

Annales 2007-2008 :

DCEM3

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 3B - Pédiatrie - Pr Lachaux
Dossier n° 1 - MAI 2008 - 1ère session

N° de PLACE

**Réservé au
Secrétariat**

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008-

MODULE 3B - Vendredi 23 mai 2008

Pr LACHAUX Alain

Cas clinique n° 1 - 1h

Karim, âgé de 9 ans, est amené par ses parents car il présente depuis 6 mois des souillures avec ses matières fécales. Le transit est irrégulier avec alternance de périodes de diarrhée et de périodes où les selles sont espacées tous les 3 à 4 jours. Des douleurs abdominales péri ombilicales intermittentes sont présentes depuis plus de 2 ans et des rectorragies minimales ont été observées à 2 reprises il y a 6 mois.

Vous notez aussi qu'il existe une gêne à la vie sociale et scolaire ainsi qu'une enurésie. Sa maman vous signale des difficultés scolaires et une scolarité adaptée. Elle vous précise qu'il s'est tenu assis vers 9 mois, debout avec appuis à 16 mois et a marché vers 3 ans. Il a associé 2 syllabes vers 2 ans et que la propreté diurne et nocturne pour les selles a été acquise vers 7 ans. Le ventre est souple un peu ballonné, il n'est pas perçu de splénomégalie ou d'hépatomégalie. La cavité buccale et la marge anale sont sans particularités. Les réflexes ostéo-tendineux sont perçus symétriques, il n'est pas noté de déficit moteur.

Vous évoquez une encoprésie compliquant une constipation méconnue.

1°) Quels sont les manifestations cliniques en faveur d'une rétention de matières fécales (constipation) ?

2°) Vous pensez que l'encoprésie est liée à la présence d'un fécalome.

A quoi correspond un fécalome ?

Comment celui-ci peut-il être mis en évidence lors de l'examen clinique ?

3°) La constipation est notée dans le carnet de santé dès les premiers jours de vie alors que Karim est allaité. La maman note qu'elle a été amenée à réaliser des petits lavements dès les premières semaines et pendant toute la première année de vie puis qu'ensuite elle a abandonné. Vers quelle affection ces 2 constatations vous orientent-elles et pour quelles raisons ?

4°) Dans cette situation pour quelle(s) raison(s) on peut réaliser une manométrie ano-rectale ?

5°) Vous concluez finalement que votre patient présente une encoprésie en raison d'un fécalome compliquant une constipation méconnue et non traitée. Comment prenez-vous en charge ce patient ?

6°) Comment et sur quel(s) élément(s) évaluez-vous le développement psychomoteur de cet enfant ?

7°) Quelles conséquences ces constatations ont-elles sur les modalités de prise en charge de cet enfant ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 3B - Pédiatrie - Pr Lachaux
Dossier n° 2 - MAI 2008 - 1ère session

N° de PLACE

**Réservé au
Secrétariat**

Note

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008-
MODULE 3B - Vendredi 23 mai 2008
Pr LACHAUX Alain**

Cas clinique n° 2 - 1h

Alice 14 mois vous est amenée par ses parents pour une vaccination contre les virus de la rougeole, oreillons et rubéole. A l'examen du carnet de santé vous notez: née à terme (3300 gr, 50 cm), régurgitations importantes durant les 6 premiers mois de vie, plusieurs épisodes d'érythème fessier notés à 1 et 3 mois, des otites fréquentes observées à 3, 4, 6, 7, 10 et 11 mois, des épisodes de laryngite à 4, 6, 9 et 12 mois. La maman vous signale : que les régurgitations se sont bien améliorées avec la diversification alimentaire et l'acquisition de la station assise mais persistent de façon intermittente, qu'Alice mange de tout mais est difficile car refuse les morceaux qu'elle vomit (mange mixé), qu'elle a marché à 13 mois et commence à parler, qu'elle se réveille toujours la nuit vers 2 heures et présente une toux nocturne. Son développement staturo-pondéral est harmonieux (Poids : 10kg ; taille 75 cm), l'examen clinique est sans particularité.

L'étude des antécédents familiaux ne révèle chez sa sœur âgée de 4ans un eczéma des faces d'extension des membres et rétro auriculaire. Son père est diabétique et hypertendu ; sa mère obèse et diabétique présente un asthme par allergie aux poils de chat.

Vous évoquez un Reflux gastro-oesophagien (RGO) persistant.

- 1) Quelle(s) manifestation(s) peuvent traduire un RGO chez cet enfant
- 2) Quel (s) examen (s) proposer en première intention pour valider votre hypothèse de RGO
- 3) Vous décidez de réaliser un transit oesogastroduodéal.
Quelles anomalies recherchez vous ?
Rédigez la prescription ?
- 4) quel(s) arguments avez-vous pour évoquer une origine allergique pour expliquer la toux ?
- 5) Pour tester l'hypothèse du RGO symptomatique vous proposez un traitement d'épreuve, rédigez l'ordonnance du traitement.

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 12 - Vasculaire-
Dossier - Mai 2008 -

DA DI FILIPPO

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008 -
MODULE 12 - Mardi 20 Mai 2008 - PA DI FILIPPO

Réservé au
Secrétariat

Cas clinique - 1h

Ce patient de 48 ans consulte son médecin traitant. Il n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'un petit souffle connu depuis environ 20 ans, non expertisé. Il est modérément tabagique (10 paquets années). Il est assez sportif et pratique du vélo régulièrement. Depuis 1 mois, il présente un essoufflement progressivement croissant à l'effort, avec une petite toux sèche associée depuis 1 semaine. Il a dû arrêter le vélo. Il signale que son père est décédé d'un infarctus du myocarde à l'âge de 55 ans. A l'examen clinique, le médecin retrouve un souffle holosystolique 3/6 apexo-sous axillaire gauche, avec un roulement diastolique peu intense apexien. La TA est à 150/90. L'ECG montre un rythme sinusal avec un indice de Sokoloff à 55mm et une onde P biphasique en V1. Le médecin fait le diagnostic d'insuffisance mitrale sur ces données.

Note

- Q1. Quelles sont les étiologies possibles d'une IM chez ce patient ?
Q2. Quels sont les éléments disponibles permettant d'apprécier l'importance de l'IM ?
Q3. Quel bilan complémentaire prescrire en première intention ?

L'écho-doppler cardiaque montre une insuffisance mitrale avec un aspect de rétraction de la valve postérieure, une OG dilatée et un VG mesurant 41mm en systole. La pression pulmonaire est estimée 40mmhg pour la systolique et 28mmhg pour la moyenne. La fraction d'éjection du ventricule gauche est de 65%. Par ailleurs, la créatinémie est à 80 micromoles/L et le reste du bilan biologique est normal.

- Q4. Quelle est la conduite à tenir sur le plan thérapeutique ? Justifier les prescriptions.

Le patient est hospitalisé en urgence 6 mois plus tard pour la survenue brutale d'une dyspnée de repos avec toux sans expectoration et douleurs médiathoraciques. Il n'y a pas eu de facteur déclenchant et la symptomatologie évolue depuis la veille au soir. A l'examen clinique, le patient est assis et dit être aggravé par la position allongée. La saturation cutanée en oxygène est de 98% , la TA à 100/60 et la fréquence cardiaque à 120/mn ; l'auscultation pulmonaire retrouve des crépitants fins des deux bases pulmonaires ; le souffle cardiaque est inchangé.

L'ECG montre le tracé ci-joint.(cf document)

Q5. Quel est le diagnostic clinique, interprétation de l'ECG

Q6. Quelles étiologies peut-on évoquer pour expliquer le tableau ?

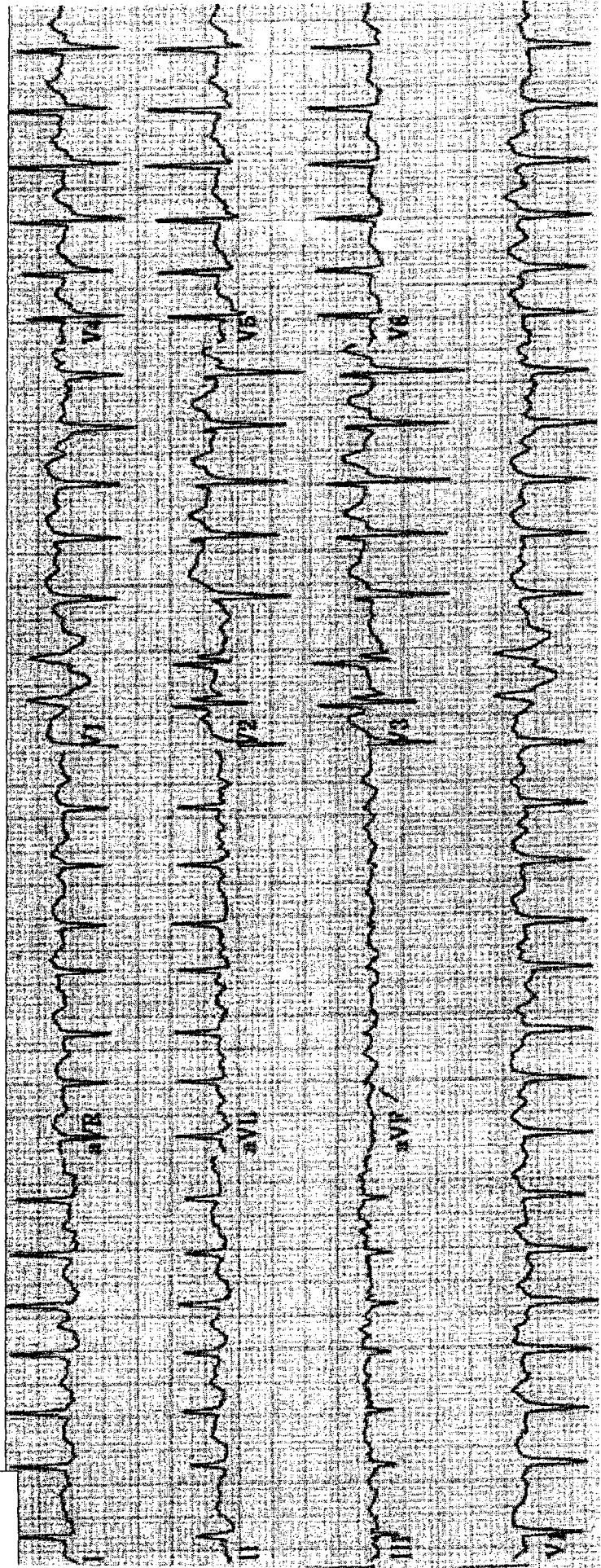
Q7. Quel bilan complémentaire prescrire ? (en précisant ce que l'on recherche pour chaque examen demandé).

Q8. Quelles est la conduite à tenir sur le plan thérapeutique à court et moyen terme ?

Le patient est de nouveau stabilisé et son ECG identique au tracé antérieur de base. L'écho-Doppler cardiaque montre une IM ichangée avec une fraction d'éjection du VG à 55%.

Q9. Quel traitement médical prescrire sur l'ordonnance de ce patient ?

Q10. Quelle est l'attitude vis-à-vis de la valvulopathie en précisant les examens complémentaires éventuellement nécessaires et en argumentant les options envisagées.



NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 12 - Pneumologie
Pr MORNEX - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

**Réservé au
Secrétariat**

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008
MODULE 12 -Pneumologie - Mardi 20 MAI 2008 - 13h30
Pr MORNEX Jean-François

Un homme de 60 ans, tabagique à 60 paquets x années consulte pour une toux chronique depuis une quinzaine d'années avec des épisodes annuels d'expectoration. Depuis son service militaire il a travaillé comme maçon fumiste puis comme conducteur de chantier dans une entreprise d'isolation industrielle. Il décrit une dyspnée d'effort à un étage depuis 10 ans.

1. A quelles maladies de l'appareil respiratoire est-il exposé ?
2. Dans un premier temps, le VEMS est mesuré à 30 % de la valeur théorique et le rapport VEMS/CV à 45 %. Quel diagnostic proposez vous ?
3. L'anamnèse met en évidence un amaigrissement récent et des hémoptysies, quel est le diagnostic le plus probable, quels examens réaliser pour établir ce diagnostic ?
4. Quels autres examens réaliser et pourquoi ?
5. Pourquoi importe-t-il de rechercher un lien avec une exposition professionnelle ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de

Module 4 -DCEM 3 - Cas clinique n° 1 - Mai 2008
1ère session - Pr Boisson et Dr Luauté

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008
Module 4 - Vendredi 16 mai 2008 - Pr Boisson et Dr Luauté
Cas clinique N° 1

**Réservé au
Secrétariat**

Madame D. âgée de 54 ans est enseignante ; elle est mariée mère de 2 enfants et habite avec son mari dans un appartement au deuxième étage avec ascenseur. Elle est hospitalisée dans le service des urgences vasculaires en raison de l'apparition brutale d'une hémiplegie gauche. Cette patiente a par ailleurs des antécédents de cataracte traumatique de l'œil droit. L'examen clinique d'entrée retrouve une patiente somnolente avec une hémiplegie gauche proportionnelle. La tête et les yeux sont déviés vers le côté droit. Par ailleurs, l'examen campimétrique du champ visuel confirme l'existence d'une hémianopsie latérale homonyme gauche. Le scanner cérébral réalisé en urgence permet d'objectiver un volumineux hématome temporo-pariétal droit avec une hydrocéphalie et des signes d'engagement temporal droit. Une artériographie est alors réalisée, cet examen révèle un anévrisme sylvien droit qui est embolisé dans le même temps. Une intervention chirurgicale est également réalisée en urgence pour dériver le LCR (mise en place d'une dérivation ventriculaire externe secondaire internalisée sous la forme d'une dérivation ventriculo-péritonéale).

Note

Question 1 : Quelle échelle utilisez vous pour surveiller l'état de conscience ?

Question 2 : Quel est le signe clinique principal de l'engagement temporal droit ?

Question 3 : Quel est le nom du syndrome neurologique probablement associé à l'hémiplegie gauche ? Décrivez les signes cliniques de ce syndrome.

Question 4 : L'évolution est marquée par une récupération motrice quasi complète ; néanmoins, la patiente reste très dépendante pour de nombreuses activités de la vie quotidienne. Quelles déficiences ont un rôle particulièrement néfaste quant à l'autonomie de cette patiente ?

Question 5 : A votre avis en quoi ces déficiences vont limiter les 'activités' de cette patiente et la reprise de sa vie sociale antérieure ?

Question 6 : 1 mois après son retour à domicile, la patiente présente des chutes à répétition associées à des céphalées et à une somnolence. Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel examen para-clinique demandez vous ?

Question 7 : Par ailleurs, lors de l'hospitalisation vous découvrez une fracture de la tête fémorale qui justifie une intervention chirurgicale avec mise en place d'une prothèse totale de hanche. Décrivez les principes de la rééducation en kinésithérapie à la suite de cette intervention.

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)**Epreuve de**Module 4 -DCEM 3 - Cas clinique n° 2- Mai 2008
1ère session - Pr Boisson et Dr Luauté**N° de PLACE****UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008**
Module 4 - Vendredi 16 mai 2008 - Pr Boisson et Dr Luauté
Cas clinique N° 2**Réservé au
Secrétariat**

Paul A, est un jeune homme qui aura bientôt 18 ans. Il est en terminale littéraire. Son frère jumeau est en terminale scientifique. Il vit chez ses parents. Il marche de façon symétrique, en flexion de hanches et de genoux, rotation interne des hanches et l'attaque du pas se fait par l'avant pied. Il a le même périmètre de marche depuis plusieurs années, environ 800 m. Depuis le début de l'année il est concentré sur sa scolarité, il a mis de côté les séances de kinésithérapies qu'il faisait une fois par semaine jusqu'à présent. Il se plaint de douleurs au niveau des deux tubérosités tibiales antérieures, et de douleurs lombaires en particulier en fin de journée. A l'examen clinique on retrouve des réflexes vifs, une trépidation épileptoïde des deux triceps, un angle poplité à 30 ° par rapport à l'horizontal, une hyperlordose lombaire. On note un léger strabisme.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez vous à l'observation de sa façon de marcher?**Question 2 : Quel antécédent recherchez vous en priorité qui pourrait vous orienter vers le diagnostic évoqué ?****Question 3 : Quel trouble cognitif, neurovisuel peut expliquer qu'il soit en terminale littéraire et non scientifique ?****Question 4 : Comment expliquer ses douleurs de genoux ?****Question 5 : Comment expliquer les douleurs lombaires ?****Question 6 : Quelles sont les deux consignes primordiales pour lutter contre ses douleurs ?****Question 7 : Pour le passage du Baccalauréat, Paul A. vous demande un tiers temps pour les épreuves écrites. Quelles démarches doivent être faites pour accéder à sa demande ?****Question 8 : Pour son avenir professionnel Paul A ne pourra pas envisager tous les métiers du fait de sa déficience neurologique. Où devra-t-il s'adresser pour être reconnu travailleur handicapé ?****Note**

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 15 B - Rhumatologie-
Pr VIGNON - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 15 B - Mardi 13 MAI 2008 - 14h

Pr Eric VIGNON

Dossier Clinique

Réservé au
Secrétariat

Histoire actuelle : Etudiant vétérinaire de 25 ans consultant pour lombalgies évoluant depuis 3 ans. Pas de consultations antérieures car les douleurs étaient auparavant faibles, intermittentes et soulagées par du paracétamol en automédication. Depuis 4 mois les douleurs sont plus intenses et plus invalidantes, touchant le rachis lombaire et les fesses, réveillant le patient vers 3 heures du matin, maximales en début de journée avec un dérouillage matinal que le patient évalue à environ 1 heure, non calmées par le paracétamol.

Examen clinique : état général conservé, pas de fièvre, raideur du rachis lombaire avec un indice de Schober à 11 cm, pas de signe de Lasègue, examen neurologique normal, examen général est normal.

Note

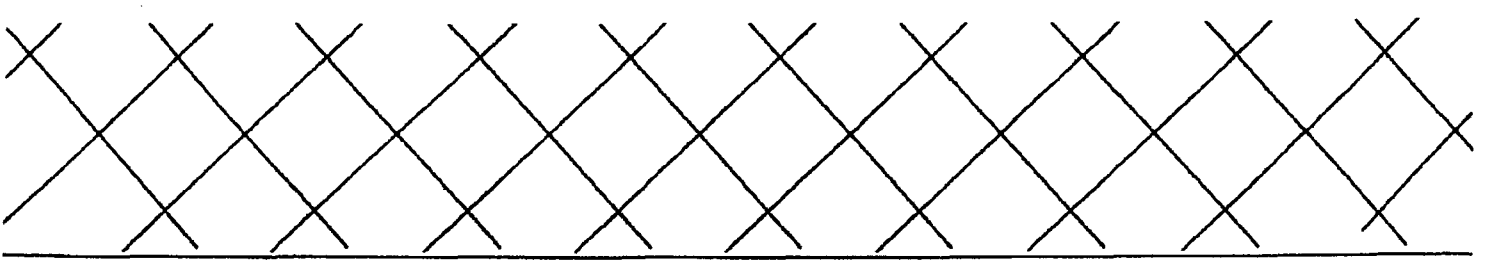
Antécédents : tabagisme à 5 paquet-années, deux entorses de la cheville droite il y a 5 et 2 ans, une entorse du genou gauche avec lésion du ménisque interne ayant nécessité une suture sous arthroscopie il y a 3 ans, un accident de la voie publique il y a 5 mois, s'étant soldé par des plaies cutanées.

Question 1. Vous évoquez une spondylarthropathie. Quels sont les arguments en faveur et les arguments contre ce diagnostic ? Quels éléments complémentaires importants en faveur de ce diagnostic recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

Suite de l'histoire. Votre interrogatoire et votre examen clinique particulier n'apportent rien. Les clichés radiographiques (colonne dorsale et lombaire face et profil, bassin de face) sont normaux. La biologie : Hémoglobinémie = 13 g/ 100 ml, Leucocytes = 5300/mm³ (65 % de polynucléaires neutrophiles, 25 % de lymphocytes), Plaquettes = 188 000 / mm³, Vitesse de sédimentation à la première heure = 8 mm, Protéine C-réactive = 4 mg/l (N < 5), Natrémie = 142 mEq/l, Kaliémie = 4,1 mEq/l, albuminémie = 39 g/l, créatininémie = 85 µmoles/l, Calcémie = 2,35 mmoles/l

Question 2 : Outre les spondylarthropathies, quelles sont les principales autres hypothèses diagnostiques envisageables dans le cas présent ? Quels sont les arguments en faveur et contre ces hypothèses ? Quel examen d'imagerie demandez vous pour préciser votre diagnostic ?

Question 3. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est retenu. Quelle est votre attitude thérapeutique ? Quel suivi planifiez-vous ?



Question 4. Après quelques semaines, le patient se plaint de gastralgies. La fibroscopie oesogastro-duodénale objective un ulcère gastrique prépylorique de 0,5 cm de diamètre, macroscopiquement bénin (les biopsies réalisées n'objectivent que des remaniements inflammatoires banals). Quelle doit être la conduite à tenir ?

Question 5. L'évolution de la spondylarthrite ankylosante se fait vers une aggravation des symptômes et de l'ankylose. Le patient a entendu parler de crénothérapie. Il vous demande en quoi consiste le traitement et si il pourrait lui être bénéfique. Que lui répondez-vous ?

Question 6. Finalement le patient va toujours aussi mal. Reste t'il une sorte de traitement à proposer, quel en est l'efficacité et quelles sont ses principales contre-indications ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 15 B - Orthopédie -
Dr J.C. BEL - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008
MODULE 15 B - Orthopédie - Mardi 13 MAI 2008 - 14h
Dr Jean-Christophe BEL

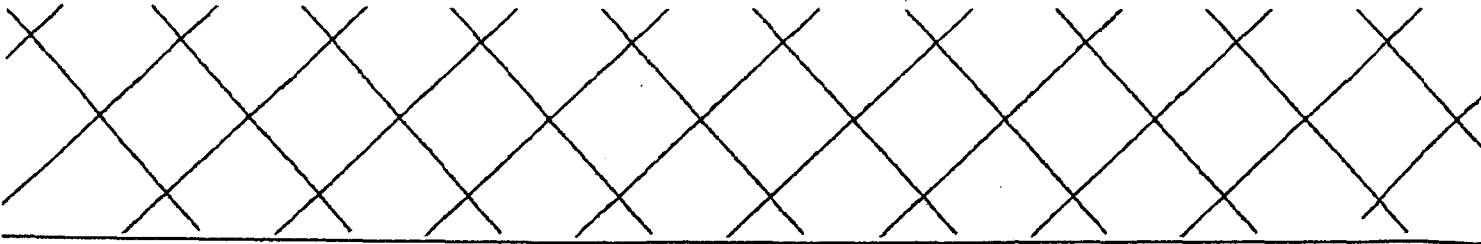
**Réservé au
Secrétariat**

Marie-Charlotte, 27 ans, a chuté en ski ce matin.
Elle arrive pour consulter, grimaçante, en boitant, soutenue par son ami.
A l'interrogatoire elle précise :
- elle n'a pas terminé sa descente et a été redescendue aux bas des pistes en traîneau
- il s'est agit d'un accident de ski en valgus et rotation externe
- il y a eu un craquement initial si on lui redemande bien
- depuis elle présente un gros genou droit, douloureux, avec impotence totale.
A l'examen on note un genou droit augmenté de volume avec un choc rotulien.
La palpation retrouve une douleur au niveau du plateau tibial interne et de l'aileron rotulien interne.

Question 1 : Quels sont les éléments en faveur d'une entorse du genou ?

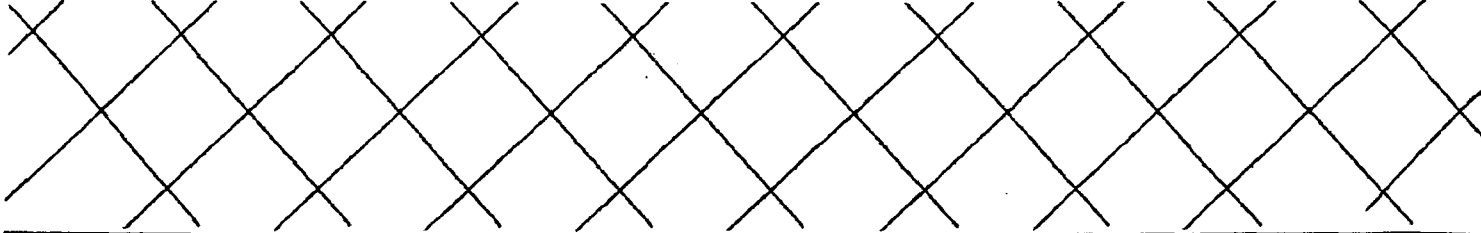
Note

Question 2 : Quels sont les arguments en faveur d'une entorse grave du genou ?



Question 3 : Comment confirmer une entorse grave du genou avec rupture du Ligament Croisé Antérieur ?

Question 4 : Une pathologie associée de la rotule est elle possible ? Laquelle ? Comment en faire le diagnostic ?



Question 5 : Que lui répondez-vous concernant les orientations thérapeutiques secondaires possibles alors qu'elle vous raconte qu'elle joue d'ailleurs au basket tous les lundi soirs ?

Question 6 : A l'examen du genou controlatéral - un peu douloureux « en interne » -, on constate une perte de l'extension passive qui date semble t'il du match d'il y a 3 semaines.
De quoi s'agit-il ? Quel(s) examen(s) cliniques, para clinique(s) demandez vous ? Quels en sont les résultats ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 9 - Cas clinique n° 1
Pr CHEVALIER - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 9 - Mardi 06 MAI 2008 - 13H30

Pr Philippe CHEVALIER

CAS CLINIQUE N° 1 - 1H

Réservé au
Secrétariat

Une femme de 77 ans est admise au service d'urgence pour une syncope survenue à domicile. Elle a des antécédents de diabète, d'hypercholestérolémie et de dépression (traitée par Tricyclique et Benzodiazépine).

A l'admission elle est asymptomatique et la tension artérielle est à 170/70 mmHg. L'examen clinique est normal. L'ECG objective un rythme à 67/min avec un intervalle PR à 170 ms et une durée des QRS à 100 ms et un intervalle QT corrigé à 410 ms. Il existe des ondes Q en dérivations D2, D3 et AVF et une élévation de 2mm du segment ST en dérivations D2, D3 et AVF.

Note

A l'interrogatoire elle dit avoir ressenti une sensation d'oppression thoracique avec nausée juste après la syncope.

- 1) Quel est le diagnostic le plus probable? Quelles sont les autres diagnostics possibles ? Argumentez.
- 2) Quels sont les critères que vous recherchez à l'interrogatoire pour suspecter une origine ischémique myocardique à l'origine de la symptomatologie.
- 3) Décrivez les 3 présentations électro-cliniques qui peuvent être à l'origine d'une syncope lors d'une occlusion coronaire aiguë.
- 4) Quel traitement et quels examens prescrivez vous pendant le premier jour de l'admission.
- 5) Quels sont les objectifs thérapeutiques pour cette patiente à long terme.

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 9 - Pr CORDIER
Mai 2008 -- Session 1 - Cas clinique n° 2

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008

MODULE 9 - Mardi 6 Mai 2008 - 13h30

Pr CORDIER Jean-François

Réservé au
Secrétariat

Cas clinique n° 2 - 1h

Un homme de 78 ans, fumeur à 50 paquets x années, présente une dyspnée d'effort depuis 2 à 3 ans.

Il y a un an, il a eu une spirométrie qui a montré un VEMS à 49 % de la valeur théorique, et une capacité vitale à 83 % de la valeur théorique. On vient de découvrir à la suite de rectorragies un cancer du rectum, en cours d'évaluation pré-thérapeutique.

Il y a 48 heures, la dyspnée a brutalement augmenté. Le patient est apyrétique, n'a pas d'expectoration, et la radiographie pulmonaire ne montre pas d'opacités

parenchymateuses. La spirométrie est inchangée.

On suspecte une embolie pulmonaire.

Note

1°. Que peut apporter au diagnostic le dosage des D-dimères, et quelles sont les éventuelles limitations de cet examen chez ce patient ?

2°. Que peut apporter au diagnostic la scintigraphie pulmonaire, et quelles sont les éventuelles limitations de cet examen chez ce patient ?

3°. Que peut apporter au diagnostic le doppler veineux des membres inférieurs, et quelles sont les éventuelles limitations de cet examen chez ce patient ?

4°. Que peut apporter au diagnostic le scanner spiralé multi-barrettes, et quelles sont les éventuelles limitations de cet examen chez ce patient ?

5°. Quel est l'examen à privilégier pour confirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire chez ce patient ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 9 - Cas clinique n° 3 -
Pr GUEYFFIER - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 9 - Mardi 6 MAI 2008 - 13H30

Pr François GUEYFFIER

CAS CLINIQUE N° 3

Réservé au
Secrétariat

**N.B. : chaque question appelle une réponse brève, qui doit être limitée à 3 lignes maximum.
Les mots écrits au-delà de la troisième ligne ne seront pas pris en compte.**

L'étude HOT a comparé l'application d'une même stratégie de renforcement du traitement antihypertenseur dans trois groupes de patients randomisés, chacun des trois groupes étant caractérisé par une des trois cibles de pression artérielle diastolique : <90 (6264 patients), <85 (6264 patients) et <80 mmHg (6262 patients). Le critère de jugement principal était la survenue d'un événement cardiovasculaire majeur (infarctus du myocarde non mortel, accident vasculaire cérébral non mortel, décès cardiovasculaire).

Les résultats principaux sont livrés dans le tableau suivant ; (« trend » signifie « tendance »):

Event	Number of events	Events/1000 patient-years	p for trend	Comparison	Relative risk (95% CI)
Major cardiovascular events					
≤90 mm Hg	232	9.9		90 vs 85	0.99 (0.83-1.19)
≤85 mm Hg	234	10.0		85 vs 80	1.08 (0.89-1.29)
≤80 mm Hg	217	9.3	0.50	90 vs 80	1.07 (0.89-1.28)

N.B. : pour l'interprétation, bien faire attention au sens de la comparaison (« vs » signifie « contre »)

1. Que concluez-vous de ces résultats ?
2. Les auteurs ont réalisé plusieurs analyses en sous-groupes. Ils indiquent les résultats chez les 1501 (8%) patients entrés dans l'étude avec un diabète. Les résultats sur ces patients sont indiqués dans le tableau suivant :

Event	Number of events	Events/1000 patient-years	p for trend	Comparison	Relative risk (95% CI)
Major cardiovascular events					
≤90 mm Hg	45	24.4		90 vs 85	1.32 (0.84-2.06)
≤85 mm Hg	34	18.6		85 vs 80	1.56 (0.91-2.67)
≤80 mm Hg	22	11.9	0.005	90 vs 80	2.06 (1.24-3.44)

Qu'en concluez-vous ?

3. Dans la même étude, les patients étaient aussi randomisés entre aspirine 75 mg (9399 patients) et placebo (9391 patients). Comment appelle-t-on le plan expérimental d'une telle étude, qui teste en même temps deux interventions thérapeutiques (ici l'aspirine et la stratégie d'atteinte d'une des trois cibles de pression diastolique) ?
4. Quels sont les avantages d'un tel plan expérimental ?
5. Quels en sont les inconvénients ?
6. Les résultats concernant l'aspirine sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Events	Number of events	Events/1000 patient-years	p	Relative risk (95% CI)
Major cardiovascular events				
Acetylsalicylic acid	315	8.9		
Placebo	368	10.5	0.03	0.85 (0.73-0.99)

Quelle est votre conclusion ?

7. Un patient de 65 ans vous consulte à titre systématique pour le suivi de son hypertension artérielle (il reçoit deux antihypertenseurs à bonne dose). Son bilan lipidique, son ionogramme et sa créatininémie sont strictement normaux. Vous trouvez une pression artérielle de 148/86 après 10 min de repos, comme moyenne de trois mesures. Que lui proposez-vous ?
8. Auriez-vous la même attitude s'il était diabétique ? (la question 7 et 8 s'entendent au regard seul des résultats de l'étude HOT)

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 15B - Pr Honnorat
Neurologie - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

**Réservé au
Secrétariat**

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008

MODULE 15 B - Vendredi 18 janvier -14h - 16h

Pr G CHAZOT, Pr J HONNORAT, Pr N NIGHOGHOSSIAN, Pr PERRIN, Pr SINDOU

Neurologie (1h)

Un homme âgé de 60 ans sans facteur de risque droitier présente depuis trois semaines des secousses du membre supérieur droit affectant progressivement le pouce, puis les doigts s'associant très rapidement à une flexion du poignet et une pronation de l'avant bras. Il rapporte trois épisodes du même type d'une durée comprise entre 3 et 5 minutes. L'examen clinique lors de la consultation est normal.

1. Analysez la présentation sémiologique et discutez les origines possibles.

Le patient relate également des épisodes brefs, plus anciens, de sensations de décharges électriques du membre supérieur droit durant environ 30 secondes, et survenant par salves

2. Comment analysez vous ces nouveaux éléments ?

3. Devant cette présentation sémiologique, quelles sont les grandes étiologies à évoquer ?

4. Quel(s) est (sont) le (ou les) examen(s) à demander pour préciser le diagnostic ? Selon quelles modalités doivent-ils être réalisés ?

5. Une thérapeutique symptomatique doit-elle être prescrite pour prévenir ces épisodes ? Si oui, précisez le type de thérapeutique et ses modalités d'administration.

Les causes ont été identifiées et traitées. Le patient est considéré comme guéri et n'a plus de traitement. Néanmoins, il consulte à nouveau cinq ans plus tard en raison d'un tremblement prédominant nettement sur la main gauche, apparaissant au repos et disparaissant lors des mouvements volontaires, ce tremblement est aggravé lors des émotions. La marche s'effectue à petits pas, le visage est figé, amimique, inexpressif, les gestes sont lents, l'écriture micrographique, la voix monotone.

6. Le premier médecin consulté avait diagnostiqué un tremblement d'attitude. Quel est votre opinion ? Justifiez.

7. Quels sont les éléments cliniques que vous devez rechercher lors de l'examen neurologique et pourquoi ?

Un traitement adapté est prescrit et le patient s'améliore. Vous êtes malheureusement conduit à le revoir 6 mois plus tard car son épouse vous est adressée au service d'urgence, vers 10 heures du matin, en raison de la constatation au réveil d'un déficit hémicorporel droit complet associé à une aphasia globale et une déviation conjuguée du regard sur la gauche. L'examen clinique général est par ailleurs normal en dehors d'une arythmie et l'ECG montre une fibrillation auriculaire. Elle a 65 ans et aucun antécédent particulier. Elle ne prend pas de traitement et elle s'était couchée la veille à 22 heures sans trouble particulier.

8. Vous faites pratiquer un scanner cérébral sans injection de produit de contraste qui est interprété comme normal. Qu'en concluez vous ? Quelle est l'étiologie la plus probable ?

9. Quel examen morphologique permettrait à ce stade de préciser les choses ? Selon quelles modalités doit-il être effectué ?

10. Un traitement thrombolytique est-il indiqué dans ces conditions, si oui justifiez ?

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Module 15B - DCEM 3 - JANVIER 2008 - 1ère session

Epreuve de :

Ophtalmologie - C. BURILLON

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008
MODULE 15 B - Vendredi 18 janvier 2008 - 14h - 16 h
OPHTALMOLOGIE (1 HEURE) - Pr C. BURILLON

Réservé au
Secrétariat

Note

Un homme de 67 ans vous consulte pour baisse de vision récente de l'œil droit. L'acuité visuelle est chiffrée à 1/20 faible non améliorable à droite et 9/10 à gauche avec -3.

Le patient ne présente pas d'autres symptômes. L'examen à la lampe à fente retrouve un segment antérieur normal aux deux yeux. La pression intraoculaire est de 7 mm Hg à l'œil droit, 16 à l'œil gauche. La photographie couleur du fond d'œil droit est fournie. Le fond d'œil gauche ne note pas d'anomalies.



QUESTION N° 1

Décrire les anomalies du fond d'œil droit de ce patient ?

QUESTION N° 2

Décrire les anomalies du champ visuel droit que l'on s'attend à retrouver chez ce patient ?

QUESTION N° 3

Il s'agit d'un décollement de rétine rhégmato-gène. Que signifie « rhégmato-gène » ? Quelles sont donc les différents types d'anomalies rétinienne à l'origine d'un décollement de rétine rhégmato-gène ?

QUESTION N° 4

Quels sont les facteurs de risque classique du décollement de rétine rhégmato-gène ?

?

QUESTION N° 5

Quels signes fonctionnels pourrait-on rechercher à l'interrogatoire chez ce patient en dehors de la baisse d'acuité visuelle ?

QUESTION N° 6

Si l'on considère qu'il s'agit d'un décollement de rétine rhégmatoïde simple non compliqué :
Quel est le but du traitement que vous devez effectuer ? Quels en sont les grandes lignes ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 13- Pr Mathevet
Gynécologie - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008-

MODULE 13 - Lundi 14 janvier - 13h30 - 16h30

Pathologie abdomino-pelvienne

Dossier Gynécologie - Pr Patrice MATHEVET- 1heure

Réservé au
Secrétariat

Une femme de 60 ans consulte pour de vagues douleurs abdominales et pelviennes associées à un amaigrissement récent de 4 kg. Elle n'a pas d'antécédent familial notable, elle est mère de trois enfants, ménopausée à l'âge de 52 ans, elle a des antécédents d'appendicectomie à l'âge de 9 ans, de ligature de trompes par coelioscopie à 39 ans et de cholécystectomie à l'âge de 43 ans. Elle pèse 86 kg pour 165 cm. Elle utilise un traitement hormonal substitutif DIVINA depuis 8 ans. L'examen clinique met en évidence une ascite libre sans tumeur abdominale perçue. Le col est sain, le frottis cervical est normal. Au toucher vaginal, l'utérus est de volume normal et on note l'existence d'une masse annexielle gauche, irrégulière et fixée. A l'échographie pelvienne endo-vaginale, il s'agit d'une masse ovarienne gauche de 11 cm à contenu mixte : mi solide, mi liquide. L'utérus est de taille normale avec un endomètre de 7 mm d'épaisseur. L'ovaire droit est porteur d'un kyste liquidien de 3 cm. Il existe un épanchement modéré du cul de sac de Douglas. L'hypothèse diagnostique est celle d'une tumeur maligne de l'ovaire.

Note

QUESTION 1

Quels sont les arguments en faveur de ce diagnostic ?

QUESTION 2

Quels sont les examens paracliniques à demander ?

QUESTION 3

Quel est le moyen d'affirmer définitivement le diagnostic de cancer de l'ovaire et le pronostic ?

QUESTION 4

On réalise une intervention chirurgicale par laparotomie qui découvre une tumeur ovarienne gauche végétante avec ascite, métastase à l'ovaire controlatéral et granulations sur le mésentère. Quelles sont les autres localisations à rechercher par le bilan d'extension préopératoire ?

QUESTION 5

A partir des données de la question 4, quel est le stade d'extension de la tumeur ?

QUESTION 6

Quel est le traitement initial ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 8 - IMMUNOLOGIE
Pr MORELON - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008-SESSION 2

MODULE 8 - Mardi 02 septembre 2008 - 13h30

Pr Emmanuel MORELON

IMMUNOLOGIE

Une femme de 45 ans est adressée pour un bilan prétransplantation rénale. Sa néphropathie initiale est une uropathie malformative avec reflux vésico-urétéral opéré dans l'enfance. Malgré l'intervention chirurgicale, sa fonction rénale s'est progressivement dégradée et elle a dû débuter l'hémodialyse depuis 2 ans sur une fistule artério-veineuse. Elle est de groupe sanguin A+.

Question 1 :

Que devez vous rechercher à l'interrogatoire pour rechercher une éventuelle immunisation anti-HLA ?

Question 2 :

Quel examen biologique sanguin indispensable au bilan prégreffe permet de confirmer cette immunisation ?

Note

Le bilan prégreffe est terminé et la patiente est inscrite sur la liste d'attente de transplantation rénale. Elle est appelée pour une transplantation rénale en urgence avec le rein d'un homme de 55 ans décédé d'hémorragie intra cérébrale.

Question 3 :

Quel est le test nécessaire à réaliser avant de pouvoir déterminer avec certitude si la transplantation est possible ? Précisez en les modalités dans les grandes lignes.

Le test est négatif et la greffe peut être réalisée. La patiente reçoit un traitement immunosuppresseur comprenant un anticorps anti-récepteur de l'IL2, de la ciclosporine, du mycophénolate mofétil et des corticostéroïdes. Deux mois après la greffe, on note une augmentation de la créatininémie. L'échodoppler du greffon montre une bonne vascularisation et il n'y a pas de dilatation des cavités pyélocalicielles. Le dosage des taux résiduels de ciclosporine ne montre pas de surdosage.

Question 4 :

Quel diagnostic évoquez vous en premier lieu ? Quel examen réalisez vous pour en faire la preuve ?

Question 5 :

Quels sont les principaux éléments histologiques permettant de confirmer votre diagnostic ?

Question 6 :

Quel traitement instituez vous en première attention si votre diagnostic est confirmé ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 8- MEDECINE INTERNE
Pr PICOT - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008 - SESSION 2

MODULE 8 - Mardi 02 septembre 2008 - 13h30

Pr NINET Jacques

MEDECINE INTERNE (1h)

Réservé au
Secrétariat

Une patiente âgée de 31 ans est adressée pour un bilan d'arthromyalgie. Elle n'a aucun antécédent particulier, elle est mère de 2 enfants en bonne santé. Elle fume une vingtaine de cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans. Elle prend une contraception par ADEPAL. Les arthralgies ont débuté, il y a 2 mois. Ces arthralgies concernent les mains et les chevilles. Elle décrit une raideur matinale, et un dérouillage de 20 minutes. A l'examen, vous retrouvez des arthrites des métacarpophalangiennes des 2 mains.

Elle n'est pas fébrile. L'auscultation cardiaque retrouve un souffle systolique mieux perçu au foyer mitral. Le reste de l'examen est sans particularités. La patiente est apyrétique le jour de la consultation et ne décrit pas de fièvre durant les derniers jours.

Les examens biologiques sont les suivants :

GB : 5600/mm³

HB 105 g/L

VGM 104 fl

Plaquettes : 67 000/mm³

Lymphocytes : 876/mm³

Vs 58 mm à la première heure

CRP=1mg/L

Créatinine = 45 µmol/L

Urée=3,2 mmol/L

TCA = 48 sec pour un témoin à 32 secondes

Anticorps anti nucléaires = aspect nucléolaire à 1/5120

La bandelette urinaire est normale.

Note

Questions

- 1) Quelles sont vos hypothèses diagnostiques pour ce tableau d'arthralgies. ?
- 2) Vous suspectez un lupus érythémateux systémique. Quels signes cliniques et biologiques confortent votre hypothèse ?
- 3) Quels examens devez vous prescrire pour étayer ce diagnostic de lupus érythémateux disséminé ?
- 4) Comment interprétez-vous les examens biologiques ?
- 5) Le lupus systémique est confirmé. Comment expliquer la présence du souffle cardiaque ?
- 6) Quelles sont les principes thérapeutiques chez cette patiente ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 8 - DERMATOLOGIE
Pr CLAUDY - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007- 2008 SESSION 2
MODULE 8 - Mardi 02 septembre 2008 - 13h30
Dermatologie (1h) - Pr Alain CLAUDY

Mr M. , 28 ans, présente une éruption généralisée érythémato-squameuse de début brutal avec fièvre à 40° C, frissons, et micropolyadénopathies superficielles. Il existe des lésions vésiculeuses des plis, sans pustules, ni folliculites.

L'interrogatoire retrouve un terrain atopique de l'enfance avec eczéma et crises asthmatiques occasionnelles. Le patient a été traité dans les jours précédant l'éruption par 40 mg d'un corticoïde oral dégressifs en 10 jours associé à un macrolide pour une infection de la sphère ORL. L'éruption a débuté 48 heures après l'arrêt du traitement.

Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments ?

Quels diagnostics différentiels sont à envisager ?

Dans le cadre du diagnostic que vous avez établi, quels autres évènements indésirables pourraient-ils survenir ?

Quelles mesures thérapeutiques immédiates prenez-vous ?

Considérez-vous qu'un traitement de fond sera à envisager ultérieurement ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 5 - Cas clinique N° 2
Dr KROLAK SALMON - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008-SESSION 2

MODULE 5 - Mardi 02 septembre 2008 - 13h30

Dr KROLAK SALMON

CAS CLINIQUE N° 2

- Dossier n°2 -

Un homme de 75 ans présente une désorientation temporo-spatiale d'installation brutale et une agitation psychomotrice fluctuante évoluant depuis environ deux jours. Il ne dort plus la nuit, crie beaucoup et se montre menaçant. Un traitement par hydroxyzine a été immédiatement prescrit à domicile à titre sédatif et anxiolytique. Le tableau clinique s'est secondairement aggravé, conduisant le patient au service des urgences.

Ce patient a pour antécédents principaux un eczéma allergique, une dépression il y a une dizaine d'années, une hypertrophie bénigne de prostate et une maladie de Parkinson. Il est habituellement traité par lévodopa. Une récurrence récente de son eczéma a motivé la prescription d'antihistaminique, alors qu'un renforcement de son traitement par oxybutynine a été récemment prescrit par son urologue.

Votre examen révèle une agitation, des propos incohérents, souvent à thème de persécution. Le patient lève souvent les yeux ou se tourne brutalement. Il a en même temps une tendance à la somnolence, combinée à des réveils en sursaut.

1- Quel est votre diagnostic syndromique ? Pourquoi ?

2- Quels autres éléments d'anamnèse recherchez-vous ?

3- Enoncer les étapes principales de votre examen clinique

4- Quel est le diagnostic étiologique le plus probable ?

5- Quels examens complémentaires faut-il prévoir ?

6- Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 15 B - Rhumatologie-
Pr VIGNON - Septembre 2008 - Session 2

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 15 B - SESSION 2 - 29/08/2008

Pr Eric VIGNON

Rhumatologue (1H)

H.A : Homme de 42 ans souffrant du genou droit depuis 2 mois, à la suite d'un petit traumatisme. Les douleurs sont très vives, permanentes, nocturnes, rendant l'appui très pénible et le patient marche péniblement avec 2 cannes.

Question 1 : Comment interpréter les douleurs et quel est le diagnostic à évoquer aussitôt ?

Antécédents :

Célibataire, acteur de cinéma spécialisé dans les films de série X avec plusieurs épisodes d'urétrite gonococcique pris en accident du travail, le dernier datant de 6 mois.

Comitialité bénigne traitée depuis l'enfance par le gardénal.

Il prend régulièrement du viagra pour améliorer ses performances artistiques.

Alcool-tabagique+++.

Tuberculose pulmonaire traitée par chimiothérapie vers l'âge de 20 ans.

Opéré vers 30 ans d'une rupture traumatique du ligament croisé antérieur du genou droit dont il ne se plaignait pas jusqu'à présent.

Père atteint de spondylarthrite ankylosante.

Le traumatisme récent a comporté une petite plaie cutanée aujourd'hui cicatrisée.

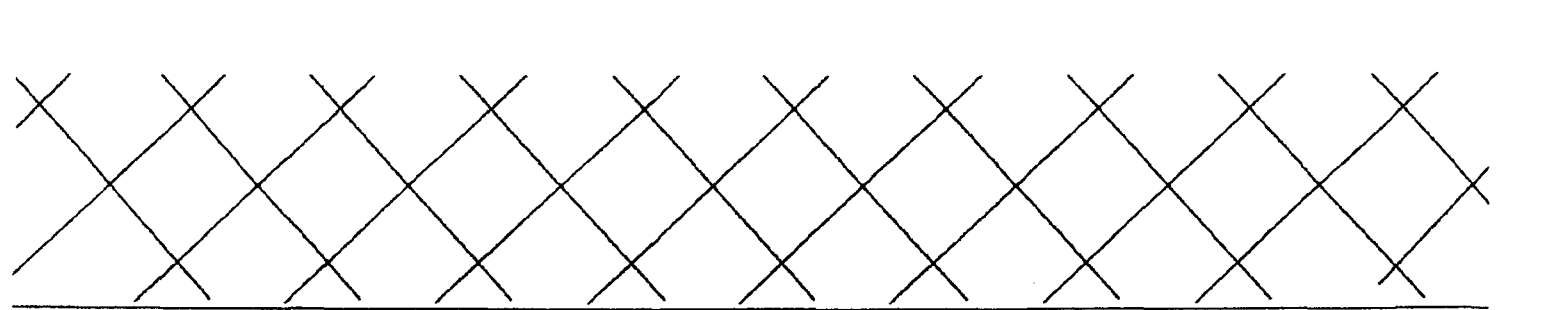
Question 2 : quels sont les diagnostics que peuvent faire évoquer ces antécédents ?

Données cliniques : L'appui mopodal droit semble très pénible. Petite atrophie de la cuisse droite de 2 cm, gros genou avec un choc rotulien net ; Pas de flexum mais limitation de la flexion qui fait hurler le patient de même que la palpation des divers points stratégiques du genou. 92 kg pour 185 cm, bon EG, pas de fièvre ; Petite hépatomégalie lisse. Psoriasis des coudes.

Question 3 : Le médecin n'a pas examiné la hanche droite du patient. Pourquoi examiner la hanche dans une douleur du genou et pourquoi est-ce inutile dans le cas présent ?

Radiographie : Des 2 genoux en schuss avec vue axiale des rotule : discrète décalcification hétérogène des épiphyses articulaires du genou droit et de la rotule ; RP normale. Radio du bassin de face normale.

Question 4 : Quels sont les diagnostics à envisager et à rejeter sur des données radiologiques ?



Biologie : VS 12, CRP 5 mg/l, NFP normale, uricémie 512 $\mu\text{mol/l}$ ($N <$), élévation du cholestérol, des triglycérides mais pas de la glycémie ; élévation franche des GGT mais pas des transaminases. HLA B27 positif. Facteur rhumatoïde négatif. Ponction du genou droit : liquide synovial clair contenant 100 GB/mm³, 24 g/l de protéine, stérile.

Question 5. Quels sont les diagnostics envisageables pour ces diverses données biologiques mais quel est le diagnostic final compatible avec l'ensemble des données?

Question 6. Faut-il passer au traitement et lequel ? Ou faut-il encore un ou des examens complémentaires et lequel ou lesquels ?

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 15 B - Rhumatologie-
Pr HONNORAT - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 15 B - Vendredi 29 août 2008 - 14h

NEUROLOGIE (1h) - Cas clinique

Pr G CHAZOT, PR J HONNORAT, PR N NIGHOGHOSSIAN ;

Pr PERRIN ; Pr SINDOU

Un homme droitier âgé de 35 ans se présente à votre consultation en raison de l'apparition depuis 3 jours de paresthésies ayant débutées aux mains et aux pieds et qui se sont étendues progressivement à la racine des membres. L'anamnèse retient un syndrome grippal résolutif 3 semaines avant le début des paresthésies. Le patient se plaint par ailleurs d'une instabilité croissante à la marche et d'une faiblesse des membres inférieurs. L'examen neurologique révèle une abolition symétrique et diffuse des réflexes ostéo-tendineux et une hypoesthésie vibratoire globale.

1) Devant les éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique, discutez la ou les localisation(s) lésionnelles possibles.

2) Quel diagnostic doit-il être évoqué en premier lieu en présence de cette sémiologie ?

Le patient quitte votre cabinet sans tenir aucun compte de vos conseils et de votre diagnostic. Quelques heures plus tard, au cours du repas du soir, il est victime d'une fausse route et son épouse appelle le SAMU. Il est hospitalisé en réanimation, en raison d'une détresse respiratoire.

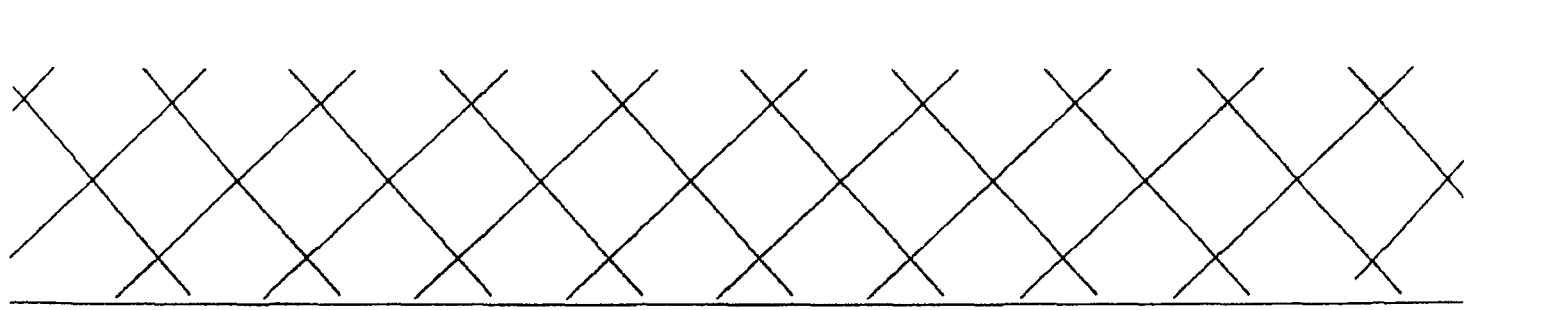
3) Quels sont les mécanismes qui peuvent expliquer cette évolution ?

4) Quels examens peuvent permettre un diagnostic étiologique de l'affection neurologique et quels résultats en attendre ?

5) Quelles mesures de surveillance devez vous mettre en place à ce stade ?

6) Le lendemain, le patient est conscient, mais il est dépendant du ventilateur et l'examen clinique retrouve un déficit moteur complet des quatre membres. Quelles mesures thérapeutiques spécifiques sont conseillées dans ce cas ? (ne donner que les principes)

7) Sa femme est particulièrement inquiète et vous interroge sur le pronostic. Que lui répondez-vous ?



La femme du patient reste très inquiète malgré vos explications. Le soir même, elle est responsable d'un accident de la circulation. Elle entre en collision avec un véhicule la doublant sur sa gauche qu'elle dit ne pas avoir vu. Lors de la rédaction du constat, elle est incapable de remplir la partie gauche du document. Elle est admise en urgence quelques heures plus tard en raison d'une crise convulsive généralisée. A son arrivée, elle est consciente, rapporte qu'elle n'a aucun antécédent en dehors de céphalées qui persistent depuis plusieurs mois, surtout matinales et qui sont plus fortes depuis quelques jours. La crise convulsive a été précédée de brèves paresthésies ascendantes du membre supérieur gauche. Depuis 1 mois, elle a heurté à plusieurs reprises des armoires ou des montants de portes qui se trouvaient à sa gauche. Elle est apyrétique, l'examen général est normal. Les examens biologiques VS, CRP, fibrinogène et hémogramme sont normaux.

8) Comment interprétez-vous les céphalées présentées par la patiente ? Justifiez

9) L'externe de garde propose de pratiquer une ponction lombaire. Qu'en pensez-vous ?

10) Comment expliquez vous les paresthésies présentées par la patiente ?

11) Quelles lésions pourraient expliquer la sémiologie et quelles sont les structures anatomiques impliquées ?

12) Quels examens morphologiques vous semblent indiqués ?

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 15 B - Ophtalmologie
Pr BURILLON - SESSION 2 -2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - SESSION 2 2007 - 2008

MODULE 15 B - Vendredi 29 août 2008 - 13h30

OPHTALMOLOGIE (1h) - Pr Carole BURILLON -

Vous recevez un homme de 60 ans, DNID depuis 15 ans, mal équilibré, pour baisse d'acuité visuelle de son œil gauche.

Il n'a aucun suivi ophtalmologique. Sa dernière visite, il y a 3 ans, ne retrouvait aucune rétinopathie diabétique et l'acuité visuelle était à 10/10, P2 aux deux yeux. Son HbA1c est = 12%.

L'acuité est à gauche : Compte les doigts, <P14 ; et à droite 10/10, P2.

Les deux yeux sont blancs et indolores.

Les segments antérieurs sont calmes, sans rubéose irienne.

Le fond d'œil gauche est mal visible à cause d'une hémorragie intra-vitréenne.

- 1) Quelles sont les causes possibles de cette hémorragie ?
- 2) Quel élément fondamental manque à votre examen ophtalmologique ?
Que recherchez-vous ?
- 3) Quel est votre traitement ophtalmologique ?

Vous avez fini votre traitement. Ce patient vous re-consulte 3 ans plus tard pour baisse d'acuité visuelle bilatérale progressive avec photophobie.

A l'examen vous retrouvez une cataracte bilatérale. L'AV est chiffrée à 2/10, P4 aux deux yeux.

- 4) Quel traitement lui proposez-vous ?
- 5) Quelles sont les complications de cette chirurgie ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 13 - gYNECOLOGIE
Pr MATHEVET - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008 Session 2

MODULE 13 - Lundi 1er septembre 2008 - 13h30

Gynécologie (1h) - Pr Patrice MATHEVET

Réservé au
Secrétariat

Mme D., née en 1936, vient vous consulter car elle a présenté à deux reprises des pertes vaginales rosées. L'interrogatoire de Mme D montre que ces pertes sont survenues à 10 jours d'intervalle sans cause déclenchante évidente. Les antécédents de la patiente sont les suivants : appendicectomie à l'âge de 9 ans, curetage pour des polypes utérins à l'âge de 46 ans puis ménopause à 48 ans, cholécystectomie il y a 6 ans. Mme D est une 4ème geste 3ème pare (1 fausse couche spontanée et 3 grossesses normales avec accouchements difficiles de gros bébés), elle est diabétique non insulino dépendante depuis 15ans. Elle bénéficie d'un traitement anti-diabétique oral et d'un régime hypo glucidique. Mme D mesure 162 cm et pèse 84 kg.

Note

Question 1:

Quelles sont les principales étiologies des métrorragies post-ménopausiques (citez les 6 principales étiologies) ?

Question 2:

A l'examen, le vagin et le col utérin sont atrophiques sans lésion visible; le toucher vaginal semble normal bien que peu informatif du fait de l'obésité.

Quelles explorations complémentaires proposez-vous ?

Question 3:

Au terme du bilan paraclinique, il existe une suspicion de cancer de l'endomètre.

Quels sont les facteurs de risque de cancer endométrial que présente Mme D. ?

Question 4:

Comment confirmez-vous le diagnostic suspecté ?

Question 5:

Au terme des explorations, l'extension du cancer endométrial semble limitée au corps utérin mais envahissant les 2/3 du myomètre. Quel est le stade FIGO de la lésion ?

Question 6:

Quelles modalités thérapeutiques peut-on proposer ?

Question 7:

Quelle surveillance post-thérapeutique réaliserez-vous ?

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 13 - UROLOGIE
Pr MARTIN - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008-SESSION 2

MODULE 13 - Lundi 1er septembre 2008 - 13h30

Pr MARTIN Xavier

UROLOGIE - (1 H)

Réservé au
Secrétariat

Monsieur X, 58 ans consulte pour une forte fièvre avec frissons, il présente des douleurs lombaires droites depuis un voyage en voiture récent. Les douleurs qu'il présente sont de topographie lombaire, avec irradiation pelvienne. Ces douleurs s'accompagnent de signes urinaires a type de pollakiuries et d'empruntes vésicales. Il a vomi et ne trouve pas de position antalgique.

Il a un diabète de type 1 depuis l'âge de 13 ans et est régulièrement suivi par un endocrinologue et un néphrologue du fait d'une insuffisance rénale modérée (la dernière mesure de clearance de la créatinine est a 60ml/min avec protéinurie à 1,5g par 24 heures ; son diabète est particulièrement mal équilibré depuis trois jours, avec des glycémies très élevées, il a très soif.

Dans ces antécédents on note plusieurs épisodes de lithiases spontanément éliminées sous traitement anti-inflammatoire et d'infections urinaires fébriles.

L'examen clinique confirme la fièvre qui est à 40°C et met en évidence une douleur provoquée à la palpation de la fosse lombaire droite, la palpation abdominale ne met pas en évidence de défense, et le toucher rectal n'est pas douloureux.

Au moment ou vous prenez en charge ce patient, il présente une glycémie à jeun à 5 grammes par litre une glycosurie à la bandelette urinaire, pas de corps cétoniques.

Il existe également une hématurie microscopique à la bandelette urinaire et une protéinurie.

Note

Question 1 (10 points) :

Quels sont les arguments sémiologiques qui orientent vers une colique néphrétique par calcul urétéral. ?

Question 2 (10 points)

Quels sont les facteurs de gravité chez ce patient et les risques potentiels associés à cette situation clinique.

Question 3 (15 points)

Quelles sont les mesures à prendre sur le plan diagnostique dans le cadre de l'urgence chez ce patient.

Question 4 (15 points) :

Quel est l'apport des examens d'imagerie pratiqués en urgence dans ce type de situation

Question 5 (20 points) :

L'imagerie qui a été réalisée montre une image calcifiée se projetant au niveau pelvien, paramédian droit, ovulaire de 8mm de taille. L'échographie montre une distension des cavités pyélocalicielles à 35 mm, l'uretère initial est également bien visible. Le parenchyme rénal a une épaisseur conservée.

Quelles sont les mesures thérapeutiques que vous allez entreprendre chez ce patient en dehors des soins pour son diabète.

Question 6 (10 points) :

Quelles sont les mesures thérapeutiques à prendre par rapport à son diabète ?

Question 7 (10 points) :

Quels sont les critères à prendre en compte dans le traitement que vous proposez pour un calcul urétéral ?

Question 8 (5 points):

La clairance de la créatinine de ce patient est estimée une semaine après cet épisode à 40 millilitres/minute. Quelles sont les causes possibles d'altération de la fonction rénale chez ce patient ?

Question 9 (5 points) :

Quelles sont les précautions à prendre, concernant les explorations diagnostiques et thérapeutiques en terme de toxicité chez ce patient

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 13 - Pathologie digestive
Pr CHAYVIALLE - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008 - SESSION 2

MODULE 13 - Lundi 1er septembre 2008 - 13h30

Pathologie Digestive (1h) - Pr Jean-Alain CHAYVIALLE

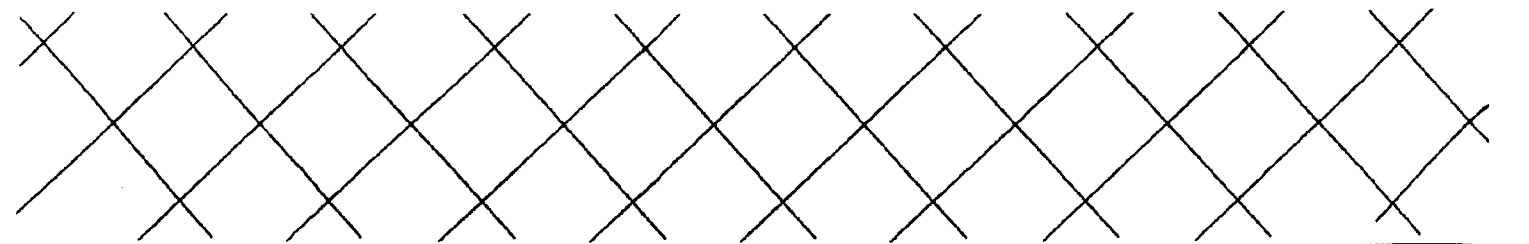
Cette femme originaire du Nord de la France, âgée de 57 ans, ménopausée depuis l'âge de 51 ans, sans traitement hormonal substitutif, a pour antécédents une phlébite surale droite au décours d'une fracture du péroné à 32 ans (ski), deux accouchements normaux à 27 et 30 ans, un tabagisme à 5 cigarettes par jour depuis l'âge de 22 ans (poursuivi), et une tendance au surpoids depuis la ménopause (actuellement 67 kg pour 1m58).

Sur le plan familial, mère décédée d'un cancer du sein après métastases à 78 ans, père colectomisé à 64 ans pour adénocarcinome de l'angle droit (T2N0, pas de chimiothérapie, suivi endoscopique régulier et négatif). Elle consulte pour une asthénie avec essoufflement à l'effort, installés progressivement depuis environ six mois. L'entretien permet de retenir : l'absence de trouble du rythme cardiaque perçu par la patiente, l'absence de toux et de douleurs thoraciques, un pyrosis occasionnel en se penchant en avant, l'absence de douleurs épigastriques ou de troubles du transit.

L'examen clinique est négatif : pas de masse, rythme cardiaque régulier à 80, tension artérielle normale, pas de matité thoracique, auscultation pulmonaire normale, aires ganglionnaires sans anomalie, foie et rate non perçus.

Vous prescrivez des examens biologiques de débrouillage : hémoglobine 98 g/l, VGM 72 fl, globules blancs et plaquettes normaux, ferritine 3 µg/l, CRP 6 mg/l, VS 18 mm à la première heure, TSH normale.

1. Quelle est l'interprétation des données biologiques, à partir des détails qui vous sont donnés ?
2. Au vu de l'histoire personnelle et familiale, quelles hypothèses formulez-vous ? Justifiez les examens complémentaires que vous demandez.
3. La suite du bilan montre une hernie hiatale par glissement, dont le collet et le pôle supérieur se situent respectivement à 38 et 34 cm des arcades dentaires. Aucune lésion érosive n'est vue. La jonction entre muqueuse oesophagienne et muqueuse glandulaire se situe à 30 cm des arcades dentaires. Ces observations peuvent-elles expliquer l'anémie ?
4. Les données rapportées en «3» conduisent l'endoscopiste à pratiquer des biopsies étagées entre 30 et 34 cm des arcades dentaires. Pour quelle raison ?



5. Les biopsies étant rassurantes, la patiente reçoit une prescription de traitement médical.

Quels en sont les points principaux ?

6. Au long cours, quels sont les signes cliniques qui pourraient traduire une dégénérescence au niveau du bas œsophage ? Quel serait le type histologique de la tumeur ?

7. S'il n'y avait pas eu la présentation décrite en début de document, comment auriez-vous géré le problème de l'hérédité paternelle de cette patiente, et en particulier comment auriez-vous choisi entre les différentes explorations possibles ?

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 3A - cas clinique n° 1
Pr D'AMATO - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 3A - Vendredi 29 août 2008 - 13h30

Cas clinique n° 1 - Pr D'AMATO Thierry

Réservé au
Secrétariat

Note

Monsieur F., âgé de 60 ans, est hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide par pendaison. Son fils l'a découvert dans le grenier juste avant qu'il commette son geste. Il l'a amené de force aux urgences en compagnie de sa mère.

A l'entretien il s'agit d'un patient prostré, apathique, s'exprimant d'une voix lente et monocorde. Il dit avoir « bien mérité sa condamnation, qu'il n'y a plus rien à faire parce qu'il est perdu, que le monde entier est perdu et qu'il en est le seul responsable ; Que la police va venir l'arrêter d'un jour à l'autre pour le mettre en prison et qu'il y restera éternellement ». Il est enseignant, en retraite, marié, père de deux enfants. Il s'accuse d'une faute commise il y a plus de 45 ans : « J'ai triché au bac ! » et ajoute être « en train de mourir d'un cancer, à petit feu, la juste punition des tricheurs ! ».

Sa femme vous apprend qu'il refuse de s'alimenter depuis 3 semaines. Il a perdu 7 KG. Le patient prétend qu'il ne peut plus avaler parce qu'il n'a « plus de langue ». Il reste immobile toute la journée, ne se lave plus, et ne dort que deux heures par nuit. Il se plaint aussi de constipation, et dit à sa femme « que ses intestins ont disparu et que le reste va aussi disparaître ».

Concernant les antécédents, l'épouse précise qu'à l'âge de 37 ans, Monsieur F. a été hospitalisé en psychiatrie pendant 3 mois à la suite d'un état d'agitation avec délire. Il se prenait pour l'Élu du Christ, disait influencer à distance les résultats du baccalauréat et déambulait la nuit dans les rues pour absoudre les incroyants de leurs péchés. A l'âge de 50 ans, on retrouve également un épisode dépressif dans les suites du décès de la mère du patient. Entre ces épisodes, Monsieur F. a mené une vie familiale et professionnelle sans problèmes notables.

Considérant qu'il ne mérite pas les soins qui lui sont proposés, Monsieur F. refuse de se faire hospitaliser. L'examen clinique est sans particularité en dehors d'une tension artérielle basse et d'un volumineux adénome prostatique.

Question n° 1

Quel diagnostic évoquez-vous à propos de l'épisode actuel ? Justifiez votre réponse par une analyse de la sémiologie.

Question n° 2

Quel diagnostic psychiatrique au long cours retenir au vu des antécédents de ce patient ? Argumentez votre réponse à partir des éléments de l'observation.

Question n° 3

Quelles sont les mesures thérapeutiques à mettre en place ?

Question n° 4

Une fois l'épisode actuel résolu, quel traitement au long cours vous semble justifié ? Argumentez votre réponse à partir des éléments de l'observation.

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 3 B - Cas clinique n° 1
Pr LACHAUX - SEPTEMBRE 2008 - SESSION 2

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 3 B - SESSION 2

Pr Alain LACHAUX

Cas clinique N° 1

Réservé au
Secrétariat

Un nourrisson de 6 mois (6,5 kg ; 63 cm) est alimenté par un lait 2ème âge de façon exclusive. Son alimentation comporte 4 biberons de 210 cc en ration quotidienne. Il ne présente pas de vomissement, mais sa mère signale une constipation depuis 2 mois (une selle tous les 3 jours, dure) avec une défécation difficile (nombreux efforts de poussée).

Dans les antécédents, on note un eczéma maternel et un asthme chez un frère âgé de 5 ans.

1°) La mère vous signale qu'elle trouve son enfant comme affamé, aussi reconstitue-t-elle le biberon en utilisant une cuillère-mesure pour 20 g d'eau (au lieu d'une cuillère-mesure pour 30 g d'eau habituellement).

Quelle(s) conséquence(s) une telle attitude vous semble-t-elle pouvoir induire ?

2°) L'apport de farine est-il possible à cet âge ? Quel intérêt a-t-il ? (argumenter la réponse en 5 lignes maximum) ?

3°) L'apport lacté donc bénéficie ce nourrisson vous semble t'il adapté (argumenter la réponse en 5 lignes maximum) ?

4°) A quel âge doit-on débiter la diversification alimentaire et quel est son intérêt ? (argumenter la réponse en 5 lignes maximum) ?

5°) L'apport calcique de cet enfant vous semble-t-il suffisant (motiver la réponse en 5 lignes maximum) ?

6°) Ce régime permet-il un apport suffisant en fer (motiver votre réponse en 5 lignes maximum) ?

7°) La mère vous signale que son enfant présente de simples régurgitations. Quel type de prise en charge diététique pouvez-vous lui proposer ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 3B - Cas clinique n° 2
Pr LACHAUX - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

**Réservé au
Secrétariat**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 3 B - SESSION 2

Pr Alain LACHAUX

Cas clinique n° 2

Note

Mohamed 5mois 1/2 mois pesant 7,250 kg présente une diarrhée aiguë.
Cette diarrhée a débuté 6 heures avant la consultation, les selles sont incessantes.
L'examen clinique note : poids 6,950 kg, fréquence cardiaque : 106/ mn, fréquence respiratoire : 38/ mn, fontanelle déprimée, temps de recoloration < 3 secondes.
Les parents vous semblent être aptes à assurer la prise en charge de la réhydratation de ce jeune nourrisson, vous proposez en première intention l'administration d'un soluté de réhydratation orale (SRO).

1°) Quelles sont les modalités d'administration de la solution de réhydratation par voie orale ?

2°) Que doivent faire les parents pour s'assurer que la réhydratation se déroule efficacement ?

3°) Dans quelles circonstances demandez vous l'hospitalisation de cet enfant ?

4°) Quand et comment doit-on réalimenter ce nourrisson si il bénéficie d'une alimentation avec du lait artificiel ?

5°) L'état clinique de l'enfant est satisfaisant mais des selles liquides persistent 12 heures après le début de la réalimentation. Que préconisez-vous ?

6°) Quel traitement symptomatique peut être proposé chez un nourrisson de cet âge en complément du SRO ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 12 - CARDIOLOGIE
Pr DI FILIPPO - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 12 - Mercredi 27 août 2008 - 13h30

CARDIOLOGIE (1h) - Pr Sylvie DI FILIPPO

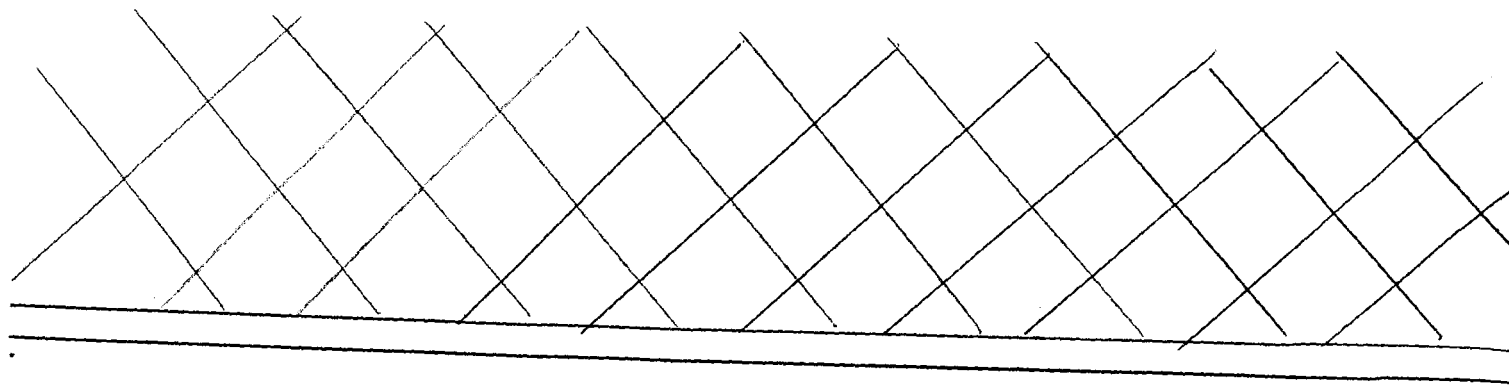
Réservé au
Secrétariat

Mr M. a 35 ans et consulte aux urgences pour une douleur thoracique apparue depuis 48h. La douleur a débuté la veille au matin, se localise en rétrosternal et irradie à l'épaule gauche. Elle a diminué sans disparaître dans la journée où il a pu travailler normalement (le patient est enseignant). Depuis hier soir, la douleur est réapparue de façon plus intense, non calmée par la prise de paracétamol et s'amplifie depuis minuit. Le patient peut difficilement rester en position de décubitus dorsal, il est assis et présente une respiration rapide avec blocage inspiratoire et une toux sèche. Il est un peu pâle. A l'interrogatoire, le médecin apprend que Mr M est tabagique à 20 paquets-années et que son père est décédé à l'âge de 65ans d'un infarctus du myocarde. Le patient a présenté une rhinopharyngite fébrile il y a 10 jours qui n'a pas nécessité de traitement.

A l'examen clinique : TA 160/75, FC 124/mn, Température 38°4, auscultation pulmonaire normale, souffle systolique endapexien 2/6 en position allongée.

Note

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant cette douleur thoracique? Donner les éléments en faveur et en défaveur de chaque hypothèse.
2. Quels signes à l'examen clinique doit-on rechercher pour orienter vers le diagnostic le plus probable?
3. Un ECG est pratiqué : Document N°1. Quelle est votre interprétation ? Au vue de cet ECG, quel est le diagnostic le plus probable ?
4. Mr M est hospitalisé. Quels examens complémentaires (biologiques et imagerie) demandez-vous ?
5. Commentez le document N°2. Quel est votre diagnostic ?
6. Quelle est votre attitude thérapeutique ?
7. Prescrivez-vous des examens complémentaires à visée étiologique ? Lesquels ? Citer les étiologies principales de cette affection.
8. Quelle est l'évolution la plus probable pour ce patient ? Citez les différents modes évolutifs possibles de cette affection.



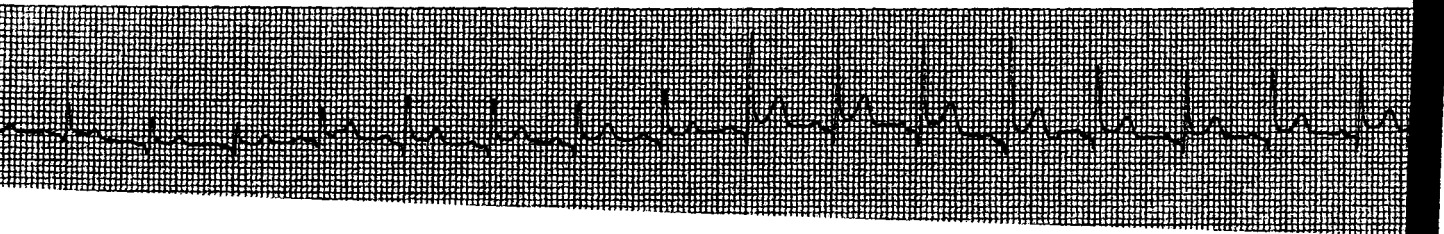
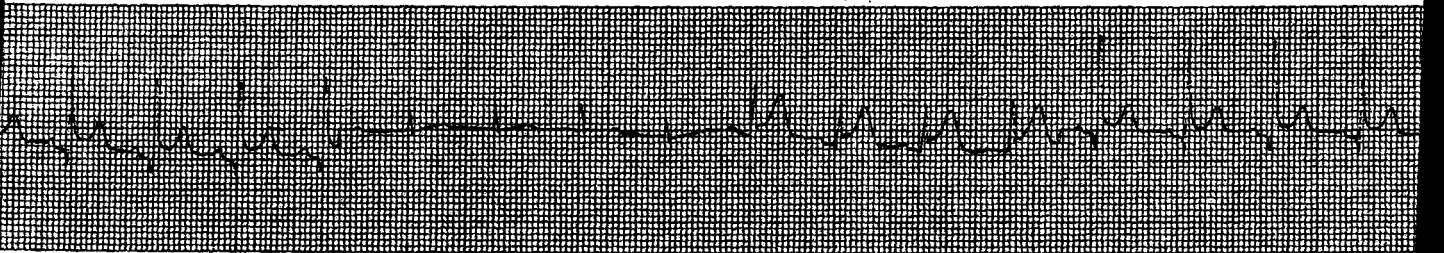
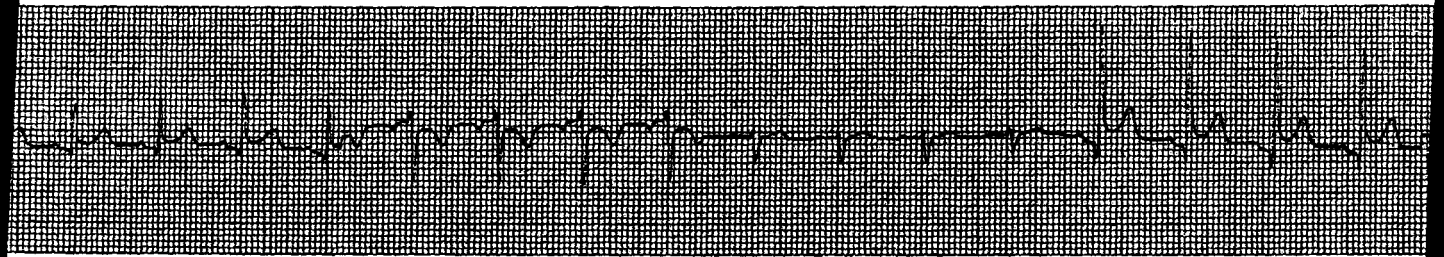
Document N°1

I-II-III

AVR-AVL-AVF

V1-V2-V3

V4-V5-V6



Document N°2



NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 12 - Maxillo-faciale
Pr BEZIAT - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

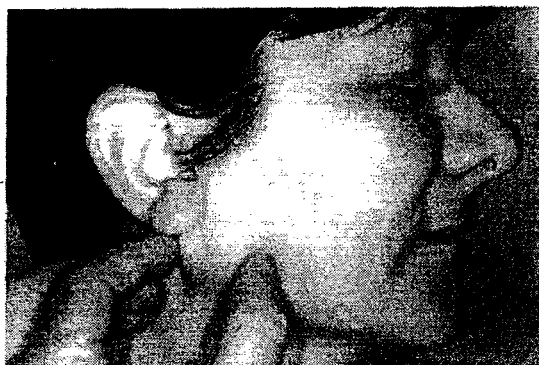
MODULE 12 - Mercredi 27 août 2008 - 13h30

Maxillo-Faciale (1h) - Pr Jean-Luc BEZIAT

I. Cas clinique

Réservé au
Secrétariat

- Une patiente de 52 ans vous consulte pour « une boule » au niveau de la joue droite. apparue il y a plus d'un an. Elle est totalement asymptomatique mais l'ennuie car elle commence à se voir du fait de son augmentation régulière de volume.
- On note dans ses antécédents une amygdalectomie, une fracture du nez à l'âge de 18 ans et une grossesse extra-utérine.



Note

III. Questions

Question n° 1 : Quel diagnostic clinique devez-vous porter ?

-

: Pourquoi ?

-

-

-

Question n° 2 : Quels sont les principaux diagnostics différentiels à envisager ?

-

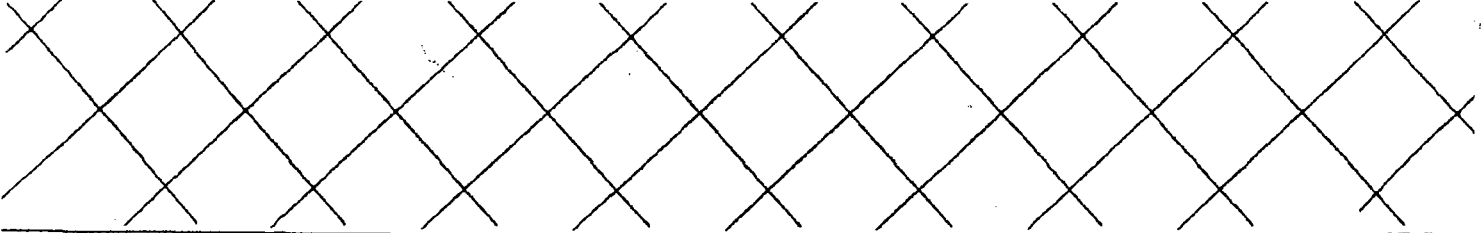
-

-

-

-

-



Question n° 3 : Quelle est la nature histologique la plus probable de cette lésion ?

-

Question n°4 : Quels éléments cliniques plaident en faveur de ce diagnostic ?

-

-

-

Question n°5: Quels signes cliniques complémentaires devez-vous rechercher ?

-

-

-

Question n°6 : Quel examen complémentaire pouvez-vous prescrire et qu'en attendez-vous ?

-

-

Question n°7: Quels examens complémentaires ne devez-vous pas prescrire ? Pourquoi ?

-

-

-

-

-

Question n°8 : Quel traitement proposez-vous ? Pourquoi ?

-

-

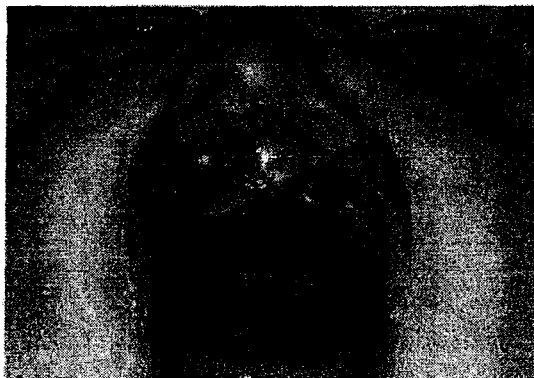
II. Diapositives

Diapositive n°1 :



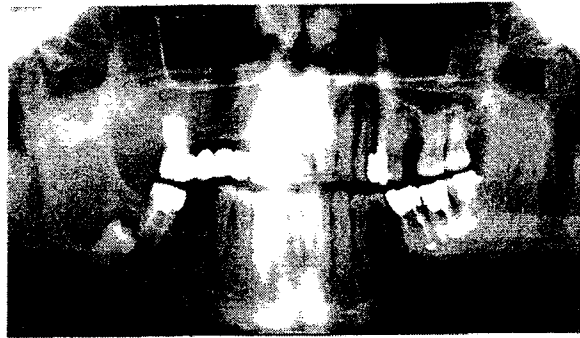
- Signe clinique observé :
- diagnostic clinique :
- SF à rechercher :
- Incidence radiologique à réaliser :

Diapositive n°2 :



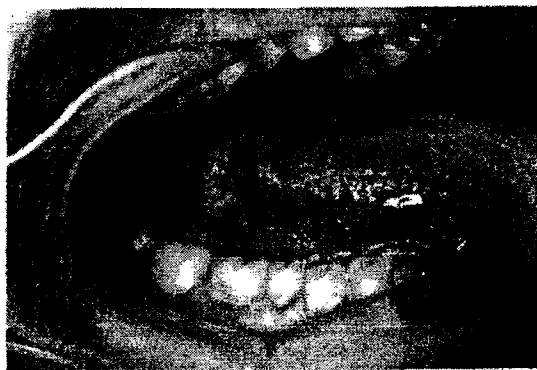
- diagnostic clinique :
- pathogénie :
- fréquence

Diapositive n°3 :



- nom de cette radiographie :
- image pathologique observée :
- pathogénie :
- traitement :

Diapositive n°4 :



- diagnostic clinique proposé:
- argument en faveur :
- signes en faveur à rechercher : -
- nature histologique probable
- terrain de survenu :
- risques évolutifs :

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 12 - PNEUMOLOGIE
Pr CORDIER - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 12 - Mercredi 27 août 2008 - 13h30

Pr CORDIER Jean-François

PNEUMOLOGIE - (1 H)

Un patient de 68 ans, fumeur d'un paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans, a exercé la profession de chauffagiste. Il présente une dyspnée modérée depuis 5 ans. Il y a une semaine, il a trouvé des filets de sang dans son expectoration, ce qui s'est renouvelé à plusieurs reprises.

La radiographie pulmonaire montre une opacité arrondie à limites irrégulières de 25 mm du lobe supérieur gauche. Une spirométrie a montré une capacité vitale à 4,8 L et un volume expiratoire maximal par seconde à 2,4 L.

On suspecte bien sûr un cancer.

Note

1. Quel(s) examen(s) peut-on proposer pour obtenir le diagnostic ?

2. Classez ces examens dans leur ordre de réalisation, en indiquant leur intérêt et leurs limites dans le cas présent

3. Interprétez l'exploration fonctionnelle respiratoire

4. S'il s'agit d'un carcinome non à petites cellules, quel(s) traitement(s) envisagera-t-on ?

5. Quelles mesures de type administratif seront prises ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 9 - Cas clinique N° 1
Pr CHEVALIER - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

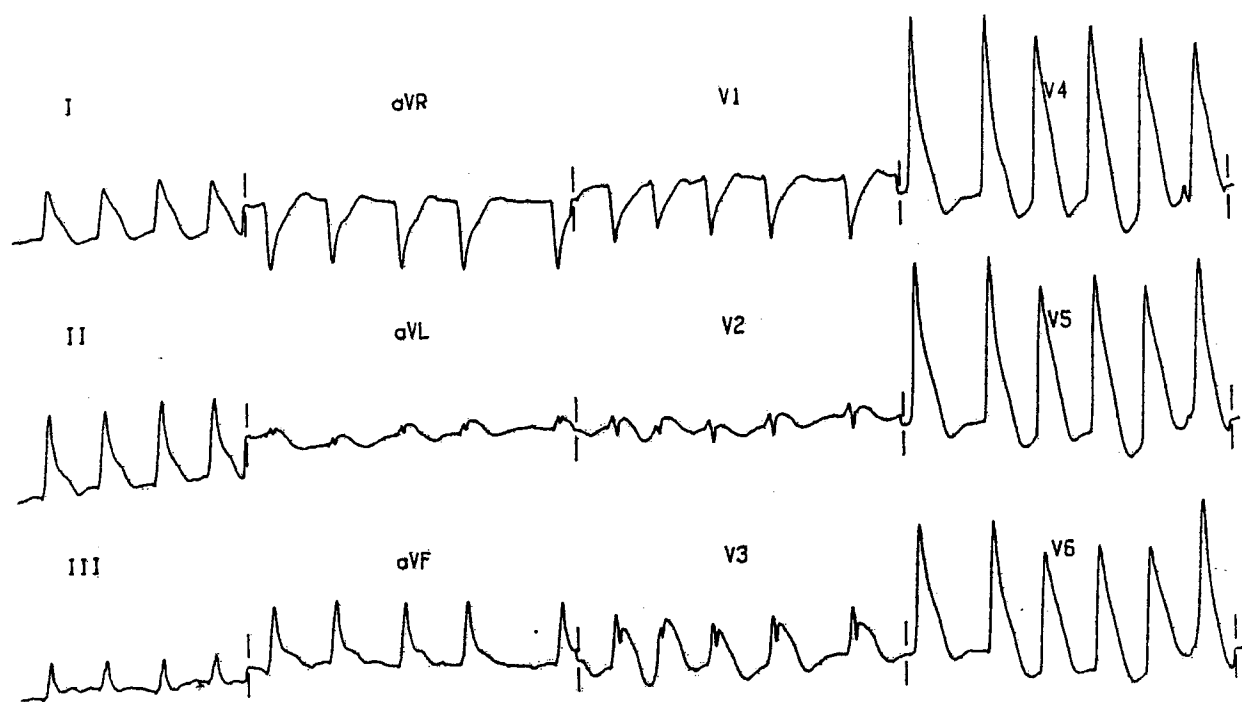
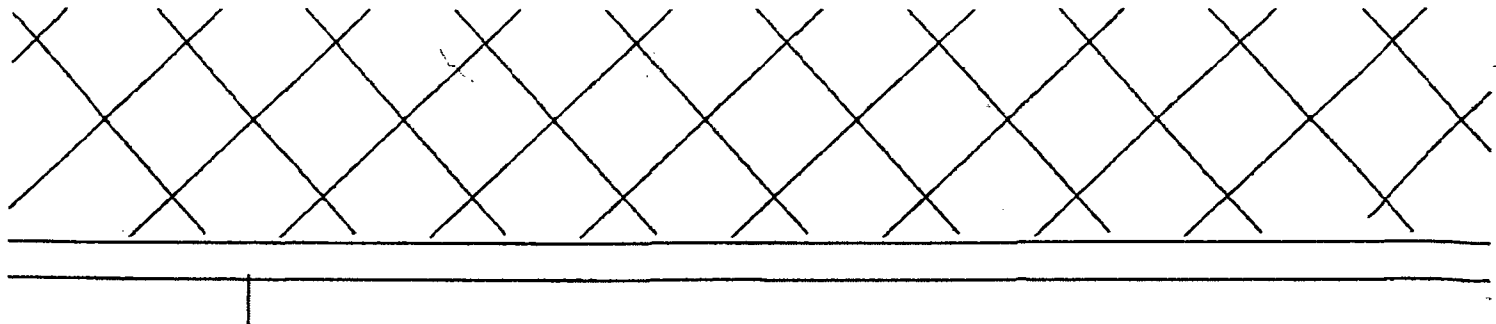
UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008
MODULE 9 - Lundi 25 août 2008 - 13h30
Pr CHEVALIER Philippe
Cas clinique n° 1 - (1 H)

Un homme de 53 ans, tabagique, se présente au service des urgences de l'hôpital pour douleur thoracique constrictive apparue il y a deux heures. Cette douleur est apparue à 6 heures juste avant le lever.

A l'examen de ce patient modérément essoufflé au repos, le cœur est irrégulier et rapide, avec présence de râles crépitants dans la moitié inférieure des deux champs pulmonaires.

- 1) Quels autres éléments recherchez vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?
- 2) Décrivez l'électrocardiogramme et donnez la ou les interprétation(s) possibles.
- 3) Énoncez la prise en charge thérapeutique pour les premières 24 heures.
- 4) La douleur thoracique disparaît au bout de deux heures, et une coronarographie est réalisée. Cet examen objective des artères coronaires saines. La ventriculographie met en évidence une akinésie du mur antérieur du ventricule gauche. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
- 5) Pour le ou les diagnostic(s) énoncé(s), rédigez la prescription médicamenteuse pour six mois.

Note



NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 9 - CAS CLINIQUE N° 2
Pr JEGADEN - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007-2008-SESSION 2

MODULE 9 - Lundi 25 août 2008 - 13h30

Pr Olivier JEGADEN

CAS CLINIQUE N° 2

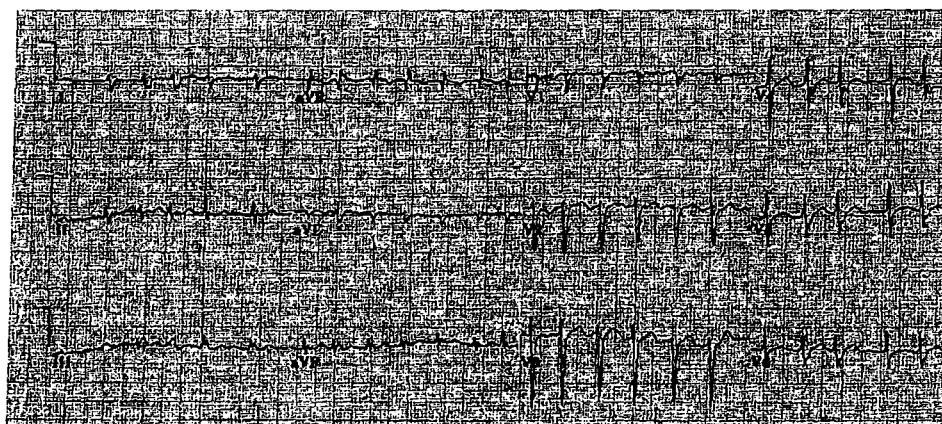
Réservé au
Secrétariat

ÉNONCÉ

Un ancien agriculteur de 70 ans, sans antécédent connu mais non suivi médicalement, fumeur (1/2 paquet/jour depuis l'âge de 20 ans) est hospitalisé en urgence pour une douleur majeure et une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. A l'examen clinique, la jambe gauche est pâle, froide, il existe un déficit sensitif et moteur du pied, les pouls périphériques sont tous perçus à droite ; à gauche le pouls poplité et les pouls de cheville ne sont pas perçus. Il pèse 85 kg pour une taille de 175 cm, sa tension artérielle est à 170/95 mm Hg, à l'auscultation cardiaque, le cœur est rapide et irrégulier, sans souffle. Il n'existe pas de souffle sur les axes artériels périphériques. L'auscultation pulmonaire est normale. Un électrocardiogramme est réalisé [Iconographie]. Le bilan biologique est le suivant: Na 141 mmol/l, K 5 mmol/l, créatininémie 115 μ mol/l, Hb 13,5g/dl, leucocytes 8 000/mm³, plaquettes 320 000/mm³, TCA 32 sec (témoin 32 sec), TP 95%, glycémie à jeun 5 mmol/l, groupe sanguin B rhésus positif.

Note

Electrocardiogramme



- 1) Quel est le diagnostic ?
- 2) Interprétez l'ECG
- 3) Quels sont les deux mécanismes possibles pour expliquer ce tableau clinique ? Lequel retenir et sur quels arguments
- 4) Quelle prise en charge thérapeutique immédiate proposez vous ?
- 5) Quelle classe thérapeutique doit nécessairement figurer sur l'ordonnance de sortie du patient sauf contre-indication ? pourquoi ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 9 - Cas clinique n° 3
Pr GUEYFFIER - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - SESSION 2 - 2007-2008

MODULE 9 - Lundi 25 août 2008 - 13h30

Cas Clinique N° 3 (1h) - Pr F. Gueyffier

Présentation du cas

Madame Zoé, 65 ans, 75 Kg pour 158 cm, vous consulte pour le suivi de son diabète, traité depuis 4 ans. Sa pression artérielle est à 128/78 mmHg. Les résultats biologiques montrent : HbA1C = 7% ; cholestérolémie totale : 6 mmol/L, cholestérolémie HDL : 1 mmol/L, triglycérides : 1,2 mmol/L, créatininémie : 78 μ mol/L.

L'examen cardiovasculaire est normal.

L'électrocardiogramme présente des voltages normaux des complexes QRS, des ondes T négatives associées à un sus-décalage ST de 0,5 mm en V1 et V2.

Elle est suivie par une nutritionniste, le contrat ayant abouti à une stabilisation du poids, sans parvenir à le réduire.

Elle est traitée par antidiabétique oral : metformine (Glucophage) 1000 mg x 3 par jour et par hypolipédiant : fénofibrate (Lipanthyl) 200 x 1/J.

Questions

Chaque question appelle une réponse brève, sur trois lignes au maximum. Les mots au-delà ne seront pas pris en compte dans la correction.

- 1) La cholestérolémie et le diabète présentent une valeur pronostique différente chez l'homme et chez la femme. Préciser brièvement cette différence.
- 2) Comment interpréter les signes ECG, et quelle conclusion pratique en tirer ?
- 3) La poursuite du traitement par fénofibrate est-elle justifiée ? Comment ?
- 4) Vous proposez de renforcer le traitement antidiabétique oral par pioglitazone, conformément aux recommandations en vigueur. Elle vous indique qu'elle a lu dans la presse qu'une étude récente montrait une surmortalité lorsque le traitement par médicament antidiabétique est intensifié. Que lui répondez-vous ?
- 5) Un traitement par ramipril (IEC) à fortes doses est-il justifié ?
- 6) Quel autre médicament de prévention cardiovasculaire, luttant contre un facteur de risque non pris en compte par les médicaments précédents, pourrait être discuté ? Quel est son niveau de preuve dans cette indication ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 4 - Pr Boisson - Dr Luauté
Septembre 2008 - 2^e session - cas clinique n° 2

N° de PLACE

**Réservé au
Secrétariat**

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 4 - Mardi 26 août 2008 - 14h

Pr D. Boisson - Dr J. Luauté

Cas clinique n° 2

Monsieur Ba. est un jeune homme âgé de 14 ans lorsqu'il est victime d'une chute malencontreuse dans une piscine. Une tétraplégie complète est constatée d'emblée avec sur le bilan lésionnel une compression médullaire par fracture des vertèbres C5 et C6. Après un passage en réanimation, le patient est adressé dans le service de rééducation.

Question 1 :

L'examen clinique retrouve une tétraplégie flasque. Comment expliquez vous le caractère flasque de la tétraplégie ?

Question 2 :

Après un mois d'évolution, le patient conserve une tétraplégie complète de niveau supérieur C6. En dehors du déficit moteur, quelles sont les déficiences neurologiques qu'il faut rechercher chez ce patient ?

Question 3 :

Après quelques semaines, le patient est progressivement installé au fauteuil roulant. Au décours d'une infection urinaire fébrile, il présente une rougeur au niveau de l'ischion droit qui ne s'efface pas à la pression. De quel type de lésion s'agit-il ? Quelle est la conduite à tenir ?

Question 4 :

En l'absence d'évolution, quel mode de déplacement faudra-t-il proposer à ce patient ?

Question 5 :

Le patient est sur le point de rentrer à domicile. Quelles démarches faut-il envisager sur le plan social ?

Question 6 :

Deux ans après le début des troubles, vous revoyez le patient en consultation. La situation neurologique est inchangée. Le patient a découvert sur internet une nouvelle méthode promettant une récupération grâce à l'utilisation d'un nouveau laser (traitement par 'laser puncture'). Le patient souhaite avoir votre avis. Comment répondez vous à sa demande ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 4 - Pr Boisson - Dr Luauté
Septembre 2008 - 2è session - cas clinique n° 1

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2007 - 2008

MODULE 4 - Mardi 26 août 2008 - 14h

Pr D. Boisson - Dr J. Luauté

Cas clinique n° 1

Monsieur BZ, âgé de 47 ans est admis en urgence à l'hôpital devant un tableau de choc septique avec syndrome confusionnel.

Ce patient n'a pas d'antécédent en dehors d'une fracture du fémur secondaire à un accident de la route survenu alors qu'il était adolescent. Il avait alors du être transfusé.

Le patient est secondairement transféré en réanimation en raison de l'apparition de troubles de conscience. Les investigations complémentaires révèlent l'existence d'abcès multiples de localisation pulmonaire et cérébrale notamment au niveau de la région frontale gauche. Un traitement antibiotique à large spectre est débuté. L'évolution est progressivement favorable sur le plan infectieux. Après plusieurs semaines d'hospitalisation, l'examen clinique retrouve une altération de l'état général avec une faiblesse musculaire des 4 membres et des troubles du langage ; le patient ayant tendance à déformer les mots ('bonlour' au lieu de 'bonjour' ; 'réveil' au lieu de 'montre'...) alors que la compréhension est bonne dans les échanges. Par ailleurs, il existe une amyotrophie globale et les réflexes osteo-tendineux ne sont pas retrouvés. C'est dans ce contexte que le patient est transféré dans le service de rééducation neurologique.

Question 1 :

Quelle hypothèse peut on évoquer chez ce patient pour expliquer la survenue d'abcès multiples alors que l'ensemble du bilan étiologique réalisé en réanimation s'est avéré négatif ?

Question 2 :

Quelles sont les déficiences neurologiques présentées par ce patient ?

Question 3 :

Comment expliquez vous les troubles du langage ?

Question 4 :

Comment expliquez vous la faiblesse musculaire des 4 membres ?

Quel examen para-clinique demandez vous pour étayer le diagnostic ?

Question 5 :

Quels sont les objectifs du travail de rééducation en kinésithérapie ?