

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Question N°1

Une femme de 86 ans, sans antécédent connu, consulte pour une lésion du cuir chevelu. Une biopsie-exérèse est réalisée qui montre une prolifération cellulaire peu différenciée dermique.

Quels diagnostics évoquez-vous ?

Pour chacun d'eux, vous indiquerez les éléments de l'analyse histologique, l'immunophénotype et les techniques complémentaires éventuelles à mettre en œuvre.

Question N°2

Prise en charge technique et médicale d'une résection par mucosectomie d'un polype du colon gauche qui s'avère être malin chez un homme de 42 ans : définition du polype malin, analyses macroscopique et histologique, diagnostic différentiel et éléments devant figurer dans le compte rendu.

ANESTHESIE REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Une femme de 30 ans, primipare, primigeste, 1m68, 85 kg (poids de fin de grossesse), non suivie, est déclenchée à 36 semaines pour pré-éclampsie en raison de dopplers fœtaux pathologiques.

Question 1.

Quelle est la définition de la pré-éclampsie et citer les critères de gravité ?

Question 2.

Quelles sont les conditions nécessaires à la réalisation d'une analgésie péridurale ? En cas de contre-indication à l'analgésie péridurale, quelles seraient les alternatives ?

Question 3.

Quelles sont les principales complications de l'analgésie péridurale ?

Une Césarienne en urgence (code rouge) est indiquée en raison d'anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal. L'analgésie péridurale n'est plus efficace.

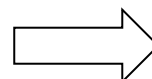
Question 4.

Décrivez les modalités de prise en charge anesthésique. Listez les différentes étapes de l'induction anesthésique en les justifiant.

Le nouveau-né ne crie pas, il est bradycarde. En attendant l'arrivée du pédiatre, vous confiez la surveillance de la patiente à l'infirmière anesthésiste et vous débutez la réanimation.

Question 5.

Listez de façon chronologique les étapes successives de la prise en charge du nouveau-né.



La patiente est réveillée, extubée et transférée en SSPI. Vous êtes appelé 1 heure plus tard car la patiente est pâle, la PAS est à 90 mmHg et la fréquence cardiaque à 130 b/min. L'examen abdominal ne retrouve pas de globe utérin.

Question 6.

Quel diagnostic évoquez-vous et quelles mesures thérapeutiques et de surveillance, mettez-vous en œuvre ?

Malgré les actions précédentes, au bout de 30 minutes, le saignement persiste.

Question 7

Quelles sont les options thérapeutiques en fonction de l'état hémodynamique ?

Grâce à votre prise en charge, l'hémorragie est résolue et la patiente retourne en secteur de suites de couches.

Question 8

Quelles sont vos prescriptions postopératoires ?

Lors du premier lever, elle présente une douleur thoracique aiguë.

Question 9

Quel est le principal diagnostic à évoquer et quelles sont les mesures diagnostiques et thérapeutiques ?

BIOLOGIE MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques LES 4 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Une femme de 33 ans consulte après 3 fausses couches. A l'interrogatoire on retrouve un antécédent récent d'embolie pulmonaire après un vol aérien de 12 h.

Question N° 1

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N° 2

Quels examens biologiques proposez-vous pour confirmer le diagnostic et comment les interprétez-vous ?

Sujet : 2

Une femme âgée de 24 ans sans antécédent consulte à 15 semaines d'aménorrhée pour la première fois un gynécologue.

Question N° 1

Quels tests sérologiques doivent être demandés ?

Question N° 2

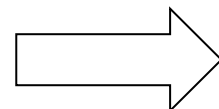
Pour chaque test réalisé, sur quels critères pouvez-vous affirmer que l'infection est récente ?

Question N° 3

Cette patiente consulte deux mois plus tard avec une hyperthermie à 38°5 et un taux de leucocytes à 14 000 G/L. L'ECBU montre une forte leucocyturie et la présence de germes à l'examen direct.

Quel est le germe le plus fréquemment en cause ?
Comment l'identifiez-vous ?

TSVP



Sujet : 3

Un homme âgé de 60 ans et grand fumeur consulte pour une douleur thoracique d'apparition brutale.

Question N° 1

Quel bilan biologique demandez-vous en première intention ?

Question N° 2

Indiquez les valeurs de référence.

Question N° 3

Le bilan lipidique réalisé à jeun montre :

Cholestérol total = 8,6 mMol/L

HDL = 0,9 mMol/L

Triglycérides = 5,8 mMol/L

Indiquez les valeurs de référence et interprétez ce bilan.

Comment calcule-t-on le taux de LDL ?

Peut-on calculer le taux de LDL chez ce patient? Justifiez votre réponse.

Sujet : 4

Citez les examens biologiques indispensables pour caractériser les deux types d'hémoglobinopathies, qualitative et quantitative.

Quelles sont les anomalies biologiques les plus fréquemment retrouvées ?

BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIEN)

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

LES 2 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Mlle A, 20 ans, consulte aux urgences pour une dysurie et une pollakiurie, sans aucun autre signe. Elle n'a aucun antécédent particulier et c'est la première fois qu'elle présente ce type de symptômes. Elle n'est pas enceinte.

Question N°1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question N°2

Quel(s) examen(s) biologique(s) recommandez-vous ?
En donner les principes.

Question N°3

Quelles sont les bactéries en cause les plus probables dans cette infection :

- a. Parmi les bactéries à Gram négatif
- b. Parmi les bactéries à Gram positif

Question N°4

Quel est le traitement de première intention pour cette pathologie ?

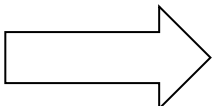
Mlle B, 25 ans, sans antécédents médicaux, présente une pollakiurie, une dysurie associée à une fièvre et des douleurs diffuses lombaires. Elle n'est pas enceinte.

Question N°5

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question N°6

Quel(s) examen(s) biologique(s) recommandez-vous ?

TSVP 

Question N°7

Quels sont les critères biologiques issus de cette exploration qui vous permettent de confirmer votre hypothèse diagnostique ?

Question N°8

Quels sont les résistances naturelles aux beta-lactamines des 3 espèces bactériennes suivantes et en préciser le mécanisme ?

- *E. coli*
- *K. pneumoniae*
- *E. cloacae*
-

Question N°9

Le laboratoire rend les résultats suivants : *E. coli* BLSE. Comment s'explique ce mécanisme de résistance, et comment se traduit t-il sur un antibiogramme ?

Question N°10

Cet *E. coli* est résistant à l'ofloxacine mais sensible à la ciprofloxacine. Quel est votre prestation conseil vis-à-vis de cette classe d'antibiotique ?

**Cette patiente est hospitalisée et mise sous Imipénème (Tienam)
Vous apprenez qu'elle vient d'être rapatriée de Grèce en urgence.**

Question N°11

Au vu de l'ensemble du dossier de Mlle B. :
Quelle est votre prestation conseil ?

Question N°12

Vous êtes le responsable du processus pré-analytique de votre laboratoire. Que recommandez-vous pour la prise en charge du(des) examen(s) de la question n° 6 ?

Sujet : 2

Un homme de 60 ans, bon état général, est hospitalisé pour douleurs osseuses avec un bilan biologique réalisé 48 heures avant et qui révèle à l'électrophorèse des protéines sériques un pic étroit dans la zone des gammaglobulines. Un myélogramme est réalisé et révèle au sein d'une moelle riche une infiltration plasmocytaire à 25%. Un diagnostic de myélome est posé.

Question N°1

Quels sont les examens à réaliser pour compléter le diagnostic et quels sont les résultats attendus?

Question N°2

Dans l'ensemble du bilan réalisé, quels éléments permettent de préciser le pronostic ?

Question N°3

Dans l'ensemble du bilan réalisé, quels examens permettent de décider la mise en route d'un traitement ?

Question N°4

Quelle stratégie thérapeutique propose t'on à ce patient ?

Le lendemain de son hospitalisation, le praticien ayant réalisé le myélogramme vous contacte du fait de l'apparition d'un hématome géant au niveau du site de prélèvement. Une NFS de contrôle et un bilan d'hémostase sont demandés.

La NFS ne révèle pas de thrombopénie, le TP est à 100%, le TCA (activateur = silice) exprimé en ratio du témoin est à 3,1 et le TCK (activateur = kaolin) exprimé en ratio du témoin est à 3,2.

L'interrogatoire du patient réalisé suite à ce bilan révèle une absence d'antécédents hémorragiques.

Question N°5

Quels examens d'hémostase pratiquez vous afin d'explorer cet allongement du TCA ? Quelle en est la cause la plus probable ?

Question N°6

Quel lien cette anomalie de l'hémostase pourrait-elle avoir avec le myélome ?

ONCOLOGIE

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

Sujet : N° 1

Cancer du sein

60 ans , ménopausée depuis 7 ans

ATCD stent coronaire, thrombose veineuse profonde 2 ans auparavant, tabagisme sevré 30 PA, sous aspirine à faible dose – Indice de masse corporelle : 28

Mammographie de dépistage : découverte d'une opacité de 15 mm dans le QSE du sein gauche - Bonnet 95C

Microbiopsie :

Carcinome canalaire infiltrant grade SBR II RE +++ RP ++ Ki67 :15%

Le bilan d'extension ne révèle pas de métastases

Question n° 1

Quels sont les 3 dispositifs obligatoires requis dans le cadre du plan cancer avant de débiter le traitement ?

On propose une chirurgie première.

Question n° 2

Quels sont les critères chez cette patiente qui autorisent de réaliser une procédure de ganglion sentinelle ?

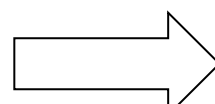
Histologie de la pièce opératoire : Carcinome canalaire infiltrant de 15 mm de grade 1, Ki67 : 10%, RE+++100% ; RP++ 60% ; 2 Ganglions sentinelles négatifs ; HER2++ non amplifié en FISH ; Marges saines (> 1mm) ; embols négatifs.

Question n° 3

Comment classez-vous cette tumeur dans la classification TNM ?

Question n° 4

Y-a-t'il une indication de radiothérapie adjuvante ? si oui, quel(s) volume(s) et quelle dose par volume ?



Question n° 5

Quel traitement médical lui proposez-vous ?

Précisez la ou les classes des molécules, les DCI, les modalités d'administration, les durées de traitement et le bilan pré-thérapeutique

Question n° 6

Indiquez les modalités de surveillance dans les années suivant le diagnostic

Question N° 7

Trois ans après la chirurgie, elle présente des douleurs osseuses lombaires.

Quel bilan proposez-vous ?

Question n° 8

Il existe des lésions osseuses sur plusieurs vertèbres et le bassin sans lésions viscérales.

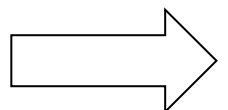
Comment complétez-vous le bilan ?

Question n° 9

On propose une hormonothérapie de seconde ligne par fulvestrant : donner les modalités d'administration.

Question n° 10

Le bilan d'imagerie met en évidence une atteinte de T9 (voir photo) qui reste douloureuse. Que lui proposez-vous ?



Sujet : N° 2

Un homme de 56 ans consulte aux urgences pour un ictère avec prurit depuis 3 jours, associé à une altération de l'état général, amaigrissement de 10 kg et douleurs épigastriques transfixiantes intenses, insomniantes et résistantes au paracétamol+codéine, persistantes depuis 3 mois. A l'interrogatoire, tabagisme actif depuis 36 ans, avec consommation de 3 bières par jour, sans autre antécédent signalé. L'examen clinique retrouve un franc ictère cutanéomuqueux, avec une hépatomégalie sensible, nodulaire à la palpation. Poids de 60 kg contre un poids de forme à 70 kg, taille 176 cm. A l'échographie réalisée en urgence, dilatation des voies biliaires.

Question n° 1

Quel diagnostic le plus probable devez-vous évoquer ? Enoncez les arguments de votre réponse à partir de l'énoncé du texte.

Question n° 2

Quel geste proposez-vous en priorité pour améliorer l'état général du patient, confirmer le diagnostic positif et permettre la suite de la prise en charge thérapeutique?

Les mesures précédentes ont permis une confirmation histologique du diagnostic et une amélioration de l'état général (OMS 1), permettant d'envisager d'un traitement spécifique. La présence de métastases hépatiques est confirmée.

Question n° 3

Quelle démarche obligatoire vous permet de décider la mise en œuvre d'un traitement spécifique ?

Le bilan biologique s'est normalisé et une chimiothérapie est décidée.

Question n° 4

Quel protocole est le standard dans cette situation ? Citez les médicaments qui le composent ?

Au 7^e jour après le 1^{er} cycle, le patient présente une fièvre à 38°6 et des crachats purulents avec état général conservé, sans trouble digestif. La formule numération sanguine retrouve des leucocytes à 1300/mm³ avec 370 polynucléaires neutrophiles par mm³, sans autre anomalie.

Question n° 5

Quel traitement de première intention proposez-vous ? Donnez un exemple.

Après un bénéfice initial de la chimiothérapie pendant 9 mois, l'état général du patient se dégrade (OMS3) avec récurrence de douleurs épigastriques intenses incluant une composante neuropathique, amaigrissement majeur de 15 kg et progression radiologique au scanner. Le patient et ses proches ont été mis au courant de l'impossibilité d'envisager une 2^e ligne de chimiothérapie, et sont très éprouvés par l'annonce.

Question n° 6

Quel(s) traitement(s) symptomatique(s) et mesures générales préconisez-vous ?

Les douleurs sont réfractaires au traitement médical antalgique bien conduit.

Question n° 7

Que pouvez-vous proposer comme autres mesures antalgiques ?

Question n° 8

Avec quelle équipe hospitalière allez-vous travailler en proche collaboration ?

Question n° 9

Si l'état général du patient était conservé lors de la progression, quelle chimiothérapie proposeriez-vous en 2^e ligne ?

CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

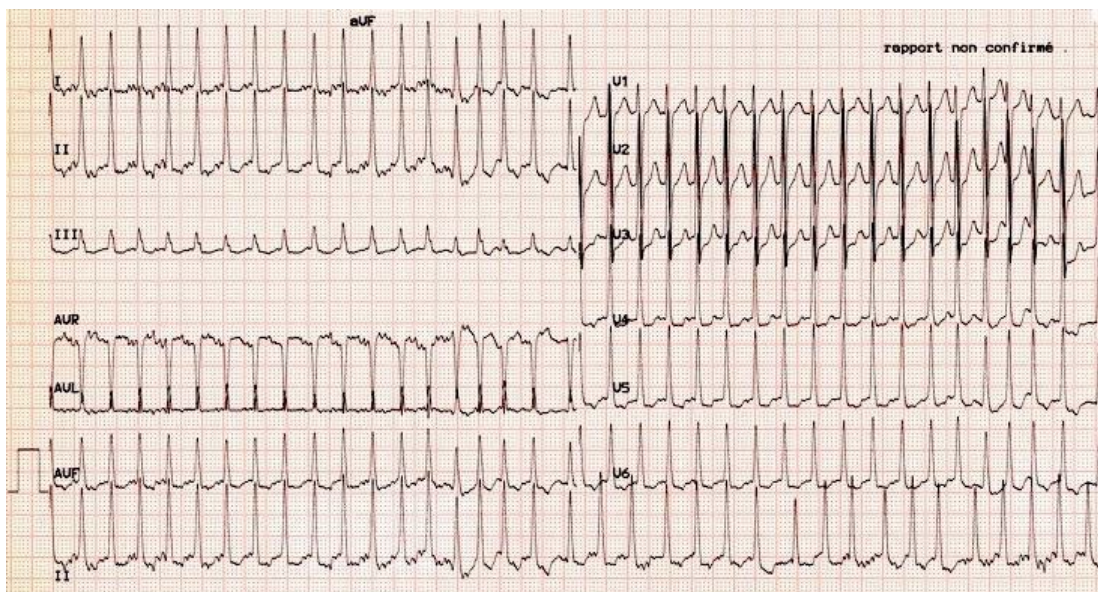
Sujet :

Madame MC..., 67 ans, diabétique mal équilibrée, sans antécédent familial contributif, se présente aux urgences pour un essoufflement. Elle était suivie médicalement pendant quelques années pour ce problème, avec la notion d'une altération de la contraction de la partie gauche de son cœur, mais a stoppé tout suivi cardiologique depuis 3 ans.

Question N° 1

Concernant la dysfonction ventriculaire gauche, quel(s) paramètre(s) aurai(en)t dû être surveillé(s) régulièrement ?

Durant la consultation, la patiente signale une aggravation progressive de l'essoufflement avec apparition d'une dyspnée de repos depuis 8 jours. L'examen clinique retrouve une apyrexie, une pression artérielle à 165/90, une saturation en oxygène (SpO₂) à 93%, une fréquence respiratoire à 20/min, un pouls rapide et irrégulier à 160/min, des œdèmes malléolaires des membres inférieurs, symétriques indolores et prenant le godet. A l'auscultation on note un souffle systolique à l'apex côté 2/6, un éclat du B₂ au foyer pulmonaire et des crépitaux aux bases pulmonaires. Un ECG est enregistré.



➡ TSVP

Question N° 2

Quelles anomalies ECG retenez-vous ?

Question N° 3

Quelles sont les conséquences potentielles de ce trouble du rythme ?

Question N° 4

Quel est le mécanisme physiopathologique de ce trouble du rythme en deux phrases ?

Question N° 5

Quelle(s) caractéristique(s) à l'auscultation du souffle peut permettre de conclure à une insuffisance mitrale ?

Question N° 6

Quelles sont les causes potentielles possibles de la survenue du trouble du rythme constaté chez cette patiente ?

Question N° 7

Quelle est votre prise en charge thérapeutique initiale aux urgences ?

Une fois la thérapeutique instituée aux urgences, la patiente est hospitalisée en Cardiologie, mais son état clinique se dégrade rapidement dans les 24h qui suivent l'admission.

Question N° 8

Quels sont les arguments cliniques à rechercher en faveur d'un choc cardiogénique ?

Question N° 9

Quel traitement urgent est à proposer chez cette patiente si un choc cardiogénique survient ? Détaillez.

La patiente s'améliore rapidement dans les jours qui suivent. Elle est en rythme sinusal, en classe II de la NYHA. L'échocardiographie confirme la présence d'un ventricule gauche moyennement dilaté à 65 mm, globalement hypokinétique, avec une fraction d'éjection estimée à 38%. Il existe une insuffisance mitrale modérée d'allure fonctionnelle. La pression pulmonaire systolique est calculée à 45 mmHg.

Question N° 10

Que doit comporter le bilan étiologique de cette dysfonction ventriculaire, avant d'envisager le diagnostic de cardiomyopathie dilatée ?

Une maladie coronaire a été éliminée. La patiente est transférée en convalescence. En fin de séjour, la patiente est en stade NYHA II, en rythme sinusal. L'échocardiographie montre une fraction d'éjection stable et la biologie objective un BNP à 300 pg/mL, sans anomalie du bilan hépatique ou rénal.

Question N° 11

Quel(s) type(s) de médicament(s) devrai(en)t figurer sur l'ordonnance de sortie ?

Question N° 12

Un traitement par warfarine est institué. Quels conseils seront associés à sa mise en route?

Deux mois plus tard, la patiente se présente à nouveau aux urgences pour palpitations. Les INR des derniers mois sont en dehors de la cible thérapeutique et l'INR aux urgences à 1.5. L'ECG objective une récurrence de trouble du rythme rapide et irrégulier à 105/min.

Question N° 13

Quelles stratégies thérapeutiques peuvent être discutées ?

Question N° 14

La patiente est mise sous anticoagulant oral direct ;
Quelle(s) aurai(en)t pu être le(s) contre-indication(s) à un tel traitement ?
Comment surveillez-vous ce traitement ?

Question N° 15

Madame H est ré-hospitalisée pour accident vasculaire cérébral. L'IRM met en évidence une angiopathie amyloïde avec des foyers hémorragiques intraparenchymateux.
Que proposez-vous ?

Question N° 16

La patiente est laissée sous amiodarone au long cours.
Quels sont les effets secondaires potentiels d'un tel traitement ?

CHIRURGIE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

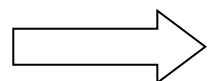
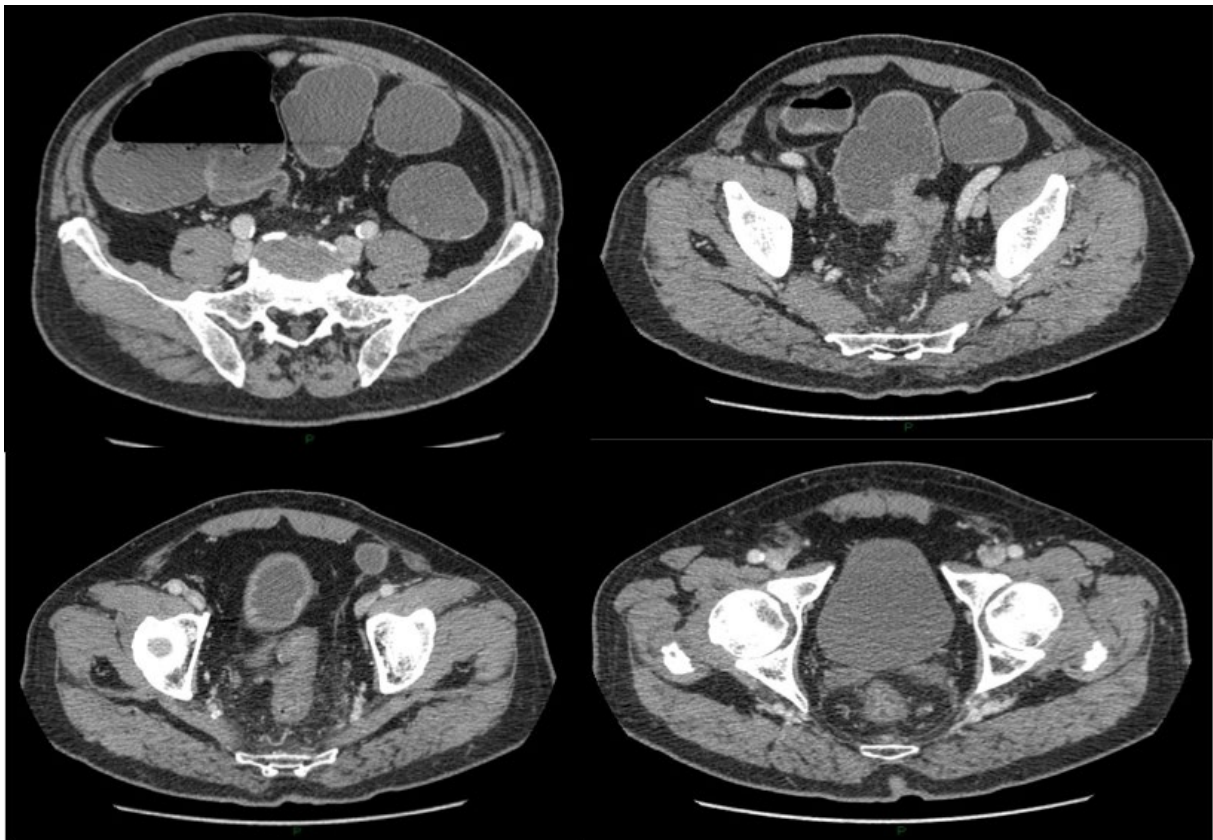
Un homme de 48 ans est admis aux urgences pour douleur abdominale depuis 48 heures. Il est nauséeux et n'a plus de gaz depuis 24 heures. A l'interrogatoire, il décrit également une perte récente de 3 kg. A l'examen, l'abdomen est météorisé, mais il n'y a pas de signes péritonéaux ; la « bandelette urinaire » est négative. Cet homme a pour seul antécédent une appendicectomie dans l'enfance.

Question N° 1

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Et justifiez-les.

Question N° 2

Un scanner abdominal est réalisé. Comment l'interprétez vous ?



Question N° 3

Quelles sont les différentes stratégies thérapeutiques envisageables ?

Avantages et inconvénients ?

Quelle stratégie choisissez vous et pourquoi ?

Question N° 4

Vous choisissez finalement la mise en place dans un premier temps d'une stomie , décrivez la technique .

Décrire la suite de la prise en charge jusqu'à la deuxième intervention chirurgicale.

Question N° 5

Décrire les différents temps de la deuxième intervention chirurgicale , sa surveillance post opératoire et ses complications possibles.

Question N° 6

Le stade définitif est T3 N2 M0. Quel(s) traitement(s) proposez-vous ?

Quelle surveillance ?

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Question N° 1

Carcinome épidermoïde du plancher buccal antérieur :
Diagnostic, traitement et suivi

CHIRURGIE INFANTILE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

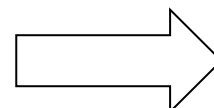
TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : N° 1

Chirurgien pédiatre d'astreinte, vous êtes appelé par le médecin néonatalogue de garde suite à la naissance d'un petit garçon, Noé, porteur d'une malformation broncho-pulmonaire de diagnostic prénatal. Vous reconstituez l'histoire prénatale : découverte à 22 SA d'une malformation kystique du poumon G mesurant 42 X 32 mm avec déplacement médiastinal franc, stabilité à 25 SA, amélioration de la déviation médiastinale sur l'échographie de 30 SA, IRM fœtale à 30 SA évoquant le diagnostic de malformation hybride du lobe inférieur G associant malformation kystique et séquestration pulmonaire. La dernière échographie réalisée à 33 SA retrouvait une moindre déviation médiastinale.

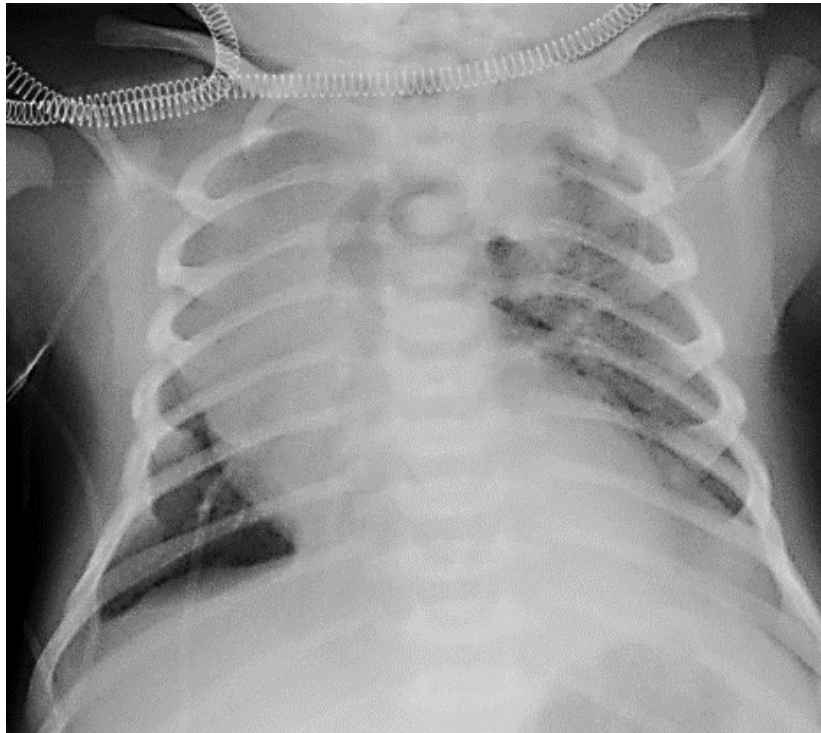
Question n° 1

Quelles sont les 4 malformations broncho-pulmonaires le plus souvent rencontrées en pratique clinique ? Laquelle de ces malformations retiendrez-vous en priorité chez Noé en tenant compte du cliché d'échographie prénatale de 22 SA ci-dessous ?



Question n° 2

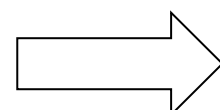
Noé est né à 40 SA + 3 j (poids de naissance 3700 gr) par voie basse. Il présente une polypnée bien tolérée. Comment interprétez-vous l'imagerie réalisée en urgence (cliché ci-dessous) ?

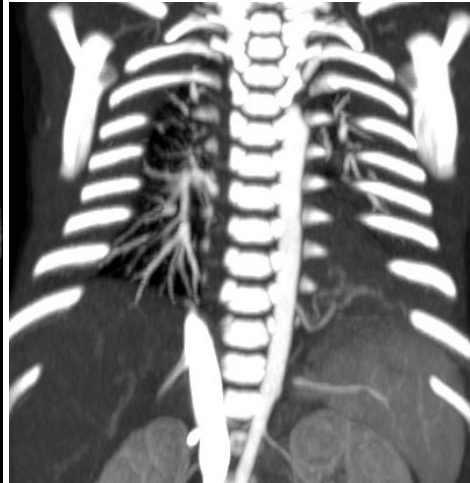


Question n° 3

Noé se stabilise sous mélangeur (FiO_2 20%), sa saturation est normale (100%). Quelle est votre conduite à tenir immédiate ?

Noé garde, à 10 jours de vie, de petits signes respiratoires qui semblent s'améliorer progressivement. Vous demandez un scanner thoracique injecté. Comment interprétez-vous les clichés ci-dessous ? Quelles sont les 2 options thérapeutiques envisageables ?





Sujet N°2

Vous êtes amené à voir en consultation, un garçon de 13 ans, sans antécédent, à l'état général conservé, non fébrile, pour une boiterie persistante du membre inférieur.

Question n° 1

Quels sont les signes cliniques qui vous permettent de parler de pathologie mécanique de la hanche ?

Question N° 2

Quels sont les signes de radiographie standard qui vous permettent d'envisager un diagnostic précis de pathologie non traumatique requérant sur cette forme de début une fixation chirurgicale ?

Question n° 3

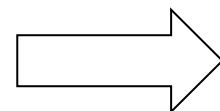
Quel geste envisagez-vous éventuellement d'effectuer sur la hanche controlatérale et pourquoi ?

Question n° 4

Quelles sont, dans le cadre de la pathologie présentée, les principales complications à redouter chez cet enfant ?

Sujet N°3

Vous voyez en consultation un enfant de 3 ans qui présente depuis une dizaine de jours une symptomatologie douloureuse d'un de ses membres inférieurs s'accompagnant d'un trouble de la marche.



Question n° 1

Quels sont les éléments cliniques et généraux vous permettant d'orienter votre diagnostic ?

Question n° 2

Quels examens prescrivez-vous et pourquoi ?

Question n° 3

Un examen radiographique standard vous permet de visualiser une apposition périostée isolée, médio diaphysaire. Quel diagnostic évoquez-vous et quelle sanction thérapeutique prenez-vous ?

Question n° 4

L'examen radiographique montre, outre cette apposition périostée, d'autres signes vous permettant d'évoquer d'autres pathologies. Quels sont ces signes et quelles sont ces pathologies ?

Sujet N°4

Vous voyez une petite fille de 7 ans, sans antécédents, pour douleur abdominale brutale survenue il y a 2 heures, très marquée (EVA 8/10 à l'interrogatoire) accompagnée d'un épisode de vomissement alimentaire. A l'examen clinique l'enfant est algique, pâle, et présente une défense pelvienne latéralisée un peu à droite. Le reste de l'examen est normal pour l'âge. Elle à 37°8 C et ses dernières selles datent du matin même.

Question n° 1

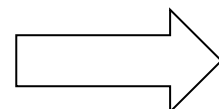
Quels sont les 2 diagnostics à évoquer en priorité ?

Question n° 2

Quel(s) examen(s) d'imagerie demandez-vous en première intention, dans quelles conditions et pour chercher quoi ? Rédigez le bon de radiologie.

Question n° 3

Au bilan d'imagerie une image hétérogène à contenu tissulaire et liquidien de 6,5 cm, pelvienne droite, a été identifiée. Quel examen para clinique spécifique demandez vous ?



Question N° 4

Deux heures après son arrivée et malgré le traitement antalgique de niveau 1 que vous avez prescrit, la patiente demeure très algique, et présente à l'examen clinique une défense persistante. Décrivez précisément votre attitude thérapeutique en sachant que vous n'aurez que dans 12 h le résultat de votre complément de bilan para clinique:

Question N° 5

Citez dans ce contexte de douleur abdominale de l'enfant 4 éléments qui en échographie peuvent faire évoquer une appendicite aigue :

Sujet N°5

Vous voyez un nouveau né à la maternité pour un hypospadias proximal, à l'issue d'une grossesse normale.

Question n° 1

Expliquer et décrire ce qu'est un hypospadias proximal.

Question n° 2

Que recherchez vous systématiquement à l'examen physique ? (sans répéter ce qui a été dit à la question 1).

Question n° 3

Il n'y a aucune anomalie associée à l'examen physique. Vous expliquez aux parents la prise en charge : prévoyez vous des examens complémentaires et si oui le(s) quel(s) ? Quelles questions posez vous aux parents dans un but de recherche étiologique ?

Question n° 4

Prise en charge chirurgicale : à quel âge et quelles principales techniques ? (les citer sans les décrire).

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

LES 2 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Une femme de 45 ans souhaite des informations sur les possibilités de reconstruction mammaire différée.

Les antécédents sont :

- Diabète insulino-dépendant,
- Tabagisme actif,
- Une abdominoplastie avec transposition de l'ombilic.

Elle pèse 70 kg pour 1m60.

Elle a un bonnet C et un tour de taille 100 cm.

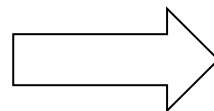
Son cancer du sein a été traité par :

- Mastectomie sans préservation cutanée,
- Curage axillaire,
- Radiothérapie,
- Hormonothérapie.

La radiothérapie est finie depuis 1 an et l'hormonothérapie en cours.

A l'examen clinique, on constate :

- Une cicatrice de mastectomie adhérente avec une peau fine, des télangiectasies et des reliefs costaux visibles,
- Un lympho-œdème clinique évident à la main avec une différence de diamètre au tiers inférieur de l'avant-bras de 2cm par rapport à l'autre côté,
- Un sein controlatéral ptosé pour lequel la patiente ne souhaite pas d'intervention.



TSVP

Question N° 1

La patiente souhaite des informations sur les possibilités de reconstruction mammaire par prothèse. Quelles sont les complications (sans les développer) envisageables que vous expliquez à la patiente ?

Question N° 2

Quelles sont les éléments dans le dossier qui ne vous font pas retenir une reconstruction mammaire par prothèse en première intention ?

Question N° 3

La patiente a entendu parler de la technique de reconstruction par lambeau de muscle grand dorsal (latissimus dorsi).

- a. Rappelez les insertions du muscle grand dorsal (latissimus dorsi)
- b. Citez toutes les branches terminales issues de l'artère sub-scapulaire (artère sous-scapulaire)

Question N° 4

La patiente présente un lymphœdème. Quelles thérapeutiques peuvent être proposées dans le traitement du lymphœdème des membres ?

Question N° 5

Citez 5 lambeaux libres pouvant être utilisés en reconstruction mammaire.

Question N° 6

Citez les inconvénients de la technique de reconstruction par injection de graisse exclusive?

Sujet : 2

Mademoiselle G, 45 ans, paraplégique avec niveau lésionnel Th 7 depuis 10 ans, présente une lésion ischiatique droite depuis 1 an suivie par son médecin traitant. La lésion est apparue à la suite d'un changement de son coussin de fauteuil. Elle n'a jamais présenté d'escarre auparavant. Elle est active, mère de famille. Elle réalise ses autosondages urinaires.

Dans les antécédents, on note un tabagisme actif à 20 cigarettes par jour. Elle pèse 50 kg pour 1m65 (BMI à 18,3 kg/m²).

Son bilan biologique retrouve :

- Une préalbuminémie à 0,03 g/l (valeurs normales entre 0,10 et 0,40 g/l)
- Une albuminémie à 22 g/l (valeurs normales entre 40 et 50 g/l)
- Une CRP (Protéine C Réactive) à 70 mg/l (valeurs normales inférieure à 6 mg/l)
- Hyperleucocytose à 12 000 GB/mm³ (4 000 à 10 000 par mm³)
- Hémoglobininémie à 10,1 g/100ml (valeurs normales 12 à 16 g/100ml)
- Plaquettes 200 000 par mm³ (valeurs normales 150 000 à 450 000/mm³)

Elle est apyrétique avec une escarre propre, peu exsudative. La perte de substance cutanée est de 4cm².

Question N° 1

Rappeler la classification des escarres en 4 stades de la NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) avec les signes cliniques pour chaque stade.

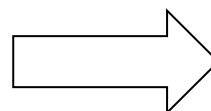
Question N ° 2

Au vu du tableau clinique et des données biologiques, quels sont les facteurs à corriger avant d'envisager une chirurgie.

Question N° 3

Quelles sont les étapes de la prise en charge chirurgicale ?

TSVP



Question N° 4

Quels sont les muscles pouvant être utilisés pour couvrir cette escarre ?

Question N° 5

Rappelez la vascularisation du muscle grand fessier (gluteus maximus) et le type selon la classification de Mathes et Nahai.

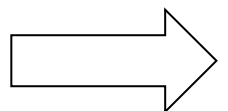
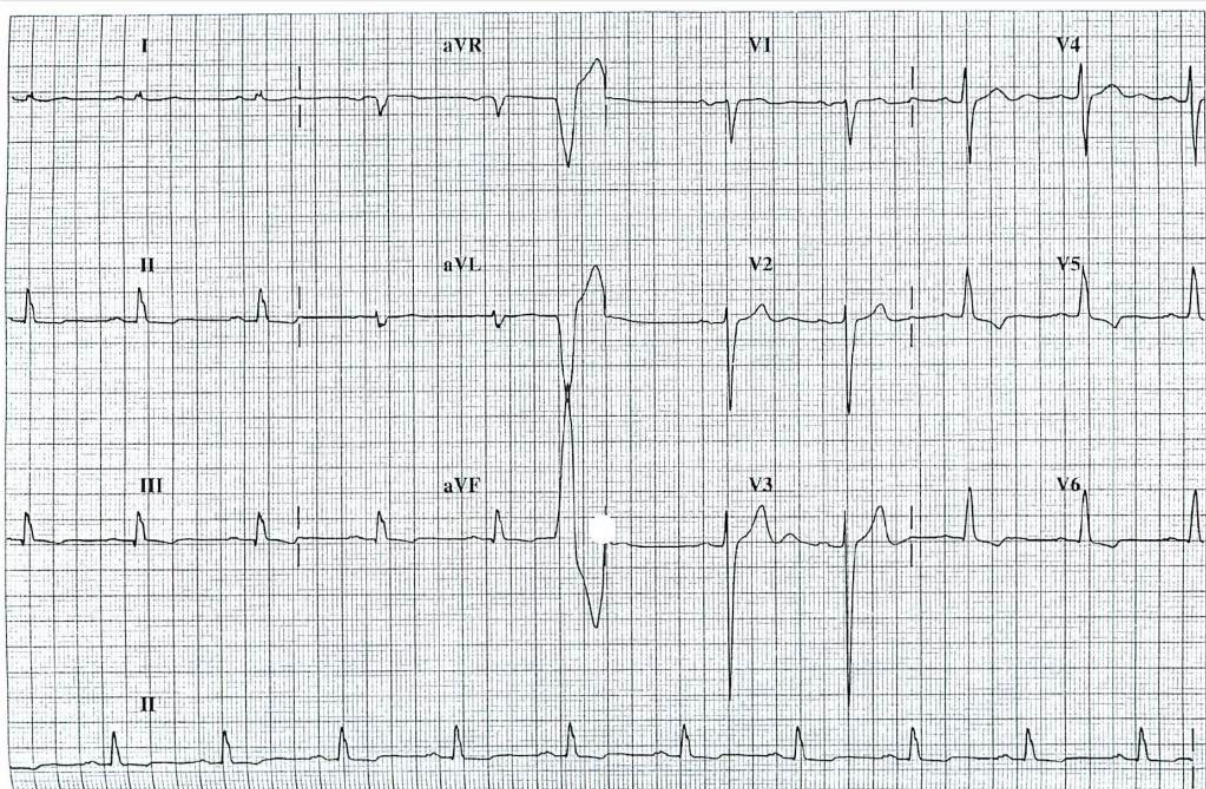
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques Tous les sujets sont à traiter

Sujet : N° 1

Cardiologue libéral, vous voyez en consultation pour la première fois un patient de 47 ans. Cet instituteur, né en France, est tabagique à 20 paquets années, non sevré et dyslipidémique. Il ne prend aucun traitement. Il n'a aucun antécédent cardiovasculaire.

Depuis plusieurs mois, il présente un essoufflement d'aggravation progressive, initialement lors d'efforts importants puis lors d'efforts de la vie quotidienne. Il doit faire une pause entre les étages s'il monte des escaliers et a des difficultés à porter des charges lourdes. Il s'épuise lorsqu'il parle trop longtemps et fort, ce qui l'handicape dans son travail. La taille est de 1m82 pour 71 kg. La pression artérielle est à 139/82 mm Hg. L'auscultation cardiaque retrouve un cœur régulier à 95/min avec un souffle systolique au deuxième espace intercostal droit. Il n'y a ni œdèmes, ni hépatomégalie et l'auscultation pulmonaire normale. Vous réalisez un ECG (ECG n°1).



Question N° 1

Concernant cet ECG (vitesse de déroulement = 25 mm/sec), quelle(s) est (sont) la(les) réponse(s) exacte(s): (une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Une séquelle d'infarctus dans le territoire antérieur
- B. Une séquelle d'infarctus dans le territoire inférieur
- C. Une extrasystole supra-ventriculaire
- D. Une extrasystole ventriculaire
- E. Un syndrome de préexcitation ventriculaire

Question N° 2

Quel est le niveau actuel de la dyspnée selon la classification de la NYHA ? (une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. NYHA I
- B. NYHA II
- C. NYHA III
- D. NYHA IV
- E. NYHA V

Question N° 3

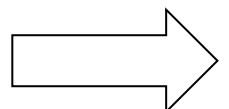
Quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ? (une ou plusieurs réponses possibles) ?

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Insuffisance cardiaque sur cardiopathie ischémique
- B. Insuffisance cardiaque sur insuffisance mitrale
- C. Insuffisance cardiaque sur rétrécissement aortique
- D. Insuffisance cardiaque sur cardiopathie hypertensive
- E. Broncho pneumopathie chronique obstructive

Question N° 4

Quel(s) argument(s) auscultatoire(s) vous orienterait (ent) vers le caractère serré de la valvulopathie ? (Une ou plusieurs réponses possibles).



Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A Eclat de B1
- B Abolition de B1
- C Eclat de B2
- D Abolition de B2
- E Intensité du souffle > 3/6

Question N° 5

A partir des éléments en votre possession, quelle(s) est(sont) l'(les) étiologie(s) la(les) plus probable(s) en faveur d'un rétrécissement aortique calcifié? (Une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Valvulopathie carcanoïde
- B. Bicuspidie aortique
- C. Maladie de Monckeberg
- D. Rétrécissement aortique rhumatismal
- E. Endocardite infectieuse

Question N° 6

Vous réalisez une échographie cardiaque. Quel(s) argument(s) Confirme(nt) le caractère serré du rétrécissement aortique serré?(une ou plusieurs réponses possibles).

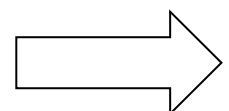
Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Un gradient maximal Ventricule gauche-Aorte > 40 mm Hg
- B. Un gradient moyen Ventricule gauche-Aorte > 40 mm Hg
- C. Une surface d'ouverture inférieure à 1,5 cm²
- D. Une surface d'ouverture inférieure à 1 cm²/m²
- E. Une vitesse maximale du flux aortique > 3 m/s

Question N° 7

L'indication opératoire a été confirmée. Quelles lésions associées recherchez vous ?

- A) Anévrisme aorte ascendante
- B) Lésions coronaires
- C) Coarctation
- D) Sténose carotidienne
- E) Subluxation du cristallin



Question N° 8

Le bilan retrouve également une dilatation de l'aorte ascendante à 56 mm. Vous envisagez un traitement chirurgical. Quel(s) geste(s) envisagez-vous ? (une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Remplacement isolé de la valve aortique par bioprothèse
- B. Remplacement isolé de la valve aortique par valve mécanique
- C. Remplacement isolé de l'aorte thoracique ascendante
- D. Remplacement de la valve aortique + remplacement de l'aorte ascendante
- E. Conservation de la valve aortique + remplacement de l'aorte ascendante

Question N° 9

Après déclampage aortique on observe un sus décalage du segment ST dans le territoire inférieur.

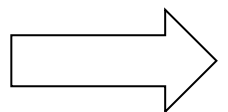
Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Embolie pulmonaire
- B. Défaut de protection myocardique
- C. Malposition de la prothèse
- D. Lésion ostiale du tronc commun
- E. Hyperkaliémie

Question N° 10

Votre patient est finalement opéré. L'ECG suivant est réalisé au retour du patient en réanimation.





Concernant cet ECG (vitesse de déroulement = 25 mm/sec), quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s): (une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

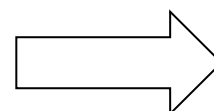
- A. Bradycardie sinusale
- B. Bloc atrioventriculaire du premier degré
- C. Bloc atrioventriculaire du deuxième degré
- D. Bloc atrioventriculaire du troisième degré
- E. Tachycardie atriale

Question n° 11

Le patient évolue favorablement avant d'être transféré en secteur d'hospitalisation de chirurgie. A J3 post opératoire, le patient présente brutalement un tableau clinique associant hypotension (87/56 mm Hg), marbrures, tachycardie régulière à 120/min et turgescence jugulaire. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) que vous évoquez ? (une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

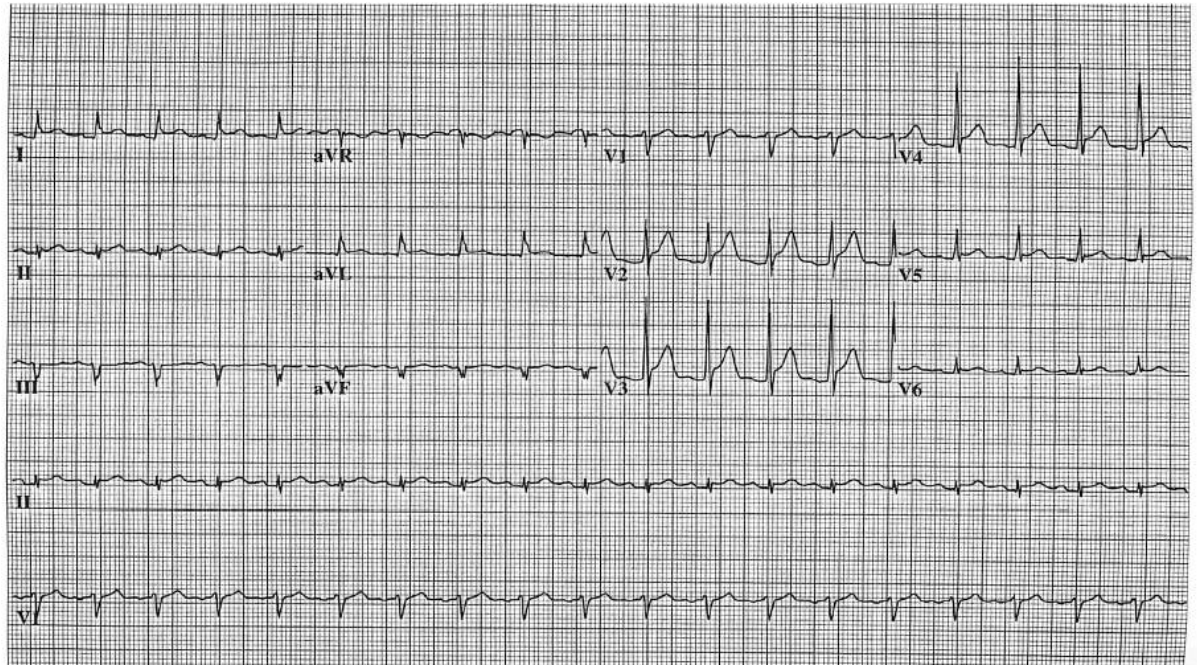
- A. Hémorragie du site opératoire
- B. Médiastinite
- C. Tamponnade



- D. Embolie pulmonaire
- E. Désinsertion de valve aortique avec fuite sévère

Question N° 12

Vous réalisez un nouvel ECG.



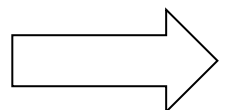
Concernant cet ECG (vitesse de déroulement = 25 mm/sec), quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s): (une ou plusieurs réponses possibles).

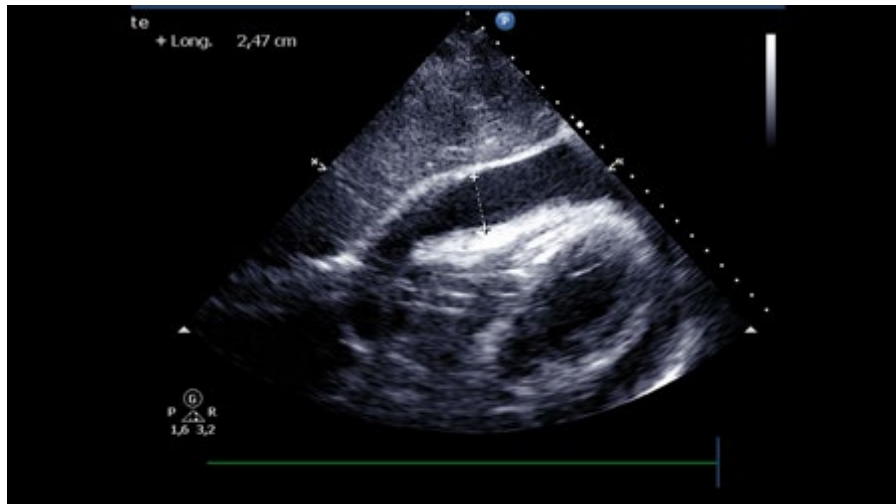
Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Tachycardie sinusale
- B. Fibrillation atriale
- C. Alternance électrique
- D. Bloc de branche droit
- E. Déviation axiale droite des QRS

Question N° 13

L'échocardiographie en coupe sous costale retrouve l'image suivante.





Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est sont juste(s):
(Une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Il s'agit d'un épanchement pleural
- B. Il s'agit d'un épanchement péricardique
- C. Il y a un thrombus dans l'artère pulmonaire
- D. Il y a une dilatation des cavités droites
- E. Il y a une dilatation de la veine cave inférieure

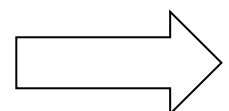
Question N° 14

L'évolution est favorable. Le patient sort de l'hôpital à J16 post opératoire avec une valve mécanique.

Quelle va être votre stratégie anticoagulante ? (une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. AVK avec INR cible de 2-3, au long cours
- B. AVK avec INR cible de 3-4 au long cours
- C. Anticoagulants oraux directs au long cours
- D. HBPM pendant 3 mois puis aspirine au long cours
- E. AVK pendant 3 mois puis aspirine au long cours



Question N° 15

Six mois plus tard, le patient doit subir une nouvelle avulsion dentaire. Le chirurgien dentiste vous appelle pour la prise en charge péri-opératoire. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est(sont) juste(s): (Une ou plusieurs réponses possibles).

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

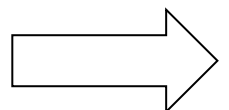
- A. L'antibioprophylaxie est optionnelle
- B. L'antibioprophylaxie est obligatoire
- C. L'antibioprophylaxie fait appel à l'amoxicilline en prise unique, une heure avant les soins
- D. L'antibioprophylaxie fait appel à l'amoxicilline pendant 48 heures
- E. Un relai par héparine de bas poids moléculaire est impératif

Question n° 16

Quelques mois plus tard, le patient est réhospitalisé pour dyspnée majeure avec orthopnée, sans fièvre. Il présente une toux incoercible avec expectoration rose saumonée et des râles crépitants dans les 2 champs pulmonaires. La pression artérielle est à 160/100 mm Hg. A l'auscultation cardiaque, il n'y pas de souffle audible et les bruits de valve sont difficilement perceptibles. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) que vous évoquez en priorité pour expliquer ce tableau?

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Désinsertion de prothèse
- B. Thrombose de valve
- C. Endocardite infectieuse
- D. Embolie pulmonaire
- E. Dissection aortique



Question N° 17

Parmi les examens complémentaires suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) que vous demandez avant même que la situation clinique se stabilise pour confirmer votre diagnostic?

Merci de noter sur le cahier la ou les réponse(s) appropriée(s)

- A. Echocardiographie transthoracique
- B. Echocardiographie transoesophagienne
- C. Radiocinéma de valves
- D. IRM cardiaque
- E. Angioscanner cardiothoracique

Sujet : N° 2

Vous recevez aux urgences une patiente de 35 ans, victime d'un traumatisme frontal violent à ski.

A son arrivée, la patiente se plaint d'une dyspnée et d'une douleur aiguë du genou gauche.

Sa tension artérielle est à 80/60 mm Hg sur tachycardie sinusale à 130/mm, sur saturation en air ambiant à 85%.

La patiente présente subitement une détresse respiratoire. Elle est alors sédaturée et intubée.

Quelques minutes plus tard, elle présente une grande défaillance hémodynamique avec un silence auscultatoire et un emphysème sous cutané du côté gauche.

Question N° 1

Quel est votre diagnostic ?

Question N° 2

Expliquer la physiopathologie.

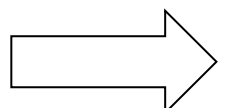
Question N° 3

Quel geste réalisez vous en urgence ?

Question N° 4

L'état hémodynamique de la patiente s'améliore rapidement.

Quelle imagerie demandez vous ?



Question N° 5

Les examens complémentaires retrouvent un élargissement isolé du médiastin avec fractures de l'arc postérieur des 4èmes et 6èmes côtes gauches.

Quel est le diagnostic le plus probable et quelles sont les possibilités thérapeutiques en donnant votre argumentation ?

Question N° 6

Durant la surveillance, l'infirmière note un membre inférieur gauche froid, sans pouls périphérique avec un mollet induré.

Quel est votre diagnostic et quelles sont vos hypothèses étiologiques ?

Question N° 7

Quelles sont vos attitudes thérapeutiques ?

DERMATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet N° 1

Kevin, trois mois, a une lésion nodulaire rouge de 1 centimètre de la paupière supérieure droite. La lésion augmente progressivement de taille.

Question n° 1

Que recherchez vous à l'interrogatoire pour confirmer le diagnostic d'hémangiome du nourrisson ?

Question n° 2

Quel est le risque majeur de cet hémangiome ?

Question n° 3

Quel traitement médical proposez vous (donner la DCI) ?

Question n° 4

Citer quatre effets indésirables de ce traitement.

Question n° 5

Quelle est la durée habituelle du traitement ?

Sujet : N° 2

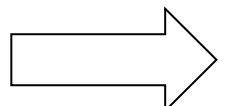
Monsieur B, 83 ans, résidant en maison de retraite, est hospitalisé dans un service de médecine pour un prurit diffus évoluant depuis 3 mois. Il est en bon état général et ne prend pas de nouveau médicament depuis 1 an.

Question n° 1

Citer quatre étiologies non dermatologiques à rechercher dans ce contexte.

Question n° 2

Citer les deux éléments d'interrogatoire qui vous orientent vers le diagnostic de gale.



Question n° 3

Citer trois signes cliniques qui confirmeront le diagnostic de gale.

Question n° 4

Citer deux traitements locaux utilisables chez ce patient.

Question n° 5

Dans le cas où un traitement par Stromectol est jugé nécessaire, quelle posologie unitaire proposez-vous ?

Sujet N° 3

Un homme de 60 ans, sans antécédent particulier, consulte pour une lésion pigmentée du dos qui est devenue hémorragique depuis 2 mois. Vous suspectez un mélanome et en réalisez l'exérèse. Le diagnostic de mélanome est confirmé par l'histologie.

Question n° 1

Quels sont les éléments indispensables du compte rendu histologique qui permettront de classer ce mélanome selon la 7^{ème} classification AJCC ?

Question n° 2

Ce mélanome mesure 3,8 millimètres d'épaisseur. Quelles marges d'exérèse complémentaire proposez-vous ?

Question n° 3

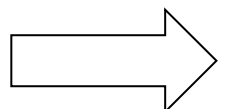
La recherche du ganglion sentinelle est-elle un standard dans les recommandations françaises de prise en charge du mélanome ?

Question n° 4

Lors d'une consultation de suivi, 1 an après l'exérèse, vous constatez une adénopathie axillaire droite. Vous demandez un PET Scanner qui retrouve une fixation pathologique uniquement au niveau du ganglion axillaire droit. Le malade est alors opéré. Quels sont les éléments histologiques qui vont déterminer le pronostic ?

Question n° 5

Six mois plus tard le patient revient avec des métastases pulmonaires et hépatiques, jugées inopérables. Quel examen biologique est indispensable à la décision thérapeutique ?



Sujet n° 4

Une femme de 32 ans, sans antécédents médicaux, consulte pour une gingivite érosive évoluant d'un seul tenant depuis 6 mois. Elle a déjà reçu de nombreux bains de bouche anti-infectieux et plusieurs cures de valaciclovir sans aucun résultat. Elle ne prend aucun autre traitement par ailleurs. Lors de l'examen clinique vous découvrez une érosion centimétrique du scalp et des croûtes pré sternales.

Question n° 1

Quelle est la principale hypothèse diagnostique ?

Question n° 2

Quels examens complémentaires demandez vous pour confirmer le diagnostic ?

Question n° 3

Quel est le traitement de première intention ? et à quelle posologie doit-il être prescrit ?

Question n° 4

En l'absence d'amélioration clinique, quel traitement de seconde intention proposez- vous ?

Sujet n°5

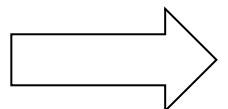
Un homme de 45 ans, consulte pour un psoriasis diagnostiqué il y a 20 ans. Il pèse 80 kg et mesure 1m75. Il était bien contrôlé par un traitement local et a déjà reçu 200 séances de photothérapie. Mais depuis 3 mois, il s'est fortement aggravé. Il prend de l'atenolol pour une hypertension artérielle, une benzodiazépine suite à son licenciement ; il a eu récemment une corticothérapie générale pendant 3 semaines pour une hernie discale et vient juste de terminer un traitement par antibiotiques pour une pyélonéphrite.

Question n° 1

Dans cette histoire clinique, quels éléments peuvent avoir favorisé l'aggravation du psoriasis ?

Question n° 2

Citer trois formes graves de psoriasis.



Question n° 3

Devant cette aggravation, un traitement par methotrexate est débuté. Rédigez l'ordonnance.

Question n° 4

Le malade a une intolérance digestive au méthotrexate. Citer 4 alternatives thérapeutiques que vous pouvez proposer ?

Question n° 5

Parmi les alternatives possibles laquelle ou lesquelles sont actives dans le rhumatisme psoriasique ?

ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Tous les cas sont à traiter

Cas clinique N° 1

Mme S, 32 ans présente un désir de grossesse. Elle a arrêté sa pilule oestroprogestative il y a 4 mois, elle est en aménorrhée.

Ses premières règles sont survenues à l'âge de 14 ans, elles ont toujours été irrégulières, tous les 2 à 4 mois. Elle a débuté une contraception à l'âge de 17 ans, qu'elle n'a jamais arrêtée. Elle n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement.

Son poids est de 80 kilogrammes pour une taille à 1m 65, soit un IMC à 29,4 kg/m².

Question N° 1

Quel bilan hormonal demandez-vous ?

Question N° 2

Vous suspectez un syndrome des ovaires polykystiques, quels sont les 3 critères qui font partie des critères de la définition de Rotterdam ?

Question N° 3

Quel signe clinique recherchez-vous en faveur de ce diagnostic ?

Question N° 4

Lors de votre examen, vous avez retrouvé une galactorrhée bilatérale provoquée. Quels diagnostics évoquez-vous ?

Question N° 5

Le taux de prolactine revient à 850 ng/ml. Voici les résultats de l'examen d'imagerie.

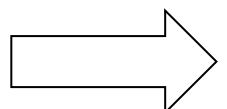
Quel est cet examen ?

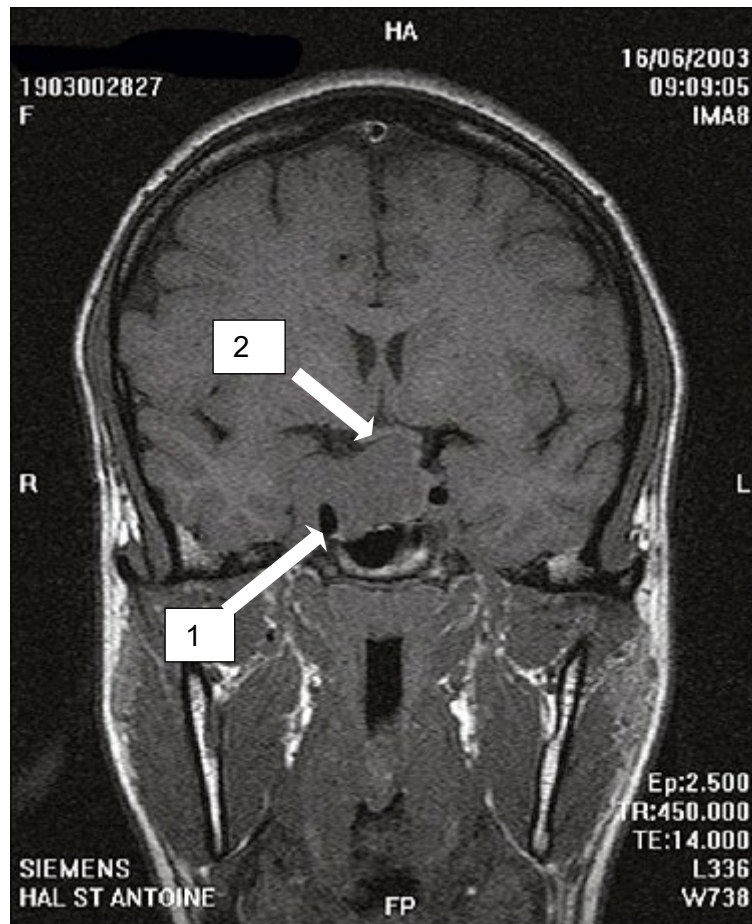
Décrivez la coupe ?

La séquence ?

Question N° 6

Quel examen non hormonal demandez-vous en urgence ?





Question N° 7

Quelle est la structure indiquée par la flèche 1 ?

Question N° 8

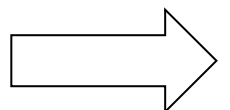
Quelle est la structure indiquée par la flèche 2 ?

Question N° 9

Quel traitement choisissez-vous en première intention ? Détaillez-le.

Question N° 10

Quels dosages hormonaux de base demandez-vous ?



CAS CLINIQUE N°2

Une patiente de 28 ans est prise en charge aux urgences hospitalières pour un malaise avec hypotension artérielle à 85/50 mmHg. Elle est consciente à son arrivée. Elle signale une asthénie évoluant depuis plusieurs mois associée à une aménorrhée secondaire. Cet épisode aigu a été précédé 48h auparavant d'un accès fébrile rapporté à une virose. L'interrogatoire révèle que sa mère présente une maladie de Biermer. L'examen clinique montre la présence de taches dépigmentées contrastant avec des zones brunâtres touchant notamment les plis palmaires.

Question N°1

Quel diagnostic devez vous évoquer en priorité devant cet accident aigu?

Question N° 2

Quels seront les principes de la prise en charge de la patiente dans le cadre de l'urgence ?

Question N° 3

Quelles anomalies montreront les dosages biologiques courants ?

Question N° 4

Quelle pathologie chronique sous-jacente est à l'origine de ce tableau aigu?

Question N° 5

Quel en est le mécanisme le plus probable ?
Sur quels arguments ?

Question N° 6

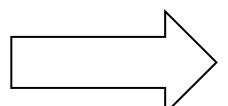
Au décours de la phase aiguë, quels seront les dosages biologiques à réaliser pour confirmer le mécanisme et l'étiologie de cette endocrinopathie ?

Question N° 7

Quels traitements hormonaux allez-vous proposer au long cours et à quelles posologies ?

Question N° 8

Quels conseils allez-vous donner à la patiente pour la gestion de sa pathologie au quotidien ?



CAS CLINIQUE N°3

Mme T. 32 ans consulte pour une tuméfaction cervicale antérieure de découverte fortuite.

Il existe des antécédents familiaux de polypose colique.

La palpation retrouve facilement un nodule cervical bas paratrachéal droit, ferme, ascensionnant à la déglutition, isolé.

Question N° 1

Listez 5 éléments cliniques présents dans cette observation ou à rechercher en faveur du risque de malignité du nodule.

Vous demandez une échographie cervicale qui objective un nodule thyroïdien, médiolobaire droit solide, hypoéchogène, dont le grand diamètre est mesuré à 33 mm, avec une adénopathie du secteur III droit de 12 mm.

Question N° 2

Listez trois critères échographiques supplémentaires concernant le nodule thyroïdien en faveur de la malignité.

Le nodule solide hypoéchogène de la patiente présente ces trois signes supplémentaires : quel est son score TI-RADS ?

Vous effectuez une cytoponction, dont le compte-rendu est le suivant :
Au niveau du nodule, prélèvement richement cellulaire, nombreuses cellules glandulaires de grande taille, mitoses, rapports nucléocytoplasmiques élevés et inclusions nucléaires, en faveur d'un carcinome papillaire (Bethesda 5).

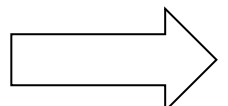
Vous lui annoncez le résultat en consultation un mois plus tard. Elle vous apporte les résultats de TSH et de calcitonine que vous aviez prescrits lors de la visite initiale.

TSH : 0.2 mU/L Calcitonine : 4 ng/ml

Elle annonce un retard de règles de 3 semaines et le test de grossesse est positif.

Question N° 3

Proposer une attitude thérapeutique.



Question N° 4

Quatre mois après avoir accouché, la patiente revient en consultation avec son bébé qu'elle allaite. Elle a été opérée.

L'anatomopathologie est en faveur d'un carcinome papillaire pT3m N1b (6/11 avec effraction capsulaire pour 1 ganglion) Mx, avec un foyer droit de 3 cm et un foyer gauche de 1 mm.

Quelle est votre stratégie thérapeutique ?

Question N° 5

Après le traitement isotopique, vous prescrivez l'hormonothérapie par levothyroxine. Quel est votre objectif de TSH dans la première année ?

Question N° 6

A la première consultation de surveillance deux mois plus tard, la patiente se plaint d'insomnie et de palpitations.

Quel dosage biologique vous permet le mieux d'apprécier un éventuel surdosage de la lévothyroxine ?

CAS CLINIQUE N°4

Un patient de 82 ans est adressé aux urgences pour un état de confusion mentale sévère évoluant depuis 48 heures. L'examen clinique montre une fièvre à 38°C, la tension artérielle est à 100/60 mmHg, la fréquence cardiaque à 110 par minute, il existe une langue saburrale, une hypotonie des globes oculaires et un pli cutané. L'examen neurologique ne révèle aucun déficit, le score de Glasgow est à 11.

Le bilan biologique réalisé en urgence est le suivant :

Natrémie = 152 mmol/L

Créatininémie = 200 µmol/L

Kaliémie = 4,5 mmol/L

Glycémie = 50 mmol/L (9 g/L)

Bicarbonate = 20 mmol/L

Glycosurie ++++

Urée = 25 mmol/L

Cétonurie = traces

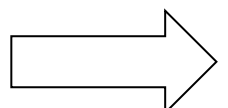
CRP = 40 mg/L

Question N° 1

Quel est votre diagnostic ?

Question N° 2

Sur quels résultats biologiques repose le diagnostic chez ce patient ?



Sa femme, qui vient d'arriver aux urgences vous apporte son ordonnance. Depuis quelques jours, il est « un peu perdu » et a toujours soif. Il est soigné pour une « bronchite » depuis 10 jours. Il n'a jamais eu de diabète d'après elle : on lui a simplement parlé de « sucre dans le sang il y a 5 ans et qu'il fallait faire attention, mais ce n'était pas du diabète, le taux n'était qu'à 1,50... ». Son ordonnance datant de 10 jours est la suivante :

Coaprovel 150/12,5 mg 1 cp le matin/j

Solupred 60 mg/j

Amoxicilline + acide clavulanique 1g : 3 sachets par jour pendant 10 jours.

Question N° 3

Quels sont les facteurs favorisant et/ou déclenchant de son état actuel ?

Question N° 4

Pour rechercher une maladie éventuelle qui pourrait avoir participé au développement de cette décompensation, quels examens demandez-vous ?

Question N° 5

Quelle est la prise en charge thérapeutique dans les premières 24 heures ?

GYNECOLOGIE MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Question n° 1

Chez une patiente de 22 ans présentant une aménorrhée primaire et qui n'est pas enceinte, quelles investigations réalisez vous ?

Question n° 2

Par quels examens évaluez vous la « réserve ovarienne » d'une femme en âge de procréer ?

Question n° 3

Quelles investigations réalisez vous en première intention pour explorer le versant « masculin » d'une infertilité ?

Question n° 4

Mme L. est une patiente de 23 ans nulligeste nullipare qui vous consulte car elle n'a plus de règles depuis 6 mois.

Elle a présenté ses premières règles à l'âge de 14 ans, initialement elles étaient régulières puis les cycles se sont espacés.

Elle pèse 90 kg pour 160 cm, elle se trouve très « poilue ».

Quel(s) premier(s) diagnostics devez vous éliminer au vu de cette observation ?

Question n° 5

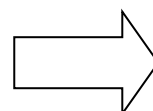
Le test au progestatif induit des saignements. Les examens montrent une prolactinémie normale, une LH et une AMH très élevées.

Une échographie pelvienne réalisée en ville retrouve en tout 40 follicules antraux.

Quel diagnostic évoquez vous ? et sur quels critères ?

Question n° 6

Quel traitement envisagez vous pour traiter l'hirsutisme ?



TSVP

Question n° 7

Madame L revient en consultation 3 ans plus tard car elle a réalisé un test urinaire de grossesse qui s'est révélé positif. Elle a présenté il y a 2 ans un adénome à prolactine opéré et sans récurrence depuis. Elle a depuis des cycles réguliers de 28 jours. La date de ses dernières règles remonte à dix semaines. Madame X. a une situation familiale stable et un emploi régulier dans la fonction publique. Elle doit cependant prendre le bus 2h par jour. Son suivi gynécologique était fait en ville régulièrement. Elle fume 15 cigarettes par jour. Elle prend de l'iode et de l'acide folique. Son indice de masse corporelle est toujours à 35.

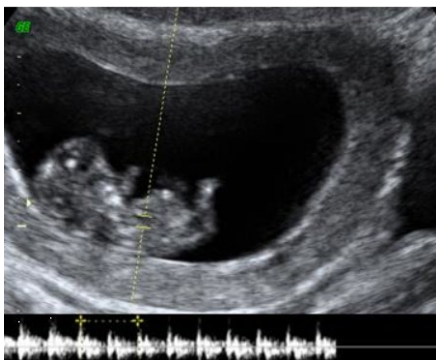
Mme L se plaint d'une douleur pelvienne peu intense mais persistante et retrouvée au touché vaginal, Quels examens pratiquer ?

Question n°8

Quels conseils hygiéno diététique donnez vous à votre patiente

Question n°9

l'échographie pelvienne montre l'image suivante sans anomalie associé, qu'en concluez vous :



Question N°10

Vous revoyez ensuite Mme L à 12 SA, elle vous ramène son échographie du 1^{er} trimestre, les mensurations embryonnaires sont concordantes , il n'y aucune anomalie placentaire ni utérine ni annexielle. La clarté nucale est mesurée à 1,2 mm pour une longueur craniocaudale à 75mm. Mme X est très inquiète par rapport au risque de trisomie 21 et vous demande quelle est l'attitude médicale la plus raisonnable à proposer et à discuter.

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques LES 2 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : N°1

Madame M .. Agée de 30 ans 2 enfants, traitée il y a trois ans pour une chlamydie revient d'un séjour dans un club de vacances. Elle consulte pour des douleurs pelviennes apparues depuis 4 jours et des métrorragies qu'elle décrit comme abondante après 7 semaines d'aménorrhée. La température est à 37,2 Madame M .. vous dit croire être enceinte.

Question 1 :

Citer quatre causes de métrorragies du premier trimestre.

Question 2 :

Devant ces métrorragies et une suspicion de grossesse présenter votre démarche clinique diagnostique.

Question 3 :

Décrivez et détaillez votre examen clinique.

Question 4 :

Quels examens para cliniques faut-il faire en urgence ?
Quelles informations attendez-vous de ces examens ?

Question 5 :

Trois signes indirects présents simultanément vous orientent vers le diagnostic de GEU. Lesquels ?

Question 6 :

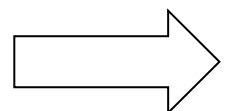
Quels sont les facteurs de risques de GEU les plus fréquemment rencontrés ?

Question 7 :

Quels signes échographiques pensez-vous voir ?

Question 8 :

Le diagnostic de GEU est établi vous envisagez un traitement médical sur quels arguments reposera votre décision ?



Question 9 :

Un traitement par méthotrexate est retenu, comment l'organisez-vous ?

Question 10 :

A J7 la patiente est asymptomatique, l'examen clinique et l'échographie sont inchangés par rapport à l'état initial, le taux de béta HcG est identique au taux initial, que faites-vous ?

Sujet N° 2

Madame D, âgée de 38 ans, enceinte de 30 SA vous consulte aux urgences d'une maternité de type 1 pour diminution des mouvements actifs. Elle a déjà accouché il y a 3 ans, par césarienne, en raison d'une dystocie cervicale, d'un enfant qui pesait 3800 g. La grossesse actuelle est unique.

Question n° 1

Décrivez l'examen clinique d'une patiente à 33 SA (sans l'interrogatoire).

Question N° 2

A l'examen, sa pression artérielle est de 150/100 mmHg. Sa taille est de 1.65 pour 63 kg. Quels sont les deux examens para-cliniques essentiels à demander chez cette patiente ?

Question n° 3

Le diagnostic de HELLP syndrome est posé chez cette patiente. Quelle est la définition de ce syndrome ?

Question n° 4

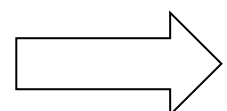
Citer les différents éléments de prise en charge de cette patiente (sans entrer dans le détail des prescriptions ni des doses).

Question n° 5

En cas de nécessité, quels sont les traitements antihypertenseurs recommandés au cours de la grossesse ?

Question n° 6

Quels sont les traitements antihypertenseurs contre indiqués au cours de la grossesse ?



Question n° 7

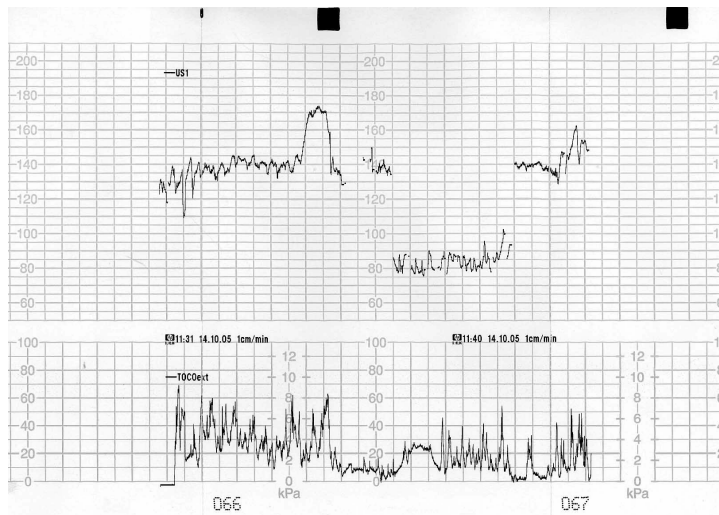
Citez – sans commentaire - l'ensemble des éléments cliniques et para-cliniques qui devraient faire porter le diagnostic de prééclampsie sévère chez ce type de patiente ?

Question n° 8

Décrivez les éléments qu'il est nécessaire de rechercher en échographie dans cette situation ?

Question n° 9

L'enregistrement du RCF réalisé le jour de l'hospitalisation figure ci-dessous. Décrivez ce tracé :



Question n° 10

Quelle est votre attitude face à ce tracé ?

Question n° 11

Cinq minutes plus tard surviennent des métrorragies accompagnées de douleurs abdominales. Quels sont les trois diagnostics essentiels que vous évoquez chez cette patiente ?

Question n° 12

Une césarienne est réalisée. Le fœtus extrait pèse 1050 g, et son score d'Apgar est à 4 à 1 minute, 9 à 5 minutes. Décrivez les éléments qui constituent le score d'Apgar.

Question n° 13

Au cours de la césarienne, il est impossible de délivrer le placenta. L'hémorragie atteint 1800 ml. Quel sont vos diagnostics ? Justifiez-les.

GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : 1

Madame C. âgée de 65 ans vient vous voir pour des douleurs abdominales fréquentes tantôt en fosse iliaque gauche ou en fosse iliaque droite, parfois en cadre. Elles sont associées à une sensation de ballonnement et une modification de la consistance des selles avec des selles très dures qui ont la forme de petites billes. Ces symptômes existent depuis l'âge de 25 ans et surviennent de façon intermittente, elle prend du phloroglucinol (SPASFON®) lors des recrudescences douloureuses et parfois de la trimebutine (DEBRIDAT®). Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical. Elle a réalisé il y a 5 ans une coloscopie dans le bilan de ces douleurs, cet examen a mis en évidence de nombreux diverticules de grande taille du sigmoïde.

Question N°1

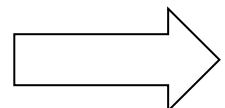
Quel diagnostic retenez vous devant les douleurs abdominales de Mme C. ? Justifier votre réponse.

Question N°2.

Les anomalies retrouvées lors de la coloscopie peuvent elles expliquer les douleurs abdominales et pourquoi ?

Six mois après votre première consultation, Mme C revient vous voir en urgence car les douleurs abdominales ont très nettement augmenté et sont actuellement localisées en fosse iliaque gauche. Mme C vous dit qu'elle a eu des frissons cette nuit à plusieurs reprises et actuellement elle a une fièvre à 39,3°C. Son transit s'est modifié avec des selles plus liquides depuis 48 heures. Le bilan sanguin réalisé est le suivant : Leucocytes 23050/mm³ avec PNN 13280/mm³, Hémoglobine 13g/dl, plaquettes 380000/mm³, CRP 135mg/dl (N<5).

TSVP



Question N°3

Quel est votre diagnostic pour l'épisode actuel (1 seule réponse).
Justifiez votre réponse avec les éléments de l'observation.

Question N°4

Quel examen demandez vous (un seul examen) ? après quelles
précautions ? qu'en attendez vous ?

Question N°5

L'examen confirme votre diagnostic. Quelle est votre prise en charge
thérapeutique (donnez les principes du traitement sans détailler).

Mme C, que vous aviez perdue de vue en raison d'un déménagement
revient vous voir car elle a fait 2 nouveaux épisodes similaires à
l'épisode brutal pour lequel elle avait consulté en urgence. Le dernier
épisode date de deux mois et elle a eu le même traitement que celui que
vous aviez prescrit.

Question N°6

Quel traitement préventif des récurrences peut être discuté chez Mme C ?
Sur quels arguments ? Donnez les principes de ce traitement.

Question N°6

Quel examen devra être effectué chez Mme C si vous envisagez ce
traitement et pourquoi ?

SUJET 2

Madame P 63 ans, consulte pour un subictère. Dans ses antécédents on note une cholecystectomie pour lithiasse à 60 ans, une arthrose lombaire pour laquelle elle prend à la demande du diclofenac. Elle a perdu 3 kg récemment. Elle n'a pas de douleur ni de fièvre.

Question N°1

Citez sans commenter les 3 principaux diagnostics à évoquer ?

NFS-plaquettes et la fonction rénale sont normaux. La CRP est à 15 mg/l ($N < 5$), la bilirubine totale est à 45 micromoles/l, les ASAT et les ALAT sont à 3 N, les gamma-GT à 10 N et les phosphatases alcalines à 3 N.

Une échographie abdominale retrouve une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et du cholédoque.

Question N°2

Quel examen d'imagerie demandez-vous alors ?

Une lésion hétérogène de la tête du pancréas de 36 mm de diamètre qui comprime la voie biliaire principale est vue sur cet examen, l'artère mésentérique supérieure est infiltrée par la lésion sur 75% de sa circonférence. Le foie est homogène et il n'y pas d'épanchement intra-abdominal.

Question N°3

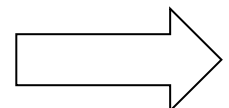
Que proposez-vous ?

En cours de prise en charge, l'ictère s'aggrave, le prurit devient invalidant. Le TP est à 40%. Les plaquettes restent normales.

Question N°4

Comment expliquer le TP bas ? Que faites-vous ?

TSVP



SUJET 3

Mr X, 26 ans précédemment suivi il y a 4 ans pour une rectite cryptogénétique (RCH distale) présente au retour de vacances en Thaïlande des rectorragies, des faux besoins et des glaires. Il n'est pas fébrile. Il a été perdu de vue pendant 4 ans.

Une coloscopie avec iléoscopie objective une rectite sur 9 cm de hauteur.

Question N°1

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Question N°2

Quel traitement de première intention proposez-vous s'il s'agit d'une nouvelle poussée de la rectocolite hémorragique localisée au rectum ?

HEMATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Un homme de 24 ans sans antécédents particulier et sans notion de voyage récent vous est adressé pour des adénopathies cervicales.

Le bilan biologique montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et une VS à 72 mm.

La radiographie de thorax montre un élargissement modéré du médiastin antérieur.

Question N° 1

Quels sont les symptômes que vous recherchez à l'interrogatoire ?

Question N° 2

Quels sont les signes que vous recherchez à l'examen clinique ?

Question N° 3

Quels examens biologiques demandez-vous ?

La Cytoponction d'une des adénopathies oriente vers le diagnostic d'un lymphome malin.

Une biopsie ganglionnaire est programmée.

Question N° 4

Quels sont les examens et techniques à pratiquer sur cette biopsie ?

La biopsie a posé le diagnostic de lymphome de Hodgkin classique de type scléronodulaire.

Question N° 5

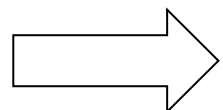
Quel bilan va permettre de déterminer le stade exact d'extension ?

Au final, il s'agit d'un stade II B défavorable.

Question N° 6

Quels sont les éléments qui permettent de classer en défavorable les Hodgkin de stade I ou II ?

TSVP



Question N°7

Quel traitement proposez-vous ?

Question N° 8

Avant de débiter ce traitement, quelles mesures et précautions prenez-vous ?

Question N°9

Quelles sont les complications les plus fréquentes observées en relation avec le traitement d'une maladie de Hodgkin ?

Question N°10

Comment allez-vous évaluer la réponse après traitement ?

Question N°11

Quelles sont les complications tardives observées après traitement d'une maladie de Hodgkin ?

MEDECINE DU TRAVAIL

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Monsieur P, salarié de 40 ans, exerce depuis 10 ans le métier de laveur de carreaux dans une entreprise de nettoyage industriel. Il pratique régulièrement l'aviron le week-end.

Il vous consulte à sa demande pour des douleurs de l'épaule droite, évoluant depuis 2 mois et le gênant maintenant dans son activité professionnelle. Ces douleurs sont insomniantes. Il a cessé ses activités sportives. Son médecin traitant lui a diagnostiqué une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

Il est droitier, mesure 1,80 m pour 80 kg. Il n'a pas d'antécédent particulier et a une bonne hygiène de vie. Il ne prend pas de traitement sauf depuis 3 semaines, des AINS (anti inflammatoires non stéroïdiens).

Question n° 1

Quelle est l'atteinte tendineuse de la coiffe des rotateurs la plus fréquemment rencontrée lorsqu'une origine professionnelle est évoquée ?

Question n° 2

Durant l'examen clinique, quelle manœuvre réalisez vous pour établir le diagnostic ?

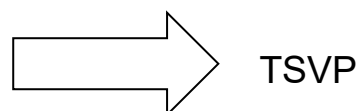
Question n° 3

Quelles sont les contraintes professionnelles favorisant la survenue de la pathologie ?

Question n° 4

Il vous demande si sa pathologie relève d'une maladie professionnelle indemnisable. Il a vu sur Internet que cela semblait possible.

Expliquez les différents critères médico-administratifs d'un tableau de maladies professionnelles indemnissables.



Question n° 5

Les explorations radiologiques effectuées mettent en évidence une tendinopathie calcifiante sans enthésopathie du sus-épineux droit.

Peut-il prétendre à reconnaissance au titre du tableau de maladies professionnelles indemnissables ?

Explicitez votre réponse.

Question n° 6

Quelle est la procédure complémentaire lorsque les critères médico-administratifs du tableau de maladie professionnelle indemnissable ne sont pas remplis ?

Question n° 7

Quel est le principe fondamental de cette procédure complémentaire qui la différencie de la reconnaissance par les tableaux de maladies professionnelles indemnissables ?

Question n° 8

Quelles sont les deux modalités de cette procédure complémentaire ? Pour chacune d'elle citez les conditions d'application et de reconnaissance.

MEDECINE INTERNE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

LES 2 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet :1

Mme R, 38 ans est adressée aux urgences pour une leuconeutropénie fébrile. Le bilan réalisé par le médecin traitant montre : Hb 14.6 g/dL, VGM 85 fL, GB 5260/mm³ (formule : PNN 25%, lymphocytes 63% dont grandes cellules 10%), plaquettes 125 G/L.

Question N° 1

Décrivez les anomalies de la NFS

Question N° 2

Vous refaites la NFS et les résultats sont confirmés, avec sur le frottis de grands lymphocytes au cytoplasme hyperbasophile, de taille variable. Quel syndrome évoquez-vous et sur quelles caractéristiques ?

Question N° 3

Devant cette anomalie biologique, quelles sont les principales étiologies à évoquer ?

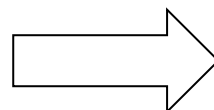
Question N° 4

Quels examens biologiques demandez-vous pour confirmer ces hypothèses ?

Question N° 5

Elle est Comorienne, vit en France depuis 20 ans, son dernier voyage aux Comores datant d'il y a 3 mois. Elle n'a pas de consommation alcoolotabagique.

Elle vous décrit une anorexie avec un amaigrissement de 7 kg en deux mois et une fièvre avec des frissons. Elle a présenté des crachats hémoptoïques au réveil depuis une semaine. L'examen clinique retrouve des adénopathies symétriques axillaires, cervicales, inguinales infracentimétriques et la radiographie du thorax retrouve des adénopathies médiastinales et une image apicale droite.



TSVP

Quel diagnostic évoquez-vous ?
Comment le confirmez-vous ?

Question N° 6

Ce diagnostic est confirmé. Quelle est votre prise en charge ?

Question N° 7

Comment intégrez-vous les anomalies précédemment décrites de la NFS dans le tableau (plusieurs hypothèses) ?

Sujet :2

Mr. R, 65 ans, est adressé par son médecin traitant au SAU pour céphalées, apparues depuis 2 semaines, pulsatiles, continues, insomniantes, différente des céphalées habituelles et non soulagées par les antalgiques usuels (palier I) ni par les triptans. On note dans ses antécédents une migraine ophtalmique, une insuffisance veineuse des membres inférieurs, un reflux gastro-œsophagien, une hypertrophie bénigne de prostate, une maladie de Dupuytren. Son Traitement habituel comporte : tamsulosine (Omix®), lansoprazole (Lanzor®), si besoin paracétamol ou zolmitriptan (Zomig ®). Le patient présente une fébricule à 38°C depuis une semaine. L'examen neurologique est normal.

Question N° 1

Quels sont les 2 examens sanguins immédiatement utiles au diagnostic ?

Question N° 2

Les résultats sont anormaux, quelle maladie évoquez-vous chez ce patient et sur quels arguments cliniques et biologiques ?

Question N° 3

Quels symptômes utiles au diagnostic et au pronostic rechercher à l'interrogatoire ?

Question N° 4

Quels signes utiles au diagnostic et au pronostic rechercher à l'examen clinique ?

Question N° 5

Quel examen complémentaire diagnostique devez-vous réaliser chez ce patient et qu'en attendez-vous ?

Question N° 6

Quels autres examens complémentaires sont utiles chez ce patient et quelle(s) anomalie(s) recherchez-vous ?

Question N° 7

Quelle complication nécessiterait un traitement adapté en urgence ?

Question N° 8

Quelles modalités thérapeutiques envisagez-vous chez ce patient ?

Question 9

Quel suivi mettez-vous en place ?

MEDECINE NUCLEAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

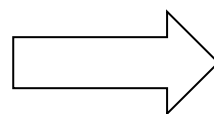
Sujet :

Cas clinique I : Madame P..., 35 ans, nous est adressée dans le service de Médecine Nucléaire à la tomодensitométrie (TDM) d'une image pancréatique de 30 mm, fortement suspecte d'une tumeur neuro-endocrine (augmentation de la chromogranine A à 4 fois la normale dans un contexte de diarrhée et de flush). La TDM a également montré deux hypodensités homogènes et nodulaires de 35 et 8 mm des segments hépatiques VII et IV, respectivement.

Question n°1

La patiente est adressée pour la réalisation d'une scintigraphie à l'OctréoScan :

- 1.1- Y-a-t-il des précautions à prendre avant la réalisation de cet examen, et si oui, lesquelles ?
- 1-2- Donner le nom de l'isotope utilisé, ses caractéristiques physiques, et l'ordre de grandeur de l'activité injectée.
- 1-3- Dans l'hypothèse d'une tumeur neuro-endocrine pancréatique, que vous attendez-vous à voir et pourquoi ?
- 1-4- Quelles sont les conditions de réalisation de l'examen ?
- 1-5- Pouvez-vous décrire les pièges et difficultés de l'interprétation, et justifiez ?



TSVP

Question n°2

Vous rendez comme négative cette scintigraphie à l'OctréoScan. Le gastro-entérologue vous appelle, surpris, car il vient lui-même de recevoir les résultats de l'anatomo-pathologie qui confirme une tumeur neuro-endocrine de haut grade avec un Ki67 de 60%.

2-1- Comment expliquez-vous au clinicien cette divergence ?

2-2- Quel(s) examen(s) de Médecine Nucléaire pourriez-vous proposer, et pourquoi ?

2-3- L'examen complémentaire réalisé montre une fixation intense sur la tête du pancréas, et l'absence de fixation au niveau des deux nodules hépatiques. Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) concernant ces deux lésions hépatiques.

Cas clinique II : Monsieur C..., suivi pour arythmie cardiaque, est adressé dans le service de Médecine Nucléaire pour scintigraphie thyroïdienne devant une TSH indosable. La cartographie thyroïdienne est blanche.

Question n° 1

Expliquez ce phénomène.

Question n°2

Quelle(s) peu(ven)t en être la (les) cause(s) ?

Question n° 3

Compte-tenu de la pathologie cardiaque sous-jacente, le cardiologue souhaite tout de même une irathérapie. Que lui-répondez-vous ? Justifiez.

Cas clinique III : Monsieur Z..., 57 ans, 70 kg, a bénéficié d'une prostatectomie totale d'un cancer de prostate (Gleason 7, PSA pré-chirurgical à 6 ng/ml). Le bilan d'extension initial est négatif, le PSA post-chirurgical est indétectable, et l'exérèse chirurgicale est en zone saine.

Question n°1

Un an après la chirurgie, le suivi montre des PSA à 0,6 ng/ml alors qu'ils étaient à 0,4 ng/ml à 6 mois. L'urologue vous demande une TEP à la ^{18}F -choline. Que lui répondez-vous ? Argumentez votre réponse.

Question n° 2

Le patient est perdu de vue, et revient, 2 ans après, avec des PSA à 7 ng/ml. Que proposez-vous ? Argumentez votre réponse.

Question n° 3

Un examen TEP à la ^{18}F -choline a été réalisé. Décrivez le protocole d'examen (ordre de grandeur de la dose, acquisition).

Cas clinique IV : Une scintigraphie pulmonaire est réalisée en 2 temps, avec, tout d'abord une image de la ventilation pulmonaire obtenue après inhalation de Technegaz (aérosol carboné marqué avec 370 MBq de $^{99\text{m}}\text{Tc}$), puis, dans les minutes qui suivent, une image de perfusion pulmonaire après injection de 185 MBq de macroagréats d'albumine marquée au $^{99\text{m}}\text{Tc}$.

Comment expliquez-vous que l'on puisse obtenir ces deux séries d'images en perfusion et ventilation avec le même isotope ?

NEPHROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Un homme de 70 ans est adressé aux urgences pour dyspnée d'apparition progressive évoluant depuis 72h. Il présente des antécédents de diabète de type 2 depuis 15 ans compliqué de rétinopathie diabétique et d'accident vasculaire ischémique.

Son traitement actuel comprend:

Aprovel (Irbesartan) 300 mg/jr

Aldactone (spironolactone) 25 mg/jr

Lasilix (Furosemide) 60 mg/jr

Gucophage (Metformine) 1gr x 2/jr

Diamicron (Glicazide) 60 mg LP/jr

Tahor (Atorvastatine) 20 mg/jr

Kardegic (Acide AcetylSalicylique) 160 mg/jr

xatral (Alfuzosine) 10 mg LP 1/jr

Bilan biologique datant de 6 mois

creatininémie 150 $\mu\text{mol/l}$ (CKD EPI 40 ml/min/1.73)

Hb 12g/dl

protéinurie 1 g/24h

Examen clinique d'entrée:

A l'arrivée la TA est à 180/100 mmhg

Poids 90 kgs, T 1,72m

Oedèmes des membres inférieurs

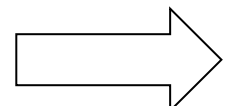
Polypnée avec orthopnée et turgescence jugulaire sans cyanose

Crépitations des bases à l'auscultation pulmonaire

Bruits du coeur réguliers sans souffle

Anurie depuis 12h

TSVP



Bilan biologique aux urgences:

Créatininémie 600 $\mu\text{mol/l}$; urémie: 30 mmol/l , glycémie 0,6g/l, protidémie 75 g/l,

natremie: 130 mmol/l , K 7,8 mmol/l ; bicarbonates 15 mmol/l , Cl 95 mmol/l , Hb 9 g/dl, lactates 1 mmol/l

troponine normale

GDS: ph= 7,25; SaO₂ 92%, PaCo₂: 30 mmHg; PaO₂: 75 mmHg.

Question N°1

Décrire les troubles hydro-électrolytiques, acido-basique et métaboliques?

Question N°2

Quelles mesures thérapeutiques initiales prenez vous aux urgences ?

Question N°3

Le traitement a permis une amélioration clinique et après 15 jours d'hospitalisation la créatininémie est stable à 250 $\mu\text{mol/l}$ (DFGe 20 ml/min/1.73).

Quelles adaptations thérapeutiques et mesures de néphroprotection proposez vous ?

Question N°4

Vous revoyez le patient en consultation à 3 mois. Son DFG est toujours à 20 ml/min/1m72.

Comment préparez vous le patient aux traitements de suppléance rénale?

Question N°5

Il présente également une Hb à 9g/dl, quel bilan étiologique et prise en charge thérapeutique proposez vous (en précisant les cibles thérapeutiques) ?

Question N°6

L'électrophorese des protéines sanguines révèlent la présence d'une dysglobulinémie monoclonale IgG lambda à 15 g/l.

Quel bilan complémentaire réalisez vous?

NEUROCHIRURGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : N° 1

Rédigez le compte rendu opératoire d'un méningiome parasagittal prérolandique gauche avec envahissement partiel du sinus longitudinal (description technique).

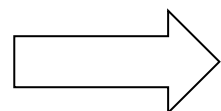
Sujet : N° 2

Vous êtes amenés à opérer un patient de 64 ans d'un conflit disco-radiculaire symptomatique et résistant à une prise en charge médicale bien conduite.

Les images du patient sont présentées ci-après :



Rédiger le compte rendu opératoire concernant ce patient, en décrivant les différentes étapes de la procédure.



Sujet : N° 3

Décrire le bilan pré-thérapeutique complet devant une image unique frontale postérieure évoquant une métastase cérébrale à l'IRM chez un patient de 50 ans. Dans ce cadre, citer les 5 étiologies les plus fréquentes, citer les principaux facteurs pronostiques, puis décrire les différentes modalités de prise en charge thérapeutique, en dehors de l'urgence.

NEUROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : N° 1

Une femme de 70 ans, est retrouvée dans son fauteuil à 12h avec une hémiplégie droite, consciente mais mutique. Son mari l'avait quitté une heure plus tôt, elle semblait aller très bien. Vous êtes contacté par le centre 15 que son mari a appelé immédiatement.

Question n° 1

Quelles sont les questions à poser au régulateur avant le transfert ?

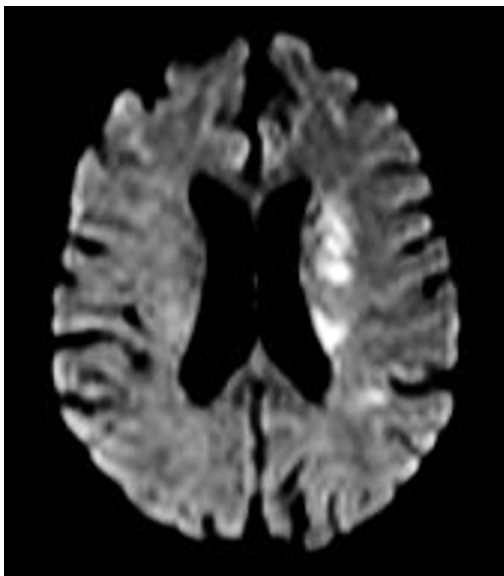
Question n° 2

Après 20 minutes elle arrive aux urgences de l'hôpital.

Que faites vous dès son arrivée ?

Question n° 3

Voici les images obtenues.



Décrivez le type d'imagerie, les anomalies éventuelles et donnez votre conclusion diagnostique.

Question n° 4

Quelles séquences supplémentaires souhaitez vous ?

Question n° 5

Il n'existe pas d'autre anomalie sur les séquences complémentaires. Il est maintenant 14h.

Quel(s) traitement(s) envisagez-vous ?

Question n° 6

Le lendemain elle a récupéré le langage et reste hémiparétique. Les examens réalisés n'ont pas montré de cause artérielle et l'ECG a mis en évidence une fibrillation atriale.

Décrivez la suite de votre prise en charge en la justifiant.

Sujet : N° 2

Un homme de 50 ans est amené aux urgences par les pompiers : il déambulait dans la rue, tenait des propos incohérents. Il a une plaie de l'arcade sourcilière.

Aux urgences sa tension artérielle est à 135/70 mmHg, son pouls à 85/mn. Sa température est à 38°.

Depuis 48 heures il se plaignait de céphalées et n'était pas « trop en forme » d'après son épouse.

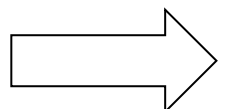
Quand vous l'examinez, il est somnolent mais éveillable.

Question n° 1

Que recherchez-vous lors de l'examen clinique ?

Question n° 2

Quels sont les éléments d'un syndrome confusionnel présents ou à rechercher ?



Question n° 3

Quels examens complémentaires demandez-vous en urgence et dans quel ordre ?

Question n°4

La ponction lombaire ramène un liquide clair contenant 20 lymphocytes/mm³
Protéinorachie 0,6 g/l, glycorachie normale

Quel premier diagnostic envisagez-vous ?

Question n° 5

Au vu des résultats réunis jusqu'à présent, envisagez –vous un traitement et si oui, lequel (avec les modalités et éléments de surveillance) ?

Question n° 6

Une IRM est réalisée.



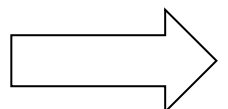
Décrivez le plan, la séquence et les anomalies éventuelles

Question n° 7

Quel diagnostic retenez-vous ?

Question n° 8

La vigilance reste altérée avec des mouvements de mâchonnement que l'infirmière avait repérés dès admission. Quel diagnostic évoquez vous ?



Question n° 9

Quel examen complémentaire demandez-vous ?

Question n° 10

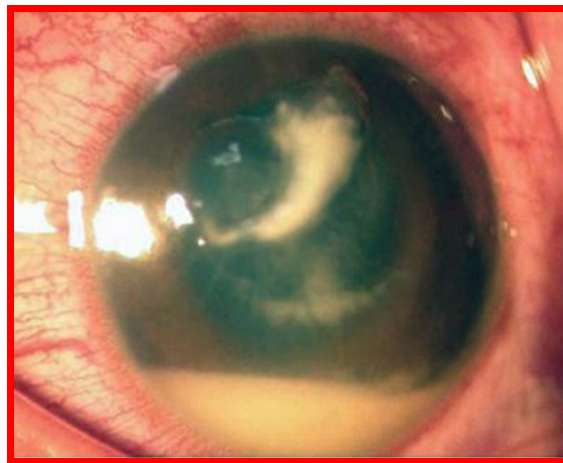
Quels sont les risques évolutifs ?

OPHTALMOLOGIE

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

Sujet : N° 1

Une femme de 27 ans porteuse de lentilles de contact souples se présente à votre consultation pour un œil rouge douloureux et une baisse d'acuité visuelle (compte les doigts à 1 mètre)



Question n° 1

Quel est votre diagnostic ?

Question n° 2

Définissez les critères locaux de gravité de cette affection qui guideront votre prise en charge.

Question n° 3

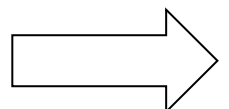
Détaillez la prise en charge de cette patiente (diagnostique et thérapeutique).

Question n° 4

Vous notez la présence d'un hypopion.

Procédez-vous oui ou non à sa ponction, à visée diagnostique ou thérapeutique ?

Justifiez votre attitude en cas de réponse positive ou négative.

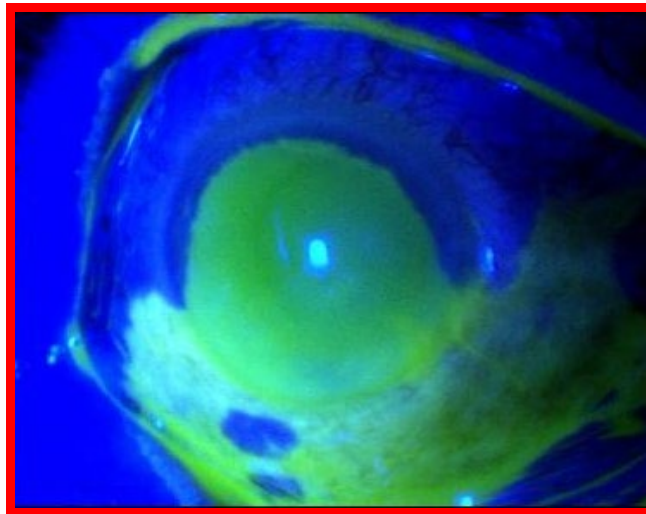


Question n° 5

Citez 2 traitements adjuvants possibles en cas d'abcès cornéen sévère.

Sujet : N° 2

Un homme de 55 ans, plombier, reçoit une projection de soude caustique.



Question n° 1

Quel geste préconisez-vous en urgence ?

Quel liquide utilisez-vous et quelles précautions prenez vous ?

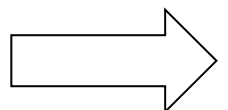
Question n° 2

Sur quels critères allez-vous estimer le degré de gravité de cette brûlure ?

Quelle classification allez-vous utiliser ? / Décrire brièvement ses critères et son intérêt.

Question n° 3

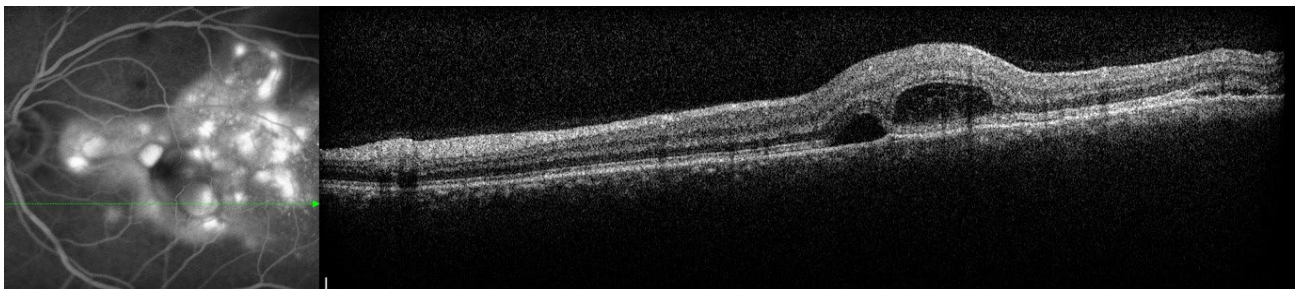
Votre examen en Lampe à fente conclue à ne brûlure sévère de la surface oculaire (Grade III) / décrivez votre prise en charge thérapeutique.



Sujet : N° 3

Mr M. 30 ans, sans antécédent généraux, familiaux a été opéré de décollement de la rétine de l'œil droit 3 semaines auparavant. Il présente une baisse d'acuité visuelle depuis 3 jours de l'œil gauche avec une vision à droite à 1/10 avec correction -4(-0.50x150°) et à l'oeil gauche une vision à 1/20è avec : -0.50(-0.75x35°). La rétine de l'œil droit est à plat, la cavité vitréenne à droite est claire sans tamponnement interne retrouvé.

Les examens d'imagerie rétinienne réalisés sont représentés ci-après :



Question n° 1

Quel tamponnement interne a certainement été utilisé pour traiter le décollement de la rétine d'après vous ?

Question n° 2

Quel diagnostic recherchez-vous ?

Question n° 3

Sur quels arguments ?

Question n° 4

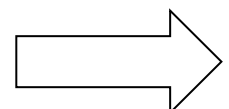
Quels sont les signes présents en segment antérieur de l'œil gauche dans ce cas ?

Question n° 5

Quel est le traitement ?

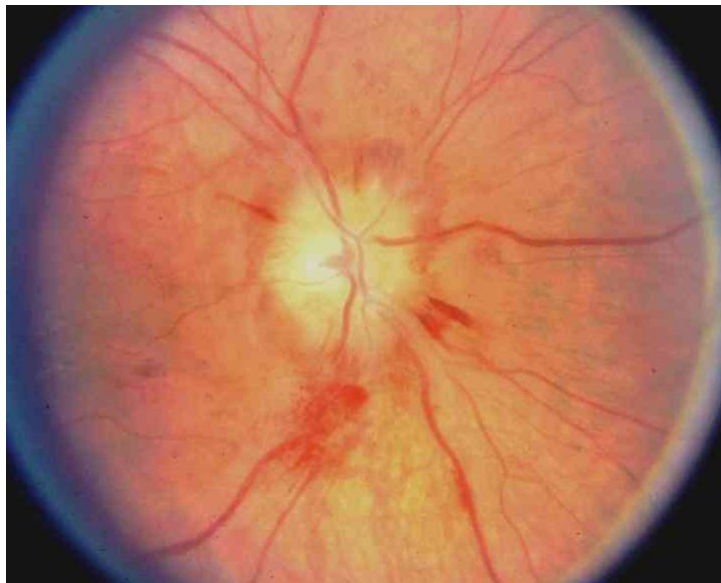
Question N° 6

Si les 2 yeux présentaient le même tableau clinique en imagerie rétinienne, quel diagnostic suspecter ?



Sujet : N° 4

Mme C. 56 ans consulte pour baisse d'acuité visuelle brutale de l'œil droit à 1/20^e avec correction. L'œil gauche est normal avec une vision à 10/10^e sans correction. L'image du fond d'œil est ci-après :



Question n° 1

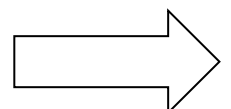
Quel est le diagnostic ?

Question n° 2

Quel examen biologique demandez-vous en urgence ?

Sujet : N° 5

Suivi et propositions thérapeutiques devant un strabisme divergent intermittent chez un jeune adulte.



Sujet : N° 6

Question n° 1

Un patient de 72 ans consulte pour une diplopie horizontale depuis 24h associée à des céphalées latéralisées à la tempe gauche. Quel examen demandez vous en priorité et dans quel délai ?

Question n° 2

Un patient de 26 ans consulte pour un ptosis apparu 24h auparavant. Quel élément clinique allez vous analyser en priorité ?

Question n° 3

Un patient de 32 ans consulte pour sensation de flou visuel et diplopie intermittante. Vous notez un oedème papillaire bilatéral au fond d'œil. Quel examen demandez vous et dans quel délai ?

Question n° 4

Devant un oedème papillaire bilatéral, quels sont les 2 diagnostics à éliminer en urgence devant ce tableau clinique ?

Question n° 5

Une patiente de 22 ans sans antécédents particuliers consulte pour une baisse d'acuité visuelle rapidement progressive depuis 4 jours de l'œil droit. Elle ressent des douleurs à la mobilisation du globe, l'acuité visuelle est à 3/10 OD et 10/10 OG mais l'examen à la lampe à fente et le fond d'œil sont normaux. Quel est votre diagnostic ?

Question n° 6

Quel examen complémentaire demander vous et pourquoi ?

Question N° 7

Pour cette patiente de 22 ans, quel traitement proposez- vous ?

Sujet : N° 7

Conduite à tenir devant une endophtalmie post-opératoire ?

ORL

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

LES 4 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet :1

Madame A., 44 ans, vous consulte en raison de l'apparition depuis 24 heures d'une tuméfaction jugale droite, située en regard et en dessous de la pommette. La palpation de la région est douloureuse, la peau est tendue mais de coloration normale. Il n'existe pas d'adénopathie cervicale. A la suite d'une rage de dents, cette patiente a pris un traitement par des antalgiques (paracétamol) et des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les jours précédents.

Question N° 1

Vous portez le diagnostic de cellulite jugale.

Que devez-vous rechercher à l'examen clinique au plan local, régional et général ?

Question N° 2

Quel est l'examen complémentaire utile à ce stade pour préciser l'étiologie ?

Question N° 3

Il existe en fait une desmodontite aiguë de la 24. sémiologie clinique et radiologique.

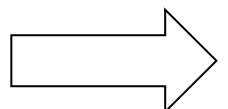
Question N° 4

Quelle attitude thérapeutique devez-vous adopter ?

Question N° 5

Malheureusement cette patiente n'a pas voulu suivre vos recommandations et prescriptions. Elle a consulté un autre confrère qui lui a prescrit de la Gentamicine 5 mg/kg/jour en intra-musculaire. Trois jours plus tard elle est adressée en urgence pour un tableau d'aphagie. La déglutition est devenue difficile, il existe une gêne respiratoire modérée. L'état général est altéré, le teint gris. Il existe un empâtement cervical diffus, la peau est discrètement érythémateuse

TSVP



- a) De quoi s'agit-il ?
- b) Que recherchez-vous à la palpation du cou ?
- c) Facteur favorisant ?
- d) Quels sont les risques à court terme ?
- e) Après quel(s) examen(s) radiologique(s)? Que recherche(nt)-t-il(s) ?
- f) Un geste chirurgical est-il indiqué, lequel ?
- g) Quels sont les principaux traitements adjuvants ?
- h) Quels sont les soins post-opératoires ?

Sujet :2

Madame M., âgée de 43 ans, consulte pour ses problèmes auriculaires. Depuis plusieurs années, elle présente une otorrhée nauséabonde droite intermittente, sans douleur. Lors de ces épisodes, son hypoacousie homolatérale se majore, associée à un acouphène.

Elle n'a aucune autre plainte subjective et le jour de la consultation, son oreille est sèche. Dans ses antécédents, on note des otites fréquentes dans l'enfance.

L'audiogramme montre une surdité mixte droite avec un Rinne de 35 dB.

Question N° 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question N° 2

Quels sont les aspects otoscopiques les plus fréquents de cette affection?

Question N° 3

Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

Question N° 4

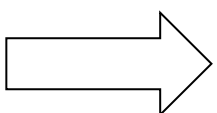
Quel bilan d'imagerie demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

Question N° 5

Quel geste chirurgical devez-vous pratiquer? Enumérez les étapes du traitement chirurgical en cas d'atteinte atticale extensive.

Question N° 6

Eléments et durée de la surveillance.



Sujet :3

Un homme de 55 ans fumant un paquet de cigarettes par jour depuis 30 ans, buvant 4 à 5 verres de vin par jour, présente depuis 1 à 2 mois une masse dure sous-angulo-maxillaire indolore, augmentant progressivement de volume. L'état général est excellent, il n'est ni enroué, ni dysphagique. L'examen du cuir chevelu, de la cavité buccale et de l'oropharynx est normal, de même que le reste de l'examen clinique. La fibroscopie naso-pharyngo-laryngée est subnormale en dehors d'un érythème diffus. La palpation abdominale est normale. La radio pulmonaire est normale. Il s'agit vraisemblablement d'une adénopathie cervicale.

Question N° 1

Avant d'envisager une endoscopie sous AG compte tenu du terrain, vous réalisez un scanner cervico-thoracique. Qu'en attendez-vous ?

Question N° 2

Lister les territoires lymphatiques du cou (classification de Robbins) en précisant les groupes ganglionnaires impliqués.

Question N° 3

Le scanner vous fait évoquer une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde « sans porte d'entrée ».

Quel autre examen peut vous aider à déceler un primitif infra-clinique ?

Quel est le principe de cet examen ?

Question N° 4

Cet examen n'est pas contributif chez ce patient. Vous ne visualisez que le ganglion déjà repéré. Plutôt que d'envisager une adénectomie diagnostique, vous souhaitez préciser le diagnostic étiologique en pré-opératoire.

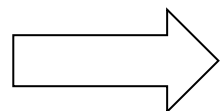
Quel examen peut être suggéré ?

Question N° 5

Votre diagnostic de carcinome épidermoïde est confirmé.

Quelle stratégie adoptez-vous ?

TSVP



Sujet :4

Madame X, 37 ans, vous est adressée en urgence pour un tableau associant un grand vertige rotatoire avec nausées et vomissements depuis plusieurs heures, associé à un acouphène droit.

Elle a présenté deux épisodes similaires au cours de l'année. Récemment, un conflit familial a éclaté qu'elle a ressenti très douloureusement. A l'examen, il existe une hypoacousie droite subjective. Le Weber est latéralisé du côté gauche. Les tympans sont normaux. Il existe un nystagmus gauche à 70/min. Elle ne peut pas se lever.

Question N° 1

Quelle est la sémiologie d'un syndrome vestibulaire périphérique ?

Question N° 2

Quel diagnostic évoquez-vous chez cette femme?

Comment peut-on l'affirmer ?

Sur quels arguments ?

Question N° 3

Comment confirmer ce diagnostic ?

Question N° 4

Quel en est le pronostic ?

Question N° 5

Quelles sont les armes thérapeutiques lors de la crise ?

Question N° 6

Quelles sont les traitements médicamenteux pour prévenir les crises ?

Question N° 7

Que faire en cas de symptomatologie très invalidante et persistante ?

Citez 4 procédures.

PEDIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : N° 1

Anna, 14 ans, se présente aux urgences à 22 heures, avec sa mère, pour des céphalées qui ont débuté dans la journée au collège. Elle a pris du paracétamol (1 g à 19 h) qui ne l'a pas soulagée.

Question n° 1

Quelles questions allez vous lui poser ? (Interrogatoire)

Question n°2

Que recherchez vous à l'examen clinique ?

Question n° 3

Quels sont les critères qui vous font retenir le diagnostic de migraine?

Question n° 4

Quel traitement médicamenteux (classe, mode d'administration, précautions d'emploi) proposez vous à cette jeune fille pour cet accès migraineux aigu ?

Sujet : N° 2

Jules, 18 mois, est amené aux urgences par ses parents car il présente une diarrhée depuis 2 jours.

Question N° 1

Quelles questions allez vous poser pour orienter votre prise en charge ?

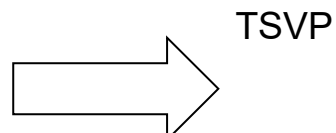
L'examen de Jules est rassurant, vous autorisez sa sortie.

Question N° 2

Détaillez précisément votre ordonnance.

Jules se rend aux urgences 48 Heures après. Sa maman le trouve pâle et fatigué, elle pense qu'il urine moins.

La diarrhée persiste de façon importante, des vomissements sont apparus. Il a pris 200 gr.



Question N° 3

Quelle est votre première hypothèse diagnostique ?

Question N° 4

Quelles anomalies biologiques recherchez vous ?

Question N° 5

Quelle est votre prise en charge initiale et votre orientation ?

Sujet : N° 3

Un nouveau-né à terme eutrophe (poids de naissance 2620 g, taille 48,5 cm, périmètre crânien 33 cm) allaité exclusivement consulte aux urgences pour fièvre à 38°5, hypotonie modérée et absence de reprise de poids de naissance (2400 g) à 7 jours de vie. La grossesse est sans particularité (sérologies, échographies), le prélèvement vaginal du 9^{ème} mois est stérile. L'accouchement est spontané à 37 SA, rupture de la poche des eaux de 3 heures, présentation céphalique, liquide amniotique clair et d'abondance normale. Le bilan biologique montre une CRP à 155 mg/L, GB 11000 / mm³ dont PNN 61%, plaquettes 186000 / mm³. La ponction lombaire montre 1630 éléments 87% de PNN, protéinorachie 2,68 g/L, glycorachie 0,4 mmol/ L (pour un dextro à 4,5 mmol/L), Antigène soluble streptocoque B positif avec sérotype ST17. Une hémoculture est prélevée.

Question n° 1

Quels sont les signes cliniques de gravité à rechercher ?

Question n° 2

Quelle est la prise en charge immédiate ? Indiquez les posologies.

Question n° 3

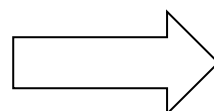
La maman s'inquiète de la perte de poids de son enfant. L'allaitement peut-il être maintenu ? Justifiez.

Question n° 4

A 48 heures, l'hémoculture revient positive à Streptocoque B. La CRP de contrôle est à 56 mg/L. Quelle est la durée du traitement spécifique ?

Question n° 5

Après 5 jours de traitement, l'enfant est à nouveau fébrile. Quelles sont les principales causes à évoquer ?



TSVP

Question n° 6

Quels examens complémentaires envisagez-vous dans ce contexte de récurrence de fièvre ?

Question n° 7

Quel est le suivi à programmer pour cet enfant après la sortie d'hospitalisation ?.

Question n° 8

Y a-t-il des contre-indications au calendrier vaccinal habituel ?

PNEUMOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Vous recevez au service des urgences une femme de 81 ans, pour dyspnée évoluant depuis 2 jours. Elle fume 5 cigarettes par jour depuis l'âge 30 ans. Elle est traitée depuis 8 ans par 10 mg d'Atorvastatine pour une dyslipidémie. Elle a des antécédents de cancer du sein traité par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie il y a 7 mois, sans traitement hormonal. Le bilan réalisé il y a quinze jours dans le cadre du suivi de son cancer mammaire était normal.

Le cliché du thorax de face réalisé à son admission aux urgences est normal. L'examen clinique ne montre qu'une tachycardie. L'ECG montre un rythme sinusal à 105 battements / min, sans autre anomalie.

Question N° 1

Vous évoquez une embolie pulmonaire, évaluez en la probabilité clinique.

Question N° 2

Quel examen complémentaire demandez vous en première intention ?
(une seule réponse)

Question N° 3

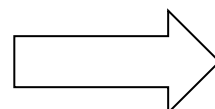
Quel autre examen complémentaire proposez vous si le résultat de cet examen est anormal ?

Question N° 4

Le diagnostic d'embolie pulmonaire est confirmé.

La PA est mesurée à 120-80, la saturation transcutanée en oxygène en air ambiant est de 96 %, la troponine et la clairance calculée de la créatininémie est 70 ml/mn.

- a) Existe-t-il des signes de gravité, si oui lesquels ?
- b) Quel doit être le lieu de prise en charge ?



Question N° 5

Quels traitements médicamenteux pouvez vous proposer dans les premières 48 heures ?

Question N° 6

Quelles sont les possibilités de traitement de sortie ? Indiquez pour chacune d'elle la durée du traitement et les modalités de surveillance.

RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

LES 4 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Patient de 60 ans présentant de façon brutale un déficit moteur hémicorporel gauche à 14h. L'urgentiste vous demande un examen d'imagerie à 16h.

Question N° 1

Discutez la modalité choisie. Avantages/Inconvénients.
Dans quel délai ?

Question N° 2

L'IRM n'est pas accessible, indiquez les signes scanographiques précoces de l'AVC ischémique

Question N° 3

L'IRM est accessible, quelles sont les quatre séquences minimales à réaliser ?

Question N° 4

Quelles informations allez-vous obtenir de chacune de ces séquences s'il s'agit d'un AVC ischémique?

Question N° 5

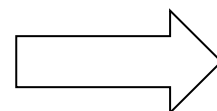
Il s'agit d'un accident ischémique artériel, donnez les critères permettant la réalisation d'une fibrinolyse IV ?

Question N° 6

Il s'agit d'un hématome lobaire : comment poursuivez-vous le bilan et dans quel but ?

Question N° 7

Quelle est la place de la neuroradiologie interventionnelle dans la prise en charge de l'AVC ?



TSVP

Sujet : 2

Un homme de 60 ans, hypertendu connu, diabétique non insulino-requérant, avec un périmètre de marche illimité, un antécédent de stent coronaire actif posé il y a 2 mois avec double anti-agrégation plaquettaire, un pace-maker pour troubles du rythme ancien bien équilibré, porteur d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale de 44 mm de diamètre diagnostiqué il y a 6 mois, se présente au service d'accueil des urgences pour une douleur violente du membre inférieur gauche avec un pied froid.

Question N° 1

Quelle est votre hypothèse diagnostique la plus probable ? (une seule réponse)

Question N° 2

Quel(s) rôle(s) joue l'imagerie dans l'évaluation de la gravité ?

Question N° 3

A l'examen clinique, le patient ne présente pas de paralysie sensitivo-motrice du pied gauche.

Quel(s) examen(s) radiologique(s) peuvent être proposé(s) pour l'évaluation de ce patient et de sa maladie ?

Quels en sont les avantages respectifs ?

Question N° 4

Le patient qui a bénéficié d'une revascularisation chirurgicale remonte dans sa chambre. Le chirurgien vasculaire vous appelle 48 heures plus tard car le patient présente une douleur abdominale violente avec malaise.

Quel diagnostic doit absolument être recherché et pourquoi ?

Question N° 5

Quel examen vous permettra de faire ce diagnostic en urgence ?

Question N° 6

Quels éléments sémiologiques vous permettent d'affirmer le diagnostic ?

Question N° 7

Quels éléments doivent apparaître dans l'interprétation de cet examen pour faire bénéficier le patient d'une prise en charge thérapeutique adaptée ?

Sujet : 3

Femme de 42 ans, tabagique à 30 paquets/année, d'origine africaine subsaharienne de retour de son pays depuis une semaine.

Elle se présente aux urgences avec des douleurs médiastoraciques, une altération de l'état général, un fébricule à 38.2 et des crachats hémoptoïques.

La radiographie pulmonaire est réalisée.

Question N°1

Quels diagnostics principaux évoquez-vous ?

Question N°2

Quel examen radiologique réalisez-vous en première intention ?

Précisez la technique et les contre-indications

Question N°3

Si la patiente est enceinte, maintenez-vous votre attitude ?

Justifiez brièvement votre réponse.

Question N°4

Le scanner réalisé montre : plusieurs défauts d'opacification artérielle pulmonaire, une caverne du lobe supérieur droit, une condensation sous pleurale grossièrement arrondie basale gauche avec une lame d'épanchement pleural gauche.

Quel diagnostic est confirmé par le scanner ?

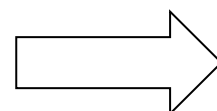
Question N°5

Quels autres diagnostics peuvent expliquer l'hémoptysie chez cette patiente ?

Question N°6

Le contrôle radiologique à 6 semaines montre la persistance de l'opacité alvéolaire basale gauche.

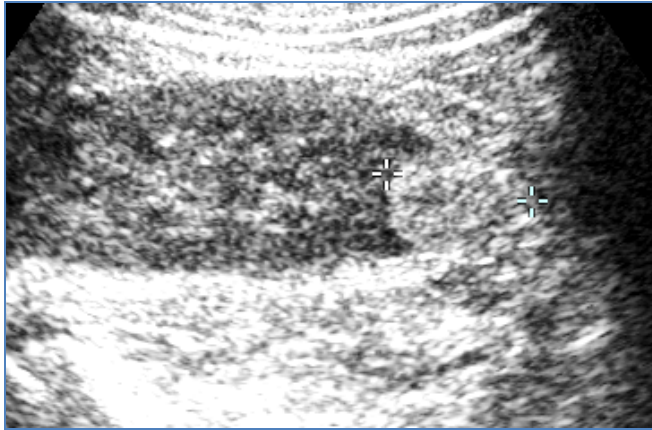
Quelle est la conduite à tenir ?



TSVP

Sujet : 4

Une échographie abdominale est réalisée chez une femme de 32 ans sans antécédent, pour des douleurs chroniques de l'hypochondre droit. L'échographie met en évidence une lésion du rein droit, polaire inférieure, mesurant 25 mm de diamètre (figure ci-dessous). Le reste de l'examen est par ailleurs normal.



Question N°1

Quelle conclusion proposez vous dans le compte rendu concernant cette lésion rénale ?

Question N° 2

Sur une IRM abdominale réalisée 1 an avant, la lésion rénale était présente et le compte rendu indiquait le diagnostic d'un angiomyolipome typique. Sur quelles séquences et à partir de quels signes ce diagnostic peut-il être affirmé en IRM ?

Question N° 3

Quel autre examen d'imagerie pourrait aboutir au diagnostic d'angiomyolipome typique ? Sur quels signes ?

Question N° 4

Le diagnostic étant établi, quelle conduite à tenir proposez vous et pour quels motifs ?

REANIMATION MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Les 2 sujets sont à traiter

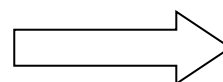
Sujet :n°1

Monsieur H, âgé de 50 ans, est adressé aux urgences par son médecin traitant pour prise en charge d'une altération de l'état général associée à des vomissements importants et un syndrome confusionnel. Dans ses antécédents on note essentiellement un cancer gastrique révélée par une carcinose péritonéale il y a quelques mois, traité par chimiothérapie (capécitabine : Xéloda®), arrêtée il y a deux mois pour intolérance neurologique.

L'histoire actuelle a débuté il y a cinq jours par l'apparition de vomissements, d'une agitation traitée par loxapine (Loxapac®) et halopéridol (Haldol®), puis d'un syndrome confusionnel et d'une altération de l'état général.

À l'admission aux urgences, la pression artérielle est à 110/70 mmHg, la fréquence cardiaque à 100/min, la température à 37,2 C, la SpO₂ à 100%. Les extrémités sont chaudes, il n'y a pas de marbrures mais un pli cutané. L'examen neurologique ne met pas en évidence de signe de localisation, ni de syndrome méningé : par contre, il objective une agitation importante et une confusion. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Le bilan biologique sanguin montre : glucose 4,5 mmol/L ; Na 130 mmol/L ; K 1,9 mmol/L ; Cl 53 mmol/L ; urée 41 mmol/L ; créatinine 356 µmol/L ; pH 7,54 ; PaCO₂ 57 mmHg ; PaO₂ 78 mmHg ; bicarbonates 48 mmol/L ; protéines totales 82 g/L ; albumine 47 g/L ; leucocytes 25 500/mm³ ; hématies 5 Millions /mm³ ; Hb 15,7 g/dL ; hématocrite 47 % ; plaquettes 361 000/mm³.



Question n° 1

Décrivez les anomalies biologiques présentes.

Question n° 2

En fonction des éléments cliniques et biologiques, quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Précisez les mécanismes physiopathologiques à l'origine de ces troubles métaboliques

Question n° 3

Deux heures après son admission, le patient présente brutalement une perte de connaissance associée à un épisode d'inefficacité circulatoire transitoire. Quelle est la cause la plus probable de cette perte de connaissance ? Quel examen réalisez-vous en urgence et quelles sont les informations que vous en attendez ?

Question n° 4

Décrivez votre prise en charge thérapeutique (incluant la surveillance) des 6 premières heures.

Question n° 5

Deux jours plus tard, l'état du patient s'est stabilisé ; la fonction rénale s'est améliorée mais l'état neurologique demeure préoccupant, alternant entre prostration et agitation, le patient présente une fièvre à 38°C, une tachycardie à 102/min, une fréquence respiratoire à 32/min et une désaturation avec une SaO₂ à 88% en air ambiant. Quels sont les deux diagnostics à évoquer en priorité ?

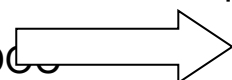
Question n° 6

La radiographie thoracique est de qualité très médiocre et n'apporte pas d'information supplémentaire. Dans ce contexte, quels sont les 3 examens les plus utiles pour le diagnostic de cette complication ?

SUJET N° 2

Vous êtes appelé au service d'accueil des urgences pour un homme de 57 ans obèse, fumeur actif suivi en pneumologie pour BPCO.

Il consulte pour une hémoptysie survenue le matin, peu abondante associée à une douleur basi-thoracique gauche depuis la veille persistante sous Paracétamol. Il n'a pas eu de traumatisme. La température est à 38,2°C, la TA à 120/80, la fréquence cardiaque à



150/minute et la SpO2 à 90% en air ambiant. L'auscultation pulmonaire objective une diminution du murmure vésiculaire et quelques crépitations en base gauche

Question n° 1

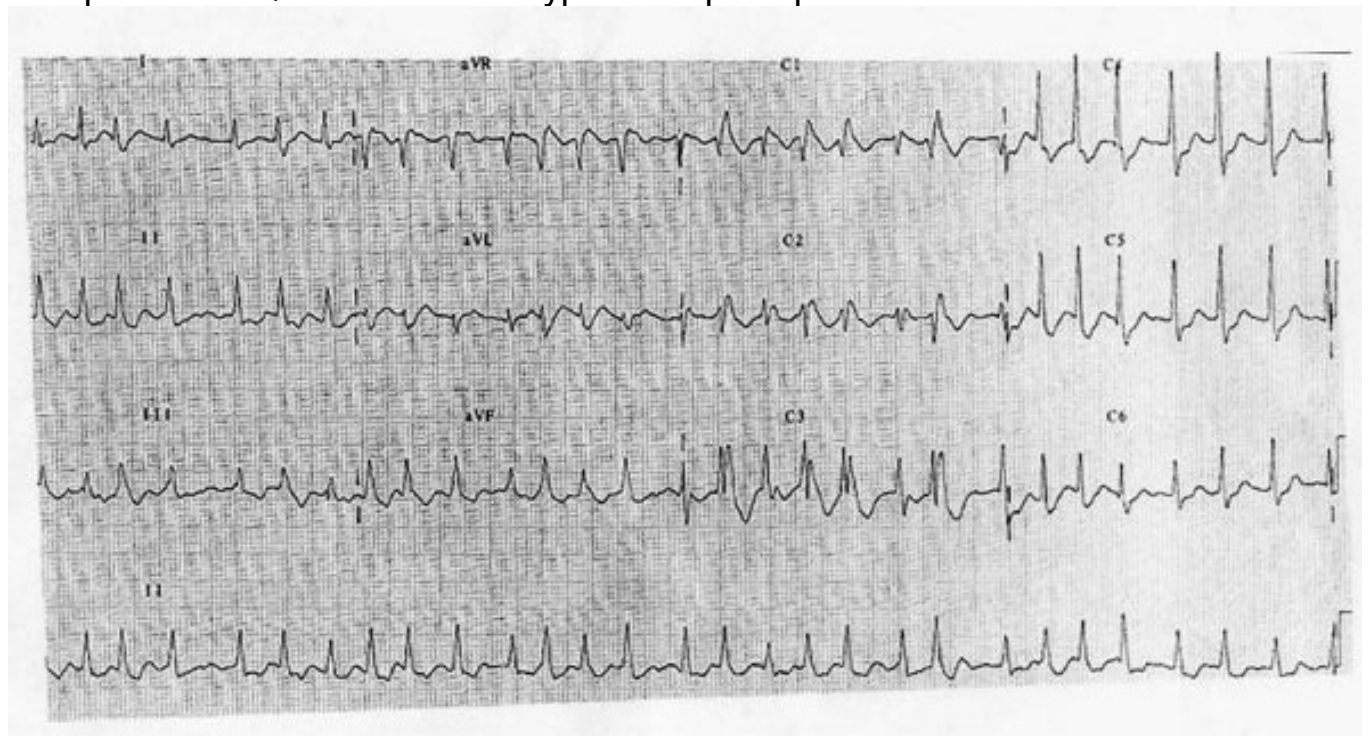
Énoncez les 3 hypothèses étiologiques pouvant expliquer l'association de ces symptômes.

Question n° 2

Les DDimères sont à 4987, la CRP à 20, la troponine et le BNP normaux. Le reste du bilan biologique est sans particularité. La valeur des DDimères vous oriente-t-elle plus particulièrement vers l'une de ces hypothèses ? Justifiez votre réponse.

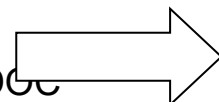
Question n° 3

L'ECG est le suivant. QRS à 147 ms, fréquence cardiaque à 150/minute. Interprétez-le. Quelle est votre hypothèse principale ?



Question n° 4

Le patient dit avoir présenté un œdème de Quincke à la suite d'une urographie intraveineuse réalisée dans l'enfance. Le patient est cliniquement stable, vous décidez de réaliser un autre examen d'imagerie pour vous aider dans votre démarche diagnostique. L'image



présentée ci-dessous est recueillie au niveau du 1/3 moyen de la cuisse gauche. Quel est cet examen ? comment interprétez vous cette image ?



Question n° 5

Devant l'absence d'indication formelle à une admission en réanimation, vous vous apprêtez à quitter le service des urgences lorsque l'urgentiste vous rappelle car la situation clinique du patient se dégrade brutalement. A l'examen la TA est à 60/30 mmHg, polypnée à 35/min, le pouls est filant, et le score de Glasgow à 7. Le scanner étant indisponible et ce pour une durée indéterminée, vous décidez d'un examen essentiel à réaliser dans ce contexte. Lequel ? que recherchez vous ?

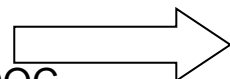
Question n° 6

Votre diagnostic est confirmé et l'état de gravité du patient persiste inchangé. Quels sont les traitements que vous devez impérativement mettre en place ?

Question n° 7

Le patient est rapidement intubé et transféré en réanimation. Il reste hypotendu et hypoxémique avec une SpO₂ à 90%. Un cathéter veineux central et un monitoring par Picco sont mis en place. Le bilan hémodynamique (FiO₂ 100%, PEP 4 cmH₂O) est le suivant :

PA 80/40 mmHg,
PVC 25 cm H₂O,
débit cardiaque 2,2 L/mn/m²,
SaO₂ 88%,
ScvO₂ 50%
Lactatémie 7mmol/L



Interprétez ce bilan hémodynamique. Citez les mécanismes physiopathologiques expliquant ce tableau cardio-circulatoire.

Question n° 8

6 jours plus tard, le patient est extubé et il présente une douleur au pli de l'aîne, augmentée à la flexion du membre inférieur droit. Le bilan biologique montre une hémoglobine à 8,6 g/dL pour 12g/dL la veille. Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Question n° 9

Votre hypothèse était la bonne. L'hémodynamique est conservée. L'INR est à 1,5. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Question n° 10

Quelle procédure pourrait-on alors discuter pour mettre le patient à l'abri d'une récurrence de sa maladie initiale ?

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Troubles urinaires de la sclérose en plaques : évaluations clinique et para clinique, prise en charge thérapeutique, surveillance.

RHUMATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Tous les sujets sont à traiter

Sujet :1

Un homme de 41 ans consulte pour douleurs des mains et des poignets évoluant depuis 3 mois. Les douleurs sont permanentes et le réveillent la nuit. Il existe un dérouillage matinal de 45 minutes. Un traitement par paracétamol 4 g/jour per os n'a pas permis d'obtenir d'amélioration nette. L'examen clinique montre des arthrites des poignets, des métacarpo-phalangiennes 1, 2 et 4 gauches, 2, 4 et 5 droites. La tension artérielle est mesurée à 120/80 mm de Hg. Le reste de l'examen est normal. Dans ses antécédents, vous apprenez que le patient est fumeur non sevré (20 paquets-année), et qu'il est traité pour hypertension artérielle par bêta bloquants.

Il vous apporte le bilan paraclinique suivant : radiographies de mains et poignets de face, de pieds face et $\frac{3}{4}$ interne, radiographie thoracique : toutes normales. Vitesse de sédimentation à la première heure = 25 mm, protéine C-réactive = 19 mg/litre ($N < 5$), ionogramme sanguin, créatininémie, numération formule plaquettaire, bilan hépatique (transaminases, phosphatases alcalines, Gamma GT, bilirubinémie), bandelette urinaire, normaux. Glycémie à jeun = 1,05 g/l, cholestérolémie dans les limites de la normale, HDL cholestérol = 0,45 g/l, LDL cholestérol = 1,5 g/l. Recherches de facteurs rhumatoïdes et d'anticorps anti-CCP (= anti peptides citrullinés) positives, recherche de facteurs anti-nucléaires négative.

Vous faites le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

Question N°1

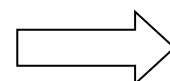
Quelle est votre prise en charge thérapeutique ? Quelle surveillance effectuez-vous ?

Question N°2

Quels sont vos objectifs thérapeutiques ?

Question N°3

Pensez-vous que le bilan lipidique soit satisfaisant ?
Argumentez



Question N°4

Le traitement que vous avez prescrit en première intention est efficace et bien toléré. Huit mois plus tard, l'état du patient est parfaitement satisfaisant. Il vous annonce qu'il souhaiterait un nouvel enfant et veut savoir s'il faut modifier le traitement et si oui comment. Que lui répondez-vous, sachant que la molécule que vous avez prescrite à la question n° 1 est celle qui est proposée en première intention par les recommandations ?

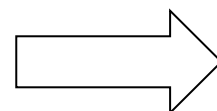
Question N°5

Quelques mois plus tard, alors que le « problème » de la question 4 a été réglé, le patient présente une arthrite du poignet droit, évoluant depuis 2 semaines, douloureuse. A l'examen clinique, les autres articulations ne sont pas douloureuses et ne sont pas inflammatoires. Quelle option thérapeutique proposez-vous, sachant que le patient est traité depuis 6 mois avec le traitement qui avait été prescrit en première intention à la question 1, et à dose optimale ? (une seule option thérapeutique).

Question N°6

Malheureusement, cette option est un échec. L'évolution se fait vers une persistance et une bilatéralisation de l'arthrite du poignet, mais aussi la survenue d'arthrites du coude droit, des genoux et des chevilles. Quelle(s) option(s) thérapeutique(s) pouvez-vous discuter ?

Le patient déménage dans une autre région et est perdu de vue pendant 5 ans. Lorsque vous le revoyez, à son retour dans votre ville 5 ans plus tard, sa polyarthrite est traitée par méthotrexate (15 mg/semaine per os), étanercept (50 mg/semaine), et prednisone (12 mg/j). L'examen clinique ne retrouve pas d'arthrite. Le DAS28 est à 2,4. La tension artérielle est à 160/80 mm de Hg à 3 reprises. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Sur le plan paraclinique, on note une vitesse de sédimentation à 5 mm à la première heure, une protéine C-réactive à 2 mg/litre, une numération formule plaquettaire et une fonction rénale normales, une glycémie à jeun à 1,3 g/l, une hémoglobine glyquée à 8,5%. Ses radiographies récentes ne montrent pas d'évolutivité.



Question N°7

Envisagez-vous de modifier le traitement de la polyarthrite rhumatoïde ? Argumentez.

Question N°8

Alors que vous discutez une éventuelle modification de son traitement, son chirurgien-dentiste vous appelle car il doit réaliser des extractions dentaires et s'inquiète des précautions éventuelles à prendre compte tenu du traitement. Que lui répondez-vous ?

Question N°9

Vous en profitez pour faire le point sur la couverture vaccinale du patient. Vous apprenez qu'il a été vacciné contre la diphtérie, le tétanos et la polyomyélite (DT-polio), et que son dernier rappel a été réalisé il y a 9 ans. Il n'a jamais été vacciné contre le pneumocoque, ni contre la rougeole les oreillons et la rubéole, ni contre la varicelle, et ne se vaccine pas contre la grippe. Qu'en pensez-vous ? Que lui conseillez et/ou prescrivez-vous ?

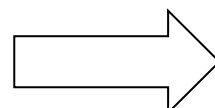
Les soins dentaires sont réalisés avec succès. Quelques mois plus tard, le patient appelle car il se plaint depuis ce jour d'une diminution de la vision de l'œil droit, lequel est par ailleurs douloureux. Vous l'envoyez en consultation ophtalmologique en urgence. L'acuité visuelle de loin de l'œil droit est à 2/10, celle de l'œil gauche à 9/10. Les yeux ne sont pas rouges, l'examen ophtalmologique bilatéral, y compris le fond d'œil, est normal, en dehors d'un scotome central au champ visuel.

Question N°10

Quel diagnostic évoquez-vous pour ce trouble visuel (un seul) ? Quelle peut en être l'étiologie dans ce contexte ?

Sujet N° 2

Une dame de 80 ans aux antécédents de phlébite, d'HTA et d'arthrose se présente aux urgences pour une douleur lombaire aiguë survenue la veille en ramassant ses pommes de terre. L'examen clinique est difficile en raison de l'importance de la douleur. Pas de fièvre, examen neurologique normal à son arrivée aux urgences.



Question N°1

En dehors du tassement vertébral, quels diagnostics évoquez vous ?

Question N°2

Quel est le premier examen d'imagerie à demander ?

Question N°3

Le diagnostic est celui d'un tassement vertébral récent.

Quels sont les objectifs du bilan étiologique ?

Question N°4

Quelles sont les grandes causes d'ostéoporose secondaire ?

Question N°5

Sur les radiographies, on note un tassement d'allure homogène de L3 avec un mur antérieur mal visualisé.

Quel examen d'imagerie (1 seul) demandez vous ?

Quels en sont les résultats attendus si ce tassement vertébral récent est ostéoporotique ?

Question N°6

Le bilan confirme le diagnostic de tassement ostéoporotique unique.

L'ostéodensitométrie retrouve un T score à -3 au rachis et -2,7 au col.

Quelle est la prise en charge à court et moyen terme ?

En ce qui concerne l'ostéoporose elle-même, vous passez en revue les différentes molécules disponibles chez cette patiente.

Laquelle ou lesquelles éliminez vous ? Laquelle ou lesquelles pouvez vous retenir ? Argumentez.

CHIRURGIE UROLOGIQUE

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

Sujet : N° 1

Il s'agit d'une patiente de 45 ans, qui présente depuis 3 ans une incontinence urinaire d'aggravation progressive.

Elle pèse 90 Kg pour 165 cm. Elle fume depuis 15 ans 1 paquet de cigarettes par jour.

Elle présente les antécédents suivants : Médicaux : HTA sous Coversyl.
Gynéco-obstétricaux : 3 grossesses avec accouchement par les voies naturelles dont un avec forceps. Le poids du plus gros bébé était de 4500 g. Elle a réalisé des séances de rééducation périnéale en post partum. Hystérectomie sub-totale pour fibrome il y a 4 ans.

Question n° 1

Décrivez votre interrogatoire ?

Question n° 2

La patiente présente une incontinence urinaire d'effort typique. Elle urine 5 fois par jour et se lève une fois en fin de nuit. Elle porte 1 protection la journée et se change si besoin, et une protection par précaution la nuit. Les fuites apparaissent essentiellement lors des activités sportives. Quels sont les facteurs de risque de l'incontinence urinaire d'effort ?

Question n° 3

Quels examens cliniques et paracliniques prévoyez-vous ?

Question n° 4

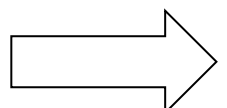
Elle présente à l'examen clinique une cystocèle de grade 1, un toucher vaginal sans anomalie, une incontinence urinaire d'effort en jet en position couché vessie remplie à 300 ml, avec manœuvre de Bonney et d'Ulmsten positive.

Que lui proposez-vous ?

Question n° 5

Elle revient vous voir 6 mois plus tard avec une amélioration insuffisante selon ses dires

Que lui proposez-vous et décrivez votre information sur le traitement chirurgical (modalités pratiques, risques, complications fréquentes) ?



Question n° 6

Elle bénéficie d'une bandelette transobturatrice avec un excellent résultat. Elle revient 4 ans plus tard du fait de la réapparition d'une incontinence urinaire. Elle est pollakiurique avec quelques urgences mictionnelles et 3 levers nocturnes.

Que lui proposez-vous ?

Sujet : N°2

Une femme 35 ans aux antécédents de lithiase urinaire, sans antécédent chirurgical, 2 accouchements par voie basse non compliqués, consulte aux urgences de l'hôpital pour une douleur intense en fosse iliaque droite avec hématurie macroscopique évoluant depuis 5 heures.

Question N° 1

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question n° 2

Décrivez votre examen clinique.

Question n° 3 :

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?

Question n° 4

Vous diagnostiquez une colique néphrétique droite non compliquée en rapport avec un calcul 5 mm urétéral pelvien.

Quelles sont vos prescriptions médicales aux urgences en première intention ?

Question n°5 :

D'une façon générale, sur quels critères décideriez-vous d'hospitaliser la patiente et dans quels services de l'hôpital l'hospitaliseriez-vous ?

Question n°6 :

La patiente est soulagée par votre traitement médical. Quelles sont les traitements standard du calcul de cette patiente selon les recommandations de l'Association Française d'Urologie ?

Question n° 7 :

Quels sont les principaux temps chirurgicaux de la mise en place sous anesthésie générale d'une endoprothèse urétérale (sonde JJ) ?

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques
LES 4 SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Femme, 67 ans, accident domestique, traumatisme isolé de l'épaule droite, fracture de l'extrémité proximale de l'humérus

Question N°1

Classification des fractures de l'humérus proximal.

Question N°2

Examen clinique, imagerie, bilan.

Question N°3

Fractures céphalo-tuberositaires à 4 fragments : options thérapeutiques

Question N°4

Complications.

Sujet : 2

Un rugbyman de 20 ans, espoir au centre de formation de Toulon, victime d'un choc violent direct et externe avec rotation au niveau du genou arrive aux urgences avec un gros genou et impotence fonctionnelle.

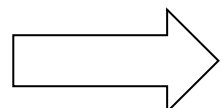
Question N°1

Quel est votre examen initial ?

Question N°2

Quels examens complémentaires ?

TSVP



Question N°3

Quel est votre diagnostic ?

Question N°4

Quels sont vos propositions ?

- en urgence
- secondairement

Question N°5

Si le bilan retrouve une lésion du LCA + ménisque interne + point d'angle postero externe

Quels sont les possibilités chirurgicales ?

Question N°6

Décrivez le suivi post opératoire

Sujet : 3

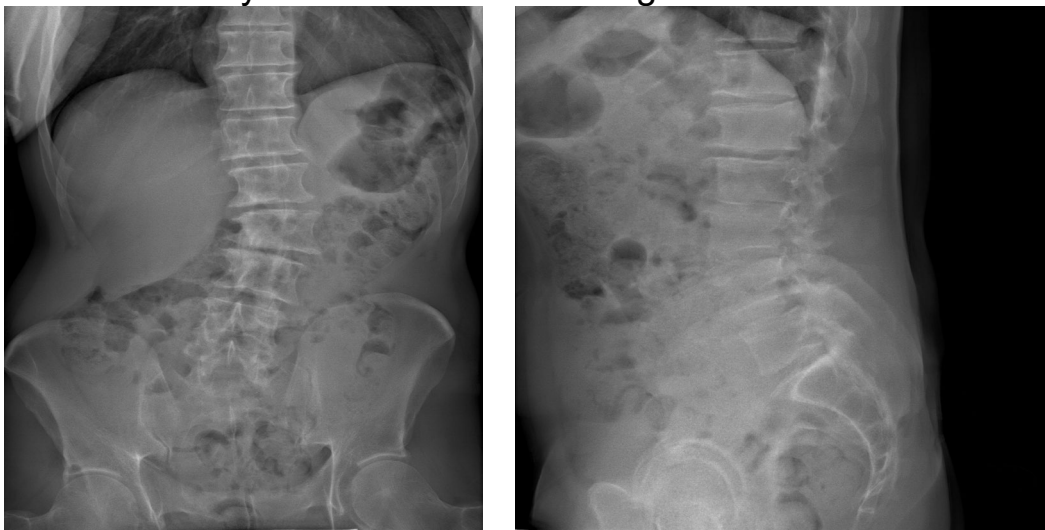
Un homme de 55 ans consulte pour une diminution de son autonomie à 200 mètres de marche avec signe du caddie, résistant au traitement médical (AINS et antalgique) et ayant déjà bénéficié de 3 infiltrations sans succès. Antécédents : stents actifs cardiaques depuis un an sous Kardegic.

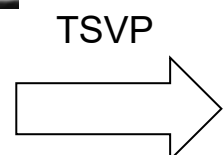
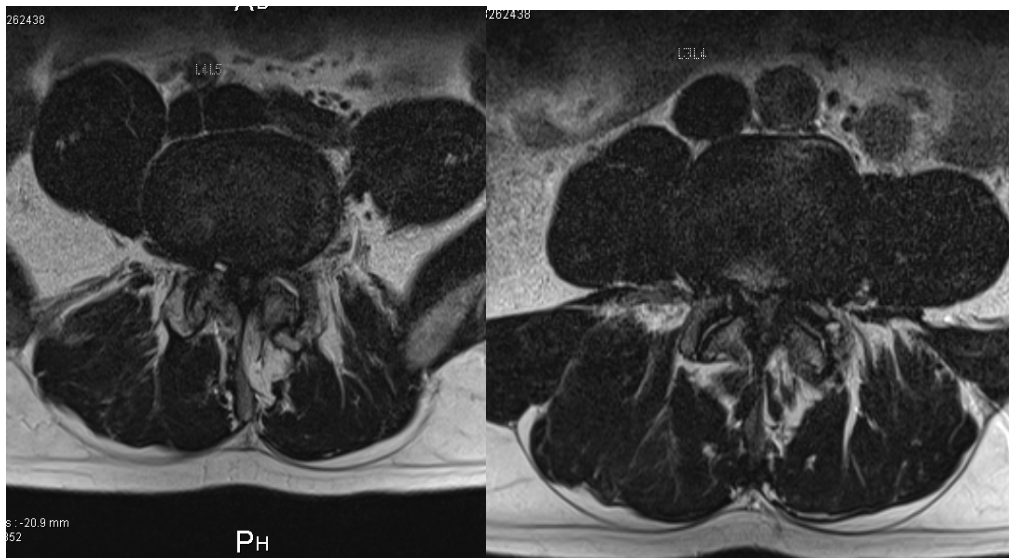
Question N°1

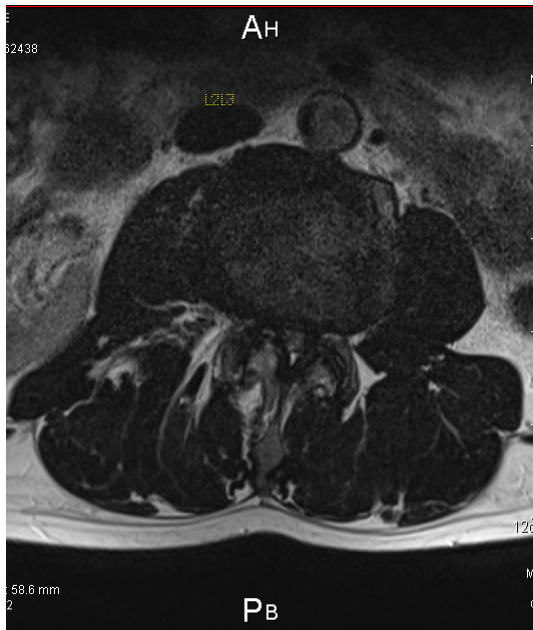
Quel est votre bilan clinique ?

Question N°2

Comment analysez-vous le bilan d'imagerie ?







Question N°3

Comment complétez-vous le bilan ?

Question N°4

Le patient a été opéré par arthrodèse postéro latéral instrumentée et laminectomie

Le patient remonte dans le service à 18 heures, 6 heures après le réveil. Il se plaint de violentes douleurs dans le membre inférieur avec des fourmillements.

Que suspectez vous ?

Que faut il faire ?

Sujet : 4

Une jeune fille de 30 ans, dépressive a fait une défenestration du 4 étage et est tombée sur un sol dur. A l'arrivée des pompiers, elle est inconsciente. Elle est immédiatement intubée et ventilée. Elle est hémodynamiquement instable et arrive aux urgences. Elle est stabilisée par les réanimateurs et vous devez assurer la prise en charge. Le bilan initial ne retrouve pas de lésion cranio-faciale grave et ni d'atteinte des organes creux au body scanner.

Question N°1

Quelles sont les lésions principales à chercher ?

Le body scanner a retrouvé :

- une fracture de T 12 instable
- - une fracture de bassin
- une fracture ouverte bilatérale des pilons tibiaux stade Gustilo III

Question N°2

La patiente devient hemodynamiquement instable.

Que suspectez vous ?

Quelle prise en charge proposez vous ?

Question N°3

Quelle prise en charge proposez vous pour les lésions osseuses?

Question N°4

Quelles prise en charge proposez-vous lorsque le patient est hemodynamiquement stable et éveillé ?

Quelles techniques de prise en charge pour la fracture fermée du bassin de type Tile C ?

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet N° 1

Durant l'hiver, plusieurs patients qui présentent des symptômes respiratoires aigus sont admis en quelques heures dans un des services de votre hôpital. En tant que médecin de santé publique du service d'hygiène, le service des maladies infectieuses vous sollicite pour investiguer et comprendre cette épidémie.

A l'examen des dossiers des patients vous constatez qu'ils vivent tous dans la même maison de retraite à proximité de votre établissement. En tant qu'épidémiologiste, vous décidez d'en savoir plus sur cet épisode en mettant en place une étude épidémiologique.

Question n° 1

Avant d'initier votre investigation, cette épidémie doit être signalée à différentes instances, de quelles structures s'agit-il ?

Au niveau de l'hôpital :

Au niveau régional :

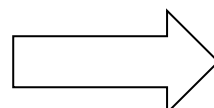
Cette structure régionale devra enfin la déclarer à une agence de sécurité sanitaire. De quelle agence s'agit-il ? (plusieurs appellations sont possibles).

Question n° 2

Au cours des dernières heures, 15 cas ont été hospitalisés et le seul médecin généraliste du village vous déclare 7 autres cas qui n'ont pas été hospitalisés. L'établissement compte 88 résidents. Selon vous quel est le taux d'incidence de cette pathologie dans cette maison de retraite. Vous en donnerez la définition avant de le calculer.

Question n° 3

Selon vous quelles études observationnelles épidémiologiques pourraient permettre d'étudier cette épidémie afin de mieux la comprendre ?



TSVP

Question n°4

Pour chacun de ces types d'étude vous en préciserez leurs avantages et inconvénients en vous aidant par exemple des items suivants (coût, rapidité des résultats, biais, type de pathologies étudiées, indicateurs calculés...)

Question n° 5

Sachant que les autorités sanitaires régionales attendent vos conclusions pour décider de ce qu'il faut faire et que vous ne disposez que de peu de moyens financiers pour réaliser ce travail, laquelle de ces études vous semble la plus adaptée à l'analyse de cette situation sanitaire?

Question n° 6

De façon concrète, comment choisirez-vous les témoins pour réaliser votre étude et combien en choisirez-vous ? Vous justifierez votre réponse.

Question n° 7

Votre travail a montré qu'il s'agit d'une épidémie d'infections respiratoires aiguës. Des mesures de gestion sont à mettre en place, quelle structure régionale et quelle direction du ministère de la santé sont responsables de la gestion d'une épidémie en France ?

Question n° 8

Au niveau de l'hôpital, 2 personnes sont décédées, une personne non hospitalisée est également décédée. Quelle est la létalité de cette pathologie ? Pour répondre à cette question vous ne tiendrez compte que des données déjà citées.

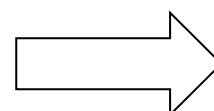
Question n° 9

Durant l'hospitalisation il s'avère que 4 nouveaux cas sont apparus chez des malades hospitalisés. Comment est qualifiée une infection acquise en milieu hospitalier et quelle en est la définition ?

Question n° 10

Des précautions standards d'hygiène sont décidées. Citez au moins 5 items correspondant à ces précautions standards. S'agissant d'une épidémie d'origine respiratoire, sur quelle(s) mesure (s) faut-il insister ?

TSVP



Sujet N° 2

Vous êtes médecin de santé publique dans un centre hospitalier général d'une ville de 100 000 habitants. Dans votre hôpital de 600 lits, il y a 2 services de chirurgie (chirurgie orthopédique et chirurgie générale), une salle de réveil et une unité de soins intensifs de chirurgie commune à ces 2 services.

Le directeur de votre établissement vous sollicite car le dernier palmarès des hôpitaux récemment publié par un hebdomadaire est inquiétant pour le service de chirurgie générale. Selon ce palmarès votre hôpital est très mal classé pour la chirurgie du colon en raison à la fois d'un nombre d'actes limité et en raison d'une mortalité assez élevée.

Question n° 1

Quelles peuvent être les explications possibles à une mortalité élevée en chirurgie en dehors d'explications liées à la qualité de la technique chirurgicale elle-même ou au chirurgien.

Question N° 2

Le directeur vous fait remarquer que l'hôpital a été certifié l'année précédente avec seulement des réserves mineures. Comment expliquez vous cette discordance apparente ?

Question n° 3

Si vous deviez de manière rapide comparer les chiffres de mortalité observés en 2015 dans ce service à d'autres chiffres disponibles , quels chiffres et types d'hôpitaux vous choisiriez ?

Question n° 4

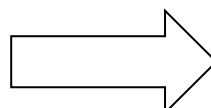
Il existe une base de données régionale spécifique commune à tous les services de chirurgie dans laquelle sont enregistrées les principales caractéristiques préopératoires des malades. En quoi cette base pourrait vous être utile ?

Question n° 5

Le PMSI peut il aussi vous aider en ce sens ? Discutez ce point.

Question n°6

La mortalité au cours des années précédentes était dans ce service beaucoup plus faible. Quelles sont les explications possibles à cette augmentation de mortalité ?



TSVP

Question n° 7

La clinique privée de la même ville est légèrement mieux placée dans ce palmarès avec une mortalité inférieure de 10 % environ. Cela signifie-t-il nécessairement que la qualité des soins pour cet acte chirurgical est meilleure ? Justifiez votre réponse.

Question n°8

Vous décidez de réaliser une série d'audits de pratiques en chirurgie générale. Comment procédez vous pour choisir les pratiques évaluées et pour réaliser en pratique ces audits ?

Question n° 9

Vous décidez de mettre en place une revue de morbi-mortalité. Quel est l'intérêt de cette revue dans ce cas précis et comment l'organisez-vous ?

Sujet N° 3

Deux de vos techniciennes d'information médicale (TIM) viennent vous trouver car elles ne sont pas d'accord sur le codage d'un séjour en Gériatrie. Ce service de court séjour MCO comporte 20 lits d'Hospitalisation Complète - UM 2000 (HC), et 2 Lits identifiés de soins palliatifs enregistrés sous le code UM 2004 (LISP).

Il s'agit d'une patiente âgée de 89 ans, qui a été admise en hospitalisation en UM 2004 (LISP), venant de l'EHPAD où elle était entrée 1 mois auparavant. Elle a regagné son EHPAD au bout d'un séjour de 29 jours dans ce service.

Le codage est effectué sur le compte rendu d'hospitalisation (CRH), corroboré par le dossier de soins et les autres éléments du dossier de la patiente. Il n'y a pas d'acte codé.

Voici les extraits significatifs du CRH :

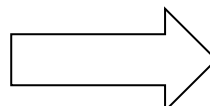
Votre patiente **Mme D. Ginette, née le 10/04/1927**, a été hospitalisée en Médecine Gériatrique du 20/07/2016 au 18/08/2016, directement via le guichet unique, pour support transfusionnel devant une anémie à 5,2 g/dl dans un contexte de néoplasie digestive en abstention thérapeutique.

Antécédents : - HTA,

- néoplasie colique sans anapath, abstention thérapeutique souhaitée par la patiente,

- myélodysplasie avec atteinte des 3 lignées diagnostiquée en mars 2014,

TSVP



- cancer utérin en 1991 traité par radiothérapie et chirurgie (hystérectomie et annexectomie).
- AC/FA non anti coagulée.

Examen à l'entrée : consciente, cohérente, orientée ; se plaint de fatigue et de douleurs du talon droit.

Température à 37,2°C - TA = 96/43 mmHg - Pouls à 105 bpm

ECG : AC/FA connue. Ondes T négatives en V3-V4-V5 non retrouvées sur les anciens ECG amenant un dosage de troponinémie qui revient négatif.

- Oedèmes des membres inférieurs majeurs prenant le godet depuis un mois d'après la patiente.
- Abdomen souple, avec palpation d'une masse en fosse iliaque et flanc droits. Transit fluctuant, avec une alternance diarrhée et constipation. Présence de rectorragies.
- Poids à 67,3 kg / 1m 64, soit un IMC à 25 kg/m² - Albumine à 20,4 g/l, CRP à 48,2 mg/l, soit un statut de dénutrition sévère.

EVOLUTION DANS LE SERVICE

Sur le plan de l'anémie : transfusion au total de 5 culots globulaires entre le 20 et le 23 juillet, avec bonne tolérance et hémoglobine post transfusionnelle le 28/07/2016 à 10,1 g/dl.

Dans le contexte de rectorragies, nous arrêtons le KARDEGIC et réinstaurons un IPP (PANTOPRAZOLE).

Sur le plan oncologique : Mme D. se pose des questions quant à la poursuite de transfusions itératives.

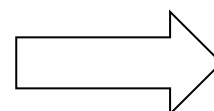
Je sollicite alors l'Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) le 25/07/2016 pour voir Mme D. Après discussion pluri-disciplinaire et avec la patiente, nous convenons d'arrêter les bilans de surveillance systématique.

Concernant les douleurs abdominales, nous débutons un traitement par corticothérapie à la dose de 1 mg/kg le matin (J1 le 26/07/2016) associé à du PARACETAMOL et du SPASFON.

Elle décrit aussi des douleurs plutôt électriques au niveau du membre droit qui paraissent calmées depuis l'introduction des corticoïdes et d'un traitement par LAROXYL 5 gouttes le soir.

Madame D. a continué à être suivie par l'EMSP durant son séjour, et cette prise en charge sera poursuivie à l'EHPAD. A ce jour, elle refuse un soutien psychologique par un professionnel.

TSVP



Sur le plan de la prise en charge palliative et soins de confort (25 juillet au 18 août) :

- * mise en place de bain de bouche au LANSOYL Framboise,
- * passage de l'ergothérapeute pour mise en place d'un coussin fessier devant des douleurs de l'ischion droit.
- * soins de prévention des escarres : pansement VASELINE sur les talons si douleurs.
- * perte du poids de manière régulière (67.3kg à l'entrée dans le service, 71 kg en mars 2016, 84,5 kg en octobre 2015). La diététicienne préconise un complément nutritionnel oral (CLINUTREN dessert crème).

Sa famille a été rencontrée régulièrement durant l'hospitalisation afin de leur délivrer les informations médicales, notamment, l'arrêt des surveillances biologiques et la prise en charge de confort.

Si l'état de santé de Mme D. venait à se dégrader, vous pouvez faire appel au Guichet Unique de Gériatrie pour organiser une hospitalisation.

Le point de vue des TIM diverge sur le choix du diagnostic principal (DP) :

- L'une retient le code Z5130, le motif d'entrée étant la transfusion, avec un diagnostic relié D630.
En effectuant le groupage du séjour, elle constate qu'il est classé dans le GHM 23M064, pour une valorisation de 6 022,82 €.
- L'autre TIM coderait les soins palliatifs Z515 en DP, arguant qu'il s'agit d'une prise en charge globale, et que d'ailleurs la patiente est hospitalisée en LISP.
Elle a groupé le séjour qui est alors classé dans le GHM 23Z02Z.
le tarif indiqué est de 4 064,02 €, avec une valorisation totale de 8 569,02 € compte tenu des 17 journées EXH.

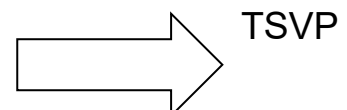
Question N° 1

Dans le cas de ce RSS, composé d'un seul RUM :

S'il a pour DP = Z5130, comment expliquer que le GHM auquel aboutit le groupage ait un niveau de sévérité = 4 ?

Question N° 2

Si ce RUM a pour DP = Z515, êtes-vous d'accord avec le groupage (GHM/GHS) obtenu par la 2^{ème} TIM ? Et pourquoi ?



Question N° 3

En prenant en compte les règles de codage et votre souci sur les conséquences en terme de valorisation du séjour, quel est votre point de vue par rapport à l'argumentaire des 2 TIM ?

Quels sont les éléments en faveur et en défaveur de chacune ?

Quels sont les risques d'un surcodage ?

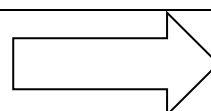
Question N° 4

Finalement, en suivant au mieux les étapes de la prise en charge de la patiente rapportées dans ce CRH, comment pourriez-vous envisager la description PMSI de ce séjour qui soit satisfaisante autant sur le plan des règles et que de la valorisation ?

ANNEXES

Le codage des diagnostics retenus est le suivant :

n°	Niveau de sévérité	Code	Diagnostics du RUM
1		C189	Tumeur maligne du côlon, sans précision
2	2	D469	Syndrome myélodysplasique, sans précision
3	2	D630	Anémie au cours de maladies tumorales (C00-D48)
4	3	E43	Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision
5		I10	Hypertension essentielle (primitive)
6	2	I489	Fibrillation et flutter auriculaires, sans précision
7		K580	Syndrome de l'intestin irritable, avec diarrhée
8	2	K625	Hémorragie de l'anus et du rectum
9		K649	Hémorroïdes, sans précision
10		R520	Douleur aiguë
11	2	R522	Autres douleurs chroniques
12		R53+2	Fatigue [asthénie]
13		R943	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardio-vasculaires
14		Y451	Effets indésirables des salicylés au cours de leur usage thérapeutique
15		Z5130	Séance de transfusion de produit sanguin labile
16	3	Z515	Soins palliatifs
17		Z854	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes génitaux



18		Z907	Absence acquise d'organe(s) génital(aux)
19		Z923	Antécédents personnels d'irradiation

Les caractéristiques des GHM concernés sont les suivantes :

CARACTÉRISTIQUES DES RACINES DES GHM (*Manuel des GHM, vol.1 - annexe 3*)

racine	Moins de 2 ans	Plus de 69 ou 79 ans	GHM courts	Niveau de sévérité	Décès	Libellé
23M06		79 (1-3)	T1	1 - 4		Autres facteurs influant sur l'état de santé
23Z02			T0	Z		Soins Palliatifs, avec ou sans acte

Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires

mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes EXH	TARIF €	TARIF EXH €
7963	23M061	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 1		8	1 388,90	185,36
7964	23M062	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 2		15	2 786,61	179,79
7965	23M063	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 3		23	4 337,88	168,49
7966	23M064	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 4		33	6 022,82	338,76
7992	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4	12	4 064,02	265,00
7993	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4	12	5 283,23	344,49
7994	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4	12	6 096,03	397,50

CHIRURGIE VASCULAIRE

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

Sujet : N° 1

Mme B 65 ans adressée par son angiologue vous consulte pour une claudication intermittente du membre inférieur droit invalidante dans sa vie quotidienne.

Dans ses antécédents, on retient un diabète non insulino-dépendant et un tabagisme sevré depuis quelques semaines.

L'écho doppler (ED) retrouve une sténose à l'origine de la fémorale profonde droite et des lésions sténosantes de la jonction fémoro-poplitée.

Question N° 1

Quels examens complémentaires prescrivez vous ?

Question N° 2

Les données confirment ceux de l'ED de départ. Il n'existe pas de comorbidité associée, quelle sera la décision thérapeutique ?

Question N° 3

En cas de chirurgie conventionnelle, décrivez les différentes modalités.

Le résultat de l'intervention est satisfaisant

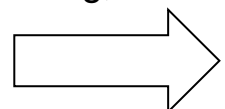
La patiente revient 1 mois après. Son périmètre de marche a augmenté mais elle éprouve encore une gêne fonctionnelle et demande un traitement complémentaire.

Question n° 4

Que pouvez vous proposer ?

Sujet : N° 2

Mr X 75 ans, porteur d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) connu, présente une violente douleur abdominale. Après appel du SAMU il arrive aux urgences. Sa tension s'est stabilisée après un remplissage initial avec une Pression artérielle systolique à l'entrée à 100 mmHg, mais la douleur persiste.



Question N ° 1

En dehors d'un AAA rompu, quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N ° 2

Le diagnostic d' AAA rompu étant retenu, quel examen complémentaire prescrivez vous et qu'en attendez vous ?

Question N ° 3

Au décours du scanner, l'hémodynamique se déstabilise. Quelles sont les modalités du contrôle aortique?

Question N° 4

Décrivez brièvement la prise en charge par chirurgie conventionnelle ouverte.

Question N° 5

Si vous aviez opté pour une procédure endovasculaire, décrivez les avantages et inconvénients de cette technique.

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet

Homme de 22 ans victime d'une plaie abdominale par arme à feu
Il est pris en charge par le SAMU avec un remplissage massif de 3l de colloïdes

A l'admission en salle de déchoquage :

- Patient intubé ventilé
- Fc 130/mn, TA 8/6 dépendant du remplissage
- Plaie de 5mm de diamètre en regard de l'hypochondre droit; orifice de sortie non vu

Question N°1

Enumérer les examens d'imagerie à réaliser lors de la prise en charge de ce blessé

Question N°2

Que recherchez-vous pour chaque examen ?

Question N°3

Quelles sont les limites de ces examens ?

La balle est vue en regard du Psoas droit et le patient a reçu 6 culots globulaires et nécessite toujours du remplissage massif avec un abdomen qui augmente de volume

Question N°4

Allez-vous opérer le malade immédiatement ou non pourquoi ?

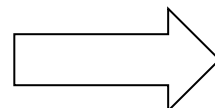
Question N°5

Quelle procédure chirurgicale allez vous réaliser ?

Question N°6

Que redoutez-vous compte tenu du trajet de la balle ?

TSVP



Question N°7

Quels sont les deux objectifs de votre intervention sachant qu'il a à ce stade reçu 10 culots globulaires et qu'il a un TP à 35%?

Question N°8

Quels sont les facteurs physiopathologiques qui s'enchaînent en cascade pouvant aboutir au décès ?

Le bilan lésionnel objective au final : une plaie pénétrante du foie droit et une déchirure de l'angle colique droit

Question N°9

Décrivez les aspects techniques de cette intervention de l'installation à la fermeture ?

Question N°10

Le réanimateur vous appelle 24 heures plus tard, inquiet. Le malade nécessite toujours du remplissage, la diurèse chute et il est difficile à ventiler Hémoglobine est à 11g /dl.

Qu'évoquez-vous ?

Que décidez-vous?

MEDECINE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES 5 SUJETS EST A TRAITER

Sujet :1

M. O âgé de 78 ans a présenté à plusieurs reprises à votre consultation une pression artérielle de 170/80 mm Hg

QUESTION N° 1

Quelle forme d'hypertension artérielle suspectez vous ?

QUESTION N° 2

Comment pouvez vous valider le diagnostic d'hypertension artérielle ?
Détaillez votre réponse.

QUESTION N° 3

Vous envisagez de prescrire un traitement antihypertenseur, quels bénéfices sur le pronostic cardiovasculaire en attendez vous ?

QUESTION N°4

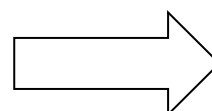
Quelles sont les 2 classes d'antihypertenseurs à envisager en priorité chez M. O ?

QUESTION N° 5

M.O est désormais traité pour son hypertension artérielle. Il reçoit aussi de l'alfuzosine pour le traitement d'une hypertrophie bénigne de la prostate. Il décrit des lipothymies le matin au lever.

Quel diagnostic suspectez vous ?

Argumentez votre diagnostic.



TSVP

Sujet :2

M. H 88 ans vit seul à domicile, il est veuf et bénéficie d'une aide ménagère une fois par semaine il conduit encore sa voiture.

On note dans ses antécédents

- 1 hyper tension artérielle (HTA) traité par Amlodipine
- 1 diabète II / s Metformine 500x3
- 1 Prothèse de hanche droite (PTH Dt) (il y a 5 ans)

Son poids est de 75 kg pour 172cm ;

Le bilan d'une anémie fait découvrir un cancer colique droit avec métastases hépatiques et osseuses.

Une décision d'abstention thérapeutique a été décidée.

M. H reçoit du TRAMADOL LP 100mgx2 et du paracetamol pour ses douleurs.

QUESTION N° 1

Il est hospitalisé aux urgences pour un syndrome confusionnel récent.

L'interrogatoire ne retrouve pas de chute récente. on ne note pas d'ictère.

Le bilan hépatique est normal, il est apyrétique A l'examen clinique pas de signe évoquant un sepsis.

Quelles sont les principales étiologies de cette confusion ?

Noter la ou les réponses vraies sur votre cahier de réponses

- Hypercalcémie
- Surdosage en paracetamol
- Métastase cérébrale
- Rétention d'urine
- Fecalome

QUESTION N° 2

Le syndrome confusionnel est résolu.

M. H décrit maintenant des douleurs dorsales avec irradiation en hémiceinture malgré un traitement récent par TRAMADOL LP 100mg x2.

Vous suspectez une douleur d'origine métastatique osseuse.

Citez 3 échelles d'évaluation de la douleur que vous connaissez

QUESTION N° 3

La douleur dorsale en hémiceinture évoque un certain type de douleur.

Laquelle évoquez vous ?

QUESTION N° 4

Citez 3 classes thérapeutiques à utiliser pour ce type de douleur.

Noter la ou les réponses vraies sur votre cahier de réponses

- antiépileptique
- antidépresseur
- neuroleptique
- morphinique
- anti parkinsonien

QUESTION N° 5

Une autre composante de la douleur nécessite la mise en place d' un antalgique de palier III

Le patient est soulagé par oxycodone 5mg x 4 prises par jour

Quelle est la posologie de la dose continue d'oxycodone LP ?

QUESTION N° 6

Malheureusement l'état de M. H s'aggrave il développe une occlusion intestinale.

Dans ce contexte citez les étiologies de cette occlusion.

Noter la ou les réponses vraies sur votre cahier de réponses

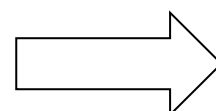
- carcinose péritonéale
- effet désirable des morphiniques
- occlusion sur bride
- sténose du pylore
- obstruction colique tumorale

QUESTION N° 7

Citez le traitement symptomatique médicamenteux de l'occlusion sur carcinome péritonéale

Noter la ou les réponses vraies sur votre cahier de réponses

- corticothérapie à forte dose
- corticothérapie à faible dose
- sandostatine
- bêta-bloquant
- hydratation parentérale



TSVP

Sujet :3

Une patiente de 75 ans consulte aux Urgences pour dyspnée aiguë brutale :

Dans ses antécédents, on note :

HTA (hypertension artérielle)

Diabète type II

PTHG (prothèse hanche gauche)opérée il y a 10 ans

Obésité (1m60 pour 80 Kg, IMC à 31kg/m²)

Coloscopie il y a 3,5 ans trouvant un polype, réséqué.

Traitement habituel :

Metformine

Esidrex

Atorvastatine

Amodipine

Biologie :

Taux de prothrombine (TP), temps de céphaline activée (TCA), Numération formule sanguine))(NFS) normales

Clairance de la créatinine à. 55ml/min

On suspecte une embolie pulmonaire (EP).

QUESTION N° 1 :

Que recherchez vous à l'examen clinique et à l'interrogatoire pour évoquer le diagnostic ?

QUESTION N° 2 :

Le score clinique de probabilité d'EP est élevé.

Parmi les examens complémentaires suivants, lesquels ,s'ils sont positifs, permettent de confirmer le diagnostic ?

: indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

- Angio scanner thoracique
- Scintigraphie pulmonaire
- Echodoppler veineux des membres inférieurs VMI
- Gaz du sang
- Epreuve d'effort

QUESTION N° 3 :

Le diagnostic d'EP est confirmé. Quels sont les critères de gravité parmi les suivants :

- Fréquence cardiaque = 80/mm
- Pression artérielle systolique=90 mmHg
- SpO2 = 88%
- Fréquence respiratoire (Fr) 20/mm
- Choc cardiogénique.

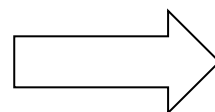
indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

QUESTION N°4 :

En 2016, citez les classes thérapeutiques que vous proposez dans le traitement d'un EP sans gravité pendant la première semaine ?

QUESTION N° 5

Sur le scanner, on découvre des nodules pulmonaires suspects.
Quelle est la classe thérapeutique parmi celles citées ci-dessus qui est recommandée les 3 premiers mois ?



TSVP

Sujet :4

Mr T, âgé de 58 ans consulte pour une altération de l'état général avec une perte de poids de 7 kg en 1mois et demi

Il décrit des épigastralgies et une diarrhée évoluant depuis plus de 3 mois (selles non glairo sanglantes)

Antécédents : éthylisme chronique

Tabagisme actif 50 paquets année(PA)

Pneumopathie infectieuse traitée il y a 2 mois

Crise comitiale inaugurale de sevrage alcoolique

Fracture de fémur il y a 10 ans.

A l'examen clinique ; poids 50 kg, Taille 1,70 m TA : 100/60 mmHG, FC 95/min

T°37,2. Pâleur cutanéomuqueuse, mauvais état bucco dentaire, douleur à la palpation épigastrique, pas d'organomégalie, abolition des réflexes ostéotendineux achilléens et rotuliens bilatéraux. Dysesthésies chroniques douloureuses en chaussettes remontant jusqu'aux genoux. Le reste de l'examen clinique est sans particularité notable.

QUESTION N°1 :

Calcul de l' Index de masse corporelle (IMC)

Quel est le statut nutritionnel ?

indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

- Normal
- Dénutrition
- Surcharge pondérale
- Obésité

LA NFS montre une anémie à 8, 2 G/L , VGM / 105 microm³

Réticulocytes 62000 /mm³

Leucocytes : 8200/mm³

Plaquettes 112000/mm³

Urée : 2 mmol/l (Normes : 2,8-7,6)

Créatinine : 40 micromol /l (N :53-89)

Transaminases alanine aminotransférases (ALAT,TGO) 65UI/L (N : 8-30)

Transaminases aspartate aminotransférases (ASAT,TGP) : 45 UI/l (N 8-35)

Gamma GT : 300 UI/l (N : <55)

Bilirubine totale : 9 mg/l (N : <10)
Phosphatases alcalines 220 UI/L (N : 30-100)
Ferritine : 400ng/ml (N : 12-300)
Fibrinogène 3g/l (N :2-4)
CRP : 3mg/l (N : <5)

QUESTION N° 2 :

indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

Comment qualifiez vous cette anémie ?

- Normocytaire
- Macrocytaire
- Microcytaire
- Régénérative
- Arégénérative

QUESTION N° 3

indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

Comment interprétez vous le bilan hépatique ?

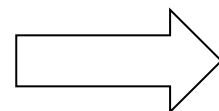
- Cholestase ictérique
- Cholestase anictérique
- Cytolyse
- Absence de cytolysse
- Insuffisance hépatocellulaire
- Hypertension portale

QUESTION N° 4

indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

Quel est le mécanisme possible de cette anémie ?

- Hémolytique
- Inflammatoire
- Par carence martiale
- Par carence en folates
- Par carence en vit D



TSVP

QUESTION N° 5

indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

Quelle étiologie évoquez vous devant les anomalies de l'examen neurologique ?

- Hématome sous dural
- Syndrome de Guillain-Barré
- Lombosciatique
- Myopathie alcoolique
- Polynévrite

QUESTION N°6

Quelle pathologie évoquez vous devant l'ensemble du tableau clinique : épigastralgie, diarrhée chronique et amaigrissement

indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

- Pancréatite chronique alcoolique
- Cirrhose éthylique
- Ulcère gastro duodénal
- Intolérance au lactose
- Maladie de Whipple

Mr T. revient en consultation 10 jours après avec un complément de bilan. Il se plaint d'une soif intense inhabituelle et continue à perdre du poids

QUESTION N°7

Quelle complication redoutez vous ?

QUESTION N°8

Quelles sont les 3 mesures hygiénodietétiques que vous préconisez à votre patient ?

Sujet :5

Mme G, 45 ans, vient pour une vaccination antigrippale.
Elle est asthmatique. Une glycémie à jeun est retrouvée à 1,31 g/l. Elle reçoit uniquement une contraception oestro-progestative depuis 10 ans. Elle fume 1 paquet de cigarettes par jour. A l'examen, poids stable de 80 Kg pour 1m60, PA=130/80 mmHg, examen clinique normal.

QUESTION N° 1

Comment faire le diagnostic de diabète sucré en France ?

Donnez la (les) réponse (s) exacte (s) ?

indiquer vos réponses sur votre cahier de réponses (sujet non ramassé)

- Une seule glycémie à jeun supérieure à 1.26g/l suffit.
- Une deuxième glycémie à jeun supérieure à 1.10g/l suffit.
- Un dosage d'HbA1c est nécessaire pour établir le diagnostic.
- En cas de signes cliniques (asthénie, polyuro-polydipsie), une seule glycémie supérieure à 2g/l suffit au diagnostic de diabète.
- Une cétonurie positive permet un diagnostic de diabète.

QUESTION N° 2

Le diagnostic de diabète est établi :

Quelle est votre stratégie thérapeutique initiale, sachant que la fonction rénale est normale et que l'HbA1c est de 7.3% ?

QUESTION N° 3

Un examen ophtalmologique est demandé.

Quel (s) est (sont) le (s) facteur(s) prédisposant à la survenue d'une rétinopathie diabétique ?

PHARMACIE POLYVALENTE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Votre service qualité vous remonte de nombreuses déclarations d'événements indésirables liés à l'utilisation des insulines dans votre établissement.

Sur la base d'une analyse de risques que vous choisirez (en la nommant et la détaillant), proposez un référentiel de bonnes pratiques d'utilisation des insulines dans votre établissement.

CHIRURGIE ORALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : N°1

Vous revoyez en consultation Mr M H. 83 ans qui est suivi depuis plus de 20 ans pour un lichen plan buccal. Il a comme antécédents médicaux une embolie pulmonaire, une HTA essentielle, une gonarthrose non opérée. Il est traité par fluindione, amlodipine, paracétamol. Il ne fume pas.

Il se plaint d'une douleur de la face interne de la joue gauche évoluant depuis 1 mois qui l'empêche de manger, il pèse 81 kg.



1 cm

Echelle : _____

Question n°1 : Décrivez ce que vous voyez à l'inspection de la muqueuse buccale.

Question n°2 :

Le reste de votre examen clinique ne montre pas d'autre lésion muqueuse. La palpation endobuccale de la lésion met en évidence une

lésion saignant au contact, avec une induration mesurée à 4 cm, la dernière molaire est mobile, la palpation des aires ganglionnaires est sans particularité.

Quelle est votre première hypothèse diagnostique, sur quels arguments ?

Par quel examen la confirmer?

Question n°3 :

Votre diagnostic est confirmé. Vous convoquez le patient pour lui annoncer le diagnostic.

Citez 2 examens à réaliser en priorité pour préciser la prise en charge et Justifiez

Question n°4 :

Les examens demandés n'apportent pas d'éléments supplémentaires.

Une chirurgie est réalisée.

En post-opératoire le patient pèse 73 Kg, il reprend difficilement une alimentation per os et vous constatez un retard de cicatrisation.

Quelles sont vos 2 hypothèses diagnostiques ?

Question n°5 :

Au décours de l'hospitalisation vous rencontrez la famille qui vous demande des explications sur l'origine de cette lésion, est-ce héréditaire? Quels sont les risques de développer une telle lésion ?

Question n°6 :

La situation s'améliore, le patient part en convalescence. Prévoyez-vous de le revoir en consultation, pourquoi et pendant combien de temps?

Sujet : N°2

Un homme de 82 ans vous est adressé en consultation de chirurgie orale pour examen avant la mise en place d'un traitement acide zolédronique par voie intraveineuse dans le cadre de son cancer de la prostate avec métastase osseuse. Il a également une arythmie traitée par fluindione et amiodarone.

Question 1 :

Dans le cadre de ce bilan pré-thérapeutique détaillez votre examen clinique.

Question 2 :

Quel examen de première intention prescrivez vous ?

Question 3 :

Le patient ne présente pas de foyer infectieux buccal dentaire majeur nécessitant des avulsions dentaires. Il désire conserver la 11. Il n'est pas porteur d'une prothèse amovible.

Il vous demande si il peut bénéficier de la pose d'implant dentaire avec le traitement qu'il va débiter ?

Question 4 :

Trois mois après le début de son traitement par acide zolédronique il présente ces lésions (image ci-dessous). Quel est votre diagnostic ?

Question 5 :

Quelle(s) complication(s) éventuelle(s) peuvent survenir devant cette lésion ?

Question 6 :

Quels examens demandez-vous ?

Question 7 :

Quelle est votre attitude thérapeutique ?



PSYCHIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet :1 PSYCHIATRIE ADULTE

Mme B. âgée de 22 ans vient d'accoucher d'un petit garçon qui est en parfaite santé. Depuis 48 heures, elle ne dort pratiquement plus. Elle a le sentiment qu'on a échangé son bébé car elle ne le reconnaît pas. Elle a parfois le regard fixe en direction de la fenêtre de la chambre de la maternité et parle en regardant la fenêtre. Elle a des difficultés à retrouver sa chambre lorsqu'elle en sort pour chercher son « vrai » bébé. La température est à 38°C, le reste de l'examen est normal. L'accouchement a eu lieu par voie basse sans difficultés particulières.

Question N° 1

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

Question N° 2

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) à visée diagnostique préconisez-vous ?

Question N° 3

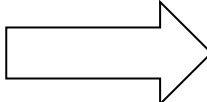
Un diagnostic psychiatrique est retenu, quel(s) mode(s) d'hospitalisation peut ou peuvent être envisagé(s) ?

Question N° 4

Un traitement psychotrope a été prescrit. Après quelques semaines, la patiente va beaucoup mieux et critique cet épisode. Vous apprenez que dans sa famille un de ses parents est traité par du lithium. Cette information vous semble-t-elle importante sur le plan du pronostic ? Pour quelle raison ?

Question N° 5

A distance de l'épisode, la patiente est en rémission. La patiente souhaite une nouvelle grossesse. Quelle est votre attitude ?

 TSVP

Sujet :2 PEDOPSYCHIATRIE

Vous recevez en consultation l'enfant Calvin, âgé de 7 ans, accompagné de ses parents, pour des difficultés scolaires, il est même menacé d'être exclu de l'école. Vous n'identifiez pas d'antécédent particulier, l'interrogatoire des parents sur le développement de l'enfant semble normal les premières années, les parents rapportent toutefois que Calvin est « difficile depuis la maternelle » ; A l'école, Calvin est décrit comme un enfant perturbateur, qui interrompt l'enseignant dans ses explications, lève le doigt tout le temps, n'attend pas son tour de parole. Dans la cour de récréation, il peut se mettre en danger, grimper sur tout, se bagarrer avec ses pairs ; il a peu d'amis. La maman vous tend un cahier de devoirs, qui paraît peu soigné, l'écriture est maladroite. L'enfant est en difficulté dans les apprentissages scolaires, et les notes sont mauvaises. Lors des devoirs à la maison le soir, Calvin présente des difficultés à se concentrer, ce qui entraîne parfois un refus de travailler, des colères et une lenteur pour finir les devoirs. Il exprime pourtant l'envie de bien faire, mais n'y arrive pas. Au cours de l'entretien, Calvin paraît distractible, vous n'arrivez pas à maintenir son attention à un même jeu, il s'agite et veut essayer tous les jeux. De même, il lui est difficile de maintenir un échange prolongé sur un même sujet de discussion. Les parents se disent épuisés, mais se soutiennent mutuellement.

Question N° 1

Quel est le diagnostic à évoquer ?

Question N° 2

Principal diagnostic à éliminer

Question N° 3

Principaux diagnostics associés

Question N° 4

Sur quels arguments faites-vous le diagnostic ?

Question N° 5

Quel bilan demandez-vous ?

Question N° 6

Quelles modalités de prise en charge mettez-vous en place ?

Question N° 7

L'absence d'efficacité des mesures précédentes vous conduit à mettre en place un traitement médicamenteux ; Lequel ? Comment le surveillez vous ? Quelles sont les modalités particulières de prescription ?

ODONTOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

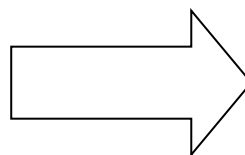
Mme C, âgée de 51 ans se plaint :

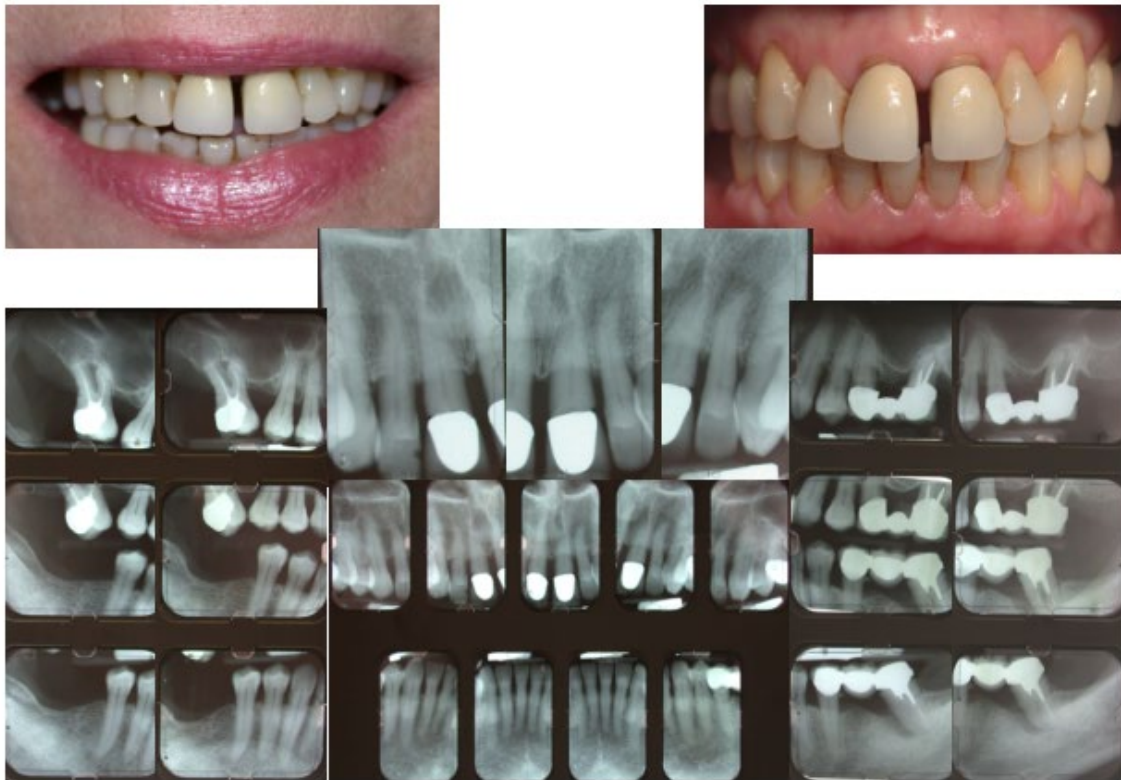
- de douleurs en bas à gauche « qui l'empêchent de manger normalement ».
- d'un « espace » entre ses incisives centrales apparu progressivement.

L'examen clinique montre :

- Un contrôle d'hygiène perfectible
- La présence d'une fistule en regard de 37
- Un édentement mandibulaire droit non compensé depuis 3 ans
- Une égression de plus de 2mm et une version mésiale de 17
- Des restaurations prothétiques antérieures anciennes de plus de 13 ans
- Des restaurations prothétiques postérieures plus récentes de moins de 7 ans, avec une adaptation cervicale satisfaisante
- Une occlusion stable avec des contacts antérieurs
- Un guidage antérieur n'engendrant pas d'interférences
- L'absence de mobilité dentaire

La patiente qui ne présente pas de problèmes de santé générale souhaite une réhabilitation globale de sa bouche, la plus conservatrice possible.





Présentez :

- * Une synthèse des informations issues de l'entretien et de l'observation clinique et des examens complémentaires fournis,
- * les objectifs de traitement et les solutions thérapeutiques susceptibles d'y répondre pour chaque arcade.

GERIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Une femme de 91 ans est retrouvée par ses voisins (inquiets de ne pas voir les volets ouverts depuis la veille) à terre dans sa cuisine, habillée, la table de la veille non débarrassée.

Elle présente des troubles cognitifs non évalués. Elle est hypertendue chronique. Elle présente un syndrome anxiodépressif avec troubles du sommeil suite au décès de son époux depuis deux ans.

Elle est consciente, elle n'a pas de déficit moteur. La température est à 36°C. Elle présente des frissons, elle a une pollakiurie, une toux grasse. Il existe des crépitants à l'auscultation en base droite. Elle présente des douleurs lombaires intenses.

Son ordonnance comporte :

- Paroxétine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine)
- Bisoprolol (bêta-bloquant)
- Amlodipine (inhibiteur calcique)
- Hydroxyzine (anti-H1)
- Alprazolam (benzodiazépine)
- Zolpidem (hypnotique apparenté aux benzodiazépines)

L'ECG est sinusal, sans changement par rapport à sa dernière hospitalisation.

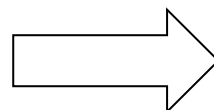
Question n°1

D'après les informations dont vous disposez, quels sont les facteurs qui ont pu favoriser la chute chez cette patiente ?

Question n°2

Aux urgences le bilan biologique retrouve : natrémie 150 mmol/l, kaliémie 4,4 mmol/l, urée 16,6 mmol/l (1g/l), créatininémie 200 micromoles/l (22,6 mg/l), glycémie 6mmol/l (1.2g/l), protidémie 70g/l, hémoglobine 11g/dl, globules blancs : $11500 \cdot 10^3/l$.

Quel bilan biologique complémentaire en première intention prescrivez-vous ?



TSVP

Question n°3

Quels examens d'imagerie devez-vous réaliser en justifiant chacun de vos choix ?

Question n°4

Quelles hypothèses diagnostiques faites vous à ce stade ?

Question n°5

Donnez les grands principes des traitements médicamenteux que vous prescrivez en urgence en fonction des hypothèses diagnostiques précédentes ?

Question n°6

En raison de douleurs, pendant la nuit, l'interne de garde a prescrit en plus de vos traitements de la morphine. Le lendemain la patiente présente une confusion aiguë et une douleur abdominale. Quelles sont les causes les plus probables de la confusion chez cette patiente ?

Question n°7

Au bout de quelques jours, la patiente va mieux et désire rentrer à domicile. La patiente reste instable à la marche et doit être aidée pour la toilette et l'habillage.

Quelles mesures envisagez-vous pour le retour à domicile ? Donnez quelques exemples.

Modifiez-vous l'ordonnance d'entrée ? Argumentez.

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet

Un adolescent de 12 ans se présente en consultation accompagné de ses parents à l'examen clinique, on observe :

La persistance de 53 sur l'arcade avec à la palpation une voussure vestibulaire, une 12 riziforme, une agénésie de 22, un encombrement incisif inférieur et une tendance classe III, non héréditaire.

Quelle est votre démarche diagnostique et énumérez vos propositions thérapeutiques.

SAGE-FEMME

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet : N° 1

Madame D. deuxième geste de 37 ans sans antécédent médico-chirurgical, vient vous voir pour une consultation systématique à 28 SA. Elle a été suivie par son médecin traitant pour son début de grossesse, a priori sans problème.

Elle pesait en début de grossesse 90 kg pour 1m 60 et a pris 12 kg depuis.

Ses sérologies de début de grossesse sont négatives pour rubéole, toxoplasmose, HIV et syphilis. La patiente est de groupe A Rhésus négatif.

Elle avait été suivie par son médecin tout au long de sa première grossesse et elle avait accouché à terme par voie basse instrumentale (extraction par forceps) d'un garçon de 4500g en bonne santé ; la patiente vous précise que l'accouchement avait été difficile.

Vous trouvez à l'examen clinique une HU à 33 cm et vous réalisez une échographie obstétricale qui retrouve une estimation de poids fœtal au 95° percentile.

Question n° 1

Quelle pathologie de la grossesse suspectez-vous ? Pourquoi ? Quel(s) examen(s) complémentaire(s) doit(ven)t être rapidement réalisé(s) pour le diagnostic de cette pathologie ?

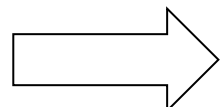
Question n° 2

Complétez le bilan à réaliser ce jour chez cette patiente ; quels conseils pouvez-vous lui donner au vu de l'observation ? quelle prescription est à réaliser ?

Question n° 3

La patiente présente la pathologie suspectée en 1). Le diagnostic aurait-il pu être fait plus tôt ? Pourquoi ? Comment ?

TSVP



Question n° 4

Quelles sont les différentes possibilités thérapeutiques chez cette patiente et comment surveille-t-on l'efficacité du traitement ?

Quelles sont les modalités de surveillance fœtale à envisager ?

Question n° 5

Cette patiente accouche à terme. Quelles précautions sont à prendre pour son suivi de travail et son accouchement ?

Question n° 6

En post-partum immédiat, quel(s) dépistage(s) doi(ven)t être réalisé(s) chez l'accouchée ? De quelle(s) injection(s) la patiente doit elle bénéficier lors de son séjour en maternité ?

Question n°7

Dans les premiers jours de vie, quel est le principal risque pour le nouveau-né compte-tenu de la pathologie maternelle ? Quelle surveillance proposez-vous ?

Sujet : N° 2

Mme P., troisième geste, âgée de 17 ans, est suivie dans la maternité où vous exercez depuis le début de sa grossesse ; la date du début de la grossesse a été déterminée par échographie réalisée à 11 Semaines d'Aménorrhée.

Cette patiente, qui vit seule loin de sa famille, est immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole ; la sérologie de la syphilis est négative. Mme P. est de groupe O POSITIF.

Mme P. mesure 155 cm et pesait 56 Kg avant sa grossesse.

Dans ses antécédents, on note 2 interruptions volontaires de grossesse en 2006 et 2007.

La grossesse de Mme P. s'est déroulée normalement jusqu'à ce jour où elle se présente aux urgences pour des contractions utérines douloureuses depuis 3 heures de temps au terme de 29 SA après un long trajet en voiture. Mme P. décrit des pertes de liquide par intermittence depuis l'apparition des contractions utérines.

L'examen d'entrée est le suivant :

Examen général :

- TA = 126/80, pouls = 80 bpm, Température = 37,5°C.
- La bandelette urinaire (BU) met en évidence des traces d'albumine ; le reste de la BU est négatif.
- La prise de poids totale est de 7 Kg.

Examen obstétrical :

- Hauteur Utérine = 26 cm
- Contractions utérines de moyenne intensité objectivées au palper et confirmées par la tocométrie à raison d'une CU toutes les 5 minutes ; bon relâchement utérin.
- Toucher vaginal : col centré, épais, ouvert à 2 doigts larges. Présentation céphalique sollicitant le col.
- L'examen sous spéculum met en évidence un écoulement franc de liquide amniotique clair.
- L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal met en évidence un rythme de base à 145 bpm, normo-oscillant et normo-réactif.
- L'échographie met en évidence un fœtus en présentation céphalique dont les biométries sont aux environs du 35^{ème} percentile, de morphologie normale avec une bonne vitalité. L'index amniotique est à 8 ; le placenta est postérieur, inséré à 22 mm de l'orifice interne du col.

Question n° 1

Quelle pathologie suspectez-vous ?

Question n° 2

Quels en sont les facteurs de risques de cette pathologie pour cette patiente ?

Question n° 3

Quelle est votre conduite à tenir à court et moyen terme ? argumentez.

Question n° 4

La surveillance maternelle et fœtale s'est avérée normale jusqu'à 31 SA date à laquelle les signes suivants sont mis en évidence :

- hyperthermie à 39°C avec frissons,
- pouls maternel = 120 bpm,
- Bandelette Urinaire négative,
- Liquide amniotique malodorant,
- Reprise soudaine des contractions utérines douloureuses
- Rythme cardiaque fœtal à 170 bpm, peu oscillant mais réactif.
-

- a) Quelle est votre hypothèse diagnostique ?
- b) Quelle est votre conduite à tenir ?