

**Annales 2008 - 2009 :**

**DCEM4**

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :**

DCEM 4 - Module 11 - Dossier Pédiatrie  
Dr DIMITROV G. - SESSION 1 - 2008-2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 1

MODULE 11 - Mardi 06 janvier 2009 - 13H30-17H30

Dossier de Pédiatrie - 1 Heure

Dr DIMITROV Gueorgui

Réservé au  
Secrétariat

Note

En consultation de pédiatrie, vous voyez le petit Pierre C., âgé de 16 mois, qui vous est adressé par son médecin traitant pour « cassure de sa courbe de croissance depuis 6 mois ». Actuellement, son poids est à (-2 DS) et sa taille à 0 DS. Il a des selles 1 à 2 fois par jour contenant des débris alimentaires et décrites comme « grasses et luisantes » par sa mère. « Etant petit », il avait des régurgitations. Ses vaccins sont à jour. Il est né à 40 SA, par voie basse et il a quitté la maternité 4 jours après sa naissance. Son frère a 4 ans et il est en bonne santé.

**Question 1 :** Comment compléter vous l'interrogatoire ?

**Question 2 :**

**Q2A :** Quel élément objectif du dossier est en faveur de l'origine digestive (et non pas endocrinienne) de cette cassure de la courbe de croissance ?

**Q2B :** Quelle étiologie de diarrhée chronique vous évoque l'aspect de « selles contenant des débris alimentaires » ?

**Question 3 :**

**Q3A :** Détaillez l'enquête diététique.

**Q3B :** Citez deux pathologies dysimmunitaires en rapport avec l'alimentation pouvant être responsables de retard de croissance chez le nourrisson

**Question 4 :** Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

**Question 5 :** L'enquête diététique ne retrouve pas de carences alimentaires. Quel bilan paraclinique proposez vous (et à quel but) ?

**Question 6 :** Finalement, la maladie coeliaque semble être responsable de ce tableau clinique.

**Q6A :** Comment poser le diagnostic de certitude ?

**Q6B :** Quelles en sont les atteintes autoimmunes associée ?

**Q6C :** Comment surveiller l'observance du régime sans gluten ?

**Q6D :** Quelles peuvent être les conséquences à long terme d'une non observance du régime ?

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :**

DCEM 4 - Module 11 - RHUMATOLOGIE  
Pr VIGNON - SESSION 1 - 2008-2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 11 - Mardi 06 janvier 2009 - 13h30-17h30  
DOSSIER DE RHUMATOLOGIE - 1 Heure  
Pr E. VIGNON

Réservé au  
Secrétariat

1. Un homme de 32 ans présente une spondylarthrite ankylosante certaine signée par des douleurs inflammatoires du rachis, une arthrite sacro-iliaque bilatérale, une VS à 24 et une CRP à 15. C'est une forme bénigne sans ankylose du rachis sur le plan clinique et radiologique. Il n'a aucun antécédent pathologique.

**Question :** Il relève des AINS. Rédigez votre ordonnance.

2. Même patient mais il signale qu'il a souvent mal à l'estomac et qu'il supporte mal les AINS.

**Question :** Rédigez votre ordonnance

Note

3. Même patient qu'à la question 1, sans problème gastrique, mais il a 47 ans et il est traité pour une hypertension par un inhibiteur de l'enzyme de conversion et un diurétique.

**Question :** Rédigez votre ordonnance

4. Même patient qu'à la question 3 mais il a 53 ans et il a fait un accident vasculaire cérébral.

**Question :** Rédigez votre ordonnance.

5. Même patient qu'à la question précédente mais il a en plus une créatinine à 150 mmol.

**Question :** Rédigez votre ordonnance

6. Même patient, qu'à la question 1, sans problème d'hypertension, mais il a maintenant 63 ans, sa VS et sa CRP sont normale et il a fait il y a 6 mois un ulcère gastrique hémorragique.

**Question :** Rédigez votre ordonnance

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 4 - Module 11 - Dossier OBSTETRIQUE  
Pr P. MATHEVET - SESSION 1 - 2008-2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 1

MODULE 11 - Mardi 06 janvier 2009 - 13h30-17h30

DOSSIER OBSTETRIQUE - 1 Heure

Pr Patrice MATHEVET

Réservé au  
Secrétariat

Mme B., 32 ans, 56 kgs pour 1,68 cm est enceinte de sa deuxième grossesse. Elle a un antécédent d'une fausse-couche spontanée à 5 Semaines d'Aménorrhée (SA). Elle présente une hypofertilité liée à une dystrophie ovarienne, cette grossesse comme la précédente a été obtenue après stimulation ovarienne par gonadotrophines. La patiente n'a pas d'antécédent médical notable hormis une adénoïdectomie à l'âge de 4 ans et une appendicectomie à l'âge de 9 ans. Son groupe sanguin est A+, elle est immunisée pour la rubéole mais pas pour la toxoplasmose. Sur le plan familial, la mère de Mme A. vient de présenter un cancer du sein survenu à l'âge de 64 ans, et son père est obèse (98 kg pour 168 cm) et hypertendu.

Cette grossesse se déroulait bien, jusqu'à 23 SA+3 jours, avec simplement la notion d'une croissance fœtale au 80ème percentile supérieur et d'une présentation du siège sur l'échographie pratiquée il y à 10 jours. A ce terme la patiente vous consulte pour une douleur du flanc droit d'apparition brutale avec vomissements. La patiente se plaint aussi d'une constipation aggravée depuis quelques jours avec absence de selles depuis 2 jours. Les mouvements fœtaux sont conservés.

Votre examen note une TA à 135/75 mm Hg, un pouls à 92/min, et une température à 37°6 C. La palpation permet de retrouver un abdomen souple avec une défense du flanc droit, la hauteur utérine est à l'ombilic.

Note

Question 1. Quels sont les principaux diagnostics à évoquer (citez les 4 diagnostics les plus probables)?

Question 2. Quelles données complémentaires de l'examen clinique peuvent être utiles pour l'orientation diagnostique ?

Question 3. Quels examens biologiques préconisez-vous, qu'en attendez-vous ?

Question 4. Prescrivez-vous des explorations radiologiques, si oui lesquelles ?

Le bilan que vous avez pratiqué met en évidence une probable torsion de kyste ovarien droit.

Question 5. Quelle thérapeutique proposez-vous ?

Question 6. Quelles principales complications sont possibles malgré une prise en charge adéquate ?

Question 7. Quelle surveillance post-opératoire préconisez-vous dans les 72 heures suivant le traitement?

Question 8. Quelles modalités d'accouchement préconisez-vous ? Justifiez votre réponse.

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :** DCEM 4 - Module 11 - TRAUMATOLOGIE  
Pr HERZBERG - SESSION 1 - 2008-2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 11 - Mardi 06 janvier 2009 - 13h30-17h30  
TRAUMATOLOGIE - 1 Heure  
Pr G. HERZBERG

Réservé au  
Secrétariat

Martine, 52 ans diabétique, se présente aux urgences pour une plaie par couteau de l'index droit alors qu'elle préparait le repas. Il s'agit d'une plaie palmaire en regard de l'articulation inter-phalangienne proximale.

1. Quelles sont les structures qui peuvent être lésées à ce niveau ?
2. Comment recherchez-vous une lésion tendineuse à l'examen clinique ? Quel serait votre prise en charge ?
3. La plaie est suturée directement aux urgences. Martine revient quelques jours plus tard avec une douleur importante de l'index qui est rouge et spontanément en crochet.  
Que redoutez-vous ?  
Dans cet exemple, quels sont les facteurs favorisant cette complication ?
4. Que recherchez-vous à l'examen ?
5. Quels sont les différents stades de cette complication ? A quel stade semble être l'index de Martine ?
6. Quelle est votre prise en charge ?

Note

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

Module 11 - 2008-2009 - SESSION 2  
Dossier n° 1 - Pr LAVILLE

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 2

MODULE 11

Mardi 31 mars 2009 - Cas clinique n°1

Pr LAVILLE Maurice

Dossier Infection urinaire

Réservé au  
Secrétariat

Marianne C., 24 ans, consulte pour des douleurs lombaires gauches accompagnées de fièvre et de frissons. Elle a depuis au moins 3 jours des troubles mictionnels peu intenses, à type de brûlures urinaires, avec pollakiurie, et parfois urines rouges, qu'elle a négligé.  
A l'examen, la fosse lombaire gauche est douloureuse, les urines troubles avec à la bandelette sang ++, protéines +, nitrites +++, leucocytes +++. La température est à 38,5 °C.

Un premier bilan biologique est pratiqué : Na<sup>+</sup> 138 mmol/l ; K<sup>+</sup> 4.5 mmol/l ; Cl<sup>-</sup> 99 mmol/l ; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 25 mmol/l ; Prot 62 ; glycémie 5.5 mmol/l ; urée 22 mmol/l ; créatininémie 310 μmol/l ; Ca<sup>++</sup> 1,95 mmol/l ; P 2 mmol/l.

Iono U Na<sup>+</sup> 160 mmol/24 h ; K<sup>+</sup> 10 mmol/24 h

NFP : GB 7200 ; Hb 17 g/dl ; Plaquettes 143 000

Bandelette U : pas de corps cétonique, pas de glucose, pas de nitrite

Cytochimie: GR 10/mm<sup>3</sup>, leuco 25/mm<sup>3</sup>, prot U 0.8g/24h

Note

Question n° 1 :

Quelle est l'hypothèse diagnostique à évoquer devant ce tableau ?

Question n° 2 :

Quels éléments cliniques d'orientation étiologique et d'évaluation de la gravité sont ils absents de l'énoncé clinique ?

Question n° 3 :

En l'absence de signes de gravité, quels examens doivent ils être réalisés dans la journée?

Question n° 4 :

Sur quels éléments une hospitalisation en urgence doit-elle être décidée ?

Question n° 5 :

Quels traitement et surveillance sont ils à prévoir?

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :**

Module 11 - 2008-2009 - SESSION 2  
Dossier n° 2 - Pr HERZBERG

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 11

Mardi 31 mars 2009 - Cas clinique n°2  
Pr HERZBERG Guillaume  
Dossier Traumatologie

Réservé au  
Secrétariat

Ronan, 33 ans, se présente aux urgences pour un traumatisme du membre supérieur droit au cours d'une chute sur le moignon de l'épaule au football.  
Il se plaint d'une douleur importante avec impotence fonctionnelle totale.  
Son bras est en abduction irréductible.

Note

1. Quels sont les diagnostics probables ?  
Quel est le plus vraisemblable et sur quels arguments ?
2. Que faites vous en priorité ?
3. Quel bilan clinique et radiologique faites vous et que recherchez vous ?
4. Votre diagnostic est confirmé, quelle prise en charge proposez-vous à court et moyen terme ?
5. Quelles sont les suites prévisibles que vous expliquez à Ronan ?  
Quand pourra t-il reprendre le sport ?
6. Ronan vous raconte que c'est la troisième fois que cela arrive et pour des traumatismes de moins en moins importants, quel est votre diagnostic ?  
Que pouvez-vous lui proposer dans ce cas.

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

Module 11 - 2008-2009 - SESSION 2  
Dossier n° 3 - Pr BURILLON

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 2

Mardi 31 mars 2009 - Cas clinique n° 3

MODULE 11 - Dossier Ophtalmologie - Pr BURILLON Carole

Réservé au  
Secrétariat

Un patient tabagique de 75 ans aux antécédents d'hypertension artérielle et de diabète consulte en urgence.



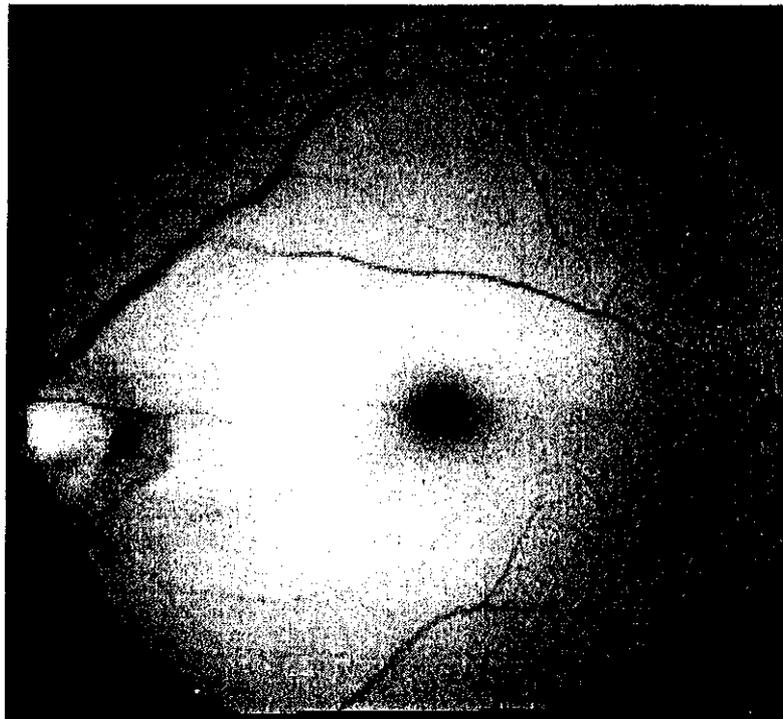
Question 1 : Comment appelle-t-on le signe d'observation présenté par le patient ?

A l'interrogatoire le patient décrit une baisse d'acuité visuelle sur son œil gauche par ailleurs blanc et indolore, survenue brutalement la veille. A l'examen il n'a plus aucune perception de la lumière du côté de l'œil concerné, sa vision est normale sur l'autre œil. Il se dit par ailleurs fatigué et fébrile depuis plusieurs jours et a perdu l'appétit.

Note

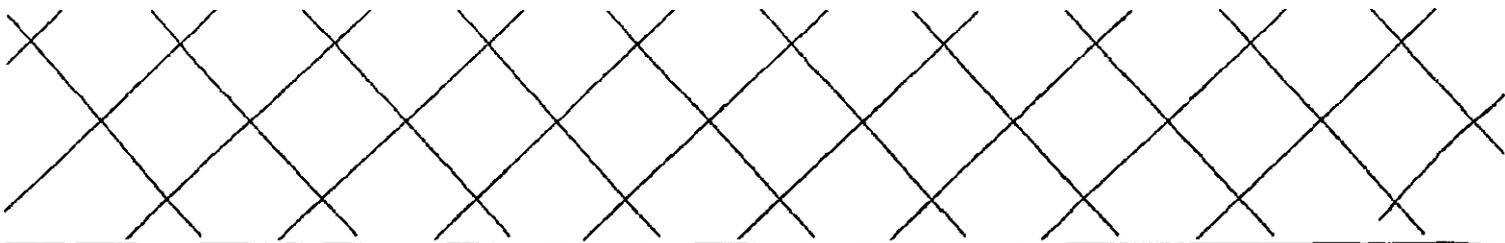
Question 2 : A la lumière de ces éléments, l'anomalie décrite à la question 1 est-elle liée à la présence d'une mydriase de l'œil gauche ou à la présence d'un myosis de l'œil droit ?

L'examen du fond d'œil de l'œil gauche du patient est le suivant.



Question 3 : Décrivez cette image ?

Question 4 : Quel est donc votre diagnostic ophtalmologique? Justifiez ?



---

Le patient vous présente les résultats d'analyses pratiquées récemment par son médecin traitant, la vitesse de sédimentation est à 100 à la première heure, la C réactive protéine est à 150.

Question 5 : Dans ce contexte, quelles sont les 2 pathologies générales à éliminer en urgence ?

Question 6 : Citez les autres causes de baisse d'acuité visuelle brutale sur œil blanc et indolore ?

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :**

Module 11 - 2008-2009 - SESSION 2  
Dossier n° 4 - Dr RICHARD Jean-Christophe

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 4 - 2008-2009 - SESSION 2

MODULE 11

Mardi 31 mars 2009 - Cas clinique n°4

Dr RICHARD Jean-Christophe

Dossier médecin d'Urgence

Réservé au  
Secrétariat

Note

Une jeune femme de 25 ans est piquée par un insecte à son domicile. Elle présente dans les minutes suivantes un état de malaise général, avec dyspnée, céphalées et vertige.

**Question 1.** Quel est votre diagnostic?

**Question 2.** Quels autres signes cliniques recherchez-vous pour argumenter ce diagnostic ?

**Question 3.** Décrire brièvement le mécanisme physiopathologique en cause dans cette affection.

**Question 4.** Le médecin généraliste, est appelé par le mari de la patiente. Il arrive 5 minutes plus tard. Quelle doit-être son attitude ?

**Question 5.** Le SAMU arrive 15 minutes plus tard. Quelle va être la prise en charge thérapeutique au domicile ?

**Question 6.** Malgré le traitement d'urgence fait par le SAMU, la patiente évolue vers une hypotension à 80/40 mm de Hg. a) Que faut-il rechercher pour expliquer l'échec thérapeutique? b) Quelle sera alors la sanction thérapeutique ?

**Question 7.** Que faut-il faire à la sortie du patient de l'hôpital?

# Should you tell patients about beneficial treatments that they cannot have?

**Robert Marcus** consultant haematologist, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 2QQ  
[robert.marcus@addenbrookes.nhs.uk](mailto:robert.marcus@addenbrookes.nhs.uk)

**YES** A man who is losing vision in both eyes from macular degeneration seeks the opinion of an ophthalmologist. The doctor knows there is a new treatment that might save the sight of one or both eyes. It is available and doctors are able to prescribe it. But the treatment has not been approved by the National Institute for Health and Clinical Excellence and primary care trusts are refusing to pay for it. What should the ophthalmologist do?

We are not discussing a treatment that the patient wants but that the doctor considers is inappropriate. It is a treatment that is appropriate but cannot be offered purely for financial reasons.

The patient may or may not be willing to pay for it himself; may or may not have family willing to pay; and may or may not be able to sell his car, which he is unable to drive anyway, to pay for the treatment. If the ophthalmologist does not tell him that such treatment exists, the patient will not even be able to consider his options. Depriving the patient of such knowledge is not only depriving him of choice but is a dereliction of professional duty. In this setting it is the doctor who must be the patient's advocate, and it is a betrayal of trust if the doctor does not act in the patient's best interests.

## Conflict of interest

In virtually all Western societies the direct costs of medical care are paid by a third party—either the state (or one of its agencies) or an insurer. In many the doctor is independent, being reimbursed for services from the third party payer but not employed directly by it. The doctor has no consequent conflict of loyalty or obligation, although there are inevitable limits on the treatments paid for by such agencies. However, in countries such as the United Kingdom, the provision of medical care is a virtual state monopoly funded from general taxation. Many doctors are salaried employees of the state and hence have a supposed dual loyalty—to their

patients and to their employer. Hence the dilemma is genuine: do doctors owe a primary duty to the state or to the patient?

There can be no simple answer as to which treatments should be funded in an era of ever increasing healthcare costs. Any system of healthcare provision will have a limit on the funding available, and those in control of resource allocation will have to take decisions based on a complex relation between cost, efficacy, and affordability.

This, however, is not the question posed above; rather, it is does the citizen have the right to know which treatments the state or

other health provider will fund and those it will not? Furthermore, can an individual make provision for health care over and above what the state will provide without so

distorting the structures of society that the state can legitimately refuse to allow it?

## Hypocrisy of deceit

I would argue that the answer to these questions must be yes. It is both the right of the citizen to know and the obligation of the doctor to impart this knowledge; otherwise the patient is merely the passive recipient of the largesse of the state and the doctor its passive tool. Notions of patient choice, autonomy, and empowerment are mere cant if patients are kept in deliberate ignorance about an effective treatment which they cannot have as a consequence of the system of funding or reimbursement.

It is entirely reasonable for the state or its agencies to say it will fund certain treatments but not others and that if citizens want unfunded therapies they must make private provision. But it is the grossest hypocrisy for the state to pretend to provide universal health care when it cannot, and worse if the only way of maintaining this fiction is to deprive its citizens of the knowledge of treatments that would benefit them.

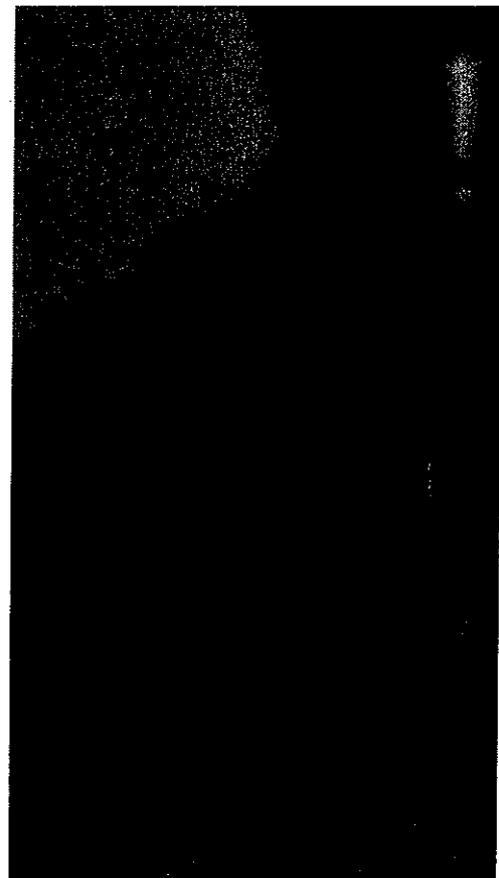
It could be argued that it is harmful to tantalise patients with the prospect of a treatment that the state will not fund if they might not be able to afford it. But once patients are empowered by knowledge they can lobby government or appeal to a local or wider community for financial support. They may

also wish to spend their own money on treatment, which they must be at liberty to do. This last option may be available only to the wealthy or those who take out additional health insurance, but it cannot be right to give information only to those who can afford it and keep the poor in ignorance.

There are of course hidden motives for keeping the citizen in ignorance: sharing knowledge with patients about therapies they should but cannot receive exposes the limitations of the health system that those responsible would rather not be made public.

Doctors must be able to work in any society and with any system of healthcare funding and provision. They will inevitably have to accept limitations in what they can and cannot prescribe. What they should not do is connive with any external agency to deceive patients, who are their primary responsibility.

**Competing interests:** RM has acted as consultant to and has received honoraria from a number of drug companies, none of which are relevant to the case described above.



No healthcare system can afford to pay for all available treatments. **Robert Marcus** believes doctors have a duty to tell patients about unfunded drugs, but **John Firth** argues that it will cause them harm

**John Firth** consultant nephrologist,  
Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 2QQ  
[jfirth@doctors.org.uk](mailto:jfirth@doctors.org.uk)

**NO** I am a nephrologist. Mr Brown, a frail 79 year old man who lives in social housing, comes to my clinic. He has advanced chronic renal failure, cause unknown, but not so far advanced that dialysis would be likely to benefit him, and in previous discussion with me and the dialysis nurses he has said that he doesn't want it in the future anyway. He tells me that he is tired, has no energy, and getting around is more of an effort than it used to be, but he is eating satisfactorily and his diagnosis is that he thinks he's getting old. His haemoglobin is 101 g/l.

I suspect that he would feel better if his haemoglobin was higher. He is not iron deficient. Erythropoietin would be the most appropriate treatment on clinical grounds and likely to be successful. Such treatment

agrees with the current guidance from National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) on managing anaemia in people with chronic kidney disease.<sup>1</sup>

But in these financially more aware times, where will the money come from? The renal service has no budget for erythropoietin for people who are not on dialysis. The primary care trust, many millions of pounds in debt, has declined to provide funding to allow clinical practice to follow the NICE guidance. My trust, which is continually having to deal with both rapidly changing, mutually incompatible imperatives from the centre and unpaid bills for work done, would be

put in a difficult position if I were to ignore all of the above and write a prescription with a likely cost of £2500 a year. And not just for Mr Brown; literally for at least 100 others.

So what do I say to Mr Brown? If he asks me about erythropoietin, then I have no hesitation in talking to him about the matter in an open and honest way. But he does not ask: he is unfamiliar with the internet and has not heard of NICE. Even if he was aware of the drug, I strongly suspect that he "wouldn't want to cause any trouble." So I say nothing about erythropoietin to him. This is undoubtedly a pragmatic approach: discussion would take time and I have an overbooked clinic to finish. There will be complaints if it over-runs by more than it usually does; patients understandably do not want to be kept waiting; loyal nursing and phlebotomy staff want to get home.

But am I right not to tell Mr Brown about the treatment that he cannot have? The very fact that not telling him assists my need to get through the clinic means that my silence deserves particularly careful scrutiny.

#### Duty of care

Forget everything else—my responsibilities to the other patients and colleagues, etc—my main duty of care is to Mr Brown, and I must behave properly towards him. Would he be better off if I told him that there were

some injections that would probably give him a bit more energy, but the wherewithal cannot be found to get them for him?

Two ethical principles seem to be clearly relevant and in conflict. By not telling him about the drug I could be said to be failing to respect his autonomy, but in any real sense autonomy must mean that he could make a choice, and he has none. By telling him I will be doing him harm: he could not benefit physically from a treatment he would not receive, and if he ruminated on

the matter then I cannot imagine that such ruminations would do anything other than cause unhappiness. So I keep silent.

**The very fact that not telling him assists my need to get through the clinic means that my silence deserves particularly careful scrutiny**

#### Matching up to GMC guidelines

But again I am worried that I might have got things wrong. How does my behaviour match up to the stipulations of the General Medical Council's guidelines on good medical practice?<sup>2</sup> Paragraph 9 states: "You must give priority to the investigation and treatment of patients on the basis of clinical need, when such decisions are within your power. If inadequate resources, policies, or systems prevent you from doing this, and patient safety is or may be seriously compromised, you must follow the guidance in paragraph 6."

So, if I decide that Mr Brown is being seriously compromised I must (paragraph 6), "Draw the matter to the attention of [my] employing or contracting body." This is what I have done and will continue to do, in more discussions than I can remember with primary care trusts, commissioners, and within the trust, and in the drafting of one of many (not yet accepted) business plans.

Should the day come that the financial shackles are loosened I will tell Mr Brown that there is something that may help, and if things get really bad for him before then I will prescribe and take the flak. But in the meantime it would simply cause harm and be bad medicine to tell him about a treatment that he cannot have.

Competing interests: None declared.

References are in the full version on [bmj.com](http://bmj.com)

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :** ANGLAIS MEDICAL- 2008-2009 - SESSION 1 - LGB - DCEM 2-3-4 - de **PLACE**

Pr Gilles PERRIN

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
OPTIONNEL "ANGLAIS MEDICAL" - Jeudi 30 avril 2009 - 15h00-17h00  
Pr Gilles PERRIN

Réservé au  
Secrétariat

- 1) Read the following paper and sum up the contents (maximum 2 pages)
- 2) Give your personal opinion about the topic with special references ethical points (maximum 2 pages)
- 3) Please explain in english language the meanings of words, idioms or concept oftenly used in hospital : (answer in maximum 2 sentences)

- Duty service
- Efficacy
- Effectiveness
- Clinical outcome
- To be boarded in orthopaedic surgery
- Reference to/ Discharge from hospital
- Sickness
- Illness
- Disease

Note

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : 2008-2009 - SESSION 1 / MAI 2009 - DCEM 2-3-4  
Santé Mère Enfant - Dr HJ Clément

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
"Santé de la Mère et de l'Enfant" - Jeudi 07 mai 2009 - 13H30-16h30  
Sujet de Parasitologie : (Barème 30 pts)  
Pr F. PEYRON

Madame V, 32 ans, enceinte (dernières règles le 30/9/2008) consulte le 2 avril 2009 pour avoir des information sur ses sérologies toxoplasmiques.

- 1ère sérologie toxoplasmique en cours de grossesse le 2/12/08  
ELISA IgG = 0, ELISA IgM = 0

- 2ème sérologie toxoplasmique du 9/3/09  
ELISA IgG = 0 (seuil > 10) ELISA IgM = 12 (seuil > 5)

- 3ème sérologie toxoplasmique du 20 /3/09  
ELISA IgG = 60 (seuil > 10) ELISA IgM = 15

Note

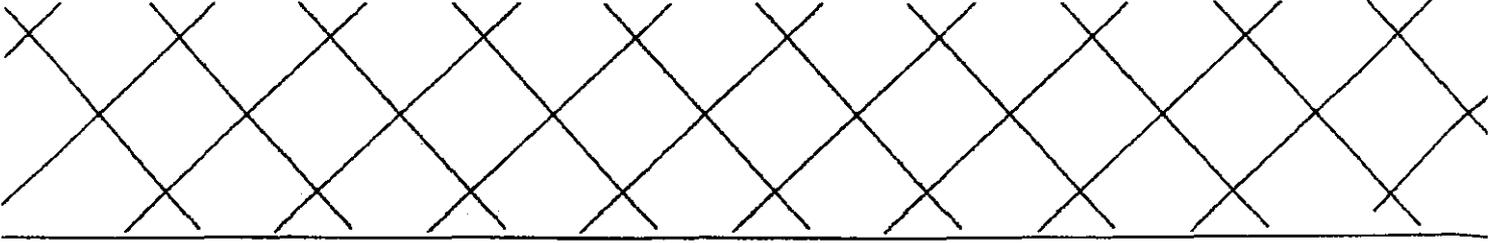
1°) Vers quelle date (Calendrier) la contamination toxoplasmique a-t-elle pu se produire ?

2°) Comment la patiente a-t-elle pu contracter la maladie ? Citez les 2 modes de contamination les plus fréquents

3°) En fonction de la date de contamination, le risque d'atteinte fœtale est il fréquent :

oui - non ( entourer la bonne réponse)

-Si la contamination se produit, les risques pour le fœtus sont :  
graves - pas graves ( entourer la bonne réponse)

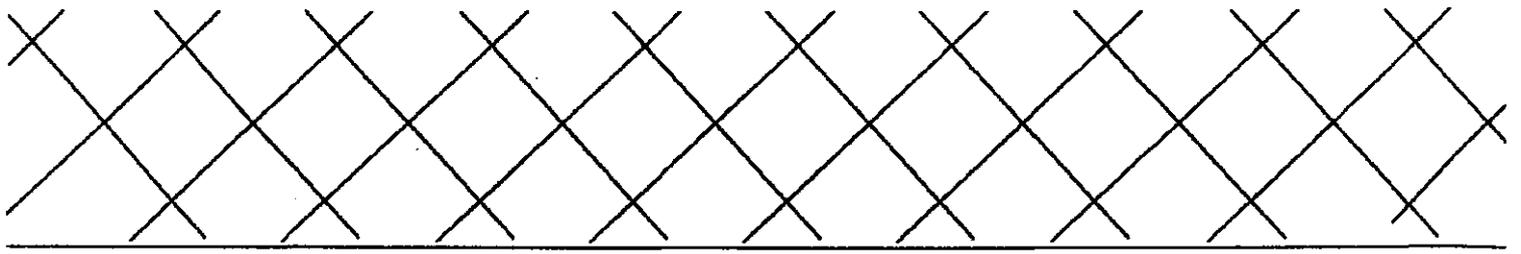


---

**4°) Dans le cadre d'un diagnostic ante-natal quel(s) examen(s) prescrivez-vous ?**

**5°) Quels différents résultats possibles attendez-vous de ces examens ?**  
(Décrivez les différentes combinaisons de positivité –négativité des ces examens et pour chacune d'entre elles décrivez les conseils que vous donnerez à Mme V.).

**6°) Dans quelle(s) circonstance(s) conseillez-vous une interruption de grossesse ?**



---

**7°) A la naissance, quels examens paracliniques et biologiques demanderez-vous ?**  
Pour la mère ?

Pour l'enfant ?

**8°) Mme V. vous demande si elle peut transmettre par contact direct la toxoplasmose à son enfant de 2 ans, que lui répondez vous ?**

Réservé au secrétariat

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :** 2008-2009 - SESSION 1 / MAI 2009 - DCEM 2-3-4  
Santé Mère Enfant - Dr PLOIN

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
"Santé de la Mère et de l'Enfant" - Jeudi 07 mai 2009 - 13H30-16h30

**QUESTION D'EXAMEN :** (Barème 20 pts)  
Dr PLOIN

Réservé au  
Secrétariat

Accident de l'enfant : principales causes en fonction de l'âge ; mécanismes favorisant les accidents ; typologie parentale et de l'entourage humain.

**Note**

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :** 2008-2009 - SESSION 1 / MAI 2009 - DCEM 2-3-4  
Santé Mère Enfant - Dr R. DUBOIS

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
"Santé de la Mère et de l'Enfant" - Jeudi 07 mai 2009 - 13H30-16h30

Cas Clinique (Barème 20 pts)  
Dr R. DUBOIS

Réservé au  
Secrétariat

Un nourrisson de 48 heures présente à la maternité un syndrome occlusif. On observe un ballonnement abdominal important et douloureux, des vomissements bilieux depuis plusieurs heures.

- 1) Quel autre élément clinique important faut-il rechercher par l'interrogatoire ?
- 2) Quelle est la conduite à tenir immédiate ?
- 3) Le diagnostic de maladie de Hirschsprung est évoqué, quelles sont la physiopathologie et la localisation de cette maladie ?
- 4) Comment est fait le diagnostic de certitude ?
- 5) Décrivez succinctement le principe du traitement curatif ?

Note

NOME DE L'ÉCOLE (C'est le nom de l'école)

Adresse de l'école

Code postal de l'école

Numéro de l'école

Quelle est la langue officielle de l'école? (C'est la langue officielle de l'école)

(C'est la langue officielle de l'école)

Région de l'école

Le directeur de l'école a-t-il été nommé par le conseil d'école? (C'est le conseil d'école qui nomme le directeur de l'école)

Questions:

1) Quelles sont les langues officielles de l'école? (C'est la langue officielle de l'école)

2) Quelles sont les langues officielles de l'école? (C'est la langue officielle de l'école)

3) Quelles sont les langues officielles de l'école? (C'est la langue officielle de l'école)

4) Après avoir lu le rapport de l'école, le conseil d'école a-t-il été nommé par le conseil d'école? (C'est le conseil d'école qui nomme le directeur de l'école)

Notes

**NOM et Prénoms :** .....  
(en caractère d'imprimerie)

**Epreuve de :** 2008-2009 - SESSION 1 / MAI 2009 - DCEM 2-3-4  
Cas clinique Allaitement - Pr LACHAUX-Dr LORAS

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
"Santé de la Mère et de l'Enfant" - Jeudi 07 mai 2009 - 13H30-16h30

**CAS CLINIQUE : ALLAITEMENT (Barème 30pts)**  
Pr LACHAUX / Dr LORAS

Réservé au  
Secrétariat

Une femme de 26 ans vient d'accoucher par voie basse et sans problème particulier de son troisième enfant. Elle consulte 7 jours après son accouchement car elle se plaint de ne pas avoir assez de lait pour son nourrisson. Elle vous signale qu'elle a débuté son allaitement précocement c'est-à-dire dès le lendemain (9h le matin) de son accouchement (accouchement la veille à 14h). Comme elle avait peu de lait, la sage femme a prescrit pour son nourrisson un complément de lait maternisé (lait hypo-allergénique), 5 biberons de 50 gr/24 heures, à proposer pour les 3 premiers jours de vie, en attendant la montée de lait. Une prescription complémentaire de vitamine K (2 mg/semaine) a aussi été réalisée. L'interrogatoire de la mère nous apprend aussi qu'elle lui propose le sein (alternativement gauche, puis droit), 3 fois/jour durant 10 minutes. Elle précise aussi que son nourrisson n'a pas pris de poids, tête mal et semble pas avoir faim lors qu'elle lui propose le sein, aussi elle a maintenu l'apport lacté complémentaire avec des biberons qu'il prend bien (5 fois 50 gr).

Lors de la consultation, Alexis pèse 3260 grammes pour un poids de naissance de 3200 grammes. L'examen est normal.

Note

- 1°) Quels commentaires pouvez vous faire sur la manière dont cet allaitement a été débuté ?
- 2°) La prescription des compléments lactés chez cette mère qui se plaint de ne pas avoir assez de lait vous semble-t-elle judicieuse ?
- 3°) Connaissez-vous un moyen simple et complémentaire de la prise de poids pour savoir si la ration lactée de ce nourrisson est suffisante ?
- 4°) Que proposez-vous comme prise en charge à cette mère ?
- 5°) Pour quelle raison on réalise une supplémentation en vitamines K en cas d'allaitement ?
- 6°) Une supplémentation avec d'autres vitamines est elle justifiée ? (argumenter la réponse).
- 7°) Une supplémentation en fer est proposée, est elle utile ? (argumenter la réponse).
- 8°) L'ordonnance de départ de la maternité précise qu'il faut réaliser après chaque tétée une toilette soigneuse des seins comportant d'abord un lavage au savon surgras, puis une désinfection du mamelon et de l'aréole à l'hexomédine aqueuse ou à l'alcool iodé, ainsi qu'un séchage au sèche-cheveux.  
Que pensez-vous de ces conseils, des modifications seraient elles utiles (justifier la réponse)?

Réservé au secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : Anat,Topo et Desc. - 2008-2009 - SESSION 1 -DCEM 2-3-4 / P.  
Feugier - Mai 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
Anatomie Descriptive et Topographique - Jeudi 14 mai 2009 - 13H30-15h30

Réservé au  
Secrétariat

Question n°1 : Pr Patrick Feugier

La pince aorto-mésentérique : situation, éléments anatomiques et description  
(schéma possible)

Note



Réservé au secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : Anat,Topo et Desc. - 2008-2009 - SESSION 1 -  
DCEM 2-3-4 / Pr J.L Peix - Mai 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
Anatomie Descriptive et Topographique - Jeudi 14 mai 2009 - 13H30-15h30

Réservé au  
Secrétariat

Question n°3 : Pr JL Peix

Anatomie topographique et variations de situation des parathyroïdes PIII

Note

Réservé au secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : Anat,Topo et Desc. - 2008-2009 - SESSION 1 -  
DCEM 2-3-4 / Dr J. Chouteau - Mai 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
Anatomie Descriptive et Topographique - Jeudi 14 mai 2009 - 13H30-15h30

Réservé au  
Secrétariat

Question n°4 : Dr J.Chouteau

Insertions et trajet du ligament croisé antérieur

Note

Réservé au secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

Anat,Topo et Desc. - 2008-2009 - SESSION 1 -  
DCEM 2-3-4 / Pr Froment - Mai 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
Anatomie Descriptive et Topographique - Jeudi 14 mai 2009 - 13H30-15h30

Réservé au  
Secrétariat

Question n°5: Pr JC Froment

Définition du plan bi-commissural-  
Comment est-il repéré sur une coupe d'IRM cérébrale sagittale ? Comment le reconnaît-  
on dans un plan transversal

Note

Réservé au secrétariat

NOM et Prénoms : .....  
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : Anat,Topo et Desc. - 2008-2009 - SESSION 1 -  
DCEM 2-3-4 / Dr GUIBAL - Mai 2009

N° de PLACE

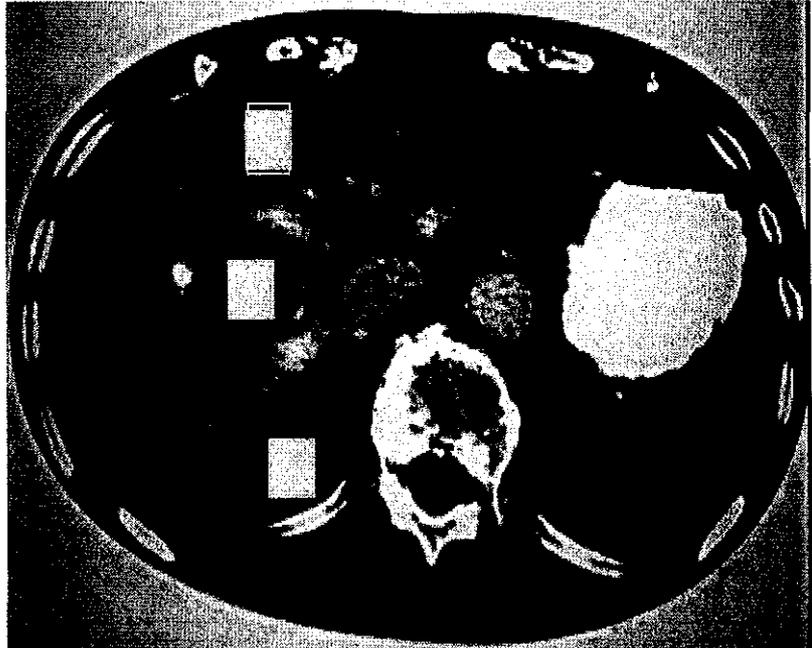
UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2-3-4 - 2008-2009 - SESSION 1  
Anatomie Descriptive et Topographique - Jeudi 14 mai 2009 - 13H30-15h30

Réservé au  
Secrétariat

Question n°6 : Dr A.Guibal

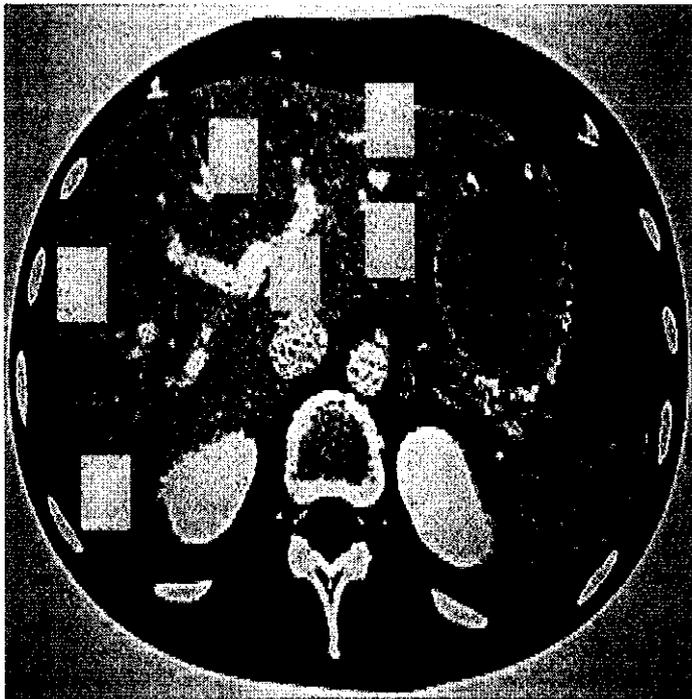
Numérotez les différents segments hépatiques sur ces 3 coupes de scanner.  
Annotez sur chaque page correspondante.

Note



-DCEM2-DCEM3 DCEM4  
Certificat optionnel d'Anatomie Descriptive et Topographique  
1<sup>ère</sup> session : épreuve le 14 mai 2009

Question n°6 : (suite) Dr A.Guibal



-DCEM2-DCEM3 DCEM4  
Certificat optionnel d'Anatomie Descriptive et Topographique  
1<sup>ère</sup> session : épreuve le 14 mai 2009

Question n°6 : (suite) Dr A.Guibal

