

Annales 2007-2008 :

DCEM2

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Module 14 - DCEM 2 - JANVIER 2008 - 1ère session

Epreuve de :

Endocrinologie - F. Borson-Chazot

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008
MODULE 14 - Mardi 8 janvier 2008 - 13h30-16h30
ENDOCRINOLOGIE (1 heure) -Pr F.BORSON-CHAZOT

Réservé au
Secrétariat

Madame L. Marie-claude, âgée de 47 ans, vous consulte parce qu'elle vient d'avoir un accident de voiture sans gravité alors qu'elle s'était assoupie au volant. A l'interrogatoire, elle signale que son sommeil est de mauvaise qualité et qu'elle ne se sent pas reposée au lever.

Ses antécédents personnels sont marqués par une hypertension artérielle traitée par bêta- bloquant et un goitre ancien. Elle est ménopausée depuis 2 ans environ sans traitement hormonal substitutif. Des explorations sont en cours pour un syndrome du canal carpien bilatéral.

On ne trouve pas d'antécédents familiaux particuliers. A l'interrogatoire, vous trouvez des sueurs nocturnes. A l'examen, vous êtes frappé(e) par l'aspect élargi de ses mains et de ses pieds. La patiente a été obligée de couper son alliance qui la serrait trop.

Note

- 1) Citez les signes cliniques qui font évoquer le diagnostic d'acromégalie. Quels autres signes cliniques devez-vous rechercher ? Quel est le bilan biologique hormonal à réaliser pour confirmer votre diagnostic ?
- 2) Le diagnostic est confirmé. L'examen du champ visuel est normal. Vous demandez une IRM hypophysaire qui montre un macro-adénome intra-sellaire de 12 mm de diamètre. Faut-il explorer les autres secteurs hormonaux ? si oui quels examens demandez-vous et dans quel but ?
- 3) La glycémie est à 1,29 g/l contrôlée à 2 g/l en post-prandial. Deux ans plus tôt, elle était à 1,10 g/l à jeun. Qu'en concluez-vous ? Comment expliquer cette évolution alors que le poids de la patiente n'a pas varié ?
- 4) Comment interprétez-vous les troubles du sommeil ? Quelle exploration demandez-vous pour le confirmer
- 5) Quels sont les principaux risques encourus par cette malade en l'absence de traitement ?
- 6) La patiente vous demande si toutes les prises de sang que vous avez réalisées ont permis de confirmer sa ménopause qu'elle vit mal psychologiquement. Le bilan gonadotrope trouve une FSH à 7 UI/l, une LH à 6,1 UI/l et un taux d'estradiol < 11 pg/ml. Comment expliquez vous cette discordance ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 14 - Pr Fouque
Néphrologie - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008

MODULE 14 - Mardi 8 janvier 2008 - 13h30-16h30

Néphrologie (1 heure) - Pr FOUQUE

Cas clinique - 1h

Mr Faur. Alb., 70 ans, vous consulte pour découverte d'une hypertension artérielle. Il est porteur d'un diabète découvert il y a 12 ans, traité par des antidiabétiques oraux. Vous mesurez la pression artérielle couchée, après 10 min de repos et trouvez 165/90 mmHg. Il pèse 85 kg pour 1,70 m. Par ailleurs, il présente des oedèmes des chevilles, apparus il y a 6 mois environ. Il a apporté des résultats biologiques des 3 dernières années et vous les montre :

2004 : créatininémie 80 $\mu\text{mol/l}$, HbA1C 7,5%, microalbuminurie 200 mg/l

2005 : créatininémie 120 $\mu\text{mol/L}$, HbA1C 8%

2007 : créatininémie 250 $\mu\text{mol/l}$, hémoglobine 120 g/l, HbA1C 7,5%, kaliémie 3,9 mmol/l, calcémie 2,05 mmol/l, phosphatémie 1,3 mmol/l, LDL-cholestérol 1,5 g/l, protéinurie 4 g/j

Question 1 : Quels paramètres confirment une atteinte rénale et depuis quelle année la retenez-vous ?

Question 2 : L'ancienneté de son diabète est-elle compatible avec cette maladie rénale ?

Question 3 : Citez 2 examens autres que néphrologiques à réaliser afin d'évaluer des complications d'organe du diabète ?

Question 4 : Quelle est la fonction rénale estimée en 2007 ? Y a-t-il une insuffisance rénale ?

Question 5 : Il n'a aucun traitement anti-hypertenseur. Que prescrivez-vous en 1ère intention ? Quel est votre objectif tensionnel ?

Question 6 : Vous le revoyez 6 mois après. Sa pression artérielle est à 150/90 mmHg. Quelle autre classe médicamenteuse allez-vous ajouter ?

Question 7 : Il est maintenant bien équilibré sur le plan tensionnel. Sa protéinurie des 24h est à 2 g/j. Que proposez-vous ?

Question 8 : Son traitement antidiabétique comporte de la metformine (Glucophage®) 1700 mg/j et du répaglinide (Novonorm®) 3 mg/j et son hémoglobine glyquée est maintenant à 6,2%. Etes-vous satisfait du résultat ? Que proposez-vous ?

Question 9 : Citez 2 autres anomalies biologiques liées à la maladie rénale nécessitant une correction (ne pas indiquer de médicaments).

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Module 14 - DCEM 2 - JANVIER 2008 - 1ère session

Epreuve de :

Hématologie - M. Michallet

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008

MODULE 14 - Mardi 8 janvier 2008 - 13h30-16h30

HEMATOLOGIE (1 heure) -Pr M, MICHALLET

Réservé au
Secrétariat

Mr Y, 47 ans, aux ATCD de myocardopathie ischémique, vient consulter son médecin traitant pour l'apparition de ganglions dans le cou apparus depuis plus d'un mois, non douloureux, associés à une asthénie et à un essoufflement.

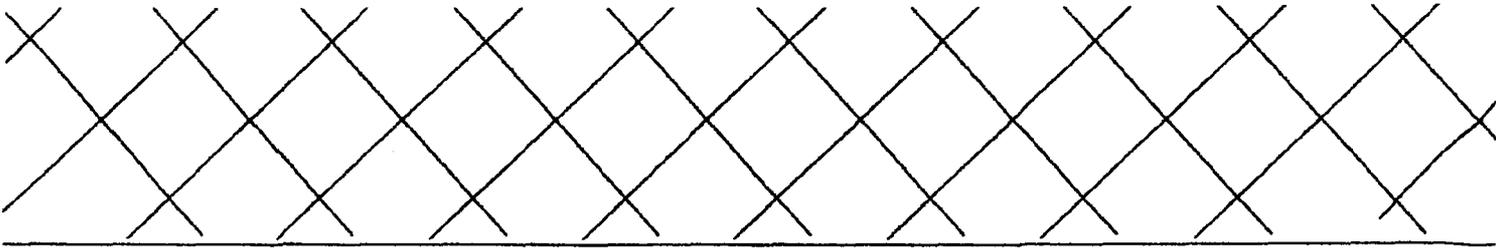
L'examen clinique retrouve effectivement des adénopathies molles cervicales gauches et droites de 3 cm mais aussi en localisation axillaire droite (2 cm). Le patient est apyrétique. Le reste de l'examen est sans particularité en dehors d'un teint un peu cireux et d'une tachycardie sinusale à 105/mn.

Question 1 : Quelles sont les grands mécanismes physiopathologiques responsables d'ADP (citez un exemple pour chaque cas)?

Note

Question 2 : Dans cette situation d'ADP disséminées, quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

Question 3 : L'hémogramme retrouve des GB à 86 G/l, PNN à 6%, Lymphocytes à 90%, Monocytes à 4%, Basophiles à 0%, Eosinophiles 0%, hémoglobine à 87 g/l, VGM à 92 fl et des plaquettes à 88 G/l. Décrivez les anomalies de l'hémogramme. Quel diagnostic et son stade évoquez-vous en premier lieu ?



Question 4 : Quels sont les 2 grands mécanismes possibles de l'anémie chez ce patient ?

Question 5 : Quels examens sanguins peuvent vous permettre de faire la différence ?

Question 6 : Il n'y a pas d'anémie hémolytique. Vous voulez transfuser le patient, quels sont les démarches indispensables pour le réaliser en toute sécurité ?

Question 7 : Faut-il traiter le patient ? Si oui, comment ?

Question 8 : Quelles sont les complications les plus fréquentes au cours de l'évolution ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 2 - Pr CALENDER
Génétique - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

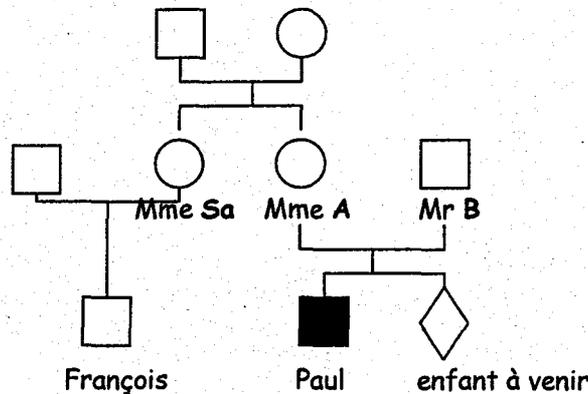
UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008

MODULE 2 - Vendredi 11 janvier - 13h30 - 16h30

Génétique - Pr Alain CALENDER

Réservé au
Secrétariat

Mme A et Mr B, jeunes parents en parfaite santé, consultent car leur garçon 'Paul', âgé de 7 ans présente des difficultés d'adaptation scolaire avec hyperactivité, agressivité et troubles de la concentration. Son pédiatre a évoqué une légère dysmorphie faciale sans évoquer de syndrome particulier et vous adresse le couple. Paul a présenté jusqu'à l'âge de 3 ans des convulsions hyperthermiques assez sévères, régressives sous traitement antiépileptique. La sœur de Mme A, soit Mme Sa, est profondément dépressive. Elle a un fils, François, âgé de 10 ans et en parfaite santé. Enfin, Mme A et Mr B attendent un nouvel enfant, la grossesse étant évaluée à 12 semaines d'aménorrhée.



Note

1. Quel syndrome évoquez vous ? .. sur quels critères ?, et décrivez en quelques lignes comment vous transmettez l'information au couple
2. Devant cette situation, citez, parmi les démarches diagnostiques envisagées, les trois plus urgentes à entreprendre
3. Peut-on faire un lien entre la dépression dont souffre Mme Sa et la situation du couple parental et de Paul. Si oui, quelles sont les hypothèses génétiques et physiopathogéniques ?
4. François aurait-il pu présenter la même maladie que Paul ? ... si oui, argumentez, et dans ce cas, expliquez pourquoi il semble en parfaite santé
5. Résumez la stratégie (clinique, biologique) que vous allez engager pour le diagnostic prénatal chez l'enfant en conception par le couple Mme A / Mr B
6. Rappelez brièvement les mécanismes de la mutation du syndrome diagnostiqué dans cette famille et la physiopathogénie associée du gène concerné

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 2 - Gynécologie - Prof. Mellier
Cas clinique n° 1 - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE 2 - Vendredi 11 janvier 2008 - 13h30 - 16h30
Gynécologie (1 h) - Pr Georges MELLIER

Réservé au
Secrétariat

Madame T.... a 38 ans. Elle a dans ses antécédents une toxémie gravidique sévère et précoce avec un accouchement il y a dix ans d'un enfant de 1000 gr à 28 semaines d'aménorrhée. L'accouchement a été réalisé par césarienne. Son enfant va bien. Elle a changé de partenaire et souhaite avoir avec lui un autre enfant. Elle vous demande conseil.

Question 1 : Que répondez-vous ?

Elle a maintenant un retard de règle de un mois et vient pour la déclaration.

Question 2 : Que lui proposez-vous à cette consultation ?

Question 3 : Comment allez vous organiser la surveillance de sa grossesse ?

Au début du 7ème mois à 28 semaines d'aménorrhée elle est très anxieuse. La tension artérielle est à 130/85 mm de mercure. L'albuminurie est négative, la hauteur utérine est à 25 cm, le col est long, fermé, postérieur. Il s'agit d'une présentation du siège mobile. Elle présente quelques contractions utérines non douloureuses surtout le soir en fin de journée. Il n'y a pas de métrorragies.

Question 4 : Que pensez-vous de cet examen et que faites-vous ?

A 35 semaines d'aménorrhée elle présente des pertes de sang noir peu abondantes. La tension artérielle est à 145/90 mm de mercure, la hauteur utérine est à 27 cm. Les mouvements fœtaux sont bien perçus. L'utérus est tendu et elle présente des contractions douloureuses qui se rapprochent.

Question 5 : A quoi pensez-vous ? Argumentez votre diagnostic.

Elle accouche à nouveau par césarienne d'un enfant qui pèse 2000 gr. Après un court séjour de son enfant en néonatalogie elle rentre à son domicile avec lui. Elle le nourrit au sein. Elle nous appelle car elle a 38°5 de température 15 jours après l'accouchement.

Question 6 : Quelles peuvent être les étiologie de cette hyperthermie et comment préciser votre diagnostic ?

Question 7 : A la maternité le service a omis de lui parler de contraception. Que pouvez-vous lui proposer pendant la période d'allaitement et plus à distance.

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 2 - Pédiatrie - Pr Claris
Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008

MODULE 2 - Vendredi 11 janvier - 13h30 - 16h30

Pédiatrie (1h) - Pr Olivier CLARIS

Une jeune femme de 27 ans, primigeste nullipare, sans profession, de groupe sanguin O Rhésus négatif, mesurant 166 cm pour un poids habituel de 59 kg, vous consulte pour la déclaration de grossesse. Au cours de l'interrogatoire vous apprenez qu'elle fume 20 cigarettes par jour, qu'elle consomme ponctuellement de l'héroïne et du cannabis, et qu'elle boit volontiers une cannette de bière par jour.

Question 1 : Elle vous demande des conseils vis à vis de son addiction. Que lui expliquez-vous ?

Au moment d'aborder la prescription des sérologies à effectuer, elle paraît réticente quant à la détermination de la sérologie HIV.

Question 2 : Quels arguments lui indiquez-vous afin de la convaincre d'accepter cette sérologie ?

Après avoir finalement compris vos explications claires, les sérologies sont réalisées avec les résultats suivants :

Syphilis : négative

Hépatite B : positive

Hépatite C : positive

HIV : négative

Toxoplasmose : négative

Rubéole : négative.

Question 3 : Quelle surveillance mettez-vous en place pour la fin de la grossesse ?

L'accouchement se déclenche spontanément au terme de 38 semaines d'aménorrhée révolues, et lorsque la sage-femme examine cette patiente, le col est dilaté à 3 cm, et les contractions utérines commencent à se régulariser. La sage-femme s'enquiert de l'examen bactériologique effectué au 8èmois, dont la patiente ne se souvient plus.

Question 4 : De quel prélèvement s'agit-il ? Quelle doit être la conduite à tenir ?

Une petite fille naît après un travail de 10 heures. Son poids de naissance est de 2900 g, pour une taille de 49 cm et un périmètre crânien de 34,5 cm. Le coefficient d'Apgar est coté à 9 à 1 mn, 10 à 3, 5 et 10 mn de vie. SA mère souhaite l'allaiter.

Question 5 : Est-ce possible ? Comment favoriser l'allaitement maternel dès la naissance ?

Environ 12 heures après la naissance la sage-femme du service de suite de couches note un ictère débutant, qui s'accroît rapidement, justifiant un dosage de la bilirubine à 36 heures de vie. Le taux est de 330 µmol/L. L'enfant est calme, semble rassasiée alors qu'elle est exclusivement allaitée, et pèse 2790 g.

Question 6 : Quel est votre diagnostic ? Comment l'établissez-vous ? Quelle surveillance instaurez-vous ?

La patiente souhaite rentrer chez elle 24 heures plus tard, et demande à vous parler devant le refus de la sage-femme.

Question 7 : Détaillez ce que vous allez expliquer à cette patiente.

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

DCEM 2 - Module 3A- Psychiatrie-Pr D'Amato
Cas clinique n° 1-Janvier 2008

Epreuve de :

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008
MODULE 3A - Mardi 15 janvier - 14h - 16h
Pr Thierry D'AMATO

Réservé au
Secrétariat

Note

Cas clinique n° 1 - 1h

Mme A, 54 ans, vient de passer 24 heures de surveillance aux urgences. Sa fille, avec qui elle vit, l'avait retrouvée somnolente sur son lit avec à ses côtés une boîte de benzodiazépine anxiolytique. Mme A disait en avoir ingurgité la totalité de ce traitement prescrit la veille par son médecin généraliste.

Lors de l'interrogatoire médical, la patiente ne parle presque pas, se contentant de répondre par des monosyllabes à vos questions. Son visage est triste et figé. Elle vous dit avoir fait ce geste « pour en finir » et laisse échapper à voix basse « j'aurai dû mourir à sa place, il ne reviendra jamais ». Elle reste immobile sur sa chaise en fixant le sol du regard. Sa fille vous explique que Mme A, ouvrière dans le textile, a cessé de se rendre à son travail depuis 15 jours et passe ses journées seule chez elle. Réveillée dès 4 heures du matin, elle ne mange plus que si sa fille la sollicite. Celle-ci n'est à la maison que deux soirs par semaine et semble exaspérée par le comportement de sa mère. Mme A est veuve depuis 12 ans et, récemment, ne cesse de regarder l'album photo de son mariage.

Mme A n'a aucun antécédent médico-chirurgical.

L'examen physique est normal ainsi que le ionogramme, la numération et l'électrocardiogramme.

Questions :

1. Faire l'analyse de la séméiologie présentée par Mme A.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle mesure thérapeutique s'impose ici ? Justifier votre réponse
4. Quel traitement médicamenteux doit être prescrit et dans quelles conditions ?
5. Quelle alternative au traitement médicamenteux connaissez-vous ? A quelle(s) condition(s) y aurez-vous recours ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 3 A - Psychiatrie - Pr D'amato
Cas clinique n° 2 - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008-
MODULE 3A - Mardi 15 janvier -14h - 16h
Pr Thierry d'AMATO

Cas clinique n° 2 - 1h

Réservé au
Secrétariat

Pierre a 24 ans lorsqu'il est amené aux urgences par les sapeurs pompiers. Ils sont intervenus sur son lieu de travail, une entreprise de service informatique, car il s'était mis à casser tous les ordinateurs du bureau en tenant des propos incohérents. A son admission aux urgences, il se montre très agressif, profère des paroles inintelligibles et fait des gestes menaçants lorsque les infirmiers tentent de lui parler. Le patient est hospitalisé au service des urgences. Le lendemain, il est calme. Lorsqu'il est vu en entretien par le psychiatre, il tient les propos suivants : « je dois sauver le monde, détruire le réseau internet car je suis le fils de Dieu. Je suis attaqué par les ondes, elles me volent mes pensées et m'injectent un courant électrique sous la peau. Elles m'envoient des images sous les paupières et me parlent à l'oreille. C'est incompréhensible, j'aime les chats pourtant ». Lorsque l'hospitalisation lui est proposée, il répond : « je ne pense pas rester ici ou bien me lever ou bien partir, enfin je crois. »

Note

Ses parents, qui ont été contactés décrivent Pierre, leur fils unique, comme un élève brillant, diplômé d'une prestigieuse école d'ingénieur depuis l'âge de 22 ans. Il vient de prendre son premier emploi dans cette entreprise d'informatique après une période de chômage prolongée depuis sa sortie de l'école. Il vit seul dans un studio et est peu entouré sur le plan affectif : il n'a qu'un seul ami avec qui il joue aux échecs. Lorsque l'examen physique peut être réalisé, il ne montre aucune particularité.

Question 1

Quelles premières mesures thérapeutiques proposez-vous devant cette crise d'agitation lors de l'arrivée aux urgences ?

Question 2

Faire l'analyse séméiologique du discours du patient.

Question 3

Quel est votre diagnostic concernant l'ensemble de tableau clinique ?

Question 4

Quelle modalité d'hospitalisation vous semble la plus indiquée pour ce patient ? justifier votre réponse.

Question 5

Rédiger l'un des certificats nécessaires à cette hospitalisation.

Réservé au secrétariat

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 7 -Sante et environnement -
Pr Vanhems - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008
MODULE 7 - SANTE ET ENVIRONNEMENT - Mercredi 16 janvier - 14h - 16h

Réservé au
Secrétariat

Sujet : P. Vanhems

Définissez les études suivantes et citer leurs avantages et leurs inconvénients :

- les études descriptives
- les études cas témoin
- les études de cohortes

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 7 -Sante et environnement -
Dr Davezies / Dr Normand - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008-
MODULE 7 - SANTE ET ENVIRONNEMENT - Mercredi 16 janvier - 14h - 16h

Réservé au
Secrétariat

Sujet : P. Davezies - JC Normand

Un homme de cinquante ans, salarié, a effectué toute sa carrière professionnelle comme chaudronnier, dans la métallurgie. Il se plaint d'une baisse de l'audition et vient vous demander conseil.

- 1) Quelles sont les principales caractéristiques (cliniques et examens complémentaires) d'une surdité par traumatisme sonore chronique d'origine professionnelle ?
- 2) Expliquez au patient, les principaux avantages que lui procurerait une éventuelle reconnaissance comme maladie professionnelle indemnisable.

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 7 -Sante et environnement -
Dr Giard - Janvier 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008
MODULE 7 - SANTE ET ENVIRONNEMENT - Mercredi 16 janvier - 14h - 16h

Réservé au
Secrétariat

Sujet : M. Giard

Investigation d'une épidémie

Vous êtes médecin hygiéniste à l'hôpital. Le médecin du service des urgences vous contacte car il a l'impression d'une récente augmentation du nombre de cas d'infections à *Clostridium difficile* dans son service. Il vous demande d'investiguer pour confirmer l'existence ou non d'une épidémie et pour savoir quelles mesures mettre en œuvre pour stopper la diffusion de ce germe.

1. Définissez une épidémie.
2. Donnez les différentes étapes de l'investigation d'une épidémie.
3. Pour déterminer les facteurs de risque de cette infection dans ce service, quel type d'étude proposez-vous d'effectuer ?
4. Quel est l'objectif final d'une telle investigation ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 6 - Douleur Soins Palliatifs - Accompagnement
Cas clinique n° 1 - Janvier 2008 - 1ère session

de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008 -
MODULE 6 - vendredi 18 janvier -13h30 - 15h
Pr Jean-Paul VIALE (Croix-Rousse)

Cas clinique n° 1 - 45 minutes

Un patient, âgé de 67 ans, vient consulter dans le cadre de sa maladie diabétique que vous suivez depuis une dizaine d'années. Sa consultation est motivée par l'apparition de douleurs localisées aux membres inférieurs qui deviennent invalidantes pour la marche et gênantes pour le repos nocturne. Il existe, par ailleurs, une atteinte rénale modérée probablement dans le cadre d'une néphropathie diabétique.

Question 1

Quels sont les éléments de l'interrogatoire à recueillir pour préciser l'origine de la douleur ?

Question 2

Quel examen clinique pratiquez-vous pour préciser l'origine de la douleur ?

Question 3

Définissez le mot « allodynie »

Question 4

Vous concluez au diagnostic de la douleur neuropathique, quel traitement proposez-vous ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : DCEM 2 - Module 6 - Douleur Soins Palliatifs - Accompagnement
Cas clinique n° 2 - Janvier 2008 - 1ère session

de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008 -
MODULE 6 - vendredi 18 janvier - 13h30 - 15h
Dr Gisèle CHVETZOFF - Centre Léon Bérard

Réservé au
Secrétariat

Cas clinique n° 2 - 45 minutes

Madame F 44 ans, est atteinte d'un cancer du sein en phase terminale, avec métastases osseuses et lymphangite pulmonaire. Elle est hospitalisée. Elle présente de violentes douleurs lombaires en rapport avec une métastase de L3 avec une cruralgie. Elle reçoit un traitement morphinique par Skénan 120mg x 2/j et prend 5 à 6 Actiskénan 20 par jour. Elle se côte, malgré cela, à 60 sur l'EVA, Son mari qui est auprès d'elle en permanence lui répète que ça ira bientôt mieux et vous interdit de parler de la gravité de la situation devant elle. Dès qu'il sort de la chambre, elle pleure et s'inquiète du devenir de ses enfants.

Question 1

Quelles sont vos commentaires à propos de l'efficacité du traitement antalgique prescrit ?

Question 2

Quels sont votre attitude et votre discours vis-à-vis du mari et vis-à-vis de la patiente ? (ébaucher les principales lignes de conduite et les moyens mis en oeuvre)

Question 3

Une telle situation est-elle selon vous une indication de sédation ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : DCEM 2 -Module 1 - Dossier clinique n° 1
Dr GIRET - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 -
1ère Session- 2007-2008
MODULE 1 - Lundi 05 mai 2008 - 13h30
Dr GIRET Guillaume

Réservé au
Secrétariat

CAS CLINIQUE 1 :

Madame H., âgée de 44 ans, est amenée aux urgences par les pompiers, accompagnée de ses parents et de son mari, dans les suites d'une tentative de pendaison à son domicile.

Lors de l'examen clinique, la patiente présente un syndrome dépressif majeur, avec idées d'autodévalorisation et des velléités suicidaires persistantes. Son comportement est instable, et elle tente de fuguer du service malgré la surveillance comportementale prescrite.

Elle est rapidement maîtrisée. Réinterrogée sur les motifs de sa fugue, elle rapporte qu'elle avait l'intention de quitter l'hôpital afin de réitérer son geste. Elle s'agite alors, affirmant son refus de tout soin, ce qui amène le psychiatre à prescrire en urgence une contention mécanique et un traitement sédatif.

Le psychiatre rencontre alors la famille afin d'évoquer avec elle la nécessité d'une hospitalisation à la demande d'un tiers.

Question 1 : Sur quels éléments clinique(s) et médico-légal(légaux) s'appuie le psychiatre pour justifier l'indication d'HDT ?

Question 2 : La famille questionne le psychiatre sur les modalités de sortie d'une éventuelle HDT. Précisez les différents cas où l'HDT, une fois les pièces médico-légales initiales réunies, pourrait prendre fin.

Question 3 : Le mari et les parents de la patiente refusent de signer la demande d'HDT. Le psychiatre décide d'une hospitalisation d'office. Sur quel(s) argument(s) médico-légaux ?

Question 4 : A quelles échéances l'hospitalisation d'office doit-elle être réévaluée médicalement ? Par qui cette évaluation doit-elle être faite ?

Trois ans après ces événements, alors que son état mental s'était parfaitement stabilisé, Madame H. est à nouveau prise en charge aux urgences dans les suites d'une nouvelle tentative de suicide, cette fois-ci par incision des veines du coude, avec syndrome hémorragique sévère comportant un risque vital immédiat. Le médecin urgentiste qui l'examine retrouve les mêmes signes psychiatriques que ceux décrits dans l'énoncé. Alors qu'elle commence à présenter des troubles de la conscience, la patiente dit vouloir refuser les soins d'urgence qu'on s'apprête à lui faire.

Malgré cela, le médecin pratique les soins somatiques contre la volonté de la patiente.

Question 5 : Quels sont les arguments médico-légaux qui soutiennent cette conduite à tenir médicale ?

La famille accepte cette fois-ci de demander une HDT ; le mari signe la demande du tiers. Le seul psychiatre des urgences étant en arrêt maladie, c'est un médecin urgentiste qui rédige un certificat circonstancié d'HDT. La patiente est transférée dans un hôpital psychiatrique.

Question 6 : Cette procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers vous paraît-elle correcte d'un point de vue médico-légal ? Justifiez votre réponse.

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : DCEM 2 - Module 1 - Dossier clinique n° 2
Dr GIRET - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 -
1ère Session- 2007-2008
MODULE 1 - Lundi 05 mai 2008 - 13h30
Dr GIRET Guillaume

CAS CLINIQUE 2 :

Monsieur J., âgé de 34 ans, est hospitalisé en urgence pour insuffisance respiratoire aiguë. Au cours du bilan étiologique réalisé lors de son hospitalisation, un Sida est découvert. Il se trouve que Monsieur J. est un célèbre joueur de football de l'équipe locale. Monsieur J. ne présente aucun trouble mental mais il a peur de la maladie en général ; il s'obstine à affirmer au médecin qu'il s'agit juste d'une "anginho" (il est brésilien), et interrompt ou fuit le médecin à chaque fois que celui-ci tente d'aborder le thème du diagnostic. Monsieur J. est marié et a trois enfants.

Question 1 : Le médecin annonce tout de même le diagnostic au patient. Précisez quelles sont les modalités d'une telle annonce.

Question 2 : Le médecin a-t-il respecté les principes déontologiques en informant le patient contre son gré ? Justifiez.

Question 3 : Le médecin du service reçoit un appel téléphonique d'un médecin du club sportif qui emploie Monsieur J. Il demande des informations sur l'état de santé du patient. Dans quelles conditions deux médecins peuvent-ils communiquer sur l'état de santé d'un patient ? Ces conditions sont-elle réunies ici ?

Malheureusement, l'état de santé de monsieur J. s'aggrave rapidement au cours de l'hospitalisation, et il décède des suites de sa maladie quelques semaines plus tard.

Question 4 : La famille du patient demande des informations médicales sur son défunt mari.

Quels sont les motifs donnant accès à l'information pour les ayant-droit ?
Dans quel cas une telle information ne pourra pas être délivrée, quels que soient les motifs ci-dessus ?

Avant le décès du patient, celui-ci a souhaité qu'une femme, probablement sa maîtresse, assiste à un entretien médical pour évoquer sa propre fin de vie. Cet entretien a été consigné dans le dossier médical.

Question 5 : Mme J., la femme du patient, souhaite l'accès au dossier médical de son défunt mari. Quelles sont les précautions à prendre avant transmission du dossier ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 1 - Drs C. Lasset et S. Dussart
Dossier n° 3 - mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008-

MODULE 1 - Lundi 05 mai 2008 - 13h30

Dr C. Lasset - Dr S. Dussart

Cas clinique n° 3 - 1 heure

Madame M., 74 ans, consulte le samedi soir pour l'aggravation récente d'une dyspnée. Elle est suivie depuis 6 ans pour une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) liée au tabagisme arrêté depuis deux ans (chiffré à 40 paquets - années). La dernière exploration fonctionnelle respiratoire mesurait le VEMS à 950 ml soit 41 % de la valeur théorique et une CVF à 2 100 soit 65 % de la valeur théorique.

Les principaux antécédents médicaux sont une insuffisance rénale avec une créatininémie à 360 mmoles/litre et la notion d'un accident vasculaire cérébral survenu 4 ans auparavant dans le contexte d'une poussée d'HTA traitée au long cours par des anticalciques.

Depuis 4 à 5 jours, cette femme est gênée par une accentuation de sa dyspnée qui survient au moindre effort sans majoration de l'expectoration et sans cause infectieuse apparente.

L'examen clinique est inchangé par rapport à son état antérieur ; la fréquence respiratoire est de 22 par minute avec une fréquence cardiaque de 90 par minute. Les gaz du sang en air ambiant montrent une majoration modeste du gradient alvéolo-artériel pour l'oxygène avec une PaO₂ mesurée à 7,3 kPa (55 mm Hg) et une PaCO₂ à 5,1 kPa (38 mm Hg). La radiographie de thorax est inchangée.

Le diagnostic d'embolie pulmonaire (EP) est évoqué.

Il faut alors discuter de la meilleure stratégie des examens complémentaires permettant de décider ou non d'un traitement anticoagulant en tenant compte des risques de la patiente.

Les conditions matérielles locales et l'insuffisance rénale de la patiente limitent les examens possibles au dosage des D-Dimères et à la réalisation d'une échographie Doppler veineuse des membres inférieurs.

La question clinique est donc de savoir comment prendre en charge la patiente sur le plan diagnostique et thérapeutique en étant limité à la seule réalisation des D-dimères et de l'écho-Doppler.

Les caractéristiques de ces 2 examens sont les suivantes :

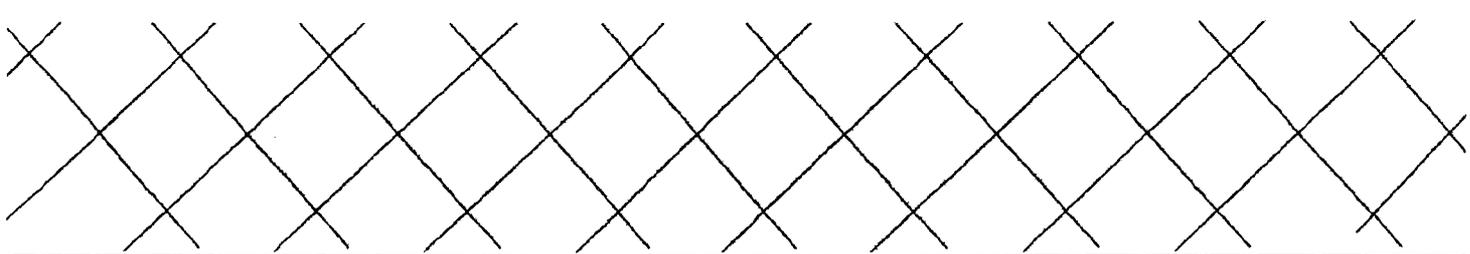
- **La mesure des D-dimères** dosés par un test ELISA. Il a une sensibilité très élevée estimée à 98 %. Un taux normal (inférieur à 500 µg/l) rend très peu probable une thrombose veineuse proximale ou une embolie pulmonaire. La valeur prédictive négative est pratiquement de 100 %. La spécificité est faible, de l'ordre de 45 % en moyenne.
- **L'échographie-Doppler veineuse.** Elle a une sensibilité et une spécificité très élevées pour le diagnostic de thrombose veineuse proximale en présence d'une symptomatologie évocatrice. La sensibilité est moindre chez des patients ayant une EP prouvée mais la spécificité reste élevée. Nous prendrons des valeurs de sensibilité de 50 % et de spécificité de 97%. Un diagnostic de thrombose veineuse est une indication de traitement anticoagulant et permet le diagnostic d'EP si la clinique est évocatrice.

Nous posons la question de la place des D-dimères seuls par rapport aux séquences combinant D-dimères et écho-Doppler et leur ordre de réalisation, sachant que :

- Un taux de D-dimères normal est toujours suivi d'une abstention thérapeutique.
- Un écho-Doppler positif est toujours suivi de la mise sous traitement.
- Si seule la mesure des D-dimères est réalisée, un taux anormal est suivi de la mise sous traitement.
- Dans la séquence "mesure des D-dimères puis écho-Doppler" un taux de D-dimères anormal entraîne la réalisation de l'écho-Doppler. Un écho-Doppler négatif est suivi d'une abstention thérapeutique.
- Dans la séquence "écho-Doppler puis mesure des D-dimères", un écho-Doppler négatif entraîne la mesure des D-dimères. Un taux anormal est suivi de la mise sous traitement.

**Réservé au
Secrétariat**

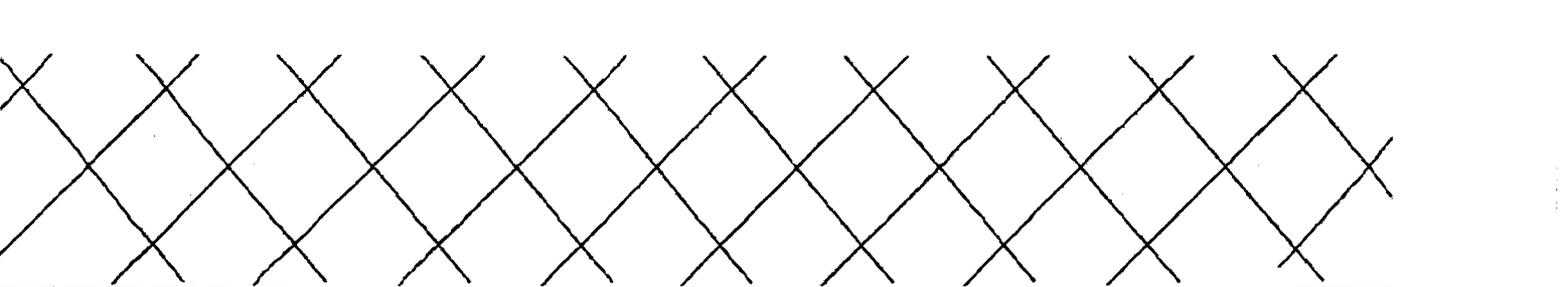
Note



Question 1 : Construction d'un arbre décisionnel

Représentez l'arbre de décision permettant de formaliser les différentes prises en charge.

Définissez les différents types de nœuds constitutifs d'un arbre de décision.



Question 2 : Les indices informationnels des examens à visée diagnostique

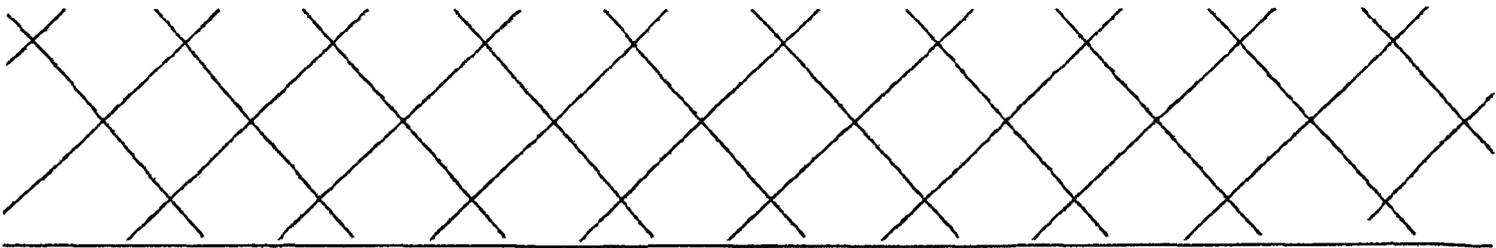
Définissez les indices suivants : sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative.

Question 3 : Les indices informationnels des examens à visée diagnostique

Considérons un groupe de 100 patients suspects d'embolie pulmonaire dans lequel la prévalence de la maladie est de 20 %.

3.1 Donnez la formule de calcul des indicateurs suivants et donner leur valeur pour les 2 examens : mesure des D-Dimères et écho-Doppler (utilisés seuls) ? :

- Le taux de vrais positifs (VP)
- Le taux de faux positifs (FP)
- Le taux de vrais négatifs (VN)
- Le taux de faux négatifs (FN)



Question 4 : L'interprétation d'un arbre décisionnel

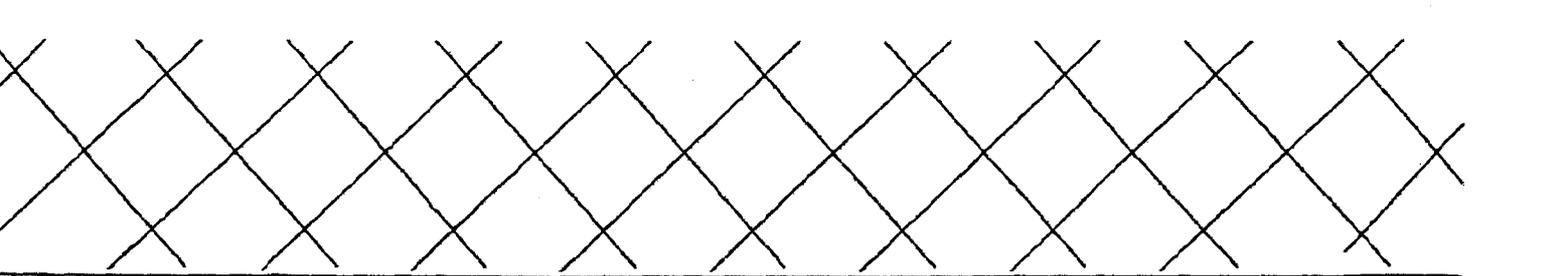
Vous voulez utiliser votre arbre décisionnel pour un groupe de patients avec une prévalence de l'embolie pulmonaire de 20%

4.1 Placez à l'extrémité de chacune des branches terminales de l'arbre, l'indicateur approprié (parmi les 4 possibles) et donner sa valeur.

4.2 En vous basant sur ces données, que pensez-vous des différentes stratégies d'approche diagnostique et thérapeutique de l'embolie pulmonaire ?

Vous pourrez discuter le cas particulier de la patiente.

L'une d'elles semble-t-elle préférable ? Justifiez votre réponse.



Question 5 : Calcul des utilités

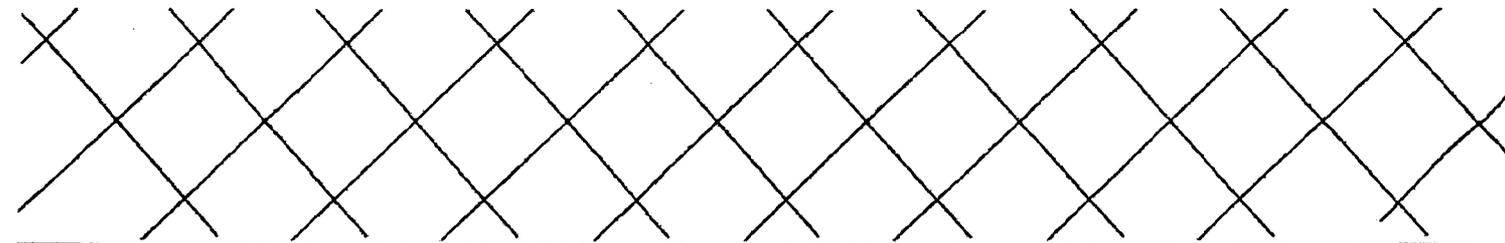
Dans le cas de Madame M., les risques léthaux de la prise en charge sont:

- Ne pas avoir d'embolie pulmonaire et ne pas recevoir de traitement : mortalité nulle.
- Avoir une embolie pulmonaire et ne pas recevoir de traitement : mortalité de 30%.
- Ne pas avoir d'embolie pulmonaire, mais recevoir un traitement, donc en subir les effets secondaires, sans contrepartie de ses effets favorables: mortalité de 0.4%.
- Avoir une embolie pulmonaire et recevoir un traitement. Mortalité de 7.9%.

On définit l'utilité comme la probabilité de survie.

5.1 Compléter l'arbre précédent en plaçant à l'extrémité de chacune des branches, le risque léthal correspondant.

5.2 Calculer l'utilité de la stratégie "mesure des D-dimères puis écho-Doppler" en détaillant le calcul.



Question 6 : Interprétation des utilités

Les utilités des 2 autres stratégies sont : 98.16 pour "mesure des D-Dimères seuls" et 98.20 pour "écho-Doppler puis mesure des D-dimères".

6.1 Que pensez-vous de ces deux stratégies ? Laquelle choisiriez-vous ? Justifiez votre réponse.

6.2 L'utilité de la stratégie "mesure des D-dimères puis écho-Doppler" est inférieure à celle des deux autres stratégies. Quelle explication pouvez-vous donner à cette observation ?

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 5 - Dossier n° 1
Dr COMTE - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008

MODULE 5 - Mercredi 07 mai 2008 - 13h30

Dr COMTE

Réservé au
Secrétariat

Dossier n°1

Mr Y âgé de 86 ans est veuf depuis 6 mois. Il est traité pour une hypertension par une association de sartan et de diurétique. Il hésite à se faire opérer d'une cataracte bilatérale et n'aime pas mettre ses appareils auditifs car il entend alors « trop de bruit ». Il vit seul à domicile, ses enfants sont loin, seule sa petite fille prend de ses nouvelles régulièrement. Il a une femme de ménage qui vient 2 h par semaine

1°- Deux jours plus tôt, alors qu'il avait depuis quelques jours une gastroentérite, il est tombé à domicile et c'est la femme de ménage qui l'a aidé à se relever. Elle vous alerte sur cette situation et la petite fille vous contacte pour « mettre en place plus d'aide ».

Que faites vous pour évaluer son autonomie ?

2°- Quels types d'aide allez vous proposer ?

Précisez ce qu'elles peuvent apporter et expliquez leur mise en place

3°- Le soir même il retombe et passe toute une nuit au sol.

Quelles hypothèses formulez vous pour expliquer la chute ?

4°- Que recherchez vous plus particulièrement à l'examen clinique ?

5°- Deux mois plus tard, il s'est laissé convaincre et il est prévu une chirurgie pour sa cataracte. Il vous demande une lettre pour la consultation avec l'anesthésiste.

Sur quoi allez vous attirer son attention ?

6°- Un an plus tard, la petite fille vous alerte à nouveau car depuis quelques temps son grand père qui pourtant voit mieux et a retrouvé plus de sûreté dans ses déplacements perd la mémoire des faits récents.

Comment examinez-vous les grands secteurs cognitifs ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 5 - Dossier n° 2
Dr KROLAK SALMON - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE 5 - Mercredi 07 mai 2008 - 13h30
Dr KROLAK-SALMON

Réservé au
Secrétariat

Dossier n°2

Vous êtes appelé au chevet d'une patiente de 83 ans qui est prostrée dans son lit depuis son retour (six jours) d'hospitalisation en soins de suite et réadaptation. Elle y a séjourné après la mise en place d'une prothèse de hanche suite à une fracture du col du fémur droit.

* Ses antécédents sont marqués par une hypertension artérielle et une myocardopathie ischémique avec insuffisance cardiaque gauche.

Son traitement habituel comporte une association digitalo-diurétique et un β bloquant.

Note

1- Quelles sont les grandes orientations de votre examen clinique ?

2- L'examen clinique est négatif mais l'interrogatoire révèle un ralentissement idéatoire, une vigilance fluctuante, une désorientation dans le temps et dans l'espace et quelques propos incohérents, voire des idées délirantes. L'entourage de la patiente vous précise que cette symptomatologie est récente. Quel est votre diagnostic ? Motivez votre réponse.

3- Si les symptômes évoluaient depuis un an, quel serait votre diagnostic syndromique ? Motivez votre réponse.

4- Dans la première hypothèse, quelle est votre prise en charge ?

5- Quels examens paracliniques demandez-vous ?

6- L'ensemble des explorations est négatif. Quelle étiologie faut-il suspecter ? Argumentez.

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 1 5A- "ORL" - Cas clinique n° 1
Pr TRUY - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008

MODULE 15A "ORL" - Mercredi 14 mai 2008 - 14h00

Pr Eric TRUY

CAS CLINIQUE N° 1

Réservé au
Secrétariat

Une femme de 40 ans, sans antécédent personnel ni familial pertinent, vient vous consulter pour une sensation d'oreille bouchée droite et une sensation vertigineuse qu'elle décrit comme étant d'installation récente.

- 1) Par l'interrogatoire, comment éliminez-vous les « faux vertiges » ?
- 2) Les tympanes sont strictement normaux. L'acoumétrie est en faveur d'une surdité de perception du côté sourd. Décrivez l'acoumétrie.
- 3) Tracez une audiométrie tonale liminaire avec un seuil tonal moyen à 40 décibels.
- 4) Tracez une audiométrie vocale avec un seuil et une intelligibilité à 70 décibels, un maximum d'intelligibilité à 80 décibels, et un phénomène de recrutement.
- 5) Cette audiométrie vocale est discordante par rapport à l'audiométrie tonale. Pourquoi ?
- 6) Quelle pathologie suspectez-vous et, en tout cas, devez-vous éliminer de manière formelle ?
- 7) Citez deux examens paracliniques qui vous permettent d'avancer dans le diagnostic.
- 8) Sachant que l'examen clinique vestibulaire montre un syndrome déficitaire homolatéral à la surdité, décrivez l'examen vestibulaire calorique.
- 9) A la vidéonystagmographie, quel(s) syndrome(s) avez-vous de forte chance de rencontrer ?
- 10) En cas de Schwannome du nerf vestibulaire homolatéral à la sémiologie clinique, décrivez les images apportées par la séquence T1, la séquence T1 avec injection intraveineuse de gadolinium, la séquence T2.

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 15A - Cas clinique n° 2
Pr FROEHLICH - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008

MODULE 15A "ORL" - Mercredi 14 mai 2008 - 14h

Pr FROEHLICH

CAS CLINIQUE N° 2

Réservé au
Secrétariat

M., 3 ans présente une rhinopharyngite avec fièvre à 39°C, ainsi qu'une tuméfaction à l'angle interne de l'œil droit. Il est en grande section de maternelle et l'enseignante a alerté les parents sur le fait que M a une parole peu intelligible. Il a été traité il y a un mois pour une otite moyenne aiguë.

1. Quel complication de la rhinopharyngite suspectez-vous ?
2. Quels signes de gravité recherchez-vous à l'examen clinique, comment ?
3. Quel examen radiologique demandez-vous ? Pourquoi ?
4. Quelles deux bactéries sont plus probablement impliquées ?
5. Quelle est la cause la plus probable de la parole peu intelligible ?
Comment la rechercher cliniquement ?
Si votre hypothèse se confirme, quel examen clinique permettra de confirmer le lien avec le trouble de parole ?
Quel traitement chirurgical envisagez-vous ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 7 - Parasitologie
Pr S. PICOT - Mai 2008 - 1ère session

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE 7 - Parasitologie - LUNDI 19 MAI 2008 - 13h30
Pr Stéphan PICOT

Réservé au
Secrétariat

ENONCE

Madame S, âgée de 36 ans, Caucasienne, sans antécédent particulier, est hospitalisée pour une fièvre au retour de Guinée Conakry. Le séjour a duré trois semaines pendant lesquelles la patiente a voyagé dans le pays. Trois semaines après le retour, la patiente se plaint d'une poussée de fièvre supérieure ou égale à 38,5° C accompagnée de céphalées et de diarrhée. Après quelques jours d'automédication par du paracétamol, la persistance des troubles amène la patiente à consulter aux urgences. L'examen clinique retrouve alors une température à 38,9° C et une splénomégalie à 3 travers de doigts. Le reste de l'examen clinique est normal. Sur le plan biologique on note : 7,4 g/dl d'hémoglobine, 64000 plaquettes/mm³ et des ASAT et ALAT à 2 fois la limite supérieure de la normale.

Note

QUESTION n° 1

Quels sont les 4 principaux diagnostics à évoquer, les hiérarchiser et quelles sont les questions que vous posez pour étayer votre diagnostic ?

QUESTION n° 2

Le biologiste de garde vous appelle car il a observé des hématozoaires sur le frottis sanguin. Quelles indications importantes attendez-vous du biologiste ? Quel est votre diagnostic ?

QUESTION n° 3

Vous décidez de débiter un traitement. Quels sont les modalités spécifiques du traitement que vous instituez : DCI, durée, voie d'administration ?

QUESTION n° 4

Quels sont les principes de surveillance clinique et biologique à organiser ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de :

Session 1 mai 2008 –

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat**FACULTE DE MEDECINE GRANGE BLANCHE****MODULE 7****DCEM 2**

Mai 2008

DOSSIER : N° 1 Pr D. Peyramond

Zoé Pilly, 25 ans est très inquiète ce matin, au service des urgences Médicales où vous êtes de garde, car depuis 48 heures, sont apparues des lésions très douloureuses au niveau de la région périnéale. Elle est peu fébrile (38.2° ce matin) et son état général est bien conservé.

Parmi les antécédents significatifs:

- Tabagisme à 1 paquet/année,
- célibataire sans enfant. Le même partenaire sexuel depuis 8 mois. Nombreuses relations épisodiques par le passé.
- Un épisode de salpingite à chlamydia à 18 ans. Deux IVG.
- Fréquents épisodes de cystites (n'a jamais eu de contrôle bactériologique) ;
- Survenue d'une symptomatologie identique, à 5 reprises au cours des 3 dernières années. Elle n'a consulté que pour le premier épisode, et le diagnostic posé avait été celui de candidose au vu du résultat des prélèvements vaginaux réalisés. Pour chacun des épisodes, la symptomatologie, bien que très douloureuse a été régressive en une semaine environ.

Lors de l'examen, vous découvrez, effectivement, une dizaine de grosses vésicules dont quelques-unes sont déjà ulcérées, recouvertes d'un enduit jaunâtre. Ces lésions reposent sur une muqueuse souple et siègent sur les grandes et les petites lèvres, le capuchon du clitoris, l'orifice vaginal. Vous vous abstenez de faire un T.V. ainsi qu'un examen au spéculum, l'un et l'autre très douloureux. Quelques vésicules plus petites débordent le périnée, vers la face interne des cuisses et la région pubienne. Vous notez la présence d'adénopathies inguinales nombreuses et sensibles au palper. L'examen général n'est pas informatif.

QUESTIONS : pages suivantes. Répondre directement sur le cahier

Note :

1 - Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

2) Quel est(sont) l'(les) agent(s) étiologique(s) de cette affection ? Quelle en est l'épidémiologie ?

3) Zoé vous demande si elle peut avoir, en dehors des poussées, des relations sexuelles sans risque de contaminer son partenaire. Que pouvez-vous répondre ?

4) Pensez-vous qu'il soit nécessaire de demander un bilan complémentaire ? Si oui, lequel ?

5) Rédigez l'ordonnance du traitement que vous donner à Zoé.

6) Expliquez à Zoé comment va évoluer l'épisode actuel sous traitement ? Quelles pourraient être les risques et complications de cette pathologie?

7) Zoé vous demande si un traitement pourrait empêcher ces manifestations très gênantes de revenir ? Argumentez votre réponse.

8) Zoé aborde enfin le problème de ces cystites très pénibles, souvent mais pas toujours liées à son activité sexuelle. Comment peut-elle les éviter ?

NOM et Prénoms :

(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : MODULE 7 Pathologie Infectieuse Session 1
Professeur Daniel FLORET lundi 19 mai 2008 14H-17H

N° de PLACE

UFR GRANGE-BLANCHE – 2007-2008 – SESSION 1 – MAI 2008
DCEM 2 - MODULE 7 – PATHOLOGIE INFECTIEUSE
LUNDI 19 MAI - 13H30

Pr Daniel FLORET

Réservé au
Secrétariat

SUJET :

Un nouveau né de 1 mois est amené aux urgences pour fièvre.

La grossesse s'est passée sans problème. Les échographies anténatales n'ont pas révélé d'anomalies. Il est né à terme au poids de 3200g. L'accouchement s'est fait par voie basse sans problème. Le poids de naissance a été repris au 8° jour. Il est alimenté au sein complet sans difficultés.

Depuis 48 heures, l'enfant tête moins bien. Il a présenté un vomissement la veille. La fièvre a été trouvée à 39° le jour même.

A l'examen, l'enfant est alerte avec une bonne coloration. L'examen neurologique est normal, la fontanelle normo tendue. Le pouls est à 110/mn, le rythme respiratoire à 30/mn, la TA à 70/40, le temps de recoloration immédiat. La palpation abdominale révèle un abdomen globalement sensible. Il n'y a pas d'hépatome ni splénomégalie. L'examen physique du thorax ne révèle aucune anomalie. Il n'a pas de foyer infectieux ORL. Le poids est de 4,2 kg.

Note :

Question n°1

Décrire la situation. Quelles hypothèses évoquez vous ?

Question n°2

Pratiquez vous des examens? Si oui lesquels. Justifiez les.

Question n°3

L'examen d'urine à la bandelette pratiquée aux urgences révèle leucocytes +++, albumine+, sang+. Nitrites -.

Quelle est votre conduite ? Quel traitement instaurez vous ?

Question n°4

L'enfant s'améliore rapidement, devient apyrétique à la 48^e heure.

L'examen bactériologique des urines revient à la 48^e heure est donne de résultat suivant : compte de germes 10⁶ *Escherichia coli*, sensible à cefotaxime, gentamycine, triméthoprim, amoxicilline/ acide clavulanique, résistant à amoxicilline.

Comment envisagez vous la suite du traitement ?

Question n°5

Pratiquez vous des examens d'imagerie ? Lesquels ? Que pensez vous trouver et pourquoi ?

Question n°6

Envisagez vous un suivi particulier ? Justifier

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module LCA
Pr GUEYFFIER - Mai 2008 - 1ère session

de PLACE

Réserve au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE L.C.A - Mercredi 21 mai 2008 - 13h30
Pr François Gueyffier

Comparaison en double aveugle des effets de l'eprosartan et de l'énalapril sur la toux et la pression artérielle chez des hypertendus non sélectionnés.

A) proposer un résumé de l'article en utilisant la grille du CNCI fournie ci-après

B) Répondre aux questions suivantes, **de la façon la plus concise possible.**

Note

1) Quels sont les avantages du plan expérimental mis en œuvre ?

2) Quelle est la justification des effectifs inclus ? Qu'en penser ?

3) Comment interpréter la discordance entre l'incidence de la toux avérée et les fréquences attendues d'après le paragraphe introductif de l'étude ?

4) Comment était réalisée la randomisation ? Quelle conséquence cela a-t-il sur le jugement de fiabilité de l'étude ?

5) Quel est le but recherché par les résultats dans le tableau 1 ?

6) Interpréter l'intervalle de confiance et le degré de signification pour le critère de jugement principal.

7) Quelle conclusion tirer de cette étude pour la prescription dans l'hypertension artérielle ?

D3 Résumé en 250 mots maximum comportant : Objectif, Matériel et Méthodes, Résultats, Discussion (le tableau comporte 254 cases, les têtes de paragraphe doivent figurer chacune dans une case).

1 à 6					
7 à 12					
13 à 18					
19 à 24					
25 à 30					
31 à 36					
37 à 42					
43 à 48					
49 à 54					
55 à 60					
61 à 66					
67 à 72					
73 à 78					
79 à 84					
85 à 90					
91 à 96					
97 à 102					
103 à 108					
109 à 114					
115 à 120					
121 à 126					
127 à 132					
133 à 138					
139 à 144					
145 à 150					
151 à 156					
157 à 162					
163 à 168					
169 à 174					
175 à 180					
181 à 186					
187 à 192					
193 à 198					
199 à 204					
205 à 210					
211 à 216					
217 à 222					
223 à 228					
229 à 234					
235 à 240					
241 à 246					
247 à 252					
253 à 254					

ARTICLE ORIGINAL

Comparaison en double aveugle des effets de l'éprosartan et de l'énalapril sur la toux et la pression artérielle chez des hypertendus non sélectionnés

WJ Elliott, pour l'*Eprosartan Study Group*

Introduction

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) sont utiles dans le traitement de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance cardiaque et de l'insuffisance rénale, mais le traitement doit être le plus souvent arrêté en raison de l'apparition d'une toux sèche et permanente dont

la prévalence varie entre 25 et 69 %.¹⁻⁶ À la différence des IEC, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II n'inhibent pas la dégradation de la bradykinine *in vitro* ; il a été montré que, prescrits chez des patients soigneusement sélectionnés pour avoir présenté une toux sous IEC, ils étaient associés à une incidence réduite de la toux.⁷⁻¹⁰ L'éprosartan est un nouvel antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II, hautement sélectif, non peptidique, non biphényle, non tétrazole, présentant peu d'effets sur le système du cytochrome P₄₅₀.¹¹ Cet article présente les résultats d'une vaste étude clinique conçue pour comparer les effets de l'éprosartan et de l'énalapril sur la toux et la pression artérielle (PA) chez des hypertendus non sélectionnés.

Correspondance : William J Elliott, Rush Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Department of Preventive Medicine, 1725 Harrison Street, # 117, Chicago, IL 60612, USA.

Reçu le 21 juillet 1998 ; manuscrit révisé reçu le 8 janvier 1999 ; accepté le 4 février 1999.

Patients et méthodes

Schéma de l'étude

Cette étude internationale conduite en double aveugle, avec double placebo, sur groupes parallèles, dans 41 centres comportait trois périodes de traitement : une période de 3 à 5 semaines sous placebo en simple aveugle ("état basal"), une période d'ajustement posologique en double aveugle de 18 semaines et une période de 8 semaines de traitement d'entretien. Initialement les patients ont été randomisés pour recevoir soit l'éprosartan (200 mg 2 fois par jour) soit de l'énalapril (5 mg 1 fois par jour). La pression artérielle était mesurée toutes les 3 semaines au cabinet du médecin et la dose ajustée selon les besoins, la posologie maximale autorisée étant de 300 mg 2 fois par jour pour l'éprosartan et de 20 mg 1 fois par jour pour l'énalapril. À la fin de la 12^e semaine, 12,5 mg par jour d'hydrochlorothiazide étaient associés aux doses maximales atteintes pendant la période de double aveugle ; en cas de besoin, cette dose pouvait être augmentée jusqu'à un maximum de 25 mg par jour.

L'étude a été conduite conformément à la version révisée de la Déclaration d'Helsinki. Le protocole et le consentement éclairé signé par tous les patients ont été approuvés par le Comité Institutionnel ou le Comité d'Éthique de chacun des centres participants.

Patients

Les patients âgés d'au moins 18 ans et atteints d'hypertension essentielle pouvaient être inclus. Les femmes non ménopausées et en âge de procréer devaient utiliser une contraception hormonale, mécanique ou intra-utérine.

Les patients présentant les caractéristiques suivantes étaient exclus : hypertension secondaire, rétinopathie hypertensive avancée, pression artérielle systolique moyenne en position assise (PAS_{ass}) > 200 mmHg, troubles aigus de la conduction auriculo-ventriculaire, tachyarythmies ventriculaires nécessitant un traitement, bradycardie, antécédents d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral dans les 90 jours précédents, insuffisance cardiaque congestive traitée par IEC ou diurétiques, angor traité par dérivés nitrés, β -bloquants ou inhibiteurs calciques, diabète instable, existence d'une maladie rénale ou hépatique cliniquement significative ou d'une maladie sévère concomitante. Les patients étaient également exclus s'ils présentaient l'une des affections suivantes pouvant interférer avec l'évaluation de la toux : emphysème, asthme ou bronchite chronique, ou infection des voies aériennes supérieures dans les 2 semaines suivant l'inclusion. Les traitements suivants n'étaient pas autorisés : prise d'anticoagulants ou d'un autre médicament nouveau en cours d'évaluation dans les 30 jours précédant l'inclusion, traitement au long cours par une amine sympathomimétique, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

(à l'exception de l'aspirine à faible dose) dans les 7 jours précédant l'inclusion, et traitement concomitant par anti-dépresseurs ou médicaments connus pour agir sur la pression artérielle ou la toux.

Évaluations de la toux et de la pression artérielle

Une évaluation pulmonaire (examen physique du thorax par le médecin, recourant à l'auscultation et à la percussion en cas d'auscultation anormale) était effectuée à l'inclusion et à la randomisation, aux 6^e et 12^e semaines de la période d'ajustement posologique et à l'issue de la phase de traitement d'entretien. Aucune épreuve fonctionnelle respiratoire n'a été effectuée. La présence et les caractéristiques de la toux étaient évaluées par l'investigateur en termes de type, durée, sévérité, fréquence et cause probable. La toux était classée selon l'ordre décroissant de sévérité suivant : avérée, probable, possible, ou "picotements laryngés". Lors de chaque visite, le patient remplissait un questionnaire d'évaluation de qualité de vie, comportant une échelle de cotation à cinq points de la fréquence (jamais, rarement, quelquefois, fréquemment, constamment) et de la sévérité de 10 effets secondaires fréquents des antihypertenseurs (l'un d'entre eux étant la toux). Une toux apparaissant à n'importe quel moment de l'étude était consignée comme événement indésirable. La pression artérielle et la fréquence cardiaque étaient mesurées à trois reprises lors de chaque visite des quatre périodes de l'étude, en utilisant les techniques conventionnelles.

Analyse statistique

Le principal critère d'évaluation était l'apparition d'une toux avérée présentant les caractéristiques recherchées, c'est-à-dire l'incidence de la toux permanente, non productive (sèche) associée au traitement et sans relation avec une infection des voies aériennes supérieures, selon le jugement de l'investigateur. Cette toux devait s'être manifestée depuis au moins 2 semaines, à moins que le patient n'ait volontairement arrêté le traitement pour cette raison. La toux maximale était définie comme la somme des toux avérées, probables et possibles et des picotements laryngés. L'efficacité antihypertensive était évaluée à la vallée, en calculant les variations moyennes, par rapport à leurs valeurs initiales, de la pression artérielle systolique (PAS) et de la pression artérielle diastolique (PAD) mesurées en position assise. Étaient considérés comme répondeurs les patients dont la PAD_{ass} était inférieure soit à 90 mmHg, soit à 100 mmHg et avec diminution d'au moins 10 mmHg par rapport à la valeur initiale.

Les valeurs initiales ont été mesurées lors de la dernière visite de la période d'abstention thérapeutique sous placebo, avant la randomisation. Pour la pression artérielle uniquement, la valeur initiale était la moyenne des mesures effectuées lors des deux dernières visites précédant la randomisation. Les comparaisons des caractéristiques

démographiques et cliniques à l'état basal ont été effectuées à l'aide du test du χ^2 , ajusté pour tenir compte des fluctuations d'échantillonnage entre les centres. Pour les variables continues, les différences initiales ont été évaluées par analyse de variance (PROC GLM sous SAS) tenant compte du centre, du traitement administré et de l'interaction avec le centre. La collecte et l'analyse statistique centralisées des données ont été effectuées par des collaborateurs à temps plein du promoteur de l'étude.

Pour les variables catégorielles, représentées par l'incidence de la toux, sa sévérité et le taux de réponse, les comparaisons entre l'éprosartan et l'énalapril effectuées lors des périodes en double aveugle ont fait appel au test de Cochran-Mantel-Haenszel (CMH), avec ajustement pour l'interaction centre-traitement, cette dernière étant évaluée par le test de Breslow-Day (PROC FREQ sous SAS). Les signes vitaux ont fait l'objet d'une analyse de variance pour chaque visite, dans laquelle étaient inclus le centre, le traitement et l'interaction traitement-centre. Cette dernière était retirée du modèle si elle n'était pas significative ($P > 0,10$). Les sous-groupes constitués en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, de l'utilisation antérieure d'antihypertenseurs et de la sévérité de l'hypertension à l'état basal ont été comparés en utilisant ces mêmes techniques pour la toux, la pression artérielle et le taux de réponse.

Résultats

Caractéristiques démographiques des patients et traitement

Le Tableau 1 montre les caractéristiques démographiques et cliniques des patients : aucune différence significative concernant l'un de ces paramètres n'a été observée entre les

groupes. Dans le groupe éprosartan, la dose maximale (300 mg 2 fois par jour) a été atteinte chez 138 patients, tandis que 151 patients du groupe énalapril ont reçu la dose maximale de 20 mg 1 fois par jour. Dans chaque groupe, 81 patients ont initialement reçu l'hydrochlorothiazide à raison de 12,5 mg 1 fois par jour ; 51 patients du groupe éprosartan et 50 patients du groupe énalapril ont ensuite reçu la dose maximale d'hydrochlorothiazide, soit 25 mg 1 fois par jour.

Incidence de la toux

Avant l'introduction de l'hydrochlorothiazide (à la fin de la période de monothérapie), l'incidence de la toux avérée a été significativement plus élevée dans le groupe énalapril que dans le groupe éprosartan (Figure 1). Une toux avérée s'est manifestée chez 14 (5,4 %) patients randomisés dans le groupe énalapril et quatre (1,5 %) des patients du groupe éprosartan : l'incidence de la toux avérée lors de la période sous placebo était de 1,9 % et 0,8 % dans les groupes qui devaient respectivement recevoir par la suite l'éprosartan et l'énalapril. Chez les patients randomisés dans le groupe énalapril, le risque d'apparition d'une toux avérée a été 3,45 fois (IC 95 % : 1,26-10,0) plus élevé que chez les patients recevant l'éprosartan. Durant la totalité de la période de 26 semaines de traitement en double aveugle, la probabilité d'apparition d'une toux avérée a été 3,85 fois (IC 95 % : 1,48-10,3) plus élevée chez les patients du groupe énalapril que chez les patients du groupe éprosartan : l'incidence de la toux avérée a été de 6,1 % et 1,5 %, respectivement, dans le groupe énalapril et dans le groupe éprosartan. Des résultats similaires ont été obtenus en analysant la "toux maximale" au cours de la période de monothérapie, le risque pour ce paramètre étant alors 1,41 (IC 95 % : 1,06-1,89) fois plus élevé avec l'énalapril

Tableau 1 Caractéristiques démographiques et cliniques initiales des patients

Paramètre	Éprosartan (n = 264)	Énalapril (n = 264)
Âge (années : moyenne \pm e.t.m.)	55,6 \pm 0,7	56,0 \pm 0,7
Sexe (hommes/femmes ; %)	57/43	56/44
Race (Noirs ; Blancs ; Asiatiques ; Autres)	21/225/2/16	19/231/4/10
Poids (kg ; moyenne \pm e.t.m.)	82,8 \pm 1,1	84,1 \pm 1,1
Taille (cm ; moyenne \pm e.t.m.)	168,1 \pm 0,6	168,5 \pm 0,6
PASass moyenne (mmHg ; moyenne \pm e.t.m.)	156,4 \pm 0,9	156,2 \pm 0,9
PADass moyenne (mmHg ; moyenne \pm e.t.m.)	100,7 \pm 0,3	101,2 \pm 0,3
Traitement antihypertenseur antérieur (Oui/Non)	223/41	215/49
Traitement antérieur par IEC (Oui/Non ou non renseigné)	157/107	140/124
Toux liée aux IEC antérieures	1/263	3/261
Tabagisme actuel (n, %)	36 (14 %)	31 (12 %)

e.t.m. = écart type moyen

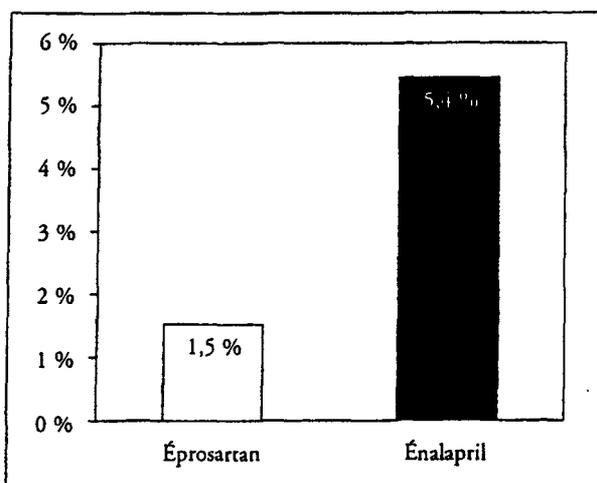


Figure 1 Incidence de la "toux avérée" lors des 12 semaines de traitement en double aveugle chez les patients randomisés dans le groupe éprosartan (à gauche) ou dans le groupe énalapril (à droite).

qu'avec l'éprosartan. Les résultats des questionnaires-patients ont également montré un taux plus élevé de la toux rapportée de façon subjective, qu'il s'agisse de la "toux avérée" ou de la "toux maximale" (22 % vs 13 %, $\chi^2 = 8,15$; $P = 0,01$). Sept patients randomisés dans le groupe énalapril ont arrêté prématurément leur traitement en raison d'une toux, contre seulement deux patients du groupe éprosartan ; la toux a disparu dans tous les cas après l'arrêt du traitement à l'étude.

Il n'existait aucune différence significative en ce qui concerne les caractéristiques démographiques des patients chez lesquels la toux s'est manifestée et les autres patients, à l'exception du sexe et des antécédents tabagiques. En effet, les femmes ont été significativement plus nombreuses que les hommes à faire état d'une toux ("toux maximale") au cours de la période de traitement en monothérapie (risque relatif = 1,86 ; IC 95 % : 1,15-3,0) ; une tendance analogue a été observée pour la "toux avérée". De même, les fumeurs ont eu tendance à rapporter plus de "toux maximale" que les non-fumeurs (risque relatif = 1,72 ; IC 95 % : 0,95-3,12), la même tendance étant observée pour la "toux avérée".

Des données ont également été recueillies concernant les événements indésirables susceptibles d'avoir contribué à l'apparition d'une toux mais ne pouvant être attribués à une "toux avérée", notamment les infections virales des voies aériennes supérieures et les pharyngites. Dans tous les cas, l'incidence des symptômes ayant pu constituer des facteurs confondants vis-à-vis de la "toux avérée" a été plus faible dans le groupe éprosartan, qu'il s'agisse de l'ensemble de ces événements indésirables (76 % vs 81 %), des pharyngites (17 % vs 24 %), des rhinites (12 % vs 16 %), des infections des voies aériennes supérieures (12 % vs 16 %) ou des infections virales (3 % vs 6 %).

Tableau 2 Taux de réponse de la pression artérielle* après 12 semaines et 26 semaines sous éprosartan ou sous énalapril (\pm hydrochlorothiazide)

	Éprosartan (n = 264)	Énalapril (n = 264)	p
Taux de réponse à 12 semaines	70,3 %	62,6 %	< 0,05
Taux de réponse à 26 semaines	81,7 %	73,4 %	< 0,018

*Les patients présentant une pression artérielle diastolique en position assise < 90 mmHg OU < 100 mmHg ayant diminué d'au moins 10 mmHg par rapport à sa valeur initiale étaient définis comme "répondeurs".

Analyses de la pression artérielle

L'éprosartan et l'énalapril ont induit des variations moyennes comparables, par rapport aux valeurs initiales, de la PADass, de la PASass, de la PADdeb et de la PASdeb, tant à la fin de la période d'ajustement posologique qu'à la fin de la période de traitement d'entretien ou à l'issue de l'étude. Lors de ce dernier temps d'évaluation, la PADass et la PASass avaient diminué respectivement de 12,9 mmHg et de 15,5 mmHg dans le groupe éprosartan, les diminutions correspondantes étant respectivement de 11,9 mmHg et de 14,7 mmHg dans le groupe énalapril. L'analyse de variance n'a révélé aucune différence significative entre les deux traitements pour ce qui concerne les signes vitaux évalués en position assise ou debout à la fin de l'étude.

Taux de réponse

Le pourcentage de patients répondant au traitement a été plus élevé dans le groupe éprosartan à la fin des périodes d'ajustement posologique et de traitement d'entretien (Tableau 2). À la fin de l'étude, le taux de réponse était significativement plus élevé dans le groupe éprosartan, où les répondeurs représentaient 81,7 % du total contre 73,4 % des patients du groupe énalapril ($P < 0,05$).

Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes en termes de modifications des paramètres de la qualité de vie (Index de Bien-Être Général), de paramètres biologiques, d'événements indésirables graves ou de modifications prédéfinies des signes vitaux d'intérêt.

Discussion

Les résultats de la présente étude montrent que, chez les patients atteints d'hypertension artérielle essentielle, l'éprosartan provoque une plus faible incidence de toux

permanente non productive que l'énalapril. Ce type de toux s'est révélé être un important effet secondaire des IEC, limitant leur utilisation chez de nombreux patients. Au cours de cet essai en double aveugle de 26 semaines, mené chez des patients non sélectionnés en fonction de l'existence d'une toux apparue antérieurement sous IEC, l'incidence de la toux avérée permanente et non productive a été de 1,5 % chez les patients traités par éprosartan contre 5,4 % chez ceux traités par énalapril ; une différence analogue a été observée lors des analyses secondaires de la "toux maximale". La prévalence de la toux associée aux IEC, qui atteint ici 5,4 %, est très inférieure à celle rapportée dans les études non contrôlées, mais n'est guère éloignée des 7,7 % observés dans une série d'hypertendus consécutifs non sélectionnés, soumis à une méthodologie d'exposition/réexposition au traitement destinée à s'assurer que la toux était bien en relation avec le traitement par IEC.¹² Yeo et Ramsay³ ont clairement montré que la prévalence de la toux liée aux IEC est inversement proportionnelle à la quantité de travail consacrée à la recherche et à l'attribution d'une cause de la toux. Dans notre étude, la "toux avérée" rapportée par les patients n'a pas changé par rapport à ses niveaux d'origine, avant le début du traitement par l'éprosartan, et l'incidence de la "toux maximale" rapportée par les patients a en fait diminué par rapport à ses niveaux initiaux au cours du traitement.

L'éprosartan et l'énalapril ont induit des réductions comparables de la PAD et de la PAS. Toutefois, les patients du groupe éprosartan ont été plus nombreux à répondre au traitement. Cette différence observée peut être due à la demi-vie d'élimination relativement courte de l'énalapril, au rapport vallée/pic relativement faible de cet IEC, à l'administration en deux prises quotidiennes de l'éprosartan ou à l'association de ces facteurs. La probabilité de réponse au traitement a été plus élevée, d'environ 13 %, dans le groupe éprosartan que dans le groupe énalapril.

Les analyses des sous-groupes constitués en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, de l'utilisation antérieure d'antihypertenseurs ou de la sévérité de l'hypertension ont confirmé que l'incidence de la toux était plus élevée sous énalapril et suggéré que l'éprosartan avait un effet plus uniforme sur la pression artérielle dans l'ensemble de la population de patients, la différence entre les deux traitements restant constante dans ces différents sous-groupes. Le regroupement des patients en fonction de leur origine ethnique a montré que les Noirs hypertendus avaient un taux de réponse plus élevé lorsqu'ils étaient traités par l'éprosartan que lorsqu'ils étaient traités par l'énalapril : à la fin de la période d'ajustement posologique, le taux de réponse à l'énalapril était de 57,9 % chez les Noirs hypertendus et de 85,3 % chez les hypertendus de race blanche, tandis que pour l'éprosartan, les taux de réponse étaient de 81,0 % et 87,5 %, respectivement, chez les Noirs et chez les Blancs.

Dans cette étude, l'énalapril a donc moins abaissé la pression artérielle chez les Noirs que dans les autres

groupes ethniques ; de tels résultats ont déjà été observés avec plusieurs IEC, dont celui-ci.^{13,14} À titre d'exemple, le captopril administré en monothérapie pendant 1 an et comparé à des médicaments appartenant à cinq autres classes d'antihypertenseurs s'est révélé être le moins efficace de tous.¹³ Le captopril n'a permis de contrôler la pression artérielle que chez seulement 32 % des Noirs hypertendus âgés de moins de 60 ans, tandis qu'il n'était pas plus efficace qu'un placebo chez les Noirs hypertendus âgés de plus de 60 ans.¹⁵ En plus de cette efficacité réduite, le risque de toux liée aux IEC est majoré de 2 à 6 fois et celui d'angioedème de 4 à 5 fois chez le Noir hypertendu, parfois indépendamment de la dose administrée.^{12,15} Les raisons pour lesquelles les Noirs hypertendus répondent moins bien aux IEC et encourent un plus grand risque d'événements indésirables liés à ce type de traitement ne sont pas élucidées.

En résumé, le risque de toux a été significativement moins élevé chez les patients traités par l'éprosartan que chez ceux traités par l'énalapril, ce qui est confirmé par les résultats de l'auto-évaluation de la toux par les patients et par les arrêts prématurés de traitement dus à la toux. Les deux antihypertenseurs ont entraîné un même degré de réduction de la pression artérielle ; toutefois, le taux de réponse a été plus élevé chez les patients traités par l'éprosartan. Si l'on excepte la toux et la pharyngite (symptôme ayant pu être interprété par les patients comme la présence de "picotements dans la gorge"), survenues plus fréquemment dans le groupe énalapril, les deux antihypertenseurs ont eu des profils d'effets secondaires et d'innocuité comparables. L'éprosartan représente donc une alternative intéressante à l'énalapril dans le traitement de l'hypertension essentielle.

Remerciements

Cette étude a bénéficié, sous forme de subventions et contrats, du soutien de SmithKline Beecham Pharmaceuticals Inc.

Références

1. Town GI, Hallwright CP, Maling TJ, O'Donnell TV. Angiotensin converting enzyme inhibitors and cough. *N Engl J Med* 1987; 300: 161-163.
2. Ravid D, Lishner M, Lang R, Ravid M. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and cough: a prospective evaluation in hypertension and in congestive heart failure. *J Clin Pharmacol* 1994; 34: 1118-1120.
3. Yoo WW, Ramsay LE. Persistent dry cough with enalapril: incidence depends on method used. *J Hum Hypertens* 1990; 4: 517-520.
4. Israili ZH, Hall WD. Cough and angioneurotic edema associated with angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy. *Ann Intern Med* 1992; 117: 234-242.

5. Semple PF. Putative mechanisms of cough after treatment with angiotensin converting enzyme inhibitors. *J Hypertens* 1995; 13: (Suppl 3): S17-S21.
6. Simon SR, Moser M, Black HR, Berland WE. Cough and ACE-inhibitors. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1698-1700.
7. Messerli FH, Weber MA, Brunner HR. Angiotensin II receptor inhibition. A new therapeutic principle. *Arch Intern Med* 1996; 156: 1957-1965.
8. Lacourcière Y et al. Effects of modulators of the renin-angiotensin-aldosterone system on cough. Losartan Cough Study Group. *J Hypertens* 1994; 12: 1387-1393.
9. Benz J et al. Valsartan, a new angiotensin II receptor antagonist: a double-blind study comparing the incidence of cough with lisinopril and hydrochlorothiazide. *J Clin Pharmacol* 1997; 37: 101-107.
10. Chan P et al. Double blind comparison of losartan, lisinopril, and metolazone in elderly hypertensive patients with previous angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough. *J Clin Pharmacol* 1997; 37: 253-257.
11. Edwards RM et al. Pharmacological characterization of the nonpeptide angiotensin II receptor antagonist. SK & F 108566. *J Pharmacol Exp Ther* 1992; 260: 175-181.
12. Elliott WJ. Higher incidence of discontinuation of ACE-inhibitors due to cough in Blacks. *Clin Pharmacol Ther* 1996; 60: 582-588.
13. Moser M. Black-white differences in response to anti-hypertensive medication. *J Natl Med Assoc* 1995; 87 (Suppl 8): 612-613.
14. Materson BJ et al. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo. *N Engl J Med* 1993; 328: 914-921.
15. Brown NJ, Ray WA, Snowden M, Griffin MR. Black Americans have an increased rate of angiotensin converting inhibitor-associated angioedema. *Clin Pharmacol Ther* 1996; 60: 8-13.

Annexe

Les investigateurs suivants ont participé à l'étude :

R Bigi, MD, Ospedale Regionale di Bormio e Sondalo ; C Constantini, MD, Ospedale di Legnano ; Pr G Maschio, Ospedale Civile Maggiore di Borgoronto ; E Ronchi, MD, Ospedale Generale Provinciale San Carlo Borromeo ; T Erwtreman, MD, Medical Center 'Jan van Gooyer' ; H Mulder, MD, Research Organization 'Good Clinical Practice' ; Pr L Sorstein, Det Internasjonale Kardiologiske Institutt ; C Calvo, MD, Hospital Xeral de Galicia ; J Garcia-Puig, MD, Hospital La Paz ; J Honorato, MD, Clinica Universitaria de Navarra ; J Mora, MD, Fundacion Puigvert ; J Redon, MD, Hospital de Sagunto ; D Sanz, MD, Clinica Puera de Hierro ; Pr B Maharaj, University of Natal Medicine ; FJ Maritz, MB, ChB, FCP, MMed, University of Stellenbosch, Tygerberg Hospital ; S Middlemost, MD, Johannesburg Hospital ; Pr D Myburg, Institute of Aviation Medicine ; M Chartman, MD, Arizona Clinical Trials, Inc. ; R Davidson, MD, University of Washington School of Medicine ; SH Dyke, MD, FACC, New England Clinical Research Center ; WJ Elliott, MD, PhD, Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center ; T Fagan, MD, University of Arizona ; V Gandhi, MD, Hines Veterans Affairs Hospital ; H Gavras, MD, Boston University Medical Center ; D Ginsberg, DO, Harleysville Medical Associates, Inc. ; S Kent, MD, Samsun Medical Research Foundation ; B Levine, MD, Veterans Affairs Medical Center West Los Angeles ; T Littlejohn, MD, Piedmont Research Associates ; NM Lunde, MD, Kidney Disease and Critical Care Associates ; DT O'Connor, Jr., MD, Veterans Affairs Medical Center ; R Phillips, MD, PhD, FACC, The Mount Sinai Medical Center ; D Ploth, MD, Medical University of South Carolina ; W White, MD, University of Connecticut Health Sciences Center ; R Casey, MD, 407-1235 Trafalgar Road North ; H Conter, MD, MSHJ Research Associates, Inc. ; M Robitaille, MD, Hôpital de Laval, 53000 Laval ; JM Coupeze, MD, Clinique de la Faisanderie ; G Creytens, MD, Salve Mater UPC ; Pr Danchin, Hôpitaux de Brabois-Hôpital d'Adultes, 54511 Vandoeuvre les Nancy Cx ; J-Achille Lozic, MD, 59 Boulevard Gaston Serpette, 44000 Nantes ; J Piro, MD, 215 Avenue du Prado, 13008 Marseille ; P Voiriot, MD, Centre 'Les Nations', 54500 Vandoeuvre les Nancy.

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 2 - PEDIATRIE
Pr CLARIS - SESSION 2 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008

MODULE 2 - Mardi 26 AOUT 2008 - 13H30

Pr CLARIS

Items 16, 17, 21 et 23

Réservé au
Secrétariat

La patiente que vous suivez pour sa deuxième grossesse, alors qu'elle est au terme de 33 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, vous consulte en raison d'une prise de poids excessive en 1 mois, ainsi que de brûlures vaginales. Elle est âgée de 28 ans, mesure 168 cm pour un poids habituel de 62 kg. Son groupe sanguin est A Rhésus négatif. Elle est immunisée contre la rubéole, mais pas contre la toxoplasmose, et les sérologies syphilis, hépatites B et C, VIH sont négatives. La première grossesse s'était déroulée normalement, mais l'accouchement s'était déclenché spontanément prématurément à 34 SA, sans raison particulière, donnant naissance à une petite fille pesant 2300 g, de groupe sanguin O Rhésus positif, hospitalisée 6 jours dans un service de néonatalogie pour prématurité simple. Votre patiente exerce la profession d'employée de banque, y compris actuellement.

Note

Question 1 : Quels sont les facteurs de risque pour cette fin de grossesse? Quelle est votre attitude vis-à-vis de chacun d'eux?

Lors de l'examen au spéculum vous découvrez des petites vésicules.

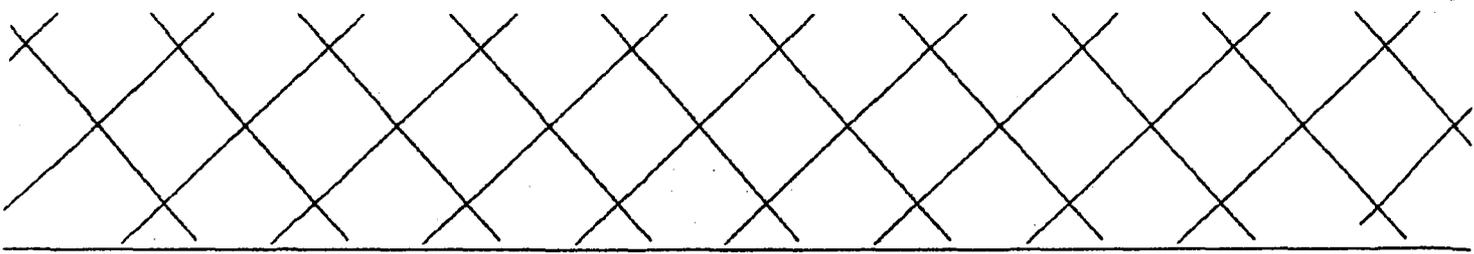
Question 2 : Quel est le diagnostic le plus probable et comment le validez-vous? Quel est le risque pour l'enfant à venir?

Malgré le repos prescrit et observé, la pression artérielle reste élevée (150/95 mm Hg). Vous proposez une hospitalisation en obstétrique et vous démarrez un traitement antihypertenseur. La patiente vous indique qu'elle a allaité sa fille pendant 6 mois.

Question 3 : Comment justifiez-vous la décision d'hospitalisation? Quelle précaution devez-vous prendre pour choisir le traitement médicamenteux?

Finalement la situation se stabilise et l'accouchement se déclenche spontanément à 38 SA. A l'admission en salle de travail l'examen au spéculum est normal et l'échographie montre que le fœtus, qui était jusqu'alors toujours en présentation du siège, s'est retourné pour se présenter en présentation céphalique.

Question 4 : Quels prélèvements faudra-t-il envisager à la naissance chez le nouveau-né? Que pensez-vous du changement de présentation?



Après un travail de 8 heures, une ouverture de la poche des eaux de 3 heures, naît un lundi à 5 heures du matin un petit garçon criant immédiatement, bien rose et tonique, pesant 3245 g, pour une taille de 50.5 cm et un périmètre crânien de 34 cm.

Question 5 : Pouvez-vous évaluer le coefficient d'APGAR? Que pensez-vous des paramètres anthropométriques?

Le mardi à 15 heures, on vous demande d'examiner ce nouveau-né qui n'a encore émis ni urines ni méconium. Il est calme, non ictérique, ne présente pas de ballonnement abdominal, est régulièrement allaité et pèse 3115 g.

Question 6 : Quelles sont vos hypothèses? Comment les vérifier?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 7 - PARASITOLOGIE
Pr PICOT - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008-SESSION 2

MODULE 7 - Jeudi 28 août 2008 - 8h30

Pr PICOT Stephane

PARASITOLOGIE (1 cas clinique noté sur 18 points)

**Réservé au
Secrétariat**

Un homme de 47 ans, d'origine Tunisienne, en France depuis 8 ans, consulte pour des douleurs de l'hypochondre droit. Ces douleurs, à type de pesanteur, sont présentes depuis deux ans mais survenaient jusqu'alors au cours d'effort importants dans son activité de jardinier. Depuis 1 an, elles sont plus fréquentes et surviennent au repos, surtout la nuit lorsqu'il est couché sur le côté droit. Pas d'autres signes fonctionnels ni généraux.

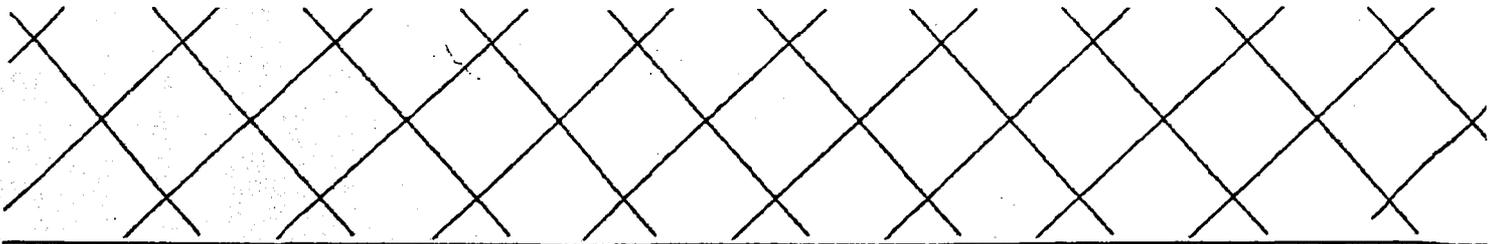
Examen clinique normal

**Quels sont les examens complémentaires indispensables pour compléter ce dossier ?
Chaque réponse doit être justifiée pour être prise en compte.**

-
-
-
-
-
-
-
-

Quel est l'examen complémentaire à demander en priorité ? Quelle réponse en attendez-vous ?

Note



**Quelles sont les hypothèses diagnostiques à envisager ? Justifiez chacune des réponses.
Donner un numéro d'ordre depuis la plus probable à la moins probable.**

-

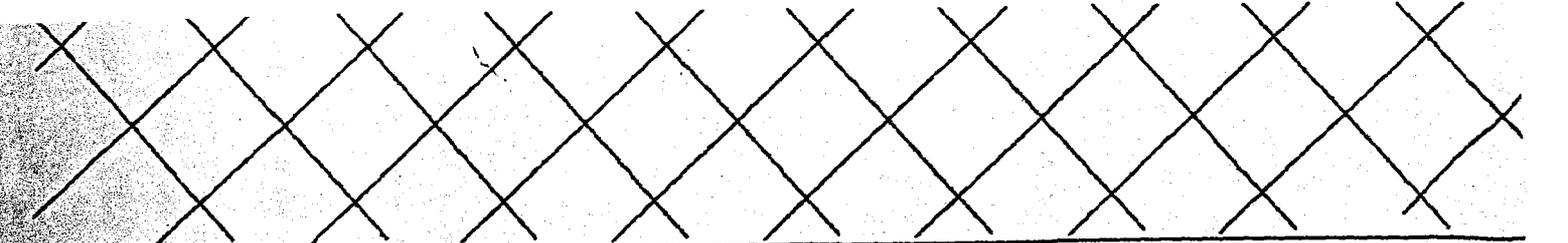
-

-

-

-

-



**Quels sont les traitements pour votre diagnostic numéro un ? Précisez et justifiez.
Indiquez la surveillance post-thérapeutique, ses modalités, sa durée.**

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - MODULE 2 - Gynécologie
PR MELLIER - SEPT 2008 - SESSION 2

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - SESSION 2 - 2007-2008
MODULE 2 - DCEM 2 - Mardi 26 août 2008 - 14h
GYNECOLOGIE - Pr Georges MELLIER

Réservé au
Secrétariat

Mme G... présente un diabète insulino dépendant depuis 10 ans. Elle a 33 ans et souhaite un enfant. Elle vous demande conseil.

1^{ère} question

Quels sont les risques pour elle et son fœtus ?

Note

2^{ème} question

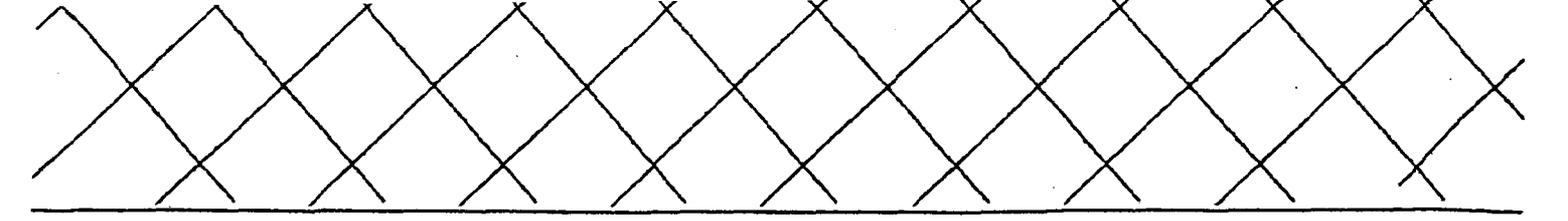
Quel bilan faut-il faire avant le début de la grossesse ?

3ème question

Elle est actuellement enceinte : comment faut-il organiser la surveillance de sa grossesse du fait de son diabète ?

4ème question

Elle est maintenant au début du 9^e mois avec une hauteur utérine à 39 cm, une tension artérielle à 140/90 mm de Hg. Elle vous signale une diminution des mouvements fœtaux de son fœtus. Que faut-il faire ?



5ème question

Elle entre en travail à 37 SA. Quels sont les risques pour l'enfant à l'accouchement et dans la période néonatale ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

DCEM 2 - Module 14 - Hématologie

Dr Franck Nicolini et Dr Emmanuelle Nicolas-Virelizier
- Mai 2008 - 2^e session

Epreuve de :

N° de PLACE

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE 14 - HEMATOLOGIE - SESSION 2
Dr Franck Nicolini et Dr Emmanuelle Nicolas-Virelizier**

**Réservé au
Secrétariat**

Un homme de 63 ans, sans antécédents particuliers, est adressé à l'hôpital par son médecin traitant pour une asthénie, une dyspnée d'effort et des lombalgies d'origine inflammatoire. Cette symptomatologie évolue depuis plusieurs semaines.

Le bilan biologique de débrouillage effectué par le médecin traitant, retrouve une bicytopenie avec des globules rouges (Hb à 97 g/l, VGM à 82 fl) et des plaquettes (110 G/l). Le ionogramme sanguin retrouve une hyperprotidémie à 92 g/l (albumine à 28 g/l) et la créatinine est élevée à 150 µmol/l. La calcémie est à 2.85 mmol/l. La CRP est à 40 mg/l. La bandelette urinaire est négative.

1-Vous suspectez un myélome multiple. Quels sont les examens supplémentaires qui vous permettent de confirmer ce diagnostic et de le stadifier (selon Durie et Salmon) (4 points)?

2-Quelles sont les causes possibles de l'anémie chez ce patient (3 causes principales) (3 points)?

3-Que pensez vous de la valeur de la calcémie ? Comment mieux l'évaluer ? Quelle est votre prise en charge thérapeutique de cette modification de la calcémie (6 points au total)?

4-Au cours du séjour, les dorsalgies s'intensifient avec apparition d'une névralgie en ceinture au niveau de D10 associée à une hypoesthésie de ce même territoire et une fatigabilité à la marche accentuée et des difficultés à uriner.

Quelle complication urgente craignez-vous(1 point) ?

Comment confirmez- vous le diagnostic de cette complication (1 point)?

5-Quels sont les principes (au nombre de 3) de la prise en charge thérapeutique de cette dernière complication en cas de confirmation diagnostique (3 points) ?

6- Le bilan osseux met en évidence de multiples lacunes à l'emporte pièce au niveau du crâne. Votre patient, passionné par la médecine, souhaite comprendre d'où proviennent ces lésions ostéolytiques. Expliquez brièvement la physiopathologie de ce type de lésions (2 points).

Note

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 14 - NEPHROLOGIE
Pr FOUQUE - SESSION 2

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008

MODULE 14 - SESSION 2 - NEPHROLOGIE

Pr Denis FOUQUE

Réservé au
Secrétariat

Dossier : Insuffisance rénale aiguë

Vous devez prendre en charge un homme de 68 ans qui présente une insuffisance rénale aiguë. Ses antécédents médicaux sont marqués par une hypertension artérielle traitée par un diurétique thiazidique, un tabagisme à 40 paquets année et une arthrose traitée épisodiquement par AINS. Il a eu quatre jours auparavant une artériographie des membres inférieurs du fait d'une artériopathie des membres inférieurs stade III.

Il a uriné 450 ml/j les deux derniers jours, a une PA à 150/85 mm Hg. La créatinine plasmatique était à 80 $\mu\text{mol/l}$ avant l'examen. Biologiquement ; au niveau sanguin, urée : 18 mmol/l, créatinine : 370 $\mu\text{mol/l}$, Na : 138 mmol/l, K : 5,2 mmol/l, RA : 21 mmol/l, Ca : 2,3 mmol/l, P : 1,4 mmol/l, protéines : 70 g/l ; Hb à 12,5 g/dl, plaquettes à 225 G/l et GB à 6500/mm³ (PN à 4100/mm³, L à 2000/mm³) ; CPK à 50. Biologie urinaire, urée : 130 mmol/l, créatinine : 8 mmol/l, Na : 90 mmol/l et K : 25 mmol/l. Absence d'hématurie et de leucocyturie sur la cytologie urinaire quantitative, protéinurie à 0,25 g/j.

L'échographie rénale retrouve des reins de 11 cm, bien différenciés, sans dilatation des cavités pyélocalicielles, ni obstacle sur les voies urinaires

QUESTIONS :

- 1) Quels sont les arguments dans cette observation en faveur du caractère aigu de l'insuffisance rénale ?
- 2) S'agit-il d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ? Justifiez
- 3) De quel type d'insuffisance rénale aiguë s'agit-il ? Argumentez
- 4) Selon vous quelle est la cause de cette insuffisance rénale aiguë ? Comment aurait-on pu la prévenir ?
- 5) Quels traitements mettez-vous en place concernant cette insuffisance rénale aiguë ?
- 6) 15 jours plus tard, alors que vous constatiez une amélioration de la fonction rénale, vous assistez à une nouvelle augmentation de la créatinine sanguine avec apparition d'un livedo reticularis aux membres inférieurs. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Note

NOM et Prénoms :

(en caractère d'imprimerie)

Module 14 - Endocrinologie - Session 2 -

Pr Borson-Chazot - Septembre 2008

Epreuve de :

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE

MODULE 14 - Session 2 - Pr BORSON-CHAZOT

Lundi 25 août 2008 - 13h30

Dossier d'Endocrinologie

Réservé au
Secrétariat

Madame F, âgée de 52 ans, vient en consultation pour déséquilibre du diabète découvert il y a 3 ans. Sa mère âgée de 80 ans présente également un diabète. Elle est traitée par régime seul. Examen clinique : T°: 39 ° C, douleur lombaire bilatérale majorée à l'ébranlement des 2 fosses lombaires.

TA :140 / 90 mmHg , Pds : 92 kgs Taille : 1 m 60, tour de taille : 100 cm. Le reste de l'examen clinique normal .

Biologie : Glycémie capillaire : 4 g/l

BU : Protéinurie +++ , Leucocyturie +++ , Glycosurie +++ , Acétonurie : 0 ,
Hématurie : 0

- 1) De quel type de diabète souffre Madame F, argumentez ?
- 2) Quel en est le mécanisme physiopathologique ?
- 3) Quelle est la cause probable du déséquilibre du diabète ?
- 4) Quels examens biologiques de première intention réalisez-vous ?
- 5) Quels traitements envisagez-vous dans l'immédiat ?
- 6) Quels traitements envisagez-vous à long terme ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 2 - Génétique
Pr CALENDER - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008

MODULE 2 - Mardi 26 août 2008 - 13h30

Génétique (1h) - Pr Alain CALENDER

**Réservé au
Secrétariat**

La mucoviscidose est une des maladies génétiques autosomique récessive la plus fréquente et posant des problèmes de prise en charge au long cours.

A son propos :

1. Rappelez brièvement le **nom** (référence internationale), la **structure** et la **fonction** du gène impliqué
2. Décrivez les **6 classes fonctionnelles de mutation** en vous aidant d'un schéma de la fonction cellulaire de la protéine codée par ce gène
3. Tentez, dans la mesure du possible d'indiquer ou de suggérer le **type de traitement** ou **d'agent thérapeutique** qui pourrait être adapté à chacune de ces classes de mutation, y compris ceux déjà connus dans des protocoles existants
4. Indiquez, si il y a lieu, l'existence et la nature des **corrélations génotype - phénotype** dans la mucoviscidose

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2-3-4 - ANGLAIS MEDICAL
PR PERRIN - SEPT 2008 - SESSION 2

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - SESSION 2 - 2007-2008
ANGLAIS MEDICAL - Jeudi 28 août 2008 - 14h -
Pr Gilles PERRIN

- 1) Read the following paper and sum up the content (maximum 2 pages)
- 2) Give your personal opinion about the topic (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)
 - Evidence based medicine
 - Reference to hospital
 - Discharge
 - Surgery (UK)
 - Wards (UK)
 - Duty service
 - Clinical outcome
 - Welfare benefits (UK)
 - Out-patients
 - Bone screw purchase

Education and debate

For and against

Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients

Doctors in Britain are expected to attempt resuscitation unless patients have agreed do not resuscitate orders. If patients are terminally ill, is discussion of such orders harmful or helpful?

Department of Cancer Medicine, Faculty of Medicine, Imperial College of Science, Technology and Medicine, Hammersmith Campus, London W12 0NN

Charlotte Manisty
senior house officer
Jonathan Waxman
professor of oncology

Correspondence to:
J Waxman
j.waxman@ic.ac.uk

BMJ 2003;327:614-6

FOR Patients increasingly want to participate in decisions about their medical treatment. Although this is appropriate in most circumstances, discussing cardiopulmonary resuscitation with terminally ill patients is not practical, sensible, or in the patient's best interests. In these special situations, patient involvement is tokenism and entirely of negative value.

The UK guidelines on cardiopulmonary resuscitation require doctors to attempt resuscitation in all patients who have a cardiac or respiratory arrest unless a do not resuscitate order exists.¹ Doctors are required to discuss the value of resuscitation with their patients before making a do not resuscitate order (box). However, discussion about cardiopulmonary resuscitation forces the patient to confront the inevitability of their fate, with negative consequences. Patients need to maintain some hope—if not for a cure then at least for some comfort. It is not appropriate that all comfort is lost as a result of the inappropriate blanket application of a facile rule. This is particularly true when the rule forces patients to make a choice, when in reality they have no choice.

Medical futility

Another argument for not discussing resuscitation with terminally ill patients is medical futility. This term is applied to justify withholding treatments in patients who are likely to gain minimal benefit. Nowhere is the futility of medicine so clearly embodied as in resuscitation procedures for terminally ill patients. In a study of 243 patients who experienced a cardiac arrest and received cardiopulmonary resuscitation, 16 survived to be discharged from hospital. All of these patients were within a group of 73 who had had unexpected cardiac events. None of the 171 patients with terminal cancer who had cardiopulmonary resuscitation survived.² In a smaller series of 83 cancer patients who had had a cardiac arrest, eight left hospital, of whom three died within six weeks and two within six months.³ The survivors were not terminally ill at the time of their arrest.

Much emphasis has been placed on patients' feelings with regard to clinical decision making, but we should also be concerned about the feelings of doctors and their views of procedures that they may not consider to be in patients' best interests. Resuscitation is traumatic, and failed resuscitation awfully traumatic. So why should clinicians be expected to carry out cardiopulmonary resuscitation on a patient dying from cancer?

Patients' views

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment found that 33-50% of patients with metastatic cancer wanted do not resuscitate orders in the 3-6 months before death.⁴ Our experience indicates that demand for autonomy and informed choice from patient groups has not been matched by a parallel appreciation of the likely consequences of resuscitation. Television drama has contributed to an optimistic lay view of the potential success of cardiopulmonary resuscitation.

There can be dignity in death and dying, but surely this is not the case when Cheyne-Stokes breathing stops and a team of doctors starts cardiopulmonary resuscitation. Let us leave patients who are expected to die to do so in peace and allow doctors to uphold the



tenet, "first do no harm." When people are dying, it is entirely ethical not to discuss resuscitation with them.—Charlotte Manisty, Jonathan Waxman

Competing interests: None declared.

- 1 BMA. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/cardioreus?OpenDocument&Highlight=2,cpr (accessed 8 August 2003).
- 2 Ewer MS, Kish SK, Martin CG, Price KJ, Feeley TW. Characteristics of cardiac arrest in cancer patients as a predictor of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Cancer* 2001;92:1905-12.
- 3 Varun J, Walsh GL, Marik PE, Fromm RE. Should a cancer patient be resuscitated following an in-hospital cardiac arrest? *Resuscitation* 1998;36:163-8.
- 4 Haidet P, Hamel MB, Davis RB, Wenger N, Reding D, Kussin PS, et al. Outcomes, preferences for resuscitation, and physician-patient communication among patients with metastatic colorectal cancer: SUPPORT investigation (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *Am J Med* 1998;105:222-9.

AGAINST Patients with chronic illness and cancer have special needs. Their treatment options are complex, are offered over longer periods of time because of improved survival, and have benefits and risks that are difficult to weigh. Terminally ill patients often have to make decisions about their final treatment after a protracted period of illness, investigation, and treatment. But this does not mean they don't want to be involved. Poor communication and information leads to poor patient satisfaction, symptom management, and compliance.¹⁻³ New guidance on effective models of supportive and palliative cancer care suggests that effective training in communication can improve patient satisfaction and some outcomes.⁴

Discussion about cardiopulmonary resuscitation is as important as discussion about any other treatment in terminally ill patients. Some doctors may avoid talking about do not resuscitate orders because they feel it is important to offer a positive outlook. However, silence or incorrect information has been shown to heighten the fear, anxiety, and confusion experienced by patients and families.⁵ Uncertainty and anxiety can be worse if patients receive mixed messages. Therefore, everybody caring for the patient and family needs to be kept fully informed of important decisions and wishes.

Doctors have been shown to be inaccurate at predicting the views and wishes of patients and may thus be unlikely to guess patients' desire for resuscitation. A recent study of 255 patients who were designated do not resuscitate in the nurses' files (investigators were unaware of patient wishes, or the extent they were involved in discussions) found that 48% of patients rated their quality of life as good, whereas physicians rated it good for only 9%; 71% of physicians relied on their assumptions about patients' quality of life when making a decision about resuscitation.⁶ These results show the importance of involving patients in decisions about resuscitation.

Making decisions

Nevertheless, discussing resuscitation is more complex when patients are terminally ill. Time is limited, and

Summary of BMA, Resuscitation Council, and Royal College of Nursing guidelines on do not resuscitate orders

- All medical establishments should have a "do not resuscitate" policy
- Do not resuscitate considerations are embodied in the European Convention on Human Rights
- Resuscitation should be discussed with competent patients or people close to them
- Do not resuscitate orders should be made after considering likely outcomes, patient's wishes, and the patient's right to life
- Do not resuscitate orders should be communicated to all relevant health professionals
- Patients and their relatives should be given a realistic view of the effectiveness of cardiopulmonary resuscitation
- Doctors cannot be required to give cardiopulmonary resuscitation contrary to their clinical judgment

some patients have poor concentration or are unconscious. Decisions should therefore be made before patients reach this stage. Delaying discussions may mean they begin too late because doctors more often overestimate than underestimate survival.⁷ Clinicians need to determine how much patients want to be given full information and make decisions. Although many patients value involvement, individual wishes vary.^{2,8} We need to determine how each patient perceives the situation and what is important for him or her.

Patients cannot make decisions unless they understand the different treatment options and the trade-offs between potential risks and benefits. This requires time, support for the professionals involved, and information about effective treatments in an easily understandable form (box). A study of chemotherapy preferences among patients with advanced lung cancer found that although all had received chemotherapy, only one quarter would make the same decision again had they been more fully informed.⁹ Similar shifts in treatment choice after fuller information have been found for other conditions.¹⁰ When patients became aware of the low probability of success of cardiopulmonary resuscitation, many (but not all) were less likely to request it.¹¹

Research in end of life care has been neglected, and only 0.18% of UK research funding for cancer is dedi-

Department of Palliative Care and Policy, King's College London, Weston Education Centre, London SE5 9RJ
Irene J Higginson
head of department
irene.higginson@kcl.ac.uk

Requirements for effective involvement of terminally ill patients in resuscitation decisions

- Excellent listening and communication skills
- Suitable environment and time
- Assessment of patient's views as circumstances change
- Support for staff in a multi-professional context
- Ability to predict prognosis accurately and strategies to deal with uncertainties when this is not possible
- Effective communication between doctors, nurses, and all those caring for the patient

cated to end of life care.¹² Unsurprisingly, therefore, our understanding of the effective treatments, patient preferences, and best ways to include patients in decisions remains patchy. The best way to answer the practical difficulties of effectively including terminally ill patients in treatment decisions is through more appropriate training, suitable care infrastructure, public debate, and research rather than by professionals making decisions unilaterally.—Irene J Higginson

Competing interests: None declared.

- 1 Davies E, Higginson IJ. Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer* 2003;11:21-9.
- 2 Koffman J, Higginson IJ. Accounts of carers' satisfaction with health care at the end of life: a comparison of first generation black Caribbeans and white patients with advanced disease. *Palliat Med* 2001;15:337-45.
- 3 Edmonds P, Rogers A. "If only someone had told me": a review of the care of patients dying in hospital. *Clin Med* 2003;3:149-52.
- 4 Gysels M, Higginson I, Rajasekaran M, Davies E, Harding R. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. London: National Insti-

tute for Clinical Excellence, 2003. www.nice.org.uk/docref.asp?d=78471 (accessed 13 August 2003).

- 5 Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med* 2002;16:297-303.
- 6 Junod Perron N, Morabia A, de Torrente A. Quality of life of do-not-resuscitate (DNR) patients: how good are physicians in assessing DNR patients' quality of life? *Swiss Med Wkly* 2002;132:562-5.
- 7 Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. Systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:195-8.
- 8 Steinhilber KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, Grambow S, Parker J, et al. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *J Pain Symptom Manage* 2001;22:727-37.
- 9 Silvestri G, Pritchard R, Welch HG. Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. *BMJ* 1998;317:771-5.
- 10 Murray E, Davis H, See Tai S, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. *BMJ* 2001;323:496.
- 11 Teno JM, Stevens M, Spornak S, Lynn J. Role of written advance directives in decision making: insights from qualitative and quantitative data. *J Gen Intern Med* 1998;13:439-46.
- 12 National Cancer Research Institute. *Strategic analysis (2002): an overview of cancer research in the UK directly funded by the NCRI partner organisations*. London: NCRI, 2002. www.ncri.org.uk/publications/index.cfm?NavSub=20 (accessed 13 August 2003).

Teleanalysis: combining data from different types of study

Nicholas J Wald, Joan K Morris

Teleanalysis can provide the answer to questions that would be obtained from studies that have not been done and often, for ethical and financial reasons, could never be done

Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and the London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, University of London, London EC1M 6BQ

Nicholas J Wald
professor

Joan K Morris
senior lecturer

Correspondence to:
N Wald
n.j.wald@qmul.ac.uk

BMJ 2003;327:616-8

Once a causal link has been established between a risk factor and a disease it is often difficult, and sometimes impossible, to determine directly the dose-response relation. For example, although we know that saturated fat intake increases the risk of ischaemic heart disease, the exact size of the effect cannot be established experimentally because long term trials of major dietary changes are impractical. One way to overcome the problem is to produce a summary estimate of the size of the relation by combining data from different types of study using an underused method that we call teleanalysis. This summary estimate can be used to determine the extent to which the disease can be prevented and thus the most effective means of prevention. We describe the basis of teleanalysis, suggest a simple one-step approach, and validate the results with a worked example.

What is teleanalysis?

Teleanalysis can be defined as the synthesis of different categories of evidence to obtain a quantitative general summary of (a) the relation between a cause of a disease and the risk of the disease and (b) the extent to which the disease can be prevented. Teleanalysis is different from meta-analysis because it relies on combining data from different classes of evidence rather than one type of study.

Randomised trials with disease end points are often not enough to determine dose-response relations; their results tend to be limited by factors such as dose, duration of treatment, and a limited age range of subjects. We also need data from observational epidemio-

logical studies (particularly large cohort studies) and often knowledge of the mechanism of action. Short term trials using drugs or vitamins are also helpful because a drug can have a large specific effect that is not otherwise achievable.

It may also be necessary to quantify the individual effects that relate to separate steps in a causal pathway—that is, the effect of factor A on disease C is determined from the estimate of the effect of A on an intermediate factor B and the estimate of the effect of B on C, rather than by directly measuring the effect of A on C. The exercise is like putting together the pieces in a jigsaw puzzle.

The adverse effects of interventions always need to be considered, and including them in the analysis will



Teleanalysis can provide the answer to public health problems such as the most effective dose of folic acid to prevent fetal neural tube defects



Details of the statistical method for the one-stage process are available on bmj.com

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 3A - Cas Clinique n° 2
Pr D'AMATO - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008 -SESSION 2
MODULE 3A - Vendredi 29 août 2008 - 13h30
Cas clinique n° 2 - Pr D'AMATO Thierry

**Réservé au
Secrétariat**

Vincent J., 24 ans, étudiant en sciences ayant récemment soutenu avec succès une thèse de biologie, inquiète ses parents depuis quelques jours. Malgré son opposition, ils l'ont accompagné aux urgences. Nerveux, irritable et dormant mal depuis 8 jours, il tient depuis la veille des propos étranges et sans grande logique : Il parle d'un « réseau visant à répandre des OGM, depuis qu'il a découvert la clé des écosystèmes ». Aussitôt après, il enchaîne sur l'amour universel dont il est une émanation avant de s'effondrer en larmes. Puis il se bouche les oreilles, l'air effrayé, tout en regardant fixement un point sur le mur. Dans le box de consultation, il semble perdu, lointain, et dit : « Tout est étrange ici » avant d'exprimer le besoin pressant de quitter les lieux. Son père met cet état sur le compte des « joints » qu'il a retrouvé dans sa chambre. Sa mère a peur qu'il ne finisse comme l'oncle qui prend du lithium depuis vingt ans, ou, pire encore, comme la grand-mère morte suicidée par noyade. Il n'existe aucun antécédent psychiatrique personnel ; L'examen clinique est sans particularité.

Note

Question n° 1

Quel diagnostic évoquez-vous à propos de l'épisode actuel ? Justifiez votre réponse par une analyse de la sémiologie.

Question n° 2

Quelles sont les mesures thérapeutiques immédiates ?

Question n° 3

A l'issue de cette phase d'urgence, quel traitement spécifique préconisez-vous ?

Question n° 4

Discutez l'évolution possible à long terme et les principes thérapeutiques ultérieurs

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de : Module 7 Pathologie Infectieuse
Professeur FLORET Session 2 AOUT –SEPTEMBRE 2008

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR GRANGE BLANCHE – DCEM 2

Un enfant de 8 ans sans antécédent particulier arrive aux urgences pour des douleurs abdominales fébriles.

L'histoire a débuté de manière brutale par des frissons, un malaise général et des douleurs abdominales diffuses mais plus marquées à droite.

A l'admission, l'enfant est abattu mais conscient. La température est à 40°, le pouls à 110/mn, le rythme respiratoire à 45/mn, la TA à 115/60. Il présente par intermittence une toux discrète.

L'examen clinique est sans particularité : pas de signes méningés, pas d'éruption cutanée, examen ORL normal. L'examen thoracique est normal. La palpation abdominale est globalement douloureuse mais sans défense ni contracture. Le transit est conservé.

Question n°1

Comment analysez vous la situation ? Quelles hypothèses diagnostiques envisagez vous ?

Question n°2

Quels examens proposez vous pour avancer dans le diagnostic et dans quel ordre ?

Note :

Question n°3

La radiographie thoracique montre l'image suivante. Décrivez la. Quel est désormais votre diagnostic ?



Question n°4

Quelles sont les étiologies possibles. Quelle est la plus probable ?

Question n°5

Quelle thérapeutique proposez vous ? Argumentez votre choix de modalité de prise en charge (hospitalière ou ambulatoire).

Question n°6

Le traitement a entraîné une chute de la fièvre en 24 heures. Par contre, 24 heures plus tard, la fièvre réapparaît accompagnée d'une recrudescence de la toux et d'une douleur de la base thoracique droite. A l'examen, vous constatez la présence d'une matité de la base droite et d'une diminution du murmure vésiculaire.

Que soupçonnez vous ? Comment allez vous le prouver ? Quelle est votre conduite ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

Module 1 - Cas clinique n° 2 - Dr GIRET
DCEM 2 -2007-2008 SESSION 2

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - 2007-2008 - SESSION 2

MODULE 1 - Lundi 1er Septembre - 13h30

Dr Guillaume GIRET

Cas clinique n° 2

Un homme âgé de 29 ans est amené menotté par les forces de l'ordre au service des urgences, suite à des troubles du comportement présenté pendant sa garde à vue. Selon les policiers, après s'être agité violemment et avoir menacé de se pendre dans sa cellule, il se serait déshabillé, aurait uriné en direction des agents de la force publique ; puis par caméra interposée les policiers auraient remarqué « un comportement étrange, une démarche saccadée de robot, il parlait tout seul ».

Les agents de police présentent une réquisition, rédigée par un officier de police judiciaire, à l'attention du psychiatre de garde.

Il est demandé à celui-ci de produire un certificat répondant aux questions suivantes :

- dire si l'état mental de l'intéressé est compatible avec la poursuite de la garde à vue ;
- dire si l'état mental de l'intéressé relève ou non d'une hospitalisation d'office.

Par ailleurs, la police vous précise les conditions de son interpellation : il aurait été surpris par la police en train de tenter de forcer la porte d'une église.

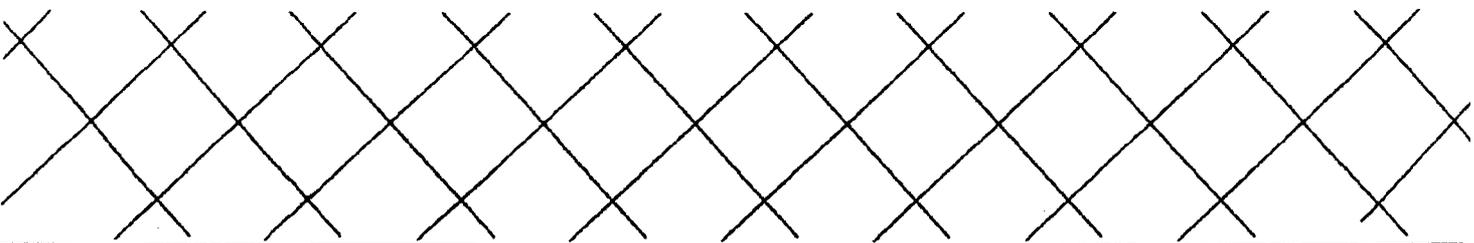
Question 1 : La remise d'un certificat médical à un tiers non médical, en l'occurrence la police, constitue-t-elle une dérogation au secret médical (répondre par OUI ou NON) ?

Question 2 : Citez les principes constitutifs du secret médical.

Lors de l'entretien, le patient dit avoir voulu entrer une église pour "prévenir l'arrivée de l'antechrist, en appelant Jésus à le faire descendre de sa croix". Il parle rapidement, proteste contre son interpellation, et accuse les policiers d'être des supports de Satan voulant l'empêcher de sauver le monde.

La mère du patient se présente dans le service d'urgence, et explique au psychiatre qu'elle veut que son fils soit hospitalisé à la demande d'un tiers ; elle se dit prête à rédiger la demande d'hospitalisation.

Question 3 : Quelle procédure d'hospitalisation sous contrainte faut-il mettre en oeuvre ? Pourquoi ?



Question 4 : Rédigez le certificat d'hospitalisation sous contrainte.

Question 5 : Le patient s'agite et se montre agressif lorsqu'on lui explique qu'il va être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique. Il demande quelles sont les démarches à effectuer pour demander un recours à la procédure d'hospitalisation sous contrainte. Que faut-il lui dire ?

Question 6 : Un mois plus tard, l'hospitalisation sous contrainte est levée sur décision médicale. Quelles sont les conditions médico-légales de cette levée ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

Module 1 - Cas clinique n° 3 - Dr GIRET
DCEM 2 -2007-2008 SESSION 2

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - 2007-2008 - SESSION 2
MODULE 1 - Lundi 1er septembre - 13h30
Dr Guillaume GIRET
Cas clinique n°3

Mme M. se présente aux urgences pour prise en charge d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel à la fin de vie de son père de 96 ans. Elle demande au cours de son entretien des conseils médico-légaux car elle aimerait entreprendre des démarches à l'encontre de l'hôpital où son père a été transféré, hôpital qu'elle tient pour responsable de la dégradation physique de son père.

Elle pense en effet que son père a été victime d'une erreur médicale.

Question 1 :

La patiente veut avoir accès au dossier médical de son père. Dans quels cas un ayant droit peut avoir accès au dossier médical d'un défunt ? Quel sera le motif retenu ici ?

Question 2 :

Si Mme M. avait souhaité avoir accès au dossier médical du vivant de son père, alors que celui-ci était encore hospitalisé, selon quelles modalités aurait-elle pu avoir accès au dossier médical ?

Question 3 :

Une fois que la patiente a obtenu toutes les pièces justificatives, à qui doit-elle s'adresser dans un premier temps pour se retourner contre l'hôpital ?

Question 4 :

En cas de litige persistant et de solution non satisfaisante pour la patiente, quel tribunal sera compétent pour statuer sur cette affaire ?

Question 5 :

En cas de faute médicale non détachable de la fonction hospitalière d'un médecin, quelle type de responsabilité est mise en cause ?

Question 6 :

En cas de faute médicale détachable de la fonction hospitalière d'un médecin, quelles sont les responsabilités mises en cause ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 5 - CAS CLINIQUE N° 1
Dr KROLAK-SALMON - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008 SESSION 2

MODULE 5 - Mardi 02 septembre 2008 - 13h30

Dr KROLAK-SALMON

CAS CLINIQUE N° 1

Réservé au
Secrétariat

- Dossier 1 -

Vous recevez en consultation une femme de 82 ans qui présente un oubli à mesure et des difficultés pour assumer ses activités domestiques alors qu'elle vit seule. Elle est veuve. Elle est accompagnée par son fils car elle est plutôt réticente à la consultation. Son fils signale qu'elle a du mal à s'exprimer depuis environ une année, mais que les troubles ont débuté par l'oubli des faits récents, alors qu'elle conserve bien les souvenirs très anciens. Elle a également du mal à comprendre les phrases complexes, elle se perd facilement dans son quartier, elle ne peut plus gérer ses comptes, ni même régler correctement ses courses. Son fils signale enfin qu'elle commence à se négliger, son domicile est sale, elle grignote toute la journée mais ne prépare plus ses repas. Elle ne sait plus prendre le bus pour aller faire ses courses. La patiente prétend que tout va très bien, et veut rentrer chez elle.

Ses antécédents sont marqués par une hypertension artérielle traitée par diurétique thiazidique, un diabète de type 2 traité par metformine, une dépression ayant nécessité une hospitalisation il y a 5 ans au moment du décès de son époux.

1- Qu'allez-vous rechercher plus précisément à l'interrogatoire de la patiente et de l'entourage ?

2- Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

3- Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Pourquoi ?

4- Votre examen clinique confirme votre première impression. Quel(s) examen(s) de biologie demandez-vous ?

5- D'autres examens complémentaires sont-ils nécessaires ?

6- Quelle est votre prise en charge non médicamenteuse si ces examens confirment votre diagnostic ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 6 - Cas clinique n° 1
Pr VIALE - SEPT. 2008 - SESSION 2

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008

MODULE 6 - Mercredi 03 septembre 2008 - 13h30

Pr Jean-Paul VIALE

Cas clinique N° 1

Un patient, âgé de 60 ans, consulte à votre cabinet pour des douleurs d'apparition progressive de l'hypochondre droit. Le bilan étiologique met en évidence une métastase hépatique synchrone d'une localisation initiale digestive de la jonction recto sigmoïdienne. Il est envisagé une résection chirurgicale et une consultation d'anesthésiologie est programmée.

Question n° 1

Le patient inquiet vous interroge sur le but de cette consultation d'anesthésiologie. Que pouvez-vous lui répondre concernant la prise en charge anesthésiologique périopératoire ?

Question n°2

Le bilan d'extension de la tumeur colique ne met pas en évidence d'autres localisations tumorales en dehors du foie. Le bilan général retrouve les antécédents de diabète non insulino dépendant, une insuffisance rénale modérée, et une hypertension traitée par inhibiteurs de l'enzyme de conversion.. Il vous consulte pour ses douleurs de l'hypochondre droit qu'il qualifie de faibles mais gênantes.

De façon générale, présenter les différents traitements à disposition pour traiter des douleurs de cette intensité ?

Question n°3

Dans le cas de ce patient, quel est votre choix en citant les arguments de votre décision ?

Question n°4

En période postopératoire des premières 48 heures, il est prescrit un traitement antalgique. Rédiger la feuille de prescription de l'interne de l'unité de chirurgie dans lequel ce patient est hospitalisé.

Question n°5

Douze mois après l'intervention initiale, le patient vous signale des douleurs plus importantes, non calmées par le traitement prescrit avant l'intervention. Argumenter le choix de votre proposition antalgique, et rédiger l'ordonnance correspondante.

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 6 - Cas clinique n° 2
Pr VIALE - SEPT. 2008 - SESSION 2

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE 6 - Mercredi 03 septembre 2008 - 13h30
Pr Jean-Paul VIALE
Cas clinique N° 2

Une patiente de 67 ans revient vous consulter 24 mois après votre première consultation avec elle. Il y a 2 ans, elle a été opérée d'une néoplasie colique droite. Dans les suites, s'est installée progressivement une douleur de l'hypocondre droit, le bilan d'extension a mis en évidence un foie métastatique dont la dissémination ne permet pas le traitement chirurgical.

La douleur qui justifie la consultation actuelle est initialement modérée.

Question 1

Comment évaluez-vous cette douleur ?

Question 2

Quelles sont les propositions thérapeutiques à ce stade actuel d'évolution ?

Question 3

Assez rapidement, en 2 mois, le traitement initial que vous avez proposé devient insuffisant pour traiter la douleur.

Quelles sont les nouvelles propositions thérapeutiques possibles, en terme de prescription, surveillance, traitement associé et conseils à la malade et à son entourage ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 15 A - ORL
Pr TRUY - SEPEMBRE 2008 - SESSION 2

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007-2008

MODULE 15 A - ORL - SESSION 2

Pr Eric TRUY

Une jeune femme de 25 ans sans antécédent particulier personnel vient vous consulter car, depuis l'accouchement de son premier enfant, elle présente une baisse de l'audition du côté droit avec un acouphène de tonalité grave. L'examen des tympons est normal. Le conduit est libre. L'examen du nez, de la gorge et du cou est normal. Il n'y a pas de déficit vestibulaire ; d'ailleurs, la patiente ne se plaint pas de vertige.

Question 1 :

Comment affirmez-vous par un simple examen clinique qu'il s'agit d'une surdité de transmission unilatérale droite ?

Question 2 :

Le déficit transmissionnel est en moyenne de 15 décibels. Tracez l'audiogramme tonal liminaire.

Question 3 :

Quel diagnostic évoquez-vous devant une surdité de transmission unilatérale droite à tympan normal ?

Question 4 :

Chez cette patiente qui a présenté cette majoration de son hypoacousie au décours d'une grossesse, quel est le diagnostic le plus probable ?

Comment l'affirmez-vous ? Par quels examens paracliniques ?

Question 5 :

Si vous demandez un scanner à ce stade là, quelle image pouvez-vous voir ?

Question 6 :

Que conseillez-vous, en terme de prise en charge concernant cette patiente, à ce stade là ?

Question 7 :

Cinq ans après, vous revoyez cette patiente. Depuis elle a présenté 2 grossesses et se plaint d'hypoacousie bilatérale. L'audiogramme tonal liminaire montre une hypoacousie de transmission droite de 47 décibels en moyenne, et une hypoacousie de transmission gauche de 17 décibels en moyenne avec une encoche de Carhart. Tracez l'audiogramme tonal liminaire.

Question 8 :

La patiente est très demandeuse d'une réhabilitation auditive. Quels sont les moyens thérapeutiques que vous lui proposez ? Argumentez.

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 2 - Module 15 A - ORL -
Pr FROELICH - SESSION 2 - 2007-2008

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE 15 A - O.R.L
Pr Patrick FROELICH

Réservé au
Secrétariat

Un enfant de 18 mois présente une rhino-pharyngite depuis deux jours, une fièvre à 38° ce matin. L'enfant était dans sa chambre et s'est mis à tousser brutalement sous la forme d'une quinte.

1. Quels sont les deux principaux diagnostics positifs à évoquer ?
2. Comment caractérisez-vous sémiologiquement la dyspnée laryngée chez cet enfant ?
3. L'état de l'enfant s'est aggravé depuis l'après midi. Citez les signes de gravité que vous recherchez cliniquement.
4. Demandez-vous des clichés radiologiques et lesquels ?
5. Malgré une corticothérapie par voie générale réalisée, la toux se majore; il apparaît un tirage xyphoïdien. Quelle attitude thérapeutique préconisez-vous ?
6. Quels trois principaux signes accompagnant la dyspnée laryngée manquent dans le tableau pour évoquer une épiglottite aiguë ?
7. Pourquoi l'épiglottite aiguë est-elle devenue exceptionnelle chez l'enfant en France ?

Note

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 1 - Module 1 - Cas clinique n° 1
Dr Lasset - SESSION 2

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
MODULE 1 - SESSION 2 - CAS CLINIQUE N° 1
Dr Christine LASSET

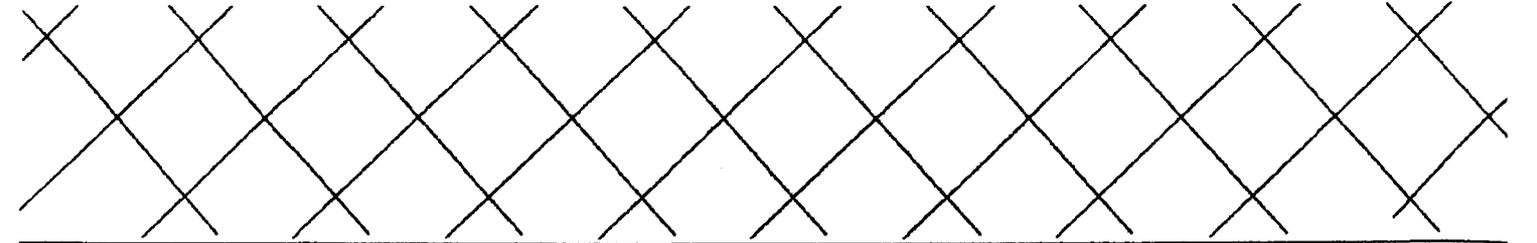
**Réservé au
Secrétariat**

L'intradermo réaction (IDR) à la tuberculine consiste à injecter en intra-dermique un antigène de *Mycobacterium tuberculosis*, agent de la tuberculose. Cet examen est très généralement positif chez les patients atteints de tuberculose mais aussi chez les sujets ayant été en contact avec *Mycobacterium tuberculosis* sans pour autant être malades ou chez les sujets vaccinés par le BCG.

1. Que diriez-vous de la sensibilité et de la spécificité de l'IDR à la tuberculine pour le diagnostic de tuberculose évolutive ? (Donner au préalable les définitions de ces deux indices)

L'utiliserez-vous pour affirmer le diagnostic de tuberculose ? Justifier votre réponse.

Note



Mycobacterium tuberculosis peut être recherché à l'examen direct microscopique des crachats grâce à la coloration de Ziehl. D'autres mycobactéries, habituellement des souillures peuvent également être mises en évidence par cette coloration mais cette éventualité est rare. Chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire, Mycobacterium tuberculosis est présent en nombre plus ou moins élevé dans les crachats, mais il peut être absent.

2. Que diriez-vous de la sensibilité et de la spécificité de la recherche directe de Mycobacterium tuberculosis par la coloration de Ziehl pour le diagnostic de tuberculose pulmonaire évolutive ?

L'utiliserez-vous pour affirmer le diagnostic de tuberculose ? Justifier.

3. En s'appuyant sur les réponses aux questions précédentes, dans quel objectif conseilleriez-vous l'utilisation de l'IDR ? et celle de la coloration de Ziehl ?

NOM et Prénoms :
(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de : DCEM 2 - LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES
Pr GUEYFFIER - SEPTEMBRE 2008 - SESSION 2

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 2 - 2007 - 2008
LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES - SESSION 2
Pr François GUEYFFIER

Réservé au
Secrétariat

Kaabachi O. La rachianesthésie chez l'enfant : étude comparative de la bupivacaïne hyperbare avec et sans clonidine ; Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 21 (2002) 617-621

A] Etablir un résumé sur la grille du CNCI10/07/2008

B] Questions.

Chaque réponse doit être limitée à 3 lignes. Les mots au-delà ne seront pas pris en compte dans la libération.

Note

1. Calculer la puissance espérée a priori de l'étude. Est-elle satisfaisante ? Définir ce terme.
2. Le résultat de l'étude sur le critère principal est-il en accord avec ce qui a été planifié ?
3. Les intervalles de confiance du tableau 2 permettent-ils de déduire le degré de signification du résultat ?
4. Définissez le « double insu ». Comment a-t-il été possible ici ?
5. Après avoir défini ce terme et le biais qu'elle permet de réduire, indiquez si l'analyse a été faite en intention de traitement.
6. Quelle conclusion porteriez-vous sur les effets secondaires ?

D3 Résumé en 250 mots maximum comportant : Objectif, Matériel et Méthodes, Résultats, Discussion
(le tableau comporte 254 cases, les têtes de paragraphe doivent figurer chacune dans une case).

1 à 6						
7 à 12						
13 à 18						
19 à 24						
25 à 30						
31 à 36						
37 à 42						
43 à 48						
49 à 54						
55 à 60						
61 à 66						
67 à 72						
73 à 78						
79 à 84						
85 à 90						
91 à 96						
97 à 102						
103 à 108						
109 à 114						
115 à 120						
121 à 126						
127 à 132						
133 à 138						
139 à 144						
145 à 150						
151 à 156						
157 à 162						
163 à 168						
169 à 174						
175 à 180						
181 à 186						
187 à 192						
193 à 198						
199 à 204						
205 à 210						
211 à 216						
217 à 222						
223 à 228						
229 à 234						
235 à 240						
241 à 246						
247 à 252						
253 à 254						

La rachianesthésie est une pratique plus courante en anesthésie adulte qu'en pédiatrie. Elle était initialement indiquée dans l'anesthésie de l'ancien prématuré pour cure de hernie inguinale [1]. Sa pratique s'est progressivement élargie à toute la population pédiatrique. De nombreuses séries suggèrent l'efficacité et l'innocuité de la rachianesthésie chez l'enfant quel que soit son âge [2-8]. La bupivacaïne est le principal anesthésique local recommandé, elle procure un bloc, surtout sensitif, d'une durée souvent plus courte que chez l'adulte [3]. Afin de renforcer et de prolonger l'analgésie postopératoire, plusieurs adjuvants ont été proposés dans la rachianesthésie de l'adulte, la clonidine a été utilisée dans ce cas avec des résultats probants [9,10]. Aucune expérience n'a été rapportée chez l'enfant. Le but de cette étude a été d'évaluer l'apport de l'adjonction de la clonidine à la dose de $2 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ sur la prolongation du bloc sensitif de la rachianesthésie chez l'enfant.

1. Patients et méthodes

Cette étude prospective randomisée en double aveugle a été réalisée entre janvier et décembre 1999. Des enfants de plus de 5 ans, programmés pour une chirurgie des membres inférieurs et ne présentant ni hypertension intracrânienne, ni désordre cardiaque, respiratoire ou de l'hémostase ont été inclus. L'échec de la ponction lombaire et la conversion en anesthésie générale du fait d'un bloc moteur absent ont été retenus comme les critères d'exclusion. L'étude était soumise et approuvée par le comité d'éthique de l'institution et conduite selon les recommandations de la déclaration de Helsinki. Les grands enfants et les parents ont été informés de la procédure anesthésique. Ainsi, 45 enfants, ASA 1–2, âgés de 6 à 15 ans, ont été randomisés en deux groupes parallèles. Le groupe B recevait uniquement la bupivacaïne à 0,5 % hyperbare (glucosé 10 %) à la dose de $0,3 \text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ sans dépasser 15 mg. Le groupe B + C recevait $0,3 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ de bupivacaïne à 0,5 % hyperbare associée à $2 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ de clonidine, soit une dose maximale injectée en intrathécale inférieure à 3,5 ml. Nous expliquions à l'enfant quand il était coopérant la technique de ponction et les signes cliniques, en particulier ceux en rapport avec le bloc moteur.

Un remplissage à base de Ringer lactate à la dose de $10 \text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}$ était réalisé avant la ponction lombaire. Aucune prémédication n'a été prescrite au préalable, mais une sédation au propofol à la dose unique de $0,5\text{--}1 \text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ était associée pour la réalisation de la ponction chez les enfants agités. La ponction était réalisée en décubitus latéral, au niveau de l'espace L3–L4 ou L4–L5, avec une aiguille 25 G (Pencan, 0,53–0,50 mm–Braun). Le monitoring associait une pression artérielle non invasive, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène. Les mesures étaient faites juste avant la ponction, puis toutes les minutes après la ponction jusqu'à l'installation du bloc sensitif et moteur, puis toutes les dix minutes durant la procédure chirurgicale, puis toutes les 30 minutes en période postopératoire jusqu'à la 12e heure postopératoire.

Une sédation continue au propofol, $0,3\text{--}0,5 \text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$, était nécessaire chez les enfants qui restaient agités en dépit d'un bloc sensitivomoteur adéquat. La supplémentation en fentanyl ($1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) était indiquée en cas de chirurgie prolongée et d'un bloc sensitif devenu insuffisant. Le niveau du bloc sensitif était apprécié par le test du chaud ou froid et la qualité du bloc moteur était cotée sur l'échelle de Bromage modifiée [3] ; de 0 à 3 selon la capacité de l'enfant à fléchir la cheville : 1, le genou : 2 ou la hanche : 3. Tous les enfants ont séjourné par la suite en salle de surveillance postinterventionnelle jusqu'à la levée du bloc moteur. La qualité d'analgésie postopératoire était cotée sur l'échelle visuelle analogique EVA. Une supplémentation par du propacétamol était indiquée devant une EVA ≥ 40 . L'apport de la clonidine intrathécale était jugé sur la durée d'analgésie postopératoire : délai de la première supplémentation analgésique postopératoire. La qualité de l'analgésie peropératoire : délai d'installation, extension du bloc sensitif et la durée du bloc moteur ont été évalués parallèlement. Les principaux effets secondaires recherchés étaient : l'installation d'une hypotension artérielle définie par une pression artérielle systolique inférieure à 20 % par rapport à la pression artérielle systolique avant la ponction, la survenue d'une bradycardie avec une fréquence cardiaque inférieure à 20 % par rapport à la fréquence cardiaque préopératoire, la survenue d'une sédation per- et postopératoire en dehors de toute adjonction de sédatif préopératoire cotée sur une échelle de sédation (0 = réveillé, 1 = calme, 2 = endormi), ainsi que la fréquence des vomissements, des troubles neurologiques et des céphalées.

Tableau 1
Caractéristiques démographiques de la population

	Groupe B + C (bupivacaïne + clonidine)	Groupe B (bupivacaïne)
Patients (n)	23	22
Âge (ans)	8,3 ± 2,3	9,6 ± 3,5
Poids (kg)	30 ± 13	36 ± 15
ASA 1–2	18 / 5	16 / 6
Fracture du fémur	9	9
Chirurgie réglée	14	13

moyenne ± DS ; pas de différence significative entre les deux groupes.

Le nombre de malades, nécessaires pour multiplier par deux la durée d'analgésie postopératoire, pour un risque alpha de 5 % et un risque bêta de 10 %, était de 23 par groupe. Les variables continues : données démographiques, délai et durée du bloc, étaient exprimées en moyenne ± DS, extrêmes et comparées par le test de Kruskal-Wallis. Les variables discontinues : extension du bloc et effets secondaires étaient exprimés en pourcentage et comparés par le test de χ^2 corrigé ou le test exact de Fischer. Une valeur de $p < 0,05$ a été prise comme seuil de signification.

2. Résultats

Quarante cinq enfants ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques générales étaient comparables dans les deux groupes (Tableau 1). Il s'agissait dans 40 % des cas d'une chirurgie pour fracture du fémur (Tableau 1). Trois enfants ont été exclus de l'étude du fait d'un repérage de l'espace lombaire impossible, soit une difficulté de ponction de 6 %. Chez les 42 enfants restants, seuls deux (un dans chaque groupe) avaient nécessité une supplémentation analgésique peropératoire ; réalisant un taux de succès de la rachianesthésie de 95,5 %. Une sédation au propofol, en dose unique lors de la ponction était nécessaire chez 50 % des enfants et en continue en période peropératoire chez 13 enfants.

La durée d'analgésie postopératoire était significativement prolongée dans le groupe clonidine, 490 ± 35 min (720–360 min) vs 200 ± 50 min (150–300 min) dans le groupe sans clonidine, $p < 0,001$ (Tableau 2). L'adjonction de la clonidine ne modifiait ni la qualité ni la durée du bloc moteur, bien qu'il était prolongé dans le groupe B + C, 190 ± 42 min (150–240 min) vs 150 ± 40 min (70–200 min) dans le groupe B, mais la différence n'était pas significative (Tableau 2).

Le délai d'installation du bloc et le niveau métamérique maximal atteint étaient comparables dans les deux groupes (Tableau 2).

La principale complication rapportée était la survenue d'hypotension artérielle chez 19 enfants (44 %). Elle était aussi bien notée dans le groupe B, soit chez sept enfants (36 %), que dans le groupe B + C, 12 enfants (54 %) (NS)

Tableau 2
Caractéristiques des blocs sensitifs et moteurs dans les deux groupes

	Groupe B + C (bupivacaïne + clonidine) (n = 22)	Groupe B (bupivacaïne) (n = 20)	p
Délai (s)	180 ± 12	180 ± 25	NS
Niveau bloc > T10	7	6	NS
Délai régression bloc moteur (min)	190 ± 42 [150–240]	150 ± 40 [70–200]	NS
Délai supplémentation analgésique (min)	490 ± 35 [360–720]	200 ± 50 [150–300]	< 0,001

moyenne ± DS ; [extrêmes].

(Tableau 3). Cinq enfants dans le groupe clonidine ont nécessité le recours à l'éphédrine (un bolus unique de 3 mg) pour une hypotension résistant à un remplissage de 20 ml·kg⁻¹ de Ringer lactate au total (10 ml·kg⁻¹ avant la ponction suivi de 10 ml·kg⁻¹ en cas de chute de la pression artérielle). La bradycardie n'a été signalée que dans le groupe clonidine (30 % des cas), mais la comparaison entre les deux groupes était non significative (Tableau 3). Les tremblements étaient rares, chez seulement deux enfants. Par ailleurs, aucun épisode de sédation (coté 2), de nausées-vomissements, de radiculalgies ou de céphalées posturales postopératoires n'a été rapporté dans cette série (Tableau 3).

3. Discussion

L'utilisation de la rachianesthésie chez l'enfant est associée à une efficacité clinique et une sécurité d'emploi quelle que soit la tranche d'âge. La bupivacaïne, à 0,5 % hyperbare à la dose de 0,3 à 0,5 mg·kg⁻¹, est l'anesthésique local qui assure un taux de succès supérieur dans 90 % des cas dans plusieurs séries [3,5–8,11,12] et 95,5 % dans notre étude. Bien que la bupivacaïne à 0,5 % isobare soit recommandée depuis 1997 par la conférence d'experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation [13] ; la supériorité de la bupivacaïne hyperbare n'a été mise à défaut que dans une série plus récente [2]. Dans la plupart des séries pédiatriques [2–4], la durée du bloc, particulièrement le bloc

Tableau 3
Complications per- et postopératoires dans les deux groupes

	Groupe B + C (bupivacaïne + clonidine) (n = 22)	Groupe B (bupivacaïne) (n = 20)
Hypotension (%)	12 (54)	7 (36)
Bradycardie (%)	6 (30)	0
Tremblements	0	2
Sédation (score = 2)	0	0
Radiculalgie	0	0
Céphalée	0	0

Pas de différence significative entre les deux groupes.

sensitif, est plus courte par rapport à celle notée chez l'adulte. Dans cette étude nous avons évalué, l'effet de la clonidine sur le délai, la qualité et la durée du bloc sensitif et moteur, en tant qu'adjuvant de la bupivacaïne à 0,5 % hyperbare. Le taux de succès, le délai d'installation du bloc et l'extension métamérique n'étaient pas influencés par l'adjonction de la clonidine. Les durées des blocs sensitif et moteur étaient plus prolongées dans le groupe clonidine. La différence des durées du bloc moteur n'était pas significative entre les deux groupes. En revanche, la durée du bloc sensitif, estimée par rapport à la première demande d'antalgique, était plus prolongée dans le groupe clonidine, 490 vs 200 min. Nos résultats ne peuvent pas être confrontés aux séries pédiatriques car la clonidine n'a pas été utilisée pour la rachianesthésie de l'enfant. Le délai moyen de la première prise antalgique après rachianesthésie chez l'enfant (en dehors de l'ancien prématuré) se situe entre 120 et 200 minutes dans les différentes séries pédiatriques [2,3,5,6], ce qui correspond à la durée moyenne du bloc sensitif dans le groupe sans clonidine de notre étude. Dans le modèle animal, l'adjonction de la clonidine intrathécale est associée à un bloc sensitif dont la durée varie suivant la dose de clonidine [14]. Cette dernière est surtout associée à la rachianesthésie de l'adulte, avec une prolongation significative de la durée du bloc et particulièrement le bloc sensitif, aux doses variant entre 75 et 150 μg (1 à 2 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) [10,15,16]. Chez l'enfant, la clonidine est surtout utilisée avec succès comme adjuvant dans l'anesthésie péridurale et caudale. Les doses de 1 à 3 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ sont associées à une prolongation significative de l'analgésie postopératoire [17-20].

L'hypotension artérielle était l'événement secondaire le plus notable chez 19 enfants (44 %), aussi bien dans le groupe recevant la clonidine (54 %) que dans le groupe témoin (36 %). La mauvaise tolérance hémodynamique de la rachianesthésie reste exceptionnelle chez l'enfant [2-5,8,11,12]. Les épisodes hypotensifs modérés sont surtout rapportés chez l'enfant de plus de 5 ans [4], c'était le cas de tous les enfants qui ont fait une hypotension dans notre série. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la fréquence de cette survenue d'hypotension. Un retentissement hémodynamique secondaire à la bupivacaïne hyperbare ne peut être retenu, étant l'anesthésique local le plus utilisé dans les séries pédiatriques ne signalant pas d'hypotension [2-5,11,12]. Un effet propre de la clonidine pourrait être avancé. La survenue plus fréquente des épisodes hypotensifs et exclusive de bradycardie dans le groupe clonidine serait probablement le stigmate de la mauvaise tolérance de la clonidine à la dose de 2 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ dans notre série. L'absence de différence entre les deux groupes serait en rapport avec un nombre insuffisant de malades. La mauvaise tolérance hémodynamique de la clonidine intrathécale a déjà été rapportée chez l'adulte [10,15,16]. En

revanche, les doses péridurales de 1 à 3 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ chez l'enfant sont souvent bien tolérées sur le plan hémodynamique [17-20]. D'ailleurs, la posologie de clonidine pour l'anesthésie locorégionale de l'enfant est de 1 à 2 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ [13]. Sept enfants (36 %) dans le groupe sans clonidine avaient également fait une hypotension artérielle. Le retentissement hémodynamique propre au propofol pourrait également expliquer la fréquence de l'hypotension artérielle dans notre série. En effet, tous les enfants ayant nécessité une sédation continue au propofol ($n = 13$) avaient fait une hypotension (68 % des épisodes d'hypotension). Un effet cumulatif de la clonidine et du propofol était d'autant plus probable que les épisodes d'hypotension les plus sévères ($n = 5$) étaient rapportés chez les enfants du groupe clonidine ayant été sédatisés au propofol. Mais, le nombre réduit de malades par groupe rendait difficile la mise en évidence d'une implication significative de la clonidine et/ou du propofol dans la mauvaise tolérance de la rachianesthésie dans notre série.

La sédation, souvent associée à l'utilisation de la clonidine chez l'adulte était rare dans notre série [16]. Les principaux événements peropératoires rapportés dans les séries de rachianesthésie de l'enfant sont la survenue de nausées-vomissements (< 10 %) [3,5,6] et les frissons (5–15 %) [3,5]. Les douleurs radiculaires et les céphalées après rachianesthésie étaient des complications décrites dans les mêmes proportions que dans les séries adultes. En effet, jusqu'à 5 % des enfants décrivaient des céphalées posturales souvent modérées ne nécessitant qu'exceptionnellement un *blood patch* [3-8,11,12]. L'âge et le type d'aiguille de rachianesthésie ne semblaient pas influencer la fréquence de céphalées posturales [7,8]. Les céphalées après rachianesthésie n'ont pas été décrites dans notre série.

4. Conclusion

L'adjonction de la clonidine à la dose de 2 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ à la bupivacaïne à 0,5 % hyperbare dans la rachianesthésie de l'enfant est associée à une prolongation significative du bloc sensitif. La fréquence de survenue d'épisodes hypotensifs modérés dans notre série peut résulter de l'effet conjoint de la clonidine et de la sédation au propofol. La facilité et la fiabilité de la rachianesthésie chez l'enfant doivent inciter à tester dans l'avenir, la clonidine à la dose de 1 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$.

Références

- [1] Abajian JC, Millish RWP, Browne AF, Perkins FM, Lambert DH, Mazuzan JE. Spinal anesthesia for surgery in high-risk infant. *Anesth Analg* 1984;63:359–62.

- [2] Kokki H, Hendolin H. Hyperbaric bupivacaine for spinal anaesthesia in 7-18 year old children: comparison of bupivacaine 5 mg ml⁻¹ in 0.9% and 8% glucose solutions. *Br J Anaesth* 2000;84:59–62.
- [3] Kokki H, Tuovinen K, Hendolin H. Spinal anaesthesia for paediatric day-case surgery: a double-blind, randomized, parallel group, prospective comparison of isobaric and hyperbaric bupivacaine. *Br J Anaesth* 1998;81:502–6.
- [4] Bang-Vojdanovski B. 10 years of spinal anaesthesia in infants and children for orthopedic surgery. Our clinical experience. *Anaesthetist* 1996;45:271–7.
- [5] Kokki H, Hendolin H. No difference between bupivacaine in 0.9% and 8% glucose for spinal anaesthesia in small children. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000;44:548–51.
- [6] Kokki H, Heikkinen M, Ahonen R. Recovery after paediatric day case herniotomy performed under spinal anaesthesia. *Paediatr Anaesth* 2000;10:413–7.
- [7] Kokki H, Hendolin H, Turunen M. Postdural puncture headache and transient neurologic symptoms in children after spinal anaesthesia using cutting and pencil point paediatric spinal needles. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998;42:1076–82.
- [8] Kokki H, Heikkinen M, Turunen M, Vanamo K, Hendolin H. Needle design does not affect the success rate of spinal anaesthesia or the incidence of postpuncture complications in children. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000;44:210–3.
- [9] Mensink FJ, Kozody, Kehler CH, Wade JG. Dose-response relationship of clonidine in tetracaine spinal anaesthesia. *Anesthesiol* 1987;67:717–21.
- [10] Larsen B, Dorscheid E, Macher-Hanselmann F, Büch U. Does intrathecal clonidine prolong the effect of spinal anaesthesia with hyperbaric mepivacaine? *Anaesthetist* 1998;47:741–6.
- [11] Kokki H, Hendilin H, Vainio J, Partanen J. Pediatric surgery. A comparison of spinal anaesthesia and general anaesthesia. *Anaesthesist* 1992;41:765–8.
- [12] Aguemon AR, Terrier G, Lansade A, Favreau JP, Nathan N, Feiss P. Anesthésie caudale et rachianesthésie pour la chirurgie sous ombilicale de l'enfant. À propos de 1875 cas. *Cah Anesthésiol* 1996;44:455–63.
- [13] Murat I. Anesthésie locorégionale chez l'enfant. Conférence d'experts. *Ann Fr Anesth Réanim* 1997;16:985–1029.
- [14] Kawamata T, Omote K, Kawamata M, Iwasaki H, Namiki A. Antinociceptive interaction of intrathecal alpha2-adrenergic agonists, tizanidine and clonidine, with lidocaine in rats. *Anesthesiology* 1997;87:436–48.
- [15] Dobrydnjov I, Samarütel J. Enhancement of intrathecal lidocaine by addition of local and systemic clonidine. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999;43:556–62.
- [16] Acalovschi I, Bodolea C, Manoiu C. Spinal anaesthesia with meperidine. Effects of added alpha-adrenergic agonists: epinephrine versus clonidine. *Anesth Analg* 1997;84:1333–9.
- [17] Jamali S, Monen S, Begon C, Dudousset AM, Ecoffey C. Clonidine in pediatric caudal anaesthesia. *Anesth Analg* 1994;78:663–6.
- [18] Constant I, Gall O, Gouyet L, Chauvin M, Murat I. Which adjuvant for caudal anaesthesia in children: clonidine vs fentanyl [abstract]. *Anesthesiology* 1996;85(A1103).
- [19] Cook B, Dayle E. The use of additives to local anaesthetic solutions for caudal epidural blockage. *Paediatr Anaesth* 1996;6:353–9.
- [20] Ivani G, Mattiali G, Rega M, Conio A, Jasoni V, De Negri P. Clonidine-mepivacaine mixture vs mepivacaine in paediatric surgery. *Paediatr Anaesth* 1996;6:111–4.

NOM et Prénoms :
(en caractères d'imprimerie)

Epreuve de Pathologie Infectieuse et Tropicale
(Module 7)

N° de PLACE

Réservé au
Secrétariat

UFR Médecine GRANGE BLANCHE – MODULE 7

Pr Dominique PEYRAMOND

DOSSIER N° 1

Thomas, un adolescent âgé de 14 ans, porteur d'un syndrome néphrotique bien équilibré par un traitement immunosuppresseur, a été en contact avec un enfant qui vient de développer une varicelle.

Quinze jours plus tard apparaissent chez Thomas les premiers éléments éruptifs très évocateurs de la maladie. La fièvre est modérée. Vous êtes son médecin généraliste et le voyez en consultation le premier jour de l'éruption.

(Répondre directement sur ce cahier)

Note :

1

Précisez les limites de contagiosité de la varicelle.

2

Chez Thomas, l'éruption est encore discrète. Où allez-vous rechercher les éléments éruptifs caractéristiques de la maladie ?

3

Décrivez l'évolution de l'éruption dans les 5 premiers jours, après son apparition.

4 Rédigez l'ordonnance que vous laissez à Thomas lors de cette première consultation.

5

Au 4^{ème} jour d'une évolution jusque là assez banale, le tableau s'aggrave brutalement par l'apparition d'un syndrome respiratoire sévère avec toux sèche incessante, polypnée à 35/min, fièvre à 40°C et abattement. Vous notez une cyanose modérée, des râles crépitants diffus. De quoi s'agit-il dans ce contexte ? Comment gérer cette nouvelle situation ?

6 A quelles autres complications doit s'attendre dans ce contexte ?

7 Le jeune frère Thomas, âgé de 4 mois, est atteint d'eczéma atopique. Quels sont les risques chez cet enfant ? Que faire pour éviter qu'il se contamine ?