

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

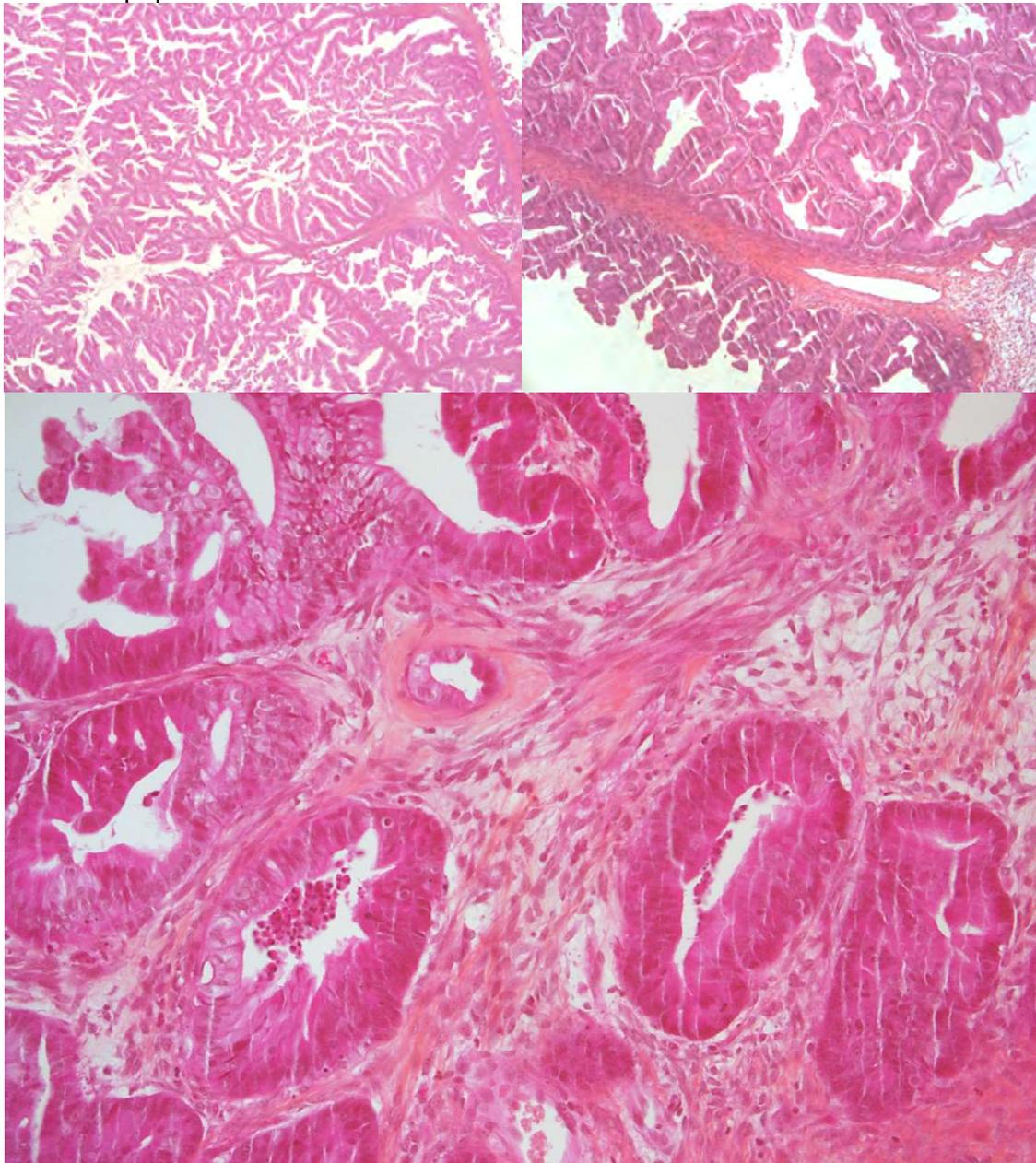
TOUS LES SUJETS DOIVENT ETRE TRAITES

SUJET 1

Une patiente de 57 ans bénéficie d'une annexectomie unilatérale pour une lésion ovarienne droite de 12 cm.

Question 1. Décrivez l'examen macroscopique et les signes à rechercher, jusqu'à la mise en cassette de ce type de pièce opératoire (*avant ouverture, après ouverture, prélèvements à réaliser, et nombre de prélèvements à réaliser*)

Photos microscopiques de la lésion ovarienne :



Question 2. Décrivez l'aspect microscopique de la lésion

Question 3. Quelles sont les deux grandes orientations diagnostiques et leurs arguments ?

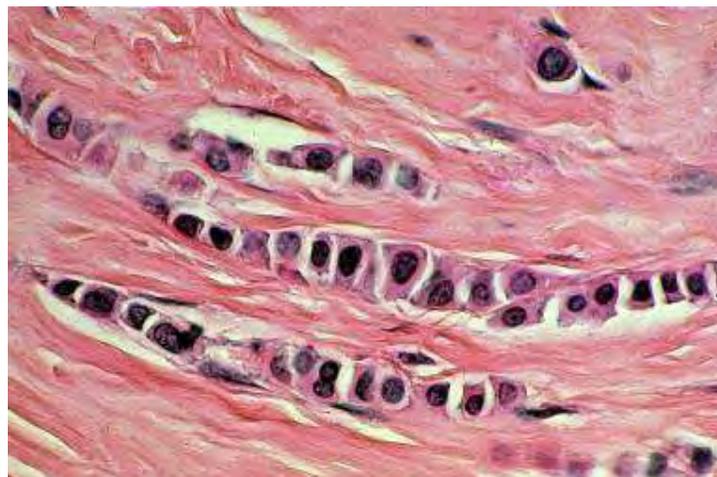
Diagnostic suspecté		
Présentation clinique (unilatéral /bilatéral)		
Taille		
Aspect surface		
Aspect microscopique		

Vous répondrez sur votre copie en recopiant ce tableau de façon à le remplir. Le sujet n'est pas ramassé.

Question 4. Quelles techniques immunohistochimiques faites-vous pour affiner votre diagnostic ?

SUJET 2

Une femme de 62 ans présente une lésion ACR4 du sein droit, quadrant supéro-externe lors de la mammographie de dépistage de 28mm de grand axe. Elle ne présente aucun antécédent personnel ou familial. Elle reçoit un traitement hormonal substitutif de la ménopause depuis cinq ans Elle bénéficie d'une biopsie



Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

Question 2 Quels sont les examens complémentaires en immunohistochimie que vous prescrivez pour définir la stratégie thérapeutique ?

Question 3 Quelle est l'anomalie moléculaire caractéristique de ce type histologique ? comment peut-on la mettre en évidence indirectement ?

La patiente est opérée. La tumeur mesure 44mm sur la pièce opératoire, deux ganglions sentinelles sont prélevés et montrent des cellules tumorales isolées.

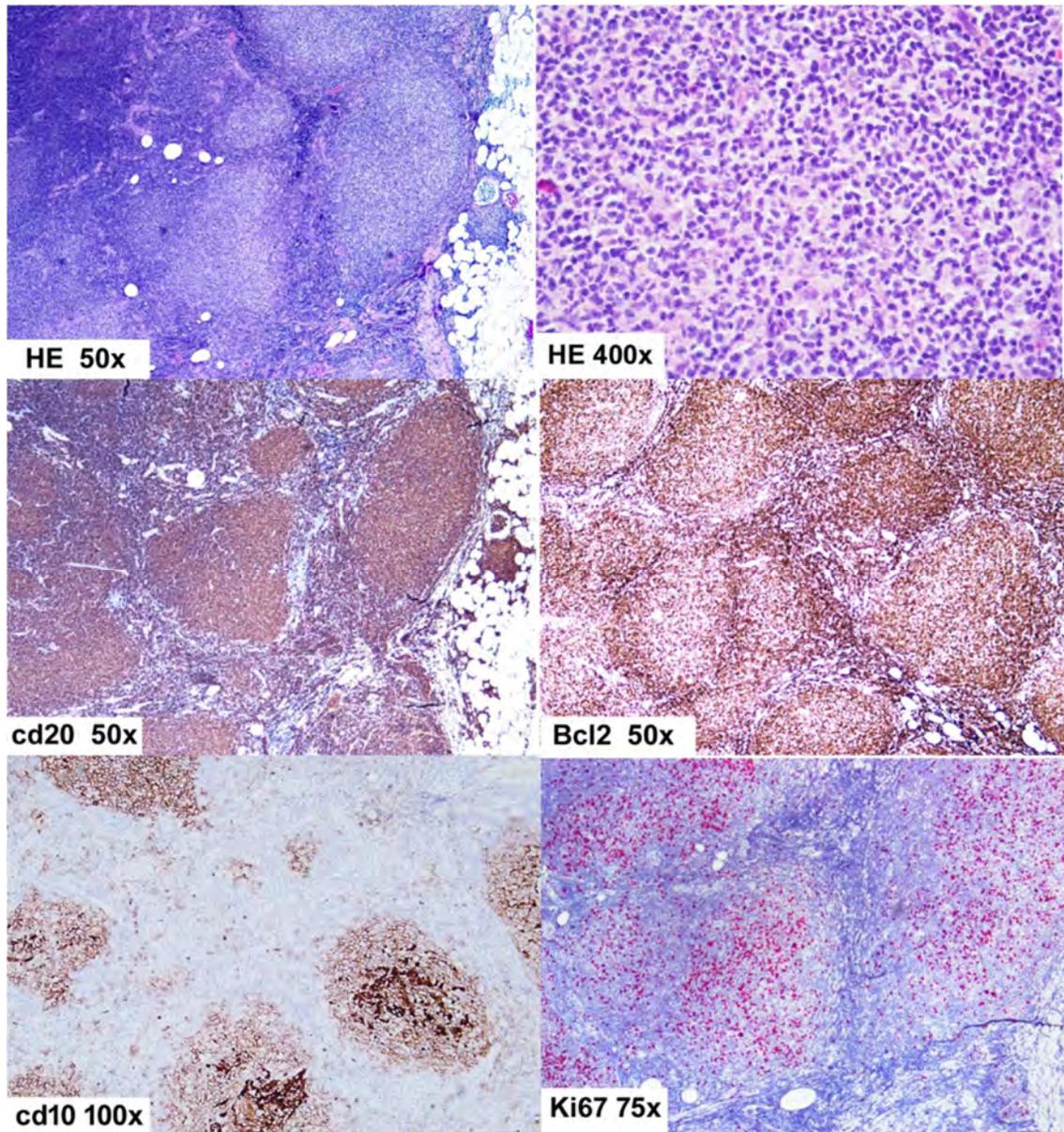
Question 4 : Quel est le pTN ?

Lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire se pose la question de la prescription de chimiothérapie sur la taille tumorale et la présence d'embolies péri tumorales.

Question 5 : Quel test moléculaire peut être prescrit pour aider à la décision thérapeutique en donnant une information sur le risque de rechute ? Citer un nom de test

Sujet 3

Homme 71 ans. Antécédents de carcinome urothélial invasif de haut grade de la vessie.
Apparition récente d'un ganglion inguinal droit : exérèse.



Question 1 Quels sont les 8 critères morphologiques et immunohistochimiques qui vont vous permettre de différencier les follicules lymphoïdes réactionnels des follicules tumoraux?

Critère	Réactionnel	Tumoral
Architecture		
Taille		
Macrophages à corps tingibles		
Mitoses		
Polarisation du manteau		
Polarisation du centre germinatif		
Polarisation du Ki67		
Bcl2		

Vous répondrez sur votre copie en recopiant ce tableau de façon à le remplir. Le sujet n'est pas ramassé.

Question 2 : Quels sont, en dehors des follicules les autres modifications morphologiques ou immunohistochimique observées dans ce ganglion ?

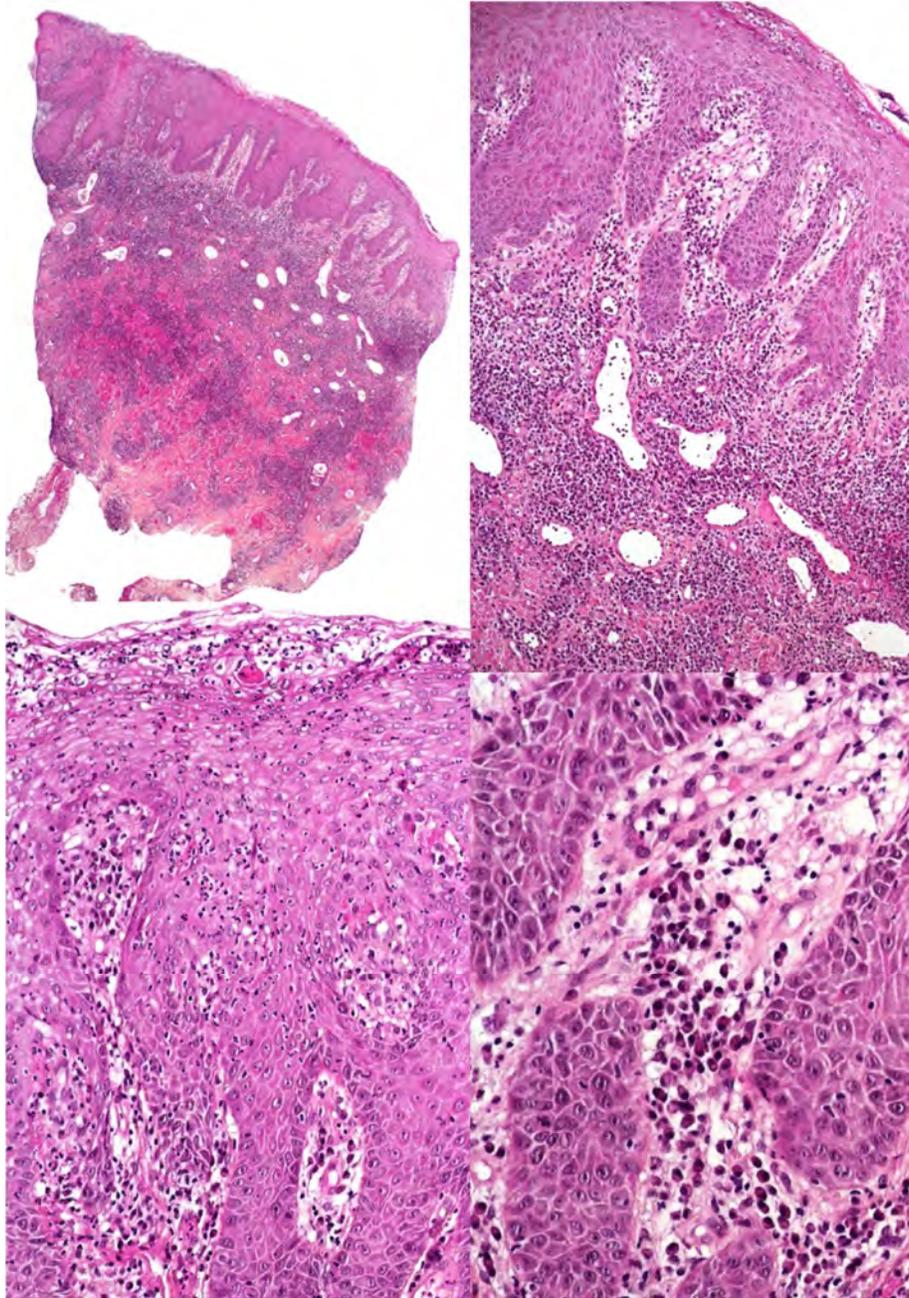
Question 3 : En IHC quel est le panel d'anticorps indispensables à demander (5 à 8 marqueurs maximum) dans le cas présent?

Question 4 : Quel est votre diagnostic final?

Question 5 : Quelle anomalie moléculaire très fréquente attendez-vous dans ce cas ?

Sujet 4

Femme de 52 ans. Lésion ulcérée et bourgeonnante à proximité de l'anus, évoluant depuis plusieurs mois. Examen clinique par ailleurs normal. Notion de rapports sexuels non protégés, il y a plusieurs semaines



Question 1 : Décrivez les lésions histologiques observées

Question 2 : Quel est le diagnostic que vous évoquez en priorité ?

Question 3 : Compte tenu de votre hypothèse quel examen complémentaire nécessaire devez-vous faire à partir de cette biopsie ?

Question 4 : Qu'attendez-vous de cet examen complémentaire (décrire brièvement)

Question 5 : Décrivez brièvement les présentations cliniques classiques de cette maladie

ANESTHESIE-REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Cas clinique N°1

Vous prenez en charge Hugo, un enfant de 3½ ans pour une amygdalectomie. C'est un enfant en pleine forme qui vient de faire sa rentrée en maternelle.

1. Quels sont les points essentiels de votre consultation d'anesthésie ?
2. Quel bilan préopératoire proposez-vous ?
3. Dix minutes après son arrivée, l'infirmière vous appelle car l'enfant tousse, il a le nez qui coule, la température est de 39°C. Que faites-vous ?
4. Au final, fausse alerte, l'enfant est apyrétique et présente une rhinorrhée claire et une auscultation normale. Vous décidez de maintenir la chirurgie. Comment préparez vous l'enfant avant son arrivée au bloc opératoire ?
5. L'intervention ne pose pas de problème. Quelles sont les conditions d'extubation de l'enfant ?
6. Quelles sont les règles de perfusion postopératoires et de reprise des boissons et de l'alimentation ?
7. Quelles sont les modalités de l'analgésie postopératoire ?
8. Quelles sont les principales complications postopératoires et quelle doit être leur prise en charge ?

Cas clinique N°2

Un homme de 65 ans est conduit par le SAMU au déchocage pour malaise, douleurs épigastriques et vomissements de sang.

Ces antécédents sont une FA, une dyslipidémie, une AOMI stade 3 et une cardiopathie ischémique pour lesquels son traitement habituel comprend Kardégic, Atorvastatine, Xarelto (Rivaroxaban), Aténolol.

Sa femme vous rapporte qu'il prend du Profénid depuis plusieurs jours pour une sciatique.

De garde en Réanimation, vous voyez ce patient, il est conscient mais désorienté, franchement pâle, avec des extrémités froides, des marbrures des genoux, un temps de recoloration à 5 sec. TA : 85/45 mmHg, pouls 140 bpm, SpO2 95% en air ambiant.

Il récidive devant vous un vomissement de sang, relativement important.

1. Quel bilan demandez-vous ?
2. Quel est votre diagnostic le plus probable ?
3. Comment conditionnez-vous votre malade et quels sont les traitements que vous mettez en place ?
4. Quels sont vos objectifs transfusionnels et de pression artérielle ?
5. Quelles sont les complications immédiates potentielles d'une transfusion de CGR ?
6. Après une hypotension prolongée, l'hémodynamique se corrige. Mais au deuxième jour d'hospitalisation en Réanimation, l'état du patient se dégrade avec une lactatémie à 5,4mmol/l, une hypotension artérielle, une oligurie, un profil hypovolémique, l'Hb est 10g/dL et une hémoculture de la nuit, réalisée sur un pic fébrile, pousse à BGN.
Quelle est votre hypothèse diagnostic, l'examen complémentaire pour l'affirmer et votre prise en charge ?

Cas clinique N°3

On adresse aux urgences M. D pour douleurs abdominales brutales et syndrome septique.

Ce patient de 65 ans n'a pas d'ATCD notable, mais sa femme vous rapporte une perte de 6kg les 2 derniers mois et de temps en temps « un peu de sang dans les selles », et un traitement antibiotique en cours pour bronchite. Pas d'autre antécédent, notamment allergique.

Cliniquement : patient confus, marbré des genoux, temps de recoloration de 5 secondes, auscultation cardio-pulmonaire normale, abdomen distendu, douloureux, contracture généralisée, pas de bruit hydro-aérique.

SpO2 96%, TA 75/50 mmHg, pouls 130 bpm, FR 32/min, Température 39,5°C

Biologie :

Na+ 135 mmol/l	K+ 4 mmol/l	Cl- 105 mmol/l
HCO3- 15 mmol/l	urée 20 mmol/l	créat 190 µmol/l
pH 7.25	pCO2 28 mmHg	CO2T 15 mmol/l
pO2 85 mmHg	SaO2 96%	Lactates 5,6 mmol/l

1. Quel est le diagnostic le plus probable que vous pouvez poser avec les éléments décrits ci-dessus ?
2. Vous avez admis le patient en salle d'accueil des urgences vitales, décrivez sa prise en charge immédiate que vous réalisez en première intention.

3. Votre collègue chirurgien opère ce malade, confirme votre diagnostic initial, et vous recevez ce patient dans l'unité de réanimation. Quels sont les micro-organismes les plus fréquemment en cause dans ce type d'infection ?
4. Le patient est en choc septique, quelle est votre thérapeutique anti-infectieuse probabiliste ? N'utiliser que des dénominations communes internationales (DCI) ou le nom de familles de molécules
5. Le patient est encore intubé, ventilé en raison d'une curarisation postopératoire résiduelle, sous propofol débuté au bloc opératoire depuis plusieurs heures, vous avez poursuivi le traitement anti-infectieux probabiliste et débuté une analgésie multimodale, mais la situation hémodynamique continue à se détériorer franchement.
Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

BIOLOGIE MEDICALE (MEDECIN)

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

SUJET : 1

Un homme de 75 ans, 100 kg se présente pour coma hypothermique.

Antécédents : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type II non insulino-dépendant, tremblements essentiels des membres supérieurs, syndrome dépressif , éthylisme chronique

Histoire de la maladie :

Retrouvé inconscient au sol à plat dos, la tête sous un radiateur, avec une marque de traumatisme crânien frontal droit et des fluides sombres non identifiés séchés au sol, haleine cétonique, abdomen douloureux à la palpation

A l'examen clinique : patient hypotherme à 28°C avec une PA 60/40 mmHg, FC 40 batt/min.

Bilan biologique :

	J1	J2
BIOCHIMIE SANG		
Sodium (mmol/L)	146	148
Potassium (mmol/L)	3	3.3
Chlorures (mmol/L)	111	118
Bicarbonates (mmol/L)	9	17
Protéines (g/L)	72	55
Albumine (g/L)	34	25
Osmolarité (mosmol/L)		346
Calcium (mmol/L)	2.38	1.97
Phosphates (mmol/L)	2.61	0.14
Créatinine ($\mu\text{mol/L}$)	230	235
eDFG	23	22
Urée (mmol/L)	23.1	22
Glucose (mmol/L)	13.4	19.4
Bilirubine totale ($\mu\text{mol/L}$)	7	8
Bilirubine conjuguée ($\mu\text{mol/L}$)	4	6
Bilirubine non conjuguée ($\mu\text{mol/L}$)	3	2
ASAT (UI/L)	59	80
ALAT (UI/L)	46	46
PAL (UI/L)	74	56
GGT (UI/L)	67	62
CK (UI/L)	1132	2473
BIOCHIMIE LCR		
Glucose (mmol/L)	12.7	
Lactates (mmol/L)	2.70	
Protéines (g/L)	1.05	

Question N° 1

Quelle est l'unité pour eDFG ? La formule d'évaluation du débit de filtration glomérulaire utilisée ici est-elle la plus appropriée ?

Question N°2

Interpréter la fonction rénale et proposer une ou des étiologies à votre observation.

Question N°3

Quelle est la valeur de la glycémie en g/L à J1 ?

Question N°4

Interpréter le bilan sanguin à J1. Que pourriez-vous ajouter comme bilan pour affiner votre interprétation ?

Question N°5

Interpréter le bilan du LCR. Demandez-vous un autre prélèvement pour vérifier les valeurs anormales ?

Question N°6

Dans le contexte clinico-biologique, quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

Question N°7

Interpréter l'évolution du bilan du J2

SUJET : 2

Madame M, 25 ans consulte pour violentes céphalées apparues brusquement et qui ne cèdent pas à la prise de paracétamol. A son arrivée, elle présente une température de 39,5°C, des vomissements, on constate une raideur très nette de la nuque. L'interrogatoire rapporte la prise récente d'amoxicilline pour le traitement d'une infection urinaire.

L'analyse du liquide cérébro-spinal donne les résultats suivants :

- liquide trouble
- 2 400 leucocytes/mm³ dont 80% de polynucléaires neutrophiles,
- protéinorachie 2,3 g/L
- glycorachie 1 mmol/L
- Examen direct : absence de germes visibles

Par ailleurs la glycémie est de 3,9 mmol/L.

Question N° 1

Interprétez les résultats clinico-biologiques. Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question N°2

Citez 2 agents infectieux fréquemment isolés dans cette pathologie communautaire chez l'adulte non immunodéprimé ?

Question N° 3

Devant la négativité de l'examen direct du LCS, en complément de la culture, quel(s) examen(s) bactériologique(s) peuvent-être réalisés au laboratoire chez Madame M pour identifier l'agent responsable ?

Le lendemain la culture du LCS est stérile, mais les hémocultures se positivent avec la présence à l'examen direct de cocci à Gram négatif.

Question N° 4

Interprétez ces résultats. Quels sont les risques principaux pour la patiente.

Question N° 5

Quelle est la conduite à tenir immédiatement auprès du service clinique, et quelles sont les mesures réglementaires dans ce cas ? Expliquez-en les raisons.

Question N° 6

Quelles étapes doivent être réalisées pour guider la prise en charge thérapeutique et prophylactique globale ?

SUJET : 3

Mme B consulte pour sa fille de 5 ans qui présente une diarrhée légère mais persistante, des douleurs abdominales et des troubles du comportement (apathique, crises de larmes) depuis plusieurs mois. Les traitements symptomatiques anti-diarrhéiques n'ont eu qu'un effet limité.

A la consultation, l'enfant est prostrée, pâle, et présente un poids inférieur à la moyenne pour son âge. La mère précise qu'elle a une sœur diabétique de type 1.

Question N° 1

Citer les 4 principales étiologies des diarrhées chroniques chez l'enfant ?

Le médecin prescrit le bilan biologique suivant :

Leucocytes : 5 G /L GR : 3 T/L
Plaquettes : 200 G/L
Hb: 10 g/dL VGM: 90fl
Ferritinémie : 35µg/L (50 -180)
Folates : 4ng/L (5 -15)
Vitamine B12 : 150 pg/mL (200 - 500)
Albuminémie : 25g/L
Glycémie à jeun : 5 mmol/L

Coproculture et Examen parasitologique des Selles : Négatif à 2 reprises
Trophatop Enfant: Négatif
IgA anti-transglutaminase: 104 U/mL (N<20)

Question N° 2

Au vu des résultats et des signes cliniques, quelles sont les étiologies exclues et de quelle pathologie est probablement atteinte la patiente ?

Question N°3

Citer 4 manifestations cliniques de cette maladie. Expliquer les anomalies du bilan biologique.

Question N° 4

Quel examen sera nécessaire pour confirmer le diagnostic ? Que montrera-t-il ?

SUJET : 4

Mme P, 50 ans, se plaint depuis 2 mois de douleurs et d'enraidissements matinaux des poignets et des doigts qui persistent au moins pendant 1 heure après le lever. Elle se rend chez son médecin traitant car ces douleurs articulaires deviennent gênantes et perturbent de plus en plus sa vie quotidienne.

Question N° 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question N° 2

Citer les 2 principaux examens immunologiques de 1^{ère} intention que le médecin doit prescrire et préciser leurs performances ?

Question N° 3

Quel autre examen est nécessaire pour confirmer le diagnostic ?

SUJET : 5

Dans le cadre du dépistage de l'hépatite B au premier trimestre de grossesse, un antigène HBs est retrouvé positif chez une femme enceinte. Le bilan sérologique est complété et retrouve des anticorps anti-HBs négatifs et anticorps anti-HBc positifs.

Question N° 1

Suite à la découverte d'un antigène HBs positif, quel marqueur supplémentaire du virus de l'hépatite B devez-vous ajouter sur ce bilan (d'après la nomenclature) et quel est son intérêt éventuel ?

Question N° 2

Quels autres virus partageant les mêmes modes de contaminations possibles devez-vous rechercher (3 au minimum) ?

Une charge virale VHB est prescrite : celle-ci est retrouvée à 8 log UI/mL.

Question N° 3

La mise en route d'un traitement antiviral en cours de grossesse est-elle recommandée ou non dans ce cas ?

Si oui, indiquez quelle molécule est utilisable en France. Quel est son mode d'action ?

Si non, justifiez votre réponse.

Question N° 4

La charge virale en fin de grossesse est retrouvée à 4 log UI/mL. Une prévention de la transmission per- et post-partum est-elle nécessaire ? Si oui indiquez les modalités, si non justifiez.

Question N°5

Une semaine après l'accouchement, on vous demande si la réalisation d'une sérologie VHB chez le nouveau-né permettrait de déterminer si l'enfant a été infecté ou non. Que répondez-vous ?

Si oui : quel résultat attendez-vous en cas d'infection du nouveau-né ?

Si non : expliquez pourquoi.

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Mr X, 50 ans se présente à votre consultation adressée par son médecin traitant pour une ulcération unique du bord de langue côté droit, sans extension clinique au plancher buccal.

On note dans ses antécédents, une consommation de tabac évaluée à 30 paquets/année et une consommation régulière de vin.

Par ailleurs, au niveau médical il présente une hypertension artérielle traitée et suivie et un diabète non-insulino-dépendant traité et suivi.

A l'examen de la cavité buccale on constate également une hygiène buccodentaire médiocre associée au port d'une prothèse dentaire adjointe mandibulaire.

1) Quels diagnostics peuvent être évoqués ?

Une biopsie est réalisée et montre qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde.

2) Quel est votre bilan ?

3) Donnez la classification TNM de ces tumeurs.

4) Quel est votre traitement sachant qu'il s'agit d'une tumeur classée T2 N1 ?

CHIRURGIE ORALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Un homme de trente-deux ans vous est adressé par son médecin traitant pour une tuméfaction de la région génienne basse à gauche et très algique (EVA à 80mm). Ce patient est atteint d'une maladie de Crohn, diagnostiquée à l'âge de 29 ans, traitée par adalimumab (HUMIRA®).

Figure 1 – Détail du cliché panoramique

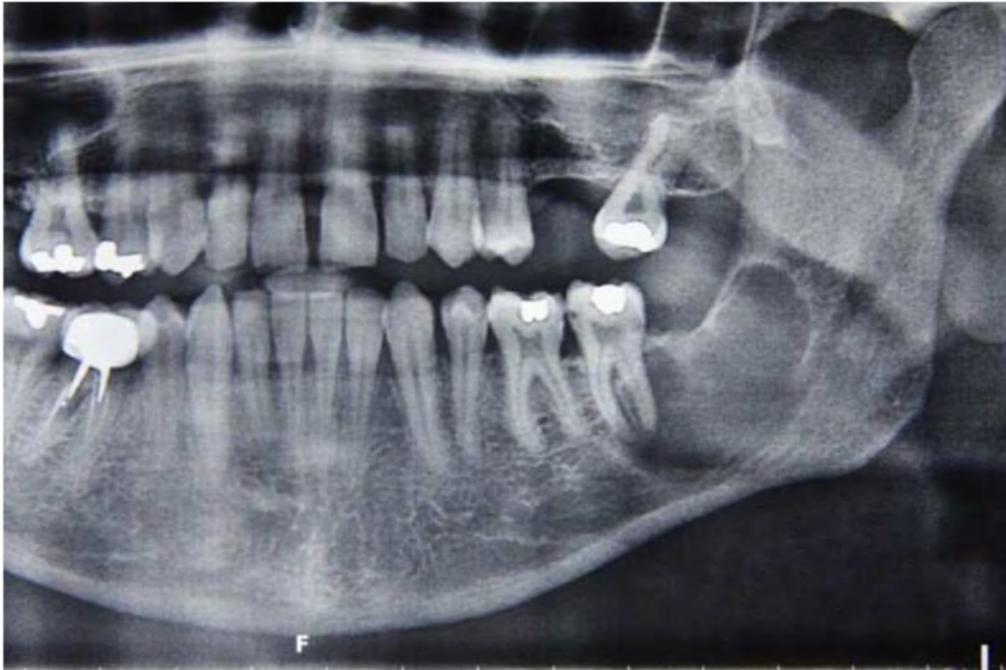
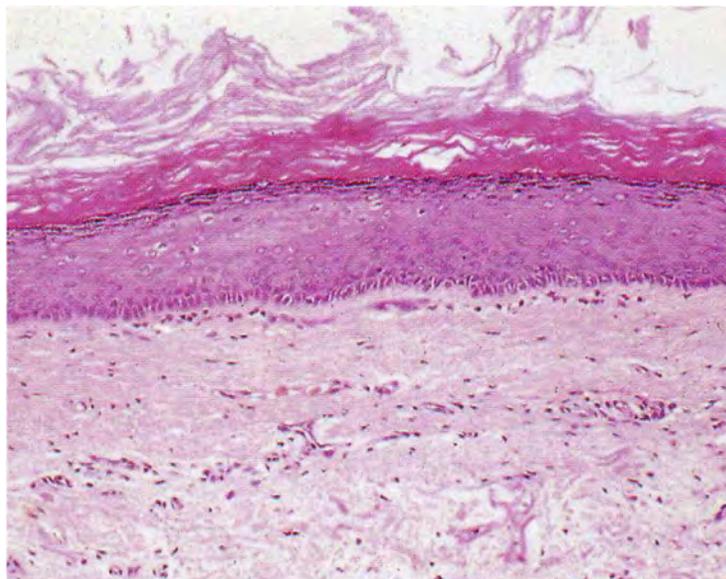


Figure 2 – Coupe histologique de la lésion mandibulaire gauche



Question 1 : Définissez la maladie de Crohn.

Question 2 : Quelles sont les manifestations orales de la maladie de Crohn ?

Question 3 : A quelle classe thérapeutique appartient l'adalimumab et quel est son effet attendu dans la maladie de Crohn ?

Question 4 : Décrivez l'image radiologique mandibulaire gauche (Figure 1).
Quel(s) diagnostic(s) radiologique(s) évoquez-vous ? Argumenter.

Question 5 : Quel(s) bilan(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ? Justifier.

Question 6 : Décrivez brièvement les options thérapeutiques pour traiter cette lésion chez ce patient ? Quels sont les avantages et les inconvénients de chacune d'entre elles ?

Question 7 : Quelles sont vos prescriptions médicamenteuses au cours de la prise en charge du patient ?

Question 8 : Quels sont les conseils que vous donnez au patient au cours de la prise en charge ?

Question 9 : Décrivez la coupe histologique (Figure 2).
Quel diagnostic retenez-vous ?
Quelle est l'origine et la classification cette lésion ?

Question 10 : Ce diagnostic histologique modifie-t-il la prise en charge du patient ?

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

SUJET 1

Mademoiselle X, 21 ans, vient vous consulter pour un problème de luxation épisodique de la rotule. Voici sa radio du genou de profil.



- 1 : Quel est le signe radiologique fondamental en faveur d'un problème d'instabilité rotulienne ?
- 2 : Quelle classification permet d'en évaluer la sévérité ?
- 3 : Quel diagnostic posez-vous ?
- 4 : Comment évaluez-vous la hauteur rotulienne ? Citez 2 index différents en précisant comment les mesurer.
- 5 : Vous demandez un bilan TDM complémentaire. Quelles sont les 2 mesures que vous allez évaluer grâce à cet examen afin d'affiner votre analyse de la pathologie ?
- 6 : A partir de combien d'épisodes de luxation de rotule peut-on proposer une prise en charge chirurgicale ?
- 7 : Citez 3 gestes chirurgicaux qui peuvent être proposés selon les cas de façon isolée et/ou combinée pour une instabilité rotulienne récidivante.

SUJET 2

Une patiente de 80 ans a été opérée d'une prothèse de hanche à double mobilité (tige cimentée, cotyle sans ciment) pour une fracture du col, 3 semaines auparavant sans pathologie associée. Elle est réadressée par son médecin traitant pour fièvre depuis 48 heures et impotence fonctionnelle douloureuse de la hanche.

- 1 : Quel est le premier diagnostic à évoquer ?
- 2 : Quelle en est l'origine la plus probable ?
- 3 : Quel est le germe pathogène le plus probable ?
- 4 : Quels examens de première intention prescrivez-vous ?
- 5 : Quel examen peut confirmer le diagnostic, dans quelles conditions doit-il être réalisé ?
- 6 : Le diagnostic est confirmé, quels sont les grands principes du traitement ?

SUJET 3

Vous recevez aux urgences une patiente de 75 ans en bon état général, droitrière, qui présente un traumatisme fermé de l'épaule gauche.

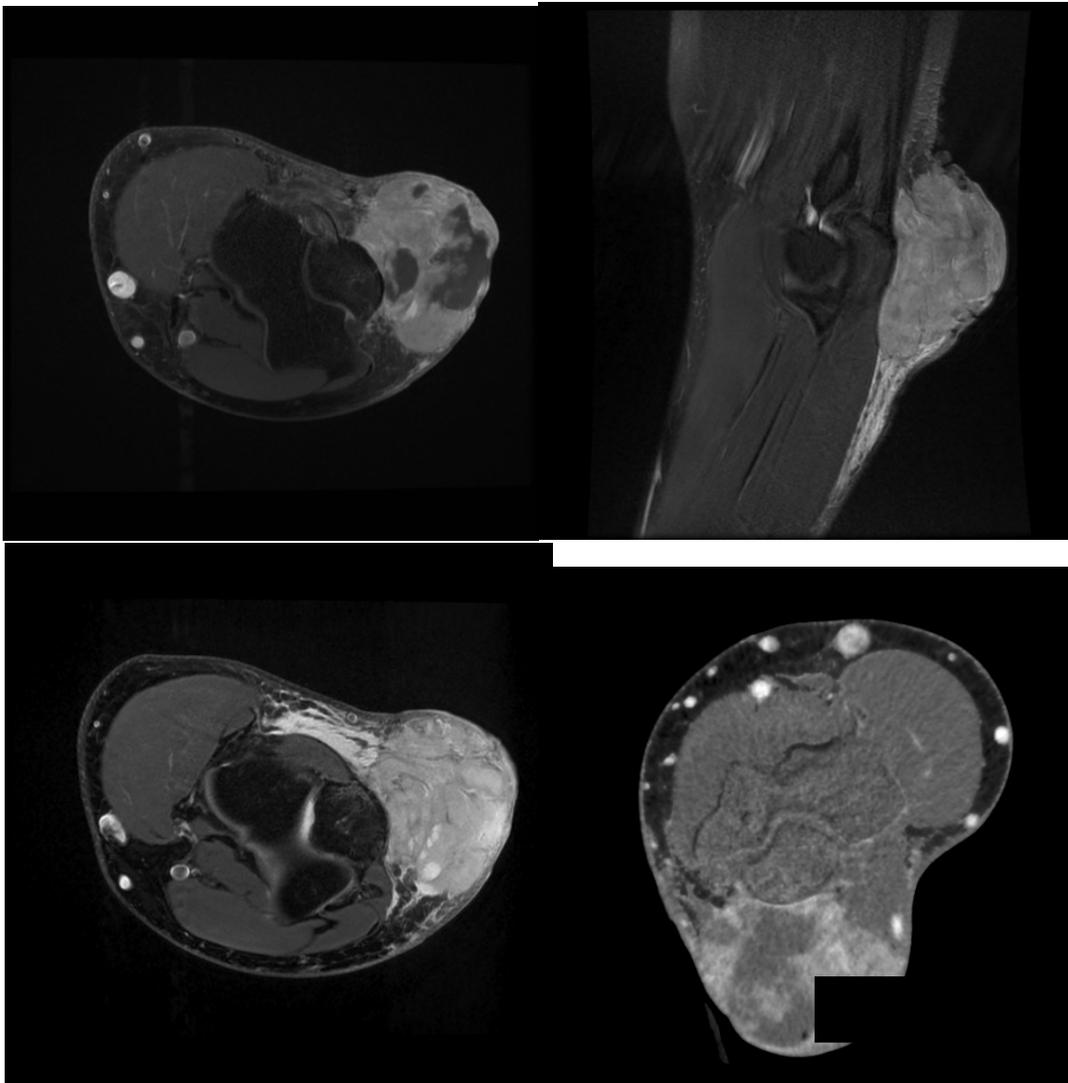
Vous disposez du bilan radiographique suivant



1. Quel est votre diagnostic ?
2. Décrivez votre prise en charge en urgence
3. Décrivez les options thérapeutiques et justifier votre choix
- 4 : Décrivez succinctement les principes techniques du traitement que vous avez choisi

SUJET 4

Un patient de 45 ans consulte pour une volumineuse tuméfaction du coude, sans notion traumatique. Il vous présente les examens ci-dessous. Le radiologue décrit une masse tissulaire hétérogène prenant le contraste.



1 : Décrivez votre examen clinique

2 : Hypothèses diagnostiques

3 : Stratégie de prise en charge

4 : Quels sont les grands principes du traitement

SUJET 5

Homme de 45 ans arrive aux urgences suite à une chute de sa hauteur.

Il présente des douleurs de la hanche droite et une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit.

Une radiographie a été réalisée (ci-joint)



1 : Quel est votre diagnostic ? Et comment classez-vous cette fracture ?

2 : Quel traitement proposez-vous ?

Deux ans après la prise en charge initiale le patient présente de nouveau des douleurs de la hanche droite. Une IRM a été réalisée (ci-joint)



3 :_Quel est votre diagnostic ?

4 : Quel traitement proposez-vous ?

SUJET 6

Appel des urgences, lundi soir 20h...

Homme 37 ans : Cotyle explosé! AVP 2 roues, pas d'atteinte sciatique mais La hanche est luxée.

Après réduction au bloc opératoire, la radio suivante est obtenue.



1 : Décrivez cette fracture. Quelles sont les zones anatomiques atteintes ?

Le TDM est fait 24h après, une chirurgie est programmée. Toujours pas de signe d'atteinte sciatique.



2 : Quelles sont vos constatations ?

3 : Justifiez l'indication chirurgicale.

4 : Nous sommes à J7. En préopératoire, le bilan échographique montre une thrombose veineuse proximale. Quelles sont les options ?

5 : Quels sont les risques majeurs suite à la chirurgie ?

SUJET 7

Un patient de 60 ans consulte pour des douleurs persistantes de la hanche droite 2 mois après avoir été renversé par une vague lors d'un séjour aux Antilles. Voici sa radio.



- 1 : Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
- 2 : Quels examens complémentaires demandez-vous ?
- 3 : Quelle stratégie proposez-vous ?

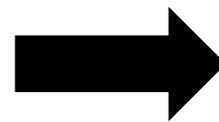
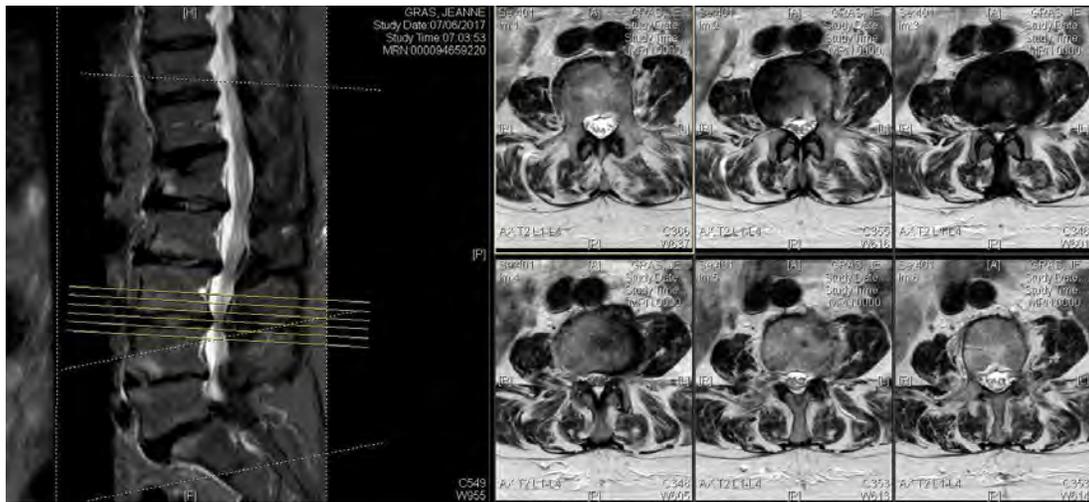
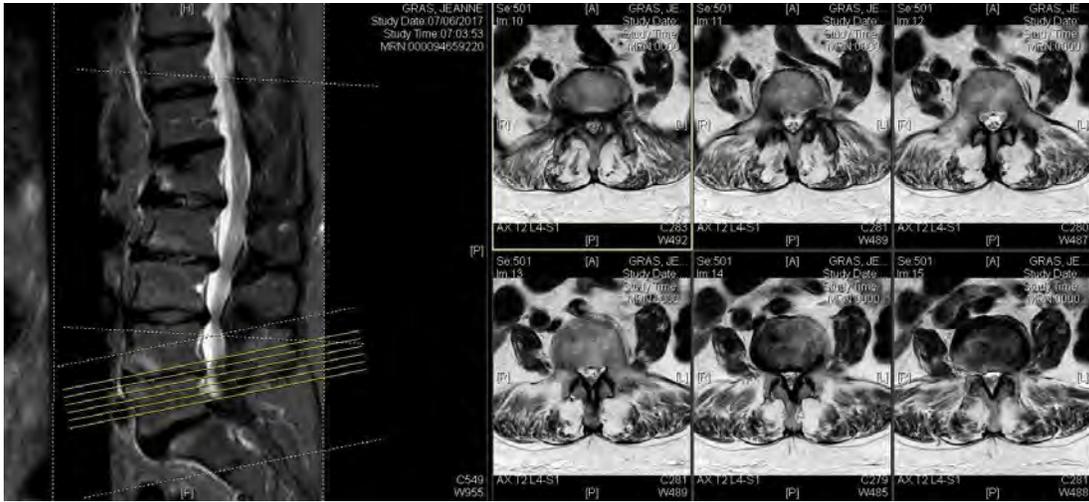
SUJET 8

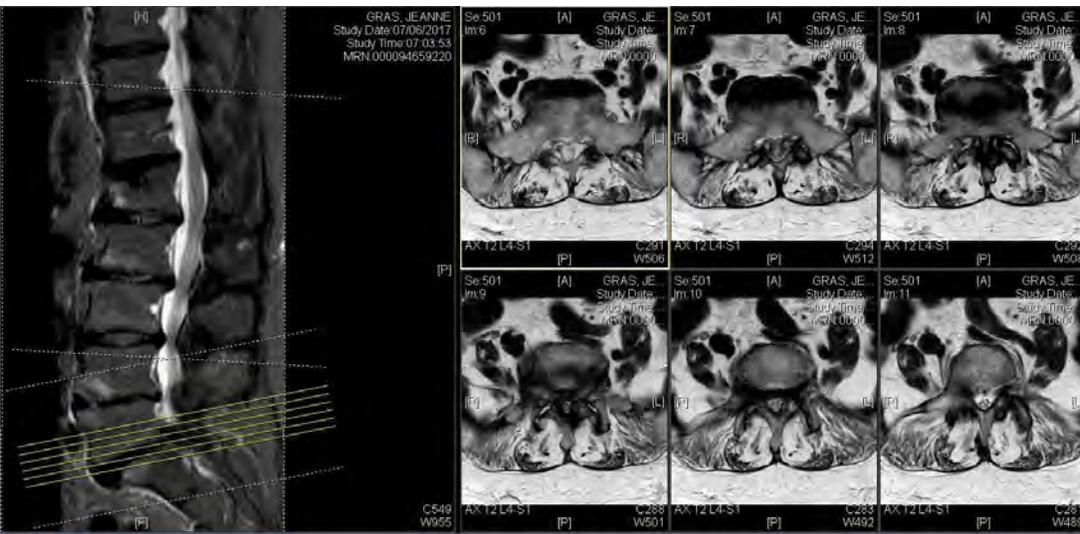
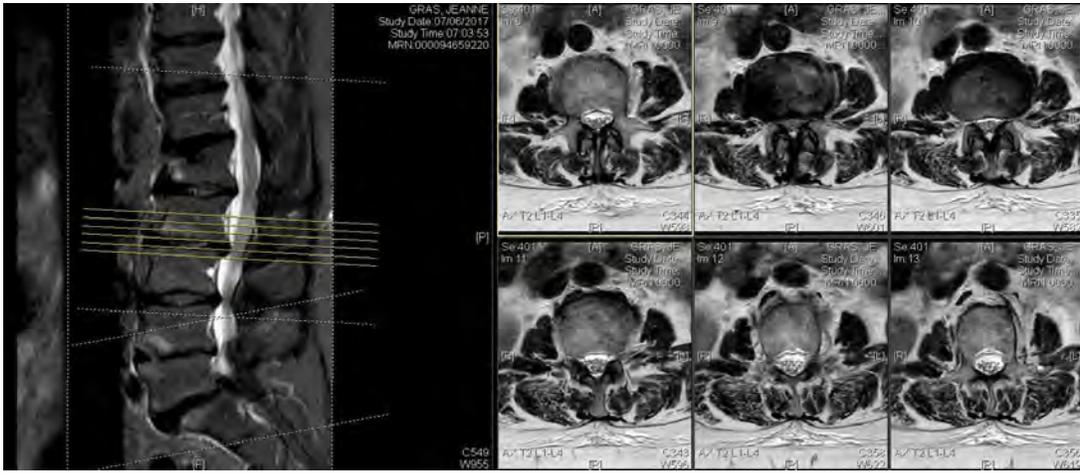
Patiente de 73 ans adressée par son médecin traitant pour douleurs du dos avec irradiation dans les cuisses et dans les fesses avec sciatique à bascule épisodique.

Dans les antécédents on retrouve :

un bilan phosphocalcique où une hypovitaminose D a été découverte et traitée quelques temps par UVEDOSE. Pas de traitement d'ostéoporose prescrit. Arythmie. Hypertension artérielle. Acouphènes traités par RIVOTRIL. Thyroïdectomie sub-totale. Insuffisances veineuses opérées. Opérées de 2 PTG avec très bon résultat

- 1: Quels sont les éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique à rechercher dans le cadre de l'évaluation fonctionnelle et orientation diagnostic
- 2 : Quel(s) examens complémentaires demandez-vous en première intention ?
- 3 : Interprétez les images





4 : Proposez le diagnostic et citer les options thérapeutiques médicales et chirurgicales



SUJET 9

Monsieur S. âgé de 26 ans est tombé d'un mur d'escalade d'une hauteur de 5 mètres avec une réception sur le poignet droit en hyperextension. Il est droitier et charpentier, il a comme seuls antécédents : une appendicectomie et une allergie aux acariens. Il s'agit d'un traumatisme isolé du poignet droit après le premier bilan initial. Les premières radiographies faites aux urgences sont les suivantes :



1 : Sur la radiographie de face, quels repères anatomiques ne sont plus respectés et recherchez-vous pour analyser les lignes de ruptures du traumatisme au niveau du carpe ?

2 : Quel est votre diagnostic ?

3 : Selon la classification de Herzberg, quel est le stade de degré de déplacement du lunatum ?

4 : Quel nerf donne souvent des symptômes de type paresthésies dans ce type de traumatisme ?

5 : En peropératoire, vous découvrez au testing dynamique en scopie que l'articulation radio-ulnaire (RUD) est instable et se luxé aussi bien en pronation qu'en supination, comment réparez-vous la RUD ?

6 : Une réduction par manœuvre externe et des broches mises en percutanée vous semble-t-il suffisant comme traitement et pourquoi ?

7 : Comment se fait classiquement la réparation des ligaments intracarpéens ?

8 : Quelle est la principale complication à moyen terme à surveiller sur le lunatum ?

SUJET 10

Patiente de 94 ans, opérée d'une PTH G il y a 20 ans, et victime d'une chute de sa hauteur, avec un traumatisme fermé de la hanche gauche. Il s'agit d'une patiente autonome, Parker 6, marchant avec une canne à l'extérieur.

Les antécédents sont marqués par une HTA, une FA justifiant un traitement par Eliquis, un AVC d'origine thrombotique

Voici la radio de bassin et les coupes TDM faites aux urgences.





1 : Quel est votre diagnostic ?

2 : Proposez un traitement et décrivez les différentes options chirurgicales.

3 : Comment gérez-vous le traitement par AOD ?

CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE & ESTHETIQUE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Un jeune homme de 23 ans est admis au sas de déchocage de la réanimation traumatologique pour un polytraumatisme et une brûlure suite un accident de moto qui l'a projeté, l'essence enflammée de sa moto ayant été à l'origine d'une combustion de certains vêtements qu'il portait.

Le réanimateur a pu coordonner un premier bilan après mise en condition, bodyscanner et échographie abdominale de débrouillage qui fait état des éléments suivants :

- Fracture du bassin non chirurgicale
- Fracture des côtes sans volet
- Contusion hépatique sans saignement actif
- Fracture du 1/3 moyen du fémur droit déplacée
- Brûlure du 3^e degré étant sur toute la face antérieure du tronc, de la totalité du membre supérieur gauche de la racine de l'épaule jusqu'au poignet (les mains étant protégés par des gants) et de la face antérieure des 2 cuisses

Question 1 :

En dehors de la prise en charge orthopédique, quelle est la priorité chirurgicale dans les premières heures de la prise en charge et pourquoi ?

Décrivez ce geste chirurgical

Question 2 :

Quels sont selon vous l'ordre des priorités chirurgicales chez votre patient et en précisant à chaque fois un délai idéal de prise en charge.

Question 3 :

Estimez la surface corporelle brûlée chez ce patient.

Question 4 :

Pourquoi la brûlure chez ce patient est considérée comme un facteur aggravant du traumatisme musculo-squelettique et viscéral ?

Question 5 :

Quelle est la chirurgie à privilégier dans ce contexte pour la fracture du fémur ?

Question 6 :

Décrivez l'excision-greffe tangentielle du membre supérieur gauche

Une fois la cicatrisation quasiment acquise, le patient a développé un placard inflammatoire très sensible de la région fessière droite en zone non brûlée associée à une fièvre à 39°5 et des frissons. L'échographie met en évidence une infiltration tissulaire de la fesse avec une collection liquidienne en regard de l'ischion droit.

Question 7 :

Quel diagnostic et quel traitement proposez-vous ?

Après une prise en charge adaptée, le patient va beaucoup mieux et il part en centre de rééducation. Vous le revoyez 90 jours après en consultation. Ces cicatrices évoluent correctement et ses fractures sont consolidées. Il présente une plaie de 6 cm de diamètre très propre avec exposition de l'ischion gauche empêchant la position assise. L'aspect clinique est équivalent à une escarre ischiatique. La peau autour de la plaie n'est pas inflammatoire. Il y a un décollement périphérique très modéré

Question 8 :

Donnez vos arguments en faveur d'une intervention chirurgicale

Question 9 :

Citez les deux principaux lambeaux de couverture à proposer

Question 10 :

Quelles sont les 5 principales complications de la chirurgie d'escarre ?

Question 11 :

Quelles sont les 4 temps opératoires principaux lors d'une chirurgie de couverture d'escarre ?

Question 12 :

Quels sont les points importants de la prise en charge post opératoire ?

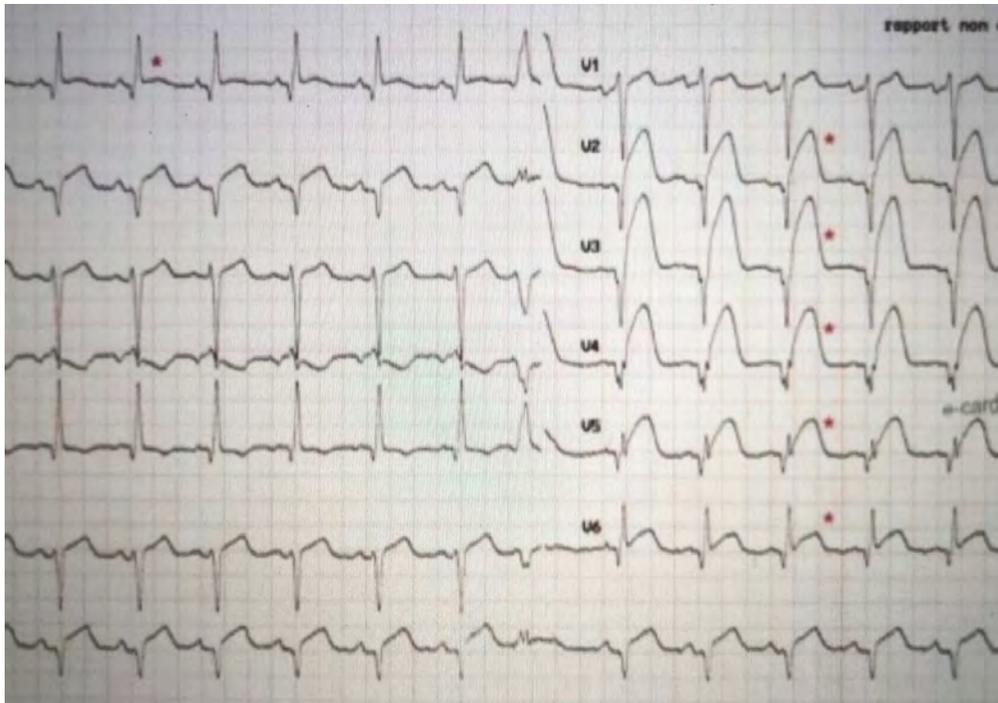
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

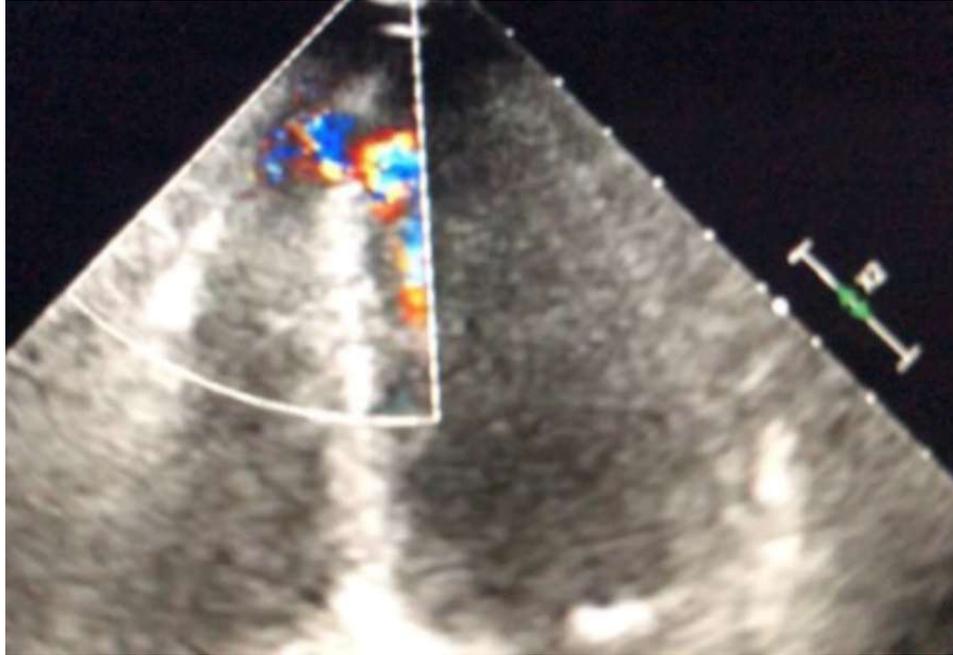
SUJET 1

Un patient de 66 ans, est hospitalisé en unité de cardiologie au décours d'un infarctus du myocarde antérieur documenté pris en charge hors délai. La coronarographie effectuée à H12 retrouvait un statut mono tronculaire de l'IVA avec une occlusion à son segment proximal. Une réouverture de l'IVA a été réalisée avec mise en place d'un stent.

5 jours après l'épisode initial, le patient présente une récurrence douloureuse dans le précordium. Au plan clinique, sa TA est à 10/8, sa FC à 100/min, on retrouve un souffle systolique à l'auscultation, on note une turgescence des jugulaires, quelques marbrures au niveau des jambes. Voici les données de l'ECG, une échographie cardiaque trans thoracique est réalisée.



ECG



ECHOGRAPHIE TRANS THORACIQUE

Questions

- 1 Quel diagnostic évoquez vous ?
- 2 Dans ce cas, typiquement l'auscultation retrouve quel type de souffle?
- 3 Quel est l'examen clef dans le diagnostic de cette complication de l'infarctus ?
- 4 Qu'attendez-vous de cet examen, vous, chirurgien ?
- 5 Avant la réalisation de l'ECG et de l'échographie, quels diagnostics différentiels auraient pu être suspectés?
- 6 Quelle est la traduction de cette lésion au plan hémodynamique?
- 7 Quels examens complémentaires demandez-vous? L'ECG n'étant pas modifié, la coro doit-elle être refaite?
- 8 L'opérez-vous immédiatement une fois le diagnostic posé ?
- 9 En complément du traitement médical, quel complément thérapeutique est à envisager afin de stabiliser le patient
- 10 Quel est son mécanisme d'action de cet adjuvant thérapeutique au plan physiopathologique?

- 11 Si le patient s'avère instable avec apparition de signes de défaillance hépatique, malgré la mise en place de cette thérapeutique, quelles sont la ou les autres options au plan thérapeutique ?
- 12 Quels sont les avantages potentiels d'une chirurgie différée ?
- 13 Enumérez les trois localisations principales au plan anatomique ?
- 14 Quels sont les principes du traitement chirurgical?
- 15 Au plan thérapeutique, une alternative au traitement chirurgical s'est développée au cours des dernières années, laquelle?
- 16 Dans quels cas peut-on discuter un tel traitement au sein du groupe médico-chirurgical?
- 17 Quelles sont les dispositions anatomiques qui rendent difficile l'implantation d'un tel dispositif ?

SUJET 2

Madame C, 55 ans est connue comme étant porteuse depuis longtemps d'un souffle holosystolique perçu à la pointe du cœur et irradiant dans l'aisselle et n'augmentant pas en inspiration forcée.

Elle consulte, car depuis plusieurs semaines elle décrit une dyspnée d'effort très gênante, puisque présente maintenant pour une marche d'allure normale en terrain plat.

L'auscultation retrouve désormais, en plus du souffle, un bruit de galop protodiastolique. L'ecg s'inscrit en rythme arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Votre diagnostic est celui d'une insuffisance mitrale.

1°) Question Clinique :

A quel stade fonctionnel se situe cette patiente ?

Quel signe d'auscultation est-il impossible d'entendre chez cette patiente ? Pourquoi ?

2°) Expliquez brièvement la physiopathologie d'une IM aiguë et d'une IM chronique et les conséquences qui en résultent sur le plan clinique

3°) En cas d'IM comment évoluent les pré et post charge du ventricule gauche ? Quelle conséquence en tirez-vous dans vos décisions lors de la prise en charge des malades ?

4°) L'échographie retrouve un prolapsus valvulaire avec excès de tissu valvulaire.

Citez 4 causes d'IM aiguë et 4 causes d'IM chronique. Parmi celles-ci laquelle vous paraît-elle la plus probable et pourquoi ?

5°) L'échographie permet de décrire le mécanisme de la fuite.

5.1 : quel est le nom de la classification qui décrit ce mécanisme ?

5.2 : décrivez cette classification

6°) L'échographie permet de quantifier la fuite selon certains critères directs et indirects, quels sont-ils ?

7°) L'échographie évalue le retentissement en amont et en aval de la fuite mitrale sur des critères précis, citez-les et quantifiez les seuils de gravité.

8°) au final, l'évaluation pré-opératoire est la suivante :

FA paroxystique

FEVG 62%

Diamètre télésystolique du VG : 24 mm/m²

IM par prolapsus isolé d'un volumineux P2

Anneau mitral = 40 mm

PAP : 55 mmHg

Tricuspide non fuyante et diamètre de l'anneau tricuspide : 20 mm/m²

Le reste du bilan est sans particularité.

Vous retenir une indication opératoire sur quels critères ?

Quel type d'opération envisagez-vous de faire en priorité, sur quels arguments ?

Quels sont les gestes que vous envisagez de faire ?

CHIRURGIE VASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet N°1 :

Vous voyez en consultation un homme âgé de 65 ans pour une AOMI bilatérale ; dans ses antécédents : cardiopathie ischémique revascularisée il y a 3 ans stable, insuffisance rénale modérée (Cl 50ml/min). Il pèse 90Kg pour 1m75. Il garde un tabagisme actif. Son traitement comporte Béta bloquants, Aspirine.

Question N°1 :

Décrivez les examens complémentaires que vous prescrivez.

Question N°2 :

Le patient décrit une distance de marche >500m sans autre symptôme associé. Que décidez-vous ?

Question N°3 :

Ce patient présente des lésions essentiellement iliaques (ancienne TASC C) avec une aorte infiltrée mais perméable. Quelques mois plus tard, il est en ischémie critique. Vous décidez d'un traitement endovasculaire. Quel est le matériel nécessaire pour cette intervention: consommable, implants et équipement biomédical. Décrivez votre installation et stratégie opératoire.

Question N°4 :

Quelle est complication per-opératoire, menaçant le pronostic vital à court terme, devez-vous redouter ?

Question N°5 :

Finalement, une des iliaques occluses restent infranchissable et vous réalisez finalement un pontage aorto-bi-fémoral.

Après avoir énoncé les différentes voie d'abord de l'aorte abdominale sous rénale. Rédigez votre compte rendu opératoire en détaillant bien les différentes étapes de la procédure.

Question N°6 :

Six mois plus tard, il se présente à votre consultation avec un tableau d'altération de l'état général fébrile. A l'examen clinique, vous notez un écoulement purulent sur les cicatrices des 2 scarpas. Quel le principal diagnostic à évoquer et quels examens d'imagerie complémentaires proposez-vous ?

Question N°7 :

Un nouveau pontage aorto bifémoral en homogreffe a été réalisé. A la visite des 5 ans, l'angioscanner montre la présence d'un volumineux faux anévrisme proximal sur le PABF perméable englobant l'aorte viscérale. Quelles sont les possibilités thérapeutiques dans ce cas ?

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Vous êtes le référent de Mr A. 35 ans adressé, en Février 2021, pour un adénocarcinome du rectum.

L'observation de ce malade comporte :

Antécédents médicaux : Aucun

Antécédents chirurgicaux : appendicectomie

Comorbidités : HTA traitée par Aprovel.

Aucune allergie

Habitudes toxiques : Alcool = 0 Tabac : 15 paquets.années actif à 20 cig/jour Autre = 0

Poids : 73 kg Taille 1,65 m IMC = 27

Perte de poids récente = 2 kg

Profession : Chauffeur routier Pratique sportive = aucune

Récemment Marié 0 enfants

Antécédents familiaux : Père Adénocarcinome du colon droit à l'âge de 55 ans, un oncle paternel adénocarcinome du colon gauche à 48ans, une sœur ADK utérus à 38 ans.

Histoire de la maladie : Mr A. présente des rectorragies depuis 6 mois. Depuis un mois un syndrome rectal s'est installé. Un gastroentérologue a mis en évidence un adénocarcinome rectal.

Examen clinique : Il est normal en dehors du toucher rectal qui met en évidence une lésion palpée à bout de doigt nettement au-dessus du bord supérieur du sphincter externe

Bilan :

- Coloscopie : Lésion circonférentielle du rectum moyen dont le pôle inférieur est à 9 cm de la marge anale et 6 cm de la ligne ano-pectinée. Lésion non franchie par le coloscope. La préparation colique préalable à la coloscopie s'était bien passée sans symptômes occlusif.
- Anatomopathologie des biopsies : Adénocarcinome bien différencié avec une composante mucineuse.
- Biologie : Bilan de coagulation, ionogramme, fonction rénale et dosage ACE normaux.
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté : aucune lésion pulmonaire, hépatique ni péritonéale décelable. Epaissement du moyen rectum.
- IRM pelvienne : lésion circonférentielle du 1/3 moyen du rectum situé à 48 mm au-dessus du bord supérieur du plancher pelvien. La lésion infiltre la musculature et la dépasse sur la face postérieure. La marge circonférentielle est minimale sur la face antérieure (1 mm) et d'un centimètre sur la face postérieure. Il existe 3 adénopathies dans le mésorectum de respectivement 1 cm, 1,2 cm et 1,4 cm de plus grand diamètre. Ces adénopathies sont en hypersignal sur les séquences en diffusion, une d'entre elles est à 3 mm du fascia recti sur la face postérieure du rectum. .

Question n° 1 : Pour la prise en charge de ce cancer du rectum, complétez-vous ce bilan, si oui par quel(s) examen(s) ?

Question n°2 : Chez ce malade, quelles consultations médicales complémentaires vont être nécessaires, à court et moyen terme ?

Question n°3 : Evoquez-vous un contexte génétique chez ce patient ? Si oui lequel ? Sur quels arguments ?

Question n°4 : Avez-vous les arguments suffisants dans ce bilan pour proposer une classification TNM préthérapeutique de cette tumeur. Si oui quel staging proposez-vous ? Si non quels examens vous manquent ?

Question n°5 : Vous présentez ce dossier en RCP. Quelle sera, selon vous, la proposition thérapeutique retenue, décrivez là avec précision :

Question n° 6 : Si vous proposez une chirurgie à ce malade quels éléments d'information lui donnez-vous et quand ?

Question n° 7 : Si vous proposez une chirurgie à ce malade, quelle voie d'abord envisagez-vous ? Justifiez votre réponse.

Question n°8 : Si vous proposez une chirurgie à ce malade, décrivez les prescriptions préopératoires (J-1 et/ou J-2) et le manuel opératoire de l'installation à la fermeture. Précisez les points de vigilance sur tout le déroulé de l'intervention :

Question n° 9 : Si vous opérez le malade décrivez la prise en charge postopératoire.

Question n° 10 : Quel(s) examen(s) paracliniques proposez-vous en postopératoire si le malade présente de la fièvre, une hyperleucocytose et/ou une élévation de la CRP ?

Question n° 11 : décrivez la prise en charge, la surveillance à court, moyen et long terme que vous proposez à ce malade après la fin de son traitement.

DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES CAS CLINIQUES SONT A TRAITER

Attention les réponses doivent courtes et précises

Cas clinique 1

Paul M, 3 ans, est amené aux urgences pour un érythème, qui a débuté tout autour de la bouche et aux aisselles où la peau commence à décoller. L'érythème s'est étendu en moins de 24h sur l'ensemble du tronc, comme « un coup de soleil ». Il est difficile de toucher Paul qui apparait très douloureux. En quelques heures la peau décolle sur le haut du dos au moindre frottement On ne retrouve pas d'adénopathies, pas d'hépatosplénomégalie, les muqueuses ne sont pas atteintes, l'enfant est apyrétique.

Paul est hospitalisé.

Dans ses antécédents on note que l'enfant est atopique et reçoit pour son prurit de la desloratadine depuis 1 mois (1, 25mg/24h). Sa dermatite atopique évolue par poussées itératives traitées par desonide crème 0.1%. La consommation est d'1/2 tube par mois.

Le bilan biologique réalisé à l'entrée retrouve une NFS normale, en dehors d'une hyperéosinophilie à 800 éléments/mm³. Une légère déshydratation au bilan biologique. Une VS à 2. Un bilan hépatique normal.

Q 1- Quel diagnostic évoquez-vous chez Paul, qui a conduit à cette hospitalisation en urgence. Argumentez avec des réponses précises et courtes

Q 2- Quelle est votre stratégie thérapeutique ?

Q 3- Comment expliquez-vous l'apyrexie et le bilan biologique sans syndrome inflammatoire ? Quels mécanismes physiopathologiques évoquez-vous ?

Q 4- L'enfant s'améliore spectaculairement au bout de 3 jours d'antibiotique.

Les parents rassurés vous félicitent d'avoir guéri leur enfant en quelques jours. Ils vous font part de leur désarroi pour l'eczéma de Paul qui récidive et vous posent les questions suivantes (répondez sans détaillez avec des quelques mots précis) :

-est-ce normal que l'eczéma revienne alors qu'ils ont « appliqué de la cortisone » ?

-la crème desonide à 1% leur semble dangereuse, « ils font très attention à en mettre très peu , est ce qu'il n'y a pas un meilleur traitement que les dermocorticoïdes pour l'eczéma de Paul »?

-vous sentez qu'ils n'ont pas bien compris ce qu'est la dermatite atopique et les traitements qui leur ont été prescrits, que leur conseillez-vous ?

Répondez

Cas clinique 2

Un patient de 78 ans vous consulte pour une lésion cutanée bourgeonnante de 12 mm de la jambe droite pour laquelle vous portez le diagnostic clinique de carcinome épidermoïde cutané, suffisamment typique pour ne pas réaliser de biopsie.

Vous reprenez dans ses antécédents un diabète insulino-requérant, un œdème de Quincke à la pénicilline.

Q 1-Quels sont les critères cliniques qui pourraient conduire à classer cette lésion dans le groupe 2 (à risque significatif de récurrence et/ou de métastases)

Q 2-Ce patient ne présente aucun de ces critères. Quelle prise en charge thérapeutique réalisez-vous ?

Q 3-Vous revoyez le patient avec les résultats histologiques. L'examen anatomopathologique confirme un carcinome épidermoïde bien différencié, infiltrant le derme, d'épaisseur tumorale 2 mm, sans envahissement périnerveux, d'exérèse complète, vous ne présentez pas le dossier en RCP : Proposez-vous une prise en charge complémentaire ? si oui, laquelle ? Ensuite quel suivi proposez-vous ?

Q 4-Le patient vous rappelle 48h plus tard car il a des frissons et de la fièvre à 39°C et une jambe rouge et douloureuse autour de la cicatrice. En consultation, vous confirmez un érysipèle. Comment et où (en ambulatoire ou en hospitalisation) traitez-vous ce patient ? Proposez une antibiothérapie pour l'érysipèle (antibiotique proposé, posologie, durée)

Q 5-Quels signes de gravité initiaux ou au cours de l'évolution pourraient faire suspecter une dermo-hypodermite bactérienne nécrosante ?

Q 6-Le patient ne présente aucun de ces signes : Proposez une antibiothérapie pour l'érysipèle (antibiotique proposé, posologie, durée) :

Cas clinique 3

Mr M, 82 ans, consulte pour un prurit diffus depuis 2 ans. Il a un antécédent d'hypertension artérielle traitée par amlodipine et une appendicectomie dans l'enfance. Il fume 20 cigarettes par jour. A l'examen, il présente des excoriations diffuses et des lésions nodulaires. Il n'y a pas de recrudescence nocturne et pas d'argument pour une scabiose.

Q 1- Quel est votre diagnostic clinique ?

Q 2- Vous faites un bilan biologique pour rechercher des causes systémiques de prurit. Quelles causes allez-vous rechercher ? Citez-en 6 principales

Q 3- Compte tenu de son âge, vous souhaitez éliminer une pemphigoïde au stade pré-bulleux. Quels examens pouvez-vous réaliser pour étayer cette hypothèse?

Q 4- Vous proposez au patient de commencer un traitement par methotrexate. Quels sont les 2 paramètres essentiels que vous allez surveiller au niveau biologique ?

Q 5- Le traitement par methotrexate a eu peu d'efficacité et vous l'arrêtez au bout de 4 mois. Vous proposez de démarrer un traitement par prégabaline (Lyrica®). Citez 2 effets secondaires fréquents

Cas clinique 4

Un homme de 35 ans est adressé aux consultations de dermatologie de l'hôpital, par un collègue dermatologue libéral, pour la suite de la prise en charge d'un psoriasis vulgaire (commun) sévère évoluant depuis plus de 10 ans.

Il ne présente aucun antécédent en dehors d'une obésité sévère et d'une appendicectomie.

Il a déjà reçu comme traitement différents soins locaux par dermocorticoïdes, plus de 60 séances de photothérapie UVB-TL01.

Q 1- Sur quels arguments cliniques retiendrez-vous le diagnostic de psoriasis vulgaire (commun)?

Q 2- Quels sont les éléments anamnestiques et cliniques qui pourraient vous faire suspecter une atteinte articulaire périphérique associée ?

Au final vous ne retenez aucun argument pour un rhumatisme psoriasique et vous envisagez d'introduire un traitement par méthotrexate.

Q 3- Quel bilan paraclinique prescrivez-vous ?

Après 2 ans de méthotrexate à dose optimale, ayant permis au départ un blanchiment complet, vous objectivez lors de votre suivi un échappement thérapeutique avec une atteinte de plus de 30% de la surface corporelle avec un retentissement majeur sur la qualité de vie (échelle DLQI à 15). Il n'y a toujours aucun argument pour une atteinte articulaire.

Q 4- Quelles autres options thérapeutiques proposez-vous à ce patient ?

Q 5- Il vous questionne au sujet de l'impact de son obésité sur son psoriasis et le lien entre ces 2 affections. Quelles sont les informations que vous lui fournissez ?

ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS DOIVENT ETRE TRAITES

Sujet 1

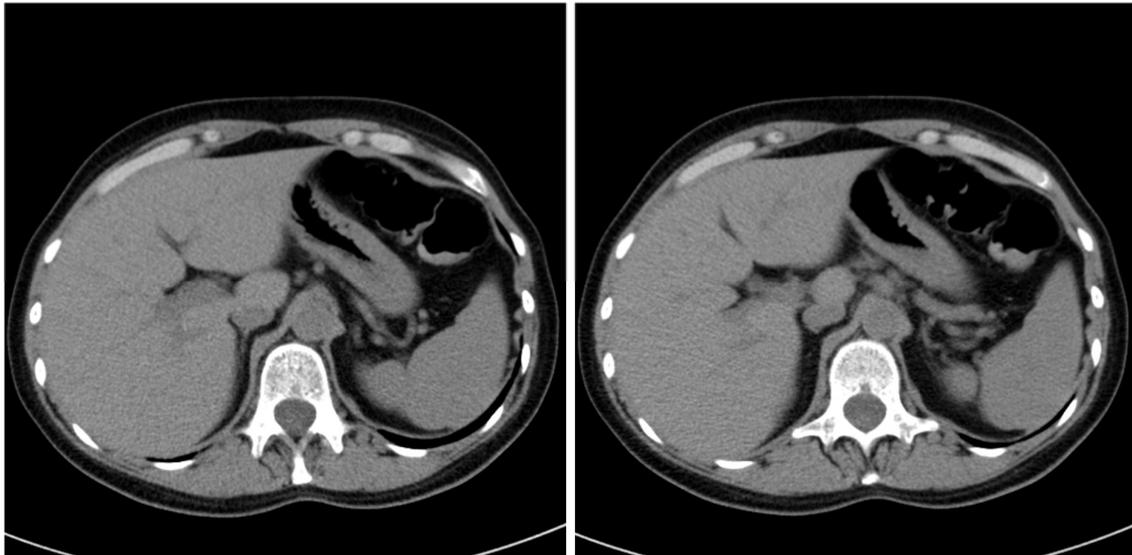
Une patiente de 34 ans, enseignante en école primaire, mère d'un enfant de 5 ans en bonne santé, consulte pour asthénie et amaigrissement. L'asthénie est apparue progressivement depuis 6 à 9 mois, se majorant dans la journée, et si intense depuis 1 mois qu'elle a été mise en arrêt de travail par son médecin généraliste depuis 10 jours. Elle explique avoir perdu 5 Kg depuis 3 mois après l'apparition de nausées et d'une tendance à l'anorexie. La contraception orale estro-progestative avait été arrêtée il y a un an en raison d'un désir de grossesse, les cycles ont alors été irréguliers et les dernières règles datent de 3 mois.

Vous notez dans ses antécédents une hypothyroïdie sur thyroïdite de Hashimoto. Dans la famille, une maladie de Basedow chez sa mère, un diabète de type 2 chez son père et un cancer du sein à 40 ans chez sa sœur.

Traitement : L thyroxine (Lévothyrox©) 75 µg/j. Chlorhydrate de metoclopramide 10mg (Primperan©) : 1 cp si nausées.

Parmi les examens biologiques sanguins demandés par le médecin généraliste qui vous l'adresse vous notez : Glycémie : 3,6 mmol/l, Natrémie : 133 mmol/l, Kaliémie : 4,5 mmol/l, Calcémie : 2,22 mmol/l, TSH : 6 mUI/L, Prolactine : 42 ng/ml ; CRP < 5.

Du fait du tableau clinique, un scanner abdominal a été prescrit par le généraliste :



Examen clinique :

56 Kg, 1m69. TA : 100/60 couché, 80/50 debout, FC : 90. Apyrexie.

Vitiligo sur les mains et la face antérieure du thorax. Petit goitre hétérogène et ferme. Pas d'hépatosplénomégalie. Abdomen un peu sensible de façon diffuse mais souple. Pas d'œdème des membres inférieurs. Auscultation cardiopulmonaire normale. Palpation mammaire sans masse palpable, discrète galactorrhée provoquée. Aires ganglionnaires libres.

Question 1 : Quel signe d'inspection recherchez-vous en priorité à l'examen clinique ?

Question 2 : Quel diagnostic positif et étiologique précis évoquez-vous en priorité ?

Question 3 : Parmi les examens biologiques que vous allez prescrire, quels sont les deux dosages hormonaux statiques que vous souhaitez avoir rapidement ?

Question 4 : Quel médicament lui demandez-vous de débiter dès ce jour sans attendre les résultats des examens biologiques ?

Question 5 : La patiente, inquiète pour sa fertilité, demande un traitement pour l'hyperprolactinémie. Que proposez-vous ?

Question 6 : Quelle(s) cause(s) évoquez-vous concernant le taux de TSH ?

Question 7 : Les examens hormonaux confirment votre diagnostic. Quel examen biologique demandez-vous pour le diagnostic étiologique ?

Question 8 : Rédigez la première ordonnance du traitement au long court de sa pathologie.

Question 9 : En plus du traitement médicamenteux que proposez-vous pour limiter les risques de décompensation ?

Question 10 : Un an plus tard la patiente vous consulte à 4 mois de grossesse. Les données cliniques et le ionogramme sanguin sont normaux. Comment allez-vous envisager l'adaptation des traitements durant la grossesse et l'accouchement ?

Sujet 2

Mme V, âgée de 20 ans est adressée aux urgences pour asthénie et intolérance digestive. Ses principaux antécédents sont représentés par un diabète de type 1 découvert à l'âge de 5 ans dont la prise en charge, en particulier l'observance thérapeutique, a toujours été difficile. Depuis 24h, la patiente a arrêté toute insulinothérapie en raison de vomissements et de douleurs abdominales. Sa pression artérielle est à 90/60 mm Hg, son pouls à 95/min. Elle n'a pas de fièvre. Elle pèse 60Kg.

Le bilan complémentaire réalisé montre les résultats suivants: pH : 7,02 ; glycémie 22 mmol/l ; kaliémie à 5,4 mmol/l (N: 3,5-5), natrémie à 131 mmol/l (N: 135 – 145), HCO₃⁻ à 8 mmol (N: 24 – 30), chlore: 96 mmol/l (N: 95 – 110), créatininémie à 120 µmol/l (N < 90 µmol/l), bandelette urinaire: sucre +++, acétone +++, cétonémie capillaire: 4,2 mmol/l (N < 0,3).

Question 1 : quelles sont les 2 anomalies principales de sécrétion hormonale responsables d'un tableau d'acido-cetose diabétique

Question 2 : comment définissez-vous précisément l'état acidobasique de la patiente ? Quel est le signe clinique qui accompagne cet état ?

Question 3 : comment interprétez-vous la natrémie ? Comment est l'état d'hydratation intracellulaire ?

Question 4 : quels sont les 2 éléments principaux qui, dans cette situation, entraîne un mouvement des ions potassium du milieu intracellulaire vers le milieu extracellulaire ?

Question 5 : détaillez vos prescriptions de traitement des 3 premières heures, sans la surveillance

Après la correction de l'acido-cétose, la patiente est transférée en service de médecine. La glycémie oscille entre 0.7 et 2.1 g/l sous insulinothérapie basale/bolus. Le sédiment urinaire retrouve: protéinurie 450 mg/l, absence d'hématurie, absence de leucocyturie. La pression artérielle est à 135/80. Son fond d'œil retrouve une rétinopathie sévère préproliférante sans œdème maculaire.

Question 6 : la protéinurie est confirmée à 2 reprises. Quel traitement médicamenteux débutez-vous ?

Question 7 : y a - t- il classiquement des signes cliniques à ce stade de rétinopathie?

Les nausées de la patiente persistent de manière intense. Vous demandez une fibroscopie oeso-gastrique. Celle-ci va avoir lieu le lendemain, à 12h, à jeun depuis minuit. Le traitement insulinique comporte de la glargine 16 unités au coucher et de l'insuline lispro entre 4 et 8 unités à chaque repas.

Question 8 : comment prescrivez-vous l'insuline en vue de cette fibroscopie ? comment anticipez-vous le risque d'hypoglycémie dans la matinée avant la fibroscopie ?

GENETIQUE MEDICALE

EPREUVE DE VERIFICATION DES CONNAISSANCES PRATIQUES

Madame F. âgée de 26 ans vient en consultation avec son fils Julien de 6 ans qui ne présente pas de signes d'appel médical. Madame F. présente un pectus excavatum, une hyperlaxité ligamentaire marquée, une ectopie du cristallin, une échographie cardiaque subnormale, des vergetures du dos, et elle a présenté un pneumothorax spontané. Le diagnostic de syndrome de Marfan a été porté chez elle. Madame F a deux frères par ailleurs. Notion de mort subite (sans plus de précision) à 37 ans chez un oncle maternel de Mme F. Aucun test génétique n'a été réalisé jusqu'ici dans la famille.

1. Mme F vous demande quel est le risque génétique pour son fils. Dessiner l'arbre généalogique. Rappeler le mode de transmission de la pathologie (et quelques éléments de définition de ce mode) et le risque *à priori* du fils de Mme F.
2. Mme F vous demande aussi quel est le risque génétique *à priori* pour ses deux frères. Que lui répondez-vous ?
3. Le conjoint de Mme F vous demande quels sont les risques cliniques principaux du syndrome. Citez les deux principales complications cliniques du syndrome de Marfan.
4. Mme F vous demande comment aller plus loin pour préciser le risque génétique pour son fils. Que lui répondez-vous ? Citer le principal gène responsable du syndrome, la protéine correspondante et le mécanisme physiopathologique sous-jacent. Vous proposez en première approche à Mme F de faire un test génétique. Quelle analyse moléculaire allez-vous lui prescrire ?
5. Le test génétique retrouve le variant suivant à l'état hétérozygote dans le gène principal suspecté : c.8244+1G>A. Ce variant n'a pas encore été décrit. De quel type de variant s'agit-il ? Le gène code une protéine qui est exprimée dans les fibroblastes cutanés. Quel test fonctionnel proposeriez-vous pour évaluer l'effet de cette variation ? Quel résultat attendez-vous ?
6. La pathogénicité du variant a été confirmée. Mme F vous demande de faire le test génétique chez son fils. Quelles informations devez-vous donner à la famille ? Quel type de prélèvement organisez-vous ? Quels éléments doivent figurer sur le formulaire de consentement ?

GERIATRIE

EPREUVE DE CONNAISSANCES PRATIQUES

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

CAS CLINIQUE 1

Vous êtes appelé auprès d'une femme de 91 ans résidente d'EHPAD car les soignants la trouvent somnolente.

Ses antécédents sont dominés par un syndrome démentiel sévère avec symptômes comportementaux. Elle est entrée en EHPAD il y a 18 mois. Le diagnostic étiologique évoqué est une origine probablement mixte. Elle est hypertendue de longue date. Depuis son entrée en EHPAD à laquelle elle était opposée, elle est opposante aux soins. Elle présente de troubles du sommeil qu'elle avait déjà à domicile. Elle a évoqué sa propre mort à plusieurs reprises et a été mise sous antidépresseurs, il y a 6 mois. Elle a maigri progressivement depuis son entrée en EHPAD (60 kg il y a 7 mois ; 54 kg sur son dernier poids il y a 1 mois). Elle ne communique que très peu et le plus souvent est très difficile à comprendre du fait de troubles du langage. Il y a 15 jours, elle a fait une bronchite sans signe de gravité traitée par antibiotique pendant 6 jours (amoxicilline et acide clavulanique). Depuis 48h, elle ne déambule plus comme elle a l'habitude de le faire. Elle est consciente, elle n'a pas de déficit moteur. La température est à 36°C. Elle a un foyer de crépitants en base droite et une toux grasse. Elle refuse de prendre ses médicaments. Elle est effectivement somnolente quand vous arrivez, mais devient agitée lorsque vous commencez à l'examiner. Son discours est incompréhensible. La pression artérielle est à 95/65 mmHg, le pouls à 90/min, la saturation en air ambiant à 90%. Le reste de son examen clinique est inchangé. L'ECG est sinusal, sans changement par rapport à sa dernière hospitalisation.

Son ordonnance comporte depuis plus de 6 mois sans modification (en dehors du traitement antibiotique) :

- Alprazolam (benzodiazépine)
- Paroxétine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine)
- Amlodipine (inhibiteur calcique)
- Furosémide (diurétique de l'anse)
- Acide acétylsalicylique (antiplaquettaire)
- Omeprazole (inhibiteur de la pompe à protons)
- Macrogol (laxatif osmotique)
- Zolpidem (hypnotique apparenté aux benzodiazépines) *en cas de besoin*
- Risperidone (antipsychotique) *en cas de besoin*

Question 1 : Quels sont les diagnostics que l'on peut envisager d'évoquer ici ? (ne pas citer les antécédents). Pour chacun d'entre eux : arguments en faveur

Vous avez demandé un bilan biologique en urgence qui montre : natrémie 153 mmol/l, kaliémie 4,4 mmol/l, urée 16,6 mmol/l (1g/l), créatininémie 115 micromoles/l (22,6 mg/l), glycémie 6 mmol/l (1.2g/l), protidémie 63 g/l hémoglobine 14 g/dl, globules blancs : 11500.10³/l. CRP 250 mg/l. RT-PCR pour le SARS-CoV2 : négative.

Question 2 : Sur la base de ces résultats, quels sont les diagnostics que vous reprenez ?

Pour chacun d'entre eux, citez les arguments en faveur

Question 3 : Quelle décision allez-vous prendre concernant l'alimentation, l'hydratation et le traitement médicamenteux de cette patiente sur les prochaines 24 heures ?

Question 4 : Au bout de quelques jours, la patiente va mieux, la question se pose de reprendre son traitement antérieur. Le reprenez-vous de façon inchangée ? Quelles modifications éventuelles de ce traitement proposez-vous ? Pourquoi ?

Question 5 : La patiente enchaine finalement 3 épisodes du même type en l'espace de deux mois. La question se pose de limiter les soins actifs. Quelles sont les étapes du processus d'une décision de limitation des thérapeutiques actives ?

CAS CLINIQUE 2

Vous êtes appelé auprès d'une résidente de l'EHPAD dont vous êtes le médecin coordonnateur pour une femme de 90 ans admise dans l'EHPAD la semaine dernière qui est agitée et brutalise le personnel soignant. Elle a pour antécédent une hypertension artérielle et un syndrome dépressif associé à un syndrome démentiel de type maladie d'Alzheimer au stade modéré. Elle est maintenue attachée à son fauteuil avec un harnais de contention, car elle cherche à se lever et à déambuler et le personnel craint qu'elle fasse une chute. Le traitement habituel comporte amlodipine 10 mg/j (antagoniste des canaux calciques) et escitalopram 10 mg/j (inhibiteur de la recapture de la sérotonine). L'examen montre une température à 38°, une PA à 146/80 mmHg, une fréquence cardiaque à 94 / mn, des sueurs, une SaO₂ à 94%. L'examen clinique est difficile en raison de l'agitation.

Question 1 : Face à l'agitation de cette résidente que préconisez-vous dans un premier temps ?

La fille, aidant de la résidente, demande à vous rencontrer car elle est inquiète du brusque changement de son état de santé. Elle vous signale que depuis son entrée dans l'EHPAD, sa mère se plaint de ne plus dormir la nuit et qu'on ne lui donne plus le somnifère qu'elle prenait chaque soir depuis des années. Elle vous indique que sa mère ne souhaitait pas vraiment entrer en EHPAD. Elle se sent très coupable et se demande si sa mère ne fait pas une aggravation brutale de sa dépression.

Question 2 : Ces nouveaux éléments orientent-ils votre diagnostic et la prise en charge de la résidente ?

Avec les mesures thérapeutiques entreprises, la résidente est devenue plus calme et l'agitation a disparu. Vous la revoyez deux jours après et il est possible de l'examiner plus facilement. Sa température est 38°1, une toux est apparue et à l'auscultation vous percevez un foyer pulmonaire de la base droite. La pression artérielle est à 135/78 mmHg et la fréquence cardiaque à 82/mn. La SaO2 est à 95%.

Question 3 : Quel est votre diagnostic ? Quels examens demandez-vous et quelles thérapeutiques mettez-vous en place ?

L'état clinique de la patiente s'est rapidement amélioré. La température s'est normalisée, et la toux a disparu. On vous rappelle un mois après cet épisode, pour l'apparition d'une diarrhée associée à des douleurs abdominales modérées se manifestant depuis deux jours. La température est 37°2, la pression artérielle à 142/80 mmHg ; la fréquence cardiaque à 81/mn, l'examen montre un abdomen souple sans défense. Il n'y pas d'autres cas de diarrhée ou de troubles digestifs dans l'EHPAD.

Question 4 : Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Quels examens faut-il réaliser ?

GYNECOLOGIE MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet : 1

Mme X, âgée de 25 ans, vient vous voir seule pour son premier frottis. Vous la rencontrez pour la première fois car elle arrive dans la région. Elle vous annonce qu'elle veut arrêter sa contraception car avec son ami, ils souhaitent avoir un bébé. Ses dernières règles, tout à fait normales remontent à 10 jours.

Question N° 1 :

Quel va être le but de la consultation?

Question N° 2 :

Quels sont les éléments importants à rechercher par l'interrogatoire?

Question N° 3 :

En quoi va consister l'examen clinique ?

Question N° 4 :

Le père de Mme X ainsi que la sœur de son père ont un diabète non insulino-dépendant. Mme X pèse 81 kgs pour 1,70m. L'IMC est à 28.

Quels conseils donnez-vous à la patiente ? Que lui précisez-vous concernant la grossesse ?

Question N° 5 :

Mme X ne fume pas, le week-end elle prend un peu d'alcool. Elle n'a aucun souci de santé. Son carnet de vaccination montre qu'elle a eu deux injections d'un vaccin anti-rubéolique. Elle n'a pas fait le rappel DTcaP. Il n'est pas noté qu'elle a eu la varicelle et elle ne s'en souvient pas.

Quels conseils donnez-vous à la patiente ?

Quel(s) examen(s) est (sont) inutile(s) ?

Question N° 6 :

Mme X vous apprend que son papa est martiniquais, sa maman est bretonne. C'est à l'occasion de vacances en Martinique qu'elle a rencontré son conjoint d'origine martiniquaise par ses deux parents. Ils vivent ensemble depuis 6 mois. Son ami ayant trouvé du travail en France. Ils n'ont pas fait les tests de dépistage par rapport aux IST ne pensant pas avoir couru des risques importants (un seul partenaire avant la relation actuelle pour chacun vous dit-elle)

Que lui proposez-vous concernant les IST? Rédigez son ordonnance.

A quelle pathologie génétique devez-vous penser dans ce contexte? Expliquez votre conduite à tenir.

Question n°7 :

Mme X avait prévu d'arrêter la contraception dès la fin de sa plaquette.

Que lui conseillez-vous ?

Quels traitements lui prescrivez-vous ?

Sujet 2

Madame R, âgée de 37 ans et son mari Monsieur R, 40 ans, consultent pour une infertilité depuis 10 mois.

Mme R, vendeuse de chaussures, mesure 1m65 et pèse 79 kgs. Elle n'a pas d'antécédent notable en dehors d'un tabagisme actif à 15 cigarettes par jour et d'une IVG médicamenteuse à l'âge de 25 ans. Il s'agissait alors d'une grossesse sous pilule avec un autre partenaire. Ses cycles sont décrits comme réguliers.

Mr R, routier, ne fume pas. Il mesure 1m88 et pèse 83 kgs et a pour principaux antécédents une appendicectomie ainsi qu'une intervention sur l'un des testicules lorsqu'il était enfant mais n'est pas en mesure de fournir plus de précisions sur cet événement. Il explique avoir été en couple avec une précédente partenaire durant 5 ans et avoir tenté d'avoir un enfant sans succès pendant 3 ans, sans jamais consulter pour ce motif.

Question n°1

Comment qualifiez-vous l'infertilité présentée par ce couple ?

Pensez-vous qu'il soit légitime de s'inquiéter aussi vite de cette absence de grossesse et pourquoi ?

Question n°2 :

L'examen clinique des 2 membres du couple est normal. Vous décidez de prescrire au couple un premier bilan d'infertilité. Citez sans justifier les différents examens que vous prescrivez.

Question n°3 :

A la fin de votre consultation, quels conseils pouvez-vous prodiguer au couple avant de les revoir avec les résultats de leurs examens ?

Vous revoyez le couple 6 semaines plus tard avec les résultats suivants :

- pour Madame : le bilan hormonal réalisé à J3 du cycle montre une FSH à 7 UI/ml, une LH à 6.2 UI/ml, un œstradiol à 38 pg/ml, une AMH à 2.6 ng/ml (ou 18.5 pmol/l); le reste du (des) examen(s) paraclinique(s) est (sont) sans particularité.
- pour Monsieur : aucun spermatozoïde visible à l'analyse du spermogramme (aucune anomalie de recueil n'est à relever)

Question n°4 :

Mme R vous demande de la rassurer quant à ses résultats de bilan hormonal : que lui dites-vous ?

Mr R de son côté est très inquiet de son résultat de spermogramme : que lui dites-vous ? Que prescrivez-vous dans un premier temps ?

Question n°5 :

Il est retenu pour monsieur le diagnostic d'azoospermie. Quels sont les 2 types de mécanisme pouvant être à l'origine d'une azoospermie ?

Mme R a une jeune sœur, Marianne. Cette dernière, âgée de 23 ans, célibataire et sans enfant, a été sensibilisée par le cas de sa sœur et de son beau-frère et souhaite faire don de ses ovocytes.

Question n°6 :

Pensez-vous que cela soit envisageable ?

Où l'adressez-vous précisément pour être informée de cette démarche ?

Marianne émet par ailleurs le souhait de faire conserver ses ovocytes car elle craint de ne jamais avoir d'enfant : que pouvez-vous lui répondre ?

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

SUJET 1 : Obstétrique

Madame G. âgée de 34 ans a pour antécédent une appendicectomie par cœlioscopie à l'âge de 18 ans et un accouchement par voie basse à terme il y a deux ans (grossesse sans particularité). Elle pèse 67 kg pour 1m75. Son groupe sanguin est A rhésus positif. Elle se présente pour son échographie du 1^{er} trimestre à 13 SA + 4 jours.

Question N°1

L'échographie montre qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire. Décrivez les éléments échographiques permettant de préciser la chorionicité sur le cliché ci-dessous ?



Question N°2

Précisez le rythme des échographies obstétricales pour cette grossesse gémellaire ? Quels éléments doivent être recherchés lors de chacune de ces échographies ?

Madame G. se présente aux urgences d'une maternité de type 1 à 24SA + 3 jours pour des contractions utérines douloureuses depuis 2 heures. Elle ne rapporte pas de perte de liquide amniotique ou de saignement. La hauteur utérine est à 40 cm.

Question N°3

Quelle est votre suspicion diagnostique ?

Question N°4

Comment la confirmer ?

Question N°5

Quelle est votre prise en charge ?

L'évolution est favorable.

Question N°6

A quel âge gestationnel, faut-il programmer l'accouchement dans ce type de grossesse gémellaire hors complication ?

Question N°7

J1 est céphalique et J2 en siège. Quelle voie d'accouchement proposez-vous ?

Question N°8

Après l'accouchement du premier jumeau que faites-vous ?

Question N°9

Le placenta est venu 5 minutes après l'expulsion accompagné d'une hémorragie de sang rouge évaluée à plus de 800 mL.

Quelle doit être votre prise en charge initiale ?

Question N°10

Le saignement persiste au bout de 20 Minutes et dépasse 1 litre quelle est la prise en charge ?

Question n°11

Vous n'avez pas d'accès à l'embolisation, quelles techniques chirurgicales pourraient être nécessaires ?



SUJET 2 : Gynécologie

Vous voyez en consultation Mme V. G3P2, âgée de 42 ans dans le cadre de son suivi gynécologique.

Elle présente comme principaux antécédents une obésité avec un IMC à 30 kg/m², un tabagisme actif à raison de 10 cigarettes par jour, un antécédent d'IGH à chlamydia il y a 2 ans traité par antibiothérapie seule, et une kystectomie ovarienne droite il y a 5 ans par coelioscopie. A noter un antécédent familial de cancer de l'endomètre et de cancer du côlon.

Elle a une contraception par DIU au cuivre et présente des de méno métrorragies.

Vous recevez les résultats de son FCV revenant LSIL, HPV 16+.

Question 1 : Quels sont les facteurs de risques de dysplasie cervicale chez cette patiente et que recherchez-vous à l'interrogatoire dans ce sens ?

Question 2 : Quelle est votre prise en charge face à cette anomalie du FCV ?

Les examens réalisés retrouvent une dysplasie de haut grade de type CIN II-III.

Question 3 : Quelle attitude thérapeutique proposez-vous à la patiente ?

Question 4 : Quel serait le suivi ultérieur en cas de confirmation d'une dysplasie de haut grade? En cas de berges non In sano, devez-vous reprendre les berges chirurgicalement ?

Vous explorez les méno métrorragies de cette patiente. Il existe une bonne tolérance clinique et biologique sans anémie ferriprive.

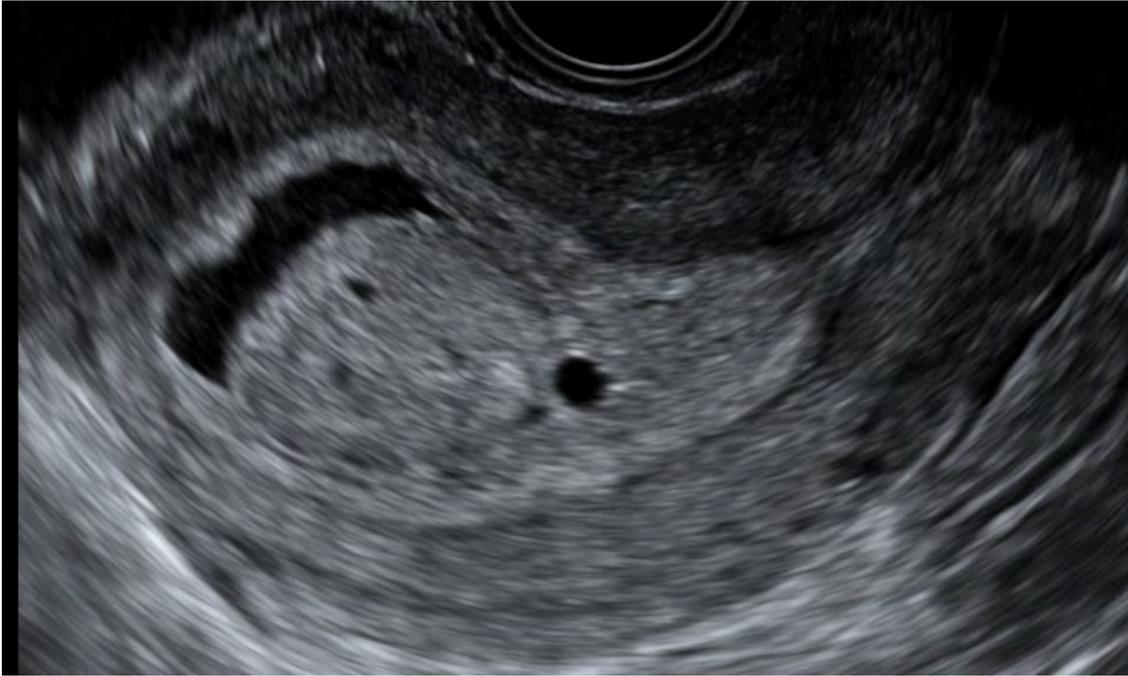
Question 5 : Quel examen complémentaire devez-vous prescrire en première intention ? Que recherchez-vous ?

Question 6 : Quels sont les éléments cliniques qui aggravent les ménorragies chez cette patiente ?

Question 7 : Quelle est votre prise en charge thérapeutique pour cette patiente concernant ses ménorragies si l'échographie ne retrouve pas d'anomalie ?

Question 8 : Quel(s) type(s) de contraception non définitive pouvez-vous conseiller à cette patiente ?

Question 9 : Quels sont les antécédents personnels contre indiquant une contraception oestro-progestative chez Mme V. ?



Question 10 : Décrivez cette imagerie : voie utilisée, coupe, pathologie retrouvée.

Question N°11 : Quel serait votre attitude s'il s'agissait du résultat de l'échographie de cette patiente ?

Question 12 : Le résultat histologique du polype de l'endomètre retrouve un adénocarcinome endométrioïde de l'endomètre de grade 1 Quel Syndrome familial évoquez-vous ? Quel doit être le bilan ? Quel sera le traitement de cette patiente qui n'a plus de désir de grossesse ?

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet n°1

Une femme, âgée de 30 ans, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales de l'hypochondre droit et une fièvre à 39°C depuis 24 H. Elle n'a pas d'antécédent en dehors d'une hypercholestérolémie traitée et d'une grossesse menée à terme 3 mois auparavant. Elle rapporte une consommation occasionnelle d'alcool. On note un ictère conjonctival. Les examens biologiques montrent :

Hémogramme : leucocytes= 20 G/L

ASAT=8N ; ALAT =4N ; Phosphatases alcalines=3N ; □GT=4N

Bilirubine conjuguée = 50 µmol/l

Protéine C réactive = 200 mg/L ; Créatininémie = 170 µmol/L

QUESTION 1 :

Précisez les éléments cliniques de gravité que vous recherchez (détaillez) ?

QUESTION 2 :

Quel examen d'imagerie demandez-vous en urgence ? Justifiez ce choix.

QUESTION 3:

Les explorations radiologiques révèlent une vésicule biliaire lithiasique sans complication, une voie biliaire principale dilatée à 15 mm.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

QUESTION 4 :

L'évolution clinique est marquée par l'installation d'une hypotension artérielle avec une pression artérielle moyenne à 60 mmHg et une tachycardie régulière.

Quelle prise en charge en urgence proposez-vous ?

QUESTION 5 : Quelles sont les différentes possibilités de drainage des voies biliaires dont vous disposez ? Justifiez.

Laquelle de ces possibilités de drainage privilégiez-vous ? Quelles sont les principales complications de ce geste de drainage ?

Sujet n°2

Un homme de 67 ans est amené par les pompiers aux urgences pour une hématomérose. Dans ses antécédents, on note une cardiopathie ischémique avec pose d'un stent actif il y a 2 ans. Son traitement habituel comporte de l'aspirine et du Bisoprolol. A l'interrogatoire, le patient signale la prise concomitante d'ibuprofène depuis quelques jours en raison de lombalgies.

A l'arrivée, ses constantes hémodynamiques et l'examen clinique révèlent une tension artérielle à 90/50 mmHg, une fréquence cardiaque à 92/minute, une saturation en oxygène normale, une pâleur cutanéomuqueuse, une dyspnée au moindre effort. L'examen abdominal est sans particularité. Le toucher rectal met en évidence du méléna sur le doigtier. Son poids est stable. Le test Hemocue estime l'hémoglobine à 7 g/dl. L'électrocardiogramme est normal

QUESTION 1 :

Quel diagnostic vous paraît le plus probable?

QUESTION 2 :

Quelle prise en charge diagnostique et thérapeutique en urgence proposez-vous?

L'endoscopie digestive haute met en évidence un ulcère ovalaire de 7 mm de l'antrum avec un fond fibrineux et la présence d'un vaisseau visible.

QUESTION 3 :

Précisez le stade de l'ulcère, selon la classification de Forrest et le risque de récurrence hémorragique correspondant ?

QUESTION 4 :

Citez les différentes possibilités de gestes hémostatiques dont vous disposez au décours de la gastroscopie ?

QUESTION 5 :

Au terme de la gastroscopie d'hémostase, quelle surveillance clinico-biologique proposez-vous ?

QUESTION 6 :

L'évolution est marquée par une récurrence hémorragique à 48 h. Les constantes hémodynamiques sont stables.

Que proposez-vous dans cette situation ?

QUESTION 7 :

Les suites sont marquées par une nouvelle récurrence hémorragique extériorisée sous forme de méléna associée à une hypotension artérielle (pression artérielle moyenne à 60 mmHg) et une tachycardie.

Que proposez-vous alors pour contrôler l'hémorragie digestive ?

QUESTION 8 :

Envisagez-vous un contrôle de la gastroscopie à distance et si oui, avec quels objectifs ?

Sujet n°3

Vous recevez aux urgences un patient de 52 ans, pour un ventre gonflé. Il ne se plaint d'aucun autre symptôme. Il se sent ballonné depuis une semaine mais son ventre a clairement augmenté de volume depuis hier selon ses dires. Il est originaire de Côte d'Ivoire, vit en France avec sa femme et ses 4 enfants depuis 1992.

Il n'a jamais été malade.

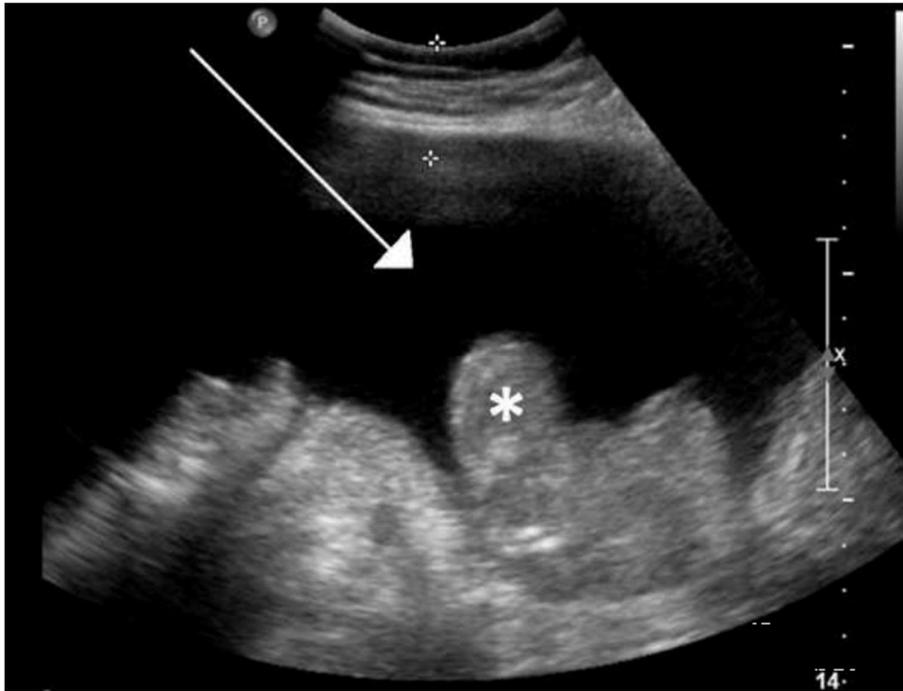
A l'examen clinique, Il est apyrétique, TA : 100/60 mmHg, fréquence cardiaque 85/min, saturation normale.

Question N°1 :

Vous l'examinez, mais pour orienter votre interrogatoire et votre examen clinique, quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

Question N°2 :

Vous demandez une échographie abdominale pour avancer.



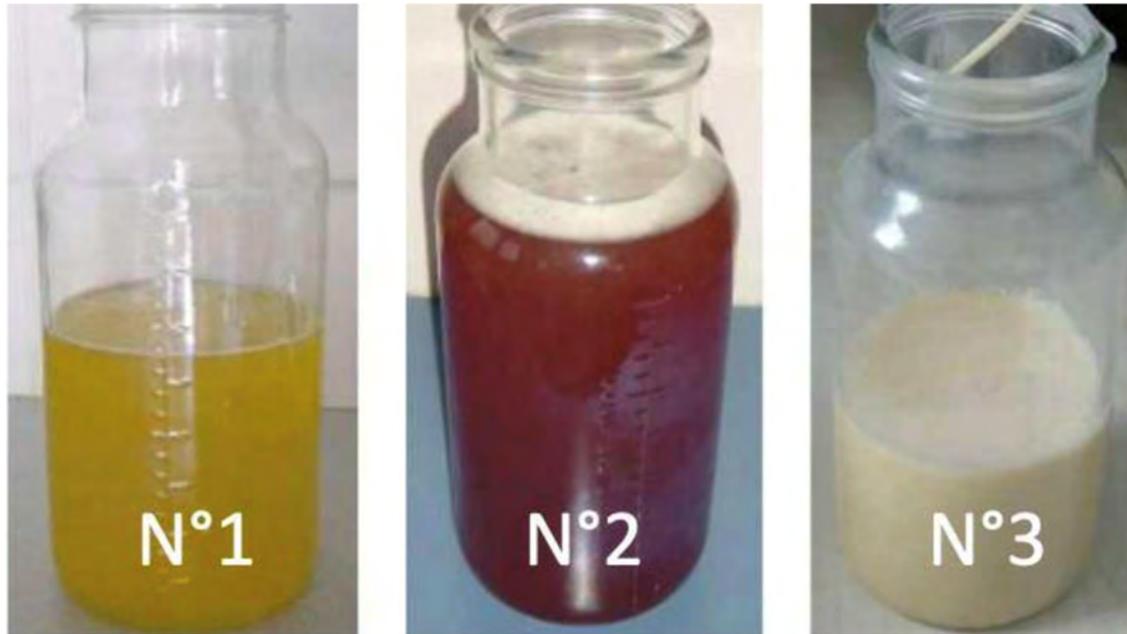
Que montre la flèche, que montre l'étoile?

Question N°3

Quel geste devez-vous réaliser à ce stade et quelles analyses allez-vous demander ?

Question N°4

Voici l'aspect de différents liquides d'ascite prélevés chez 3 patients.



Comment qualifiez-vous la nature des liquides 1, 2 et 3 ?

Question N°5

Le liquide que vous avez prélevé a l'aspect du pot N°1 issu de la question 4. Il contient 1000 éléments/mL dont 250 leucocytes. Il n'y a pas de germe à l'examen direct. Le taux de protéides dans l'ascite est de 12 g/L.

Est-ce un exsudat ou un transsudat ? Le liquide est-il infecté ?

Question N°6

Au vu de ce résultat, vous décidez de réexaminer votre patient. Effectivement, il existe un ictère conjonctival et une circulation veineuse collatérale que vous n'aviez pas remarquée initialement, des ongles blancs et une érythrose palmaire.

A ce stade, pouvez-vous conclure au diagnostic de cirrhose ?

Question N°7

Les examens biologiques confirment le diagnostic positif de cirrhose avec une hyperbilirubinémie conjuguée à 48 μ mol/L, une hypoalbuminémie à 30 g/L, une thrombopénie à 120G/L et un taux de prothrombine à 60%.

Quels sont les 2 scores pronostiques associés au pronostic du cirrhotique ? Le(s)quel(s) pouvez-vous calculer avec les éléments cliniques et biologiques qui vous sont fournis ?

Question N°8

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques étiologiques ?

Question N°9

Les sérologies virales retrouvent des anticorps anti-VHA totaux positifs, un Ag HBs positif, des anticorps anti-HBc positif de type IgG, une charge virale B faiblement positive, des anticorps anti-VHC totaux négatifs.

Décrivez votre attitude thérapeutique immédiate et votre surveillance pour les 6 prochains mois.

MALADIE INFECTIEUSE ET TROPICALE

Epreuves de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES DOSSIERS SONT A TRAITER

Dossier 1

Un patient de 24 ans, marocain, en France depuis un an, est admis aux urgences pour toux, asthénie, sueurs nocturnes et amaigrissement de 16 kgs, en deux mois d'après lui.

Question N° 1

Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ? Argumentez.

Question N° 2

Quelles mesures mettez-vous en place avant toute autre action ?

Vous faites réaliser une radiographie pulmonaire, dont le cliché est sur la page suivante.

Question N° 3

Que constatez-vous sur cette radiographie ?

Question N° 4

Quel(s) examen(s) paraclinique (s) réalisez-vous en première intention ?

Les examens bactériologiques demandés reviennent positifs.

Question N° 5

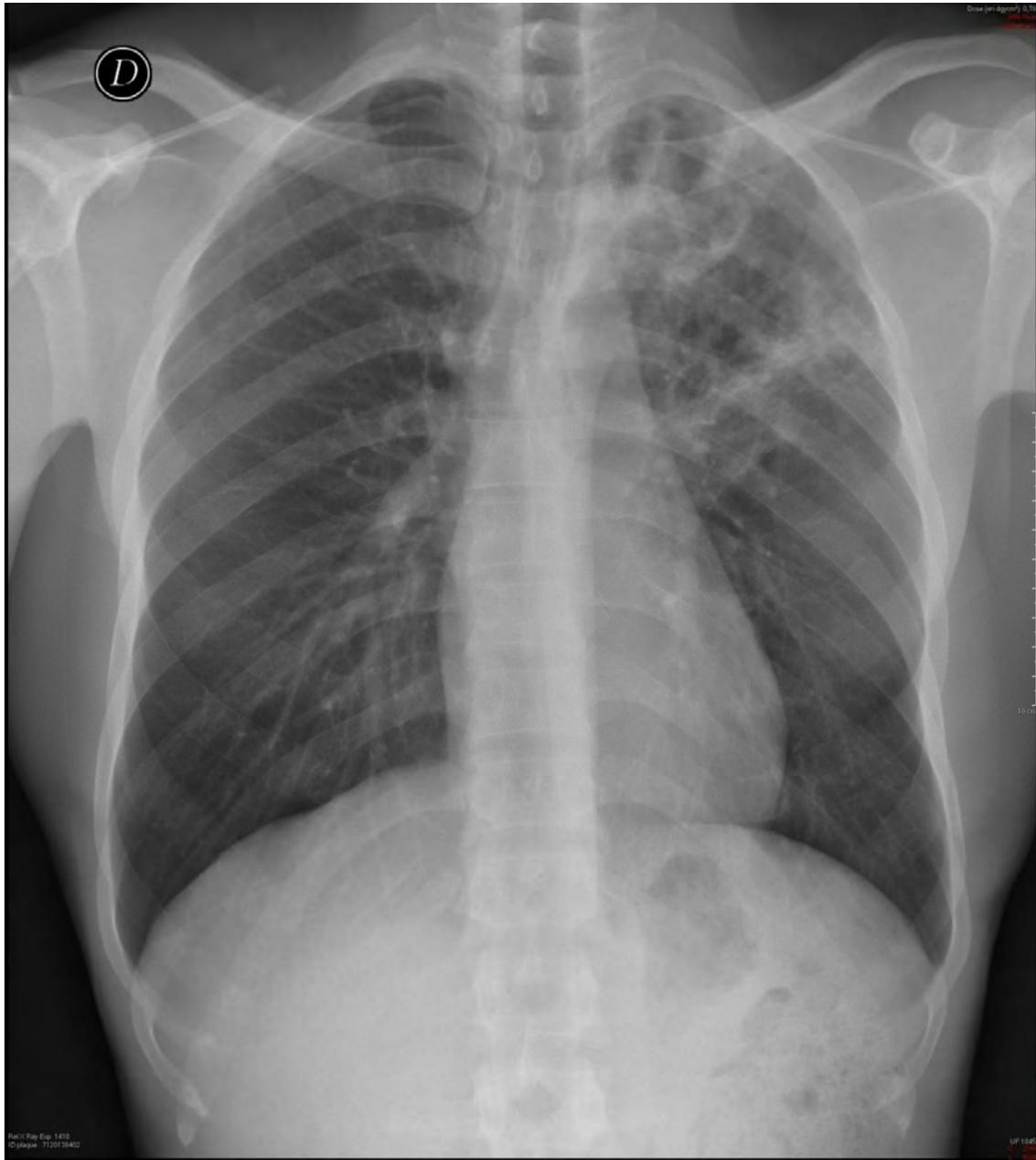
Quel protocole mettez-vous en œuvre ? Donnez les durées de traitement.

Question N° 6

Quelles autres mesures non médicales mettez-vous en œuvre ? (4 points)

Question N°7

Détaillez votre surveillance



Dossier 2

M. L., 70 ans, est hospitalisé en urgence pour le tableau suivant :

Depuis 48 heures, céphalées d'aggravation progressive, fièvre à 38,6°C. Le médecin traitant qui l'a vu initialement avait conclu à une CoViD et avait prescrit un traitement symptomatique par paracétamol. Ce jour, le patient a présenté plusieurs épisodes de rupture de contact, avec clonies, d'après son épouse. Depuis, il présente un ralentissement psychomoteur majeur.

Ses antécédents :

- Patient autonome à domicile, sans troubles neurocognitifs connus.
- Syndrome d'apnées du sommeil appareillé
- Fibrillation auriculaire
- HTA
- Hypercholestérolémie
- Absence d'allergie

Son traitement habituel :

- Fluindione (AVK)
- Candesartan (ARA II)
- Hydrochlorothiazide
- Flécaïne
- Simvastatine

Examen clinique :

- Patient confus, Glasgow 13
- Céphalées
- Absence de déficit moteur
- Examen de la sensibilité : pas de déficit évident
- Examen des nerfs crâniens : absence de déficit
- ROT symétriques, normaux
- La nuque est souple, absence de signes de Kernig.
- Auscultation pulmonaire sans particularité
- Absence de souffle à l'auscultation cardiaque, pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Abdomen souple, indolore
- Absence de lésions cutanées
- T°C : 39,1°C, Fréquence cardiaque : 80/min, TA : 140/80 mm Hg
- SaO2 air ambiant : 96 %, Fréquence respiratoire 22/min

Question N°1

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Argumentez.

Question N°2

Quel bilan paraclinique réalisez-vous en urgence ?

Question N°3

A - Citez en France les 3 micro-organismes les plus fréquemment impliqués dans cette pathologie

Le scanner montre : « Hypodensité temporale interne gauche. Absence de lésion hémorragique récente. Structures médianes en place. Pas de syndrome de masse ou de rehaussement suspect. »

B - Vous choisissez de démarrer un traitement anti-infectieux probabiliste en urgence. Lequel ? Indiquez les posologies.

Question N°4

Détaillez votre attitude diagnostique et thérapeutique pour la suite de la prise en charge, en fonction des résultats des examens microbiologiques complémentaires demandés sur le liquide cérébro-spinal.

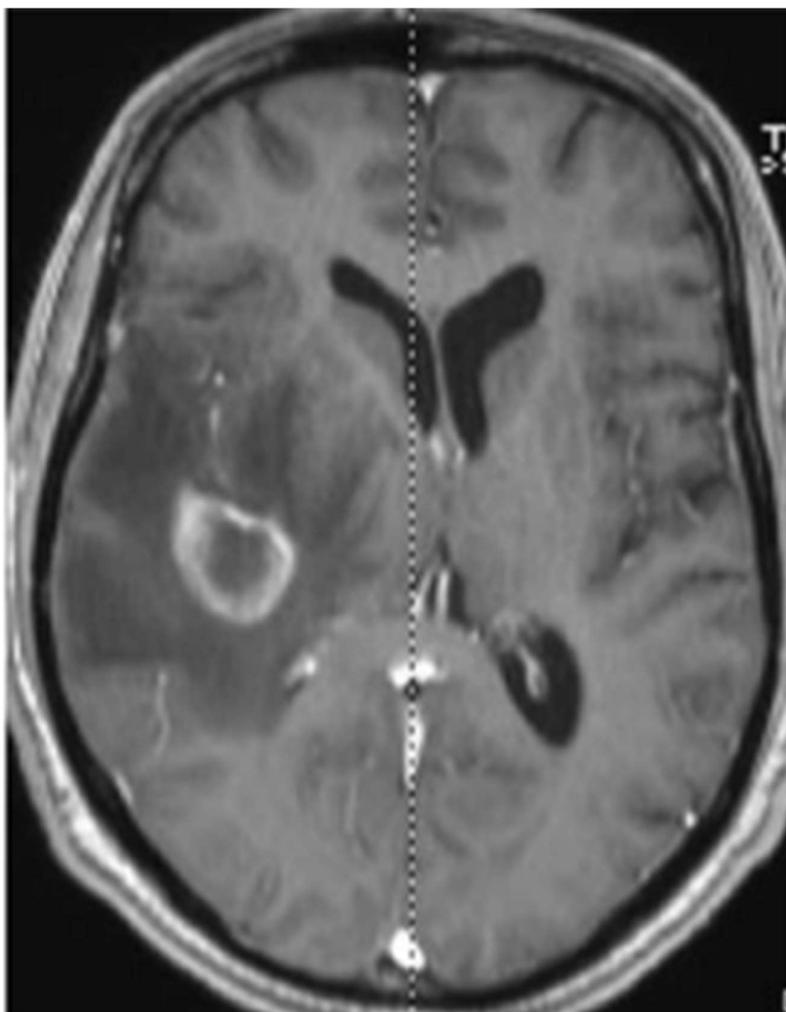
Dossier 3

Une femme de 35 ans, toxicomane, vient aux urgences pour convulsions fébriles. Le score de Glasgow est à 12/15. Il existe une hémiparésie gauche. La température corporelle est à 38,2 °C. Vous ne retrouvez pas de syndrome méningé.

Elle est séropositive pour le VIH, connue depuis 6 ans, non suivie, non traitée.

Les lymphocytes T4 mesurés un an auparavant étaient à 120 par mm³.

Le scanner cérébral injecté, fait en urgence est le suivant :



Question N°1

Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?

Question N°2

Quels éléments cliniques et paracliniques vont vous permettre de retenir le diagnostic évoqué ?

Question N°3

Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

Question N°4

Quel est votre traitement pour les prochaines semaines ?

Question N°5

Détaillez votre surveillance sous traitement ?

Question N°6

Quel(s) élément(s) de suivi cliniques et/ou paraclinique va/vont vous permettre de confirmer le diagnostic ?

MEDECINE CARDIOVASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES DOSSIERS SONT A TRAITER

DOSSIER CLINIQUE N°1

Vous accueillez en USIC M. L un jeune déménageur de 27 ans, pour douleur thoracique atypique évoluant depuis plusieurs jours, accompagnée d'une dyspnée NYHA 3. Vous retrouvez dans ses antécédents un surpoids, une amygdalectomie dans l'enfance. A l'arrivée, le patient est stable sur le plan hémodynamique, il est dyspnéique au moindre effort, avec néanmoins 98 % de saturation en oxygène en air ambiant. L'auscultation cardiaque est normale et on retrouve des crépitations bilatéraux aux bases. A l'interrogatoire, le patient rapporte une angine d'évolution favorable sans antibiotiques 15 jours auparavant. L'ECG d'entrée retrouve un rythme sinusal, 98 de fréquence cardiaque, des QRS fins, avec des ondes T négatives de façon diffuse. La biologie rapporte : Hb = 13,2 g/dl, CRP = 123 mg/L, troponine = 680 ng/mL (N < 14), CPK = 1250 UI/L, des D-dimères négatifs, une fonction rénale et un bilan hépatique normaux. L'ETT retrouve une dysfonction ventriculaire gauche (VG) et droite avec 30 % de FEVG, une hypokinésie diffuse du ventricule gauche, des cavités droites dilatées avec une veine cave inférieure dilatée, peu compliante, sans valvulopathie, avec un péricarde sec. Devant la persistance de la douleur, la dysfonction VG, les modifications ECG et la troponine élevée, une coronarographie est réalisée en urgence, et ne retrouve aucune lésion.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous et pourquoi ?

Question 2 : Quelle information tirez-vous des D-dimères chez ce patient ?

Question 3 : Quelles sont les 3 étiologies principales des myocardites ?

Question 4 : Quel examen non invasif et quel signe permet de conforter le diagnostic de myocardite ?

Question 5 : Vous confirmez le diagnostic de myocardite aiguë avec dysfonction VG sévère et débutez les traitements adaptés. Vous introduisez des IEC, pour lutter contre le remodelage du ventricule gauche, et des diurétiques de l'anse pour traiter la part d'insuffisance cardiaque. Vous êtes appelé 24 heures plus tard par l'infirmière d'USIC pour hypotension et désaturation. À l'arrivée dans la chambre le patient a le faciès gris, il est conscient et orienté. Sa tension artérielle est à 67/34mmHg, avec 103 de fréquence cardiaque. Le patient présente des signes de lutte respiratoire, des crépitations diffus, et 84 % de saturation sous 3 L. Le patient présente des lésions sur les deux jambes (Figure). Concernant la figure ci-dessous quel signe clinique observez-vous ? Que traduit-il ?



Question 6 : Quels sont les signes cliniques d'épuisement respiratoire ?

Question 7 : Vous réalisez une ETT au lit du malade qui retrouve une FEVG à 15 %, un débit à 1,7 l/min, ITV aortique à 6cm, pas de valvulopathie une fonction ventriculaire droite altérée, un péricarde sec et une veine cave inférieure très dilatée, non compliant. Les gaz du sang montrent : pH = 7,32, PO₂ = 59 mmHg, PCO₂ = 33 mmHg, bicarbonates = 16 mmol/l, lactates artériels = 4,1 mmol/l. Sur le plan hémodynamique, quelles mesures semblent indiquées ?

Question 8 : Quelles sont vos observations concernant les gaz du sang ?

Question 9 : L'évolution de cet état de choc est lentement favorable sous traitement adapté, et un relais par furosemide per os. L'ETT de contrôle retrouve une FEVG à 25-30 %. Quelle(s) mesure(s) auraient été NECESSAIRES en cas de dégradation de l'état clinique sous traitement ?

Question 10 : Quelles mesures sont indispensables dans le cas du traitement médicamenteux de fond de M. L en cas de stabilisation?

Question 11 : Concernant le mode de vie de M. L, que lui préconisez-vous en terme de mode de vie et règles hygiénodététiques?

Question 12 : Le patient a une FEVG inférieure à 30 %, avec QRS larges à 3 mois : que proposez-vous?

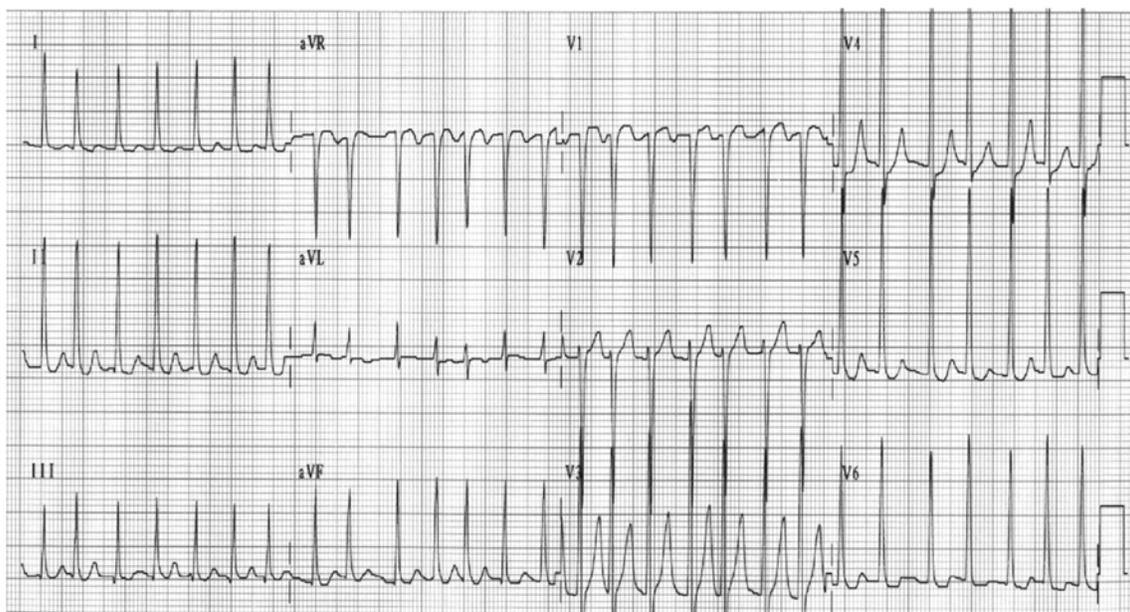
DOSSIER CLINIQUE N°2

Un homme de 76 ans se présente aux urgences pour une dyspnée d'aggravation progressive depuis 2 mois.

Il a pour principal antécédent une HTA traitée par Amlodipine 5mg/24h.

L'examen clinique initial retrouve un pouls irrégulier et rapide, des chiffres tensionnels à 100/75, des œdèmes des membres inférieurs prenant le godet, une turgescence jugulaire, des râles crépitants bilatéraux à mi- champ pulmonaire, une saturation périphérique en O₂ à 88%.

L'infirmière des urgences vous présente le tracé ECG qu'elle vient d'enregistrer pour ce patient :



Question 1 : Avec les éléments dont vous disposez à cet instant, quels sont vos diagnostics ?

Question 2 : En quoi consiste votre prise en charge thérapeutique initiale ?

Question 3 : Quel est le score de CHA₂DS₂-VASc de ce patient ? Justifiez votre réponse

Question 4 : Vous réalisez une Echocardiographie rapide au chevet du patient. Quelles informations essentielles en attendez-vous ?

Question 5 : Votre échocardiographie confirme une altération sévère de la FEVG estimée à 30%.

L'état clinique du patient se dégrade rapidement, il est dorénavant en détresse respiratoire, sa tension est désormais de 85/60 justifiant son orientation vers une USIC pour lui garantir une assistance ventilatoire.

Quelles options thérapeutiques devez-vous envisager sans tarder ?

Question 6 : Pour un patient plus stable sur le plan respiratoire et hémodynamique, quelles auraient été les conditions et modalités de la régularisation du rythme cardiaque, 48h après l'admission ? à plus long terme ?

Question 7 : Malgré la restitution du rythme sinusal à 65 pouls/min, l'échocardiographie n'a pas fondamentalement évolué quelques jours plus tard...l'état clinique du patient s'est toutefois bien amélioré, il a perdu 6kg, ses œdèmes des membres inférieurs ont disparu, il déambule dans le couloir du service sans gêne respiratoire, la PA est mesurée à 120/70. Son retour au domicile est envisagé le lendemain ;

Que devrait selon vous comporter son ordonnance de sortie ?

Question 8 : Vous revoyez ce même patient en consultation 3 semaines plus tard ; il vous signale de courts malaises, avec sensation de « tête vide » .

Vous obtenez rapidement un enregistrement Holter ECG qui retrouve le tracé suivant :



Qu'en pensez-vous et quelle prise en charge proposez-vous ?

Question 9 : Dans le cadre de l'enquête étiologique de cette dysfonction du ventricule gauche, le patient bénéficie 1 mois plus tard d'une coronarographie diagnostique, qui révèle une sténose à 90% de l'IVA proximale, lésion qui justifiera une angioplastie et le largage d'un stent actif.

Sachant que ce patient est toujours assujéti à un traitement anticoagulant efficace, et qu'il n'a pas de risque hémorragique majoré, comment envisageriez-vous la prise en charge anti-thrombotique de patient pour les 12 mois suivant cette angioplastie ?

Question n°10 : Votre choix s'est finalement porté sur le Dabigatran ...Huit mois après son angioplastie coronaire, le patient doit bénéficier d'un geste de chirurgie urologique (résection trans-urétrale prostatique) ;

Comment gérez-vous les traitements anti-thrombotiques en pré-opératoire ?

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Tous les sujets sont à traiter

Sujet N°1

Vous êtes médecin du travail et vous recevez en visite périodique M. L. âgé de 53 ans. On note dans ses antécédents :

- Tabagisme actif à 5 cigarettes/jour dont la consommation cumulée est estimée à 40 paquets-années
- Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
- Infarctus du myocarde touchant l'artère diagonale
- Thrombose de la veine cubitale droite
- Syndrome du canal carpien bilatéral opéré
- Apparition d'un phénomène de Raynaud il y a 3 ans.

Il est diplômé d'un certificat d'aptitude professionnelle de chaudronnerie obtenu à l'âge de 17 ans. Il devient ensuite ouvrier polyvalent dans le Bâtiment et Travaux Publics en 1986 et exerce diverses tâches similaires à celles des maçons et des couvreurs, comprenant la découpe et la mise en place de tôles en fibrociment jusqu'en 1996 puis de tôles métalliques, la découpe et la mise en place de tuiles en béton et en céramique.

Depuis 2012, il est salarié en contrat à durée indéterminée dans une entreprise de construction de maisons individuelles. Il effectue les mêmes tâches qu'auparavant ainsi que des tâches similaires à celle d'un peintre en bâtiment.

Question n°1

Quels sont les agents chimiques ou activités considérés comme cancérogènes professionnels avérés pour le poumon auxquels M.L. a pu être exposé pendant sa carrière professionnelle ? Justifiez votre réponse.

Question n°2

Quels principaux moyens de prévention primaire pouvez-vous conseiller à l'employeur pour l'activité de découpe de tuiles en céramique ? Priorisez vos réponses.

Question n°3

Par rapport à l'activité de découpe des tôles de fibrociment effectuée entre 1986 et 1996, quels conseils/informations lui donnez-vous ? Quel dépistage lui proposez-vous ?

Devant l'apparition d'un œdème des doigts avec aspect boudiné des doigts et la mise en évidence d'une sclérodactylie, un avis auprès du service de médecine interne est demandé le 15 janvier 2021. La capillaroscopie montre alors la présence de mégacapillaires et des hémorragies sous-unguéales. Le dosage des auto-anticorps anti-nucléaires est positif au 1/1280^{ème}. Le diagnostic de sclérodermie systémique est donc posé.

Question n°4

Parmi les expositions professionnelles de M.L. laquelle ou lesquelles peuvent être en rapport avec cette pathologie ?

Question n°5

Expliquez le circuit d'une reconnaissance en maladie professionnelle : de la déclaration à la reconnaissance en Maladie Professionnelle (MP) (sans inclure les démarches concernant le Comité Régional de Reconnaissance en Maladie Professionnelle (CRRMP)), donnez le rôle des différents acteurs et les délais avec lesquels ces démarches doivent être effectuées.

Lors du bilan de sa sclérodermie, M. L. bénéficie d'un scanner thoracique à haute résolution en coupes fines. Celui-ci montre une micronodulation des apex, avec un aspect de confluence et des calcifications des ganglions médiastinaux.

Question n°6

Quel est le diagnostic le plus probable compte-tenu de ses expositions professionnelles?

Question n°7

M.L. vous demande si cette maladie peut évoluer s'il n'est plus exposé. Que lui répondez-vous ?

Question n°8

M. L vous demande votre avis concernant le lien potentiel entre ses expositions professionnelles et sa pathologie pulmonaire. Sur quels éléments retenez-vous l'imputabilité de la pathologie à l'une de ses expositions professionnelles ?

Malgré une bonne prise en charge, la sclérodermie de M.L. évolue. Il est maintenant atteint d'une pneumopathie interstitielle diffuse en rapport avec sa sclérodermie. Ces explorations fonctionnelles montrent une insuffisance respiratoire modérée.

Question n°9

Dans le cadre de votre activité de Médecin du Travail, que prévoyez-vous en terme de maintien dans l'emploi ?

Sujet n°2

Vous recevez en visite d'embauche monsieur M. de 53 ans qui va occuper un poste de menuisier dans une scierie et entreprise de traitement du bois dont le régime de protection sociale est le Régime Général de la Sécurité Sociale. Vous ne connaissez pas bien l'entreprise, elle vient de vous être affectée.

Le salarié vous informe travailler depuis quelques jours et être affecté à l'atelier de débitage des troncs en planche.

Il travaille comme menuisier depuis son apprentissage et a connu plusieurs entreprises. Il se plaint d'avoir du mal à suivre une conversation à plusieurs. Il vous signale qu'il doit augmenter le son de son téléviseur ou de sa radio. Il n'entend pas le téléphone sonner s'il n'est pas dans la même pièce.

Question 1

Concernant l'exposition au bruit et aux poussières de bois, quels sont les éléments que vous recherchez à l'interrogatoire lors de cette consultation ?

Question 2

Prescrivez-vous un ou des examens complémentaires ? Si oui, le(s)quel(s) ?
Argumentez votre réponse

Le salarié vous signale qu'il bénéficiait d'une surveillance individuelle renforcée (SIR) au cours de ses emplois antérieurs.

Question 3

Quelles sont les différentes expositions qui imposent la réalisation d'une surveillance individuelle renforcée en général ? Quelle(s) exposition(s) justifie(ent) que monsieur M. soit concerné par une SIR ?

Question 4

Quelle(s) est (sont) les conditions pour réaliser une audiométrie de dépistage de qualité ?

Question 5

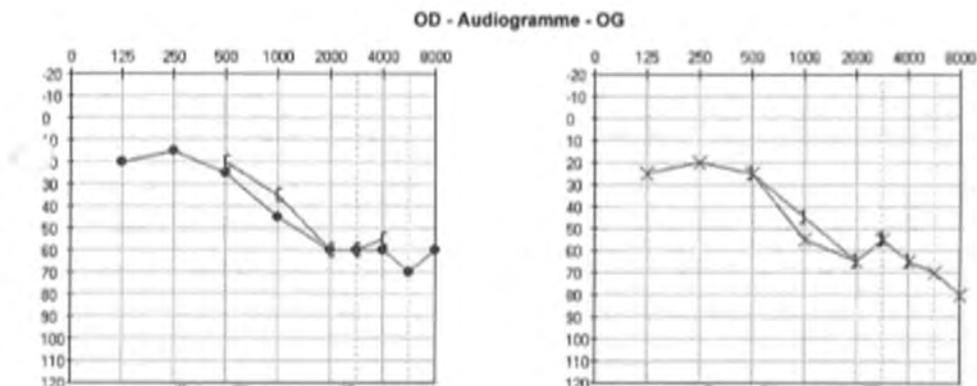
Que recherchez-vous sur un audiogramme de dépistage dans le cadre d'une exposition au bruit ?

Vous l'orientez vers un ORL pour la réalisation d'un audiogramme diagnostique. En plus d'une prise en charge thérapeutique, l'objectif est de savoir si vous allez ou pas lui conseiller une déclaration en maladie professionnelle.

Question 6

Quel (s) examens doit faire l'ORL, pour que si besoin, l'audiogramme soit recevable pour une déclaration en maladie professionnelle ? Et dans quelles conditions doit-il être réalisé ?

L'audiogramme réalisé par l'ORL montre ceci :



Question 7

Quelle est votre interprétation ?

Question 8

Remplit-il les critères médicaux pour faire une déclaration de maladie professionnelle ? Argumentez votre réponse.

Le délai de prise en charge est-il respecté ? Justifiez votre réponse.

Vous visitez l'entreprise avec l'employeur.

Question 9

Concernant la prévention du risque lié à l'exposition au bruit et aux poussières de bois, que demandez-vous à l'employeur ?