



Sujets d'examens de médecine

DCEM3 – DFASM2 2013-2014

Annales de l'Université Lyon 1

Faculté de médecine Lyon Est

Année universitaire
2013-2014

Université Lyon 1
Faculté de médecine
Lyon est

DCEM3 -
DFASM2

1ère session

Cas clinique UROLOGIE
(Pr L. Badet)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mercredi 04 juin 2014 – 1^{ère} session

Vous voyez aux urgences Monsieur M., 59 ans.

Il est teinturier, sous Metformine pour un Diabète non insulino-dépendant, sous Préviscan pour une embolie pulmonaire récente, et fume 50 paquets-années.

Il dit avoir uriné du sang foncé avec des caillots. Il a une envie terrible d'uriner et n'y arrive pas.

Il est pâle, la palpation sus-pubienne est très sensible.

Il a une Tension artérielle à 120 - 80 mmHg pour une fréquence à 120 bpm, une Hémoglobine à 8.2 g/dl, un INR à 5.7.

QUESTION 1

Quel est votre diagnostic ? Quelle est l'étiologie la plus probable ?

QUESTION 2

Quelle doit être votre prise en charge thérapeutique aux urgences ?

QUESTION 3

Quel bilan diagnostique réalisez-vous au cours de l'hospitalisation ? Que cherchez-vous ?

QUESTION 4

Vous diagnostiquez finalement un polype de vessie. La résection de vessie montre un carcinome papillaire de bas grade n'infiltrant pas la musculuse. Le patient est surveillé.

Après 7 ans de suivi irrégulier, Monsieur M. revient avant la date prévue car il à nouveau uriné du sang.

Quelles peuvent être les causes de ce nouvel épisode hématurique ?

QUESTION 5

Un complément d'examen est réalisé dans le cadre du bilan de ce nouvel épisode d'hématurie (iconographie page suivante)

De quel examen s'agit-il ?

Analysez cette iconographie.

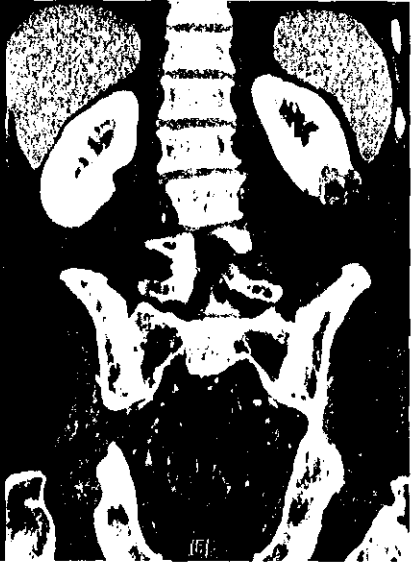
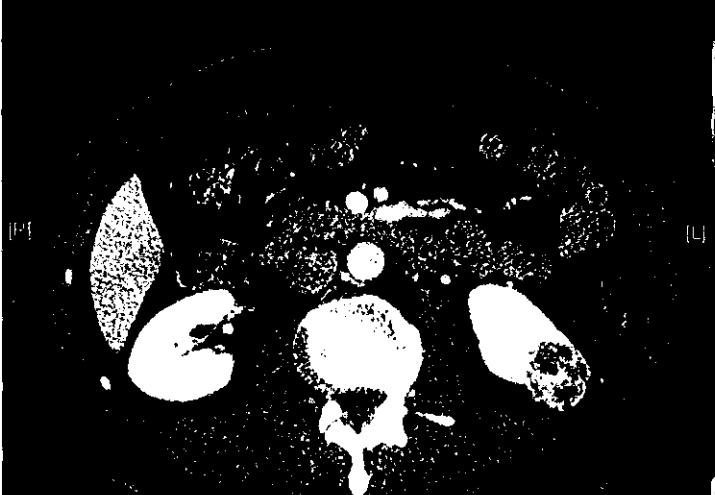
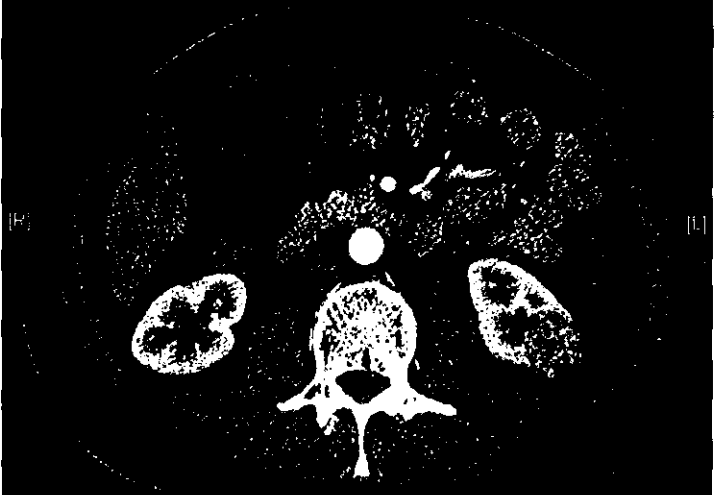
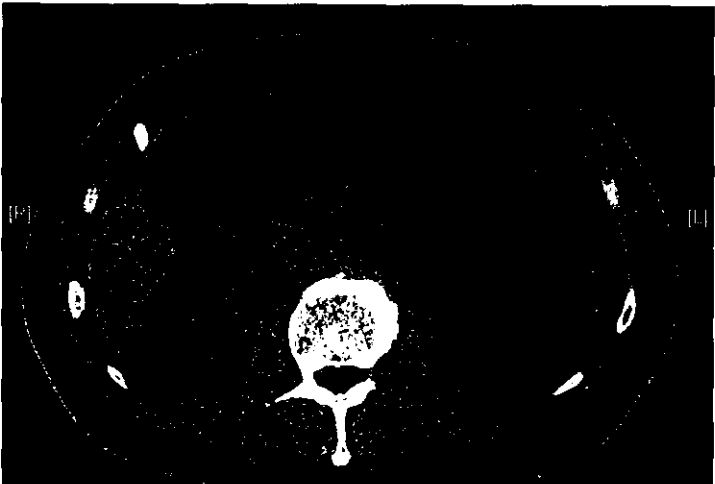
Quel est votre diagnostic ?

QUESTION 6

La taille de la lésion est mesurée à 3,5 cm de diamètre. Il n'y a pas d'autre point d'appel que l'hématurie.

Que réalisez-vous comme examen(s) dans le cadre du bilan d'extension et que recherchez-vous ?

Quel traitement proposez-vous en sachant que le débit de filtration glomérulaire du patient est estimé (MDRD) à 65 ml/min ? (justifiez votre réponse)



Cas clinique NEPHROLOGIE
(Pr E. MORELON)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mercredi 04 juin 2014 – 1^{ère} session

Mr R., 27 ans, se présente aux urgences pour un tableau évoluant depuis une semaine associant « fatigue » et diarrhées.

Ses seuls antécédents sont:

-une appendicectomie il y a 12 ans

-un tabagisme actif à un paquet année

En l'interrogeant, vous apprenez qu'il a réalisé un examen clinique et un bilan biologique dans le cadre d'une demande de prêt immobilier il y a 2 mois, dont les résultats étaient strictement normaux.

Cliniquement : poids 72Kg (stable), TA 165/98 mm de Hg couché, 158/95 mm de Hg debout, pouls régulier à 108 BPM, apyrexie.

Bandelette urinaire : sang : ++ albumine :+ nitrite :0 leucocytes :0

Le bilan sanguin que vous avez demandé à son arrivée retrouve:

Na : 135 mmol/l

K : 5 mmol/l

Urée : 36 mmol/l

Créatininémie : 469 µmol/l

Protidémie : 70 g/l

Ionogramme sur échantillon : Na+U=130 mmol/L, K+=60 mmol/L, urée urinaire 90 mmol/L, créatininurie 5 mmol/L

Question 1 : Quel est votre diagnostic à ce stade? Justifiez.

Question 2 : Les éléments dont vous disposez vous orientent-ils vers une cause fonctionnelle ? Pourquoi ?

Question 3 : Comment complétez vous le bilan initial ? Quels résultats attendez vous ?

Parmi le bilan initial que vous réalisez, vous retrouvez :

NFS : Hb : 7,3g/dl, Leucocytes : 8 G/l, Plaquettes : 110 G/l

Vous complétez alors ce bilan et obtenez les données suivantes : Haptoglobine : indosable ; LDH 1.5N

Question 4 : Interprétez ces résultats. Remettent il en cause votre diagnostic initial ? Ne justifier pas vos réponses.

Les autres examens sont tous normaux.

Question 5 : Quel est maintenant votre diagnostic précis? Quelle en est l'étiologie la plus probable ? Comment devra être confirmée votre hypothèse ?

Le patient est hospitalisé pour la nuit dans votre service en attendant sa mutation en néphrologie. Au matin il se plaint de parésies et le ionogramme sanguin met en évidence :

Sérum non hémolysé

Na : 138 mmol/l

K : 7 mmol/l

HC03- : 18 mmol/l

Urée : 42 mmol/l

Créatininémie : 523 μ mol/l

Question 6 : Quel traitement devez vous mettre en place ?

Le patient garde, à distance de l'épisode une hypertension artérielle à 160/100mmHg et une créatininémie aux alentours de 150 μ mol/L.

Question 7 : Quel est le traitement de première intention à proposer à ce patient? Justifiez votre choix. Quelles sont les modalités de sa prescription?

Cas clinique Hépato-Gastro-Entérologie
(Pr J.Y MABRUT)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mercredi 04 juin 2014 – 1^{ère} session

Enoncé

Un homme de 65 ans consulte pour dysphagie aux solides s'aggravant depuis 2 mois. Dans ses antécédents, on note un reflux gastro-oesophagien connu depuis près de 10 ans et traité par inhibiteur de la pompe à protons de façon discontinue. Le patient a perdu 5 kg en 3 mois. Le patient est non fumeur et l'examen clinique est sans particularité en dehors d'une surcharge pondérale (108 kg pour 1,78 m).

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez.

Question 2 : Quel examen demandez-vous en 1^{ère} intention pour confirmer votre diagnostic ?

Question 3 : Compte tenu du contexte clinique, quelle forme histologique d'atteinte de l'œsophage évoquez-vous ? Quels en sont les facteurs de risques ?

Question 4 : Quels sont les grands principes de l'annonce de ce type de diagnostic au patient ?

Question 5 :

a : Quels examens paracliniques prescrivez-vous pour le bilan d'extension de la maladie ?

b : Quel examen proposeriez-vous en 1^{ère} intention ? Justifiez.

Question 6 : En plus du bilan d'extension de la maladie, sur quels éléments basez-vous la proposition thérapeutique que vous allez faire au patient ?

Question 7 : le dossier du patient est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie (RCP) : quels sont les critères de qualité d'une RCP ?

Question 8 : Quels sont les principes du traitement curatif en cas de lésion classée T2N1?

Question 9 : Quelles auraient pu être les mesures de prévention de ce type de cancer de l'œsophage ?

Cas clinique PSYCHIATRIE
(Pr T. D'AMATO – Pr J.L. TERRA)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mercredi 04 juin 2014 – 1^{ère} session

M r X, fonctionnaire à l'urbanisme, 35 ans, arrive aux urgences à l'instigation de sa nouvelle compagne qui l'accompagne. Depuis la semaine dernière il ne va plus au travail, sans même avoir pris la peine de prévenir son chef de bureau. Avant-hier, il a interverti tous les paillasons de l'immeuble « *pour mettre de l'ambiance dans cette grande maison trop triste* » et sa compagne pense que c'est lui qui a dessiné des arbres à la craie sur les boîtes-aux-lettres. Mais il s'est mis en colère quand elle lui a posé la question. La nuit, il refuse de se coucher et passe son temps à la création d'un « *site internet sur la Nature, qui va faire du bruit* ». Hier soir, il n'est pas rentré et sa compagne ne sait pas où il a passé la nuit. A son retour, il s'est laissé convaincre de l'accompagner aux urgences. A l'examen le patient a un contact facile voire familier ; il parle très vite et semble n'accorder que peu d'importance aux questions que vous lui posez. Dans ses propos, il expose plusieurs projets qui permettraient de « *lutter contre le réchauffement climatique* », à commencer par la politique, avec la création « *d'un grand parti sans parti-pris* » dont il sera le Président. Son discours est ponctué de références aux « *mayas* », puis aux « *planètes* ». Il parle aussi du « *retraitement des eaux usées* » et de « *l'alimentation électrique des immeubles géants de Dubaï* » ... Il n'existe pas d'élément en faveur d'une pathologie somatique qui expliquerait le tableau clinique présenté.

Vous décidez de l'hospitaliser et, malgré le fait qu'il se sente en pleine forme, le patient accepte volontiers car il voudrait vous convaincre d'adhérer à son parti et souhaite pouvoir continuer sa conversation avec vous.

- 1- Quels sont les signes cliniques et symptômes dans cette observation ?
- 2- Quelles sont vos deux hypothèses diagnostiques pour l'épisode actuel ?
- 3- Quels antécédents recherchez-vous ?
- 4- Quels éléments récents recherchez-vous à l'interrogatoire ?
- 5- Quelle conduite thérapeutique adoptez-vous aux urgences ?

Vous apprenez plus tard par sa compagne que c'est un homme habituellement plein d'énergie, d'une créativité débordante. Il a un peu le tempérament de sa sœur aînée qui a fait déjà plusieurs dépressions.

- 6- Quel est votre diagnostic et quelles sont vos options thérapeutiques ?

Un mois après le début du traitement le patient ne présente plus de symptômes patents et a retrouvé la capacité de critiquer ses comportements passés.

- 7- A ce stade, quelle conduite thérapeutique proposez-vous ?

Cas clinique HANDICAP & VIEILLISSEMENT
(Pr P. Krolak-Salmon – Pr G. Rode)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mercredi 04 juin 2014 – 1^{ère} session

Monsieur B. âgé de 52 ans, droitier, fonctionnaire territorial est admis en urgence plus de 4h après le début des symptômes pour un tableau neurologique d'installation brutale associant une hémiplégié droite complète et flasque, une ataxie et une diplopie. L'examen met en évidence une hypermétrie du membre supérieur gauche, une voix nasonnée et des difficultés pour articuler les mots. L'IRM cérébrale objective plusieurs lésions d'origine ischémique au niveau du tronc cérébral et du lobe cérébelleux gauche. Une origine cardio-embolique a été retenue devant la découverte d'une AC/FA et d'un thrombus endocavitaire à l'échographie transthoracique. Un traitement anticoagulant oral (anti-vitamine K) a été instauré. A l'issue de son hospitalisation, le patient est transféré dans un service de médecine physique et réadaptation.

1. Quels signes cliniques en faveur de troubles de déglutition peut-on rechercher à l'examen ?
2. Quelles mesures prendre pour les prévenir ?
3. Quels sont les objectifs et les moyens de la rééducation kinésithérapique et ergothérapique à ce stade ?

Deux mois plus tard, le patient présente une récupération motrice incomplète permettant la marche sur une distance de 300 mètres. Il persiste une ataxie obligeant le patient à marcher lentement en écartant ses pieds. Le déficit du membre supérieur reste complet et hypertonique à l'origine d'une attitude en triple flexion avec limitation des amplitudes de l'épaule en antépulsion, rotation et élévation. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et polycinétiques. Au membre inférieur, l'hypertonie prédomine sur le muscles triceps et entraîne un équin avec accrochage du pied lors du passage du pas.

4. Quels sont les objectifs (et les moyens) de la rééducation kinésithérapique à ce stade ?

Six mois plus tard, le patient a retrouvé une autonomie. Il conserve un déficit brachial droit complet. Le trouble de coordination de la main gauche a régressé permettant au patient l'utilisation d'un clavier et de signer. Il souhaite reprendre son activité professionnelle mais reste fatigable.

5. Quels conseils peut-on lui donner ?

Vous revoyez le patient après 5 ans. Il consulte de nouveau pour différents problèmes. L'histoire clinique a été marquée depuis son AVC par :

- Une dépression en voie d'amélioration,
- Une prothèse de genou gauche sur arthrose dont il garde des douleurs résiduelles,
- Un hématome traumatique de la cuisse droite sous anticoagulant, bonne résolution clinique.

Son traitement médicamenteux comporte un antivitamine K, de la sertraline, zopiclone, oxazepam, tramadol et parfois en automédication, une association paracétamol-opium-caféine.

Il se plaint maintenant de difficultés de mémoire induisant des problèmes professionnels, ainsi que de trois chutes récentes sur un sol irrégulier.

6. Quels sont les facteurs pouvant participer à la plainte de mémoire ?
7. Quels sont les facteurs de risque de chute ?
8. Quel examen paraclinique demandez-vous en priorité pour explorer les troubles de mémoire ? Quelles séquences sont à privilégier ?
9. Les explorations cliniques et paracliniques n'orientent pas vers une pathologie neurodégénérative surajoutée expliquant les difficultés cognitives. Quelle est votre démarche thérapeutique pour améliorer la réserve cognitive ?
10. L'évolution est malheureusement assez peu satisfaisante. Le patient continue à chuter et la cognition est modérément altérée. Il présente un matin une désorientation temporo-spatiale majeure, une agitation et une hypovigilance. Il est adressé aux urgences. Quel examen paraclinique demandez-vous en priorité ? Pourquoi ?

Cas clinique NEUROLOGIE
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mercredi 04 juin 2014 – 1^{ère} session

Une femme de 61 ans, droitère, aux antécédents d'hypertension artérielle traitée par perindopril, se présente aux urgences suite à la survenue d'un trouble de la vision décrit comme la perte brutale et complète de la vue de l'œil droit. L'épisode a duré 10 minutes, et la vision s'est ensuite rapidement normalisée. A l'examen réalisé aux urgences, aucune anomalie n'est retrouvée, notamment sur le plan ophtalmologique ou neurologique. L'ECG inscrit un rythme sinusal régulier, sans trouble de conduction ou de repolarisation. La pression artérielle est à 136/82 mmHg. Le scanner cérébral sans injection est normal. La patiente vous montre par ailleurs un bilan lipidique réalisé en ville récemment montrant un cholestérol total à 2,2g/l, un LDL cholestérol à 1.45 g/l et des trigycérides à 1.45 g/l.

1) Comment qualifiez vous le trouble visuel présenté ?

2) Quel examen paraclinique, susceptible de révéler l'origine de ce trouble, doit être réalisé ? Dans quel but ? (une seule réponse souhaitée)

Cet examen ne met en évidence aucune anomalie significative et la patiente s'apprête à regagner son domicile

3) Quelle prise en charge médicamenteuse proposez-vous ?

Quelques mois plus tard, la patiente est à nouveau hospitalisée pour la survenue brutale d'un déficit moteur du bras droit associé à un trouble du langage. A l'examen clinique aux urgences, une heure après l'apparition des premiers symptômes, on note la présence d'un déficit brachial droit complet, associé à une aphasie d'expression complète. Bien que le patient relate la survenue d'épisodes de palpitations depuis quelques semaines, l'ECG est en rythme sinusal et l'auscultation cardiaque sans particularité. La pression artérielle est à 180/90 mmHg.

4) Quel diagnostic est évoqué en premier lieu pour rendre compte du déficit neurologique de ce patient ? (une seule réponse souhaitée)

5) Quel territoire neurologique est le plus probablement atteint ?

6) Sur la base des deux réponses précédentes, quels symptômes devraient être recherchés au niveau de l'extrémité céphalique ?

7) A ce stade, quelle étiologie semblerait la plus probable de la maladie présentée ? (justifiez) ? (une seule réponse souhaitée)

8) Quel examen complémentaire non biologique doit être réalisé en première intention, et pourquoi ? (une seule réponse souhaitée)

9) Quel est l'enjeu thérapeutique chez cette patiente, et quels principes de prise en charge en découlent ?

10) Quels examens non biologiques doivent être réalisés de manière non urgente ?

Six jours plus tard, la patiente alors hospitalisée en Neurologie, présente un nouvel épisode de palpitations, et l'ECG réalisé à cette occasion révèle une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Un ECG de contrôle réalisé quelques heures plus tard retrouve un rythme sinusal régulier.

11) Décrire les principes thérapeutiques qui en découlent.

**Epreuve de LCA – Psychiatrie
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mardi 03 juin 2014 – 1^{ère} session**

1 – Faites un résumé de l'article sur la grille jointe.

Questions

- 1. Quels sont les objectifs de l'étude et quelle est l'hypothèse principale ?**
- 2. Quelle est la population étudiée ?**
- 3. Quel est le type de l'étude ?**
- 4. Quelle est la technique utilisée pour la randomisation ?**
- 5. Quels éléments limitent la comparabilité des groupes à la fin de l'étude ?**
- 6. En quoi l'analyse en intention de traiter est pertinente ?**
- 7. Quels sont les biais identifiés identifiez-vous ?**
- 8. Comment les considérations éthiques ont-elles été prises en compte ?**
- 9. Quelles modifications de prise en charge pourraient être induites par la prise en compte des résultats ?**
- 10. Quels éléments peuvent limiter la diffusion d'un tel modèle de suivi par les services d'urgence ?**

Impact du recontact téléphonique sur les récurrences suicidaires chez les patients sortant d'un service d'urgences : essai contrôlé randomisé

Guillaume Vaiva, François Ducrocq, Philippe Meyer, Daniel Mathieu, Alain Philippe, Christian Libersa, Michel Goudemand.

Article original paru en 2006 dans le British Medical Journal.

Introduction

Les personnes ayant tenté de se suicider présentent un risque élevé de récurrences suicidaires (12 % - 30 %) ou de décès par suicide (1 % - 3 %) durant l'année suivante¹⁻⁸. On considère que la plupart des patients ayant directement quitté un service d'urgences sont les moins préoccupants à court terme sur le plan psychopathologique et les mieux entourés sur le plan relationnel. Cependant, lorsque des patients sont confiés aux réseaux de soins ambulatoires, on ne vérifie pas si la stratégie de soins définie lors du passage aux urgences est bien mise en place et suivie.

Une analyse des essais contrôlés traitant des stratégies de soins destinées aux personnes ayant tenté de se suicider a permis de constater qu'il existait peu de méthodes visant à réduire considérablement la récurrence du geste suicidaire⁹⁻¹⁰. Un taux moins élevé et peu significatif d'actes autodestructeurs répétés a été observé chez les personnes ayant fait une première tentative de suicide et ayant pu facilement bénéficier de l'aide d'un psychiatre¹¹. Un essai contrôlé visant à évaluer l'intérêt éventuel d'un recontact téléphonique quatre et huit mois après une tentative de suicide en parallèle à une prise en charge habituelle n'a pas démontré

d'impact significatif sur le nombre de récurrences suicidaires sur un an entre les groupes d'intervention et les groupes témoins¹². Les chercheurs sont arrivés à la conclusion que cette méthode était néanmoins utile car elle offrait aux patients n'ayant jamais bénéficié de soins psychiatriques avant leur tentative de suicide index, la chance de pouvoir être accompagnés par des professionnels de santé.

Nous avons systématiquement recontacté les patients par téléphone, un ou trois mois après une tentative de suicide médicamenteuse délibérée, dans le but de déterminer son impact sur la récurrence suicidaire sur un an. L'intervention visait également à obtenir une plus grande observance thérapeutique ainsi que la mise en place d'une brève intervention de crise, si nécessaire.

Patients et méthodes

Notre essai a été mené sur 13 services d'urgences de la région Nord-Pas-de-Calais. Les patients éligibles à l'essai étaient âgés de 18 à 65 ans, avaient effectué une tentative de suicide médicamenteuse, avaient été reçus par un psychiatre ayant autorisé leur sortie du service d'urgences, étaient capables de fournir le nom de leur médecin traitant, pouvaient être joints par téléphone et avaient donné leur consentement écrit à un

recontact. Les patients sans domicile fixe et les toxicomanes (dépendants aux drogues illicites) n'ont pas été inclus à l'essai.

Schéma de l'étude

Plusieurs modalités de recontact téléphonique ont été testées : un recontact à la fin du premier mois suivant la tentative de suicide ainsi qu'un recontact à la fin du troisième mois (figure 1). Nous avons comparé les groupes d'intervention avec un groupe témoin ayant suivi une prise en charge habituelle et n'ayant pas été recontacté pendant les 12 mois suivants. Pour chaque patient réparti dans un des deux groupes d'intervention, un patient a été réparti de façon aléatoire dans le groupe témoin.

Randomisation

Dans chaque service, les patients ont été répartis de façon aléatoire selon le numéro contenu dans une enveloppe opaque scellée. La séquence d'allocation a été fournie par un statisticien non-impliqué dans l'évaluation des patients. Nous avons réparti les patients en fonction du recontact téléphonique ou d'une prise en charge habituelle par blocs de 8 (2 : 2 : 4 par bloc), en fonction d'une liste de nombres pseudo-aléatoires générée par ordinateur. Nous avons utilisé deux stratifications d'allocation : l'une pour les patients rapportant moins de quatre tentatives de suicide au cours des trois dernières années, l'autre pour les patients rapportant plus de quatre tentatives de suicide. Dans chaque strate, les patients ont été répartis de façon aléatoire dans chacun des groupes (recontact téléphonique à un ou trois mois). Les professionnels en charge de la randomisation se sont ensuite assuré

qu'aucun changement ne soit effectué après cette répartition. La liste de répartition a ensuite été conservée dans des enveloppes inviolables, dans un bureau sous clé auquel seul le personnel autorisé pouvait accéder.

Taille de l'échantillon

Dans le but obtenir des différences significatives de changement dans le comportement suicidaire à la suite d'une thérapie dialectique cognitive, Linehan *et coll.* ont eu besoin d'une population composée de 44 participants¹³. Plus récemment, utilisant une méthode similaire à la nôtre, Guthrie *et coll.* ont atteint un degré de signification statistique avec 95 participants⁹. Bien que la psychothérapie impliquée dans notre essai soit moins spécifique que dans les essais mentionnés ci-dessus, nos interventions téléphoniques se sont déroulées sur une période plus courte et à des moments bien définis. Pour atteindre un degré de signification statistique, nous avons eu besoin d'une population 4 fois plus importante que celle de l'essai de Guthrie *et coll.* ($n = 400$). En supposant que 30 % des patients ne seraient pas joignables par téléphone et que 25 % seraient « perdus de vue » au cours de la période de suivi, nous avons inclus 600 patients à notre essai.

Évaluation initiale

L'évaluation initiale reposait sur une collecte de données personnelles, d'éléments en rapport avec le séjour au service d'urgences, ainsi que d'éléments en rapport avec la crise suicidaire et le dépistage des troubles mentaux se basant sur le DSM-IV, le SCL-90, et l'échelle de désespoir de Beck¹⁴⁻¹⁶.

Interventions

Les appels téléphoniques ont été réalisés par des psychiatres ayant un minimum de 5 ans d'expérience dans la gestion des crises suicidaires. Aucun de ces psychiatres n'avait rencontré de patients lors de leur passage initial au service d'urgences. Après 3 tentatives d'appel infructueuses, sur 3 jours différents et à deux périodes différentes de la journée (midi ou soir), le recontact était abandonné.

Le but de ce recontact téléphonique était de revenir sur la prise en charge envisagée par le service d'urgences. Si elle était difficilement suivie, on en définissait une nouvelle. Si une situation à haut risque suicidaire était détectée, un entretien d'urgence était programmé dans le service d'urgences où le patient avait été initialement reçu. La démarche psychothérapeutique adoptée s'apparentait à un soutien psychologique, principalement fondé sur l'empathie, la réassurance, l'explication et la suggestion. L'intervention expérimentale avait donc pour but d'améliorer l'observance thérapeutique et de mettre en place une courte intervention de crise si nécessaire.

Les détails de l'intervention téléphonique ainsi que les résultats ont été transmis aux médecins traitants des patients de l'essai. Un courrier leur a systématiquement été adressé si l'on ne parvenait pas à joindre certains patients.

Évaluation des données recueillies

Un psychologue spécialement formé à la recherche et n'ayant pas connaissance de la répartition des groupes a évalué les résultats, par téléphone. Toute récurrence suicidaire était rapportée par les patients eux-mêmes, mais ne

pouvait être enregistrée seulement si elle correspondait à une définition normalisée⁷. Au cours de l'essai, un attaché de recherche clinique s'est rendu sur les 13 services d'urgences pour valider les données en recensant tous les nombres de tentatives de suicides, de décès ou de récurrences suicidaires.

L'évaluation prenait en compte l'information quant à l'utilisation des services de santé, basée sur une méthode bien établie de recueil de données en économie de la santé¹⁷. Dans le cas où un patient n'était pas joignable pour l'évaluation finale, nous avons contacté son médecin traitant, vérifié les registres de présence ainsi que les dossiers médicaux du service d'urgences concerné, puis envoyé un courrier au bureau de l'état civil des mairies de domicile et de naissance pour vérifier si le patient était décédé¹⁸.

Analyse des données

Nous avons analysé les données recueillies à l'aide de la version 8.2 du logiciel SAS. Nous avons tout d'abord effectué une analyse en intention de traiter, sans tenir compte du suivi qui avait été attribué aux patients. Ont été considérés comme résultats défavorables toute récurrence suicidaire, mort par suicide ou perte de contact au cours du suivi. Nous avons ensuite analysé les données des patients que nous avons pu joindre avec succès à un ou trois mois, dans le but d'évaluer l'impact du recontact téléphonique sur les récurrences suicidaires. Enfin, nous avons comparé les variables normalement distribuées à l'aide d'un test de Student, puis les données qualitatives à l'aide du test exact de Fisher.

Figure 1. Progression des patients dans l'essai

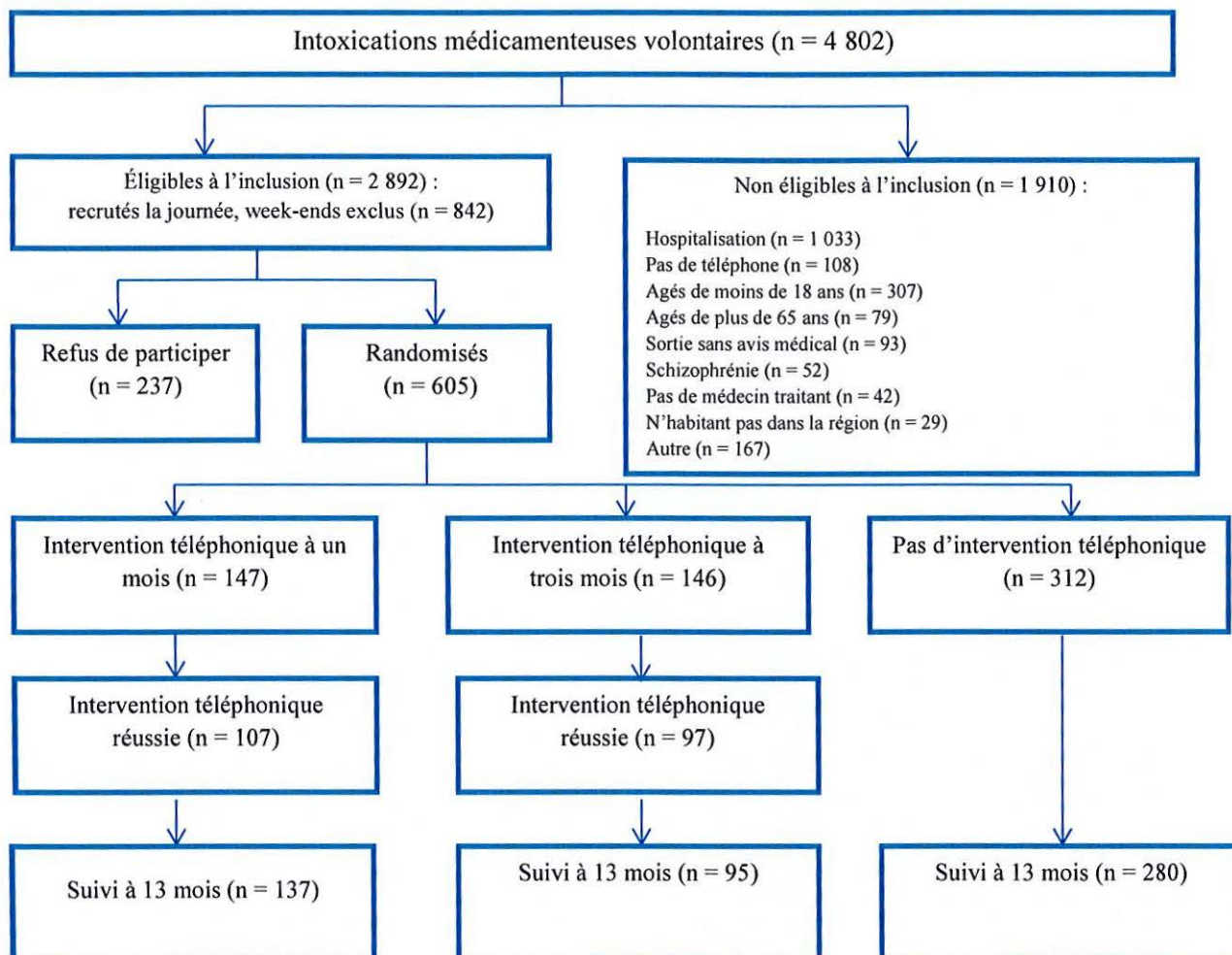


Tableau 1 : Caractéristiques initiales des patients recontactés un ou trois mois après leur tentative de suicide, ainsi que celles des patients suivant une prise en charge habituelle (groupe témoin). Sauf indication contraire, les valeurs sont exprimées en chiffres (pourcentages)

Caractéristiques	Groupes d'intervention		
	Groupe témoin (n = 312)	Contact téléphonique à un mois (n = 147)	Contact téléphonique à trois mois (n = 146)
Age moyen (en années) (écart-type)	35 (11)	38 (12)	35 (11)
Sexe :			
• Femme	221 (71)	115 (78)	105 (72)
• Homme	91 (29)	32 (22)	41 (28)
En couple	159 (51)	79 (54)	66 (45)
Emploi stable	200 (63)	90 (61)	92 (63)
Durée moyenne (en heures) du séjour au service d'urgences (écart-type)	18 (8)	20 (10)	18 (8)
Accompagné(e) lors de son séjour au service d'urgences	175 (56)	82 (56)	88 (60)
Ayant bénéficié(e) d'une prise en charge psychiatrique	250 (80)	122 (83)	105 (72)
Prise en charge psychiatrique programmée	65 (21)	35 (24)	34 (23)
Durée moyenne (en jours) de la consultation psychiatrique (écart- type)	12 (14)	8 (7)	14 (30)
> 4 tentatives de suicide au cours des trois dernières années	28 (9)	13 (9)	13 (9)
Moyenne (écart-type) du nombre de médicaments ingérés lors de la tentative de suicide	1,7 (1)	1,8 (1)	1,8 (1)
Consommation d'alcool concomitante	140 (45)	47 (32)	52 (36)
Communication des idées suicidaires	94 (30)	53 (36)	42 (29)
Existence d'une planification	69 (22)	28 (19)	15 (10)

Désireux de mourir	6 (2)	3 (2)	3 (2)
Présence d'une lettre	22 (7)	12 (8)	16 (11)
Faible observance thérapeutique	78 (25)	38 (26)	26 (18)
Automédication	87 (28)	49 (33)	36 (25)
Antécédents familiaux de troubles mentaux	84 (27)	45 (30)	48 (33)
Maladie douloureuse	34 (11)	16 (11)	8 (7)
Maladie chronique	40 (13)	28 (19)	16 (11)
Isolement social et affectif	103 (33)	56 (38)	48 (33)
Survenue d'événements stressants au cours des 6 derniers mois	146 (47)	84 (57)	66 (45)
Score moyen (écart-type) obtenu au SCL-90 (entre 0 et 180)	110 (63)	115 (62)	124 (74)
Score moyen (écart-type) obtenu sur l'échelle de désespoir de Beck (entre 0 et 20)*	8,3 (5)	8,3 (4)	9,2 (5)

* 0 = absence de désespoir

Résultats

Treize services d'urgences de la région Nord-Pas-de-Calais ont recruté des patients sur une période de six mois, au cours de la journée, week-ends exclus. Un total de 605 patients a été inclus. La moyenne d'âge des patients des différents groupes ne présentait pas de différences considérables. Le rapport hommes : femmes était de 3 hommes pour 7 femmes pour les groupes d'intervention, et de 4 hommes pour 6 femmes pour le groupe témoin ($P = 0,0001$, $\chi^2 = 47$, fonction de répartition = 1).

Attrition

Au total 70 % des deux groupes d'intervention a pu être recontacté. Chez les patients non-joignables au recontact, moins de cas de dépression (35 % (31/89) v 48 % (98/204); $P = 0,05$, $\chi^2 = 3,8$, fonction de répartition = 1) ou de trouble

de somatisation (13 % (n = 11) v 24 % (n = 49); $P = 0,03$, $\chi^2 = 4,8$, fonction de répartition = 1) ont été observés. Nous n'avons pas relevé de différences quant à l'âge, au sexe, aux facteurs personnels, au nombre de tentatives de suicide antérieures ou à l'intensité des troubles psychopathologiques.

À la fin de la période de suivi de 13 mois, nous avons évalué tous les patients inclus dans l'essai, qu'ils aient pu être recontactés ou non. Un total de 57 patients a été « perdus de vue » (9 %). Il s'agissait le plus souvent de patients : de sexe masculin (38 % (22/57) v 27 % (147/545); $P = 0,07$); non-accompagnés au service d'urgences (59 % (n = 34) v 42 % (n = 229); $P = 0,01$); le plus souvent alcoolisés (53 % (n = 30) v 40 % (n = 218); $P = 0,05$) et souffrant de moins de phobies sociales (2 % (n = 1) v 13 % (n = 71); $P = 0,02$).

Nous avons enregistré 6 décès : 2 parmi les groupes d'intervention (un suicide probable au cours d'un accident de la route, et un décès des suites d'un cancer), 2 parmi le groupe témoin (2 décès par suicide), et 2 parmi les patients « perdus de vue » (un décès par suicide et un des suites d'un accident vasculaire ischémique).

Nous n'avons pas constaté de différences significatives au sein des groupes randomisés quant aux caractéristiques personnelles, aux évaluations psychopathologiques, au nombre de tentatives de suicides antérieures, ou aux prises en charge mises en place lors du séjour au service d'urgences (tableau 1).

Impact du recontact téléphonique

En considérant l'ensemble des patients randomisés, nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative entre les 3 groupes en terme de résultats défavorables ($P = 0,25$, tableau 2) : recontact au premier mois (un décès (cancer), 23 % (34/147) v 30 % (93/312)

dans le groupe témoin, différence 7 %, IC à 95 % - 2 % à 15 %) ; recontact au troisième mois (un décès par suicide, 5 % (36/146) v 30 % dans le groupe témoin, différence 5 %, IC - 4 % à 14 %) ; comparaison entre recontact à un mois et recontact à trois mois (23 % v 25 %, différence 2 % ; IC - 11 % à 8 %).

Le nombre de récurrences suicidaires chez les patients recontactés à un mois était significativement inférieur à celui du groupe témoin (12 % (13/107) v 22 % (62/280) ; $\chi^2 = 4,7$, fonction de répartition = 1, $P = 0,03$, différence 10 %, IC à 95 % de 2 % à 18 %). Cette différence a été observée au cours des six premiers mois après le recontact téléphonique. Aucun décès par suicide ne s'est produit dans ce groupe.

Chez les patients recontactés à trois mois, le nombre de récurrences suicidaires n'était pas significativement inférieur à celui du groupe témoin (17 % (16/95) v 22 % ; $P = 0,27$, différence 5 %, IC - 4 % à 14 %).

Tableau 2 : Résultats de l'analyse en intention de traiter des patients recontactés un ou trois mois après leur tentative de suicide et des patients suivant une prise en charge habituelle-groupe témoin. Sauf indication contraire, les valeurs sont exprimées en nombre et les pourcentages entre parenthèse.

Variables	Groupe témoin (n = 312)	Groupes d'intervention				Valeur de P (degré de signification)
		Recontact téléphonique à un mois (n = 147)	Différence statistique (IC à 95 %)	Recontact téléphonique à trois mois (n = 146)	Différence statistique (IC à 95 %)	
Récidives suicidaires	59 (19)	24 (16)	3 (- 5 à 10)	20 (14)	5 (- 2 à 1)	0,37 ; $\chi^2 = 1,97$
Décès par suicide	2 (1)	0		1 (1)		
Patients perdus de vue	32 (10)	10 (7)	4 (- 2 à 9)	15 (10)	0 (- 6 à 6)	0,46 ; $\chi^2 = 1,56$
Résultats défavorables	93 (30)	34 (23)	7 (- 2 à 15)	36 (28)	5 (- 4 à 14)	0,25 ; $\chi^2 = 2,77$

Nature des interventions et issues cliniques

Les patients des deux groupes d'intervention ont abordé plus souvent la question de leur tentative de suicide avec leur médecin traitant que les patients témoins (tableau 3). Sur les 107 patients recontactés à un mois, 72 constituaient des appels banals (5 à 10 minutes) ; 22 représentaient des interventions de crise (15 à 45 minutes) et 13 ont permis de détecter des patients en situation de crise suicidaire. Parmi les 72 patients paraissant se sentir mieux au moment du recontact, 7 ont présenté une récurrence suicidaire au cours de l'année suivante. Parmi les 22 patients nécessitant une intervention de crise, 5 ont présenté une récurrence suicidaire au cours de l'année suivante. Enfin, les 13 patients considérés à haut risque de crise suicidaire ont été redirigés vers un service d'urgences : 10 ont été reconnus en danger par les psychiatres et 8 d'entre eux ont été hospitalisés. Parmi ces 13 patients, un seul

cas de récurrence suicidaire a été observé, six mois plus tard.

Discussion

Un recontact téléphonique un mois après une tentative de suicide médicamenteuse délibérée peut permettre une réduction du nombre de récurrences suicidaires. De plus, un recontact permet de détecter des patients à haut risque de récurrences suicidaires et de les rediriger à temps vers un service d'urgence.

Dans notre essai, le taux de récurrences au sein du groupe témoin, ayant suivi la prise en charge habituelle, est en accord avec les données de la littérature^{3, 10, 19}. Une analyse systématique a pu mettre en évidence que 8 des 10 essais mentionnés étaient négatifs en termes de mortalité et de morbidité à 1 an ; les deux autres essais ont montré une tendance temporaire à la diminution des récurrences^{13, 20, 21}. Plus récemment, Guthrie et coll. ont évalué l'efficacité d'une série d'interventions d'inspiration psychanalytique réalisées à domicile dans

le premier mois après la tentative de suicide⁹. Cet essai portait sur des patients non hospitalisés après le geste, une population très comparable à la nôtre. Bien que la réduction du nombre de récurrences s'avère plus importante dans l'essai de Guthrie *et coll.*, la mise en place dans notre essai de recontacts téléphoniques se révèle plus facile à organiser et beaucoup moins onéreux.

Notre essai étant pragmatique, nous n'avons pas tenté d'observer les impacts non spécifiques de la psychothérapie. Nous avons comparé une intervention spécifique avec une prise en charge habituelle en France, chez les patients adoptant des comportements autodestructeurs. Les trois quarts des patients éligibles à l'essai ont accepté d'y participer. Notre taux de recrutement était bien plus important que dans les essais précédents, révélant que les patients étaient plus ouverts à un contact téléphonique qu'à une consultation en hôpital psychiatrique⁹.

Les 48 tentatives de suicide réalisées avant le recontact à un mois représentent l'une des limites de notre essai. Une des solutions aurait été d'évaluer l'impact d'un recontact effectué plus tôt, en l'avancant entre le 15^{ème} et le 21^{ème} jour après la première tentative de suicide, dans le but d'observer si un nombre important de récurrences suicidaires aurait pu être évité. Le nombre de patients non joignables par téléphone représente également une autre limite de notre essai. Nous pensons que cette limite est la raison principale des résultats négatifs de l'analyse en intention de traiter. Dans notre essai, la décision d'abandonner le contact téléphonique se basait sur un seuil très précis de 3 essais infructueux. Lorsque l'évaluation finale était effectuée, ce seuil était repoussé pour pouvoir inclure le plus de patients possible. Ainsi, nous avons recommandé que le nombre de contacts téléphoniques ne soit pas limité, dans le but d'assurer un contact maximal avec les patients.

Tableau 3 : soins effectués pendant les 13 mois de suivi chez les patients recontactés un ou trois mois après leur tentative de suicide

Variables	Groupe témoin (n = 280)	Groupes d'intervention			
		Recontact téléphonique à un mois (n = 107)	Valeur de P* (degré de signification)	Recontact téléphonique à trois mois (n = 95)	Valeur de P* (degré de signification)
A parlé de la tentative de suicide avec son médecin traitant	204 (73)	82 (87)	0,004 †	72 (88)	0,004 ‡
Psychotropes	115 (41)	43 (46)	0,38	30 (36)	0,36
Psychothérapie	104 (37)	42 (45)	0,18	31 (38)	0,96
Types de psychotropes :					
• anxiolytiques	16	15	0,33	15	0,69
• antidépresseurs	19	26		20	
Hospitalisations psychiatriques	62 (22)	21 (22)	0,99	21 (24)	0,77
Nombre moyen d'hospitalisations (écart-type)	0,39 (1)	0,30 (0,6)	0,41	0,29 (0,7)	0,42
Durée moyenne des hospitalisations (en jours)	24 (32)	21 (13) §	0,79	27 (19) ¶	0,82

* comparaison avec le groupe témoin

† fonction de répartition = 1, $\chi^2 = 8,5$

‡ fonction de répartition = 1, $\chi^2 = 8,2$

§ intervalle de confiance à 95 % - 17,8 à 12,0

¶ intervalle de confiance à 95 % - 18,0 à 22,5

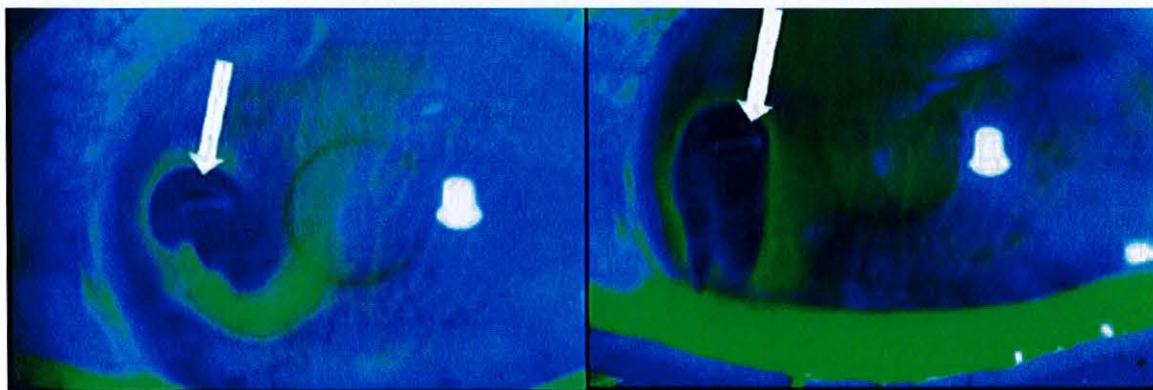
Cas clinique OPHTALMOLOGIE
(Pr P. DENIS – Pr L. KODJIKIAN)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mardi 03 juin 2014 – 1^{ère} session

Monsieur R, âgé de 53 ans est amené aux urgences par les pompiers, après avoir été victime d'une agression sur son lieu de travail. Il aurait reçu plusieurs coups de bâton sur le visage. Le patient est conscient et dit ne pas avoir perdu connaissance. Il n'a pas reçu de coups ailleurs que sur le visage. L'auscultation cardio-vasculaire est normale, de même que la palpation abdominale et l'examen neurologique. L'inspection note une plaie du cuir chevelu et de la joue gauche. D'autre part, le patient est très photophobe de l'œil droit et se plaint de douleurs oculaires gauches. L'examen ophtalmologique retrouve les éléments suivants :

Pour l'œil droit : Acuité visuelle conservée, présence d'un ulcère cornéen inférieur, à distance de l'axe visuel, prenant la fluorescéine, Tyndall hématiche côté à 2 croix sans hyphéma, chambre antérieure de profondeur normale, cristallin clair. Le tonus oculaire est normal de même que le fond d'œil. L'étude des mouvements oculaires retrouve une limitation douloureuse de l'élévation de l'œil droit avec diplopie dans le regard vers le haut.

Pour l'œil gauche : acuité visuelle de 2/10 Parinaud 10, présence d'une chambre antérieure peu profonde, discrète incarceration irienne, cristallin clair. L'œil est très hypotone et le fond d'œil montre un vitré clair non hémorragique, une rétine à plat et une absence de contusion rétinienne.

L'aspect de la cornée gauche lors de l'examen biomicroscopique à la lampe à fente, et après instillation de fluorescéine est le suivant (photographies prises à quelques secondes d'intervalle):



Questions

- 1- Que suspectez-vous concernant l'orbite droite ? Sur quels éléments ?
- 2- Quel argument en faveur de ce diagnostic pourrait vous apporter une radiographie de face du crâne ?
- 3- Quel examen peut apporter un diagnostic de certitude ?
- 4- Comment expliquez-vous la photophobie de l'œil droit ?
- 5- Décrivez l'aspect de la cornée gauche lors de l'examen biomicroscopique à la lampe à fente ? Que démontre-t-il ?
- 6- Quelles sont les principes de votre prise en charge du point de vue ophtalmologique ?
- 7- Citez les complications possibles pour son œil gauche.
- 8 – En plus du certificat de coups et blessures, quelle est l'autre pièce administrative que vous devez remettre à ce patient ?
- 9 - Trois mois après la sortie, l'épouse du patient vient vous voir afin d'avoir une copie du certificat médical que vous avez rédigé. Elle vous explique que son mari a égaré le premier, et que cette pièce lui est demandée par son avocat. Quelle est votre attitude ? Aurait-elle été la même si cette demande avait émané de l'expert judiciaire chargé de l'expertise pénale de ce patient ?
- 10 – Un an après l'accident, le patient revient vous voir car son œil gauche lui fait mal, que la vision de ce côté est diminuée et qu'il perçoit des halos colorés devant les lumières, toujours uniquement du côté gauche. Vous l'examinez et vous constatez que la pression oculaire est de 45 mmHg. Quelle complication présente le patient ? Comment évaluer les conséquences fonctionnelles de la complication observée ?

Cas clinique PEDIATRIE
(Pr Marc NICOLINO)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mardi 03 juin 2014 – 1^{ère} session

Alexandre est un adolescent de 15 ans et 2 mois, que vous voyez en consultation pour une petite taille.

Son poids et sa taille de naissance à terme étaient respectivement de 3600 g et 51 cm. Il n'y a pas d'antécédent personnel particulier. Sur le plan scolaire, Alexandre est en seconde, il est le plus petit de sa classe.

Le père mesure 175 cm, il a « grandi tard », et il y a des antécédents de puberté tardive dans sa famille. La mère mesure 162 cm et a eu ses premières règles à l'âge de 13 ans.

La courbe de croissance staturale est établie (voir document). La courbe de croissance pondérale montre le même type d'évolution et il n'y ni déficit ni excès pondéral.

On note l'absence de pilosité pubienne ou axillaire. La verge (mesurée à 50 mm dans sa plus grande longueur) et le scrotum sont d'aspect infantile. Les testicules mesurent entre 20 et 25 mm dans leur plus grande longueur. Il n'y a pas d'autre particularité à l'examen clinique.

L'adolescent ne se plaint de rien, mais supporte mal psychologiquement ses différences morphologiques par rapport à ses camarades.

Question n° 1 :

En vous référant à la chronologie normale de la puberté du garçon, comment décrivez vous le développement chez ce garçon de 15 ans d'après les données de l'examen clinique ?

Question n°2 :

Décrivez en détail la courbe et l'histoire staturale de ce garçon. Évaluez sa taille cible.

Question n°3 :

D'après les éléments dont vous disposez, sur quels arguments pouvez-vous exclure ?

- a) un retard de croissance intra-utérin avec absence de rattrapage,
- b) une petite taille constitutionnelle (petite taille familiale).

Question n°4 :

Vous demandez la réalisation d'un âge osseux. Quels clichés demandez-vous et quel en est le principe ? L'âge osseux de Cyril étant évalué à environ 12 ans, comment interprétez vous ce résultat ? Quelles en sont les conséquences ?

Question n°5 :

Vous évoquez un retard simple de croissance et de maturation pubertaire (puberté différée). Sur quelles données fondez-vous votre hypothèse ?

Question n°6 :

Devant ce tableau clinique, quel examen paraclinique vous paraît le plus utile pour éliminer un déficit de sécrétion d'hormone de croissance lors de la consultation ?

Question n°7 :

Indépendamment de la petite taille, l'absence de développement pubertaire pourrait s'observer en cas d'hypogonadisme pathologique. Quels sont les autres examens paracliniques que vous demandez en 1^{ère} ligne chez cet enfant dans le but d'éliminer ce dysfonctionnement hormonal ?

Justifiez votre réponse

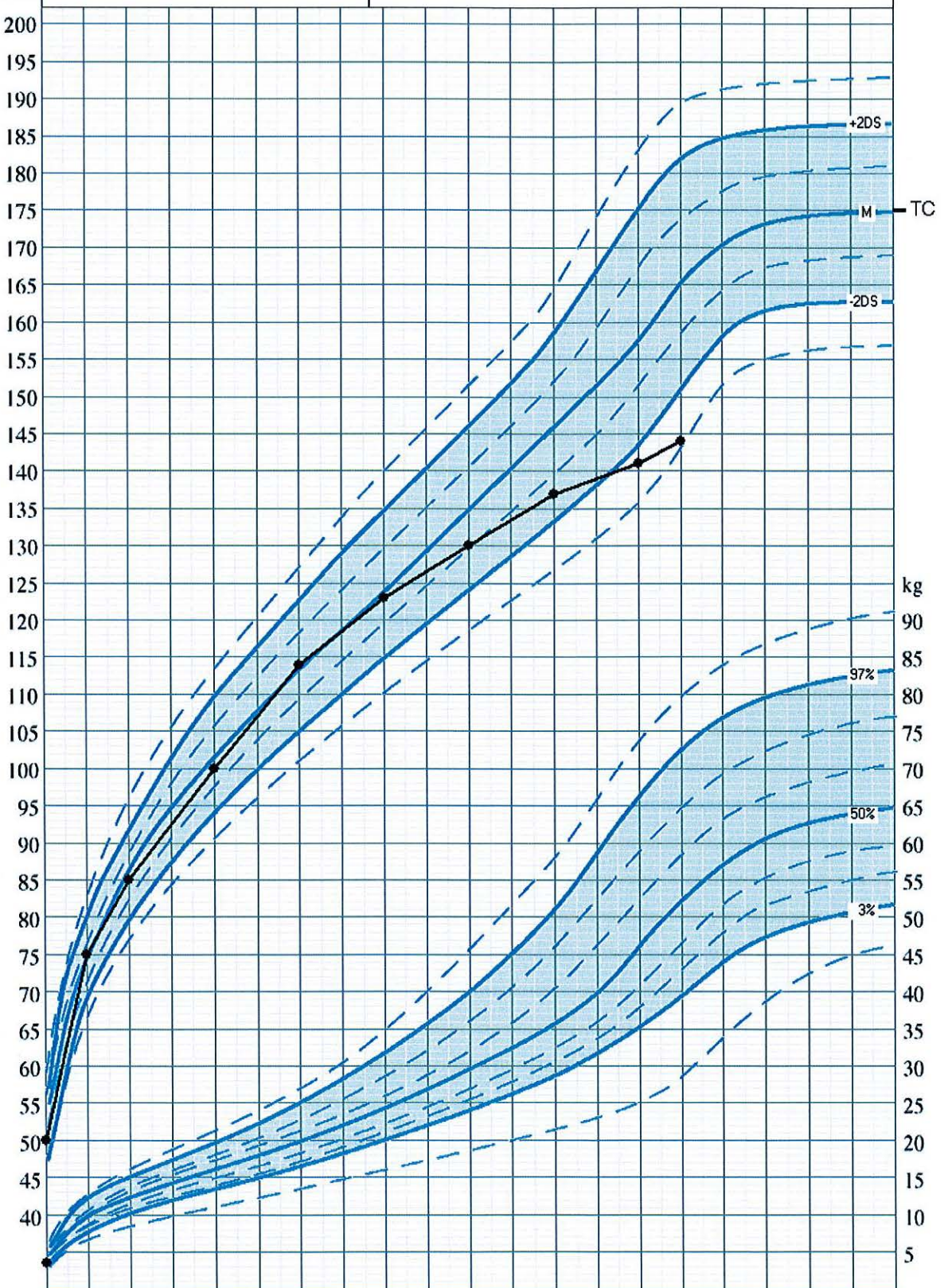
Question n°8 :

Quels sont les autres examens biologiques systématiques que vous demandez en 1^{ère} ligne chez cet enfant dans le but d'éliminer d'autres maladies responsables de petite taille ?

Question n°9 :

Vous retenez le diagnostic de simple puberté différée et vous préconisez un traitement court sur quelques mois par de faibles doses d'androgènes pour induire le développement pubertaire. Expliquez à Alexandre et à ses parents l'intérêt de ce traitement en comparaison à une abstention thérapeutique, et les modalités de surveillance.

P. Alexandre
 né(e) le 15/10/1998 TC = 175,0 cm
 TN = 50,0 cm père = 175,0 cm
 PN = 3,6 kg mère = 162,0 cm
 Terme = 39 sem.



d'après Auxologie, méthodes et séquences, Sempé et al., Theraplix, Paris 1979

Cas clinique gynécologie
(Pr Gil DUBERNARD)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
Mardi 03 juin 2014 – 1^{ère} session

Mme. ANT., 28 ans, nulligeste, sans antécédent notable, consulte aux urgences gynécologiques pour des douleurs pelviennes apparues depuis 3 jours. Initialement lancinantes et latéralisées à gauche, elles sont très nettement majorées depuis 4 H l'empêchant de se rendre à son travail. Elle décrit également des ménométrorragies brunâtres minimales intermittentes.

A l'examen clinique, la température est sub-fébrile à 37°8. Vous notez une masse latéro-utérine gauche de 8 cm, sensible. Il existe une défense à la palpation profonde mais pas de contracture.

Le bilan que vous avez demandé, retrouve :

- Hémoglobine = 8.6 g/dl
- HCG < 1 UI/l
- Le reste du bilan est sans anomalie, en particulier il n'y a pas de leucocytose et la température est à 37°2

1/ Devant cette masse pelvienne, quelles sont vos orientations diagnostiques gynécologiques en hiérarchisant votre réponse ?

2/ L'échographie retrouve un utérus nettement augmenté de taille mesuré à 170 x 100 x 80 mm. Elle confirme la présence d'un volumineux myome latéralisé à gauche de 8 cm de diamètre. Il existe également 3 autres fibromes compris entre 2 et 3 cm de diamètre, interstitiels et sous-séreux.

Quel est votre diagnostic le plus probable concernant l'épisode actuel ?

3/ Citez les critères échographiques qui conduisent au diagnostic d'un utérus adényomyosique ?

4/ Mme ANT. ne désire pas de grossesse dans l'immédiat. Vous vous orientez vers un traitement chirurgical de ces fibromes. Un examen d'imagerie en pré-opératoire est-il indispensable ? Justifiez votre réponse

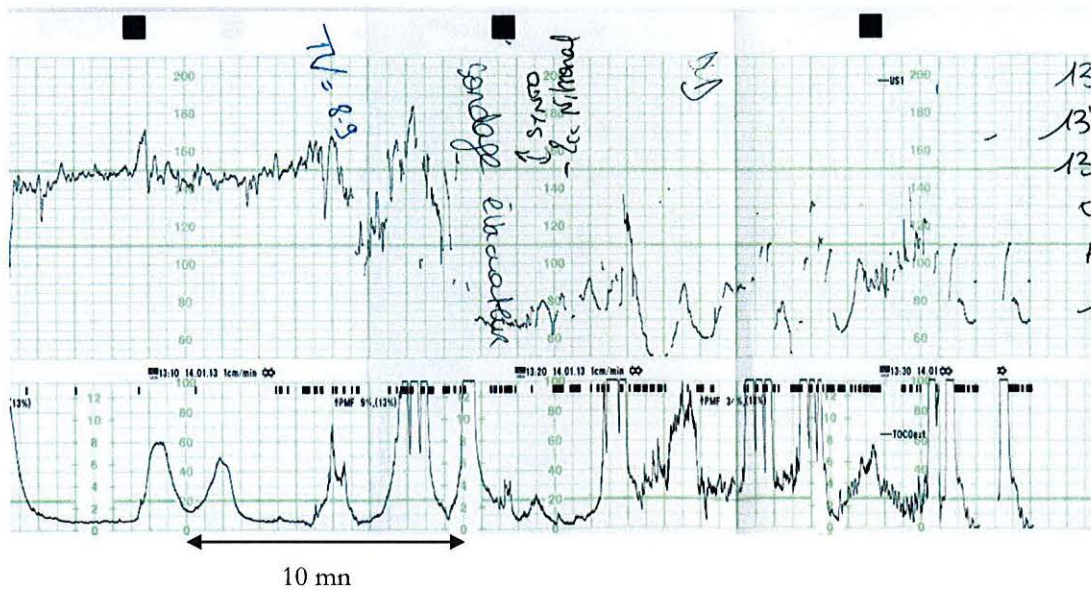
5/ Quelles thérapeutiques prescrivez-vous en pré-opératoire et dans quels buts ?

6/ Précisez votre indication opératoire et votre voie d'abord chirurgicale. Justifiez.

7/ Décrivez les risques opératoires et post-opératoires.

8/ Lors de votre intervention chirurgicale, vous avez pu retirer l'ensemble des fibromes. Ce traitement a nécessité deux hystérotomies dont une superficielle. Elle vous demande dans quel délai elle peut tenter une première grossesse et quelle sera votre recommandation concernant la voie d'accouchement ? Justifiez.

Trois ans plus tard, la patiente est en salle de naissance pour son premier accouchement. La grossesse a été marquée par un diabète gestationnel (glycémie à jeûn à la fin du premier trimestre 1.27 g/l). Le diabète a été bien équilibré par un régime seul. La prise de poids a été de 17 kg et l'estimation de poids fœtal à terme (41 SA) estimait le fœtus à 3900g (> 95^{ème} percentile). Le travail a été spontané à 40SA + 3j. A l'admission, membranes intactes, la hauteur utérine était mesurée à 36 cm. Le liquide était clair à la rupture des membranes. Vous êtes appelé en urgence pour une anomalie du rythme cardiaque fœtal alors que la dilatation est à 8-9 cm depuis 2h.



9/ Interprétez le tracé ci-dessus.

10/ Quelle décision prenez-vous ? Sur quels arguments ? Que décidez-vous ?

Année universitaire
2013-2014

Université Lyon 1
Faculté de médecine
Lyon est

DCEM3 -
DFASM2

2ème session

Cas clinique PEDIATRIE
(Pr Yves GILLET)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
2ème session - Juillet 2014

Cas Clinique

Un garçon de 2 ans, sans antécédent personnel notable, vous est amené pour éruption cutanée fébrile. Depuis 48 heures, il présente une fièvre à 39°, cédant bien sous traitement symptomatique par ibuprofène. Depuis la veille, il présente une éruption cutanée du tronc, du visage et du cuir chevelu. L'état général est conservé, l'auscultation cardio-pulmonaire est normale, l'abdomen est souple et le reste de l'examen est sans particularité. La température est mesurée à 38°7 et l'aspect des lésions est montré par la figure suivante (fig1)



Figure 1 : aspect des lésions

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous (justifiez votre réponse) ?

Question 2 : Comment allez-vous confirmer votre hypothèse diagnostique ?

Question 3 : Quel traitement allez-vous proposer pour cet enfant ?

Question 4 : La mère vous apprend qu'elle est enceinte de 5 mois et ne se souvient pas avoir eu l'affection présentée par son fils. Quelle conduite préconisez-vous ? justifiez vos réponses.

Question 5 : Cinq jours plus tard, l'enfant vous est ramené pour récurrence de pics fébriles à 40° alors que la situation semblait en voie d'amélioration sur le plan de la fièvre et des lésions cutanées. L'aspect d'une lésion vous évoque une probable surinfection. Quels signes de gravité cliniques devez-vous rechercher ?

Question 6 : Quels sont le ou les germes le plus fréquemment en cause dans ce tableau ?

Question 7 : Quel traitement allez-vous mettre en œuvre ?

Question 8 : Vous apprenez que l'enfant a été en contact la veille avec un cousin âgé de 17 ans qui lui non plus n'a jamais présenté la maladie que vous avez diagnostiquée initialement. Quelle conduite proposez-vous pour ce jeune homme ?

Cas clinique NEUROLOGIE
(Pr Sandra Vukusic)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
2ème session – Juillet 2014

Madame C, 65 ans, consulte pour une douleur faciale droite. Cette douleur est apparue il y a deux ans. Elle a évolué initialement par crises se succédant pendant plusieurs jours. La patiente décrivait la douleur comme des décharges électriques. Cette douleur survenait spontanément, sans facteur déclenchant, et résistait à toute thérapeutique. Elle siégeait au niveau de la pommette droite. Petit à petit, la douleur est devenue plus fréquente, et à l'heure actuelle, elle est permanente, touchant la pommette et la joue du côté droit. Par ailleurs, la patiente est en parfait état général. Elle signale avoir une hypoacousie de l'oreille droite depuis deux ou trois ans.

1 – Quel est le territoire neurologique touché ?

2 – Quel est votre diagnostic quant au type de douleur ? Quelles sont les deux catégories étiologiques classiques de ce diagnostic ?

3 - Quel geste clinique primordial permet de trancher entre ces deux hypothèses ?

4 – Quel élément d'interrogatoire présent dans l'énoncé permet également d'orienter sur la catégorie étiologique ?

5 –Un bilan complémentaire est-il nécessaire ? Si oui, quel est le premier examen à réaliser ? Que recherchez-vous ?

6 - Quelques semaines plus tard, Madame C revient vous voir car la douleur ne s'est pas améliorée et qu'elle touche également à présent l'orbite droite. Elle est en cours de traitement pour une ulcération de cornée. Elle présente également une asymétrie du sillon naso-génien droit et des rides du front, et a depuis quelques jours une maladresse du membre supérieur droit, la main dépasse son but quand elle veut saisir un objet, et elle renverse son verre quand elle le porte à sa bouche. Sa démarche est également instable, avec un élargissement du polygone de sustentation.

Quels sont les syndromes neurologiques que vous pouvez isoler ?

7 – Le tableau clinique peut-il être expliqué par une seule lésion ? Si oui, où se situe-t-elle ?

8 – Une IRM cérébrale est réalisée. Décrivez l'examen.



9 – Quel est le diagnostic étiologique le plus probable ?

Cas clinique Hépato-Gastro-Entérologie
(Pr Christian DUCERF)
DCEM 3 – UFR Lyon-Est
2^{ème} session – Juillet 2014

Un homme de 55 ans, éthylique tabagique avec un IMC à 39, consulte pour une voussure indolore de l'ombilic apparue depuis quelques semaines. A l'examen l'abdomen est tendu et mat, la palpation est indolore.

- Question 1

Quel est votre diagnostic ?

- Question 2

Quels examens complémentaires proposez-vous pour étayer votre diagnostic et aider les choix thérapeutiques ?

- Question 3

Que conseillez-vous au patient, quelles sont vos orientations thérapeutiques ?

Le patient a suivi la thérapeutique qui lui a été proposé
Un examen radiologique est réalisé deux mois plus tard (Annexe 1).

- Question 4

Quel type d'examen radiologique vous est soumis ?

- Question 5

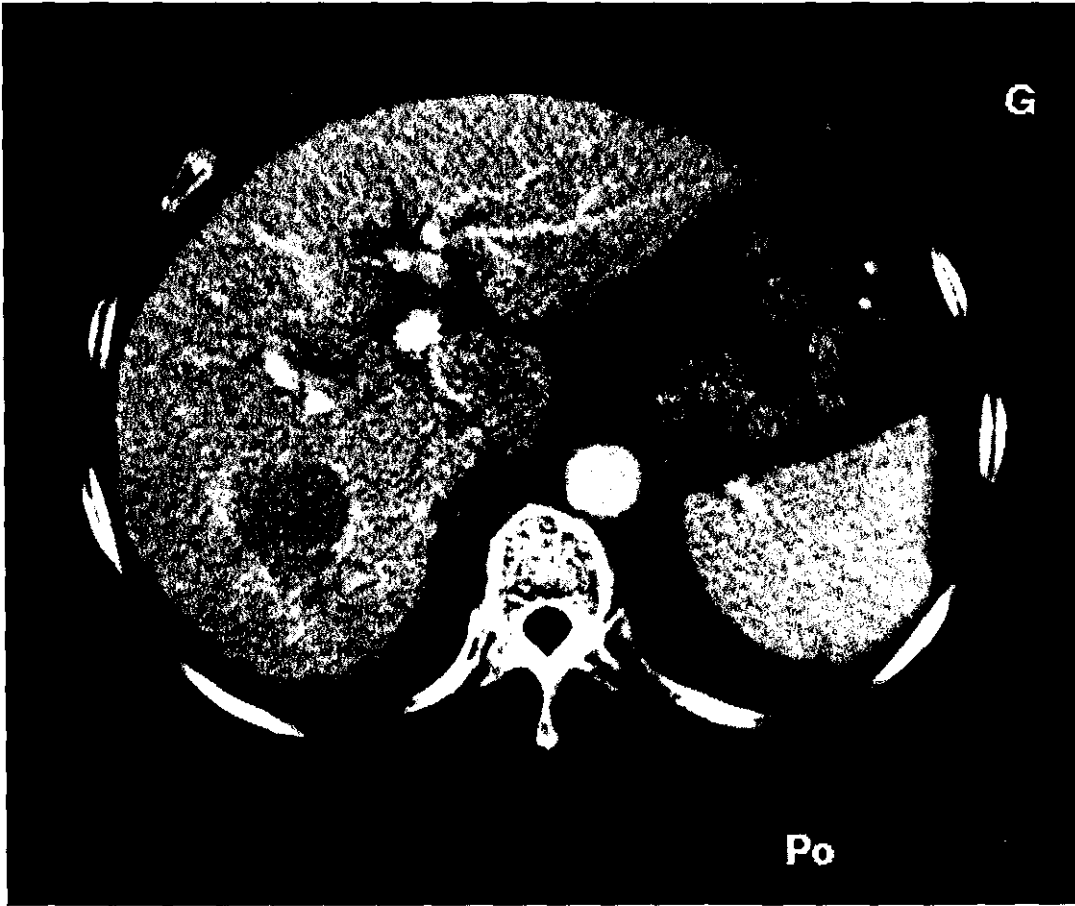
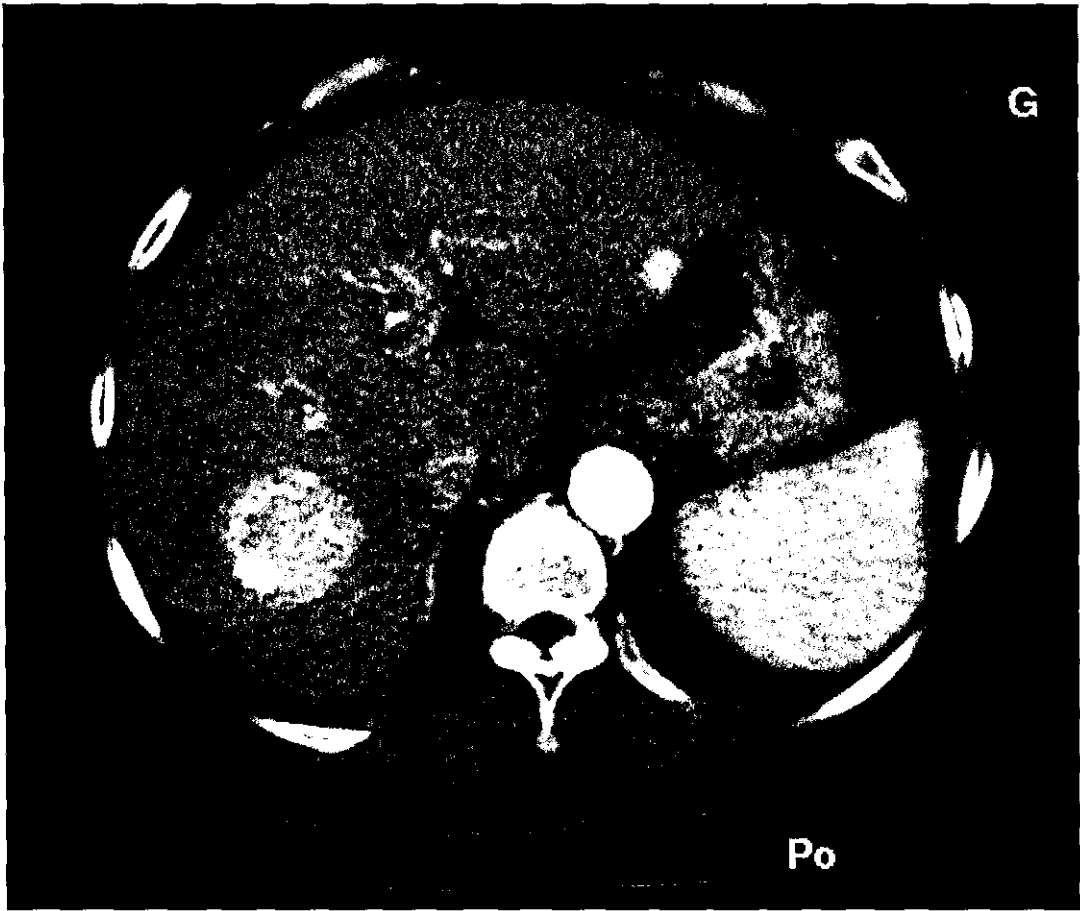
Quelle analyse en faites-vous ? (constatations normales et/ou pathologiques)

- Question 6

Quelles examens complémentaires biologiques, notamment sanguins, proposez-vous ?

- Question 7

Citer les grandes options thérapeutiques à ce stade ?



Cas clinique HANDICAP-VIEILLISSEMENT
(Pr KROLAK-SALMON)
DCEM3- UFR LYON-EST
2^{ème} session – juillet 2014

Un homme de 78 ans, éthylique modéré, tabagique, aux antécédents d'hypertension artérielle, d'artériopathie des membres inférieurs est hospitalisé pour chutes.

Votre examen objective une marche raide, l'équilibre est précaire mais il n'y a pas d'élargissement du polygone de sustentation. Le demi-tour est déséquilibré. Il n'y a pas de tremblement. L'examen segmentaire révèle une hypertonie spastique de l'avant-bras et de la main gauches. La parole est dysarthrique, mais le langage est correct. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs aux quatre membres.

Son épouse signale des étourdissements en se levant ainsi qu'une cataracte modérée bilatérale non opérable selon l'ophtalmologiste.

Il est traité par inhibiteur calcique et aspirine.

- 1- Citez quatre syndromes ou symptômes cliniques pouvant expliquer les chutes ?
- 2- Quelle pathologie neurologique évoquez-vous en priorité ? Pourquoi ?
- 3- Citez 5 principes thérapeutiques de prévention des chutes chez ce patient

Le patient présente une chute à son domicile à l'origine d'une fracture du col fémoral droit. Une prothèse totale de hanche est mise en place ; dans les suites, le patient présente une dépression. Il est admis dans un service de soins de suite gériatriques.

- 4- Quelles sont les complications de décubitus auxquelles est exposé ce patient ? L'évolution clinique est lentement favorable et le patient retrouve un élan vital correct.
- 5- Quels sont les objectifs de la rééducation ?
- 6- A l'issue de l'hospitalisation, le patient marche avec un cadre. Son autonomie a diminué. Quelles aides humaines et matérielles, pouvez-vous proposer à son épouse pour faciliter le retour à domicile ?

Cas clinique STOMATOLOGIE
(Pr. GLEIZAL)
DCEM3- UFR Lyon-Est
2^{ème} session - juillet 2014

- Vous recevez en garde un patient de 33 ans victime d'un accident de la voie publique (Moto contre Véhicule léger). Les pompiers vous ramènent le casque du patient qui est fracturé à sa partie supérieure.
- Le score de Glasgow à la prise en charge est à 13, en ventilation spontanée, il arrive en salle de déchoquage.
- Le bilan initial fait par le médecin du SAMU met en évidence une fracture de la cheville gauche, une fracture du sternum, un traumatisme cranio-facial.
- Tension artérielle : 13/ 8 mm Hg, Fréquence cardiaque: 82/min, Sao2 : 100% en air.
- Le patient va pouvoir être transféré en service de radiologie pour un scanner corps entier.
- Ci-joint quelques coupes TDM.

• Question n°1 : Interprétez les examens complémentaires.

• Question n°2 : Au niveau facial, qu'allez-vous probablement trouver à l'examen clinique ?

• Question n°3 : Quels sont les principes de votre prise en charge en urgence?

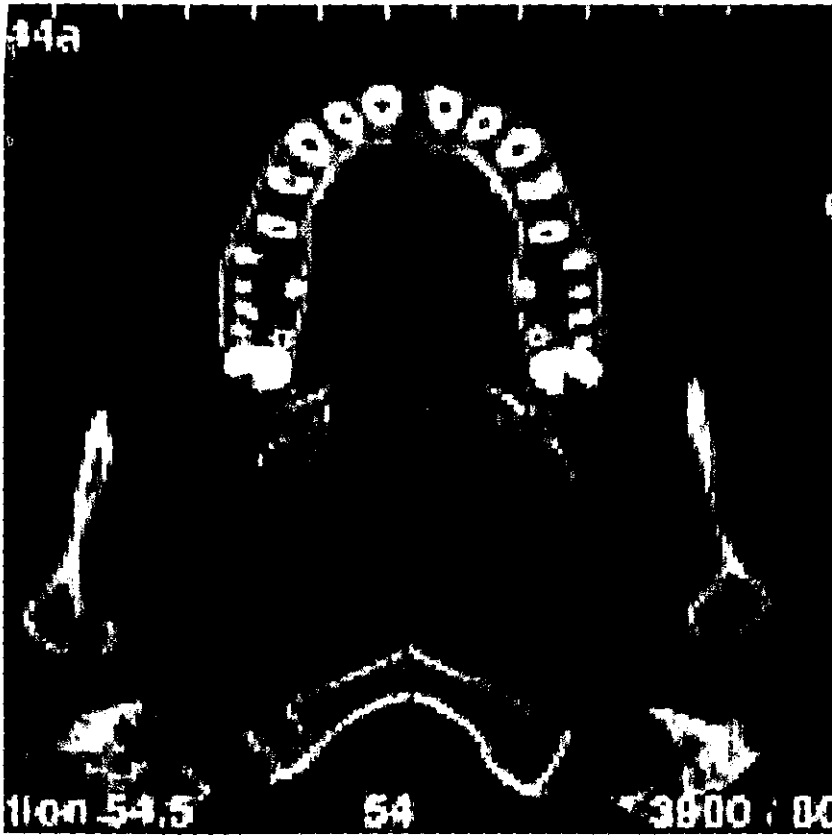
Question n°4 : Quels sont les principes de prise en charge des fractures de la face chez ce patient ?

Question n°5 : Quelles sont les consignes hygiéno-diététiques à donner au patient après sa prise en charge ?

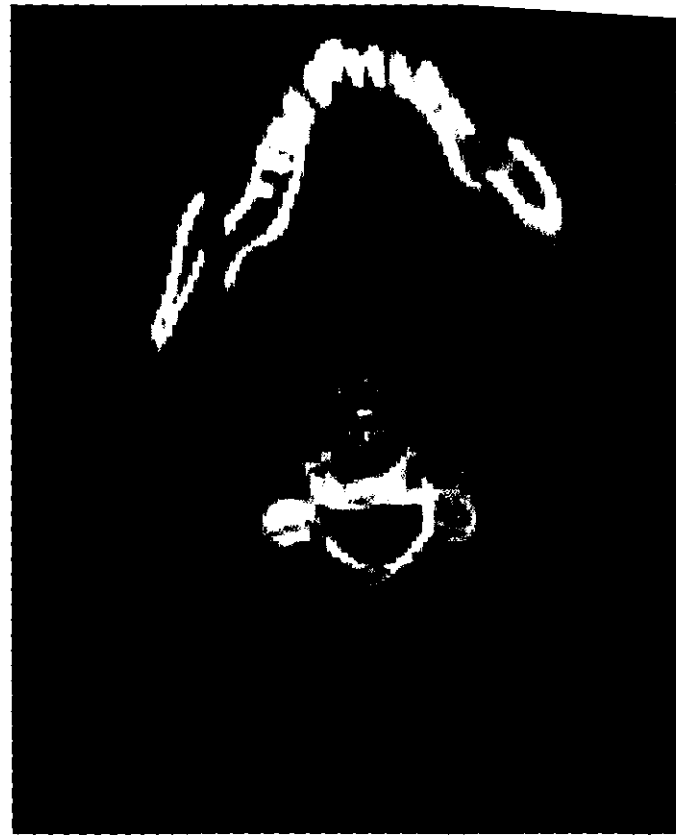
• Question n°6 : Quelles sont les principales complications des lésions que vous suspectez ?

• Question n°7 : Malgré un examen initial des plus complets, votre patient se plaint maintenant de troubles visuels. À l'examen, il semble moins bien voir de l'œil droit. Quelles sont les lésions oculaires que vous pouvez redouter ?

Question n°8 : Six mois plus tard le patient revient aux urgences suite à l'apparition de céphalées importantes associées à des vomissements. Que suspectez-vous et quelle va être votre prise en charge diagnostique?



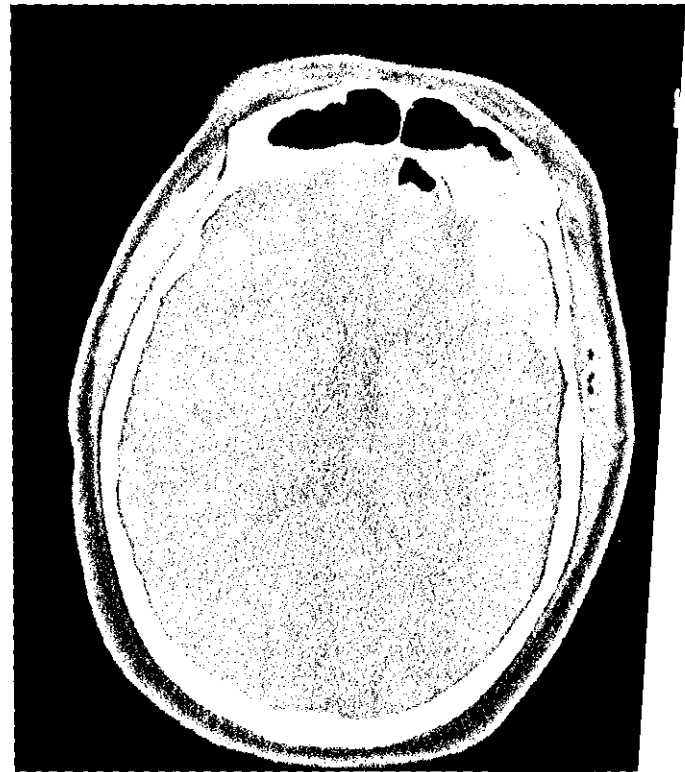
Document 1



Document 2



Document 3



Document 4