



EPREUVE DE MAI 1^{ère} SESSION :

Certificat Optionnel : Anatomie Descriptive et Topographique

Lieu : AMPHI 1 BIS Domaine Rockefeller

Date : 12 mai 2011

Heure : 14h30 à 16h30

Enseignant Responsable :

Professeur M.FESSY – Docteur E.J.VOIGLIO

Type d'épreuve : questions rédactionnelles ou commentaires écrits

MERCI DE REDIGER UNE QUESTION PAR COPIE

La question traitée doit être copiée sur chaque copie

Durée : 2H00

Coefficient : /20

QUESTION N°1 - Dr Fanny Roumieu

Le muscle élévateur de l'anus : anatomie et différentes fonctions chez la femme

QUESTION N° 2 – Pr Van Tran Minh

Décrire à l'aide de schémas l'aspect et les rapports du diaphragme vus sur une radiographie du thorax de face et de profil

QUESTION N° 3 – Dr Anthony Viste Pr Michel-Henri Fessy

Balance de Pauwels : définition (schéma, équations) et applications pratiques

QUESTION N° 4 - Dr Patrick Feugier

Mécanismes physiopathologiques responsables d'une ischémie aigue de membre. Donnez quelques exemples retenus.

QUESTION N° 5 - Dr Olivier Glehen

Donner les différents segments coliques et les éléments principaux de leur vascularisation par le texte

QUESTION N° 6 - Dr Julien Chouteau

Le ligament croisé antérieur et le ligament croisé postérieur : insertions, trajet, fonction

Optionnel Anglais Médical

Examen 05/05/2011

Questions : (toutes les réponses sont à rédiger uniquement en anglais !)

- 1) Lisez le texte en pièce attaché:
“Ethical challenges posed by the solicitation of deceased and living organ donors”.
- 2) Donnez vos commentaires personnels sur les arguments de l’auteur et votre propre opinion sur ce sujet (Maximum 1 page et noté sur 13/20).
- 3) Expliquez en une phrase chacun des mots ou « idioms » suivants (noté sur 7/20):
 - a. To be on duty in hospital.
 - b. To be boarded in orthopaedic surgery.
 - c. Untoward outcome.
 - d. Withdrawal symptoms.
 - e. To be bed-ridden.
 - f. C.O.P.D.
 - g. Reliability of screw purchase.
 - h. Limb mobility may jeopardize bone healing.
 - i. Hospital discharge summary.
 - j. Efficacy vs Effectiveness vs Efficiency ?
 - k. Welfare benefits.
 - l. To get worked up over nothing.
 - m. To feel under the weather.
 - n. Disease vs Sickness vs Illness ?

SOUNDING BOARD

Ethical Challenges Posed by the Solicitation of Deceased and Living Organ Donors

Douglas W. Hanto, M.D., Ph.D.

Given the shortage of transplantable organs, some potential recipients are going to great lengths to find organ donors on their own. For example, a patient with advanced liver cancer advertised on a personal Web site, billboards, and in the media for a liver,¹ leading the family of a brain-dead donor to direct the donor's liver to him.² A patient undergoing dialysis solicited on a commercial Web site and received a kidney from a volunteer living donor.³ The solicitation for organs from deceased and living donors potentially circumvents the principles of justice and utility on which organ-allocation policies are based and has sparked a vigorous public debate.⁴⁻¹² In this article, I review the medical, ethical, and public policy issues involved in solicitation and offer possible solutions.

SOLICITATION OF FAMILIES OF DECEASED DONORS

In the United States, organs from deceased donors are allocated in a nondirected fashion (see the Glossary) to patients on a waiting list according to the policies established by the United Network for Organ Sharing (UNOS). Exceptions have occurred when a family member or friend of a deceased donor is on the waiting list and the organ or organs are directed to that person (see the Glossary). These exceptions are permitted by the final rule governing the Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN)¹³ and by the Uniform Anatomical Gift Act, which was revised in 1987.^{13,14} The transplantation community has interpreted the final rule as permitting the directed donation of organs from deceased donors to family members or friends but not under other circumstances.^{15,16} Another exception occurs when a donor's family has responded to a public plea by a potential recipient¹⁷ and directs the donor's organ or organs to that recipient. The solicitation of the families of deceased donors by recipients

or their representatives results in a directed donation that allows recipients to "jump the list" and is viewed by most in the transplantation field as violating the fair principles of organ allocation.¹¹

SOLICITATION OF LIVING DONORS

No national organization or allocation policies regulate living organ donation. Living donations historically have all been directed between family members and friends, are considered ethically acceptable,¹⁸ and are performed according to policies established at individual transplantation centers. Volunteer living donors ("good Samaritan" donors) who present themselves to a transplantation center generally become anonymous nondirected donors to the next compatible patient on the waiting list at the given transplantation center; this method is generally considered to be the most fair.¹⁸⁻²⁰ However, good Samaritan donors are rare (there were 85 such donors in 2004 and 79 in 2005 in the United States). The solicitation of a living donor for a specific recipient does not violate any existing national policies as long as there is no payment for the organ, but this form of donation is currently unregulated. Because the solicitation of living donors may involve unethical or even illegal practices, the Health Resources and Services Administration has directed UNOS to develop guidelines for the allocation of organs from living donors.¹⁰

ARGUMENTS FOR AND AGAINST SOLICITATION

DONOR AUTONOMY

In order for solicitation to work for the recipient of an organ from either a deceased or living donor, the donor or his or her family must be allowed to direct the donation. It has been argued that the donor who is voluntarily giving a kidney should be

able to direct this gift to anyone he or she chooses (Table 1). Not everyone agrees. In order for the donor to donate, not just the recipient, but others such as a transplantation surgeon, nurses, and a hospital must be involved, and the ethical, legal, and social obligations of these other parties must be considered.²¹ Furthermore, justice and utility demand a balance between the donor, who claims autonomy, and the rights of all patients on the waiting list. If a donor's choice interferes with justice and utility, it should neither be considered a fair application of autonomy nor be allowed.²¹ UNOS bars directed donation to groups on the basis of race, sex, religion, national origin, or similar characteristics.^{15,16} Others view a kidney as a private resource that can be donated to anyone of the donor's choosing, even if the donation is discriminatory, and they believe that the graft becomes the property of the designated recipient.²²

The argument that living kidney donors want to be able to direct their donation — and would be less likely to donate if this right were taken away — is not supported by the experience at the University of Minnesota, which requires that kidneys from good Samaritan donors go to the patient who is first on their center's UNOS waiting list.¹⁹ A national conference report on nondirected living kidney donation provided support for a policy of nondirected donation to the list.²⁰ On the basis of the results of a survey of adults in the United States about whether donors should be able to choose their recipients, Spital²³ reported that 93% of the respondents who were willing to donate a kidney to a stranger said they would still donate if they could not direct their donation. Spital concluded that permitting directed, living kidney donation would result in a very small increase in the number of people willing to donate to a stranger, whereas not allowing it would not substantially decrease the number of donors.

What happens when a good Samaritan donor or the family of a deceased donor says "directed donation or no donation"? Many people believe that accepting directed donation in this circumstance abandons the principles of equity and justice.^{7,17,19,21} For example, a liver from a deceased donor might be directed to a patient waiting at home, whereas a critically ill patient in an intensive care unit in the same hospital where the donor died might die while waiting for an organ. If we accept directed donation in this circumstance, it is likely that we would also have to accept dis-

Glossary
<p>Directed donation: An organ or organs donated to a specific named person. This donation can be from a living donor, from a deceased donor (by means of an advance directive), or from the family of a deceased donor to a family member, friend, or stranger as a result of solicitation.</p>
<p>Nondirected donation: An organ or organs donated to patients on the transplantation waiting list. A nondirected donation does not name a specific recipient. It can be from a good Samaritan living donor, from a donor who has signed an organ-donor card* or an advance directive, or from the family of a deceased donor. The organ or organs are allocated by UNOS according to established policies.</p>
<p>Solicit: To make a petition to, to approach with a request or plea, to strongly urge, to entice, or to seek to obtain by persuasion, entreaty, or formal application.</p>
<p>Public solicitation: Pleas for an organ or organ donor by potential recipients or their agents on Web sites, billboards, television or radio, or other forms of advertising. Public solicitation can involve deceased donors or living donors and, if successful, always results in a directed donation. If the donation is from a deceased person, the intent is to bypass the usual allocation processes.</p>

* Organ-donor cards are now legally binding because of "first-person consent" laws passed in several states that prevent families from overriding a person's decision to be an organ donor.

criminatory directed donations from living donors and deceased donors.

IS THE ALLOCATION SYSTEM FAIR?

Claims that the current allocation system is not fair to all patients on the waiting list have been used to justify seeking an organ or organ donor outside the current system. UNOS is required by the Health Resources and Services Administration to allocate organs from deceased donors in a nondirected way that balances the principles of justice, equity, and utility. Broadly representative committees are involved in developing, soliciting public comment on, approving, and reviewing allocation policies that are updated as inequalities are identified. All policies are subject to public and governmental accountability and oversight. UNOS allocates organs from deceased donors in a nondirected fashion that appears to be the most fair to all recipients on the waiting list and is arguably a model that could be applied with some modifications to living-donor transplantation.

DOES SOLICITATION INCREASE PUBLIC AWARENESS AND ORGAN DONATION?

Media publicity regarding solicitation has increased public awareness of the organ-donor shortage and the suffering of patients. Anecdotal information suggests that some donors have come forward

Table 1. Summary of Arguments for and against Solicitation of Organ Donors.

For

1. Donor autonomy requires that the donor or donor family be able to decide where the organs should be directed.
2. The current allocation system may be unfair to certain patients.
3. Solicitation results in more public awareness and willing donors.

Against

1. Donor autonomy is not absolute and must consider the fair rights of others.
2. Solicitation of deceased donors bypasses the fair policies of allocation and the person ethically entitled to the organ.
3. Solicitation permits discriminatory practices.
4. Solicitation favors the well educated and those with financial resources.
5. Solicitation risks the exploitation of donors or recipients and may result in the undetected buying and selling of organs.
6. Solicitation may divert organs to unsuitable candidates for transplantation.

and indicated they would not have thought to do so except for the personal stories reported by the media. Publicity and personal stories are misleading, however, because they suggest unique recipient needs. Directed donation that is based on an emotional appeal assumes that the recipient is for some reason exempt from the criteria that apply to all patients waiting for an organ.²¹ All patients on the waiting list have personal stories of suffering that, if told, could be powerful and motivating.

DOES SOLICITATION BYPASS FAIR-ALLOCATION POLICIES?

The solicitation of organs from deceased donors bypasses the patient who is first on the waiting list; therefore, it violates the principles of utility and justice on which allocation policies are based. The trust in and fairness of the system will be undermined if the policies that have been agreed to are violated by the directed donation of organs from deceased donors to recipients other than the person at the top of the waiting list; a decrease in organ donation could result. Recall the public outcry when it was believed (incorrectly) that Mickey Mantle, a baseball player who received a liver transplant, had "jumped the list" and received a liver before others on the list because of his fame.

Should exceptions be allowed? The American Society of Transplant Surgeons has declared its support for directed donation from a deceased person to family members, friends, or persons with a preexisting community-based relationship

to the donor. Some have argued that organ-procurement organizations are not detective agencies and that directed donation of organs from deceased donors should be permitted only for first-degree relatives; after that, the organ from a deceased donor should go to a person on the waiting list. However, many friends have strong emotional bonds and feel a greater obligation to help a friend who needs an organ than do some family members. Donors in this situation should not be excluded from sharing their gift. Transplantation centers and organ-procurement organizations currently permit directed donations from friends when there is confidence of a preexisting emotional relationship. I believe this practice should continue.

POTENTIALLY DISCRIMINATORY PRACTICES

A potential donor or a donor's family may choose a person on a Web site or billboard on the basis of criteria that are discriminatory; there is no way to prevent this from happening. Most believe this practice is unethical and should not be permitted.^{15,16,23} For example, the family members of a murdered Ku Klux Klan sympathizer agreed to donate his organs only if they were transplanted into white recipients. Their decision led the Florida legislature to ban directed donation to persons belonging to specific groups,²⁴ consistent with UNOS policy.¹⁵ The current organ-allocation system must be protected from discriminatory practices that could place certain classes of people at a disadvantage.

DOES DIRECTED DONATION FAVOR ADVANTAGED PERSONS?

Well-educated patients and those with public relations skills and financial resources arguably have easier access to the media and Internet than patients with fewer advantages. Thus, their stories, pictures, and demographic characteristics may be favored by potential living donors and the families of deceased donors.^{7,17} For example, many people volunteered to donate an organ to a well-known professional basketball player.²⁵ In addition, there has been little proactive effort to make Web sites about solicitation available to all recipients on the waiting list. Recipients need to know about these Web sites, decide if they want to participate, and then must have the resources to write a story, pay fees, and screen donors who come forward. A patient's access to the Internet, particularly broad-

band services, varies according to location (e.g., access may be less available in rural communities) and to his or her age and socioeconomic class.²⁶ Furthermore, because the Organ Donation and Recovery Improvement Act permits the recipient to reimburse the donor for travel and subsistence, recipients with the ability to pay would be more likely to complete the transaction successfully with a solicited living donor.

If solicitation becomes acceptable and common, patients might elect to solicit a living-donor stranger rather than approach a family member. Besides the ethical concerns about soliciting strangers to take risks that a patient is not willing to ask of a family member, soliciting donors could lead to a net decrease in the number of living organ donors because fewer family members might be approached.

RISK OF EXPLOITATION AND THE BUYING AND SELLING OF ORGANS

Solicitation may result in the exploitation of vulnerable populations such as the poor, psychologically unstable, and mentally impaired. One would hope that the psychosocial evaluation of potential donors by each transplantation center would uncover such instances, but this may not always be possible.

Furthermore, illegal demands for payment at the time of solicitation have already been made by prospective living donors.²⁷ The potential for illegal transactions as a result of solicitation puts transplantation physicians and centers at risk for unknowingly participating in the buying and selling of organs. It is more likely that recipients who have substantial financial resources and are willing to risk violating the law will be able to buy a donor organ. Some have proposed that the donor and recipient should sign an affidavit certifying that no reward has been paid for the organ, but such an affidavit will not prevent these transactions. Although there may be exchanges of goods or favors between living related donors and recipients or between those with preexisting relationships, it appears more likely that the motives of families and friends will be purely altruistic. In contrast, the motives of strangers are apt to be much more complex. Unfortunately, no data have been obtained to directly address this issue.

Finally, years after the donation, a living donor could have a financial or other need and could

contact the recipient with a request for assistance, placing the recipient and his or her family at risk of violating current laws that prohibit the buying and selling of organs. In many nondirected, living-donation programs, the donor and recipient are anonymous unless both wish to meet.¹⁹ This anonymity protects the donor from an unwanted relationship with the recipient, maintains the true altruism of the donation, and frees the recipient from any further obligation to the donor. Many believe this should be the preferred arrangement for such donations.

DOES SOLICITATION DIVERT ORGANS TO UNSUITABLE CANDIDATES FOR TRANSPLANTATION?

Solicitation by potential recipients who may not be appropriate candidates for transplantation may occur. For example, the young man with liver cancer described previously did not meet the added priority criteria for hepatocellular carcinoma because his disease was far advanced, and he was low on the waiting list. He received a liver outside of the normal allocation system but died of recurrent tumor less than 1 year after transplantation. Was that a fair or efficient use of a scarce resource? What happened to the patient on the waiting list who would have received that liver had the normal allocation policy been followed?

CONCLUSIONS

The solicitation of families of deceased donors by recipients or their agents to direct the donation to a recipient other than the person at the top of the waiting list should not be permitted. Solicitation of living donors and the directed donation that results may involve unethical and illegal practices that place recipients and donors at risk and should be rejected by the transplantation community. A nondirected donation from a deceased or living donor to the first patient on the waiting list is permissible and preferable and is unlikely to discourage donation. UNOS is best positioned to and should regulate living organ donation and allocation, and it should apply the same principles used for nondirected, deceased-donor organ allocation. The directed donation of organs from deceased and living donors to family members and persons with a preexisting emotional relationship should be permitted.¹¹ A clear policy that defines the preexisting emotional relationships that are acceptable must be developed, and the final

rule, which technically permits any directed donation of deceased-donor organs to a named person, should be amended to be consistent with this policy.

Supported by the Julie Henry Fund at Beth Israel Deaconess Medical Center.

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

From the Division of Transplantation, Department of Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston. Address reprint requests to Dr. Hanto at 110 Francis St., 7th Fl, Boston, MA 01742, or at dhanto@bidmc.harvard.edu.

1. Hopper L. Unfair advantage? *Houston Chronicle*. August 12, 2004:B1.
2. *Idem*. Liver recipient returns home. *Houston Chronicle*. August 19, 2004:B1.
3. Davis R. Online organ match raises ethical concerns. *USA Today*. October 25, 2004. (Accessed February 15, 2007, at http://www.usatoday.com/news/health/2004-10-25-organ-usat_x.htm.)
4. Steinbrook R. Public solicitation of organ donors. *N Engl J Med* 2005;353:441-4.
5. Truog RD. The ethics of organ donation by living donors. *N Engl J Med* 2005;353:444-6.
6. Ingelfinger JR. Risks and benefits to the living donor. *N Engl J Med* 2005;353:447-9.
7. Caplan A. Organs.com: new commercially brokered organ transfers raise questions. *Hastings Cent Rep* 2004;34:8.
8. AST position on Internet-based patient registries. American Society of Transplantation, 2004. (Accessed February 15, 2007, at <http://www.a-s-t.org/PublicPolicy/internetPosition.pdf>.)
9. OPTN/UNOS board opposes solicitation for deceased organ donation. Reston, VA: United Network for Organ Sharing, November 19, 2004. (Accessed February 15, 2007, at <http://www.unos.org/news/newsDetail.asp?id=374>.)
10. Delmonico FL, Graham WK. Direction of the Organ Procurement and Transplantation Network and United Network for Organ Sharing regarding the oversight of live donor transplantation and solicitation for organs. *Am J Transplant* 2006;6:37-40.
11. American Society of Transplant Surgeons Statement on Directed Donation and Solicitation of Donor Organs. October 23, 2006. (Accessed February 15, 2007, at <http://www.ast.org/TheSociety/PositionStatements.aspx>.)
12. Wright L, Campbell M. Soliciting kidneys on Web sites: is it fair? *Semin Dial* 2006;19:5-7.
13. Public health, Organ Procurement and Transplantation Network, 42 C.F.R. § 121.8 (1999). (Accessed February 15, 2007, at http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_03/42cfr121_03.html.)
14. Uniform Anatomical Gift Act (1987). (Accessed February 15, 2007, at <http://www.law.upenn.edu/bl/ulc/fnact99/uaga87.htm>.)
15. Donation and transplantation: bioethics statement adopted by UNOS Board of Directors November 1994, amended June 1996, and reaffirmed April 1999. 1999. (Accessed February 15, 2007, at <http://www.optn.org/resources/bioethics.asp?index10>.)
16. Murphy TF, Veatch RM. Members first: the ethics of donating organs and tissues to groups. *Camb Q Healthc Ethics* 2006; 15:50-9.
17. Ross LF. Media appeals for directed altruistic living liver donations: lessons from Camilo Sandoval Ewen. *Perspect Biol Med* 2002;45:329-37.
18. Abecassis M, Adams M, Adams P, et al. Consensus statement on the live organ donor. *JAMA* 2000;284:2919-26.
19. Jacobs CL, Roman D, Garvey C, Kahn J, Matas AJ. Twenty-two nondirected kidney donors: an update on a single center's experience. *Am J Transplant* 2004;4:1110-6.
20. Adams PL, Cohen DJ, Danovitch GM, et al. The nondirected live-kidney donor: ethical considerations and practice guidelines: a national conference report. *Transplantation* 2002;74:582-9.
21. Kluge EH. Designated organ donation: private choice in social context. *Hastings Cent Rep* 1989;19:10-6.
22. Truog RD, Lowney J, Hanto D, Caplan A, Brock D. Soliciting organs on the Internet. *Med Ethics (Burling, Mass)* 2005;12:5-8.
23. Spital A. Should people who donate a kidney to a stranger be permitted to choose their recipients? Views of the United States public. *Transplantation* 2003;76:1252-6.
24. Ankeny RA. The moral status of preferences for directed donation: who should decide who gets transplantable organs? *Camb Q Healthc Ethics* 2001;10:387-98.
25. Broussard C. Dozens offer a kidney to Mourning. *New York Times*. November 26, 2003:D1.
26. Pew Internet & American Life Project. Reports: demographics. 2005. (Accessed February 15, 2007, at <http://www.pewinternet.org/PPF/c/2/topics.asp>.)
27. Satel S. An Internet lifeline: in search of a kidney. *New York Times*. November 22, 2005. (Accessed February 15, 2007, at <http://www.sallysatelmd.com/html/a-nytimes/9.html>.)

Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

EARLY JOB ALERT SERVICE AVAILABLE AT THE NEJM CAREERCENTER
 Register to receive weekly e-mail messages with the latest job openings
 that match your specialty, as well as preferred geographic region,
 practice setting, call schedule, and more. Visit the NEJM CareerCenter
 at www.nejmjobs.org for more information.

Certificat optionnel

Bases anatomiques et fonctionnelles de la sémiologie

12 mai 2011 de 14h00 à 16h00
Amphi B
Bâtiment Cier - Domaine Rockefeller

Merci de traiter chaque question sur une copie séparée en rédigeant une réponse courte ne dépassant pas cette copie

Question 1 :

"Citer les principaux mécanismes d'hypoxémie : expliquer brièvement chacun de ces mécanismes ; proposer pour chacun un exemple de pathologie humaine où ce mécanisme est impliqué". (Vincent Cottin)

Question 2 :

"Différentes causes d'œdèmes généralisés et leurs mécanismes de formation". (Laurent Juillard)

Question 3 :

"Citer et définir les différentes caractéristiques d'une douleur". (Laetitia Paulin)

Question 4 :

- 1- "Décrire sur un schéma l'anatomie de la face externe d'un hémisphère gauche chez un droitier en mettant en place :
 - a. Les limites anatomiques de chaque lobe avec le nom des scissures
 - b. Les aires corticales se rapportant à la fonction motrice, sensitive, visuelle, auditive et phasique.
- 2- Dessiner un schéma des voies visuelles et donner les symptômes attendus en fonction du niveau d'atteinte.
- 3- Sachant l'anatomie et la physiologie des aires corticales, pouvez vous déduire les symptômes se rapportant à :
 - une lésion temporale postérieure gauche chez un droitier
 - une lésion située en avant du sillon précentral (ou rolandique) gauche sur son versant externe
 - une lésion située sous le chiasma". (Emmanuel Jouanneau)

EXAMEN Certificat optionnel Espagnol

21 Avril 2011 de 14h00 à 17h00
Salle 104
Domaine Rockefeller

Examen de español

I. Comprensión auditiva

Tras escuchar el documento propuesto, resume el contenido en unas 10 ó 15 líneas.
Añade a continuación tu punto de vista.

II. Comprensión lectora

1. Después de leer el texto siguiente, escribe todas las palabras que aparecen relacionadas con: Risa, Medicina

2. Busca en el texto un sinónimo correspondiente a cada una de estas palabras:

Risa fuerte, curación, reducir, proporcionar, agradable, enfermedad, controlar, enfermo, estricto, dar.

3. ¿Qué significan las siguientes expresiones idiomáticas? Selecciona para cada una la definición que más se aproxime entre las 6 propuestas.

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| a) Tirarse al suelo | 1. “desmoralizarse” |
| b) Tomarse en serio (algo) | 2. “huir” |
| c) Venirse abajo | 3. “ponerse triste” |
| | 4. “dar mucha importancia” |
| | 5. “arruinarse” |
| | 6. “decidirse con valentía” |

4. Contesta brevemente a las siguientes preguntas

- Explica en qué consiste la risoterapia
- ¿Cuáles son los beneficios de esta terapia?
- ¿Se aplica sólo para problemas de salud mental?
- ¿Qué se nos recomienda en el texto cuando nos desanimamos?
- ¿Qué diferencias han existido entre la medicina occidental y la oriental sobre el uso terapéutico de la risa?
- ¿Qué propone el oncólogo Eduardo Salvador respecto de la conducta del médico con el paciente?
- ¿Qué explicación científica nos da Leyda Barrena sobre los efectos que se producen tras varias carcajadas?

Curarse a carcajadas

Reírse es la más barata de las terapias. Después de tres horas la risa puede cambiar los resultados de unos análisis clínicos porque disminuye el colesterol y produce una activación cerebral que da lugar a una sensación placentera y sedante.

Hay muchas personas que se benefician con la técnica de la risoterapia. Los depresivos son muy agradecidos porque tienen unos niveles muy bajos de ciertas sustancias cerebrales que con la carcajada aumentan. También todas las patologías del sistema inmunológico mejoran con esta técnica.

La risa es uno de los misterios más antiguos de la ciencia. Cuando nos venimos abajo por alguna circunstancia, ese momento provoca la risa en los demás y la vergüenza en nosotros mismos. En esa situación, lo mejor es reírse de uno mismo. No debemos tomarnos muy en serio.

En la medicina oriental la risa es muy apreciada, los budistas zen buscan la iluminación a través de una gran carcajada. Por el contrario, en Occidente su uso curativo es una novedad, aunque cada día son más los médicos interesados por ese tipo de terapia y se acercan a ella con voluntad de aplicarla a sus enfermos. Como tendemos a reprimir la risa en situaciones formales, hay que preparar previamente al paciente para que rompa su defensa natural que le lleva a no manifestarse espontáneamente y a no exteriorizar sus sentimientos. La risa es la distancia más corta entre dos personas.

El oncólogo Eduardo Salvador afirma que “a veces tenemos miedo a ser malinterpretados, a parecer vulgares en lugar de unos profesionales rigurosos si no nos tomamos todo demasiado en serio. Sin embargo, como pacientes, asistentes sanitarios o alguien a quien le importa el bienestar del enfermo, tenemos que mantener la moral elevada y un actitud positiva que incluya la esperanza, la alegría y la risa”.

Leyda Barrera lleva 12 años en España dedicándose a investigar la risa como arma médica. Explica que tras varias carcajadas aumenta la ventilación y la sangre se oxigena. Hay que reírse varias veces al día para combatir el estrés y prevenir muchas enfermedades. La risa está conectada con el hemisferio derecho, la parte del cerebro responsable de la creatividad, la intuición, el juego y el arte.

Son muchas las aplicaciones de esta terapia, algo que sabe bien Leyda, que en la “Academia de la Risa” imparte clases tanto a personas con Alzheimer como a ejecutivos o adolescentes. “Con ella nos libramos del estrés y la ansiedad acumulados, las hormonas que se activan tras una carcajada confieren bienestar”.

Esta defensora de la risa anima a todos a probar esta terapia, “aunque no tengan grandes problemas, siempre es enriquecedora. Yo me tiré al suelo y estoy encantada”.

Certificat optionnel Histoire de la Médecine

21 Avril 2011 de 14h30 à 15h30
Amphi B
Bâtiment Cier - Domaine Rockefeller

Epreuve notée sur 40

Merci de traiter chaque question sur une copie séparée en rédigeant une réponse courte ne dépassant pas cette copie

Question 1 (notée sur 10)

Le chirurgien lyonnais Marc-Antoine Petit, maître de Xavier Bichat
(Professeur L.P.Fischer)

Question 2 (notée sur 10)

Une révolution en chirurgie ophtalmologique de la cataracte avec Jacques Daviel.
(Docteur R.Grangier)

Question 3 (notée sur 10)

Les grandes étapes de l'histoire du paludisme (Professeur J.H.Neidhardt)

Question 4 (notée sur 10)

Robert Debré, pionnier de la pédiatrie moderne (Professeur M.David)

Certificat optionnel Pratique du sport Lyon Est

21 Avril 2011 de 14h00 à 15h30

Amphi SUD

Domaine Rockefeller

Epreuve notée sur 20

Merci de traiter chaque question sur une copie séparée en rédigeant une réponse courte ne dépassant pas cette copie

Question 1

L'ossification musculaire post-traumatique ? (4 points)

Question 2

Quels sont les signes radiologiques d'une entorse cervicale sévère? (4 points)

Question 3

Quels éléments permettent de suspecter une entorse grave du genou? (4 points)

Question 4

Que dit la loi sur le dopage à propos des bêta 2 agonistes? (4 points)

Question 5

A l'interrogatoire, quels symptômes recherchez-vous pour dépister une intolérance à l'effort physique? (4 points)

Examen du Certificat Optionnel « Psychologie et Neurobiologie »

Année Universitaire 2010-2011

Jeudi 21 avril 2011 - 14h-16h

Surveillance : Dr E. POULET – Dr A. NICOLAS

Sujet de 10 pages: 25 questions à choix simples et 25 questions à choix multiples

Questions à choix simple

• QCS 1

L'électro convulsivothérapie :

- A- Est contre-indiquée en cas d'antécédents vasculaires
- B- Est possible au cours de la grossesse
- C- Provoque une amnésie au long court
- D- Peut se réaliser sans anesthésie dans des situations exceptionnelles
- E- Nécessite curarisation et intubation

• QCS 2

Le bilan met en évidence une grossesse. Le choix thérapeutique de l'ECT est proposé. Quelles propositions sont exactes ?

- A- Afin de limiter les risques, un rythme d'une séance hebdomadaire sera proposé
- B- Le traitement ne peut se réaliser qu'avec le consentement éclairé de la patiente
- C- Une surveillance de l'état du fœtus lors de chaque séance d'ECT est conseillée
- D- La présence d'un obstétricien est obligatoire lors des séances
- E- Parmi les autres situations particulières, l'ECT est contre indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans

• QCS 3

Chez l'adulte jeune la durée du sommeil est

- A- De 6 à 10 heures
- B- De 8 heures précisément
- C- De 4 à 11 heures
- D- Toujours supérieure à 7 heures
- E- Jamais inférieure à 7 h 30

• QCS 4

Le sommeil lent profond

- A- Correspond aux stades 1 et 2 du sommeil
- B- Constitue 50% de la durée du sommeil
- C- Est augmenté après l'exercice physique intense
- D- Survient surtout en fin de nuit
- E- Est classiquement associé aux rêves

• QCS 5

Le sommeil paradoxal

- A- Est fondamental pour la mémorisation
- B- Augmente après l'exercice physique intense
- C- Survient principalement en début de nuit
- D- Est un stade de sommeil léger
- E- Est riche en ondes delta

- QCS 6

Un cycle de sommeil est

- A- L'ensemble des épisodes de sommeil paradoxal
- B- D'une durée maximum de 30 min
- C- Essentiellement constitué de sommeil paradoxal
- D- La période de sommeil comprise entre deux épisodes de sommeil paradoxal
- E- Fortement influencé par le sexe du sujet

- QCS 7

Le trouble dépressif

- A- Touche autant d'hommes que de femmes
- B- Se manifeste de manière identique quel que soit l'âge
- C- Devrait devenir en 2020 la troisième maladie en terme 'invalidité
- D- Est associée à des anomalies dopaminergiques
- E- L'anhédonie est un signe caractéristique

- QCS 8

Le traitement d'un épisode dépressif majeur

- A- La psychothérapie est aussi efficace que le traitement pharmacologique dans les formes légères
- B- L'ECT est d'efficacité comparable aux tricycliques
- C- Le délai d'action des sérotoninergiques est de 2 semaines
- D- La durée minimum pour juger de l'efficacité d'un traitement médicamenteux est de 6 mois
- E- En cas de mélancolie avec risque suicidaire, l'ECT est indiqué après échec d'un premier traitement

- QCS 9

Le traitement de la dépression

- A- La voie parentérale augmente l'efficacité
- B- Les tricycliques sont recommandés en cas de dépression sévère
- C- On doit associer systématiquement au début avec anxiolytique ou hypnotique
- D- En cas de gravité, on peut associer d'entrée deux antidépresseurs
- E- Après rémission, le traitement doit être maintenu minimum 18 mois

- QCS 10

Le traitement antidépresseur

- A- La réapparition des symptômes au bout de 1 an correspond à une rechute
- B- Est efficace dans près de 90% des cas en première intention
- C- Le placebo à une efficacité de près de 50%
- D- La réponse au traitement correspond à une amélioration de plus de 30% des symptômes
- E- La réapparition des symptômes au bout de 9 mois correspond à une récurrence

- QCS 11

La schizophrénie

- A- Le taux de décès par suicide est d'environ 10%
- B- Débute plus tardivement chez la femme que chez l'homme
- C- Le sex ratio est de 1 homme pour 1.5 femme
- D- La prévalence dépend de l'environnement géographique
- E- Est une pathologie neurodégénérative

- QCS 12

La stimulation magnétique transcranienne

- A- Repose sur le principe d'Arsonval
- B- Est efficace dans le traitement de la catatonie
- C- Est réservée aux échecs de l'ECT dans la dépression
- D- Est un traitement complémentaire des hallucinations auditives dans la schizophrénie
- E- La crise convulsive est une complication fréquente

- QCS 13

Les antipsychotiques

- A- Peuvent être classés en 4 générations
- B- Sont apparus dans les années 1930
- C- Ont été d'abord utilisés en anesthésiologie
- D- Ont permis l'élaboration de l'hypothèse glutamatergique de la schizophrénie
- E- Ne s'administrent que par voie orale

- QCS 14

Les neuroleptiques selon Delay et Deniker :

- A- Ont une action corticale prédominante
- B- Peuvent n'avoir aucun effet secondaire neurologique
- C- N'agissent que dans les psychoses aiguës, non chroniques
- D- Réduisent l'indifférence psychomotrice de la psychose
- E- Diminuent l'agressivité et l'agitation

- QCS 15

Les neuroleptiques se différencient cliniquement par :

- A- Leur effet antidéficitaire
- B- Leur effet antidépresseur
- C- Leur effet hypnotique
- D- Leur effet amnésiant
- E- Leur effet catatonique

- QCS 16

Les neuroleptiques :

- A- Bloquent les récepteurs mélatoninergiques
- B- Activent les récepteurs dopaminergiques
- C- Antagonisent les récepteurs dopaminergiques
- D- Activent les récepteurs histaminergiques
- E- Ont une action cholinergique

- QCS 17

L'IRM fonctionnelle

- A- Permet une mesure directe de l'activité neuronale
- B- Permet de délimiter les faisceaux de substance blanche
- C- Mesure un "couplage neurovasculaire"
- D- Utilise un radiotracteur qui permet d'étudier l'activité cérébrale
- E- A une précision temporelle très fine

- QCS 18

Des anomalies du faisceau arqué ont pu être mises en évidence chez les patients schizophrènes ayant des hallucinations auditives grâce

- A- A des séquences IRM de type T2 Flair
- B- A l'étude des variations du signal BOLD en IRM fonctionnelle
- C- A l'étude des oscillations évoquées en magnétoencéphalographie
- D- A l'étude de la fraction d'anisotropie en Imagerie par tenseur de diffusion (DTI)
- E- A l'étude du radioisotope ^{15}O en Tomographie par Emission de Positons (PET Scan)

- QCS 19

L'étude des phénomènes de neurotransmission peut se faire à l'aide

- A- De l'imagerie en tenseur de diffusion (DTI)
- B- De l'IRM fonctionnelle
- C- D'un traceur de type ^{15}O
- D- De la tomographie par émission de positons (PET Scan)
- E- De la magnétoencéphalographie (MEG)

- QCS 20

L'imagerie par résonance magnétique mesure une énergie délivrée par les protons

- A- A l'état d'équilibre
- B- A l'état excité
- C- Pendant la phase de relaxation
- D- Lors de l'émission d'un rayonnement électromagnétique
- E- Sous forme de chaleur

- QCS 21

Parmi ces signes cliniques suivants, lequel est à rattacher au concept de dépendance psychologique ?

- A- Syndrome de sevrage
- B- Tolérance
- C- Craving
- D- Compulsion
- E- Obsessions

- QCS 22

Parmi ces propositions concernant le système de la récompense, laquelle est fautive ?

- A- C'est une composante du Système Activateur de l'Action
- B- Ses neurones sont essentiellement dopaminergiques
- C- Il peut être modulé par le système GABAergique
- D- C'est le siège d'une activité endorphinique

- QCS 23

Le fait d'utiliser une substance psychotrope afin d'éviter un stress professionnel ou familial peut être principalement expliqué par :

- A- Un phénomène de renforcement positif
- B- Un phénomène de renforcement négatif
- C- Un conditionnement répondeur
- D- Un apprentissage par imitation de modèle
- E- Un apprentissage vicariant

- QCS 24

L'horloge biologique principale se trouve

- A- Au niveau du foie
- B- Dans le cortex occipital
- C- Au-dessus du chiasma optique
- D- Dans la glande pinéale
- E- Au niveau du striatum

- QCS 25

Les rythmes circadiens

- A- Oscillent sur une période proche de 24h
- B- Correspondent à des rythmes annuels
- C- N'existent que chez l'homme
- D- Sont exclusivement produits par les synchroniseurs externes
- E- Disparaissent en isolement temporel (dans une grotte par exemple)

• QCM 1

A l'issue de l'observation de Mme F, un diagnostic de mélancolie délirante est retenu et une cure d'ECT est proposée. Quelles informations transmettez-vous à la patiente et sa famille ?

- A- Un traitement par ECT peut être proposé en première intention dans les tableaux sévères
- B- Un nombre de 12 séances minimum sera justifié à un rythme de 2 à trois par semaines
- C- Un bilan neurologique complet est obligatoire avant le traitement
- D- L'anesthésie sera réalisée avec un produit de demi-vie d'élimination courte associé à un myorelaxant
- E- Les caractéristiques cliniques de cette dépression sont des facteurs de bon pronostic quant à l'efficacité de l'ECT

• QCM 2

La privation aiguë de sommeil

- A- Détérioré les capacités d'apprentissage
- B- Diminue les phénomènes douloureux
- C- Augmentation le sommeil profond la nuit suivante
- D- Diminue le sommeil paradoxal la nuit suivante
- E- Diminue les capacités physiques le jour suivant

• QCM 3

L'insomnie chronique

- A- Peut se résumer à une difficulté d'endormissement
- B- Augmente le risque de dépression
- C- Est une pathologie rare
- D- Doit être accompagnée de diminution des performances diurnes
- E- Doit être traitée systématiquement par des hypnotiques

• QCM 4

Le vieillissement normal du sommeil

- A- S'accompagne d'une réduction de la durée du sommeil sur les 24 heures
- B- S'accompagne d'une réduction de la durée du sommeil lent profond
- C- S'accompagne d'une réduction du pourcentage de sommeil paradoxal
- D- Entraîne un couché de plus en plus précoce
- E- S'accompagne d'une réduction de la durée de sommeil nocturne

• QCM 5

Une bonne hygiène du sommeil

- A- Nécessite une heure de lever stable
- B- Interdit l'exercice physique intense après le repas du soir
- C- Autorise les siestes longues et tardives
- D- Déconseille l'utilisation de somnifères au long cours
- E- Conseille de limiter le temps passé au lit

- QCM 6

Le traitement d'un épisode dépressif majeur :

- A- La psychothérapie est aussi efficace que le traitement pharmacologique dans les formes légères
- B- L'ECT est d'efficacité supérieure aux tricycliques en seconde intention
- C- Le délai d'action des sérotoninergiques est de 4 semaines environ
- D- La durée maximum pour juger de l'efficacité d'un traitement médicamenteux est de 6 mois
- E- En cas de mélancolie avec risque suicidaire, l'ECT est indiqué sans association systématique de médicament antidépresseur.

- QCM 7

Le trouble bipolaire

- A- Le sex ratio est différent de celui de la dépression unipolaire
- B- L'épisode maniaque nécessite fréquemment une hospitalisation sous contrainte
- C- Le traitement de l'épisode dépressif est identique à celui de la dépression unipolaire
- D- On peut retrouver une hypersyntonie, une hyperphagie, une hypersexualité
- E- La fuite des idées, la logorrhée, le sentiment de bien-être, la desinhibition sont des symptômes d'excitation psychique

- QCM 8

Les traitements psychotropes

- A- Les antidépresseurs sont des psycho-dysléptiques
- B- Le Marsilid fait partie de la classe des IMAO et nécessite un régime pauvre en tyramine
- C- Les neuroleptiques sont des stimulants de la vigilance
- D- L'Anafranil est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrenaline
- E- La paroxétine et le citalopram font partie de la même classe thérapeutique

- QCM 9

Traitement de l'épisode maniaque

- A- Le choix du traitement dépend de l'existence ou non d'un traitement prophylactique préalable
- B- Les antipsychotiques sont indiqués en première intention en cas de sévérité
- C- En cas d'épisode mixte, associer un antidépresseur
- D- En cas de traitement prophylactique préalable, changer pour une autre classe en première intention
- E- Le lithium nécessite une surveillance biologique

- QCM 10

La schizophrénie – clinique

- A- La discordance peut se caractériser par néologismes, écholalie, echopraxie, troubles des associations
- B- La dissociation est un symptôme délirant
- C- Le néologisme exprime le déni de la pathologie par le patient
- D- Les hallucinations auditives peuvent être acoustico-verbales ou intra psychiques
- E- La catatonie fait partie du syndrome dissociatif

- QCM 11

La schizophrénie –physiopathologie

- A- Le sex ratio est de 2 hommes pour 1 femme
- B- La relation maternelle est un facteur étiologique reconnu
- C- Une infection virale durant la grossesse peut favoriser la survenue de la maladie à l'adolescence
- D- Le risque d'être malade pour un enfant de deux sujets malades est de 46 %
- E- Les sujets à risque peuvent présenter des anomalies de dermatoglyphes

- QCM 12

La schizophrénie –maladie neurodéveloppementale ?

- A- Des gènes spécifiques de la pathologie ont été mis en évidence
- B- Le facteur génétique de la schizophrénie peut être montré grâce aux études d'adoption
- C- Les anomalies obstétricales sont retrouvées plus fréquemment dans dossiers des patients
- D- Des signes de processus dégénératifs fréquents à l'histologie.
- E- L'apparition tardive des symptômes s'explique par des processus de maturation.

- QCM 13

Les effets secondaires des neuroleptiques

- A- Sont uniquement neurologiques
- B- Appellent une surveillance du bilan sanguin à long terme
- C- Permettent une observance supérieure à 90%
- D- Peuvent être un abaissement du seuil épileptogène
- E- Peuvent générer un raccourcissement de l'intervalle QT

- QCM 14

A propos des effets secondaires des neuroleptiques

- A- Les neuroleptiques peuvent être confusogènes
- B- La tasinésie est le contraire de l'akathisie
- C- Les dyskinésies tardives se traitent par molécules anticholinergiques
- D- Les neuroleptiques sont hypertenseurs
- E- Les neuroleptiques peuvent générer une galactorrhée

- QCM 15

Parmi les contre-indications aux neuroleptiques on trouve

- A- Le glaucome aigu à angle fermé
- B- La maladie de Parkinson
- C- Le syndrome de QT long congénital
- D- La grossesse
- E- La catatonie

- QCM 16

L'étude de l'activité « spontanée » lors des épisodes hallucinatoires

- F- A nécessité pour certaines études l'utilisation d'un « radioligant » des récepteurs dopaminergiques
- G- Peut être abordée en IRM fonctionnelle
- H- A mis en évidence l'implication de zones de production du langage (Broca)
- I- Peut être abordée en imagerie par tenseur de diffusion (DTI)
- J- Utilise le concept de « couplage neurovasculaire »

- QCM 17

Quels instruments permettent d'étudier (plus ou moins directement) une activité cérébrale ?

- A- La tomodensitométrie
- B- L'IRM T2 flair
- C- La TEP (Tomographie par Emission de Positons)
- D- La ventriculographie gazeuse
- E- La MEG (magnétoencéphalographie)

- QCM 18

L'électroencéphalographie (EEG)

- A- Permet d'étudier précisément l'activité de l'amygdale cérébrale
- B- Mesure principalement l'activité des gyri cérébraux
- C- Est une technique à très haute résolution spatiale
- D- Permet de mesurer une activité localisée avec une précision de l'ordre du millimètre
- E- Mesure un signal atténué par les tissus s'interposant entre le cortex et l'électrode.

- QCM 19

Les hallucinations auditives chez les patients schizophrènes :

- A- Impliquent des structures qui ont un rôle émotionnel
- B- Sont liées à un phénomène de dysconnectivité fronto-temporale
- C- Sont associées à des anomalies de matière grise au niveau temporal
- D- Impliquent un réseau restreint aux circuits du langage
- E- Sont rares

- QCM 20

Les mauvais traitements chez l'enfant peuvent entraîner

- A- Une hypersensibilisation des circuits du stress
- B- Une désensibilisation à la peur
- C- Une activation immédiate d'un trouble anxieux
- D- Une activation à l'âge adulte d'un trouble anxieux
- E- Une plus grande sensibilité à la dépression à l'âge adulte

• QCM 21

Parmi les addictions suivantes, lesquelles peuvent être prises en charge par le biais d'une substitution ?

- A- Alcool
- B- Tabac
- C- Héroïne
- D- Cocaïne
- E- Extasy

• QCM 22

Parmi les comportements pathologiques suivants, repérez les addictions comportementales

- A- Jeu pathologique
- B- Addiction au travail
- C- Boulimie
- D- Achats compulsifs
- E- Tabagisme

• QCM 23

Le circuit mésolimbique est impliqué dans les phénomènes

- A- De renforcement
- B- De craving
- C- D'intégration émotionnelle de l'expérience addictive
- D- D'attention sélective
- E- De vigilance

• QCM 24

Parmi ces structures anatomiques, lesquelles sont impliquées dans le circuit de la récompense ?

- A- Amygdale
- B- Locus coeruleus
- C- Nucleus accumbens
- D- Cortex préfrontal
- E- Insula

• QCM 25

Le fait de penser que l'alcool est indispensable pour mettre l'ambiance dans une soirée

- A- Constitue une pensée permissive
- B- Constitue une croyance de base
- C- Peut être expliqué par les théories de l'apprentissage social
- D- Se rencontre exclusivement chez les sujets abuseurs ou dépendants
- E- Est une impulsion addictive

Module Optionnel

**ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN MATIERE DE
PREVENTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

Examen 2011 – 1^{ère} session

Dossier N° 1 (Dr E. BENEDINI – Pr. J-P DUBOIS)

Vous voyez Mme V. 30 ans, accompagnée de son mari. Ils viennent d'arriver sur votre commune suite à la mutation de monsieur, nouveau PDG d'une grande entreprise Lyonnaise. Madame est commerciale dans cette même entreprise. Elle consulte pour le renouvellement de sa pilule oestro-progestative et vous informe de son projet de grossesse dans les 6 mois à venir.

L'entretien ne retient aucuns antécédents particuliers pour ce couple. Pas de tabagisme.

Toutes les réponses doivent être argumentées.

Question 1

Quels sont les 3 sujets de prévention par rapport au projet de grossesse à aborder ?

Question 2

Mme V. n'est pas immunisée contre la varicelle. Comment réalisez-vous cette vaccination ?

Vous les revoyez 8 mois plus tard car Mme V. a un retard de règles de quinze jours avec un test urinaire de grossesse positif.

Question 3

Quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

Question 4

Décrivez l'examen clinique réalisé pour la visite du 6^{ème} mois de grossesse.

Vous la revoyez pour la visite du 1^{er} mois de son fils qu'elle allaite. Elle vous demande des renseignements sur la contraception.

Question 5

Quelle contraception peut-on lui proposer ? À partir de quand ?

Elle vous consulte ce jour pour fatigue : son fils de 8 mois ne fait toujours pas ses nuits, son rythme de travail est soutenu (beaucoup de kilomètres hebdomadaires), sa famille est éloignée (Nord de la France). Cela fait plusieurs fois que vous la voyez ces 2 derniers mois pour des rhumes simples et de la fatigue, elle a toujours refusé vos propositions de l'arrêter. Le bilan biologique prescrit est bien rassurant.

Question 6

A quoi devez-vous penser ? Pourquoi ? Comment abordez-vous ce sujet ? Comment l'aidez-vous ?

Examen Session 1

Certificat optionnel Santé de la mère et de l'enfant

26 mai 2011 de 14h00 à 17h00

Amphi SUD

Domaine Rockefeller

Merci de traiter chaque question sur une copie séparée en rédigeant une réponse courte ne dépassant pas cette copie

Question 1 notée sur 20 points de la part du Professeur Pascal GAUCHERAND :

Citez et développez les examens complémentaires possibles face à une menace d'accouchement prématuré pour en apprécier la gravité.

Question 2 notée sur 20 points de la part du Docteur K. ABELIN-GENEVOIS :

Quels sont les pré-requis à une marche normale ?
Comment peut-on caractériser, quantifier la marche ?

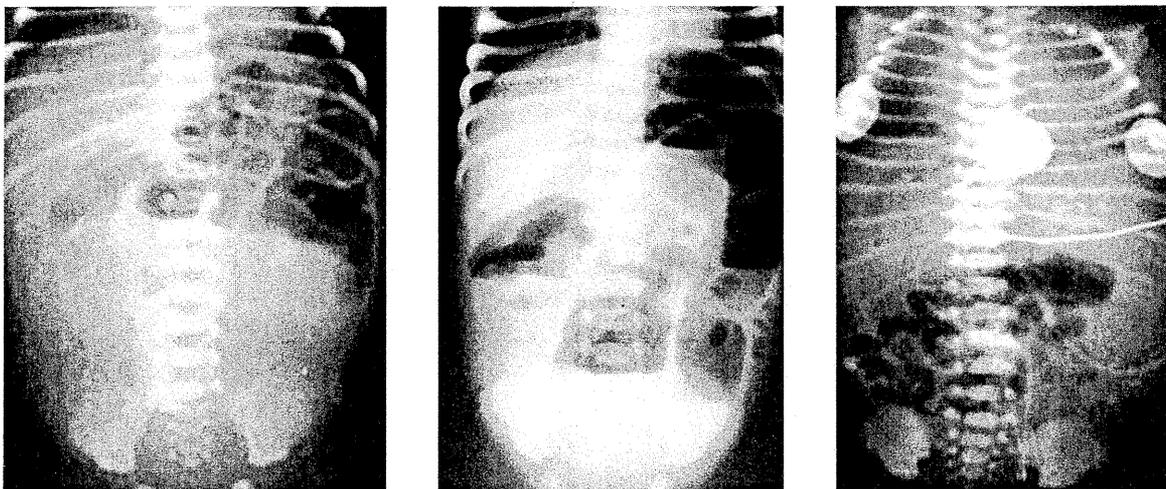
Question 3 notée sur 20 points de la part du Docteur Noël PERETTI :

Expliquer les intérêts attendus et les modalités pratiques de la diversification alimentaire chez l'enfant.

Cas clinique 1 noté sur 30 points de la part du Docteur Rémi DUBOIS, Chirurgie Pédiatrique Viscérale

Un petit garçon, nouveau-né de 8 jours, est amené par ses parents pour des vomissements et un ballonnement abdominal. Cet enfant est né à terme, sans difficulté, par voie basse. Les vomissements existent depuis la sortie de la maternité, mais sont majorés depuis 48 heures. Il présente un ballonnement abdominal important et diffus. L'état général reste conservé.

- 1) Que faut-il rechercher à l'interrogatoire ?
- 2) Quelle est votre conduite à tenir immédiate ?
- 3) Vous suspectez une maladie de Hirschsprung. Quel signe d'examen simple permet de renforcer ce diagnostic ? Quel est son autre intérêt ?
- 4) Quels peuvent être les diagnostics différentiels chez cet enfant, précisez celui qui doit être éliminé de façon formelle ?
- 5) Quel ASP, parmi les suivants, est caractéristique d'un enfant avec une maladie de Hirschsprung, décrivez le ?



- 6) Quels autres examens radiologiques ou paracliniques sont utiles pour le diagnostic positif de cette maladie, décrivez les rapidement ?
- 7) Comment faire le diagnostic de certitude, décrivez les résultats ?
- 8) Quels sont les principes du traitement de cet enfant ?

Les résultats suivants ont été obtenus pour une jeune femme enceinte (DR = 27 10 2010) de 25 ans :

Sérologies de la toxoplasmose

Technique ELISA identiques sur tous les sérums : seuil de positivité IgM = 5 ; IgG = 25

20 11 2010 : IgM = 0	IgG = 0
23 12 2010 : IgM = 8	IgG = 0
27 12 2010 : IgM = 14	IgG = 25
28 01 2011 : IgM = 15	IgG = 209

1. Parmi les 5 signes suivants, quels sont ceux qui sont à rechercher spécifiquement à l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique ?

- a. Adénopathies cervicales chez la patiente
- b. Adénopathies cervicales chez son mari
- c. Diarrhée
- d. Fièvre à 38°C
- e. Episode de toux avec expectoration et dyspnée

Répondez en indiquant les lettres (a-e) correspondantes sur votre copie.

2. Quelles sont les réponses exactes concernant les risques pour son bébé ?

- a. Risque nul si elle n'a pas présenté d'adénopathies (infection probablement non virulente)
- b. Risque de toxoplasmose congénitale faible avec atteinte peut-être sévère
- c. Risque de toxoplasmose congénitale faible et atteinte généralement légère
- d. Risque de toxoplasmose congénitale voisin de 80 % et atteinte peut-être sévère
- e. Risque de toxoplasmose congénitale voisin de 80 % mais atteinte légère

Répondez en indiquant les lettres (a-e) correspondantes sur votre copie.

3. Quelles sont les réponses exactes concernant l'amniocentèse ?

- a. On peut la pratiquer sans délai vu l'âge de la grossesse
- b. On peut la pratiquer sans délai vu le délai écoulé depuis l'infection maternelle
- c. Il faut attendre le milieu du deuxième trimestre pour la réaliser
- d. Elle est inutile si les échographies restent normales jusqu'à l'accouchement
- e. L'analyse du liquide amniotique permet de faire 100 % des diagnostics de toxoplasmose congénitale
- f. L'analyse du liquide amniotique par PCR est positive pour tous les fœtus atteints de toxoplasmose congénitale
- g. L'analyse du liquide amniotique consiste à rechercher des IgM anti-toxoplasmiques
- h. L'analyse du liquide amniotique par PCR est négative pour tous les fœtus indemnes de toxoplasmose congénitale

Répondez en indiquant les lettres (a-h) correspondantes sur votre copie.

4. Quelles sont les réponses exactes concernant les examens à réaliser à la naissance, du fait de la séroconversion toxoplasmique maternelle ?

- a. Examen du fond d'œil
- b. Mesure du périmètre crânien
- c. Echographie trans-fontanelle
- d. Dosage d'anticorps anti-toxoplasmiques
- e. Echocardiogramme

Répondez en indiquant les lettres (a-e) correspondantes sur votre copie.

5. Quelles sont les réponses exactes concernant la surveillance sérologique pour l'enfant après la naissance ?

- a. Nécessaires même si les échographies fœtales restent normales jusqu'à l'accouchement
- b. Inutile s'il n'y a pas d'IgM spécifiques dans le sang du cordon
- c. Ne doit pas être interrompue avant la puberté en raison du risque de chorioretinite d'apparition tardive
- d. A pour but de vérifier la disparition progressive des IgG antitoxoplasmiques

Répondez en indiquant les lettres (a-d) correspondantes sur votre copie.

Certificat optionnel

Bases anatomiques et fonctionnelles de la sémiologie

Session 2 – lundi 20 juin 2011 – 15h00 – 16h00

Merci de traiter chaque question sur une copie séparée en rédigeant une réponse courte ne dépassant pas cette copie

Question 1 :

"Ischémie aiguë d'un membre inférieur : signes cliniques et signes de gravité". (Patrick Feugier)

Question 2 :

"Pyélonéphrite aiguë :

- symptômes habituels et examen clinique
- quels examens complémentaires de première intention : pour chaque examen demandé, précisez ce que vous attendez". (L. Badet)

Certificat optionnel Pratique du sport Lyon Est

20 JUIN 2011 de 15h00 à 16h30
SALLE JABOULAY
Domaine Rockefeller

Epreuve notée sur 20

Merci de traiter chaque question sur une copie séparée en rédigeant une réponse courte ne dépassant pas cette copie

- 1/ Bilan radiographique pour une entorse de cheville. (4 points)
- 2/ Signes cliniques d'une contusion abdominale. (4 points)
- 3/ Maladie d'Osgood-Schlatter. (4 points)
- 4/ Facteurs favorisant les tendinopathies. (4 points)
- 5/ Contenu du suivi médical des sportifs de haut-niveau (à détailler). (4 points)

Module Optionnel

**ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN MATIERE DE
PREVENTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

**Examen 2^{ème} session
21 juin 2011 – 14.30 à 15.30**

Dossier Clinique (Professeur Alain MOREAU)

Madame MA., 54 ans, vient en consultation pour lombalgie. Vous l'aviez vue il y a 6 mois pour une tendinite du coude, laquelle reste encore sensible. Elle vous explique qu'elle a également des troubles du sommeil depuis plusieurs semaines. Elle est caissière dans un supermarché, dit que sa chef "est toujours après elle", fait des horaires en décalé. Elle changerait bien de travail mais a peur du chômage, vu son âge. En outre, elle est divorcée et se fait du souci pour sa mère chez qui on vient de déceler une maladie d'Alzheimer et pour son fils de 25 ans qui ne trouve pas de travail. Elle se met à pleurer pendant la consultation et vous dit qu'elle n'en peut plus.

Question 1

Quels autres éléments devez-vous rechercher chez cette patiente ?

Question 2

Qu'elle va être votre attitude (thérapeutique exclue) ?

Vous la revoyez 2 mois plus tard. Bien que ses conditions de travail se soient améliorées après la mutation de sa chef, elle a pris beaucoup de poids qu'elle attribue à son stress professionnel en reconnaissant des grignotages fréquents en particulier le soir devant la TV. Elle pèse 95 kg pour 1m 75. Elle a fait un bilan de santé proposé par la Caisse d'Assurance Maladie et revient avec ses résultats. La glycémie est à 1.48 g/l, le cholestérol total à 2,8 g/l avec un LDL à 2 g/l et HDL à 0,4 g/L. Sa TA est à 150/100 mm Hg. Elle ne fume pas. Son évaluation du risque cardiovasculaire global avec SCORE est de 2% à 5 ans.

Question 3

Que pensez-vous de son risque cardiovasculaire ?

Question 4

Quelles questions lui posez-vous ?

Question 5

Quelles explications allez-vous lui donner ?

Question 6

Quels conseils lui donnez-vous ?

**Certificat optionnel « Stratégies des examens complémentaires »
Session de rattrapage du 6 juin 2011**

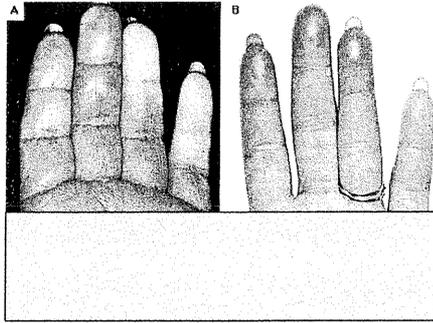
Une jeune femme de 25 ans se présente aux urgences un samedi soir en raison d'une douleur basi-thoracique gauche avec gêne respiratoire apparue 72 heures auparavant et n'ayant pas cédé à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. La patiente se dit de plus en plus essoufflée, y compris pour des efforts modérés.

Il n'y a pas d'antécédents notables chez cette jeune femme. La seule prise médicamenteuse régulière est une contraception par Adepal®. Elle prend depuis quelques temps des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour des douleurs articulaires. Elle fume environ 10 cigarettes par jour.

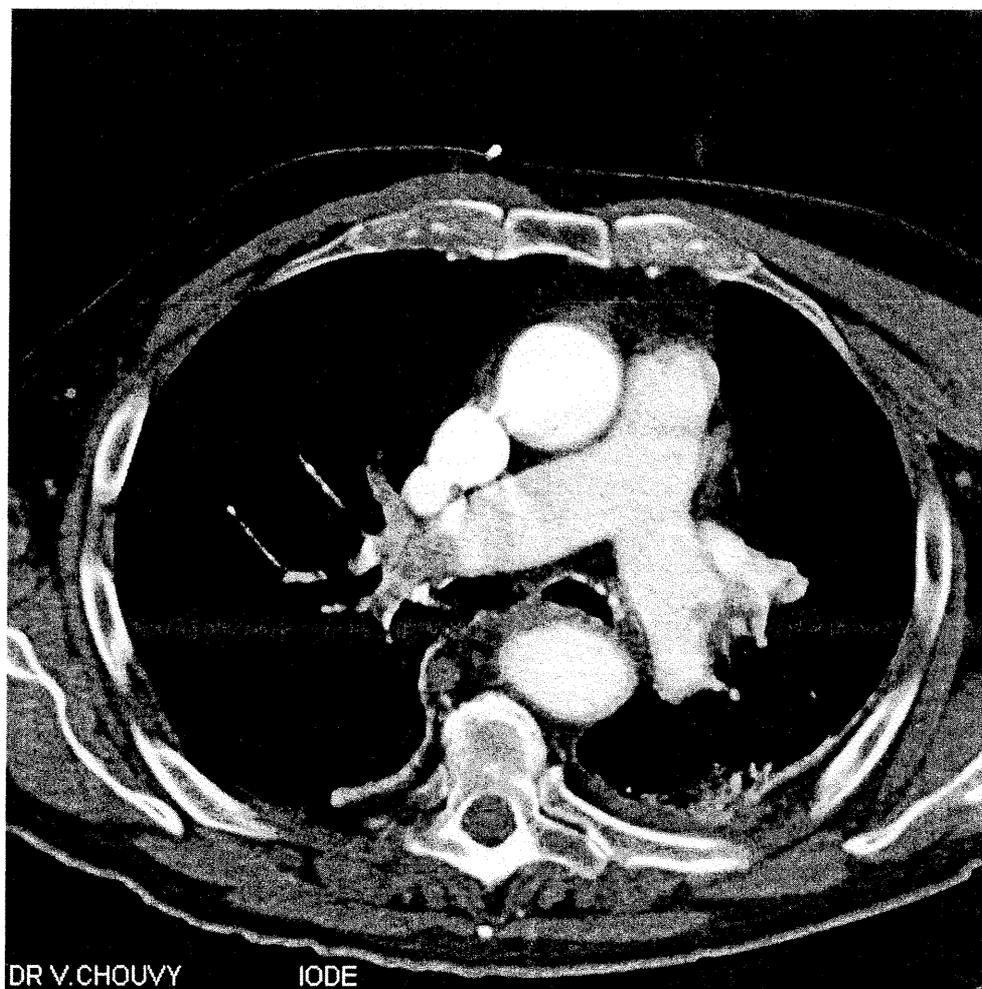
A l'examen clinique, tachycardie régulière à 120 bpm ; pression artérielle à 120/60 mmHg ; auscultation cardiaque normale. Discrète matité de la base gauche à l'auscultation. Température à 37,8 °C.

1. Expliquer, en les hiérarchisant et en les justifiant, vos trois principales hypothèses diagnostiques. Préciser les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique que vous rechercherez pour les argumenter.
2. Quels signes de gravité recherchez-vous ?
3. Citer les principaux examens à votre disposition pour documenter votre diagnostic principal. Pour chacun d'eux, expliquer leur intérêt et leur limite en termes de valeur prédictive au diagnostic.
4. Proposer une démarche diagnostique : rédiger la lettre de demande du premier examen complémentaire que vous demandez.
5. Décrivez les principaux éléments séméiologiques de la coupe tomodensitométrique ci-jointe ?

Elle décrit par ailleurs depuis quelques semaines des douleurs des mains, bilatérales, touchant à la fois les poignets et les IPP. Elle se plaint de façon récente d'avoir souvent une sensation de doigts « mort », ce qui la gêne dans ses activités quotidiennes. A l'examen, Il n'y a pas d'élément arthritique; vous notez des doigts un peu « boudinés » avec une flexion un peu limitée.



6. Quel diagnostic clinique portez-vous ?
7. Quels examens demandez-vous et dans quelles hypothèses diagnostiques.



DR V. CHOUVY

IODE