

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 9 – " Athérosclérose - Hypertension "

Pr. JEGADEN

« Cas clinique n°1 – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 9 – " Athérosclérose – Hypertension "
Pr. JEGADEN « Cas clinique n°1 »

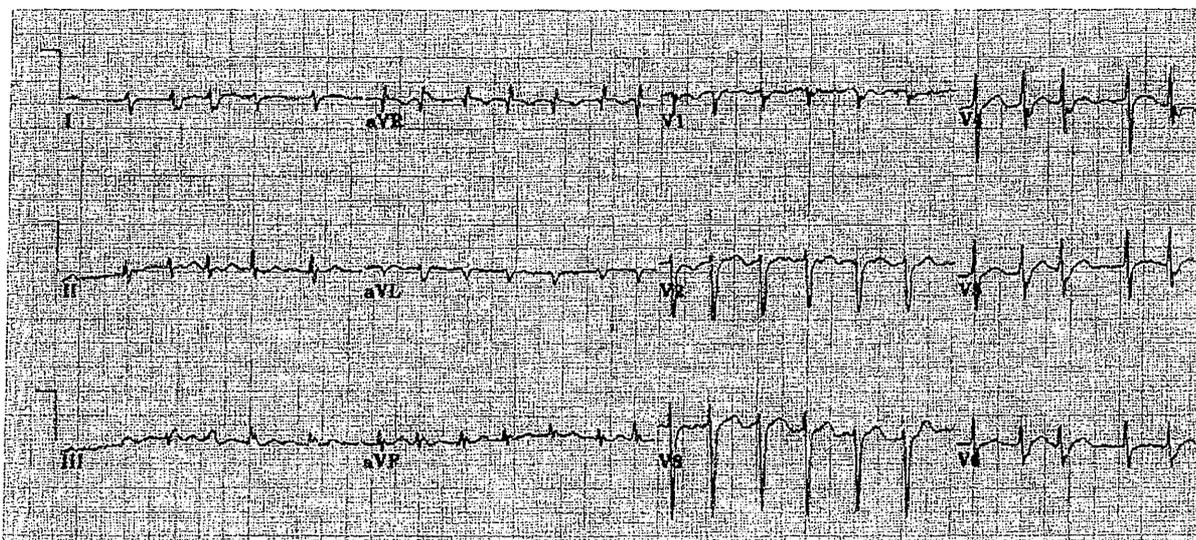
Réservé au
Secrétariat

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 retenez vous 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 caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 9 – " Athérosclérose - Hypertension "

Pr. GUEYFFIER

« Cas clinique n°2 – Mai 2010 – DCEM3 »

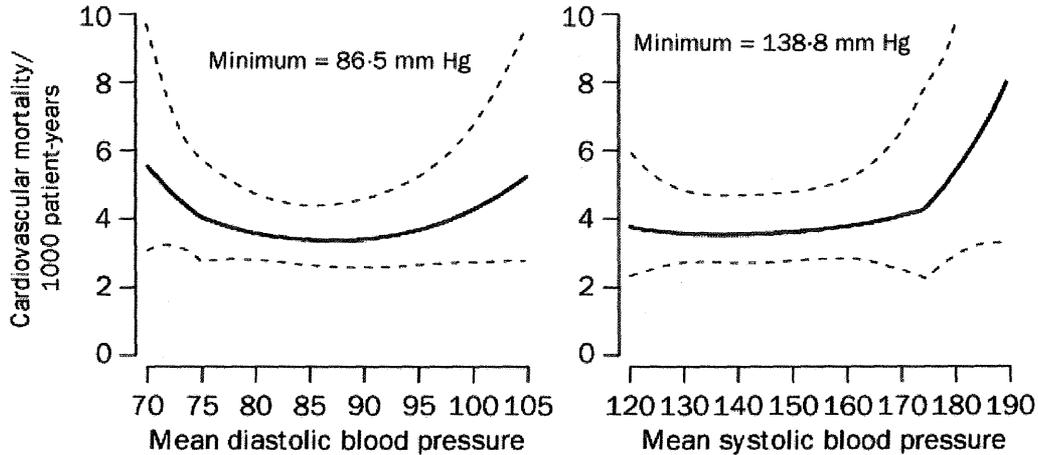
N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 9 – " Athérosclérose – Hypertension "
Pr. GUEYFFIER « Cas clinique n°2 »

L'étude HOT a comparé 3 groupes d'hypertendus randomisés, qui avaient chacun une cible de pression artérielle diastolique à atteindre par une stratégie médicamenteuse : < 90 mmHg (groupe de référence), < 85 ou < 80 mmHg.

Les auteurs rapportent ainsi les résultats dans le résumé de l'article : « L'incidence la plus faible des accidents cardiovasculaires majeurs était observée pour une pression artérielle diastolique moyenne sous traitement de 82,6 mmHg; le risqué de décès cardiovasculaire le plus faible était observé pour une pression de 86,5 mmHg. Les réductions de pression artérielle au-delà de ces chiffres étaient sans danger. » Le graphique en relation avec ce propos sur la mortalité cardiovasculaire est reproduit ci-dessous :



Note :

Question 1 : Analysez ce graphique pour en tirer les enseignements appropriés sur les règles de prescription du traitement antihypertenseur : pour la diastolique ; pour la systolique. Ces règles seraient-elles du meilleur niveau de preuve possible ? Expliquez précisément pourquoi.

LES REPONSES AUX DEUX QUESTIONS DOIVENT ETRE INTEGREES AUX CADRES PAGES SUIVANTES ; LE TEXTE HORS CADRE NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Dans la même étude HOT, les auteurs avaient effectué une seconde randomisation entre aspirine 75 mg/J et placebo, administrés en double insu. En intention de traitement, l'aspirine était associée à une réduction de risque d'accidents cardiovasculaires majeurs de 15% (critère de jugement principal, $p=0,03$), du risque d'infarctus du myocarde de 36% ($p=0,002$), et une majoration du risque d'hémorragie majeure de 74% ($p=0,0001$). Les résultats sur l'infarctus du myocarde et les hémorragies sont rapportés dans le tableau ci-dessous, selon le groupe de pression diastolique cible.

Question 2 : Comment s'appelle le plan expérimental testant les deux facteurs thérapeutiques (aspirine et stratégie anti-hypertensive ciblée) ? Les différences d'effet de l'aspirine selon les trois stratégies de cible de pression ne sont pas statistiquement significatives. Comment sont dénommées ces différences ? Quelles sont les conséquences de cette observation a) pour l'étude HOT et b) pour les règles de prescription de l'aspirine ?

Table 4 Effects of aspirin in relation to randomized diastolic blood pressure (DBP) targets

DBP target	Fatal and non-fatal myocardial infarction			Fatal and non-fatal major bleeds		
	Aspirin	Placebo	RR (95% CI)	Aspirin	Placebo	RR (95% CI)
≤ 90 mmHg	3.2	3.9	0.83 (0.54–1.27)	3.83	2.37	1.61 (1.01–2.59)
≤ 85 mmHg	1.8	3.7	0.49 (0.29–0.82)	3.22	2.03	1.59 (0.95–2.65)
≤ 80 mmHg	1.9	3.3	0.60 (0.36–0.99)	3.74	2.14	1.75 (1.07–2.85)

All rates given in events/1000 patient-years. RR, relative risk with 95% confidence intervals (CI).|

NOM et Prénoms :

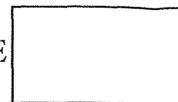
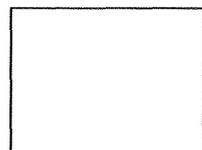
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 9 – " Athérosclérose - Hypertension "

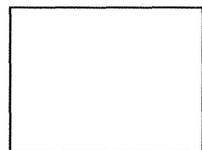
Pr. CHEVALIER

« Cas clinique n°3 – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE



Réservé au Secrétariat

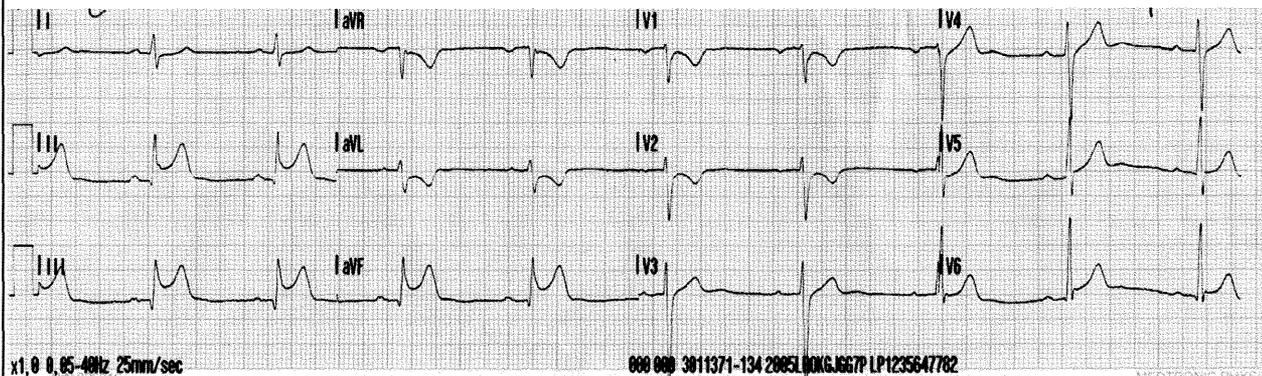
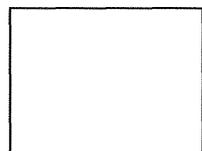


UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 9 – " Athérosclérose – Hypertension "
Pr. CHEVALIER « Cas clinique n°3 »

Un patient de 50 ans aux antécédents de BPCO post-tabagique est hospitalisé dans un CHU pour douleur thoracique rétrosternale constrictive apparue il y a une heure au repos à son domicile. La tension artérielle est à 90/60 mmHg au membre supérieur droit. L'auscultation retrouve quelques râles crépitants dans le tiers inférieur des champs pulmonaires associés à un bruit de galop ventriculaire.

ECG 1

Note :



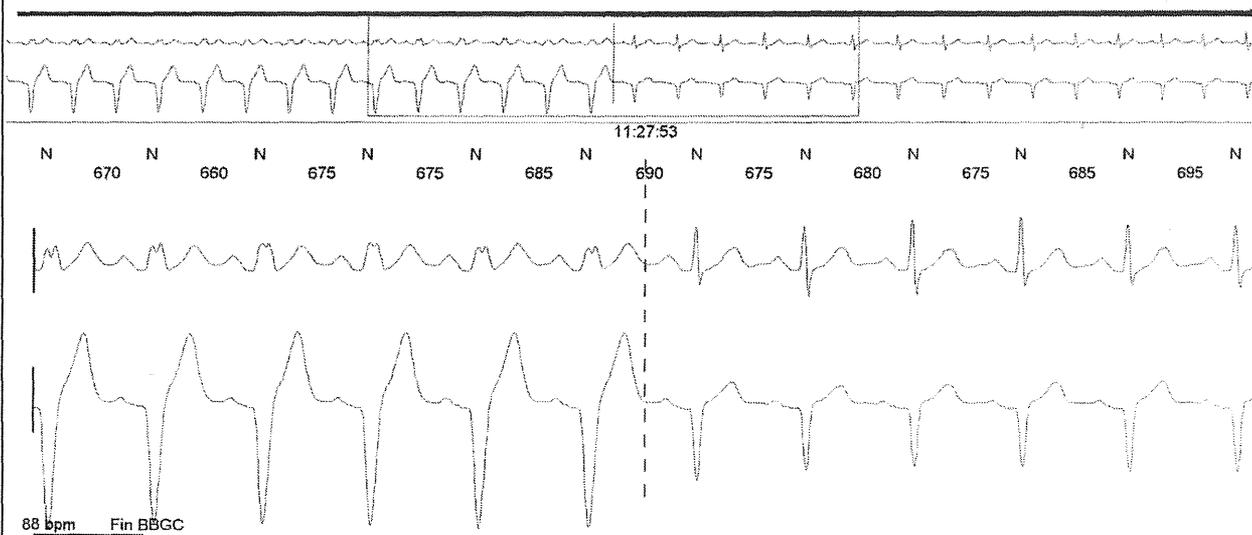
1 - Décrivez et interprétez le tracé 1 (la vitesse de défilement est de 25 mm/sec et le quadrillage n'est pas nécessaire à l'interprétation).

2 - Que montrera à votre avis la coronarographie ?

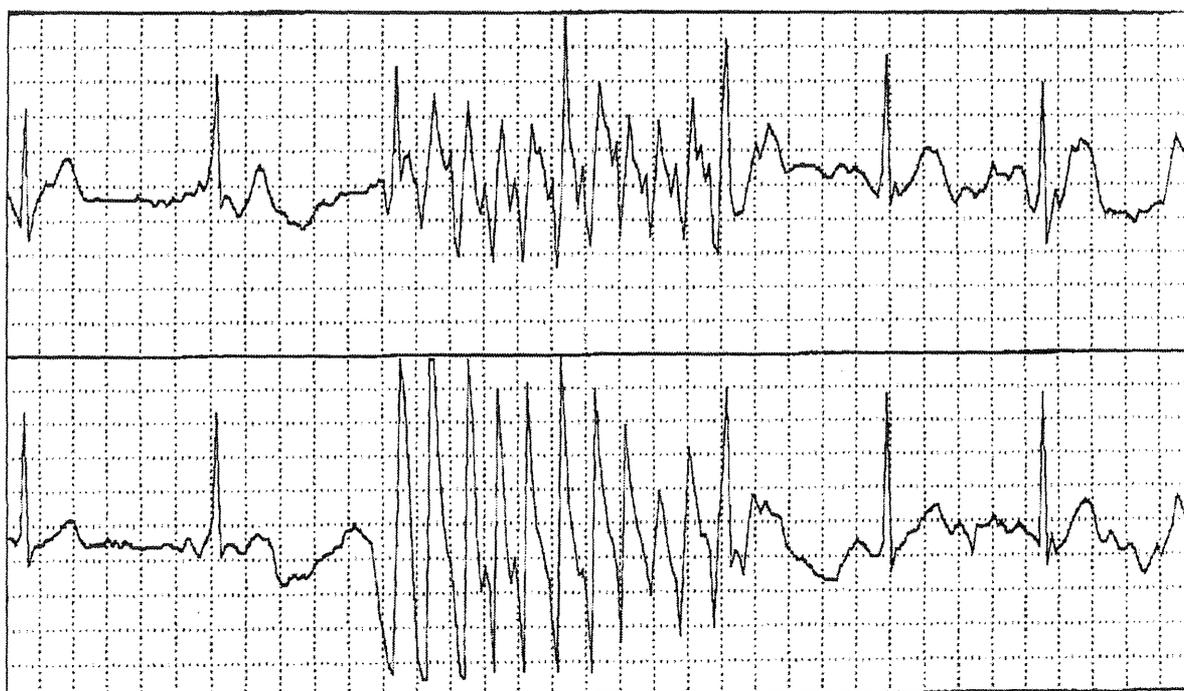
3 - Énoncez les éléments de la prise en charge des 24 premières heures.

4 - L'infirmière vous appelle successivement pour des anomalies observées en télémétrie (tracés 2 et 3). Interprétez et donnez la conduite à tenir. *Les intervalles NN (RR) sont indiqués en msec.*

ECG 2



ECG 3



5 - L'évolution est favorable et le patient quitte le service au bout de 3 jours. Rédigez l'ordonnance de sortie en précisant la durée des traitements et planifiez les examens para-cliniques de l'année qui suit avec les objectifs biologiques à atteindre. Précisez aussi la prise en charge non-médicamenteuse.

NOM et Prénoms :
 (en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 4 – " Handicap - Incapacité - Dépendance"
 Pr. BOISSON – Dr. LUAUTE
 « Cas clinique n°1 – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

Réservé au
 Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
 Epreuve de DCEM3 – Module 4 – " Handicap - Incapacité - Dépendance"
 Pr. BOISSON « Cas clinique n°1 »

Madame SICA, âgée de 38 ans est hospitalisée dans le service de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) pour la rééducation d'une paraplégie post-traumatique survenue 5 jours auparavant dans un contexte de tentative de suicide par chute d'un pont d'une hauteur d'environ 10 mètres. Dans ses antécédents médicaux, on retient surtout des dépressions à répétition avec plusieurs tentatives de suicide. Au plan chirurgical, une appendicectomie a été réalisée dans l'enfance. On note également la réalisation d'une plastie mammaire l'année précédente. Au plan familial, la mère est suivie pour une dépression ayant nécessité à plusieurs reprises des hospitalisations. La patiente est divorcée, mère de 4 enfants. Avant l'épisode actuel, elle travaillait comme secrétaire. Il existe un endettement important que la patiente explique par des achats impulsifs dans des périodes où elle se sent euphorique et où elle se décrit comme très active.

Lors des premiers soins réalisés par le SAMU, la patiente était consciente sans trouble hémodynamique. Il existait une paraplégie et de nombreuses ecchymoses, notamment en regard de la cheville gauche. Le bilan lésionnel réalisé aux urgences de l'hôpital le plus proche révélait une fracture de la vertèbre L1 avec recul du mur postérieur et une fracture du calcaneum gauche. La patiente fut opérée en urgence au niveau du rachis lombaire et un traitement par corticoïde à haute dose a été débuté avant le transfert dans le service de SSR.

A l'examen d'entrée la patiente est parfaitement consciente, apyrétique. Au plan neurologique, il existe une anesthésie de la région périnéale et des fesses, un déficit de force au niveau des muscles moyens fessiers, des fléchisseurs plantaires et dorsaux du pied de façon bilatérale, une abolition des réflexes osteo-tendineux achilléens et une béance anale. La patiente est porteuse d'un plâtre au niveau de la jambe gauche et d'une sonde à demeure. Lors de l'entretien, la patiente explique sa tentative de suicide par un sentiment de grand vide dans sa vie, ne supporte plus la solitude. Elle dit se sentir mieux actuellement mais angoissée. Elle est plutôt volubile et logorrhéique avec même une certaine euphorie.

Le traitement comporte: DOLIPRANE® 1g trois fois par jour, DEROXAT® 1 cp le soir, LOVENOX® 0,4ml en sous-cutané le matin.

Note :

Question 1 : Quel syndrome neurologique diagnostiquez-vous ?

Question 2 : Quelles sont les principales complications liées au décubitus à prévenir chez cette patiente ?

Question 3 : Le bilan biologique d'entrée montre une natrémie à 143 mmol/l, une kaliémie à 3,5 mmol/l, une créatinémie à 150 μ mol/l, une crp à 200 mg/l, des GB à 15 109/L dont 85% de PNN. La bandelette urinaire révèle une protéinurie avec présence de nitrites et de leucocytes. Comment expliquer ces anomalies biologiques ?

Question 4 : Quels examens para-cliniques préconisez vous pour étudier le fonctionnement de la vessie ? Quel est le mode mictionnel à privilégier en l'absence d'amélioration et quels sont les conseils hygiéno-diététiques ?

Question 5 : Quels sont les objectifs de la rééducation en kinésithérapie ?

Question 6 : A quelles aides financières et sociales la patiente peut-elle prétendre ?
Comment l'accompagner dans une démarche de reprise professionnelle ? Qui sont les intervenants et quels sont leur rôle ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 4 – " Handicap - Incapacité - Dépendance"
Pr. BOISSON - Dr. LUAUTE
« Cas clinique n°2 – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 4 – " Handicap - Incapacité - Dépendance"
Dr. LUAUTE « Cas clinique n°2 »

Monsieur ARCHI, âgé de 58 ans est adressé dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation pour des troubles de la marche et de la déglutition. Dans les ATCD, on retient : une hypercholestérolémie non traitée, des crises de goutte, un tabagisme actif à 50 paquets année, une consommation d'alcool estimée à ½ litre de vin rouge par jour. Le patient travaille comme représentant commercial ; il est marié, père de 2 enfants. Il vit dans une maison à étage avec 3 marches à l'entrée. Les troubles ont débuté par l'apparition brutale d'un tableau associant des vertiges rotatoires, un hoquet, puis des paresthésies de l'hémi-face droite. Le patient fut admis en urgence au centre hospitalier le plus proche puis dans l'unité de neuro-vasculaire du CHU. L'examen clinique initial retrouvait une hypoesthésie de l'hémi-face droite, un réflexe cornéen droit aboli, un vertige rotatoire, un déficit thermo-algique de l'hémicorps gauche. Le réflexe nauséux était aboli avec un signe du rideau et une immobilité de l'hémi-larynx droit. On notait également un syndrome cérébelleux cinétique de l'hémicorps droit. Le diagnostic d'AVC ischémique est porté et un traitement anti-aggrégant est débuté dans le cadre de la prévention secondaire. Au cours du séjour en neurologie, le patient a présenté une pneumopathie dont l'évolution a été favorable sous antibiotiques.

Note :

Question 1: Quelle est la localisation de la lésion cérébrale que vous suspectez compte tenu du tableau neurologique ?

Question 2: Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer la pneumopathie chez ce patient ? Quelles mesures préventives prenez-vous ?

Question 3: Après un mois d'hospitalisation, l'évolution est marquée par la survenue de douleurs de l'épaule et du poignet avec un œdème au niveau de la main. Quel est le diagnostic le plus probable ? —

Question 4: En l'absence d'amélioration, quelles sont les déficiences et limitation d'activité ?

Question 5: Quelle échelle générique peut on utiliser pour évaluer l'autonomie ?

Question 6: Quelle sont les rééducateurs para-médicaux qui vont intervenir chez ce patient ? Quels sont leurs objectifs ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 15B-Orthopédie
Dr. BEL
« Cas clinique n°2 – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 15B – Orthopédie
Dr. BEL « Cas clinique n°2 »

Réservé au
Secrétariat

Stéphanie ..., 30 ans, secrétaire, a ressenti, au cours d'un match de basket disputé dans le cadre d'une activité de loisir, une très vive douleur du genou droit et perçu un craquement.

L'interrogatoire permet de préciser que cette douleur était survenue à la suite d'un saut, la réception s'étant faite en rotation interne isolée du genou.

La douleur aiguë s'est atténuée rapidement mais sont apparus un gonflement de cette articulation et une impotence fonctionnelle, avec sensation d'instabilité et de dérochement lors de la tentative de reprise de la marche.

QUESTION N° 1

Quelles sont les données de l'anamnèse qui vous permettent de suspecter une entorse grave du genou ?

Note :

QUESTION N° 2

Quels signes recherchez-vous au cours de votre examen clinique ?

QUESTION N° 3

L'IRM confirme la rupture isolée du ligament croisé antérieur (LCA) du genou droit. Quel traitement proposez-vous à la jeune blessée, dont l'activité professionnelle est sédentaire et l'activité sportive n'est que très occasionnelle. Argumentez votre choix.

QUESTION N° 4

Quel est l'objectif général de cette prise en charge ? Décrivez-en les modalités à partir du jour du traumatisme.

QUESTION N° 5

Sur quels critères évaluez-vous la qualité de la récupération ?

QUESTION N° 6

La jeune femme est revue un an après la fin de sa prise en charge pour une nouvelle entorse du même genou droit.

Que proposez-vous ?

QUESTION N° 7

Lors de l'examen clinique, Stéphanie vous signale au passage une douleur de sa cheville gauche et un œdème sous malléolaire externe de 4 centimètres de diamètre (hier soir – en boîte, lors d'une passe de rock- elle est retombée sur le bord externe du pied et elle croit qu'elle a du « se faire une entorse de la cheville gauche »).

Quel est le traitement de cette entorse de la cheville gauche ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 12 – « Pathologies Cervico-Thoracique »

Pr. DI FILIPPO

« Cas clinique n°1 – CARDIOLOGIE – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 12 – « Pathologies Cervico-Thoracique »
Pr. DI FILIPPO « Cas clinique n°1 » CARDIOLOGIE

Mr M. a 35 ans. Il est maçon. Il appelle SOS médecin dans la nuit pour une douleur thoracique violente. 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. Depuis hier soir, la douleur est réapparue de façon plus intense, non calmée par la prise de paracétamol et s'amplifie depuis minuit. A l'arrivée du médecin, le patient est assis dans son lit, et présente des difficultés respiratoires avec blocage inspiratoire. Il est un peu pâle, mais ni cyanosé, ni marbré. A l'interrogatoire, le médecin apprend que Mr M est tabagique à 20paquets-années et que son père est décédé à l'âge de 58 ans d'un infarctus du myocarde. Le patient n'a pas d'antécédent particulier, et a présenté une rhinopharyngite il y a 10 jours qui n'a pas nécessité d'arrêt de travail ni 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 ? Que recherchez-vous spécifiquement à l'examen clinique pour orienter votre diagnostic ?

2. Un ECG est pratiqué : Document N°1 (annexe). Quelle est votre interprétation ? Au vue de cet ECG, quel est le diagnostic le plus probable ?

3. Mr M est hospitalisé. Un bilan biologique est réalisé dont les résultats sont les suivants :

GB 6400, PNN 35%, Lymphocytes 50%, Monocytes 15%, plaquettes 550000, Hb 155g/l, troponine 0,5 CPK 45, créatininémie 78, Na 145, K 3,8 Glycémie 5,2 urée 8 SGOT 35 SGPT 20.

Quelle est votre interprétation ? Autres examens complémentaires ?

4. Commentez le document N°2 (annexe). Quel est votre diagnostic ?

5. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

**6. Prescrivez-vous des examens complémentaires à visée étiologique ?
Lesquels ? Que recherchez-vous ? Citer les différentes étiologies de cette
affection.**

7. Quelle est l'évolution la plus probable ? Commentez et détaillez les différents modes évolutifs de cette affection.

Mr M consulte de nouveau après jours pour dyspnée croissante ; il ne peut plus monter un étage. Il est très asthénique et présente parfois des épisodes de lipothymie. Il n'a plus de douleur thoracique ni de fièvre.

L'examen clinique montre une tachycardie à 150/mn, une hépatomégalie sensible et une turgescence des jugulaires. La TA est 75/50. L'auscultation est normale.

8. Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel(s) signe(s) clinique(s) devez-vous rechercher ?

9. Quel bilan complémentaire prescrivez-vous? Commentez-en les résultats attendus et le mécanisme physiopathologique en cause dans la symptomatologie actuelle du patient.

10. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

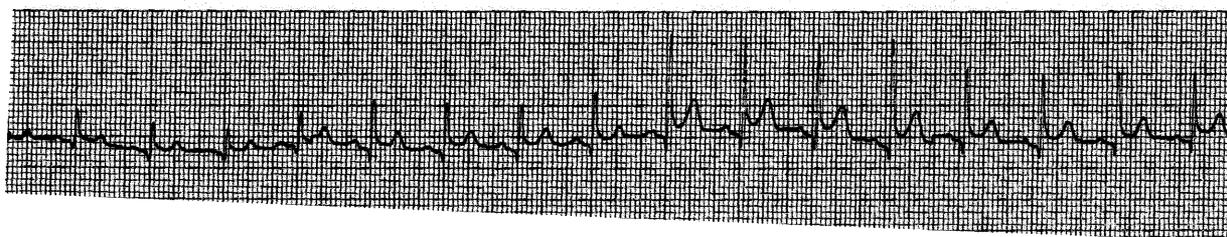
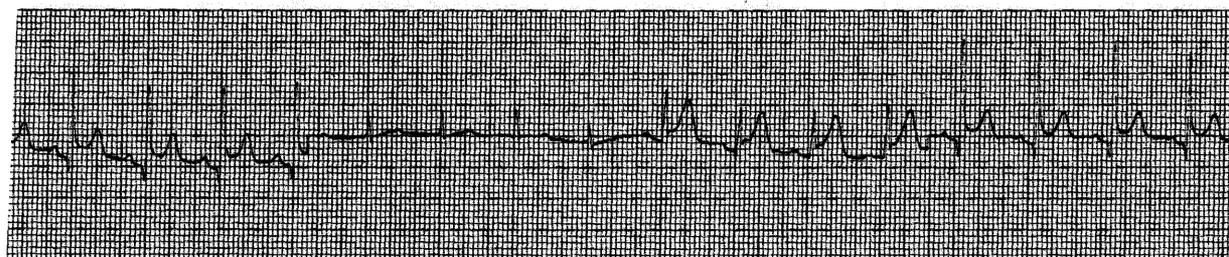
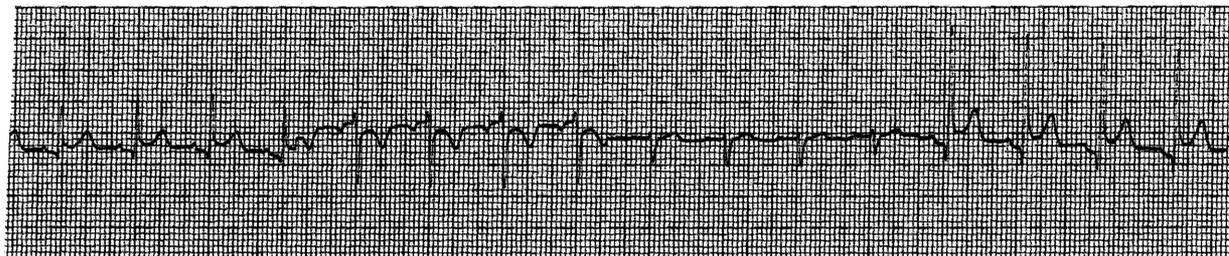
Document N°1

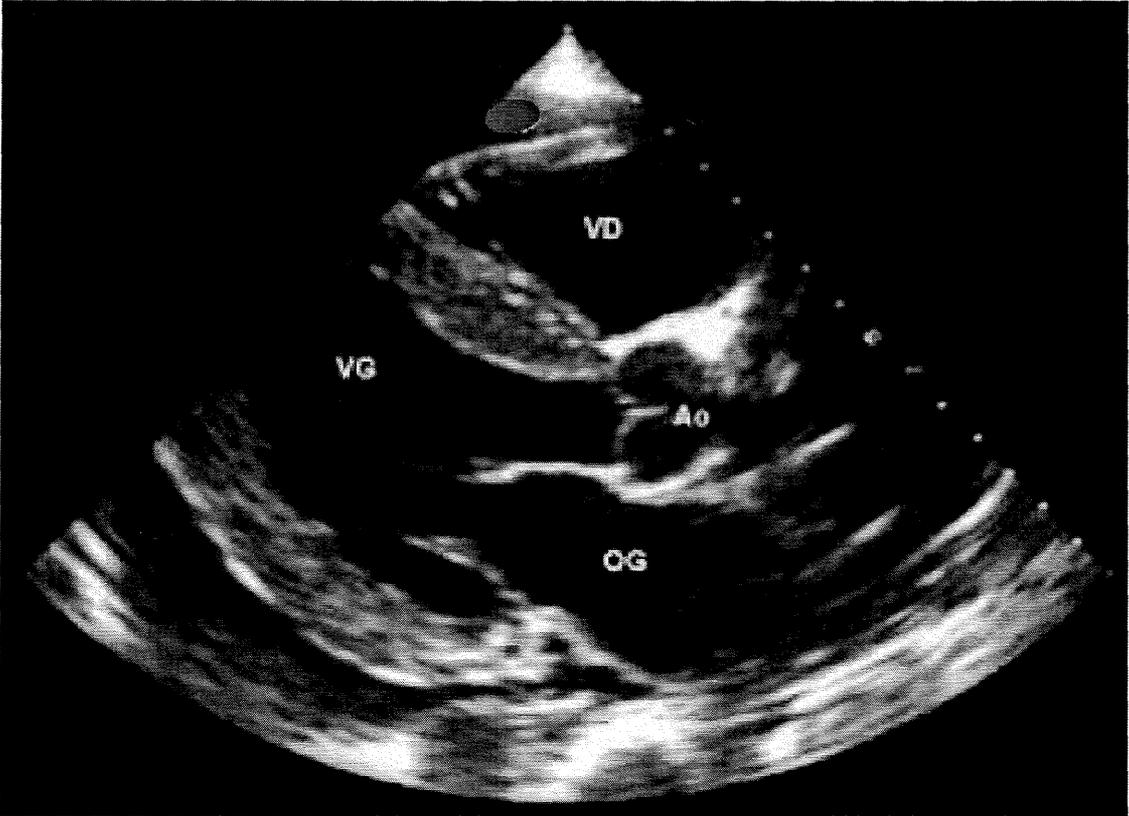
I-II-III

AVR-AVL-AVF

V1-V2-V3

V4-V5-V6





NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 12 – « Pathologies Cervico-Thoracique »

Pr. CORDIER

« Cas clinique n°2 – PNEUMOLOGIE – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)

Epreuve de DCEM3 – Module 12 – « Pathologies Cervico-Thoracique »

Pr. CORDIER « Cas clinique n°2 » PNEUMOLOGIE

Réservé au
Secrétariat

Un homme de 65 ans, qui a travaillé comme employé dans une banque, fumeur depuis l'âge de 20 ans (1 paquet de cigarettes par jour), a remarqué depuis deux ans un essoufflement modéré à l'effort.

Il a un antécédent d'infarctus du myocarde, étendu, il y a 3 ans. Il a craché du sang rouge il y a une semaine (crachats striés de sang).

1° - Quelles sont les causes principales possibles pour l'essoufflement chez ce patient ?

Note :

On réalise une spirométrie qui montre une capacité vitale à 80 % de la valeur théorique, un VEMS à 40 % de la valeur théorique (le VEMS s'améliore de 5 % sous bronchodilatateur), une capacité pulmonaire totale à 120 % de la valeur théorique. Le facteur de transfert du CO est à 60 % de la valeur théorique. La saturation oxy-hémoglobinée en air est à 90 %.

2° - Comment interprétez-vous cette exploration fonctionnelle respiratoire ?

La radiographie pulmonaire montre une opacité dense systématisée du lobe inférieur gauche, rétractile, sans bronchogramme aérique.

3° - Comment interprétez-vous cette radiographie ?

4° - Quel(s) est (sont) l(es) examen(s) à visée diagnostique que vous proposez pour ce patient ?

Le scanner thoracique met en évidence, outre des anomalies au niveau du poumon gauche, des adénopathies hilaires gauches et médiastinales volumineuses. Il existe à la palpation du creux sus-claviculaire gauche une adénopathie supra-centimétrique, dont la ponction-biopsie répond « métastase d'un adénocarcinome d'origine bronchique ».

5° - Quelle(s) option(s) thérapeutique(s) peu(ven)t être envisagée(s) pour ce patient ?

S'il s'était agi d'une femme non fumeuse, y aurait-il une option thérapeutique supplémentaire et à quelle(s) condition(s) ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 3B –Maturation et Vulnérabilité - Pédiatrie

Dr. PERETTI

« Cas clinique n°1 – Mai2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)

Epreuve de DCEM3 – Module 3B – Pédiatrie

Dr. PERETTI « Cas clinique n°1 »

Madame Dupond vous amène en consultation à titre systématique son petit Vincent, âgé de 1 mois. Il n'existe pas d'antécédents familiaux en dehors d'un asthme chez le père. Cette première grossesse s'est déroulée sans problème particulier hormis un eczéma modéré chez la mère qui a nécessité des soins locaux à base de crèmes hydratantes et de corticoïdes. L'enfant est né à terme, pesant 3,8kg et mesurant 51cm. Il est allaité à la demande et tête environ toutes les 3h.

Le jour de la consultation il pèse 4,9kg et mesure 53 cm. Votre examen somatique est strictement normal par ailleurs.

1) La mère souhaiterait continuer l'allaitement de la même manière. Que lui conseillez-vous compte tenu des mensurations à la naissance et de la croissance de l'enfant durant ce premier mois ? Justifiez votre réponse.

Note :

2) Elle voudrait savoir jusqu'à quand il est souhaitable d'allaiter exclusivement son enfant. Expliquez pourquoi vous donnez cette réponse.

Elle reconseille à l'âge de 6 mois. Vincent a une croissance normale, il pèse 7kg pour 64 cm et est en bonne santé. Il boit exclusivement 4 biberons de 210ml par jour de lait de vache demi écrémé. Elle voudrait savoir à partir de quand et comment débiter la diversification.

3) Les quantités de lait sont elles suffisantes pour cet enfant ? Les apports calciques sont ils couverts ? Que pensez vous du type de lait choisi par la mère ? (justifiez brièvement chacun des items)

4) Détaillez vos conseils pour mener à bien la diversification en précisant les intérêts recherchés par la diversification, à quel âge vous la débutez, dans quel ordre vous introduisez les différents aliments principaux et si vous prenez des précautions particulières pour Vincent ?

Suite à un déménagement, vous perdez de vue l'enfant jusqu'à l'âge de 1 an, où la mère vous ramène Vincent pour une fièvre qui évolue depuis 4 jours et surtout parce qu'il est « toujours malade » d'après sa mère. Vous constatez en effet qu'au cours des 6 derniers mois, il a présenté de nombreuses rhinopharyngites et otites ayant conduit votre confrère à prescrire des antibiotiques à plusieurs reprises.

Votre examen est rassurant, vous diagnostiquez une rhinobronchite simple. L'enfant est pâle mais ne présente aucune autre anomalie clinique hormis quelques adénopathies jugulocarotidiennes de taille modérée. La courbe de croissance est légèrement infléchie pour le poids (7,8 kg) passant de la médiane à -1,5 déviations standard au cours des 4 derniers mois. La courbe staturale par contre reste régulière sur la médiane (73 cm).

Vous apprenez que la diversification s'est très mal passée, Vincent ayant refusé la plupart des aliments proposés, si bien qu'actuellement son alimentation est constituée d'un biberon matin et au coucher de 250 ml de lait demi écrémé, tandis qu'à midi et le soir il mange de très petites quantités des divers aliments proposés par les parents, ainsi qu'une compote au goûter. La dernière dose de vitamine D a été prise à l'âge de 6 mois.

5) Les apports en calcium et en vitamine D de cet enfant vous semblent-ils suffisants ? Justifiez.

6) Quelle(s) carence(s) ce type d'alimentation risque t'il d'induire ? Laquelle suspectez-vous principalement chez Vincent en vous appuyant sur votre examen clinique ? Comment confirmez-vous votre hypothèse diagnostique ? Quels conseils alimentaires allez-vous donner à cette mère pour corriger cette carence ?

7) La maman vous signale qu'il se dépense beaucoup plus actuellement et que c'est peut être pour cela qu'il a moins grossi. Vous lui expliquez très brièvement quels sont les différents types de dépenses énergétiques réalisés par l'organisme à cet âge.

Vous suivez à nouveau l'enfant. 6 mois plus tard la mère vous ramène son garçon pour refaire le point avec vous. Elle vous explique qu'il prend maintenant 4 repas réguliers comprenant au petit déjeuner : un yaourt + un bol de céréales + une compote ; à midi : viande et légumes en quantité satisfaisante, une portion de fromage apportant environ 400 mg de calcium ; au goûter : une viennoiserie et du chocolat ; au dîner : soupe et féculents en quantité similaires à celles du midi, plus un dessert lacté. Soit des apports caloriques répartis en 25% le matin, 30% à midi, 15% à 16h et 30% le soir. Sa croissance est régulière sur la médiane pour le poids et la taille.

8) Que pensez vous de cette répartition énergétique pour l'âge ?

9) Les apports calciques sont ils satisfaisants actuellement ?

10) Des suppléments doivent ils être prescrits à cet âge compte tenu de son alimentation ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 3B –Maturation et Vulnérabilité - Pédiatrie
Dr. PONDARRE
« Cas clinique n°2 – Mai2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 3B – Pédiatrie
Dr. PONDARRE « Cas clinique n°2 »

EXPOSE Cas clinique :

Un enfant de 18 mois est adressé par son pédiatre à l'Accueil des Urgences pédiatriques pour une altération de l'état général depuis quelques semaines. C'est le 2^{ème} enfant d'une fratrie de 2, son frère aîné est en bonne santé. Ses parents sont tous deux d'origine méditerranéenne, et en bonne santé. Cet enfant n'a pas d'antécédent néonatal particulier, il est gardé à la maison par sa maman. Sa croissance staturo-pondérale reste régulière sur le canal moyen. La maman consulte le pédiatre car elle est inquiète par le comportement de son fils, qu'elle décrit comme dormant beaucoup et de plus en plus depuis quelques semaines et mangeant peu.

L'examen clinique à l'accueil confirme les impressions du pédiatre et montre un enfant asthénique, avec une pâleur cutanée nette. La palpation abdominale met en évidence une hépatomégalie et une splénomégalie respectivement à 4 et 6 cm sous le rebord costal. Il existe quelques adénopathies cervicales centimétriques, les autres aires ganglionnaires sont libres. L'examen de la peau est normal. L'enfant est apyrétique, il n'y a pas eu de fièvre les semaines précédant la consultation. La TA est à 11/6,8, la fréquence cardiaque à 130/mn.

Note :

Question n°1 :

Analyser (interpréter au plan médical) les informations cliniques contenues dans cette observation ?

Question n°2 :

Quel(s) élément(s) clinique(s) va/ vont contre une anémie par carence martiale ? Argumenter votre réponse.

Question n°3 :

Quels sont les 2 diagnostics que vous devez évoquer en priorité ? Argumentez votre réponse, notamment précisez quel est le mécanisme physiopathologique de l'anémie dans ces 2 pathologies.

Question n°4 :

Quel examen biologique (1 seul) demandez-vous pour vous orienter au plan étiologique entre ces 2 diagnostics ?

Question n°5 : Gardez vos deux diagnostics en mémoire

1er cas : l'hémogramme montre les résultats suivants :

- Globules rouges : 3,0 T/l ; Hémoglobine : 50 g/l ; VGM : 50 fl ; TCHM: 12 pg, Globules blancs : 14 G/l ; Plaquettes : 280 G/l. Le bilan martial montre une ferritine à 40 ng/ml (VN 15 à 80). Le ionogramme sanguin et la créatininémie sont normaux, les transaminases sont subnormales, la bilirubine totale est à 31 $\mu\text{mol/l}$, bilirubine libre à 26 $\mu\text{mol/l}$ (VN < 20), bilirubine conjuguée à 5 $\mu\text{mol/l}$ (VN : 2-5).

- a) Analyser les informations biologiques contenues dans cette observation
- b) Quel est votre diagnostic ?
- c) Quel élément clinique, si il avait été présent vous aurait permis de conforter votre hypothèse diagnostique ?
- d) Quel examen biologique (1 seul) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?
- e) Qu'en attendez-vous ?
- f) Un myélogramme est-il nécessaire pour orienter le diagnostic ? Argumenter votre réponse.

Question n°6 :

2ème cas : l'hémogramme montre les résultats suivants :

- Globules rouges : 3.0 T/l ; Hémoglobine : 50 g/l ; VGM : 80 fl ; TCHM: 27 pg, Globules blancs : 40 G/l ; Plaquettes : 90 G/l. Le bilan martial montre une ferritine à 40 ng/ml (VN 15 à 80). Le ionogramme sanguin et la créatininémie sont normaux, les transaminases sont subnormales, la bilirubine totale est à 10 $\mu\text{mol/l}$, bilirubine libre à 6 $\mu\text{mol/l}$

- a) Analyser les informations biologiques contenues dans cette observation
- b) Quel est votre diagnostic ?
- c) Quel examen biologique non invasif demandez-vous pour orienter le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?
- d) Quel élément clinique, si il avait été présent vous aurait permis de conforter votre hypothèse diagnostique ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Module 15B-Rhumatologie
Pr. VIGNON
« Cas clinique n°1 – Mai 2010 – DCEM3 »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 15B – Rhumatologie
Pr. VIGNON « Cas clinique n°1 »

Histoire actuelle : Femme de 60 ans qui se plaint depuis une dizaine de jours de douleurs du membre supérieur droit. Elles partent du haut de l'épaule, remonte dans le cou et la base du crâne, descendent dans le membre supérieur jusqu'à la main, sans topographie bien précise avec parfois des paresthésies de la main.

Question 1 : Il y a 3 possibilités à l'origine de cette douleur du membre supérieure. Lesquelles ?

Note :

Question 2 : Quelle est la moins probable sur les données de la douleur ?

Antécédents. Célibataire sans enfant, végétarienne, retraitée de l'Education Nationale, ne fume pas, ne boit pas, milite pour la sauvegarde des ours bruns, se soigne à l'homéopathie et à la rigueur par les plantes, ménopause à 36 ans sans traitement, cervicalgie avec quelques épisodes de torticolis vers la trentaine, cancer du sein il y a 4 ans qui l'a contraint à accepter chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et maintenant arimidex. L'épisode actuel a débuté dans les suites d'un léger traumatisme de l'épaule et résiste à ses applications d'argile du Venezuela. Les douleurs sont vives, permanentes, nocturnes.

Question 3 : Avec ces données on peut évoquer quatre diagnostics, lesquels et pourquoi?

Examen : 45 kg, 162 cm, bon état général, pas de fièvre, mobilité normale et indolore du rachis cervical, tuméfaction possible l'épaule gauche dont la mobilisation active et passive est possible mais très douloureuse. Le reste de l'examen est normal sans notamment de signe neurologique déficitaire et sans adénopathies axillaires.

Question 4 : Avec ces données, en revenant à la question 1, il n'y a plus qu'une possibilité. Laquelle et pourquoi ?

Question 5 : Les diagnostics alors envisageables dans le contexte sont ?

Radiographies : Radio pulmonaire normale. Rachis cervical : Pincement des disques C4-C5 et C5-C6 avec condensation des plateaux vertébraux et ostéophytes (que le radiologue trouve bien sur inquiétants). Radio des épaules : rien en dehors d'une grosse calcification se projetant au niveau du tendon sus-épineux de l'épaule droite

Question 6 : Quelles sont les données négatives et positives à retenir ?

Biologie: VS : 55 mm (1^oheure), CRP : 35 mg/l, NFP normale, électrophorèse sérique normale, Latex et Waaler Rose négatifs. anticorps anti-nucléaires et anti-citrulline négatifs, uricémie normale, créatinine normale, calcémie et phosphorémie normales, phosphatases alcalines et crosslaps sériques normaux.

Question 7 : Cette biologie montre ?

Question 8 : Avec ces données, à priori, quels diagnostics peut-on éliminer et quel est le diagnostic probable ?

Question 9 : Quel est le traitement le plus efficace pour soulager la patiente?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve d'Orthopédie : SESSION 2 JUIN – JUILLET

N° de PLACE

MODULE 15 APPAREIL LOCOMOTEUR (ORTHOPEDIE)

DR J-C BEL

Réservé au
Secrétariat

Un homme de 80 ans est tombé dans la rue. Il se présente en urgence à l'hôpital pour une douleur aiguë de l'aine gauche. L'impotence fonctionnelle est minime.

A l'interrogatoire : antécédent de gastrectomie large pour ulcère gastrique hémorragique il y a 3 ans. L'examen clinique est normal, hormis une douleur provoquée à l'élévation active du membre inférieur gauche. La radiographie du bassin montre une fracture de l'extrémité supérieure du fémur gauche.

QUESTION N° 1 :

Quel est le type anatomique probable de cette fracture ? Justifier.

Note :

QUESTION N° 2 :

Quelles sont les étiologies possibles de cette fracture et comment les mettre en évidence ?

QUESTION N° 3 :

Quels sont les choix thérapeutiques de ce jour ? Justifier.

QUESTION N° 4 :

Le patient refuse de rester à l'hôpital et rentre chez lui en marchant sans cannes. Son médecin traitant le ré adresse le lendemain car il ne peut plus marcher du tout sans une boiterie très douloureuse du côté gauche. Quel est le diagnostic le plus probable ? Comment l'affirmer ?

QUESTION N° 5 :

Quelle est dès lors la méthode thérapeutique de choix chez cette personne présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur gauche ? Justifier.

QUESTION N° 6 :

Son voisin de chambre, une femme de 30 ans présente sur la radiographie du bassin de face une fracture déplacée du col fémoral droit après une chute de vélo survenue il y a 4 heures. Quel est le choix thérapeutique ? Justifier. Quelles sont les complications possibles ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve d'Orthopédie : SESSION 2 JUIN – JUILLET

N° de PLACE

MODULE 15 APPAREIL LOCOMOTEUR (RHUMATOLOGIE) PR E. VIGNON

**Réservé au
Secrétariat**

Histoire actuelle : Femme de 66 ans, 82kg pour 157cm, qui a des douleurs occasionnelles des genoux, à l'occasion d'escaliers ou de marche prolongée, depuis une dizaine d'années. L'embonpoint est familial et sa mère a une prothèse des genoux. Il y a 8 jours, en montant un escalier, elle a ressenti une douleur soudaine et violente de son genou gauche. Depuis elle marche difficilement avec une canne.

Question 1. Quel est le diagnostic à évoquer et sur quels arguments ?

Note :

L'examen montre un genu valgum bilatéral important, des genoux globuleux, avec un petit épanchement du genou gauche, une flexion extension quasi-normale, une douleur à la palpation de l'interligne externe du genou gauche, une pilosité abondante et une insuffisance veineuse dramatique.

Question 2. Les radiographies simples debout de face et en schuss montrent les lésions attendues, décrites dans le compte rendu comme certaines et modérées. Décrivez ces lésions.

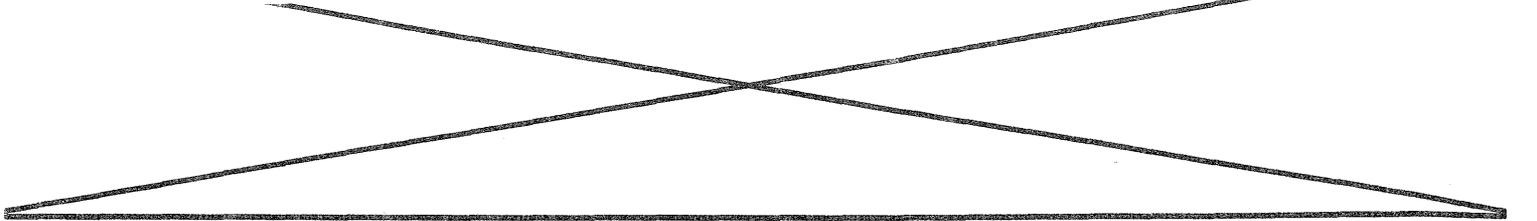
Question 3. Quel est le traitement conseillé dans ce cas, en sachant qu'elle a eu un ulcère de l'estomac et qu'elle a une clearance de la créatinine limite secondaire à une hypertension artérielle bien contrôlée par le traitement ?

Après un mois de traitement selon les règles le genou gauche ne va pas mieux avec une douleur plus ou moins permanente très gênante pour la marche, un épanchement, un kyste poplité, une petite limitation de la flexion-extension.

Question 4. Quelles sont les cinq causes possibles dans ce cas là ?

La patiente revient 2 mois plus tard. Elle a eu (le chirurgien a écrit : « bénéficié ») une ménissectomie partielle sous arthroscopie. Malgré cette opération elle est plutôt aggravée sur le plan des douleurs et de l'examen clinique. La nouvelle radiographie montre l'apparition d'une décalcification des os du genou, d'aspect ponctuée au niveau de la rotule.

Question 5. Quels sont alors, et pourquoi, les deux diagnostics à envisager ?



Question 6. Que faire pour trancher entre ces deux hypothèses ?

Question 7. Les examens demandés reviennent normaux. Le diagnostic est donc ?

Question 8. Le traitement est donc ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 8 –Dermatologie -

Pr. Frédéric BERARD

« Cas clinique n°2 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 8 –Dermatologie -
Pr. Frédéric BERARD
« Cas clinique n°2 – 1 heure »

Monsieur M... 38 ans, est adressé à votre consultation en août 2008 pour avis devant un psoriasis qui a démarré à l'âge de 22 ans, quelques mois après le décès de son père, et qui s'étend depuis plusieurs le mois de juin malgré un traitement local bien conduit et qui était efficace jusqu'alors (association dermocorticoïdes et émollients). On note en revanche un échec de la PUVA thérapie essayée en 2003.

A l'examen, vous observez :

Un psoriasis qui touche environ 50% de la surface corporelle. Les lésions cutanées sont prurigineuses. Il existe également des arthralgies périphériques d'allure inflammatoire depuis 2 mois, avec atteinte asymétrique, et localisation entre autres à plusieurs articulations interphalangiennes distales des deux mains.

1- Quelles sont les caractéristiques cliniques des lésions de psoriasis que vous avez du rechercher sur le tégument de ce malade pour conforter votre diagnostic ?

Note :

2- Comment explorez-vous les arthralgies ? quel est le diagnostic le plus probable de l'atteinte articulaire chez ce malade ?

3- Quelles sont vos deux principales hypothèses pour expliquer le caractère prurigineux des plaques ?

4- Quels sont les facteurs d'aggravation des lésions cutanées que vous recherchez chez le malade ?

5- Vous excluez tout autre diagnostic qu'un psoriasis chez le malade. Quels traitements de première intention peut-on lui proposer ?

6- Le traitement ne marche pas. Quelles autres options thérapeutiques peut-on proposer ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 13 – Gynécologie -

Pr. MATHEVET

« Cas clinique n°2 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 13 – Gynécologie -
Pr. MATHEVET
« Cas clinique n°2 – 1 heure »

Mme C., 36 ans, 2^{ème} geste 2^{ème} pare, vient vous consulter car elle présente à l'occasion d'un frottis systématique un résultat en faveur d'une lésion cervicale de haut grade. A l'examen visuel, le col utérin paraît normal, le reste de l'examen est sans anomalie. La patiente n'a aucun antécédent notable à part une appendicectomie à l'âge de 12 ans, une salpingite traitée à l'âge de 19 ans et une césarienne pour le premier accouchement en raison d'une dystocie cervicale. Mme C. n'a aucune plainte particulière, elle est réglée régulièrement car elle a une contraception orale par pilule monophasique minidosée (Minulet®). Malgré vos conseils Mme C. continue de fumer 10-12 cigarettes/jour. Le précédent frottis remontait à sa 2^{ème} grossesse il y a 5 ans, il était normal.

Question 1: Quelle est la fréquence conseillée des frottis cervicaux chez une patiente sans antécédent particulier ?

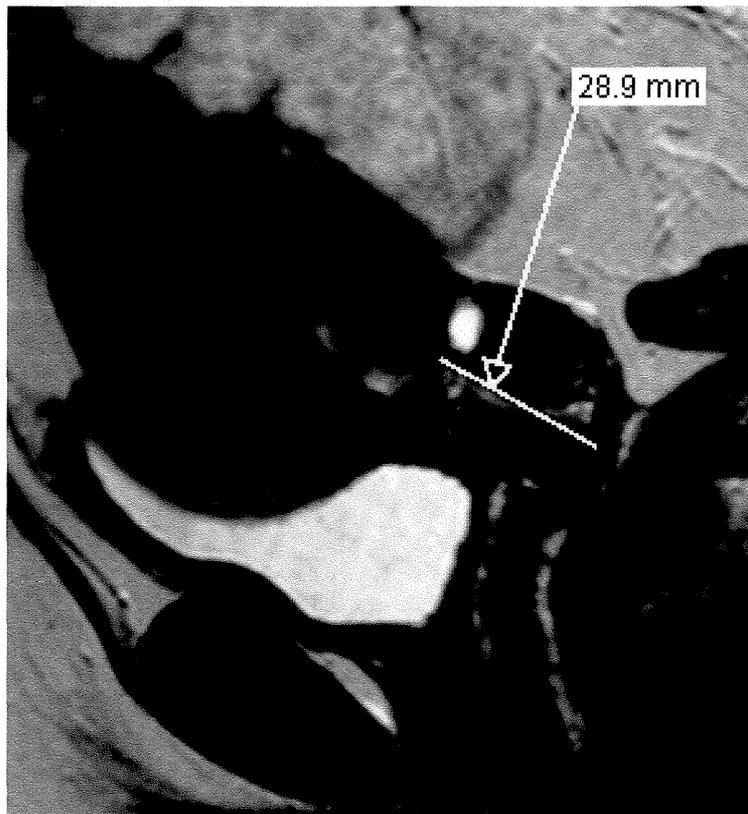
Note :

Question 2: Quels examens paracliniques sont conseillés pour explorer l'anomalie cytologique de Mme C.?

Question 3: Quels conseils hygiéno-diététiques donnez-vous à Mme C.?

Le diagnostic retenu à l'issu des examens est celui d'un carcinome épidermoïde infiltrant du col utérin, avec une profondeur d'infiltration supérieure à 4 mm et présence d'emboles lympho-vasculaires.

Vous demandez une IRM pelvienne, cette exploration est normale hormis la présence de l'anomalie ci-dessous :



Question 4 : Quel est le stade FIGO de la lésion cervicale ?

Question 5: Quelle modalité thérapeutique proposez-vous ?

Question 6: Quel est l'élément causal principal des cancers du col utérin?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SESSION 2 JUIN – JUILLET

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 4 – " Handicap - Incapacité - Dépendance"
Pr. BOISSON – Pr LUAUTE « Cas clinique n°1 » - 1h

Monsieur C., âgé de 28 ans est victime d'un accident la voie publique (véhicule léger contre véhicule léger). Lors de la prise en charge initiale par le SAMU, l'examen clinique retrouve un patient ouvrant les yeux à la stimulation douloureuse ; il existe une réaction en flexion stéréotypée de l'hémicorps gauche lors des stimulations. Le discours est incompréhensible. L'état hémodynamique est stable. Les pupilles sont asymétriques avec une mydriase droite.

Question 1 : Quelle échelle utilisez-vous pour évaluer l'état de conscience ? Quel est le score obtenu ?

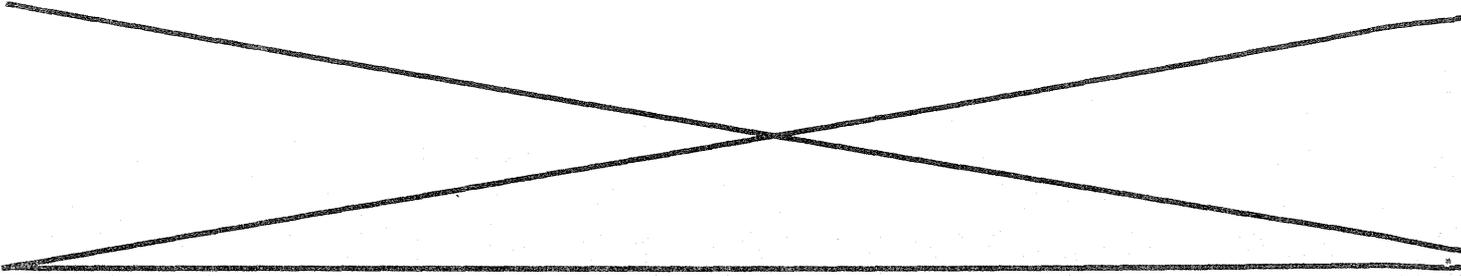
Note :

Question 2 : Pourquoi à votre avis cette échelle s'est-elle imposée sur le plan international ?

Question 3 : Comment expliquez-vous la mydriase de l'œil droit ?

Le patient se réveille après un coma ayant duré environ 1 semaine. Le bilan lésionnel met en évidence une fracture déplacée du tiers moyen du fémur gauche en plus du traumatisme crânien grave. Le patient est admis dans le service de rééducation neurologique lorsque la situation médicale est stabilisée.

Question 4 : Quels sont les objectifs de rééducation kinésithérapique en lien avec la fracture du fémur ?



Question 5 : A distance du traumatisme crânien, quelles sont à votre avis les déficiences qui vont conditionner le pronostic ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SESSION 2 JUIN – JUILLET

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 4 – " Handicap - Incapacité - Dépendance"
Pr. BOISSON – Pr LUAUTE « Cas clinique n°2»

Une patiente âgée de 30 ans est hospitalisée dans le service de rééducation pour un état de locked-in syndrom secondaire à une thrombose du tronc basilaire.

Dans les antécédents, on retrouve essentiellement un tabagisme estimé à 15 paquets année et une contraception oestroprogestative.

La patiente a été admise dans le service de rééducation neurologique un mois après le début des symptômes.

- Au cours du 1^{er} mois, on signale surtout la survenue d'un épisode de désaturation associé à une tachycardie à 120 battements/minute. L'électrocardiogramme réalisé en urgence montrait une tachycardie sinusale avec un aspect S1 Q3.

Question n° 1 : Quelle complication médicale suspectez-vous ? Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous ?

Note :

Question n° 2 : l'imagerie cérébrale confirme l'existence d'une lésion ischémique dans la partie antérieure du pont.

Quelles sont les déficiences neurologiques consécutives à cette lésion ?

Question n° 3 : Quels sont les objectifs de la rééducation en orthophonie chez cette patiente ?

Question n° 4 : Quelles sont les modalités de la rééducation en ergothérapie ?

- Après un séjour d'un an à l'hôpital, la patiente peut regagner son domicile.

Question n° 5 : détaillez les aides humaines, techniques et sociales qui vous semblent nécessaires pour organiser la meilleure autonomie possible à domicile ?

NOM et Prénoms :
 (en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 8 – Immunologie Clinique -
 Pr. Frédéric BERARD
 « Cas clinique n°3 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
 Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
 Epreuve de DCEM3 – Module 8 – Immunologie Clinique -
 Pr. Frédéric BERARD
 « Cas clinique n°3 – 1 heure »

Un homme de 56 ans, atopique, aux antécédents de dermatite atopique et d'urticaire aux fraises et aux crustacés dans la petite enfance, vous est adressé pour bilan d'« allergies » multiples aux médicaments. Depuis 10 ans il a développé des épisodes de Grade 1 (urticaire généralisée isolée) après prise de pénicillines (1992), d'aspirine (93), d'anesthésiques locaux pour extraction dentaire (94), de piroxicam (96) ainsi qu'après un scanner avec injection de produit de contraste iodé (2001). Parfois, il présente un prurit féroce sans urticaire. Souvent il a présenté des oedèmes de Quincke le matin au réveil sans raison apparente qui lui ont beaucoup fait peur. Son médecin aussi a eu très peur et lui a prescrit un trousse d'urgence avec Adrénaline et cortisone. Il ne prend plus de médicament à part du paracétamol depuis 4 ans qu'il supporte relativement bien. Etant porteur d'un rhumatisme inflammatoire chronique, son médecin souhaite reprendre les AINS et vous demande votre avis.

Note :

1- Quel est votre diagnostic pour les éruptions aux médicaments ? Hypersensibilité (HS) allergique ou HS non allergique ? En d'autres termes, le patient présente-t-il une authentique allergie (hypersensibilité immédiate due aux IgE spécifiques) aux médicaments ? Ou au contraire, le tableau clinique est plus en faveur d'une hypersensibilité non allergique par activation non spécifique des mastocytes cutanés ?

2 - Quelles explorations immuno-allergologique, clinique et biologique proposez vous pour confirmer le diagnostic étiologique des éruptions aux médicaments ?

3- Quel principal antécédent noté dans l'observation peut vous orienter vers le mécanisme des accidents aux médicaments ?

4- Décrivez la physiopathologie de l'Hypersensibilité allergique de type 1

5- Trois stratégies de réintroduction des AINS chez le patient sont possibles. Lesquelles ?

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 8 – Médecine interne -
Dr. Arnaud HOT
« Cas clinique n°1 – 1 heure »

Une patiente âgée de 63 ans vous consulte à votre cabinet car depuis 2 semaines elle se plaint de céphalées nocturnes, en casque, insomniantes qui répondent incomplètement au paracétamol pris jusqu'à la dose de 3 g/jour.

Depuis quelques jours sont apparues des douleurs des mâchoires lors de l'alimentation.

Cette patiente tabagique a arrêté de fumer depuis 1 an ; elle est sous traitement hormonal substitutif depuis 10 ans a pour antécédent une HTA modérée. Elle a eu 3 grossesses et n'a pas d'antécédent de fausse couche.

L'examen clinique est sans particularité, le poids est à 58 kg pour 1 m 72, la pression artérielle est à 135/80 mmHg.

Vous lui prescrivez un 1er bilan biologique à jeun qui montre :

hémoglobine : 13,8 g/dL ; VGM : 92 m³ ;

leucocytes : 10 100/mm³ (70,3 % de polynucléaires, 19 % de lymphocytes, 9,1 % de monocytes,

1,5 % de polynucléaires éosinophiles et 0,1 % de polynucléaires basophiles) ;

plaquettes : 308 000 ; VS : 41 mm à la 1ère heure ; CRP : 22 mg/L ;

glycémie : 1,15 g/L ; triglycérides : 1,10 g/L ; cholestérol total : 1,93 g/L ;

acide urique : 41 mg/L ; TGO : 12 UI/L ; TGP : 9 UI/L

Note :

- 1) Dans l'hypothèse d'une maladie de Horton, quelle atteinte grave recherchez-vous en priorité et sur quels signes cliniques?

2) Dans cette hypothèse de Horton, quels examens complémentaires demandez-vous ?

3) Les conclusions de l'examen anatomo-pathologique sont les suivantes :

« On retrouve une paroi artérielle altérée avec lumière sténosée, paroi épaissie et fibreuse comportant une dissociation de la musculaire muqueuse et une limitante élastique interne rompue. Par ailleurs cette paroi artérielle est le siège d'un infiltrat inflammatoire avec contingent lymphocytaire mais aussi la présence d'éléments giganto-cellulaires et épithélioïdes. En coloration spéciale, on retrouve une rupture, une effraction de la limitante élastique interne ».

Quels sont les éléments de cette biopsie caractéristiques du diagnostic de maladie de Horton ?

4) Cette patiente bénéficie d'une corticothérapie. Quels sont les risques nutritionnels associés à la prescription de corticoïdes et quels conseils nutritionnels pratiques donnez-vous pour les éviter?

5) Au 6ème jour de traitement apparaît une altération du champ visuel droit alors que la patiente est en train de faire sa toilette. Vous l'adressez immédiatement aux urgences ophtalmologiques.

L'examen clinique révèle l'existence d'une amputation d'un héli-champ visuel supérieur de l'œil droit. Quelle est la complication la plus vraisemblable et quel est l'aspect au fond d'œil évocateur de ce diagnostic ?

Quelle autre complication peut être évoquée ?

6) A la suite des complications oculaires, le traitement a été modifié (majoration des doses des corticoïdes notamment). 15 jours après ces modifications thérapeutiques apparaît un syndrome polyuropolydypsique.

Que suspectez-vous, quelle est votre conduite à tenir ?

7) Que faites vous pour prévenir l'ostéoporose sur ce terrain ? Citez enfin les principales complications de la corticothérapie sur le long terme ?

8) Quelles sont les complications de la maladie de Horton sur le long terme ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 9
Pr. FOUQUE

« Cas clinique n°1 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)

Epreuve de DCEM3 – Module 9

Pr. FOUQUE

« Cas clinique n°1 – 1 heure »

Mlle Clara S. âgée de 68 ans vous est adressée en consultation pour hypertension artérielle et insuffisance rénale. Elle n'a pas d'antécédents familiaux néphrologiques particuliers. Elle présente une hypertension artérielle ancienne et mal équilibrée pour laquelle un bilan d'hypertension artérielle secondaire en 2003 était négatif (doppler des artères rénales et « bilan des surrénales ») d'après la patiente. Elle est suivie pour une hypercholestérolémie et une atteinte polyvasculaire avec une ectasie de l'aorte connue. Elle n'a pas de coronaropathie. Elle présente un tabagisme à 30 paquets-année, et a comme traitement quotidien aténolol (Tenormine®) 50 mg, spironolactone (Aldactone®) 50 mg, amlodipine (Amlor®) 10 mg, irbesartan (Aprovel®) 75 mg par jour ; potassium (Diffu-K®) 6 comprimés/j, atorvastatine (Tahor®) 10 mg, clopidogrel (Ticlid®). Il existe une hypertension artérielle difficile à équilibrer et une kaliémie à 3,6 mmol.l. La créatinine est mesurée à 150 µmol/l (88 µmol/l il y a 4 ans).

Note :

Le poids est de 63 kg pour 1 m 65. La pression artérielle est mesurée à 195/90 mmHg avec un pouls à 50. L'examen ne montre pas d'œdème des membres inférieurs. Les pouls périphériques ne sont pas perçus. On perçoit un souffle abdominal à droite pouvant correspondre à une sténose de l'artère rénale. Les bruits du cœur sont réguliers sans souffle. Il n'y a pas de souffle carotidien.

1/ Quels arguments sont en faveur d'une HTA secondaire ? d'une sténose de l'artère rénale ?

2/ La kaliémie est-elle en faveur d'une étiologie secondaire ?

3/ Quels examens complémentaires permettent le diagnostic de sténose de l'artère rénale ?

Quel est l'examen le plus adapté chez ce patient ?

4/ Une angio-IRM a été réalisée dont voici le compte rendu :

« L'examen montre une aorte abdominale discrètement ectasique, avec des parois très athéromateuses. Il n'y a pas d'anomalie des troncs digestifs ou des artères iliaques. A droite, le rein est de taille normale, avec une artère sans sténose évidente. En revanche, à gauche, il existe une sténose serrée du tronc de l'artère rénale gauche, le rein gardant une taille symétrique par rapport au côté droit. Conclusion : Angio-IRM en faveur d'une sténose serrée du tronc de l'artère rénale gauche. »

Une angioplastie est-elle justifiée ? Quels sont les résultats attendus de cette intervention ? Quelles en sont les 3 principales complications ?

5/ Le traitement antihypertenseur est-il correct?

6/ Le patient présente t-il une insuffisance rénale ? Si oui quel est son stade et vous paraît-elle évolutive ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 9
Pr. GUEYFFIER
« Cas clinique n°2 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 9
Pr. GUEYFFIER
« Cas clinique n°2 – 1 heure »

Une femme de 49 ans est hospitalisée pour une amaurose de l'œil gauche, installée brusquement, régressant totalement en 3 heures. Sa mère est décédée à 50 ans d'un accident vasculaire cérébral dans un contexte de diabète négligé. Elle a été opérée de l'appendicite à l'âge de 12 ans comme seul antécédent. En particulier, elle n'a aucun antécédent cardiaque connu, elle est totalement asymptomatique avant l'accident qui motive l'hospitalisation. L'examen clinique ne montre aucune anomalie, la pression artérielle est à 132/84 mmHg, le poids est de 56 Kg pour 165 cm. Le bilan d'imagerie comporte un scanner cérébral (normal), un électrocardiogramme (arythmie complète permanente par fibrillation auriculaire, isolée), une échographie Doppler des troncs supra aortiques (normal), une échographie cardiaque trans-thoracique et trans-oesophagienne (normale hormis une oreillette gauche dilatée). Le bilan des anomalies lipidiques est négatif. Le reste du bilan biologique montre une créatininémie à 145 µmol/L, une glycémie à 7,8 mmol/L.

Note :

1. Quel diagnostic neurologique est à évoquer en priorité ?

2. Pourquoi le scanner cérébral est-il normal ? Est-ce en faveur du diagnostic d'origine hystérique des symptômes ?

3. Indiquer les principaux éléments qui auraient pu suggérer, avant l'accident récent, un niveau de risque cardiovasculaire non usuel pour une femme de cet âge.

4. Quels sont les deux principaux éléments qui manquent à la description du cas et qui indiqueraient un niveau de risque encore plus élevé.

5. Indiquer en quoi l'arythmie complète est plus un facteur de risque qu'une maladie dans la situation décrite.

6. Quelles sont les mesures thérapeutiques à envisager ? Indiquer pour chaque mesure la classe thérapeutique, un élément de cette classe et une posologie de départ.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 9
Pr. CHEVALIER
« Cas clinique n°3 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 9
Pr. CHEVALIER
« Cas clinique n°3 – 1 heure »

Un homme de 45 ans présente une hypertension artérielle diagnostiquée il y a 2 mois. Il n'a pas d'antécédents familiaux cardio-vasculaires. Il ressent des palpitations durant environ 15 minutes, 2 à 3 fois par semaine, principalement après le repas du soir, avec sensation de malaise. La kaliémie est à 3,1 mmol/litre.

Question 1 :

Quelle est la cause la plus probable des palpitations ? Par quoi compléter l'interrogatoire et quels examens prescrire pour établir le diagnostic étiologique de cette sémiologie ?

Note :

Question 2 :

Quelles sont les situations où il faut rechercher une HTA secondaire ?

Question 3 :

Quelles sont les causes d'HTA secondaire que vous évoquez chez ce patient ?

Question 4 :

Comment recherchez-vous un hyper-aldostéronisme ?

Question 5 :

Le bilan biologique montre une élévation du rapport aldostérone sur rénine.
Quel examen d'imagerie réalisez-vous, et que peut-il révéler ?

Question 6 :

Quelle est votre prise en charge en fonction du résultat de cet examen ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 15B – Neurologie -
Pr. HONNORAT
« Cas clinique n°1 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 15B – Neurologie -
Pr. HONNORAT
« Cas clinique n°1 – 1 heure »

CAS CLINIQUE 1

Madame A..., âgée de 32 ans, présente des troubles de la marche évoluant depuis 3 semaines. Cette patiente, serveuse dans une brasserie, a comme antécédents des lombalgies anciennes sans irradiation douloureuse aux membres inférieurs, majorées en fin de journée et soulagées par la prise de paracétamol. Elle vous rapporte un épisode de paralysie faciale périphérique droite associée à une diplopie binoculaire maximale dans le regard à droite ayant duré 2 semaines il y a 5 ans. Tout était rentré dans l'ordre spontanément. Un nouvel épisode de diplopie ayant duré 8 jours est survenu 2 ans après. Elle est également sous traitement par anti-vitamine K depuis 2 mois suite à une phlébite du membre inférieur gauche survenue dans les suites d'une chirurgie du genou (rupture traumatique des ligaments croisés lors d'une chute à ski). Elle décrit l'installation progressive sur quelques jours d'une sensation de jambe droite « traînante » alors que la gauche lui apparaît comme « insensibilisée ». A gauche, elle ne ressent plus de douleurs au niveau de ses cicatrices opératoires et elle a du mal à percevoir la chaleur lorsqu'elle prend sa douche.

A l'examen neurologique, vous retrouvez :

Des réflexes ostéo-tendineux vifs dans l'ensemble mais davantage au membre inférieur droit où ils sont diffusants et associés à un signe de Babinski.

Une force normale.

Une hypoesthésie thermo-algique du membre inférieur gauche et de la région sus-pubienne gauche remontant jusqu'à l'ombilic. La pallesthésie est diminuée au membre inférieur droit. L'arthrokinesthésie est normale.

A la marche, vous notez un fauchage du membre inférieur droit.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Le reste de l'examen général est sans anomalie.

1) Faites l'analyse sémiologique du tableau clinique. Situez l'atteinte neurologique.

Note :

2) Devant ce tableau, un diagnostic étiologique doit être éliminé en urgence. Quel est ce diagnostic ? Parmi ses causes possibles, laquelle doit être spécialement évoquée chez cette patiente à la vue de son traitement actuel ?

3) Quel examen complémentaire réalisez-vous donc en urgence ? Qu'en attendez-vous ?

4) Dans le cas où une ponction lombaire à visée diagnostique serait nécessaire chez cette patiente, quelle précaution devriez-vous prendre ? Quelles sont les raisons qui vous pousseraient, chez cette femme, à effectuer cette ponction lombaire ?

5) Si le premier examen complémentaire était normal, de même que la ponction lombaire, quel nouvel examen proposeriez vous ?

CAS CLINIQUE 2

Vous recevez au service des urgences Madame Y... âgée de 27 ans qui présente une crise comitiale généralisée tonico-clonique qui dure depuis 15 minutes selon les pompiers. D'après l'entourage, la patiente a présenté 3 crises identiques au cours des deux heures précédentes. Aucun traitement n'a été administré jusqu'à maintenant.

Vous apprenez que Mme Y... est traitée par Gardéнал® (phénobarbital : 100 mg/j) depuis l'âge de 17 ans pour des crises d'épilepsies de type grand mal.

L'état critique empêche la réalisation d'un examen clinique notamment neurologique.

1) Quelle(s) mesure(s) symptomatique(s) d'urgence, non médicamenteuse(s), prenez-vous ?

2) Décrivez votre stratégie thérapeutique médicamenteuse.

48 heures plus tard, Mme Y... est consciente et l'examen neurologique est strictement normal. L'interrogatoire de la patiente et de son entourage vous confirme les antécédents d'épilepsie de type grand mal depuis la fin de l'adolescence. Entre l'âge de 8 et 14 ans elle a présenté des absences de type petit mal. Un cousin maternel, ainsi qu'un de ses frères, ont également des histoires comitiales similaires. L'interrogatoire ne retrouve pas d'antécédents néonataux, ni d'antécédents personnels et familiaux particuliers.

Depuis 6 mois environ, la patiente a constaté une augmentation de la fréquence de ses crises jusque là très rare sous phénobarbital. Elle présente environ 1 crise par mois, survenant à chaque fois lors de périodes de surmenage ou de manque de sommeil. Jugeant son traitement par phénobarbital inefficace et responsable d'une somnolence, elle l'avait interrompu depuis 15 jours. Elle souhaite par ailleurs débuter une contraception par oestroprogestatifs. L'EEG intercritique est semblable à ceux enregistrés dans le passé (épileptique) de la patiente. Il objective quelques bouffées spontanées de paroxysmes bilatéraux synchrones favorisés par la stimulation lumineuse intermittente.

3) Faut-il faire pratiquer des examens radiologiques à cette patiente à la recherche d'une épilepsie lésionnelle ? Justifiez.

4) Comment le désir d'une contraception par oestro-progestatif peut-il influencer le choix du traitement ?

5) Quand évoquerez-vous avec la patiente le retentissement éventuel de sa maladie et de son traitement sur une grossesse (actuellement non envisagée)? Quels informations et conseils lui donnerez-vous alors?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 15B – Ophtalmologie -
Pr. BURILLON
« Cas clinique n°2 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)
Epreuve de DCEM3 – Module 15B – Ophtalmologie -
Pr. BURILLON
« Cas clinique n°2 – 1 heure »

Cas clinique :

(répondre sur 2 feuilles recto/verso maximum)

Une femme de 34 ans vous est adressée pour une baisse majeure et unilatérale de l'acuité visuelle de l'œil droit. Elle présente des douleurs survenant aux mouvements des yeux, et signale une diplopie disparaissant à l'occlusion de l'œil droit. L'examen à la lampe à fente, la tonométrie et le fond d'œil sont normaux pour les 2 yeux. Au repos, l'œil droit est dévié en dedans avec une mobilité diminuée dans le regard à droite. La patiente signale par ailleurs des troubles de la sensibilité au membre inférieur gauche.

Note :

Questions

- 1-Quel est votre diagnostic ophtalmologique ?
- 2-Que rechercherez-vous au test du champ visuel de Goldmann ?
- 3-Que rechercherez-vous au test de la vision des couleurs ?
- 4-Quel peut être l'aspect de la papille droite à distance de l'épisode aigu ?
- 5-Quel examen complémentaire demandez-vous pour confirmer la diplopie ? Comment expliquez-vous la diplopie ? Que retrouve l'examen que vous avez prescrit ?
- 6-Quelle pathologie générale pouvez-vous suspecter ?
- 7-Quels symptômes peuvent être retrouvés dans cette maladie ?
- 8-Quels examens complémentaires demandez-vous ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de DCEM3 – Module 13 – Pathologie digestive -

Pr. CHAYVIALLE

« Cas clinique n°1 – Juin 2010 – 2^{ème} session »

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON EST (promotion Grange-Blanche)

Epreuve de DCEM3 – Module 13 – Pathologie digestive -

Pr. CHAYVIALLE

« Cas clinique n°1 – 1 heure »

Ce jeune homme de 22 ans sans antécédent a pris un congé sans solde de 6 mois pour aller en Afrique (Nigeria) sur une mission humanitaire. Pendant cette période il a eu plusieurs épisodes de diarrhée, traités par des antiseptiques intestinaux avec chaque fois un résultat correct. Peu avant son retour, il fait un nouvel épisode de gastroentérite, cette fois sans résultat de l'antiseptique intestinal.

Il vous consulte trois jours après son arrivée en France : dix selles par jour dont trois la nuit, avec des glaires et parfois du sang rouge, accompagnées de douleurs du flanc gauche avant chaque exonération. Le patient signale une anorexie et des sueurs nocturnes.

1- Quelles analyses biologiques demandez-vous ?

Note :

2 - Est-il nécessaire à ce stade de pratiquer une endoscopie recto-sigmoïdienne ? Justifiez.

3- Faut-il recourir à l'imagerie (à choisir parmi échographie, scanner, IRM, PETscan). Quel que soit le choix, expliquez pourquoi.

4- La CRP est 80 mg/l (N<5), la numération formule sanguine montre : hémoglobine 10,2 g/dl, globules blancs 9500/mm³, polynucléaires neutrophiles 82 %. Quelle est votre interprétation ?

5- Cet épisode est résolutif sous antibiotiques au sens où le nombre de selles diminue à deux ou trois par jour, mais, revu à titre systématique deux mois plus tard, le patient dit qu'il a des selles mal formées avec parfois des glaires teintées de sang rouge. Quelles sont les hypothèses pour expliquer ces signes cliniques ?

6- A ce stade, les biopsies pratiquées au niveau du bas sigmoïde montrent un infiltrat lympho-plasmocytaire et des abcès cryptiques. Faut-il vérifier l'ensemble du côlon et le grêle ? quelle que soit la réponse, justifiez.

7- Dans le bilan biologique, vous notez que les gamma-GT et les phosphatases alcalines sont élevées à 3N. Quelle(s) hypothèse(s) envisagez-vous, et quels examens d'imagerie prévoyez-vous ? Justifiez