

**Annales 2008 - 2009 :**

**DCEM3**

**SESSION I**

**JANVIER**

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

**Epreuve de :**

DCEM 3 - Module 13 - UROLOGIE  
Pr Xavier MARTIN - SESSION 1 - 2008-2009

**N° de PLACE**

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1**  
**MODULE 13 - Vendredi 09 janvier 2009 - 13h30**  
**Pr Xavier MARTIN -UROLOGIE - 1 Heure**

**Réservé au  
Secrétariat**

Monsieur X..., 58 ans a présenté de vagues douleurs abdominales, il a consulté son médecin généraliste qui a fait pratiquer une échographie abdominale. Celle-ci montre :

« un rein droit de taille normale, bien différencié, sans dilatation des cavités pyélocalicielles. Le rein présente une lésion tissulaire de 2cm de diamètre, hypoéchogène, polaire inférieure à développement exorénal. Le rein gauche est de taille normale, sans anomalie du parenchyme ou de la voie excrétrice. Il n'y a pas d'adénopathie visible. La veine cave est perméable, sans particularité. Le reste de l'exploration abdominale est normale, le foie est sans particularité, la vésicule biliaire est normale, alithiasique »

Il s'agit d'un patient sans antécédents particuliers. Il est médecin, et prend à titre préventif d'infarctus du myocarde de l'aspirine, 100mg par jour.

1-Quelle est actuellement la circonstance de découverte la plus fréquente des tumeurs du rein ?

2-Quels sont les éléments d'imagerie qui sont déterminants dans l'orientation thérapeutique ?

3 -Qu'attendez vous du bilan d'extension, vers quels organes est il orienté ?

4-Quel est le site privilégié des métastases des adénocarcinomes du rein ?

Quelle est la meilleure imagerie pour leur recherche ?

Quelles sont leur mode de révélation le plus fréquent ?

5-Comment expliquer l'existence d'une polyglobulie devant certaines tumeurs du rein ?

Dans les suites immédiates de l'intervention le troisième jour après une lombotomie pour néphrectomie partielle, le patient présente des douleurs du mollet gauche, une tachycardie puis des douleurs thoraciques. Comment allez vous aboutir au diagnostic d'Embolie pulmonaire.

6-Quels sont les signes de gravité de l'embolie post opératoire ?

7-Quelles sont les orientations thérapeutiques chez ce patient au troisième jour post opératoire, quels sont les risques prévisibles ?

8-Quelles sont les principaux diagnostic différentiels sur le plan anatomique des tumeurs malignes du rein de l'adulte ?

**Note**

NOM et Prénoms : .....

(en caractère d'imprimerie)

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 13 - GYNECOLOGIE  
Pr G. MELLIER - SESSION 1 - 2008-2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 13 - Vendredi 09 janvier 2009 - 13h30  
Pr G. MELLIER - GYNECOLOGIE - 1 Heure

Réservé au  
Secrétariat

Cas Clinique

Mme M... 50 ans vient consulter pour des règles abondantes.

A l'interrogatoire vous ne retrouvez aucun antécédent particulier. Elle a 3 enfants. Elle vous dit avoir des règles pendant 8 jours très abondantes pendant 48 H. Les cycles sont irréguliers de 28 à 40 jours.

Elle est asthénique et se pose la question de la responsabilité de l'abondance de ses règles pour expliquer sa fatigue.

1ère question :

Que recherchez-vous à l'interrogatoire ? Justifiez vos questions.

Note

2ème question :

Vous faites un examen clinique : que recherchez-vous ?

**3ème question :**

**Vous avez fait pratiquer une échographie qui montre un fibrome de 40/30 mm situé dans l'épaisseur du myomètre mais sans hernie dans la cavité utérine. Il existe par contre un épaissement de l'endomètre qui fait 15 mm en début de cycle.**

**Quels sont les éléments apportés par l'échographie.**

**4ème question :**

**Quelles sont les différentes modalités thérapeutiques que vous pouvez exposer.**

**5ème question :**

**Quelle sera la thérapeutique que vous allez retenir ? Justifiez votre choix.**

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

**Epreuve de :**

DCEM 3 - Module 13 - HEPATO-GASTRO  
Pr CHAYVIALLE - SESSION 1 - 2008-2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 13 - Vendredi 09 janvier 2009 - 13h30-16h30  
Pr J.A. CHAYVIALLE - HEPATO-GASTROENTEROLOGIE - 1 Heure

Réservé au  
Secrétariat

Vous recevez une patiente de 26 ans, adressée pour un problème d'ictère évoluant depuis une semaine avec urines foncées et selles non décolorées. Le courrier du médecin traitant vous informe qu'il s'y associe des arthralgies, et une fièvre à 38°5. Cette patiente n'a pas d'antécédents particuliers. Elle ne prend pas de traitement particulier habituellement. Une échographie abdominale a été réalisée et montre un foie homogène de taille normale sans dilatation des voies biliaires. Le pancréas et la vésicule biliaire sont normaux.

Le bilan biologique retrouve : hémoglobine 13,5 g/dl, globules blancs 11.109/l, plaquettes 180.109/l, taux de prothrombine 100%, natrémie 130 mmol/l, kaliémie 4 mmol/l, créatininémie 60 µmol/l, bilirubinémie totale 180 µmol/l, ALT 7541 UI/l, GGT 112 UI/l.

Elle vous signale qu'elle a récemment fait un séjour en Turquie, au cours duquel elle a fait plusieurs excursions et eu des rapports sexuels non protégés.

Note

- 1) Citez les grands cadres étiologiques d'une choléstase chez une jeune femme non enceinte.
- 2) Quel bilan sérologique faites vous ?
- 3) Quel est votre diagnostic le plus probable ? Cette pathologie aurait-elle pu être prévenue, et selon quelles modalités ?
- 4) Quel en sont les risques évolutifs ?
- 5) Quelles sont les principes de la prise en charge et de la surveillance ?
- 6). Quelles précautions faut-il conseiller par rapport à l'entourage ?

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

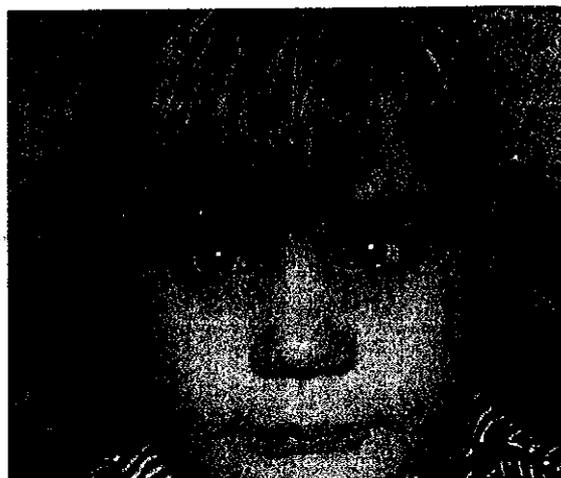
Epreuve de : DCEM 3 - Module 15B - OPHTALMOLOGIE  
Pr BURILLON - SESSION 1 - 2008-2009

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 15B - Mardi 13 janvier - 14h-16h  
Pr BURILLON - OPTALMOLOGIE - 1 Heure

**Cas clinique ophtalmo  
Module 15B**



Note

Lucie, 3 ans, est amenée par ses parents qui ont remarqué qu'elle louchait depuis plusieurs mois. L'enfant n'a pas d'antécédents particuliers. Les parents vous expliquent qu'elle a un œil, soit le droit, soit le gauche, qui part en dedans.

- Quel diagnostic suspectez-vous?
- Comment étudiez-vous la réfraction de l'enfant?
- En cas de strabisme unilatéral, quel est le risque pour l'œil atteint?
- L'étude de la réfraction met en évidence une hypermétropie de +5D aux deux yeux. Prescrivez-vous une correction optique?
- Citez les pathologies ophtalmologiques organiques qui peuvent entraîner un strabisme chez l'enfant?
- Les parents sont inquiets: le jeune frère de Lucie, 1 mois, a également par intermittence les yeux qui louchent. Que leur répondez-vous?

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

**Epreuve de :**

DCEM 3 - Module 15B - NEUROLOGIE  
Pr HONNORAT - SESSION I - 2008-2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1

MODULE 15B - Mardi 13 janvier 2009 - 14h

Pr HONNORAT - NEUROLOGIE - 1 Heure

Réservé au  
Secrétariat

*Monsieur B..., âgé de 30 ans, sans antécédent médical particulier, se présente aux urgences dans l'après-midi en raison de la survenue depuis la veille au soir de céphalées diffuses, en casque, non soulagées par le paracétamol. Le patient a présenté deux épisodes de vomissements.*

**QUESTIONS**

1) Quelles sont les données de l'interrogatoire qui pourraient vous orienter vers une crise migraineuse et celles qui à l'inverse vous inciteraient à rechercher en urgence une autre étiologie à cette céphalée?

*En fait, le patient rapporte une fièvre à 38°C depuis 24 heures, associée à des troubles de concentration et à une insomnie nocturne contrastant avec un certain degré d'agitation la journée.*

*Ce matin, Monsieur B... a présenté un épisode curieux de perte de contact relaté par sa femme. Le début a été brutal. Le patient paraissait comme « absent », ne répondant pas aux questions. Il « mâchonnait » et avait son bras droit contracté. L'épisode aurait duré entre 1 et 2 minutes, avec un retour rapide à un état de conscience normal.*

*L'examen clinique vous révèle : Température 39,3°C ; pouls à 98/minutes Pression artérielle à 110/70 mm Hg. Auscultation cardiovasculaire sans anomalie.*

*Le patient est par moments somnolent, discrètement désorienté dans le temps et dans l'espace. Vous notez un discret manque de mots et quelques troubles mnésiques avec des difficultés à se rappeler l'âge de ses enfants. Il est manifestement gêné par la lumière de la lampe que vous utilisez pour examiner ses pupilles (symétriques, intermédiaires et réactives). Vous ne notez pas de résistance à la flexion de la nuque. Vous retrouvez une quadranopsie latérale homonyme supérieure droite. Les réflexes ostéo-tendineux sont tous présents, normaux et symétriques. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur.*

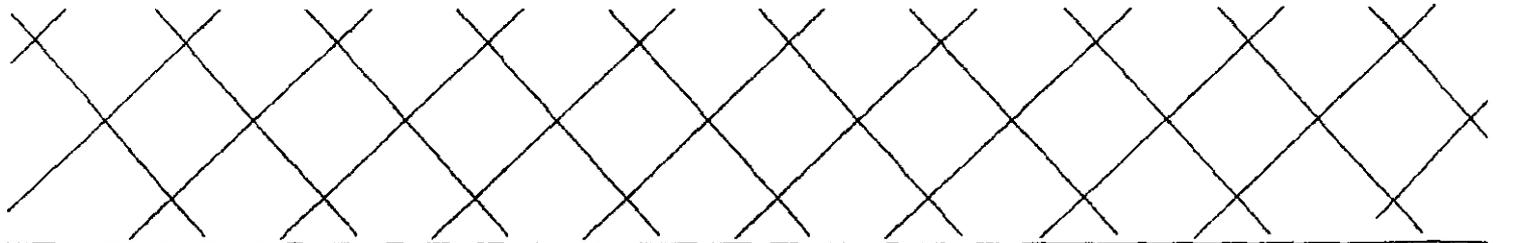
2) Faites l'analyse syndromique de ce tableau clinique ?

3) Quelle topographie lésionnelle neurologique pouvez-vous suspecter?

4) Quel est le premier examen paraclinique que vous réalisez ? Pourquoi réalisez vous cet examen ? Quel renseignement peut-il vous apporter ?

... / ...

Note



---

*Alors que vous poursuivez les investigations, l'état clinique du patient devient préoccupant... Les malaises tels que décrits plus hauts se répètent à trois reprises en 30 minutes, puis, dans la demi-heure suivante il présente à trois reprises des pertes de connaissance avec secousses musculaires des 4 membres durant 3 minutes. Il ne répond pas aux stimulations entre chaque épisode.*

**5) Quel est votre diagnostic pour cette complication de l'affection sous-jacente ?**

**6) Décrivez votre prise en charge médicamenteuse immédiate.**

*Votre traitement est efficace et le patient peut de nouveau répondre aux ordres simples. Il reste néanmoins très confus et présente un déficit moteur hémicorporel droit proportionnel, étendu à l'hémiface droite, ainsi qu'une anisocorie. La pupille gauche est dilatée et peu réactive.*

**7) Que devez vous redouter ?**

**8) Quel traitement médicamenteux devez vous mettre en place ?**

*Une imagerie cérébrale a été réalisée et retrouve une lésion temporo-frontale gauche prenant le contraste en couronne et entourée d'une zone d'œdème importante.*

**9) Quelles hypothèses diagnostiques doivent être évoquées ? Comment étayer chacune d'elles ?**

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

Epreuve de : DCEM 3 - Module 8 - MEDECINE INTERNE  
Dr HOT Arnaud - SESSION 1 - 2008-2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 8 - Mercredi 14 janvier 2009 - 13h30-16h30  
Dr HOT Arnaud - MEDECINE INTERNE - 1 Heure

Réservé au  
Secrétariat

Un patient âgé de 66 ans, ouvrier métallurgiste est adressé pour une fièvre à 38 °6 évoluant depuis 3 semaines. Il ne prend aucun traitement. Il est adressé par ce syndrome inflammatoire biologique persistant. Il décrit une perte de 6 KG durant le dernier mois.

Lorsqu'il est pris en charge en hospitalisation, il a des signes visuels accompagnés d'une paralysie du VI droit.

A l'interrogatoire, il présente une limitation de l'abduction au niveau de l'œil droit, et une limitation de l'ouverture buccale. Ce trismus est présent depuis 48 h00. Il se plaint de céphalée et de douleurs mandibulaires lors de la mastication.

A l'examen, les bruits du cœur sont irréguliers, il existe un souffle holosystolique mieux perçu au foyer aortique, les poumons sont clairs. Il n'y pas de souffle sur les trajets vasculaires. Il n'existe pas d'anomalies au niveau de l'abdomen. Il n'existe aucune anomalie à l'examen cutané. L'examen ORL est normal. Il n'y a pas d'anomalie à l'examen stomatologique.

La pression artérielle est à 165/85 mm Hg, le poids est à 105 Kg, pour 192 cm.

Note

- 1) Citez les 3 causes pouvant être à l'origine d'une fièvre prolongée dans ce cas précis ?
- 2) Quels examens allez vous prescrire pour compléter ces explorations ?
- 3) Quel est votre diagnostic ? Quel examen prescrivez-vous pour le confirmer ?
- 4) Quelles sont les causes de baisse d'acuité visuelle au cours de cette pathologie ?
- 5) Quelles sont vos modalités thérapeutiques, précisez votre prise en charge ?
- 6) Combien de temps allez-vous traiter ce patient, quelles sont les options pour diminuer la corticothérapie ?  
Citez sans les détailler les conséquences de la corticothérapie au long cours ?
- 7) Quelles sont les complications de cette pathologie sur le long terme ?

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

**Epreuve de :**

DCEM 3 - Module 8 - Dermatologie  
Pr A. Claudy - JANVIER 2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3  
MODULE 8 - Mercredi 14 janvier 2009  
DERMATOLOGIE - Pr A. CLAUDY

Réservé au  
Secrétariat

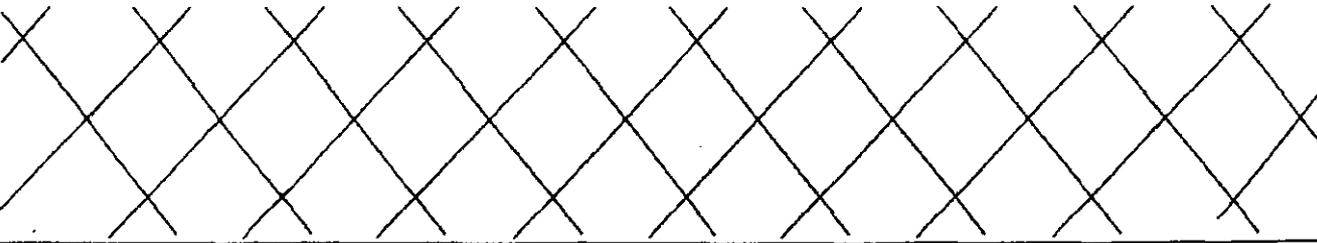
### Cas clinique n°1 - 1h

**Enoncé :** Un nouveau né de sexe féminin présente depuis le 3e jour de vie une tuméfaction d'aspect framboisé d'une paupière supérieure. La lésion a une surface irrégulière, rouge vif, d'environ 2 cm de diamètre. Elle gêne l'ouverture palpébrale. Elle n'est pas pulsatile à la palpation. Il n'y a pas de souffle. L'enfant est née à 34 semaines d'aménorrhée. Le reste de l'examen cutané et général est négatif. Il n'y a pas d'antécédent familial identique.

**Question 1 :** Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

Note

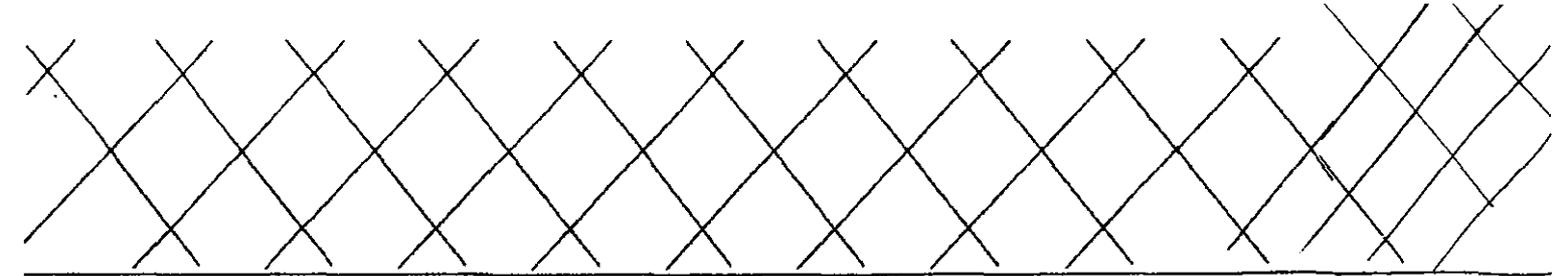
**Question 2 :** Au sein des lésions vasculaires cutanées du nouveau-né, quelle place occupe cette tuméfaction ?



---

**Question 3 : Quelles informations fournissez-vous aux parents ?**

**Question 4 : Quelle conduite à tenir proposez-vous ?**



---

**Question 5 : Quelles sont les deux principales complications de cette affection qui peuvent survenir chez cette enfant ?**

**Question 6 : En cas de grossesse ultérieure, quel risque que le second enfant soit également atteint ?**

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

**Epreuve de :**

DCEM 3 - Module 8 - Immunologie  
Pr A. LACHAUX - SESSION 1 - 2008-2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3  
MODULE 8 - Mercredi 14 janvier 2009 - 13h30-16h30  
IMMUNOLOGIE - Pr A. LACHAUX

### Cas clinique n°2 - 1h

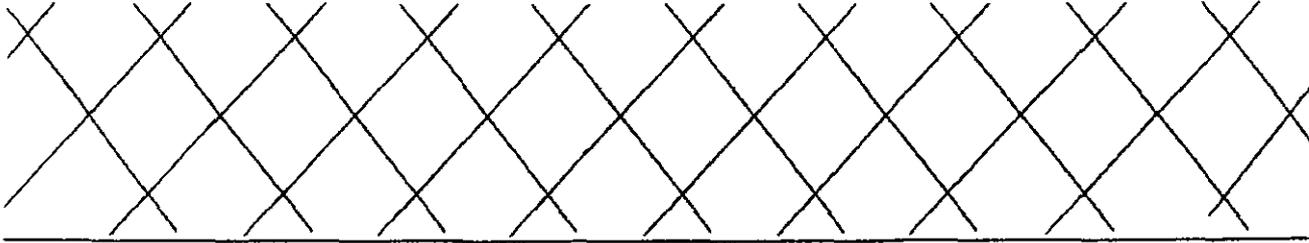
Réservé au  
Secrétariat

**Enoncé :** Ronald est âgé de 8 ans, il est amené par ses parents aux urgences car, 5 mn environs après avoir terminé son repas, il a présenté un malaise avec des boutons. Le malaise à été assez prolongé (plusieurs minutes) avec pâleur, sueurs et même perte de connaissance pendant environ une minute. Dans les suites du malaise Ronald est resté obnubilé et hypotonique jusqu'à son arrivée à l'hôpital ou il est amené par ses parents. A l'arrivée vous notez que le patient est obnubilé mais conscient (Glasgow à 13), la tension est à 65/40 mmHg avec une fréquence cardiaque à 155 par minute. Une éruption qui ressemble a un urticaire est présente sur le visage et le tronc.

Vous demandez des renseignements complémentaire aux parents qui vous apprennent qu'ils sont originaires des Caraïbe et qu'il s'agissait d'un repas traditionnel réalisé à base de poissons (thon) et de crustacés préparés a partir d'aliments apportés par de la famille. Ces aliments ont été stocké depuis la veille a température ambiante (rupture de la chaîne du froid) mais cuit de façon prolongée avant d'être consommés. L'interrogatoire vous apprend que Ronald aime beaucoup le plat principal composé en grande partie de thon et qu'il en mange avec excès.

Il est le 2ème d'une fraterie de 4, ses 2 sœurs cadettes (3 et 5 ans) n'ont pas de problème alors que son frère aîné âgé de 12 ans simplement présenté au décours du même repas transitoirement des démangeaisons. Les autres membres de la famille n'ont pas été malades, un oncle a simplement présenté des céphalées modérées et une cousine comme le frère aîné un prurit transitoire. Les antécédents familiaux révèlent un terrain d'atopie chez la mère de Ronald (eczéma dans l'enfance puis rhume des foins), son père (asthme) et ses 2 sœurs (asthme). Ronald n'a jamais présenté de problème cutané ou respiratoire mais la mère vous signale que son fils à déjà présenté des éruptions après avoir mangé du thon car : plus il en mange plus il fait des réactions violentes.

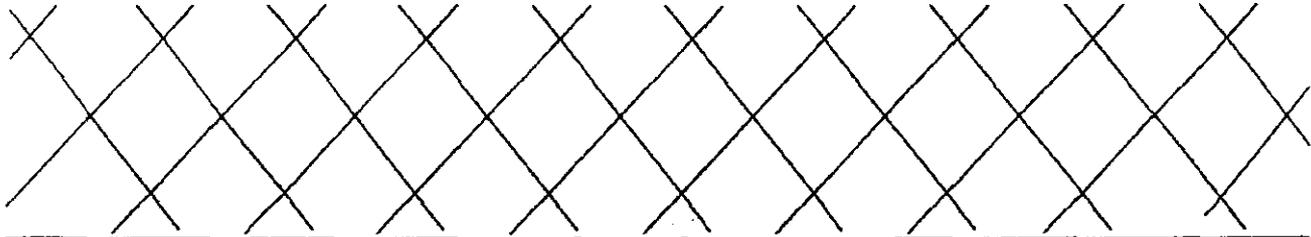
**Note**



---

**Question 1 :** Comment assurez vous la prise en charge initiale de ce malade? Quel(s) traitement(s) mettez vous en œuvre dès que vous recevez le patient (préciser les posologies) ?

**Question 2 :** Quel(s) argument(s) sont en faveur d'une allergie alimentaire



---

**Question 3 :** Quel(s) argument(s) sont en faveur d'une fausse allergie alimentaire

**Question 4 :** Quel(s) bilan(s) proposer si vous évoquez le diagnostic d'allergie alimentaire

**Question 5 :** Comment faire le diagnostic de certitude de fausse allergie alimentaire

**SESSION I**

**MAI**

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

Epreuve de :

Module 9 - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Pr GUEYFFIER - Cas clinique n° 3 - MAI 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1

MODULE 9 - Mardi 05 mai 2009 - 13H30-16h30

Pr François GUEYFFIER - CAS CLINIQUE N° 3 - 1 heure

Réservé au  
Secrétariat

prévention cardiovasculaire

Chacune des 6 questions appelle une réponse brève, en 3 lignes au maximum. Le défaut de concision de la réponse entraînera une réduction des points attribués.

Une femme de 32 ans vous consulte car elle vient de déménager et cherche un nouveau médecin traitant.

Elle pèse 56 Kg pour 168 cm. Elle est cadre dans une agence bancaire.

Elle est traitée depuis un an par

Simvastatine 40 mg : 1 par jour

Acebutolol 400 mg : 1 par jour

Aspirine 75 mg : 1 par jour

Note

Elle a comme antécédents une fracture de cheville à l'âge de 30 ans lors d'une course en haute altitude (Himalaya), une grossesse avec hypertension modérée simplement surveillée non traitée et non compliquée, qui a persisté dans les suites (trois consultations à 1 mois d'intervalle, PA à 160/95 mmHg) il y a un an et conduit au traitement par acébutolol (bêtabloquant). La simvastatine a été instaurée car le bilan des anomalies lipidiques montrait une hypercholestérolémie totale à 7 mmol/l. Le cholestérol HDL était à 2,2 mmol/l. La glycémie à jeun était à 4,8mmol/l.

L'aspirine a été instaurée d'emblée, on lui a parlé alors des résultats d'une étude intitulée HOT (dont vous savez qu'ils montraient par rapport au placebo une réduction de 30% du risque d'infarctus du myocarde chez des hypertendus).

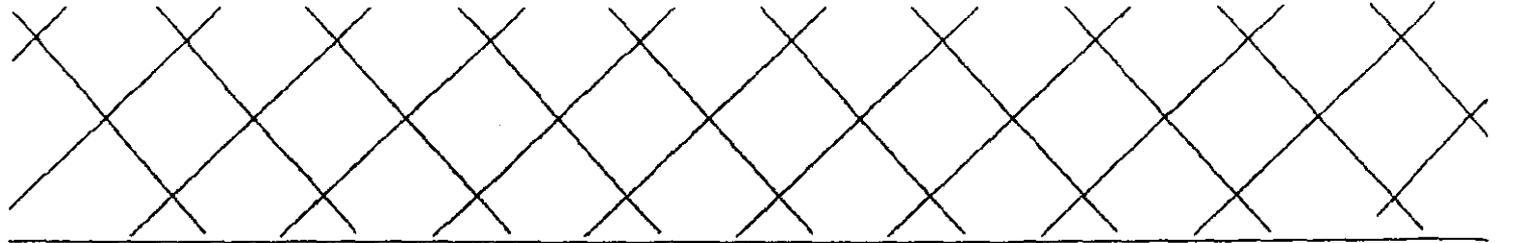
Le Ramipril 10 mg : 1 par jour a été ajoutée il y a 3 mois car la mesure de pression artérielle était à 150 mmHg.

Elle tolère parfaitement les traitements mais ne sait pas précisément les raisons de leur prescription, son précédent médecin traitant étant peu bavard.

1. La mesure du risque d'accidents cardiovasculaires à 10 ans selon l'équation de Framingham vous paraît-elle importante ? Justifiez votre réponse ? Pour information, le risque de maladies cardiovasculaires est estimé à 2% à 10 ans (3 points)

2. Quel facteur de risque cardiovasculaire majeur fait défaut dans la description qui vous est donnée ? (2 points)

... / ...

- 
- 
3. Quelle justification lui donnez-vous pour la prescription (ou la non-prescription) de simvastatine, à la dose évaluée dans l'étude HPS ? (3 points)
  4. Discutez la justification de l'aspirine ou de l'abstention concernant ce traitement. (3 points)
  5. Discutez la justification du ramipril (qui est un IEC, prescrit à dose maximale comme dans l'étude HOPE) ou de l'abstention concernant ce traitement. (3 points)
  6. La réduction du risque apportée par un médicament supplémentaire est-elle, en absolu, plus ou moins forte que la réduction de risque apportée par un médicament prescrit antérieurement ? (3 points)
  7. Quelle stratégie de prise en charge recommandez-vous ? (2 points)

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

Epreuve de :

MODULE 9 - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
Pr Denis FOUQUE - Cas clinique n° 1 - MAI 2009

° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 9 - Mardi 05 mai 2009 - 13h30 - 16h30  
Cas clinique n° 1 - 1 heure - Pr FOUQUE

Note

Madame Mary S. âgé de 68 ans vous est adressée en consultation pour une hypertension artérielle et insuffisance rénale. Elle n'a pas d'antécédents familiaux néphrologiques particuliers. Elle présente une hypertension artérielle ancienne et mal équilibrée pour laquelle un bilan d'hypertension artérielle secondaire en 2003 était négatif (doppler des artères rénales et « bilan des surrénales ») d'après la patiente. Elle est suivie pour une hypercholestérolémie et une atteinte polyvasculaire avec une ectasie de l'aorte connue. Elle n'a pas de coronaropathie. Elle présente un tabagisme à 30 PA, et a comme traitement quotidien aténolol (Tenormine®) 50 mg, spironolactone (Aldactone®) 50 mg, amlodipine (Amlor®) 10 mg, irbesartan (Aprovel®) 75 mg par jour ; potassium (Diffu-K®) 6 comprimés/j, atorvastatine (Tahor®) 10 mg, clopidogrel (Ticlid®).

Il existe une hypertension artérielle difficile à équilibrer avec une kaliémie à 3,6 mmol.l. La créatinine est mesurée à 150 µmol/l (88 µmol/l il y a 4 ans).

Le poids est de 63 kg pour 1 m 65. La pression artérielle est mesurée à 195/90 mmHg avec un pouls à 50. L'examen ne montre pas d'œdème des membres inférieurs. Les pouls périphériques ne sont pas perçus. On perçoit un souffle abdominal à droite pouvant correspondre à une sténose de l'artère rénale. Les bruits du cœur sont réguliers sans souffle. Il n'y a pas de souffle carotidien.

1/ Quels arguments sont en faveur d'une HTA secondaire ? d'une sténose de l'artère rénale ?

2/ La kaliémie est-elle en faveur d'une étiologie secondaire ?

3/ Quels examens complémentaires permettent le diagnostic de sténose de l'artère rénale ?

Quel est l'examen le plus adapté chez ce patient ? Justifier.

4/ Une angio-IRM a été réalisée dont voici le compte rendu :

« L'examen montre une aorte abdominale discrètement ectasique, avec des parois très athéromateuses.

Il n'y a pas d'anomalie des troncs digestifs ou des artères iliaques.

A droite, le rein est de taille normale, avec une artère sans sténose évidente.

En revanche, à gauche, il existe une sténose serrée du tronc de l'artère rénale gauche, le rein gardant une taille symétrique par rapport au côté droit.

Conclusion : Angio-IRM en faveur d'une sténose serrée du tronc de l'artère rénale gauche. »

Une angioplastie est-elle justifiée ? Quels sont les résultats attendus de cette intervention ?  
Quelles en sont les 3 principales complications ?

5/ Le traitement antihypertenseur est-il correct ?

6/ Le patient présente-t-il une insuffisance rénale ? Si oui quel est son stade et vous paraît-elle évolutive ?

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

Epreuve de :

Module 9 - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Pr CHEVALIER - Cas clinique n° 2 - MAI 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 9 - Pr Philippe CHEVALIER - Mardi 05 mai 2009 - 13H30-16h30  
CAS CLINIQUE N° 2 - 1 heure

Réservé au  
Secrétariat

Un homme de 60 ans, ajusteur dans l'industrie automobile, se présente aux urgences pour douleur thoracique rétro-sternale.

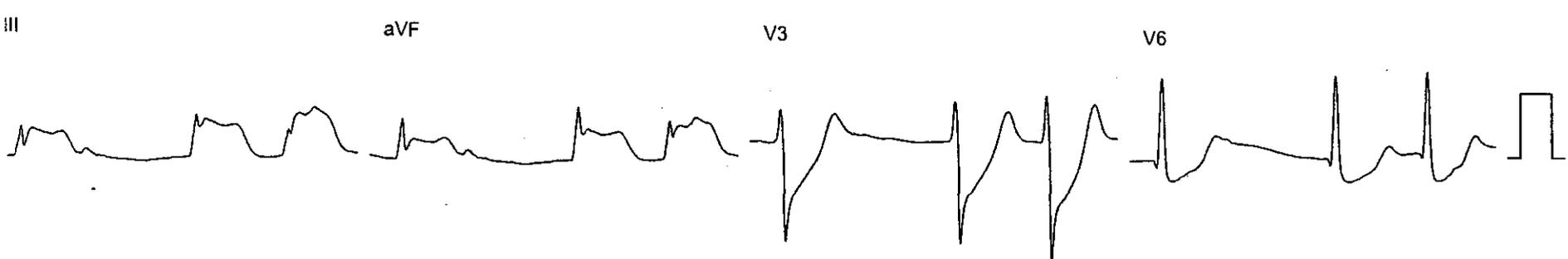
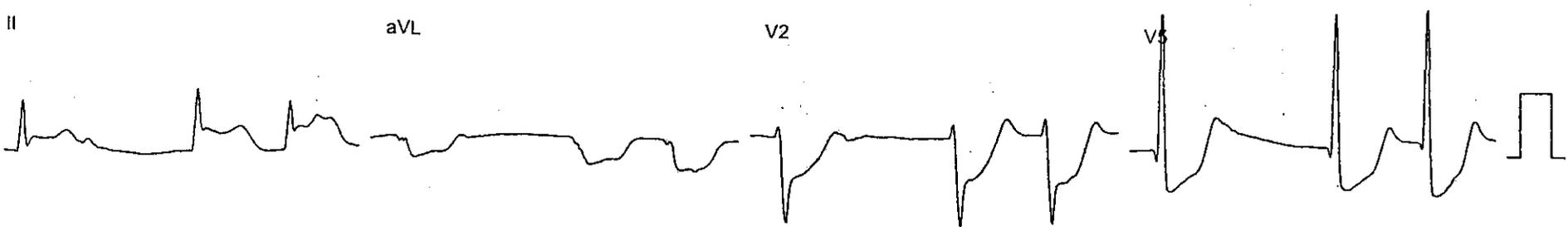
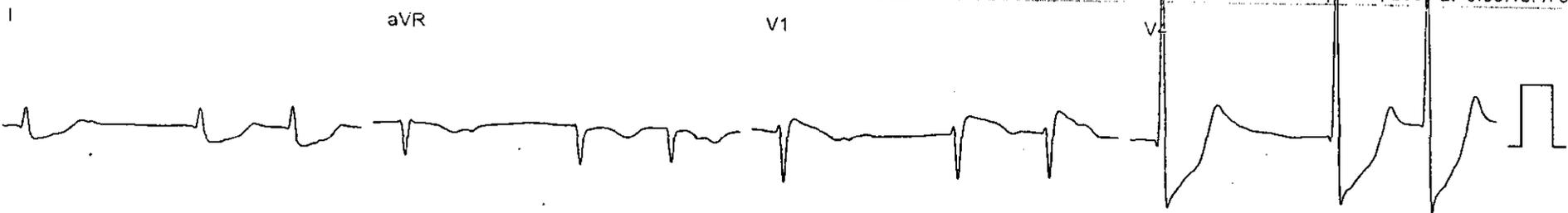
Cette sémiologie est apparue brutalement alors que le patient était au repos.

Les facteurs de risques sont représentés par une dyslipidémie ayant justifié la prescription d'une statine et une hypertension artérielle systémique négligée.

Questions :

- 1 - Etablir la liste des éléments anamnestiques et cliniques pour distinguer un syndrome coronarien aigu d'une dissection aortique.
- 2 - Décrire et interpréter l'électrocardiogramme.
- 3- Le diagnostic de dissection aortique étant éliminé quelle est la thérapeutique à prescrire en urgence chez ce patient.
- 4 - Au bout de 2 jours le patient est asymptomatique, normo-tendu et l'ECG est redevenu normal.
  - a- Rédiger l'ordonnance de sortie.
  - b- Planifier la surveillance clinique et biologique sur un an.
  - c- Détailler les règles hygiéno-diététiques que vous donnerez au patient.

Note



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

Epreuve de :

Module 12 - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Pr CORDIER - Pneumologie - MAI 2009

N° de PLACE

Réservé au  
Secrétariat

Note

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 12 - Lundi 11 mai 2009 - 13H30-15h30  
Pr J.F. CORDIER - Pneumologie - 1 heure

Un homme de 57 ans consulte pour un essoufflement, qui se manifeste à l'effort, et est apparu depuis 4 à 5 ans.

Il signale avoir fait de l'asthme dans l'enfance, un asthme allergique aux acariens et au chat (diagnostic porté par un spécialiste), avec des crises nombreuses (apparemment il ne suivait pas de traitement de fond). Les crises ont disparu vers l'âge de 17 ans.

Le patient fume depuis l'âge de 25 ans, un paquet de cigarettes par jour.

A l'auscultation pulmonaire, il existe un allongement du temps expiratoire.

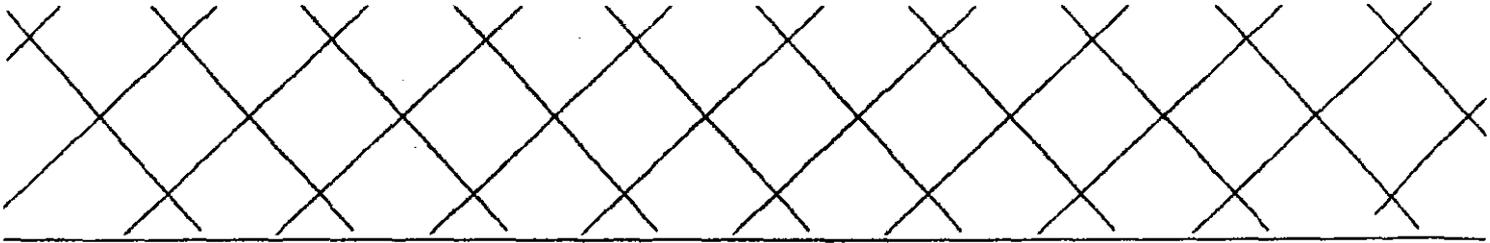
Le patient a vu un pneumologue, qui a fait une spirométrie : la capacité vitale a été mesurée à 4,4 L, avec un VEMS mesuré à 2,2 L (60 % de la valeur théorique). Il lui a donné un traitement. Le pneumologue a conclu ultérieurement au diagnostic de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive).

1. Sur quels critères peut-on porter un diagnostic d'asthme allergique aux acariens et au chat ?
2. Comment interprétez-vous la spirométrie, et comment a-t-on pu conclure au diagnostic de BPCO ?

On conseille au patient de cesser de fumer, mais il dit que « cela ne sert à rien, le mal est fait ».

3. Que lui dites-vous ?
4. Quel traitement médicamenteux préconisez-vous ?

... / ...



---

Le patient est perdu de vue pendant 5 ans. Il a continué à fumer, et l'on n'est pas du tout certain qu'il a pris son traitement. Depuis une dizaine de jours, son état s'est progressivement dégradé (sans fièvre ni expectoration). Comme il a refusé de consulter un spécialiste ou d'être hospitalisé, le médecin traitant lui a prescrit, outre le traitement de fond, de faire 4 fois par jour des aérosols de bronchodilatateurs qu'il fait régulièrement depuis 4 jours. Son état s'aggravant, le patient accepte enfin d'être hospitalisé.

Il est très polypnéique, cyanosé, avec un œdème bilatéral et symétrique des membres inférieurs, remontant jusqu'aux genoux.

La gazométrie montre un pH à 7,20, une PaO<sub>2</sub> à 6,8 kPa et une PaCO<sub>2</sub> à 8,1 kPa. La fonction rénale est normale.

*5. Quelle est la priorité de prise en charge et pourquoi ?*

*6. Comment interprétez-vous l'œdème des membres inférieurs, et comment en confirmez-vous la cause ?*

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

Epreuve de :

Module 12 - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Pr CHEVALIER - Cardiologie - MAI 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 12 - Lundi 11 mai 2009 - 13H30-15h30  
Pr P. CHEVALIER - CARDIOLOGIE - 1 heure

Réservé au  
Secrétariat

Cas clinique « PATHOLOGIE CERVICO-THORACIQUE »

Un homme de 60 ans est hospitalisé pour essoufflement d'installation brutale et d'apparition récente.

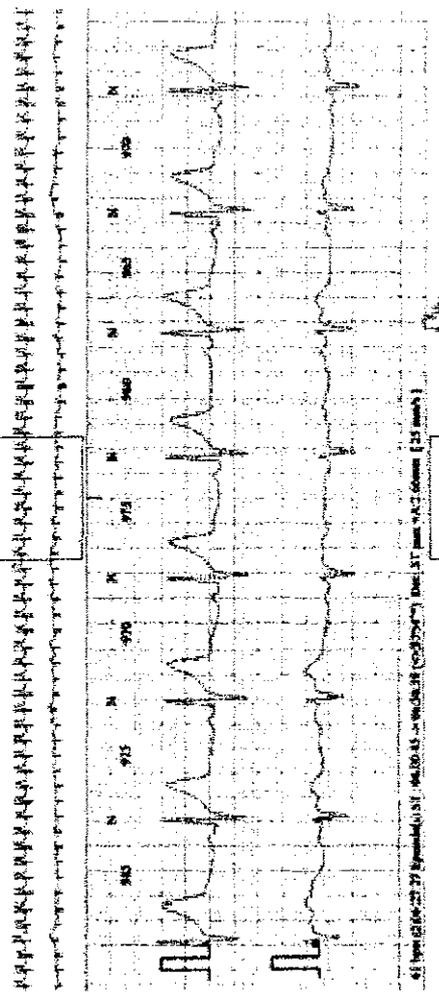
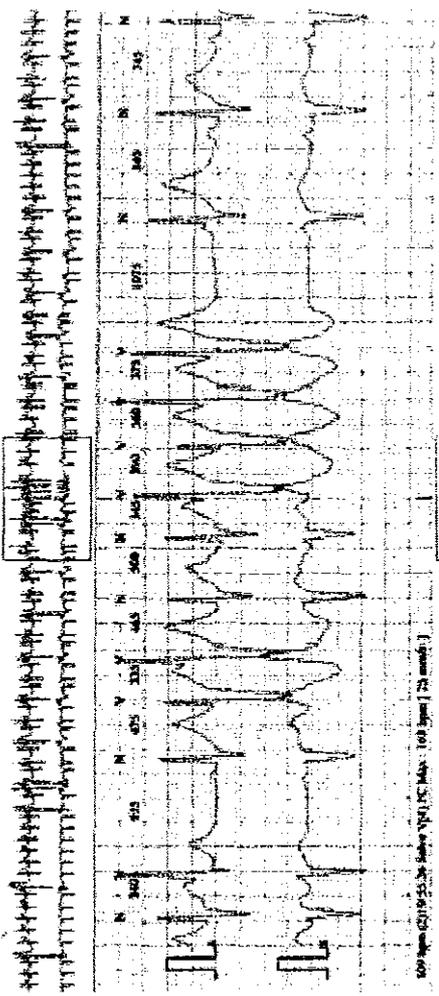
Il n'a pas d'antécédent médico-chirurgical et dans les facteurs de risque cardiovasculaire, on retient une surcharge pondérale.

A l'examen, le patient est tachycarde avec une tension artérielle à 125/85 mmHg au membre supérieur droit, en position allongée. Il existe de discrets oedèmes des membres inférieurs avec turgescence hépato-jugulaire.

Note

Questions :

- 1 - Enumérer les causes principales d'insuffisance cardiaque aiguë.
- 2 - Rédiger la prescription thérapeutique le jour de l'hospitalisation.  
Déterminer les conditions d'administration de Sulfate de Morphine.
- 3 - Quels examens à visée diagnostique, conseillez-vous ?
- 4 - Le diagnostic de cardiopathie dilatée idiopathique se confirme et le patient est apnéique au bout du 2ème jour d'hospitalisation.  
Une arythmie est observée avec la surveillance télémétrique.
  - A - Interprétez et décrivez l'électrocardiogramme réalisé à titre systématique.
  - B - Prescrivez-vous un nouveau traitement ?



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

**Epreuve de :**

Module 4 - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Pr Boisson - Dr Luauté- Cas clinique n° 1 - MAI 2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 4 - Mercredi 13 mai 2009 - 13H30-15h00  
Pr BOISSON - Dr LUAUTE

Réservé au  
Secrétariat

Cas clinique 1

Monsieur MA, âgé de 25 ans est hospitalisé dans un service de post-réanimation dans les suites d'un traumatisme crânien sévère consécutif à un accident de moto survenu 1 mois plus tôt. Lors des premiers soins, l'examen clinique réalisé par le médecin du SAMU retrouvait un patient comateux avec un score de Glasgow égal à 6, des pupilles symétriques et réactives et un état hémodynamique stable. Le patient fut intubé, ventilé et sédaté avant d'être transféré dans le service de réanimation. Le bilan lésionnel retrouvait un traumatisme crânien pure avec une contusion fronto-temporale gauche sur le scanner cérébral. L'IRM encéphalique réalisée une semaine après le début du coma révélait en plus de la contusion fronto-temporale gauche, des lésions axonales diffuses au niveau de la jonction cortico-sous-corticale, au niveau du corps calleux et du pont. Les premiers signes d'éveil ont été constatés après une dizaine de jours sous la forme d'un suivi du regard.

Note

**Question 1 :** Quelles sont les complications qui peuvent survenir pendant la période d'éveil de coma ?

**Question 2 :** Quels sont les objectifs de la rééducation en kinésithérapie à ce stade ?

**Question 3 :** Lors du tour, vous constatez un enraidissement de la hanche gauche du patient. La flexion de hanche qui était normale les jours précédents est maintenant limitée à 100°. Il existe par ailleurs une augmentation du volume de cette articulation qui est chaude et oedématiée. Le patient est apyrétique. La radiographie du bassin est normale. La NFS, le ionogramme sanguin, la CRP et la vitesse de sédimentation sont dans les limites de la normale. Quels sont les deux diagnostics que vous suspectez. Quels sont les deux examens para-cliniques que vous allez réaliser pour étayer le diagnostic ?

**Question 4 :** A moyen terme, quelles sont les déficiences qui vont conditionner le retour à domicile et l'organisation d'une reprise d'activité sociale et/ou professionnelle ?

**Question 5 :** Comment allez vous accompagner en fin de séjour le patient et sa famille dans le projet de retour à domicile ?

**Question 6 :** Quelles sont les structures médico-sociales vers lesquelles vous allez orienter le patient lorsque se posera la question de la reprise professionnelle ?  
Quel est leur rôle respectif ?

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

Epreuve de :

Module 4 - 2008-2009 - SESSION 1 -DCEM 3  
Pr Boisson -Dr Luauté- Cas clinique n°2 - MAI 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 4 - Mercredi 13 mai 2009 - 13H30-15h00  
Pr BOISSON - Dr LUAUTE

Réservé au  
Secrétariat

Cas clinique n° 2

Un patient âgé de 86 ans qui avait présenté dans ses antécédents une hémiparésie gauche ayant bien récupéré un an avant l'épisode actuelle et qui présente une dégénérescence maculaire liée à l'âge est hospitalisé en urgence à l'occasion d'une chute. Ce patient est par ailleurs en bon état général ; il est suivi pour une HTA et un DNID évoluant depuis plusieurs années. Il vit seul à domicile dans de bonnes conditions d'autonomie malgré la persistance d'un déficit distal du membre supérieur gauche.

Question 1 : Quels sont les facteurs liés au vieillissement physiologique ayant pu contribué à la chute ?

Question 2 : Quelles peuvent être les conséquences fonctionnelle du déficit neurologique de la main gauche ?

Question 3 : Quelles peuvent être les déficiences neurologiques discrètes associées à l'hémiparésie ?

Question 4 : Quels sont les objectifs du travail en ergothérapie ?

Question 5 : Quelles sont les possibilités d'amélioration des conditions de maintien à domicile ?

Note

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

**Epreuve de :**

Module 15 B - Session 1 - Mai 2009 - DCEM 3  
Pr VIGNON - Rhumatologie

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 15 B - Pr Eric VIGNON - Rhumatologie (1h)  
Lundi 18 mai - 13h30-15h30

**Réservé au  
Secrétariat**

**Histoire actuelle :** Femme de 68 ans qui se plaint depuis une dizaine de jours de douleurs vives et invalidantes du membre inférieur droit. Les douleurs sont permanentes mais surtout réveillées par la station debout et la marche. Elles partent de la fesse et du pli de l'aîne, irradiant à la face postérieure et antérieure de la cuisse, parfois jusque dans la jambe sans topographie bien nette.

**Question 1.** qu'évoque cette douleur par sa topographie et ses caractères.

**Antécédents.** Mariée 4 fois, sans enfants. Fume 5 cigarettes et boit deux verres de Champagne par jour. Joue au golf et au bridge. Ménopause à 53 ans. Traitement hormonal substitutif depuis. En est très satisfaite surtout sur le plan sexuel ? Chirurgie esthétique du visage et des seins. Passé lombalgique avec hernie discale L4-L5 opérée vers la quarantaine. Depuis 6 mois elle prend 20 mg le matin de cortancyl. Ce traitement a été donné, avec un très bon résultat clinique, pour un tableau de polyarthralgies permanentes avec raideur matinale prolongée, touchant épaules, mains et genoux, étiqueté pseudo polyarthrite rhizomélique.

**Question 2.** quels sont les arguments pour et contre la PPR ?

**Examen :** Très bon état général. Belle chirurgie mammaire. Tuméfaction bilatérale et symétrique des poignets et des MCP. Petit choc rotulien des deux genoux. Le rachis est souple avec un Schober à 15 cm. Nette boiterie à l'appui du MID. L'élévation du MID en extension est difficile en actif et réveille la douleur en passif. La mobilisation de la hanche droite est normale en amplitude mais réveille la douleur. Le reste de l'examen est normal.

55 kg, 174 cm. TA : 135/75. Pouls temporaux bien perçus.

**Question 3.** Avec ces données comment interpréter la douleur du MID ?

**Radiographies :** pincement du disque L4-L5 avec condensation des plateaux vertébraux et ostéophytes antérieurs. Bassin de face normal. RP normale. Mains et poignets de face : pincement de l'interligne des MCP 2 et 5 avec petite érosion de la base de la 1<sup>o</sup> phalange à droite.

**Question 4.** Quelles données de l'examen clinique et radiologiques permettent de faire le diagnostic des polyarthralgies ?

**Question 5.** Que penser de l'origine de la douleur du MID ?

**Note**

**Biologie:** VS : 25 mm (1<sup>ère</sup> heure), CRP : 35 mg/l, NFP normale, électrophorèse sérique normale  
calcémie : 2,20 mmol/l (N entre 2.25 et 2.60), vitamine D un peu en dessous de la limite  
inférieure, phosphorémie normale, phosphatases alcalines : 260 U (N<220), crosslaps sériques  
un peu au dessus de la normale. Latex et Waaler Rose négatifs, Anticorps anti-nucléaires et  
anti-citrulline négatifs. HLA B27 positif. Pas de protéinurie, créatinine normale, transaminases  
et LDH normales

**Examens complémentaires :** ECG normal. Echographie abdominale normale.. Densitométrie  
osseuse : T score lombaire - 3.2 et T score du col fémoral gauche -2.9.

**Question 6. Diagnostic finale des polyarthralgies**

**Question 7. Cause vraisemblable de la douleur du MID ?**

**Question 8 : traitements.**

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

Epreuve de :

Module 15 B - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Dr BEL - Orthopédie - Mai 2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 15 B - Lundi 18 mai - 13h30 - 15h30  
Dr Jean-Christophe BEL - Orthopédie (1h)

Réservé au  
Secrétariat

Un homme de 80 ans est tombé dans la rue. Il se présente en urgence à l'hôpital pour une douleur aiguë de l'aine droite. L'impotence fonctionnelle est minime. A l'interrogatoire : antécédent de gastrectomie large pour ulcère gastrique hémorragique il y a 5 ans. L'examen clinique est normal, hormis une douleur provoquée à l'élévation active du membre inférieur droit. La radiographie du bassin montre une fracture de l'extrémité supérieure du fémur droit.

1. Quel est le type anatomique probable de cette fracture ? Justifier.
2. Quelles sont les étiologies possibles de cette fracture et comment les mettre en évidence ?
3. Quels sont les choix thérapeutiques de ce jour ? Justifier.
4. Le patient refuse de rester à l'hôpital et rentre chez lui en marchant sans cannes. Son médecin traitant le ré adresse le lendemain car il ne peut plus marcher du tout sans une boiterie très douloureuse. Quel est le diagnostic le plus probable ? Comment l'affirmer ?
5. Quelle est dès lors la méthode thérapeutique de choix chez cette personne présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur droit ? Justifier.
6. Son voisin de chambre, un sujet de 30 ans présente une fracture déplacée du col fémoral gauche après une chute de vélo survenue il y a 4 heures. Quel choix thérapeutique ? Justifier. Quelles sont les complications possibles ?

Note

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

**Epreuve de :**

Module 3B - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Pr LACHAUX - Cas clinique n° 1 - MAI 2009

**N° de PLACE**

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1**  
**MODULE 3B - Pr Alain LACHAUX - Mercredi 20 mai 2009 - 13h30-15h30**  
**CAS CLINIQUE N° 1 - 1 heure**

Réservé au  
Secrétariat

Tom est âgé de 7 ans. Il présente depuis plus de 1 ans des épisodes intermittents de diarrhée mais aussi parfois des douleurs abdominales et une "constipation". La diarrhée est décrite comme "modérée" avec parfois 2 à 4 selles liquides décrites comme putrides. Les douleurs sont décrites comme étant péri-ombilicales, intermittentes, plutôt post-prandiales. Le transit est irrégulier avec parfois des petites selles dures, espacées (1 selle tous les 2 ou 3 jours). Vous notez aussi plusieurs épisodes d'encoprésie et parfois des douleurs à la défécation. Il a été aussi noté il y a environ 1 an un épisode de rectorragie minime sous forme de sang mêlé aux selles. L'examen clinique permet d'observer un patient en bon état général. L'état nutritionnel vous semble satisfaisant. La croissance staturopondérale est régulière. Le ventre est souple, plat, indolore. Il n'existe pas d'hépatomégalie ou de splénomégalie. Vous évoquez le diagnostic de constipation ou de rétention stercorale.

Note

- 1) Avez-vous des arguments pour évoquer ou éliminer une maladie de Hirschsprung ?
- 2) En cas de doute diagnostique quel(s) examen(s) réaliser ?
- 3°) Quels sont les symptômes que vous rattachez au tableau de rétention stercorale ou de constipation ?
- 4) Comment expliquez-vous les rectorragies ?
- 5) L'examen de la marge anale peut-il être utile ? (réponse à argumenter en 3 lignes)
- 6) Devant un tel tableau est-il utile de réaliser un toucher rectal ? (réponse à argumenter en 3 lignes)
- 7°) Comment envisagez la prise en charge thérapeutique de ce patient ?

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

**Epreuve de :**

Module 3B - 2008-2009 - SESSION 1 - DCEM 3  
Pr LACHAUX - Cas clinique n° 2 - MAI 2009

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 1  
MODULE 3B - Pr Alain LACHAUX - Mercredi 20 mai 2009 - 13H30-15h30  
CAS CLINIQUE N° 2 - 1 heure

Réservé au  
Secrétariat

François est âgé de 6 ans. Son alimentation est diversifiée. Il présente depuis l'âge de 2 ans des épisodes intermittents de diarrhée avec 1 à 3 selles par jour. Durant ces épisodes, les selles sont décrites comme étant molles ou liquides, parfois mousseuses avec des résidus alimentaires (maïs). L'examen clinique permet d'observer un patient dont l'état nutritionnel vous semble satisfaisant (tissu adipeux et masses musculaires).

La mère de cet enfant vous signale que ces épisodes diarrhéiques cèdent après la mise en place d'un traitement diététique comportant un régime associant l'exclusion du lait et l'introduction d'aliments anti-diarrhéiques (riz, carottes...).

Vous pensez que les troubles présentés par François peuvent s'expliquer par une intolérance acquise au lactose (hypolactasie de type adulte).

Note

1°) Chez cet enfant, vous semble-t-il utile de réaliser une courbe de croissances staturale et pondérale (réponse à motiver en 3 lignes).

2°) Quelles données d'interrogatoire pouvez-vous rechercher afin de confirmer votre hypothèse :

3°) Sur une selle diarrhéique, vous appliquez un papier permettant la mesure du pH qui vous donne un pH à 4. Ce résultat est-il en faveur de l'hypothèse d'une intolérance au lactose ?

4°) Quel examen non invasif pouvez-vous réaliser pour confirmer le diagnostic ? Quel en est son principe ?

5°) Après avoir étudié avec la maman la tolérance au lait UHT demi-écrémé du commerce chez François, vous constatez qu'en effet un apport de plus de 100 cc de lait chez cet enfant entraînent l'apparition de diarrhée. Quels conseils diététiques pouvez-vous donner à cette mère afin d'assurer des apports calciques suffisants chez son fils.

**SESSION II**  
**AOÛT**

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

**Epreuve de :** Module 15B - 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
Dr J.C BEL - ORTHOPEDIE

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 15B - ORTHOPEDIE - LUNDI 24/08/2009  
Dr Jean-Christophe BEL

Réservé au  
Secrétariat

**DOSSIER CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE-**

Au cours d'un slalom en ski alpin, Sandra « sportive du week-end » -30 ans- subit une torsion brutale en varus et rotation interne de son genou gauche. Elle tombe, a une sensation de craquement, se relève. Elle perçoit une douleur aiguë. Au bout de quelques minutes, elle reprend prudemment le ski, mais après quelques instants, sent son genou se dérober au cours d'un mouvement de rotation.

**Question 1 :** Quel élément lésé doit suspecter en premier lieu ? Quels examens cliniques réalisez-vous et quels sont les résultats ?

**Question 2 :** Quels éléments permettent de définir le degré de gravité d'une entorse du genou ?

**Question 3 :** Devant une entorse grave du genou, quels signes trouvez-vous à l'examen clinique ? Quels examens para cliniques demandez vous et quels en sont les résultats ?

**Question 4 :** Lors de l'examen clinique, en examinant le genou droit - un peu douloureux « en interne »-, on constate une perte de l'extension passive qui date semble t'il « d'un match de hand-ball d'il y a 3 semaines ». Quel est le diagnostic le plus probable concernant l'atteinte du genou droit ?

**Question 5 :** Quels examens cliniques réalisez vous pour l'affirmer et quels en sont les résultats ?

**Question 6 :** Quels examens para cliniques demandez vous et quels en sont les résultats ?

Note

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

**Epreuve de :** Module 15 B - 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
Pr VIGNON - RHUMATOLOGIE -

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 15b - RHUMATOLOGIE - Lundi 24/08/2009  
Pr VIGNON Eric

Réservé au  
Secrétariat

**Histoire actuelle :** Femme de 76 ans qui se plaint depuis 1 mois d'une douleur de la fesse gauche qui irradie vers l'aîne et la cuisse, plutôt en arrière mais aussi vers le genou et parfois un peu la jambe.

**Question 1.**

Qu'évoque cette douleur (2 hypothèses) ?

R : douleur de hanche ou cruro-sciatique

La douleur la réveille la nuit en décubitus latéral gauche, avec un dérouillage assez bref le matin et surtout après sa partie de karaté, gênante pour la marche et surtout les escaliers.

**Question 2.**

Quel est le caractère de cette douleur ?

**.Antécédents.** Célibataire, mère de 8 enfants en bonne santé. Voyante extralucide retraitée. Ménopause à 38 ans (qu'elle n'avait pas prévu). Traitement hormonal substitutif régulier. Vers 16 ans, érythème noueux des membres inférieurs, suivi de 2 ans en sanatorium. Quelques crises de coliques néphrétiques. Alcool Tabagique avec bronchite chronique avec fracture de cote lors de la dernière pneumopathie. Son frère aurait un rhumatisme psoriasique.

**Question 3.**

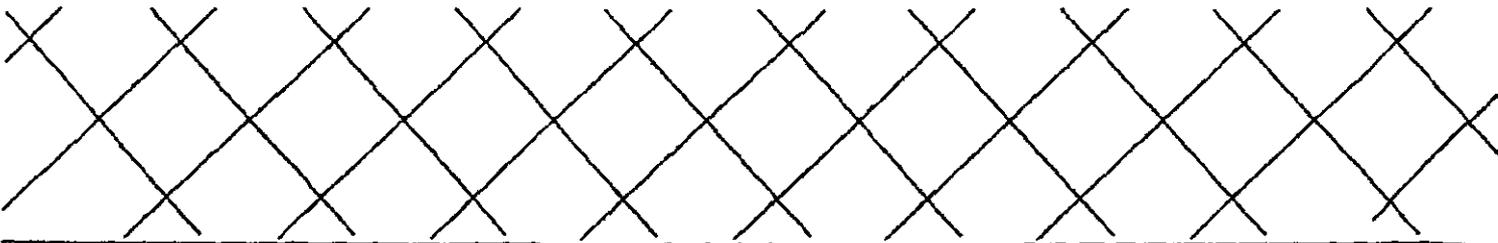
Quelles sont les 3 hypothèses diagnostics que ces données pourraient permettre à priori d'évoquer ?

**Examen :** 163 cm, 44 kg, perte de 4 kg depuis quelques mois. Pas de Lasègue, examen neurologique normal. Pas de raideur évidente de la hanche gauche même si la mobilisation semble parfois douloureuse. Pas d'atrophie de la cuisse. Grosses nodosités indolores à la face postérieure des IPD. TA : 145/75. Rien d'autre d'anormalement évident. Le médecin n'a pas cherché les points douloureux qu'il considère comme sans valeur diagnostique.

**Question 4.**

Quelles sont les pathologies capable de donner ce tableau (données de l'interrogatoire et de l'examen clinique) ?

Note



---

**Radiographies :** Bassin de face : petite protrusion acétabulaire des hanches sans pincement de l'interligne no ostéophyte, petite calcification au niveau du grand trochanter gauche, sacro-iliaques normales, pas de lésion osseuse. Rachis lombaire : petite arthrose L4L5 touchant le disque et les articulaires postérieures, RP normale.

**Question 5.**

Quelles sont les étiologies que l'on peut éliminer avec ces données radiologiques ?

**Biologie:** VS : 12 mm (1<sup>ère</sup> heure), CRP : 6 mg/l, NFP normale, hémoglobine : 1240mg/l, Latex et Waaler Rose négatifs, Anticorps anti-nucléaires mouchetés positifs à 1/64, test de Farr négatif, HLA B27+. Uricémie, créatinine, transaminases, phosphatases alcalines, calcémie, phosphorémie, calciurie sont normale. Discrète augmentation des crosslaps sériques normales.

**Densitométrie osseuse :** t score à -3.2 au niveau du col et -2.5 au niveau du rachis.

**Question 6.**

Que peut-on conclure dans ce cas avec l'aide de la biologie et de la densitométrie.

**Question 7.**

Que faut-il faire pour avoir un diagnostic précis dans ce cas

**Question 8.**

Quels sont les traitements que l'on peut déjà faire ?

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

Epreuve de :

Module 15 B- 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
PR HONNORAT-Pr NIGHOGHOSSIAN - NEUROLOGIE -

' de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 15B - LUNDI 24/08/2009 - 13H30  
Pr J. HONNORAT et N. NIGHOGHOSSIAN

Réservé au  
Secrétariat

**Cas clinique n°1.** Vous recevez aux urgences vers 19h00 un homme âgé de 60 ans droitier, tabagique et diabétique, en raison de l'installation brutale en début de matinée de vertiges rotatoires, de vomissements, d'un hoquet associé à une instabilité majeure. L'examen met en évidence un syndrome cérébelleux statique. Un ptosis et un myosis de l'œil droit, une hypoesthésie de l'hémiface droite et une hypoesthésie thermoalgique de l'hémicorps gauche. L'examen met en évidence un souffle carotidien droit

- 1 - Ce tableau clinique est-il compatible avec un syndrome carotidien droit. ? Pourquoi ?
- 2 - Spécifiez la localisation exacte de l'atteinte neurologique
- 3 - Quel(s) examen(s) vous permettra(ont) de préciser, le siège et le mécanisme de la lésion ?
- 4 - Décrivez brièvement les principes de la prise en charge médicale nécessaire à ce patient
- 5 - La famille vous demande un pronostic. Que lui répondez vous ?

Note

**Cas clinique n°2.** Une femme âgée de 35 ans, non migraineuse, sous contraceptif, présente depuis 15 jours des céphalées permanentes accompagnées de nausées matinales et d'un flou visuel. Deux jours avant la consultation elle présente des accès de paresthésie du membre supérieur droit ainsi que des troubles du langage paroxystiques (manque du mot et paraphasies). Le fond d'œil révèle un œdème papillaire, le scanner sans injection est considéré comme normal.

- 1 - Comment expliquez vous les accès de paresthésies ?
- 2 - Comment interprétez vous les résultats du fond d'œil ?
- 3 - Quels sont les risques, en relation avec le résultat de l'examen du fond d'œil, que cours cette patiente ?
- 4 - Quel examen doit être réalisé pour préciser le diagnostic ?  
Selon quelle modalité doit-il être réalisé ?
- 5 - Quels sont les résultats possibles que vous attendez de cet examen ?

Alors que la patiente s'améliorait sous traitement, l'évolution est marquée par l'apparition d'arthralgies fugaces, d'un syndrome inflammatoire (CRP >15 N<5, élévation polyclonale des immunoglobulines) associé à une anémie avec leucopénie.

- 6 - Vous suspectez une maladie systémique responsable de l'atteinte neurologique. Quelle anomalie du bilan de coagulation doit être recherchée dans ce contexte ?

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

Epreuve de :

DCEM3 - Module 15B - OPHTALMOLOGIE  
Pr BURILLON - SESSION 2 - 2008-2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 15B - Lundi 24 août 2009 - 13h30  
Pr BURILLON - OPHTALMOLOGIE - 1 Heure

Réservé au  
Secrétariat

Madame R., 54 ans vient consulter pour une baisse d'acuité visuelle bilatérale.  
Elle est très fatiguée car finit une chimiothérapie pour cancer du sein.  
Elle est traitée depuis 14 mois par Cortancyl à dose de 20mg/j.  
Elle a présenté une hémorragie gastrique par troubles de coagulation un mois auparavant.  
L'acuité visuelle est à 3/10, Parinaud 3 sur l'oeil droit, et à 6/10, parinaud 2 sur l'oeil gauche.  
La pression intraoculaire est à 22 mm Hg aux deux yeux.  
L'examen met en évidence une cataracte bilatérale en soucoupe postérieure.

Note

- 1- Peut-on parler de baisse d'acuité visuelle ? Que signifie « Parinaud » ?  
Que vous manque-t-il dans l'évaluation de l'acuité visuelle telle qu'elle est donnée dans l'énoncé ?
- 2- Qu'est-ce qu'une cataracte ? Pourquoi y-a-t-il une cataracte chez cette femme jeune ?
- 3- Que signifie une pression oculaire à 22 mmHg ? Expliquez
- 4- Comment être sûr que la baisse d'acuité visuelle provient bien de la cataracte ?
- 5- Quelle est la conduite à tenir pour traiter cette cataracte ?

Réservé au secrétariat

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

Epreuve de :      Module 13 - 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
PR MATHEVET - GYNECOLOGIE

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 13 - MERCREDI 26/08/09 - 13H30  
Pr Patrice MATHEVET - Gynécologie - 1h

Réservé au  
Secrétariat

Exploration clinique et stadification des cancers du col utérin.

Note

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

Epreuve de :

Module 13 - 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
PR Xavier MARTIN

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 13 - MERCREDI 26/08/09 - 13H30  
Pr Xavier MARTIN - UROLOGIE - 1h

Réservé au  
Secrétariat

Monsieur K, âgé de 63 ans, présente quelques troubles mictionnels anciens, datant d'au moins un an, à type de pollakiurie nocturne (une à deux mictions par nuit), dysurie et mictions impérieuses.

- Il ne présente pas d'antécédents particuliers, il est sportif et très actif, il ne présente pas d'excès pondéral.
- Son médecin généraliste lui propose un dosage de PSA pour dépister un cancer de la prostate.

Question 1 (10 points) : Quelle est la justification de dépister un cancer de la prostate chez un homme de 62 ans.

Question 2 (10 points) : L'élévation du taux de PSA est elle spécifique du cancer de la prostate ? Quelles autres pathologies ou circonstance peuvent produire des taux de PSA élevé ?

Question 3 (15 points) : Sur quels arguments, en sortant du cas particulier de notre patient est il indiqué de faire des biopsies de la prostate ?

Question 4 (15 points) : Les symptômes du patient, évoquent un obstacle prostatique chronique. Quels sont les risques évolutifs de l'obstruction cervico-urétrale par adénome de la prostate ?

Question 5 (10 points) : Monsieur K a finalement été opéré par resection endo-urétrale pour pour aggravation des symptômes de son adénome de la prostate. Son PSA préopératoire est à 3,5nanog/ml

L'examen anatomique des copeaux de résection montre une infiltration par un adénocarcinome de la prostate de plus de 10% des copeaux de résection. Le score de Gleason est estimé à 3+4.

Quel est le stade de la maladie ?

Quels sont les arguments pour proposer un traitement chirurgical radical à ce patient ?

Question 6 (10 points): Enumérez les effets secondaires spécifiques délétères de l'intervention de prostatectomie radicale dont il faut parler au patient

Question 7 (15 points) : Sur quels éléments est basée la surveillance de la récurrence post opératoire après prostatectomie radicale de ce patient ? Comment peut-on affirmer une récurrence à son début ?

Question 8 (15 points) : Le patient est perdu de vue et non suivi pendant 15 ans. Il revient avec des douleurs de la hanche et du genou droit. Il a fait un dosage de PSA qui s'avère être à 98nanog/ml ?

Vous faites pratiquer une scintigraphie osseuse qui montre des images hyperfixantes de la tête du fémur droit et de l'extrémité supérieure du fémur droit, ainsi que des images hyperfixantes des troisième et quatrième côtes droite et du corps vertébral de la quatrième et cinquième vertèbre lombaire.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne montre pas d'anomalie ganglionnaire, hépatique ou pulmonaire.

Quel est le stade de la maladie. Quelles sont les principes thérapeutiques à ce stade de la maladie

Note

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

**Epreuve de :** Module 13 - 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
PR CHAYVIALLE - Gastro-entérologie

**N° de PLACE**

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 13 - MERCREDI 26/08/09 - 13H30  
Pr Jean-Alain CHAYVIALLE - Pathologie Digestive - 1h**

Réservé au  
Secrétariat

Cette femme de 68 ans consulte pour dyspepsie, ressentie depuis environ un mois, et pour ictère, remarqué par l'entourage depuis une semaine. Il n'y a pas de douleurs, simplement une sensation d'inconfort épigastrique, et pas d'épisode fébrile. Les urines sont de coloration marron depuis une dizaine de jours, les selles sont de couleur jaune. Le poids est stable. Cette période troublée s'est installée au décours d'une bronchite aiguë traitée par acide clavulanique - amoxicilline pendant 7 jours. Les antécédents plus lointains : hystérectomie conservatrice à 39 ans pour fibrome responsable de ménorragies (notion de transfusion), cancer du sein traité il y a cinq ans par résection localisée, radiothérapie, et traitement par inhibiteur de l'aromatase qui arrive à son terme (Arimidex®). D'après les informations disponibles, le pronostic serait bon. La patiente n'a aucune habitude toxique, et n'a pas voyagé au cours des derniers mois.

Note

**Quels mécanismes physiopathologiques peuvent expliquer l'ictère, et quels sont les examens biologiques susceptibles de leur correspondre?**

**Vous êtes alerté par l'antécédent récent de traitement antibiotique de la bronchite. Pourquoi? Comment gérez-vous l'hypothèse?**

**Une échographie abdominale est demandée d'emblée. Qu'en attendez-vous?**

**Dans la suite du bilan, une échoendoscopie est pratiquée et confirme un nodule hypoéchogène tissulaire de 15 mm de la tête du pancréas avec dilatation du canal de Wirsung.**

**Quelle est votre hypothèse diagnostique la plus probable (justifier)?**

**Comment l'échoendoscopie aurait-elle pu permettre d'atteindre la certitude diagnostique?**

**La patiente bénéficie dix jours plus tard d'une duodéno-pancréatectomie céphalique.**

**Quels éléments du bilan pré-opératoire ont-ils permis de proposer cette solution?**

**A quoi sera t-on attentif au moment de l'analyse anatomo-pathologique?**

**A défaut de résection chirurgicale, comment cet ictère avec urines foncées aurait-il pu être traité?**

**Quels étaient les risques en cas de persistance pendant plusieurs semaines?**

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

**Epreuve de :** DCEM 3 - Module 8 - Dermatologie - Pr Bérard  
2008-2009 - SESSION 2

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - Session 2

MODULE 8 - Jeudi 27 août 2009 - 9 h

Pr F. BERARD - Dermatologie - 1h

Réservé au  
Secrétariat

Monsieur M... 38 ans, est adressé à votre consultation en août 2008 pour avis devant un psoriasis qui a démarré à l'âge de 22 ans, quelques mois après le décès de son père, et qui s'étend depuis le mois de juin malgré un traitement bien conduit et qui était efficace jusqu'alors (association dermocorticoïdes et émoullients). On note en revanche un échec de la PUVA thérapie essayée en 2003.

A l'examen, vous observez :

Un psoriasis qui touche environ 40% de la surface corporelle. Les lésions cutanées sont prurigineuses. Il existe également des arthralgies périphériques d'allure inflammatoire depuis 2 mois, avec atteinte asymétrique, et localisation entre autres à plusieurs articulations interphalangiennes distales des deux mains.

Note

1- Quelles sont les caractéristiques cliniques des lésions de psoriasis que vous avez du rechercher sur le tégument de ce malade pour conforter votre diagnostic ?

2- Comment explorez vous les arthralgies ? quel est le diagnostic le plus probable de l'atteinte articulaire chez ce malade ?

3- Quelles sont vos deux principales hypothèses pour expliquer le caractère prurigineux des plaques ?

4- Quels sont les facteurs d'aggravation des lésions cutanées que vous recherchez chez le malade ?

5- Vous excluez tout autre diagnostic qu'un psoriasis chez le malade. Quels traitements de première intention peut on lui proposer ?

6- Le traitement ne marche pas. Quelles autres options thérapeutiques peut on proposer ?

*Note : l'énoncé a été élaboré pour que chaque réponse ne dépasse pas une demi page. Ainsi, l'ensemble des réponses ne devra pas excéder 1 copie double. Des réponses rapides sous la forme de mots clefs sont acceptées.*

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

**Epreuve de :**

Module 8 - DCEM 3 - Session 2  
Médecine Interne - Dr HOT

**N° de PLACE**

Réservé au  
Secrétariat

Note

Université Claude Bernard Lyon 1  
FACULTE DE MEDECINE GRANGE BLANCHE

**MODULE 8 - DCEM 3 - SESSION 2- 2008-2009**

*Médecine Interne - 1 H*

*Dr Arnaud HOT*

Une patiente âgée de 27 ans est adressée en consultation pour des arthralgies siégeant au niveau des 2 mains. Elle est par ailleurs fébrile depuis 3 semaines.

Elle n'a pas d'antécédents particuliers. Elle prend une contraception orale par oestrogènes. Elle ne prend aucun autre traitement. Elle travaille comme hôtesse de caisse dans un supermarché.

L'examen retrouve un érythème des paupières, et une éruption maculo-papuleuse du thorax. Il existe un syndrome de Raynaud. L'examen des mains objective une arthrite des métacarpophalangiennes. Elle dit ne plus supporter ces bagues et décrit un dérouillage matinal durant une heure.

La pression artérielle est à 156 /87 mmHG

- 1) Devant un tel tableau, quels diagnostics devez-vous évoquer ?
- 2) Quels examens complémentaires doivent être réalisés avant d'évoquer une fièvre prolongée inexpliquée.
- 3) Quels examens devez-vous prescrire pour explorer le syndrome de Raynaud chez cette patiente ? Quelles sont les causes de syndrome de Raynaud dans ce cas précis ? Rappeler enfin les arguments sémiologiques pour un phénomène de Raynaud idiopathique.

4) les résultats de la biologie sont les suivants :

La vitesse de sédimentation est à 65 mm à la première heure, et la CRP à 6 mg/L

GB  $3.8 \cdot 10^9/l$ , PNN =  $2.5 \cdot 10^9/l$ , ; Lymphocytes =  $0.9 \cdot 10^9/l$ ,

Ionogramme sanguin : Na<sup>+</sup> 142 mmol/l ; K<sup>+</sup> 3.6 mmol/l, protidémie = 75 g/L

Créatinine = 158  $\mu\text{mol/l}$ , urée = 12 mmol/L

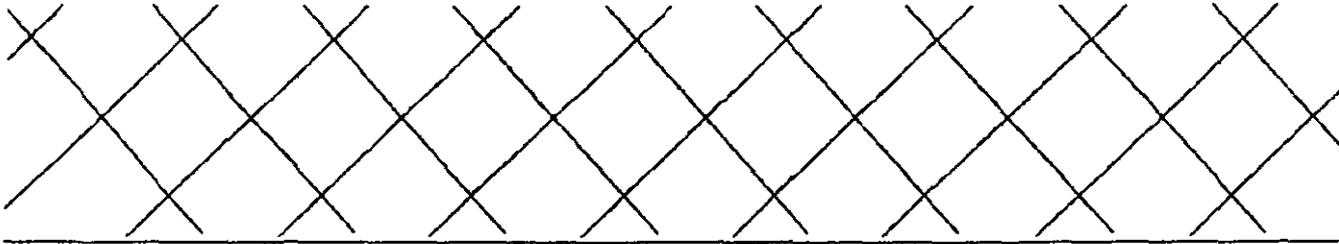
TP=100%, TCA = 45 sec pour un témoin à 31 sec

Anticorps antinucléaires = 1600 ui/ml de type homogène.

Bandelette urinaire = 3 croix de protéines, leucocyturie ++, hématurie +++

- 4.1) Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifier votre réponse
- 4.2) Comment allez-vous compléter les explorations immunologiques ?
- 4.3) Préciser les examens uro-néphrologiques allez-vous pratiquer
- 4.4) Comment interpréter le TCA ? Quels examens allez-vous prescrire pour étayer votre hypothèse ?

... / ...



---

5) Une biopsie rénale est effectuée, elle met en évidence une prolifération mésangiale, avec présence de dépôts de complexes immuns. Il existe enfin une prolifération extra capillaire.

Comment allez vous classer cette atteinte rénale ?

Décrivez les principes thérapeutiques et la prise en charge globale pour cette patiente ?

6) Deux ans plus tard, alors qu'elle se porte bien, elle souhaite débiter une grossesse ? Elle vous interroge sur les risques qu'elle prend. Que devez vous lui répondre ? Quels facteurs de risque présente t'elle ?

Quels sont les moyens de prévention d'accident obstétrical ?

7) Les anticorps anti SSA sont revenus positifs, quels peuvent en être les conséquences pour le fœtus si une grossesse devait avoir lieu ?

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

**Epreuve de :**

DCEM 3 - Module 8 - Immunologie - Pr Bérard  
2008-2009 - SESSION 2

**N° de PLACE**

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - Session 2  
MODULE 8 - Jeudi 27 août 2009 - 9 h  
Pr F. BERARD - Immunologie - 1h

Réservé au  
Secrétariat

Monsieur L... est adressé à votre consultation pour exploration d'une allergie à l'articaine (anesthésique local). L'administration, le mois dernier, de ce produit lors d'un soin dentaire a en effet occasionné en quelques minutes une poussée d'urticaire suivie d'un malaise avec perte de connaissance. On retrouve dans ses antécédents personnels une rhinite printanière. Il a deux jeunes enfants: Le plus jeune (2 ans) présente un angiome congénital sur le tronc. Le plus âgé (5 ans) présente un eczéma évoluant par poussées depuis l'âge de 4 mois.

Note

- 1- Réalisez vous des tests particuliers chez ce patient, et si oui lesquels ?
- 2- Quels mécanismes immunologiques sont en cause en cas de positivité des tests ?
- 3- Dans ce cas, quelle attitude adoptez vous ?
- 4- Comment interpréter un résultat négatif des tests ?
- 5- Dans ce cas, quelle attitude adoptez vous ?
- 6- Existe t il un lien entre certaines manifestations cliniques observées chez le père et chez ses enfants ? lesquelles et dans quel cadre ?
- 7- Quelle est l'atteinte la plus importante à dépister dans ce cadre ?

**Note :** l'énoncé a été élaboré pour que chaque réponse ne dépasse pas une demi page. Ainsi, l'ensemble des réponses ne devra pas excéder 1 copie double. Des réponses rapides sous la forme de mots clefs sont acceptées.

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

**Epreuve de :**

Module 4 - DCEM 3 - SESSION 2 - 2008-2009

Cas clinique n° 2 - Dr LUAUTE

**N° de PLACE**

Université Claude Bernard Lyon 1  
FACULTE DE MEDECINE GRANGE BLANCHE

2008-2009

Réservé au  
Secrétariat

**MODULE 4 - DCEM 3 - SESSION 2**  
*Vendredi 28/08/2009 - 9h*  
*Cas clinique n° 2 - Dr Jacques LUAUTE*

Madame H âgée de 47 ans est admise dans le service de neurologie pour un déficit sensitivo-moteur des membres inférieurs apparus de façon sub-aigue quelques jours auparavant. Cette patiente avait déjà été hospitalisée à deux reprises au cours des années précédentes pour un trouble visuel avec dyschromatopsie et un trouble de l'équilibre. La ponction lombaire et l'IRM encéphalique apportent des arguments supplémentaires en faveur d'une sclérose en plaque et la persistance du déficit sensitivo-moteur des membres inférieurs est en faveur d'une forme rémittente progressive.

Note

**Question 1 :** Quelles sont les modalités de l'annonce de la maladie et du handicap ?

**Question 2 :** Quelles autres déficiences neurologiques allez vous rechercher ?

**Question 3 :** Quelle échelle générique pouvez vous utiliser pour évaluer et suivre l'autonomie de la patiente ?

**Question 4 :** Après un séjour d'un mois en rééducation, la patiente conserve une paraplégie de niveau supérieur T10. Elle a pu acquérir une autonomie quasi complète pour les déplacements et les soins corporels. Un retour à domicile est envisagé dans l'appartement de la patiente où elle habite avec son mari. Quels sont les aides techniques que vous allez prescrire ?

**Question 5 :** Rédigez l'ordonnance de kinésithérapie.

**Question 6 :** Madame H ne va pas pouvoir reprendre son emploi. Quelles sont les démarches sociales que vous allez réaliser ?

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

**Epreuve de :** Module 4 - DCEM 3 - SESSION 2 - 2008-2009  
 Cas clinique n° 1 - Dr LUAUTE

**N° de PLACE**

Réservé au  
 Secrétariat

Université Claude Bernard Lyon 1  
 FACULTE DE MEDECINE GRANGE BLANCHE

2008-2009

**MODULE 4 - DCEM 3 - SESSION 2**  
*Vendredi 28/08/2009 - 9h*  
*Cas clinique n° 1 - Dr Jacques LUAUTE*

**Note**

Monsieur ND est admis aux urgences pour un syndrome coronarien aigu. Ce patient âgé de 46 ans, commercial chez Lapeyre, marié père de 3 enfants, résidant dans un appartement au 3<sup>ème</sup> étage sans ascenseur, présente comme principaux antécédents médicaux une dyslipidémie et un tabagisme actif estimé à 20 paquets/année. Il pèse 85 kg pour 1m70. A l'examen clinique, le patient est stable sur le plan hémodynamique. L'ECG révèle un sus-décalage ST dans le territoire antérieur. Il bénéficie d'une thrombolyse à 90 minutes du début de la douleur, associée à un traitement anti-agrégant et à un traitement par héparine de bas poids moléculaire. Environ 5 heures après l'admission aux urgences, il présente de façon brutale un déficit moteur de l'hémicorps droit et un trouble du langage.

**Question 1 :** Quel est le diagnostic le plus probable pour expliquer cette hémiplégie ?

**Question 2 :** Après un mois d'évolution, le patient est stable. Il conserve une hémiparésie droite prédominant au membre supérieur associée à une aphasie prédominant sur le versant de l'expression. Le patient conserve une dyspnée de stade II sans angor et une asthénie importante. Les différents contrôles échographiques ont montré l'existence d'un infarctus antéro-septal avec une fraction d'éjection du ventricule gauche estimée aux alentours de 35%. Quelles sont les principales déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation présentées par ce patient ?

**Question 3 :** Quels sont les trois principaux rééducateurs para-médicaux qui vont intervenir chez ce patient ?

**Question 4 :** Quels sont les objectifs de rééducation pour chacun des 3 rééducateurs ?

**Question 5 :** Quels sont les principes de la prévention secondaire ?

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

Epreuve de :

DCEM 3 - Module 9 - Cas clinique n° 1  
Pr GUEYFFIER - SESSION 2 - 2008-2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 9 - Lundi 31 août 2009 - 9h00  
Pr GUEYFFIER

Cas clinique n° 1 - PREVENTION CARDIOVASCULAIRE

*Chacune des 7 questions appelle une réponse brève, en 3 lignes au maximum.  
Le défaut de concision de la réponse entraînera une réduction des points attribués.*

Une femme de 32 ans vous consulte car elle vient de déménager et cherche un nouveau médecin traitant.

Elle pèse 56 Kg pour 168 cm. Elle est cadre dans une agence bancaire.

Elle est traitée depuis un an par  
Simvastatine 40 mg : 1 par jour  
Acebutolol 400 mg : 1 par jour  
Aspirine 75 mg : 1 par jour

Elle a comme antécédents une fracture de cheville à l'âge de 30 ans lors d'une course en haute altitude (Himalaya), une grossesse avec hypertension modérée simplement surveillée non traitée et non compliquée, qui a persisté dans les suites (trois consultations à 1 mois d'intervalle, PA à 160/95 mmHg, plus de 6 mois après la grossesse) il y a un an et conduit au traitement par acébutolol (bêtabloquant).

La simvastatine a été instaurée car le bilan des anomalies lipidiques montrait une hypercholestérolémie totale à 7 mmol/L. Le cholestérol HDL était à 2,2 mmol/L.  
Rappel : le rapport cholestérol total / HDL est considéré à haut risque lorsqu'il est supérieur à 5.

Elle ne fume pas.

L'aspirine a été instaurée d'emblée, on lui a parlé alors des résultats d'une étude intitulée HOT (dont vous savez qu'ils montraient par rapport au placebo une réduction de 30% du risque d'infarctus du myocarde chez des hypertendus. Le risque d'accident cardiovasculaire dans cette étude était de 1% par an).

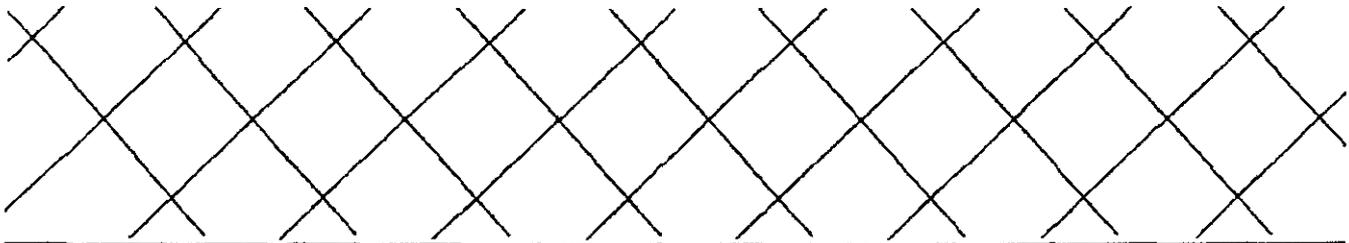
La prescription de Ramipril 10 mg : 1 par jour a été ajoutée il y a 3 mois car la mesure de pression artérielle était à 150 mmHg.

Elle tolère parfaitement les traitements mais ne sait pas précisément les raisons de leur prescription, son précédent médecin traitant étant peu bavard.

... / ...

Réservé au  
Secrétariat

Note

- 
- 
1. Quel facteur de risque cardiovasculaire majeur, particulièrement important chez la femme, fait défaut dans la description qui vous est donnée ? (3 points). Dans la suite, on considère qu'elle ne présente pas ce facteur de risque.
  2. Le fait d'effectuer une mesure du risque d'accidents cardiovasculaires à 10 ans selon l'équation de Framingham vous paraît-il important ? Justifiez votre réponse ? Pour information, le risque de maladies cardiovasculaires est estimé à 2% à 10 ans selon cette équation (3 points)
  3. La réduction du risque apportée par un médicament supplémentaire est-elle, en **absolu**, plus ou moins forte que la réduction de risque apportée par un médicament prescrit antérieurement ? Justifiez votre réponse. (3 points)
  4. Quelle justification lui donnez-vous pour la prescription (ou la non-prescription) de simvastatine, à la dose évaluée dans l'étude HPS ? Le risque d'accident cardiovasculaire a été de 25% en 5 ans dans le groupe contrôle. (3 points)
  5. Discutez la justification de l'aspirine ou de l'abstention concernant ce traitement, sachant que le risque d'hémorragie majeure induit par l'aspirine est de l'ordre de 1 pour mille par an. (3 points)
  6. Discutez la justification du ramipril (qui est un IEC, prescrit à dose maximale comme dans l'étude HOPE) ou de l'abstention concernant ce traitement. N.B. Dans cette étude, le risque d'accident cardiovasculaire était de 18% à 5 ans, soit plus de 3% par an. (3 points)
  7. Quelle stratégie de prise en charge recommandez-vous ? (2 points)

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

Epreuve de :

Module 9 - 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
Cas clinique n° 3 - Pr JEGADEN

PLACE

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2**  
**MODULE 9 - LUNDI 24/08/2009 - 9H**  
**Pr Olivier JEGADEN -**  
**Cas clinique n° 3 - 1h**

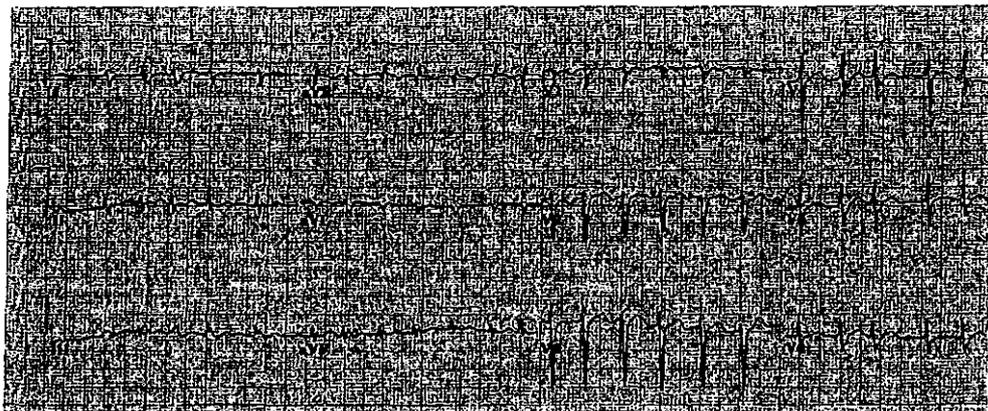
Réservé au  
Secrétariat

**ÉNONCÉ**

Un ancien agriculteur de 70 ans, sans antécédent connu mais non suivi médicalement, fumeur (1/2 paquet/jour depuis l'âge de 20 ans) est hospitalisé en urgence pour une douleur majeure et une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. A l'examen clinique, la jambe gauche est pâle, froide, il existe un déficit sensitif et moteur du pied, les pouls périphériques sont tous perçus à droite ; à gauche le pouls poplité et les pouls de cheville ne sont pas perçus. Il pèse 85 kg pour une taille de 175 cm, sa tension artérielle est à 170/95 mm Hg, à l'auscultation cardiaque, le cœur est rapide et irrégulier, sans souffle. Il n'existe pas de souffle sur les axes artériels périphériques. L'auscultation pulmonaire est normale. Un électrocardiogramme est réalisé [iconographie]. Le bilan biologique est le suivant: Na 141 mmol/l, K 5 mmol/l, créatinémie 115 µmol/l, Hb 13,5g/dl, leucocytes 8 000/mm<sup>3</sup>, plaquettes 320 000/mm<sup>3</sup>, TCA 32 sec (témoin 32 sec), TP 95%, glycémie à jeun 5 mmol/l, groupe sanguin B rhésus positif.

Note

Electrocardiogramme



- 1) Quel est le diagnostic ?
- 2) Interprétez l'ECG
- 3) Quels sont les deux mécanismes possibles pour expliquer ce tableau clinique ? Lequel retenez vous et sur quels arguments
- 4) Quelle prise en charge thérapeutique immédiate proposez vous ?
- 5) Quelle classe thérapeutique doit nécessairement figurer sur l'ordonnance de sortie du patient sauf contre-indication ? pourquoi ?

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

Epreuve de :

Module 9 - 2008-2009 - SESSION 2 - DCEM 3  
Cas clinique n° 2 - Pr CHEVALIER

' de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 9 - LUNDI 31/08/2009 - 9 H  
Pr CHEVALIER -

Réservé au  
Secrétariat

Cas Clinique N° 2 - 1 h

Un patient de 55 ans, tabagique, se présente au service de porte d'un Centre Hospitalier Universitaire pour une douleur thoracique rétro-sternale constrictive apparue au repos il y a une heure. A l'interrogatoire il décrit une fièvre avec toux qui dure depuis 2 jours.

QUESTIONS

Question 1 :

Que recherchez vous à l'examen clinique ?

Question 2 :

L'infarctus du myocarde est confirmé.

Quels sont les éléments qui feront préférer une fibrinolyse à une angioplastie ?

Question 3 :

Quelles sont les contre-indications absolues à la fibrinolyse ?

Question 4 :

Rédiger la prescription médicale des 24 premières heures.

Question 5 :

Le patient quitte l'hôpital 4 jours après l'admission. Il n'y a pas d'ischémie myocardique résiduelle et la fraction d'éjection ventriculaire gauche est estimée à 35%.

Rédiger la prescription de sortie et planifier la surveillance pour les 6 prochains mois. Y a-t-il une indication d'implantation de défibrillateur automatique ?

Note

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

Epreuve de : DCEM 3 - Module 12 - MAXILLO-FACIALE  
Pr BEZIAT - SESSION 2 - 2008-2009

N° de PLACE

UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2  
MODULE 12 - Vendredi 28 août 2009 - 14h00  
Pr J.L. BEZIAT- MAXILLO-FACIALE - 1 Heure

Réservé au  
Secrétariat

I - CAS CLINIQUE

- Un patient de 59 ans vous consulte pour une lésion du bord droit de la langue dont la photo ci-dessous vous montre l'aspect.
- La consultation est motivée par une gêne à l'alimentation et quelques douleurs.
- Vous notez essentiellement des antécédents traumatiques avec diverses fractures et une bronchite chronique.



Note

1 - Quel diagnostic clinique portez-vous en premier lieu ? Pourquoi ?

-  
-

2 - Quels signes physiques buccaux devez-vous rechercher pour étayer ce diagnostic ?

-  
-

3 - Quels éléments cliniques complémentaires recherchez-vous dans le même but ?

-  
-  
-

4 – Si ce diagnostic est confirmé, quelle est, a priori, la nature histologique de cette lésion ?

-

5 – A l'issue d'un bilan, cette lésion est cotée T2 N1 M0. Que signifie cette classification ?

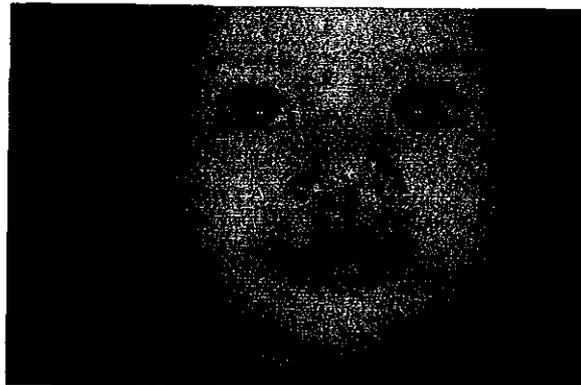
- T2 :

- N1 :

- M0 :

## **II – DIAPOSITIVES**

Diapositive N°1 : Vous examinez ce nourrisson âgé de 5 mois. L'examen endobuccal est normal.



• Quel diagnostic portez-vous ?

-

• Pourquoi ?

-

Diapositive N° 2 : Ce patient a été victime d'un grave accident du travail :



- Que montre son examen de profil ?

-  
-

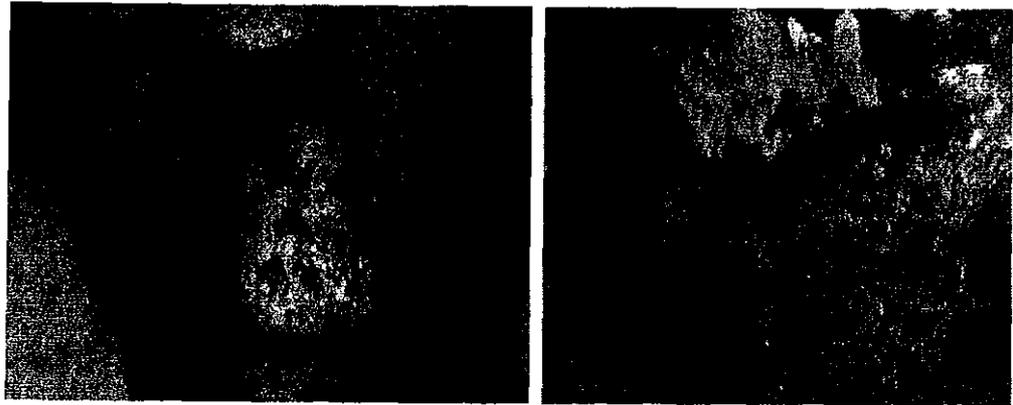
- En faveur de quel diagnostic sont ces deux éléments ?

-  
-

- Quel signe clinique permet d'affirmer de façon absolue ce diagnostic ?

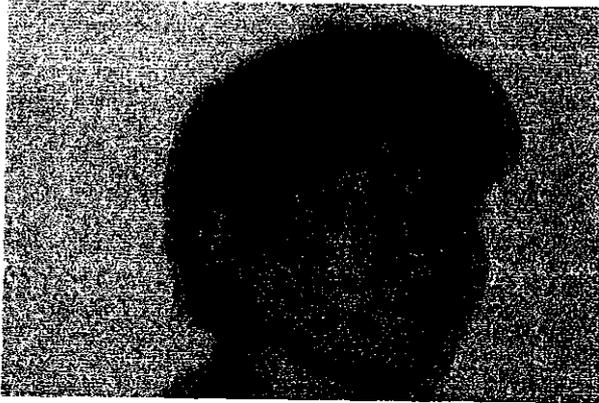
-

Diapositive N° 3 : Un patient de 50 ans vous consulte pour les lésions observées sur ces photos.



- Quel diagnostic évoquez-vous d'emblée ?  
-
- Quels signes fonctionnels recherchez-vous pour étayer ce diagnostic ?  
-  
-
- Quel signe physique recherchez-vous pour confirmer ce diagnostic ?  
-
- Quels autres renseignements complémentaires recherchez-vous par l'interrogatoire ?  
-  
-

Diapositive N° 4 : Une patiente de 53 ans vous consulte pour la tuméfaction jugale objectivée par cette photo et évoluant depuis 2 ans



- Quel diagnostic clinique portez-vous ?  
-
- Quel diagnostic histologique évoquez-vous ?  
-
- Pourquoi ?  
-
- Quel signe clinique recherchez-vous pour l'étayer ?  
-

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

Epreuve de : DCEM 3 - Module 12 - PNEUMOLOGIE  
Pr MORNEX - SESSION 2 - 2008-2009

N° de PLACE

**UFR LYON GRANGE BLANCHE - DCEM 3 - 2008-2009 - SESSION 2**  
**MODULE 12 - Vendredi 28 août 2009 - 14h00**  
**Pr MORNEX J.F. - PNEUMOLOGIE - 1 Heure**

Réservé au  
Secrétariat

Un homme de 65 ans consulte pour le problème de crachats hémoptoïques apparus il y a trois semaines. Sa femme précise qu'il tousse depuis près de 3 mois et qu'il est essoufflé à l'ascension d'un étage. Vous l'interrogez sur ses facteurs de risques et apprenez qu'il a commencé à fumer (environ un paquet par jour) à l'âge de 15 ans et qu'il a arrêté de fumer il y a trois ans suite à un bilan de santé proposé par sa caisse d'assurance maladie. Il est responsable du personnel dans une entreprise de plomberie au sein de laquelle il a commencé comme apprenti chauffagiste il y a plus de 40 ans. Il a présenté deux infarctus il y a 3 et 5 ans et un accident ischémique transitoire il y a 2 ans. Il est traité pour une hypertension artérielle. Il vous dit qu'il prend des bombes aérosols pour mieux respirer. Il vous a apporté le résultat d'un « test de souffle » réalisé il y a trois ans, lors de son bilan de santé (résultats ci dessous) et son scanner thoracique (image ci-dessous).

1. Décrivez les anomalies tomодensitométriques
2. Quel est le diagnostic le plus probable et pourquoi?
3. Quelle(s) information(s) supplémentaire(s) vous apporterait(aient) la Tomographie à Emission de Positons (TEP) au 18fluor desoxyglucose (18FDG) ?
4. Comment envisagez vous d'obtenir le diagnostic?
5. De quelle(s) autre(s) pathologie(s) de l'appareil respiratoire ce malade souffre-t-il ?
6. Le diagnostic d'adénocarcinome a été posé. quelles sont les démarches administratives que le patient entreprendra, pour lesquelles un certificat médical est nécessaire ?

Note

