

MEDECINE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS DOIVENT ETRE TRAITES

Vos réponses doivent tenir en quelques mots

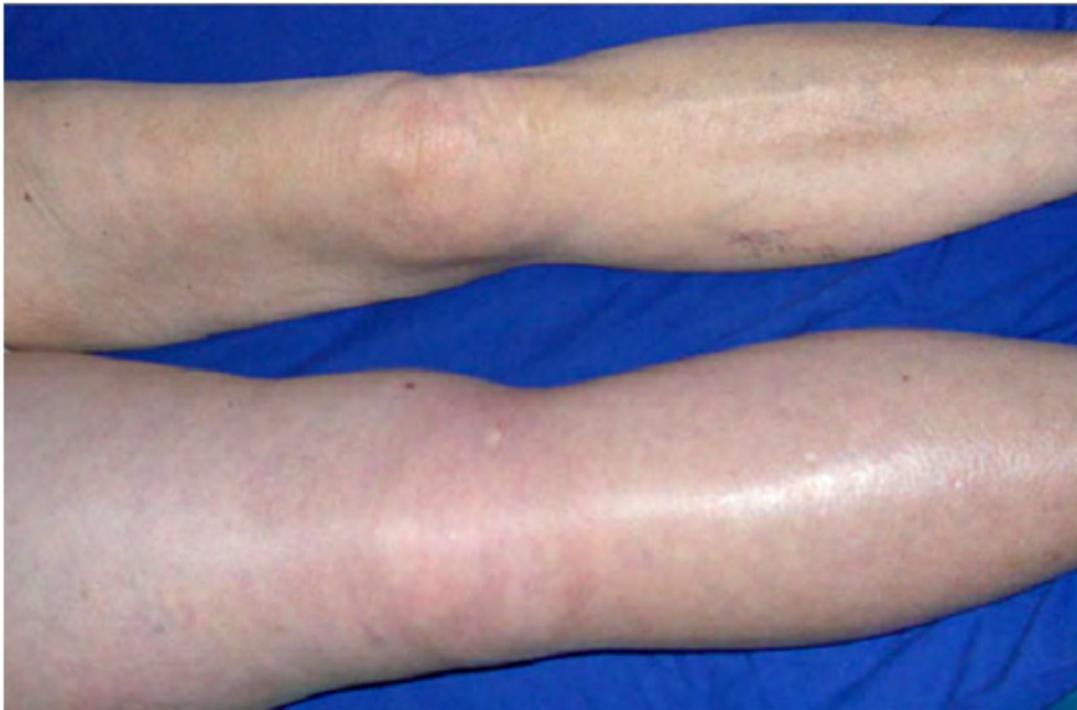
Sujet n°1

Une femme de 76 ans se plaint d'une douleur d'apparition brutale de la jambe droite associée à un œdème important. Elle pèse 58 kg pour 1.65m.

Dans ces antécédents, on retient :

- une cardiopathie ischémique (stent sur la coronaire droite) et hypertensive, stable depuis 2012 traitée par aspirine (Kardegic® 75), bisoprolol, atorvastatine et ramipril.
- une thrombose veineuse profonde distale droite en post-partum à l'âge de 36 ans.
- une appendicectomie à l'âge de 24 ans.
- une thyroïdectomie totale pour goitre multi-hétéro-nodulaire à l'âge de 28 ans nécessitant un traitement par L-thyroxine.

Voici l'aspect des membres inférieurs :



On retrouve par ailleurs une température à 37,8°C, un pouls régulier à 65/min, une saturation en oxygène au doigt à 98% en air ambiant et une pression artérielle à 148/86mmHg.

Vous évoquez une thrombose veineuse profonde proximale.

Question N° 1

Quel est ou quels sont les facteurs de risque de maladie thromboembolique veineuse chez cette patiente ?

Question N° 2

Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic de thrombose veineuse profonde proximale ?

Question N° 3

Quel est ou quels sont les éléments qui incite(nt) à hospitaliser un patient ayant une thrombose veineuse profonde proximale en règle générale ?

Question N° 4

La patiente ne souhaite pas être hospitalisée. En attendant les résultats du bilan biologique pré-thérapeutique que vous avez demandé, et en l'absence d'insuffisance rénale, quel traitement instaurez-vous au cours des 24 premières heures ? (nom, posologie, schéma d'administration)

Question N° 5

Modifiez-vous le reste de son traitement ? Justifiez succinctement votre réponse.

Sujet n°2

Médecin dans le service de médecine polyvalente, vous recevez le 27 janvier 2021 une femme de 86 ans, transférée directement de son EHPAD, pour dyspnée fébrile. Les signes ont débuté le 20 janvier par une asthénie associée à une diarrhée liquide et des myalgies. Deux jours plus tard elle a signalé ne plus percevoir les odeurs ni le goût des aliments. La température tympanique a été mesurée à plusieurs reprises entre 38 et 38,5°C. Depuis hier elle est essouffée même au repos. Il y a un cluster de COVID-19 dans l'EHPAD. Elle n'a pas encore été vaccinée.

Dans ses antécédents : HTA systolique, insuffisance rénale chronique terminale de cause non précisée pour laquelle elle a refusé l'hémodialyse chronique, coxarthrose évoluée empêchant la marche (elle se déplace en fauteuil roulant). Ses fonctions supérieures sont intègres. Elle est GIR3.

A l'examen, la fréquence respiratoire est de 30/min, la fréquence cardiaque de 94/min, la pression artérielle de 115/55 mmHg, la température tympanique de 38,4°C. La saturation transcutanée en oxygène est à 90% avec O₂ à 6 L/min aux lunettes nasales. L'examen note un discret tirage, des ronchi et sous-crépitations diffus des deux champs pulmonaires, des muqueuses sèches, un pli cutané sous-claviculaire. Le poids est de 51 kg pour 165 cm (poids habituel : 54 kg).

Les examens que vous avez fait prélever à l'admission montrent : hématies 2,89 T/L, Hb 8,8 g/dl, VGM 98 fL, réticulocytes 38,5 G/L plaquettes 184 G/L, leucocytes 7,9 G/L (neutrophiles 5,2 G/L, lymphocytes 0,3 G/L), TP 84%, TCK patient/témoin 1,06, d-dimères > 760 ng/mL, Natrémie 132 mmol/L, Kaliémie 3.1 mmol/L, HCO₃ 15 mmol/L, Chlorémie 102 mmol/L, glucose 6,6 mmol/L (1,1 g/L), créatininémie 475 micromol/L (dernière créatininémie il y a un mois : 270 micromol/L), protidémie 62 g/L, Calcémie 1,85 mmol/L.

Question 1 :

Quelles précautions prenez-vous vis-à-vis de la patiente pour limiter le risque potentiel de transmission virale aux soignants ou à d'autres patients (en dehors des mesures de protection prises par les soignants eux-mêmes) ?

Question 2 :

Comment confirmez-vous le diagnostic suspecté de COVID-19 ?

Question 3 :

Le diagnostic de COVID-19 est confirmé. Comment conduisez-vous l'oxygénothérapie de cette patiente, et avec quel objectif de saturation transcutanée ?

Question 4 :

En plus de l'oxygénothérapie, quel traitement initial prescrivez-vous chez la patiente ?

Question 5 :

L'état de la patiente se stabilise au bout de quelques heures. Néanmoins vous envisagez l'hypothèse d'une aggravation secondaire.

En cas d'aggravation, quels éléments plaideraient chez cette patiente en défaveur d'un transfert en réanimation, en l'absence de directive anticipée ?

Question 6 :

Dans ces conditions, quels seraient alors les principes de votre prise en charge ?

Sujet n°3

Une femme de 83 ans est adressée au SAU pour « somnolence et perte d'autonomie » survenues depuis 2 jours. Cette personne jusqu'à présent autonome a été retrouvée, par ses voisins inquiets de ne plus la croiser dans l'immeuble, alitée dans son appartement, somnolente et dans l'incapacité de se lever.

Les résultats de l'examen clinique sont les suivants : patiente somnolente, répondant vaguement aux questions. Pression artérielle 110 / 60 mm Hg, pulsations à 100 bpm, poids 56 kg, taille 1.60 m, température 38.9°C, SaO₂ 90 %, polypnée modérée, pli cutané, langue sèche, coloration normale des extrémités. Il n'y a pas de déficit moteur, les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques, les réflexes cutanés plantaires sont en flexion. La sensibilité nociceptive est normale. Les pupilles sont symétriques et réactives. La nuque est souple. Il existe un foyer de râles crépitants à la base thoracique gauche sans matité. Les pouls périphériques sont perçus. L'examen abdominal ne note aucune douleur ni masse palpable.

Son traitement actuel comporte : ramipril (IEC), hydrochlorothiazide, Kardégic®, metformine (biguanide), zopiclone (benzodiazépine) le soir.

Les résultats des examens biologiques sanguins prélevés au SAU sont : GR 5.2 T/L, hémoglobine 15.1 g/dl (n = 13.5-17.5 g/dl), hématocrite 0.44 (n = 0.35-0.45), VGM 85.7 μ^3 (n = 83-95 μ^3), leucocytes 13.7 G/L, polynucléaires neutrophiles 12.2 G/L, lymphocytes 1.01 G/L, plaquettes 203 G/L. urée 15 mmol/l, créatininémie 125 $\mu\text{mol/L}$ (n = 55-100 $\mu\text{mol/L}$), glycémie 5 g/L, natrémie 158 mmol/L (n = 135-145 mmol/L), kaliémie 4.9 mmol/L (n = 3.5-5 mmol/L), chlorémie 96 mmol/L (n = 95-105 mmol/L), réserve alcaline 28, protidémie 79 g/L (n = 65-75 g/L). La cétonémie est normale. La bandelette urinaire retrouve une glycosurie sans leucocyturie ni nitrites. La PCR Covid est négative.

Question 1 :

Au terme de l'analyse des données recueillies au SAU, citez les 2 diagnostics à l'origine de cette situation ?

Question 2 :

Quels autres examens paracliniques programmez-vous au SAU en justifiant votre réponse?

Question 3 :

Quels sont les principes du traitement spécifique de cette situation ? Ne pas donner de nom de médicament.

Question 4 :

Quel(s) médicament(s) figurant sur l'ordonnance antérieure arrêtez-vous à l'admission en indiquant succinctement le motif d'arrêt ?

Question 5 :

Citez les éléments cliniques sur lesquels porte votre surveillance ?

Sujet n°4

Monsieur D. âgé de 75 ans, souffre depuis 4 jours de douleurs articulaires.

On note dans ses antécédents : une valve mécanique aortique depuis 1997, un diabète de type 2, une hypertension artérielle, une fibrillation auriculaire, une colique néphrétique avec lithiase rénale gauche, un psoriasis.

Son traitement habituel est le suivant : coumadine 2 mg : 1 le soir, metformine 850 : 1 matin et soir, furosemide 40 : 2 le matin, bisoprolol 1,25 : 1 le soir, valsartan 80 (antagoniste de l'angiotensine II) : 1 le matin, pantoprazole 20 mg : 1 par jour.

A l'examen clinique : Les constantes sont les suivantes : température 38°5, pression artérielle 13/8, fréquence cardiaque à 88/min. Son IMC est à 32 kg/m². Les bruits du cœur sont irréguliers. Il existe quelques œdèmes bilatéraux des 2 membres inférieurs, prenant le godet. L'auscultation pulmonaire est normale. L'examen montre un aspect inflammatoire du 4^{ème} doigt de la main droite et du poignet droit. Les 2 genoux sont légèrement gonflés avec un épanchement intra-articulaire du genou gauche.

Question n°1 :

Quels sont les 3 prélèvements indispensables à visée bactériologique ?

Question n°2 :

Vous recevez le premier bilan : NFS-plaquettes normale, INR 2,8, glycémie 1,3 g/L, débit de filtration glomérulaire 47 ml/min/1,73 m², CRP à 63 mg/l, ionogramme sanguin normal. L'ECG est identique à celui que son cardiologue lui avait fait il y a 6 mois. La radiographie pulmonaire ne montre aucune anomalie parenchymateuse.

Quelle(s) autre(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous dans cette situation ?

Question n°3 :

A la suite du bilan, vous diagnostiquez une goutte avec une uricémie à 90 mg/l (535 micromol / L). Quelle est votre ordonnance thérapeutique (médicament(s) et posologie(s)) pour les 10 prochains jours et les éléments cliniques de surveillance ?

Question n°4 :

Monsieur D. souffre donc d'une polyarthrite goutteuse. Quel sera votre traitement au-delà des 10 jours avec la posologie du(des) médicament(s) et préciser au bout de quel temps doit être arrêté le traitement ou s'il s'agit d'un traitement au long cours ?

Question n°5 :

Quand prévoyez-vous de contrôler l'uricémie et quelle sera la cible à atteindre ?

Question n°6 :

Un bilan stomatologique met en évidence la nécessité d'une extraction d'une dent. L'INR réalisé la veille est à 3. Le dentiste vous téléphone pour la conduite à tenir vis à vis des traitements en cours. Quelles sont vos propositions ?

MEDECINE INTENSIVE – REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

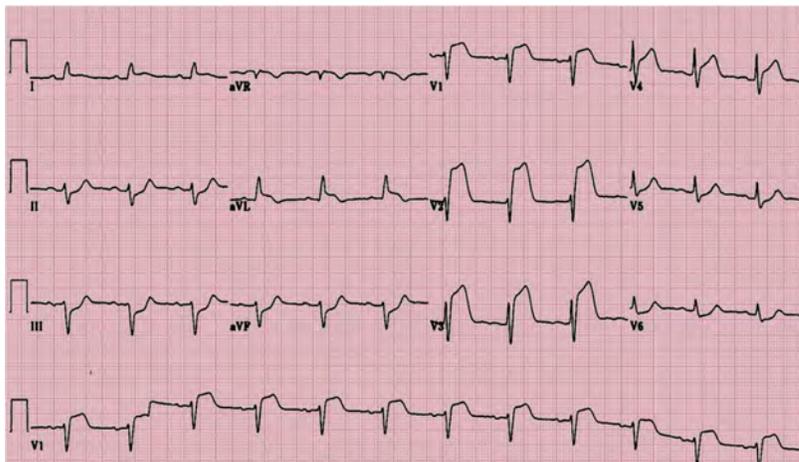
Réanimateur de garde, vous êtes appelé par le SAMU pour la prise en charge post resuscitation d'un arrêt cardiaque survenu sur la voie publique chez un homme de 50 ans diabétique et hypertendu. L'arrêt cardiaque est survenu devant son épouse à 12h, sans prodrome. Elle a appelé les secours sans débiter de réanimation cardio-pulmonaire. Les secours médicalisés sont arrivés à 12h10, le défibrillateur semi-automatique (DSA) a indiqué qu'il s'agissait d'un rythme chocable et a délivré 2 chocs électriques externes. Le patient est ensuite passé en asystolie et a reçu un total de 4 mg d'adrénaline avant la récupération d'une activité circulatoire spontanée à 12h25. Le patient a ensuite été intubé devant un coma persistant (score de Glasgow égal à 6) puis sédaté.

Question 1 : Vous récupérez un extrait du tracé enregistré par le DSA lors de la réanimation cardio-pulmonaire initiale. Que pouvez vous déduire de ce tracé quant à la nature probable du trouble du rythme à l'origine de l'arrêt cardiaque ?



Question 2 : Quels sont les durées de No flow et de Low flow pour ce patient ?

Voici l'ECG réalisé après retour à une activité circulatoire spontanée :



Question 3 : Quelle étiologie suspectez-vous en premier lieu pour cet arrêt cardiaque ?

Question 4 : Quel examen complémentaire demanderiez-vous pour le confirmer et dans quel délai ?

Vous recevez le patient en réanimation. L'hémodynamique est stable sans amines, la saturation est à 100% sous ventilation mécanique avec une fraction inspirée en oxygène (FIO₂) de 50%. Les pupilles sont isocores et réactives.

Question 5 : afin d'assurer la neuroprotection de ce patient, décrivez de façon détaillée votre prise en charge.

Quelques heures après l'admission, le patient développe un état de choc pour lequel vous introduisez de la noradrénaline à fortes doses (2 microgrammes/kg/minute). Il persiste néanmoins des marbrures, une oligurie, une élévation du lactate et une saturation veineuse centrale en oxygène à 50%. L'ECG ne retrouve pas de signe d'ischémie aigue. L'échocardiographie que vous réalisez objective une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30%, une intégrale temps-vitesse (ITV) sous-aortique à 8 cm (Fc = 100/minute), une bonne fonction du ventricule droit sans hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) et l'absence de signe en faveur d'une précharge dépendance.

Question 6 : Quel est le diagnostic le plus probable et quelle prise en charge hémodynamique proposez-vous en première intention? Comment en surveillez-vous l'efficacité et tolérance ?

Le patient est stabilisé après 72 heures de prise en charge. La sédation est stoppée depuis 24 heures.

Question 7 : Quels sont les éléments cliniques, biologiques et paracliniques associés à un pronostic neurologique péjoratif?

A J7, le patient est stable hors sédation, glasgow coma scale (GCS) 3 sans aucun signe de réveil, intubé et ventilé en ventilation spontanée. Les examens réalisés sont en faveur d'une évolution neurologique très défavorable.

Question 8 : Un arrêt des thérapeutiques est-il envisageable et pourquoi? Si oui selon quelles modalités ?

MEDECINE INTERNE ET IMMUNOLOGIE CLINIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES DOSSIERS SONT A TRAITER

DOSSIER CLINIQUE N° 1

Monsieur X, 35 ans, est adressé en consultation d'Ophtalmologie pour une baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche apparue depuis 3 semaines, associée à un oeil gauche rouge et douloureux. Ce patient originaire du Congo, fumeur, n'a pas d'antécédents pertinents hormis une appendicectomie à l'âge de 8 ans. Il est marié, père de deux enfants et exerce la profession d'instituteur. Il n'y a pas de notion de traumatisme de l'oeil. Il n'y a pas de contact avec les animaux, de voyages à l'étranger et ses vaccinations sont à jour.

Question 1. Décrivez votre examen ophtalmologique.

Votre examen montre un cercle périkératique associée à un effet Tyndall. Les pupilles sont en myosis.

Question 2. Quel est votre diagnostic ophtalmologique?

Monsieur X, décrit une dyspnée d'effort à un étage depuis un mois, inhabituelle chez ce patient sportif. L'examen clinique est sans particularité. Le bilan biologique montre :

Vitesse de Sédimentation : 60 mm

CRP : 4 mg/L

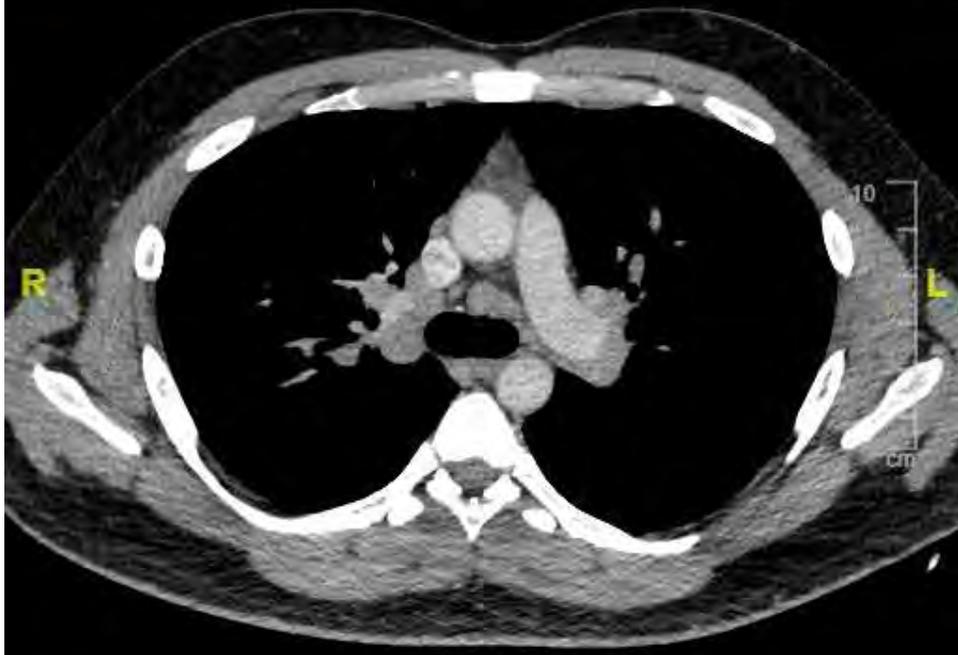
Ionogramme sanguin, créatine, bilan hépatique, hémogramme : normal.

Question 3. Interprétez l'iconographie réalisée (Ci-jointe).

Scanner thoracique
THORAX IV
Se: 4
Im: 3/4

A

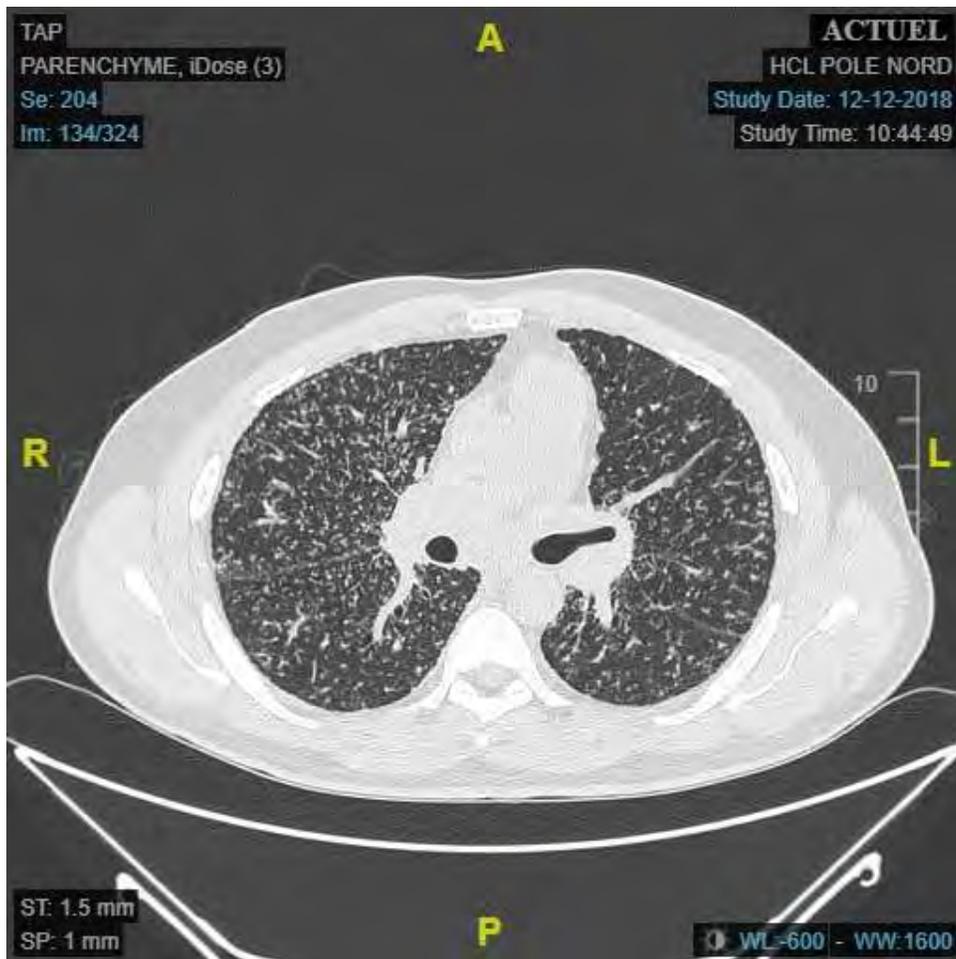
ACTUEL
HCL POLE NORD
Study Date: 09-06-2015
Study Time: 14:37:58



CONTRAST
ST: 1.00 mm
SP: 0.5 mm

P

Image principale
WL:50 - WW:350



Question 4. Quel est votre diagnostic? Justifiez.

Question 5. Quel est le principal diagnostic différentiel ?

Question 6. Comment confirmez-vous le diagnostic évoqué à la question 4 ? Détaillez votre stratégie.

Question 7. Quels examens prescrivez-vous en complément ? Que recherchez-vous ?

Question 7. Le diagnostic évoqué à la question 4 se confirme. Quels sont les principes de votre traitement médicamenteux?

Question 8. Quelles sont les mesures associées à ce traitement? (Sans la surveillance)

DOSSIER CLINIQUE N° 2

Un homme de 55 ans est hospitalisé pour une urticaire fébrile. Ce sportif n'a aucun antécédent médical et n'a pas voyagé à l'étranger depuis plus de 10 ans. Il ne prend pas de médicament.

Depuis 2 ans environ, il présente de poussées de fièvre avec des pics allant de 38,5° à 39°5 C parfois à plus de 40°C. Ces épisodes de fièvre sont bien supportés et durent en moyenne 3 à 5 jours. Ils s'accompagnent d'une urticaire généralisée non prurigineuse et de douleurs articulaires et des tibias.

Les poussées deviennent de plus en plus fréquentes depuis 6 mois et retentissent sur son état général (fatigue, amaigrissement de 6 kg).

A l'examen clinique à l'entrée, la température est à 39°7 C, la TA est à 135/75, le pouls à 110 b/mn. Le poids est de 70kg pour une taille d'1,85 m (poids normal 75 kg). On note des lésions d'urticaire mesurant 15 à 35 mm en moyenne touchant le tronc et les membres et épargnant le visage et les régions palmoplantaires. Ces lésions ne sont pas prurigineuses et elles s'effacent en 24 à 48 heures en laissant pour certaines une hyperpigmentation.

L'auscultation cardiaque ne révèle pas de souffle et l'auscultation pulmonaire est normale.

Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ni d'adénopathies périphériques.

Les examens biologiques montrent: hémoglobine 10,3 g/dl, VGM à 78 μ 3, globules blancs 15,1 G/l, polynucléaires neutrophiles 11G/l, lymphocytes 2,6 G/l, éosinophiles 0,25 G/l, monocytes 1,05G/l, plaquettes 580 G/l, VS 89 mm à la 1^{ère} heure, C réactive protéine 162 mg/l, créatininémie 86 μ mol/l, ALAT 38 UI/l ASAT 36 UI/L gammaGT 31U/L phosphatases alcalines 50 UI/l, protides 70 g/l, hémocultures négatives, ECBU stérile.

La radiographie thoracique de face est normale. Les clichés des genoux sont normaux.

Question 1. De quel type d'urticaire s'agit-il ? Donnez les arguments séméiologiques en faveur.

Question 2. Citez cinq causes d'urticaire fébrile.

Question 3. Quels examens biologiques demandez-vous pour avancer dans le diagnostic étiologique ?

Question 4. Une biopsie cutanée d'une lésion récente d'urticaire est réalisée. Que recherchez-vous ?

Question 5. L'électrophorèse des protides sériques montre une gammopathie monoclonale IgM avec un dosage pondéral à 5,80 g/l. Les IgG sont à 7 g/l et les IgA à 2,70 g/l. La biopsie ostéo-médullaire est normale. Les radiographies des tibias montrent plusieurs images arrondies condensantes de petites tailles. Quel est votre diagnostic ? A quelle famille de maladies appartient cette affection ?

Question 6. Le patient a déjà bénéficié dans le passé de différents traitements prescrits par son médecin traitant et son dermatologue. Le paracétamol et les AINS ont une action limitée sur la fièvre et les douleurs articulaires. La colchicine à 1 mg/j semble plus efficace mais est mal tolérée par le patient. La corticothérapie à fortes doses est efficace sur le traitement des poussées mais ne permet pas de prévenir des poussées ultérieures.

Quel traitement préconisez-vous ? Citez les trois principaux effets secondaires de ce médicament ? Quel bilan pré-thérapeutique demandez-vous ?

Question 7. Quelle est l'efficacité attendue à long terme? Quelle complication peut survenir à long terme?

MEDECINE NUCLEAIRE

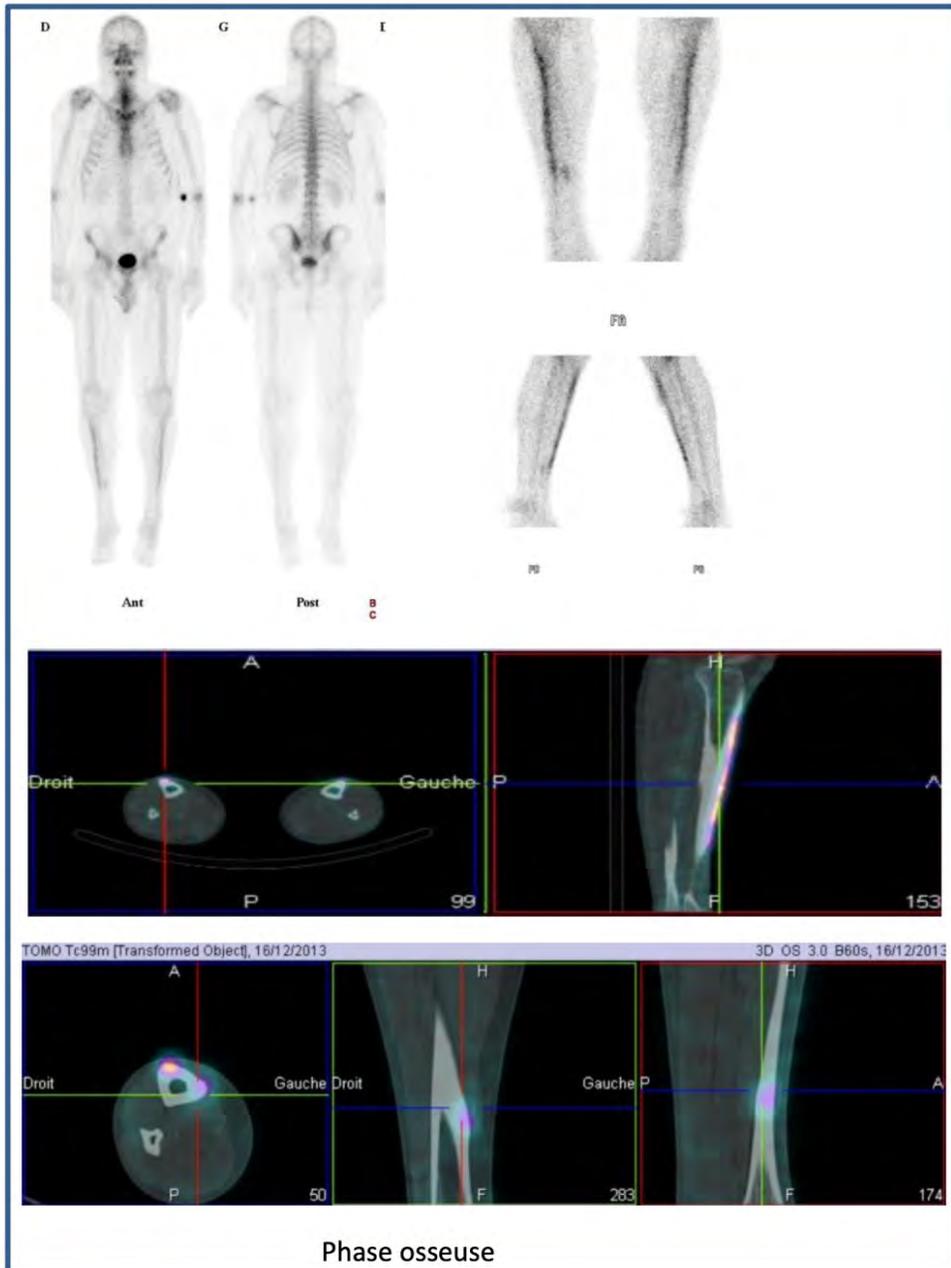
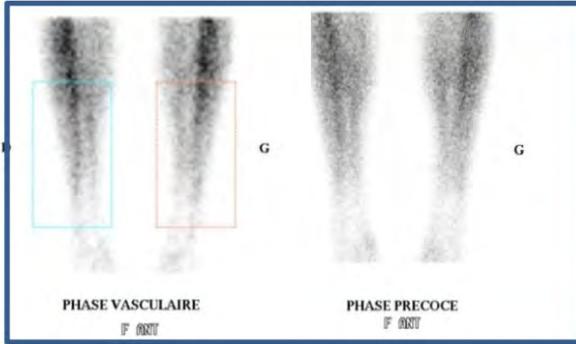
Épreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Question 1

Un sportif de 50 ans, coureur régulier, présente des douleurs des deux tibias, surtout à l'effort. Les radiographies centrées sur les membres inférieurs sont normales. Une scintigraphie osseuse est demandée par son médecin généraliste.

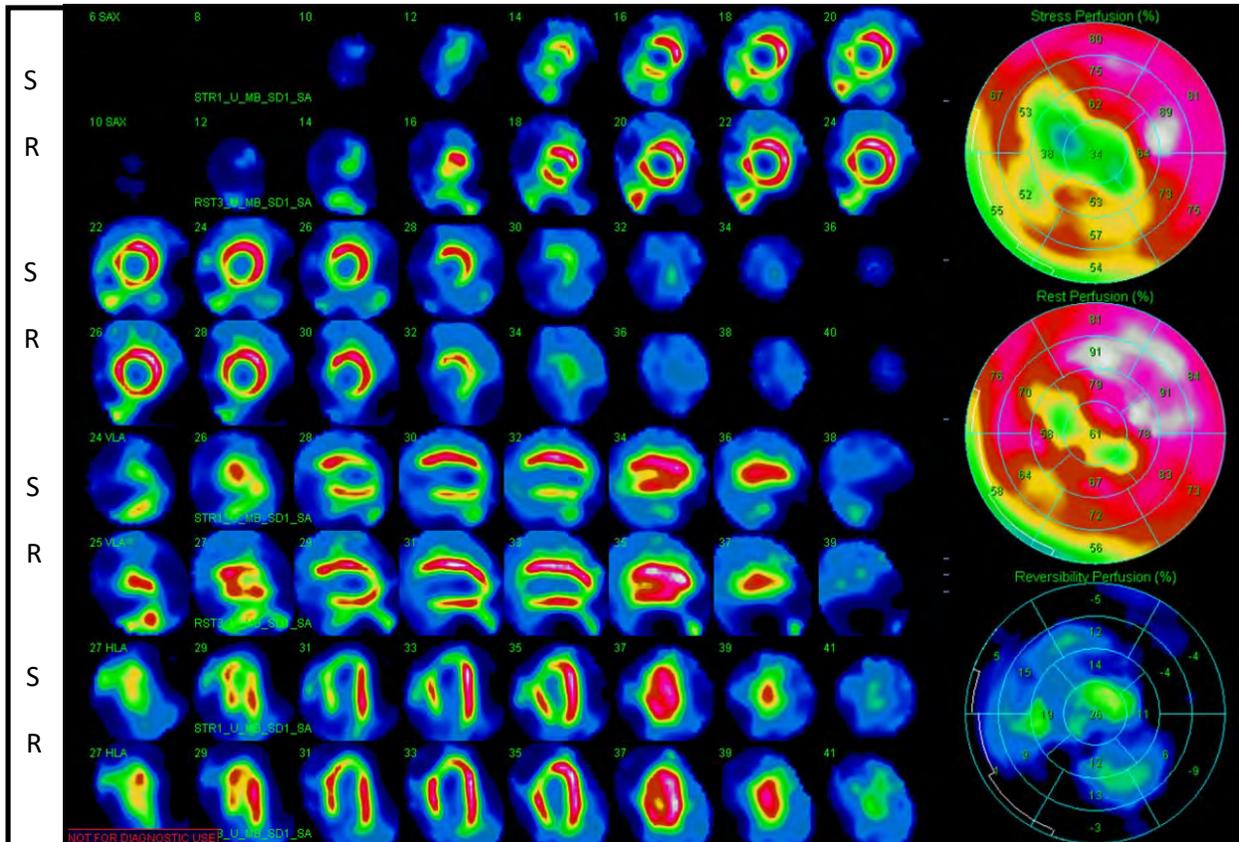
- a) Quel(s) médicament(s) radiopharmaceutique(s) prescrivez-vous ?
- b) Décrire les mécanismes biologiques expliquant la fixation du (des) traceurs sur l'os.
- c) Quelles acquisitions demandez-vous ?
- d) Quel est votre interprétation des scintigraphies réalisées ci-dessous.



Question 2

Un homme de 65 ans, 71 kg, a bénéficié d'une angioplastie de l'artère coronaire interventriculaire antérieure en août 2010 à la suite d'un syndrome coronarien aigu. Il ne présente aucun autre antécédent. Une scintigraphie myocardique est demandée devant la persistance de douleurs suspectes sans modification électrocardiographique.

- Quel(s) médicament(s) radiopharmaceutique(s) prescrivez-vous ?
- Décrire les mécanismes biologiques expliquant la fixation du (des) traceurs sur le myocarde.
- Quel protocole d'acquisition privilégiez-vous ?
- Quelle est votre interprétation ?

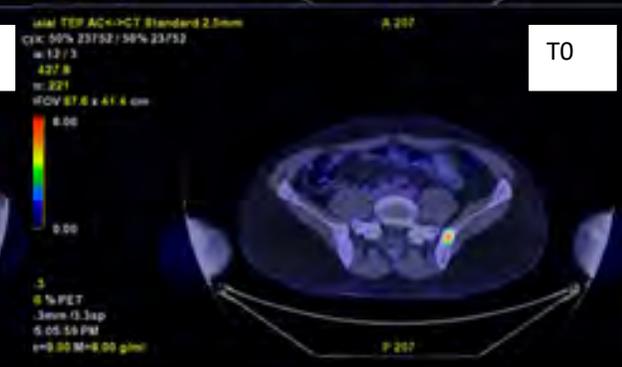
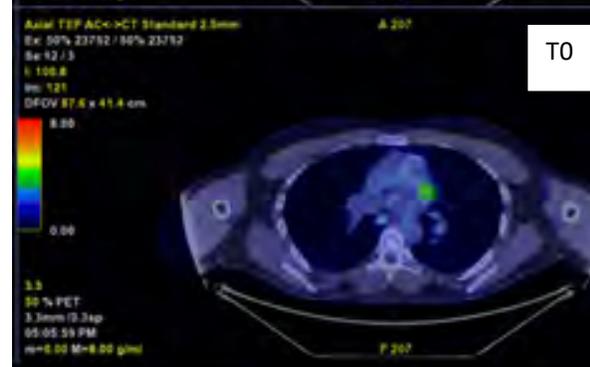
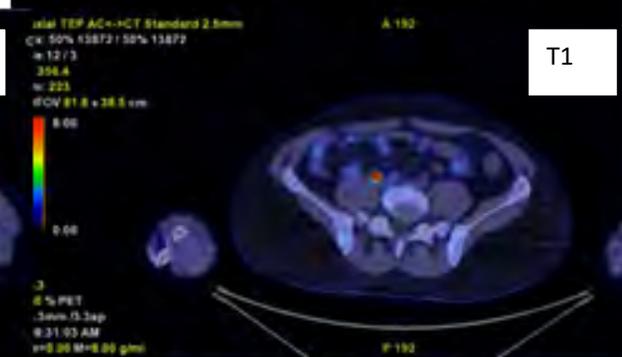
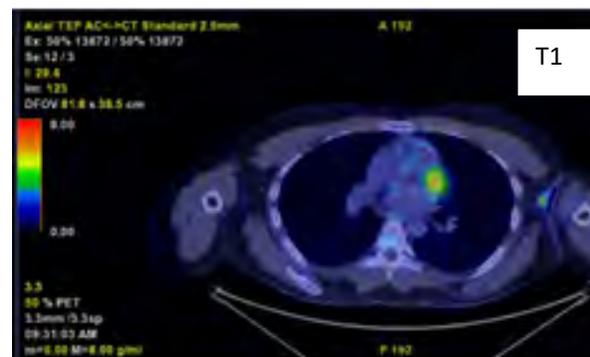
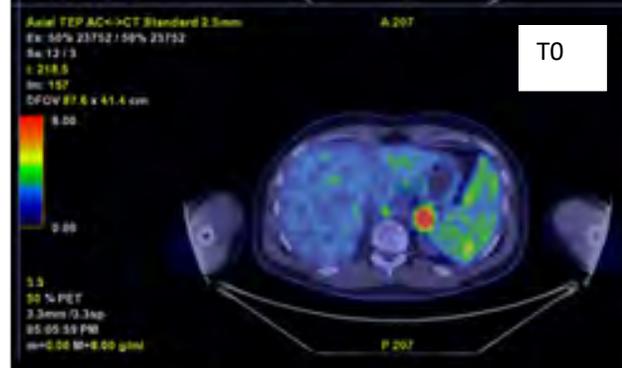
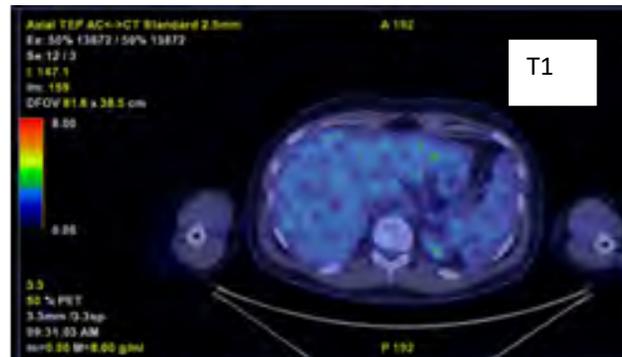
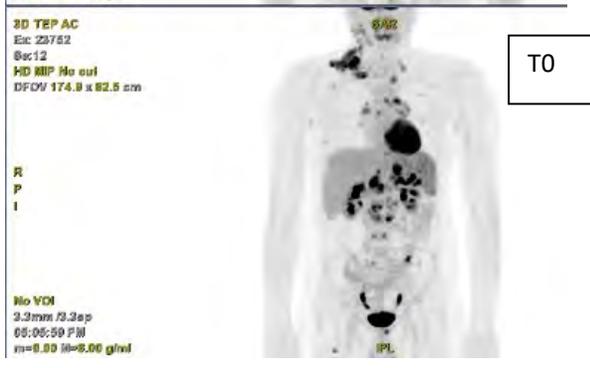


S = stress ; R= rest

Question 3

Mr G, 29 ans, est traité pour une maladie de Hodgkin. Une TEP au 18F-FDG a été réalisée avant traitement (T0) et après quatre cycles de BEACOPP (T1). Il s'agit de la première ligne de traitement.

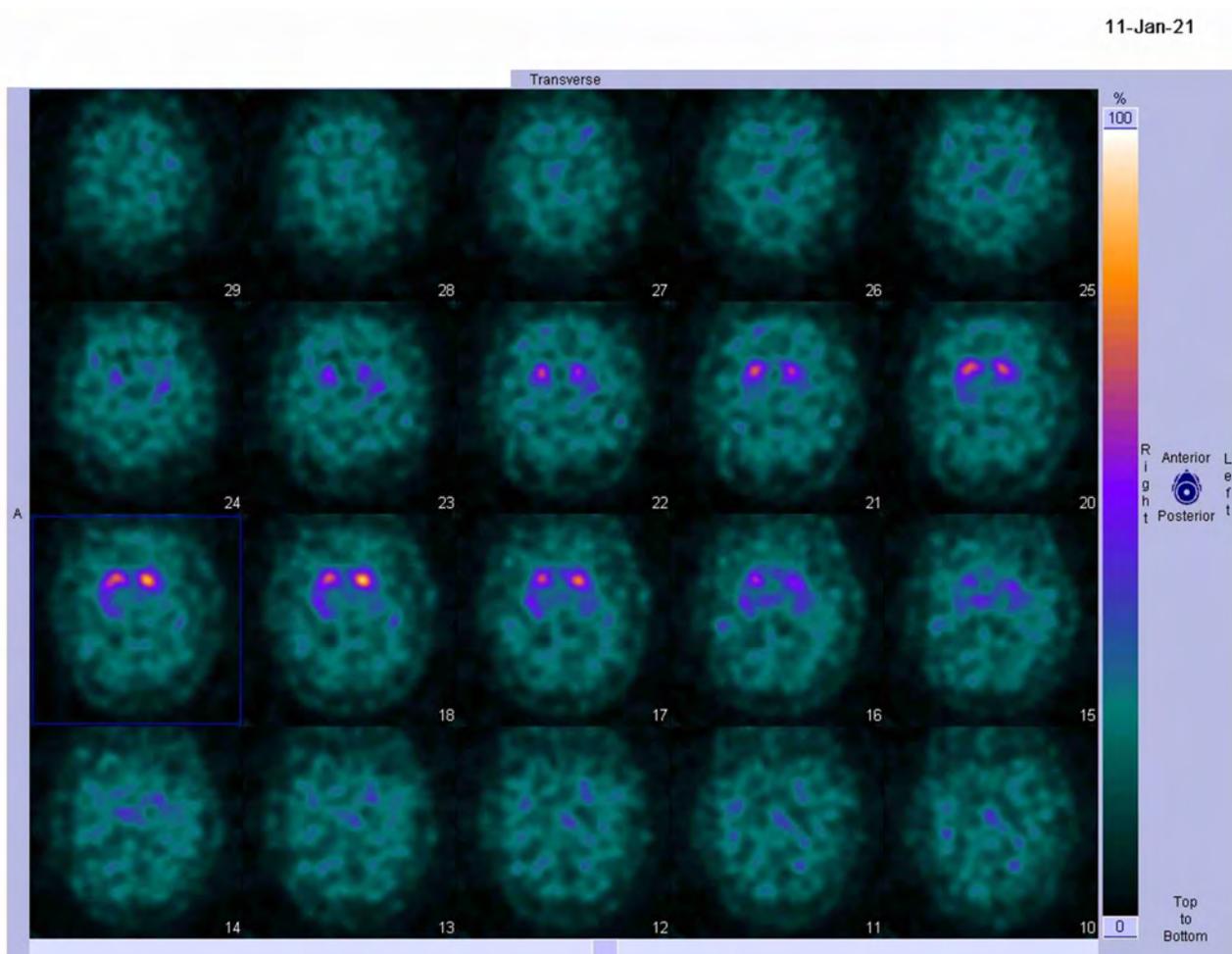
- a) Quelle est la conclusion de votre compte-rendu de l'examen T0. Les SUV max normalisées par le poids de la lésion la plus intense et du foie sont mesurées respectivement à 16,99 et 3,12.
- b) Quelle est la conclusion de votre compte-rendu de l'examen T1. Les SUV max normalisées par le poids de la lésion la plus intense et du foie sont mesurées respectivement à 1,48 et 2,74.



Question 4

Un patient de 58 ans est adressé dans le service de médecine nucléaire pour le diagnostic d'un tremblement du membre supérieur gauche apparu progressivement depuis quelques mois. Dans ses antécédents, on retrouve une hypertension artérielle bien traitée en monothérapie et un syndrome anxiodépressif traité par benzodiazépine depuis un an. Il n'a pas d'antécédent neurologique familial. Il ne prend pas d'autres médicaments.

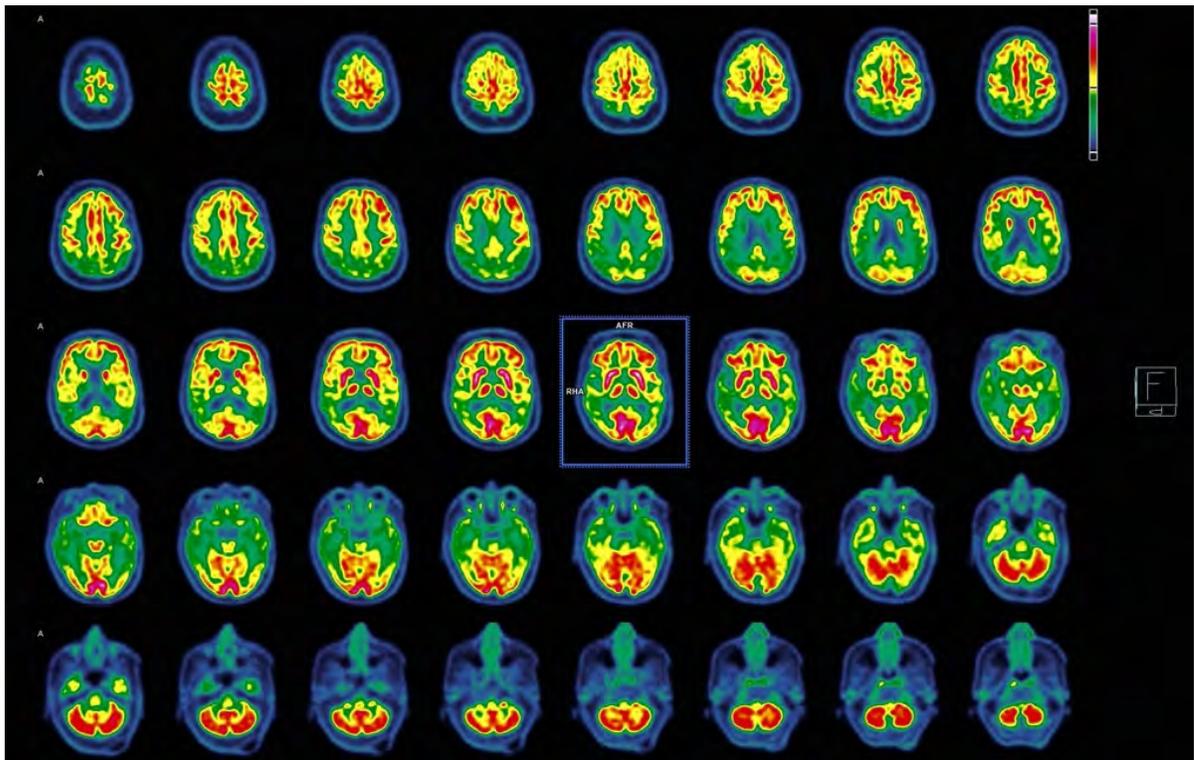
- Quelle exploration scintigraphique préconisez-vous en première intention ? avec quel radiopharmaceutique ?
- Avez-vous une alternative à votre premier choix ? Si, oui quel est l'examen alternatif ? et avec quel radiopharmaceutique ?
- Pour l'examen, ou les examens, que vous recommandez, est-il nécessaire d'être à jeun ?
- Les images suivantes sont obtenues. Comment interprétez-vous ces images ?
- Quel est votre diagnostic final ?

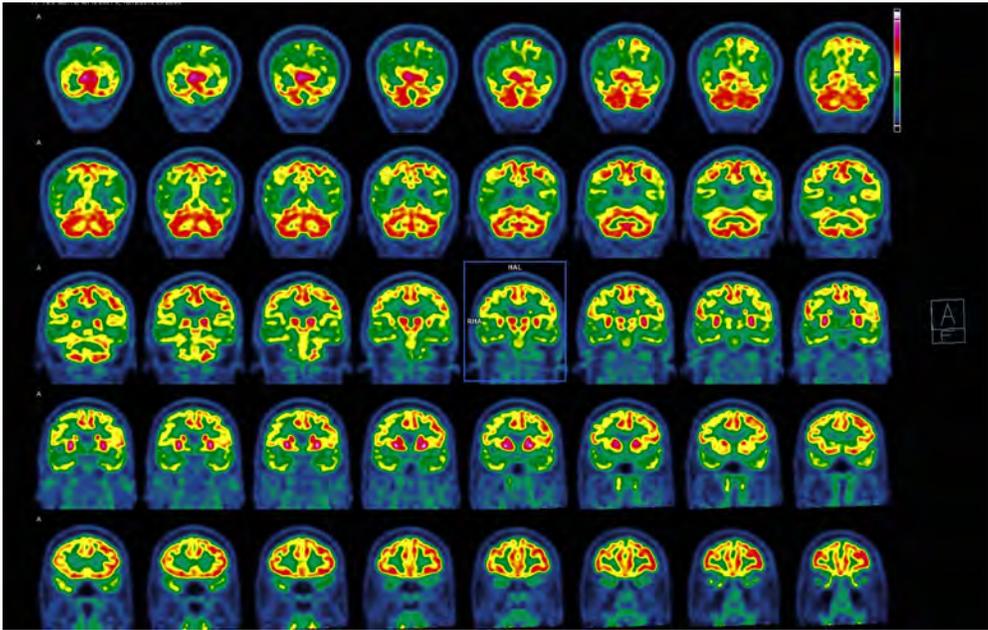


Question 5

Une patiente, âgée de 61 ans, est adressée dans le service de médecine nucléaire par le service d'exploration des troubles de la mémoire. En effet, elle présente depuis plusieurs années quelques troubles de la mémoire des faits récents et des difficultés dans ses activités de la vie courante qui l'ont obligé à être en arrêt de maladie à plusieurs reprises. Son examen neurologique est normal. Les tests neuropsychologiques ont objectivé les déficits mnésiques. Son IRM cérébrale est à la limite de la normale.

- Quelle exploration scintigraphique préconisez-vous en première intention ? avec quel radiopharmaceutique ?
- Avez-vous une alternative à votre premier choix ? Si, oui quel est l'examen alternatif ? et avec quel radiopharmaceutique ?
- Pour l'examen, ou les examens, que vous recommandez, est-il nécessaire d'être à jeun ?
- Les images suivantes sont obtenues. Comment interprétez-vous ces images ?





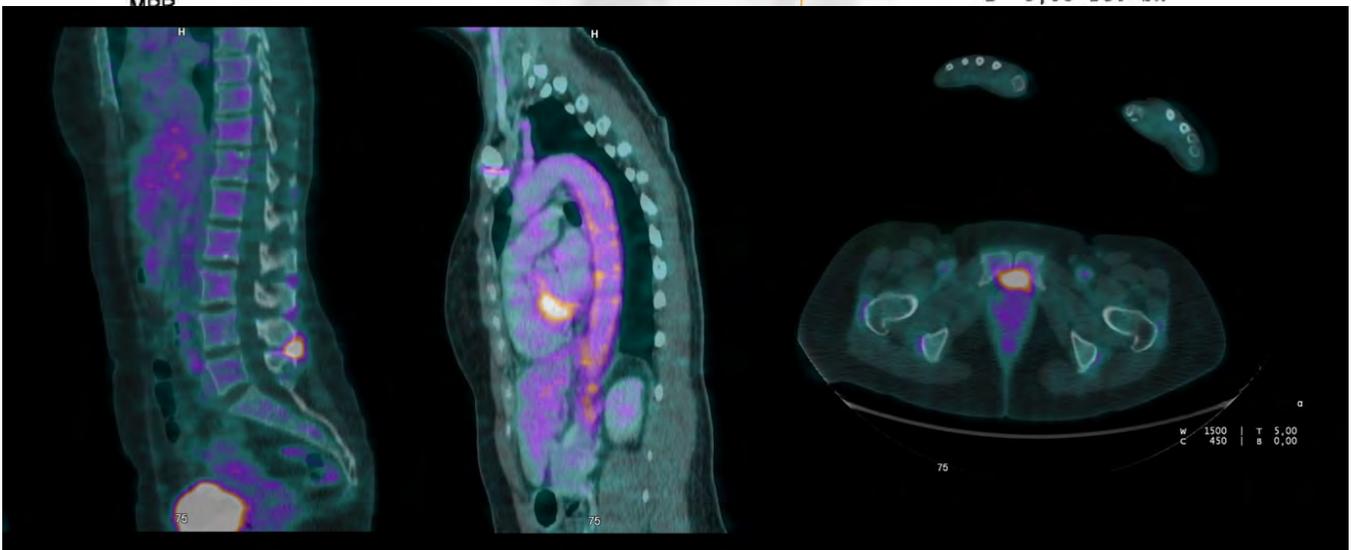
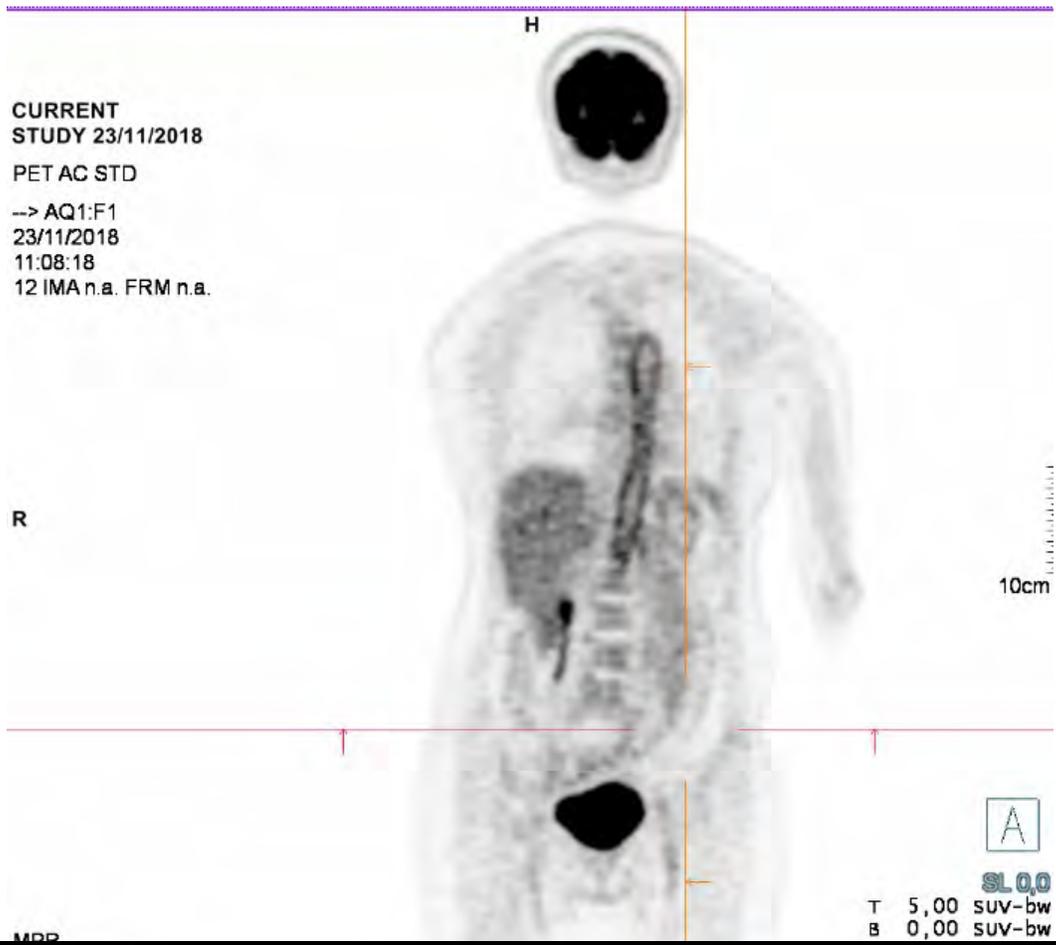
e) Quel est votre diagnostic final ?

Question 7

Un patient présente un syndrome inflammatoire élevé persistant, associé à des douleurs articulaires.

Un bilan par TEP FDG est effectué.

- a) Quel protocole d'acquisition a été effectué ?
- b) Que montre l'examen ?
- c) Quelle est votre conclusion ?



MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

SUJET 1 - Cas clinique appareil locomoteur

Un patient de 35 ans, responsable commercial dans une entreprise de textile, marié père de deux enfants de 9 et 12 ans vous consulte car il souffre depuis 10 jours d'une douleur lombaire basse apparue brutalement en sortant de sa voiture puis 48 heures plus tard d'une irradiation de cette douleur à gauche, à la fesse, à la face postéro-externe de cuisse, externe de mollet, passant devant la malléole externe, sur le dos du pied jusqu'au gros orteil. La douleur lombaire est estimée par le patient à 35 mm sur une échelle visuelle analogique de 100 et la douleur radiculaire à 75 mm.

Votre interrogatoire et examen clinique apportent les informations suivantes : la douleur est impulsive, incomplètement soulagé par le décubitus et les antalgiques de niveau II; il existe un signe de la sonnette à gauche une augmentation de la douleur radiculaire lors de l'hyperextension du rachis, un signe de Lasègue direct à 45° et croisé à 70°, les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques, les réflexes cutané-plantaires sont en flexion, les réflexes cutané-abdominaux sont présents et symétriques, vous ne mettez pas en évidence de déficit moteur distal ou proximal aux membres inférieurs. Il n'y a pas de perte de poids, pas de notion de fièvre.

Enfin, vous apprenez que ce patient n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers en dehors d'un épisode de lumbago par an depuis une dizaine d'années.

1- Quel est votre diagnostic ?

2- Quels sont les éléments de cette observation vous orientant vers une pathologie rachidienne commune d'une part et vers un conflit disco-radiculaire d'autre part ?

3- Proposez-vous un repos strict au lit à ce patient ?

4- Après 6 semaines d'évolution pendant lesquelles le patient a reçu des antalgiques de niveau II, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et 3 infiltrations épidurales de cortico-stéroïdes, vous constatez que la symptomatologie n'est pas significativement modifiée. Proposez-vous des examens d'imagerie ? Si oui le(s)quel(s) et avec quel objectif ?

5- Vous décidez de confier votre patient à un chirurgien ? Quel type d'intervention va -t-il proposer à votre patient ? Quelles sont les 3 situations qui justifieraient une intervention en urgence chez ce patient ?

6- Votre patient est opéré et la radiculalgie disparaît en quelques jours. Cependant, il persiste des lombalgies supportables. Il vous consulte à nouveau 4 semaines après l'intervention afin de savoir :

- a- s'il peut reprendre ses activités sportives de loisirs
- b- s'il peut reprendre ses activités professionnelles.
- c- si ses lombalgies et leurs conséquences fonctionnelles pourraient être améliorées par de la rééducation.

Quelles sont vos réponses à ces trois questions ? Justifiez.

Quels sont les principaux objectifs du programme de rééducation à ce stade ?

7- Vous revoyez ce patient 2 ans plus tard et vous apprenez qu'il est en arrêt de travail depuis 1 an pour lombalgies invalidantes. Les différents examens d'imagerie n'ont pas mis en évidence de lésion justifiant une nouvelle intervention. Vous décidez de proposer à ce patient un programme de restauration fonctionnelle.

Citez 3 caractéristiques physiques du syndrome de déconditionnement à l'effort ?

Quelles sont les 3 principales composantes des programmes de restauration fonctionnelle ?

SUJET 2 - Cas clinique sclérose en plaques

Mme C., une femme de 38 ans, secrétaire, est atteinte d'une sclérose en plaques révélée à 30 ans par une névrite optique régressive. Elle a présente pendant huit jours une faiblesse des membres inférieurs associée à des fuites urinaires ayant conduit à son hospitalisation en urgence en neurologie. A quinze jours de sa prise en charge en hospitalisation, malgré la réalisation de bolus de corticoïdes, le tableau est celui d'une myélite aiguë de niveau thoracique avec paraplégie sensitive et motrice incomplète des membres inférieurs et rétention complète d'urines.

1 - Enumérez les complications susceptibles de survenir chez cette patiente et les principes de leur prise en charge.

La patiente est transférée en service de médecine physique après trois semaines de prise en charge en neurologie. A l'examen à l'entrée, la cotation des muscles est estimée à 2 au niveau des membres inférieurs.

2 - Détaillez la prescription de rééducation que vous préconisez à cette date et pour les deux premiers mois en tenant compte de l'amélioration de la force musculaire après quinze jours d'hospitalisation.

A l'ablation de la sonde urinaire placée dès la phase initiale, cette patiente est incapable de ressentir le besoin d'uriner et de déclencher une miction.

3 - Quelles mesures peuvent-elles être proposées ?

Après deux mois d'hospitalisation, la récupération motrice autorise la marche sur 100 mètres à l'aide d'une canne, mais le passage du pas droit reste difficile en raison d'un steppage à ce niveau. L'examen révèle une spasticité du quadriceps et du triceps droits. Les mictions ont été reprises mais il persiste des fuites urinaires avec un résidu post-mictionnel évalué en échographie à 250 ml.

4 - Quelles mesures peuvent-elles être proposées à cette date et quelles seraient vos ordonnances de sortie?

5 - Quelles sont les mesures de surveillance médicale qu'il convient de proposer à cette patiente pour l'année à venir ?

6 - En vous basant sur la classification des handicaps, citez quelles sont les limitations d'activité et restrictions de participation auxquelles la patiente aura à faire face dans sa vie quotidienne ?

Mme C est rentrée chez elle avec un arrêt de travail de 2 mois : elle envisage de reprendre ultérieurement son activité professionnelle.

7 - De quelles mesures sociales cette patients peut-elle bénéficier ?

MEDECINE D'URGENCE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES CAS DOIVENT ETRE TRAITES

CAS 1

Une femme appelle le SAMU-Centre 15 pour son mari de 65 ans qui présente une douleur thoracique. Elle est affolée, dit juste au régulateur qu'il est conscient et demande l'envoi très vite de secours.

Question N°1

Que doit demander le régulateur en premier ?

Question N°2

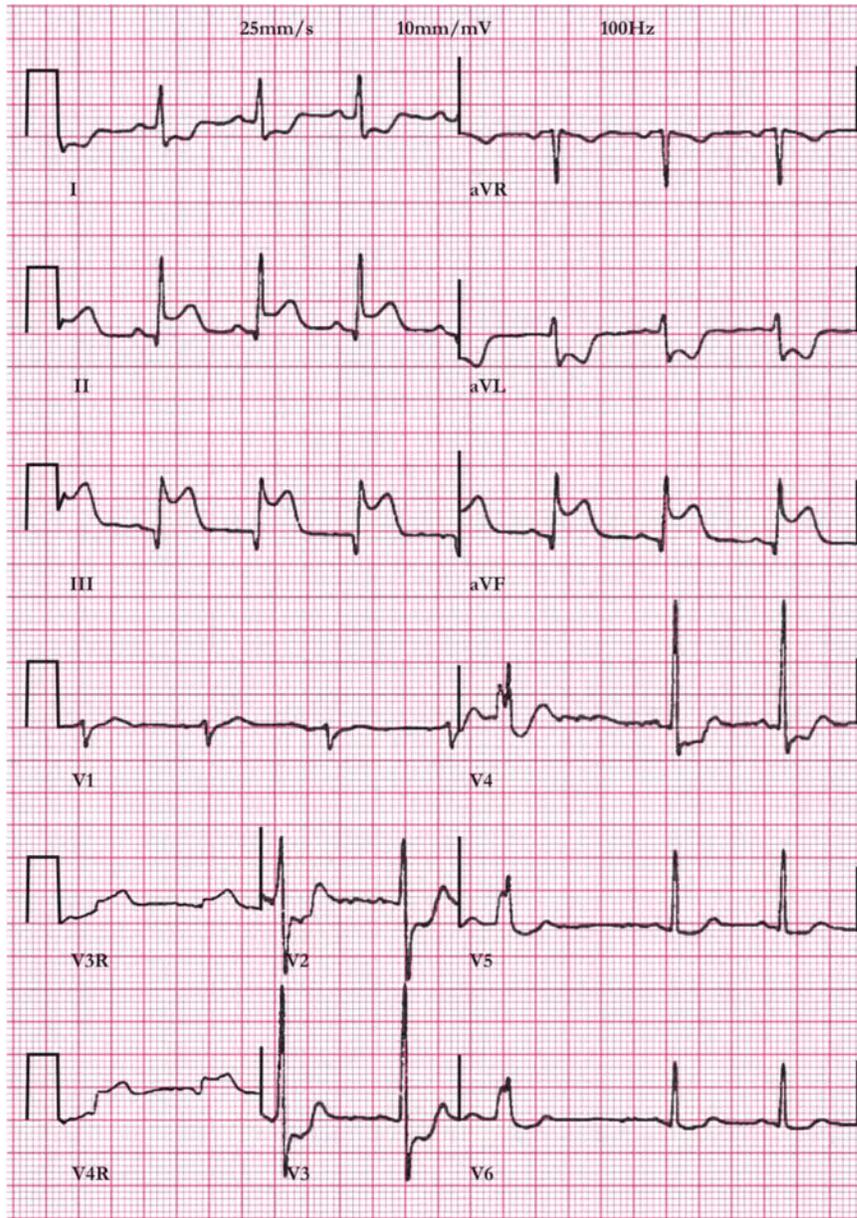
Le régulateur demande à parler au patient. Le patient décrit une douleur thoracique constrictive irradiant dans la mâchoire et les deux bras. La douleur est estimée à 8/10. Il est à 30 minutes d'un SMUR. Que doit décider le régulateur ? Quels conseils donne-t-il ?

Question N°3

Un SMUR est envoyé et vous êtes le médecin SMUR. A l'arrivée de l'équipe, le patient est conscient, sa tension artérielle est à 120/80 mmHg, sa fréquence cardiaque à 80/min, sa SpO2 à 96% et sa fréquence respiratoire à 16 mvts/min. Comment débutez-vous la prise en charge de ce patient.



L'ECG est le suivant :



Question N°4

Quelle est votre interprétation ?

Question N°5

Quelle est l'artère coronaire la plus probablement occluse et pourquoi ?

Question N°6

Quelles complications redoutez-vous face à ce diagnostic ?

Question N°7

Vous êtes à plus de deux heures d'un centre de cardiologie interventionnelle. Que décidez-vous comme stratégie de prise en charge (précisez les contre-indications absolues) ?

Question N°8

Quels sont les traitements adjuvants que vous associez ? Précisez les posologies.

Question N°9

Quels sont les signes que vous attendez qui montreront que votre traitement est efficace et dans quel délai les attendez-vous ?

Question N°10

Que doit faire le régulateur ?

CAS 2

Mademoiselle G. 31 ans se présente aux urgences pour une douleur abdominale. Elle n'a aucun antécédent hormis une ablation des végétations dans l'enfance.

A l'interrogatoire, elle présente un point douloureux en fosse iliaque droite depuis maintenant trois jours. Elle n'a pas de signe fonctionnel urinaire ni de trouble du transit. Elle ne prend aucun traitement hormis une contraception orale oestro-progestative qu'elle oublie de temps en temps. Ses règles ont toujours été irrégulières et elle ne fait pas très attention à leur date. Elle a des rapports sexuels réguliers.

Votre examen clinique retrouve

- Une tension artérielle à 125/68 mmHg
- Une fréquence cardiaque à 84 battements par minute
- Une température à 37,8 °C
- Vous constatez une discrète défense en fosse iliaque droite
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Question N°1

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N°2

Quels examens complémentaires demandez-vous ? Justifiez.

Question N°3

Vos examens concluent à une grossesse évolutive ectopique de la trompe droite sans signe de complication. Que montrent les examens complémentaires ?

Question N°4

Quelles sont vos deux options thérapeutiques ?
Détaillez brièvement.

La patiente avait quitté les urgences sans attendre le résultat des examens. Deux heures plus tard, elle se représente au SAU et fait un malaise dans son box. La tension artérielle est à 70/40 mmHg, FC 140 bpm. Décoloration conjonctivale. Elle est marbrée. Le temps de recoloration est à 7 secondes.

Question 5

Quels sont les deux examens à faire au lit du malade ?

Vous faites une Fast écho. Voici l'image que vous obtenez en hypochondre droit :



Question N°6

Décrivez l'imagerie. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Question N°7

Quelles sont les grandes lignes de votre prise en charge en urgence ?

NEPHROLOGIE
EPREUVE DE VERIFICATION DES CONNAISSANCES
PRATIQUES
TOUSLES DOSSIERS SONT A TRAITER

DOSSIER 1

Une patiente de 59 ans est hospitalisée pour le bilan d'œdèmes des membres inférieurs. Dans ses antécédents on note un syndrome du canal carpien opéré un an plus tôt, une HTA traitée par bisoprolol 2,5 mg/jour et un tabagisme actif estimé à 30 paquets-années. Elle exerce la profession de professeur des écoles. Depuis 3 mois, elle se plaint d'une asthénie et d'une prise de poids de 10 kg.

A l'examen le poids est de 82 kg pour une taille d'1m70, la pression artérielle est à 110/85 mmHg, fréquence cardiaque 52/min. Diurèse = 2200 ml/24h. L'examen clinique met en évidence de volumineux œdèmes des membres inférieurs remontant jusqu'aux lombes. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. La patiente rapporte la survenue d'ecchymoses spontanées au niveau du visage et des bras, et des picotements à type de fourmillement au niveau des pieds.

Le bilan biologique initial indique :

- Hb 13 g/dl, leucocytes 6800 /mm³, plaquettes 265.000/mm³
- Glycémie 1g/l, créatinine 80 µmol/l (DFG = 70 ml/min/1,73 m² selon formule CKD-EPI), urée 10 mmol/l, Na 140 mmol/l, K 3,7 mmol/l, bicarbonates 24 mmol/l, protides totaux 50 g/l, albumine 18 g/l.
- Bandelette urinaire : protéines +++, sans autre anomalie
- ECBU : hématies 10³/ml, leucocytes 10²/ml – pas de germe en culture
- Protéinurie 6 gr/l, composée de 70% d'albumine

Questions

1. Définissez le tableau néphrologique présenté par cette patiente (Argumentez)
2. Quels examens complémentaires non-invasifs proposez-vous en première intention chez cette patiente ?
3. Le bilan immunologique détecte la présence d'une immunoglobuline monoclonale IgG λ , quantifiée à 2g/l. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (Argumentez)

4. Quels examens pouvez-vous réaliser pour confirmer votre diagnostic ? (Argumentez)
5. Quelles principales atteintes extra-rénales recherchez-vous ?
6. Quelles mesures symptomatiques mettez-vous en place ?
7. Quel traitement spécifique proposez-vous et comment le mettez-vous en place ?
8. Quelles autres hypothèses diagnostiques auriez-vous pu évoquer devant un syndrome glomérulaire secondaire à une IgG λ avec ou sans insuffisance rénale ?

DOSSIER 2

Vous êtes sollicité par le médecin des urgences pour une patiente de 25 ans adressée pour une insuffisance rénale d'apparition récente. Elle n'a pas d'antécédent notable hormis une contraception orale par micro-progestatif. Une semaine avant l'admission, elle a été traitée par amoxicilline (2g/j per os) pour une bronchite avec fièvre à 38° C. Le traitement a été interrompu après 4 jours en raison d'une éruption érythémateuse et prurigineuse intéressant les membres supérieurs et inférieurs, et le tronc. Le bilan biologique réalisé montre une créatininémie à 280 $\mu\text{mol/l}$, motivant l'envoi aux urgences.

A l'examen initial, l'état général est conservé, le poids est à 48 kg pour une taille de 1.65 m. La température est de 38°2. La PA est mesurée à 125/60 mmHg. L'hydratation extracellulaire est normale, il n'y a pas de symptomatologie urinaire ni d'hématurie macroscopique. Il existe de discrètes lésions érythémateuses persistantes du tronc et des bras. Le reste de l'examen clinique est normal. Diurèse des 24 premières heures = 1,5 l.

Le bilan biologique est le suivant :

- GB 8600/mm³, dont 5200 PNN, 950 PNE, 1600 lymphocytes, hémoglobine 14,2 g/dl, VGM 90 μm^3 , plaquettes 215.000 / mm³.
- Créatinine 230 $\mu\text{mol/l}$, urée 24 mmol/l, Na 142 mEq/l, K 4,6 mEq/l, Cl 102 mEq/l, HCO 23 mEq/l, protides 70 g/l, albumine 40 g/l, calcium 2.42 mmol/l, phosphore 1.8 mmol/l.
- Tests hépatiques normaux
- Urines : protéinurie 0.8 g/24h, hématies 40.000/ml, leucocytes 12.000/ml. Natriurèse : 90 mmol/l ; Kaliurèse : 45 mmol/l.

L'électrophorèse des protéines urinaires montre que la protéinurie est constituée à 60 % d'albumine. L'ECBU est négatif.

- L'imagerie de l'appareil urinaire et l'échographie abdominale sont normales.

1. Caractériser l'insuffisance rénale

2. Quel examen vous semble nécessaire en première intention pour préciser l'origine de l'hématurie ?
3. Quels examens complémentaires sont à réaliser pour confirmer la nature de la néphropathie ?
4. Quel diagnostic vous semble le plus probable et sur quels arguments vous appuyez vous pour l'affirmer?
5. Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ?
6. Quelles recommandations donnez-vous à la patiente ?
7. Une biopsie rénale est réalisée. Huit jours plus tard la patiente est réhospitalisée pour une douleur lombaire gauche accompagnée d'une hématurie macroscopique. Que suspectez-vous ? Quelles mesures prenez-vous en urgence ?
8. Indiquez les précautions à prendre avant puis après la réalisation d'une biopsie rénale

NEUROCHIRURGIE

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

Sujet 1 – Neurochirurgie Fonctionnelle : névralgie essentielle de la face

- **Question 1** : quel nerf crânien est concerné par cette pathologie douloureuse ? décrivez brièvement ses composantes et leurs territoires sensitifs ;
- **Question 2** : quelles sont les caractéristiques sémiologiques de cette névralgie ?
- **Question 3** : quelles explorations paracliniques impose-t-elle ?
- **Question 4** : quelles en sont les modalités thérapeutiques et leurs indications ?

Sujet 2 – Chirurgie des tumeurs du troisième ventricule

- **Question 1** : Citez les 3 possibilités d'abord chirurgical pour réaliser l'exérèse d'une lésion du IIIème ventricule (kyste colloïde par exemple) ;
- **Question 2** : Quel élément essentiel sur l'imagerie pré-opératoire peut vous faire choisir l'une ou l'autre technique (en sus de votre préférence personnelle) ?
- **Question 3** : Quelle modalité technique peut-être d'une aide précieuse dans le déroulement de l'intervention ?

Sujet 3 – Neurovasculaire

Rédigez le compte rendu opératoire de l'exclusion microchirurgicale d'un anévrisme rompu de l'artère cérébrale moyenne droite avec hématome temporo-sylvien responsable d'un engagement temporal.

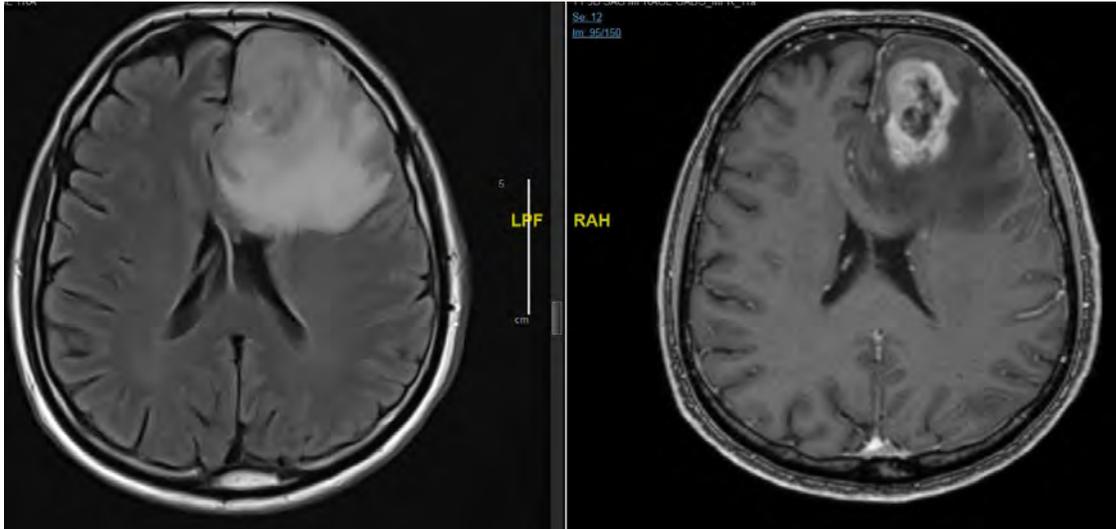
Sujet 4 - Cas clinique de Neuro-Oncologie.

Un patient de 65 ans, droitier, sans antécédent néoplasique connu, est admis au service des urgences en raison de l'apparition, depuis 48 heures, de troubles du langage avec un manque du mot, associés à un syndrome confusionnel. Depuis quelques jours il présentait des céphalées diffuses, sans nausée ni vomissement. A l'examen neurologique, le patient est conscient, mais présente un ralentissement idéomoteur, de discrets troubles phasiques

sans autre déficit sensitivomoteur. Il n'a ni fièvre ni raideur méningée. Le bilan biologique aux urgences est sans particularité.

- **Question 1** : quel bilan d'imagerie en urgence demandez-vous et quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- **Question 2** : L'imagerie cérébrale réalisée est présentée ci-dessous. Quel est le diagnostic radiologique le plus probable (argumentez vos réponses selon l'aspect en imagerie) ? Quels sont les diagnostics différentiels ?



- **Question 3** : Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- **Question 4** : Quels sont les objectifs de la chirurgie et les moyens d'aide à l'amélioration de la qualité de l'exérèse ?

- **Question 5** : Quel est le traitement de référence de cette lésion ?

Sujet 5 – Cas clinique de pathologie rachidienne.

Un patient de 31 ans, sans antécédent particulier et qui ne prend aucun traitement, est amené par les pompiers aux urgences de l'hôpital à la suite d'un accident de la voie publique. Il se plaint de paresthésies aux quatre membres et l'examen clinique retrouve un déficit moteur du membre supérieur droit à 2/5 sur la flexion et l'extension de l'avant-bras, sans déficit moteur sur les autres groupes musculaires des membres.

- **Question 1** : quelles sont les modalités de prise en charge à l'admission ?

- **Question 2** : L'imagerie cervicale est présentée ci-dessous. Décrivez les lésions observées.



- **Question 3** : Quelle prise en charge proposez-vous ?
- **Question 4** : Quels sont les risques de complications per-opératoires et post opératoires précoces ?

Sujet 6 – Cas clinique de pathologie rachidienne.

Un patient, que vous avez opéré d'une hernie discale L5-S1 droite il y a 6 mois, vient vous revoir en consultation pour récurrence de sa douleur 3 semaines après la chirurgie. A l'interrogatoire, le patient décrit un trajet sciatique identique à celui de la période pré-opératoire.

Les anti-inflammatoires et les morphiniques ne calment que sa douleur lombaire mais pas sa douleur dans la jambe.

Vous évoquez une douleur neuropathique.

- **Question 1** : Quels sont vos arguments ?
- **Question 2** : Quels autres arguments recherchez-vous à l'interrogatoire ?
- **Question 3** : Quels autres arguments recherchez-vous à l'examen clinique ?
- **Question 4** : Quels examens paracliniques proposez-vous ?
- **Question 5** : Quels traitements médicaux proposez-vous en première intention avant d'adresser la patiente dans un centre de la douleur ?
- **Question 6** : Quel serait l'intérêt d'un geste chirurgical complémentaire à type d'arthrodèse chez votre patient ?

NEUROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS DOIVENT ÊTRE TRAITES

Sujet N° 1

Mr X., 36 ans, se présente aux urgences de lui-même. Ce patient n'a pas d'antécédent notable. Depuis deux jours il présente des céphalées diffuses en casque, d'apparition progressive, permanentes, résistantes au paracétamol. A l'entrée les constantes sont les suivantes : température 37.3°C, pression artérielle : 130/80 mmHg, pouls 90/min, fréquence respiratoire 12/min.

Question N°1

Comment allez-vous compléter votre anamnèse afin d'identifier des signes en faveur d'un syndrome d'hypertension intracrânienne ?

Question N°2

A ce stade, quel examen paraclinique au lit du malade pouvez-vous réaliser en cas de signes évocateurs d'une hypertension intracrânienne afin de confirmer celle-ci ? Qu'en attendez-vous ?

Question N°3

Vous réalisez un scanner cérébral. Décrivez les anomalies observées et donnez votre diagnostic ?



Question N°4

Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique immédiate ?

Question N°5

Quel traitement de sortie préconisez-vous ?

Sujet N° 2

Un homme de 55 ans, aux antécédents d'HTA et de diabète non insulino-dépendant présente une paralysie faciale périphérique droite associée à des cervicalgies. L'IRM encéphalique est normale. Il récupère partiellement en quelques jours.

Question N°1

Quels sont les deux éléments cliniques clés permettant de distinguer une paralysie faciale périphérique d'une paralysie faciale centrale ? Citez les principaux signes cliniques de la paralysie faciale périphérique :

Question N°2

Quels traitements proposez-vous ?

Question N°3

Quinze jours plus tard, il présente des cervicalgies non mécaniques, des douleurs insomniantes en territoire C7 droit et une parésie globale des deux mains prédominant à D. Les réflexes sont très vifs aux membres supérieurs avec un signe de Hoffman sauf le réflexe bicipital droit qui est aboli. Le reste de l'examen neurologique est normal. Apyrexie. L'IRM cervico-dorsale est normale. A l'interrogatoire soigneux vous retrouvez une piqure d'insecte dans la région cervicale quelques semaines plus tôt avec par la suite un érythème migrans. L'analyse du LCR montre une protéinorachie à 3,5g/l, 100 globules blancs avec 90% de lymphocytes, une glycorachie à 3,2 mmol/l pour une glycémie à 5mmol/l, un aspect polyclonal des IgG. Vous suspectez une Neuroborreliose.

Quel diagnostic syndromique présente ce patient ?

Question N°4

Quel examen peut permettre de confirmer la cause la plus probable ?

Question N°5

Quel est le traitement de la cause ?

Sujet 3

Un homme de 50 ans, alcoolique chronique sevré depuis une semaine, cirrhose hépatique compensée, sans antécédents de perte de connaissance est retrouvé comateux à domicile. L'examen clinique retrouve une morsure du bord latéral gauche de la langue, un signe de Babinski bilatéral. Quelques heures plus tard, il est conscient mais présente une agitation et une confusion. La température est de 39°C. L'auscultation pulmonaire révèle un foyer de râles crépitants dans les deux bases. Vous posez le diagnostic de crise d'épilepsie généralisée tonico-clonique.

Question 1

Sur quels arguments ?

Question 2

Quel bilan faites-vous ?

Question 3

Quelles sont les 3 principales hypothèses diagnostiques qui peuvent expliquer la confusion persistante et la fièvre ?

Question 4

Quel traitement instaurez-vous ?

Sujet 4

Un homme de 55 ans, fumeur, hypertendu, dyslipidémique consulte en raison de clonies du membre supérieur gauche suivie d'une perte de connaissance. L'EEG réalisé 48 heures après le début des troubles retrouve un rythme de fond entre 5 et 7 Hz dans les régions temporales gauches. L'IRM ne retrouve aucune anomalie à l'exception d'une petite lésion d'allure ischémique récente du cortex frontal droit.

Question 1 :

Quels sont les diagnostics ?

Question 2 :

Quel est le détail du bilan que vous demandez ?

Question 3 :

Quels sont les grands principes du traitement de ce patient ?

Question 4:

Un mois plus tard s'installent une apathie et des troubles mnésiques antérogrades. Un angiogramme est réalisé ne retrouvant aucune nouvelle lésion. Une ponction lombaire est également réalisée qui retrouve 4 GB/mm³, 0,67 g/l de protéines, une glycorachie normale, une cytologie normale, et des cultures négatives. Au cours des mois suivants son état se détériore avec une majoration des troubles de mémoire, des troubles de l'humeur, des épisodes d'agitation, un comportement désinhibé et une dysautonomie. La fréquence des crises comitiales augmente. Un bilan complémentaire retrouve des anticorps antiGABA_BR dans le sang.

Quel est votre diagnostic ?

Question 5:

Quel est la maladie sous-jacente la plus fréquemment associée et les examens complémentaires que vous réalisez pour compléter le bilan à la lumière de ce dernier résultat ?

ODONTOLOGIE

Epreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet 1

Un enfant de 8 ans en bonne santé consulte avec ses parents pour une dent temporaire qui n'est pas tombée, alors que la dent permanente est sortie.

L'examen clinique montre que les rapports inter-arcades sont de classe I molaires

Q1. Qu'observez-vous?

Q2. Que proposez-vous?



Sujet 2

Ce patient de 53 ans, présente une poche de 10mm en mésial de 26. Il y a une atteinte des furcations de type 2.

Q1. Quelles sont les étiologies possibles ?

Q2. Quelles sont les options thérapeutiques ?



Sujet 3 :

Une patiente âgée de 18 ans, en bon état de santé générale, se présente à la consultation en urgence à la suite d'un accident de la voie publique, qui a eu lieu 5h auparavant. L'examen clinique exo- et endo-buccal montre un état clinique normal exceptée une fracture amélo-dentinaire juxta-gingivale de l'angle mésial de 11, avec une exposition pulpaire de 2 mm. La radiographie n'objective aucune fracture radiculaire.

Q1. Quelle est la conduite à tenir en urgence ?

Q2. Quel suivi allez-vous mettre en place et que recherchez-vous lors des séances de suivi ?

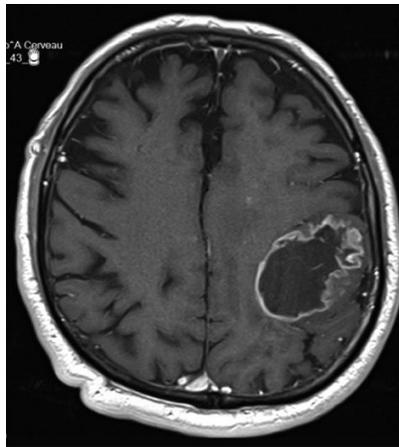
ONCOLOGIE

EPREUVE DE VERIFICATION DES CONNAISSANCES PRATIQUES

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

SUJET 1

Un homme de 60 ans sans ATCD est hospitalisé aux urgences pour crise convulsive et un tableau d'hémi-parésie droite. Une biopsie lésionnelle stéréotaxique est réalisée et confirme le diagnostic de glioblastome de haut grade



Question 1 : quelles sont les principales recherches de biologie moléculaire que vous connaissez sur ce type de tumeur ?

Question 2 : quel est globalement le rôle pratique et/ou pronostique de ces anomalies moléculaires

Question 3 : La lésion n'est pas jugée résécable suite à la RCP. Comment orientez-vous le(s) choix de traitement ? Exposer brièvement votre démarche à partir de quelques facteurs cliniques de décision chez ce patient de moins de 70 ans ?

Question 4 : Le patient a finalement bénéficié d'un traitement optimal de radiochimiothérapie concomittante par temozolomide. Décrivez dans le détail la suite de la prise en charge incluant la chronologie des bilans et des traitements, doses incluses

Question 5 : Quelles sont les modalités de suivi ultérieur après fin de traitement ? Quelles sont les difficultés de ce suivi ?

Question 6 : D'une façon générale (sortant de ce cas clinique) ,dans les gliomes de haut grade traités et en rechute, citez les différents modalités thérapeutiques que vous connaissez :

SUJET 2

Sur une mammographie réalisée lors d'un dépistage, une lésion ACR5 de 15 mm a été découverte au niveau du quadrant supéro-externe du sein gauche chez Mme J., 51 ans.

Question 1

Que faites-vous ?

Question 2

Quels éléments attendez-vous de l'analyse de cet examen ?

Question 3 : La patiente a un carcinome canalaire infiltrant. Quel traitement proposez-vous en 1^{ère} intention ?

Question 4 : Sur la pièce opératoire, la tumeur est un carcinome NOS de 16 mm grade 1 RO+ RP+ Her2- Ki67 12%, sans embol lymphovasculaire. Les marges chirurgicales sont saines à 2 mm, N0 (0/2). Que faites-vous ?

Question 5 : Quelle est la surveillance du traitement adjuvant?

SUJET 3

Vous voyez en consultation Monsieur P. de 70 ans, prothésiste dentaire, obèse, sédentaire, non-fumeur, habitant à Paris qui présente depuis 3 mois une dysphonie, une perte de poids de 5 kg et une toux sans hémoptysie. Comme antécédents médicaux, il a une cardiopathie ischémique stentée et une ablation de polypes coliques (dysplasie de bas grade et adénomes). Il consulte en ORL, une paralysie de la corde vocale gauche est diagnostiquée.

Question 1 :

Quel(s) examen(s) d'imagerie demanderiez-vous à visée diagnostique en 1^{ère} intention?

Question 2 : Voici la TDM du thorax ci-dessous.



Comment expliquez-vous la paralysie de la corde vocale gauche ?

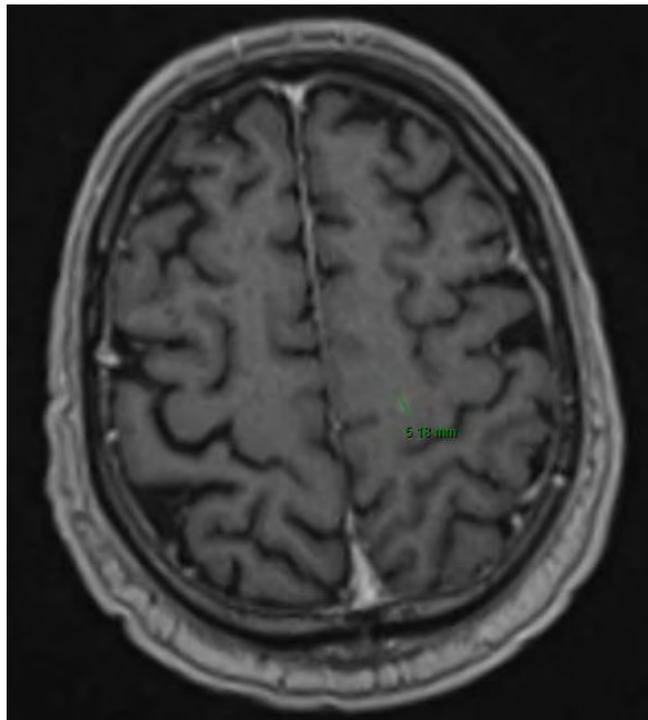
Question 3 : Compte-tenu de la localisation de la masse du lobe inférieur gauche (coupe de scanner ci-dessous), quelle méthode vous semble la plus adaptée pour obtenir un diagnostic histologique ?

Question 4 : La biopsie de la lésion montre un adénocarcinome TTF1+, p40-, ALK-EML4 négatif, ROS1 négatif et PD-L1 négatif. Quels examens doivent être faits pour compléter le bilan pré-thérapeutique?

Question 5 : . Le reste du bilan ne montre pas de localisation à distance mais montre une lésion pulmonaire du lobe inférieur gauche suspecte touchant la plèvre et de même qu'une adénopathie latéro-carénaire gauche ainsi qu'une adénopathie de la fenêtre aorto-pulmonaire. Quel traitement proposeriez-vous pour ce patient, en sachant que son bilan général est correct et son performance status est de 1 ?

Question 6 : Le patient est en rémission clinique complète 2 ans après la fin de son traitement, avec un bilan cardiovasculaire récent normal. Il présente un épisode de malaise avec chute à domicile, avec perte de connaissance brève. Quels examens demanderiez-vous ?

Question 7 : ces explorations mettent en évidence une lésion frontale gauche de 5 mm (image ci-dessous). Il n'y a pas d'autre lésion intra ou extra-cérébrale. Quelle option/options thérapeutiques proposeriez-vous ?



SUJET 4

Vous recevez en consultation Monsieur X, patient âgé de 46 ans, qui présente depuis plusieurs semaines des douleurs du flanc droit associée à une altération modérée de l'état général (fébricule depuis 1 mois à 38°1C et amaigrissement de 4 kg en 2 mois en dehors de toute modification de son comportement alimentaire). Il reste en bon état général avec un indice de Karnofsky à 90%.

Monsieur X n'a pas d'antécédents particuliers et n'a aucun traitement personnel. Aucune intoxication tabagique active n'est relevée. Il n'a aucun antécédent familial notable, en particulier oncologique.

A l'examen clinique, les constantes sont les suivantes :

Pouls : 84/min TA : 135/ 75 mmHg T°C : 37°9 Taille 178 cm
Poids 70 kg

Une échographie prescrite révèle une lésion tissulaire solide de 7 cm du rein droit.

Question 1 : Quelle est votre démarche paraclinique d'imagerie complémentaire ? Dans quels buts ?

Les examens réalisés à la question précédente montrent une tumeur médiorénale droite endophytique de 77 mm de diamètre sans atteinte veineuse et sans atteinte de la voie excrétrice supérieure. Sont également objectivées des lésions tissulaires nodulaires multiples pulmonaires bilatérales supracentimétriques. Il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire et, en dehors des images pulmonaires et de la lésion rénale, aucune autre anomalie n'est relevée sur le volume exploré.

Question 2 : Quelle est la classification TNM AJCC 2017 (American Joint Committee on Cancer) de cette tumeur

Question 3 : Sur quel élément paraclinique, indispensable à la suite de la prise en charge, établissez-vous votre diagnostic ?

Question 4 : Quelles sont les principaux sous-types histologiques de tumeur carcinomateuse primitive du rein? Quel est le plus fréquent ?



Il s'agit de la forme histologique la plus fréquemment rencontrée.

Le bilan sanguin également réalisé donne les valeurs suivantes :

- Hémoglobine 10.5 g/dL
- Polynucléaires neutrophiles 3.8 G/L
- Plaquettes 676 G/L.
- Na⁺ : 137 mmol/L
- K⁺ : 4.1 mmol/l
- Créatinine : 96 µmol/l
- Urée : 7 mmol/l
- Calcémie corrigée : 2.9 mmol/l
- Protidémie : 68 g/l

Question 5 : Devant l'absence de métastase osseuse au bilan précédemment décrit, quel est le mécanisme probable de cette hypercalcémie ?

Question 6 : Quel est le groupe pronostique de ce patient dans la classification de l'International Metastatic RCC Database Consortium IMDC (également appelée classification de HENG) ?

Quels sont les facteurs pronostiques utilisés dans cette classification et comment sont classés les patients en fonction de ces facteurs ?

Question 7 : La néphrectomie première est-elle le premier temps thérapeutique avant l'initiation d'un traitement médical oncologique chez ce patient ? Pourquoi ?

Question 8 : Quelles prises en charge médicales oncologiques spécifiques possibles sont recommandées en admettant qu'il ne présente aucune contre-indication à ce que vous pourriez lui proposer ?

Question 9 : Quels sont les principaux effets secondaires d'une thérapie ciblée antiangiogénique de type AXITINIB ?

OPHTALMOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Tous les sujets sont à traiter

SUJET N°1

Un patient de 21 vous consulte pour une baisse d'acuité visuelle depuis quelques mois.

Son acuité visuelle est de :

OD = 8/10 avec -2.50 (135-1.50) Parinaud 2

OG = 4/10 faible avec -3 (150-4.50) Parinaud 2

Il porte des lunettes depuis 2 ans. La correction sur ses anciennes lunettes est de -1.50 (140-0.75) à droite et de -1.50 (165-2.50) à gauche. Il se disait bien corrigé à l'époque.

Vous suspectez un Kératocône.

Question n°1.1 :

Sur quels arguments ?

Question n°1.2 :

Par quel moyen simple d'examen peut-on augmenter la vision de l'œil gauche dans le cadre de la consultation ?

Question n°1.3 :

Quels facteurs de risque du kératocône recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Question n°1.4 :

Quels signes évocateurs de kératocône recherchez-vous à la lampe à fente ?

Question n°1.5 :

Quelles explorations complémentaires demandez-vous ?

Question n°1.6 :

Le patient est inquiet de l'aggravation récente. Quels sont les moyens pour essayer de stabiliser sa maladie ?

Question n°1.7 :

Citez (sans détailler) les moyens de correction ou réhabilitation visuelle possibles pour le kératocône ?

SUJET N°2 :

Un patient de 67 ans, sans antécédent généraux, consulte pour changer ses lunettes. L'acuité visuelle corrigée est mesurée à 10/10 P2 aux deux yeux et la tension oculaire à 25mmHg à droite et 17mmHg à gauche. Il n'a aucune plainte fonctionnelle.

Question N° 2.1 :

Quelles sont les causes à évoquer devant cette hypertonie oculaire unilatérale ?

Question N° 2.2 :

Quels examens cliniques et paracliniques doivent compléter cette observation ?

Question N° 2.3 :

L'ensemble des examens confirment le diagnostic de glaucome pseudo-exfoliatif unilatéral débutant. Quel traitement mettez-vous en place et quelles sont les modalités de suivi du patient ?

Question N°2.4 :

Après 2 ans de suivi, le glaucome est contrôlé par le traitement, mais une cataracte cortico-nucléaire se développe avec une acuité visuelle à 5/10. Quelles sont les risques particuliers associés à cette pathologie lors de la chirurgie de la cataracte ?

Question N°2.5 :

La chirurgie de cataracte se déroule sans incident, mais dans les mois qui suivent, la tension oculaire reste au-dessus de 25mmHg malgré une trithérapie hypotonisante et un laser SLT, et vous constatez une dégradation du champ visuel. Que proposez-vous au patient ?

SUJET N°3

Mr T. J. 57 ans est adressé par son médecin traitant pour avis ophtalmologique dans le cadre d'une maladie de Basedow.

Mr T. J. se plaint d'une baisse d'acuité visuelle, de douleurs au niveau des yeux depuis 2 jours. Il dit qu'il a pris du Cortancyl® sur prescription de son endocrinologue il y a 3 mois et que ses yeux sont toujours aussi « gonflés ».

Question 3.1 :

Décrivez succinctement votre examen ophtalmologique du patient.

Question 3.2 :

Quels sont les éléments que vous recherchez à l'examen clinique pour évaluer l'activité de la maladie. Comment interprétez-vous le score d'activité clinique ?

Question 3.3 :

Citez 3 examens complémentaires pour évaluer le retentissement ophtalmologique de la maladie.

Question 3.4 :

Énoncez les différents stades de l'orbitopathie dysthyroïdienne selon EUGOGO

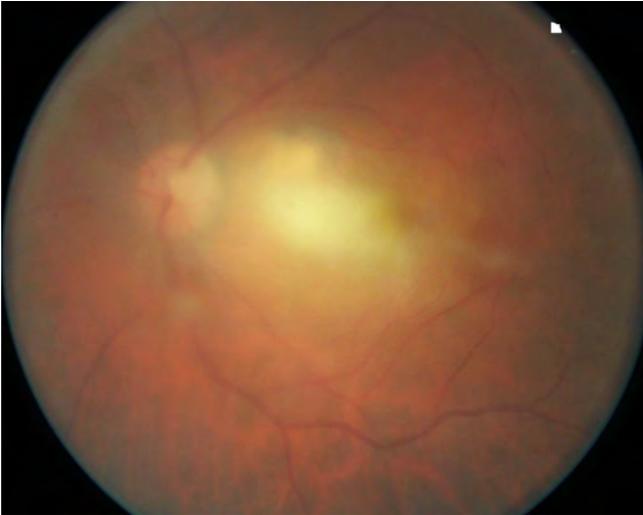
Question 3.5 :

Vous estimez que Mr T.J. présente une orbitopathie dysthyroïdienne active, modérée à sévère : quel est le traitement actuellement recommandé dans son cas ? quelles sont les précautions à prendre pour la mise en route de ce traitement

SUJET N°4

Monsieur R., âgé de 23 ans, sans aucun antécédent médical connu, consulte en urgence pour une acuité visuelle de l'œil gauche réduite à la perception des mouvements de la main.

Vous observez un Tyndall cellulaire 1+ en chambre antérieure. L'examen du fond d'œil à travers une hyalite 2+ montre l'image suivante.



Question 4.1. Décrivez l'examen du fond d'œil

Question 4.2. Quelle est votre première hypothèse diagnostique ?

Question 4.3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) proposez-vous pour étayer votre diagnostic (détaillez) ?

Question 4.4. Rédigez la prescription que vous remettez à Monsieur R.

O.R.L. – CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

M. Diego X, 55 ans, consulte car il se plaint d'avoir une modification de voix depuis 3 semaines. Dans ses ATCD, on retient un tabagisme chronique à 30 PA non sevré, une HTA traitée, une hyperuricémie.

En fait le patient vous dit avoir une voix enrouée depuis plus longtemps ; il a consulté un de vos collègues il y a un an, qui lui a parlé de simple irritation de la gorge liée au tabac, ce qui l'avait rassuré.

Récemment, l'enrouement s'est aggravé, et le patient se dit fatigué, amaigri.

Une naso fibroscopie est réalisée (figure 1). L'hémi-larynx gauche est immobile.

Vous ne palperez aucune adénopathie cervicale.

QUESTION 1 : Quel diagnostic devez-vous évoquer devant ce tableau ? Sur quels arguments ? Hiérarchisez votre réponse

QUESTION 2 : Quels examens paracliniques pratiquez-vous pour le bilan d'extension de cette lésion ?

QUESTION 3 : Quel type histologique de tumeur vous attendez vous à retrouver ? (Ne pas justifier)

Ces examens confirment votre diagnostic. La tumeur est classée T3N0M0.

QUESTION 4 : Comment l'annoncez-vous au patient et quelles informations lui donnez-vous ?

Le dossier est discuté en RCP ORL. Il est décidé un traitement conservateur de type radio chimiothérapie

QUESTION 5 : Quelle est votre attitude sur le plan dentaire avant de débiter la radiothérapie ?

QUESTION 6 : Quelles sont les complications possibles de la radiothérapie externe ? (ne pas détailler)

QUESTION 7 : Quelle mesure hygiéno diététique primordiale doit être prise chez ce patient ? Décrivez votre prise en charge.

Figure 1 :



ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

SUJET

Canines maxillaires retenues : définition, prévalence, étiologie, diagnostic, signes associés, examens complémentaires, thérapeutiques.

PEDIATRIE

EPREUVE DE VERIFICATION DES CONNAISSANCES PRATIQUES

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

SUJET 1

Le centre de dépistage vous appelle car le résultat du test évoque une maladie endocrinienne chez un nouveau-né de sexe féminin de 10 jours.

Question n°1 :

Quelle(s) est/sont la/les maladie(s) que l'on peut identifier par le dépistage systématique à la naissance ?

Question n°2 :

Le résultat du test de dépistage, recontrôlé, met en évidence une TSH à 400 mUI/l (normes = 0.8 – 4 mUI/l).

Quel(s) diagnostic(s) évoque(nt) ce résultat ?

Question n°3 :

Quel(s) élément(s) recherchez-vous à l'examen clinique ?

Question n°4 :

Quels sont les examens complémentaires que vous demandez ?

Question n°5 :

Vous proposez un traitement immédiatement, la mère vous demande pourquoi on ne peut pas attendre qu'il soit plus grand ?



SUJET 2

Une mère de 28 ans, G1P1 accouche dans une maternité de niveau I, par voie basse, d'un nouveau-né à un terme de 40 semaines. Le poids de naissance est de 3950 g. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est anormal. Le liquide amniotique est méconial et épais. La température maternelle = 37,4 °C. La recherche de streptocoque B était négative à 34 semaines de gestation.

L'Apgar est évalué à 1 / 6 / 9 à respectivement 1, 3 et 10 min. La sage-femme de garde fait une aspiration nasale, pharyngée et gastrique. Avec un laryngoscope, elle ne visualise pas de méconium à l'orifice glottique, et décide de ne pas broncho-aspirer. L'enfant est alors ventilé au masque avec un ballon auto-remplisseur à 1 min de vie et pendant environ 3 min. Le ballon auto-remplisseur n'est pas connecté à un débit-litre d'oxygène. La saturation artérielle en O₂ (SpO₂) est à 94% à 5 min de vie. De l'oxygène est administré par lunettes nasales. La SpO₂ est mesurée à 92% à 10 min. Le bébé est rose et ne geint pas : la sage-femme décide de le garder en surveillance en salle de naissance dans un incubateur.

Question n°1 :

Dans l'intitulé de ce dossier, retrouvez et citez les trois points de la prise en charge qui respectent les recommandations internationales.

Question n°2 :

Donnez 3 hypothèses diagnostiques pour expliquer la détresse respiratoire ?

A 2 heures de vie, l'enfant a une fréquence ventilatoire à 55/min et présente un creusement sternal inspiratoire important. La SpO₂ est à 92% sous lunettes d'oxygène. Le transfert vers une maternité de niveau 3 est organisé et le médecin du SMUR intube et ventile le nouveau(-né). A l'arrivée en réanimation, la FiO₂ est de 60% pour une SpO₂ = 88%. Un cathéter veineux ombilical double-voie est mis en place. A 6 heures de vie, la FiO₂ = 70% pour une SpO₂ = 89%, FC = 135 /min, PA = 55/32 mmHg, Temps de recoloration cutanée < 3 s. Les résultats des examens montrent : pH = 7,26 / PaCO₂ = 65 mmHg / lactate = 350 mg/l (N< 70 mg/l). La NFS et la CRP sont normales. L'examen direct du liquide gastrique est négatif. Il a une bi-antibiothérapie (clamoxyl + gentamycine). Voici la radiographie de thorax :



Question n°3 :

Décrivez les anomalies pulmonaires observées sur la radiographie de thorax de face

Question n°4 :

Quelle est la cause la plus probable de la détresse respiratoire ?

Question n°5 :

Quelles sont les 2 complications possibles de cette maladie ?

SUJET 3

Une fillette de 13 mois est adressée aux urgences pédiatriques pour diarrhée depuis 6 mois, diurne, non glairosanglante. Elle persiste malgré le traitement par TIORFAN et LACTEOL. Il a prescrit un régime sans lactose pendant 1 mois sans amélioration.

Antécédents personnels : Elle est le premier enfant, née à terme, après une grossesse sans particularité. Elle a eu un allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois. Les différentes étapes de la diversification ont été suivies selon les recommandations du carnet de santé.

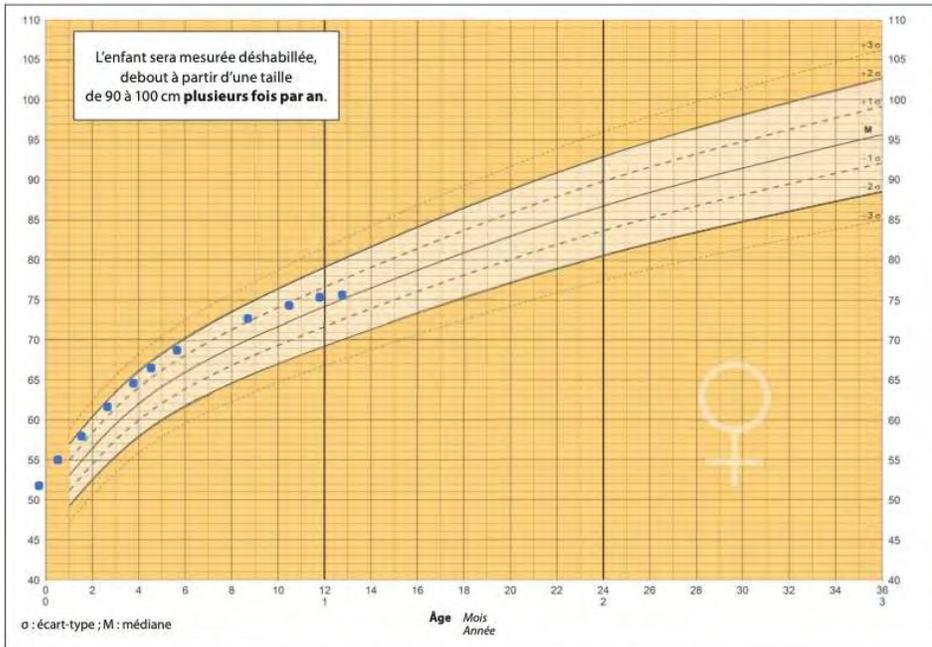
ATCD familiaux : La mère a une thyroïdite de Hashimoto et un eczéma atopique.

Traitement actuel : aucun.

Examen clinique : l'enfant est fatiguée, a un pli cutané non persistant, des cheveux clairsemés, et des ongles cassants, de minimes œdèmes des chevilles ne prenant pas le godet. Elle pèse 8,4 kg pour une taille de 75,5 cm.

La courbe de croissance est ci jointe (Figure 1 et 2).

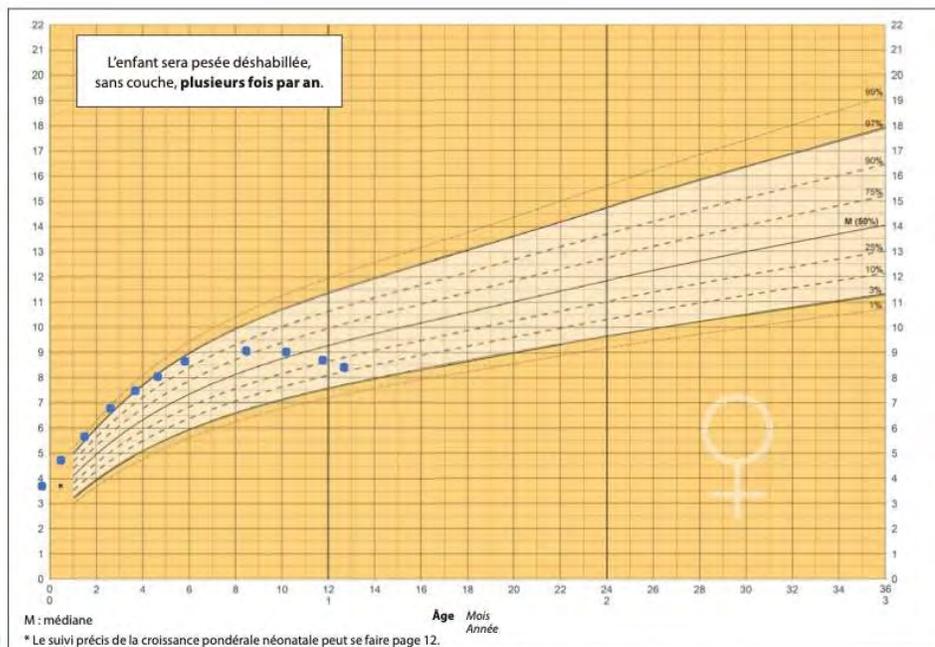




Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018 [enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

DE 1 MOIS À 3 ANS (CM)

TAILLE DES FILLES



Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018 [enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

DE 1 MOIS À 3 ANS (KG)

POIDS DES FILLES

Question n°1:

Quelles sont vos 2 hypothèses diagnostiques à ce stade ?

Question n°2 :

Quelle est la démarche diagnostique de première intention pour orienter ces hypothèses ?

Question n°3 :

Une partie des résultats du bilan sanguin est : NFS normale, CRP < 5 mg/L, ionogramme sanguin normal, ECBU : Leucocytes = 10/mm³ Hématies = 0/mm³, culture négative, IgA anti transglutaminase = 40 UI/L (N < 5), coproculture négative, virocult négatif. Quel diagnostic retenez-vous ? Comment confirmez-vous ce diagnostic, justifiez.

Question n°4 :

Les investigations que vous avez demandées auront lieu dans 15 jours, débutez-vous un traitement spécifique en attendant ? Justifiez.

Question n°5 :

Une fois le diagnostic confirmé, quel est le traitement proposé ? précisez la durée.

SUJET 4

Vous recevez aux urgences pédiatriques un enfant de 36 mois pour hyperthermie comprise entre 38° et 39° (en rectal) persistante depuis 7 jours. L'enfant a déjà consulté il y a 6 jours, pour fièvre et angine érythémateuse. Un traitement par paracétamol a été prescrit. Il revient car il ne mange plus, ne veut plus se lever.

L'examen clinique retrouve :

- un enfant grognon sans être hypotonique
- les paramètres vitaux sont les suivants : température à 38°5 en axillaire, FC= 117 bpm, TA= 80/60 mmHg, TRC < 3 sec, SpO₂ = 97%, FR = 26/min
- un exanthème érythémateux fait de plaques rouges confluentes, un peu granité prédominant au niveau des plis de flexion
- une inflammation pharyngée sans rhinite
- des conjonctives rouges
- des lèvres sèches
- des adénopathies jugulocarotidiennes, de taille variable les plus grosses mesurant 1,5cm, souples, indolores et mobiles.
- Le reste de l'examen est normal

Question n°1 :

Citez 2 principales hypothèses diagnostiques à formuler devant ce tableau ?

Question n°2 :

Quels examens complémentaires biologiques réalisez-vous pour étayer votre diagnostic étiologique à cette phase aiguë ? justifiez.

La mère vous fait remarquer que les dos de ses pieds et de ses mains ont gonflé ces derniers jours. Vous constatez un œdème modéré et ferme.

Question n°3 :

Quelle complication spécifique est à rechercher dans l'évolution de l'affection présentée par cet enfant et quel examen paraclinique prescrivez-vous pour la rechercher ?

Question n°4 :

Quelles mesures thérapeutiques instaurez-vous à la phase aiguë ?

Question n°5 :

Quel est l'élément majeur du suivi de cette affection ?

SUJET 5

Vous recevez à 21h aux urgences un jeune garçon de 6 ans, adressé par son médecin généraliste pour anémie profonde à 5.6 g/dl, demandée devant une asthénie et une pâleur.

Le seul antécédent personnel est un ictère néonatal traité par photothérapie. Les vaccinations sont à jours selon les recommandations actuelles. Sur le plan familial, la mère a une HTA traitée, le père a eu une cholécystectomie

L'examen clinique montre un enfant pâle, fatigué, FC= 130/min, TA 110/65, SpO2%= 99% , T°= 38.5°C. A l'examen, vous palpez un débord splénique de 2.5 cm. Le reste de l'examen complet est normal.

Voici la NFS- Plaquettes réalisée en ville :

Hématies : 2,38 téra/l

Hémoglobine : 5,6 g/dl

Hématocrite : 20.5 %

VGM : 86 fl

CCMH: 34 %

TCMH : 30 pg

Plaquettes : 115 giga/l

Leucocytes : 9.62 giga/l

Formule leucocytaire :

neutrophiles : 5 % = 0,481 giga/l

éosinophiles : 6 %

basophiles : 0 %

lymphocytes : 86% = 8.27 giga/l

monocytes : 3% = 0.288 giga/l

réticulocytes 1.4% =33.4 giga/l

Question n°1 :

Décrivez les anomalies constatées sur la NFS

Question n°2:

A la lecture de ce résultat, quelles sont vos 2 hypothèses diagnostiques principales ?

Question n°3 :

Quel examen indispensable permettra d'avancer dans la démarche étiologique, et faut-il le réaliser en urgence ?

Question n°4 :

Vous vous posez la question de débiter une corticothérapie en attendant les résultats des examens. Que décidez-vous ? Justifiez.

Question n°5 :

Vous expliquez aux parents la nécessité de transfuser en globule rouge leur enfant, ils vous demandent des explications et vous montrent leur carte de groupe sanguin : ils sont A+ tous les deux. Quelles sont les 2 arguments qui justifient cette décision ?

SUJET 6

Vous recevez ce jour à votre consultation, au mois de Juin, un garçon de 7 ans, né en France, accompagné de ces parents. Il a une toux récurrente, nocturne, depuis septembre, qui le réveille la nuit et qui résiste à l'amoxicilline, et à la josamycine. La toux est sèche, est déclenchée par nuit, à l'effort, et ses parents observent qu'il ne court plus beaucoup.

Parmi les antécédents, ce petit garçon a fait une bronchiolite à 4 mois, a des rhumes l'hiver, n'a jamais été hospitalisé. La mère a un rhume des foies. Ils habitent à la campagne dans une ferme. L'examen retrouve un souffle systolique 2/6, latérosternal gauche, qui disparaît en position assise. Le reste de l'examen est normal. La courbe staturo-pondérale est régulière.

Question n°1 :

Quelles sont les trois principales hypothèses diagnostiques au regard des données anamnestiques et cliniques. Justifiez.

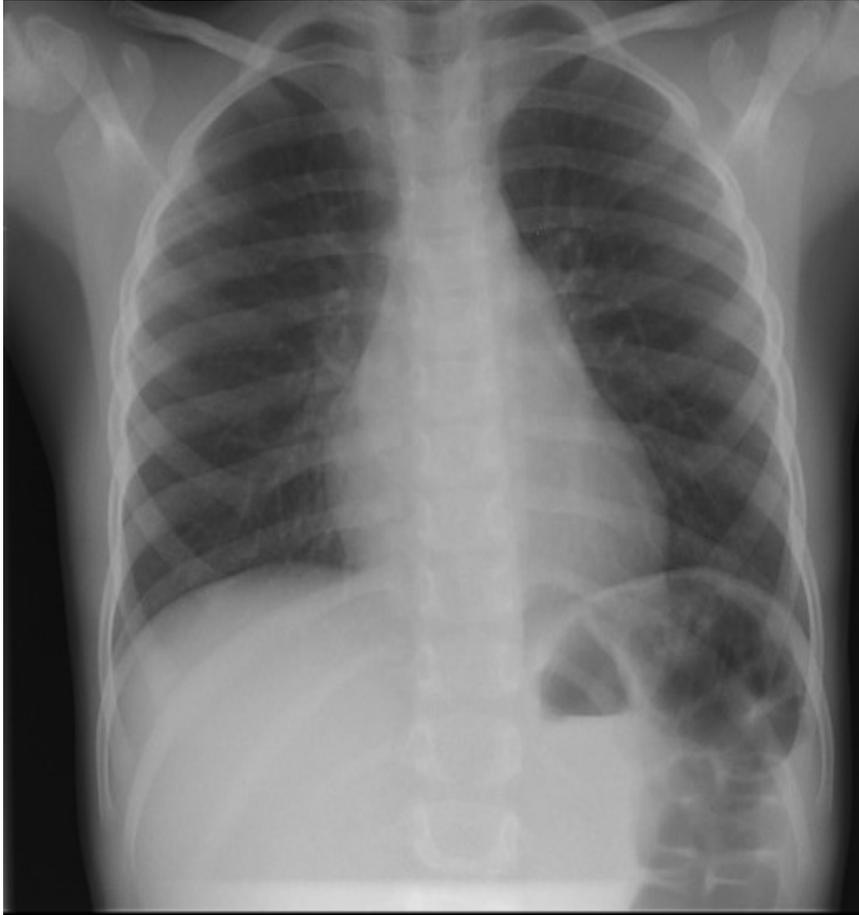
Question n°2 :

Les parents vous demandent s'il est malade du cœur ? Que leur répondez-vous ? Justifiez.

Question n°3 :

Vous avez demandé la radiographie de thorax ci-dessous. Quels sont les critères qui vous permettent d'évaluer la qualité de cette radiographie ?





Question n°4 :

Pour étayer votre hypothèse la plus probable, quels sont les 2 examens non biologiques que vous réalisez. Justifier.

Question n°5 :

Quel traitement probabiliste proposez-vous pour la toux à la fin de la consultation en précisant son mode d'administration ? Justifiez.

SUJET 7

De garde aux urgences, vous recevez un garçon de 18 mois sans antécédent pour une fièvre évoluant depuis 48h. Il n'est pas décrit de contagé particulier et il n'a jamais voyagé. L'enfant est grognon. Ses constantes sont les suivantes : fréquence respiratoire 22/min, fréquence cardiaque 130/min, oxymétrie de pouls : 99%, pression artérielle brassard : 99/61 mmHg.

Vous l'examinez et retrouvez uniquement une otite moyenne aigue gauche (OMA). Vous expliquez à la famille à la famille que ce garçon va pouvoir rentrer à domicile.

Question n°1 :

Quel germe suspectez-vous et quelle est l'attitude thérapeutique recommandée ?

Dans la salle d'attente alors que la famille attend ses papiers de sortie, ce petit garçon présente brutalement un malaise avec rupture du contact, révulsion oculaire, hypertonie généralisée et trismus des mâchoires.

L'infirmière d'accueil et d'orientation l'installe immédiatement en position latérale de sécurité en salle de déchocage. Ses paramètres vitaux retrouvent une fréquence cardiaque à 160 battements/minute, une saturation en oxygène à 84%, une pression artérielle à 120/70 et une température rectale à 39°C.

Question n°2 :

Décrivez votre prise en charge immédiate concernant les fonctions vitales

Question n°3 :

Cet épisode se poursuit depuis 5 mn. Quel est votre conduite à tenir en urgence ?

Question n°4 :

Citez 3 étiologies que vous devez évoquer devant cette crise chez cet enfant, en dehors d'une éventuelle crise épileptique fébrile ou convulsion fébrile ?

Question n°5 :

Dans le cas d'une convulsion fébrile, quels critères devez-vous rechercher à l'interrogatoire, sur le déroulement de la crise et sur l'examen clinique pour qualifier cette crise de simple ou complexe ? Citez le principal risque d'une convulsion fébrile simple

SUJET 8

Un enfant de 7 mois est amené aux urgences par sa mère pour une urticaire du visage qui s'est étendue sur le thorax et les bras. La mère s'en est aperçue en début après-midi, au réveil de la sieste. Il s'agit d'un nourrisson asthmatique, allaité depuis sa naissance. Les légumes et les fruits ont été introduits depuis 1 mois. La maman arrête progressivement d'allaiter et lui a donné un yaourt au déjeuner pour compenser. Sa croissance est régulière, il pèse 8.540 kg. L'enfant a une rhinite et touse depuis la sieste. L'examen retrouve une urticaire diffuse et l'auscultation révèle des sibilants. L'hémodynamique est stable et la saturation à 90 %.

Question n°1 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question n°2 :

Quel (s) examen (s) demandez-vous en première intention pour confirmer le diagnostic ?

Question n°3 :

Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous aux urgences (précisez la voie d'administration) ? Argumentez.

Question n°4 :

L'évolution est favorable après traitement aux urgences. Citez 3 médicaments (ne pas donner le nom mais la classe thérapeutique) indispensables pour la trousse d'urgence à domicile ?

Question n°5 :

Les parents demandent s'il y a des précautions alimentaires ? Que répondez-vous ? Justifiez.

SUJET 9

Un garçon âgé de 3 ans, présente les paupières gonflées au réveil avec la marque du pli des draps au décours d'un rhume simple. Il est né à terme, pas d'antécédent particulier sur le plan personnel ou familial. L'examen clinique aux urgences montre un bon état général, T°= 37.4°C, FC = 82 bpm, TA 94/56 mmHg, SpO2%= 98%. Il pèse 20Kg, soit une prise de poids de 3 Kg en une semaine, et il existe des œdèmes des pieds et des chevilles. Vous suspectez un syndrome néphrotique idiopathique de l'enfant.

Question n°1 :

Quels sont les deux examens biologiques indispensables pour confirmer que ces œdèmes sont liés à un syndrome néphrotique ? préciser les valeurs attendues.

Question n°2 :

Quels sont les trois autres examens complémentaires que vous demandez en urgence en pour préciser l'étiologie et le retentissement de ce syndrome néphrotique ?

Question n°3 :

Le syndrome néphrotique est confirmé et les examens réalisés sont normaux. Quels traitements médicamenteux allez-vous proposer dans cette forme ?

Question n°4 :

Faut-il ajouter des mesures diététiques ? si oui, la ou laquelle(s)

Question n°5:

Quentin présente brutalement une douleur abdominales diffuse, cotée à 7/10 sur une échelle visuelle. L'abdomen est douloureux à la palpation, et dépressible. La T°= 39,4°C, FC=127 bpm, TA 100/70mmHg. Le reste de l'examen complet est normal.

Quelles sont les 2 complications que vous évoquez en première intention ?

SUJET 10

Une petite fille de 6 ans consulte dans votre cabinet pour l'apparition d'une énurésie nocturne depuis 2 semaines. Ses parents ont constaté qu'elle a perdu 2 kg, avec un appétit conservé et boit beaucoup, et est de plus en plus fatiguée. L'examen somatique est sans particularité en dehors de cernes périorbitaires.

Question n°1 :

Quel(s) sont les deux examens complémentaires que vous demandez ?

Question n°2 :

Les parents n'ont pas fait les examens. Ils consultent aux urgences 3 jours après la consultation, pour des douleurs abdominales et une grande fatigue. La $T^{\circ} = 37^{\circ}\text{C}$, FC = 124/Min, FR= 39/min, le score de Glasgow =12. L'abdomen est souple.

Vous prescrivez un bilan biologique qui montre les résultats suivants :

pH 7,12 ; bicarbonates 8 mmol/L; pCO₂ 25 mmHg ; natrémie 129 mmol/L; kaliémie 4,5 mmol/L; glycémie 4,3 g/L , protidémie 80 g/L, urée 9 mmol/L; créatinine 70 $\mu\text{mol/L}$. Bandelette urinaire : leucocytes 1 croix, hématies =0, Glucose 3 croix, corps cétoniques 3 croix.

Comment interprétez-vous ces résultats ?

Question n°3 :

Quel est votre diagnostic final chez cette patiente ?

Question n°4 :

Quelles sont vos premiers gestes d'urgence par voie IV ?

Question n°5 :

Citez les trois principales le(s) complication(s) au cours de la prise en charge des premières 24h ?

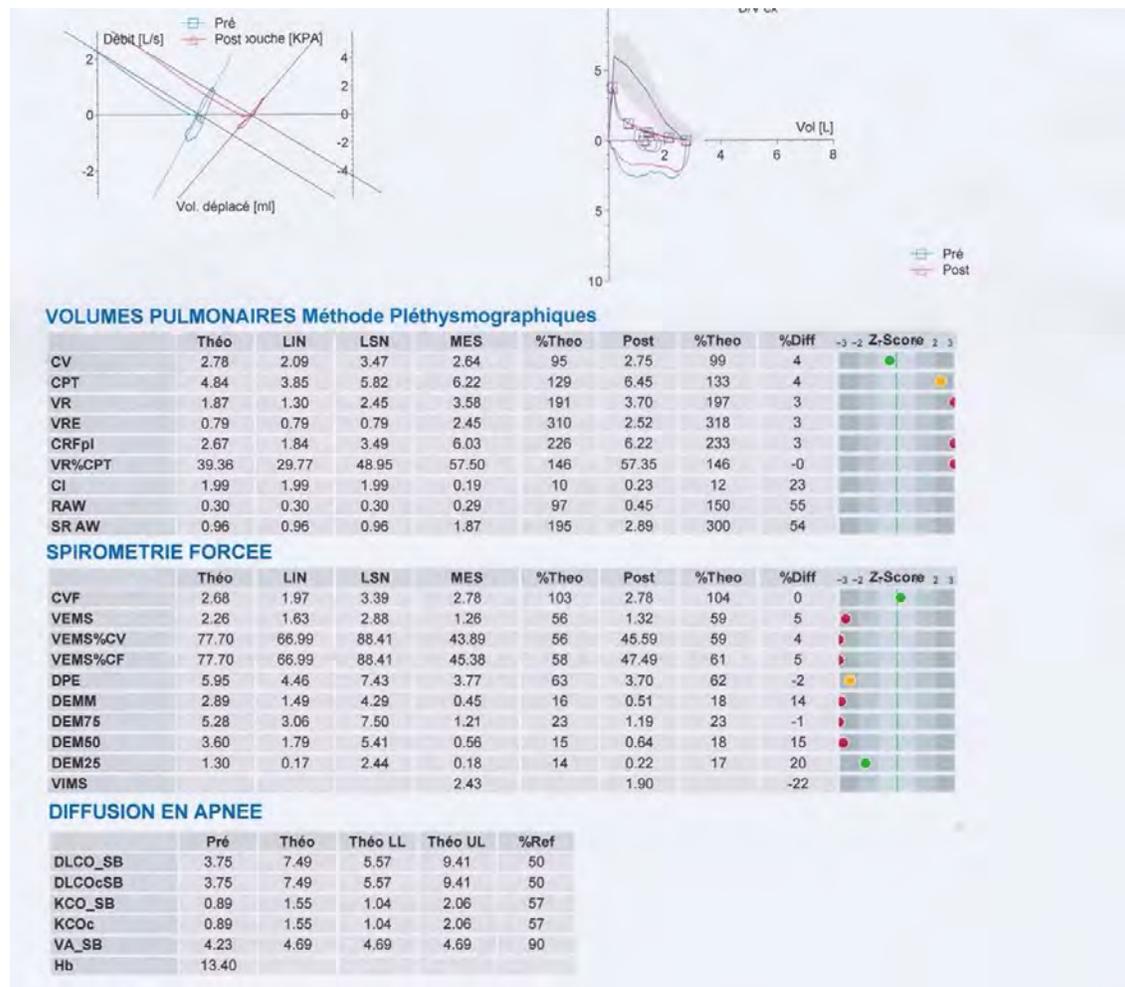
PNEUMOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Mme X., 65 ans, vient vous voir en consultation pour la première fois pour dyspnée. Mme X. est fumeuse à 40 paquets-année, poursuit une consommation d'une vingtaine de cigarettes par jour. Elle présente une dyspnée apparue il y a environ 5 ans, d'aggravation progressive et pour laquelle son médecin traitant a introduit il y a quelques mois un traitement par bêta2agoniste de longue durée d'action. Ce traitement a permis une amélioration de la dyspnée mais Mme X. reste gênée à la marche en pente et lors de certaines activités ménagères. Elle maintient une activité physique régulière à type de marche trois fois par semaine et est particulièrement active au sein de différentes associations. Une radiographie thoracique réalisée récemment est sans particularité. La Saturation mesurée à la consultation est à 98%

QUESTION 1

Interprétez l'EFR de Mme X



QUESTION 2

Quels sont les deux traitements pharmacologiques inhalés lui proposez-vous pour améliorer sa dyspnée ?

QUESTION 3

Quelle prise en charge thérapeutique supplémentaire lui préconisez-vous ?

Vous revoyez Mme X. au bout de deux ans, elle ne s'est pas rendue à ses rendez-vous de consultation de suivi. Sa situation s'est dégradée. Elle a présenté deux exacerbations sur l'année écoulée, et a du mal à récupérer depuis le dernier épisode. Sa dyspnée s'est aggravée, concerne maintenant la marche sur terrain plat, est cotée à 2 sur échelle mMRC. Mme X. a fortement réduit son activité physique et sort de chez elle uniquement pour faire ses courses. Elle est d'autant plus en difficulté qu'elle habite en appartement au 3^{ème} étage sans ascenseur. Elle a fait auprès de sa mairie plusieurs demandes de relogement sans succès. Elle a à plusieurs reprises essayé d'arrêter de fumer en utilisant des patchs de nicotine à raison de 1 patch par jour de 21mg/24h, elle est actuellement patchée et continue à fumer une dizaine de cigarettes par jour. Son appétit est médiocre, elle a perdu 6kg sur les six derniers mois et pèse 51kg pour une taille de 1.61m. Sur le plan thérapeutique, elle a poursuivi le traitement que vous lui aviez proposé il y a deux ans. Les EFR affichent un VEMS à 45% des valeurs attendues.

QUESTION 4

A quel stade de la classification GOLD se trouve Mme X. ?

QUESTION 5

Concernant le traitement inhalé, quelle modification proposez-vous ?

Le CO testeur affiche un taux de 20ppm.

QUESTION 6

Quels conseils donnez-vous à Mme X. concernant la substitution nicotinique ?

Mme X. est admise peu après en réhabilitation respiratoire.

Bilan réalisé :

- GDS : PO₂ 61mmHg PCO₂ 41mmHg pH 7.41
- Dyspnée mMRC: 2
- EFR : VEMS 45%th VEMS/CVF 40% DLCO 43%
- Test de marche de 6' : 350m dyspnée 7 Borg SpO₂ 88%
- Force maximale isométrique des quadriceps : 65%th
- Pression inspiratoire maximale : 45cmH₂O (50%th)
- Questionnaire HAD : score anxiété 13/21 dépression 11/21
- Questionnaire St George : score total 70
- IMC 19

QUESTION 7

Quel examen demandez-vous afin de définir le niveau de réentraînement à l'exercice ?

QUESTION 8

Quelle prise en charge kinésithérapique préconisez-vous ?

QUESTION 9

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, et concernant la prévention des exacerbations, quels objectifs allez-vous proposer à Mme X ?

QUESTION 10

Que proposez-vous par ailleurs à Mme X. dans le cadre du programme de réhabilitation respiratoire ?

Deux années ont passé. Mme X. est non fumeuse depuis plus d'un an. Elle n'a pas refait d'exacerbation sur l'année écoulée, marche avec son chien plusieurs fois par semaine. Elle est appareillé par oxygénothérapie longue durée par un concentrateur fixe depuis plusieurs mois au débit de 1l/min. Elle a entendu parler des extracteurs portatifs et est très intéressée.

QUESTION 11

Quel examen devez-vous faire avant de l'appareiller pour la déambulation et dans quel but ?

PSYCHIATRIE

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

SUJET 1

Madame T, 55 ans est amenée aux urgences par SOS médecin pour altération de l'état général au domicile. Elle a pour antécédents médico-chirurgicaux : une césarienne à 25 ans, une hypertension artérielle traitée par AMLOR - Amlodipine et une dyslipidémie traitée par CRESTOR - Rosuvastatine. L'examen clinique relève un amaigrissement de 5 kilos depuis trois semaines, un état d'asthénie marqué et un faciès peu expressif. Il n'y a pas d'anomalies particulières à l'examen clinique. Un bilan biologique est réalisé et revient normal.

Vous êtes sollicité aux urgences pour une évaluation psychiatrique. En effet, l'époux de Madame T. rapporte des inquiétudes majeures quant à son état, et notamment des propos pessimistes de sa part. Il vous informe que c'est la première fois qu'elle présente ce type d'état, qui contraste avec son tempérament habituel, toujours dynamique, bien qu'un peu anxieux. Elle n'a jamais pris de psychotropes.

Depuis plusieurs mois, Madame T. présente une perte d'appétit majeure, avec des troubles du sommeil à type de réveils multiples dans la nuit, et parfois des difficultés d'endormissement. Elle ne fait plus rien à son domicile, le moindre effort lui semble insurmontable, néglige son apparence physique, elle d'habitude si apprêtée, reste en robe de chambre toute la journée. Elle parle peu en entretien, est quasi-mutique et ses gestes sont rares. Elle vous décrit des idées morbides, pense avoir tué son petit-fils et peut être son mari, se sent être un poids pour ses proches et de ne pas mériter d'être sur Terre. Elle vous demande si la prise de sang réalisée aux urgences ne lui a pas trop enlevé de globules rouges. Elle refuse les soins car dit que personne ne peut plus rien pour elle.

Question 1 Quels sont les éléments indispensables à recueillir dans votre interrogatoire initial ?

Question 2 : Analyse sémiologique et discussion diagnostique du tableau clinique présenté par Mme T (diagnostic retenu et citez les diagnostics différentiels)

Question 3: Quelles attitude thérapeutique est-il possible-on préconiser aux urgences?

Question 4 : Un traitement antidépresseur par ANAFRANIL- Clomipramine est initié. Quel est l'examen que devez-vous réaliser en priorité dans son bilan pré-thérapeutique ? et quels sont les contre-indications absolues pour cette patiente ?

Après trois semaines de traitement bien conduit, à bonne posologie, la réponse est partielle, et Madame T présente toujours, et Madame T reste clinophile en journée, avec des ruminations anxieuses permanentes, un pessimisme majeur. Vous décidez d'entreprendre un traitement par électro-convulsivothérapie.

Question 5: Quelle est la contre-indication absolue de ce traitement et quels sont les éléments indispensables du bilan pré-thérapeutique de l'électroconvulsivothérapie ?

SUJET 2

Vous recevez ce matin en hospitalisation en service de Psychiatrie Madame R., 42 ans pour symptomatologie dépressive accompagnée d'idéation suicidaire. A l'entretien clinique, elle présente une tristesse de l'humeur sans idée d'incurabilité, une bradypsychie, des troubles cognitifs (mémoire et attention), un ralentissement moteur, des troubles du sommeil (insomnie

d'endormissement) et des troubles de l'appétit. Ses symptômes se sont majorés depuis sa séparation. Son mari a quitté le domicile depuis une semaine lui reprochant son « alcoolisme ». Sa consommation d'alcool elle est devenue un problème depuis l'année dernière. Elle consomme entre deux et trois bouteilles de 75cl de vin rosé chaque jour. Les conflits conjugaux y sont pour beaucoup et pour se calmer elle buvait beaucoup le soir. Alors qu'avant elle buvait surtout le week-end avec des amis de façon festive, elle a commencé à boire tous les jours, d'abord à table puis en dehors des repas, puis en cachette. Elle a senti qu'elle perdait le contrôle en quelques mois ... aujourd'hui elle ne peut s'empêcher de boire dès le réveil. Elle tremble et vomit tous les matins. « Le café ne passe plus et c'est le vin qui me calme ». Ce matin, elle n'en pouvait plus et ses enfants l'ont convaincue d'aller à l'hôpital.

- 1. Calculez le nombre de grammes d'alcool par jour déclarés par la patiente**
- 2. Quelle est votre attitude thérapeutique immédiate vis-à-vis de son addiction à l'alcool au cours de cette hospitalisation en psychiatrie ?**
- 3. Quels sont les risques à ne pas traiter immédiatement son addiction à l'alcool :**

Elle vous apprend qu'elle est sous Méthadone. En effet, il y a 3 ans poussée par son médecin traitant elle est allée au CSAPA proche de son domicile se faire aider pour une addiction à l'Oxycodone. « Au début j'en prenais pour une sciatique récidivante, mais j'ai continué après l'opération malgré l'amélioration de la douleur. Ça me calmait bien, vu les tensions à la maison ». Au CSAPA, elle a pu bénéficier en quelques jours d'un traitement de substitution : 80 mg de Méthadone tous les matins qui lui procurait un apaisement certain : ni manque, ni somnolence. Elle n'a plus consommé d'Oxycodone ou d'autres opiacés depuis. Cependant alors qu'elle était bien équilibrée, elle a diminué les doses avec le temps, sous la pression de son mari qui la traitait de « toxico ». Cela fait un an qu'elle n'en prend plus que 40 mg par jour.

- 4. Au-delà des difficultés conjugales et de la problématique dépressive, quel autre élément dans le dossier pouvez-vous considérer comme potentiellement déclencheur des augmentations de consommations d'alcool ?**

Au terme de votre entretien, vous découvrez qu'elle n'a pas pris sa méthadone depuis hier. Elle vous rapporte des signes de manque (tremblements, sueurs, douleurs abdominales).

- 5. Faut-il réinstaurer la méthadone ?**
- 6. Justifiez votre décision**

Elle est en arrêt de travail en raison de cette dépression, traitée par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine depuis quatre mois, sans aucune efficacité. L'IRS a été reconduit à son entrée malgré son inefficacité.

- 7. Que pensez-vous de la prescription de l'antidépresseur et de son intérêt pour cette patiente ?**
- 8. Que proposez-vous face à cette symptomatologie dépressive ?**

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS DOIVENT ETRE TRAITES

SUJET 1

Une patiente de 25 ans est adressée pour une échographie pelvienne à la recherche d'une endométriose :

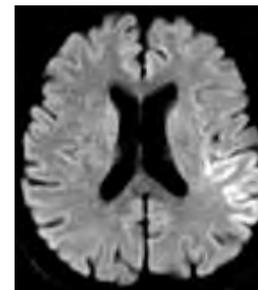
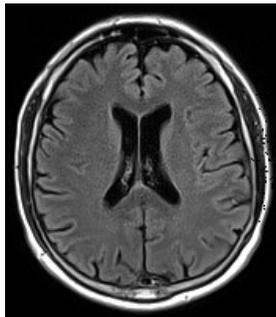
1. Quels sont les symptômes évocateurs à rechercher à l'interrogatoire ?
2. Quelle est l'aspect échographique d'un endométriome ovarien ?
3. Quel est l'aspect IRM d'un endométriome ovarien ?
4. Quels sont les autres lésions échographiques ou IRM à rechercher dans l'endométriose ?
5. Quelle est la pathologie utérine régulièrement associée ?

SUJET 2

1. Quelles sont les indications d'échographie de dépistage de luxation congénitale de hanche ?
2. Quand doit-elle être réalisée lorsqu'il existe des facteurs de risque ?
3. Quelle coupe de référence doit être réalisée ?
4. Quelle mesure doit être effectuée ?
5. Quels en sont les critères de normalité ?

SUJET 3

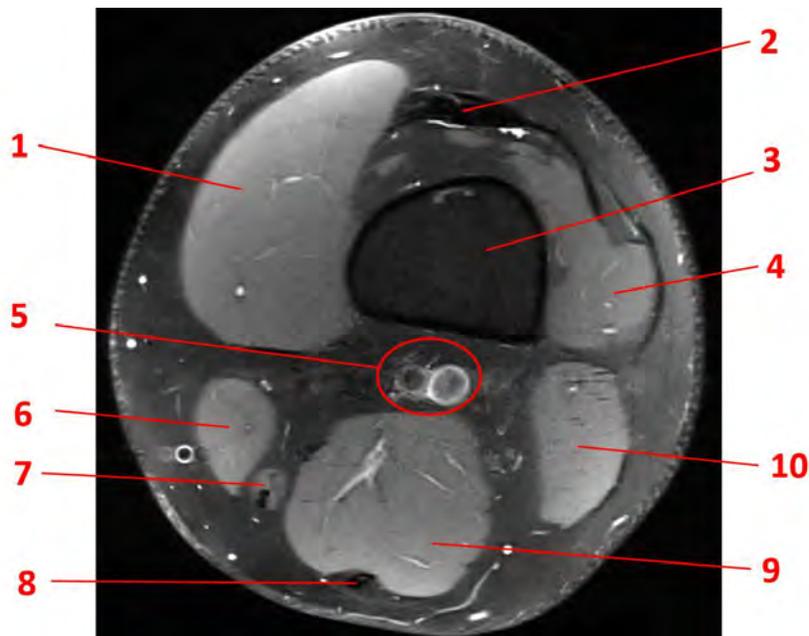
Monsieur P... âgé de 66 ans est adressé pour une hémiparésie d'apparition brutale depuis 2h30. Voici les résultats de l'IRM :



1. Quelles sont les séquences ci-dessus ? (Ne pas utiliser de termes spécifiques aux constructeurs)
2. Quelle(s) autre(s) séquence(s) doi(ven)t être réalisée(s) au minimum ? (Ne pas utiliser de termes spécifiques aux constructeurs)
3. Quelle(s) autre(s) séquence(s) aurai(en)t pu être réalisée(s) de manière facultative ? (Ne pas utiliser de termes spécifiques aux constructeurs)
4. Nommez les structures annotées en rouge sur l'image centrale.
5. Décrivez les anomalies.
6. Quel est votre diagnostic ?

SUJET 4

Coupe IRM axiale en densité de protons avec suppression de graisse passant par le 1/3 inférieur de la cuisse gauche



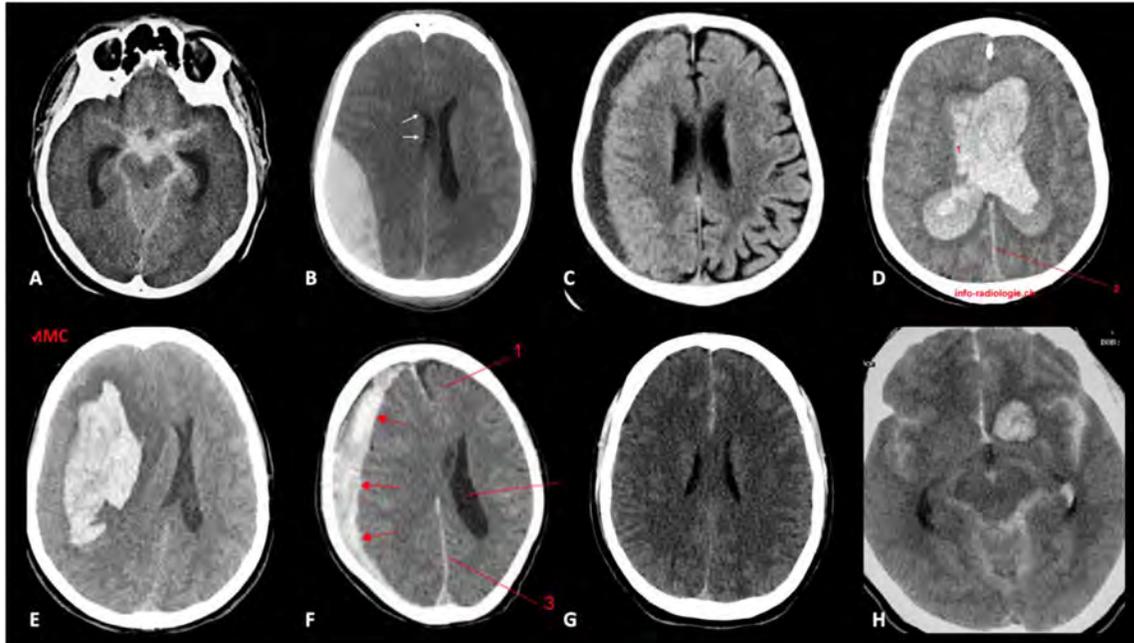
A quoi correspondent les éléments numérotés ?

Vous répondrez sur votre copie en indiquant le numéro et votre réponse, le sujet n'est pas ramassé.

SUJET 5

Les images ci-dessous présentent huit hémorragies intracrâniennes au scanner.

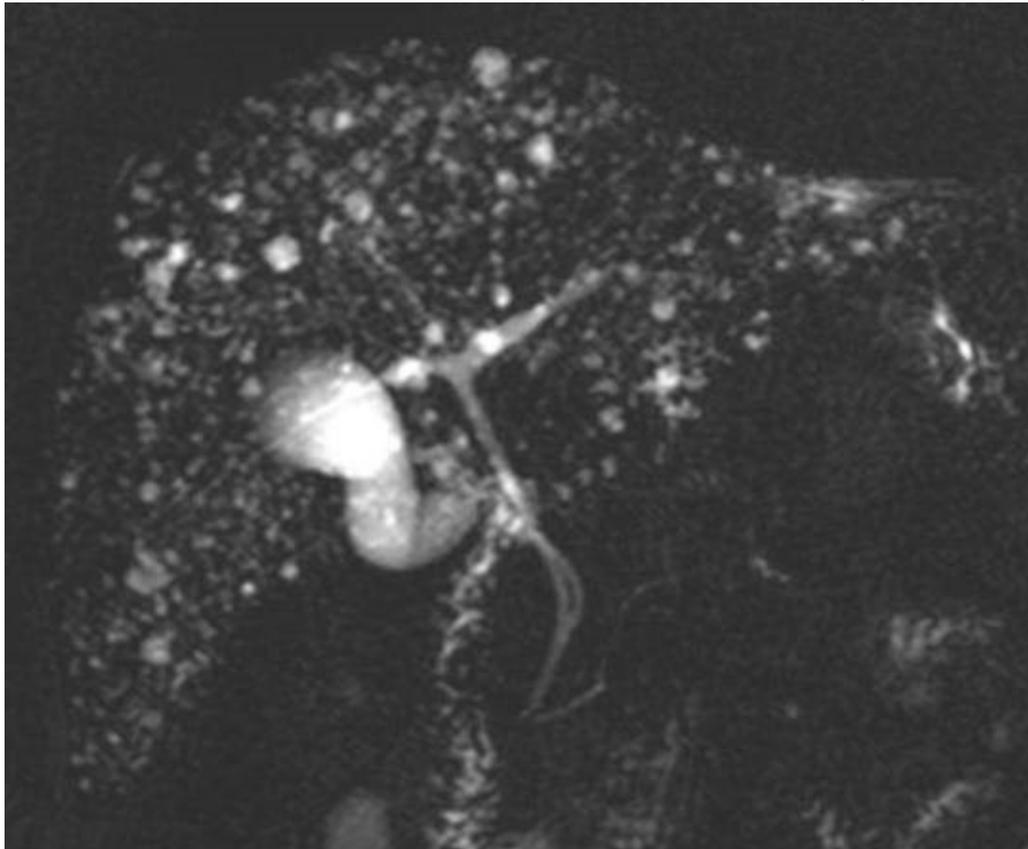
Décrire chacune de ces hémorragies et leurs conséquences éventuelles sur le parenchyme cérébral.



Vous répondrez sur votre copie en indiquant la lettre et votre réponse, le sujet n'est pas ramassé.

SUJET 6

Ce patient de 35 ans a bénéficié de l'examen ci-dessous. Il est asymptomatique.



1. De quel examen s'agit-il ?
2. Quelle est la principale caractéristique technique d'acquisition de ce type d'examen ?
3. Quelles sont vos constatations ?
4. Quel est votre diagnostic ?
5. Quelle est la conduite à tenir ?

SUJET 7

Homme de 49 ans testé Covid+ depuis 2 jours, arrive aux Urgences en SMURD avec désaturation, polypnée et œdème des membres inférieurs d'installation brutale.

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien est réalisé avec acquisition artérielle et portale.

Figure A



Figure B



Figure C



Figure D



Figure E

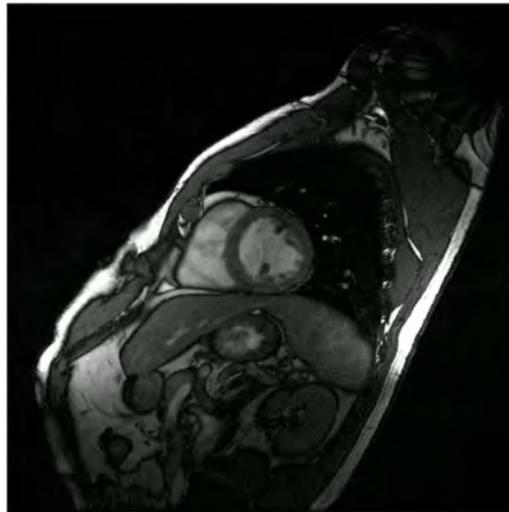


Figure F



1. Figure A. Que montre le scanner ?
2. Figure B. Que montre le scanner ?
3. Figure C. Que montre le scanner ?
4. Figure D. Que montre le scanner ?
5. Figure E. Que montre le scanner ?
6. Figure F. Que montre le scanner ?
7. Quels sont vos diagnostics ?

SUJET 8



Question 1

En IRM cardiaque on se sert des séquences « Ciné ».

- A. Sur quel type d'acquisition est basée la séquence appelée « Ciné » ?
- B. Quel type de synchronisation est habituellement utilisé ?
- C. Comment appelle-t-on ce plan de coupe ?
- D. Comment est calculée/estimée la fraction d'éjection ventriculaire ?

Question 2

Dans quelles circonstances n'y a-t-il aucun risque d'introduire un dispositif médical proche ou dans le tunnel de l'IRM ?

Question 3

Si l'on respecte le DAS (SAR) maximal en IRM clinique, quelle est la limite maximale d'élévation de la température du patient ?

Question 4

Quelles sont les séquences qui vont majorer l'hétérogénéité du champ magnétique statique ?

Question 5

A partir du plan image, à quel plan va-t-on passer grâce à la transformée de Fourier ?

RHUMATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Cet homme de 35 ans vous est adressé en consultation de Rhumatologie par son médecin traitant qui évoque une spondyloarthrite (SpA).

Depuis 3 années, cet homme est confronté à des douleurs dorsolombaires, sans radiculalgie, le réveillant la nuit, persistant la journée, évaluées à 7 sur 10 sur une échelle numérique (0 représentant une absence de douleur, 10 une douleur intolérable). Il se plaint aussi d'un enraidissement douloureux lombaire matinal d'au moins 2h. Il a souvent des douleurs du bassin, en particulier des fesses. Il continue à exercer ses activités, mais avec une gêne globale liée aux douleurs du rachis et du bassin, évaluée à 6 sur 10 (0 pas de gêne, 10 gêne maximale imaginable). Le BASDAI est calculé à 5,1.

Le traitement est basé sur paracétamol 1 à 3 g/j. Il dit ne pas supporter diclofenac et piroxicam du fait d'épigastralgies et il a un antécédent d'ulcère duodénal.

Le radiologue a retenu des signes formels de spondyloarthrite sur les radiographies, que vous apporte le patient.

Ses antécédents médicaux sont dominés par une polykystose rénale. Il est suivi annuellement par un néphrologue. L'insuffisance rénale est stable, créatinine à 120 micromoles/l, débit de filtration glomérulaire (DFG) à 45 ml/min par CKD-EPI.

Il est marié, père de 2 enfants. Il est salarié, installateur de climatisation. En complément de son travail, dans ses loisirs, il apprécie, vélo et bricolage, qu'il a du mal à poursuivre du fait des douleurs. Pas d'habitude toxique. 175 cm, 68 kgs.

Questions :

- 1- Quelles anomalies peuvent être mises en évidence par les radiographies du rachis dorsal, du rachis lombaire, du bassin, chez ce patient atteint de spondyloarthrite axiale ?
- 2- Décrivez les signes que vous recherchez lors de l'examen clinique physique de ce patient.
- 3- Quels examens biologiques sont utiles, quels résultats pourraient contribuer au diagnostic de SpA ?
- 4- Le patient se plaint d'une limitation douloureuse de la hanche droite ; quelles explorations complémentaires demandez-vous ? Quels signes paracliniques recherchez-vous ?
- 5- Une biothérapie anti inflammatoire est envisagée. Quels éléments dans cette observation justifient la prescription d'une biothérapie ?
- 6- Quelles classes thérapeutiques de biothérapies peuvent être prescrites ?
- 7- Quelles sont les explorations complémentaires nécessaires avant l'introduction d'une biothérapie chez ce patient ?

8- Citez les biothérapies disponibles en France qui peuvent être prescrites chez ce patient ; pour chaque biomédicament, indiquez la dénomination commune internationale (DCI), la voie d'administration, la posologie.

9- Le patient vous demande quelles sont les principales complications auxquelles la spondyloarthrite l'expose. Citez-en 5.

10- Le patient vous demande quels sont les principaux effets indésirables susceptibles de se produire avec la biothérapie qu'il va recevoir. Citez-en 3.

11- Vous réexaminez le patient après 3 mois de traitement. Quels sont les critères en faveur d'une réponse au traitement ?

12- Le patient est plutôt satisfait et vous poursuivez le traitement. Il vous demande s'il y a des mesures non médicamenteuses susceptibles de l'améliorer. Que lui répondez-vous ?

13- Il redoute une infection covid 19. Que lui expliquez-vous ?

14- Après 6 mois de traitement, il consulte à nouveau, accompagné de son fils de 11 ans. Ce jeune garçon a depuis 6 mois des talalgies droites invalidantes. Qu'en pensez-vous ?

SANTE PUBLIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

SUJET 1

La France détient un des taux de suicide les plus élevés d'Europe.

Ce problème a incité les pouvoirs publics à établir une feuille de route en Santé mentale et Psychiatrie en 2018. Un axe de cette stratégie vise à promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;

- 1- Pouvez-vous citer une action de prévention du suicide ciblant les patients qui a été préconisée ?
- 2- Quelles sont les populations à risque de tentative de suicide ?
- 3- Quelles sont les principales sources d'information sur les tentatives de suicide en France ?

Le nombre de tentatives de suicide dans votre établissement vous semble élevé. Vous souhaitez faire une étude comparative avec les données nationales.

- 4- A quoi correspond le taux brut de tentatives de suicide ?

Vous disposez pour l'année précédente, du nombre de patients ayant eu une hospitalisation comportant une prise en charge pour une tentative de suicide, et résidant dans votre département.

Département	Hommes														
	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +
nombre de patients avec TS	2	16	14	18	19	11	11	19	18	10	9	3	6	5	9
Population du département	9 781	8 986	6 991	7 879	8 168	9 041	9 225	10 431	11 258	11 010	11 033	11 637	9 113	6 529	10 636

France métropolitaine Hommes	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +
Répartition de la population	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,04	0,03	0,04

Département X	Femmes														
	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +
nombre de patients avec TS	13	36	21	21	17	13	24	33	27	31	12	11	10	6	16
Population du département	9 430	8 488	6 831	7 788	8 678	9 641	9 589	10 841	11 766	11 964	12 097	12 571	10 338	7 689	17 321

France métropolitaine Femmes	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 ans et +
Répartition de la population	0,06	0,06	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,04	0,08

5- Quelles bases permettent d'obtenir ces résultats ? Quelle nomenclature cible ces diagnostics ?

6- Avec quelle méthode allez-vous comparer le taux de suicide du département avec le taux national ?

Explicitez pourquoi ? quel test pouvez-vous utiliser ?

7- Quelle autre méthode permet de comparer l'incidence du groupe étudié avec la population de référence ?

8- Les patients à risque suicidaire peuvent être isolés lors de leur hospitalisation, quels indicateurs pouvez-vous suivre ? À partir de quel support ?

9- Quel institut analyse les certificats de décès ?

10-Quelle type d'étude pouvez-vous réaliser pour évaluer un programme de prévention du risque suicidaire ?

SUJET 2

Une étude vise à investiguer les associations entre la durée de sommeil et le risque de mortalité. A l'inclusion dans l'étude, les volontaires rapportaient sur un questionnaire leur durée de sommeil habituelle. Ils ont par ailleurs répondu à des questions sur leur mode de vie et leurs comportements (tabac, alcool, activité physique ...). Au total, 39191 sujets adultes ont été inclus dont 25167 femmes. La mortalité a ensuite été surveillée annuellement de 1997 à 2010.

Les auteurs précisent que pour arriver à l'effectif de 39191, ils ont exclu 3000 sujets pour lesquelles la durée de sommeil était manquante.

- 1) Citez les 2 conséquences possibles de cette exclusion.
- 2) Afin d'évaluer les conséquences possibles de ces exclusions, les auteurs établissent des courbes de Kaplan-Meier sur la mortalité chez les 39191 sujets sans données manquantes et les 3000 sujets avec données manquantes sur la durée de sommeil. La p-value du test du Log-rank est de 0.33. Qu'en concluez vous ?
- 3) A partir du tableau ci-dessous, calculez les incidences de mortalité pour chacune des classes de durée de sommeil et donnez les intervalles de confiance à 95%. Vous expliquerez brièvement votre méthode de calcul; indiquez dans le tableau l'unité de votre incidence.

Nb heures de sommeil/j	Nombre de décès	Personnes-années	Incidence	Intervalle confiance 95%
≤5h	486	40,469		
6h	761	116,938		
7h	1255	215,222		
≥8	1046	124,483		

4) Un collègue vous suggère de standardiser par la méthode directe les taux d'incidences précédemment calculés. Enoncez brièvement le principe de calcul.

5) Les auteurs utilisent un modèle de Cox pour quantifier les associations entre durée de sommeil et mortalité. Interprétez les résultats de l'analyse univariée reportés au tableau ci-dessous.

Nb heures de sommeil/j	HR	Intervalle confiance 95%
≤5h	1.13	1.01-1.25
6h	0.98	0.92- 1.10
7h	1.0	
≥8	1.15	1.05-1.24

6) La comparaison des caractéristiques des sujets selon les classes de durée de sommeil montre des différences significatives selon l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, la consommation de tabac et l'activité physique. Les auteurs décident d'ajuster l'analyse précédente sur ces facteurs. Pourquoi ?

7) Les auteurs souhaitent maintenant étudier si la relation entre la durée de sommeil et la mortalité diffère selon l'âge à l'inclusion en dissociant les moins de 65 ans et les 65 ans et plus. Proposez 2 stratégies d'analyse.

8) L'analyse du point 7) retrouve une association significative chez les moins de 65 ans dormant 5h et moins par jour. Au final, les auteurs estiment que chez les moins de 65 ans, le risque de mortalité attribuable au fait de dormir 5h et moins par jour est de 8%.

De quoi dépend le risque attribuable

Interprétez ce résultat

9) Pour tester la robustesse de leurs résultats, les auteurs répètent leur modèle de Cox après avoir exclus les décès précoces survenus dans la première année. Dans quel but ?

UROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Tous les sujets doivent être traités

Sujet N°1

En consultation, vous recevez un homme de 22 ans pour augmentation de volume du scrotum gauche, non douloureuse, découverte à l'autopalpation et évoluant depuis 4 semaines. L'examen clinique objective un nodule testiculaire induré.

Question N°1 :

Vous suspectez une tumeur germinale testiculaire

Quels examens paracliniques demandez-vous et quelles organisations pré opératoires mettez-vous en place? Qu'en attendez-vous ?

Question N°2 :

Vous prévoyez un geste opératoire. Quelles sont les modalités chirurgicales particulières ?

Question N°3 :

Quels sont les éléments de rédaction du compte rendu opératoire ?

Question N°4 :

Quels sont les éléments constitutifs de la check-list HAS opératoire ?

Comment doit se dérouler la check-list en pré-opératoire ?

Question N°5 :

Il s'agit d'une tumeur germinale séminomateuse de 5 cm, stade pT2, localisée.

Quelle organisation pratique et quelles modalités thérapeutiques complémentaires mettez-vous en place? Hiérarchisez vos propositions.

Sujet N°2

Monsieur TM, 79 ans, éthylo-tabagique, asthmatique, sous anticoagulant pour un trouble du rythme cardiaque est admis aux urgences pour une rétention aigue d'urine sur hématurie. Il est fébrile et se présente dans le contexte de l'épidémie de SARS-CoV-2.

Question N°1 :

Quelle est votre conduite à tenir en urgence ?

Question N°2 :

Quels examens complémentaires prévoyez-vous ?

Question N°3 :

Le bilan révèle une tumeur de la vessie. Que proposez-vous à ce patient ?

Question N°4 :

L'analyse anatomo-pathologique de la résection trans-urétrale a mis en évidence une lésion T1 haut grade. Quelle est votre conduite à tenir ?

Question N°5 :

Quelle aurez été votre prise en charge si la lésion avait été T2 haut grade ?

Sujet N°3

Monsieur Y., 65 ans, vient à votre consultation pour des troubles urinaires du bas appareil. Il n'a pas d'antécédent particulier et se plaint essentiellement d'une pollakiurie nocturne.

Question N°1 :

Détailler votre interrogatoire.

Question N°2 :

Détaillez votre examen clinique.

Question N°3 :

Quels examens paracliniques demandez-vous ?

Question N°4 :

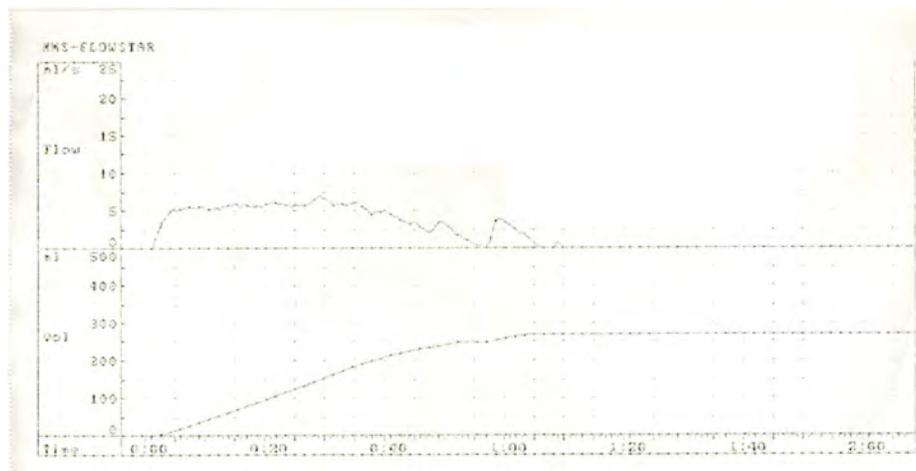
En cas d'hypertrophie bénigne de la prostate, quels sont les facteurs qui vous orienteraient vers un traitement chirurgical de première intention ?

Question N°5 :

Finalement, au terme de votre bilan, vous constatez que Monsieur Z. a une symptomatologie urinaire modérée en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate. Quels sont les traitements que vous pouvez lui proposer. Citez les principales classes thérapeutiques, leur posologie et un exemple de chaque classe en DCI.

Question N°6 :

Vous revoyez Monsieur Y. en consultation 5 ans plus tard. Malgré votre traitement sa symptomatologie s'est aggravée. Interprétez l'examen suivant.



Question N°7 :

Le volume prostatique est évalué à 90 cc. Quelles options chirurgicales pouvez-vous retenir pour Monsieur Y. ? Quel est l'effet secondaire le plus fréquent de ces traitements ?

Sujet N°4

Monsieur FM, 62 ans, est adressé à votre consultation pour des troubles mictionnels avec découverte d'un PSA à 11,8 ng/ml dans un contexte d'infection urinaire récente, survenue il y a 10 jours

Question N°1 :

Quel sera l'élément essentiel de votre examen clinique ?

Question N°2 :

Quelle sera votre conduite à tenir devant le dosage de PSA ?

Question N°3 :

Le patient vous revoit un mois plus tard et il vous montre un nouveau dosage du PSA à 6,7 ng/ml. Que proposez-vous au patient et quelles précautions prenez-vous pour mener à bien votre proposition

Question N°4 :

Il est découvert un cancer de la prostate ISUP 3. Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Question N°5 :

Quel est le risque évolutif de cette lésion ?

Question N°6 :

Quelles sont les propositions thérapeutiques que vous soumettez à ce patient ?

Question N°7 :

Ce patient souhaiterait une curiethérapie prostatique. Cette option vous paraît-elle possible ? Expliquez votre choix.

Question N°8 :

Si le résultat des biopsies avait été « Adénocarcinome de la prostate infiltrant ISUP 1 de 3 mm sur une des 12 biopsies », quelles options thérapeutiques auriez-vous pu proposer au patient, laquelle auriez-vous privilégié ?