

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Anatomie & Cytologie Pathologiques - DCEM 1
Session de mai 2010 – J.Y. SCOAZEC

N° de PLACE

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Question 1 J-Y Scoazec

Vous suivez une patiente de 36 ans, sans antécédents particuliers, qui a consulté pour des diarrhées persistantes, qui durent depuis 15 jours et s'accompagnent de douleurs et d'un peu de sang dans les selles. Une colonoscopie a été pratiquée. Vous recevez le compte-rendu anatomopathologique des biopsies coliques qui ont été pratiquées à cette occasion. Le voici : Il a été examiné une dizaine de fragments biopsiques de bonne taille. L'épithélium de surface est focalement abrasé. Les cryptes sont en nombre diminué et sont dispersées dans un chorion fibreux comportant un infiltrat inflammatoire dense, riche en lymphocytes et en plasmocytes, associés à quelques polynucléaires éosinophiles. L'épithélium de certaines cryptes est détruit par l'infiltrat lymphocytaire. Des recoupes complémentaires seront pratiquées et feront l'objet d'un compte-rendu complémentaire.

1. S'agit-il d'une colite aiguë ?
2. Citer les lésions caractéristiques de l'inflammation aiguë
3. De quel type d'inflammation s'agit-il ici ?
4. Quelles sont les lésions décrites dans le compte-rendu qui vous permettent de l'affirmer ?
5. Si l'infiltrat avait été formé de façon prédominante par des polynucléaires éosinophiles, quels diagnostics étiologiques auriez-vous pu évoquer ?

Réservé au
Secrétariat

Note :

Question 1 suite

6. L'examen anatomopathologique aurait-il pu vous aider dans la recherche de l'agent étiologique ?

Quelques jours plus tard, vous recevez un compte-rendu complémentaire dans lequel vous lisez : *Les recoupes complémentaires mettent en évidence des lésions très localisées, présentes sur deux fragments seulement, formées par des cellules épithélioïdes, associées à de très rares cellules géantes, entourées par une couronne de lymphocytes.*

7. Quel est le type d'inflammation décrit ici ? Donner sa définition

8. Citer deux exemples de maladies infectieuses susceptibles d'être responsables de ce type d'inflammation, notamment dans le tube digestif

9. Citer une coloration complémentaire utile pour mettre en évidence un des agents infectieux susceptibles d'être impliqués et indiquer lequel

10. Quel est l'un des risques principaux auxquels cette malade est exposée ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Anatomie & Cytologie Pathologiques - DCEM 1
Session de mai 2010 – F. THIVOLET-BEJUI

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Question 2 F Thivolet-Béjui

**Votre patiente de 25 ans vient vous consulter avec son résultat du frottis cervico utérin.
Elle s'inquiète du résultat de cet examen et vous demandé des explications:**

1: dans la conclusion de mon frottis il y a un terme que je ne connais pas : que veut dire « condylome »?

2 : comment a-t-on pu faire ce diagnostic sur mon frottis?

3 : quels sont les effets cytopathogènes caractéristiques de ces virus ?

4 : comment ai-je contracté ce virus ?

5 : pourquoi n'avez vous pas fait un prélèvement sanguin pour faire ce diagnostic le plus rapidement possible?

Question 2 suite

Question 6 : qui fait le diagnostic de cette maladie ?

Question 7 : quelles sont les conséquences de cette pathologie à long terme? Décrire les mécanismes en jeu.

Question 8 : dans la conclusion de mon frottis, il y a un second terme que je ne connais pas : que veut dire « dysplasie modérée »?

Question 9 : comment en fait on le diagnostic? (critères morphologiques de la dysplasie)

Question 10 : quels sont le fixateur et la coloration utilisés pour mon frottis cervico-utérin ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Anatomie & Cytologie Pathologiques - DCEM 1
Session de mai 2010 – M. DEVOUASSOUX

N° de PLACE

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Question 3 M Devouassoux

Mme S... 52 ans, ménopausée depuis 2 ans, sans enfant, consulte son médecin traitant car en prenant sa douche la semaine dernière elle s'est palpée un nodule du sein gauche. Elle n'a pas d'antécédent particulier, mais n'a jamais eu de mammographie de dépistage du cancer du sein.

A l'examen clinique, le nodule est dur, fixé au plan profond, avec une rétraction cutanée en regard. Le médecin palpe également un gros ganglion dans le creux axillaire gauche.

La mammographie montre un nodule mal limité du quadrant supéro-externe du sein gauche. Ce nodule est très suspect d'une tumeur maligne. La patiente refuse la biopsie à l'aiguille pré opératoire et demande à être opérée rapidement. Une tumorectomie est réalisée avec examen extemporané.

1- Donner la définition d'un examen histopathologique extemporané ?

2- Comment la pièce opératoire doit elle parvenir au laboratoire pour un examen extemporané ?

Le pathologiste examine la pièce et découvre une tumeur blanchâtre, mal limitée, dure, avec une zone de nécrose centrale, de 2 cm, correspondant à une tumeur maligne du sein. Il fixe la pièce dans un liquide fixateur. Le chirurgien complète l'opération par un curage ganglionnaire axillaire gauche.

3- Quel est le liquide fixateur le plus utilisé en anatomie pathologique ?

4- Quelle est la coloration standard utilisée en anatomie pathologique ?

Réservé au
Secrétariat

Question 3 suite

5- Quelle est la tumeur maligne la plus fréquente du sein ?

6- Pourquoi le chirurgien a complété son geste par un curage ganglionnaire ?

7- Quels sont dans cette observation les signes macroscopiques en faveur de la malignité ?

8- Donner les critères histologiques et cytologiques de malignité.

9- Quels sont les éléments histopronostiques importants d'une tumeur épithéliale maligne en général et d'une tumeur maligne épithéliale du sein en particulier ?

10- Que signifie pTNM ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :

Session de janvier 2010 – DCEM 1

N° de PLACE

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Janvier 2010 - DCEM 1

EXAMEN de Bactériologie-Virologie

Réservé au
Secrétariat

Dossier clinique 1.

L.P. âgé de 15 jours est amené au service des urgences de l'hôpital régional. Sa température tympanique est de 39,4°C. Sa mère affirme qu'il boit moins bien depuis 2 jours, qu'il est plus irritable et plus somnolent. Il 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 montre en outre de l'irritabilité lorsqu'il est pris dans les bras. Il y a un renflement de la fontanelle.

Note :

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez votre réponse.

2. Quel(s) prélèvement(s) à visée diagnostic doit-on effectuer en urgence ?

3. Dans quel délai approximatif, après réception du prélèvement au laboratoire, doit-on attendre les différentes réponses du laboratoire ?

4. Quelles sont les 3 bactéries qu'il faut suspecter en précisant leur morphologie à la coloration de Gram ?

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

L'examen direct des prélèvements montre la présence de cocci à Gram+ en chaînettes.

6. Faut-il modifier le traitement antibiotique probabiliste et si oui pourquoi ?

7. Quelle mesure prophylactique aurait permis d'éviter cette infection ?

4. Quels sont les principes du traitement anti-infectieux pour les patients X et Y ?

5. Quelles sont les mesures à prendre d'ordre réglementaire et de santé publique ?

Dossier clinique 3.

Florian, 13 ans, est amené en consultation par sa mère pour un syndrome grippal. L'interrogatoire de sa mère ne décèle aucun antécédent personnel. L'enfant est asthénique. A l'examen clinique, il présente une congestion nasale associée à une toux sèche, une fièvre élevée à 39°C, des céphalées et des myalgies. Un de ses frères présente un asthme grave déséquilibré et la mère est insuffisante cardiaque.

1. Quels éléments sémiologiques permettent d'orienter vers une grippe ?

2. Quel examen virologique complémentaire permettra d'affirmer l'étiologie au lit du patient. Expliquez le type de prélèvement et la nature des tests ?

3. Quels sont les caractères virologiques de ces virus ?

4. Quelle prise en charge individuelle et familiale doit-on proposer ? Quel traitement doit-on proposer en première intention ?

Quatre jours plus tard, la mère consulte à nouveau car depuis 12 h il présente un essoufflement et une réascension thermique. Il présente des facteurs de gravité.

5. Quelle(s) complication(s) faut-il suspecter ? Quel(s) examen(s) à viser microbiologiques faut-il prescrire pour le confirmer ?

Dossier clinique 4.

Mme L, vous amène sa fille de 4 ans pour hyperthermie à 40°C depuis 48 h avec larmoiements, rhinorrhée claire et visage discrètement oedématié. L'examen clinique montre une polyadénopathie cervicale et une éruption maculo-papuleuse rétro-auriculaire. Le carnet de vaccination montre que cette enfant n'a reçu que la vaccination DT-Polio, et aucun autre vaccin de l'enfance.

1. Quels virus peuvent être responsables d'éruption maculo-papuleuse, en précisant s'il existe ou non un vaccin ?

2. Dans ce cas, quel diagnostic doit-on évoquer ?

3. Quelle est l'évolution clinique de cette maladie ? Quel élément clinique pathognomonique doit-on rechercher pour conforter votre diagnostic ?

3. Comment doit-on confirmer le diagnostic virologique ?

4. Quelles sont les obligations envers les autorités sanitaires à propos de cette maladie ?

5. Quelles sont les complications possibles de cette affection ?

Dossier clinique 5.

Une femme de 34 ans consulte aux urgences le 8 décembre 2009 à 23h00 pour frissons avec des douleurs abdominales. Elle signale que depuis 2 jours elle présente une asthénie, des épisodes de frissons spontanément résolutifs et des brûlures mictionnelles ressemblant à celles qu'elle avait ressenties l'année précédente lorsqu'elle avait eu une infection urinaire. Elle n'a pas eu le temps de consulter son médecin traitant car elle devait faire ses courses de Noël. Elle n'a pas d'autres antécédents notables et ne prend aucun médicament.

A l'examen, la température est à 39,2°C, la palpation de la fosse lombaire droite est douloureuse. Le reste de l'examen clinique est normal

1. Sur diagnostic(s) faut-il évoquer et sur quels arguments ?

2. Quels examens microbiologiques doit-on réaliser pour confirmer le diagnostic ? Expliquez les précautions à respecter lors des prélèvements et les délais d'obtention des résultats.

Les résultats de l'examen cytbactériologique des urines sont les suivants :

Examen direct : leucocytes : $18712 \cdot 10^6$ éléments/mL

Hématies : $2 \cdot 10^6$ éléments/mL

Cellules : $7 \cdot 10^6$ éléments/mL

Bactéries : TN bacilles à Gram négatif

Culture : 10^8 E. coli

3. Quelle diagnostic faut-il retenir et sur quels argument ?

4. En attendant l'antibiogramme, quelle(s) famille(s) d'antibiotique(s) peut-on prescrire pour le traitement ?

5. Quelle(s) famille(s) d'antibiotique(s) aurait-on du prescrire si l'examen cytbactériologique des urines avait mis en évidence 10^7 *Enterococcus faecalis* ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : GENETIQUE – DCEM 1 – CAS CLINIQUE 1
Session de mai 2010 – Pr Patrick FDERY

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

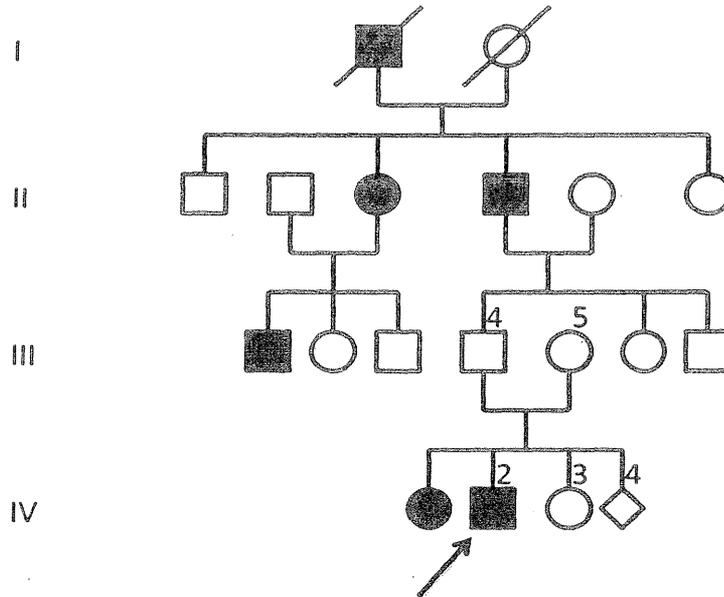
Session de Mai 2010– DCEM 1

Note :

EXAMEN de GENETIQUE

CAS CLINIQUE 1

Cas clinique 1



Les individus ombrés présentent des anomalies du pouce (triphalangé ou hypoplasique) de sévérité variable selon les personnes atteintes de cette famille.

1. Quel est le mode d'hérédité le plus probable ? Quels sont les arguments en faveur de ce mode d'hérédité ?
2. L'individu III4 ne présente aucune anomalie du pouce visible à l'inspection. Par quel terme peut-on décrire une personne porteuse d'une mutation mais ne présentant aucun signe de la pathologie associée à cette mutation ?
3. Quel examen complémentaire prescrivez-vous pour rechercher des signes mineurs de d'anomalie de la colonne du pouce chez III4 ?
4. Vous voyez également IV2, âgé de 14 ans, lors de la même consultation. L'observation d'un pouce triphalangé chez ce patient vous fait évoquer un syndrome de Holt-Oram, qui associe habituellement des anomalies du rayon radial et une cardiopathie malformative. Quel examen prescrivez-vous pour rechercher une anomalie cardiaque chez IV2 ?
5. L'examen que vous avez prescrit montre une communication inter-ventriculaire (CIV), ce qui renforce votre hypothèse diagnostique. Le gène responsable du syndrome de Holt Oram est *TBX5*. Le patient IV2 et son père III4 souhaitent qu'une étude moléculaire soit réalisée chez eux, pour obtenir une confirmation du diagnostic. Quelles sont les modalités pratiques de votre prescription ?

6. L'étude moléculaire du gène *TBX5* met en évidence chez IV2 et III4 une délétion hétérozygote d'une base, qui décale le cadre de lecture et entraîne un codon stop prématuré, confirmant votre diagnostic. Le couple III4-III5 vous demande ce qu'ils doivent faire pour leur enfant IV3. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) juste(s) concernant IV3 ?

- a. En l'absence de symptomatologie clinique, il n'y a rien à faire
- b. Vous prescrivez une étude moléculaire du gène *TBX5*
- c. Vous prescrivez une radiographie des mains et une échographie cardiaque
- d. Sa probabilité d'être porteur de la mutation de *TBX5* identifiée dans sa famille dépend de la pénétrance de la maladie
- e. Sa probabilité d'être porteur de la mutation de *TBX5* identifiée dans sa famille est d'autant plus faible que la pénétrance de la maladie est élevée (proche de 1)

7. III5 est enceinte de 8SA. Le couple III4-III5 souhaite savoir si le fœtus IV4 est atteint ou indemne mais ne souhaite pas qu'une interruption de grossesse soit effectuée, quelque soit le statut du fœtus vis-à-vis de la maladie, compte tenu de la bénignité des signes dans la famille. Quelles sont les réponses justes ?

- a. Vous prescrivez un dépistage combiné de la trisomie 21, comme pour toute grossesse ?
- b. Vous prescrivez une ponction de villosités chorales (PVC) pour obtenir un diagnostic moléculaire précoce du syndrome de Holt-Oram chez le fœtus ?
- c. Vous prescrivez une surveillance échographique par un échographiste de référence d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) ?
- d. Le risque pour IV4 d'hériter de la mutation du gène *TBX5* identifiée dans sa famille est 2/3
- e. Le risque pour IV4 d'être atteint est inférieur à $\frac{1}{2}$

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : GENETIQUE – DCEM 1 – CAS CLINIQUE 2
Session de mai 2010 – Pr Patrick EDERY

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

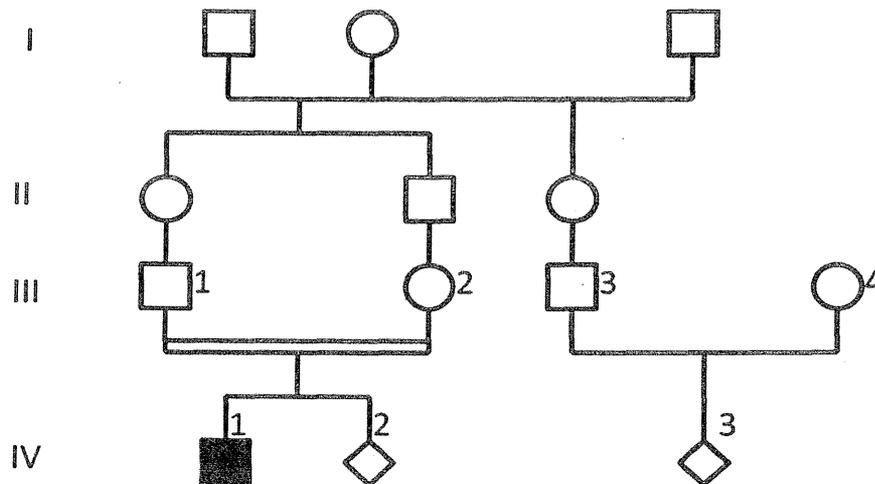
Session de Mai 2010– DCEM 1

Note :

EXAMEN de GENETIQUE

CAS CLINIQUE 2

Cas clinique 2



Vous recevez en consultation de génétique III1 et III2, un couple de cousins germains.

1. Quel est le mode d'hérédité favorisé par la consanguinité ?
2. L'individu IV1 présente une maladie de Usher, maladie autosomique récessive, comportant une surdité de perception profonde, des troubles de l'équilibre et une rétinite pigmentaire avec déficience visuelle. Quel est le risque de survenue de la maladie chez le fœtus IV2 ?
3. La maladie de Usher peut être causée par une mutation du gène *MYO7A*. Le couple III1-III2 souhaite qu'un diagnostic prénatal (DPN) soit effectué pour le fœtus IV2. Vous acceptez le principe de ce DPN. Quelle est la méthode de choix ?
 - a. Ponction de villosités chorales (PVC) à 11 SA
 - b. Ponction de liquide amniotique (PLA) à 17 SA
 - c. PVC + PLA
 - d. Ponction de sang fœtal (PSF) à 20 SA
 - e. Prélèvement de sang du cordon dès la naissance
4. Justifiez le choix que vous avez effectué à la question précédente en indiquant les avantages et les inconvénients de la (des) méthode(s) choisie(s)
5. Le couple III3-III4 souhaite connaître le risque de survenue d'une maladie de Usher dans leur descendance. Quel est ce risque chez le fœtus IV3, sachant que la fréquence des hétérozygotes dans la population générale est 1/150 ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : GENETIQUE – DCEM 1 – CAS CLINIQUE 3
Session de mai 2010 – Pr Patrick EDERY

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

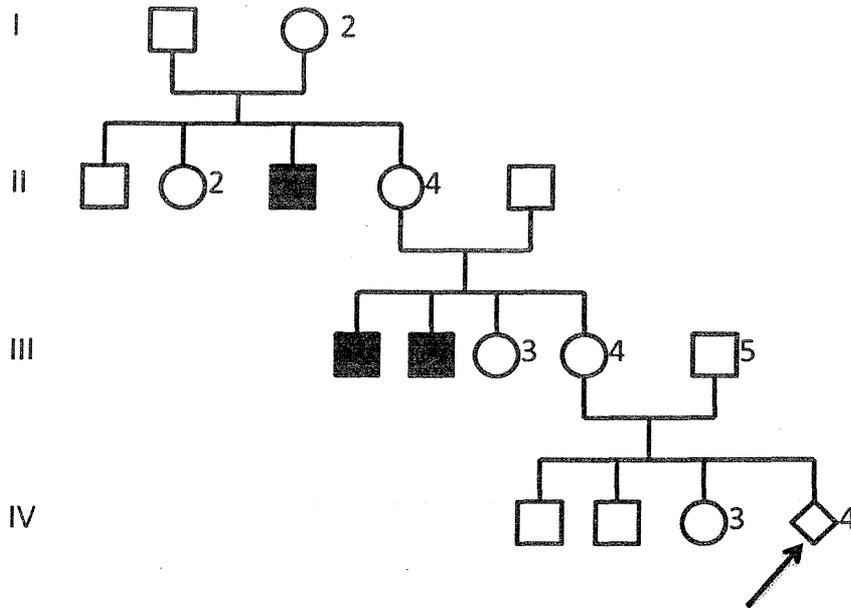
Session de Mai 2010– DCEM 1

Note :

EXAMEN de GENETIQUE

CAS CLINIQUE 3

Cas clinique 3



Les individus atteints sont ombrés.

1. Quel est le mode d'hérédité le plus probable ? Justifiez
2. Quelle(s) est (sont) la (les) conductrice(s) obligatoire(s) et quelle(s) est (sont) la (les) conductrice(s) potentielle(s) ?
3. Quel est le risque que le fœtus IV4 soit atteint ?

EXAMEN SESSION 1 - JANVIER 2010 - DCEM 1

HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE

1. L'agrégation plaquettaire met en jeu :

- A - le fibrinogène
- B - le collagène
- C - le facteur XII
- D - le facteur VII
- E - le récepteur plaquettaire IIb-IIIa

2. Le facteur Willebrand

- A - facilite l'activation de la protéine S
- B - est modulé par le groupe sanguin ABO en ce qui concerne son taux circulant
- C - fixe et transporte le facteur VIII
- D - est impliqué dans l'adhésion au collagène de la paroi vasculaire
- E - diminue l'activation du facteur II

3. Le temps de saignement mesuré par la méthode d'Ivy :

- A - peut être allongé lors de thrombopénie
- B - est allongé en cas d'hémophilie B
- C - peut être allongé lors de thrombopathie
- D - est un bon indicateur du risque hémorragique
- E - peut être normal lors de maladie de Willebrand de type 1

4. Un allongement combiné du temps de Quick et du temps de céphaline avec activateur (fibrinogène normal) est compatible avec :

- A - une hémophilie A
- B - un déficit en facteur V
- C - une thrombasthénie de Glanzmann
- D - un déficit en facteur X
- E - un déficit en facteur II

5. L'hémophilie A désigne :

- A - un déficit en facteur IX
- B - une maladie récessive liée au sexe
- C - une anomalie des fonctions plaquettaires
- D - un défaut de la fibrinolyse
- E - un déficit en facteur VIII

6. La protéine S :

- A - nécessite de la vitamine K pour exercer sa fonction biologique
- B - est retrouvée dans les granules alpha plaquettaires
- C - joue un rôle de cofacteur de la protéine C activée
- D - est un facteur de risque de thrombose veineuse profonde lors de déficit constitutionnel
- E - provoque un défaut de la fibrinolyse lors de déficit constitutionnel

7. L'antithrombine a pour rôle physiologique :

- A - d'inactiver le facteur IIa
- B - d'inhiber l'agrégation plaquettaire
- C - d'activer le facteur V
- D - d'inactiver la plasmine
- E - d'inactiver le facteur Xa

8. Le facteur V Leiden :

- A - correspond à une anomalie quantitative du facteur V
- B - provoque une résistance à l'action physiologique de la protéine C activée
- C - est associé à une pathologie hémorragique
- D - est associé à une pathologie thrombotique
- E - correspond à une mutation ponctuelle sur le gène du facteur V

9. Les traitements antivitamine K :

- A - modifient le temps de saignement mesuré par la technique d'Ivy
- B - sont suivis par la mesure du temps de céphaline activé
- C - sont suivis par la mesure de l'INR
- D - diminuent l'activité du facteur II, du facteur VII, du facteur IX et du facteur X
- E - s'accompagnent d'un risque hémorragique significatif lors d'une utilisation prolongée

10. L'héparine a pour rôle physiologique :

- A - d'inactiver directement le facteur IIa
- B - de potentialiser l'action de l'antithrombine
- C - d'activer directement le facteur V
- D - d'activer la thrombomoduline
- E - d'inactiver le plasminogène

11. La fibrinolyse

- A - est activée par l'agrégation plaquettaire
- B - est inhibée par la protéine C activée
- C - est inhibée par le t-PA (Tissue Plasminogen Activator)
- D - est inhibée par l'alpha 2 antiplasmine
- E - utilise comme enzyme-clé la plasmine

Cas clinico-biologique en hémostase

Un adolescent de 15 ans doit subir une plastie nasale en raison d'une fracture du nez traumatique à la suite d'un match de rugby. Dans ses antécédents on note des épistaxis dans l'enfance et un saignement prolongé, il y a 1 an, après une extraction d'une dent de sagesse. Une cousine a également présenté des épistaxis assez fréquentes depuis l'âge de 5 ans.

Le bilan d'hémostase pré-opératoire de ce patient est le suivant :

- plaquettes : 230 giga/l
- taux de prothrombine : 94 %
- temps de céphaline avec activateur (TCA) : 47 secondes (témoin = 28 à 38 secondes)
- fibrinogène : 3.8 g/l.

Question N° 12 : Quels diagnostics pouvez-vous évoquer ?

- A - Une thrombopathie
- B - Un déficit en facteur VII
- C - Une anomalie de la voie extrinsèque
- D - Une hémophilie
- E - Une maladie de Willebrand

Question n° 13 : Quel(s) examen(s) complémentaire(s) de première intention demandez-vous pour orienter vos hypothèses diagnostiques

- A - Un dosage du facteur VII
- B - Un dosage du facteur VIII
- C - Un dosage du facteur IX
- D - Un dosage du facteur Willebrand activité
- E - Un dosage du facteur XII

Question n°14 : Quel(s) autres examens biologiques pouvez-vous envisager afin d'affiner votre diagnostic ?

- A - Des épreuves d'agrégation plaquettaires à tous les inducteurs
- B - Une analyse par cytométrie en flux des glycoprotéines plaquettaires
- C - Une mesure du facteur Willebrand antigène
- D - Une mesure du facteur VII antigène
- E - Un groupage sanguin s'il n'est pas connu

Question n°15 : Quel diagnostic pensez vous être le plus probable ?

- A - Une thrombopathie
- B - Un déficit en facteur VII
- C - Une hémophilie A
- D - Une hémophilie B
- E - Une maladie de Willebrand de type 1

16 - Le test de Coombs

- A - révèle la présence d'anticorps non agglutinant fixés sur les globules rouges
- B - utilise une antiglobuline humaine préparée chez l'animal
- C - peut mettre en évidence des autoanticorps
- D - est un test spécifique d'espèce
- E - permet de diagnostiquer les leucémies aiguës

17 - Le système de groupe sanguin Rh

- A - est codé par 3 gènes
- B - est codé par un gène unique chez les sujet Rh-1
- C - est constitué de 5 facteurs antigéniques principaux
- D - se transmet de façon haplotypique
- E - est présent sur tous les tissus

18 - La molécule D du système Rh

- A - est très immunogène
- B - peut exister de façon partielle
- C - peut être exprimée de façon faible sur les érythrocytes
- D - circule sous forme soluble dans le sang
- E - est présente chez les sujets D^u

19 - L'alloimmunisation anti érythrocytaire peut survenir

- A - après une gestation
- B - après une endoscopie digestive sans complication
- C - une transfusion de sang
- D - une transplantation de rein
- E - une autotransfusion

20 - La prévention d'un accident transfusionnel nécessite

- A - une carte de groupe sanguin avec deux déterminations
- B - une recherche d'anticorps irrégulier de plus de 22 jours
- C - la réalisation d'un contrôle pré transfusionnel au lit du malade
- D - un bilan d'hémolyse pré transfusionnel
- E - une épreuve de compatibilité obligatoire

21 - L'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire hors système ABO

- A - survient généralement au décours de la première gestation
- B - peut provoquer un anasarque chez le fœtus
- C - entraîne souvent une anémie hémolytique néonatale
- D - peut provoquer des lésions cérébrales chez l'enfant
- E - ne touche jamais le fœtus au cours de la première gestation

22 - L'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire ABO peut

- A - provoquer le décès du fœtus
- B - provoquer une anémie néonatale
- C - provoquer une hyperbilirubinémie
- D - se voir chez une mère B et un enfant O
- E - se voir chez une mère O et un enfant B

23 - Le système de groupe sanguin Kell

- A - comporte deux antigènes principaux
- B - peut être à l'origine d'une alloimmunisation
- C - peut provoquer des accidents transfusionnels
- D - ne doit pas être respecté en cas de transfusion chez une jeune femme
- E - est un système génétique autosomique

24 - L'immunogénicité des antigènes érythrocytaires

- A - est identique pour tous les antigènes
- B - varie selon les systèmes de groupes sanguins
- C - augmente dans certaines pathologies
- D - détermine la stratégie de la sécurité transfusionnelle
- E - varie selon le nombre de transfusion

25 - L'agglutination des globules rouges (GR) est

- A - un processus électrostatique
- B - toujours provoquée par des anticorps spécifiques des GR de type IgM
- C - toujours provoquée par des anticorps spécifiques des GR de type IgG
- D - facilitée par la composition du tampon de suspension des GR
- E - le test de choix en immunohématologie

26 - Les anticorps anti A et anti B du système ABO

- A - sont présents chez tous les sujets et à tout age
- B - sont à l'origine d'accident transfusionnel grave
- C - sont de type majoritairement IgA
- D - activent le complément après fixation sur les GR
- E - sont identifiés avec le test de Beth-Vincent

27- La maladie hémolytique du fœtus et nouveau né est

- A - diagnostiquée avec le test de Coombs
- B - le résultat d'un état d'alloimmunisation
- C - parfois prévenue par une immunothérapie passive
- D - à l'origine de décès du fœtus
- E - traitée au cours de la gestation

28 - Les premiers symptômes très évocateurs d'un accident transfusionnel grave et immédiat par incompatibilité ABO sont

- A - malaise et pâleur
- B - douleurs lombaires
- C - chute de la tension artérielle
- D - urticaire
- E - hyperthermie

29 - Parmi les antigènes suivants quels sont ceux qui relèvent du système ABO

- A - antigène A^{el}
- B - antigène D^u
- C - antigène Fy3
- D - antigène cis AB
- E - antigène Kp^a

30 - Les anticorps anti D du système Rh

- A - existent naturellement
- B - sont majoritairement des IgM
- C - passent la barrière placentaire
- D - provoquent des accidents transfusionnels
- E - sont toujours générés par une alloimmunisation

31 - Les réticulocytes

- A - ont un volume plus gros que celui des globules rouges matures
- B - sont des globules rouges jeunes
- C - ne sont détectables dans le sang qu'en cas d'hémolyse
- D - contiennent un noyau de petite taille
- E - diminuent en cas d'anémie d'origine périphérique

32 - La ferritine

- A - est la protéine de transport du fer
- B - est fabriquée par les globules rouges
- C - la ferritinémie reflète les stocks de fer de l'organisme
- D - la ferritinémie diminue dans les syndromes inflammatoires
- E - permet l'élimination du fer par le rein

33 - Hématopoïèse

- A - au 5^{ème} mois de grossesse l'hématopoïèse est principalement hépatique
- B - la moelle jaune correspond à une involution adipeuse de la moelle
- C - les vertèbres restent un territoire hématopoïétique chez la personne agée
- D - les cellules souches multipotentes ne sont pas reconnaissable morphologiquement
- E - le marqueur CD34 est utilisé pour la quantification des cellules souches

34 - Le myélogramme

- A - permet d'étudier l'histologie médullaire
- B - permet la numération des précurseurs hématopoïétiques
- C - la lignée granuleuse est la plus importante quantitativement
- D - les mégacaryocytes sont les cellules les plus fréquentes
- E - permet des analyses cytologiques, immunologiques et cytogénétiques de la moelle

35 - La biopsie de moelle

- A - permet d'étudier l'histologie médullaire
- B - peut être prélevée au niveau du sternum
- C - est habituellement réalisée en seconde intention, après un myélogramme
- D - nécessite une fixation et une décalcification
- E - le délai de rendu du résultat est supérieur à celui du myélogramme

36 - Symptomatologie des anémies

- A - la polypnée est spécifique des anémies par carence martiale
- B - l'ictère est spécifique des anémies inflammatoires
- C - la symptomatologie est d'autant plus importante que le sujet est jeune
- D - le souffle systolique est un signe fréquent
- E - la symptomatologie est d'autant plus sévère que l'anémie s'est installée rapidement

37 - Anémie et hémorragies

- A - une hémorragie distillante provoque une anémie d'origine centrale
- B - une hémorragie aiguë peut provoquer une augmentation des réticulocytes
- C - une hémorragie chronique digestive entraîne une baisse de la ferritinémie
- D - Une chute brutale des valeurs d'hémoglobine peut être due à une hémorragie ou une hémolyse
- E - une augmentation des réticulocytes est spécifique d'une hémorragie aiguë

38 - Anémies

- A - une valeur d'hémoglobine de 12,5 g/dL est une valeur normale chez la femme
- B - une valeur de VGM de 90 fl correspond à une macrocytose
- C - La vitesse de sédimentation peut être augmentée en cas d'anémie
- D - Dans l'anémie inflammatoire le fibrinogène plasmatique est diminuée
- E - une sidérémie basse correspond à une carence martiale

39 - La maladie de Minkowski Chauffard

- A - correspond à une résistance à l'hémolyse en milieu hypo-osmotique
- B - est une maladie héréditaire
- C - peut se compliquer de lithiases calciques
- D - correspond à une anomalie de l'hémoglobine
- E - ne concerne que les femmes

40 - Le déficit en G6PD

- A - ne concerne que les femmes
- B - rend les patients susceptibles à des poussées d'hémolyse
- C - est une maladie acquise d'origine virale
- D - est plus fréquent autour du bassin méditerranéen
- E - contre-indique la prise de certains médicaments

41 - Anémies microcytaires

- A - les causes les plus fréquentes d'anémies microcytaires sont la carence martiale et les syndromes inflammatoires
- B - une hyposidérémie justifie la mise en place systématique d'un traitement martial
- C - une anémie fortement microcytaire avec pseudo-polyglobulie suggère le diagnostic de drépanocytose
- D - une anémie microcytaire est le plus souvent régénérative
- E - une anémie inflammatoire peut être soit normocytaire soit microcytaire

42 - Leucocytes

- A - Une valeur de leucocytes à 15 giga/L ($10^9/L$) est normale
- B - une valeur de polynucléaires à 10 giga/L correspond à une polynucléose
- C - Une valeur de polynucléaires à 0,8 giga/L correspond à une agranulocytose
- D - Chez le petit enfant il n'est pas anormal que la formule sanguine comporte plus de lymphocytes que de polynucléaires
- E - Il n'est pas anormal que le pourcentage de basophiles dans la formule sanguine soit égal à 0

43 - Leucocytes

- A - une valeur de lymphocytes à 3 giga/L est anormale
- B - la présence dans le sang de grandes cellules hyperbasophiles peut correspondre à un syndrome mononucléosique
- C - dans la myélémie on observe la présence dans le sang de précurseurs hématopoiétiques
- D - la cause la plus fréquente de leucocytose est la leucémie
- E - une carence en vitamine B12 peut provoquer une neutropénie

44 - Eosinophiles

- A - une valeur d'éosinophiles de 0,2 giga/L est anormale
- B - une valeur d'éosinophiles de 1 giga/L retrouvée à plusieurs reprises correspond à une hyperéosinophilie
- C - l'asthme atopique et certaines parasitoses sont à l'origine d'hyperéosinophilies
- D - une hyperéosinophilie chronique peut provoquer des lésions viscérales et doit être traitée
- E - les polynucléaires éosinophiles se transforment en mastocytes dans les tissus

45 - Plaquettes

- A - devant une thrombopénie avec présence d'agglutinats il faut évoquer un artéfact lié au type de tube utilisé pour le prélèvement
- B - Une valeur plaquettaire à 110 giga/L correspond à une indication d'hospitalisation en urgence
- C - Dans le purpura thrombopénique idiopathique on n'observe aucun mégacaryocyte au myélogramme
- D - la thrombopénie observée chez l'éthylique chronique est liée à l'hépatomégalie
- E - la carence martiale est une cause classique de thrombocytose

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Lecture Critique d'Articles – DCEM 1
Session de mai 2010 – M. LIEVRE

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de LCA – M. LIEVRE

Question 1. Dans les essais thérapeutiques, quelle conséquence a le choix du critère de jugement sur la pertinence clinique des résultats ? Illustrez par un exemple

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Lecture Critique d'Articles – DCEM 1
Session de mai 2010 – M. RABILLOUD

N° de PLACE

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de LCA – M. RABILLOUD

Réservé au
Secrétariat

Question 2. Une étude de type cas-témoins a été réalisée pour évaluer les performances d'un nouveau test diagnostique, incluant un échantillon de sujets ayant la maladie à diagnostiquer et un échantillon de sujets n'ayant pas la maladie à diagnostiquer. Parmi les critères suivants : sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative, quels sont ceux que l'on peut calculer à partir de l'étude réalisée ? Expliquez pourquoi.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Lecture Critique d'Articles – DCEM 1
Session de mai 2010 – A.M. SCHOTT

N° de PLACE

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de LCA – A.M. SCHOTT

Réservé au
Secrétariat

Question 3. Citez les différents types (design) d'études utilisés en épidémiologie et donnez le ou les types d'études appropriés en fonction de la question de recherche posée avec un bref exemple pour chaque type de question posée.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Lecture Critique d'Articles – DCEM 1
Session de mai 2010 – P. VANHEMS

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de LCA – P. VAHNEMS

Question 4. Quelles sont les limites des études transversales ou de prévalence ? Donnez un exemple et argumentez les avantages et inconvénients de ce type d'étude.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : ONCOLOGIE – DCEM 1 – Pr. J.Y. BLAY
Session de mai 2010 –

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN d'ONCOLOGIE

Question n° 1 (1/4 note totale) : Décrire les différentes altérations génétiques des gènes suppresseurs de tumeur et des oncogènes, dans les tumeurs humaines (Professeur Jean-Yves Blay)

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : ONCOLOGIE – DCEM 1 – Pr. J.P. DROZ
Session de mai 2010 –

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN d'ONCOLOGIE

Question n° 2 (1/4 note totale) : Expliquer en quoi le PSA est intéressant ou non comme marqueur (Professeur Jean-Pierre Droz)

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : ONCOLOGIE – DCEM 1 – Dr. P. POMMIER
Session de mai 2010 –

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN d'ONCOLOGIE

Question n° 3 (1/4 note totale) : Quels sont les critères permettant de définir la qualité d'un test de dépistage?

Donner un examen de dépistage organisé de cancer en précisant la population cible, les modalités du dépistage et les résultats attendus (Docteur Pascal Pommier)

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : ONCOLOGIE – DCEM 1 – P. N. NEGRIER
Session de mai 2010 –

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN d'ONCOLOGIE

Question n° 4 (1/4 note totale) : Quels sont les principes d'action des thérapeutiques ciblées du cancer ? (Professeur Sylvie Négrier)

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : PARASITOLOGIE – DCEM 1
Session de mai 2010 –

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de PARASITOLOGIE

Note :

Un homme de 45 ans, sans antécédents, se présente à votre cabinet médical pour fièvre persistante depuis 48h au dessus de 39°C malgré la prise d'antipyrétique. A l'interrogatoire, vous apprenez qu'il a voyagé il y a deux semaines au Burkina Faso pour une mission d'urgence après des inondations catastrophiques, où il a séjourné dans un camp provisoire. Il se plaint également de céphalées, de nausées et il présente depuis son retour des selles diarrhéiques et des douleurs abdominales. Sa vaccination anti-amarile (fièvre jaune) est à jour. A l'examen, le foie est légèrement augmenté de volume et il y a de rares lésions cutanées à type de nodules inflammatoires sur le dos.

- Question 1 :** Indiquez les principaux diagnostics à évoquer en argumentant chacune de vos réponses. Lequel doit être privilégié ?
- Question 2 :** Quels sont les examens paracliniques (imagerie, biologie, autre...) à demander en priorité ?
- Question 3 :** Quelles sont les informations précises que vous attendez de ces examens ?
- Question 4 :** Un de vos confrères vous suggère que votre patient présente sûrement plusieurs maladies parasitaires en même temps. Indiquez trois diagnostics qui pourraient expliquer chacun une part de la symptomatologie décrite.
- Question 5 :** Quelle va être votre attitude thérapeutique chez ce patient ?
- Question 6 :** Comment évalueriez-vous l'efficacité du traitement ?

EXAMEN SESSION 1 – MAI 2010

QCM de pharmacologie

QCM 1- Le valproate de sodium (Dépakine^o) est un médicament antiépileptique qui :

- A- Inhibe les canaux sodiques et calciques voltage-dépendants au niveau des neurones glutamatergiques
- B- Est biotransformé presque totalement au niveau du foie en métabolites actifs
- C- Prévient les crises généralisées ou partielles (y compris le petit mal)
- D- Peut provoquer une atteinte hépatique surtout chez l'enfant
- E- Comporte un risque tératogène (spina bifida)

QCM 2- La lamotrigine (Lamictal^o) est un médicament antiépileptique qui :

- A- Inhibe de manière irréversible la GABA transaminase
- B- N'est pas biotransformé
- C- Est actif uniquement dans la prévention des absences du petit mal
- D- Est également utilisé comme thymorégulateur dans la psychose maniaco-dépressive
- E- Peut provoquer des manifestations cutanées sévères (syndrome de Stevens-Johnson)

QCM 3- Les benzodiazépines sont une famille de molécules ayant une structure chimique très proche qui se caractérisent par :

- A- Des propriétés pharmacodynamiques communes (effets anxiolytiques, sédatifs, amnésiants, anticonvulsivants et myorelaxants)
- B- Une action antagoniste au niveau des récepteurs H1 de l'histamine
- C- Une demi-vie courte
- D- Une toxicité cardiaque à l'origine de troubles du rythme
- E- Un potentiel de pharmacodépendance en cas de traitement prolongé à dose élevée

QCM 4- Les neuroleptiques sont des médicaments indiqués dans le traitement des psychoses. Leur administration peut provoquer :

- A- Un syndrome extra-pyramidal
- B- Des mouvements anormaux et des spasmes musculaires involontaires
- C- Une hyperprolactinémie
- D- Des signes anticholinergiques
- E- Un syndrome malin avec hyperthermie, confusion mentale, rigidité musculaire et élévation des CPL

QCM 5- L'imipramine (Tofranil^o) est un antidépresseur tricyclique qui :

- A- Inhibe la recapture des amines biogènes par les terminaisons post-synaptiques
- B- Possède des effets stimulants de l'humeur et de la vigilance, et un effet anxiolytique
- C- Est biotransformé au niveau du foie en métabolites actifs
- D- Peut provoquer une sécheresse de la bouche et une dysurie
- E- Peut provoquer des troubles du rythme et de la conduction en cas de surdosage

QCM 6- Les céphalosporines sont des antibiotiques de la famille des bêta-lactamines qui :

- A- Inhibent la synthèse du peptidoglycane, constituant essentiel de la paroi de nombreuses bactéries
- B- Possède un spectre antibactérien élargi par rapport à la pénicilline
- C- Sont regroupées en 3 sous-familles (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} génération)
- D- Sont administrées par voie orale et/ou intraveineuse en fonction du dérivé
- E- Ne provoquent pas de réactions d'hypersensibilité à la différence des pénicillines

QCM 7- Les aminosides sont des antibiotiques qui sont :

- A- Bactériostatiques
- B- Indiqués dans le traitement des infections sévères à germes Gram [-] aérobies
- C- Bien résorbés par le tube digestif d'où leur administration habituelle par voie orale
- D- Néphrotoxiques
- E- Ototoxiques

QCM 8- Des études de toxicologie non cliniques sont requises pour obtenir une autorisation de mise sur la marché d'un nouveau médicament

- A- Toutes les études de toxicologie non cliniques doivent obligatoirement être réalisées avant les premiers essais cliniques chez l'homme
- B- Le respect des Bonnes Pratiques de Laboratoire est une obligation et une garantie de qualité
- C- La détermination de la toxicité aiguë repose sur le calcul de la dose létale 50% (DL50)
- D- Les études de toxicologie par administration réitérée sont normalement réalisées dans deux espèces, une espèce rongeur et une espèce non rongeur
- E- Tout nouveau médicament doit systématiquement être évalué par des études de cancérogénicité

QCM 9- Les effets indésirables sont des réactions nocives et non voulues, dues à l'utilisation d'un médicament à posologie habituelle ou résultant d'un mésusage.

- A- La gravité des effets indésirables est classée en 5 niveaux (grade 1 à 5)
- B- Un effet indésirable est classé comme grave dès qu'il conduit à la prise en charge médicale du patient
- C- Une malformation congénitale induite par un médicament est un effet indésirable grave
- D- Les effets indésirables des médicaments sont responsables de 130.000 hospitalisations par an en France
- E- Un effet indésirable est une pathologie à déclaration obligatoire

QCM 10- La pharmacovigilance se définit comme l'ensemble des méthodes et techniques de détection, de surveillance, d'évaluation, d'information, de prévention et de réduction du risque d'effets indésirables des médicaments.

- A- Elle intervient après la commercialisation d'un nouveau médicament
- B- Elle est justifiée par l'impossibilité de mettre en évidence certains effets indésirables chez l'animal et les difficultés d'extrapolation de l'animal à l'homme
- C- Elle est organisée en réseau comprenant des centres régionaux, un comité technique et une commission nationale de pharmacovigilance
- D- Elle repose sur la notification des cas d'effets indésirables par les professionnels de santé
- E- Elle est placée sous la tutelle de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS)

QCM 11 Une de vos patientes, diabétique de type 2, hypertendue et hyperlipidémique, reçoit comme traitement de la metformine (Glucophage®), de la simvastatine, et l'association diurétique altizide + spironolactone (Aldactazine®). Vous la revoyez un an plus tard, après son retour d'hospitalisation pour syndrome coronarien aigu (SCA). Elle vous apprend qu'elle a arrêté de prendre sa statine depuis 8 mois car elle se sentait fatiguée. Depuis, elle prenait ses autres médicaments de façon très irrégulière. A sa sortie de l'hôpital, son traitement antérieur avait été prolongé, avec addition d'aspirine (75 mg/j) et d'un bêta-bloquant.

- A - Le nombre de médicaments prescrits à cette patiente est un facteur identifié de mauvaise observance
- B - La mauvaise observance de la patiente peut être responsable de la survenue du SCA
- C - Une explication détaillée du traitement à la patiente est indispensable
- D - Il a été montré qu'une implication de l'entourage des patients améliorerait l'observance
- E - Dans un essai thérapeutique, lorsque l'effet du traitement sur l'ensemble de la population incluse est « non significatif », il suffit que l'effet soit « significatif » chez les patients qui ont une bonne observance pour que l'essai permette de conclure à l'efficacité du traitement

QCM 12 Vous avez prescrit à Mme T, 38 ans, du Stilnox® (zolpidem, liste 1), comprimés à 10 mg, pour une durée de 5 jours, à la dose de ½ comprimé juste avant le coucher, pour traiter une insomnie liée à des problèmes personnels. A l'occasion de cette visite, vous avez renouvelé une prescription de Minidril®, contraceptif hormonal (« pilule », liste 1) pour une durée de 1 an. L'ordonnance comprend également Profenid® 100 mg comprimés (kétoprofène, liste 2), à la posologie de 1 comprimé deux fois par jour pendant 7 jours comme traitement d'un lumbago aigu.

- A - Mme T peut acheter à la pharmacie 3 plaquettes de Minidril® (soit 3 mois de traitement)
- B - Dans 4 mois, sans vous consulter, Mme T peut acheter une nouvelle boîte de 30 comprimés de Profénid®
- C - Le pharmacien peut délivrer à Mme T du « Zolpidem Arrow 10 mg comprimés sécables » à la place du Stilnox®
- D - Le pharmacien peut délivrer à Mme T du kétoprofène générique, gélules à 100mg
- E - Dans 6 mois, Mme T peut, sans vous consulter, acheter 1 boîte de Stilnox®

QCM 13 Dans le traitement de l'ulcère gastrique

- A - Une cicatrisation (à la gastroscopie) est observée au plus chez 5 à 10% des patients du groupe placebo en 4 semaines
- B - Une cicatrisation (à la gastroscopie) est observée chez environ 55% des patients traités par inhibiteurs des récepteurs H2 à l'histamine en 8 semaines
- C - Les inhibiteurs de la pompe à protons permettent d'obtenir en 4 semaines des résultats équivalents à ceux de 8 semaines de traitement par anti H2
- D - Dans l'année suivant l'arrêt d'un traitement de 4 à 8 semaines par anti-H2 ou inhibiteur de la pompe à protons, plus de 50% des patients présentent une récurrence en présence d'une infection gastrique par Helicobacter pylori
- E - En cas d'éradication d'une infection gastrique par Helicobacter pylori, moins de 20% des patients présentent une récurrence dans l'année suivant le traitement d'un ulcère gastrique ou gastro-duodéal

QCM 14 Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont présentés sous des formes galéniques gastro-résistantes

- A - car cette forme galénique est un bon argument de vente
- B - car les IPP sont inactivés en milieu acide
- C - car les IPP sont bien absorbés dans l'intestin
- D - car les IPP ne sont pas absorbés en milieu acide
- E - l'ouverture de la gélule avant l'ingestion entraîne une inactivité du traitement

QCM 15 Face à un patient se présentant avec une ordonnance normale (non « sécurisée ») rédigée par un médecin, le pharmacien :

- A - peut refuser de délivrer l'un des médicaments inscrits sur l'ordonnance
- B - peut exercer un droit de substitution et délivrer un médicament générique
- C - peut délivrer un médicament de type stupéfiant inscrit sur l'ordonnance
- D - doit informer le médecin prescripteur de la substitution d'un médicament inscrit sur l'ordonnance normale par un générique
- E - peut délivrer des médicaments de prescription médicale facultative non inscrits sur l'ordonnance

QCM 16 La simvastatine est un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase. Son administration entraîne :

- A - Une diminution de la synthèse intra-hépatique du cholestérol
- B - Une diminution de l'expression des gènes codant pour l'HMG-CoA réductase
- C - Une augmentation du nombre de récepteurs au cholestérol LDL (LDL-C)
- D - Une diminution de la concentration sanguine en LDL-C
- E - Une inhibition de l'absorption digestive du cholestérol

QCM 17 Dans le traitement de l'oesophagite par reflux, les inhibiteurs de la pompe à protons

- A - Sont efficaces plus rapidement que les inhibiteurs des récepteurs H₂ de l'histamine (anti-H₂)
- B - Diminuent le reflux
- C - Permettent une prévention des rechutes chez environ 80% des patients sur 1 an
- D - Sont plus efficaces que les anti-H₂ pour prévenir les rechutes
- E - Agissent par élévation du pH de la sécrétion gastrique

QCM 18 Madame S, 57 ans, obèse (Indice de masse corporelle = 0,31), vous a consulté car la médecine du travail a détecté chez elle une glycosurie à la bandelette réactive. Vous faites pratiquer une mesure de la glycémie à jeun, dont le résultat est 9,7 mmol/L (1,75 g/L). Vous prescrivez à Madame S un régime alimentaire et du glybenclamide (une sulfonylurée).

- A - L'objectif thérapeutique de votre traitement est de diminuer la glycémie de Madame S
- B - Le glibenclamide diminue l'absorption digestive du glucose
- C - Le glibenclamide augmente la sécrétion d'insuline par le pancréas
- D - Les sulfonylurées ont démontré qu'elles diminuaient la mortalité des diabétiques de type 2 plus que le régime
- E - Le glibenclamide peut entraîner une hypoglycémie

QCM 19 Six mois plus tard, Madame S n'a perdu que 2 kg et sa glycémie à jeun est de 7,8 mmol/L (1,4 g/L). Elle a consulté un diabétologue, qui a ajouté à son traitement de la metformine.

- A - La metformine stimule la sécrétion pancréatique d'insuline
- B - La metformine diminue la néoglucogenèse
- C - La méta-analyse des essais de la metformine a montré qu'elle diminuait plus que les traitements comparateurs la mortalité chez les diabétiques obèses
- D - La méta-analyse des essais de la metformine a montré qu'elle diminuait plus que les traitements comparateurs l'incidence des infarctus du myocarde chez les diabétiques obèses
- E - Le principal effet indésirable de la metformine est l'hypoglycémie

QCM 20 - Deux ans plus tard, le diabète de Madame S s'est fortement déséquilibré à la suite d'un épisode infectieux. Il est nécessaire de passer à l'insuline

- A - L'insuline est administrée généralement par voie sous-cutanée
- B - Une injection quotidienne d'insuline glargine ou deux injections d'insuline NPH permettent de reproduire la sécrétion physiologique d'insuline
- C - Un traitement intensif par l'insuline diminue la progression de la rétinopathie diabétique
- D - Un traitement intensif par l'insuline diminue la progression de la néphropathie diabétique
- E - L'insuline est le seul traitement capable de diminuer le risque cardiovasculaire des diabétiques de type 2

QCM 21 - Les médicaments qui agissent par leurs propriétés physicochimiques

- A - sont administrés à des doses pouvant aller jusqu'à 1000 fois les doses des médicaments qui agissent par leur caractéristiques stéréochimiques
- B - n'ont d'effets que dans le compartiment de l'organisme dans lequel ils sont administrés.
- C - ne donnent pas lieu à des interactions médicamenteuses
- D - ne subissent pas de métabolisme dans l'organisme
- E - sont souvent des médicaments d'automédication

QCM 22 - Les substances qui agissent par leurs caractéristiques stéréochimiques.

- A - Les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et/ou de la sérotonine sont des antidépresseurs, ils permettent l'augmentation de la concentration du neurotransmetteur correspondant dans la fente synaptique.
- B - On appelle récepteur les protéines quelque soit leur fonction qui lient les médicaments
- C - L'effet des agonistes exogènes est réduit lorsque la voie de signalisation est hyperactive
- D - Le blocage des enzymes permet de produire des effets thérapeutiques par la déplétion en produit de l'enzyme tandis que les effets indésirables reposent sur l'accumulation du substrat.
- E - La durée des effets des inhibiteurs enzymatiques irréversibles ne dépend pas de la vitesse d'élimination du médicament mais du renouvellement de l'enzyme.

QCM 23 - Pharmacologie du système nerveux autonome

- A - Les substances actives sur le système nerveux autonome agissent toutes par l'intermédiaire de récepteurs
- B - Les ganglioplégiques bloquent des récepteurs nicotiniens neuronaux de l'acétylcholine et provoquent une réduction globale de l'activité du système nerveux autonome.
- C - La noradrénaline est le neurotransmetteur spécifique du système orthosympathique, elle agit par l'intermédiaire des récepteurs alpha et bêta adrénergiques.
- D - Les substances bloquantes des récepteurs noradrénergiques produisent leurs effets par inhibition de la libération de noradrénaline par les glandes surrénales
- E - L'activation prolongée des récepteurs bêta-adrénergiques entraîne une désensibilisation qui peut aboutir à une diminution de la réponse.

QCM 24 - Le système cholinergique

- A - Le blocage sélectif des récepteurs muscariniques entraîne une tachycardie proportionnelle à l'influence cardio-modératrice vagale.
- B - Le choix de la dose d'atropine permet de sélectionner l'effet thérapeutique recherché parmi les effets susceptibles d'être produit.
- C - Le syndrome muscarinique rassemble un ensemble de signes qui témoignent d'une hyperactivation du système parasympathique.
- D - Dire d'une substance qu'elle possède des propriétés atropiniques signifie qu'elle peut produire l'un ou l'autre des effets liés au blocage des récepteurs muscariniques.
- E - L'application locale d'antagonistes atropiniques dans les bronches dans l'asthme permet d'exclure tout effet sur la fréquence cardiaque.

QCM 25 - L'inhibition des cholinestérases

- A - Augmente la durée de vie de l'acétylcholine
- B - Seuls des inhibiteurs irréversibles sont utilisés en thérapeutique
- C - Aboutit à une augmentation sélective de l'activation du système orthosympathique
- D - Ceux utilisés dans le traitement de maladie d'Alzheimer sont lipophiles pour entrer dans le système nerveux central et ont un métabolisme hépatique important.
- E - Peut résulter d'intoxication à certains insecticides ou gaz de combat

QCM 26 - Variabilité de la réponse aux médicaments

- A - L'effet de l'âge sur le métabolisme des médicaments est constant et identique pour tous les médicaments
- B - Les médicaments inducteurs enzymatiques réduisent l'efficacité des médicaments associés qui sont métabolisés par les mêmes systèmes enzymatiques mais ne sont pas associés à la survenue d'effets indésirables.
- C - La compétition pour la liaison aux protéines plasmatiques ne joue important que pour les médicaments avec un taux de liaison aux protéines plasmatiques supérieur à 90% et un index thérapeutique étroit.
- D - Les altérations transitoires des fonctions rénale et hépatique sont sans incidence sur le métabolisme des médicaments
- E - Chez le jeune enfant, elle résulte surtout d'une modification de la répartition des débits sanguins régionaux

QCM 27 - La variabilité génétique comme source de variabilité de la réponse aux médicaments

- A - Elle repose sur l'existence de mutations rares des gènes codant pour les enzymes du métabolisme hépatique
- B - Elle repose sur l'existence de mutations rares dans les protéines cibles des médicaments
- C - Elle est recherchée systématiquement avant la mise en place de traitement au long cours comme par exemple l'isoniazide dans la tuberculose
- D - La connaissance de l'origine ethnique d'un patient permet l'adaptation des doses.
- E - Le déficit en glucose 6 Phosphate déshydrogénase est associé à un risque d'anémie hémolytique avec de nombreux médicaments en particulier des antipaludéens

QCM 28 - Les inhibiteurs du système rénine angiotensine

- A - Ce sont soit des inhibiteurs de la rénine, soit de l'enzyme de conversion ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
- B - Leurs effets pharmacologiques et thérapeutiques sont attribués à la réduction des effets de l'angiotensine II.
- C - Ils peuvent être utilisés sans risque chez la femme enceinte.
- D - Leurs effets sont accentués en cas de déplétion hydro-sodée.
- E - Leur association avec les anti-inflammatoires non-stéroïdiens favorise le risque de survenue d'insuffisance rénale.

QCM 29 - Les inhibiteurs du système rénine angiotensine

- A - Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes des récepteurs AT1 se distinguent par leurs effets sur les taux d'angiotensine II
- B - Provoquent une perte de sodium liée à un effet direct sur le rein et à la réduction de la sécrétion d'aldostérone
- C - L'insuffisance cardiaque est une contre-indication des inhibiteurs du système rénine angiotensine
- D - Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion inhibent également la dégradation de bradikinine, ceci pourrait être à l'origine d'un effet secondaire particulier de cette classe de médicament : la toux sèche laryngée
- E - La surveillance d'un traitement par IEC comporte toujours à côté des marqueurs de la fonction rénale, la glycémie à cause du risque diabétogène de ces médicaments

QCM 30 - Les anticalciques

- A - Ils agissent essentiellement en bloquant le transfert ioniques du milieu extracellulaire à l'intérieur de la cellule par des canaux calciques voltage dépendant de type L
- B - Ils exercent leur effet hypotenseur surtout par leur action inotrope négative
- C - Les dihydropyridines se distinguent des autres anticalciques par leur effet tachycardisant
- D - L'effet bradycardisant de certains anticalciques s'explique par la mise en jeu du baroréflexe
- E - L'apparition d'œdème des membres inférieurs est un effet secondaire fréquent de cette classe d'antihypertenseurs

QCM 31 - Les anticalciques

- A - Ce sont des médicaments de première intention dans le traitement de l'hypertension artérielle
- B - L'association entre diltiazem ou vérapamil et bêta-bloquant accentue le risque de bradycardie
- C - Ils peuvent être utilisés dans certains troubles du rythme (tachycardies jonctionnelles, syndrome de Wolf-Parkinson-Wright) en dépit de leur potentiel pro-arythmogène
- D - Les dihydropyridines appartiennent à la même famille chimique et partagent les mêmes propriétés même si leurs indications peuvent être différentes.
- E - L'apparition ou l'aggravation d'une insuffisance cardiaque est un effet secondaire possible des anticalciques.

QCM 32 - Les diurétiques

- A - Ils se définissent par leur capacité à provoquer une fuite urinaire de sodium et sont classés en fonction de leur site d'action sur le néphron.
- B - Le site d'action des diurétiques conditionne leurs effets sur la composition ionique des urines
- C - Contrairement aux diurétiques proximaux les diurétiques distaux favorisent la réabsorption de potassium et peuvent donc provoquer des hyperkaliémies
- D - Tous les diurétiques peuvent provoquer des hyperkaliémies car c'est une conséquence directe et obligatoire de l'effet natriurétiques.
- E - Les diurétiques de l'anse sont les seuls diurétiques à ne jamais utiliser en cas d'insuffisance rénale.

QCM 33 - Les diurétiques de l'anse

- A - Les diurétiques de l'anse comme le furosémide exercent leur effet natriurétique en bloquant le passage de l'eau dans le système à contre-courant de la branche ascendante de l'anse de Henlé.
- B - Les diurétiques de l'anse peuvent favoriser l'apparition de lithiases urinaires en raison de leur effet calciuriant
- C - se distinguent des diurétiques thiazidiques (chlororthiazide) par leurs effets sur le pH urinaire et le risque d'alcalose métabolique.
- D - Le furosémide comme les autres diurétiques de l'anse se caractérise par son action natriurétique puissante et rapide.
- E - Peuvent provoquer un hyperaldostéronisme secondaire à la déplétion sodée

QCM 34 - Les diurétiques thiazidiques

- A - Ce sont comme les diurétiques de l'anse des dérivés de sulfamides
- B - Leur effet diurétique est modéré car ils agissent au niveau du tubule contourné distal
- C - Contrairement aux diurétiques de l'anse, ils sont indiqués en première intention dans le traitement de l'hypertension artérielle
- D - Ils ne peuvent pas être utilisés en cas d'insuffisance rénale car perdent leur efficacité et risquent d'aggraver l'insuffisance rénale
- E - Ils ont un effet favorable démontré cliniquement sur la néphropathie hypertensive et la néphropathie diabétique.

QCM 35 - Les diurétiques distaux

- A - empêchent les effets de l'aldostérone sur la réabsorption de sodium
- B - Favorisent la réabsorption de potassium et d'ions H⁺ et donc peuvent provoquer des hyperkaliémies et des acidoses métaboliques.
- C - Peuvent être utilisés en toute sécurité chez les patients insuffisants rénaux.
- D - Les antagonistes de l'aldostérone sont des médicaments d'action rapide car empêchent l'aldostérone de se fixer à son récepteur qui est un récepteur cytoplasmique de la famille des facteurs de transcription
- E - Les antagonistes de l'aldostérone et surtout la spironolactone peuvent provoquer des gynécomasties chez l'homme et des aménorrhées chez la femme.

QCM 36 - Quelle est la classe d'anti-thrombotiques qui est associée au risque hémorragique le plus important par unité de temps ?

- A - Antiagrégants plaquettaires
- B - Anti-vitamines K
- C - Héparines non fractionnées
- D - Héparines de bas poids moléculaire
- E - Fibrinolytiques

QCM 37 - Quelle est la situation la plus à risque d'accident thrombo-embolique cérébral ?

- A - Fibrillation auriculaire tout venant.
- B - Fibrillation auriculaire après accident vasculaire cérébral ischémique.
- C - Infarctus du myocarde
- D - Hypertension artérielle
- E - Embolie pulmonaire

QCM 38 - Le CHADS-2 score prend en compte :

- A - Le sexe
- B - L'âge
- C - La pression artérielle
- D - L'insuffisance cardiaque
- E - L'angine de poitrine

QCM 39 - Le dabigatran

- A - Comporte un rapport bénéfice risque favorable dans toutes les indications des anti-thrombotiques
- B - Est supérieur aux anti-vitamine K dans la prévention de l'accident cérébral ischémique en cas de fibrillation auriculaire
- C - Requier un INR supérieur à 4 pour être efficace
- D - Est donné à doses fixes sans surveillance biologique
- E - Est administré per os

QCM 40 - La thrombose veineuse superficielle

- A - Est une maladie constamment bénigne
- B - Est un facteur de risque pour des complications veineuses potentiellement mortelles
- C - Justifie un traitement antiagrégant plaquettaire à vie
- D - Justifie un traitement par fondaparinux 45 jours
- E - Ne justifie aucun traitement

QCM 41 - En situation de prévention primaire, l'aspirine à doses antiagrégant plaquettaire

- A - Majore le risque d'accident coronarien
- B - Réduit le risque d'accident cérébral hémorragique
- C - Ne présente pas de rapport bénéfice risque favorable
- D - Ne peut être justifié à grande échelle
- E - Devrait être donnée dès l'âge de 30 ans.

QCM 42 - Les objectifs thérapeutiques validés pour l'ensemble des médicaments antiangineux sont :

- A - La réduction du risque d'infarctus du myocarde
- B - La réduction du nombre et de l'intensité des crises d'angine de poitrine
- C - La réduction de la post-charge cardiaque.
- D - La réduction de l'essoufflement observé dans une cardiopathie ischémique
- E. La réduction du risque d'accident vasculaire cérébral

QCM 43 - La réduction de la fréquence cardiaque :

- A - Est un critère de jugement cliniquement pertinent.
- B - Est un mécanisme d'action validé pour la réduction des crises d'angine de poitrine.
- C - Est observée avec l'ivabradine.
- D - Est observée avec les bêtabloquants
- E - Est observée avec tous les anti-angineux.

QCM 44 - Les antagonistes calciques

- A - Sont tous des antihypertenseurs
- B - Sont tous des anti-angineux
- C - Sont tous des bradycardisants
- D - Entraînent pour certains une tachycardie en réaction à la vasodilatation
- E - Entraînent une ostéoporose.

QCM 45 - Les bêtabloquants

- A - Réduisent la fréquence cardiaque
- B - Sont susceptibles de décompenser une insuffisance respiratoire en raison de leur non-sélectivité bêta 1
- C - Augmentent la pression artérielle
- D - S'accompagnent d'une vasodilatation cutanée
- E - Font partie des traitements de fond possibles de la migraine

QCM 46 - Les principales classes d'anti-thrombotiques comportent notamment :

- A - Les antiagrégants plaquettaires.
- B - Le facteur VIII
- C - Les fibrinolytiques
- D - Les héparines de bas poids moléculaires.
- E - Les antifibrinolytiques.

QCM 47 - La prescription d'un anti-thrombotique repose sur les éléments suivants :

- A - L'estimation du risque spontané de l'accident que l'on cherche à prévenir.
- B - L'estimation de la réduction relative du risque d'accident que l'on cherche à prévenir.
- C - L'estimation du risque d'hémorragies, spontané et potentiellement induit par le traitement.
- D - Le niveau de preuve du bénéfice attendu dans la situation de prescription.
- E - Le niveau de la CRP.

QCM 48 – indiquer parmi les analgésiques suivants, celui, ceux dont l'efficacité diminue lors de son association à un inhibiteur du recaptage de la sérotonine (paroxétine : Deroxate®):

- A – Efferalgan®
- B – Efferalgan codéiné®
- C – Di-Antalvic®
- D – Aspirine®
- E – Aucune des propositions n'est exacte

QCM 49 – indiquer parmi les antibiotiques suivants, celui, ceux qui augmente (nt) la quantité résorbée de la digoxine :

- A – Pénicillines
- B – Métronidazole
- C – Tétracyclines
- D – Erythromycine
- E – Aucune des propositions n'est exacte

QCM 50 – L'efficacité thérapeutique d'un des produits suivants diminue chez les personnes présentant un déficit congénital en CYP 450 2D6:

- A – Codéine
- B – Dextropropoxyphène
- C – Paracétamol
- D – Aspirine
- E – Aucune des propositions n'est exacte

QCM 51 – Indiquer parmi les suivants, les inhibiteurs du CYP 450 3A4

- A – Erythromycine
- B – Kétoconazole
- C – Jus de pamplemousse
- D – Télithromycine
- E – Clarithromycine

QCM 52 – Le risque de survenue de rhabdomyolyse lors du traitement par une statine augmente lors de son association à l'érythromycine (1) car l'érythromycine est un puissant inhibiteur de CYP 450 3A4, enzyme de destruction des statines (2):

- A - les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet,
- B - les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet,
- C - la proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse,
- D - la proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie,
- E - les 2 propositions sont fausses.

QCM 53 – Des cas d’hypoglycémie sévère voire du coma peuvent être observés lors de l’association des sulfamides hypoglycémiants (gliclazide : Diamicron®):

- A – à la miconazole (Daktarin gel buccal)
- B – aux tétracyclines
- C – aux macrolides
- D – aux pénicillines
- E – aucune des propositions n’est exacte

QCM 54 – Des cas d’aplasies médullaires ont été rapportés lors de l’association du méthotrexate

- A – à l’aspirine
- B – aux macrolides
- C – à la phénylbutazone
- D - aux pénicillines
- E – aucune des propositions n’est exacte

QCM 55 – L’association d’un antiparkinsonien dopaminergique (L-Dopa) à un antiémétique tel que métoclopramide (Pimpéran®) et métopimazine (Vogalène®) aggrave certains signes de la maladie de Parkinson comme l’akinésie et l’hypertonie (1) car ces antiémétiques sont des antagonistes compétitifs de la L-dopa (2) :

- A - les 2 propositions sont vraies avec relation de cause à effet,
- B - les 2 propositions sont vraies sans relation de cause à effet,
- C - la proposition n° 1 est vraie, la proposition n° 2 est fausse,
- D - la proposition n° 1 est fausse, la proposition n° 2 est vraie,
- E - les 2 propositions sont fausses.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMIOLOGIE MEDICALE
Session de janvier 2010 - DCEM 1

N° de PLACE

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Janvier 2010 - DCEM 1

**EXAMEN de
Sémiologie**

Médecine Interne Hématologie - Dr Arnaud HOT

Réservé au
Secrétariat

Cas clinique

Madame L est asthénique et pâle, vous réalisez un Hémogramme, dont les résultats sont les suivants : Globules rouges = $3.5 \cdot 10^{12}/l$ Hémoglobine = 95 g/L, VGM = 74 fl, TCMH = 22, CCMH = 24, Plaquettes = 350 000/mm³, Globules blancs = 5400 /mm³.

1) Comment définir l'anémie de cette patiente ?

Note :

2) Quels sont les signes cliniques de l'anémie par carence martiale ?

3) Quelles sont les caractéristiques biologiques de l'anémie par carence martiale ?

4) Citez les grandes causes de carence martiale ?

5) Quelles autres causes d'anémie microcytaires connaissez-vous ?

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE MEDICALE
Session de janvier 2010 - DCEM 1

N° de PLACE

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Janvier 2010 - DCEM 1

EXAMEN de Séméiologie

Endocrinologie - Pr Michel Pugeat

Cas clinique

Une femme de 56 ans ménopausée a récemment réalisé un bilan de santé. Elle vous est adressée en consultation. Le dosage de TSH plasmatique s'élève à 15U/L (normale comprise entre 0,05 et 5,5 U/L).

Question 1 - Sur quelles données de l'interrogatoire et de l'examen clinique allez-vous retenir une hypothyroïdie ?

Note :

Question 2 - Expliquer l'élévation de TSH.

Question 3 Quel bilan complémentaire vous permettra de vérifier la réalité de cette hypothyroïdie ?

Question 4 - Quelles sont les causes étiologiques possibles ? Comment les confirmer vous ?

~~Question 5 - La présence d'un goitre est-elle possible dans ce contexte ?
Quelle sera sa nature ?~~

Question 6 - Dans quel cas une cytoponction est elle justifiée ?

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD, LYON I
Faculté de Médecine Lyon-EST

DCEM 1

SEMEIOLOGIE BIOLOGIQUE

Examen final

32 QCM sans patron de réponse
(0 à 5 réponses justes par QCM)

Coordonnateur Pr Robert ROUSSON

Enzymes

QCM 1 : Marqueurs d'infarctus du myocarde (IdM)

- A. Troponine, myoglobine et CK sont des marqueurs spécifiques d'IdM.
- B. Le dosage de la LDH présente un intérêt à distance d'un épisode suspect.
- C. La myoglobine est un marqueur précoce d'IdM.
- D. L'ALAT (TGP) atteint son pic entre 36 et 48h après IdM.
- E. Le dosage de la troponine permet d'orienter la prise en charge du patient en cas d'ECG ne présentant pas de sus-décalage du segment ST.

QCM 2 : Pancréatite aigue (PA)

- A. En cas de suspicion clinique de PA, l'HAS recommande de doser l'amylase dans les 48h suivant l'apparition des douleurs abdominales.
- B. Une élévation de l'amylasémie est spécifique d'une atteinte pancréatique.
- C. Une élévation de la lipasémie $>3N$ permet de confirmer le diagnostic de PA devant un tableau de douleurs abdominales.
- D. Lithiase biliaire et éthyliisme sont les deux principales étiologies de PA.
- E. Une élévation de la CRP est fréquemment observée en cas de PA.

QCM 3 : Cholestase

- A. Les PAL sont spécifiques d'une cholestase hépatique.
- B. La 5'nucléotidase est plus spécifique de la cholestase que la GGT.
- C. En cas de cholestase intra-hépatique, la bilirubine conjuguée est augmentée.
- D. Une élévation modérée de bilirubine non conjuguée est toujours inquiétante.
- E. On retrouve classiquement une décoloration des selles et des urines foncées en cas d'ictère.

QCM 4 : Rhabdomyolyse

- A. La lyse musculaire peut résulter d'une immobilisation prolongée.
- B. CK et amylase sont augmentées.
- C. La libération massive de myoglobine peut conduire à une insuffisance rénale aigue.
- D. L'élévation des CK est corrélée à l'intensité de la lyse musculaire.
- E. En cas de rhabdomyolyse, il faut rechercher (et traiter) une hyperkaliémie menaçante.

QCM 5 : Mlle L., 12 ans est prise en charge en réanimation avec le bilan biologique suivant :

Bilirubine totale : 19 μM (N<20)

ASAT (TGO) : 5552 UI/L (N<31)

Bilirubine conjuguée : 4 μM (N<5)

ALAT (TGP) : 11337 UI/L (N<34)

PAL : 350 UI/L (N<100 chez l'adulte)

GGT : 28 UI/L (N<38)

- A. Cette jeune patiente présente une cytolysé hépatique massive...
- B. ... associée à une cholestase.
- C. Il peut s'agir d'une hépatite toxique.
- D. Cette patiente va probablement présenter un ictère dans les jours suivants.
- E. L'élévation des PAL est inquiétante.

QCM 6: à propos du LCR

- A il n'y a aucune contre indication à la ponction lombaire
- B la glycorachie s'interprète avec la glycémie
- C en cas de compression médullaire, la protéinorachie augmente en parallèle avec le nombre de cellules
- D en cas de sclérose en plaque, le rapport IgG/albumine augmente souvent en raison d'une synthèse locale d'IgG
- E un liquide xanthochromique signe une hémorragie méningée datant de quelques jours

QCM 7: le liquide d'une ascite cirrhotique non compliquée est

- A un transsudat
- B un liquide « eau de roche »
- C pauvre en protéines (<30g/L)
- D riche en lipides (>1g/L)
- E pauvre en cellules (<300 cellules / μ L)

QCM 8 Parmi les résultats suivants quel(s) est celui ou ceux qui sont le plus compatible(s) avec une déshydratation globale chez une femme

- A hématicrite (Ht) = 48%, protéinémie (pt) : 80g/L, Na : 140 mmol/L
- B Ht : 48, pt : 80, Na : 120
- C Ht : 40, pt : 60, Na: 120
- D Ht : 48, pt : 80, Na: 150
- E Ht : 45, pt : 60, Na: 140

QCM 9 Les signes biologiques faisant suspecter une hémococoncentration

- A élévation de la créatinine
- B hypernatrémie
- C élévation de l'hématocrite
- D élévation de la protéinémie
- E hyperkaliémie

Cas clinique

Un homme de 50 ans est hospitalisé pour des vomissements profus depuis 3 jours.

Les résultats des examens biochimiques sanguins sont les suivants :

Gazométrie : pH : 7,50 ; pCO₂ : 52 mm Hg (N : 40+/-2); pO₂ : 70 mm Hg (N : 95+/-5); HCO₃⁻ : 38 mmol/L ; SaO₂ : 92% (N : 96+/-2).

Ionogramme : Na : 138 mmol/L ; K : 3,0 mmol/L ; Cl : 83 mmol/L. HCO₃⁻ : 39 mmol/L

Examen urinaire : pH : 6,5 (N : 4,5-6,5).

QCM 10 A propos de ce ionogramme

- A tous les paramètres sont en dehors des valeurs de référence
- B la baisse de la kaliémie est due seulement à une fuite digestive de K
- C la baisse de la chlorémie est due à la baisse de la natrémie
- D l'osmolalité plasmatique est égale à 286 mosmol/kg
- E le patient présente une hémodilution

QCM 11 A propos de cette gazométrie

- A à pH 7,50, la concentration en protons est supérieure à 40 nmol/L.
- B l'hyperventilation est le mécanisme compensateur mis en route par l'organisme
- C l'hypoxémie est associée à l'hypercapnie
- D l'hyperventilation est le mécanisme primitif à l'origine de ces résultats
- E l'hypoventilation est le mécanisme primitif à l'origine de ces résultats

QCM 12 A propos de la régulation du pH

- A le pH varie dans le même sens que le rapport pCO₂/HCO₃⁻
- B en cas de trouble respiratoire, l'organisme cherche à corriger le pH en modifiant le seuil rénal de réabsorption des HCO₃⁻
- C en cas de trouble métabolique, l'organisme cherche à corriger le pH en modifiant le seuil rénal de réabsorption des HCO₃⁻
- D le rôle régulateur des poumons dans l'équilibre acido- basique intervient dans l'élimination des protons liés aux anions non volatils
- E le rôle régulateur des reins dans l'équilibre acido- basique intervient dans l'élimination des protons liés à l'acide carbonique

QCM 13 Que peut on penser de ces analyses ?

- A alcalose respiratoire décompensée
- B alcalose métabolique décompensée
- C alcalose respiratoire insuffisamment compensée par une réabsorption rénale des HCO₃⁻
- D alcalose métabolique par ingestion massive de HCO₃⁻
- E alcalose métabolique par fuite urinaire de H⁺

Protéines

QCM 14

Soit le profil protéique suivant où sont représentées les concentrations de 3 protéines, la protéine C-reactive (CRP), l'orosomucoïde et l'haptoglobine. On rappelle que toute élévation ou diminution de concentration d'une protéine peut être exprimée en pourcentage par rapport à la médiane d'un âge et d'un sexe donné.

CRP	38,2	mg/L	(796 %)	0 - 4,8
Orosomucoïde	1,14	g/L	(137 %)	0,58 - 1,25
Haptoglobine	0,26	g/L	(16 %)	0,97 - 2,58

On demande:

- A si le profil est évocateur d'une insuffisance hépatique
- B si le profil est évocateur d'une inflammation débutante
- C si le profil est évocateur d'une inflammation à la phase d'état
- D si le profil est évocateur d'un trouble nutritionnel
- E si le profil est évocateur d'une pathologie hémolytique

QCM 15

Le profil suivant concerne une femme de 49 ans pratiquant une contraception faisant appel à un dispositif intra-utérin.

Albumine	33,8	g/l	(75 %)	40,6 - 49,7
Transferrine	4,30	g/l	(180 %)	1,79 - 2,87

On demande:

- A si l'élévation de concentration de la transferrine peut-être imputable aux oestrogènes
- B si ce profil permet d'éliminer l'existence d'une inflammation chez cette patiente
- C si la comparaison des concentrations respectives d'albumine et de transferrine permet d'avancer un diagnostic biologique
- D si le profil est évocateur d'une fuite urinaire d'albumine
- E si le profil n'est pas interprétable par manque d'informations

QCM 16

Soit le profil protéique suivant où sont représentées les concentrations de 7 protéines, la CRP, l'orosomucoïde, l'haptoglobine, l'albumine, la transferrine, la ferritine et le récepteur soluble de transferrine.

CRP	32.8	mg/L	(1224 %)	0 - 2,68
Orosomucoïde	1.85	g/L	(243 %)	0.53 - 1.14
Haptoglobine	2.76	g/L	(245 %)	0.67 - 1.79
Albumine	25,5	g/l	(55 %)	41,5 - 50,7
Transferrine	1.98	g/l	(85 %)	1,78 - 2,84
Ferritine	82.3	µg/L	(58 %)	31.5 - 314,6
Récepteur Soluble de transferrine	2,99	mg/L	(258 %)	0.83 - 1.59

On demande:

- A si certains éléments du profil sont évocateurs d'une inflammation
- B si l'interprétation de la transferrine en tenant compte des autres éléments du profil conduit à un diagnostic biologique de carence martiale
- C s'il serait possible d'interpréter correctement la concentration de la ferritine en l'absence des quatre premiers paramètres du profil
- D si certains éléments du profil sont évocateurs d'une carence en fer fonctionnel
- E si certains éléments du profil sont évocateurs d'une carence en fer de réserve

QCM 17

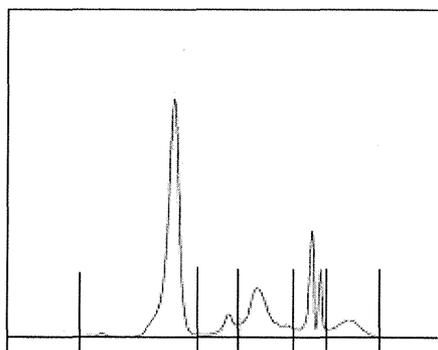
Le profil électrophorétique ci-dessous concerne une fillette âgée de 33 mois au moment où l'examen a été réalisé. Cette enfant est atteinte d'une maladie de Byler (fibrose hépatique congénitale). Sur le commentaire de l'électrophorèse on peut lire:

Elévation de la fraction préalbumine; surélévation et majoration de la fraction alpha 2 en relation avec la présence de sels biliaires; forte élévation du pic bêta 1, forte élévation du pic bêta 2.

Nom: ER. Em.

Date de naissance: 22/01/2006

Type d'échantillon: Sérum



Fraction	% rel.	g/L
ALBUMINE	52.5	41.48
ALPHA 1	5.7	4.50
ALPHA 2	19.9 +++	15.23 +++
BETA	14.9 ++	11.77 +++
GAMMA	7.6 ---	6.01 -

Plages de références

ALBUMINE	49.7 - 64.4	37.00 - 50.00
ALPHA 1	4.8 - 10.1	3.10 - 6.20
ALPHA 2	0.5 - 15.1	5.00 - 9.90
BETA	7.8 - 13.1	5.40 - 9.20
GAMMA	10.5 - 19.5	6.80 - 13.00

PT g/L: 70.00

On demande:

- A si le profil est évocateur d'une inflammation
- B si le profil est évocateur d'un syndrome néphrotique
- C si le profil est évocateur d'une carence en fer
- D si le profil est évocateur d'une cholestase
- E si le profil est évocateur d'une insuffisance hépatique

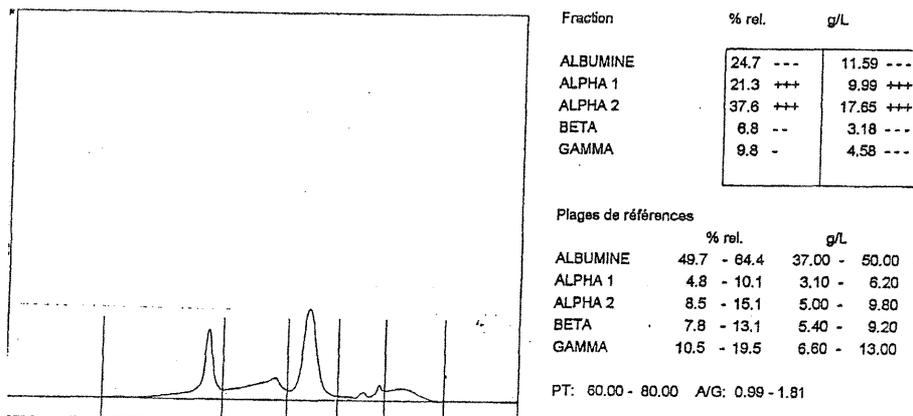
QCM 18

Christine, âgée de 17 ans est hospitalisée pour des oedèmes des membres inférieurs apparus 1 mois auparavant. Elle se plaint d'être fatiguée et précise qu'elle a pris 4 kg en 1 mois.

A l'examen clinique, les oedèmes des membres inférieurs sont bilatéraux, mous, gardant le godet. Il n'y a ni hépato-splénomégalie, ni circulation veineuse collatérale abdominale. La TA est à 11/7.

Les protéines totales du sérum sont à 47 g/L et la protéinurie est de 10 g/24 heures. Le profil électrophorétique est le suivant et s'accompagne du commentaire qui suit:

Effondrement de l'albumine et du pic bêta 1; surélévation de la ligne de base majorant faussement la fraction alpha 1. Élévation massive des alpha 2 globulines. Diminution des gamma globulines

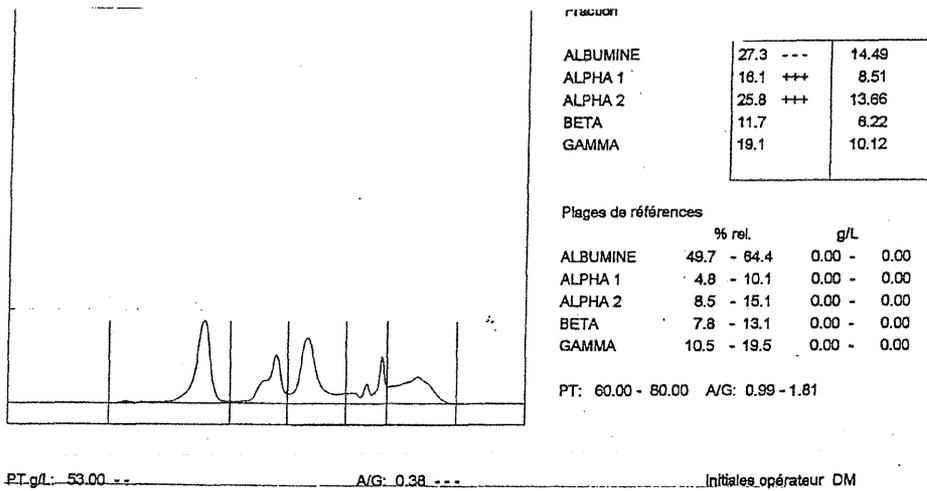


On demande:

- A si l'élévation des alpha 2 globulines du profil traduit une réaction inflammatoire
- B si l'hypoalbuminémie s'explique par une diminution de synthèse
- C si la diminution du pic bêta 1 s'explique par une fuite urinaire
- D si l'hypogammaglobulinémie peut, avec une forte probabilité être considérée comme congénitale
- E si l'hypoalbuminémie est la conséquence de l'hypoprotéinémie

QCM 19 Louis, âgé de 43 ans est hospitalisé en urgence par le SAMU pour un syndrome septique (fièvre à 39°6, frissons) et collapsus (TA, 8/3; Fréquence cardiaque 125/min).

Parmi les premiers examens complémentaires, on relève une électrophorèse des protéines sériques dont le commentaire est le suivant: profil évocateur d'un intense syndrome inflammatoire avec forte élévation des alpha globulines, diminution de l'albumine et du pic bêta 1 et élévation du pic bêta 2. On demande:



- A si l'hypoprotéinémie du patient est liée à l'inflammation
- B si l'orosomucoïde est visible sur l'électrophorégramme
- C si dans une inflammation chronique il peut y avoir une diminution du pic bêta 2
- D si une inflammation s'accompagne le plus souvent d'une hypergammaglobulinémie
- E si l'augmentation des alpha 2 globulines est modulée par un phénotype particulier de l'haptoglobine

Lipoprotéines

Mme X., 40 ans, mère de 3 enfants consulte pour un surpoids. Elle pèse 88 kg pour 1,60m.

L'adiposité prédomine sur la paroi abdominale.

La TA est à 18/10.

Récemment, a été découverte une intolérance au glucose avec hyperinsulinémie.

Le bilan lipidique montre :

Cholestérol total 5,9 mmol/L (2,30 g/L) (Valeurs usuelles : 5-7 mmol/L)

Triglycérides 4,56 mmol/L (4 g/L) (Valeurs usuelles : 0,5-1,5 mmol/L)

HDL cholestérol 0,9 mmol/L (0,35 g/L) (Valeurs usuelles : 1,05-1,5 mmol/L)

Le sérum est opalescent ; le test de décantation retrouve un sérum uniformément opalescent.

L'enquête alimentaire conclut à une absorption quotidienne de 2300 kCal dont 1200 apportés par les glucides.

QCM 20. L'obésité androïde est habituellement associée :

- A. à une augmentation du HDL cholestérol
- B. à une augmentation des triglycérides
- C. à une diminution de la tolérance glucidique
- D. à une augmentation de la graisse péri-viscérale
- E. et est moins athérogène que l'obésité gynoïde

QCM 21 Votre interprétation du bilan lipidique :

- A. Vous évoquez une hyperlipidémie de type IV de la classification de Fredrickson
- B. Vous évoquez une hyperlipidémie de type V de la classification de Fredrickson
- C. Vous évoquez une hyperlipidémie de type IIb de la classification de Fredrickson
- D. Cette hyperlipidémie est due à une augmentation de synthèse et une diminution de l'épuration des VLDL
- E. Le bilan est incohérent et vous remettez en cause les techniques de dosage utilisées par le laboratoire

QCM 22 Pour confirmer votre hypothèse :

- A. Vous vous assurez que le bilan a été réalisé après 12h de jeûne
- B. Vous calculez le LDL cholestérol par la formule de Friedwald
- C. Vous demandez un dosage d'apoB
- D. Vous demandez une électrophorèse des lipoprotéines qui retrouve une inflation des lipoprotéines en position bêta
- E. Vous expliquez la diminution du HDL cholestérol par transfert du cholestérol HDL vers les lipoprotéines riches en triglycérides par la CETP

QCM 23 Au vu du contexte clinique

- A. Vous ne pouvez éliminer une hyperlipidémie secondaire à un hypercorticisme d'origine surrénalienne
- B. Vous évoquez un syndrome métabolique
- C. Vous évoquez une hypothyroïdie car les anomalies du bilan lipidique sont typiques
- D. Vous craignez la survenue imminente d'une pancréatite aiguë
- E. Vous évoquez un déficit en apoCII

QCM 24 Vous décidez de débiter un traitement :

- A. La seule mesure est la suppression de l'alcool
- B. La perte de poids est essentielle
- C. Les glucides doivent être supprimés
- D. Vous prescrivez des mesures hygiéno-diététiques en même temps qu'un traitement médicamenteux
- E. Au vu de ses facteurs de risque, vous prévoyez une plasmaphérèse sans plus attendre

Phosphocalcique

QCM 25 - Au sujet du calcium :

- A est sous forme de sels complexes au niveau du squelette
- B la forme ionisée joue un rôle dans la contraction musculaire
- C la fraction ionisée est la fraction régulée
- D la fraction ionisée représente plus de 90% du calcium plasmatique
- E les variations de la concentration des protéines ne font pas varier la calcémie

QCM 26 - Au sujet du calcium

- A les besoins en calcium varient avec l'âge
- B l'élimination urinaire du calcium n'est pas sujet à une régulation hormonale
- C l'élimination rénale du calcium est habituellement le reflet de la calcémie
- D en cas d'insuffisance rénale, on peut observer une hypocalcémie par défaut de synthèse de PTH
- E en cas d'insuffisance rénale, on observe une diminution de la synthèse de la 25 OH vitamine.

QCM 27 - Au sujet des variations de la calcémie

- A des signes de déshydratation sont en faveur d'une hypocalcémie
- B en cas d'hypocalcémie, le patient peut présenter des paresthésies
- C les anomalies de la calcémie peuvent s'accompagner de variations à l'ECG
- D l'hyperparathyroïdie est une cause d'hypocalcémie
- E dans certaines maladies digestives avec malabsorption, on peut observer une ostéomalacie

QCM 28 - Au sujet des variations de la calcémie

- A la PTH agit directement au niveau du tube digestif
- B en cas d'hyperparathyroïdie primitive, on peut observer une crise de tétanie généralisée
- C la PTH est une hormone hypocalcémiante hyperphosphatémiante
- D la cause la plus fréquente d'hyperparathyroïdie primitive est l'insuffisance rénale
- E la PTH active la 1α hydroxylase

QCM 29 - Au sujet des variations de la calcémie et du phosphore

- A parmi les complications de l'une hypercalcémie, on peut observer des calculs rénaux
- B la vitamine D est une hormone hypercalcémiante et hyperphosphatémiante
- C dans l'insuffisance rénale, l'hyperphosphorémie résulte essentiellement de la baisse de la filtration du phosphore par le rein
- D le phosphore a un rôle essentiel dans la synthèse des acides nucléiques
- E l'absorption intestinale du phosphore est régulée par la calcitonine

Marqueurs tumoraux

QCM 30 - Marqueurs tumoraux

- A – Un taux très élevé d'un marqueur tumoral peut être un élément du diagnostic initial d'un cancer
- B – Un taux bas d'un marqueur tumoral permet d'exclure un diagnostic de cancer
- C – Ils peuvent permettre de suivre l'efficacité d'un traitement
- D – La détermination du taux de la β HCG chez l'homme est utile en tant que marqueur tumoral
- E – Un taux très élevé d'antigène carcino-embryonnaire peut s'observer en dehors de toute localisation tumorale maligne chez l'adulte.

QCM 31 - Les marqueurs tumoraux

- A – sont habituellement utiles dans le dépistage et le diagnostic précoce des cancers
- B - sont habituellement utiles pour trouver la localisation initiale d'un cancer
- C – sont parfois utiles pour dépister une récurrence d'un cancer
- D – doivent être associés pour avoir une valeur sémiologique
- E – sont parfois des récepteurs d'hormone

Urines

QCM 32 - Examens d'urines

- A – Une miction peut permettre d'effectuer un dépistage de protéinurie
- B – Une miction peut permettre de quantifier une protéinurie
- C – Un examen des urines par bandelette peut permettre de découvrir un diabète au cabinet du médecin.
- D – La présence d'une cétonurie chez un diabétique ne doit pas toujours alerter.
- E – Des urines troubles chez l'enfant conduisent à envisager une infection urinaire très probable.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. X. BARTH

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-~~EST~~

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE
Pr X. BARTH

- Comment se caractérisent les vomissements et les troubles du transit intestinal dans l'occlusion intestinale aigue, en fonction du siège de l'obstacle ?

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. J. BAULIEUX

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE
Pr J. BAULIEUX

Qu'appelle-t-on DYSPHAGIE ?

Enumérer les principales causes de dysphagie et les caractéristiques essentielles de celle ci en fonction de ses causes.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. P. MATHEVET

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE
Pr P. MATHEVET

- Explorations paracliniques à réaliser devant un tableau clinique évocateur de salpingite.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. J. NINET

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON- *EST*

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr J. NINET

- Enumérer les risques évolutifs de l'anévrisme athéromateux de l'aorte abdominale sous-rénale.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. O. JEGADEN

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr O. JEGADEN

- Signes cliniques d'une ischémie aigue de jambe.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. J.Y. MABRUT

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE
Pr J.Y. MABRUT

- Signes généraux, fonctionnels et physiques de l'angiocholite aigue d'origine lithiasique.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. E. TISSOT

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE
Pr E. TISSOT

- Citer les causes de péritonites aiguës généralisées.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. O. MONNEUSE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE
Pr O. MONNEUSE

- Signes cliniques de la hernie ombilicale étranglée.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. M. GUENOT

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE Pr M. GUENOT

- **Syndrome médullaire : signes cliniques, examens complémentaires et étiologies.**

Note :

Réservé au Secrétariat

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE – DCEM 1 N° de PLACE
Session de mai 2010 – Pr. G. MELLIER

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr G. MELLIER

- **Données du toucher vaginal dans le kyste ovarien et dans le fibrome utérin.**

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE – DCEM 1
Session de mai 2010 – Pr. ROUVIERE

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE
Pr ROUVIERE

Décrivez l'aspect typique d'un hémangiome hépatique en échographie, en tomodynamométrie et en IRM

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE – DCEM 1
Session de mai 2010 – Pr. DOUEK

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE
Pr DOUEK

Décrivez les différents éléments sémiologiques d'une sténose, d'un anévrisme vasculaire et d'une dissection aortique et illustrez par des schémas annotés.

Note :

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE – DCEM 1
Session de mai 2010 – Pr. ITTI

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR DE MEDECINE LYON-EST

Session de Mai 2010– DCEM 1

EXAMEN de SEMEIOLOGIE d'IMAGERIE

Pr ITTI

Notions de réserve coronaire et de sténose significative ; conséquences sur la méthodologie scintigraphique du diagnostic d'une pathologie ischémique du myocarde.

Note :