

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : BACTERIOLOGIE - Pr. Gérard LINA  
Session de Décembre 2010 DCEM 1

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2010 - DCEM 1

### EXAMEN de BACTERIOLOGIE

Le 20 décembre 2010 – durée 1h

Note :



**4. Quelle est votre conduite thérapeutique ?**

**Cas clinique 2.**

De garde aux Urgences vous recevez mme E... 75 ans, diabétique, qui consulte pour fièvre à 38°C, pollakiurie, douleurs lombaires à droite. Elle vous précise qu'elle a déjà fait plusieurs infections urinaires et qu'elle a déjà bénéficié par 2 fois d'un traitement antibiotique mais elle ne se souvient plus du nom des antibiotiques prescrits. Vous hospitalisez la patiente pour la prendre en charge.

**1. Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels critères ?**

**2. Quels examens complémentaires demandez-vous, qu'en attendez-vous et dans quel délai ?**

Voici les résultat de l'ECBU :  $10^5$  leucocytes/ml,  $10^5$  bacilles Gram négatif /ml.

**3. Quel(s) antibiotique(s) prescrivez-vous en précisant les classes thérapeutiques et les modes d'administration ?**

Quarante huit heures plus tard, l'ECBU revient positif à *Escherichia coli*, l'antibiogramme rendu par le laboratoire de bactériologie est le suivant :

*Escherichia coli*

Sensible : Imipénème, Amikacine

Résistant : Ampicilline, Amoxicilline-Ac. clavulanique, Ticarcilline, Pipéracilline, Pipéracilline-Tazobactam, Céfotaxime, Ceftazidime, Gentamicine, Tobramicine, Ofloxacine, Triméthoprim-Sulfaméthoxazole

**4. Modifiez-vous votre prescription ? Argumentez votre réponse.**

### **Cas clinique 3.**

Monsieur A. B. âgé de 37 ans consulte pour une fièvre associée à une toux productive, un point de côté droit et une impression de gêne respiratoire. L'examen clinique note une température à 39,8°C, un pouls à 100 pulsations/mn, une TA à 120/70 mm Hg, et des râles crépitants de la base pulmonaire gauche. Biologiquement on note une hyperleucocytose à 15000/mm<sup>3</sup> et une CRP augmentée.

**1- Quels diagnostics évoquez-vous ? Argumentez votre réponse.**

**2- Quels examens microbiologiques prescrivez-vous pour le diagnostic en explicitant les avantages et inconvénients des différents examens ?**

**3. Indiquez quelles sont les étiologies possibles de cette infection en signalant l'étiologie la plus probable.**

**4. Quel est l'antibiotique à prescrire en première intention ? Argumentez votre réponse.**

### **Cas clinique 5.**

A l'occasion d'un dépistage anonyme et gratuit, suite à un rapport sexuel non protégé plus d'un mois auparavant, on découvre chez une jeune femme de 25 ans sans antécédent particulier un Antigène HBs positif. Les sérologies HIV et HCV sont négatives. Elle est adressée à une consultation spécialisée d'hépatologie.

Le bilan virologique est le suivant :

Antigène HBs : positif, Anticorps anti-HBs : négatif

IgM anti-HBc : positif, Anticorps totaux anti-HBc : positifs

Antigène HBe : positif, Anticorps anti-HBe : négatif

**1. A quels éléments de la structure du virus de l'hépatite B correspondent les antigènes HBs, HBc et HBe ?**

**2. Pour cette patiente, quel est votre diagnostic le plus probable? Argumentez.**

**3. A quel autre virus responsable d'hépatite faut il étendre le bilan virologique ?  
Argumentez votre réponse.**

**4. Inquiète, la patiente vous demande quelle est l'évolution de la maladie ? Que lui répondez-vous ?**

**5. Quels vont être vos conseils pour prévenir les risques de transmission de la maladie à son entourage.**



**4. Quels sont les principaux virus responsables de méningites virales et les principaux virus responsables d'encéphalites virales ?**

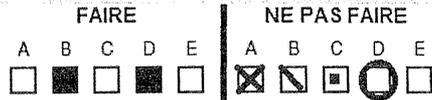
**5. Pour quel(s) Herpesviridae existe-t-il un traitement antiviral ? Préciser le nom des molécules correspondantes.**



A lire avant de commencer l'épreuve

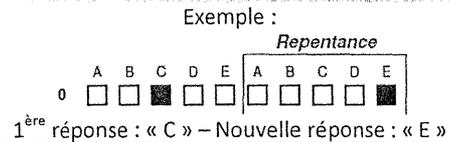
**Comment répondre sur la grille ?**

Utilisez un **STYLO BILLE NOIR** pour **NOIRCIR** les cases sur votre grille de réponses.



**Utilisation de la repentance**

Si vous pensez vous être trompé sur la 1<sup>ère</sup> colonne, reportez intégralement votre nouvelle réponse sur la 2<sup>ème</sup> colonne de repentance.



**Identification des sujets**

Avant de commencer veuillez reporter le code sujet sur votre grille de réponses.

**ATTENTION** : si le code sujet n'est pas reporté sur votre grille, votre copie ne sera pas corrigée.

Contrôle continu

Ne remplissez dans ce cadre

Numéro étudiant :

0	<input type="checkbox"/>								
1	<input type="checkbox"/>								
2	<input type="checkbox"/>								
3	<input type="checkbox"/>								
4	<input type="checkbox"/>								
5	<input type="checkbox"/>								
6	<input type="checkbox"/>								
7	<input type="checkbox"/>								
8	<input type="checkbox"/>								
9	<input type="checkbox"/>								

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Epreuve : \_\_\_\_\_

Revenir à la Souche

Absent :

FAIRE					NE PAS FAIRE				
A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				

Repentance					Repentance					Repentance							
	A	B	C	D	E		A	B	C	D	E		A	B	C	D	E
1	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>												
2	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>												
3	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>												
4	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>												
5	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>												
6	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>												
7	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>												
8	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>												
9	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>												
10	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>												
11	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>												
12	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>												
13	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>												
14	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>												
15	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>												
16	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>												
17	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>												
18	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>												
19	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>												
20	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>												

CODE SUJET  
Sujet :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Suite de la grille au verso

<b>1</b>	<b>Le dosage de D dimères</b>
A	Une élévation des D dimères est toujours expliquée par une thrombose veineuse
B	Est très spécifique mais peu sensible pour la maladie thromboembolique veineuse
C	Est très sensible mais peu spécifique pour la maladie thromboembolique veineuse
D	Est indispensable pour confirmer le diagnostic de thrombose veineuse
E	Un dosage de D dimères négatif permet d'exclure le diagnostic de thrombose veineuse lorsque la suspicion clinique est faible
<b>2</b>	<b>Thomas âgé de 5 ans a présenté un saignement excessif lors d'une amygdalectomie. A l'interrogatoire vous apprenez que l'enfant présente souvent des épistaxis. Le bilan réalisé par le pédiatre a montré un allongement isolé du TCA à 42 sec, alors que TP et le fibrinogène sont normaux. Les résultats de votre bilan montrent FVIII=41%, vWF :RCo activité=21% vWF :Ag antigène=43%. Le temps d'occlusion PFA 100 est allongé. On observe une hyperagrégabilité à la ristocétine. Quel est votre diagnostic ?</b>
A	Maladie de Willebrand de type 3
B	Maladie de Willebrand de type 1
C	Maladie de Willebrand de type 2B
D	Maladie de Willebrand de type 2N
E	Maladie de Willebrand de type 2A
<b>3</b>	<b>Léa âgée de 7 ans présente un allongement du TCA à 51 sec. Quels sont les facteurs dont le déficit sont responsables d'un allongement du TCA et d'un risque hémorragique clinique ?</b>
A	Déficit en FXIII
B	Déficit en FVII
C	Déficit en FIX
D	Déficit en FXII
E	Déficit en FXI
<b>4</b>	<b>Cochez les propositions justes. La thrombasthénie de Glanzmann</b>
A	Est caractérisée par une absence d'agrégation plaquettaire
B	Est une thrombopénie périphérique
C	Est accompagné d'une thrombopénie
D	Le diagnostic est confirmé par un temps d'occlusion PFA 100 allongé
E	Est un déficit en GPIIb IIIa plaquettaire
<b>5</b>	<b>Cochez les propositions justes concernant le facteur Willebrand</b>
A	Le facteur Willebrand se lie au facteur VIII
B	Le déficit en facteur Willebrand est toujours lié à un allongement du TCA
C	Le facteur Willebrand est nécessaire pour l'adhésion plaquettaire
D	Le facteur Willebrand se lie aux récepteurs GPVI plaquettaires
E	Les cellules endothéliales synthétisent du facteur von Willebrand

6	Thomas âgé de 5 ans a présenté un saignement excessif lors d'une amygdalectomie. A l'interrogatoire vous apprenez que l'enfant présente souvent des épistaxis. Le bilan réalisé par le pédiatre a montré un allongement isolé du TCA à 42 sec, alors que TP et le fibrinogène sont normaux. Les résultats de votre bilan montrent FVIII=41%, vWF :RCo activité=21% vWF :Ag antigène=23%. Le temps d'occlusion PFA 100 est allongé. On observe une hypoagréabilité à la ristocétine. Quel est votre diagnostic ?
A	Maladie de Willebrand de type 2N
B	Maladie de Willebrand de type 2B
C	Maladie de Willebrand de type 1
D	Maladie de Willebrand de type 2A
E	Maladie de Willebrand de type «
7	Marie âgée de 20 présente une thrombose de la veine poplitée gauche après un voyage en Argentine et alors qu'elle était sous estroprogestatif oral. Sa mère a un antécédent d'embolie pulmonaire survenu en postpartum. Elle est sous traitement antivitamine K depuis 3 mois. Cochez les propositions justes
A	Chez cette patiente à risque de thrombose, l'INR doit être surveillé tous les jours
B	Concernant le traitement curatif des phlébites, la cible thérapeutique d'INR se situe entre 2 et 3
C	Le Temps de Quick est l'examen de choix pour surveiller l'efficacité des traitements anti-vitamine K
D	Chez cette patiente ayant un INR stable, l'INR peut être surveillé tous les 3 mois
E	L'INR permet de surveiller l'efficacité des antivitamines K et des héparines
8	Thomas âgé de 5 ans a présenté un saignement excessif lors d'une amygdalectomie. A l'interrogatoire vous apprenez que l'enfant présente souvent des épistaxis. Le bilan réalisé par le pédiatre a montré un allongement isolé du TCA à 42 sec, alors que TP et le fibrinogène sont normaux. Cochez les propositions justes
A	L'allongement isolé du TCA n'est jamais expliqué par un déficit en facteur VII
B	Le diagnostic le plus probable est la thrombasthénie de Glanzmann
C	Le tableau clinique est évocateur d'une anomalie d'hémostase primaire
D	Le diagnostic le plus probable est le déficit en facteur Willebrand
E	Le diagnostic le plus probable est l'hémophilie A
9	Quels examens ne font pas partie du bilan de thrombophilie
A	Recherche d'anticorps anti-cardiolipines
B	Dosage d'antithrombine
C	Recherche d'anticorps anti-nucléaires
D	Dosage de facteur von Willebrand
E	Dosage de Protéine S
10	Marie âgée de 20 présente une thrombose de la veine poplitée gauche après un voyage en Argentine et alors qu'elle était sous estroprogestatif oral. Sa mère a un antécédent d'embolie pulmonaire survenu en postpartum. Elle est sous traitement antivitamine K depuis 3 mois. Vous évoquez une thrombophilie. Cochez les propositions justes.
A	Le déficit en antithrombine est responsable d'un risque élevé de thrombose
B	La mutation G2010A du facteur II est associée à une résistance à la protéine C activée
C	L'élévation du taux de facteur XII est un facteur de risque thrombotique
D	Le déficit en facteur V est le marqueur de thrombophilie le plus fréquent
E	Le dosage de protéine C montre un taux plasmatique bas à 33%, vous retenir un déficit congénital en protéine C

11	Le jeune Antoine âgé de 5 ans présente une tendance ecchymotique. Il y a une semaine il a présenté un hématome de la cuisse gauche de 12cm de diamètre suite à un accident de vélo. Il n'a aucun antécédent chirurgical. Le bilan réalisé par votre collègue urgentiste montre un allongement modéré du TCA à 47 sec. Le dosage de FVIII est à 4
A	Il peut s'agir d'une hémophilie A mineure
B	Il peut s'agir d'une hémophilie A modérée
C	Sur ces données on ne peut pas exclure une maladie de Willebrand type 3
D	Le père d'Antoine doit forcément être hémophile
E	La mère d'Antoine peut avoir un taux de facteur VIII abaissée
12	Mme T, 72 ans consulte pour une toux productive avec de la fièvre. Elle déclare un antécédent tabagique de 40 paquets.ans et dit avoir besoin d'antibiotiques environ cinq ou six fois par an. La numération montre : GB 16 giga/L (formule PN neutrophiles 80%, eosino 1%, baso 0%, lymphos 16%, mono 3%), hémoglobine 96 g/L, VGM 72 fl, CCMH 270 g/L, plaquettes 480 gigas/L. L'étiologie la plus probable de cette anémie :
A	Des ménorragies en raison d'un fibrome utérin
B	Un effet toxique des antibiotiques
C	L'effet du tabac sur l'hématopoïèse
D	Un syndrome inflammatoire chronique
E	Une hémolyse
13	Mr M., 62 ans consulte pour asthénie et amaigrissement de plus de 5 kgs en 3 mois. Il signale des épisodes de constipation avec méléna. La numération montre :GB 8,9 giga/L (formule PN neutrophiles 60%, eosino 1%, baso 2%, lymphos 35% , mono 2%), hémoglobine 80 g/L, VGM 70 fl, CCMH 250 g/L, plaquettes 240 gigas/L. Compte-tenu du contexte et des éléments dont vous disposez vous évoquez en priorité (une seule proposition exacte) :
A	Une consommation excessive d'aspirine
B	Un ulcère gastro-duodénal
C	Un cancer du colon
D	Une inflammation chronique
E	Une carence martiale d'origine alimentaire
14	Mr M., 62 ans consulte pour asthénie et amaigrissement de plus de 5 kgs en 3 mois. Il signale des épisodes de constipation avec méléna. La numération montre :GB 8,9 giga/L (formule PN neutrophiles 60%, eosino 1%, baso 2%, lymphos 35% , mono 2%), hémoglobine 80 g/L, VGM 66 fl, CCMH 250 g/L, plaquettes 240 gigas/L. Les examens complémentaires à demander sont :
A	Dosage de la ferritinémie
B	Test de Schilling
C	Coloscopie
D	Dosage des folates
E	Mesure de la masse sanguine

15	Le jeune Antoine âgé de 5 ans présente une tendance ecchymotique. Il y a une semaine il a présenté un hématome de la cuisse gauche de 12cm de diamètre suite à un accident de vélo. Il n'a aucun antécédent chirurgical. Le bilan réalisé par votre collègue urgentiste montre un allongement modéré du TCA à 47 sec.. Quels sont les diagnostics que vous évoquez ?
A	Déficit en facteur IX
B	Déficit en facteur VIII
C	Déficit en facteur von Willebrand
D	Déficit en facteur XIII
E	Déficit en facteur XI
16	Mr FT âgé de 56 ans est hospitalisé en orthopédie. Le bilan préopératoire montre un TCA allongé à 51 sec et un TP diminué à 50%. Quelles sont les propositions qui peuvent expliquer les anomalies d'hémostase observées ?
A	Insuffisance hépatique
B	Coagulation intravasculaire disséminé
C	Déficit en facteur von Willebrand
D	Déficit en FVIII
E	Hypofibrinogénémie
17	Mr M., 62 ans consulte pour asthénie et amaigrissement de plus de 5 kgs en 3 mois. Il signale des épisodes de constipation avec méléna. La numération montre :GB 8,9 giga/L (formule PN neutrophiles 60%, eosino 1%, baso 2%, lymphos 35% , mono 2%), hémoglobine 80 g/L, VGM 70 fl, CCMH 250 g/L, plaquettes 240 gigas/L. Vous en concluez que ce patient présente :
A	Une anémie microcytaire hypochrome
B	Une anémie arégénérative
C	Une neutropénie
D	Une anémie macrocytaire
E	Une polynucléose
18	Mme T, 72 ans consulte pour une toux productive avec de la fièvre. Elle déclare un antécédent tabagique de 40 paquets.ans et dit avoir besoin d'antibiotiques environ cinq ou six fois par an. La numération montre : GB 16 giga/L (formule PN neutrophiles 80%, eosino 1%, baso 0%, lymphos 16%, mono 3%), hémoglobine 96 g/L, VGM 72 fl, CCMH 270 g/L, plaquettes 480 gigas/L. Vous en concluez que cette patiente présente :
A	Une leucocytose
B	Un déficit grave en basophiles
C	Une anémie microcytaire hypochrome
D	Une polynucléose
E	Une anémie normocytaire

19	Le jeune Antoine âgé de 5 ans présente une tendance ecchymotique. Il y a une semaine il a présenté un hématome de la cuisse gauche de 12cm de diamètre suite à un accident de vélo. Il n'a aucun antécédent chirurgical. Le bilan réalisé par votre collègue urgentiste montre un allongement modéré du TCA à 47 sec. Le dosage de FVIII est à 4. Votre bilan permet de poser le diagnostic d'hémophilie.
A	Le diagnostic d'hémophilie contre-indique les vaccinations
B	Le facteur VIII est a un rôle dans l'hémostase primaire via son interaction avec le facteur von Willebrand
C	Le temps de saignement doit être allongé en raison de l'hémophilie
D	Il n'est pas conseillé de lui prescrire de l'aspirine pour la douleur en raison de l'hémophilie
E	Le temps de Quick peut être allongé dans l'hémophilie A alors qu'il n'est jamais allongé dans l'hémophilie B
20	<b>Mademoiselle BA âgée de 21 ans consulte devant l'apparition d'un purpura sous forme de pétéchies punctiformes au niveau du thorax. Cochez les propositions justes</b>
A	En cas de purpura thrombopénique autoimmun (PTAI), la recherche d'auto-anticorps anti-plaquettes est toujours positive
B	La réalisation d'un myélogramme est contre-indiqué chez cette patiente si les plaquettes sont Inférieures à 30 G/L
C	Le diagnostic le plus probable est le déficit en facteur Willebrand
D	La numération formule plaquettes doit être effectué en urgence
E	La présence de bulles hémorragiques au niveau de la muqueuse orale est un signe de gravité
21	<b>Une carence en vitamine B12</b>
A	Peut donner des anémies dites « mégalo-bastiques »
B	Peut être compensée par un manque de fer
C	Peut s'observer chez les patients gastrectomisés
D	Peut entraîner une diminution de toutes les lignées sanguines
E	Peut entraîner des troubles extra-hématologiques tels que des neuropathies
22	<b>Mr D, 19 ans, est hospitalisé pour violentes douleurs osseuses. Il est légèrement ictérique et dyspnéique. Le patient sait qu'il y a une maladie des globules rouges dans sa famille. La numération montre : GB 10 gigas/L (formule PN neutros 63%, lymphos 34%, monocytes 3%), hémoglobine 87 g/L, VGM 95 fl, CCMH 333 g/L, plaquettes 264 gigas/L. L'examen de la lame de sang montre des hématies en forme de faux. L'examen complémentaire à demander en priorité est :</b>
A	Une mesure de la masse sanguine
B	Une électrophorèse de l'hémoglobine
C	Un test d'hémolyse en milieu hyptonique
D	Un séquençage des gènes de la globine alpha
E	Un myélogramme
23	<b>Les situations suivantes peuvent entraîner une anémie de type « centrale » :</b>
A	Hypothyroïdie
B	Insuffisance rénale
C	Hypersplénisme
D	Dons de sang répétés et rapprochés
E	Carence en vitamine B12

24	Mme C, 78 ans consulte pour renouveler son ordonnance de médicaments antihypertenseurs. Elle n'a aucune plainte particulière et l'examen retrouve de petits ganglions indolores au niveau cervical et axillaire. La numération montre : GB 54 gigas/L (formule PN neutros 6%, lymphocytes 92%, monocytes 2%), hémoglobine 120 g/L, VGM 92 fl, CCMH 318 g/L, plaquettes 389 gigas/L. Parmi les examens complémentaires à demander en priorité (deux réponses exactes) :
A	Groupage sanguin
B	Ferritine
C	Mutation de JAK2
D	Electrophorèse des protéines sériques
E	Immunophénotypage du sang
25	Mlle B, 18 ans consulte pour fièvre et fatigue intense. L'examen montre de petits ganglions superficiels et une splénomégalie modérée. La numération montre :GB 13,7 (formule PN neutros 25%, eosino 1%, baso 1%, lymphos 69% avec une majorité de grandes cellules lymphoïdes basophiles, 4 % monocytes), hémoglobine 141 g/L, VGM 88 fl, CCMH 330 g/L, plaquettes 310 gigas/L. Parmi les examens complémentaires à demander en priorité :
A	Une sérologie EBV
B	Un myélogramme
C	Une hémoculture
D	Une sérologie HIV
E	Un caryotype sanguin
26	Mr D, 19 ans, est hospitalisé pour violentes douleurs osseuses. Il est légèrement ictérique et dyspnéique. Le patient sait qu'il y a une maladie des globules rouges dans sa famille. La numération montre : GB 10 gigas/L (formule PN neutros 63%, lymphos 34%, monocytes 3%), hémoglobine 87 g/L, VGM 95 fl, CCMH 333 g/L, plaquettes 264 gigas/L. L'examen de la lame de sang montre des hématies en forme de faux. Vous suspectez que ce patiente présente (une proposition exacte) :
A	Une hémoglobine hyperaffine
B	Une thalassémie
C	Une maladie de Minkowski-Chauffard
D	Une drépanocytose
E	Un déficit en G6PD
27	Mme C, 78 ans consulte pour renouveler son ordonnance de médicaments antihypertenseurs. Elle n'a aucune plainte particulière et l'examen retrouver de petits ganglions indolores au niveau cervical et axillaire. La numération montre : GB 54 gigas/L (formule PN neutros 6%, lymphocytes 92%, monocytes 2%), hémoglobine 120 g/L, VGM 92 fl, CCMH 318 g/L, plaquettes 389 gigas/L. Vous suspectez que cette patiente présente (une proposition exacte) :
A	Une leucémie myéloïde chronique
B	Une anémie de Biermer
C	Une leucémie lymphoïde chronique
D	Une neutropénie profonde
E	Une thrombopénie

28	Mme T, 72 ans consulte pour une toux productive avec de la fièvre. Elle déclare un antécédent tabagique de 40 paquets.ans et dit avoir besoin d'antibiotiques environ cinq ou six fois par an. La numération montre : GB 16 giga/L (formule PN neutrophiles 80%, eosino 1%, baso 0%, lymphos 16%, mono 3%), hémoglobine 96 g/L, VGM 72 fl, CCMH 270 g/L, plaquettes 480 gigas/L. Des examens biologiques complémentaires sont susceptibles de montrer :
A	Une augmentation de la ferritinémie
B	Une augmentation de la fraction alpha 2 sur l'électrophorèse des protéines sériques
C	Une hyposidérémie
D	Une augmentation du fibrinogène plasmatique
E	Une augmentation de la C-réactive protéine
29	Mlle B, 18 ans consulte pour fièvre et fatigue intense. L'examen montre de petits ganglions superficiels et une splénomégalie modérée. La numération montre :GB 13,7 (formule PN neutros 25%, eosino 1%, baso 1%, lymphos 69% avec une majorité de grandes cellules lymphoïdes basophiles, 4 % monocytes), hémoglobine 141 g/L, VGM 88 fl, CCMH 330 g/L, plaquettes 310 gigas/L. Vous suspectez que cette patiente présente (une proposition exacte) :
A	Une mauvaise grippe
B	Une mononucléose infectieuse
C	Une leucémie lymphoïde chronique
D	Une leucémie aigue
E	Une tuberculose
30	<b>La ferritine :</b>
A	la ferritinémie reflète les stocks de fer de l'organisme
B	permet l'élimination du fer par le rein
C	est la protéine de transport du fer
D	la ferritinémie augmente dans les syndromes inflammatoires
E	est fabriquée par les globules rouges
31	<b>L'alloimmunisation anti érythrocytaire peut survenir</b>
A	après une autotransfusion
B	après une transplantation de rein
C	après une transfusion de sang
D	après une gestation
E	après une endoscopie digestive sans complication
32	<b>L'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire ABO peut</b>
A	se voir chez une mère O et un enfant B
B	se voir chez une mère B et un enfant O
C	provoquer le décès du fœtus
D	provoquer une anémie néonatale
E	provoquer une hyperbilirubinémie

<b>33</b>	<b>L'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire hors système ABO</b>
A	peut provoquer un anasarque chez le fœtus
B	entraîne souvent une anémie hémolytique néonatale
C	ne touche jamais le fœtus au cours de la première gestation
D	peut provoquer des lésions cérébrales chez l'enfant
E	survient généralement au décours de la première gestation
<b>34</b>	<b>Les anticorps anti A et anti B du système ABO</b>
A	sont identifiés avec le test de Beth-Vincent
B	activent le complément après fixation sur les GR
C	sont à l'origine d'accident transfusionnel grave
D	sont présents chez tous les sujets et à tout âge
E	sont de type majoritairement IgA
<b>35</b>	<b>Le système de groupe sanguin Rh</b>
A	est codé par un gène unique chez les sujet Rh-1
B	est présent sur tous les tissus
C	est codé par 3 gènes
D	se transmet de façon haplotypique
E	est constitué de 5 facteurs antigéniques principaux
<b>36</b>	<b>Le test de Coombs</b>
A	révèle la présence d'anticorps non agglutinant fixés sur les globules rouges
B	utilise une antiglobuline humaine préparée chez l'animal
C	permet de diagnostiquer les leucémies aiguës
D	est un test spécifique d'espèce
E	peut mettre en évidence des autoanticorps
<b>37</b>	<b>La prévention d'un accident transfusionnel nécessite</b>
A	la réalisation d'un contrôle pré transfusionnel au lit du malade
B	une carte de groupe sanguin avec deux déterminations
C	une recherche d'anticorps irrégulier de plus de 22 jours
D	une épreuve de compatibilité obligatoire
E	un bilan d'hémolyse pré transfusionnel
<b>38</b>	<b>La molécule D du système Rh</b>
A	est très immunogène
B	circule sous forme soluble dans le sang
C	est présente chez les sujets Du
D	peut exister de façon partielle
E	peut être exprimée de façon faible sur les érythrocytes

<b>39</b>	<b>L'immunogénicité des antigènes érythrocytaires</b>
A	est identique pour tous les antigènes
B	varie selon les systèmes de groupes sanguins
C	varie selon le nombre de transfusion
D	augmente dans certaines pathologies
E	détermine la stratégie de la sécurité transfusionnelle
<b>40</b>	<b>Le système de groupe sanguin Kell</b>
A	ne doit pas être respecté en cas de transfusion chez une jeune femme
B	peut être à l'origine d'une alloimmunisation
C	est un système génétique autosomique
D	comporte deux antigènes principaux
E	peut provoquer des accidents transfusionnels
<b>41</b>	<b>La gravité d'un accident transfusionnel d'origine immunologique est lié à :</b>
A	la production des composés C3a, C4a et C5a
B	l'activation de l'hémostase secondaire
C	l'importance du collapsus cardiovasculaire
D	l'anémie induite par l'hémolyse
E	l'activation du système du complément
<b>42</b>	<b>La maladie hémolytique du fœtus et nouveau né est</b>
A	parfois prévenue par une immunothérapie passive
B	le résultat d'un état d'alloimmunisation
C	traitée au cours de la gestation
D	à l'origine de décès du fœtus
E	diagnostiquée avec le test de Coombs
<b>43</b>	<b>Les anticorps anti D du système Rh</b>
A	passent la barrière placentaire
B	existent naturellement
C	provoquent des accidents transfusionnels
D	sont majoritairement des IgM
E	sont toujours générés par une alloimmunisation
<b>44</b>	<b>Parmi les antigènes suivants quels sont ceux qui relèvent du système ABO</b>
A	antigène Kpa
B	antigène Du
C	antigène Fy3
D	antigène cis AB
E	antigène Ael

45	<b>Les premiers symptômes très évocateurs d'un accident transfusionnel grave et immédiat par incompatibilité ABO sont</b>
A	malaise et pâleur
B	hyperthermie
C	douleurs lombaires
D	chute de la tension artérielle
E	urticaire

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : PARASITOLOGIE - Pr. Stéphane PICOT  
Session de Décembre 2010 DCEM 1

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

**UFR DE MEDECINE LYON-EST**

Session de Décembre 2010 - DCEM 1

**EXAMEN de PARASITOLOGIE**

Le 20 décembre 2010 – durée 0h30

Note :

**Enoncé :**

Une femme de 25 ans est expatriée depuis un an au Congo où elle travaille comme institutrice dans un village dans la forêt. Elle rentre en France pour les vacances scolaires et vient consulter son médecin généraliste début août avant de repartir au Congo début septembre.

Elle vous informe qu'elle est enceinte (date des dernières règles le 1<sup>er</sup> mai 2010), qu'elle a un jeune chat chez elle en France, et qu'elle veut repartir au Congo comme prévu. Vous apprenez que votre patiente n'a jamais fait d'examen biologique pour connaître son statut vis-à-vis de la toxoplasmose.

**Question 1 :** Dans ce contexte, quel conseil préalable devez-vous lui donner ?

**Question 2 :** A propos de sa grossesse, quels sont les examens biologiques indispensables que vous devez lui faire pratiquer ? Rédigez exactement l'ordonnance dans l'espace ci-dessous.

Docteur X

Le 1<sup>er</sup> Aout 2010

Madame Y, 25 ans

Signature Docteur X

**Question 3 :** Indiquez, pour chacun des examens demandés, ce que vous en attendez et pourquoi.

Question 4 : Dans le cas où la sérologie de la toxoplasmose de cette patiente vous reviendrait négative, quels sont les risques ?

Question 5 : Dans ce cas, quels sont les conseils que vous donnez à votre patiente vis-à-vis de la toxoplasmose ?

Question 6 : A la deuxième consultation, votre patiente a décidé de repartir au Congo. Quels sont les principes de prévention du paludisme que vous devez lui indiquer

Question 7 : Après avoir contacté le service de parasitologie du CHU, un spécialiste vous a conseillé de faire une prophylaxie par LARIAM chez cette femme. Quels sont les précautions à prendre avant et quel est le schéma de prise que vous allez utiliser pour le premier mois au Congo ?

Question 8 : En fin de consultation, vous trouvez sur le bras de votre patiente une lésion arrondie de 2 cm, légèrement squameuse, indolore, superficielle, avec un bourrelet inflammatoire périphérique. Quels sont les diagnostics que vous envisagez ?

Question 9 : Quel est le diagnostic le plus fréquent à retenir pour cette lésion et à quel élément de l'énoncé pouvez-vous certainement le relier ?



**Cas n°1.** Monsieur G., 69 ans est traité depuis 5 ans pour un diabète de type 2 par des prescriptions hygiéno-diététiques (régime pauvre en graisses saturées et sucres rapides, exercice physique régulier) et metformine, 2 g/j. Son HbA1C est à 8,3%. Il a également une hypertension, bien contrôlée par un diurétique. A l'occasion d'efforts inusuels (jardinage intense, ballade en moyenne montagne), il a ressenti une douleur rétrosternale constrictive qui a cédé spontanément en quelques minutes à l'arrêt de l'effort. Il a consulté un cardiologue qui a réalisé une épreuve d'effort sur bicyclette ergométrique montrant pour 80% de la fréquence maximum théorique cardiaque des signes d'ischémie myocardique discrets, qui ont été accompagnés d'une douleur comparable à celle qu'il avait déjà ressentie. Monsieur G a accepté de subir une coronarographie (visualisation radiographique des artères coronaires après injection d'un produit de contraste).

<b>1</b>	<b>Quatre ans plus tard, Monsieur G, qui suit bien son régime et prend régulièrement sa metformine et sa sulfonylurée, a une HbA1C de 9,3%. Il accepte de remplacer sa sulfonylurée par de l'insuline glargine.</b>
A	L'insuline permet de prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une microangiopathie
B	L'insuline inhibe la glycolyse
C	L'insuline glargine a une durée d'action d'environ 24 heures
D	Une prise de poids est à prévoir à la suite de la mise sous insuline
E	L'insuline glargine est un analogue synthétique de l'insuline de séquence d'acides aminés non humaine
<b>2</b>	<b>A l'issue de la coronarographie, qui a confirmé l'existence de sténoses coronaires, un traitement par atorvastatine est institué à 10mg/jour. Un bêta-bloquant (metoprolol, 50mg / jour) est ajouté au traitement pour prévenir de nouvelles crises d'angine de poitrine.</b>
A	Les statines exposent les patients à un risque de rhabdomyolyse de l'ordre de 1 pour 100000
B	Les statines ont démontré une diminution du risque d'infarctus du myocarde chez les patients dont la concentration sanguine de LDL-cholestérol est considérée comme normale
C	On peut attendre de l'atorvastatine qu'elle diminue d'au moins 60% les triglycérides de Monsieur G
D	L'objectif thérapeutique de ce traitement est de diminuer le LDL-cholestérol de Monsieur G
E	Les statines inhibent l'absorption du cholestérol
<b>3</b>	<b>Avant de pratiquer la coronarographie (complément simple)</b>
A	Il ne faut pas modifier le traitement reçu par Monsieur G
B	Il faut diminuer la dose de metformine à 1g/jour au maximum
C	Il faut mettre en place un traitement par corticoïde pour diminuer le risque de réaction au produit de contraste
D	Il faut intensifier le traitement antidiabétique de Monsieur G pour diminuer le risque de complication lors de l'examen
E	Il faut arrêter la metformine
<b>4</b>	<b>Trois mois plus tard, sous association metformine + sulfonylurée et après corrections de quelques erreurs de régime, l'HbA1C de Monsieur G est de 7.1%. Au cours d'un voyage, il présente un malaise avec sueurs profuses, troubles visuels et désorientation. Les troubles ont cédé à la suite de l'ingestion d'un jus d'orange.</b>
A	Les inhibiteurs d' $\alpha$ -glucosidase exposent très peu au risque d'hypoglycémie
B	L'âge de Monsieur G est un facteur de risque d'hypoglycémie liée à son traitement
C	Une interaction médicamenteuse peut être à l'origine d'une augmentation de l'effet de certaines sulfonylurées
D	La metformine est, des deux antidiabétiques oraux qu'utilise Monsieur G, celui qui expose le plus au risque d'hypoglycémie
E	Le malaise de Monsieur G est probablement une hypoglycémie

5	<b>Un mois après sa coronarographie, Monsieur G a sous metformine (2g/j) une HbA1C=8,5%. Vous décidez d'ajouter au traitement une sulfonylurée</b>
A	On peut attendre de l'intensification du traitement antidiabétique de Monsieur G une diminution du risque de microangiopathie
B	Les sulfonylurées augmentent la sécrétion d'insuline par le pancréas
C	Les sulfonylurées diminuent l'absorption du glucose
D	L'adjonction d'une sulfonylurée à la metformine a été prouvée efficace pour diminuer la mortalité
E	On peut espérer de l'adjonction d'une sulfonylurée une diminution d'HbA1C d'environ 1%
<p><b>Cas n°2. Monsieur P, 73 ans, consulte pour des palpitations et une sensation de fatigue. L'électrocardiogramme montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Un traitement par digoxine est institué pour ralentir la fréquence ventriculaire à la dose de 1 comprimé à 0,125 mg/j. La demi-vie de la digoxine est de 36h, 90% sont excrétés inchangés par le rein, les concentrations thérapeutiques se situent entre 0,65 et 2,6 mmol/L. Un antivitamine K, le Préviscan® est ajouté à la digoxine pour diminuer le risque d'AVC embolique.</b></p>	
6	<b>Deux jours après le début du traitement, monsieur P se plaint toujours de palpitations. Compte tenu de la demi-vie de la digoxine, dans quel délai le plus court peut-on décider d'augmenter la dose à 0,25 mg ? (1réponse)</b>
A	9 jours
B	6 jours
C	11 jours
D	3 jours
E	2 jours
<p><b>Cas n° 3. A l'occasion d'une consultation de routine, Madame S, enceinte de 7 mois, se plaint de douleurs gastriques à type de brûlure, calmées par la prise de nourriture et évoluant depuis environ une semaine. Vous soupçonnez un ulcère gastrique. Madame S refuse la gastroscopie. Un « breath test » ne suggère pas d'infection par Helicobacter pylori.</b></p>	
7	<b>Dans le traitement de l'oesophagite par reflux, les inhibiteurs de la pompe à protons</b>
A	Sont efficaces plus rapidement que les inhibiteurs des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2)
B	Sont plus efficaces que les anti-H2 pour prévenir les rechutes
C	Permettent une prévention des rechutes chez environ 80% des patients sur 1an
D	Agissent par élévation du pH de la sécrétion gastrique
E	Diminuent le reflux
8	<b>Parmi les options thérapeutiques, quelles sont celles que vous pouvez envisager en première intention pour cette patiente ?</b>
A	De l'oméprazole (un inhibiteur de la pompe à protons)
B	De l'ibuprofène (analgésique anti-inflammatoire non stéroïdien)
C	Du misoprostol (analogue de prostaglandine)
D	Du sucralfate
E	Un antiacide associant un sel de magnésium à un sel d'aluminium

9	<b>Vous avez prescrit à Monsieur P de la Ténormine® (aténolol), 50mg/j pour une hypertension. Trois jours plus tard, il revient à la consultation, très contrarié car on lui a délivré à la pharmacie de l'aténolol générique.</b>
A	Pour obtenir une autorisation de mise sur le marché, l'industriel a dû prouver que le générique et le princeps donnent lieu aux mêmes aires sous la courbe de concentration plasmatique à moins de 5% près
B	Vous auriez pu exiger que la pharmacie délivre à Monsieur P de la Ténormine®
C	Monsieur P aurait pu exiger que la pharmacie lui délivre de la Ténormine®
D	Les génériques contiennent le même principe actif, à la même dose que le princeps
E	La composition quantitative et qualitative en excipients du générique est identique à celle du princeps
10	<b>Lors d'une insuffisance rénale sévère, la toxicité de tous les médicaments acides faibles (salicylés, antivitamines K, sulfamides...) augmente (1) car l'insuffisance rénale est à l'origine d'une hyperalbuminémie (2)</b>
A	La proposition n° 1 est fautive, la proposition n° 2 est vraie,
B	Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet,
C	Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet,
D	La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fautive,
E	Les 2 propositions sont fautes
11	<b>Chez des patients coronariens (avec ou sans antécédents d'infarctus du myocarde), les essais thérapeutiques ont démontré que</b>
A	Les fibrates sont préférables aux statines en cas d'hypertriglycémie
B	L'ézétimibe, rajouté à une statine, diminue le risque d'infarctus du myocarde
C	Les statines diminuent le risque de décès d'origine cardiovasculaire
D	La cholestyramine diminue le risque de décès
E	Les statines diminuent le risque d'accident vasculaire cérébral
12	<b>Le traitement d'une affection thromboembolique durant la grossesse présente peu de risque particulier avec :</b>
A	Une fibrinolytique
B	Un antiagrégant plaquettaire
C	Aucune des propositions n'est exacte
D	Une héparine
E	Un antivitamine K
13	<b>L'association de L-dopa à certains antiémétiques tels que métoclopramide et métopimazine est responsable de l'aggravation de certains signes de la maladie de Parkinson comme akinésie et hypertonie (1) car ces antiémétiques déplacent le L-dopa des récepteurs GABAergiques qu'ils occupent (2)</b>
A	La proposition n° 1 est fautive, la proposition n° 2 est vraie,
B	Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet,
C	Les 2 propositions sont fautes
D	Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet,
E	La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fautive,

14	<b>La probabilité de survenue de torsades de pointes chez un patient traité par un médicament potentiellement torsadogène augmente considérablement lors de son association à un diurétique de l'anse comme le furosémide : Lasilix® (1) car le furosémide provoque une hypokaliémie</b>
A	La proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie,
B	La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse,
C	Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet,
D	Les 2 propositions sont fausses
E	Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet,
15	<b>Les convulsions pyridoxalosensibles :</b>
A	Peuvent être liées à un déficit en pseudo cholinestérases
B	peuvent être liées à un déficit en CYP 4502D6
C	Peuvent survenir durant l'administration d'isoniazide (Rimifon)
D	Sont prévenues par l'apport de la vitamine B6
E	Peuvent être liées à un déficit en CYP 4503A4
16	<b>Madame G est atteinte d'une hépatite C. Malgré un traitement antiviral conduit de façon optimale, les deux dernières analyses montrent une virémie mesurable, signant un échappement au traitement. Vous apprenez que l'AFSSAPS a délivré récemment une ATU de cohorte pour un inhibiteur de protéases qui a montré une efficacité chez des patients en échec de traitement antiviral classique de l'hépatite C et est en cours de demande d'autorisation de mise sur le marché.</b>
A	Madame G pourra recevoir l'antiprotéase si elle répond aux critères de sélection décidés par l'AFSSAPS
B	Pour que Madame G puisse recevoir l'antiprotéase, vous devez demander l'accord préalable de sa caisse régionale d'assurance maladie
C	Si vous prescrivez l'antiprotéase à Madame G, ce sera sous votre entière responsabilité
D	Madame G ne pourra recevoir l'antiprotéase que si elle participe à un essai thérapeutique
E	Pour prescrire l'antiprotéase à Madame G, vous devez demander une autorisation à l'AFSSAPS
17	<b>Le risque de la survenue d'une rhabdomyolyse est particulièrement élevé lors de l'association:</b>
A	Statines-macrolides
B	Aucune des propositions n'est exacte
C	Statines-salicylés
D	Statines-fibrates
E	Statines – antidépresseurs inhibiteurs du recaptage de la sérotonine
18	<b>Monsieur T, âgé de 59 ans, doit faire une croisière maritime. Il craint beaucoup d'avoir le mal de mer et vous demande un traitement prophylactique. Ses antécédents consistent en une hypertrophie bénigne de la prostate soignée par un inhibiteur alpha-adrénergique.</b>
A	Parmi les inhibiteurs des récepteurs dopaminergiques D2, la domperidone est celle qui expose le moins au risque de syndrome extrapyramidal
B	Vous pouvez prescrire un antihistaminique H1 moyennant certaines précautions
C	Vous pouvez prescrire de la scopolamine (Scopoderm TTS®)
D	Les inhibiteurs des récepteurs dopaminergiques D2 doivent traverser la barrière hémato-méningée (BHE) pour être efficace dans le traitement des nausées et vomissements
E	Vous pouvez prescrire un inhibiteur des récepteurs sérotoninergiques H3

<b>19</b>	<b>Lequel (lesquels) parmi les effets suivants est (sont) à craindre lors de l'administration d'un morphinique aux doses thérapeutiques?</b>
A	Nausées
B	Constipation
C	Myosis
D	Mydriase
E	Diarrhées
<b>20</b>	<b>L'un ou plusieurs des effets indésirables suivants sont à craindre lors d'un traitement corticoïde au long cours</b>
A	Ulcère digestif
B	Insuffisance corticosurrénalienne
C	Ostéoporose
D	Hypokaliémie
E	Diabète
<b>21</b>	<b>Un candidat médicament est susceptible de provoquer des mutations.</b>
A	Le test d'Ames est la référence des tests de mutations géniques
B	Les mutations sont classées en mutations géniques ou chromosomiques
C	les mutations induites par les médicaments ont toujours des effets néfastes avérés
D	Tous les médicaments cancérigènes sont mutagènes
E	Le potentiel mutagène doit être impérativement évalué avant l'autorisation de mise sur le marché
<b>22</b>	<b>Indiquer parmi les propositions suivantes celle(s) qui est (sont) exacte(s). Les AINS :</b>
A	Augmentent la toxicité hématologique du méthotrexate
B	Provoquent, s'ils sont utilisés à de fortes posologies et en fin de grossesse, une fermeture prématurée du canal artériel fœtal
C	Se fixent dans le plasma sur l'albumine plasmatique
D	Agissent en augmentant la synthèse des prostaglandines
E	Se fixent dans le plasma sur l'a1-glycoprotéine acide
<b>23</b>	<b>Les bêta-lactamines sont une des grandes familles d'antibiotiques</b>
A	Elles regroupent les pénicillines et les macrolides
B	Elles agissent principalement en inhibant la synthèse du peptidoglycane de la paroi bactérienne
C	Elles ont une structure chimique de base assez proche
D	Des réactions allergiques croisées peuvent survenir entre deux bêta-lactamines
E	Leur action antimicrobienne est limitée par des résistances innées et acquises
<b>24</b>	<b>Les médicaments sont soumis à des essais de toxicité pour la reproduction avant leur autorisation de mise sur le marché.</b>
A	Ces essais sont habituellement classés en essais de segment I, II ou III
B	Ces essais sont toujours réalisés chez le rat
C	Ces résultats chez l'animal sont directement extrapolables à l'espèce humaine
D	Ces essais sont destinés à évaluer le risque de malformations chez la femme enceinte
E	Le risque de malformation est maximum pendant la période d'embryogénèse

<b>25</b>	<b>L'association d'un dérivé d'ergot de seigle (antimigraineux) à un triptan (antimigraineux) comporte un risque sérieux de survenue :</b>
A	D'un AVC (accident vasculaire cérébral)
B	De toux productive
C	D'un syndrome sérotoninergique
D	D'une HTA
E	D'une ischémie myocardique
<b>26</b>	<b>L'asthme à l'aspirine s'explique par</b>
A	Un déséquilibre du rapport prostaglandines/leucotriènes bronchique en faveur des leucotriènes
B	Contre-indique l'emploi de tous les autres AINS
C	L'inhibition de la synthèse des prostaglandines d'origine bronchique
D	La stimulation de la synthèse des prostaglandines d'origine bronchique
E	Contre-indique l'emploi des corticoïdes
<b>27</b>	<b>Certains effets indésirables des médicaments chez l'homme sont inattendus</b>
A	Parce que certains effets indésirables sont totalement imprévisibles dans l'état actuel des connaissances
B	Parce que les effectifs des essais cliniques sont insuffisants pour détecter les effets indésirables rares
C	Parce que tous les effets indésirables ne sont pas reproductibles chez l'animal
D	Le rôle de la pharmacovigilance est de détecter les effets indésirables avant l'autorisation de mise sur le marché
E	Parce qu'il est impossible de prévoir tous les effets indésirables avant commercialisation
<b>28</b>	<b>L'action analgésique des morphiniques</b>
A	Passe par le renforcement de l'effet médullaire des endorphines
B	S'explique en partie par l'inhibition fonctionnelle de l'activité de la substance P responsable de la Transmission spino-thalamique des influx nociceptifs.
C	Peut être totalement antagonisée par la naloxone (Narcan®)
D	Est essentiellement en rapport avec leur fixation sur les récepteurs $\mu$
E	Passe par une interaction avec le système sérotoninergique
<b>29</b>	<b>Quatre principaux médicaments antituberculeux sont utilisés chez l'homme.</b>
A	La biotransformation de l'isoniazide (Rimifon°) est variable d'un individu à l'autre selon qu'il est acétyleur lent ou rapide
B	L'isoniazide est hépatotoxique
C	Le pyrazinamide (Pirilène°) est cardiotoxique
D	Une surveillance ophtalmologique des traitements par éthambutol (Dexambutol°) est nécessaire en raison du risque de névrite optique rétrobulbaire
E	La rifampicine (Rifadine°) est un puissant inhibiteur enzymatique à l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses
<b>30</b>	<b>La thrombose veineuse superficielle</b>
A	Est un facteur de risque pour des complications veineuses potentiellement mortelles
B	Justifie un traitement antiagrégant plaquettaire à vie
C	Justifie un traitement par fondaparinux 45 jours
D	Ne justifie aucun traitement
E	Est une maladie constamment bénigne

<b>31</b>	<b>Les antidépresseurs sont des médicaments destinés à traiter la dépression maladie.</b>
A	Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont contre-indiqués en cas de glaucome ou d'adénome prostatique en raison de leurs effets anticholinergiques
B	Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont également appelés antidépresseurs imipraminiques
C	Les antidépresseurs tricycliques sont cardiotoxiques
D	Les antidépresseurs tricycliques inhibent la recapture des amines biogènes par les terminaisons présynaptiques
E	Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sont tous des inhibiteurs de la MAO-A et de la MAO-B
<b>32</b>	<b>Le dabigatran</b>
A	Requiert un INR inférieur à 2 pour être efficace
B	Est supérieur aux anti-vitamines K dans la prévention de l'accident cérébral ischémique en cas de fibrillation auriculaire
C	Comporte un rapport bénéfice risque favorable dans toutes les indications des anti-thrombotiques
D	Est administré per os
E	Est donné à doses fixes sans surveillance biologique
<b>33</b>	<b>Les benzodiazépines sont des médicaments anxiolytiques.</b>
A	Les benzodiazépines sont biotransformés en nombreux métabolites
B	Le profil pharmacologique de chaque benzodiazépine est très différent des autres
C	Les benzodiazépines ont toutes une demi-vie courte (< 3 heures)
D	Les benzodiazépines perturbent directement les transferts ioniques au niveau des neurones
E	Les benzodiazépines diminuent les effets du GABA
<b>34</b>	<b>Les neuroleptiques sont des médicaments destinés à traiter les psychoses.</b>
A	La clozapine (Leponex <sup>o</sup> ) présente un risque élevé d'agranulocytose
B	Ils peuvent tous provoquer des mouvements anormaux d'intensité variable
C	Ce sont tous des antagonistes des récepteurs D3 de la dopamine
D	Les neuroleptiques atypiques induisent peu de syndromes extra-pyramidaux
E	Le syndrome malin se caractérise par une hyperthermie (>40°C), une rigidité musculaire, une confusion mentale et une élévation des taux sériques des enzymes musculaires
<b>35</b>	<b>Le CHADS-2 score :</b>
A	Permet d'estimer le risque d'infarctus du myocarde
B	Permet d'estimer le risque d'accident vasculaire cérébral
C	Est tombé en désuétude
D	Est un des éléments pour estimer le niveau du bénéfice à attendre du traitement anti-thrombotique en cas de fibrillation auriculaire
E	Permet de stratifier les indications selon le risque hémorragique des patients
<b>36</b>	<b>Quelle est la situation la plus à risque d'accident thrombo-embolique cérébral ?</b>
A	Infarctus du myocarde
B	Fibrillation auriculaire après accident vasculaire cérébral ischémique.
C	Hypertension artérielle
D	Fibrillation auriculaire tout venant.
E	Embolie pulmonaire

<b>37</b>	<b>Quelle est la classe d'anti-thrombotiques qui est associée au risque hémorragique le plus faible ?</b>
A	Antiagrégants plaquettaires
B	Héparines non fractionnées
C	Anti-vitamines K
D	Fibrinolytiques
E	Héparines de bas poids moléculaire
<b>38</b>	<b>Les aminosides sont une autre grande famille d'antibiotiques.</b>
A	Ce sont des médicaments hépatotoxiques
B	Ils sont généralement bactériostatiques
C	Ce sont des inhibiteurs de la synthèse protéique des bactéries sensibles
D	Ce sont des médicaments néphrotoxiques
E	Ils ont une biodisponibilité faible ou nulle par voie digestive
<b>39</b>	<b>Les antagonistes calciques</b>
A	Entraînent pour certains une tachycardie en réaction à la vasodilatation
B	Sont tous des antihypertenseurs
C	Sont tous des bradycardisants
D	Sont tous des anti-angineux
E	Entraînent une ostéoporose.
<b>40</b>	<b>Les objectifs thérapeutiques validés pour les médicaments anti-angineux de type dérivés nitrés</b>
A	La réduction de la post-charge cardiaque.
B	La réduction du risque d'infarctus du myocarde
C	La réduction du risque d'accident vasculaire cérébral
D	La réduction du nombre et de l'intensité des crises d'angine de poitrine
E	La réduction de l'essoufflement observé dans une bronchopathie obstructive
<b>41</b>	<b>Les médicaments qui agissent par leurs propriétés stéréochimiques :</b>
A	leurs actions reposent sur l'interaction avec des partenaires moléculaires identifiés et/ou identifiables
B	Ne ciblent jamais les acides nucléiques
C	Permettent la construction de relation structure activité
D	Ont des durées d'effets indépendants de la vitesse d'élimination lorsqu'ils interagissent de manière irréversible (alkylation) avec leur(s) cible(s)
E	Ils interfèrent avec un aspect spécifique du fonctionnement de l'organisme
<b>42</b>	<b>Les médicaments qui agissent par l'intermédiaire de récepteurs :</b>
A	Sont classés en agonistes qui reproduisent le signal et antagonistes qui bloquent la signalisation
B	L'effet des agonistes est d'autant plus important que le système de signalisation est physiologiquement stimulé
C	La connaissance de la distribution des récepteurs et des effets de leur stimulation in vitro permet d'anticiper leurs effets chez l'Homme
D	La régulation des récepteurs par leur niveau de stimulation n'a pas d'influence sur la réponse aux substances qui agissent par l'intermédiaire de récepteurs
E	Permettent d'obtenir des effets très spécifiques liés à la sélectivité des substances pour les différents sous-types de récepteurs

<b>43</b>	<b>Les médicaments qui agissent par leurs propriétés physicochimiques :</b>
A	sont souvent des médicaments d'automédication
B	doivent établir des liaisons chimiques stables avec les composants du milieu intérieur et/ou cellulaires
C	n'ont pas d'effets secondaires généraux car agissent exclusivement dans un seul compartiment
D	peuvent modifier l'absorption des médicaments lorsqu'ils agissent dans le tube digestif
E	sont administrés à des doses très faibles
<b>44</b>	<b>Parmi les plans expérimentaux possibles, lequel confère le plus fort degré de certitude quant à la relation causale entre un traitement administré et un effet observé ?</b>
A	L'étude cas-témoins.
B	L'étude comparative avec témoins historiques.
C	L'essai clinique randomisé.
D	L'étude de cohorte.
E	L'étude prospective avec analyse multivariée.
<b>45</b>	<b>Les principes fondamentaux de l'essai clinique de supériorité sont :</b>
A	La définition des sous-groupes à analyser une fois les premiers résultats obtenus.
B	La définition d'une hypothèse a priori.
C	La répartition des participants dans des groupes définis par la parité de leur date de naissance.
D	La nécessité d'établir un jugement à partir d'une comparaison.
E	L'analyse des résultats selon le traitement qui a été effectivement reçu.
<b>46</b>	<b>La réduction de la fréquence cardiaque :</b>
A	Est observée avec tous les anti-angineux.
B	Est observée avec l'ivabradine.
C	Est un critère de jugement cliniquement pertinent.
D	Est un mécanisme d'action validé pour la réduction des crises d'angine de poitrine.
E	Est observée avec les bêtabloquants
<b>47</b>	<b>En situation de prévention primaire, l'aspirine à doses antiagrégant plaquettaire</b>
A	Réduit le risque d'accident cérébral hémorragique
B	Ne peut être justifié à grande échelle
C	Majore le risque d'accident coronarien
D	Ne présente pas de rapport bénéfice risque favorable
E	Devrait être donnée dès l'âge de 30ans.
<b>48</b>	<b>Choisir dans la liste suivante les objectifs cliniquement pertinents pour l'évaluation d'un médicament contre la douleur post-opératoire :</b>
A	La réduction du score de douleur sur une échelle visuelle analogique.
B	La disparition de la stimulation des zones douloureuses cérébrales à l'IRM fonctionnelle.
C	L'obtention d'un sommeil en quantité normale.
D	La réduction de la sécrétion des catécholamines.
E	La récupération d'une activité complète confortable.

<b>49</b>	<b>Les inhibiteurs du système rénine angiotensine (SRA)</b>
A	Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion inhibent la dégradation de la bradykinine et cela est mis en rapport avec la survenue d'effets indésirables
B	Tous les effets thérapeutiques sont attribués à la diminution des effets de l'angiotensine II
C	Augmentent tous la production de rénine
D	Seuls les antagonistes des récepteurs AT1 augmentent la production d'angiotensine II
E	Leurs effets sont indépendants de la balance hydro-sodée
<b>50</b>	<b>Les diurétiques de l'anse</b>
A	Peuvent provoquer une alcalose métabolique car favorisent l'élimination des ions H <sup>+</sup>
B	Peuvent favoriser la survenue d'hyperkaliémie
C	Ont un effet natriurétique puissant et rapide qui permet leur utilisation dans le traitement de l'insuffisance cardiaque
D	Les diurétiques de l'anse comme le furosémide bloquent un co-transport Na/K/2Cl dans la branche ascendante de l'anse de Henlé
E	Sont inactifs en cas d'insuffisance rénale
<b>51</b>	<b>Les diurétiques thiazidiques</b>
A	Ont pour seule indication l'hypertension artérielle
B	Ont un effet natriurétique modéré et d'installation lente car agissent au niveau du tubule contourné distal où la réabsorption de sodium est modérée
C	Leur structure dérivée des sulfamides leur permet d'interférer avec les antidiabétiques oraux
D	Augmentent l'excrétion urinaire de calcium et le risque de lithiase
E	L'hypovolémie qu'ils peuvent provoquer favorise le risque d'hypotension orthostatique
<b>52</b>	<b>Sujets à risque</b>
A	Chez le nouveau né, la plus faible fraction du débit sanguin à destinée rénale est sans influence sur l'élimination des médicaments
B	Les pathologies intercurrentes ont peu d'influence sur le rapport bénéfice risque des traitements chroniques
C	Le déclin avec l'âge de la fonction rénale se traduit pour tous les médicaments par une augmentation de leur demi-vie plasmatique
D	L'immaturité des systèmes enzymatiques hépatiques chez le nouveau né rend compte du retard au métabolisme des médicaments
E	L'apparition d'effets secondaires ou indésirables en cours de traitement résulte toujours d'interactions médicamenteuses
<b>53</b>	<b>Les anticalciques</b>
A	Sont contre indiqués en cas d'insuffisance coronarienne
B	Deux classes principales sont distinguées suivant leurs effets sur la fréquence cardiaque
C	Ont tous un effet vasodilatateur direct sur la fibre musculaire lisse vasculaire et un effet inotrope négatif
D	Peuvent provoquer des œdèmes des membres inférieurs
E	Regroupent des substances qui empêchent les mouvements du calcium entre le réticulum sarcoplasmique et le cytoplasme cellulaire

<b>54</b>	<b>Les substances beta-bloquantes</b>
A	N'ont pas démontré de bénéfice en termes de morbi-mortalité dans le traitement de l'HTA essentielle
B	A cause d'un effet vasoconstricteur sur les artères à destinées musculaires, peuvent provoquer des phénomènes de Raynaud
C	Sont contre indiqués chez les patients avec une fréquence cardiaque basse
D	Peuvent masquer les signes précoces de l'hypoglycémie chez le diabétique
E	Peuvent aggraver une insuffisance cardiaque à cause de leur effet inotrope négatif
<b>55</b>	<b>Les inhibiteurs du système rénine angiotensine (SRA)</b>
A	Antagonistes des récepteurs et inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont particulièrement indiqués chez les patients diabétiques en raison de leurs effets sur la néphropathie
B	Antagonistes des récepteurs et inhibiteurs de l'enzyme de conversion peuvent être utilisés en première intention dans le traitement de l'hypertension artérielle
C	Les données actuelles sur les inhibiteurs de rénine récemment commercialisés sont suffisantes pour considérer que cette nouvelle classe d'inhibiteurs du SRA est équivalente aux deux plus anciennes
D	Peuvent être utilisés chez la femme enceinte
E	Exigent une surveillance de la fonction rénale car peuvent provoquer une insuffisance rénale
<b>56</b>	<b>Les diurétiques distaux</b>
A	Sont contre indiqués en cas d'insuffisance rénale
B	Ils peuvent être associés aux autres classes de diurétiques
C	Ce sont des diurétiques puissants qui provoquent une diurèse abondante et rapide
D	Se distinguent des deux autres classes de diurétiques par leur effet sur l'excrétion urinaire de potassium et des ions H <sup>+</sup>
E	Les antagonistes de l'aldostérone peuvent provoquer gynécomastie chez l'homme et aménorrhée chez la femme
<b>57</b>	<b>Les substances beta-bloquantes</b>
A	Ont été conçues pour empêcher les effets de l'adrénaline et de la noradrénaline sur le cœur
B	Sont le plus souvent des antagonistes irréversibles
C	La distinction entre substances lipophiles et hydrophiles permet de choisir un bêta-bloquant en fonction des caractéristiques des patients
D	L'intensité de leurs effets ne dépend que de la dose et peu du niveau de stimulation endogène des récepteurs
E	Aucun ne présente de sélectivité pour les sous types beta1 ou beta 2 des récepteurs

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE MEDICALE – Dr A. HOT  
Session de Décembre 2010 DCEM 1

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2010 - DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE MEDICALE

Dr Arnaud HOT

Le 20 décembre 2010 – durée 1h

Réservé au  
Secrétariat

Note :

### Cas clinique n° 1

Vous recevez en consultation Mademoiselle Anne H, âgée de 27 ans qui vous consulte pour une asthénie et une anomalie sur sa prise de sang :

Globules blancs  $2,9 \cdot 10^9/l$

Globules rouges :  $2,25 \cdot 10^{12}/L$

Hémoglobine 91 g/L

Hématocrite 27 %

Volume globulaire moyen : 118 fl

Hémoglobine corpusculaire moyenne : 40,3 pg

Concentration corpusculaire moyenne hémoglobine : 342 g/L

Plaquettes :  $118 \cdot 10^9/l$

Polynucléaires neutrophiles :  $0,7 \cdot 10^9/l$

Polynucléaires éosinophiles :  $0,2 \cdot 10^9/l$

Lymphocytes :  $1,9 \cdot 10^9/l$

Monocytes :  $0,1 \cdot 10^9/l$

Réticulocytes :  $68 \cdot 10^9/l$ , soit 3 % en pourcentage.

- 1) Quelles sont les anomalies présentes sur cet hémogramme ? Définissez précisément l'anémie ?
- 2) Que peut-on dire du mécanisme de cette anémie ? justifier
- 3) Quelles sont les grandes causes d'anémie à évoquer ici ?
- 4) Quels éléments sémiologiques extra hématologiques peuvent orienter vers une cause ?
- 5) Citez sans les détailler les examens à réaliser pour explorer au mieux cette anémie ?

### Cas Clinique n° 2 :

Vous êtes amenés à prendre en charge madame Ng , pour une fièvre aigue. Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans, d'origine sénégalaise, vivant en France depuis 10 ans. Elle est fébrile depuis 2 jours. Elle décrit une fièvre et des frissons continus. Le paracétamol n'est pas efficace. Elle ne prend aucun autre traitement. Elle vous informe qu'elle a séjourné au Sénégal, pendant 10 jours pour l'enterrement de sa mère. Elle est rentrée depuis une semaine. Elle décrit des diarrhées liquides, sans glaires ni sang.

1. Quels signes de sévérité devez-vous rechercher ?
2. Quelles questions devez vous poser lors de votre interrogatoire pour étayer votre diagnostic ? décrivez les points importants de votre examen physique ?
3. Votre examen clinique est non informatif, la fréquence est à 96 /min alors qu'elle a une température à  $40^{\circ}C$ , une pression artérielle à 123/67 mmHG. Quels sont les 2 diagnostics à évoquer en priorité ?
4. Quels examens complémentaires devez-vous prescrire pour explorer cette fièvre ?

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE MEDICALE –  
Session de Décembre 2010 DCEM 1 - Pr J.C SOUQUET

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2010 - DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE MEDICALE

Le 20 décembre 2010 – durée 1h

Pr. Jean-Christophe SOUQUET

Réservé au  
Secrétariat

Note :

Question

Décrire les manifestations cliniques typiques et atypiques du reflux gastro-oesophagien.  
Indiquez les symptômes qui poussent à réaliser une gastroscopie.

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE MEDICALE –  
Session de Décembre 2010 DCEM 1 - Pr P. MERLE

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2010 - DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE MEDICALE

Le 20 décembre 2010

Pr. Philippe MERLE

Réservé au  
Secrétariat

Note :

### Question

Décrire la sémiologie de la colique hépatique (caractéristiques de la douleur, signes d'accompagnement) non compliquée et ce qui la différencie du syndrome d'angiocholite

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE MEDICALE - DCEM 1  
Session de Décembre 2010 - Pr. M. PUGEAT

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2010 - DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE MEDICALE

Pr. Michel PUGEAT

Le 20 décembre 2010

Réservé au  
Secrétariat

Note :

Une jeune fille de 21 ans, présente une perte de poids de 6 kg en quelques semaines sans perte de l'appétit, associée à des palpitations, une dyspnée d'effort et une asthénie. Vous retrouvez une exophtalmie asymétrique. L'examen clinique retrouve un goitre diffus et soufflant d'une trentaine de grammes.

- 1) De quelle nature est l'hyperthyroïdie de cette femme.
- 2) Comment confirmez-vous ce diagnostic ?

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE MEDICALE – DCEM 1  
Session de Décembre 2010 - Pr F. MAUGUIERE

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Décembre 2010 - DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE MEDICALE

Pr. François MAUGUIERE

Le 20 décembre 2010

Réservé au  
Secrétariat

Note :

Quels sont les éléments sémiologiques permettant de faire la différence entre une crise épileptique et une crise pseudo-épileptiques?

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Anatomie & Cytologie Pathologiques - DCEM 1  
Session de mai 2011 – Pr. M. DEVOUASSOUX

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Pr. M. DEVOUASSOUX

Réservé au  
Secrétariat

Un homme de 52 ans se plaint d'asthénie sévère. Le bilan biologique fait découvrir une anémie ferriprive. La recherche étiologique de cette fuite sanguine oriente vers une pathologie colique (hémocult +). On note dans ses antécédants, un cancer colique chez son père et un adénocarcinome de l'endomètre chez sa sœur de 46 ans. La coloscopie montre une lésion pédiculée du colon droit protruant dans la lumière colique et saignant au contact. La lésion est réséquée, plongée dans un flacon de fixateur et adressée au service d'anatomie pathologique. Le compte rendu du pathologiste conclut à un adénome tubulo-villeux avec dysplasie de haut grade.

Note :

- 1 – Quels fixateurs ont pu être utilisés pour adresser le prélèvement au pathologiste ?
- 2 – Que veut dire « adénome » ?
- 3 – Quelle est la définition d'une dysplasie épithéliale ?
- 4 – Quels sont les critères histologiques d'une dysplasie modérée ?
- 5 – Que conseillez-vous au patient ?

Le patient est perdu de vue pendant cinq ans, quand il est adressé aux urgences pour occlusion intestinale. La coloscopie montre une lésion ulcéro-bourgeonnante du colon droit, sténosante, infranchissable par l'endoscope. La biopsie révèle une tumeur maligne. Une résection colique est réalisée et la pièce est adressée au service d'anatomie.

- 6 – Quels sont les critères macroscopiques sur la pièce opératoire qui orientent le pathologiste vers une tumeur maligne ?
- 7 – Quels sont les critères histologiques et cytologiques de malignité ?
- 8 – Comment appelle-t-on une tumeur maligne développée aux dépens de la muqueuse colique ?
- 9 – Quels sont les facteurs pronostiques à vérifier sur le compte rendu d'anatomie pathologique de ce patient ?
- 10 – Quelles sont les modes d'extension de cette tumeur maligne ?

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Anatomie & Cytologie Pathologiques - DCEM 1 N° de PLACE  
Session de mai 2011 – Pr. J.Y. SCOAZEC

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN d'ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Pr. J.Y. SCOAZEC

Un homme de 48 ans consulte pour des perturbations du bilan hépatique. Dans le cadre des explorations réalisées, une ponction biopsie hépatique est pratiquée. La conclusion de l'examen anatomopathologique contient la phrase suivante : « présence d'un infiltrat portal et lobulaire, constitué de lymphocytes et de nombreux plasmocytes ; nécrose acidophile d'hépatocytes dispersés le long de la lame bordante et sur toute la surface du lobule ; fibrose portale et périportale modérément extensive ».

Note :

- 1 – Indiquer les éléments qui, dans cette conclusion, permettent d'affirmer le diagnostic d'inflammation chronique
- 2 – Indiquer les signes dont l'absence permet d'éliminer l'hypothèse d'une inflammation aiguë
- 3 – Quelles sont les complications de l'inflammation chronique présentes à ce stade de l'évolution ?
- 4 – Quelle étiologie d'hépatite chronique la présence de plasmocytes dans l'infiltrat fait-elle discuter en premier ?
- 5 – Si l'infiltrat contenait des polynucléaires éosinophiles, quelle étiologie aurait-il fallu évoquer ?

Le patient est traité et suivi pendant 15 ans. Son état s'aggrave progressivement, malgré les différents traitements qui sont tentés. Une cirrhose s'installe et se complique d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale.

- 6 – Quelle est la différence entre fibrose et cirrhose ?

Une transplantation hépatique est pratiquée après 16 ans de suivi. Le foie explanté du patient fait l'objet d'un examen anatomopathologique.

- 7 – De quelle complication de l'inflammation chronique et de la cirrhose allez-vous rechercher l'existence dans le compte-rendu ? pourquoi ?

L'évolution post-opératoire est marquée par une brutale augmentation de certaines enzymes hépatiques (transaminases). Une ponction-biopsie hépatique est réalisée en urgence. Voici la conclusion de son examen anatomopathologique : « foyers de nécrose hépatocytaire systématisée, localisée au centre des lobules hépatiques, sans infiltrat inflammatoire associé, évoquant une ischémie aiguë »

#### 8 – Définir le terme d'ischémie

Les fonctions hépatiques se normalisent. Après 3 semaines d'évolution favorable, le bilan hépatique est à nouveau perturbé. Une nouvelle ponction biopsie hépatique est réalisée. Une hépatite aiguë due au cytomégalovirus, complication classique de l'immunodépression induite par les traitements utilisés pour éviter le rejet de greffe, est suspectée.

#### 9 – Indiquer les méthodes dont le pathologiste dispose pour mettre en évidence une infection par un virus

L'évolution est favorable sous traitement adapté. Aucune complication ne survient pendant les 3 années suivantes. La conclusion de l'examen anatomopathologique d'une ponction biopsie hépatique systématique réalisée dans le cadre du suivi régulier du patient montre : « de nombreuses lésions granulomateuses épithélioïdes, dont la plus volumineuse contient en son centre un foyer de nécrose faiblement colorée, acellulaire ».

10 – Dans ce contexte clinique particulier, quelle étiologie évoquez-vous en premier ? quels sont les examens complémentaires qui peuvent être effectués par le pathologiste pour confirmer cette hypothèse ?

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Anatomie & Cytologie Pathologiques - DCEM 1 N° de PLACE  
Session de mai 2011 – Pr F. THIVOLET-BEJUI

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN d'ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Pr. F. THIVOLET-BEJUI

M. X est un patient âgé de 64 ans, hypertendu, obèse et présentant une hypercholestérolémie. La famille vous indique qu'il présente également une arythmie complète par fibrillation auriculaire chronique pour laquelle l'observance thérapeutique était très médiocre.

**Question 1** : quels sont les facteurs de risque de l'hypertension artérielle ?

Il a été hospitalisé, il y a quelques jours pour un infarctus sylvien gauche total dans un tableau associant troubles de la conscience et hémiparésie droite massive avec déviation de la tête et des yeux à gauche. Malgré les soins prodigués, M. X décède dans la nuit. Durant l'autopsie, vous prélevez l'encéphale, les vaisseaux carotidiens qui paraissent athéromateux macroscopiquement et le bloc coeur-poumons. La dissection à l'état frais du coeur révèle un thrombus intra auriculaire gauche.

**Question 2** : Quel fixateur utilisez vous pour fixer le cerveau ?

**Question 3** : Définissez le terme « infarctus ».

**Question 4** : Quels sont les deux types d'infarctus ? Donner leur définition et leur localisation respective

À quel type d'infarctus appartient l'infarctus cérébral ? pourquoi ?

**Question 5** : Compte tenu de la présentation et des constatations autopsiques quels sont les 2 mécanismes possibles les plus vraisemblables, responsables de l'infarctus de ce patient ?

**Question 7** : Définition d'une embolie

**Question 8** : Enumérez les 5 types (natures) d'embolie les plus fréquents

**Question 9** : Vous analysez au microscope optique les coupes transversales étagées des carotides de ce patient ; après les avoir fixés et inclus en paraffine quelle coloration utilisez vous ?

Les carotides sont le siège de lésions d'athérosclérose.

Voici votre compte-rendu. La secrétaire est nouvelle dans le service et a mal compris certains mots.

**Question 10** : Complétez votre texte.

« La paroi artérielle est le siège d'une lésion intéressante ....(1)..... et la média superficielle. Cette lésion est constituée d'une bouillie nécrotique centrale éosinophile riche en cristaux.....(2)..... et en macrophages chargés de ( ....(3).....). Cette bouillie contient également des calcifications. La superficie et la profondeur de la lésion sont le siège d'une ..... (4)..... dense réalisant une chape épaisse en surface et mutilant la média plus en profondeur.

Conclusion : Plaque d'athérosclérose calcifiée carotidienne »

**Question 11** : S'agit-il d'une plaque simple ou compliquée ?

Quelles sont les cinq complications d'une plaque d'athérosclérose ?

Réservé au  
Secrétariat

Note :

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : GENETIQUE – DCEM 1

Session de mai 2011 – Pr. Patrick EDERY

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

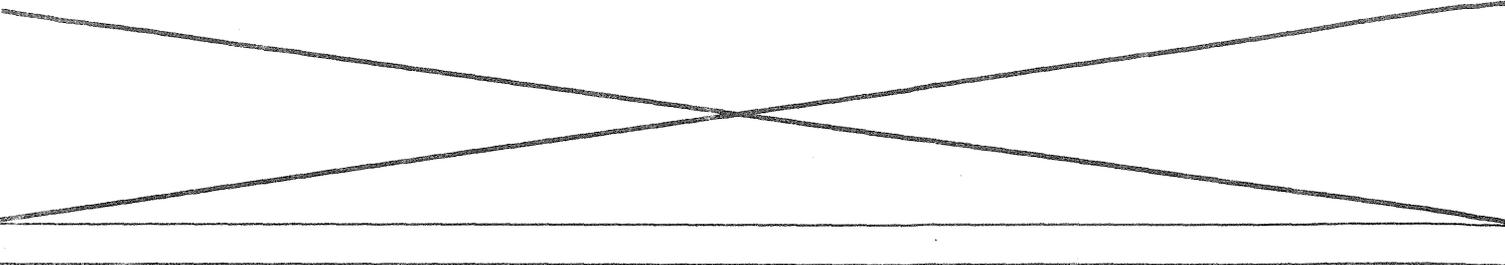
Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de GENETIQUE

Note :

Pr. Patrick EDERY

(QCROC)

- 
1. Citez les 4 principaux modes d'hérédité mendéliens et les 3 principaux modes d'hérédité non mendéliens. Pour chacun de ces modes, donnez les principales caractéristiques qui permettent de les reconnaître lors de l'enquête généalogique (à l'exclusion du type de pathologie) et donner une maladie à titre d'exemple

2. Quels sont les liens de parenté des parents d'un enfant consanguin dont le coefficient de consanguinité est :  $1/8$  ;  $1/16$  ;  $1/64$  ?

3. Parmi les thérapeutiques suivantes : thérapie cellulaire ; thérapie pharmacologique ; substitution enzymatique, laquelle aurait votre préférence pour le traitement de

- La maladie de Pompe (déficit en maltase acide)
- La maladie de Hunter (mucopolysaccharidose de type II)
- Hémopathie maligne
- La maladie de Marfan

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : GENETIQUE – DCEM 1

Session de mai 2011 – Dr. Damien SANLAVILLE

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de GENETIQUE

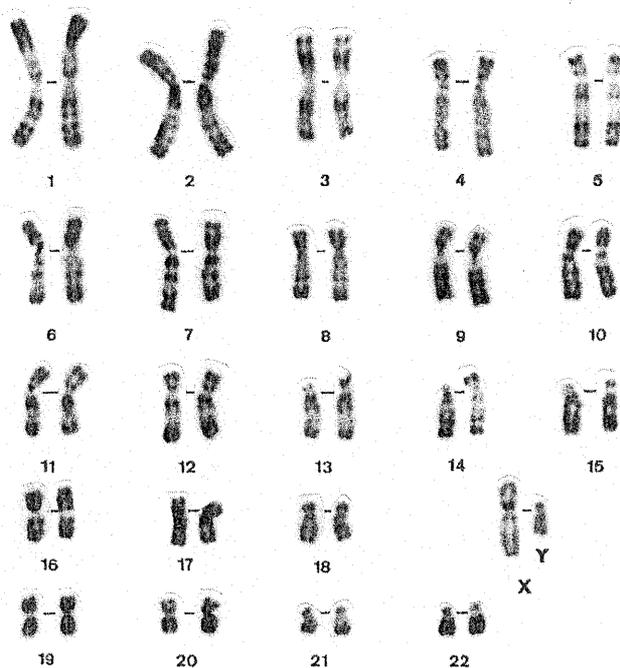
Dr Damien SANLAVILLE

(6 questions rédactionnelles)

Note :

Jean, naît à 38 SA avec un poids de naissance à 2600 g, une taille de naissance à 48 cm et un PC à 34 cm. Il est trouvé hypotonique par la sage femme. Vous êtes appelé pour avis. Vous confirmez l'hypotonie axiale. A l'auscultation vous percevez un souffle systolique 3/6. Vous notez également une nuque plate avec un excès de peau, des fentes palpébrales obliques en haut et en dehors, un épicanthus bilatéral, des tâches de Brushfield, une hypoplasie des os propres du nez et une langue protruse. Au niveau des extrémités vous notez une clinodactylie des 5<sup>e</sup> doigts et un signe de la sandale.

- 1) Quelle est la cardiopathie la plus probable dans ce contexte ?
- 2) Vous évoquez une trisomie 21. Sur quels arguments cliniques évoquez-vous ce diagnostic ?
- 3) Vous décidez de demander un caryotype. Le caryotype est le suivant :



Le caryotype confirme-t-il votre suspicion clinique ? Si oui quelle est la forme cytogénétique de trisomie 21 ?

- 4) Pensez-vous qu'il soit utile de faire le caryotype des parents ? Si oui qu'allez-vous rechercher ?
- 5) Citer 2 complications fréquentes développées par les enfants porteurs de trisomie 21

- 
- 
- 5) Au niveau social, que devez-vous rédiger, une fois le diagnostic posé ?
  - 6) Les parents de Jean souhaitent avoir un autre enfant et vous demande le risque de récurrence. Que répondez-vous ?

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : GENETIQUE – DCEM 1  
Session de mai 2011 – Dr Gaëtan Lesca

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de GENETIQUE

Note :

Gaëtan LESCA

(6 questions rédactionnelles)

Steven, âgé de 3 ans vient en consultation avec ses parents car il présente depuis quelques temps une fatigabilité et des chutes fréquentes. Il s'agit d'un premier enfant du couple. Le pédiatre a demandé un dosage de CPK qui retrouve des valeurs à 55 000 UI/L. La famille paternelle vient du Gard et la famille maternelle du Cambodge. Sa mère est venue en France à l'âge de 8 ans. Lorsque vous lui demandez s'il existe des antécédents familiaux, elle vous montre une photo de son oncle maternel, qui avait une vingtaine d'années et présentait une très grande amyotrophie avec des rétractions tendineuses.

**Question 1** : Dans l'hypothèse de maladie monogénique, quel mode de transmission principal évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

**Question 2** : Quel diagnostic évoquez-vous en première intention chez Steven ? Sur quels arguments ? Quel(s) signe(s) clinique(s) recherchez-vous à l'examen ?

Question 3 : Les parents vous demandent le pronostic de la maladie. Que leur répondez-vous ?

**Question 4** : Quel examen demandez-vous en première intention chez Steven pour confirmer le diagnostic ? Justifiez ?

**Question 5** : Une biopsie musculaire est effectuée. Votre collègue anatomopathologiste vous propose de venir voir les lames et les résultats du western blot. Quels éléments pathologiques vous attendez-vous à observer ?

**Question 6 :** Le couple vous demande quel est le risque d'avoir un autre garçon atteint et si une fille risque de présenter une atteinte clinique ? Que leur répondez-vous ?



**Question 3 : Quelles sont les éléments qui doivent figurer dans le compte rendu de cet examen de confirmation ? (6 points)**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

La patiente qui est très occupée par son travail vous laisse son numéro de téléphone afin que vous puissiez lui communiquer les résultats de cet examen et elle vous dit « *qu'elle est prête à tout entendre et que vous pouvez la contacter à n'importe qu'elle heure du jour ou de la nuit* ». Vous lui répondez que cela n'est pas conforme aux directives du Plan Cancer en matière d'annonce du diagnostic de maladie cancéreuse.

**Question 4 : Quelles sont ces directives du Plan Cancer en matière d'annonce du diagnostic de maladie cancéreuse ? (5 points)**

- 
- 
- 
- 
-

Quinze jours plus tard la patiente la patiente va voir un chirurgien pour organiser sa prise en charge.

**Question 5 : Quel sera l'élément d'organisation préliminaire indispensable avant le début du traitement. Faites-en une description brève et précise. (5 points)**

-

-

-

-

-

Une intervention chirurgicale conservatrice du sein est proposée à la patiente.

**Question 6 : Citez brièvement les objectifs de cette intervention chirurgicale ? (3 points)**

-

-

-



<b>1</b>	<b>Généralités sur les examens de laboratoire</b>
A	La valeur de certains paramètres peut être modifiée si le sérum du patient est ictérique
B	Les valeurs normales d'un paramètre peuvent varier en fonction des conditions analytiques, qui doivent donc être précisées sur la feuille de résultat
C	La détermination de la glycémie implique une prise de sang chez un sujet à jeun
D	La valeur d'une glycémie reste juste si le dosage est fait 4 heures après prélèvement sur un tube hépariné
E	Les valeurs normales d'un paramètre peuvent varier en fonction du sexe
<b>2</b>	<b>Les éléments suivants peuvent avoir un intérêt dans l'exploration hépatique</b>
A	ASAT, ALAT
B	Protéine C réactive
C	Cholestérol
D	Alpha foeto protéine
E	Bilirubine totale
<b>3</b>	<b>Acide urique</b>
A	La détermination de l'acide urique est nécessaire pour ajuster le traitement de la crise de goutte aiguë
B	La détermination de l'acide urique est nécessaire pour affirmer le diagnostic de goutte
C	Le taux de l'acide urique peut être élevé dans certaines encéphalopathies génétiques
D	La détermination de l'acide urique peut être utile au cours du traitement d'une pathologie tumorale
E	La détermination de l'acide urique peut être informative au cours de la grossesse
<b>4</b>	<b>Urée</b>
A	Le taux d'urée peut varier en fonction de l'état nutritionnel protéique d'un individu
B	Le taux d'urée peut varier en fonction de l'état d'hydratation du sujet
C	Chez l'adulte les valeurs usuelles sont comprise entre 2,5 et 7,5 mmol/l
D	Le taux d'urée peut varier en fonction de la qualité de la filtration glomérulaire
E	Le taux d'urée peut augmenter lors d'un jeune prolongé
<b>5</b>	<b>Examens des urines</b>
A	La recherche de sucre dans les urines est utile dans le suivi d'un patient diabétique
B	La recherche d'acétone dans les urines est utile dans le suivi d'un patient diabétique
C	La quantification précise de l'acétone dans les urines est utile dans le suivi d'un patient diabétique
D	La découverte d'une protéinurie est toujours pathologique
E	Les examens de dépistage dans les urines avec des bandelettes permettent des déterminations quantitatives précises pour le sucre et l'albumine

<b>6</b>	<b>Marqueurs tumoraux</b>
A	L'HcG est un bon marqueur du séminome du testicule
B	L'évolution de la concentration sérique d'un marqueur tumoral peut être utile dans le suivi d'une pathologie
C	L'absence d'élévation sérique d'un marqueur tumoral permet d'exclure un diagnostic de cancer
D	La surveillance du PSA est le seul moyen de dépister un cancer de la prostate
E	La positivité d'un marqueur tumoral est un élément péjoratif du pronostic d'une tumeur
<b>7</b>	<b>Hépatite alcoolique</b>
A	Elle est toujours associée à une élévation des PAL
B	Peut être à l'origine d'une hypoalbuminémie
C	Le pronostic d'évolution vers la cirrhose est évalué par des scores prenant en compte (entre autre) bilirubine et TP/INR
D	Peut évoluer vers une encéphalopathie liée à l'accumulation d'urée
E	GGT et transferrine désialylée sont des marqueurs spécifiques d'éthylisme chronique
<b>8</b>	<b>Marqueurs cardiaques</b>
A	Le dosage du BNP/NT-proBNP permet de confirmer l'origine cardiaque d'une dyspnée
B	La myoglobine est un marqueur performant d'exclusion de l'infarctus du myocarde (IdM)
C	En cas d'IdM la troponine s'élève avant la myoglobine
D	Le dosage du BNP (ou du NT-proBNP) est recommandé dans le suivi et l'adaptation thérapeutique des patients atteints d'insuffisance cardiaque
E	CK et LDH sont des marqueurs spécifiques de l'IdM
<b>9</b>	<b>Me M née en 1942 est suivie pour un goitre multinodulaire Elle a un traitement par hormone thyroïdienne et vitamine D On découvre une calcémie à 2.82 mmol/l (normale 2.2-2.6) devant une ostéoporose. La créatininémie est normale à 60 umol/l</b>
A	Vous complétez par un dosage 25 OH vitamine D pour rechercher une carence en vitamine D
B	Vous demandez un dosage de PTH dans vos premiers examens
C	Il s'agit d'une hypercalcémie liée à une insuffisance rénale
D	Une hypophosphorémie sera en faveur d'un surdosage en vitamine D
E	Une hypophosphorémie sera en faveur d'une hyperparathyroïdie
<b>10</b>	<b>Me M est opérée de la thyroïde et en post opératoire elle présente des paresthésies</b>
A	Dans un contexte d'insuffisance rénale chronique, il existe fréquemment une hypophosphorémie
B	Vous dosez la calcémie car vous pensez à une hypercalcémie post opératoire
C	La vitamine D active est la 1,25 Oh vitamine D
D	Il s'agit d'une probable hypocalcémie par hypoparathyroïdie transitoire
E	Le dosage du calcium ionisé peut être utile dans les situations de diminution de la protéidémie

L'énoncé est le suivant : questions 11 à 13

Mme X..., 45 ans, présente une dyslipidémie dépistée lors d'un bilan de médecine du travail.

Il n'existe pas d'antécédents familiaux de dyslipidémie ni d'athérosclérose précoce.

Elle est traitée pour une HTA. Elle ne fume pas et pratique la marche (1heure/semaine).

A l'examen : poids 65 kg, taille 1 m 60, TA 130/80 mm Hg, examen cardio-vasculaire sans particularité.

Le bilan lipidique est le suivant :

- sérum trouble

- cholestérol total : 2,30 g/l soit 5,9 mmol/l

- triglycérides : 3,10 g/l soit 3,5 mmol/l

- HDL : 0,36 g/l soit 0.9 mmol/l

- LDL (calculé) : 1,34g/l soit 3.4 mmol/l

**11 Sur le plan diagnostique :**

A Une concentration basse en HDL est souvent associée dans ce contexte

B Il s'agit d'un type IV de la classification de Fredrickson

C Il s'agit d'une dyslipidémie de type IIb de la classification de Fredrickson

D Vous ne pouvez rien conclure car le LDL ne peut pas être calculé au vu de la valeur des triglycérides

E Vous allez au préalable vous assurer qu'un jeûne de 12 heures a été respecté avant le prélèvement

**12 Quelle conduite à tenir ?**

A Vous recherchez une étiologie iatrogène chez cette patiente hypertendue (diurétiques, beta-bloquants)

B Vous incriminez la consommation de boissons alcoolisées

C Vous demandez une électrophorèse des lipoprotéines à la recherche de chylomicrons

D Vous recherchez un diabète

E Vous pouvez demander un dosage des lipoprotéines VLDL pour conforter votre diagnostic

**13 Sur le plan thérapeutique :**

A Vous prescrivez des triglycérides à chaîne moyenne qui sont déversés directement dans le système porte après absorption intestinale

B Le risque principal étant la survenue d'une pancréatite aigue, vous instaurez rapidement un traitement médicamenteux

C La lutte contre le surpoids est essentielle dans ce type de dyslipidémie

D La patiente doit diminuer sa consommation en sucres rapides

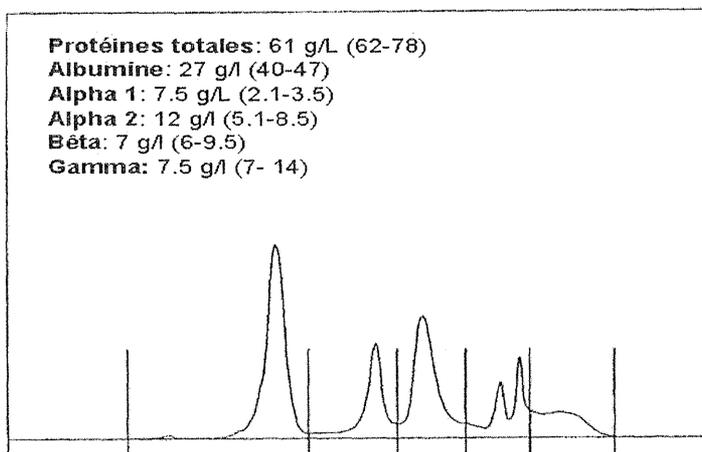
E La mesure principale consiste en la diminution des graisses d'origine animale

**Tableau 1**

Globules blancs  $11 \times 10^9$  (4- -2)  
Globules rouges  $4.25 \times 10$  (3.8-5.8)  
Hémoglobine 104 g/l (115-145)  
Hématocrite 32 % (37-47)  
Volume Globulaire Moyen 75 fl (80-100)  
Hb corp. Moyenne 24.4 pg (27-32)  
Plaquettes  $452 \times 10^9$  (150-500)  
CRP <3.5 mg/L <3.5  
Orosomucoïde 0.71 g/L 109 % (0.45-0.97)  
Haptoglobine 1.47 g/L 150 % (0.59-1.57)  
Albumine 45.0 g/L 100 % (40.8-49.9)  
Transferrine 4.3 g/L 176 % (1.83-2.93)  
Fer  $3.1 \mu\text{mol/L}$  (8-28)  
Ferritine  $7.9 \mu\text{g/L}$  8 % (13-204)

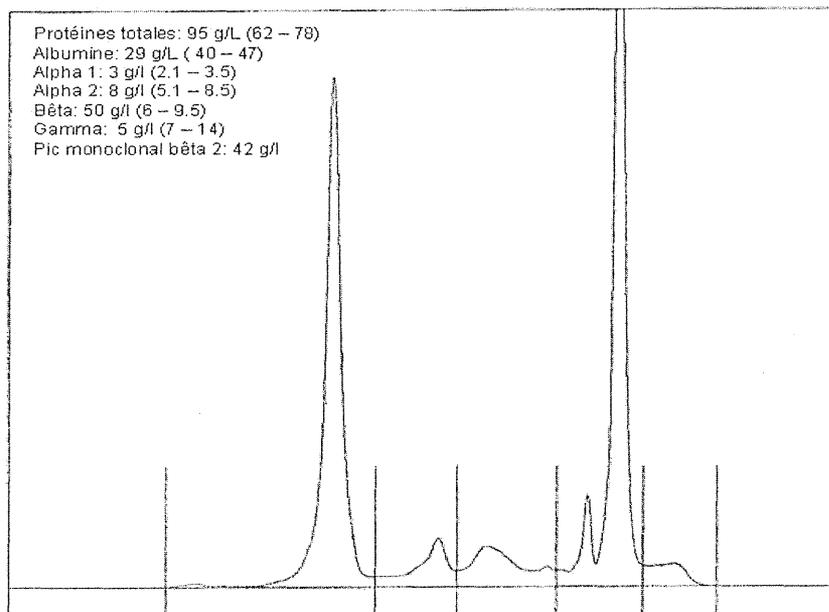
14	Voici les résultats du bilan demandé pour Murielle qui est âgée de 48 ans et souffre depuis quelque temps de malaises lipothymiques avec sueurs associés à une asthénie et à des crises de palpitations. On peut dire que: (tableau 1)
A	L'analyse du trio CRP/orosomucoïde/haptoglobine permet d'exclure formellement l'existence d'une inflammation
B	l'analyse du couple transferrine /fer affirme l'existence d'une carence en fer fonctionnelle
C	la concentration du fer à elle seule permet d'affirmer une carence en fer de réserve
D	la ferritine est un marqueur sensible de la carence en fer de réserve
E	l'analyse du couple albumine/transferrine élimine l'existence d'une carence en fer fonctionnelle

**Tableau 2**



Profil électrophorétique question 2

15	Voici un profil électrophorétique d'un homme âgé de 55 ans. L'analyse de ce profil permet d'aboutir aux conclusions suivantes: (Tableau 2)
A	on ne peut sur ce seul examen, exclure l'existence d'une insuffisance hépatique chez ce patient
B	la principale cause de l'élévation de la fraction alpha 1, ici, est une diminution du catabolisme de l'orosomucoïde
C	le maintien d'un tel profil pendant plusieurs semaines entraînerait inévitablement une diminution du coefficient de saturation de la transferrine de ce patient
D	la principale cause de la diminution de l'albumine, ici, est une augmentation de son catabolisme
E	la principale cause de l'élévation de la fraction alpha 2, ici, est l'augmentation de synthèse de l'haptoglobine



**Tableau 3**

16	Ce profil électrophorétique a été observé chez un homme de 65 ans. A son propos, on peut dire que: (Profil électrophorétique : tableau 3)
A	L'élévation importante des bêta globulines résulte ici d'une augmentation de la fraction C3 du complément
B	De façon générale, toutes les immunoglobulines ont une mobilité gamma à l'électrophorèse des protéines du sérum
C	L'hyperprotéïnémie résulte ici d'une hémococoncentration
D	Dans ce cas précis, l'hypoalbuminémie résulte le plus vraisemblablement d'une diminution de sa synthèse
E	L'examen des fractions alpha 1 et alpha 2 permet d'exclure une élévation de la VS

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1  
Session de mai 2011 – Pr. E. TISSOT

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

**EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE**  
Pr E. TISSOT

Réservé au  
Secrétariat

**Signes fonctionnels et généraux de l'appendicite aigue en position iliaque.**

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1  
Session de mai 2011 – Pr. E. TISSOT

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr E. TISSOT

Réservé au  
Secrétariat

**Signes fonctionnels et généraux de l'appendicite aigue en position iliaque.**

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE  
Session de mai 2011 – Pr. X. BARTH

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr Xavier BARTH

Signes d'examen clinique d'une occlusion intestinale aigue.

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE  
Session de mai 2011 – Pr. Olivier MONNEUSE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr Olivier MONNEUSE

Réservé au  
Secrétariat

**Signes cliniques d'une rupture traumatique de rate à la phase initiale.**

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1  
Session de mai 2011 – Pr. Jacques BAULIEUX

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr Jacques BAULIEUX

**Question 1** : Enumérer, sans les décrire, les principales causes de dysphagie.

**Question 2** : Enumérer, sans les décrire, les principales manifestations cliniques pouvant faire évoquer un reflux gastro-oesophagien.

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM.1 N° de PLACE  
Session de mai 2011 – Pr. J.Y. MABRUT

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE Pr J.Y. MABRUT

Réservé au  
Secrétariat

**Cholécystite aiguë : signes généraux, signes fonctionnels et signes physiques.**

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1  
Session de mai 2011 – Pr. Marc GUENOT

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE Pr Marc GUENOT

Citer les signes cliniques, ainsi que les complications évolutives, de l'hypertension intra-cranienne.

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1  
Session de mai 2011 – Pr. P. MATHEVET

N° de PLACE

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

### EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE Pr P. MATHEVET

Réservé au  
Secrétariat

**Question 1 :** Quelles sont les principales caractéristiques cliniques associées à un risque accru de cancer du sein à rechercher lors de l'interrogatoire d'une femme de plus de 50 ans ?

**Question 2 :** Quels sont les principaux signes fonctionnels des fibromes utérins de la femme non ménopausée ?

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE – DCEM 1

N° de PLACE

Session de mai 2011 – Pr. D. REVEL

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

Note :

**EXAMEN de SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE (30 mn)**

Pr D. REVEL (10 mn)

Citez et décrivez brièvement les trois signes radiologiques visibles sur la **radiographie thoracique de face** conduisant au diagnostic d '**épanchement liquidien pleural libre** dans la grande cavité pleurale droite.

NOM et Prénoms : .....

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE – DCEM 1

N° de PLACE

Session de mai 2011 – Pr. DOUEK

Réserve au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

Note :

**EXAMEN de SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE (30 mn)**

Pr DOUEK (10 mn)

Sémiologie radiologique : angiographique, écho-doppler et IRM de la sténose artérielle d'origine athéromateuse et de ses conséquences au niveau cardiaque.

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE – DCEM 1  
Session de mai 2011 – Pr. J.B. PIALAT

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

## UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2011– DCEM 1

Note :

**EXAMEN de SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE (30 mn)**

Pr J.B. PIALAT (10 mn)

**Vous examinez la radiographie de genou d'un patient présentant des douleurs à ce niveau :**

- 1) Quels éléments vous orientent vers une arthrose ?**
- 2) A quoi vous sert l'incidence dite « en schuss » ?**
- 3) Quels éléments radiographiques vous orientent vers une arthrite ?**
- 4) Sur quelles structures recherchez-vous des calcifications en cas de suspicion de chondrocalcinose ?**