

Annales 2007-2008 :

DCEM4

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Dossier 1 - Pr Herzberg
Janvier 2008 - 1ère session

de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008 -
MODULE 11 - Lundi 07 janvier - 13h 30 - 17h 30

Réservé au
Secrétariat

Dossier n° 1 - Pr Herzberg

Etant de garde dans le service d'urgence de porte d'un CHU, vous recevez une patiente de 35 ans qui a été victime d'une chute de cheval quelques heures auparavant avec réception sur le coude droit. Elle n'a pas perdu connaissance mais a ressenti une douleur syncopale au niveau du bras droit, suivie d'une impotence fonctionnelle immédiate de tout le membre supérieur ; son entourage a fait le choix de la conduire directement à l'hôpital ; elle arrive sur ses deux pieds dans sa tenue d'équitation, soutenue par un tiers, dans l'attitude des traumatisés du membre supérieur, la main gauche soutenant l'avant-bras et le coude droits. La douleur syncopale initiale a fait place à une douleur plus sourde mais toute mobilisation intempestive du membre supérieur droit entraîne une recrudescence aigue.

Q1 Après un premier interrogatoire qui vous révèle les données ci-dessus, comment conduisez vous l'examen initial ?

Q2 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Q3 Votre examen de la main a révélé une impossibilité complète d'étendre le poignet et les doigts ; Quelle est la complication la plus vraisemblable ?

Q4 Qu'allez vous faire dans l'immédiat ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Vasculaire- Pr
Dossier n° 2 - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008-
MODULE 11 - Lundi 07 janvier 2008 - 13h30 - 17h30

Réservé au
Secrétariat

Dossier n° 2 - VASCULAIRE

DR. Patrick FEUGIER

Monsieur H. âgé de 58 ans est admis aux urgences à 15h 00, pour une impotence fonctionnelle brutale et douloureuse du membre inférieur droit.

Dans ces antécédents, on note un infarctus du myocarde 6 ans auparavant, qui a motivé une revascularisation coronarienne par un double pontage artériel et la mise en place d'un traitement anticoagulant au long cours par AVK (Sintram : 1 cp/24h). Il est suivi et traité pour une hypertension artérielle (bêta-bloquant) et une hypercholestérolémie (statine), bien contrôlées. D'ailleurs, il y a 1 mois, il aurait consulté son médecin généraliste qui après l'avoir examiné, n'aurait décelé rien d'anormal.

La symptomatologie est apparue brutalement au lever (8h 30). Sa jambe est très douloureuse. La douleur n'est pas calmée par la prise de paracétamol.

A l'inspection, le pied et la jambe sont livides, sans remplissage veineux retrouvé. Le membre est froid. Il existe une anesthésie à tous les modes du pied et il est impossible au patient de mobiliser sa cheville et ses orteils. Les pouls périphériques sont tous perçus du coté gauche alors qu'à droite on ne perçoit pas le pouls fémoral et l'ensemble des pouls d'aval. La tension artérielle est mesurée à 130/70 mmHg et le pouls est régulier. Il n'existe aucune symptomatologie thoracique, mais le patient décrit des douleurs lombaires gauches 15 jours auparavant. Vous apprenez qu'il a volontairement arrêté son traitement AVK depuis 3 semaines.

Le bilan biologique en urgence révèle : Hb = 137 g/dl, Ht = 39%, GB = 7 900 / \square l, Plaquettes = 367 000 / \square l, Créatinine = 147 \square mol/l, Urée = 5,80 mmol/l, Kaliémie = 5,6 mmol/l, Natrémie = 139 mmol/l, Chlorures = 105 mmol/l, CPK = 1450 UI/l (normale = 15 à 130 UI/l), Temps de Céphaline Activé (TCA) = 36 s pour un témoin à 33 s, Temps de Quick = 85%, INR = 1,3; fibrinogène = 4,2 g/l.

Une radiographie thoracique et un ECG sont demandés (cf documents).

Note

1- Quel est votre diagnostic clinique ?

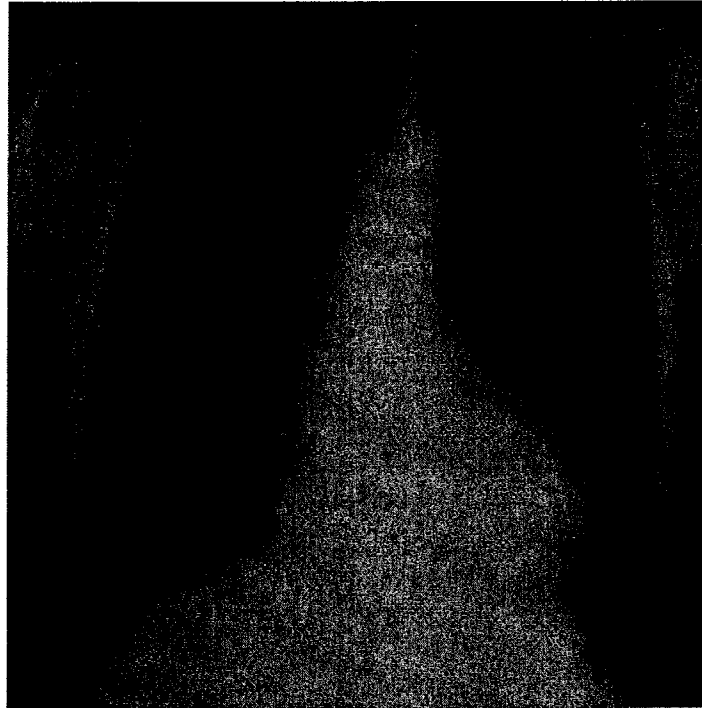
2- Quels sont les critères de gravité retenus vous conduisant à organiser une prise en charge en urgence du patient ?

3- Demandez-vous d'autres examens complémentaires ? Si oui lesquels ?

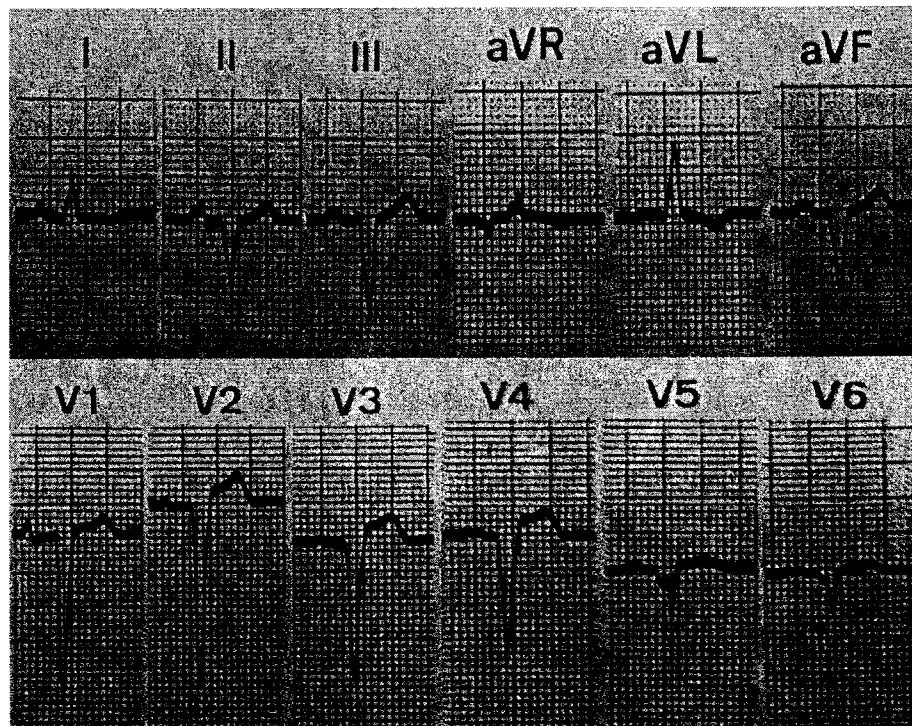
4- Quelle est votre proposition thérapeutique immédiate ?

5- Une échographie cardiaque transthoracique confirme l'existence d'un anévrisme ventriculaire sur des séquelles d'infarctus myocardique antéro-latéral, présentant un thrombus mural. Quels sont les signes qui pouvaient faire suspecter cette complication ?

6- Le patient étant actuellement décoagulé par de l'héparine fractionnée (calciparine : 3 injections sous-cutanées de 0,55 ml/ 24h), rédiger l'ordonnance permettant de faire le relais par l'anticoagulant au long cours (sintrom)



Radiographie thoracique de face



ECG

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Gynécologie - Pr
Dossier n° 3 - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008-
MODULE 11 - Lundi 07 janvier - 13h30 -17h30

Réservé au
Secrétariat

Dossier n° 3 - GYNECOLOGIE

Pr. Patrice NATHEVET

Note

Mme C., 32 ans, est enceinte de sa troisième grossesse. Elle a un antécédent d'une fausse-couche spontanée à 4 Semaines d'Aménorrhée (SA) puis d'une grossesse normale avec accouchement sans difficulté par voie basse à 39,5 SA d'un garçon de 3250 g il y a 2 ans 1/2. La patiente n'a pas d'antécédent médical notable hormis une HTA essentielle traitée par Adalate® (1 comprimé par jour). Son groupe sanguin est O+, elle est immunisée pour la rubéole mais pas pour la toxoplasmose. Cette grossesse se déroulait bien, jusqu'à 24 SA+3jours, avec simplement la notion d'une croissance fœtale au 20ème percentile inférieur et d'une présentation du siège. A ce terme la patiente vous consulte pour une douleur du flanc droit d'apparition brutale avec vomissements. La patiente se plaint aussi d'une constipation aggravée depuis quelques jours avec absence de selles depuis 2 jours. Les mouvements fœtaux sont conservés.

Votre examen note une TA à 135/75 mm Hg, un pouls à 92/min, et une température à 38°1 C. La palpation permet de retrouver un abdomen souple avec une défense du flanc droit, la hauteur utérine est à l'ombilic.

1. Quels sont les principaux diagnostics à évoquer (citez les 4 diagnostics les plus probables)?
2. Quelles données complémentaires de l'examen clinique peuvent être utiles pour l'orientation diagnostique
3. Quels examens biologiques préconisez-vous, qu'en attendez-vous ?
4. Prescrivez-vous des explorations radiologiques, si oui lesquelles ?

Le bilan que vous avez pratiqué met en évidence une probable appendicite.

5. Quelle thérapeutique proposez-vous ?
6. Quelles principales complications sont possibles malgré une prise en charge adéquate ?
7. Quelle surveillance post-opératoire préconisez-vous dans les 72 heures suivant le traitement?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Neurochirurgie - Pr
Dossier n° 4 - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008-
MODULE 11 - Lundi 07 janvier - 13h30 -17h30

Réservé au
Secrétariat

Dossier n° 4 - NEUROCHIRURGIE

DR. Emmanuel JOUANNEAU

Note

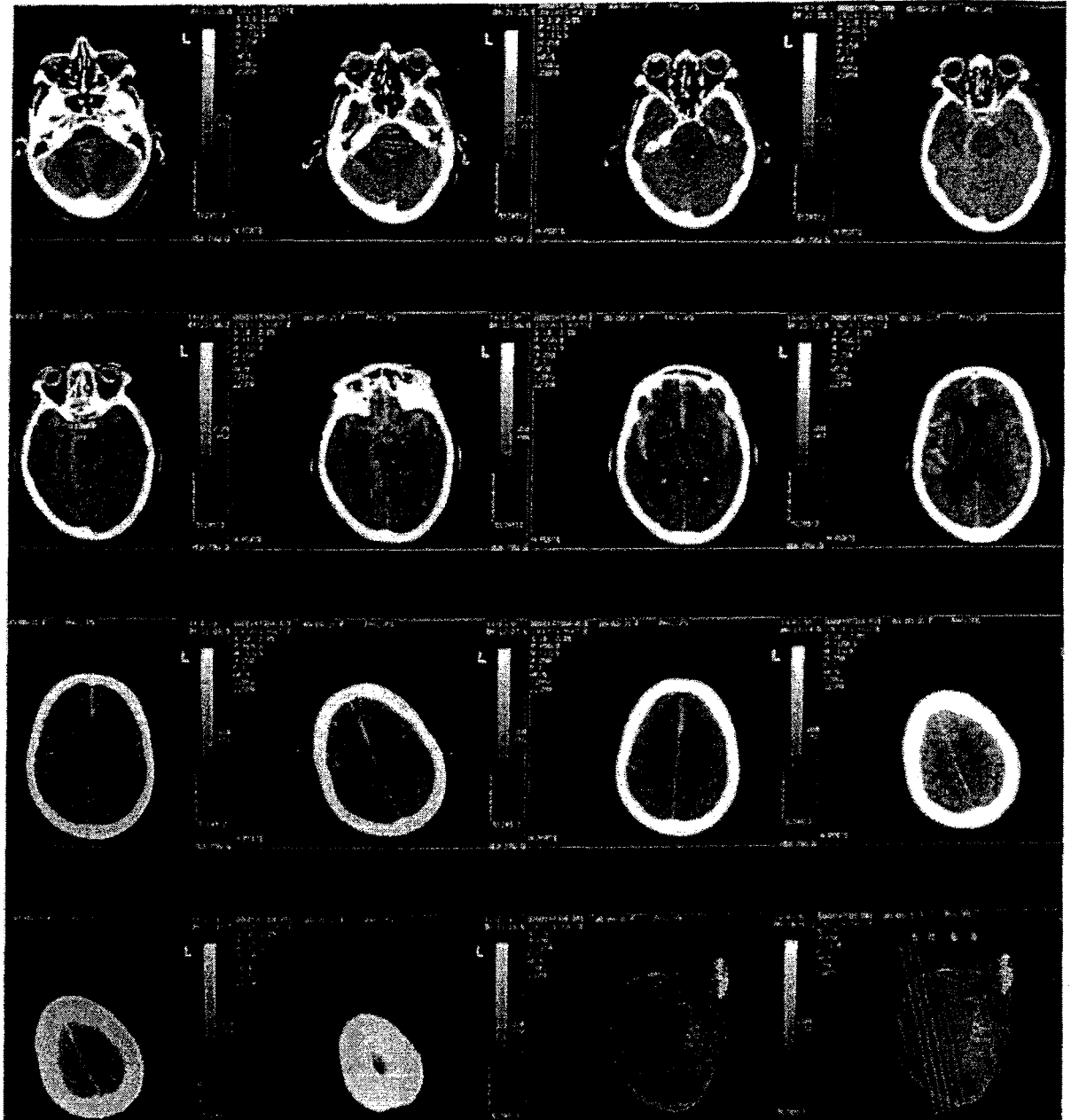
Vous êtes médecin aux urgences et une femme de 65 ans vous est amenée par les pompiers suite à un malaise avec perte de connaissance brève survenue à domicile. Sa famille l'accompagne. Il est 4 heures du matin. La patiente est consciente sans déficit orientée dans le temps et l'espace. Elle vous raconte que brutalement alors qu'elle regardait un film à la télévision à 20h30, elle a ressenti une très forte douleur à la tête. La famille, présente lors du malaise, décrit une perte de connaissance brutale sans mouvements anormaux de quelques minutes. Elle présente comme antécédents une hypertension artérielle, est fumeuse à 40 paquets-années. La famille a par ailleurs la notion de kystes rénaux retrouvés lors d'une échographie réalisée pour un problème de lithiase vésiculaire.

1/ A quel diagnostic devez-vous penser en priorité ? Une donnée de l'interrogatoire est quasi-pathognomonique, laquelle ? Quel est le mécanisme de la perte de conscience, L'antécédent rénal peut-il être en rapport ?

2/ Décrivez les signes potentiellement présents à l'examen clinique. Quel est le nom de ce syndrome ? Coter la patiente en échelle de Glasgow. La patiente présente un état sub-fébrile à 37,8°C. Cela remet-il en cause le diagnostic, argumentez.

3/ Rédigez les prescriptions pour l'infirmière. Citez l'examen para-clinique de référence pour confirmer votre diagnostic ? Dans quel délai le demandez-vous, pourquoi ? Ce dernier revient négatif, que devez-vous faire, toujours pour confirmer le diagnostic ?

4/ Voici ci-joint le scanner de la patiente réalisé sans injection de produit de contraste qui établit finalement le diagnostic.



Le radiologue vous décrit dans le compte-rendu une hyperdensité spontanée autour du cerveau. A quoi cela correspond-il ? Quelle doit-être votre décision concernant la prise en charge de la patiente, sous quel délai,

5/ En milieu spécialisée, il sera réalisée un examen pour rechercher la cause responsable du tableau clinique et visible sur ce scanner cérébral. Quelle est l'étiologie la plus fréquente dans un contexte non traumatique ? Quelles sont les deux types de traitement usuels pour cette pathologie par ordre de fréquence. Citer les trois complications à redouter lors de la prise en charge de ces patients ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Pr Gueyffier
Dossier n° 1 - Mars 2008 - 2ème session

N° de PLACE

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008 -
MODULE 11 - Session 2 - Mercredi 12 mars 2008 - 13h30 - 17h30
Pr GUEYFFIER François**

**Réservé au
Secrétariat**

Cas clinique n° 1 - 1h

Une femme de 75 ans consulte pour dyspnée d'effort apparue progressivement depuis 3 mois, ne l'empêchant pas de faire ses courses mais l'ayant obligé à changer son circuit de vélo, qui ne comporte plus de montée. Elle est très active dans le milieu associatif.

Ses antécédents se résument à une appendicectomie à l'âge de 23 ans, et deux grossesses normales. Elle pèse 53 Kg pour 168 cm. L'examen physique révèle quelques crépitations des bases pulmonaires, et une pression artérielle autour de 170/80 mmHg.

Vous la revoyez avec un cliché thoracique montrant l'absence de cardiomégalie et une hypertension veino-capillaire de stade 2, et une échographie cardiaque montrant une hypertrophie cardiaque significative avec élévation des pressions de remplissage du ventricule gauche, dilatation modérée de l'oreillette sans autre anomalie. La pression artérielle est au même niveau.

1. Quel est le degré de son essoufflement sur l'échelle de sévérité NYHA (New York Heart Association) ? Indiquez une valeur de fraction d'éjection du ventricule gauche compatible avec le résultat échographique.

2. Comment avez-vous dépisté l'atteinte des deux autres organes cibles de l'hypertension artérielle ?

3. Justifier la réalisation du bilan suivant selon l'objectif poursuivi : Bilan des anomalies lipidiques ; glycémie à jeun ; kaliémie ; enregistrement ambulatoire de pression artérielle.

Les résultats biologiques sont normaux. L'enregistrement de pression ambulatoire confirme l'hypertension artérielle avec une moyenne de 152/74. La prescription de l'association hydrochlorothiazide 25 mg et modamide 2,5 mg, débuté après l'enregistrement, est bien tolérée.

4. Quelle est la justification de la prescription d'aspirine à 75 mg/J et d'atorvastatine à 10 mg/J ?

Au cours d'une visite de suivi systématique 3 mois plus tard, vous constatez une irrégularité complète de la fréquence cardiaque à la prise du pouls, confirmée à l'auscultation.

5. Par quel examen précisez-vous le diagnostic de fibrillation auriculaire ? Décrivez le résultat.

6. Quelle conséquence cela a-t-il sur la prescription ? Comment lui présentez-vous la justification du changement proposé ?

7. Etablissez une ordonnance de mise en route du nouveau traitement.

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Pr PETIT Paul
Dossier n° 4 - Mars 2008 - 2ème session

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008-
MODULE 11 -Session 2- Mercredi 12 mars 2008 -13h30 - 17h30

Pr PETIT Paul

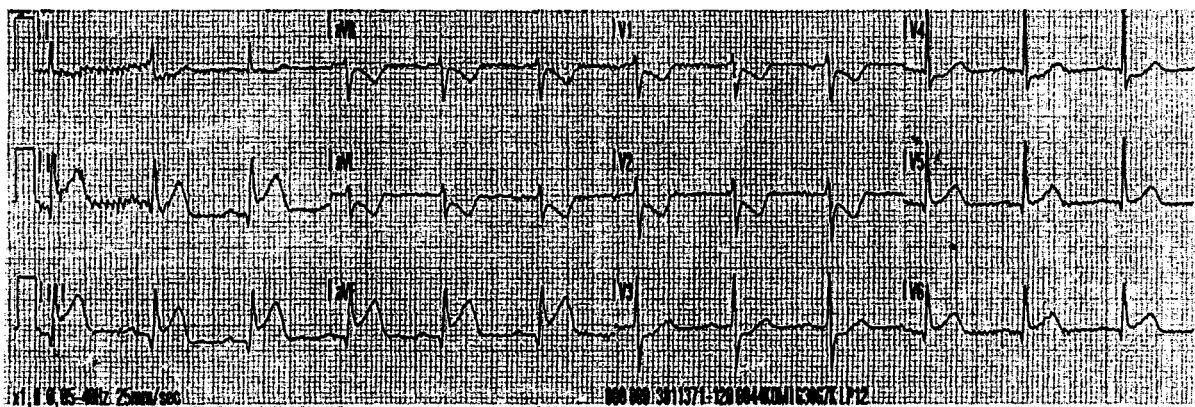
Cas clinique n° 1 - 1h

Dossier Clinique (Médecine d'Urgence)

De garde dans le SMUR d'un hôpital périphérique, vous êtes appelé par un confrère généraliste pour un patient présentant une douleur thoracique. Ce patient de 46 ans n'a aucun antécédent médical, allergie médicamenteuse ou traitement particulier. Il n'est pas tabagique. En fait, alors qu'il déchargeait sa voiture dans une station de sport d'hiver, il décrit l'apparition d'une « gêne thoracique » puis d'une véritable douleur. C'est parce que cette douleur ne cédait pas au repos et sur les conseils de sa femme, qu'il s'est décidé à appeler un médecin. Celui-ci a administré 2 bouffées de trinitrine, sans résultat significatif.

A votre arrivée, le patient présente une douleur thoracique constrictive avec irradiation dans le bras gauche qui dure depuis 90 minutes. Cette douleur ne varie pas avec la respiration ni avec le changement de position du patient. Votre examen clinique montre l'absence de signe d'insuffisance ventriculaire droite, des mollets souples, une pression artérielle symétrique aux 4 membres à 140/82 mmHg, une fréquence cardiaque à 75 bat/min. Il n'y a par ailleurs pas de douleur à la palpation du thorax. L'auscultation retrouve quelques crépitations des bases sans souffle ni autre anomalie au niveau cardiaque. Vous faites un ECG immédiatement (Figure 1). A l'aide d'une échelle visuelle analogique, le patient estime sa douleur à 7/10.

Figure 1



Note

Question 1 : (/40)

- a- Décrivez l'ECG ainsi que le diagnostic évoqué : (/10)
- b- Quelles mesures générales prenez vous ? (/4)
- c- Comment prenez vous en charge l'aspect douleur de la pathologie présentée par ce patient ? (/6)
- d- Décrivez la prise en charge du problème mise en évidence sur l'ECG sachant que vous vous situez à plus de 50 km du service de cardiologie le plus proche (/20) :

Question 2 : (/18)

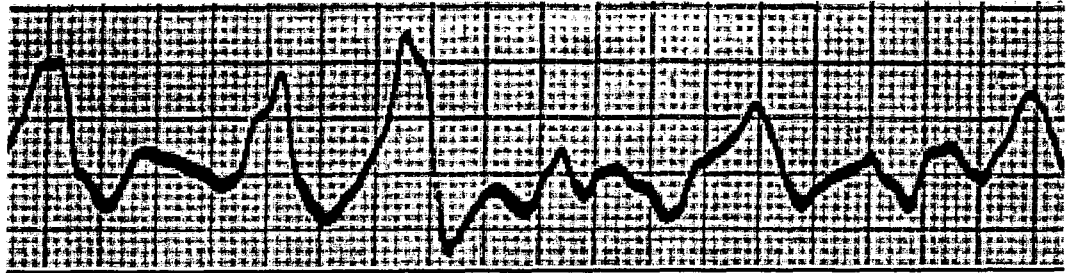
Peu après le traitement entrepris à la question précédente et alors que la douleur a disparu, vous refaites un ECG (Figure 2).

Figure 2 :



- a- Décrivez cet ECG (/3) :
- b- Quels sont pour vous les critères évocateurs de reperfusion ? (/6)
- c- Quand le rythme observé sur la figure 2 est associé à la disparition de la douleur, que pouvez-vous en déduire ? (/4)
- d- En cas d'échec du traitement entrepris à la question 1d, quel examen paraclinique est à réaliser ? (/3) ; Dans quel délai ? (/2)

Alors que vous étiez en train d'évacuer le patient vers l'USIC et que tout se passait bien, le patient se plaint à nouveau de la même douleur thoracique et brutalement il perd connaissance. Sur l'écran de votre électrocardioscope, s'inscrit le rythme suivant (Figure 3).



Question 3 (/20):

a- Quel est votre diagnostic ? (/3)

b- Quel est le geste d'urgence à accomplir ? (/3)

c- Le traitement entrepris a échoué. Que faites-vous ? Décrivez précisément vos manœuvres de réanimation (/11).

d- Quels sont les traitements médicamenteux utilisés dans le traitement de l'arrêt cardiaque ? (/3)

Question 4 (/22):

A l'issue de votre réanimation, votre patient a repris un rythme sinusal mais il présente un trouble de conscience. Votre examen montre à la stimulation douloureuse, une absence d'ouverture des yeux, une réaction motrice en flexion stéréotypée et un vague grognement.

a- Quelle échelle de coma utilisez-vous ? (/2)

b- Décrivez-la : (/4)

c- Cotez votre patient avec le détail de la cotation : (/5)

d- Quel est le moyen thérapeutique qui a fait la preuve de son efficacité dans les suites d'un arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire, (/5).

e- Au delà des 48 premières heures de prise en charge en réanimation, quels sont les moyens d'évaluer le pronostic neurologique de votre patient ? (/6)

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Pr LACHAUX
Dossier n° 3 - Mars 2008 - 2ème session

N° de PLACE

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008 -
MODULE 11 -Session 2- Mercredi 12 mars 2008 -13h30 - 17h30
Pr LACHAUX Alain**

Cas clinique n° 3 - 1h

**Réservé au
Secrétariat**

Nina est née le 5 septembre 2005 à 32 SA. Vous la voyez en consultation le 31 octobre pour sa visite des 2 mois.

L'examen est normal mais elle regurgite après chaque biberon et une demi-heure après.

La prise de poids reste correcte.

1. Quels diagnostics évoquez-vous ? Quels examens demandez-vous ? Quels traitements proposez-vous ?

Les parents reviennent vous consulter une semaine après en urgence car ils ont retrouvé Nina pâle, hypotonique dans son lit, une heure après le biberon.

2. Quels facteurs prédisposants au malaise retrouve t'on dans l'observation ?

3. Quels autres facteurs recherche t'on ?

4. Quels examens fait-on ?

5. Quels traitements met-on en place selon les résultats de ces examens ?

Les parents sont très inquiets car il y a eu un cas de MSN chez un cousin.

6. Quels conseils de prévention leur donne t'on ?

7. Faut-il monitorer Nina à domicile ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Pr Mathevet
Dossier n° 2 - Mars 2008 - 2ème session

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2007-2008-
MODULE 11 -Session 2- Mercredi 12 mars 2008 -13h30 - 17h30
Pr MATHEVET Patrice

Cas clinique n° 2 - 1h

Mme P., 36 ans, A Rh+, 78 kg pour 1,62 m, a dans ses antécédents: 2 avortements spontanés à 2 mois de grossesse (sans curetage), et 1 accouchement à terme d'un enfant de 2980 g il y à 3 ans. La grossesse de Mme P. avait été marquée par une prise de poids de 22 kg, et l'apparition en fin de grossesse d'une HTA non compliquée. L'accouchement avait été long avec nécessité de recourir à un forceps pour faire naître l'enfant. Mme P. a aussi des antécédents de cholecystectomie pour lithiase vésiculaire et de dépression traitée médicalement (traitement par Prozac en cours). Elle présente actuellement une TA à 145/90 mmHg sans traitement au repos. Sur le plan familial, la mère de Mme P vient de présenter un accident vasculaire cérébral à 69 ans (et elle a un antécédent de cancer du sein survenu à l'âge de 64 ans), et son père est obèse (98 kg pour 168 cm) et diabétique non insulino-dépendant depuis 12 ans. Mme P. désire débiter une nouvelle grossesse.

Question 1: Quels conseils proposez-vous avant d'autoriser la grossesse ?

Mme P. vient vous consulter alors qu'elle a un retard de règle de 2 mois, et qu'elle a fait un test de grossesse positif il y à 6 semaines.

Question 2: Quels examens paracliniques prescrivez-vous ?

Question 3: A 18 semaines d'aménorrhée (SA), Mme P. présente à deux reprises une TA à 165/105 mm Hg. Quels conseils prodiguez-vous ?

A 28 SA, Mme P. vous consulte pour des brûlures mictionnelles et l'apparition de contractions utérines. La bandelette urinaire est positive à +++ pour les leucocytes, à ++ pour les nitrites et à + pour la protéinurie.

Question 4: Quels sont les éléments principaux de votre examen clinique ?

Question 5: Quels examens complémentaires préconisez-vous ?

Question 6: Quel(s) traitement(s) préconisez-vous ?

Grâce à vos soins, le problème de Mme P. est résolu. Vous revoyez la patiente à 33 SA. Elle présente toujours une protéinurie à + (avec des nitrites et des leucos <0). Sa prise de poids est de 21 kgs lors de la grossesse. L'échographie obstétricale du troisième trimestre retrouve une altération de la croissance fœtale avec des mensurations au 5ème percentile de la normale.

Question 7:

Quel diagnostic évoquez vous ?

Question 8:

Quels conseils et quels traitements mettez-vous en place ?