



Sujets d'examens de médecine

DFGSM 3

Annales de l'Université Lyon 1

Faculté de médecine Lyon Est

**Année universitaire
2015-2016**

**Université Lyon 1
Faculté de médecine
Lyon est**

DFGSM 3

Session 1

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:14

2015-2016_DFGSM 3_UE 1_session1 SHS - Biomédecine Quantitative - Questions individuelles

6 questions

1. Identification de biomarqueurs

- La puissance augmente lorsque la valeur du FDR diminue
- La puissance augmente lorsque la taille de l'échantillon augmente
- La puissance augmente lorsque les amplitudes d'effet sous les hypothèses alternatives diminuent
- La puissance peut être représentée par la proportion de biomarqueurs détectés
- La puissance peut être représentée par la probabilité de n'avoir aucun faux négatif

2. Concernant le choix du seuil pour un biomarqueur diagnostique quantitatif qui est en moyenne plus élevé chez les malades que chez les non malades

- Plus la valeur seuil est élevée plus la sensibilité du biomarqueur est élevée.
- Le seuil qui maximise le nombre de sujets bien classés donne le même poids aux faux positifs et aux faux négatifs.
- Le seuil qui maximise le nombre de sujets bien classés est d'autant plus bas que la prévalence de la maladie est élevée.
- Plus la valeur seuil est élevée plus la spécificité du biomarqueur est élevée.
- Le seuil qui maximise le nombre de sujets bien classés ne dépend pas de la prévalence de la maladie dans la population testée.

3. Le biais d'optimisme

- Découle de la sélection de variables
- Découle d'un mécanisme de régression vers la moyenne
- Est d'autant plus important que l'étude d'identification est petite
- Est d'autant plus important que l'étude de validation est petite
- Peut-être corrigé en utilisant des méthodes pénalisés

4. Concernant les biomarqueurs

- Leur définition reste à établir
- Les biomarqueurs pronostiques permettent d'orienter le traitement
- Les schémas stratifiés sont adaptés à la recherche de biomarqueurs prédictifs
- Les schémas d'enrichissement permettent de tester une interaction entre prise en charge et biomarqueur
- Ils permettent d'évaluer le risque propre des individus

5. Le contrôle du Family Wise Error Rate (FWR)

- Est un mode de contrôle du risque de première espèce
- Est la méthode généralement utilisée pour l'analyse des études d'association sur génome entier (GWAS)
- Est la méthode généralement utilisée pour l'analyse du transcriptome
- A valeur identique, le contrôle du FWER conduit généralement à retenir davantage de variable que le contrôle du FDR
- La correction de Bonferroni est une approximation de la correction de Sidak

6. Les études d'identification

- Le calcul du nombre de sujets nécessaires doit être effectué avant la réalisation de l'étude
- Le data splitting est la méthode de validation interne de référence
- La validation croisée est préférable au data splitting
- Devraient théoriquement être de taille supérieure aux études de validation
- Devraient théoriquement être de taille inférieure aux études de validation

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:20

2015-2016_DFGSM 3_UE 1_session1 SHS - Cas clinique LCA n°1

6 questions

1.

Café, caféine, et risque de diabète de type 2

Une consommation forte et régulière de café a été associée à une meilleure tolérance au glucose et à un risque substantiellement moindre de diabète de type 2 sur diverses populations en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Cependant, on ne sait toujours pas quels sont les composants du café responsables de son effet apparemment bénéfique sur le métabolisme du glucose. Chez les rats, la prise de certains composants du café ont amélioré le métabolisme du glucose. Des études à court terme sur le métabolisme humain ont montré que la caféine peut baisser la sensibilité à l'insuline. Cependant, les effets à long terme de la prise de caféine sur le métabolisme du glucose sont inconnus.

Il existe peu de données relatives au café décaféiné et aux autres méthodes de préparation du café en rapport avec le diabète de type 2. De plus, dans de précédentes études, la consommation de cinq tasses par jour ou plus a été systématiquement associée à un risque moindre de diabète de type 2, mais les résultats obtenus avec des niveaux de consommation plus faibles ont été partagés. Nous avons donc étudié la consommation de différents types de café et la prise de caféine en rapport avec le risque de diabète de type 2 dans une vaste cohorte de femmes américaines jeunes et d'âge moyen.

Conception de l'étude et méthodes

Nous avons utilisé les données de la *Nurses' Health Study II*, cohorte de 116 671 infirmières américaines constituée en 1989. Les informations ont été collectées avec des questionnaires bisannuels envoyés par courrier (taux de réponse d'environ 90%). Les participantes étaient âgées de 26 à 46 ans au début du suivi. Pour la présente analyse ont été exclues les femmes présentant un antécédent diabétique, cancéreux ou cardiovasculaire lors de l'évaluation initiale. Il restait un total de 88 259 femmes pour la présente analyse.

Évaluation de la consommation de café

Les questionnaires alimentaires ont été envoyés aux participantes en 1991, 1995 et 1999. On leur demandait à quelle fréquence en moyenne elles avaient consommé, au cours de l'année précédente, du café caféiné et décaféiné (« une tasse »), du thé (« une tasse ou un verre »), différents types de boissons non alcoolisées caféinées (« un verre, une bouteille ou canette »), et des produits chocolatés (par ex. « une barre ou un sachet »). Les participantes avaient le choix entre neuf réponses (jamais ou moins d'un par mois, un à trois par mois, un par semaine, deux à quatre par semaine, cinq à six par semaine, un par jour, deux à trois par jour, quatre à cinq par jour, et six ou plus par jour). Nous avons évalué la prise totale de caféine en additionnant la teneur en caféine des aliments et boissons consommés.

Évaluation du diabète de type 2

Les femmes qui ont signalé un diagnostic de diabète sur l'un des questionnaires bisannuels de suivi ont reçu un questionnaire supplémentaire destiné à confirmer le diagnostic : en accord avec les critères du *National Diabetes Data Group*, la confirmation du diabète nécessitait au moins l'un des facteurs suivants :

1) une concentration de glucose élevée (glucose plasmatique à jeun ? 7,8 mmol/l [140 mg/dl], glucose plasmatique aléatoire ? 11,1 mmol/dl [200 mg/dl], et/ou glucose plasmatique ? 2h après une charge *orale* en glucose ? 11,1 mmol/l) plus au moins un des symptômes classiques (soit excessive, polyurie, perte de poids, sensation de faim),

2) aucun symptôme mais des concentrations élevées de glucose plasmatique comme décrit ci-dessus à au moins deux occasions différentes,

ou 3) un traitement par insuline ou par médicaments hypoglycémisants oraux.

Résultats

Durant un suivi de 866 118 personne-années, nous avons documenté 1 263 cas de diabète de type 2. L'association entre la consommation de café, de caféine et de thé et la survenue de diabète est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Risque relatif de diabète de type 2 en fonction de la consommation de thé et de café et de la prise de caféine

	Catégories de prise					p pour la tendance
	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses par jour	4 tasses ou plus par jour	
Total café						
<i>n</i> (cas)	479	280	199	227	78	
Personne-années	235 047	155 431	140 041	253 351	82 248	
RR multivarié*	1	0.93 (0.80–1.09)	0.87 (0.73–1.03)	0.58 (0.49–0.68)	0.53 (0.41–0.68)	<0.001
Caféine	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	
<i>n</i> (cas)	281	308	291	218	165	
Personne-années	173 758	173 430	172 858	171 867	173 206	
RR multivarié*	1	0.88 (0.75–1.04)	0.89 (0.75–1.05)	0.74 (0.62–0.89)	0.55 (0.45–0.67)	<0.0001
Thé	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses Par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	271	586	222	142	42	
Personne-années	213 433	415 827	123 772	89 878	23 209	
RR multivarié*	1	0.97 (0.83–1.12)	1.17 (0.97–1.40)	0.98 (0.79–1.20)	0.88 (0.64–1.23)	0.81

*Ajusté pour l'âge (catégorie de 5 ans), statut tabacologique (jamais, par le passé, actuellement), IMC (3 catégories), activité physique, consommation d'alcool (0 ; 0,1-4,9 ; 5,0-9,9 ; ou ? 10 g/jour), traitement par thérapie hormonale substitutive (une fois ou jamais), utilisation de contraceptifs oraux (jamais, passée, actuellement), antécédents familiaux de diabète de type 2 (oui/non), antécédents d'hypertension (oui/non), antécédents d'hypercholestérolémie (oui/non), consommation de boissons non alcoolisées sucrées (4 catégories) et quintiles de consommation de viande, le ratio de prise de graisses polyinsaturées et saturées, apport énergétique total, index glycémique, et prise de fibres de céréales. Le modèle multivarié pour le thé incluait la consommation de café.

Parmi les affirmations suivantes concernant le type d'étude, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- Il s'agit d'une étude de cohorte.
- Il s'agit d'une étude observationnelle analytique.
- Le recueil et le suivi ont été menés de manière rétrospective.
- Ce type d'étude a un niveau de preuve supérieur à celui d'une étude cas témoins.
- Ce type d'étude n'est pas adapté pour répondre à la question posée.

2

Café, caféine, et risque de diabète de type 2

Une consommation forte et régulière de café a été associée à une meilleure tolérance au glucose et à un risque substantiellement moindre de diabète de type 2 sur diverses populations en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Cependant, on ne sait toujours pas quels sont les composants du café responsables de son effet apparemment bénéfique sur le métabolisme du glucose. Chez les rats, la prise de certains composants du café ont amélioré le métabolisme du glucose. Des études à court terme sur le métabolisme humain ont montré que la caféine peut baisser la sensibilité à l'insuline. Cependant, les effets à long terme de la prise de caféine sur le métabolisme du glucose sont inconnus.

Il existe peu de données relatives au café décaféiné et aux autres méthodes de préparation du café en rapport avec le diabète de type 2. De plus, dans de précédentes études, la consommation de cinq tasses par jour ou plus a été systématiquement associée à un risque moindre de diabète de type 2, mais les résultats obtenus avec des niveaux de consommation plus faibles ont été partagés. Nous avons donc étudié la consommation de différents types de café et la prise de caféine en rapport avec le risque de diabète de type 2 dans une vaste cohorte de femmes américaines jeunes et d'âge moyen.

Conception de l'étude et méthodes

Nous avons utilisé les données de la *Nurses' Health Study II*, cohorte de 116 671 infirmières américaines constituée en 1989. Les informations ont été collectées avec des questionnaires bisannuels envoyés par courrier (taux de réponse d'environ 90%). Les participantes étaient âgées de 26 à 46 ans au début du suivi. Pour la présente analyse ont été exclues les femmes présentant un antécédent diabétique, cancéreux ou cardiovasculaire lors de l'évaluation initiale. Il restait un total de 88 259 femmes pour la présente analyse.

Évaluation de la consommation de café

Les questionnaires alimentaires ont été envoyés aux participantes en 1991, 1995 et 1999. On leur demandait à quelle fréquence en moyenne elles avaient consommé, au cours de l'année précédente, du café caféiné et décaféiné (« une tasse »), du thé (« une tasse ou un verre »), différents types de boissons non alcoolisées caféinées (« un verre, une bouteille ou canette »), et des produits chocolatés (par ex. « une barre ou un sachet »). Les participantes avaient le choix entre neuf réponses (jamais ou moins d'un par mois, un à trois par mois, un par semaine, deux à quatre par semaine, cinq à six par semaine, un par jour, deux à trois par jour, quatre à cinq par jour, et six ou plus par jour). Nous avons évalué la prise totale de caféine en additionnant la teneur en caféine des aliments et boissons consommés.

Évaluation du diabète de type 2

Les femmes qui ont signalé un diagnostic de diabète sur l'un des questionnaires bisannuels de suivi ont reçu un questionnaire supplémentaire destiné à confirmer le diagnostic : en accord avec les critères du *National Diabetes Data Group*, la confirmation du diabète nécessitait au moins l'un des facteurs suivants :

1) une concentration de glucose élevée (glucose plasmatique à jeun ? 7,8 mmol/l [140 mg/dl], glucose plasmatique aléatoire ? 11,1 mmol/dl [200 mg/dl], et/ou glucose plasmatique ? 2h après une charge *orale* en glucose ? 11,1 mmol/l) plus au moins un des symptômes classiques (soif excessive, polyurie, perte de poids, sensation de faim),

2) aucun symptôme mais des concentrations élevées de glucose plasmatique comme décrit ci-dessus à au moins deux occasions différentes,

ou 3) un traitement par insuline ou par médicaments hypoglycémifiants oraux.

Résultats

Durant un suivi de 866 118 personne-années, nous avons documenté 1 263 cas de diabète de type 2. L'association entre la consommation de café, de caféine et de thé et la survenue de diabète est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Risque relatif de diabète de type 2 en fonction de la consommation de thé et de café et de la prise de caféine

	Catégories de prise					<i>p</i> pour la tendance
Total café	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	479	280	199	227	78	
Personne-années	235 047	155 431	140 041	253 351	82 248	
RR multivarié*	1	0.93 (0.80–1.09)	0.87 (0.73–1.03)	0.58 (0.49–0.68)	0.53 (0.41–0.68)	<0.001
Caféine	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	
<i>n</i> (cas)	281	308	291	218	165	
Personne-années	173 758	173 430	172 858	171 867	173 206	
RR multivarié*	1	0.88 (0.75–1.04)	0.89 (0.75–1.05)	0.74 (0.62–0.89)	0.55 (0.45–0.67)	<0.0001
Thé	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses Par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	271	586	222	142	42	
Personne-années	213 433	415 827	123 772	89 878	23 209	
RR multivarié*	1	0.97 (0.83–1.12)	1.17 (0.97–1.40)	0.98 (0.79–1.20)	0.88 (0.64–1.23)	0.81

*Ajusté pour l'âge (catégorie de 5 ans), statut tabacologique (jamais, par le passé, actuellement), IMC (3 catégories), activité physique, consommation d'alcool (0 ; 0,1-4,9 ; 5,0-9,9 ; ou ? 10 g/jour), traitement par thérapie hormonale substitutive (une fois ou jamais), utilisation de contraceptifs oraux (jamais, passée, actuellement), antécédents familiaux de diabète de type 2 (oui/non), antécédents d'hypertension (oui/non), antécédents d'hypercholestérolémie (oui/non), consommation de boissons non alcoolisées sucrées (4 catégories) et quintiles de consommation de viande, le ratio de prise de graisses polyinsaturées et saturées, apport énergétique total, index glycémique, et prise de fibres de céréales. Le modèle multivarié pour le thé incluait la consommation de café.

Parmi les affirmations suivantes concernant le recueil de la consommation de café, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- Cette mesure était déclarative.
- La mesure quantitative de la prise de caféine était importante pour la mise en évidence d'une relation dose-effet.
- La mesure de la consommation de café n'était pas standardisée.
- Le recueil de la consommation de café était soumis à un biais de mémoire différentiel.
- Le recueil de la consommation de café différait selon s'il s'agissait d'un cas ou d'un témoin.

3

Café, caféine, et risque de diabète de type 2

Une consommation forte et régulière de café a été associée à une meilleure tolérance au glucose et à un risque substantiellement moindre de diabète de type 2 sur diverses populations en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Cependant, on ne sait toujours pas quels sont les composants du café responsables de son effet apparemment bénéfique sur le métabolisme du glucose. Chez les rats, la prise de certains composants du café ont amélioré le métabolisme du glucose. Des études à court terme sur le métabolisme humain ont montré que la caféine peut baisser la sensibilité à l'insuline. Cependant, les effets à long terme de la prise de caféine sur le métabolisme du glucose sont inconnus.

Il existe peu de données relatives au café décaféiné et aux autres méthodes de préparation du café en rapport avec le diabète de type 2. De plus, dans de précédentes études, la consommation de cinq tasses par jour ou plus a été systématiquement associée à un risque moindre de diabète de type 2, mais les résultats obtenus avec des niveaux de consommation plus faibles ont été partagés. Nous avons donc étudié la consommation de différents types de café et la prise de caféine en rapport avec le risque de diabète de type 2 dans une vaste cohorte de femmes américaines jeunes et d'âge moyen.

Conception de l'étude et méthodes

Nous avons utilisé les données de la *Nurses' Health Study II*, cohorte de 116 671 infirmières américaines constituée en 1989. Les informations ont été collectées avec des questionnaires bisannuels envoyés par courrier (taux de réponse d'environ 90%). Les participantes étaient âgées de 26 à 46 ans au début du suivi. Pour la présente analyse ont été exclues les femmes présentant un antécédent diabétique, cancéreux ou cardiovasculaire lors de l'évaluation initiale. Il restait un total de 88 259 femmes pour la présente analyse.

Évaluation de la consommation de café

Les questionnaires alimentaires ont été envoyés aux participantes en 1991, 1995 et 1999. On leur demandait à quelle fréquence en moyenne elles avaient consommé, au cours de l'année précédente, du café caféiné et décaféiné (« une tasse »), du thé (« une tasse ou un verre »), différents types de boissons non alcoolisées caféinées (« un verre, une bouteille ou canette »), et des produits chocolatés (par ex. « une barre ou un sachet »). Les participantes avaient le choix entre neuf réponses (jamais ou moins d'un par mois, un à trois par mois, un par semaine, deux à quatre par semaine, cinq à six par semaine, un par jour, deux à trois par jour, quatre à cinq par jour, et six ou plus par jour). Nous avons évalué la prise totale de caféine en additionnant la teneur en caféine des aliments et boissons consommés.

Évaluation du diabète de type 2

Les femmes qui ont signalé un diagnostic de diabète sur l'un des questionnaires bisannuels de suivi ont reçu un questionnaire supplémentaire destiné à confirmer le diagnostic : en accord avec les critères du *National Diabetes Data Group*, la confirmation du diabète nécessitait au moins l'un des facteurs suivants :

1) une concentration de glucose élevée (glucose plasmatique à jeun $\geq 7,8$ mmol/l [140 mg/dl], glucose plasmatique aléatoire $\geq 11,1$ mmol/dl [200 mg/dl], et/ou glucose plasmatique ≥ 2 h après une charge *orale* en glucose $\geq 11,1$ mmol/l) plus au moins un des symptômes classiques (soif excessive, polyurie, perte de poids, sensation de faim),

2) aucun symptôme mais des concentrations élevées de glucose plasmatique comme décrit ci-dessus à au moins deux occasions différentes,

ou 3) un traitement par insuline ou par médicaments hypoglycémifiants oraux.

Résultats

Durant un suivi de 866 118 personne-années, nous avons documenté 1 263 cas de diabète de type 2. L'association entre la consommation de café, de caféine et de thé et la survenue de diabète est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Risque relatif de diabète de type 2 en fonction de la consommation de thé et de café et de la prise de caféine

	Catégories de prise					<i>p</i> pour la tendance
Total café	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	479	280	199	227	78	
Personne-années	235 047	155 431	140 041	253 351	82 248	
RR multivarié*	1	0.93 (0.80–1.09)	0.87 (0.73–1.03)	0.58 (0.49–0.68)	0.53 (0.41–0.68)	<0.001
Caféine	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	
<i>n</i> (cas)	281	308	291	218	165	
Personne-années	173 758	173 430	172 858	171 867	173 206	
RR multivarié*	1	0.88 (0.75–1.04)	0.89 (0.75–1.05)	0.74 (0.62–0.89)	0.55 (0.45–0.67)	<0.0001
Thé	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses Par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	271	586	222	142	42	
Personne-années	213 433	415 827	123 772	89 878	23 209	
RR multivarié*	1	0.97 (0.83–1.12)	1.17 (0.97–1.40)	0.98 (0.79–1.20)	0.88 (0.64–1.23)	0.81

*Ajusté pour l'âge (catégorie de 5 ans), statut tabacologique (jamais, par le passé, actuellement), IMC (3 catégories), activité physique, consommation d'alcool (0 ; 0,1-4,9 ; 5,0-9,9 ; ou ? 10 g/jour), traitement par thérapie hormonale substitutive (une fois ou jamais), utilisation de contraceptifs oraux (jamais, passée, actuellement), antécédents familiaux de diabète de type 2 (oui/non), antécédents d'hypertension (oui/non), antécédents d'hypercholestérolémie (oui/non), consommation de boissons non alcoolisées sucrées (4 catégories) et quintiles de consommation de viande, le ratio de prise de graisses polyinsaturées et saturées, apport énergétique total, index glycémique, et prise de fibres de céréales. Le modèle multivarié pour le thé incluait la consommation de café.

Parmi les affirmations suivantes concernant la méthodologie, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- Le critère de jugement principal était le diagnostic de diabète de type 2.
- Le facteur de risque étudié était la consommation de café.
- Le critère de jugement principal était défini de manière claire et objective.
- Le risque de biais de mémoire est surtout à redouter dans ce type d'étude.
- Les patients étaient inclus indépendamment de leur exposition au facteur de risque.

4.

Café, caféine, et risque de diabète de type 2

Une consommation forte et régulière de café a été associée à une meilleure tolérance au glucose et à un risque substantiellement moindre de diabète de type 2 sur diverses populations en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Cependant, on ne sait toujours pas quels sont les composants du café responsables de son effet apparemment bénéfique sur le métabolisme du glucose. Chez les rats, la prise de certains composants du café ont amélioré le métabolisme du glucose. Des études à court terme sur le métabolisme humain ont montré que la caféine peut baisser la sensibilité à l'insuline. Cependant, les effets à long terme de la prise de caféine sur le métabolisme du glucose sont inconnus.

Il existe peu de données relatives au café décaféiné et aux autres méthodes de préparation du café en rapport avec le diabète de type 2. De plus, dans de précédentes études, la consommation de cinq tasses par jour ou plus a été systématiquement associée à un risque moindre de diabète de type 2, mais les résultats obtenus avec des niveaux de consommation plus faibles ont été partagés. Nous avons donc étudié la consommation de différents types de café et la prise de caféine en rapport avec le risque de diabète de type 2 dans une vaste cohorte de femmes américaines jeunes et d'âge moyen.

Conception de l'étude et méthodes

Nous avons utilisé les données de la *Nurses' Health Study II*, cohorte de 116 671 infirmières américaines constituée en 1989. Les informations ont été collectées avec des questionnaires bisannuels envoyés par courrier (taux de réponse d'environ 90%). Les participantes étaient âgées de 26 à 46 ans au début du suivi. Pour la présente analyse ont été exclues les femmes présentant un antécédent diabétique, cancéreux ou cardiovasculaire lors de l'évaluation initiale. Il restait un total de 88 259 femmes pour la présente analyse.

Évaluation de la consommation de café

Les questionnaires alimentaires ont été envoyés aux participantes en 1991, 1995 et 1999. On leur demandait à quelle fréquence en moyenne elles avaient consommé, au cours de l'année précédente, du café caféiné et décaféiné (« une tasse »), du thé (« une tasse ou un verre »), différents types de boissons non alcoolisées caféinées (« un verre, une bouteille ou canette »), et des produits chocolatés (par ex. « une barre ou un sachet »). Les participantes avaient le choix entre neuf réponses (jamais ou moins d'un par mois, un à trois par mois, un par semaine, deux à quatre par semaine, cinq à six par semaine, un par jour, deux à trois par jour, quatre à cinq par jour, et six ou plus par jour). Nous avons évalué la prise totale de caféine en additionnant la teneur en caféine des aliments et boissons consommés.

Évaluation du diabète de type 2

Les femmes qui ont signalé un diagnostic de diabète sur l'un des questionnaires bisannuels de suivi ont reçu un questionnaire supplémentaire destiné à confirmer le diagnostic : en accord avec les critères du *National Diabetes Data Group*, la confirmation du diabète nécessitait au moins l'un des facteurs suivants :

1) une concentration de glucose élevée (glucose plasmatique à jeun $\geq 7,8$ mmol/l [≥ 140 mg/dl], glucose plasmatique aléatoire $\geq 11,1$ mmol/dl [≥ 200 mg/dl], et/ou glucose plasmatique ≥ 2 h après une charge *orale* en glucose $\geq 11,1$ mmol/l) plus au moins un des symptômes classiques (soif excessive, polyurie, perte de poids, sensation de faim),

2) aucun symptôme mais des concentrations élevées de glucose plasmatique comme décrit ci-dessus à au moins deux occasions différentes,

ou 3) un traitement par insuline ou par médicaments hypoglycémisants oraux.

Résultats

Durant un suivi de 866 118 personne-années, nous avons documenté 1 263 cas de diabète de type 2. L'association entre la consommation de café, de caféine et de thé et la survenue de diabète est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Risque relatif de diabète de type 2 en fonction de la consommation de thé et de café et de la prise de caféine

	Catégories de prise					p pour la tendance
Total café	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses par jour	4 tasses ou plus par jour	
n (cas)	479	280	199	227	78	
Personne-années	235 047	155 431	140 041	253 351	82 248	
RR multivarié*	1	0.93 (0.80–1.09)	0.87 (0.73–1.03)	0.58 (0.49–0.68)	0.53 (0.41–0.68)	<0.001
Caféine	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	
n (cas)	281	308	291	218	165	
Personne-années	173 758	173 430	172 858	171 867	173 206	
RR multivarié*	1	0.88 (0.75–1.04)	0.89 (0.75–1.05)	0.74 (0.62–0.89)	0.55 (0.45–0.67)	<0.0001
Thé	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses Par jour	4 tasses ou plus par jour	
n (cas)	271	586	222	142	42	
Personne-années	213 433	415 827	123 772	89 878	23 209	
RR multivarié*	1	0.97 (0.83–1.12)	1.17 (0.97–1.40)	0.98 (0.79–1.20)	0.88 (0.64–1.23)	0.81

*Ajusté pour l'âge (catégorie de 5 ans), statut tabacologique (jamais, par le passé, actuellement), IMC (3 catégories), activité physique, consommation d'alcool (0 ; 0,1-4,9 ; 5,0-9,9 ; ou ? 10 g/jour), traitement par thérapie hormonale substitutive (une fois ou jamais), utilisation de contraceptifs oraux (jamais, passée, actuellement), antécédents familiaux de diabète de type 2 (oui/non), antécédents d'hypertension (oui/non), antécédents d'hypercholestérolémie (oui/non), consommation de boissons non alcoolisées sucrées (4 catégories) et quintiles de consommation de viande, le ratio de prise de graisses polyinsaturées et saturées, apport énergétique total, index glycémique, et prise de fibres de céréales. Le modèle multivarié pour le thé incluait la consommation de café.

Parmi les affirmations suivantes concernant les résultats de cette étude (tableau 1), laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- Pour la consommation de thé < 1 tasse / jour par rapport à l'absence de consommation de thé, le risque de survenue de diabète de type 2 est augmenté de 97%.
- Consommer 4 tasses de café ou plus par jour est associé à une diminution du risque de 47% de développer un diabète de type 2 par rapport à ceux qui n'en consomment pas.
- 235 047 personnes de la cohorte consommaient zéro tasse de café par jour.
- Il existe une relation dose effet statistiquement significative entre consommation de café et apparition de diabète de type 2.
- Il existe une relation dose effet statistiquement significative entre consommation de thé et apparition de diabète de type 2.

5.

Café, caféine, et risque de diabète de type 2

Une consommation forte et régulière de café a été associée à une meilleure tolérance au glucose et à un risque substantiellement moindre de diabète de type 2 sur diverses populations en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Cependant, on ne sait toujours pas quels sont les composants du café responsables de son effet apparemment bénéfique sur le métabolisme du glucose. Chez les rats, la prise de certains composants du café ont amélioré le métabolisme du glucose. Des études à court terme sur le métabolisme humain ont montré que la caféine peut baisser la sensibilité à l'insuline. Cependant, les effets à long terme de la prise de caféine sur le métabolisme du glucose sont inconnus.

Il existe peu de données relatives au café décaféiné et aux autres méthodes de préparation du café en rapport avec le diabète de type 2. De plus, dans de précédentes études, la consommation de cinq tasses par jour ou plus a été systématiquement associée à un risque moindre de diabète de type 2, mais les résultats obtenus avec des niveaux de consommation plus faibles ont été partagés. Nous avons donc étudié la consommation de différents types de café et la prise de caféine en rapport avec le risque de diabète de type 2 dans une vaste cohorte de femmes américaines jeunes et d'âge moyen.

Conception de l'étude et méthodes

Nous avons utilisé les données de la *Nurses' Health Study II*, cohorte de 116 671 infirmières américaines constituée en 1989. Les informations ont été collectées avec des questionnaires bisannuels envoyés par courrier (taux de réponse d'environ 90%). Les participantes étaient âgées de 26 à 46 ans au début du suivi. Pour la présente analyse ont été exclues les femmes présentant un antécédent diabétique, cancéreux ou cardiovasculaire lors de l'évaluation initiale. Il restait un total de 88 259 femmes pour la présente analyse.

Évaluation de la consommation de café

Les questionnaires alimentaires ont été envoyés aux participantes en 1991, 1995 et 1999. On leur demandait à quelle fréquence en moyenne elles avaient consommé, au cours de l'année précédente, du café caféiné et décaféiné (« une tasse »), du thé (« une tasse ou un verre »), différents types de boissons non alcoolisées caféinées (« un verre, une bouteille ou canette »), et des produits chocolatés (par ex. « une barre ou un sachet »). Les participantes avaient le choix entre neuf réponses (jamais ou moins d'un par mois, un à trois par mois, un par semaine, deux à quatre par semaine, cinq à six par semaine, un par jour, deux à trois par jour, quatre à cinq par jour, et six ou plus par jour). Nous avons évalué la prise totale de caféine en additionnant la teneur en caféine des aliments et boissons consommés.

Évaluation du diabète de type 2

Les femmes qui ont signalé un diagnostic de diabète sur l'un des questionnaires bisannuels de suivi ont reçu un questionnaire supplémentaire destiné à confirmer le diagnostic : en accord avec les critères du *National Diabetes Data Group*, la confirmation du diabète nécessitait au moins l'un des facteurs suivants :

1) une concentration de glucose élevée (glucose plasmatique à jeun ? 7,8 mmol/l [140 mg/dl], glucose plasmatique aléatoire ? 11,1 mmol/dl [200 mg/dl], et/ou glucose plasmatique ? 2h après une charge *orale* en glucose ? 11,1 mmol/l) plus au moins un des symptômes classiques (soif excessive, polyurie, perte de poids, sensation de faim),

2) aucun symptôme mais des concentrations élevées de glucose plasmatique comme décrit ci-dessus à au moins deux occasions différentes,

ou 3) un traitement par insuline ou par médicaments hypoglycémisants oraux.

Résultats

Durant un suivi de 866 118 personne-années, nous avons documenté 1 263 cas de diabète de type 2. L'association entre la consommation de café, de caféine et de thé et la survenue de diabète est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Risque relatif de diabète de type 2 en fonction de la consommation de thé et de café et de la prise de caféine

	Catégories de prise					<i>p</i> pour la tendance
Total café	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	479	280	199	227	78	
Personne-années	235 047	155 431	140 041	253 351	82 248	
RR multivarié*	1	0.93 (0.80–1.09)	0.87 (0.73–1.03)	0.58 (0.49–0.68)	0.53 (0.41–0.68)	<0.001
Caféine	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	
<i>n</i> (cas)	281	308	291	218	165	
Personne-années	173 758	173 430	172 858	171 867	173 206	
RR multivarié*	1	0.88 (0.75–1.04)	0.89 (0.75–1.05)	0.74 (0.62–0.89)	0.55 (0.45–0.67)	<0.0001
Thé	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses Par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	271	586	222	142	42	
Personne-années	213 433	415 827	123 772	89 878	23 209	
RR multivarié*	1	0.97 (0.83–1.12)	1.17 (0.97–1.40)	0.98 (0.79–1.20)	0.88 (0.64–1.23)	0.81

*Ajusté pour l'âge (catégorie de 5 ans), statut tabacologique (jamais, par le passé, actuellement), IMC (3 catégories), activité physique, consommation d'alcool (0 ; 0,1-4,9 ; 5,0-9,9 ; ou ? 10 g/jour), traitement par thérapie hormonale substitutive (une fois ou jamais), utilisation de contraceptifs oraux (jamais, passée, actuellement), antécédents familiaux de diabète de type 2 (oui/non), antécédents d'hypertension (oui/non), antécédents d'hypercholestérolémie (oui/non), consommation de boissons non alcoolisées sucrées (4 catégories) et quintiles de consommation de viande, le ratio de prise de graisses polyinsaturées et saturées, apport énergétique total, index glycémique, et prise de fibres de céréales. Le modèle multivarié pour le thé incluait la consommation de café.

Parmi les affirmations suivantes concernant les résultats de cette étude (tableau 1), laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- Consommer 1 tasse de thé par jour augmente le risque de diabète de type 2 par rapport à consommer zéro tasse de thé par jour.
- Sur 866 118 personnes suivies dans la cohorte il y a eu 1 263 cas de diabète de type 2.
- Le risque de survenue d'un diabète de type 2 n'est pas significativement modifié par la consommation de 4 tasses de thé et plus par jour.
- Il existe une diminution significative de la survenue de diabète de type 2 chez les consommatrices de 2 à 3 tasses de café par jour.
- 227 patients ont développé un diabète de type 2 et consommaient 2 à 3 tasses de café par jour.

6.

Café, caféine, et risque de diabète de type 2

Une consommation forte et régulière de café a été associée à une meilleure tolérance au glucose et à un risque substantiellement moindre de diabète de type 2 sur diverses populations en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Cependant, on ne sait toujours pas quels sont les composants du café responsables de son effet apparemment bénéfique sur le métabolisme du glucose. Chez les rats, la prise de certains composants du café ont amélioré le métabolisme du glucose. Des études à court terme sur le métabolisme humain ont montré que la caféine peut baisser la sensibilité à l'insuline. Cependant, les effets à long terme de la prise de caféine sur le métabolisme du glucose sont inconnus.

Il existe peu de données relatives au café décaféiné et aux autres méthodes de préparation du café en rapport avec le diabète de type 2. De plus, dans de précédentes études, la consommation de cinq tasses par jour ou plus a été systématiquement associée à un risque moindre de diabète de type 2, mais les résultats obtenus avec des niveaux de consommation plus faibles ont été partagés. Nous avons donc étudié la consommation de différents types de café et la prise de caféine en rapport avec le risque de diabète de type 2 dans une vaste cohorte de femmes américaines jeunes et d'âge moyen.

Conception de l'étude et méthodes

Nous avons utilisé les données de la *Nurses' Health Study II*, cohorte de 116 671 infirmières américaines constituée en 1989. Les informations ont été collectées avec des questionnaires bisannuels envoyés par courrier (taux de réponse d'environ 90%). Les participantes étaient âgées de 26 à 46 ans au début du suivi. Pour la présente analyse ont été exclues les femmes présentant un antécédent diabétique, cancéreux ou cardiovasculaire lors de l'évaluation initiale. Il restait un total de 88 259 femmes pour la présente analyse.

Évaluation de la consommation de café

Les questionnaires alimentaires ont été envoyés aux participantes en 1991, 1995 et 1999. On leur demandait à quelle fréquence en moyenne elles avaient consommé, au cours de l'année précédente, du café caféiné et décaféiné (« une tasse »), du thé (« une tasse ou un verre »), différents types de boissons non alcoolisées caféinées (« un verre, une bouteille ou canette »), et des produits chocolatés (par ex. « une barre ou un sachet »). Les participantes avaient le choix entre neuf réponses (jamais ou moins d'un par mois, un à trois par mois, un par semaine, deux à quatre par semaine, cinq à six par semaine, un par jour, deux à trois par jour, quatre à cinq par jour, et six ou plus par jour). Nous avons évalué la prise totale de caféine en additionnant la teneur en caféine des aliments et boissons consommés.

Évaluation du diabète de type 2

Les femmes qui ont signalé un diagnostic de diabète sur l'un des questionnaires bisannuels de suivi ont reçu un questionnaire supplémentaire destiné à confirmer le diagnostic : en accord avec les critères du *National Diabetes Data Group*, la confirmation du diabète nécessitait au moins l'un des facteurs suivants :

1) une concentration de glucose élevée (glucose plasmatique à jeun ? 7,8 mmol/l [140 mg/dl], glucose plasmatique aléatoire ? 11,1 mmol/dl [200 mg/dl], et/ou glucose plasmatique ? 2h après une charge *orale* en glucose ? 11,1 mmol/l) plus au moins un des symptômes classiques (soif excessive, polyurie, perte de poids, sensation de faim),

2) aucun symptôme mais des concentrations élevées de glucose plasmatique comme décrit ci-dessus à au moins deux occasions différentes,

ou 3) un traitement par insuline ou par médicaments hypoglycémiants oraux.

Résultats

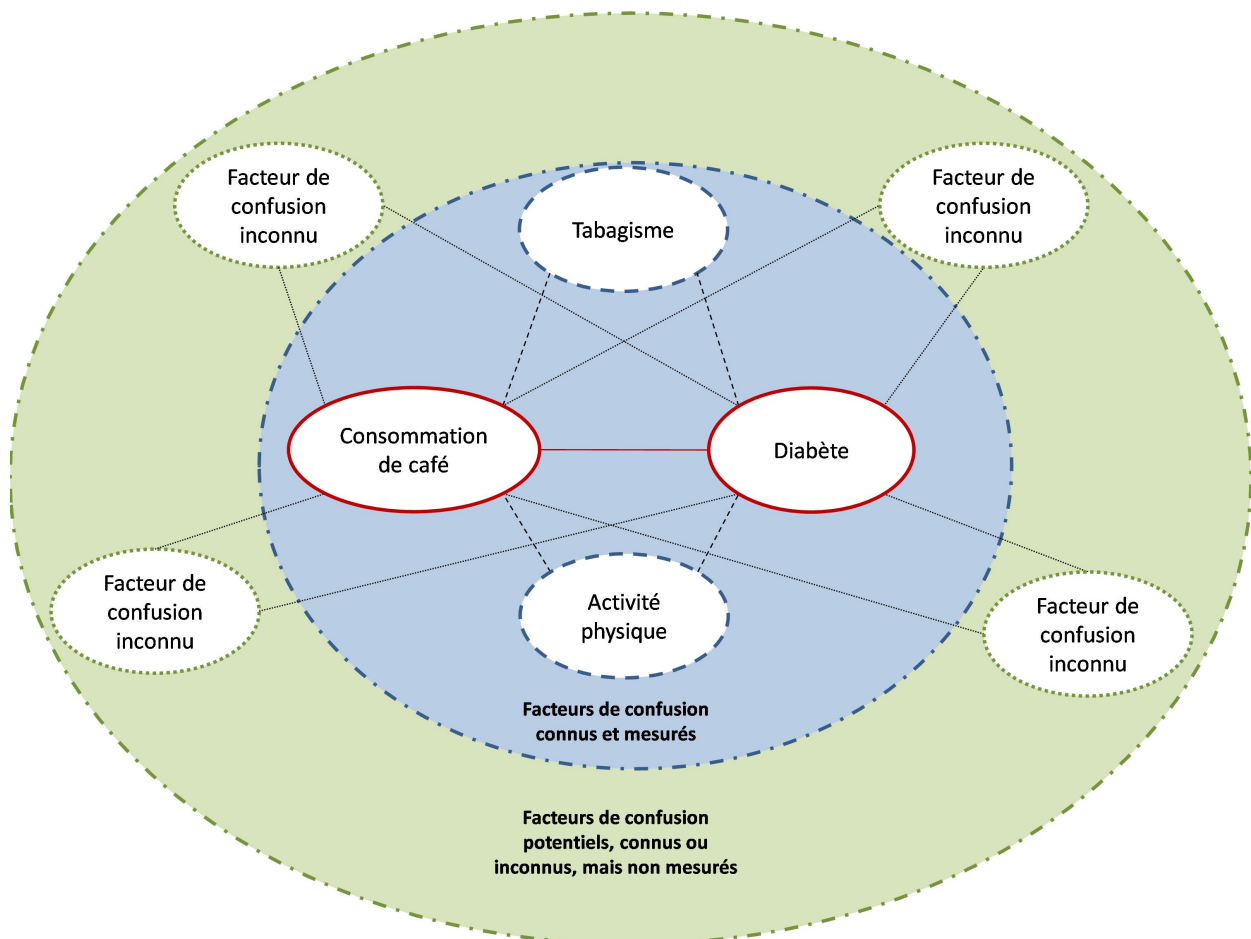
Durant un suivi de 866 118 personne-années, nous avons documenté 1 263 cas de diabète de type 2. L'association entre la consommation de café, de caféine et de thé et la survenue de diabète est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Risque relatif de diabète de type 2 en fonction de la consommation de thé et de café et de la prise de caféine

	Catégories de prise					<i>p</i> pour la tendance
Total café	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	479	280	199	227	78	
Personne-années	235 047	155 431	140 041	253 351	82 248	
RR multivarié*	1	0.93 (0.80–1.09)	0.87 (0.73–1.03)	0.58 (0.49–0.68)	0.53 (0.41–0.68)	<0.001
Caféine	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	
<i>n</i> (cas)	281	308	291	218	165	
Personne-années	173 758	173 430	172 858	171 867	173 206	
RR multivarié*	1	0.88 (0.75–1.04)	0.89 (0.75–1.05)	0.74 (0.62–0.89)	0.55 (0.45–0.67)	<0.0001
Thé	Zéro tasse par jour	Moins d'une tasse par jour	1 tasse par jour	2 à 3 tasses Par jour	4 tasses ou plus par jour	
<i>n</i> (cas)	271	586	222	142	42	
Personne-années	213 433	415 827	123 772	89 878	23 209	
RR multivarié*	1	0.97 (0.83–1.12)	1.17 (0.97–1.40)	0.98 (0.79–1.20)	0.88 (0.64–1.23)	0.81

*Ajusté pour l'âge (catégorie de 5 ans), statut tabacologique (jamais, par le passé, actuellement), IMC (3 catégories), activité physique, consommation d'alcool (0 ; 0,1-4,9 ; 5,0-9,9 ; ou ? 10 g/jour), traitement par thérapie hormonale substitutive (une fois ou jamais), utilisation de contraceptifs oraux (jamais, passée, actuellement), antécédents familiaux de diabète de type 2 (oui/non), antécédents d'hypertension (oui/non), antécédents d'hypercholestérolémie (oui/non), consommation de boissons non alcoolisées sucrées (4 catégories) et quintiles de consommation de viande, le ratio de prise de graisses polyinsaturées et saturées, apport énergétique total, index glycémique, et prise de fibres de céréales. Le modèle multivarié pour le thé incluait la consommation de café.

Le schéma ci-dessous représente en partie le phénomène de confusion qui peut concerner l'étude du lien entre consommation de café et diabète. Chaque variable est représentée par une ellipse et la dépendance statistique entre deux variables est représentée par un trait. La question de recherche est représentée par le trait rouge.



Parmi les propositions suivantes, la(les)quelle(s) est (sont) exacte(s) ?

- Dans notre étude, un facteur de confusion est une caractéristique liée à la fois à la consommation de café et au diabète de type 2.
- L'analyse multivariée permet d'ajuster les résultats sur l'effet des facteurs de confusion connus et mesurés pendant l'étude.
- L'analyse multivariée permet d'ajuster les résultats sur l'effet des facteurs de confusion inconnus.
- Du fait de l'ignorance de certains facteurs de confusion, il existe toujours un risque de biais de confusion résiduel dans une étude épidémiologique.
- La prise en compte de la confusion dans l'étude est une composante importante de sa validité externe.

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:24

2015-2016_DFGSM 3_UE 1_session1 SHS - Cas clinique LCA n°2

4 questions

1.

L'adénocarcinome du vagin chez les jeunes femmes a été rarement observé jusqu'à la prise en charge de plusieurs cas traités à l'Hôpital Vincent Memorial entre 1966 et 1969. La présence inhabituelle de cette tumeur chez huit patientes nées dans des hôpitaux de Nouvelle-Angleterre entre 1946 et 1951 nous a permis de mener une enquête rétrospective à la recherche de facteurs qui pourraient être associés avec l'apparition des tumeurs. Quatre témoins ont été appariés pour chaque patient, les données ont été obtenues via entretien personnel avec la mère de la patiente. Les résultats montrent que la présence d'une hémorragie maternelle pendant la grossesse en cours et la perte de la grossesse précédente étaient plus fréquentes dans le groupe des cas. Plus important encore, sept des huit mères de patientes atteintes de cancer ont été traitées avec du diéthylstilbestrol, commencé pendant le premier trimestre. Aucune mère dans le groupe contrôle n'a été ainsi traitée (différence significative, $p < 10^{-5}$). L'ingestion maternelle de diéthylstilbestrol en début de grossesse semble avoir accru le risque de développement d'adénocarcinome vaginal des années plus tard chez les filles des mères exposées.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exactes ?

- Un des facteurs de risque mesurés est l'exposition de la mère au diéthylstilbestrol.
- Un des facteurs de risque mesurés est la présence d'un historique de fausse couche.
- Un des facteurs de risque mesurés est l'apparition d'un adénocarcinome du vagin.
- Il s'agit d'une étude observationnelle analytique.
- Il s'agit d'une étude cas-témoins.

2.

L'adénocarcinome du vagin chez les jeunes femmes a été rarement observé jusqu'à la prise en charge de plusieurs cas traités à l'Hôpital Vincent Memorial entre 1966 et 1969. La présence inhabituelle de cette tumeur chez huit patientes nées dans des hôpitaux de Nouvelle-Angleterre entre 1946 et 1951 nous a permis de mener une enquête rétrospective à la recherche de facteurs qui pourraient être associés avec l'apparition des tumeurs. Quatre témoins ont été appariés pour chaque patient, les données ont été obtenues via entretien personnel avec la mère de la patiente. Les résultats montrent que la présence d'une hémorragie maternelle pendant la grossesse en cours et la perte de la grossesse précédente étaient plus fréquentes dans le groupe des cas. Plus important encore, sept des huit mères de patientes atteintes de cancer ont été traitées avec du diéthylstilbestrol, commencé pendant le premier trimestre. Aucune mère dans le groupe contrôle n'a été ainsi traitée (différence significative, $p < 10^{-5}$). L'ingestion maternelle de diéthylstilbestrol en début de grossesse semble avoir accru le risque de développement d'adénocarcinome vaginal des années plus tard chez les filles des mères exposées.

Parmi les affirmations suivantes relatives à la méthodologie de l'étude, laquelle (lesquelles) est (sont) exactes ?

- Le recueil de l'exposition est fait de façon rétrospective.
- L'entretien en tête à tête permet en général de recueillir des informations de meilleure fiabilité que l'examen du dossier médical.
- Un biais de mémoire différentiel doit être particulièrement redouté.
- Appairer 4 témoins et 1 cas déséquilibre les groupes.
- L'appariement vise à équilibrer les groupes de cas et de témoins en terme de facteurs de confusion.

L'adénocarcinome du vagin chez les jeunes femmes a été rarement observé jusqu'à la prise en charge de plusieurs cas traités à l'Hôpital Vincent Memorial entre 1966 et 1969. La présence inhabituelle de cette tumeur chez huit patientes nées dans des hôpitaux de Nouvelle-Angleterre entre 1946 et 1951 nous a permis de mener une enquête rétrospective à la recherche de facteurs qui pourraient être associés avec l'apparition des tumeurs. Quatre témoins ont été appariés pour chaque patient, les données ont été obtenues via entretien personnel avec la mère de la patiente. Les résultats montrent que la présence d'une hémorragie maternelle pendant la grossesse en cours et la perte de la grossesse précédente étaient plus fréquentes dans le groupe des cas. Plus important encore, sept des huit mères de patientes atteintes de cancer ont été traitées avec du diéthylstilbestrol, commencé pendant le premier trimestre. Aucune mère dans le groupe contrôle n'a été ainsi traitée (différence significative, $p < 10^{-5}$). L'ingestion maternelle de diéthylstilbestrol en début de grossesse semble avoir accru le risque de développement d'adénocarcinome vaginal des années plus tard chez les filles des mères exposées.

Voici le tableau résumant les résultats de cette étude. Quelle(s) affirmation(s) est (sont) exacte(s) ?

CASE NO.	MATERNAL AGE (YR)		MATERNAL SMOKING		BLEEDING IN THIS PREGNANCY		ANY PRIOR PREGNANCY LOSS		ESTROGEN GIVEN IN THIS PREGNANCY		BREAST FEEDING		INTRA-UTERINE X-RAY EXPOSURE	
	CASE	MEAN OF 4 CONTROLS	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL
1	25	32	Yes	2/4	No	0/4	Yes	1/4	Yes	0/4	No	0/4	No	1/4
2	30	30	Yes	3/4	No	0/4	Yes	1/4	Yes	0/4	No	1/4	No	0/4
3	22	31	Yes	1/4	Yes	0/4	No	1/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	0/4
4	33	30	Yes	3/4	Yes	0/4	Yes	0/4	Yes	0/4	Yes	2/4	No	0/4
5	22	27	Yes	3/4	No	1/4	No	1/4	No	0/4	No	0/4	No	0/4
6	21	29	Yes	3/4	Yes	0/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	0/4	No	1/4
7	30	27	No	3/4	No	0/4	Yes	1/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	1/4
8	26	28	Yes	3/4	No	0/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	0/4	Yes	1/4
Total			7/8	21/32	3/8	1/32	6/8	5/32	7/8	0/32	3/8	3/32	1/8	4/32
Mean	26.1	29.3												
Chi square (1 df)*			0.53		4.52		7.16		23.22		2.35		0	
p value			0.50		<0.05		<0.01		<0.00001		0.20		(N.S.)	(N.S.)
			(N.S.)†		(N.S.)						(N.S.)		(N.S.)	

* Matched control chi-square test used as described by Pike & Morrow.⁹

† Standard error of difference 1.7 yr (paired t-test); N.S. = not statistically significant.

- Il s'agit d'une analyse multivariée.
- Il s'agit d'une série d'analyses univariées.
- Concernant le tabagisme chez la mère, l'intervalle de confiance à 95 % de l'OR correspondant (non présenté dans le tableau) contient 1.
- Concernant la prise d'œstrogène pendant la grossesse (diéthylstilbestrol), l'intervalle de confiance à 95 % de l'OR correspondant (non présenté dans le tableau) contient 1.
- Un test du Chi² a été utilisé pour comparer les moyennes d'âge des 2 groupes.

4

L'adénocarcinome du vagin chez les jeunes femmes a été rarement observé jusqu'à la prise en charge de plusieurs cas traités à l'Hôpital Vincent Memorial entre 1966 et 1969. La présence inhabituelle de cette tumeur chez huit patientes nées dans des hôpitaux de Nouvelle-Angleterre entre 1946 et 1951 nous a permis de mener une enquête rétrospective à la recherche de facteurs qui pourraient être associés avec l'apparition des tumeurs. Quatre témoins ont été appariés pour chaque patient, les données ont été obtenues via entretien personnel avec la mère de la patiente. Les résultats montrent que la présence d'une hémorragie maternelle pendant la grossesse en cours et la perte de la grossesse précédente étaient plus fréquentes dans le groupe des cas. Plus important encore, sept des huit mères de patientes atteintes de cancer ont été traitées avec du diéthylstilbestrol, commencé pendant le premier trimestre. Aucune mère dans le groupe contrôle n'a été ainsi traitée (différence significative, $p < 10^{-5}$). L'ingestion maternelle de diéthylstilbestrol en début de grossesse semble avoir accru le risque de développement d'adénocarcinome vaginal des années plus tard chez les filles des mères exposées.

CASE No.	MATERNAL AGE (YR)		MATERNAL SMOKING		BLEEDING IN THIS PREGNANCY		ANY PRIOR PREGNANCY LOSS		ESTROGEN GIVEN IN THIS PREGNANCY		BREAST FEEDING		INTRA-UTERINE X-RAY EXPOSURE	
	CASE	MEAN OF 4 CONTROLS	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL	CASE	CONTROL
1	25	32	Yes	2/4	No	0/4	Yes	1/4	Yes	0/4	No	0/4	No	1/4
2	30	30	Yes	3/4	No	0/4	Yes	1/4	Yes	0/4	No	1/4	No	0/4
3	22	31	Yes	1/4	Yes	0/4	No	1/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	0/4
4	33	30	Yes	3/4	Yes	0/4	Yes	0/4	Yes	0/4	Yes	2/4	No	0/4
5	22	27	Yes	3/4	No	1/4	No	1/4	No	0/4	No	0/4	No	0/4
6	21	29	Yes	3/4	Yes	0/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	0/4	No	1/4
7	30	27	No	3/4	No	0/4	Yes	1/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	1/4
8	26	28	Yes	3/4	No	0/4	Yes	0/4	Yes	0/4	No	0/4	Yes	1/4
Total			7/8	21/32	3/8	1/32	6/8	5/32	7/8	0/32	3/8	3/32	1/8	4/32
Mean	26.1	29.3												
Chi square (1 df)*			0.53		4.52		7.16		23.22		2.35		0	
p value			0.50		< 0.05		< 0.01		< 0.00001		0.20		(N.S.)	(N.S.)
			(N.S.)†		(N.S.)						(N.S.)		(N.S.)	

* Matched control chi-square test used as described by Pike & Morrow.⁹

† Standard error of difference 1.7 yr (paired t-test); N.S. = not statistically significant.

Parmi les affirmations suivantes, relatives aux résultats concernant la prise de diéthylstilbestrol rapportés dans le tableau précédent, laquelle (lesquelles) est (sont) exactes ?

- Les résultats démontrent une relation de causalité entre la prise de diéthylstilbestrol chez la mère et l'apparition de cancer chez la fille.
- Ces résultats peuvent théoriquement être engendrés par un phénomène de confusion.
- La prise de diéthylstilbestrol chez la mère est associée à une augmentation statistiquement significative du risque d'adénocarcinome du vagin chez la fille.
- Des antécédents de fausse couche sont associés à une augmentation statistiquement significative du risque d'adénocarcinome du vagin chez la fille.
- Théoriquement, ces résultats suffisent à motiver l'usage de diéthylstilbestrol chez la femme enceinte.

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:25

2015-2016_DFGSM 3_UE 1_session1 SHS - Cas clinique LCA n°3

5 questions

1.

Un groupe de chercheurs s'intéresse à l'accident vasculaire cérébral (AVC), et se pose les questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en France en 2015 ?
2. Quels sont les facteurs de risque de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
3. Quelle est l'efficacité d'un nouveau traitement thrombolytique sur la mortalité après AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
4. Quels sont les facteurs de bon pronostic après un AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
5. Quelle est l'incidence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en 2015 ?

Une étude observationnelle permettra de répondre à (une ou plusieurs réponses) :

- Question 1
- Question 2
- Question 3
- Question 4
- Question 5

2.

Un groupe de chercheurs s'intéresse à l'accident vasculaire cérébral (AVC), et se pose les questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en France en 2015 ?
2. Quels sont les facteurs de risque de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
3. Quelle est l'efficacité d'un nouveau traitement thrombolytique sur la mortalité après AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
4. Quels sont les facteurs de bon pronostic après un AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
5. Quelle est l'incidence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en 2015 ?

Une étude transversale permettra de répondre à (une ou plusieurs réponses) :

- Question 1
- Question 2
- Question 3
- Question 4
- Question 5

3.

Un groupe de chercheurs s'intéresse à l'accident vasculaire cérébral (AVC), et se pose les questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en France en 2015 ?
2. Quels sont les facteurs de risque de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
3. Quelle est l'efficacité d'un nouveau traitement thrombolytique sur la mortalité après AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
4. Quels sont les facteurs de bon pronostic après un AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
5. Quelle est l'incidence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en 2015 ?

Une étude de cohorte permettra de répondre à (une ou plusieurs réponses) :

- Question 1
- Question 2
- Question 3
- Question 4
- Question 5

4.

Un groupe de chercheurs s'intéresse à l'accident vasculaire cérébral (AVC), et se pose les questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en France en 2015 ?
2. Quels sont les facteurs de risque de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
3. Quelle est l'efficacité d'un nouveau traitement thrombolytique sur la mortalité après AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
4. Quels sont les facteurs de bon pronostic après un AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
5. Quelle est l'incidence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en 2015 ?

Une étude cas-témoins permettra de répondre à (une ou plusieurs réponses) :

- Question 1
- Question 2
- Question 3
- Question 4
- Question 5

5.

Un groupe de chercheurs s'intéresse à l'accident vasculaire cérébral (AVC), et se pose les questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en France en 2015 ?
2. Quels sont les facteurs de risque de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
3. Quelle est l'efficacité d'un nouveau traitement thrombolytique sur la mortalité après AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
4. Quels sont les facteurs de bon pronostic après un AVC chez les hommes de plus de 60 ans ?
5. Quelle est l'incidence de l'AVC chez les hommes de plus de 60 ans en 2015 ?

Un essai contrôlé randomisé permettra de répondre à (une ou plusieurs réponses) :

- Question 1
- Question 2
- Question 3
- Question 4
- Question 5

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:26

2015-2016_DFGSM 3_UE 1_session1 SHS - Cas clinique LCA n°4

2 questions

1.

Contexte

Certains patients atteints d'asthme sévère ont des exacerbations fréquentes associées à une inflammation persistante à éosinophiles malgré un traitement continu avec de fortes doses de glucocorticoïdes inhalés avec ou sans glucocorticoïdes oraux.

Méthode

Dans cette étude randomisée en double aveugle, 576 patients atteints de crises d'asthme récurrentes associées à des signes d'inflammation à éosinophiles, malgré de fortes doses de glucocorticoïdes inhalés, ont été randomisés dans l'un des trois bras :

- Traitement par mepolizumab, un anticorps monoclonal humanisé dirigé contre l'interleukine-5, administré en une dose intraveineuse de 75 mg toutes les 4 semaines pendant 32 semaines,
- Traitement par mepolizumab administré en une dose sous-cutanée de 100 mg toutes les 4 semaines pendant 32 semaines,
- Traitement par placebo toutes les 4 semaines pendant 32 semaines.

Le critère de jugement principal était le taux d'exacerbations.

Résultats

Le taux d'exacerbations a été réduit de 47% (95% intervalle de confiance [IC], 29-61) chez les patients recevant le mepolizumab par voie intraveineuse et de 53% (IC 95%, 37-65) chez ceux recevant le mepolizumab par voie sous-cutanée, par rapport à ceux recevant le placebo ($P < 0,001$ pour les deux comparaisons). Le taux d'exacerbations nécessitant une visite aux urgences ou une hospitalisation a été réduit de 32% dans le groupe recevant le mepolizumab par voie intraveineuse ($p = 0,30$) et de 61% dans le groupe recevant le mepolizumab par voie sous-cutanée ($p = 0,02$).

Parmi les affirmations suivantes concernant la méthodologie de cette étude, laquelle (lesquelles) est (sont) exactes ?

- La randomisation permet de d'obtenir des groupes comparables au début de l'étude.
- La randomisation permet d'obtenir un échantillon représentatif de la population cible du traitement.
- Le placebo permet de maîtriser les facteurs de confusion comme la régression à la moyenne.
- Le double insu permet de mesurer le critère de jugement sans être influencé par la connaissance du traitement.
- Le double insu permet d'obtenir un suivi des patients comparable dans les deux groupes.

Contexte

Certains patients atteints d'asthme sévère ont des exacerbations fréquentes associées à une inflammation persistante à éosinophiles malgré un traitement continu avec de fortes doses de glucocorticoïdes inhalés avec ou sans glucocorticoïdes oraux.

Méthode

Dans cette étude randomisée en double aveugle, 576 patients atteints de crises d'asthme récurrentes associées à des signes d'inflammation à éosinophiles, malgré de fortes doses de glucocorticoïdes inhalés, ont été randomisés dans l'un des trois bras :

- Traitement par mepolizumab, un anticorps monoclonal humanisé dirigé contre l'interleukine-5, administré en une dose intraveineuse de 75 mg toutes les 4 semaines pendant 32 semaines,
- Traitement par mepolizumab administré en une dose sous-cutanée de 100 mg toutes les 4 semaines pendant 32 semaines,
- Traitement par placebo toutes les 4 semaines pendant 32 semaines.

Le critère de jugement principal était le taux d'exacerbations.

Résultats

Le taux d'exacerbations a été réduit de 47% (95% intervalle de confiance [IC], 29-61) chez les patients recevant le mepolizumab par voie intraveineuse et de 53% (IC 95%, 37-65) chez ceux recevant le mepolizumab par voie sous-cutanée, par rapport à ceux recevant le placebo ($P < 0,001$ pour les deux comparaisons). Le taux d'exacerbations nécessitant une visite aux urgences ou une hospitalisation a été réduit de 32% dans le groupe recevant le mepolizumab par voie intraveineuse ($p = 0,30$) et de 61% dans le groupe recevant le mepolizumab par voie sous-cutanée ($p = 0,02$).

Parmi les affirmations suivantes concernant les résultats, laquelle (lesquelles) est (sont) exactes ?

- Le traitement par mepolizumab par voie intraveineuse diminue de façon significative le taux d'exacerbations.
- Le traitement par mepolizumab par voie intraveineuse diminue de façon significative le taux d'exacerbations nécessitant une visite aux urgences ou une hospitalisation.
- On peut conclure à l'absence d'effet du traitement par mepolizumab par voie intraveineuse sur le taux d'exacerbations nécessitant une visite aux urgences ou une hospitalisation.
- Il y a 95% de chances que la réduction du taux d'exacerbations soit comprise entre 37 et 65% avec le traitement par mepolizumab par voie sous-cutanée.
- L'analyse du taux d'exacerbations nécessitant une visite aux urgences ou une hospitalisation est exploratoire car ce n'est pas le critère principal.

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:27

2015-2016_DFGSM 3_UE1_session1 - SHS questions de cours CM et ouvrage au programme

5 questions

1. Lors du cours magistral du 08 septembre, lors duquel Marianne S., patiente bipolaire, est intervenue, quelle(s) thématique(s) parmi les suivantes n'a (n'ont) PAS été abordée(s) ?

- Les enjeux économiques de l'accès au soin
- L'annonce de la maladie
- Le vécu des symptômes
- L'ajustement des traitements
- La discrimination que subissent les malades

2. Qui est l'auteur(e) de la citation suivante, commentée en cours ? « *La médecine est un art. L'art de l'observation et de la description, l'art de la relation avec le patient. Il faut que cet art résiste à l'invasion de la technologie, et au danger qui consiste à traiter les patients comme de vulgaires paquets passés sous un scanner et non comme des êtres vivants. C'est négatif aussi pour les médecins, réduits au statut de machines diagnostiques.* »

- Annemarie Mol
- Martin Winckler
- Oliver Sacks
- Didier Sicard
- Alice Rivière

3. Dans le cours du Dr. Moreau avec M. L, patient diabétique, il a été dit que « *La stratégie de faire peur ne mène à rien, et même renforce la défense face à la maladie. Une fois la maladie acceptée on est prêt à faire quelques efforts et on en fait de plus en plus. On se rend compte qu'on est presque mieux après les avoir fait. Il faut donc proposer des expériences de vie qui ne chamboulent pas la vie du patient mais qui l'améliorent. « Les petits ruisseaux font les grandes rivières », on a du temps, on avance petit à petit.* »

- Ce passage illustre le concept de « corps éparpillé » et l'idée que le corps est constitué de multiples expériences
- Ce passage illustre la notion de « logique du choix » avec une séquence : annonce--> information--> décision thérapeutique--> application
- Ce passage illustre le concept « d'anticipation » avec l'idée qu'on va de l'avant sans trop pouvoir prédire exactement ce qu'on va réussir à faire.
- Ce passage illustre la notion de « bricolage » avec l'idée qu'il n'y a pas de déterminisme et qu'il n'y a que de l'ajustement à l'incertitude.
- Ce passage illustre le concept de « projet de soin » avec l'idée que les objectifs sont fixés avec le patient et qu'ils fournissent le critère de réussite de l'action.

4. Les intervenantes de l'association DingDingDong sur la maladie de Huntington, pendant le cours du 11 septembre 2015, ont justifié l'utilisation du mot « usagers ». Quels arguments ont-elles avancé ?

- Ce mot signifie que la médecine est une prestation de service
- Ce mot renvoie aux usages, c'est-à-dire aux activités mises en œuvre par les personnes concernées par une maladie
- Ce mot aide à dépasser la fonction intimidante du médecin
- Ce mot signifie que les médecins peuvent être utilisés comme des outils aux services des malades
- Ce mot qui n'est pas pleinement satisfaisant mais il n'y a pas de meilleur mot pour le moment

5. Voici un extrait du premier chapitre du livre d'Annemarie Mol. Trouvez parmi les 5 propositions suivantes la véritable suite du texte : « *Tant que le soin reste directement associé à la sollicitude de l'amour, il peut être opposé trop facilement au monde froid de la technique [] Or est-il tellement avéré que le soin diffère intrinsèquement de la technologie ? Le premier accapare-t-il l'humain et le proche, laissant la seconde avide de stratégie et basée uniquement sur la rationalité ?* »

- C'est précisément ce que je veux illustrer. Le soin dont je parle doit être distingué de la technologie. Et la technologie dont je parle n'est pas innocente ni totalement neutre. Elle doit être tenue à juste distance, utilisée seulement lorsque c'est nécessaire et pour l'intérêt des patients.
- C'est précisément ce que je veux contester. Le soin dont je parle n'est pas opposé à la technologie mais l'englobe. Et la technologie dont je parle n'est pas transparente ni prévisible mais demande à être manipulée avec le plus grand soin.
- C'est précisément ce que je veux montrer. Le soin dont je parle est quelque chose qui renvoie à la gentillesse, au dévouement à la générosité. La technologie dont je parle doit être gardée à juste distance, et ne doit être soumise qu'à la logique du choix éclairé.
- C'est précisément ce que je veux critiquer. Le soin dont je parle n'est pas opposé à la technologie mais est lui-même une technique. Et la technologie dont je parle doit parvenir à ses fins en employant des moyens remplis de sollicitude et d'attention.
- C'est précisément ce que je veux questionner. Le soin dont je parle est aussi une technique qui doit être maîtrisée. Et la technologie dont je parle, qui est prévisible et manipulable, demande aussi du soin et de l'entretien pour servir au mieux l'intérêt des patients.

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:28

2015-2016_DFGSM 3_UE1_session1 - SHS texte à trou - cas clinique

6 questions

Pour répondre aux prochaines questions, veuillez consulter le cas clinique en PDF:

<http://spiralintra.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=5180828>

Il s'agit d'un échange tenu sur le forum doctissimo il y a quelques années. Lisez le attentivement et répondez aux 6 questions ci-dessous. Quand la question demande d'indiquer un numéro de ligne, il vous faut répondre par un (et un seul) numéro de ligne, celui qui concerne le passage qu'on vous demande de repérer. Il peut arriver que plusieurs numéros de ligne, voire même plusieurs passages, correspondent bien à la question posée. Dans ce cas, plusieurs réponses sont justes. Quand la question consiste à indiquer un mot, il s'agit d'un mot présent dans le texte.

1.

Indiquez une ligne dans un passage mentionnant une attitude possiblement complaisante des médecins à l'égard de Chabidoux ?

2.

En réalité, quel est le mot que Chabidoux emploie pour désigner le problème qu'elle expose là et qui l'a amené à aller consulter un médecin ?

3.

Indiquez un numéro d'une ligne qui illustre, du côté du patient actif, le concept d'anticipation tel que défini par Annemarie Mol.

4.

Indiquez un numéro de ligne correspondant à un passage qui illustre le fait qu'avec l'expérience, les personnes malades peuvent elles-même ré-estimer les normes du bon traitement

5.

Annemarie Mol insiste sur l'importance du travail d'ajustement entre les patients et leurs milieux. Citez une ligne correspondant à un passage dans lequel ce sont les personnes dans l'entourage qui s'adaptent, qui s'ajustent sur les besoins et les contraintes de la personne malade

6.

Un mot est employé dans l'échange qui illustre bien l'importance du temps dans les maladies chroniques. Un terme qui montre que ces maladies, comme le diabète, sont analogues à un travail ou une carrière professionnelle. Quel est ce terme ?

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:48

2015-2016_DFGSM 3_UE 16_session1 - Cas clinique

3 questions

1.

CAS CLINIQUE:

Vous recevez, pour une intervention chirurgicale (chirurgie de la prostate), Monsieur X, 68 ans, traité au long cours par un antiarythmique de classe Ic, le flécaïnide : Flécaïne®, 1 cp de 50 mg, deux fois par jour en prévention des récurrences d'arythmies ventriculaires. De plus, il est traité depuis 4 jours, pour une angine, par du paracétamol, 1g, 4 fois par jour et de l'érythromycine : Erythrocin®, 1g, 3 fois par jour. Vous pratiquez l'intervention sous rachianesthésie réalisée avec de la bupivacaine. Au cours de l'intervention, le lavage fréquent du site opératoire provoque une hyponatrémie à 112 mmol/L. Le patient se plaint de vertiges et l'activité cardiaque monitorée en continu indique des complexes ventriculaires larges, crochetés évoquant un bloc de branche gauche et quelques secondes après survient une fibrillation ventriculaire. La fibrillation ventriculaire est réduite par des chocs électriques externes.

Indiquer parmi les associations suivantes, celle (s) dont les 3 constituants est (sont) impliquée (s) dans la survenue de la fibrillation ventriculaire chez ce patient :

- Erythromycine-bupivacaine-flécaïnide
- Bupivacaine-paracétamol-hyponatrémie
- Flécaïnide-paracétamol-hypothermie
- Flécaïnide-bupivacaine-hyponatrémie
- Flécaïnide-bupivacaine-paracétamol

2

CAS CLINIQUE:

Vous recevez, pour une intervention chirurgicale (chirurgie de la prostate), Monsieur X, 68 ans, traité au long cours par un antiarythmique de classe Ic, le flécaïnide : Flécaïne®, 1 cp de 50 mg, deux fois par jour en prévention des récurrences d'arythmies ventriculaires. De plus, il est traité depuis 4 jours, pour une angine, par du paracétamol, 1g, 4 fois par jour et de l'érythromycine : Erythrocline®, 1g, 3 fois par jour. Vous pratiquez l'intervention sous rachianesthésie réalisée avec de la bupivacaine. Au cours de l'intervention, le lavage fréquent du site opératoire provoque une hyponatrémie à 112 mmol/L. Le patient se plaint de vertiges et l'activité cardiaque monitorée en continu indique des complexes ventriculaires larges, crochetés évoquant un bloc de branche gauche et quelques secondes après survient une fibrillation ventriculaire. La fibrillation ventriculaire est réduite par des chocs électriques externes.

L'élargissement des complexes QRS observé chez ce patient indique :

- Une arythmie de réentrée
- Un trouble de dépolarisation
- Un trouble de repolarisation
- Des post potentiels dépolarisants précoces
- Des post potentiels dépolarisants tardifs

3

CAS CLINIQUE:

Vous recevez, pour une intervention chirurgicale (chirurgie de la prostate), Monsieur X, 68 ans, traité au long cours par un antiarythmique de classe Ic, le flécaïnide : Flécaïne®, 1 cp de 50 mg, deux fois par jour en prévention des récurrences d'arythmies ventriculaires. De plus, il est traité depuis 4 jours, pour une angine, par du paracétamol, 1g, 4 fois par jour et de l'érythromycine : Erythrocline®, 1g, 3 fois par jour. Vous pratiquez l'intervention sous rachianesthésie réalisée avec de la bupivacaine. Au cours de l'intervention, le lavage fréquent du site opératoire provoque une hyponatrémie à 112 mmol/L. Le patient se plaint de vertiges et l'activité cardiaque monitorée en continu indique des complexes ventriculaires larges, crochetés évoquant un bloc de branche gauche et quelques secondes après survient une fibrillation ventriculaire. La fibrillation ventriculaire est réduite par des chocs électriques externes.

L'élargissement des complexes QRS, possible avec le flécaïnide, est majoré chez un patient en hyponatrémie (1) car l'hyponatrémie freine, comme le flécaïnide, l'entrée des ions Na⁺ dans les cardiomyocytes ventriculaires (2) :

- Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet
- Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet
- La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse
- La proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie
- Les 2 propositions sont fausses

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:48

2015-2016_DFGSM 3_UE 16_session1 Questions individuelles

52 questions

1. La P-gp est la source d'une grande variabilité interindividuelle de la pharmacocinétique de certains médicaments car :

- Son expression dépend du sexe des patients
- Elle peut être inhibée par des inhibiteurs du CYP2C9
- Elle peut être induite par des inducteurs du CYP2C9
- Son expression est en partie déterminée après l'âge de 60 ans
- Aucune des propositions n'est exacte

2. Le propofol :

- Est un agoniste des récepteurs GABA-A
- Est un agoniste des récepteurs GABA-B
- Inhibe la transmission réflexe monosynaptique et polysynaptique au niveau de la moelle
- A un effet myorelaxant
- A un effet sédatif

3. Les dérivés de l' amino-4-quinoléine sont potentiellement cancérigènes (1) car les dérivés de l' amino-4-quinoléine ont une analogie structurale avec la quinidine qui est un antinéoplasique (2) :

- Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet
- Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet
- La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse
- La proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie
- Les 2 propositions sont fausses

4. Les médicaments dont l'absorption est réduite par la P-gp sont principalement ceux qui sont métabolisés par le :

- CYP1A2
- CYP2D6
- CYP2C9
- CYP2C19
- CYP3A4

5. Dans un essai clinique bien conduit contre placebo, la prescription d'un médicament a été associée à une réduction relative du risque d'accident cardiovasculaire majeur de 75%, pour un risque spontané sous placebo de 8%. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) correcte(s) ?

- Il n'était pas éthique de conduire un tel essai
- On peut estimer que 3 accidents sur 4 ont été prévenus par le médicament
- Le risque sous médicament a été de 2%
- La proportion des participants du groupe traité activement chez qui le médicament a prévenu un accident cardiovasculaire majeur a été de 6%
- Le nombre de patients à traiter pour prévenir un accident est estimé d'après cette étude à 50

6. Un médicament semblable à un médicament biologique de référence qui a déjà été autorisé et dont le brevet est tombé dans le domaine public :

- Est un médicament générique
- Est un biosimilaire
- Des données sur la qualité suffisent à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché
- Des données de sécurité suffisent à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché
- L'efficacité clinique doit être prouvée

7. La régression à la moyenne :

- Désigne un resserrement de la distribution d'une variable dans une population
- Concerne l'évolution des mesures sur tout échantillon sélectionné à partir d'une mesure supérieure à un seuil, dès que la taille de l'échantillon est suffisante
- Explique une partie de l'évolution de variables quantitatives (comme la pression artérielle ou la cholestérolémie) sous placebo
- Concerne spécifiquement les femmes
- Constitue un des facteurs de confusion dans l'évaluation des thérapeutiques

8. Dans un essai clinique comparatif, le biais d'attrition est maîtrisé par :

- L'administration du traitement en simple insu
- L'administration du traitement en double insu
- La formulation de l'hypothèse testée avant l'inclusion du premier patient
- Le respect du principe de l'analyse en intention de traitement
- L'allocation aléatoire

9. La modélisation de la relation pression artérielle risque cardiovasculaire montre une association plus forte lorsque :

- On s'intéresse aux personnes âgées de plus de 80 ans
- Une seule mesure est utilisée pour classer les individus dans une catégorie de pression artérielle
- Seuls les hypertendus sont étudiés
- Seuls les normotendus sont étudiés
- La régression à la moyenne est prise en compte par une technique statistique appropriée

10. Une mesure idéale est :

- A la fois imprécise et sans biais
- A la fois imprécise et biaisée
- A la fois précise et sans biais
- A la fois précise et biaisée
- Toutes les réponses sont fausses

11. La variabilité de l'action des médicaments s'explique par les facteurs suivants :

- Des paramètres pharmacocinétiques
- Des paramètres pharmacodynamiques
- La variation génétique
- Des périodes de croissance et l'âge
- Des interactions médicamenteuses

12. La tolérance :

- Indique la diminution de l'effet pharmacologique d'une dose de médicament lors de la deuxième administration de ce médicament à la même dose
- S'observe avec les analgésiques de niveau 1
- S'explique par l'occupation du récepteur par son antagoniste
- Peut intéresser tous les médicaments
- S'observe avec les bêta2-mimétiques

13. L'inhibition des récepteurs alpha-adrénergiques peut être responsable de la survenue :

- D'une bradycardie
- D'un ralentissement de la CAV
- D'une hyperglycémie
- D'une impuissance
- D'une baisse de la pression artérielle

14. La modélisation en pharmacologie :

- Sert à prédire le résultat d'une prescription
- Sert à expliquer, par exemple, la part prise dans un effet clinique par le critère de substitution
- Permet d'optimiser le développement des médicaments
- Devrait être systématique avant tout essai clinique
- Est un luxe inutile

15. Les anomalies du cur, de l'arc aortique, de la rétine peuvent être imputables à l'administration durant la période embryonnaire de thalidomide (1) car la thalidomide est transformée en acide oxaloacétique par des enzymes d'origine placentaire (2) :

- Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet
- Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet
- La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse
- La proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie
- Les 2 propositions sont fausses

16. Le modèle thérapeutique résulte de (une réponse exacte) :

- La combinaison du modèle pharmacocinétique et du modèle pharmacodynamique
- La combinaison du modèle statistique et du modèle pharmacologique
- La combinaison du modèle statistique et du modèle physiopathologique
- La combinaison du modèle physiopathologique et du modèle pharmacologique
- La combinaison du modèle physiologique et du modèle pharmacocinétique

17. La prévention du biais de sélection dans un essai clinique correspond à :

- La constitution d'un échantillon représentatif de la population des patients
- La constitution de deux échantillons représentatifs
- La constitution de deux groupes comparables
- La constitution d'un groupe représentatif de la population d'étude
- N'a rien à voir avec la représentativité des groupes constitués

18. Indiquer parmi les suivantes, la (les) proposition (s) exacte (s) :

- Survenue possible d'une aplasie médullaire lors de l'association MTX-paracétamol
- Augmentation de la toxicité cardiaque du lithium lors de son association aux corticoïdes
- Augmentation de la toxicité du MTX lors de son association aux pénicillines
- Augmentation de la toxicité du MTX lors de son association aux inhibiteurs de CYP3A4
- Augmentation de la toxicité du MTX lors de son association aux inducteurs (enzymatiques)

19. En cas de surdosage en paracétamol, les premiers signes cliniques sont :

- Un collapsus
- Des vomissements
- Une détresse respiratoire
- Des douleurs abdominales
- Une anurie

20. Indiquer la (les) proposition (s) exacte (s) :

- Le CYP2C9 transforme la codéine en morphine
- Le CYP2D6 métabolise la plupart des anticoagulants oraux (dérivés coumariniques)
- La plupart des statines sont métabolisées par le CYP3A4
- La toxicité cardiaque des anthracyclines s'explique par la production, par ces substances, des radicaux libres oxygénés
- La consommation du glutathion hépatique par le N-acétyl-P-benzoquinon-iminie explique la survenue d'hépatite fulminante lors d'une intoxication par les salicylés

21. La survenue d'un EI peut :

- Etre liée à la présence d'un conservateur
- Etre liée au métabolite d'un médicament
- Etre liée à une mauvaise conservation du médicament
- Survenir en cas d'insuffisance rénale
- Survenir en cas d'insuffisance hépatique

22. Quelle est la formulation la plus correcte de la définition du degré de signification statistique d'un test statistique, le fameux « p » :

- La probabilité de se tromper lorsque l'on ne conclut pas
- La probabilité de se tromper si l'on conclut à l'absence de différence
- La probabilité d'obtenir l'effet observé ou un effet plus extrême, sous l'hypothèse d'absence d'effet
- La puissance statistique d'un test
- La puissance méthodologique d'un test

23. Les corticoïdes peuvent provoquer une insuffisance corticosurrénalienne en cas d'administration :

- Prolongée
- Nocturne
- Matinale
- A midi
- Aux patients alcooliques

24. Le plan de gestion des risques, après la mise sur le marché, proposé par l'agence nationale de sécurité des médicaments comprend :

- Des études de phase IV (dans l'indication reconnue)
- Des études sur des nouvelles indications
- Des études de marketing pour augmenter le nombre de prescriptions du médicament
- Des études de phase I
- Est utile pour la réévaluation de l'AMM tous les 5 ans

25. Font partie du modèle pharmacocinétique :

- La biodisponibilité
- La clairance sanguine totale du médicament
- La demi-vie du médicament
- La dose correspondant à 50% de l'effet maximum (EC50)
- L'effet maximum

26. L'effet placebo :

- Fait partie des facteurs de confusion
- Peut expliquer un biais de sélection
- Est un facteur d'attrition
- Est supprimé par la mise en place d'un groupe contrôle, ou de comparaison
- N'est pas supprimé dans l'essai clinique mais réparti entre les deux groupes de traitements

27. L'antidote d'une intoxication au paracétamol est :

- La naloxone
- Le flumazénil
- La N-acétyl-cystéine
- Le 4-méthylpyrazole
- La pralidoxime

28. La comparaison du résultat observé sur deux groupes randomisés, l'un traité par le médicament expérimental, l'autre par un placebo en simple insu, s'expose plus particulièrement à :

- Un biais d'attrition
- Un biais de sélection
- Un biais de suivi
- Un biais de mesure
- Un biais de représentativité

29. Choisissez une ou des bonnes réponses :

- L'altération de la fonction hépatique, rénale et l'utilisation de plusieurs médicaments associés sont les facteurs de risque de la diminution de l'efficacité et l'augmentation de la toxicité des médicaments chez les sujets âgés
- L'immaturation rénale entraîne une diminution de l'efficacité du médicament chez le nouveau-né
- Utilisation médicamenteuse hors AMM, fréquente en pédiatrie, pourrait augmenter le risque de survenue des effets indésirables ou toxiques et diminuer de l'efficacité du médicament
- Les enfants ne sont pas des adultes en miniature car les enfants sont différents de l'adulte sur les paramètres PK-PD, de l'immaturation enzymatique, du passage cutané des médicaments, de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et leur capacité plus faible de l'élimination rénale
- La plupart des données sur l'efficacité et la sécurité des médicaments chez l'adulte peuvent être extrapolées de façon fiable pour l'utilisation chez l'enfant

30. L'association d'une aminopénicilline à l'atorvastatine augmente le risque de la survenue d'une rhabdomyolyse (1) car les aminopénicillines inhibent l'activité du CYP3A4, enzyme de destruction de la plupart des statines (2) :

- Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet
- Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet
- La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse
- La proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie
- Les 2 propositions sont fausses

31. Les différentes phases d'évaluation des médicaments :

- La phase I a pour objectif de rechercher la dose maximum tolérée
- La phase II a pour objectif l'identification d'une relation dose effet
- La phase II doit comporter dans l'idéal trois groupes de doses différentes et un groupe placebo
- Lors de la phase IIa on recherche l'efficacité clinique sur un grand nombre de patients
- Lors de la phase IIb on cherche à optimiser la dose

32. Par rapport au plan en groupes parallèles, le plan en cross-over :

- Est synonyme de plan en chassé-croisé
- Permet de réduire les effectifs en général
- Fait du patient son propre témoin
- Requiert deux fois plus de patients que le plan en groupes parallèles
- Consiste à tester deux médicaments ou facteurs, chacun contre son contrôle, idéalement un placebo

33. Les inconvénients des analyses en sous-groupes sont :

- La consommation du risque alpha global par la multiplicité des tests
- Le gain en puissance
- L'augmentation du risque bêta car les tests sont effectués sur des effectifs par définition réduits
- Une probabilité d'erreur majorée en cas de résultats globalement non conclusifs
- Si importants qu'il ne faut jamais les réaliser

34. La galantamine (Rémínyl) est :

- Un atropinique
- Un anticholinergique
- Un agoniste cholinergique anticholinestérasique
- Un cholinolytique
- Un stimulant des récepteurs cholinergiques nicotiniques

35. Concernant l'étude CAST 1 qui a comparé encainide et flecainide au placebo après infarctus du myocarde en présence de troubles du rythme ventriculaire, indiquez les propositions correctes :

- Une surmortalité significative a été observée dans le bras traité par antiarythmique par comparaison au placebo
- L'étude reposait sur un modèle thérapeutique d'une bonne logique interne
- La confrontation aux faits à travers l'expérience de l'étude a validé le modèle initial
- Cet exemple illustre que la mise sur le marché de médicaments mal évalués peut être responsable de catastrophes sanitaires
- La signification statistique d'un résultat suffit en soi à justifier

36. Indiquer parmi les suivants, les effets indésirables imputables à l'utilisation des AINS durant la période fœtale :

- Malformation ano-rectale
- Hypertension artérielle pulmonaire
- Syndactylie
- Insuffisance rénale
- Fermeture prématurée du canal artériel fœtal

37. La lecture d'une méta-analyse montre un intervalle de confiance du risque relatif à 95% de 0,50 à 0,95. Que peut-on en déduire sur le résultat du test de signification statistique du risque relatif en situation bilatéral ?

- Il est supérieur à 5%
- Il est égal à 5%
- Il est inférieur à 5%
- On ne peut rien en dire
- Toutes les réponses sont fausses

38. Le coefficient de la résorption digestive de la digoxine peut s'accroître lors de son association aux pénicillines qui :

- Induisent l'activité de la P-gp
- Inhibent l'activité de la P-gp
- Modifient l'effet du premier passage hépatique de la digoxine
- Modifient l'effet du premier passage intestinal de la digoxine
- Aucune des propositions n'est exacte

39. Cocher la (les) proposition (s) exacte (s) :

- Anémie hémolytique lors de l'utilisation du paracétamol chez un patient déficitaire en G6PD
- Paralysie respiratoire prolongée chez les patients déficients en pseudo-cholinestérases plasmatiques lors de l'utilisation de la succinylcholine
- Aplasie médullaire en cas de l'utilisation des médicaments thiopuriques chez les patients déficients en CYP450 3A4 polymorphisme génétique
- Toux lors de l'utilisation d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Hépatite fulminante lors de l'utilisation de fortes doses du paracétamol

40. Les effectifs à inclure dans un essai clinique pour montrer une différence entre deux traitements sont d'autant plus importants que :

- Le risque d'erreur consenti a priori est important
- La puissance de l'étude est importante
- La différence à mettre en évidence est importante
- La variabilité de la mesure du critère de jugement est importante
- L'hypothèse alternative est formulée de façon bilatérale pour un risque alpha donné, par rapport à une formulation unilatérale

41. Chez le sujet âgé, et afin de réduire au minimum tout risque de survenu d'EI, il faut :

- Augmenter la dose des digitaliques
- Corriger l'hypercalcémie survenant après l'administration des diurétiques de l'anse
- Etre particulièrement vigilant à l'hypotension en cas de traitement des AINS
- Surveiller l'activité électrique cardiaque en cas d'administration des antidépresseurs tricycliques
- Prévenir l'atteinte digestive ulcéreuse en cas d'administration des AINS

42. Indiquer parmi les suivants, le (s) médicaments (s) tératogène (s) :

- AINS (ibuprofène, aspegic)
- Lénalidomide
- Roacutan (isotrétinoïdes)
- Acide valproïque
- Amoxicilline

43. Choisissez une ou des bonnes réponses :

- L'hypoglycémie et l'insuffisance cardiaque sont les deux effets indésirables les plus fréquents observés en période néonatale chez les enfants dont les mères étaient traitées durant leur grossesse par un β -bloquant
 - L'AINS est contre indiqué à partir du 6^è mois de grossesse pour le risque de fermeture du canal artériel du fœtus
 - Les neuroleptiques sont bénéfiques et nécessaires pendant la grossesse même s'il existe le risque d'effets indésirables connus pour le fœtus
 - 90% des médicaments ne sont pas autorisés pendant l'allaitement maternel car les médicaments passent avec en quantités importantes dans le lait, donc, il est dangereux pour l'enfant
- Je peux consulter le site internet « Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT):<http://www.lecrat.org> » pour avoir des informations concernant des médicaments et l'allaitement car c'est un site fiable et informatif
-

44. Le dossier d'enregistrement d'un médicament contient des études précliniques afin d'étudier les éléments suivants :

- La toxicité
- La fonction de reproduction
- La toxicité embryo-foetale et périnatale
- Le potentiel mutagène
- Le potentiel cancérigène

45. Il faut être particulièrement prudent chez un coronarien en cas d'administration d'un médicament tachycardisant (1) car la tachycardie augmente la consommation myocardique en O₂ (MVO₂) pouvant provoquer une crise d'angine de poitrine (2) :

- Les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet
- Les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet
- La proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse
- La proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie
- Les 2 propositions sont fausses

46. La démonstration de la relation de causalité en pharmacologie :

- Est habituellement apportée lors de prescriptions usuelles, dans les conditions de soin standard
- Est une caractéristique importante de la méthode de l'essai clinique de bonne méthodologie
- Est retrouvée dans les méta-analyses des essais cliniques de bonne méthodologie
- Peut être mise en péril par une réalisation de mauvaise qualité de l'essai clinique
- Peut être issue d'études pharmaco-épidémiologiques

47. Dans une étude comparative ouverte, les principaux biais à redouter sont :

- Les biais de confusion
- Les biais de sélection par défaut de randomisation centralisée
- Les biais de suivi
- Les biais d'évaluation ou de mesure
- Les biais d'attrition

48. Indiquer la (les) proposition (s) exacte (s) :

- Les contraceptifs protègent contre les affections thromboemboliques
- En cas d'arythmies per et/ou postischémique myocardique, l'administration des antiarythmiques de classe AAR1a et AAR1c augmentent la propension à la fibrillation ventriculaire
- L'hypernatrémie augmente la toxicité des antiarythmiques de classe AAR1a et AAR1c
- L'hyperkaliémie augmente le risque de la survenue des torsades de pointes lors de l'utilisation des médicaments potentiellement torsadogènes
- L'hyperkaliémie augmente le risque de la survenue de fibrillation ventriculaire lors de l'utilisation des digitaliques

49. Les principaux facteurs de confusion dans l'évaluation des thérapeutiques sont :

- L'évolution spontanée de la pensée médicale
- L'évolution spontanée de la situation pathologique
- La régression à la moyenne
- L'effet placebo
- Le nombre de perdus de vue

50. Le comité de protection des personnes a pour mission :

- Le respect des droits et de la dignité des patients
- L'évaluation de la pertinence de la recherche
- La protection contre les risques de la recherche
- La surveillance lors de la réalisation de la recherche
- Le conseil éthique sur la prise en charge des patients

51. La survenue d'un effet indésirable peut être fondée sur :

- L'expérimentation animale
- Les résultats des essais cliniques
- L'analogie structurale
- Le non-respect des conditions d'utilisation des médicaments
- La connaissance des caractéristiques pharmacocinétiques du médicament à utiliser

52. En cas de surdosage en paracétamol, les premiers signes biologiques peuvent être :

- Une hyponatrémie
- Une cytolyse hépatique
- Une hypoglycémie
- Une acidose lactique
- Une baisse du TP

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:49

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°1

11 questions

1.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Que devez-vous rechercher systématiquement chez ce patient ?

- une infection à *Neisseria gonorrhoeae*
- une infection à *Chlamydia trachomatis*
- une syphilis
- une infection due au VIH
- une infection au virus influenza

2.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Quel(s) prélèvement(s) faut-il réaliser chez ce patient pour réaliser le(s) diagnostic(s) microbiologique(s)?

- un prélèvement de gorge
- un prélèvement anal
- un prélèvement urétral
- des hémocultures
- un prélèvement de sang pour réaliser des sérodiagnostics

3.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Vous demandez donc à votre malade de se rendre au laboratoire pour réaliser le ou les prélèvements.

Que faut-il prescrire en même temps à votre malade ?

- une injection de ceftriaxone
- une prise d'azithromycine
- une injection de ceftriaxone et une prise d'azithromycine
- une prise d'amoxicilline
- une injection de benzathine pénicilline

4.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Le biologiste du laboratoire vous téléphone car des cocci à Gram négatif ont été mis en évidence à partir d'un prélèvement. Quelle est la bactérie la plus probablement responsable de cette infection ?

- Treponema pallidum*
- Haemophilus ducreyi*
- Neisseria gonorrhoeae*
- Chlamydia trachomatis*
- Streptococcus agalactiae*

5.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Parmi les autres résultats du laboratoire, vous recevez celui-ci pour le diagnostic de la syphilis : TPHA positif (+) et VDRL négatif. Comme vous avez un doute sur l'interprétation du résultat, vous faites réaliser un second sérodiagnostic de la syphilis 15 jours après le premier, dont le résultat est strictement identique. Comment peut-on interpréter ces résultats ?

- absence de syphilis
- syphilis en cours d'incubation
- réaction faussement positive pour le TPHA
- syphilis évolutive non guérie
- syphilis a priori guérie

6.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Six mois après cette IST, M. D vient consulter car il se sent fatigué depuis 1 semaine. A l'examen clinique vous notez une pharyngite et des adénopathies. A l'interrogatoire il vous explique que malgré vos recommandations il a toujours des rapports sexuels multiples et non protégés. Il vous tend les résultats de sa numération formule sanguine réalisée il y a deux jours à son initiative qui montre une hyper-lymphocytose avec formule inversée et présence de lymphocytes activés. Vous concluez à un syndrome mononucléosique. Quels virus parmi les suivants peuvent être responsables de syndrome mononucléosique ?

- CMV
- EBV
- VIH
- HSV
- grippe

7.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Les autres signes cliniques et biologiques pouvant être retrouver sont :

- un rash cutané
- une splénomégalie
- une thrombopénie
- une hypertransaminasémie
- une neutropénie

8.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Dans le cas de M. D, quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

- CMV
- EBV
- VIH
- HSV
- grippe

9.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Parmi les suivants quels examens allez-vous prescrire lors de cette consultation?

- sérologie VIH
- sérologie Hépatite B
- sérologie grippe
- sérologie Hépatite E
- dosage d'hCG

10.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Le test de dépistage HIV revient positif, M. D est curieux de savoir quels sont les modes de transmission de ce virus ?

- rapports homosexuels
- rapports hétérosexuels
- transfusion sanguine
- échange de seringue usagée
- transmission mère enfant

11.

Cas Clinique n°1:

M. D., 28 ans vient à votre consultation pour un tableau évoluant depuis 2 jours à type de brûlures mictionnelles intenses et présence de pus au niveau du méat urinaire. A la question de savoir s'il a des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, le patient répond : « oui, régulièrement ». L'examen clinique ne met pas en évidence d'autres lésions.

Quels sont les éléments du bilan initial que vous devez prescrire ?

- typage lymphocytaire T CD4/CD8
- charge virale sanguine
- test de génotypage pour déterminer des mutations de résistance aux antiviraux
- sérologie Rougeole-Oreillon-Rubéole
- sérologies Hépatites B et C

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:54

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°2

10 questions

1.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Quels virus peuvent être responsables de syndrome grippal ?

- VRS
- rhinovirus
- EBV
- HHV6
- virus influenza

2.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Quels sont les modes de transmission des virus de la grippe ?

- par les sécrétions respiratoires
- par les aérosols contaminés
- par voie fécale-orale
- par voie transplacentaire
- par le lait

3.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

A propos du diagnostic des infections grippales, quelles sont les propositions vraies?

- un test rapide grippe négatif permet d'exclure l'infection par le virus grippal
- le diagnostic virologique permet de mettre en place des moyens sanitaires pour gérer les épidémies
- le diagnostic virologique est indiqué dans les cas graves
- la culture des virus influenza permet de suivre leur dérive antigénique
- le diagnostic moléculaire est suffisant pour mettre à jour les vaccins chaque année

4.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Un traitement antiviral (oseltamivir) peut-être proposé. Dans le cas de Mme R, quelles sont les propositions vraies concernant le traitement?

- Mme R. est vaccinée, aucun antiviral n'est nécessaire
- l'oseltamivir est administré par voie orale
- la cible de l'oseltamivir est de bloquer l'hémagglutinine du virus
- l'oseltamivir est actif contre toutes les viroses respiratoires
- l'oseltamivir peut avoir des effets secondaires digestifs

5.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Alors que Mme R. était devenue apyrétique depuis 5 jours, vous notez la réapparition de la fièvre. La toux devient plus intense associée à des expectorations purulentes. Vous suspectez une surinfection bactérienne. Quel(s) examen(s) devez-vous prescrire chez cette patiente parmi les suivants ?

- hémocultures
- antigènes urinaires légionelles
- ECBU (examen cytbactériologique des urines)
- ECBC (examen cytbactériologique des crachats)
- aspiration naso-pharyngée

6.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Vous suspectez une pneumopathie. Quels sont les signes cliniques à rechercher pour confirmer votre hypothèse ?

- une matité systématisée
- des sibillances diffuses
- un souffle tubaire
- un foyer de crépitants
- une abolition du murmure vésiculaire

7.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Préciser les microorganismes responsables de pneumonies communautaires:

- Legionella pneumophila*
- Pseudomonas aeruginosa*
- Haemophilus influenzae*
- Corynebacterium diphtheriae*
- Streptococcus pneumoniae*

8.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Vous venez d'envoyer des hémocultures au laboratoire pour cette patiente. Le bactériologiste vous appelle pour vous dire qu'il a vu des cocci à Gram positif en diplocoques à l'examen direct, mais vous ne savez plus de quel prélèvement il s'agit. Cela peut être :

- dans les urines
- dans les hémocultures
- dans les crachats
- dans un écouvillonnage pharyngé
- dans un écouvillonnage nasal

9.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Quelles sont les réponses exactes concernant l'interprétation des prélèvements bronchopulmonaires ?

- l'ECBC (examen cyto bactériologique des crachats) est de bonne qualité si on observe de nombreuses cellules épithéliales à l'examen direct
- le seuil bactériologique pour un ECBC est de 10^7 bactéries / mL en culture
- Streptococcus pneumoniae* est un commensal du rhinopharynx
- le seuil bactériologique d'un lavage broncho alvéolaire est plus haut que celui d'un ECBC
- Haemophilus influenzae* est un commensal du rhinopharynx

10.

Cas Clinique n° 2:

Mme R., 80 ans vit en EHPAD. Elle a été vaccinée contre la grippe en octobre. Sa famille est venue lui rendre visite pour les fêtes de fin d'année, accompagnée de son dernier petit-fils de 5 ans qui était fébrile. Deux jours plus tard Mme R. a présenté de la fièvre et un catarrhe rhino-pharyngé ; une toux est apparue le lendemain.

Quels sont les items vrais concernant la sensibilité aux antibiotiques de *Streptococcus pneumoniae* ?

- est résistant naturellement aux céphalosporines de 3ème génération
- produit une pénicillinase
- produit une bétalactamase
- possède dans sa paroi des protéines liant les pénicillines
- la pénicilline A est l'antibiotique de choix des pneumonies à *Streptococcus pneumoniae*

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:55

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°3

5 questions

1.

Cas Clinique n°3:

L.P. âgé de 3 semaines est amené aux urgences de l'hôpital régional. Sa température tympanique est de 39,4°C. Sa mère inquiète déclare qu'il a des difficultés à téter son biberon depuis 2 jours et qu'il est somnolent. Le nourrisson ne tousse pas, ne vomit pas et n'a pas de diarrhée. L'examen physique fait par le médecin des urgences révèle une température rectale de 38,5°C, un pouls à 174 battements par minute, une respiration à 40 par minute et une pression sanguine à 97/41mmHg. L'enfant est irritable lorsqu'on le prend dans les bras. Il y a un renflement de la fontanelle. Vous évoquez le diagnostic de méningite.

Quelles sont dans ce contexte les bactéries possiblement en cause ?

- Streptococcus agalactiae*
- Escherichia coli* K1
- Listeria monocytogenes*
- Streptococcus pyogenes*
- Neisseria gonorrhoeae*

2.

Cas Clinique n°3:

L.P. âgé de 3 semaines est amené aux urgences de l'hôpital régional. Sa température tympanique est de 39,4°C. Sa mère inquiète déclare qu'il a des difficultés à téter son biberon depuis 2 jours et qu'il est somnolent. Le nourrisson ne tousse pas, ne vomit pas et n'a pas de diarrhée. L'examen physique fait par le médecin des urgences révèle une température rectale de 38,5°C, un pouls à 174 battements par minute, une respiration à 40 par minute et une pression sanguine à 97/41mmHg. L'enfant est irritable lorsqu'on le prend dans les bras. Il y a un renflement de la fontanelle. Vous évoquez le diagnostic de méningite.

Quel(s) prélèvement(s) à visée diagnostic devez-vous effectuer en urgence ?

- une ponction lombaire
- des hémocultures
- un prélèvement de gorge
- un prélèvement de selles
- un ECBU

3.

Cas Clinique n°3:

L.P. âgé de 3 semaines est amené aux urgences de l'hôpital régional. Sa température tympanique est de 39,4°C. Sa mère inquiète déclare qu'il a des difficultés à téter son biberon depuis 2 jours et qu'il est somnolent. Le nourrisson ne tousse pas, ne vomit pas et n'a pas de diarrhée. L'examen physique fait par le médecin des urgences révèle une température rectale de 38,5°C, un pouls à 174 battements par minute, une respiration à 40 par minute et une pression sanguine à 97/41mmHg. L'enfant est irritable lorsqu'on le prend dans les bras. Il y a un renflement de la fontanelle. Vous évoquez le diagnostic de méningite.

Faut-il prescrire d'emblée un traitement antibiotique ? Si oui lequel ?

- non j'attends les résultats du laboratoire
- oui je prescris de l'amoxicilline seule
- oui je prescris de l'imipénème + un aminoside
- oui je prescris de l'amoxicilline + du cefotaxime + un aminoside
- oui je prescris de l'amoxicilline + acide clavulanique

4.

Cas Clinique n°3:

L.P. âgé de 3 semaines est amené aux urgences de l'hôpital régional. Sa température tympanique est de 39,4°C. Sa mère inquiète déclare qu'il a des difficultés à téter son biberon depuis 2 jours et qu'il est somnolent. Le nourrisson ne tousse pas, ne vomit pas et n'a pas de diarrhée. L'examen physique fait par le médecin des urgences révèle une température rectale de 38,5°C, un pouls à 174 battements par minute, une respiration à 40 par minute et une pression sanguine à 97/41mmHg. L'enfant est irritable lorsqu'on le prend dans les bras. Il y a un renflement de la fontanelle. Vous évoquez le diagnostic de méningite.

Les résultats de la ponction lombaire sont les suivants : liquide purulent avec 1.5×10^9 /L GB avec 95% de polynucléaires neutrophiles, glycorachie 0,4 mmol/L et une protéinorachie à 3 g/L. L'examen direct montre des cocci à Gram+ en chainettes. Ces résultats sont en faveur d'une méningite bactérienne car :

- il y a une hypoprotéinorachie
- il y a des cocci à Gram positif à l'examen direct
- il y a une hyperglycorachie
- il y a une majorité de polynucléaires neutrophiles
- le LCR est purulent

5.

Cas Clinique n°3:

L.P. âgé de 3 semaines est amené aux urgences de l'hôpital régional. Sa température tympanique est de 39,4°C. Sa mère inquiète déclare qu'il a des difficultés à téter son biberon depuis 2 jours et qu'il est somnolent. Le nourrisson ne tousse pas, ne vomit pas et n'a pas de diarrhée. L'examen physique fait par le médecin des urgences révèle une température rectale de 38,5°C, un pouls à 174 battements par minute, une respiration à 40 par minute et une pression sanguine à 97/41mmHg. L'enfant est irritable lorsqu'on le prend dans les bras. Il y a un renflement de la fontanelle. Vous évoquez le diagnostic de méningite.

Quelle(s) mesure(s) prophylactique(s) aurai(en)t permis d'éviter cette infection ?

- une déclaration obligatoire
- un traitement systématique du nouveau-né à la naissance
- un dépistage vaginal du *Streptococcus agalactiae* au 8^e mois de grossesse
- une prophylaxie par antibiotique chez la mère lors de l'accouchement
- une vaccination obligatoire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:57

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°4

5 questions

1.

Cas Clinique n° 4:

Madame J., 30 ans, se présente aux urgences pour brûlures mictionnelles et pollakiurie. Elle n'a aucun antécédent particulier et prend une contraception orale. A l'examen clinique, elle présente une fièvre à 38,5°C et se plaint de douleurs lombaires gauches. Vous réalisez chez cette patiente une bandelette urinaire.

Quelles sont les réponses exactes concernant la bandelette urinaire (BU) ?

- la BU présente une bonne valeur prédictive positive chez l'homme
- la BU présente une bonne valeur prédictive négative chez la femme
- en cas de cystite simple, la BU peut être le seul examen nécessaire pour instituer un traitement antibiotique
- la présence de nitrites oriente vers une infection à *Staphylococcus saprophyticus*
- la présence de glucose oriente vers une infection urinaire

2.

Cas Clinique n° 4:

Madame J., 30 ans, se présente aux urgences pour brûlures mictionnelles et pollakiurie. Elle n'a aucun antécédent particulier et prend une contraception orale. A l'examen clinique, elle présente une fièvre à 38,5°C et se plaint de douleurs lombaires gauches. Vous réalisez chez cette patiente une bandelette urinaire.

La bandelette urinaire revient positive pour les leucocytes et les nitrites. Vous réalisez alors un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU). Comment doit être réalisé un ECBU ?

- prélèvement d'urine lors du 1er jet
- prélèvement d'urine le soir avant de se coucher
- faire une toilette soignée avant le prélèvement
- prélèvement après l'instauration du traitement antibiotique
- prélèvement dans un récipient stérile

3.

Cas Clinique n° 4:

Madame J., 30 ans, se présente aux urgences pour brûlures mictionnelles et pollakiurie. Elle n'a aucun antécédent particulier et prend une contraception orale. A l'examen clinique, elle présente une fièvre à 38,5°C et se plaint de douleurs lombaires gauches. Vous réalisez chez cette patiente une bandelette urinaire.

Voici les premiers résultats de l'ECBU : leucocytes : 200 Mégaéléments/L hématies : 10 Mégaéléments/L cellules : 5 Mégaéléments/L coloration de Gram : nombreux bacilles à Gram négatif. Comment faut-il interpréter ces résultats ?

- présence de leucocytes à un taux supérieur au seuil de leucocyturie significative
- présence de cellules à un taux de 5 Mégaéléments/L est caractéristique d'une infection
- présence d'hématies à un taux évoquant une infection urinaire
- la présence de nombreux bacilles à Gram négatif à la coloration de Gram est en faveur d'une infection à *Staphylococcus saprophyticus*
- la présence de nombreux bacilles à Gram négatif à la coloration de Gram est en faveur d'une infection à entérobactéries

4.

Cas Clinique n° 4:

Madame J., 30 ans, se présente aux urgences pour brûlures mictionnelles et pollakiurie. Elle n'a aucun antécédent particulier et prend une contraception orale. A l'examen clinique, elle présente une fièvre à 38,5°C et se plaint de douleurs lombaires gauches. Vous réalisez chez cette patiente une bandelette urinaire.

Quels sont parmi les signes suivants, les critères de gravité du sepsis?

- une hypotension
- une cyanose des extrémités
- une fièvre à 40°C
- des troubles de conscience
- une polypnée

5.

Cas Clinique n° 4:

Madame J., 30 ans, se présente aux urgences pour brûlures mictionnelles et pollakiurie. Elle n'a aucun antécédent particulier et prend une contraception orale. A l'examen clinique, elle présente une fièvre à 38,5°C et se plaint de douleurs lombaires gauches. Vous réalisez chez cette patiente une bandelette urinaire.

Cette patiente ne présentant aucun facteur de gravité, comment faut-il la prendre en charge ?

- instaurer un traitement par céphalosporine de troisième génération
- instaurer un traitement par fosfomycine-trométamol
- attendre les résultats de l'antibiogramme (48h) pour prescrire un traitement antibiotique
- adapter le traitement antibiotique à 48h en fonction des résultats de l'antibiogramme
- prescrire un ECBU de contrôle dans 48h

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:58

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°5

5 questions

1.

Cas Clinique n°5:

A 18h, une jeune femme se présente à votre cabinet, car son fils Tom âgé de 4 ans, vomit abondamment. Tom présente également une diarrhée aqueuse profuse apparue à 15 heures. Il a très mal au ventre, est fatigué et n'est pas fébrile. La mère vous explique qu'il s'agit probablement d'une épidémie de gastro-entérites virales, car 28 enfants ayant déjeuné avec Tom au restaurant scolaire ce jour là, présentent les mêmes symptômes. Ils ont mangé du poulet, des petits pois et un chou à la crème pâtissière.

Quels sont, parmi les items suivants, ceux en faveur d'une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) ?

- l'âge de Tom
- les symptômes digestifs
- l'absence de fièvre
- le fait que plusieurs enfants de l'école présentent les mêmes symptômes
- le fait que les enfants aient tous mangé au même restaurant scolaire

2.

Cas Clinique n°5:

A 18h, une jeune femme se présente à votre cabinet, car son fils Tom âgé de 4 ans, vomit abondamment. Tom présente également une diarrhée aqueuse profuse apparue à 15 heures. Il a très mal au ventre, est fatigué et n'est pas fébrile. La mère vous explique qu'il s'agit probablement d'une épidémie de gastro-entérites virales, car 28 enfants ayant déjeuné avec Tom au restaurant scolaire ce jour là, présentent les mêmes symptômes. Ils ont mangé du poulet, des petits pois et un chou à la crème pâtissière.

Quelles bactéries peuvent être responsables de TIAC ?

- Bacillus cereus*
- Vibrio cholerae*
- Staphylococcus aureus*
- Salmonella typhimurium*
- Clostridium difficile*

3.

Cas Clinique n°5:

A 18h, une jeune femme se présente à votre cabinet, car son fils Tom âgé de 4 ans, vomit abondamment. Tom présente également une diarrhée aqueuse profuse apparue à 15 heures. Il a très mal au ventre, est fatigué et n'est pas fébrile. La mère vous explique qu'il s'agit probablement d'une épidémie de gastro-entérites virales, car 28 enfants ayant déjeuné avec Tom au restaurant scolaire ce jour là, présentent les mêmes symptômes. Ils ont mangé du poulet, des petits pois et un chou à la crème pâtissière.

Quels sont les éléments en faveur d'une TIAC à *S. aureus* ?

- les vomissements
- le délai d'incubation court (2-3 heures)
- l'aliment suspecté est le poulet mangé par les enfants
- l'aliment suspecté est la pâtisserie mangée par les enfants
- l'absence de syndrome dysentérique

4.

Cas Clinique n°5:

A 18h, une jeune femme se présente à votre cabinet, car son fils Tom âgé de 4 ans, vomit abondamment. Tom présente également une diarrhée aqueuse profuse apparue à 15 heures. Il a très mal au ventre, est fatigué et n'est pas fébrile. La mère vous explique qu'il s'agit probablement d'une épidémie de gastro-entérites virales, car 28 enfants ayant déjeuné avec Tom au restaurant scolaire ce jour là, présentent les mêmes symptômes. Ils ont mangé du poulet, des petits pois et un chou à la crème pâtissière.

Quel(s) examen(s) permettront d'identifier cet agent pathogène ?

- la coproculture
- la recherche de toxines dans les selles
- la recherche de toxines dans l'aliment
- la recherche de toxines dans les vomissements
- la réalisation d'hémocultures

5.

Cas Clinique n°5:

A 18h, une jeune femme se présente à votre cabinet, car son fils Tom âgé de 4 ans, vomit abondamment. Tom présente également une diarrhée aqueuse profuse apparue à 15 heures. Il a très mal au ventre, est fatigué et n'est pas fébrile. La mère vous explique qu'il s'agit probablement d'une épidémie de gastro-entérites virales, car 28 enfants ayant déjeuné avec Tom au restaurant scolaire ce jour là, présentent les mêmes symptômes. Ils ont mangé du poulet, des petits pois et un chou à la crème pâtissière.

Quelles mesures de prise en charge allez-vous adopter ?

- une réhydratation per os
- une antibiothérapie par de la pénicilline per os
- une déclaration de l'infection au CLIN
- une déclaration de l'infection à l'ARS
- une vaccination des sujets contacts

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:59

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°6

6 questions

1.

Cas Clinique n°6:

Au mois de mai, une épidémie de varicelle sévit dans une école maternelle. Trois semaines après l'apparition des premiers cas un petit garçon, sans antécédent particulier présente le matin au réveil une éruption évocatrice.

Comment l'enfant a-t-il pu être contaminé ?

- par voie respiratoire
- par inhalation de gouttelettes de salive
- par contact avec les lésions vésiculeuses
- par les larmes
- par l'urine

2.

Cas Clinique n°6:

Au mois de mai, une épidémie de varicelle sévit dans une école maternelle. Trois semaines après l'apparition des premiers cas un petit garçon, sans antécédent particulier présente le matin au réveil une éruption évocatrice.

En dehors de l'argument lié au contexte épidémique, quels sont les signes clinique orientant vers une varicelle?

- la présence de fièvre
- l'éruption progressant par poussées
- une évolution cyclique des lésions cutanées
- un cuir chevelu épargné
- l'érythème buccal

3.

Cas Clinique n°6:

Au mois de mai, une épidémie de varicelle sévit dans une école maternelle. Trois semaines après l'apparition des premiers cas un petit garçon, sans antécédent particulier présente le matin au réveil une éruption évocatrice.

Comment doit-être réalisé le diagnostic de varicelle chez cet enfant ?

- par détection du génome du VZV à partir d'un écouvillonnage des lésions cutanées
- par recherche d'anticorps spécifiques du VZV
- uniquement à partir des signes cliniques
- par mise en culture d'un prélèvement pharyngé
- par détection d'antigènes du VZV dans les urines

4.

Cas Clinique n°6:

Au mois de mai, une épidémie de varicelle sévit dans une école maternelle. Trois semaines après l'apparition des premiers cas un petit garçon, sans antécédent particulier présente le matin au réveil une éruption évocatrice.

Quelles complications peuvent être observées suite à une infection par le VZV ?

- une surinfection bactérienne cutanée
- une pneumonie
- des complications neurologiques
- une méningite bactérienne
- une diarrhée

5.

Cas Clinique n°6:

Au mois de mai, une épidémie de varicelle sévit dans une école maternelle. Trois semaines après l'apparition des premiers cas un petit garçon, sans antécédent particulier présente le matin au réveil une éruption évocatrice.

Que doit-on proposer pour traiter la varicelle de cet enfant ?

- des antipyrétiques
- l'application d'une pommade antibiotique
- une toilette quotidienne suivie de l'application de chlorhexidine
- l'application de corticoïdes locaux
- des antihistaminiques

6.

Cas Clinique n°6:

Au mois de mai, une épidémie de varicelle sévit dans une école maternelle. Trois semaines après l'apparition des premiers cas un petit garçon, sans antécédent particulier présente le matin au réveil une éruption évocatrice.

La mère de cet enfant doit accoucher dans une semaine. Elle est inquiète, car elle n'a jamais eu la varicelle, craint d'être contaminée par le VZV et de le transmettre à son bébé. Concernant le risque de transmission et la prise en charge d'une infection à VZV chez la femme enceinte, quelles sont les propositions vraies ?

- le risque de transmission de la mère à l'enfant est rare car 95% des femmes sont immunisées
- le risque de transmission de la mère à l'enfant est maximal en cas de primo-infection maternelle survenant en fin de grossesse
- l'aciclovir IV est indiqué pour la mère et l'enfant en cas de primo-infection en fin de grossesse
- la vaccination de la femme enceinte contre le VZV est indiquée en cas de contage inférieur à 3 jours
- la survenue d'un zona chez une femme enceinte est sans risque pour le fœtus

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:00

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°7

4 questions

1.

Cas Clinique n°7:

Un enfant de 10 ans sans antécédent particulier consulte pour fièvre et douleurs à la déglutition. Devant un diagnostic d'angine érythémato-pultacée, le médecin traitant prescrit de l'amoxicilline. Quatre jours après l'enfant consulte aux urgences, car il présente une éruption pétéchiale au niveau du tronc, du dos et des membres supérieurs. Il est apyrétique. L'examen clinique retrouve des adénopathies cervicales et les signes d'angine.

Quel(s) agent(s) infectieux parmi le(s) suivant(s) peut(vent) être responsable(s) d'angine ?

- Streptococcus pyogenes*
- Staphylococcus aureus*
- Corynebacterium diphtheriae*
- Streptococcus pneumoniae*
- Mycoplasma pneumoniae*

2.

Cas Clinique n°7:

Un enfant de 10 ans sans antécédent particulier consulte pour fièvre et douleurs à la déglutition. Devant un diagnostic d'angine érythémato-pultacée, le médecin traitant prescrit de l'amoxicilline. Quatre jours après l'enfant consulte aux urgences, car il présente une éruption pétéchiale au niveau du tronc, du dos et des membres supérieurs. Il est apyrétique. L'examen clinique retrouve des adénopathies cervicales et les signes d'angine.

Quels virus parmi les suivants peuvent être responsables d'angine ?

- HIV
- CMV
- EBV
- adénovirus
- entérovirus

3.**Cas Clinique n°7:**

Un enfant de 10 ans sans antécédent particulier consulte pour fièvre et douleurs à la déglutition. Devant un diagnostic d'angine érythémato-pultacée, le médecin traitant prescrit de l'amoxicilline. Quatre jours après l'enfant consulte aux urgences, car il présente une éruption pétéchiale au niveau du tronc, du dos et des membres supérieurs. Il est apyrétique. L'examen clinique retrouve des adénopathies cervicales et les signes d'angine.

Selon les données cliniques, quel virus faut-il évoquer en premier chez cet enfant ?

- HIV
- CMV
- EBV
- HHV6
- entérovirus

4.**Cas Clinique n°7:**

Un enfant de 10 ans sans antécédent particulier consulte pour fièvre et douleurs à la déglutition. Devant un diagnostic d'angine érythémato-pultacée, le médecin traitant prescrit de l'amoxicilline. Quatre jours après l'enfant consulte aux urgences, car il présente une éruption pétéchiale au niveau du tronc, du dos et des membres supérieurs. Il est apyrétique. L'examen clinique retrouve des adénopathies cervicales et les signes d'angine.

Lors de la consultation initiale, quel(s) examen(s) biologique(s) le médecin traitant aurait-il du réaliser ?

- un TDR type strep A test
- un TDR type MNI test
- une charge virale EBV dans les urines
- une recherche du génome de l'EBV dans la salive
- une recherche des IgM et IgG anti-VCA et des IgG anti-EBNA

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:00

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°8

4 questions

1.

Cas Clinique n°8:

M. H., 50 ans, infirmier à l'hôpital et à jour de ses vaccinations, vient consulter pour une asthénie évoluant depuis une semaine. Il a des nausées et vous remarquez un ictère conjonctival à l'examen clinique. Cet infirmier connaissant le risque de transmission des virus des hépatites vous signale qu'il n'a pas voyagé ni consommé de coquillages récemment, mais qu'il est chasseur et a mangé du sanglier il y a environ un mois.

Quel virus parmi les suivants retenez-vous comme l'agent probable de l'hépatite chez M. H. ?

- EBV
- HHV6
- hépatite C
- hépatite E
- hépatite B

2.

Cas Clinique n°8:

M. H., 50 ans, infirmier à l'hôpital et à jour de ses vaccinations, vient consulter pour une asthénie évoluant depuis une semaine. Il a des nausées et vous remarquez un ictère conjonctival à l'examen clinique. Cet infirmier connaissant le risque de transmission des virus des hépatites vous signale qu'il n'a pas voyagé ni consommé de coquillages récemment, mais qu'il est chasseur et a mangé du sanglier il y a environ un mois.

Vous retenez le diagnostic d'hépatite aiguë. Quels sont les examens à réaliser en première intention chez ce patient ?

- un dosage des transaminases (ALAT)
- un taux de prothrombine
- un ECBU (examen cyto bactériologique des urines)
- un dosage du facteur V
- un MNI test

3.

Cas Clinique n°8:

M. H., 50 ans, infirmier à l'hôpital et à jour de ses vaccinations, vient consulter pour une asthénie évoluant depuis une semaine. Il a des nausées et vous remarquez un ictère conjonctival à l'examen clinique. Cet infirmier connaissant le risque de transmission des virus des hépatites vous signale qu'il n'a pas voyagé ni consommé de coquillages récemment, mais qu'il est chasseur et a mangé du sanglier il y a environ un mois.

A propos des signes cliniques des hépatites virales, quelles sont les propositions vraies ?

- l'hépatite A est asymptomatique dans plus de 90% des cas chez l'enfant de moins de 5 ans
- l'hépatite E peut évoluer vers la chronicité chez l'immunodéprimé
- l'hépatite E expose à un risque accru d'hépatite fulminante chez la femme enceinte
- l'hépatite B aiguë est asymptomatique dans 80% des cas
- l'hépatite C évolue vers la chronicité dans 80% des cas sans traitement

4.

Cas Clinique n°8:

M. H., 50 ans, infirmier à l'hôpital et à jour de ses vaccinations, vient consulter pour une asthénie évoluant depuis une semaine. Il a des nausées et vous remarquez un ictère conjonctival à l'examen clinique. Cet infirmier connaissant le risque de transmission des virus des hépatites vous signale qu'il n'a pas voyagé ni consommé de coquillages récemment, mais qu'il est chasseur et a mangé du sanglier il y a environ un mois.

A propos du diagnostic des hépatites virales, quelles sont les propositions vraies ?

- la détection d'IgM anti hépatite A signifie une infection aiguë par ce virus
- le diagnostic d'hépatite E est basé sur la détection d'IgM anti VHE et d'ARN du VHE dans le sang
- la détection d'IgM anti hépatite A est à déclaration obligatoire
- la détection d'Ac anti HBs et d'Ac anti HBc est à déclaration obligatoire à l'ARS
- une sérologie positive anti-VHC doit être confirmée par une autre technique sur un 2nd prélèvement

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:01

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°9

6 questions

1.

Cas Clinique n°9:

Vous recevez dans votre cabinet de médecine générale situé dans une grande ville de CHU un enfant de 5 ans et ses parents. L'enfant est fébrile (39°C), présente un trouble de la parole apparu la veille. Les parents signalent un séjour de 3 mois au Cameroun (Afrique) et un retour il y a 3 semaines.

A propos de cette situation pratique, quelles sont les réponses vraies ?

- une fièvre au retour d'une zone tropicale doit faire penser à un risque de paludisme
- le délai entre le retour en France et le début de la fièvre est trop long (3 semaines) pour suspecter le paludisme
- le paludisme est une maladie qui ne cause pas de fièvre
- la fièvre au cours d'une première crise de paludisme est toujours cyclique un jour sur deux
- il faut envisager aussi les autres diagnostics possibles en même temps

2.

Cas Clinique n°9:

Vous recevez dans votre cabinet de médecine générale situé dans une grande ville de CHU un enfant de 5 ans et ses parents. L'enfant est fébrile (39°C), présente un trouble de la parole apparu la veille. Les parents signalent un séjour de 3 mois au Cameroun (Afrique) et un retour il y a 3 semaines.

Quels sont les éléments de votre examen clinique qui sont compatibles avec un diagnostic de paludisme ?

- une pâleur conjonctivale
- la présence d'une splénomégalie
- la présence d'une hépatomégalie
- des signes de désorientation
- une respiration superficielle

3.

Cas Clinique n°9:

Vous recevez dans votre cabinet de médecine générale situé dans une grande ville de CHU un enfant de 5 ans et ses parents. L'enfant est fébrile (39°C), présente un trouble de la parole apparu la veille. Les parents signalent un séjour de 3 mois au Cameroun (Afrique) et un retour il y a 3 semaines.

Cet enfant ne présente pas de syndrome méningé, pas de diarrhée, pas de signes d'infection urinaire, pas de toux. Vous devez prendre des décisions rapides. Dans ce contexte, quelle doit être votre attitude ?

- vous convoquez l'enfant en consultation le lendemain matin après des examens biologiques.
- l'enfant pourra être traité à son domicile
- vous adressez immédiatement l'enfant au service des urgences du CHU proche
- vous prévenez le service des urgences pour que l'enfant soit pris en charge immédiatement
- vous expliquez aux parents que les symptômes font craindre des complications

4.

Cas Clinique n°9:

Vous recevez dans votre cabinet de médecine générale situé dans une grande ville de CHU un enfant de 5 ans et ses parents. L'enfant est fébrile (39°C), présente un trouble de la parole apparu la veille. Les parents signalent un séjour de 3 mois au Cameroun (Afrique) et un retour il y a 3 semaines.

Pour confirmer le diagnostic de paludisme, quelles sont les propositions vraies ?

- faire pratiquer une goutte épaisse et un frottis sanguin
- il faut attendre 24 heures pour avoir le résultat de la goutte épaisse
- faire mesurer le taux d'hémoglobine et la numération plaquettaire
- rechercher systématiquement les autres causes de fièvre chez cet enfant
- faire pratiquer une ponction hépatique pour trouver le parasite

5.

Cas Clinique n°9:

Vous recevez dans votre cabinet de médecine générale situé dans une grande ville de CHU un enfant de 5 ans et ses parents. L'enfant est fébrile (39°C), présente un trouble de la parole apparu la veille. Les parents signalent un séjour de 3 mois au Cameroun (Afrique) et un retour il y a 3 semaines.

La prise en charge du paludisme d'importation chez l'enfant repose sur des recommandations. Quelles sont les propositions vraies ?

- le paludisme chez l'enfant impose une hospitalisation pour toute la durée du traitement
- en cas de suspicion de paludisme sévère ou compliqué, l'avis d'un réanimateur est obligatoire
- les complications neurologiques sont à craindre immédiatement
- les complications respiratoires peuvent aggraver la situation clinique
- le traitement du paludisme sévère ou compliqué de l'enfant repose sur un médicament par voie intra-veineuse

6.

Cas Clinique n°9:

Vous recevez dans votre cabinet de médecine générale situé dans une grande ville de CHU un enfant de 5 ans et ses parents. L'enfant est fébrile (39°C), présente un trouble de la parole apparu la veille. Les parents signalent un séjour de 3 mois au Cameroun (Afrique) et un retour il y a 3 semaines.

Quelles sont les propositions vraies concernant le suivi et les séquelles du paludisme sévère ?

- la répétition de crises convulsives laisse des séquelles neurologiques
- en cas de séquelle, les déficits cognitifs (d'apprentissage) sont fréquents
- les patients doivent toujours être suivis à J3, J7 et J28 du début de traitement
- les parasites résistants peuvent réapparaître dans le sang et causer une rechute
- certaines espèces de Plasmodium peuvent donner de nouveaux accès des années après le premier

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:52

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°10

10 questions

1.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

Quels sont les éléments d'orientation que vous allez chercher dans cette famille ?

- des sillons cutanés à certaines zones anatomiques chez les parents
- la notion d'une contamination de l'un des parents auprès d'une personne extérieure
- des macules ou des papules à la base des cheveux de la fille de 8 ans
- l'existence de cas analogues dans la classe d'école de la fille de 8 ans
- des troubles du sommeil chez le fils de 2 ans

2.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

Parmi les nombreuses causes possibles de prurit, quelles sont celles qui sont compatibles avec l'un ou l'autre membre de cette famille ?

- la gale
- les poux de tête
- les poux de corps
- l'oxyurose
- l'onchocercose

3.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

Vous commencez par les parents. Quelles sont les propositions vraies ?

- la localisation initiale du prurit à la face interne des doigts fait suspecter une gale
- la gale n'est pas présente en France
- la gale est une infection sexuellement transmissible
- le parasite réalise un sillon sous-cutané en se déplaçant
- la gale guérit spontanément

4.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

Quelles sont les propositions vraies pour confirmer votre diagnostic de gale et prendre en charge les parents ?

- faire réaliser un prélèvement de peau et squames pour recherche de sarcoptes
- faire un prélèvement de sang pour rechercher le parasite
- prévenir les parents qu'ils ont pu se contaminer à partir d'une autre personne infectée
- prévenir les parents du risque de transmission à leurs enfants
- le traitement peut se faire soit per os, soit par application d'un produit sur tout le corps

5.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

Vous examinez maintenant la fille de 8 ans scolarisée. Quelles sont les propositions vraies compatibles avec un diagnostic de pédiculose ?

- les poux de têtes sont très fréquents en milieu scolaire
- des papules ou des macules sont souvent visibles dans le cou
- ces lésions correspondent aux points de morsure des poux adultes
- les lentes sont facilement visibles à l'il nu
- les poux adultes ne sont visibles à l'il nu qu'en cas de forte infestation

6.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

Votre diagnostic de pédiculose du cuir chevelu se confirme. Quelles sont les propositions vraies ?

- le traitement des poux de tête impose de couper courts tous les cheveux
- l'ablation des lentes peut se faire par un peigne spécifique très fin
- l'ablation manuelle des poux adultes est efficace
- le traitement actuel fait appel à l'utilisation locale d'un produit non insecticide bien toléré
- l'éviction scolaire pendant une semaine est obligatoire pour les enfants

7.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

Le plus jeune enfant (2 ans) de la famille se plaint d'un prurit anal. Quelles sont les propositions vraies ?

- les poux de tête peuvent se retrouver sur les muqueuses
- le prurit peut être causé par des parasites digestifs
- l'oxyurose est l'étiologie à rechercher en priorité
- des troubles du sommeil sont associés à cette maladie
- ce sont surtout les personnes âgées qui sont exposées à ce parasite

8.

Cas Clinique n°10:

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

A propos de la parasitose présentée par cet enfant, quelles sont les propositions vraies ?

- le parasite responsable fait partie des nématodes (vers ronds)
- la contamination se fait par voie orale
- les erreurs d'hygiène liée à l'alimentation sont souvent en cause
- il n'y a pas de risque de transmission dans la famille de cet enfant
- c'est une maladie ubiquitaire (que l'on rencontre partout)

9.**Cas Clinique n°10:**

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

A propos de la parasitose que vous suspectez en première intention chez cet enfant. Quelles sont les propositions vraies ?

- le diagnostic clinique est parfois suffisant
- il est possible de faire pratiquer une recherche de parasites par la méthode du scotch-test
- le parasite traverse la marge anale de façon active
- cette migration parasitaire est responsable du prurit anal
- les symptômes disparaissent spontanément après que le parasite a quitté la marge anale

10.**Cas Clinique n°10:**

Vous recevez une famille de 4 personnes n'ayant jamais voyagé, qui présentent des signes différents de prurit. Le père et la mère présentent un prurit ayant débuté à la face interne des doigts et étendu aux mains et poignets. La fille de 8 ans présente un prurit à la racine des cheveux, et le fils de 2 ans présente un prurit anal. Vous savez que plusieurs causes sont à rechercher. Vous commencez par un interrogatoire afin de rechercher des éléments d'orientation pour chaque membre de la famille.

A propos de la prise en charge de cette parasitose, quelles sont les propositions vraies ?

- le traitement se fait par l'utilisation d'un médicament en application topique locale
- il faut vermifuger en même temps les chiens pour empêcher la recontamination de l'enfant
- le traitement doit être administré en dose unique
- toute la famille doit être traitée en même temps
- il faut refaire une seconde cure environ 3 semaines après la première

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:53

2015-2016_DFGSM 3_UE 18_session1 - Cas clinique n°11

4 questions

1.

Cas Clinique n°11:

Vous êtes médecin généraliste, et vous recevez dans votre cabinet une femme et un homme de 25 ans, qui souhaitent avoir un enfant. Ils ont entendu parler de la toxoplasmose et du paludisme et ils vous posent des questions à propos de ces maladies.

Quelles sont les affirmations exactes à propos de la toxoplasmose ?

- la maladie passe souvent inaperçue chez l'adulte immunocompétent
- le principal risque associé à la toxoplasmose est celui de transmission materno-foetale
- lors de l'immunodépression, la toxoplasmose peut être mortelle pour l'adulte
- il est possible de vacciner les femmes contre la toxoplasmose
- le risque de contamination n'existe que pour les personnes vivant avec un chat

2.

Cas Clinique n°11:

Vous êtes médecin généraliste, et vous recevez dans votre cabinet une femme et un homme de 25 ans, qui souhaitent avoir un enfant. Ils ont entendu parler de la toxoplasmose et du paludisme et ils vous posent des questions à propos de ces maladies.

Quelle va être votre attitude pour évaluer et réduire le risque de toxoplasmose ?

- vous prescrivez une sérologie de la toxoplasmose avant le début de sa grossesse
- vous attendez le début de la grossesse pour faire la sérologie
- si la sérologie est positive avant la grossesse, il n'y aura pas de risque pour le fœtus
- vous expliquez que la toxoplasmose peut se transmettre à partir de l'alimentation
- vous estimez qu'il suffit de ne pas consommer de charcuterie pour se protéger contre la contamination de la mère

3.

Cas Clinique n°11:

Vous êtes médecin généraliste, et vous recevez dans votre cabinet une femme et un homme de 25 ans, qui souhaitent avoir un enfant. Ils ont entendu parler de la toxoplasmose et du paludisme et ils vous posent des questions à propos de ces maladies.

Quelles sont les affirmations exactes à propos de la toxoplasmose congénitale ?

- la maladie sera plus grave chez le fœtus en cas de contamination en début de grossesse
- le dépistage repose sur la sérologie toxoplasmose
- l'échographie permet de dépister les principales malformations du fœtus
- il existe un traitement à mettre en place au moment de la séroconversion de la mère
- il existe un traitement plus complet à utiliser en cas de contamination du fœtus

4.

Cas Clinique n°11:

Vous êtes médecin généraliste, et vous recevez dans votre cabinet une femme et un homme de 25 ans, qui souhaitent avoir un enfant. Ils ont entendu parler de la toxoplasmose et du paludisme et ils vous posent des questions à propos de ces maladies.

Le couple va vivre en Afrique tropicale pendant la grossesse, quelles sont les affirmations exactes ?

- le paludisme se transmet aussi par l'alimentation
- la grossesse protège contre les risques du paludisme
- le paludisme peut être responsable de mortalité maternelle accentuée
- le paludisme peut être responsable de mortalité fœtale accentuée
- le paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme un paludisme grave

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:46

2015-2016_DFGSM 3_UE 19_session1 Oncologie - Cas clinique

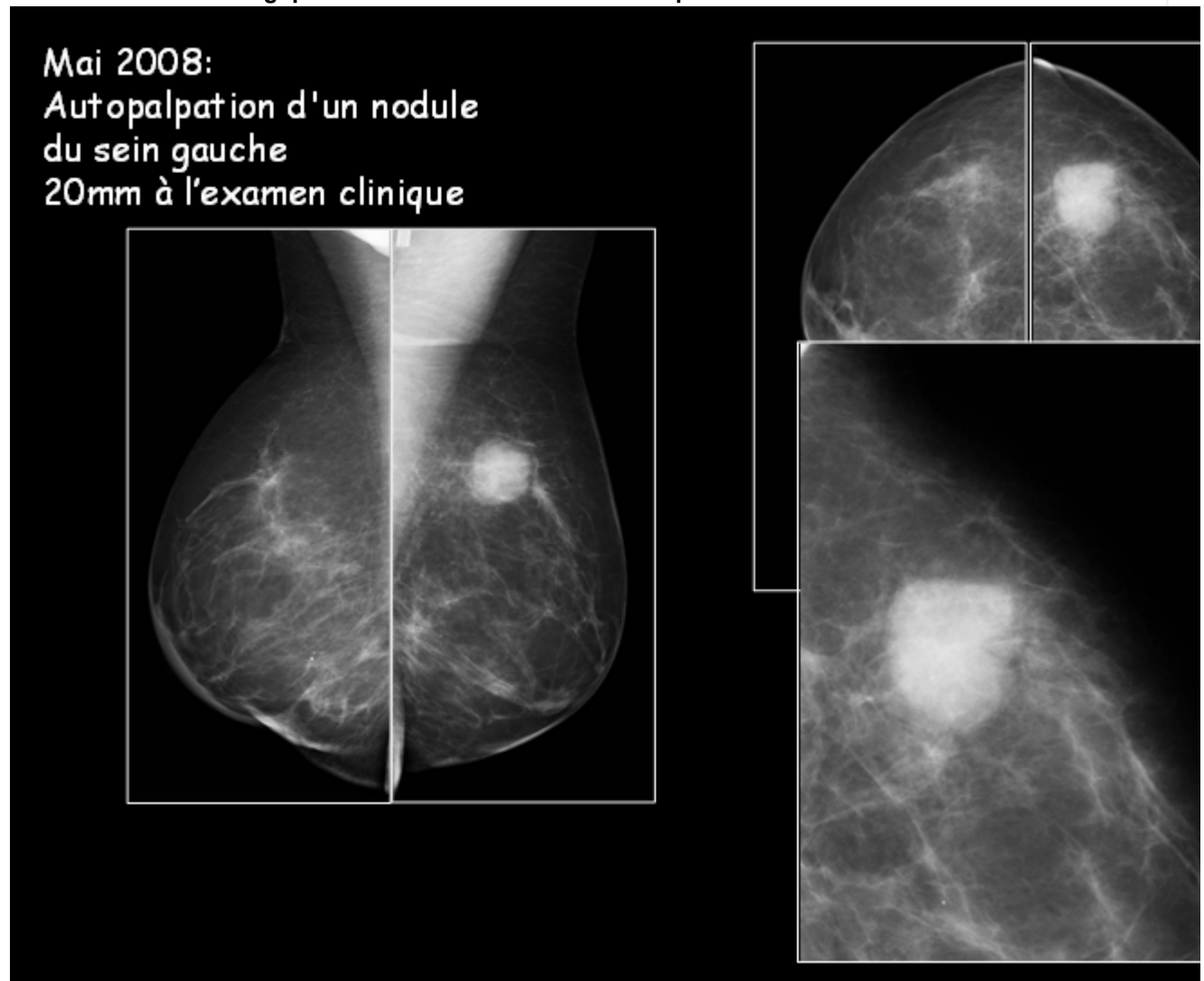
5 questions

1.

Cas clinique:

Une patiente de 40 ans consulte pour une masse qu'elle s'est découverte récemment au niveau du sein gauche. Elle inquiète car sa mère est décédée d'un cancer du sein à l'âge de 65 ans. Elle n'a pas d'autre plainte fonctionnelle en ce qui concerne des douleurs lombaires anciennes en rapport avec une hernie discale connue. Elle a présenté une phlébite surale gauche il y a deux mois pour laquelle elle est traitée par anti-vitamine K. Elle n'a pas d'autres antécédents et exerce la profession d'infirmière. À l'issue d'un interrogatoire complet qui ne révèle pas d'autre anomalie, vous faites un examen général qui est également normal. Au niveau du sein gauche, vous percevez une masse d'environ 2 cm et vous pensez à la possibilité d'un cancer.

Voici le résultat radiologique d'un examen réalisé chez cette patiente:



S'agit-il ?

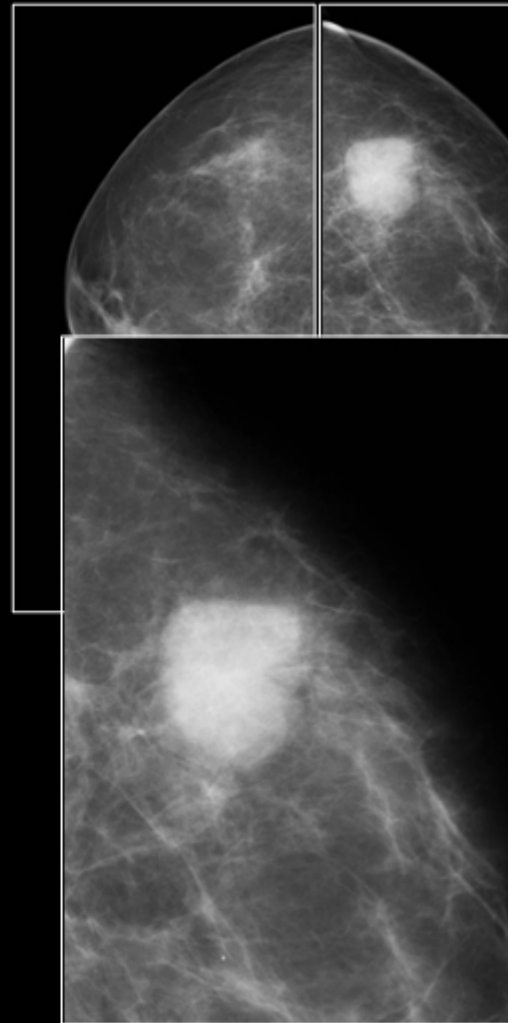
- De coupes d'IRM mammaires
- D'une mammographie
- D'une échographie
- D'un scanner
- D'un Pet scanner

2.

Cas clinique:

Une patiente de 40 ans consulte pour une masse qu'elle s'est découverte récemment au niveau du sein gauche. Elle inquiète car sa mère est décédée d'un cancer du sein à l'âge de 65 ans. Elle n'a pas d'autre plainte fonctionnelle en ce qui concerne des douleurs lombaires anciennes en rapport avec une hernie discale connue. Elle a présenté une phlébite surale gauche il y a deux mois pour laquelle elle est traitée par anti-vitamine K. Elle n'a pas d'autres antécédents et exerce la profession d'infirmière. À l'issue d'un interrogatoire complet qui ne révèle pas d'autre anomalie, vous faites un examen général qui est également normal. Au niveau du sein gauche, vous percevez une masse d'environ 2 cm et vous pensez à la possibilité d'un cancer.

**Mai 2008:
Autopalpation d'un nodule
du sein gauche
20mm à l'examen clinique**



Quels éléments descriptifs retenir-vous comme pertinents ?

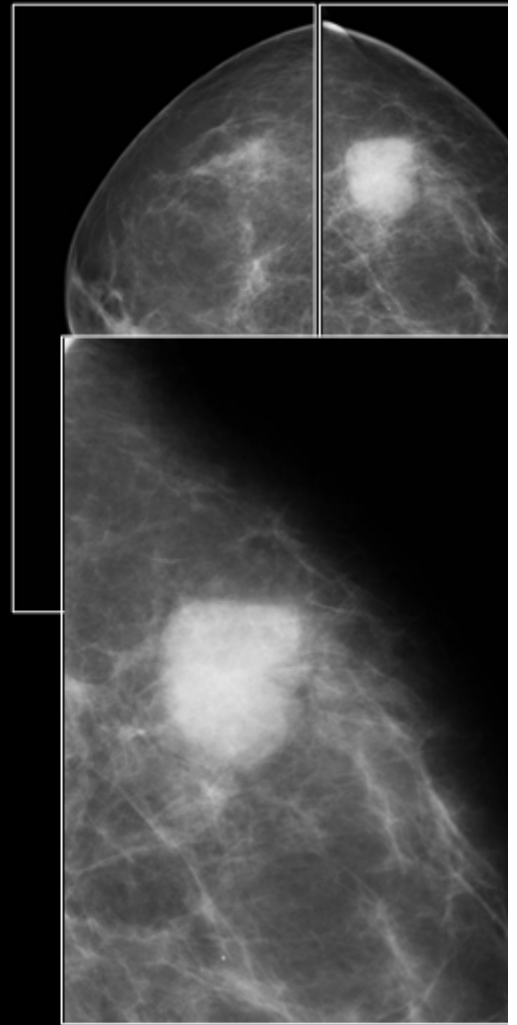
- Hyperdensités focalisées
- Rupture de trabéculations
- Microcalcifications vasculaires
- Opacité(s) nodulaire(s)
- Microcalcifications mal systématisées

3.

Cas clinique:

Une patiente de 40 ans consulte pour une masse qu'elle s'est découverte récemment au niveau du sein gauche. Elle inquiète car sa mère est décédée d'un cancer du sein à l'âge de 65 ans. Elle n'a pas d'autre plainte fonctionnelle en dehors de douleurs lombaires anciennes en rapport avec une hernie discale connue. Elle a présenté une phlébite surale gauche 6 mois pour laquelle elle est traitée par anti-vitamine K. Elle n'a pas d'autres antécédents et exerce la profession d'infirmière. À l'issue d'un interrogatoire complet qui ne révèle pas d'autre anomalie, vous faites un examen général qui est également normal. Au niveau du sein gauche, vous percevez une masse d'environ 2 cm et vous pensez à la possibilité d'un cancer.

**Mai 2008:
Autopalpation d'un nodule
du sein gauche
20mm à l'examen clinique**



Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?

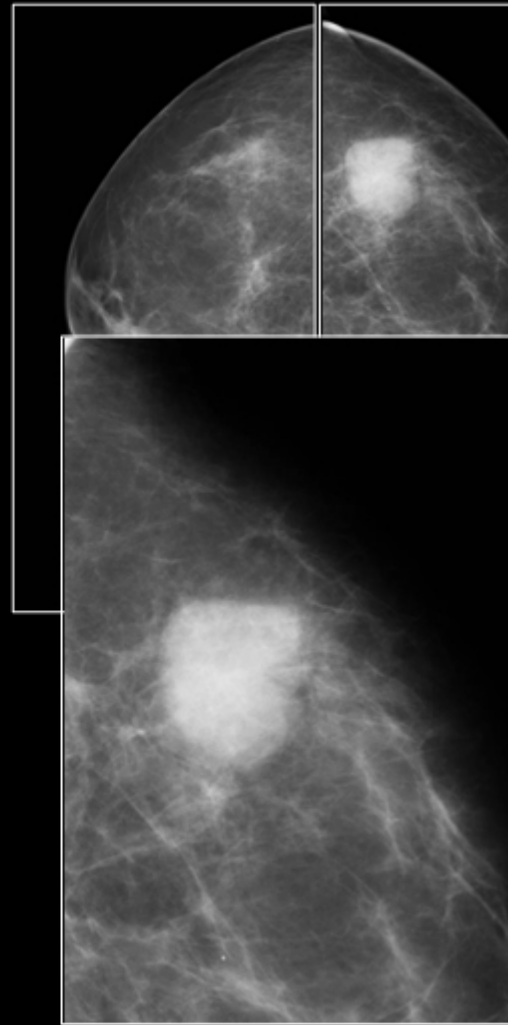
- Ponction sous repérage échographique
- Ponction cytologique après repérage radiologique
- Ponction biopsie sous repérage radiologique stéréotaxique
- Biopsie après repérage par l'IRM
- Biopsie chirurgicale

4.

Cas clinique:

Une patiente de 40 ans consulte pour une masse qu'elle s'est découverte récemment au niveau du sein gauche. Elle inquiète car sa mère est décédée d'un cancer du sein à l'âge de 65 ans. Elle n'a pas d'autre plainte fonctionnelle en dehors de douleurs lombaires anciennes en rapport avec une hernie discale connue. Elle a présenté une phlébite surale gauche il y a deux mois pour laquelle elle est traitée par anti-vitamine K. Elle n'a pas d'autres antécédents et exerce la profession d'infirmière. À l'issue d'un interrogatoire complet qui ne révèle pas d'autre anomalie, vous faites un examen général qui est également normal. Au niveau du sein gauche, vous percevez une masse d'environ 2 cm et vous pensez à la possibilité d'un cancer.

**Mai 2008:
Autopalpation d'un nodule
du sein gauche
20mm à l'examen clinique**



Ayant désormais la certitude qu'il s'agit d'un cancer du sein, quelle sont les options thérapeutiques que l'on propose ?

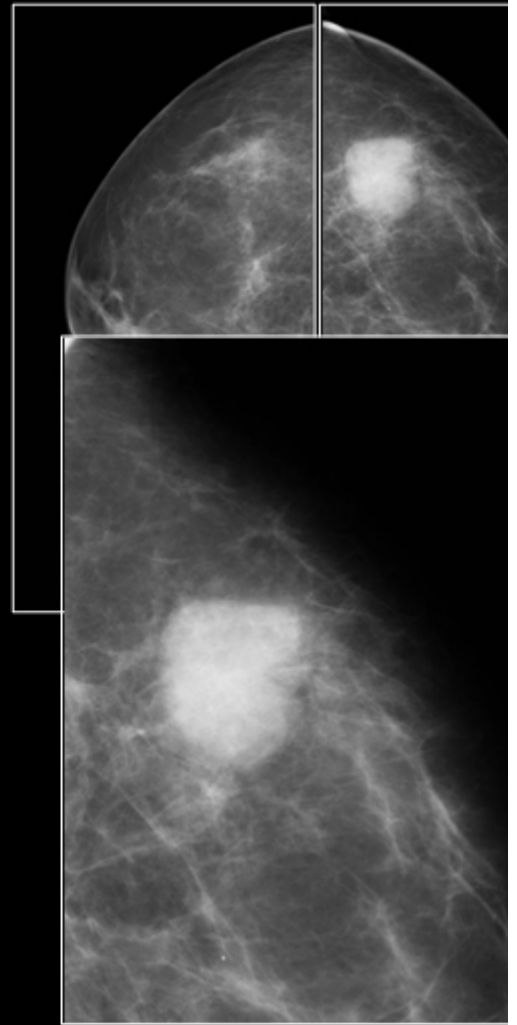
- Chirurgie pour tumorectomie
- Chimiothérapie néoadjuvante
- Chirurgie par mastectomie
- Radiothérapie stéréotaxique focalisée
- Hormonothérapie à visée réductrice

5.

Cas clinique:

Une patiente de 40 ans consulte pour une masse qu'elle s'est découverte récemment au niveau du sein gauche. Elle inquiète car sa mère est décédée d'un cancer du sein à l'âge de 65 ans. Elle n'a pas d'autre plainte fonctionnelle en dehors de douleurs lombaires anciennes en rapport avec une hernie discale connue. Elle a présenté une phlébite surale gauche il y a 3 mois pour laquelle elle est traitée par anti-vitamine K. Elle n'a pas d'autres antécédents et exerce la profession d'infirmière. À l'issue d'un interrogatoire complet qui ne révèle pas d'autre anomalie, vous faites un examen général qui est également normal. Au niveau du sein gauche, vous percevez une masse d'environ 2 cm et vous pensez à la possibilité d'un cancer.

Mai 2008:
Autopalpation d'un nodule
du sein gauche
20mm à l'examen clinique



Compte-tenu du contexte de survenue de ce cancer, que proposez-vous ?

- Une consultation pour enquête génétique
- Un dépistage sanguin de facteurs de prédisposition génétique
- Un dépistage sanguin de facteurs de prédisposition génétique à la patiente et à sa sur de 45 ans
- Un dépistage sanguin de facteurs de prédisposition génétique à la patiente et à sa fille de 27 ans
- Un dépistage par mammographie à la sur et à la fille

Conclusion du questionnaire

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 14:45

2015-2016_DFGSM 3_UE 19_session1 - Oncologie - Questions individuelles

26 questions

1. Pour les facteurs associés à une réduction ou une augmentation du risque de cancer, quelles sont les propositions exactes :

- La consommation d'un à deux verres de vin par jour en moyenne ne majore pas le risque de cancer
- La consommation d'un à deux verres d'alcool par jour en moyenne ne majore pas le risque de cancer
- Une activité physique régulière réduit le risque de cancer colorectal
- L'allaitement réduit le risque de cancer du sein chez la mère
- Les aliments riches en fibres réduisent le risque de cancer du colon chez l'homme

2. Parmi ces « outils » du soin, quel est le plus essentiel aux Soins de SUPPORT ?

- Le recours à des techniques de soins « douces » (de type relaxation, soins esthétiques)
- Des méthodes d'auto-évaluation des symptômes par le patient lui-même
- Des consultations médicales plus fréquentes
- L'injection systématique de hautes doses de morphino-mimétiques
- La préconisation d'une activité physique intensive

3. Facteurs biologiques et cancer. Sont prédictifs de la réponse au traitement par thérapie ciblée :

- Les dosages sériques des marqueurs tumoraux (ex : PSA et cancer de prostate)
- Les dosages tissulaires des récepteurs hormonaux dans le cancer du sein (récepteurs aux oestrogène et à la progestérone)
- L'analyse de l'amplification et/ou de l'expression de certains gènes dans la tumeur : HER2 et cancer du sein.
- Le dosage de l'antigène Ca 125 avant la chirurgie
- Le dosage de l'alpha foetoprotéine pour le cancer primitif du foie

4. En cancérologie

- La tumeur initiale n'est jamais douloureuse
- Tous les patients en fin de vie ont des douleurs intenses
- La douleur est un motif fréquent de consultation en urgence
- La douleur peut être secondaire aux traitements anticancéreux
- La douleur peut être provoquée par les soignants

5. Parmi les cancers suivants lesquels sont hormono-sensibles ?

- Le cancer différencié du corps thyroïde
- Le cancer primitif du foie
- Le cancer de prostate
- Le cancer du sein
- L'adénocarcinome de l'ovaire

6. Indiquer parmi les cancers primitifs suivants celui ou ceux qu'il faut rechercher en premier en cas de métastases hépatiques révélatrices :

- Cancer de prostate
- Cancer du rein
- Cancer du colon
- Cancer du sein
- Cancer du rectum

7. Quelles sont les propositions exactes ?

- Dans un cancer in situ la membrane basale est respectée et intègre
- Les métastases des cancers in situ sont le plus souvent localisées dans les poumons
- On peut affirmer qu'une tumeur n'est pas un cancer invasif sur le résultat d'une biopsie
- Il peut y avoir une atteinte ganglionnaire métastatique dans un cancer in situ
- Il peut y avoir une atteinte ganglionnaire métastatique dans un cancer invasif

8. Les mécanismes physiologiques expliquant les bénéfices sur le risque de cancer de l'activité physique sont :

- Une amélioration du métabolisme du glucose
- Une réduction chez l'obèse des paramètres d'inflammation
- Une réduction des taux d'œstrogènes circulants
- Une réduction de l'obésité abdominale
- Une augmentation de la production de radicaux libres dérivés de l'oxygène

9. L'immunohistochimie : quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- Est un examen complémentaire auto prescrit par le pathologiste
- Permet de mettre en évidence des protéines au sein d'une préparation tissulaire
- Est basée sur l'utilisation d'anticorps commerciaux
- Ne permet pas de trancher sur la nature de la tumeur
- Est indispensable pour classer la tumeur selon le TNM

10. La prise en charge thérapeutique d'un patient atteint d'une tumeur maligne : Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- Nécessite une preuve anatomopathologique
- Dépend de la nature histologique du cancer
- Est décidé après concertation des acteurs médicaux au cours d'une RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire)
- Est indépendante de la nature de la tumeur
- Peut être adaptée aux caractéristiques propres de la tumeur (médecine personnalisée)

11. Parmi les facteurs suivants lesquels sont réputés aggraver la croissance tumorale :

- L'augmentation des taux d'insuline circulante
- L'inflammation
- L'augmentation de production de leptine
- L'augmentation de production d'adiponectine
- La réduction des protéines de transport des hormones sexuelles

12. Quelles sont les réponses exactes

- Le phénotype correspond à l'ensemble du patrimoine génétique hérité d'un individu et le génotype est la manifestation apparente du phénotype
- Une mutation germinale n'est présente que dans certaines cellules de l'organisme alors qu'une mutation somatique est présente dans toutes les cellules de l'organisme
- Les mutations germinales sont transmissibles à la descendance
- La présence d'un cas sporadique de cancer dans une famille assure de l'absence de transmission possible aux descendants
- La pénétrance de survenue d'un cancer dans le cas d'une prédisposition héréditaire varie en fonction du sexe, de l'âge, d'autres facteurs génétiques et environnementaux

13. Quelle(s) est (sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- La périphérie d'une tumeur est souvent nécrotique
- Le centre d'une tumeur est souvent hypervascularisée
- L'angiogenèse est une étape indispensable pour la croissance tumorale
- L'angiogenèse est une étape indispensable pour la métastasogénèse
- L'hémorragie est un signe clinique fréquent de révélation d'une tumeur cancéreuse

14. Parmi les paramètres suivants, lesquels sont importants pour établir le pronostic d'une tumeur cancéreuse invasive du sein ?

- La localisation du cancer dans le sein
- Le degré de différenciation du cancer du sein
- Présence de ganglions axillaires envahis
- L'existence d'une mutation des gènes de la famille RAS
- La présence de récepteurs hormonaux androgéniques

15. La douleur du cancer peut être traitée

- Par de la chirurgie
- Par de la radiothérapie
- Par des médicaments
- Par le mépris quand elle n'est pas réelle
- Par des consultations de psychologie

16. La douleur neuropathique

- Est une douleur transmise par un système nerveux normal
- Peut être une douleur cancéreuse
- Est souvent à type de décharge électrique
- S'accompagne parfois d'une allodynie
- Doit être traitée par les paliers de l'OMS

17. Quelles patientes sont susceptibles de recevoir un traitement par Herceptine en fonction de l'analyse de la tumeur ?

- Lorsqu'il y a des récepteurs hormonaux 2+
- Lorsqu'il y a des ganglions envahis
- Lorsqu'il n'y a pas de surexpression du récepteur HER2
- Lorsqu'il y a une surexpression du récepteur HER2
- Uniquement en cas de métastases

18. Les caractéristiques phénotypiques de la cellule cancéreuse in vitro (1 ou plusieurs réponses)

- Perte de l'inhibition de contact
- Perte de la dépendance d'ancrage (croissance en Agar)
- Possibilité d'accomplir un nombre de divisions illimitées
- Résistances aux signaux d'apoptose
- Résistance aux cytotoxiques

19. Quelle(s) est (sont) la (les) réponses exactes ?

- Le cancer est la 1ère cause de mortalité prématurée
- La mortalité par cancer est identique entre hommes et femmes
- La baisse de mortalité par cancer chez l'homme correspond en grande partie à celle des cancers du foie grâce aux campagnes de prévention contre l'alcoolisme
- La baisse de mortalité par cancer chez la femme correspond à la baisse de mortalité par cancer du poumon
- La mortalité prématurée est définie par la mortalité des moins de 40 ans

20. Quelles sont les propositions exactes ?

- L'état général du patient au moment du diagnostic de la maladie cancéreuse n'a aucune influence sur le pronostic ultérieur
- Un patient atteint d'une maladie cancéreuse qui a un Performance Status égal à 0, est « alité ou à la chaise en permanence »
- Un patient avec un Index de Karnofsky entre 80 et 100% a une activité normale et ne requiert pas de prise en charge particulière
- Il y a en France, 400 000 nouveaux cas de cancers et par an
- Il y a en France, 150 000 décès par cancer et par an

21. La douleur nociceptive

- Est une douleur transmise par un système nerveux normal
- Peut être une douleur inflammatoire
- Peut être une douleur cancéreuse
- Est souvent à type de brûlure
- Est la plus fréquente en cancérologie

22. Dans quelles situations peut-on suspecter un cancer « héréditaire » ?

- Un âge précoce au diagnostic du cancer
- Une évolution rapide du cancer
- Un cancer bilatéral ou multifocal
- La survenue de plusieurs cancers chez un même individu
- La présence de métastases diffuses au moment du diagnostic initial

23. Les thérapeutiques ciblées sont :

- Une forme particulière de chimiothérapie
- Un traitement visant des récepteurs hormonaux
- Un anticorps bloquant un récepteur tumoral
- Une petite molécule qui bloque un facteur de croissance tumoral
- Une petite molécule s'intercalant dans l'ADN

24. Le rôle protecteur de l'activité physique sur le risque de cancer n'existe :

- Que pour les activités physiques intenses
- De manière convaincante que pour le cancer colorectal
- Que chez les sujets obèses
- Que lorsqu'elle est pratiquée depuis l'enfance
- Que lorsqu'elle est associée à une alimentation riche en fruits et légumes

25. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ? La létalité du cancer :

- De la thyroïde est élevée
- Du pancreas est élevée
- Du sein est élevée
- De l'ovaire est élevée
- Est identique quel que soit l'organe concerné

26. Les marqueurs biologiques sériques tumoraux

- Le taux sérique de PSA est augmenté dans la majorité des cancers prostatiques
- Le taux sérique de CA 125 est le plus souvent augmenté dans le cancer de l'ovaire métastatique
- L'AFP, hCG totale, sous-unité bêta libre de l'hCG totale et les LDH sont indispensables pour la prise en charge thérapeutique des cancers du testicule
- La Calcitonine et la Thyroglobuline sont élevés dans tous les cancers de la thyroïde
- L'élévation du CA 19-9 permet de faire le diagnostic de cancer du pancréas

**Année universitaire
2015-2016**

**Université Lyon 1
Faculté de médecine
Lyon est**

DFGSM 3

Session 2

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 23-08-2016 17:14

2015-2016_DFGSM 3_UE 5_session2 - Cas clinique N°1

20 questions

1.

Cas clinique n°1 :

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

A propos de la fixation au formol, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- Elle permet d'éviter l'autolyse des tissus
- Elle autorise un examen optimal en microscopie électronique
- Le formol est une substance cancérigène
- Une fixation optimale nécessite un volume de formol adapté au prélèvement
- Une sur-fixation rend l'analyse immunohistochimique plus difficile

2.

Rappel du cas clinique n°1 :

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Les renseignements cliniques qui accompagnent le prélèvement sont les suivants : « Patiente âgée de 35 ans présentant une atteinte nerveuse périphérique sensitive. Recherche amylose, sarcoïdose ou syndrome de Gougerot-Sjögren ». (Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une maladie auto-immune qui atteint les glandes exocrines notamment lacrymales et salivaires et provoquent un syndrome sec (xérophtalmie= sécheresse oculaire et xérostomie=sécheresse buccale). Cette maladie peut atteindre d'autres organes notamment les nerfs périphériques).

A propos de l'amylose, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- Il s'agit d'une maladie de surcharge intracellulaire
- Elle est provoquée par des dépôts de protéines mal conformées
- Elle est provoquée par des dépôts de sucres complexes
- Elle peut être limitée à un seul organe
- Son diagnostic de certitude repose sur l'analyse anatomo-pathologique

3.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

A propos de l'amylose, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- L'amylose AA peut être secondaire à une polyarthrite rhumatoïde
- En microscopie électronique, les dépôts d'amylose sont fibrillaires
- L'amylose AL est formée de chaînes lourdes d'immunoglobulines
- L'utilisation d'anticorps (immunohistochimie ou immunofluorescence) aide à typer l'amylose
- L'amylose peut être d'origine génétique

4.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Quelle est la coloration principale que vous demandez sur ce prélèvement biopsique si vous suspectez une amylose ?

- PAS
- Von Kossa
- Thioflavine T
- Violet de Paris
- Rouge Congo

5.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Quel(s) élément(s) vous ferait (feraient) suspecter le diagnostic d'amylose sur la biopsie des glandes salivaires accessoires ?

- présence d'un matériel fortement coloré par le PAS et dissous après action de l'amylase
- présence de dépôts éosinophiles pâles, acellulaires dans l'interstitium en coloration HES
- présence d'un matériel ayant une biréfringence jaune-vert (dichroïsme) en lumière blanche polarisée après coloration par le Rouge Congo
- présence de dépôts interstitiels, éosinophiles pâles, riches en cellules en coloration HES
- présence d'un matériel ayant une biréfringence jaune-vert (dichroïsme) en lumière blanche simple après coloration par le Rouge Congo

6.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Quel(s) autre(s) moyen(s) est (sont) disponibles pour faire le diagnostic anatomo-pathologique d'amylose diffuse ?

- une biopsie rectale superficielle (intéressant uniquement la muqueuse)
- une biopsie rectale profonde (emportant la sous-muqueuse)
- un PET-scan
- une biopsie-aspiration de la graisse péri-ombilicale
- une biopsie d'un organe atteint (rein par exemple)

7.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Vous n'avez sur la biopsie des glandes salivaires accessoires aucun argument pour une amylose.

Quel(s) élément(s) vous ferait (feraient) suspecter le diagnostic de sarcoïdose ?

- un granulome pyoépithélioïde
- un granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose
- un infiltrat à polynucléaires neutrophiles
- des lésions d'âge identique
- un granulome épithélioïde et géantocellulaire sans nécrose

8.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Quelle(s) technique(s) complémentaire(s) est (sont) utile(s) suite à la mise en évidence d'une inflammation granulomateuse sur un prélèvement ?

- Coloration par le Ziehl-Nielsen
- Examen en lumière polarisée
- Recherche de transcrits de fusion par biologie moléculaire
- Coloration de Grocott
- Immunomarquage anti-cytomegalovirus

9**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

A propos de la sarcoïdose, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- Elle est associée à une intradermoréaction à la tuberculine très positive
- Elle est associée à une intradermoréaction à la tuberculine négative (anergie)
- Elle atteint surtout le poumon
- Elle est provoquée par une infection à mycobactéries atypiques
- Elle correspond à une réaction macrophagique résorptive à corps étrangers

10**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Vous diagnostiquez finalement une « sialadénite chronique focale ».

Qu'avez-vous pu observer sur la biopsie ?

- des lésions s'organisant en foyers
- un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires éosinophiles
- un infiltrat de cellules tumorales
- un infiltrat inflammatoire riche en lymphocytes
- un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles altérés

11.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren est finalement posé. La patiente revient 5 ans après avec une tuméfaction de la glande parotide.

Devant une tuméfaction parotidienne, quelle(s) est(sont), selon vous, les principaux diagnostics à évoquer ?

- une infection bactérienne
- une tumeur bénigne
- une tumeur maligne
- un obstacle lithiasique
- une infection virale

12.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Chez les patients atteints de goutte, des lithiases salivaires (sialolithiases) peuvent se développer.

A propos de la goutte, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- Elle atteint fréquemment la première métacarpo-phalangienne
- Elle est due à des dépôts de cristaux d'hydroxyapatite
- Les cristaux pathologiques ont des bouts effilés
- Le dépôt pathologique (tophus goutteux) peut susciter un granulome macrophagique de résorption
- La goutte est influencée par le type d'alimentation

13.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Des kystes branchiaux peuvent aussi se présenter sous forme d'une tuméfaction parotidienne.

A propos du kyste branchial, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- Il s'agit d'une malformation secondaire
- Il s'agit d'une malformation primaire
- Il s'agit d'un hamartome
- Il s'agit d'une dysembryoplasie vestigiale
- Il s'agit d'un tératome

14.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Parmi les tumeurs de la parotide, on distingue l' « adénome pléomorphe ».

Que pouvez-vous déduire de sa composition à partir de son nom ?

- III contient une composante épithéliale malpighienne bénigne
- III contient une composante épithéliale malpighienne maligne
- Il contient une composante lymphocytaire maligne
- Il contient une composante glandulaire bénigne
- Il contient une composante glandulaire maligne

15.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Parmi les tumeurs de la parotide, on distingue aussi le « carcinome adénoïde kystique ».

Il s'agit :

- D'une tumeur conjonctive bénigne
- D'une tumeur conjonctive maligne
- D'une tumeur épithéliale bénigne
- D'une tumeur épithéliale maligne
- D'une tumeur germinale

16.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Le clinicien craint le développement d'un lymphome parotidien. En effet, le lymphome peut être une complication du syndrome de Gougerot-Sjögren. Une biopsie de la parotide est réalisée.

Quelle(s) est (sont) la (les) différence(s) principale(s) du lymphome par rapport à la leucémie ?

- Le lymphome se développe initialement dans la moëlle osseuse
- Le lymphome est principalement diagnostiqué en anatomie pathologique
- Le lymphome se présente souvent comme une « masse tumorale »
- Le lymphome se développe initialement dans le tissu lymphoïde
- Le lymphome est caractérisé par la circulation de « blastes » dans le sang

17.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

Quel(s) est (sont) le(s) différent(s) conditionnement(s) utile(s) de cette biopsie dans le contexte de suspicion de lymphome ?

- une fixation en formol pour examen morphologique et immunohistochimie
- un envoi de fragment à l'état frais en cytogénétique
- une cryopréservation d'un fragment tumoral
- une fixation au glutaraldéhyde pour examen en microscopie électronique
- une apposition cytologique

18.**Rappel du cas clinique n°1 :**

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

En cas de lymphome hodgkinien, que pouvez-vous observer sur la biopsie?

- une architecture scléro-nodulaire
- des cellules tumorales lymphoïdes exprimant fortement le CD20
- des cellules tumorales volumineuses avec image en « yeux de hibou »
- une inflammation riche en polynucléaires éosinophiles et en lymphocytes
- des cellules tumorales lymphoïdes exprimant le CD30 et le CD15

19.

Rappel du cas clinique n°1 :

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

En cas de lymphome non-hodgkinien, que pouvez-vous observer sur la biopsie?

- des cellules de Reed-Sternberg
- une architecture diffuse ou nodulaire
- des cellules lymphoïdes tumorales de petite ou de grande taille
- fréquemment une expression du CD20 par les cellules tumorales
- fréquemment une expression fréquente du CD3 par les cellules tumorales

20.

Rappel du cas clinique n°1 :

Une biopsie des glandes salivaires accessoires est adressée par le service de neurologie au laboratoire d'anatomie pathologique pour analyse. Vous êtes le pathologiste en charge de ce prélèvement. Le prélèvement vous est adressé dans un poudrier rempli de formol tamponné.

A propos des lymphomes non-hodgkiniens, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- Ils sont rares par rapport aux lymphomes hodgkiniens
- Ils sont fréquents par rapport aux lymphomes hodgkiniens
- L'analyse immunohistochimique aide à les typer
- Ils peuvent atteindre la rate
- Leur diagnostic se fait classiquement sur un myélogramme

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 23-08-2016 17:14

2015-2016_DFGSM 3_UE 5_session2 - Cas clinique N°2

20 questions

1.

Cas clinique n°2 :

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Quelles sont les causes probables de cette ascite ?

- Tumorale par métastase péritonéale
- Infectieuse
- Tumorale par tumeur primitive du péritoine, notamment mésothéliome malin
- Cirrhose hépatique
- Insuffisance rénale

2.

Rappel du cas clinique n°2 :

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Quel examen anatomo-cyto-pathologique vous permet rapidement d'établir la cause de l'épanchement péritonéal ?

- Ponction biopsie hépatique
- Cytoponction du liquide d'ascite
- Ponction biopsie rénale
- Ponction biopsie myocardique
- Ponction biopsie mammaire

3.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Un scanner thoraco-abdominal montre une tumeur bilatérale de l'ovaire, de grande taille, d'aspect bourgeonnant et végétant à la surface des ovaires associée à une carcinose péritonéale. L'examen biologique montre une élévation très importante du CA 125, sans élévation du CA15-3, ni du CA 19-9 sériques.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Cancer colique avec envahissement péritonéal
- Cancer de la thyroïde avec envahissement péritonéal
- Cancer de l'ovaire avec envahissement péritonéal
- Cancer du poumon avec envahissement péritonéal
- Actinomyocose pelvienne

4.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Un scanner thoraco-abdominal montre une tumeur bilatérale de l'ovaire, de grande taille, d'aspect bourgeonnant et végétant à la surface des ovaires associée à une carcinose péritonéale. L'examen biologique montre une élévation très importante du CA 125, sans élévation du CA15-3, ni du CA 19-9 sériques.

Quel est l'autre diagnostic possible compte tenu des antécédents personnels de la patiente ?

- Métastase ovarienne bilatérale et péritonéale du carcinome mammaire
- Cancer colique avec envahissement péritonéal
- Cancer de la thyroïde avec envahissement péritonéal
- Cancer du poumon avec envahissement péritonéal
- Actinomyocose pelvienne

5.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Un scanner thoraco-abdominal montre une tumeur bilatérale de l'ovaire, de grande taille, d'aspect bourgeonnant et végétant à la surface des ovaires associée à une carcinose péritonéale. L'examen biologique montre une élévation très importante du CA 125, sans élévation du CA15-3, ni du CA 19-9 sériques.

Une biopsie à l'aiguille d'un gros nodule de la carcinose péritonéale est réalisée sous TDM.

Comment doit-on faire parvenir cette biopsie au service d'anatomie pathologique ?

- Dans un tube sec stérile
- Dans du liquide fixateur formol tamponné
- Dans du liquide fixateur Bouin
- Dans du liquide fixateur glutaraldéhyde
- Dans du sérum physiologique

6.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Un scanner thoraco-abdominal montre une tumeur bilatérale de l'ovaire, de grande taille, d'aspect bourgeonnant et végétant à la surface des ovaires associée à une carcinose péritonéale. L'examen biologique montre une élévation très importante du CA 125, sans élévation du CA15-3, ni du CA 19-9 sériques.

Une biopsie à l'aiguille d'un gros nodule de la carcinose péritonéale est réalisée sous TDM.

Quelle coloration histologique de première intention doit être réalisée sur cette biopsie ?

- PAS (Périodique ascite Schiff)
- Bleu Alcian
- HES (Hématoxylin Eosine Safran)
- Rouge Congo
- Grocott

7.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Le diagnostic de tumeur maligne épithéliale de l'ovaire est porté.

Il s'agit :

- D'un lymphome
- D'un sarcome
- D'un mélanome
- D'un carcinome
- D'un mésothéliome

8.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Une intervention chirurgicale est prévue pour hystérectomie et annexectomie bilatérale, et résection de la carcinose péritonéale.

Quel autre type de résection doit être réalisé de principe devant cette tumeur maligne épithéliale de l'ovaire ?

- Une biopsie pulmonaire
- Un curage des ganglions pelviens et lombo-aortiques
- Une ponction biopsie hépatique
- Une ponction biopsie rénale
- Une biopsie mammaire

9**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Le compte rendu anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse doit comporter des éléments histopronostiques indispensables pour la prise en charge de la patiente ;

Il s'agit de :

- Type histologique exact de la tumeur
- Grade histologique de la tumeur
- Stade d'évolution de la tumeur TNM
- Stade d'évolution de la tumeur pTNM
- La mutation du gène EGFR

10**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Compte tenu des antécédents personnels et familiaux de la patiente, un rendez-vous de consultation génétique est prévu.

Quel type de gène présente une mutation constitutionnelle dans les familles avec cancers du sein et des ovaires ?

- BRCA
- APC
- RAS
- RAF
- ERBB2

11.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Vous réalisez une mammographie de contrôle chez cette patiente. Des microcalcifications du sein gauche sont visibles et classées ACR 4 (classification radiologique pour lésion suspecte de malignité). Il n'existe pas de nodule palpable cliniquement.

- Ces microcalcifications sont obligatoirement associées à une lésion maligne
- Il faut réaliser une cytoponction et examen cytologique pour porter le diagnostic lésionnel.
- Le diagnostic lésionnel exact peut être porté sur une biopsie sous mammographie
Le diagnostic lésionnel exact peut être porté sur une zonectomie (résection chirurgicale d'une zone de parenchyme mammaire) après repérage par un fil métallique de la zone de calcifications sous mammographie
- Les microcalcifications sont obligatoirement associées à un carcinome, la biopsie n'est pas nécessaire

12.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Le diagnostic de microcalcifications associées à un carcinome canalaire in situ est posé.

- Le carcinome in situ est une tumeur maligne conjonctive non invasive
- Le carcinome in situ est un précurseur d'un carcinome infiltrant
- Le carcinome in situ est une prolifération épithéliale maligne n'ayant pas encore franchi la membrane basale
- Ce carcinome in situ mammaire s'est probablement développé sur des lésions pré néoplasiques à type de dysplasie épithéliale
- Ce carcinome in situ peut être à l'origine de la tumeur ovarienne bilatérale de la patiente

13.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Le traitement de ce carcinome in situ est :

- Simple surveillance
- Résection chirurgicale de la totalité de la lésion en zone saine
- Résection chirurgicale de la lésion avec curage ganglionnaire axillaire
- Résection chirurgicale de la lésion avec résection du ganglion sentinelle
- Résection chirurgicale de la lésion avec chimiothérapie

14.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Quels sont les critères cytologiques et histologiques de malignité ?

- Anisocytose
- Anisocaryose
- Mitoses nombreuses et anormales
- Infiltrat inflammatoire associé aux cellules tumorales
- Des vaisseaux nombreux au sein de la tumeur

15.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

La patiente se plaint de douleurs osseuses. Une scintigraphie osseuse montre une fixation intense au niveau d'une vertèbre.

- Il s'agit obligatoirement d'une métastase du carcinome mammaire car le cancer du sein est ostéophile
- Il s'agit obligatoirement d'une métastase du carcinome ovarien
- Il s'agit obligatoirement d'une lésion dystrophique car les vertèbres ne sont jamais le siège de métastase
- Le diagnostic lésionnel exact nécessite un prélèvement pour examen anatomo-pathologique
- Le diagnostic lésionnel exact peut être posé de façon certaine sur une radiographie simple centrée sur la zone hyperfixante

16.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Une biopsie osseuse est réalisée

- Le prélèvement doit parvenir au service d'anatomie pathologique dans un liquide fixateur
- La coupe au microtome de la biopsie osseuse nécessite le plus souvent une décalcification au préalable
- La biopsie osseuse n'est examinée que sur une apposition cytologique car l'os ne peut être coupé au microtome
- La biopsie osseuse nécessite une coloration de Papanicolaou pour son interprétation au microscope
- La biopsie osseuse ne peut en aucun cas être interprétée en anatomie pathologique car incompatible avec les techniques utilisées dans cette discipline

17.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Le diagnostic d'une métastase osseuse de carcinome mammaire est porté.

L'oncologue vous demande de rechercher les biomarqueurs (récepteurs hormonaux et expression de la protéine HER2-neu), pour la prise en charge thérapeutique de la patiente.

- Cette recherche s'effectue sur coupes tissulaires en utilisant l'extraction d'ADN
- Cette recherche s'effectue sur coupes tissulaires en utilisant la technique d'immunohistochimie pour la recherche d'expression des ARN messenger
- Cette recherche s'effectue sur coupes tissulaires en utilisant la technique d'immunohistochimie pour la recherche d'expression des protéines
- Le statut HER2-neu nécessite parfois la technique d'hybridation in situ mettant en évidence l'amplification du gène codant pour HER2-neu
- La recherche de ces biomarqueurs ne peut se faire sur coupes histologiques et doit être réalisée par des biochimistes ou pathologistes moléculaires

18.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

La technique d'immunohistochimie

- Utilise la complémentarité antigène-anticorps
- Elle ne peut être appliquée sur des coupes en paraffine et nécessite des coupes à congélation
- Elle est utilisée en anatomie pathologique uniquement dans un but de diagnostic
- La lecture des coupes en immunohistochimie nécessite obligatoirement un microscope à fluorescence
- N'est pas utilisée par les pathologistes. Il s'agit d'une technique utilisée uniquement par les biochimistes.

19.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

La recherche de mutation acquise des gènes

- Peut se faire à partir du tissu fixé en formol et inclus en paraffine
- Peut se faire à partir de fragments de tumeur congelée et conservée dans les services d'anatomie pathologique
- Se fait sur une prise de sang
- Peut aider à la mise en place d'une thérapie ciblée
- Ne peut se faire sur un fragment fixé en Bouin car l'acide picrique détruit l'ADN

20.**Rappel du cas clinique n°2 :**

Une patiente de 67 ans consulte son médecin traitant pour fatigue, perte d'appétit et douleurs abdominales. Elle n'a pas de fièvre, ni frisson. Elle signale que depuis quelques jours une augmentation de son tour de taille. Elle a été traitée (chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie) pour un carcinome mammaire à l'âge de 34 ans. Elle a également de lourds antécédents familiaux avec une tante maternelle et sa mère, toutes deux décédées à l'âge de 50 et 54 ans d'un cancer du sein. A l'examen clinique vous remarquez une ascite, sans dème des membres inférieurs, ni épanchement pleural évident. Elle ne fume pas, ne boit pas, n'a pas de pathologie hépatique et n'a pas de pathologie cardiaque, ni de problème rénal.

Les métastases cancéreuses

- Correspondent à la localisation secondaire située à distance d'un foyer primitif d'une tumeur maligne
- Peuvent se voir dans le cadre d'un adénome colique
- Utilisent uniquement les voies de dissémination sanguines et lymphatiques
- Entrent dans la classification TNM ou pTNM
- Touchent plus particulièrement les ganglions dans les sarcomes car il s'agit de tumeurs très lymphophiles

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 23-08-2016 17:15

2015-2016_DFGSM 3_UE 5 _session2- Cas Clinique N°3

20 questions

1.

Cas clinique n°3 :

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Choisissez parmi les propositions suivantes celle qui convient le mieux :

- Prélèvement tissulaire de petite taille effectué lors d'un geste médical
- Prélèvement cellulaire effectué lors d'une cytoaspiration
- Prélèvement effectué à but thérapeutique pour traiter la lésion
- Prélèvement cytologique recueilli lors d'un geste médical
- Prélèvement effectué pendant une intervention chirurgicale

2.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

En réponse aux questions du patient, vous lui décrivez le parcours que suivront les biopsies que vous aurez prélevées.

Parmi les propositions suivantes, indiquez celles qui sont exactes et que vous pourriez utiliser :

- Les biopsies seront examinées à l'état frais
- Les biopsies seront immédiatement plongées dans un liquide fixateur
- Les biopsies seront adressées à un médecin spécialiste, le pathologiste
- Les biopsies seront congelées pour être analysées
- Les biopsies seront aplaties sur une lame pour faire l'objet d'un examen direct

3.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

« Combien de temps faudra-t-il attendre pour avoir le résultat de l'examen anatomopathologique des biopsies après l'arrivée au laboratoire ? », vous demande le patient. Quel est le délai minimum à lui indiquer ?

- 6 heures
- 12 heures
- 24 heures
- 72 heures
- Une semaine

4.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

« Comment serai je informé des résultats ? », demande encore le patient. Que lui répondez-vous ?

- Vous recevrez les résultats par téléphone chez vous
- Vous recevrez par courrier un compte rendu établi par le pathologiste
- Je recevrai le compte rendu du pathologiste et je vous le commenterai lors d'une nouvelle consultation
- Je recevrai des images de vos biopsies et je les interpréterai
- Vos résultats seront discutés lors d'une réunion avec le pathologiste

5.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Quelles sont les étapes techniques qui seront réalisées dans le laboratoire d'anatomie pathologique pour permettre l'analyse des prélèvements biopsiques ?

- Fixation
- Inclusion
- Coupe
- Coloration
- Examen au microscope

6.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Quelle est la coloration de base qui sera réalisée par le pathologiste pour examiner les prélèvements après leur inclusion et leur coupe ?

- hématoxyline éosine safran
- PAS
- bleu alcian
- trichrome
- orcéine

7.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Le compte-rendu anatomopathologique que vous recevez mentionne des signes d'inflammation chronique.

Indiquer lesquels parmi les lésions suivantes :

- Infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles
- Oedème
- Infiltrat inflammatoire riche en lymphocytes
- Fibrose
- Congestion vasculaire

8.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Quelle est la principale étiologie que vous évoquez à ce stade ?

- Colite bactérienne
- Colite virale
- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
- Bilharziose
- Colite auto-immune

9.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Si l'infiltrat inflammatoire avait été riche en polynucléaires éosinophiles, quelles étiologies auriez-vous pu évoquer en première intention ?

- Colite bactérienne
- Parasitose
- Colite médicamenteuse
- Maladie auto-immune
- Mycose

10.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Le compte-rendu signale la présence de lésions granulomateuses.

Quelles sont les populations cellulaires caractéristiques de ce type de lésion ?

- Polynucléaires
- Cellules épithélioïdes
- Cellules géantes
- Plasmocytes
- Macrophages

11.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Indiquer quelles étiologies infectieuses peuvent entraîner des lésions de colite granulomateuse :

- Tuberculose
- Yersiniose
- Sarcoidose
- Shigellose
- Cytomegalovirus (CMV)

12.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Quels sont les éléments du compte rendu anatomopathologique qui pourraient, s'ils étaient présents, vous orienter vers une tuberculose digestive ?

- présence de nécrose acellulaire ou anhiste
- présence de nécrose fibrinoïde
- présence de corps astéroïdes dans les cellules géantes
- absence de plasmocytes
- présence de bacilles à la coloration de Ziehl

13.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Il n'existe aucun élément de ce type dans le cas présent. Après confrontation des données cliniques, anatomopathologiques et radiologiques, le diagnostic finalement retenu est celui de maladie de Crohn, une forme de maladie inflammatoire chronique de l'intestin d'étiologie encore inconnue. Vous engagez un bilan complet des lésions en commençant par une endoscopie oesogastroduodénale. Vous pratiquez des biopsies. Celles-ci mettent en évidence des lésions de gastrite chronique diffuse atteignant tout l'estomac.

Quelle est la première étiologie à évoquer ?

- infection par *Helicobacter pylori*
- localisation de la maladie inflammatoire chronique intestinale
- maladie auto-immune
- gastrite virale
- sarcoïdose

14.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Avec quelle(s) technique(s) utilisée(s) en routine le pathologiste peut-il contribuer à confirmer votre hypothèse étiologique ?

- colorations spéciales
- immunohistochimie
- microscopie électronique
- hybridation in situ
- cytogénétique

15.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Vous mettez en place un traitement et vous surveillez régulièrement le patient en pratiquant des coloscopies avec biopsies de manière régulière. 10 ans après le diagnostic initial, un compte rendu anatomopathologique signale la présence de foyers de dysplasie.**De quoi s'agit-il ?**

- de lésions tissulaires témoignant du début d'un processus néoplasique
- de lésions susceptibles d'évoluer vers un cancer invasif
- de foyers associant des remaniements fibreux et des lésions épithéliales
- de lésions épithéliales combinant des anomalies architecturales et cytonucléaires
- d'une désorganisation du chorion de la muqueuse

16.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Qu'attendez-vous comme informations complémentaires de l'examen anatomopathologique ?

- l'évaluation du grade de la dysplasie
- la recherche d'un foyer invasif
- la recherche d'anomalies moléculaires
- la mise en évidence d'un carcinome
- la mise en évidence de lésions de métaplasie

17.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Le patient refuse toute intervention chirurgicale. Il reste sous surveillance rapprochée et régulière par coloscopie. 3 ans après, une masse très suspecte est visible dans le sigmoïde. Elle est bourgeonnante et ulcérée en son centre.

Comment vous comportez-vous ?

- Vous réalisez des biopsies car l'examen anatomopathologique est indispensable pour apporter la preuve d'un cancer
- Vous annoncez immédiatement au patient qu'il est porteur d'une tumeur maligne
- Vous confiez le patient au chirurgien sans autre examen complémentaire
- Vous pratiquez une échoendoscopie pour chercher des métastases ganglionnaires
- Vous effectuez un brossage de la lésion pour rechercher des cellules tumorales

18.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Le diagnostic anatomopathologique est celui de carcinome colloïde muqueux.

De quoi s'agit-il ?

- une tumeur maligne
- une tumeur d'origine épithéliale
- une tumeur au moins localement invasive
- une tumeur mucosécrétante
- une tumeur susceptible d'entraîner la formation de métastases

19.**Rappel du cas clinique n°3 :**

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Une intervention chirurgicale est pratiquée.

Quelles informations attendez-vous du compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire ?

- état des marges de résection chirurgicales
- présence ou absence d'embols vasculaires
- présence de métastases ganglionnaires
- nombre de ganglions envahis
- stade pTNM

20.

Rappel du cas clinique n°3 :

Vous êtes gastroentérologue. Un jeune homme de 23 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des diarrhées et des douleurs abdominales évoluant depuis environ 8 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Les symptômes n'ont pas été améliorés par l'antibiothérapie prescrite par le médecin traitant. Le patient vous est adressé pour réaliser un bilan étiologique et une prise en charge thérapeutique.

Vous programmez une coloscopie avec réalisation de biopsies. Vous expliquez à votre patient ce qu'est une biopsie.

Quels sont les éléments qui vous permettent de déterminer le stade pTNM de la tumeur colique, si celui-ci ne vous a pas été indiqué ?

- nécrose de la tumeur
- état des marges de résection
- extension dans la paroi colique
- statut des ganglions lymphatiques
- présence ou absence de métastases à distance

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:05

2015-2016_DFGSM 3_UE 17_session2 - Cas clinique n°1

7 questions

1. Vous voyez en consultation Julie, 6 ans, adressée pour un retard statural à -3DS. Sa taille de naissance à terme était de 45 cm. Le développement psychomoteur est normal et Julie n'a pas de problème scolaire. Sa mère rapporte des otites fréquentes. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- Trisomie 21
- Syndrome de Klinefelter
- Syndrome de Turner
- Syndrome de Prader-Willi
- Microdélétion 1p36

2. Quels autres signes recherchez-vous à l'examen clinique pour conforter votre diagnostic ?

- Ptérygium colli
- Signe de la sandale
- Déformation de Madelung
- Luvette bifide
- Naevi nombreux

3. Quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

- Radiographie du squelette
- Electro-encéphalogramme
- Echographie rénale
- Echographie cardiaque
- IRM cérébrale

4. Quel(s) examen(s) prescrivez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Analyse chromosomique du puce à ADN (ACPA)
- Séquençage Sanger
- Analyse microsatellite
- Caryotype sanguin
- Séquençage haut-débit d'exome

5. Le résultat du caryotype est le suivant : 46,X,i(X)(q10)[15]/46,XX[10] Sur les 25 mitoses analysées, mise en évidence de deux populations cellulaires : une population normale avec deux chromosomes X et une population cellulaire avec un isochromosome du bras long du chromosome X. Ce remaniement permet d'expliquer le phénotype de la patiente. Un conseil génétique est nécessaire. L'anomalie mise en évidence est :

- une anomalie de structure
- une anomalie de nombre
- une anomalie équilibrée
- une anomalie homogène
- une anomalie déséquilibrée

6. Lors de l'évolution de ce syndrome, quelle(s) complication(s) peut(vent) apparaître ?

- Hypothyroïdie
- Hypocalcémie
- Leucémie
- Aménorrhée
- Hypertension artérielle

7. Quel(s) traitement(s) pouvez-vous proposer ?

- Hormone de croissance
- Testostérone
- Placement en institution spécialisée
- Don d'ovocytes
- Mélatonine

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:06

2015-2016_DFGSM 3_UE 17_session2 - Cas clinique n°2

5 questions

1. Vous êtes appelé en réanimation néonatalogique pour voir un enfant qui présente une hypotonie très importante et des difficultés respiratoires et digestives majeures. Lorsque vous serrez la main de la maman, vous constatez qu'elle présente une myotonie. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Dystrophie musculaire de Duchenne
- Dystrophie musculaire de Becker
- Maladie de Huntington
- Syndrome de l'X fragile
- Dystrophie myotonique de type 2

2. Quelle(s) analyse(s) vous permettra(ont) de confirmer le diagnostic ?

- Biopsie musculaire avec western blot et immunohistochimie
- Recherche d'une expansion CTG du gène DMPK en biologie moléculaire
- Electromyogramme
- Recherche d'une expansion CAG du gène IT15 en biologie moléculaire
- Recherche de mutations et de grands réarrangements du gène DMPK

3. Quels antécédents familiaux peuvent entrer dans le cadre de cette maladie ?

- Surdité chez la grand-mère
- Calvitie chez le grand-père
- Boiterie à 60 ans chez un oncle maternel
- Cataracte sénile chez un grand-oncle paternel
- Troubles du rythme cardiaque chez un oncle maternel

4. Quelle(s) est(sont) la (les)  volution(s) possible(s) de ce bébé ?

- Absence de respiration autonome et discussion d'arrêt des soins avec la famille
- Acquisition d'une respiration autonome
- Evolution vers une atteinte neuromusculaire sévère
- Atteinte cognitive très probable
- Evolution favorable possible avec disparition des symptômes vers 3 ans

5. Concernant le risque de transmission dans la famille, quelles sont les réponses exactes ?

- La mère est vraisemblablement porteuse car elle présente une myotonie
- La mère est vraisemblablement porteuse car il s'agit d'une forme congénitale
- Il existe un phénomène d'anticipation dans la famille
- Le risque de récurrence dans la fratrie pour une forme congénitale est inférieur à 50%
- Le risque de récurrence dans la fratrie pour une forme classique de la maladie est supérieur à 50%

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:07

2015-2016_DFGSM 3_UE 17_session2 - Cas clinique n°3

6 questions

1.



Mr et Mme X viennent vous voir en consultation concernant leur fils Mathieu âgé de 4 ans, qui présente un retard des acquisitions et des malformations. Mathieu est fils unique, les parents ne sont pas apparentés et sont en bonne santé. La mère est myope. Il n'y a pas d'antécédent familial particulier par ailleurs. Mathieu est né à terme, avec un poids de naissance à 3,100 kg, une taille de naissance à 49 cm et un périmètre crânien de naissance à 34 cm. En période néonatale, une échographie cardiaque a été réalisée devant un souffle et retrouvait une CIV, opérée à 8 mois de vie. Il a des difficultés alimentaires et a développé un retard de croissance. Il a fait de nombreuses otites. Il a marché à 21 mois et présente un petit retard de langage. Actuellement, Il fait des phrases mais a des problèmes de prononciation. Il est scolarisé en moyenne section de maternelle, l'enseignante rapporte des problèmes de compréhension des consignes et des problèmes de sociabilisation (reste en retrait, participe peu aux activités). A l'examen clinique, il mesure 90 cm (-3 DS), pèse 15 kg (25ème percentile), le périmètre crânien est à 48 cm (-2.5 DS). L'auscultation cardiaque est normale, l'abdomen est souple, vous ne retrouvez pas d'hépatosplénomégalie. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques, le réflexe cutanéoplantaire est en flexion. Pas de déficit moteur ou sensitif. Il existe une hyperlaxité articulaire. Pas de déviation rachidienne. L'examen de la cavité buccale retrouve un palais ogival. Vous évoquez un syndrome de Kabuki, syndrome lié à des mutations hétérozygotes le plus souvent de novo du gène MLL2 localisé sur le chromosome 12. Concernant la morphologie faciale, quelle(s) est/sont l(es) affirmation(s) juste(s) ?

- Il existe un hypotélorisme
- Il existe un épicanthus
- Les fentes palpébrales sont allongées
- Il existe un synophris
- Les narines sont antéversées

2. Concernant les extrémités, quelle(s) est/sont l(es) affirmation(s) juste(s) ?

- Les doigts sont courts
- Il existe un pli transverse unique
- Il existe une arachnodactylie
- Il existe une syndactylie
- Il existe une hypoplasie unguéale

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?

- Une échographie abdominale et rénale
- Une IRM cérébrale
- Un examen ophtalmologique avec fond d'il
- Une évaluation de l'audition
- Une gastroscopie

4. Quel(s) examen(s) demandez-vous pour confirmez-vous le diagnostic ?

- Un caryotype constitutionnel
- Une CGH array
- Une étude moléculaire par séquençage du gène MLL2 chez Mathieu
- Une étude moléculaire par séquençage du gène MLL2 chez ses parents
- Aucune proposition n'est exacte

5. Les parents vous interrogent sur la prise en charge de leur fils. Quelle(s) est/sont l(es) affirmation(s) juste(s) ?

- Vous faites une demande de prise en charge à 100%
- Vous proposez de faire une demande d'AVS auprès de la MDPH
- Vous ne proposez pas de prise en charge en orthophonie car Mathieu est trop jeune
- Vous proposez une prise en charge en psychomotricité
- Vous proposez une orientation en ULIS l'an prochain

6. Le diagnostic est confirmé, il s'agit d'une néomutation du gène MLL2. Les parents vous interrogent sur le risque de récurrence pour une future grossesse. Quelle(s) est/sont l(es) affirmation(s) juste(s) ?

- Le risque de récurrence est de 1/4
- Le risque de récurrence est de 1/2
- Le risque de récurrence concerne uniquement les garçons
- Le risque de récurrence est nul
- Vous proposez un prélèvement fetal pour une future grossesse E

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:10

2015-2016_DFGSM 3_UE 17_session2 - Questions individuelles

30 questions

1. Les gènes dits SUPPRESSEURS associés à la prédisposition héréditaire au cancer ont une ou plusieurs des propriétés suivantes :

- Ils sont fonctionnels dans la régulation négative de la prolifération cellulaire
- Ils peuvent être impliqués dans la réparation de l'ADN
- Les mutations constitutionnelles conférant la prédisposition dans une famille donnée doivent inactiver les deux allèles du gène
- On les appelle aussi ONCOGENES de par leur action activatrice du cycle cellulaire
- Ils ont été découverts par KNUDSON selon un modèle statistique de développement des cancers

2. Devant une patiente CAS INDEX présentant un cancer du sein droit, on peut évoquer une forme héréditaire devant un ou plusieurs des critères suivants :

- L'âge de survenue précoce, la patiente étant âgée de 28 ans
- L'absence de métastases ganglionnaires lors de la chirurgie primaire
- L'existence d'une lésion douteuse lors de l'exploration échographique du sein gauche
- La survenue d'un mélanome chez son époux (non consanguin) à l'âge de 32 ans
- Un cancer du sein unilatéral chez la mère du cas index, survenu à l'âge de 56 ans

3. L'information statistique que l'on peut tirer d'un SNP (Single Nucleotide Polymorphism) dans une étude d'association « malades versus témoins » est d'autant plus puissante que :

- La fréquence de l'allèle mineur potentiellement pathogène est faible
- Le nombre de cas « patients / témoins » étudiés est élevé
- La maladie étudiée est fréquente dans la population et de révélation très tardive (> 50 ans)
- Le polymorphisme étudié présente un nombre d'allèles très élevé, supérieur à 10
- Le polymorphisme étudié est proche d'un des gènes conférant la prédisposition à la maladie étudiée

4. Les techniques de séquençage haut débit nouvelle génération sont importantes dans l'étude des maladies multifactorielles car elles permettent de :

- Cibler des gènes candidats potentiels pour la maladie étudiée
- Identifier les néo mutations par l'analyse de trios familiaux
- Caractériser précisément l'influence d'un facteur environnemental
- Donner une interprétation fonctionnelle directe des mutations identifiées
- Analyser de grandes cohortes de familles prédisposées par la technique de LINKAGE

5. Quel(s) est (sont) le(s) mode(s) héréditaire(s) mendélien(s) ?

- Autosomique dominant à pénétrance incomplète
- Dominant lié au chromosome X
- Cytoplasmique
- Autosomique récessif
- Multifactoriel

6. Une hétérozygotie peut s'observer au locus A dans la (les) situation(s) suivante(s) :

- Délétion du locus A
- Présence de deux allèles identiques au locus A
- Présence de deux allèles différents au locus A
- Présence d'une mutation ponctuelle au locus A
- Autozygotie au locus A

7. Quelle(s) situation(s) peu(ven)t complexifier l'hérédité autosomique dominante ?

- Pénétrance incomplète
- Mutation de novo
- Consanguinité
- Anticipation
- Mosaïque germinale

8. Quelle(s) situation(s) généalogique(s) s'accompagne(nt) d'un coefficient de consanguinité de 1/32ème ?

- Parents issus de cousins germains avec un seul ancêtre commun non consanguin
- Parents issus de cousins germains avec deux ancêtres communs non consanguins
- Parents cousins germains avec un seul ancêtre commun non consanguin
- Parents cousins germains avec deux ancêtres communs non consanguins
- Parents cousins germains avec deux ancêtres communs, eux-mêmes consanguins

9. Concernant l'hérédité mitochondriale :

- Elle est aussi appelée cytoplasmique
- Elle peut concerner une mutation du génome nucléaire
- La pathologie qui en résulte n'est jamais transmise par un père atteint
- La pathologie qui en résulte n'est jamais transmise par une mère atteinte
- Le pourcentage d'hétéroplasmie modifie l'expressivité du phénotype

10. Concernant l'empreinte génomique parentale :

- Les génomes maternels et paternels ont une complémentarité fonctionnelle
- Deux génomes males peuvent se compléter
- Il s'agit d'une inactivation d'un ou de plusieurs gènes conduisant à une hémizygotie fonctionnelle
- Il s'agit d'une inactivation pathologique d'un ou de plusieurs gènes
- Elle est apposée de la même façon chez les garçons et chez les filles

11. La consanguinité :

- Est la proportion d'allèles homozygotes par filiation
- Est plus fréquente dans certaines populations
- Augmente le risque de malformations congénitales
- Peut conduire à une « pseudo-dominance »
- Favorise le risque de survenue de maladies génétiques dominantes

12. Les examens complémentaires systématiques dans les syndromes malformatifs comprennent :

- Une IRM cérébrale
- Une échographie cardiaque
- Une échographie abdominale
- Des radiographies osseuses
- Des explorations neurosensorielles

13. Quelle(s) technique(s) est (sont) appropriée(s) pour rechercher une délétion de l'exon 5 du gène KCNQ2 chez l'apparenté d'un cas index porteur de cette délétion ?

- La CGH-array
- Le séquençage ciblé par la méthode Sanger
- Le séquençage à haut débit
- La MLPA
- La FISH

14. A propos des mutations du gène DMD, quelles sont les propositions vraies ?

- Elles conduisent à un gain de fonction
- Il s'agit le plus souvent de mutations de sites d'épissages
- Il s'agit le plus souvent de délétions d'un ou plusieurs exons
- Les délétions qui provoquent un décalage de cadre de lecture sont en général plus sévères
- Il s'agit de mutations par expansion de trinuécléotides

15. Quelles sont les caractéristiques de la mutation suivante : c.125_127dup ?

- Il s'agit d'une duplication avec décalage du cadre de lecture (frameshift)
- Il s'agit d'une duplication en phase
- Il s'agit d'une duplication de trois nucléotides
- Il s'agit d'une duplication de deux nucléotides
- Elle est décrite par rapport à une séquence d'ADN génomique

16. A propos des variations non-sens, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

- Elles font partie des variations mono-nucléotidiques (single nucleotide variations)
- On peut toujours conclure à leur rôle pathogène
- Elles conduisent à un décalage de cadre de lecture et à la production d'un codon stop
- Elles ne peuvent jamais provoquer un gain de fonction
- Elles peuvent survenir dans la région 3' non-codante

17. A propos des tests génétiques, quelles sont les propositions vraies ?

- Ils peuvent être prescrits par un médecin non qualifié en génétique médicale
- Le législateur fait l'amalgame entre les tests à visée diagnostique et les tests pratiqués chez les personnes asymptomatiques
- Le consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux est indispensable
- Pour un mineur de 17 ans, le consentement des parents n'est pas indispensable
- Les tests de paternité peuvent être prescrits dans le cadre d'une étude familiale

18. A propos des maladies par expansions de nucléotides, quelles sont les propositions vraies ?

- Les motifs répétés sont toujours des trinucleotides
- Une instabilité est souvent observée lors des transmissions intergénérationnelles
- Elles peuvent survenir de novo
- Le diagnostic est dorénavant souvent effectué par séquençage à haut débit
- Il s'agit de maladies affectant principalement le système nerveux central ou le muscle

19. Quelles sont les anomalies chromosomiques de structure équilibrées ?

- Translocation réciproque
- Isochromosome
- Chromosome en anneau
- Translocation robertsonienne
- Insertion

20. A propos du dépistage prénatal de la trisomie 21, quelles sont les propositions vraies ?

- Il est obligatoire pour toute femme enceinte
- Il repose sur la mesure de la clarté nucale, le dosage de marqueurs biochimiques dans le sang maternel et l'âge maternel
- Il permet d'obtenir un diagnostic de certitude
- Il peut être réalisé à partir d'un échantillon d'ADN fetal circulant
- Il est réalisé au 3ème trimestre de la grossesse

21. A propos de l'anémie de Fanconi, quelles sont les propositions vraies ?

- Il s'agit majoritairement d'une pathologie de transmission autosomique récessive
- Les cassures chromosomiques observées sont responsables du phénotype
- Elle n'est jamais associée à une déficience intellectuelle
- Elle est associée à un risque augmenté de cancer
- Elle peut être associée à une agénésie radiale

22. Quelles sont les malformations les plus fréquemment observées dans la trisomie 21 ?

- Fente palatine
- Canal atrio-ventriculaire
- Rein en fer à cheval
- Atrésie duodénale
- Holoprosencéphalie

23. A propos de la microdélétion 22q11.2, quelles sont les propositions vraies ?

- Elle est visible au caryotype standard
- Elle fait partie des syndromes microdélétionnels
- Elle est secondaire à des cassures aléatoires sur le chromosome 22
- Elle n'est jamais associée à une déficience intellectuelle
- Elle peut être associée à une tétralogie de Fallot

24. Une femme porteuse d'une translocation robertsonienne équilibrée entre un chromosome 14 et un chromosome 21 $t(14;21)(q10;q10)$:

- Est porteuse d'une trisomie 21
- Peut faire des fausses-couches à répétition
- A un risque augmenté de transmettre une trisomie 21 à sa descendance
- Ne pourra pas bénéficier d'un diagnostic prénatal
- Doit informer sa famille sur le risque d'anomalie chromosomique

25. Concernant la dysmorphologie :

- Une malformation est une anomalie de forme, de taille ou de position d'une partie du corps secondaire à des phénomènes mécaniques
- Une association est un regroupement non aléatoire de plusieurs malformations simultanées, sans mécanisme causal commun connu et sans lien embryologique
- Un hypertélorisme est une augmentation de la distance entre les deux yeux
- Devant une dysmorphie, il faut demander une échographie cardiaque
- Lorsqu'on constate une microcéphalie ou une macrocéphalie, il faut demander une IRM cérébrale

26. Concernant l'achondroplasie :

- Il s'agit d'une maladie de transmission autosomique dominante à pénétrance incomplète
- Il s'agit d'une maladie à transmission autosomique récessive
- On observe dans ce syndrome une hypotonie et une déficience intellectuelle
- Les patients ont généralement une hyperlordose lombaire
- Sur le plan morphologique, on note un front bombé et une rétrusion de l'étage moyen

27. Concernant la mucoviscidose :

- Elle est liée à des mutations du gène *CFTR*
- Il s'agit d'une maladie de transmission autosomique récessive
- Les premiers signes apparaissent le plus souvent chez le nourrisson, avant l'âge de 1 an
- Cette maladie peut se compliquer d'un diabète insulino-dépendant
- Les mutations du gène *CFTR* peuvent être responsables d'une infertilité isolée

28. Concernant la dystrophie musculaire de Duchenne :

- Il s'agit d'une maladie de transmission autosomique récessive
- Le risque de récurrence pour un couple ayant déjà eu un enfant atteint est de 1/2
- Les premiers signes sont présents dès la naissance
- On observe une amyotrophie des mollets
- Les fonctions cognitives sont altérées

29. Concernant l'hémophilie :

- Seuls des garçons sont atteints
- L'expressivité est variable
- Elle se manifeste toujours par des hémorragies spontanées
- Une activité résiduelle du facteur VIII à 3% est associée à une hémophilie sévère
- Une cardiomyopathie dilatée peut-être observée

30. Concernant la prise en charge du handicap :

- Les CAMSP sont des structures d'accueil d'enfants âgés de 3 à 18 ans présentant un handicap
- C'est la Commission des Droits et de L'Autonomie des Personnes Handicapées de la MDPH qui décide d'orienter un enfant vers un CAMSP
- C'est la Commission des Droits et de L'Autonomie des Personnes Handicapées de la MDPH qui décide d'orienter un enfant vers un SESSAD
- Les CAMSP sont des structures mobiles qui interviennent au domicile
- Les ULIS sont des classes intégrées dans certaines écoles pour accueillir des enfants en difficultés

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:10

2015-2016_DFGSM 3_UE 20_session2 - cas clinique n°1

8 questions

1. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

Mr X 65 ans est adressé aux urgences devant l'apparition d'une hémiparésie droite brutale. Un examen IRM doit être réalisé. Quelle(s) sont la (les) contre-indication(s) à cet examen :

- une prothèse de hanche datant de 1986
- une prothèse de genou datant de 1986
- un pace maker datant de 1986
- un éclat de verre dans l'il
- une allergie à l'iode

2. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

Voici son IRM (séquence de diffusion).

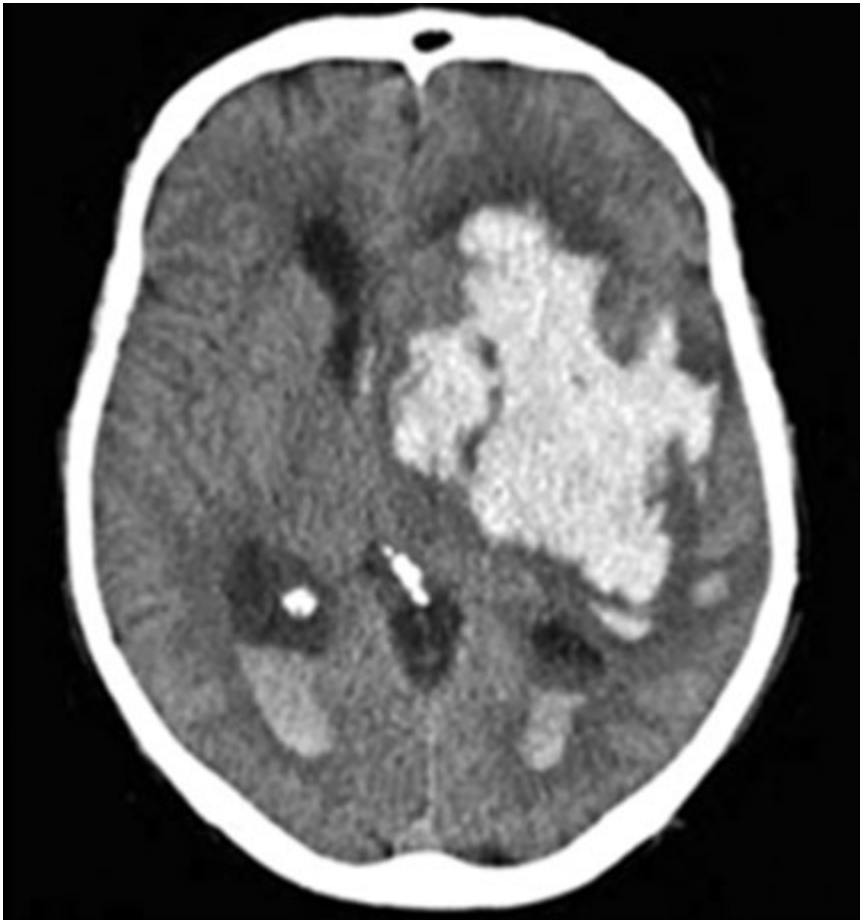


Quelle(s) est (sont) la (les) affirmation(s) exacte(s):

- Il existe un hématome
- Il existe un décollement de la convexité
- Il existe un effet de masse
- Il existe une lésion ischémique
- Il existe des microbleeds

3. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

12 h plus tard le patient présente une aggravation de son déficit. Un scanner est réalisé.



- Il s'agit d'un scanner sans injection d'iode
- Il existe un effet de masse
- Il existe un hématorne intraparenchymateux
- Il existe une hémorragie intraventriculaire
- Il existe une hydrocéphalie

4. SEMIOLOGIE MEDICALE

Outre l'hémiplégie droite l'examen clinique à l'admission aux urgences doit rechercher en priorité au vu de la lésion constatée à l'IRM :

- Une amnésie antérograde
- Une aphasie de Broca
- Une hémianopsie bi-temporale
- Une négligence spatiale gauche
- Une apraxie dynamique de la main droite

5. HISTOLOGIE

La pathologie de ce patient a occasionné une altération fonctionnelle et histologique de la barrière hémato-tissulaire. Une analyse moléculaire et morphologique de cette interface permettrait d'observer :

- L'expression de molécules d'efflux par les cellules épithéliales des plexus choroïdes
- Une altération des zonula occludens réunissant les astrocytes
- Une altération des péricytes localisés dans un dédoublement de la basale
- Une altération moléculaire du couplage neuro-vasculaire
- Une mort cellulaire des cellules microgliales

6. SEMIOLOGIE MEDICALE

La topographie lésionnelle de ce patient devra également faire évoquer les troubles associés suivants :

- Une quadranopsie latérale inférieure droite
- Une hémianopsie latérale homonyme gauche
- Un déficit somatosensoriel de l'hémicorps droit
- Un syndrome de Brown-Sequard
- Un tremblement intentionnel du membre supérieur gauche

7. PHYSIOLOGIE

L'hémiplégie de ce patient sera attribuée :

- A un déficit de la planification du mouvement
- A un déficit de génération des intentions
- A l'atteinte du réflexe de boucle longue transcortical
- A un déficit de production des commandes motrices
- A la désorganisation centrale des boucles de rétroaction visuo-motrices

8. HISTOLOGIE

Dans les jours suivants l'apparition des signes cliniques, une réaction inflammatoire d'intensité modérée se développe dans le tissu périlésionnel. Selon vous, cette réaction inflammatoire peut se traduire par :

- Une prolifération des cellules microgliales
- Une prolifération des péricytes
- Une activation des macrophages périvasculaires
- Une prolifération des oligodendrocytes
- L'expression de molécules d'adhérence par les cellules endothéliales

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:11

2015-2016_DFGSM 3_UE 20_session2 - cas clinique n°2

8 questions

1. SEMIOLOGIE MEDICALE

Sylvie, 41 ans, droitière, directrice de ressources humaines dans une grande entreprise, consulte accompagnée de son mari, pour des troubles de l'attention' remarqués depuis deux mois par l'entourage dont elle ne garde aucun souvenir. Pendant 10 à 30 secondes elle interrompt brutalement l'activité en cours, ne répond pas lorsqu'on l'interroge, puis reprend le contact avec un comportement adapté, sans troubles du langage. Ces épisodes se produisent une à deux fois par semaine sans facteur déclenchant particulier. Vous suspectez qu'il peut s'agir de crises épileptiques parce que :

- L'âge de début est compatible avec des absences dans le cadre d'une épilepsie généralisée
- La durée des épisodes est compatible avec le diagnostic de crises épileptiques
- La reprise de contact immédiate est typique des crises partielles complexes temporales
- La stéréotypie des épisodes paroxystiques est très évocatrice de manifestations épileptiques
- L'amnésie complète des épisodes s'observe dans toutes les formes de crises épileptiques

2. SEMIOLOGIE MEDICALE

En poursuivant l'interrogatoire de la patiente et de son mari vous retiendrez comme compatibles avec des crises du lobe temporal :

- Des mouvements cloniques de la main gauche pendant la perte du contact
- Des automatismes de mâchonnements pendant la perte du contact
- Des convulsions fébriles ayant conduit à une hospitalisation en urgence à l'âge de 9 mois
- Une dystonie du membre supérieur droit pendant la perte du contact
- L'absence de troubles du langage lors de la reprise de conscience

3. SEMIOLOGIE MEDICALE

En poursuivant l'interrogatoire de la patiente et de son mari vous retiendrez comme compatibles avec des crises du lobe frontal :

- L'absence d'aura épigastrique
- Un regard fixe les yeux ouverts pendant la perte du contact
- Des automatismes de déglutition pendant la perte du contact
- L'absence de confusion lors de la reprise de conscience
- Une aversion oculo-céphalique vers la gauche au début des épisodes

4. SEMIOLOGIE MEDICALE

Le mari de la patiente signale la survenue de deux épisodes nocturnes récents, qu'il a interprétés comme des cauchemars. Au cours de ces épisodes la patiente s'est agitée et a poussé des cris. Vous penserez à des crises hyperkinétiques frontales :

- Devant le caractère morphéique des épisodes
- Si les mouvements des quatre membres pendant les épisodes furent rythmiques et synchrones
- Devant la constatation d'une morsure latérale de langue le matin au réveil
- Si la patiente ne garde aucun souvenir des épisodes
- En raison de l'association avec les épisodes diurnes ayant motivé la consultation

5. SEMIOLOGIE MEDICALE

Vous évoquerez le diagnostic de syndrome frontal si les troubles de l'attention' transitoires motivant la consultation sont associés à des modifications du comportement comme :

- Des décisions surprenantes et inadéquates dans le milieu professionnel
- Des difficultés à l'habillage
- Un tremblement d'attitude
- Une tenue vestimentaire négligée
- Une difficulté à reconnaître les visages de ses collègues de travail et de ses relations professionnelles

6. SEMIOLOGIE MEDICALE

En examinant la patiente vous rechercherez des signes en faveur d'un dysfonctionnement du cortex frontal parmi lesquels :

- Une astéréognosie de la main gauche
- Une apraxie dynamique à l'épreuve poing-paume-tranche
- Une ataxie optique dans l'hémi-espace droit
- Une hypokinésie de l'hémicorps gauche
- Une extinction auditive gauche en stimulation dichotique

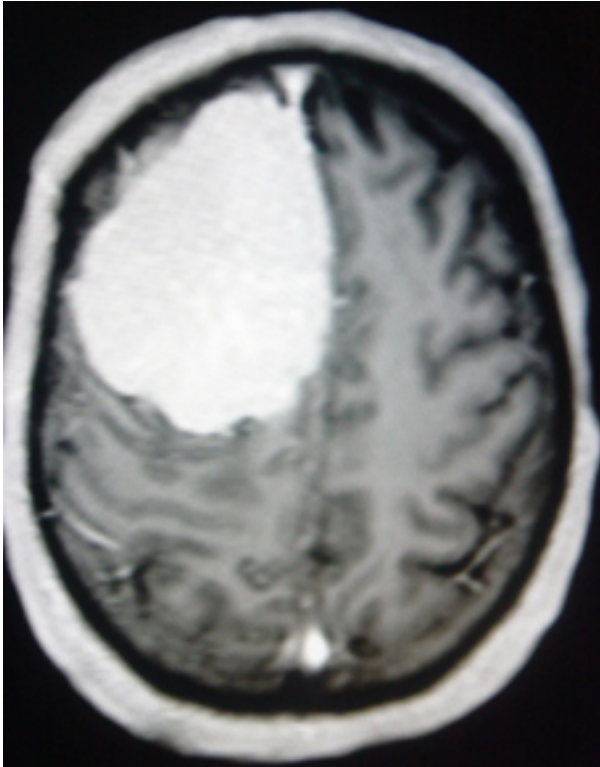
7. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

En poursuivant l'interrogatoire, vous apprenez que la patiente se plaint également, depuis quelques jours, de céphalées bilatérales intermittentes

- la présence de céphalées vous oriente formellement vers le diagnostic de crises épileptiques temporales
- la présence, depuis peu, de céphalées, vous fait évoquer la possibilité de survenue d'une hypertension intra-crânienne débutante
- l'association de sensations nauséuses à ces céphalées vous conforterait dans l'hypothèse d'une hypertension intra-crânienne
- l'association, d'apparition récente, de crises d'épilepsie à des céphalées, impose de faire réaliser une imagerie cérébrale
- l'association, d'apparition récente, de crises d'épilepsie à des céphalées bilatérales est une des caractéristiques du syndrome migraineux

8. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

Un examen IRM est réalisé. Quelle(s) sont la(les) proposition(s) exacte(s) ?



- Il s'agit d'une séquence pondérée T2
- Il s'agit d'une séquence pondérée T1
- L'hypersignal de la lésion traduit une hypervascularisation
- L'hypersignal de la lésion est en rapport avec une rupture de la barrière hémato encéphalique
- L'examen est réalisé sans injection

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:13

2015-2016_DFGSM 3_UE 20_session2 - cas clinique n°3

6 questions

1. ANATOMIE

Vous êtes dans l'amphithéâtre avec votre copine Marie en train d'assister au derniers cours d'Anatomie de l'année. Soudain, Marie se plaint de céphalées importantes puis elle regarde dans le vide en marmonnant et vomit. Avec vos amis, vous appelez le SAMU puis vous l'accompagnez aux urgences. A l'arrivée, vous expliquez à l'urgentiste que Marie n'a pas d'antécédents particuliers. Elle fume un peu. Elle ne prend pas de traitement hormis la pilule. Le médecin des urgences l'examine et remarque qu'elle bouge moins bien le bras droit et a la partie inférieure du visage un peu déformée. Il demande une IRM cérébrale en Urgence. Parmi plusieurs diagnostics ou syndromes neurologiques, la (ou les) (s) suivante(s) est (sont) possible(s) :

- Paralysie faciale périphérique a frigore
- Crise d'épilepsie généralisée
- Thrombophlébite cérébrale
- Accident vasculaire cérébral ischémique sylvien superficiel
- Hémorragie méningée par rupture d'anévrisme intra cranien

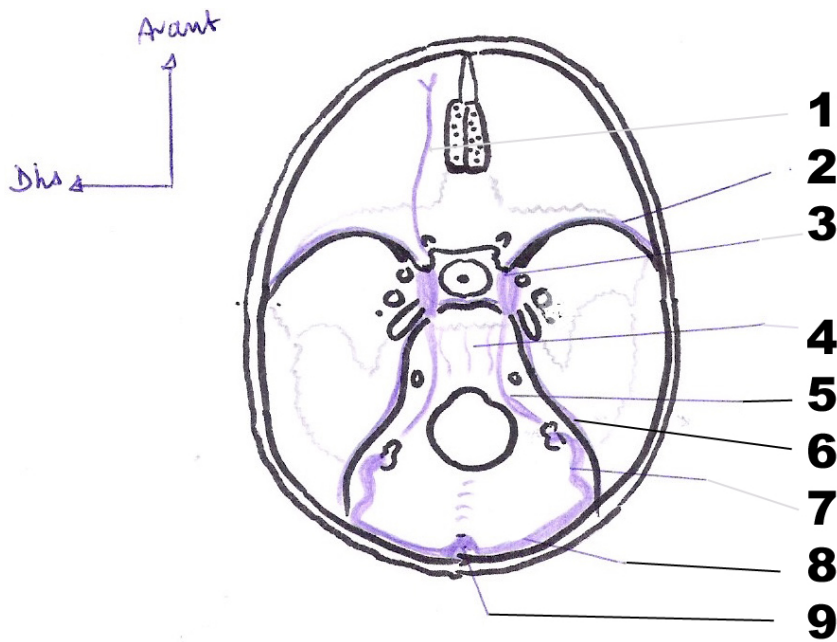
2. ANATOMIE

Concernant la vascularisation veineuse de l'encéphale, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- Les sinus veineux sont des dédoublements de dure-mère
- Il existe un système de drainage veineux profond et superficiel
- Le sinus droit fait suite à l'ampoule de Galien et se jette dans le torcular
- Le système de drainage profond basal draine le système ventriculaire
- Les sinus caverneux se situent de part et d'autre de la glande pinéale

3. ANATOMIE

Concernant la vascularisation veineuse de l'encéphale, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :



- Les sinus pétreux inférieurs et supérieurs sont en 7 et 8
- Les portions transverse et sigmoïdes des sinus latéraux sont en 5 et 6
- Le Torcular est en 9
- Les sinus sphéno-pariétaux sont en 3
- Le système veineux anastomotique supérieur rejoint en général le sinus latéral

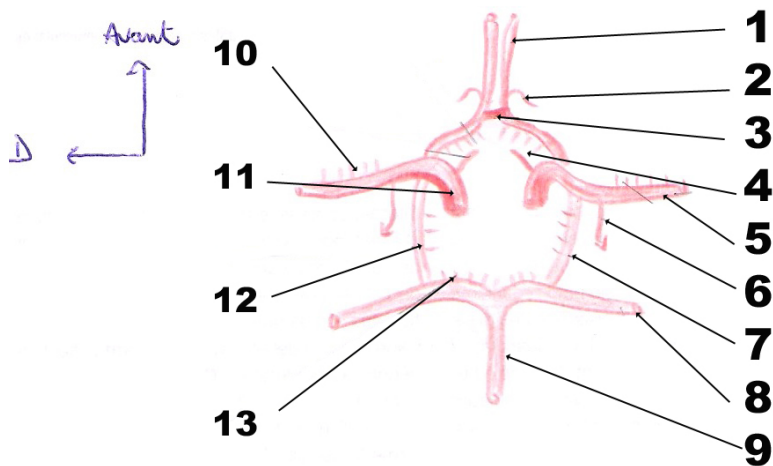
4. ANATOMIE

Vous vous rappelez qu'en cas d'AVC ischémique, il existe des suppléances vasculaires liées au cercle anastomotique de la base du cerveau : le polygone de Willis. Concernant la vascularisation artérielle de l'encéphale, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- Il existe de nombreuses artères perforantes au sein de ce polygone, à destination de structures cérébrales profondes
- Il existe 2 artères communicantes antérieures et une artère communicante postérieure
- Ce polygone réunit les artères carotides externes et les artères cérébrales postérieures issues de l'artère basilaire
- Les artères carotides internes donnent de multiples branches durant leur passage cervical
- Les artères vertébrales passent dans les foramen transversaires des vertèbres cervicales, de C2 à C6

5. ANATOMIE

Concernant la vascularisation artérielle de l'encéphale, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :



- Les artères carotides internes sont en 1
- Les artères ophtalmiques sont en 4
- Le tronc artériel basilaire est en 9
- Les artères perforantes lenticulo-striées sont en 12
- Les artères cérébrales postérieures sont en 7

6. ANATOMIE

Concernant la vascularisation artérielle de l'encéphale, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- Les artères cérébrales antérieures vascularisent la face latérale des lobes frontal et pariétal
- L'artère choroidienne antérieure naît juste après l'artère communicante postérieure depuis l'artère carotide interne
- L'artère cérébrale moyenne possède le plus grand territoire d'irrigation encéphalique
- L'artère cérébrale postérieure vascularise les 7/8 antérieurs du corps calleux
- Le tronc artériel basilaire donne des artères cérébelleuses antéro supérieures à destination de la moelle allongée

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:14

2015-2016_DFGSM 3_UE 20_session2 - cas clinique n°4

5 questions

1. PHYSIOLOGIE

Vous recevez en consultation aux urgences un patient, âgé de 67 ans, pour un vertige. Il décrit l'apparition récente, depuis 2h, d'une sensation de nausées, de faiblesse, d'ébriété, et de rotation de son environnement. Il est instable. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles définissent vertige ?

- nausées
- faiblesse
- ébriété
- rotation de l'environnement
- instabilité

2. PHYSIOLOGIE

Concernant l'origine de la sensation vertigineuse dans le cadre d'un syndrome vestibulaire, laquelle ou lesquelles des propositions suivantes est ou sont correctes ?

- le vertige est la conséquence du nystagmus
- le vertige rotatoire témoigne d'un dysfonctionnement dans les voies vestibulo-oculaires
- le vertige linéaire témoigne d'une erreur de signal dans les voies issues des macules otolithiques
- le nystagmus est la conséquence du vertige
- le vertige est la conséquence d'une erreur de signal dans les voies vestibulo-thalamo-corticales

3. PHYSIOLOGIE

Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont évocatrices d'une instabilité posturale d'origine vestibulaire ?

- élargissement du polygone de sustentation
- marche talonnante
- déviation latéralisée à la manuvre des index
- déviation latéralisée à la manuvre de Fukuda
- signe de Romberg

4 **PHYSIOLOGIE**

Sur cette vidéo filmant les yeux du patient, quel(les) est(sont) les propositions exactes ?

- il s'agit d'un nystagmus battant à droite
- il s'agit d'un nystagmus dans le regard latéral droit
- il s'agit d'un nystagmus vertical
- dans le cadre d'un syndrome vestibulaire périphérique, il devrait s'associer à une déviation posturale à droit
- dans le cadre d'un syndrome vestibulaire périphérique, il signe un déficit vestibulaire droit

5 **PHYSIOLOGIE**

A l'examen du patient, vous notez une dysarthrie, une dysmétrie du membre supérieur droit les yeux ouverts, une hypotonie de l'hémicorps droit et un nystagmus. Il présente également un déficit sensitif thermo-algique de l'hémicorps gauche et un syndrome de Claude Bernard Horner droit. Sur ces éléments, parmi les propositions suivantes laquelle ou lesquelles devez-vous évoquer ?

- Un syndrome cérébelleux de l'hémisphère cérébelleux gauche
- Un syndrome cérébelleux de l'hémisphère cérébelleux droit
- Une atteinte de la voie sympathique au niveau du tronc cérébral
- Une ataxie somatosensorielle du membre supérieur droit
- Un syndrome de Wallenberg

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:15

2015-2016_DFGSM 3_UE 20_session2 - cas clinique n°5

6 questions

1. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

Vous êtes le médecin traitant de Mr X, maçon âgé de 57 ans, sans antécédents. Il se présente ce jour à votre cabinet en raison de la survenue progressive, depuis environ 10 jours, de douleurs intéressant la région lombaire et irradiant dans le membre inférieur droit. Un complément d'interrogatoire vous apprend que la douleur intéresse, outre la région lombaire, la région glutéale, la face postérieure de la cuisse, la face latérale de la jambe, et le dessus du pied jusqu'au gros orteil, à droite. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- ce trajet douloureux fait évoquer le diagnostic de lombosciatalgie de type L5 droite
- ce trajet douloureux fait évoquer le diagnostic de compression du nerf fémoral droit
- ce trajet douloureux fait évoquer le diagnostic de névralgie cervico-brachiale droite
- il y a lieu de rechercher la présence d'un éventuel déficit moteur du pied droit
- dans l'hypothèse où il s'agirait d'une sciatalgie L5 droite, on s'attend à ce que le réflexe rotulien droit soit aboli

2. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

l'examen clinique ne retrouve aucun déficit neurologique. Le signe de Lasègue est positif à 45 degrés à droite. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes.

- il y a lieu de réaliser en urgence une IRM lombaire
- il y a lieu de prescrire un traitement médical symptomatique
- il y a lieu de réaliser une ponction lombaire
- il y a lieu de réaliser des radiographies simples de la région lombaire
- la positivité du signe de Lasègue est un signe de gravité qui doit faire poser très rapidement une indication chirurgicale

3. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

l'évolution est finalement favorable en trois semaines. Le patient revient vous voir quatre ans plus tard car, à la suite d'un effort important dans l'exercice de sa profession, il présente à nouveau d'importantes douleurs lombosciatiques, qui prédominent à droite mais ont tendance à se bilatéraliser. Le patient décrit également quelques difficultés pour uriner. L'examen clinique retrouve un déficit moteur distal bilatéral côté à 4/5. Parmi les propositions suivantes laquelle ou lesquelles sont exactes.

- il y a lieu de rechercher la présence d'un déficit sensitif des membres inférieurs
- il y a lieu d'évoquer le diagnostic de syndrome de la queue de cheval
- la constatation de la présence d'une anesthésie en selle permettrait d'éliminer le diagnostic de syndrome de la queue-de-cheval
- il est probable que les réflexes rotuliens et achilléens soient exagérés
- il y a lieu d'effectuer un toucher rectal à la recherche d'un trouble du tonus anal

4 SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes

- dans le cas présent, il y a lieu uniquement de prescrire un traitement médical symptomatique
- dans le cas présent, il y a lieu de réaliser une IRM lombaire en urgence
- la hernie discale est une étiologie très fréquente de syndrome de la queue de cheval
- les troubles génito-urinaires liés à un syndrome de la queue de cheval sont en principe de bon pronostic
- le syndrome pyramidal fait partie du syndrome de la queue de cheval

5 SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

l'imagerie dévoile la présence d'une très volumineuse hernie discale L4-L5, sténosant le canal rachidien. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes

- une chirurgie en urgence s'impose
- il y a lieu de pratiquer avant tout une infiltration
- le risque infectieux fait partie des risques liés à la chirurgie d'exérèse de hernie discale
- dans le cas présent, la guérison de la douleur et la récupération de tous les déficits sont certaines
- la queue de cheval fait partie du système nerveux périphérique

6. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

Voici l'IRM de votre patient. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont exactes



- Il s'agit d'une séquence pondérée T2
- Il existe une hernie discale L4-L5 comprimant la moelle
- Il existe un tassement vertébral
- Il existe une hernie discale L4-L5 migrée vers le bas
- Il est nécessaire de faire un scanner du rachis en urgence

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:16

2015-2016_DFGSM 3_UE 20_session2 - cas clinique n°6

3 questions

1. PHYSIOLOGIE

Un homme accompagne son épouse de 65 ans pour vous demander votre avis car il a constaté qu'elle réalisait de multiples erreurs en recopiant un dessin complexe d'un test de magazine. Il vous fait part de son incompréhension et de son inquiétude. Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- si les erreurs sont principalement des omissions localisées dans la partie gauche du modèle, vous évoquerez l'hypothèse d'une négligence spatiale
- si les erreurs concernent l'ensemble du modèle, vous évoquerez en priorité une pathologie de la mémoire
- si certains détails uniques de ce dessin sont répétés plusieurs fois sur la copie, vous évoquerez une agnosie visuelle
- Si les formes élémentaires sont respectées et que l'organisation globale de la copie est confuse, vous pourrez évoquer une perturbation des fonctions exécutives
- si la moitié droite du modèle est omise dans la copie vous évoquerez une hémianopsie latérale homonyme droite

2. PHYSIOLOGIE

la poursuite de l'interrogatoire vous apprend que la patiente est droitère. Une copie de dessin que vous lui demandez de réaliser est effectivement perturbée. Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- Le test à réaliser en priorité est une copie de dessin avec la main gauche
- Il serait pertinent de débiter son examen par le MOCA (Montréal Cognitive Assessment)
- Vous interrogez la patiente et son mari sur l'existence d'autres difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours
- Vous recherchez d'autres signes de lésion postérieure gauche qui pourraient être associés à une apraxie
- Vous recherchez des indices de perturbations de la représentation corporelle

3. PHYSIOLOGIE

Un dessin de bonhomme réalisé par la patiente est marqué par l'absence d'un pied et d'un bras dans la partie gauche du dessin. Vous en concluez :

- Que la patiente présente une négligence spatiale gauche
- Que la patiente présente une négligence corporelle
- Qu'il faut rechercher d'autres signes de lésion hémisphérique gauche
- Vous demandez à son mari s'il lui arrive de ne pas retrouver des objets ou des aliments sur sa gauche
- Vous prescrivez un EEG à la recherche d'un ralentissement hémisphérique droit

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 25-07-2016 15:18

2015-2016_DFGSM 3_UE 20_session2 - QCM libres

53 questions

1. ANATOMIE

Parmi les propositions suivantes concernant les méninges et les ventricules cérébraux, quelles sont la ou les réponses justes?

- La pachyméninge ou dure-mère est appliquée contre les structures osseuses crâniennes et rachidiennes
- Un hématome sous-dural se collecte entre la dure-mère et l'arachnoïde
- La dure-mère rachidienne s'arrête en regard de la deuxième vertèbre sacrée
- L'espace sous-arachnoïdien communique avec les cavités ventriculaires encéphaliques au niveau du quatrième ventricule.
- Le septum lucidum est tendu entre la face inférieure du corps calleux et la face supérieure des thalamus

2. ANATOMIE

Parmi les propositions suivantes concernant le système nerveux végétatif, quelles sont la ou les réponses justes?

- Les centres du système nerveux orthosympathique sont situés dans la moelle spinale thoracique.
- Le neurone pré-ganglionnaire qui passe du nerf spinal au ganglion sympathique de la chaîne prévertébrale est amyélinique
- Le noyau parasympathique contrlant la motricité de la pupille est annexé au noyau du nerf ophtalmique
- Au niveau du ganglion submandibulaire le relais entre neurone pré-ganglionnaire et neurone post-ganglionnaire est un relais parasympathique
- La chaîne ganglionnaire latéro-vertébrale thoracique est le relais sur la voie efférente orthosympathique.

3. ANATOMIE

Parmi les formations suivantes quelles sont celles qui appartiennent au système limbique proprement dit ?

- Corps calleux
- Amygdale
- Noyaux thalamiques limbiques
- Hippocampe
- Claustrium

4. ANATOMIE

Concernant les organes des sens, quelles sont la ou les réponses justes?

- La chambre antérieure de l'il contient l'humeur aqueuse et la chambre postérieure l'humeur vitrée
- Le protoneurone de la voie visuelle est intra-rétinien
- Une atteinte unilatérale de la voie visuelle en arrière du chiasma optique donne une hémianopsie latérale homonyme du même côté.
- Le corps cellulaire du protoneurone de la voie cochléaire est contenu dans le canal spiral du modiolus
- Le nerf trijumeau intervient dans la sensibilité gustative

5. PHYSIOLOGIE

Lors d'un examen posturographique sur une plate-forme d'équilibration vous obtenez les résultats suivants : Situation 1, le patient a les yeux ouverts. Longueur (mm) : 400, Surface (mm²) : 100, X moyen (mm) : 1, Y moyen (mm) : -35. Situation 2, le patient ferme les yeux. Longueur (mm) : 600, Surface (mm²) : 300, X moyen (mm) : 5, Y moyen (mm) : -28.

- Cette personne présente un coefficient de Romberg de 150%.
- Cette personne présente un coefficient de Romberg de 300%.
- Lorsque cette personne a fermé les yeux elle s'est portée sur la gauche et en arrière.
- Lorsque cette personne a fermé les yeux elle s'est portée sur la droite et en avant.
- L'afférence visuelle semble intervenir très peu dans l'équilibre de cette personne.

6. PHYSIOLOGIE

Concernant l'examen posturographique, veuillez indiquer si ces affirmations sont exactes

- Lors d'un examen posturographique la surface qui vous est donné par l'appareil est la surface de l'ellipse de confiance qui contient 90% des positions successives de la projection du centre de gravité.
- Le stabilogramme correspond à l'enregistrement en fonction du temps (en abscisse) des différences d'appui du centre de pression plantaire suivant l'axe antéropostérieur ou médiolatéral, (en ordonnée).
- X moyen : c'est la position moyenne de la projection du centre de gravité sur l'axe antéropostérieur.
- Le coefficient de Romberg permet d'apprécier la qualité de l'entrée visuelle et son importance relative par rapport aux autres entrées du système.
- Une posture antalgique ne peut pas induire de valeur anormale pour le X-moyen.

7. PHYSIOLOGIE

Concernant les cellules ciliées du labyrinthe vestibulaire, la(les) réponse(s) suivante(s) est(sont) vraie(s):

- elles sont spécifiques des macules otolithiques
- elles détectent les déplacements en rotation, les déplacements linéaires et certaines positions de la tête
- elles ne transmettent aucun signal lorsque les cils sont en position neutre (de repos)
- leurs cils sont organisés en rangées de taille croissante jusqu'au kinocil
- elles transmettent l'information nerveuse au niveau des noyaux vestibulaires

8. PHYSIOLOGIE

Concernant le cervelet, la(les) réponse(s) suivante(s) est(sont) vraie(s):

- Les fibres afférentes au cervelet sont les cellules de Purkinje
- Le spinocervelet compare la copie éfférente du mouvement au mouvement en cours
- Le noyau dentelé est délocalisé dans le tronc cérébral
- L'archéocervelet contrle la motricité oculaire lente
- Le syndrome cérébelleux s'accompagne d'une dysmétrie

9. PHYSIOLOGIE

Concernant les saccades oculaires, la(les) réponse(s) suivante(s) est(sont) vraie(s):

- elles ont pour objectif de stabiliser les yeux pendant les mouvements de la tête
- elles servent la fonction visuelle
- elles servent la fonction posturale
- elles correspondent à des mouvements oculaires lents
- elles correspondent par exemple aux mouvements oculaires pendant la lecture

10. PHYSIOLOGIE

Concernant les noyaux gris centraux, la(les) réponse(s) suivante(s) est(sont) vraie(s):

- ils constituent un relais du faisceau pyramidal
- le pallidum est synonyme de noyau lenticulaire
- une différence entre la voie directe et la voie indirecte est le type de récepteur à la dopamine du putamen
- ils reçoivent des afférences sensibles d'origine spinale
- le syndrome parkinsonien s'accompagne d'une dysarthrie

11. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

Vous recevez, aux urgences, un patient de 35 ans pour traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale de quelques minutes. Vous faites réaliser un scanner crânio-encéphalique.

- la constatation scannographique de la présence d'une contusion cérébrale implique une indication chirurgicale en urgence.
- la présence isolée d'une rhinorrhée de liquide cérébro-spinal, fait évoquer l'existence d'une plaie cranio-cérébrale
- l'examen clinique s'attachera à obtenir une cotation de l'état de conscience du patient selon l'échelle de Glasgow.
- la constatation scannographique de la présence d'un hématome extra-dural fait envisager une indication chirurgicale en urgence.
- l'hématome extra-dural se développe entre la dure-mère et l'arachnoïde

12. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

Un homme de 75 ans se présente à votre consultation en raison de troubles de la marche.

- la notion de douleurs de la face postérieure des 2 cuisses, majorées à l'effort, associées à ces difficultés à la marche, fait évoquer, entre autres, le diagnostic de syndrome radiculaire lié à la présence d'un canal lombaire étroit.
- la notion de douleurs de la face postérieure des cuisses, majorées à l'effort, associées à ces difficultés à la marche fait évoquer le diagnostic d'hydrocéphalie.
- l'association de troubles des fonctions supérieures et de troubles urinaires à ces difficultés à la marche fait évoquer le diagnostic d' hydrocéphalie aiguë
- la notion de douleurs de la face postérieure des deux membres inférieurs, et de fuites urinaires récentes, associées à ces difficultés à la marche peut faire évoquer un syndrome de la queue de cheval.
- l'examen clinique s'attachera à rechercher une éventuelle tendance à la rétropulsion.

13. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- l'association de troubles des fonctions supérieures et de troubles urinaires à des difficultés à la marche fait évoquer le diagnostic d' hydrocéphalie chronique de l'adulte, dite à pression normale .
- la présence d'une lésion tumorale proche de l'aqueduc du mésencéphale peut résulter en la survenue d'une hydrocéphalie aigue
- le traitement premier de l'hydrocéphalie aigue est la dérivation ventriculaire externe
- le diagnostic d'une hydrocéphalie se fait principalement au moyen d'une radiographie du crâne
- la ventriculocisternostomie endoscopique est un traitement possible de l'hydrocéphalie obstructive

14. SEMIOLOGIE CHIRURGICALE

Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles sont exactes ?

- la prise d'un traitement anticoagulant est un facteur favorisant la survenue d'un hématome sous-dural chronique
- la plaie crano-cérébrale se définit comme étant une communication directe entre parenchyme cérébral et milieu extérieur
- la brèche ostéo-méningée est une lésion dénuée de risque infectieux
- le glioblastome est une tumeur cérébrale bénigne
- les métastases cérébrales sont des tumeurs extra-axiales

15. PHYSIOLOGIE

Une action complexe

- Peut être décomposée en mouvements élémentaires réalisés en parallèle ou en série
- Suit des principes d'organisation hiérarchique et parallèle mais non circulaire
- Peut être normalement réalisée exclusivement par le contrle moteur volontaire
- Sa planification repose essentiellement sur le cortex moteur primaire
- Une partie des réseaux impliqués dans sa planification peut se déplacer du cortex frontal vers des circuits sous-corticaux

16. PHYSIOLOGIE

L'adaptation visuo-motrice

- Permet de maintenir la précision du geste face à un changement durable de l'interface avec l'environnement
- Constitue un exemple de plasticité cérébrale à court-terme
- Implique essentiellement les réseaux du cortex frontal
- Est objectivable par la présence d'effets consécutifs à l'arrêt de la perturbation
- Peut être spécifique du membre utilisé au cours de la phase d'exposition

17. PHYSIOLOGIE

Les champs récepteurs des cellules ganglionnaires de la rétine périphérique

- Correspondent à une zone plus vaste du champ visuel que ceux des cellules ganglionnaires fovéales
- Intègrent les informations issues d'un plus grand nombre de récepteurs que les cellules ganglionnaires fovéales
- Permettent le codage du contraste de couleur existant entre leur centre et leur périphérie
- Réalisent un codage du contraste lumineux existant entre leur centre et leur périphérie
- Ne codent pas les mouvements visuels

18. PHYSIOLOGIE

La perception de la profondeur visuelle

- Résulte essentiellement d'un traitement implicite de plusieurs indices visuels
- Comprend normalement des indices monoculaires et binoculaires
- Utilise des indices non-visuels tels que la convergence oculaire
- Utilise la disparité rétinienne analysée par les cellules ganglionnaires
- Peut être explorée avec les stéréogrammes qui évaluent la vision monoculaire

19. PHYSIOLOGIE

Les phénomènes d'adaptation visuelle

- Peuvent s'appliquer au codage du mouvement visuel
- Peuvent s'appliquer au codage de la couleur
- correspondent à une modification progressive du traitement de l'information visuelle
- Peuvent s'appliquer à des dimensions aussi complexes que le genre (masculin/féminin) d'un visage
- Peuvent perturber la perception visuelle normale à l'arrêt de la stimulation déclenchant l'adaptation

20. PHYSIOLOGIE

L'aire somesthésique primaire

- Présente une organisation verticale topographique et une organisation antéro-postérieure fonctionnelle
- Reçoit des signaux tactiles cutanés provenant de l'hémicorps controlatéral et des signaux nociceptifs de l'hémicorps ipsilatéral
- Reçoit des signaux proprioceptifs spécifiques de la longueur instantanée du muscle
- Est le siège de notre schéma corporel
- Peut véhiculer des messages participant aux réflexes de boucle longue

21. PHYSIOLOGIE

Concernant le motoneurone de la corne antérieure de la moelle, la(les) réponse(s) suivante(s) est(sont) vraie(s):

- reçoit toutes ses afférences de la voie pyramidale
- est responsable de l'inhibition du réflexe myotatique
- est impliqué dans la réponse du réflexe de retrait à la douleur
- génère en parallèle les commandes activatrices du muscle agoniste et les commandes inhibitrices du muscle antagoniste
- joue le rôle de comparateur entre les commandes descendantes et les afférences proprioceptives

22. SEMIOLOGIE MEDICALE

L'aphasie de Wernicke:

- Comporte une anosognosie
- Est une aphasie non fluente
- Est souvent associée à une hémianopsie latérale homonyme
- Respecte la compréhension des ordres verbaux
- Traduit une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche chez le droitier manuel

23. SEMIOLOGIE MEDICALE

Le syndrome frontal peut se traduire par

- Un comportement de préhension
- Une hémiplégie
- Une prosopagnosie
- Une apraxie de la marche
- Une réduction du langage spontané

24. SEMIOLOGIE MEDICALE

La paralysie du nerf cubital touche :

- Le muscle opposant du pouce
- Le muscle adducteur du pouce
- Le muscle extenseur commun des doigts
- Les muscles interosseux
- Les muscles extenseurs du pouce

25. SEMIOLOGIE MEDICALE

Le syndrome de Wallenberg comporte :

- Une hypoesthésie thermo-algique des membres ipsilatérale à la lésion
- Une hémiplégie controlatérale à la lésion
- Un vertige rotatoire
- Une mydriase ipsilatérale à la lésion
- Un signe de Claude Bernard Horner ipsilatéral à la lésion

26. SEMIOLOGIE MEDICALE

Les signes suivants appartiennent au syndrome extra-pyramidal :

- Des myoclonies déclenchées par le mouvement
- Un tremblement de repos
- Une hypertonie élastique
- Une réduction des mouvements spontanés (akinésie)
- Une roue dentée lors de la mobilisation passive du membre supérieur

27. SEMIOLOGIE MEDICALE

Dans les déficits moteurs par atteinte du motoneurone de la corne antérieure de la moelle on peut observer :

- Des fasciculations
- Un signe de Babinski
- Des réflexes ostéo-tendineux vifs et diffusants dans le territoire atteint
- Une hypertonie
- Une amyotrophie

28. HISTOLOGIE

Concernant la synthèse, la circulation et la résorption du liquide céphalo-rachidien (LCR), la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- Le LCR circule dans les espaces sous-duraux
- Le LCR est résorbé au niveau des plexus choroïdes
- Le nerf optique est entouré d'une tunique de pie-mère qui est elle-même au contact du LCR
- Les fibroblastes du stroma choroïdien jouent un rôle essentiel dans la synthèse du LCR
- Le canal de l'épididyme contient du LCR

29. HISTOLOGIE

Concernant la myéline du système nerveux central (SNC), indiquez le ou les item(s) exact(s) :

- Les oligodendrocytes sont des cellules gliales minoritaires au sein du SNC
- Les ramifications oligodendrocytaires sont le siège de constants mouvements d'extension/rétraction
- La substance blanche du cerveau est organisée en cordons
- Les axones myélinisés de neurones d'associations forment le corps calleux
- Les oligodendrocytes myélinisants sont absents des zones de substance grise

30. HISTOLOGIE

Concernant la cornée, indiquez le ou les item(s) exact(s)

- L'endothélium cornéen est en contact direct avec l'humeur vitrée
- Le limbe constitue une niche de cellules souches épithéliales
- Les grains de mélanine présents dans l'iris dérivent des mélanocytes du stroma cornéen
- La courbure de la cornée est plus faible que celle de la conjonctive
- Une atteinte traumatique du corps vitré peut provoquer un décollement de rétine

31. HISTOLOGIE

Concernant le réseau neuronal rétinien et les voies visuelles, indiquez le ou les item(s) exact(s) :

- Les photorécepteurs en cnes sont nombreux au niveau de la papille optique
- Les cellules bipolaires assurent un relai synaptique entre deux populations neuronales
- le nerf optique droit est constitué des axones issus des neurones du corps genouillé externe gauche
- Les photons traversent deux couches neuronales avant d'atteindre les photorécepteurs
- Le cortex visuel primaire est formé de 10 couches cellulaires neuronales ou neuritiques

32. BIOPHYSIQUE

Concernant les propriétés physiologiques des sons (chez l'être humain)

- L'audiogramme décrit le seuil d'intensité sonore dans la gamme de fréquence audible
- Le seuil de l'audition d'une personne se définit par une étude monaurale
- L'unité d'intensité sonore subjective est le phone qui caractérise la sonie
- Le diagramme de Wegel décrit, entre autre, le seuil sonore douloureux dans la gamma audible
- Le seuil de l'audition s'élève avec l'âge surtout pour les fréquences basses

33. BIOPHYSIQUE

Concernant la biomécanique de l'oreille humaine

- La transmission des sons dans le conduit auditif externe amplifie sélectivement les fréquences
- L'oreille moyenne apporte un gain de 30 à 40 dB
- Les muscles de l'oreille interne protègent l'oreille des bruits intenses dans la partie basse fréquence du champ auditif
- Pour des fréquences élevées, la membrane basilaire rentre en vibration seulement dans sa partie proche de la fenêtre ovale
- Les cellules ciliées internes sont les cellules de l'audition car d'elles partent les fibres du nerf auditif

34. Concernant les amétropies sphériques

- La population est emmetrope, les amétropies sont des écarts par rapport à la moyenne
- Le parcours d'accommodation se définit entre les points vus nets le plus près et le plus loin
- Un il hypermétrope voit net de loin mais toujours au prix d'une accommodation
- Un il myope d'une dioptrie (2 d) a son punctum remotum à 50 cm de sa cornée
- La presbytie n'est pas une amétropie

35. BIOPHYSIQUE

Concernant les amétropies sphériques

- On peut corriger un il myope avec un verre divergent adapté
- On peut corriger un il hypermétrope (hyperope) avec un verre convergent
- Au-delà de 6 dioptries la myopie d'un il est considérée comme une maladie
- La définition de la presbytie est clinique : ne pas pouvoir lire son journal à 50 cm (ou 33 cm pour certains)
- Quelle que soit son degré d'amétropie, un il hypermétrope ne voit jamais de près (lecture journal)

36. BIOPHYSIQUE

A propos de l'astigmatisme

- L'astigmatisme d'un il est la perte de la sphéricité de la région centrale de la cornée en première approximation
- Un astigmatisme irrégulier a , au maximum, un méridien à rayon de courbure homogène
- L'astigmatisme irrégulier se traite en général par chirurgie cornéenne ou verres de contact
- Un astigmatisme régulier a toujours un méridien principal horizontal et l'autre vertical
- La différence de vergence entre les deux méridiens principaux est un des critères fondamental de l'astigmatisme régulier

37. BIOPHYSIQUE

Amétropies et divers

- Pour corriger un il astigmat on peut utiliser des lentilles sphéro-cylindriques
- Dans un système astigmat régulier l'image d'un point est deux droites focales
- Un il astigmat myope simple à une focale sur la rétine
- En vision scotopique ce sont les bâtonnets qui permettent la vision
- Les courbes d'efficacité lumineuse relient la brillance (photométrique) à la brillance lumineuse (luminance)

38. ANATOMIE

Concernant la motricité, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- Il existe 3 voies de la motricité volontaire : une voie cortico-spinale, une voie cortico-nucléaire et une voie cortico- sous corticale
- Le premier neurone moteur possède un corps cellulaire dans la couche I du néocortex
- Le signal moteur naît au niveau du gyrus post central
- Le faisceau corticospinal pyramidal traverse la caspule externe
- Les fibres cortico-spinales sont dissociées au niveau du mésencéphale par les fibres ponto cérébelleuses

39. ANATOMIE

Concernant la motricité, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- Une minorité des fibres cortico-spinales croisent au niveau de la moelle allongée
- Il existe une distribution reproductible des fibres nerveuses au niveau du cortex, des tractus et des cordons médullaires : c'est la somatotopie
- L'atteinte du deuxième motoneurone est responsable d'un syndrome pyramidal
- Un syndrome neurogène périphérique implique notamment une hypertonie spastique
- Le deuxième motoneurone réunit la corne dorsale/postérieure de la moelle spinale et la jonction neuro musculaire

40. ANATOMIE

Concernant la motricité, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- La voie cortico-nucléaire croise au niveau du tronc cérébral en regard de chaque noyau des nerfs crâniens moteurs
- Une paralysie faciale centrale ne concerne que la partie supérieure du visage
- Les voies extra pyramidales sont rapides directes avec 2 motoneurones
- Les voies extra pyramidales sont impliquées dans les reflexes ostéo tendineux
- Le faisceau vestibulo-spinal permet de maintenir l'équilibre de la tête et du corps, en reliant le système vestibulaire avec les muscles axiaux et distaux

41. ANATOMIE

Concernant la somesthésie, la (ou les) affirmation(s) suivante(s) est (sont) vraie(s) :

- La voie lemniscale conduit l'information de tact grossier, de douleur et de chaleur
- La voie extra lemniscale est rapide, implique des fibres de gros diamètre myélinisées via les cordons dorsaux de la moelle spinale
- Le thalamus est un relai sensitif important, notamment ses noyaux du groupe ventral postérieur médian et ventral postérieur latéral
- Les corps cellulaires des deutoneurones de la voie lemniscale se situent dans la corne dorsale de la moelle spinale
- Dans le mécanisme de gate control : les fibres de la douleur sont plus rapides que les fibres de la proprioception

42. PHARMACOLOGIE

La stimulation des récepteurs atropiniques de l'acétylcholine est susceptible d'entraîner

- Une mydriase
- Une rétention urinaire
- Une crise d'asthme
- Une bradycardie
- Une sécheresse buccale

43. PHARMACOLOGIE

Un traitement chronique de l'insomnie par benzodiazépine est formellement déconseillé en raison :

- De la majoration des effets avec le temps
- De l'apparition d'une amnésie après 4 semaines de traitement
- De l'induction d'une dépendance
- Des effets anticonvulsivants lors du sevrage
- De leur coût trop important

44. PHARMACOLOGIE

Les médicaments susceptibles de favoriser directement la survenue d'une crise d'épilepsie sont

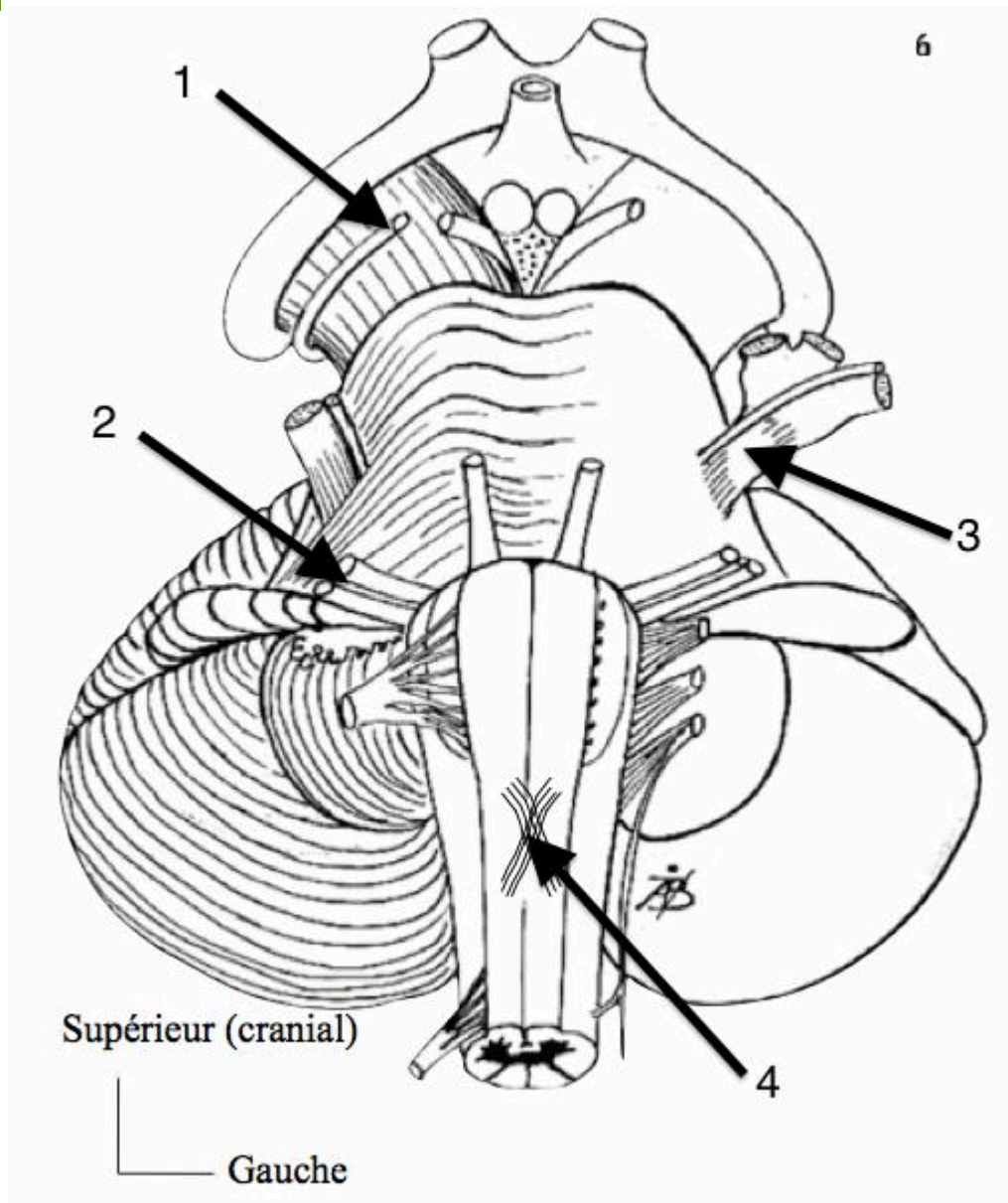
- Les neuroleptiques
- De nombreux antidépresseurs
- Les benzodiazépines
- Les bêtabloquants
- Les anticholinestérasiques de la maladie d'Alzheimer

45. PHARMACOLOGIE

Parmi les caractéristiques des effets des antidépresseurs classiques, on peut noter

- L'implication des voies adrénergiques ou sérotoninergiques
- Un délai d'apparition du plein effet favorable de plusieurs semaines
- L'apparition possible rapide d'effets indésirables
- La prévention efficace des décès par suicide
- Un effet supérieur à l'évolution sous placebo corrélé positivement à la sévérité de la dépression

46. ANATOMIE



- Il s'agit d'une vue dorsale (postérieure)
- Le n1 correspond au nerf trijumeau
- Le n2 correspond au nerf glossopharyngien, vague et accessoire
- Le n3 correspond au nerf oculomoteur
- Le n4 correspond à la décussation des fibres cortico-spinales

47. ANATOMIE

Le cervelet

- Sa morphologie externe présente une portion centrale (le vermis) et 1 hémisphère cérébelleux
- Du point de vue fonctionnel, l'archécerebellum contrôle la motricité fine
- Le paleocerebellum reçoit des afférences proprioceptives conscientes
- Le néocerebellum se projette sur le noyau vestibulaire pour contrôler l'équilibre
- Les neurones des noyaux du pont se projettent sur le néocerebellum

48. ANATOMIE

Le thalamus

- Appartient au mesencéphale
- Est de structure cellulaire homogène
- Est en rapport par sa face latérale avec la capsule interne
- Est une structure de relais précorticale pour toutes les voies sensitives et sensorielles
- Est une structure de relais pour des voies motrices

49. ANATOMIE

L'hypothalamus

- Appartient au mesencéphale
- Est de structure cellulaire homogène
- Est en rapport par sa face latérale avec le troisième ventricule
- Est en rapport antéro-inférieur avec le chiasma optique
- Est traversé par les piliers antérieurs du Fornix

50. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

Ce patient de 83 ans, connu porteur d'une hypertension artérielle non traitée, a présenté une hémiplégié droite de survenue brutale à 10h30. Il n'a pas eu de traumatisme. Il est sous anticoagulant pour une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Vous l'accueillez aux urgences, amené par les pompiers. Vous recevez le patient à midi et demi:

- Il peut s'agir d'un accident neurologique de cause non vasculaire
- Sur l'examen clinique seul on ne peut pas faire la différence entre un AVC ischémique et un hématome
- Seule l'IRM peut confirmer un AVC ischémique
- Le patient doit être pris en charge en urgence
- Le patient est trop âgé pour avoir un traitement

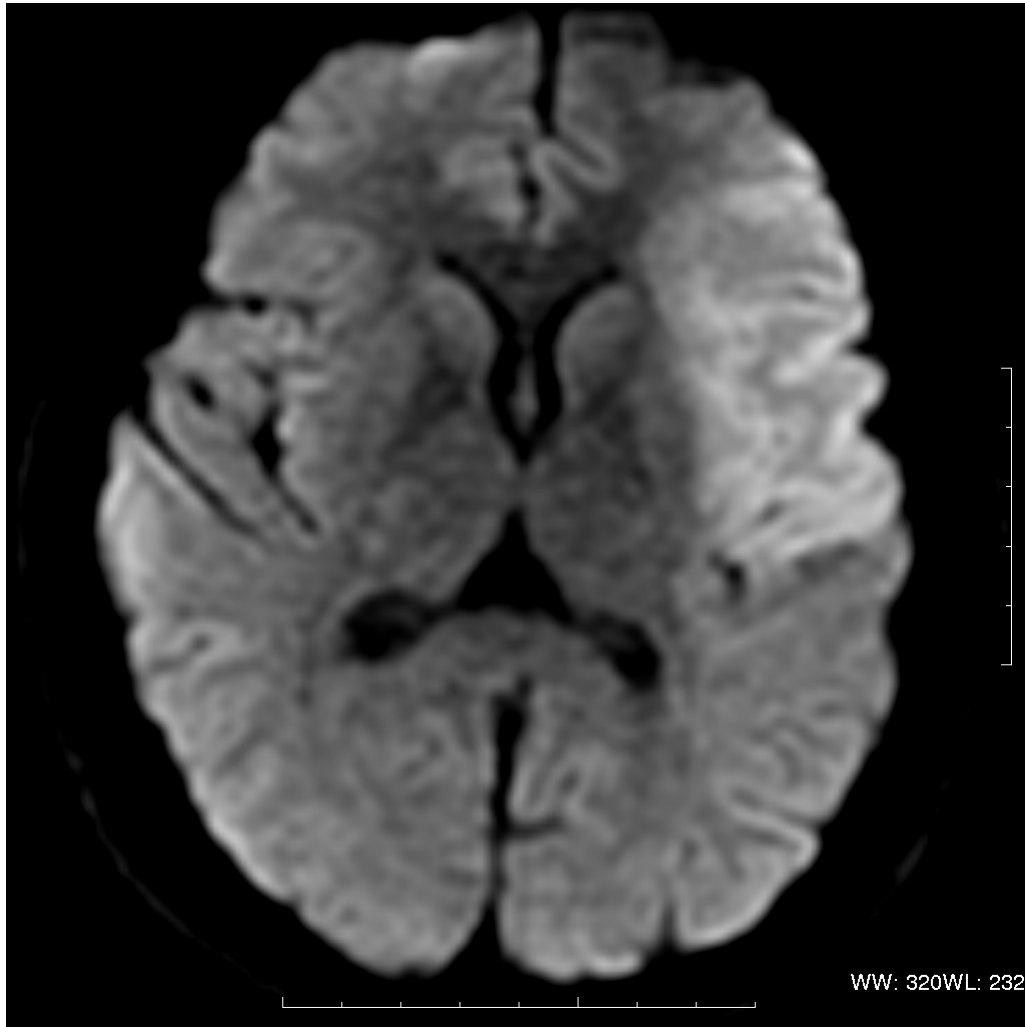
51. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

Une IRM est réalisée à 13 heures : Elle confirme la nature vasculaire ischémique de l'accident :

- Les différentes séquences IRM (comprenant au moins Diffusion, FLAIR, Angio RM, T2*) doivent être pratiquées idéalement en 20 minutes
- La séquence de diffusion sera positive à partir de 16 heures 30
- Selon certaines conditions il peut exister une prise en charge thérapeutique efficace jusqu'à 6 heures du début de l'accident
- L'IRM doit rechercher une occlusion d'un gros tronc artériel (artère cérébrale moyenne ou carotide interne) par une séquence d'angio-IRM sans injection de produit de contraste (TOF)
- Une discordance (ou mismatch) entre la séquence FLAIR et la séquence de diffusion permet d'évaluer une zone à risque qui peut être sauvée (pénombre).

52. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

La séquence de diffusion est réalisée, elle est disponible ci dessous :



- Elle permet de dater l'accident (heure),
- Elle offre une excellente reproductibilité inter-observateur
- Elle évalue le degré de liberté des molécules d'eau, limité en cas d'oedème cytotoxique précoce
- Elle permet souvent d'évaluer le mécanisme de l'ischémie
- Dans l'exemple donné il s'agit d'une atteinte du territoire complet de l'artère cérébrale moyenne

53. SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

On a également réalisé une séquence de perfusion:

- Elle est obtenue par l'étude du 1er passage d'un bolus de produit de contraste
- Elle étudie plusieurs paramètres dont le débit sanguin, le volume sanguin cérébral et le temps de transit moyen
- On peut la pratiquer uniquement en IRM mais pas au scanner
- Elle permet d'obtenir des données quantitatives.
- Elle permet d'objectiver une zone cérébrale éventuelle à sauver (pénombre),

Date:

Nom:

Prénom:



Copie générée le 23-08-2016 17:34

2015-2016_DFGSM 3_UE20_QCM_Pharmaco_Session2

1. Les effets secondaires retrouvés pour plusieurs neuroleptiques :

- Comprennent une prise de poids
- Comprennent une sédation
- Incluent des syndromes extrapyramidaux
- Incluent une prolongation de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme
- Conduisent à un taux d'interruption du traitement inférieur au placebo en raison des effets bénéfiques du traitement