1,00
M. directe Catalase Abbott			
	0,53	g/L	>0,40
Cholestérol des L.D.L.	3.82	mmol/L	2,20 - 4,10
Formule de Friedewald si Tg <3,75 mM			
soit	1,47	g/L	<1,60

5. Quelles sont les difficultés particulières chez ce patient en terme de prise en charge hygiéno-diététique de son diabète de type 2 ?
6. Quel traitement médicamenteux lui proposer en première intention pour son déséquilibre glycémique ? Parmi les 4 classes médicamenteuses suivantes argumentez celle(s) que vous choisissez : biguanides (ex metformine), glitazone (ex pioglitazone), glinide-sulfamide (ex glimepiride), gliptine (ex sitagliptine)?

Malgré les mesures diététiques observées et le retour de son hémoglobine glycosylée à 7,2%, le bilan lipidique sous simvastatine 20 mg/j est le suivant :

BIOCHIMIE DES LIPIDES ET LIPOPROTEINES

Valeurs de référence

Exploration d'une anomalie lipidique

Aspect du sérum : Non hémolysé

	Lipide		
Cholestérol total	5.6	mmol/L	3,80 - 6,00
PAP-Abbott - Architect	1.95	g/L	
Triglycérides totaux	2.6	mmol/L	<1,70
PAP-Abbott - Architect	2.17	g/L	<1,50
Cholestérol des H.D.L	1,10	mmol/L	>1,00
M. directe Catalase Abbott	0,42	g/L	>0,40
Cholestérol des L.D.L.	3.50	mmol/L	2,20 - 4,10
Formule de Friedewald si Tg <3,75 mM			
soit	1,34	g/L	<1,60

7. Que faut-il lui proposer ? Argumentez.

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE HEMATOLOGIE

Professeur M. MICHALLET

DUREE 1H 00

NOTE SUR 100

CAS N°1

Un jeune garçon, âgé de 15 ans, vous est adressé pour syndrome infectieux. Au plan familial, on note une leucémie aiguë lymphoblastique chez un cousin, il y a sept ans. Il n'a pas d'antécédent personnel. Il existe une asthénie importante chez cet enfant sportif.

Cliniquement, la fièvre est à 39°C, la tension artérielle à 130/70 mmHg, le pouls à 97/mn. L'enfant se plaint d'une dysphagie et de maux de gorges importants étant apparus, comme la fièvre, il y a 4 jours. Le poids est stable.

À l'examen, il existe un subictère conjonctival et l'on retrouve une hypertrophie amygdalienne et un érythème pharyngé pétéchial. Il existe des adénopathies dans toutes les aires ganglionnaires, de 1 à 2 cm de diamètre dont certaines sont sensibles. L'abdomen est souple, mais sa palpation retrouve une splénomégalie débordant de 2 cm le rebord costal. La radio de thorax est sans particularité.

L'hémogramme est le suivant : Globules rouges $4,5 \cdot 10^6/\text{mm}^3$; Hémoglobine : 12,96 g/dl; Hématocrite : 39%; VGM : $89 \mu^3$; TGMH : 29 pg; Leucocytes $11830/\text{mm}^3$; Polynucléaires neutrophiles : 11%, éosinophiles : 0,7%, basophiles : 0,1%; Lymphocytes : 83,5%; Monocytes : 4,7%; Plaquettes : $120 \cdot 000/\text{mm}^3$. Certains lymphocytes ont une taille anormalement augmentée, un noyau excentré, un cytoplasme abondant et hyperbasophile.

Questions :

1. Quelles anomalies constatez-vous à la lecture de l'hémogramme ?
2. Quel syndrome biologique présente ce patient ?
3. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique et son étiologie (justifiez votre réponse) ?
4. A quoi correspondent les anomalies des lymphocytes ?
5. Les parents sont inquiets car les anomalies sanguines présentées par leur fils leur rappellent le diagnostic effectué sept ans plus tôt chez l'un de leur neveu. Que leur expliquez-vous ?
6. Quel examen sérologique prescrivez-vous pour confirmer votre hypothèse diagnostique ?
7. À quoi attribuez-vous le subictère conjonctival ?
8. Ayant confirmé votre diagnostic, quel(s) traitement(s) à visée étiologique et symptomatique prescrivez-vous ?
9. En dehors de votre hypothèse diagnostique et indépendamment de la situation clinique présente, quelles sont les principales autres causes pouvant induire les perturbations hématologiques biologiques décrites ici ?
10. Compte tenu de l'observation, à quelle complication, rare, mais potentiellement grave, est exposé votre patient ? Quelle mesure prenez-vous pour la prévenir ?

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE MALADIES INFECTIEUSES

Professeur D. PEYRAMOND

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 60

SUJET A (JAUNE)

QCM

Les Questions 1 à 20 sont à réponse unique:

1. Proposition exacte concernant la vaccination contre la rougeole :

- A. Ne doit jamais être administrée avant l'âge de 12 mois.
- B. Comporte une première dose à l'âge de 12 mois et un rappel entre 13 et 24 mois.
- C. Ne doit pas être administrée chez un sujet qui a été victime d'un contage récent.
- D. Ne protège efficacement contre la rougeole que pendant quelques années.
- E. Est contre-indiquée chez les enfants ayant des antécédents de convulsions.

2. Proposition exacte concernant le paludisme et sa prévention :

- A. La chimioprophylaxie antipalustre ne doit se prendre que pendant le voyage.
- B. Les répulsifs cutanés ne peuvent être utilisés que chez l'enfant de plus de deux ans.
- C. En zone endémique le paludisme se transmet à n'importe quelle altitude.
- D. Le fait d'avoir reçu une chimioprophylaxie antipalustre rend peu probable le fait de développer un accès palustre après le retour.
- E. La meilleure protection contre les piqûres d'anophèle est de dormir sous une moustiquaire imprégnée.

3. Les pneumopathies à *Mycoplasma pneumoniae* (proposition correcte) :

- A. Affectent essentiellement les nourrissons.
- B. Evoluent souvent vers l'abcédation parenchymateuse.
- C. Peuvent être documentées par la recherche d'antigènes urinaires spécifiques.
- D. Relèvent d'un traitement par macrolide.
- E. Nécessitent une antibiothérapie de 1 semaine.

4. L'amoébose intestinale (proposition exacte) :

- A. Est secondaire à la pénétration trans-cutanée du parasite.
- B. Est souvent mortelle sans traitement.
- C. Se manifeste par une diarrhée hydrique très abondante.
- D. Se complique parfois d'endocardite infectieuse.
- E. Peut être à l'origine d'un syndrome dysentérique apyrétique.

5. **Quelle est la complication neurologique la plus fréquente de la varicelle ?**
- A. Leucoencéphalite périveineuse hémisphérique
 - B. Paralysie faciale périphérique
 - C. Méningite lymphocytaire aiguë
 - D. Cérébellite aiguë
 - E. Polyradiculonévrite
6. **–Proposition exacte concernant les infections à Papillomavirus humains (PVH) :**
- A. Potentiel oncogène élevé pour les muqueuses génitales, rectales et les ovaires.
 - B. Ne comportent pas de risque de transmission mère-enfant.
 - C. Les condylomes acuminés sont associés aux PVH 6 et 11 non oncogènes.
 - D. Les lésions cutané-muqueuses sont bien plus étendues et graves chez les sujets VIH positif mais les risques néoplasiques ne sont pas plus élevés que dans la population générale.
 - E. Les vaccins anti PVH sont indiqués essentiellement chez les jeunes filles pré pubères issues des couches sociales défavorisées.
7. **L'angine est une inflammation aiguë, douloureuse et fébrile (proposition correcte) :**
- A. Des amygdales palatines
 - B. Des amygdales linguales et palatines
 - C. Des amygdales et de leurs piliers antérieurs et postérieurs
 - D. Des végétations adénoïdes
 - E. De l'ensemble des formations lymphoïdes de l'oropharynx
8. **La vaccination contre la coqueluche (proposition exacte) :**
- A. Est obligatoire en France.
 - B. Est recommandée dès la naissance.
 - C. Ne peut être pratiquée qu'à l'aide d'un vaccin combiné.
 - D. Comporte un rappel à l'âge de 5-6 ans.
 - E. Ne doit pas être administrée chez l'adulte.
9. **La rage déclarée est toujours mortelle chez l'animal comme chez l'homme. En pratique il s'agit :**
- A. D'une encéphalite nécrosante temporale.
 - B. D'une polyradiculonévrite ascendante.
 - C. D'une polynévrite extensive affectant les nerfs crâniens et rachidiens.
 - D. D'une rhombencéphalite du tronc cérébral avec dysautonomie.
 - E. D'une encéphalomyélite.

10. Vous devez mettre en place un traitement antibiotique chez un patient de 74 ans qui présente une ostéite post traumatique tibiale ancienne avec fistule purulente chronique à la peau. Lors d'une reprise chirurgicale récente, un *Staphylococcus aureus* oxacilline-Sensible et un *Escherichia coli* ampicilline-Résistant ont été mis en évidence in situ. Parmi les associations antibiotiques suivantes laquelle vous semble adaptée en première intention avant retour de l'antibiogramme ?

- A. Teicoplanine + gentamicine
- B. Oxacilline + ceftriaxone + ofloxacine
- C. Oxacilline + rifampicine + pipéracilline
- D. Ceftriaxone + flagyl + bactrim
- E. Oxacilline + amoxicilline/clavulanate

11. Parmi les manifestations cliniques suivantes, laquelle peut être causée par *Ureaplasma urealyticum*.

- A. Lymphogranulomatose vénérienne
- B. Urétrite subaiguë
- C. Angiomatose bacillaire
- D. Conjonctivite à inclusion
- E. Vaginose bactérienne à clue cells

12. La vaccination contre la poliomyélite (proposition correcte) :

- A. Est inutile car cette maladie a disparu.
- B. Est réalisée en France uniquement avec un vaccin combiné inactivé.
- C. Est réalisée en France avec un vaccin vivant atténué.
- D. Ne comporte que 3 injections en primo vaccination dans la première année, un rappel dans la seconde année, sans nécessité de rappels ultérieurs.
- E. Entraîne des effets secondaires fréquents et graves.

13. L'un des différents hémogrammes suivants est particulièrement évocateur d'une infection primaire à virus Epstein-Barr en cours d'évolution. Lequel ?

Leucocytes G/l	Polynucléaires %	Lymphocytes %	Monocytes %	Lympho stimulés %
A : 12,0	47	45	5	0
B : 4,0	35	60	3	0
C : 15,0	27	31	15	24
D : 8,0	38	52	8	2
E : 10,0	58	25	14	0

14. L'expérience prouve que les personnes les plus à risques de développer une pathologie infectieuse, à l'occasion d'un voyage en pays tropical, sont (réponse exacte) :
- A. Les personnes qui visitent la première fois le pays.
 - B. Les enfants de moins de 5 ans.
 - C. Les migrants revenant passer quelques jours en famille au pays.
 - D. Les sujets qui effectuent une randonnée en brousse.
 - E. Les personnes âgées en voyage organisé en groupe.
15. Proposition exacte concernant le traitement des méningites bactériennes de l'enfant :
- A. La monothérapie en première intention avec une céphalosporine des 3^e génération, recommandée par la conférence de consensus est discutée en pédiatrie en raison de la problématique de la résistance du pneumocoque.
 - B. Le traitement recommandé pour une méningite à méningocoque est de 10 jours.
 - C. La corticothérapie est recommandée pour toutes les méningites bactériennes de l'enfant.
 - D. Dans les méningites à pneumocoque de l'enfant, la corticothérapie diminue le risque de décès.
 - E. Une restriction hydrique doit être imposée dans les 24 premières heures.
16. Proposition exacte concernant les antibiotiques de la famille des macrolides :
- A. Inhibent l'ADN-gyrase qui permet l'enroulement de l'ADN bactérien.
 - B. Leur action est de type « bactéricide temps-dépendant ».
 - C. Sont éliminés essentiellement par voie urinaire.
 - D. Sont volontiers utilisés, dans les mêmes indications, en cas d'allergie aux pénicillines.
 - E. Ne doivent pas être associés aux corticoïdes.
17. Parmi les suivants, quel virus est impliqué dans des syndromes mononucléosiques ?
- A. Rotavirus
 - B. Virus de l'immunodéficience humaine
 - C. *Paramyxovirus parotidis*
 - D. *Myxovirus influenzae*
 - E. Rhabdovirus
18. En dehors des situations d'immunodépression cellulaire, la survenue d'un zona peut être favorisée par d'autres circonstances, toutefois parmi les suivantes, une n'est jamais en cause. Laquelle ?
- A. Colique néphrétique
 - B. Chirurgie abdominale
 - C. Ponction lombaire
 - D. Menstruations
 - E. Traumatisme médullaire

19. Quinze jours après un contact sexuel, un homme développe une urétrite. Vous n'avez pas la possibilité de documenter cet épisode. Quelle attitude thérapeutique vous semble logique ? (NB : les posologies sont exactes)
- A. Ceftriaxone dose unique de 250 mg IM
 - B. Spectinomycine dose unique de 2g IM + Cotrimoxazole 400 mg dose unique
 - C. Ceftriaxone dose unique de 250 mg IM + Amoxicilline *per os* : 2 g/ j x 7 j
 - D. Ciprofloxacine 500 mg dose unique *per os*
 - E. Ceftriaxone dose unique de 250 mg IM + azitromycine : 1 g dose unique *per os*
20. Parmi les antibiotiques suivants, un seul est actif sur les bactéries intra cellulaires strictes. Lequel ?
- A. Oxacilline
 - B. Gentamicine
 - C. Cefotaxime
 - D. Doxycycline
 - E. Teicoplanine

Les Questions 21 à 60 sont à réponses multiples :

21. Concernant les diarrhées (Proposition(s) exacte(s)) :
- A. Le syndrome dysentérique évoque un mécanisme toxinique.
 - B. L'examen parasitologique des selles s'impose chez le patient VIH +.
 - C. La coproculture doit être réalisée pour confirmer le diagnostic étiologique dans toutes les diarrhées aiguës.
 - D. Le choléra confère une immunité permanente.
 - E. *Shigella dysenteriae* est pathogène de par son caractère invasif et la sécrétion d'une toxine.
22. Afin de prévenir le paludisme d'importation chez les voyageurs :
- A. L'information des patients sur les risques réels est un élément essentiel à l'observance.
 - B. Les répulsifs ne comportent aucune toxicité.
 - C. La chimioprophylaxie doit toujours être débutée 3 semaines avant le départ.
 - D. La quinine peut être utilisée pour la prévention.
 - E. La femme enceinte doit éviter de voyager en zone de transmission.
23. Le diagnostic d'une pédiculose du cuir chevelu :
- A. Repose sur la mise en évidence de lentes sur les cheveux.
 - B. Repose sur l'évidence de la perte des cheveux.
 - C. Est évoqué devant un prurit rétro auriculaire.
 - D. Entraîne systématiquement une éviction scolaire.
 - E. Impose un traitement par voie générale.

24. La gale de l'adulte immunocompétent est caractérisée par :
- A. Des lésions des espaces inter digitaux des mains.
 - B. Un prurit.
 - C. Une très grande contagiosité.
 - D. Des lésions de la face.
 - E. Une atteinte palmo-plantaire.
25. Mr Y a une endocardite infectieuse sur valve native. Quels sont les éléments qui poussent à opérer ce patient en urgence ?
- A. Hémorragie intracranienne par rupture d'anévrisme mycotique
 - B. Abscesses de l'anneau
 - C. Végétation de plus de 15 mm
 - D. Insuffisance cardiaque contrôlée
 - E. Abscesses spléniques
26. Au cours du paludisme sévère de l'adulte ((Proposition(s) exacte(s)) :
- A. Les parasites se multiplient dans les neurones cérébraux.
 - B. Les échanges gazeux dans les poumons sont régulièrement altérés.
 - C. Les complications neurologiques peuvent apparaître en quelques heures.
 - D. Le traitement se fait par l'association atovaquone + proguanil.
 - E. La femme enceinte est protégée contre les formes graves.
27. Un enfant a été mordu à la main par un chat errant qui n'a pu être capturé. Parmi les suivantes, retenir la (les) attitudes(s) prophylactique(s) adaptée(s) à cette situation.
- A. Vacciner l'enfant en priorité contre une pasteurellose.
 - B. Débuter rapidement la prophylaxie antirabique de l'enfant car il s'agit d'une plaie hautement rhabdigène.
 - C. Vérifier l'état de la vaccination antitétanique de l'enfant.
 - D. Etablir une surveillance médicale de l'enfant pendant 2 semaines à la recherche des signes de rage débutante.
 - E. Si l'on peut récupérer rapidement l'animal, il sera sacrifié afin de faire une recherche de virus rabique dans son encéphale.
28. Parmi les éléments suivants, retenir celui ou ceux en faveur de l'étiologie méningococcique d'une méningite bactérienne chez un adulte.
- A. Antécédents même anciens de traumatisme crânien
 - B. Antécédents de sinusite aiguë
 - C. Forme comateuse et hypertensive
 - D. Présence d'un purpura extensif
 - E. Syndrome méningé franc à début rapide

29. Concernant les Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) (Proposition(s) exacte(s)) :
- A. Ce sont des maladies à déclaration obligatoire.
 - B. L'étiologie la plus fréquente des TIAC en France est représentée par *Staphylococcus aureus*.
 - C. Les TIAC dues à *Staphylococcus aureus* ont une durée d'incubation très courte.
 - D. Le mécanisme producteur des TIAC dues à *Staphylococcus aureus* est de type invasif.
 - E. Le mécanisme producteur des TIAC par le *Bacillus cereus* est de type toxinique.
30. Quelles sont les propositions exactes concernant le Taeniasis à *T.saginata*?
- A. C'est une infection cosmopolite.
 - B. Les anneaux apparaissent dans les selles ou dans les sous-vêtements.
 - C. Le bœuf est un hôte définitif.
 - D. La contamination se fait par ingestion de fruits ou de légumes contaminés.
 - E. Il n'y a pas de risque de contamination interhumaine.
31. La péri-hépatite vénérienne (syndrome de FITZ-HUGH-CURTIS) est une complication de quelle(s) pathologie(s) ?
- A. Hépatite B sexuellement transmise
 - B. Herpes génital à HSV 2
 - C. Infection génitale à Gonocoque chez la femme
 - D. Salpingite à *Chlamydia trachomatis*
 - E. Salpingite à *Bacteroides fragilis*
32. Dans la bronchite aiguë (propositions exactes) :
- A. L'infection est respiratoire basse mais ne concerne pas les alvéoles.
 - B. L'expectoration purulente est spécifique d'une pneumonie associée.
 - C. La CRP doit être réalisée car elle permet de distinguer les bronchites des pneumonies.
 - D. Une toux prolongée au cours d'une bronchite doit faire évoquer une coqueluche.
 - E. La fièvre est spécifique d'une pneumonie associée.
33. Retenir les propositions exactes concernant la primo-infection VIH :
- A. Est révélée par des symptômes évocateurs dans plus de 80 % des cas.
 - B. Peut être évoquée devant une éruption fébrile.
 - C. Peut être révélée seulement par une méningite aiguë lymphocytaire normoglycorachique.
 - D. Peut survenir jusqu'à 9 mois après un rapport sexuel contaminant.
 - E. Peut s'accompagner d'un syndrome mononucléosique.

34. Mr. D est hospitalisé en réanimation pour une pneumonie aiguë communautaire grave (propositions exactes) :
- A. On peut attendre les résultats des antigènes bactériens urinaires avant de débiter l'antibiothérapie.
 - B. En l'absence d'autre antécédent, il faut couvrir *Pseudomonas aeruginosa*.
 - C. Le fait que le patient ait pris de la ciprofloxacine il y a un mois contre indique l'utilisation d'une fluoroquinolone antipneumococcique.
 - D. Il est important d'utiliser un antibiotique actif sur *Legionella pneumophila*.
 - E. Le fait qu'il soit splénectomisé suffit pour ne couvrir que le pneumocoque.
35. Retenir les propositions correctes concernant les principes de l'antibiothérapie au cours des endocardites infectieuses :
- A. Toujours par voie intraveineuse
 - B. Forte dose
 - C. Bithérapie pendant toute la durée du traitement quelque soit la bactérie isolée
 - D. Bactéricide
 - E. A large spectre lorsque la porte d'entrée est digestive, en l'attente du retour des hémocultures
36. La giardiose (Proposition(s) exacte(s)) :
- A. Est une parasitose strictement humaine.
 - B. Peut être asymptomatique.
 - C. Se traduit par l'émission de selles pâteuses et décolorées.
 - D. Est due à l'ingestion d'eau de surface contaminée.
 - E. Sera moins fréquente si on se lave régulièrement les mains.
37. L'érysipèle (réponses exactes) :
- A. Est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë.
 - B. Est due aux *Streptococcus pyogenes* (S. β hémolytique groupe A) ou *S.agalactiae* (groupe B).
 - C. Est plus fréquent dans le sexe féminin.
 - D. A souvent pour cause un intertrigo lorsqu'il survient au niveau des membres inférieurs.
 - E. Les récurrences sont aussi fréquentes au niveau du visage que des membres inférieurs.

38. Concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire (propositions exactes) :
- A. Le pyrizinamide peut être prescrit pendant la grossesse.
 - B. Sous rifadine, il faut doubler la posologie d'une contraception orale pour assurer son efficacité.
 - C. La neurotoxicité de l'isoniazide est diminuée par la vitamine B6.
 - D. La prise d'éthambutol impose une surveillance ophtalmologique.
 - E. L'hépatite cytolytique est la principale cause d'arrêt du traitement.
39. Après un contact infectant avec un sujet tuberculeux contagieux (propositions exactes) :
- A. Une primo-infection tuberculeuse survient habituellement dans les 6 à 8 semaines et est toujours fortement symptomatique.
 - B. Un virage de l'intradermo-réaction signe la primo-infection tuberculeuse.
 - C. L'évolution vers une tuberculose maladie est moins fréquente chez l'enfant.
 - D. La gravité de l'érythème noueux est proportionnelle à la virulence de la bactérie.
 - E. Le risque d'évolution vers une tuberculose maladie est d'autant plus important qu'il existe une immunosuppression cellulaire.
40. Propositions exactes concernant la primo-infection à *Herpes simplex hominis* type 1 :
- A. En France, elle survient généralement dans les 5 premières années de vie.
 - B. Chez l'enfant le tableau le plus fréquent est celui de la gingivo-stomatite vésiculo-aphteuse.
 - C. Les atteintes oculaires sont à type de rétinite.
 - D. Le risque de myocardite s'observe dans près de 60 % chez l'immunodéprimé.
 - E. Au cours du SIDA, elle peut revêtir l'aspect très particulier de la leucoplasie chevelue de la langue.
41. Mr X, infecté par le VIH est soumis à une trithérapie antirétrovirale habituelle comportant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT) et un inhibiteur de protéase (IP). Après six mois de ce traitement une augmentation de 2 log. de la charge virale plasmatique laisse craindre l'acquisition de résistances. Parmi les suivantes, quelle(s) attitude(s) avoir devant cette situation ?
- A. S'assurer de la bonne compliance thérapeutique du patient.
 - B. Réaliser un test de résistance génotypique et modifier le traitement selon les résultats.
 - C. Passer d'emblée à l'association de 2 INRT différents des premiers et d'un inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase.
 - D. Remplacer l'IP par une autre en laissant les 2 INRT.
 - E. Ne rien faire avant le prochain contrôle dans 3 mois car il s'agit d'un rebond passager très fréquent dans cette pathologie.

42. Mr C est hospitalisé aux Urgences pour suspicion de pneumonie aiguë communautaire (propositions exactes) :
- A. La présence de crépitations unilatérales a une bonne valeur prédictive positive.
 - B. L'absence de polypnée, de tachycardie et de fièvre a une bonne valeur prédictive négative.
 - C. La radiographie de thorax est optionnelle.
 - D. L'antibiothérapie initiale peut ne pas couvrir *Legionella pneumophila* en l'absence de signe de gravité.
 - E. Il n'est pas nécessaire de couvrir le pneumocoque en l'absence de signe de gravité.
43. Les manifestations cutanéomuqueuses observées dans le cours évolutif d'une infection à VIH sont nombreuses et peuvent comporter :
- A. Des atteintes cutanéomuqueuses chroniques liées à HSV 1 et/ou HSV 2.
 - B. Des épisodes récurrents d'érysipèle du visage pouvant se généraliser.
 - C. Une dermatite séborrhéique du visage.
 - D. Les manifestations cutanéomuqueuses d'un sarcome de Kaposi liée à l'HHV8.
 - E. Un prurigo aspécifique.
44. Chez un patient récemment émigré d'Angola (propositions exactes) :
- A. Une forte fièvre associée à une hépatalgie à l'ébranlement doit faire suspecter un abcès amibien hépatique.
 - B. Une leishmaniose cutanée peut être secondaire à une plaie souillée par de la terre.
 - C. Un test de dépistage pour le VIH, le VHB et le VHC est à proposer.
 - D. Le risque de survenue de tuberculose est plus important dans les deux ans après son arrivée en France.
 - E. Trois mois après son arrivée, il n'a plus de risque de faire un accès palustre.
45. Le virus grippal H1N1 responsable de la pandémie de 2009-2010 (propositions exactes) :
- A. Est un virus d'origine aviaire.
 - B. Pourrait devenir le virus de la grippe saisonnière hivernale des prochaines années.
 - C. Est structurellement proche du virus responsable de la pandémie de grippe dite « asiatique » de 1957.
 - D. Reste pour le moment, très sensible à l'oseltamivir (Tamiflu*).
 - E. A été responsable de manifestations cliniques moins sévères chez les personnes de plus de 60 ans.

46. Concernant les moyens d'investigations morphologiques des infections ostéo-articulaires, retenir les propositions exactes :

- A. Les radiographies standards permettent de visualiser facilement les séquestres osseux car les signes d'infections osseuses sont lents à apparaître.
- B. L'IRM est l'examen idéal pour permettre de localiser précocement l'infection osseuse, en particulier dans les localisations vertébrales.
- C. L'IRM n'est pas utilisable dans les infections sur matériel d'ostéosynthèse.
- D. Les scintigraphies couplées (osseuse et polynucléaires marqués) ont une bonne valeur prédictive négative.
- E. La scintigraphie osseuse est contributive au diagnostic dès le 2ème mois postopératoire.

47. Concernant la Borelliose de Lyme (Proposition(s) exacte(s)) :

- A. Habituellement transmise par une morsure de tique du genre *Ixodes*.
- B. *Borellia burgdorferi* est un bacille gram négatif, immobile.
- C. L'érythème chronique migrant est pathognomique de la phase primaire de la maladie.
- D. Les blocs auriculo-ventriculaires observés en phase secondaire sont graves, nécessitent une surveillance en milieu hospitalier mais guérissent sans séquelles.
- E. L'association rifampicine + fluoroquinolone est réservée aux formes tertiaires.

48. Propositions exactes à propos des pharyngo-amygdalites bactériennes aiguës :

- A. Tout âge confondu, elles représentent 25 à 30 % des angines.
- B. Avant l'âge de 2 ans, *Haemophilus influenzae* est le principal agent étiologique.
- C. Les streptocoques du groupe A sont les agents bactériens les plus fréquents après 4 ans.
- D. Le staphylocoque doré est responsable d'angines ulcéro-nécrotiques.
- E. Après 50 ans, c'est le pneumococque qui domine les étiologies.

49. Un couple, âgé respectivement de 38 (lui) et 27 ans (elle), sans enfant, correctement vacciné jusqu'à présent, consulte pour remise à jour de leurs vaccinations avant un séjour professionnel de 2 ans en zone rural au Rwanda. Parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) leur proposez-vous ?

- A. Diphtérie-Tétanos- Coqueluche acellulaire-Poliomyélite
- B. Fièvre Typhoïde
- C. Fièvre Jaune
- D. Diphtérie-Tétanos- Poliomyélite
- E. Hépatite A

50. Propositions exactes s'appliquant aux quintes de toux de la coqueluche :

- A. Précédées d'une phase prodromique.
- B. Secousses moniliformes répétitives suivies d'une reprise inspiratoire bruyante.
- C. Rebelles à tous les antitussifs aux doses habituelles.
- D. Ramènent une expectoration épaisse et purulente.
- E. Sont toujours suivies d'une phase d'apnée d'autant plus longue qu'il s'agit d'un très jeune nourrisson.

51. Le vaccin BCG (propositions exactes) :

- A. Doit être administré par voie intradermique.
- B. Protège efficacement contre les formes graves de tuberculose.
- C. Protège à 80% contre la tuberculose pulmonaire.
- D. Est contre-indiqué chez les sujets immunodéprimés.
- E. Est responsable d'effets secondaires locaux dont les plus fréquents sont les abcès au point d'injection et les adénopathies dans le territoire d'injection.

52. Concernant le traitement de la tuberculose pulmonaire commune (propositions exactes) :

- A. Il repose sur la prescription de rifadine et d'isoniazide pendant 6 mois associée à du pyrizinamide et de l'éthambutol pendant les deux premiers mois.
- B. La multi résistance est définie par la résistance du bacille tuberculeux à la rifadine, l'isoniazide et le myambutol.
- C. Un bacille XDR (extensively drug resistance) n'est pas sensible à la rifadine, à l'isoniazide, à l'amikacine et aux fluoroquinolones.
- D. On oppose résistance primaire (sélection sous traitement) et secondaire (présente dès le début de l'infection).
- E. La multi résistance est fortement présente dans les pays de la confédération de Russie.

53. Quelles sont les vaccins contre-indiqués de principe au cours de la grossesse ?

- A. Vaccin anti-rubéoleux
- B. Vaccin anti-tétanique
- C. Vaccin anti hépatite B
- D. Vaccin anti-amaril
- E. Vaccin anti-varicelle

54. Chez l'adulte sain, quel(s) est (sont) le(s) mode(s) d'expression le(s) plus habituel(s) de l'infection primaire à cytomégalovirus ?
- A. Pneumonie interstitielle
 - B. Fièvre prolongée nue
 - C. Syndrome mononucléosique fébrile
 - D. Anémie hémolytique
 - E. Méningo-encéphalite aiguë ou sub-aiguë
55. Concernant l'otite moyenne aiguë chez l'enfant (propositions exactes) :
- A. Le staphylocoque doré en est la cause principale.
 - B. La présence d'un épanchement rétro tympanique suffit à affirmer le diagnostic.
 - C. Le risque d'évolution compliquée est plus important chez le nourrisson.
 - D. Une otite peut avoir une étiologie virale.
 - E. La guérison spontanée d'une otite moyenne aiguë est une éventualité fréquente.
56. La bronchiolite du nourrisson (propositions exactes) :
- A. Est due à *Haemophilus influenzae*.
 - B. Se manifeste par une épidémie hivernale survenant chaque année.
 - C. Affecte principalement les nourrissons de moins de 1 an.
 - D. Se traduit par une dyspnée inspiratoire.
 - E. Peut provoquer des apnées.
57. Propositions exactes concernant les vaccins antigrippaux utilisés en France hors pandémie :
- A. Vaccins à virus inactivés ou fragmentés.
 - B. Associant généralement une souche de virus A et 2 souches différentes de virus B.
 - C. Sont indiqués chez les insuffisants respiratoires sauf ceux dont l'insuffisance est d'origine allergique.
 - D. Sont contre-indiqués chez la femme enceinte.
 - E. Sont contre-indiqués chez le sujet allergique aux protéines de l'œuf.
58. Sur un scanner thoracique réalisé chez un patient porteur d'une tuberculose pulmonaire commune (propositions exactes) :
- A. Les lésions sont souvent présentes aux apex.
 - B. Les cavernes tuberculeuses sont des cavités nécrotiques intra parenchymateuse.
 - C. Il s'y associe très souvent des images de miliaire.
 - D. Le drainage de la caverne dans l'espace pulmonaire donne des images typiques appelées « dissémination bronchogène ».
 - E. Les nodules de dissémination bronchogène suivent une distribution vasculaire.

59. Une patiente vous est confiée pour une prise en charge d'une endocardite infectieuse à *Staphylococcus aureus* sur valve mitrale native. A l'admission, l'échographie transoesophagienne (ETO) retrouve une végétation de 8 mm avec une petite IM sans destruction valvulaire. Vous mettez en route le traitement antibiotique. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) vous semble (ent) importante(s) de réaliser 48 h après le début ?

- A. Auscultation cardiaque
- B. Recherche des signes cliniques d'embolie
- C. Dosage du taux résiduel et du taux au pic de la gentamicine
- D. Nouvelle ETO
- E. Dosage de la troponine

60. Propositions exactes concernant les méningites bactériennes de l'enfant en France :

- A. L'incidence la plus élevée concerne la tranche d'âge de 0 à 1 an.
 - B. Au cours du premier mois de la vie, le pneumocoque représente l'étiologie la plus fréquente.
 - C. Chez l'enfant, toutes tranches d'âge confondues, le méningocoque reste l'étiologie dominante.
 - D. Chez le nourrisson de 0 à 1 an, *Haemophilus influenzae* représente la cause principale.
 - E. Les méningites à streptocoque du groupe B s'observent essentiellement chez le nouveau-né.
-

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE PNEUMOLOGIE

Professeur V. COTTIN

DUREE 1H 00

NOTE SUR 100

CAS N°1

Un malade de 69 ans, fumeur d'un paquet de cigarettes par jour de l'âge de 16 ans à 55 ans, est suivi depuis 8 ans pour une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Il présente une dyspnée d'effort de classe III de la *New York Heart Association*, qui s'est progressivement aggravée au cours des deux dernières années, et une bronchite chronique. Il est survenu quatre exacerbations de la BPCO au cours de l'année écoulée. Une exploration fonctionnelle respiratoire est réalisée (document joint). Le bilan biologique est normal (numération formule sanguine, protéine C-réactive, ionogramme sanguin, bilan d'hémostase).

NB : 1 kPa = 7,5 mmHg

* SPIROMÉTRIE			Observé	Théorique	Obs./Théo
Capacité vitale	litre	CV	2.36	3.48	67.82
Capacité inspiratoire	litre	CI		2.90	
Volume de réserve inspiratoire	litre	VRI			
Volume de réserve expiratoire	litre	VRE	1.42		
Volume expiratoire maximum sec	litre	VEMS	0.94	2.50	37.60
Rapport de Tiffeneau	%	VEMS/CV	39.83	72.81	54.70
Volume courant	litre	VC			
Fréquence ventilatoire	cycle/mn	FV			

FLUX VOLUME			Observé	Théorique	Obs./Théo
Capacité vitale air	litre	CVAir	2.36		
Capacité vitale hélium	litre	CVHelium			
Débit 50% CV air	litre/sec	D50CVAir	0.34	3.61	9.41
Débit 50% CV hélium	litre/sec	D50CVHelium			
Débit 25% CV air	litre/sec	D25CVAir	0.17	1.02	16.72
Débit 25% CV hélium	litre/sec	D25CVHe			
Volume Isodébit	litre	VIsDb			

Suite ..

TESTS PHARMACODYNAMIQUES			Observé	Théorique	Obs./Théo
BRONCHOCONSTRICTEUR POSITIF OU NÉGATIF :					
Dose liminaire de bronchoconstricteur	gamma	DLAC			
Après bronchodilatateur : CV	litre	CV		3.48	
Après bronchodilatateur : CI	litre	CI		2.90	
% d'amélioration de la CI	litre	%			
Après bronchodilatateur : VEMS	litre	VEMS	1.02	2.50	40.80
Après bronchodilatateur : VEMS/CV	%	VEMS/CV		72.81	
% d'amélioration du VEMS	%	%	8.50		
Bronchoconstricteur		BC			
Positif / Négatif		PosNeg			

VOLUME RÉSIDUEL			Observé	Théorique	Obs./Théo
DILUTION D'HÉLIUM :					
Capacité résiduelle fonctionnelle	litre	CRF			
Volume résiduel	litre	VR			
Capacité pulmonaire totale	litre	CPT			
Volume résiduel/capacité totale	%	VR/CT			
PLÉTHYSMOGRAPHIE :					
Capacité résiduelle fonctionnelle	litre	CRF	4.64	3.61	128.60
Volume résiduel	litre	VR	4.22	2.76	152.89
Capacité totale	litre	CT	6.58	6.50	101.23
Volume résiduel/capacité totale	%	VR/CT	64.13	45.16	142.01
CI/CT		CI/CT			

Gaz du sang

			Repos 1 couché
Hémoglobine	Hb	g/l	135.00
Capacité en oxygène	Cap	mmol/l	8.27
Effort	Effort	watt	
Nombre de litres d'O2	LitreO2	L	
Durée	Temps	mn	
Fréquence cardiaque	FC		
GAZ ARTERIELS			
Saturation Carboxy Hb	SaCO	%	1.50
Saturation Oxy Hb	HbO2	%	92.40
Pression part. d'O2	PaO2	kPa	9.54
Pression part. de CO2	PaCO2	kPa	5.94
pH	pH		7.36
Contenu en CO2	CaCO2	mmol/l	25.50

Questions :

1. Interprétez de façon synthétique l'exploration fonctionnelle respiratoire.
2. Le malade est très essoufflé, et en éprouve de la difficulté à marcher rapidement même en terrain plat. Il vous demande la mise en place d'oxygène à son domicile, et s'il peut bénéficier d'une transplantation pulmonaire. Que lui répondez-vous ?
3. Quelle exploration simple et non invasive peut être utilisée pour évaluer de façon globale le handicap respiratoire à l'effort ?
4. Quelles sont les indications thérapeutiques médicamenteuses à ce stade (classes médicamenteuses uniquement) ?
5. Le patient est peu à peu conduit à réduire ses activités personnelles et vous demande quelles sont les autres possibilités de traitement. Quelle mesure thérapeutique non médicamenteuse peut être proposée ? Qu'en attendez-vous ?
6. Vous revoyez le patient un an plus tard en raison d'une hémoptysie de faible abondance. La radiographie que vous faites réaliser met en évidence une opacité dense, rétractile, de 3 cm de diamètre, sans bronchogramme aérique, située dans le segment de Fowler droit. Quels sont les 2 examens que vous préconisez en priorité pour rechercher la nature de cette opacité ?

EXAMEN SESSION 1 - MAI 2010

DCEM 2

MODULE RHUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE

Professeur R. CHAPURLAT

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 100

CAS N°1

Monsieur P, 60 ans, vous consulte car il souffre des articulations. Le patient présente par ailleurs un diabète de type 2, traité par metformine et glibenclazide, une hypertension artérielle traitée par l'association ramipril et hydrochlorothiazide et une hypertrophie bénigne de la prostate.

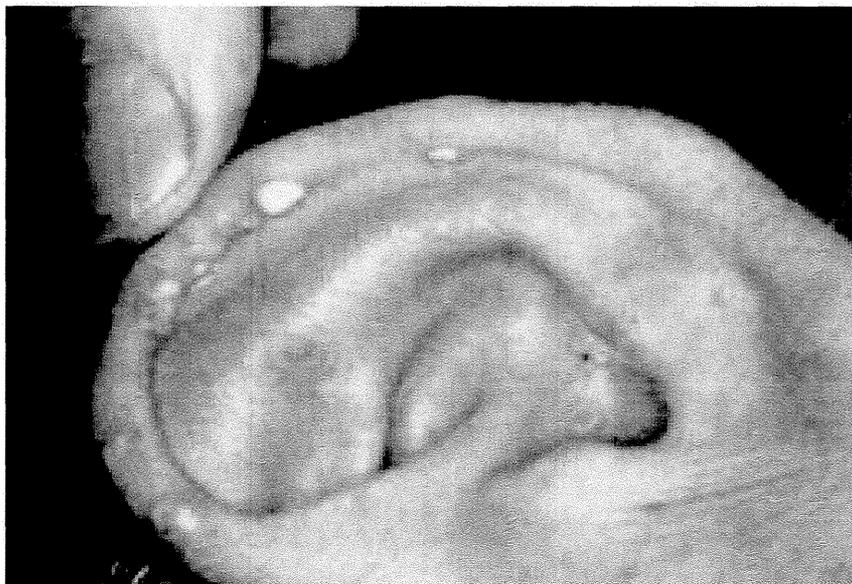
Il a présenté quelques crises douloureuses des chevilles ou du gros orteil (des deux côtés) ces cinq dernières années, mais d'évolution rapidement résolutive grâce à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il vous consulte cette fois-ci car il dit qu'il a beaucoup plus souffert que les fois précédentes d'une crise douloureuse au genou droit, qui reste en outre gonflé depuis une semaine. Son père présentait des épisodes similaires, mais Monsieur P. ne connaît pas le diagnostic précis.

A l'examen, vous notez une arthrite du genou droit ; poids = 98 kg, taille = 175 cm.

La dernière clairance de la créatinine (Cockcroft) a été mesurée il y a un mois à 65 ml/mn.

Questions :

1. Quelles grandes classes de pathologies articulaires peuvent expliquer le tableau clinique actuel, en raisonnant de manière systématique ?
2. Vous avez ponctionné le liquide synovial du genou. Quelles caractéristiques ce liquide doit-il avoir pour retenir un diagnostic de goutte, en tenant compte du contexte clinique de ce patient ?
3. Le patient vous montre en outre des anomalies cutanées. De quoi s'agit-il, à quoi sont dues ces anomalies ?





4. L'uricémie = 340 micromol/l (57 mg/l). Cela doit-il remettre en cause le diagnostic de goutte s'il a été porté sur le liquide synovial ? Justifiez.
5. Quelles mesures hygiéno-diététiques doit-on proposer pour la prise en charge de cette goutte ?
6. Quelle orientation thérapeutique à court terme doit-on proposer ?
7. Quelle orientation thérapeutique à long terme proposez-vous, avec quels objectifs thérapeutiques concrets ?
8. Quels sont les facteurs de risque cardio-vasculaires présents chez ce patient ?
9. Quel bilan de la maladie goutteuse est utile chez ce patient ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Apprentissage de L'exercice Médical
Question n°1 DOCTEUR B. CHARBOTEL
SESSION 2 JUIN – JUILLET Durée : 30 min

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST
Epreuve de DCEM2 – Module APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL
DOCTEUR B. CHARBOTEL « Question n°1 »
QUESTION DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
Durée : 30 minutes

Monsieur D est salarié d'une entreprise de maintenance. Lors d'une intervention chez un client, il a été victime d'un accident du travail (traumatisme du genou en chutant dans un escalier). Son état de santé nécessite des soins et un arrêt de travail.

Questions :

- 1- Dans la procédure de déclaration et d'indemnisation de cet accident du travail, expliquez en détail quels seront les rôles respectifs du patient, de son employeur, du médecin traitant, du médecin conseil de la sécurité sociale et du médecin du travail ?
- 2- Quels sont les avantages en nature et en espèce associés à la reconnaissance de cet événement en accident du travail ?

Note :

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Apprentissage de L'exercice Médical

Question n°2

DOCTEUR M. SICARD

SESSION 2 JUIN – JUILLET

Durée : 30 min

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note :

UFR LYON EST

Epreuve de DCEM2 – Module APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL

DOCTEUR M. SICARD « Question n°2 »

QUESTION DE MEDECINE LEGALE

Durée : 30 minutes

Mme J, 28 ans, a été hospitalisée dans un service de chirurgie orthopédique d'un hôpital public pour la prise en charge d'une fracture vertébrale lombaire et d'une fracture ouverte du fémur secondaires à une chute de trois étages.

Les circonstances de cette chute sont floues et la patiente dit ne plus se souvenir exactement de ce qu'il s'est passé. Elle se rappelle juste qu'elle était assise sur le rebord de la fenêtre de son appartement pour fumer une cigarette, souhaitant se détendre après la nouvelle dispute survenue entre elle et son compagnon. Elle concède une consommation d'alcool dans les heures qui ont précédé. Elle conteste l'hypothèse d'une tentative de suicide pour expliquer cette chute, mais dit qu'elle est régulièrement déprimée du fait de ces conflits et que cela lui est arrivé de penser à mourir. Une enquête policière est réalisée pour déterminer les causes de la chute.

Questions :

1. Vous êtes interpellé dans l'unité par un officier de police judiciaire qui souhaite connaître l'état de santé de la patiente, les conséquences physiques de son traumatisme ainsi que son état psychologique. **Que pouvez-vous lui répondre ?**

2. Mme J doit être opérée en urgence de sa fracture fémorale. Elle vous demande en quoi consiste l'opération et pour quelle raison elle est prescrite. **Quelle information allez-vous lui donner, et selon quels critères de qualité ?**

3. Sa fracture vertébrale est immobilisée par un corset et l'on n'a pas constaté de déficit neurologique dans l'immédiat, mais une consultation auprès d'un neurochirurgien est nécessaire pour pouvoir confirmer l'absence de complication médullaire. Supportant de moins en moins bien l'hospitalisation, la patiente demande à sortir deux jours avant cette consultation qui devait mettre un terme à l'hospitalisation. **Que faites-vous ?**

4. Mme J a bénéficié d'entretiens réguliers avec un psychiatre au cours de sa prise en charge. Lors de sa sortie, elle demande à consulter son dossier médical pour lire les observations rédigées par ce psychiatre. **Quelle est la conduite à tenir ?**

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Apprentissage de L'exercice Médical
Question n°3 PROFESSEUR C. COLLIN
SESSION 2 JUIN – JUILLET Durée : 30 min

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST
Epreuve de DCEM2 – Module APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL
PROFESSEUR C. COLLIN « Question n°3 »
Durée : 30 minutes

L'épidémiologie repose classiquement sur trois grands domaines qui ont chacun pour vocation de :

- a. décrire la maladie,
- b. expliquer ses causes,
- c. évaluer l'efficacité des programmes et des traitements ou prévenir ou guérir la maladie.

Question :

1. Citez pour chacun de ces domaines deux types d'études avec leurs avantages et leurs limites.

Note :

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Apprentissage de L'exercice Médical
Question n°4 Professeur JJ. LEHOT
SESSION 2 JUIN – JUILLET Durée : 30 min

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST
Epreuve de DCEM2 – Module APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL
PROFESSEUR JJ. LEHOT « Question n°4 »
Durée : 30 minutes

Monsieur A, 81 ans, a été hospitalisé dans votre service de réanimation pour une détresse respiratoire aiguë. Le diagnostic initial avait été celui d'une pneumopathie aiguë, une ventilation mécanique avait été mise en place après intubation oro-trachéale. Malheureusement, l'examen tomodensitométrique et la biopsie pulmonaire pratiqués ont mis en évidence un cancer bronchique.

Questions :

1. Dans l'hypothèse où vous pensez qu'une limitation thérapeutique doit être envisagée, quelles sont les personnes qui doivent participer à cette décision ?
2. Citez le support législatif de la limitation thérapeutique.
3. Quelles sont les modalités pratiques qui doivent être appliquées ?

Note :

EXAMEN SESSION 2 - JUILLET 2010

DCEM 2

MODULE CARDIOLOGIE

Professeur G. FINET

DUREE 1H 00

NOTE SUR 30

DOSSIER N°1

Mr GIL A, est agé de 56 ans.

Il se présente ce jour à 16 heures aux urgences (service de porte) de l'Hôpital Cardiologique de Lyon pour une douleur thoracique prolongée.

En effet, cette douleur, apparue pour la première fois, a débuté ce jour même à 13 heures pendant le déjeuner. Il décrit la douleur comme stricte, retrosternale, en barre, intense. Cette douleur n'est pas modifiée par la position ou la respiration. Il se sent un peu chaud et nauséux. Il n'y a pas d'essoufflement.

Son père avait eu dans le passé une "crise cardiaque". C'est pour cela qu'il a préféré venir directement à l'Hôpital Cardiologique.

Il est traité pour une HTA modérée (inhibiteur calcique, Amlodipine 10 mg/j). Il pèse 91 kg pour 1.70m. Commercial, il se déplace beaucoup et mange au restaurant tous les jours, à midi.

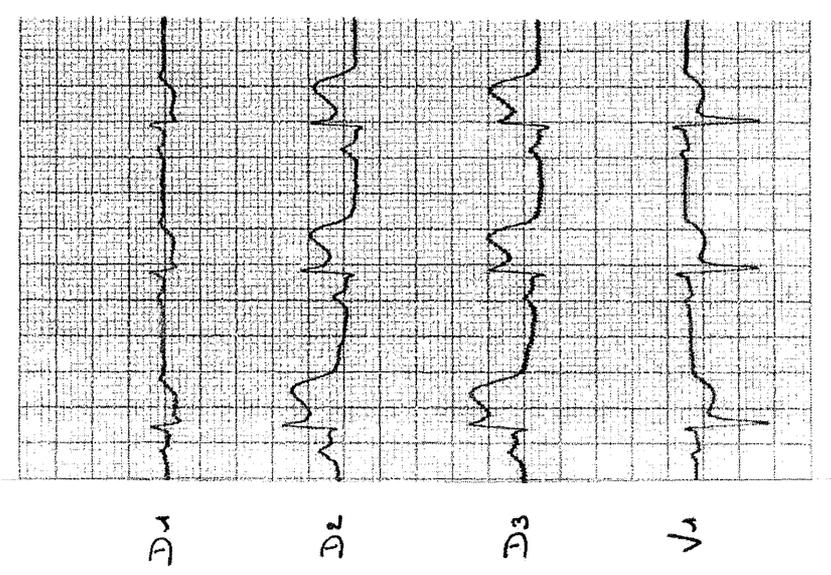
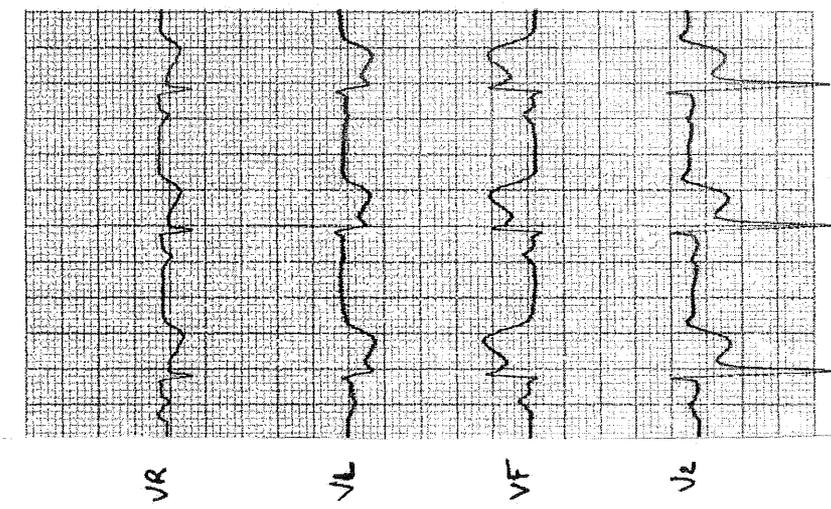
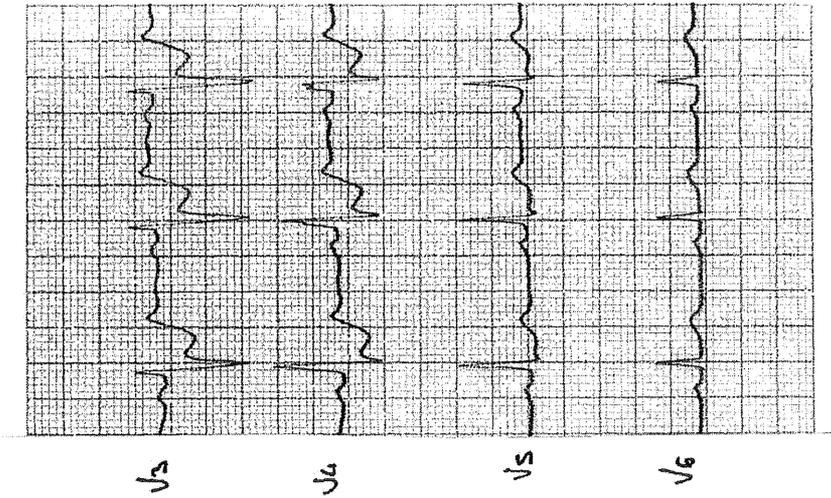
L'examen est sans particularité : TA (142/82 mm Hg), FC 68/min, auscultation cardiaque et pulmonaire normale.

L'ECG est fait immédiatement.

Questions :

1. **Quelle est votre analyse synthétique du tracé ECG ?**
2. **Quel est votre diagnostic positif final (complet et précis)?**
3. **Comment allez-vous gérez-vous ce patient sur le plan stratégique, et médicalement dans l'immédiat?**
4. **Au décours de son séjour hospitalier après avoir bénéficié d'un traitement classique et complet de sa pathologie, quels seront les éléments cliniques et paracliniques qui vous permettront de préciser le pronostic de ce patient ?**
5. **Quel sera le traitement médical (famille thérapeutique, DCI et posologie, durée) à la sortie du patient ?**

ECG



EXAMEN SESSION 2 - JUILLET 2010

DCEM 2

MODULE ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION

Professeur F. BORSON-CHAZOT

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 100

DOSSIER N°1

Un homme de 72 ans consulte pour le déséquilibre d'un diabète traité depuis 3 ans par biguanides. Il se plaint d'une asthénie, de palpitations et d'un amaigrissement de 6 kg en quelques semaines. Il n'y a pas d'altération de l'état général, l'appétit est conservé.

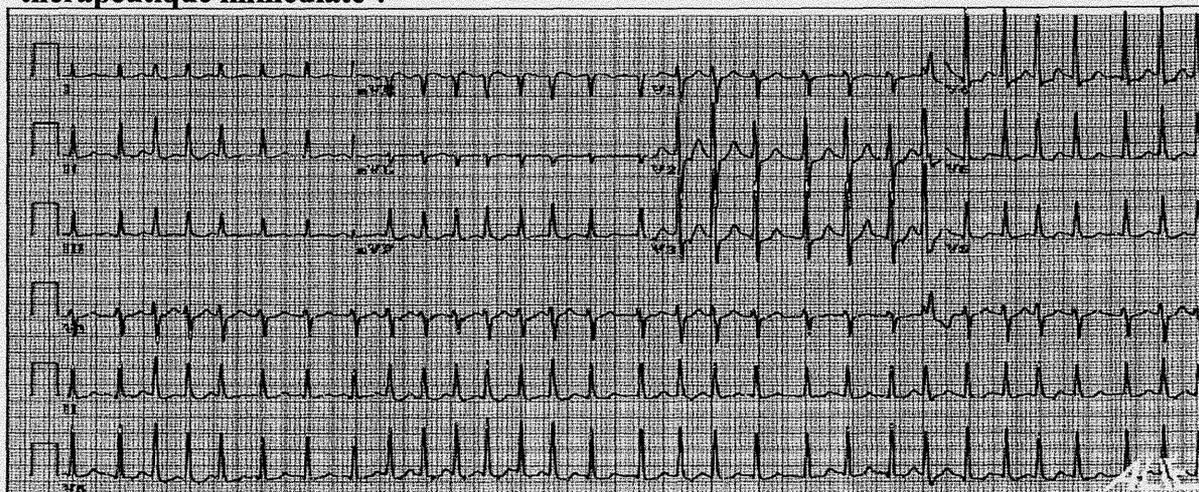
A l'interrogatoire, il n'y a pas d'antécédents familiaux de diabète.

A l'examen clinique : poids 62 kg, taille : 178 cm, TA : 130/80 mm Hg, Pouls rapide à 100/mn, tremblement fin des extrémités, palpation cervicale: nodule thyroïdien baso-lobaire droit de 3 cm de diamètre

Biologiquement : Glycémie : 2,85 g/l, HbA1C : 9,5%, créatininémie : 145 μ mol/l, kaliémie : 3.8 mmol/l (3.5-4.5 mmol/l), transaminases, Gamma GT normales, VS, CRP basses, glycosurie : +++ , acétonurie : négative

Questions :

1. Quel est selon vous le facteur déclenchant de la décompensation du diabète ? Argumentez.
2. Comment confirmez-vous le diagnostic ?
3. Dans cette hypothèse, comment expliquez-vous la décompensation du diabète sur le plan physiopathologique ?
4. Quelles sont les possibilités thérapeutiques pour la pathologie thyroïdienne ? Laquelle vous semble la mieux adaptée ? Argumentez.
5. Alors que vous voyez en consultation le patient pour le traiter, il se plaint de palpitations importantes. Vous réalisez un ECG. **Interprétez le tracé. Quelle est votre conduite à tenir thérapeutique immédiate ?**



6. D'après les éléments dont vous disposez dans l'observation, selon vous, de quel type de diabète est atteint ce patient ?
7. Que proposez-vous sur le plan thérapeutique ?

EXAMEN SESSION 2 - JUILLET 2010

DCEM 2

MODULE ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION

**Professeurs A. Martin
P. Moulin
N Peretti**

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 100

DOSSIER N°2

Monsieur X 25 ans, technicien dans une société de service informatique, consulte pour obtenir un certificat d'aptitude à la pratique du sport dans le cadre d'une épreuve de semi marathon qui aura lieu en octobre dans la région stéphanoise

Il n'a aucun ATCD personnel particulier, s'entraîne régulièrement depuis 3 ans sans symptôme fonctionnel particulier.

Il ne prend aucun traitement

Son poids se situe à 75 Kg /1m80 son tour de taille est à 88 cm. IMC 23

Questions :

- 1) **Dans le cadre de l'établissement de son certificat de non contre indication à la pratique de ce sport : que faut-il vérifier en particulier à l'examen clinique ?**
- 2) **Quels sont les éléments importants d'un certificat d'aptitude au sport ?_Rédigez le certificat lui-même**
- 3) **Quels conseils lui donnez-vous pour s'alimenter pendant et après l'épreuve ? Quels sont les objectifs de ces conseils ? (ne pas préciser les conseils concernant l'hydratation)**

Vous le revoyez 15 ans plus tard il a cessé son activité sportive, est devenu directeur de sa société, s'est mis à fumer 5 cigarettes quotidiennement depuis 5 ans, et pèse désormais 90 Kg/1 m 80 IMC 28, tour de taille à 101 cm, sa TA se situe à 145/95 mmHg sans hypoTA orthostatique.

Il a perdu son père il y a 10 ans à la suite d'un infarctus survenu à l'âge de 55 ans, celui-ci avait un diabète de type 2, une obésité , une hypertriglycéridémie.

Son frère est suivi pour une hypercholestérolémie modérée.

Son bilan biologique est le suivant :

BIOCHIMIE DES LIPIDES ET LIPOPROTEINES

Valeurs de référence

Exploration d'une anomalie lipidique

Aspect du sérum : Non hémolysé	Limpide		
Cholestérol total	7.15	mmol/L	3,80 - 6,00
PAP-Abbott - Architect	2,67	g/L	
Triglycérides totaux	3.2	mmol/L	<1,70
PAP-Abbott - Architect	2.9	g/L	<1,50
Cholestérol des H.D.L	1,1	mmol/L	>1,00
M. directe Catalase Abbott	0,43	g/L	>0,40
Cholestérol des L.D.L.	4.67	mmol/L	2,20 - 4,10
Formule de Friedewald si Tg <3,75 mM	soit 1,80	g/L	<1,60
Urée.....	6,6	mmol/L	3,0 - 9,2
M. enzymatique UV cinétique			
Créatinine.....	80	µmol/L	64 - 104
Méthode enzymatique			
Estimation du D.F.G. :	90	ml/mn/1,73m ²	>90
Formule MDRD simplifiée			
Glucose.....	6.2	mmol/L	4,40 - 6,40
M. Hexokinase - plasma hépariné	soit : 1,13	g/L	

4) De quel type de dyslipidémie primitive s'agit-il selon toute probabilité compte tenu des informations disponibles en l'état ; argumentez

5) Quelles sont les principales recommandations hygiéno diététiques que vous proposez? Formulez 3 recommandations concrètes et positives à visée lipidique

6) Après 6 mois d'efforts diététiques et une perte de poids de 3 Kg le bilan biologique est le suivant :

Cholestérol total	7.45	mmol/L	3,80 - 6,00
PAP-Abbott - Architect	2,87	g/L	
Triglycérides totaux	2.2	mmol/L	<1,70
PAP-Abbott - Architect	1.9	g/L	<1,50
Cholestérol des H.D.L	1,08	mmol/L	>1,00
M. directe Catalase Abbott	0,42	g/L	>0,40
Cholestérol des L.D.L.	4.54	mmol/L	2,20 - 4,10
Formule de Friedewald si Tg <3,75 mM	soit 1,75	g/L	<1,60
Glucose.....	5.2	mmol/L	4,40 - 6,40
M. Hexokinase - plasma hépariné	soit : 0.98	g/L	

Que préconisez-vous pour son traitement, citez la spécialité prescrite?

EXAMEN SESSION 2 - JUILLET 2010

DCEM 2

MODULE HEMATOLOGIE

Professeur M. MICHALLET

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 20

Un patient âgé de 48 ans, sans antécédent pathologique particulier, vous est adressé devant l'apparition de violentes douleurs sternales, dorsales basses et lombaires. Le tableau a débuté depuis 3 semaines, sans amélioration sous traitement antalgique. Apparition depuis 3 jours de sciatalgies et d'une hypoesthésie du gros orteil droit.

Le complément de bilan scanographique montre un processus tumoral des parties molles, para-vertébral droit associé à des lacunes osseuses en L4 et L5 et une amputation de la racine L5.

Le bilan biologique retrouve une protidémie à 85 g/l, la présence d'un pic monoclonal de type IgA Kappa à 23 g/l avec une diminution des immunoglobulines physiologiques polyclonales et une protéinurie de Bence Jones chiffrée à 5,13 g/24 heures. La calcémie est à 2,38 mmol/l, la créatininémie à 118 μ mol/l, le dosage des LDH à 964 UI/l et la β 2 microglobuline à 3,12 mg/l

Questions :

1. Quel diagnostic évoquez-vous ?
2. Comment complétez-vous le bilan ?
3. Le diagnostic évoqué repose sur 3 critères diagnostiques. Lesquels ?
4. Quelles sont les complications de cette maladie ?
5. Il existe un diagnostic différentiel dans cette pathologie. Lequel ?
6. Quel traitement proposez-vous ?

NOM :
PRENOM :
N° ETUDIANT :

NOM AMPHI
NUMERO DE PLACE

Ne rien écrire en dessous de cette ligne

DCEM 2
MODULE
MALADIES INFECTIEUSES
2° SESSION

REPONSES
DOSSIER N°1 (JAUNE)

INSTRUCTIONS

1. Utiliser Uniquement l'encre bleu ou noir
2. Vérifier le numéro de l'épreuve (1,2 ou 3)
3. Respecter impérativement le numéro du dossier tel que cela est indiqué sur les dossiers
4. Ecrire lisiblement sur les feuilles recto verso
5. Répondre impérativement dans l'ordre des questions
6. Numéroté chaque question
7. Avant de rendre votre cahier de réponses, vous devez :
 - Impérativement inscrire votre nom, prénom, n°étudiant et le n° de place dans les deux cadres prévus à cet effet.

NE RIEN INSCRIRE ICI

Monsieur T., 38 ans, marié, 2 enfants (5 et 2 ans), instituteur, vous consulte en raison d'une symptomatologie associant amaigrissement, asthénie, train sub-fébrile vespéral (38.0 - 38.3°C). Par l'interrogatoire vous apprenez que ce patient n'a pas d'antécédent particulier, ne fume pas et qu'il a bénéficié d'une vaccination par le BCG à l'âge de 5 ans avec revaccination à l'âge de 18 ans en raison d'une IDR négative. Depuis, il n'y a plus eu de contrôle de la réaction tuberculique.

Vous envisagez la possibilité d'une tuberculose et demandez un cliché thoracique.

QUESTIONS :

Répondre aux questions sur ce cahier, dans les pages prévues à cet effet, et uniquement dans ces pages.

NE RIEN INSCRIRE ICI

1) Une nouvelle fois votre interrogatoire a été trop rapide. Quel(s) autre(s) signe(s) auriez vous pu rechercher afin de rendre le diagnostic encore plus probable ?

NE RIEN INSCRIRE ICI

2) Quelles sont les anomalies radiologiques qui pourraient vous faire penser à une tuberculose évolutive ?

NE RIEN INSCRIRE ICI

3) En dehors du cliché thoracique, quel bilan paraclinique allez vous mettre en œuvre pour confirmer ou infirmer ce diagnostic ?

NE RIEN INSCRIRE ICI

4) Pourquoi la vaccination antérieure par le BCG ne permet pas d'éliminer le diagnostic de tuberculose évolutive ?

NE RIEN INSCRIRE ICI

5) Si ce diagnostic était confirmé, quelle serait votre prescription médicamenteuse ? Indiquez les produits, les modalités d'administration, la durée du traitement, la surveillance à mettre en oeuvre.

NE RIEN INSCRIRE ICI

6) Quelles mesures complémentaires devriez-vous prendre ?

CONSTANTES BIOLOGIQUES

Conversion des unités du système international (USI) en unités conventionnelles (UC).

Symboles de nombres : M = 10⁶; G = 10⁹; T = 10¹²

Biologie	USI	Facteur de conversion →	UC
Créatinine (sang)	μmol/l	× 0,113	mg/l
Créatinine (urines)	mmol/l	× 0,113	mg/l
Clairance de la créatinine	ml/s	× 60	ml/mn
Acide urique (sang)	μmol/l	× 0,168	mg/l
Acide urique (urines)	mmol/l/24 h	× 168	mg/24 h
Urée	mmol/l	× 0,06	g/l
Na, K, Cl, CO ₂	mmol/l	1	mEq/l
Osmolarité	mmol/l	1	mOsm/l
Fer	μmol/l	× 5,58	μg/100 ml
Capacité totale de fixation du fer par le plasma	μmol/l	× 5,58	μg/100 ml
Bilirubine	μmol/l	× 0,585	mg/l
Calcium	mmol/l	× 40	mg/l
Magnésium	mmol/l	× 24,3	mg/l
Phosphore	mmol/l	× 31	mg/l
Ammonium	μmol/l	× 0,018	mg/l
Acide pyruvique	μmol/l	× 0,088	mg/l
Acide lactique	mmol/l	× 90	mg/l
PO ₂	kPa	× 7,502	mmHg
PCO ₂	kPa	× 7,502	mmHg
Glucose	mmol/l	× 0,180	g/l
Cholestérol	mmol/l	× 0,387	g/l
Triglycérides	mmol/l	× 0,875	g/l
Hémoglobine	mmol/l	× 1,61	g/100 ml ou g/dl
Érythrocytes	T/l ou 10 ¹² /l	× 10 ⁻⁶	10 ⁶ /mm ³ (ou/μl)
Hématocrite	l	× 100	% ou p. 100
CCMH	mmol/l	× 16,1	% ou p. 100
TCMH	mmol/cellule	× 16,1	pg/cellule
VGM	fl	× 1	μ ³
Réticulocytes	G/l ou 10 ⁹ /l	× 10 ⁻⁶	/mm ³ (ou/μl)
Leucocytes	G/l ou 10 ⁹ /l	× 10 ⁻⁶	/mm ³ (ou/μl)
Plaquettes	G/l ou 10 ⁹ /l	× 10 ⁻⁶	/mm ³ (ou/μl)

EXAMEN SESSION 2 - JUILLET 2010

DCEM 2

MODULE PNEUMOLOGIE

Professeur JF. MORNEX

DUREE 1H 00

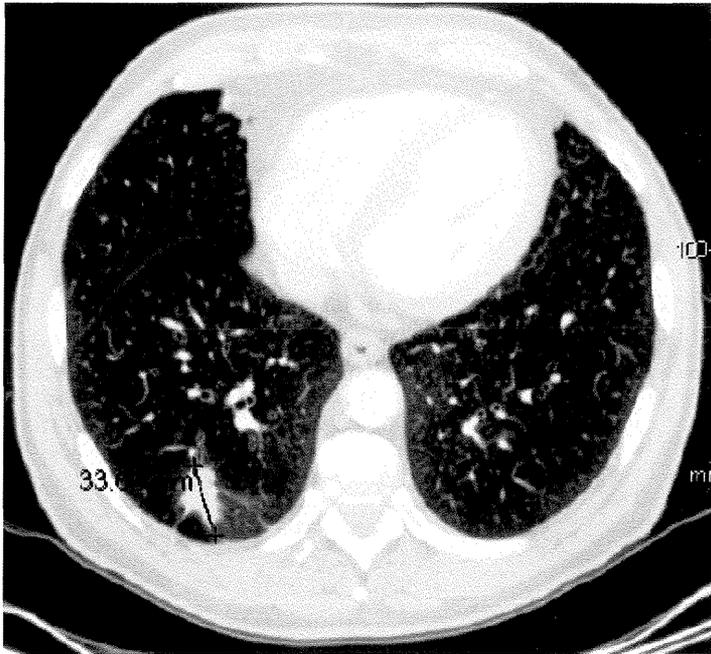
NOTEE SUR 60

La radiographie thoracique, réalisée dans le cadre d'un bilan de santé, d'un homme de 59 ans révèle une anomalie pour laquelle un examen tomodensitométrie thoracique (la mesure indiquée est de 33,60 mm) vous est présenté ainsi que le résultat d'une spirométrie réalisée lors de ce bilan de santé. Il a commencé de fumer (environ un paquet par jour) à l'âge de 17 ans et arrêté il y a trois ans. Depuis 13 ans il est chef d'atelier dans une imprimerie, après avoir commencé son activité professionnelle comme ouvrier dans la construction navale puis comme maçon fumiste. Il a présenté un infarctus du myocarde il y a 5 ans et un accident ischémique transitoire il y a 2 ans. Il est traité pour une hypertension artérielle.

		Observée	Théorique	Observée/théorique
CVF	L	3,7	4,2	88
VEMS	L	2,3	3,2	72

Questions :

- 1. Décrivez l'(es) anomalie(s) tomodensitométrie(s).**
- 2. Quel est le diagnostic le plus probable ? Pourquoi ?**
- 3. Décrivez les examens qui peuvent être réalisés pour établir ce diagnostic avant une éventuelle intervention chirurgicale.**
- 4. Quelle(s) information(s) supplémentaire(s) apporterait une tomographie par émission de positons au ^{18}F -flurodéoxyglucose ?**
- 5. Après consultations et préanesthésique et réunion de concertation pluridisciplinaire, l'indication de résection chirurgicale est retenue. Une lobectomie permet l'exérèse d'un adénocarcinome pulmonaire primitif. A la suite d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, une chimiothérapie est retenue. Quelles sont les interactions qui doivent avoir lieu avec le malade ? Dans quelle(s) condition(s) ?**
- 6. Quelles sont les démarches administratives revenant au malade, pour lesquelles un certificat médical est nécessaire ?**



EXAMEN SESSION 2 - JUILLET 2010

DCEM 2

MODULE RHUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE

Professeur O. GUYEN

DUREE 1H 00

NOTEE SUR 100

Monsieur R., âgé de 75 ans, est victime d'une chute dans les escaliers. Il est incapable de se relever, et est conduit aux urgences par les pompiers.

A l'admission, le patient se plaint de douleurs vives du pli inguinal droit.

Questions :

- 1. Vous suspectez une fracture de l'extrémité supérieure du fémur droit. Quel bilan radiographique prescrivez-vous ?**
- 2. Sur le document présenté ci-joint, quel diagnostic retenez-vous ? Justifiez**
- 3. Quels signes cliniques recherchez-vous à l'examen du membre inférieur droit ?**
- 4. Quel traitement préconisez-vous ? Justifiez. Indiquez, en les détaillant, les principes de ce traitement.**
- 5. Le patient est accompagné de son fils, qui vous interroge sur la gravité des lésions présentées par son père compte tenu du document radiographique présenté à la question 2. Que lui répondez-vous ? Justifiez.**
- 6. Citez les complications de décubitus auxquelles ce patient est exposé.**

