

# **Epreuve de DCP Principal 3 du 07/02/2018**

## DP 1

Un homme de 32 ans consulte pour diarrhée et douleurs abdominales. Il est magasinier, n'a jamais voyagé. Il a été appendicectomisé dans l'enfance et est traité depuis 4 ans par lansoprazole 15 mg/j pour un reflux gastro-oesophagien symptomatique. Il fume 14 cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans. Il ne boit pas d'alcool de façon excessive. Le poids est de 60 kg pour une taille de 170 cm. On note une perte de poids de 4 kg en 2 mois.

Le patient a récemment subi une radiographie de thorax qui est normale.

### Question 1 - Question à choix multiple

Quel(s) est(sont) le(s) argument(s) en faveur d'une diarrhée chronique :

Proposition A

1 selle liquide quotidienne depuis 2 mois

Proposition B

3 selles très molles quotidiennes depuis 1 mois

Proposition C

alternance de selles dures et liquides avec poids moyen de selles de 100 g/jour depuis 4 mois

Proposition D

4 selles liquides quotidiennes depuis 2 semaines

Proposition E

3 selles liquides quotidiennes depuis 1 mois

## Question 2 - Question à choix multiple

Parmi les symptômes suivants, lequel (lesquels) suggère(nt) que la cause de la diarrhée est organique ?

Proposition A

douleurs abdominales

Proposition B

douleurs abdominales à type de colique

Proposition C

plus de 3 selles liquides par jour

Proposition D

selles nocturnes

Proposition E

amaigrissement

### Question 3 - Question à choix multiple

Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) suggère(en)t que la cause de la diarrhée pourrait être une colite microscopique ?

Proposition A

traitement par lansoprazole

Proposition B

début brutal de la diarrhée

Proposition C

selles glaireuses

Proposition D

dénutrition

Proposition E

selles à prédominance post-prandiale

#### Question 4 - Question à choix multiple

Les symptômes ont débuté il y a 2 mois avec l'apparition assez rapide d'une diarrhée faite actuellement de 4 à 6 selles par jour liquides ou très molles, réparties sur la journée, sans débris alimentaire, parfois nocturnes, précédées de douleurs abdominales à type de crampes soulagées par l'émission de selles. Il a perdu 4 kg en 2 mois. Il pèse 60 kg pour 170 cm. Quel(s) mécanisme(s) de la diarrhée évoquez-vous chez ce patient ?

Proposition A

diarrhée motrice

Proposition B

diarrhée osmotique

Proposition C

malabsorption

Proposition D

diarrhée sécrétoire

Proposition E

diarrhée exsudative

### Question 5 - Question à choix multiple

Parmi les éléments clinico-biologiques suivants, lequel(lesquels), s'il(s) étai(en)t présent(s), pourrai(en)t suggérer une maladie coeliaque ?

Proposition A

début des symptômes il y a 2 mois

Proposition B

maladie coeliaque chez sa mère

Proposition C

tabagisme

Proposition D

dermatite herpétiforme

Proposition E

élévation modérée des ALAT

### Question 6 - Question à choix multiple

On évoque finalement le diagnostic de maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Quel(s) élément(s) clinique(s) permettrai(en)t de la différencier d'une diarrhée bactérienne ?

Proposition A

rectorragies

Proposition B

aphtose buccale

Proposition C

évolution de la diarrhée depuis 2 mois

Proposition D

sacro-iléite bilatérale

Proposition E

écoulement purulent anal



### Question 7 - Question à choix multiple

Les selles contiennent parfois du sang, des glaires et du pus, il existe une sensibilité franche des 2 fosses iliaques et une douleur anale avec un écoulement purulent. On note également des douleurs articulaires.

Parmi les éléments cliniques suivants, lequel(lesquels) suggère(nt) plutôt une maladie de Crohn qu'une rectocolite hémorragique ?

Proposition A

uvéite antérieure

Proposition B

érythème noueux

Proposition C

fissure anale latérale

Proposition D

tabagisme

Proposition E

douleurs articulaires

### Question 8 - Question à choix multiple

L'examen de la marge anale montre une fissure anale latérale. Parmi les données de l'examen proctologique suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) en faveur d'une maladie de Crohn ?

Proposition A

présence d'un orifice péri-anal avec suintement de pus

Proposition B

douleur anale rendant impossible l'anuscopie

Proposition C

caractère indolore de la fissure

Proposition D

localisation latérale de la fissure

Proposition E

saignement de la fissure au contact de l'anuscopie

### Question 9 - Question à choix multiple

A l'examen clinique l'abdomen est souple sans masse palpable, il existe une sensibilité des 2 fosses iliaques ainsi qu'une large fissure anale indolore sans fistule. L'état général est OMS 1. PA 100/58 mm Hg, fréquence cardiaque 92/min. Il n'y a pas de fièvre. Le bilan biologique est le suivant : hémoglobininémie 9,4 g/dL, VGM 96 fL, plaquettes 652 G/L, CRP 56 mg/L, albuminémie 32 g/L. Sont normaux : ionogramme, créatininémie et taux sériques des transaminases, GGT, phosphatases alcalines.

Quelle(s) exploration(s) complémentaire(s) allez-vous lui proposer en première intention .

Proposition A

scanner abdomino-pelvien

Proposition B

examen du grêle par vidéo-capsule

Proposition C

endoscopie digestive haute

Proposition D

iléo-coloscopie

Proposition E

IRM du pelvis

### Question 10 - Question à choix multiple

L'endoscopie digestive haute est normale. L'iléocoloscopie montre des ulcérations superficielles dans l'iléon et sur tout le cadre colique sauf le rectum. Il existe des intervalles de muqueuse saine. Les biopsies duodénales montrent 2 granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse. Les biopsies gastriques et rectales sont normales. Les biopsies iléales et coliques montrent des lésions hétérogènes avec des pertes de substance, un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire du chorion sans granulome. La mucosécrétion est altérée.

Compte tenu des symptômes indiqués précédemment, laquelle(lesquelles) des hypothèses diagnostiques suivantes faites-vous ?

Proposition A

maladie de Crohn

Proposition B

rectocolite hémorragique

Proposition C

colite bactérienne

Proposition D

colite ischémique

Proposition E

tuberculose intestinale

### Question 11 - Question à choix multiple

Parmi les éléments suivants, lequel(lesquels) vous oriente(nt) vers une maladie de Crohn plutôt que vers une tuberculose ?

Proposition A

radiographie de thorax normale

Proposition B

absence de fièvre

Proposition C

ulcérations iléales

Proposition D

granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse

Proposition E

test Quantiféron\* négatif

## Question 12 - Question à choix multiple

Le diagnostic de maladie de Crohn avec iléopancolite respectant le rectum et fissure anale est fait. Le traitement proposé est le suivant : prednisone à la posologie initiale de 50 mg/j pendant 3 semaines puis décroissante. En 1 semaine les symptômes disparaissent. Trois semaines plus tard, il consulte en urgence pour une douleur anale apparue 3 jours auparavant, violente, pulsatile, continue, indépendante de l'émission des selles et qui ne s'améliore pas. Il n'y a pas d'écoulement. L'examen de l'anus est impossible du fait de la douleur. Il existe une tuméfaction péri-anale rouge et douloureuse.

Parmi les diagnostics suivants, lequel(lesquels) évoquez-vous ?

Proposition A

thrombose hémorroïdaire externe

Proposition B

crise hémorroïdaire

Proposition C

abcès anal

Proposition D

infection à Herpès virus

Proposition E

fissure anale

### Question 13 - Question à choix multiple

Un mois plus tard, il est ré-admis aux urgences pour douleurs abdominales, vomissements et intolérance alimentaire absolue. Le scanner abdominal montre une occlusion du grêle sur une sténose de l'iléon terminal d'aspect inflammatoire. Le patient est admis dans une unité chirurgicale.

Quel(s) élément(s) de la prise en charge dans les 24 premières heures envisagez-vous ?

Proposition A

aspiration naso-gastrique

Proposition B

rééquilibration hydro-électrolytique

Proposition C

anticoagulation à dose préventive

Proposition D

Iléo-coloscopie

Proposition E

Iléo-colectomie droite avec mise en place d'une stomie du grêle

### Question 14 - Question à choix multiple

L'occlusion se lève sous traitement médical et le patient sort avec un traitement associant prednisone 1 mg/kg/j pendant 3 semaines suivi d'une décroissance progressive et azathioprine 2 mg/kg/j. Au palier de 5 mg de prednisone, il ressent progressivement une asthénie qui s'aggrave, des nausées, des douleurs abdominales diffuses non systématisées. Le transit intestinal est normal. L'abdomen est souple. Le bilan biologique est le suivant : natrémie 132 mmol/L, kaliémie 5,2 mmol/L; sont normaux : NFS, CRP, lipasémie, transaminases, GGT, créatininémie.

Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

Proposition A

rechute de la maladie de Crohn

Proposition B

occlusion intestinale

Proposition C

ulcère gastroduodéal

Proposition D

pancréatite liée à l'azathioprine

Proposition E

insuffisance surrénalienne aiguë



## DP 2

Un patient de 68 ans, chasseur, pêcheur, consulte pour une douleur du troisième doigt gauche, insomnante, qui dure maintenant depuis 6 jours. Vous l'examinez aux urgences. Il n'y a pas de notion de choc ou de chute. Il présente une fièvre à 38,7°. Vous suspectez un phlegmon de la gaine du troisième doigt gauche.

### Question 1 - Question à choix multiple

Concernant la définition d'un phlegmon des gaines quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

Proposition A

Infection d'un doigt après un phlegmon amygdalien

Proposition B

Infection d'un doigt chez un patient immunodéprimé

Proposition C

Infection de la gaine synoviale digito-carpienne

Proposition D

Cellulite des doigts

Proposition E

Cellulite de la paume de la main

## Question 2 - Question à choix multiple

Concernant les éléments ci dessous quel(s) est (sont) celui (ceux) qui est (sont) exact(s) ?

Proposition A

La pratique de la pêche expose à des infections à mycobactéries atypiques

Proposition B

La pratique de la pêche expose à la tuberculose

Proposition C

Un phlegmon à mycobactéries atypiques expose à la récurrence

Proposition D

Le diabète favorise la survenue de phlegmon en cas de plaie

Proposition E

Le diabète évolué peut diminuer la sensibilité des doigts et favoriser la survenue de plaie

### Question 3 - Question à choix multiple

Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) clinique(s) typique(s) d'un phlegmon des gaines ?

Proposition A

Douleur sur le trajet de la gaine

Proposition B

Douleur à l'extension passive du doigt

Proposition C

Douleur à la flexion contrariée du doigt

Proposition D

Douleur à la palpation du cul de sac de la gaine

Proposition E

Aspect de doigt en crochet

#### Question 4 - Question à choix multiple

Que recherchez vous systématiquement comme facteur(s) expliquant ou favorisant un tel processus infectieux ?

Proposition A

Une porte d'entrée

Proposition B

Une plaie pulpaire

Proposition C

Un traitement immuno supprimeur

Proposition D

Un diabète

Proposition E

Une chimiothérapie antinéoplasique

### Question 5 - Question à choix multiple

Lors de l'interrogatoire le patient vous apprend qu'il est diabétique non insulino dépendant traité par glibenclamide et hypertendu traité par périmdopril. L'examen clinique détaillé découvre une plaie de 4 mm superficielle de la pulpe du troisième doigt gauche. Le patient explique qu'il a appliqué pendant quatre jours un anti inflammatoire en gel sur la plaie de la pulpe du troisième doigt et devant le peu d'effet, il a consommé un anti inflammatoire non stéroïdien per os. Concernant cette automédication, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

Proposition A

Cette automédication augmente la résistance aux antibiotiques des germes cutanés

Proposition B

Cette automédication a pu favoriser le processus infectieux

Proposition C

Cette automédication favorise une meilleure cicatrisation

Proposition D

Cette automédication peut augmenter le risque d'hypoglycémie

Proposition E

Cette automédication augmente le risque d'insuffisance rénale

### Question 6 - Question à choix multiple

Quelle(s) est (sont) la (les) particularité(s) anatomique(s) de la gaine synoviale du fléchisseur du doigt blessé ?

Proposition A

Elle communique avec la face dorsale

Proposition B

Elle s'arrête au pli palmaire de flexion de l'articulation métacarpo phalangienne de ce doigt

Proposition C

Elle s'arrête au pli palmaire de flexion du poignet

Proposition D

Elle communique avec la gaine du deuxième rayon

Proposition E

Elle communique avec la gaine du quatrième rayon

### Question 7 - Question à choix multiple

Voici l'aspect de la main du patient. Qu'en pensez vous ?



Proposition A

Il s'agit d'un tableau infectieux évolué

Proposition B

On évoque en priorité une allergie aux AINS

Proposition C

Le tableau clinique est compatible avec un phlegmon

Proposition D

Le phlegmon n'est pas certain, l'érythème des mains est classique chez les pêcheurs

Proposition E

Le phlegmon n'est pas certain, on doit évoquer une poussée d'arthrose du 3<sup>ème</sup> doigt



### Question 8 - Question à choix multiple

Un aspect de doigt en crochet vous permet de vous prononcer sur le stade du phlegmon :

Proposition A

Ce signe a une valeur pronostique

Proposition B

C'est un phlegmon évolué

Proposition C

La gaine contient sans doute du pus

Proposition D

Le tendon peut être nécrotique

Proposition E

Le tendon est à risque de rupture

### Question 9 - Question à choix multiple

Parmi les propositions thérapeutiques suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

Proposition A

Un arrêt des traitements anti inflammatoires

Proposition B

Une antibiothérapie à l'aveugle d'emblée

Proposition C

Une antibiothérapie ciblée contre les mycobactéries d'emblée

Proposition D

Un traitement chirurgical associé à une corticothérapie

Proposition E

Un traitement chirurgical associé à une antibiothérapie

### Question 10 - Question à choix multiple

Dans cette situation et chez ce patient quelle(s) mesure(s) préconisez vous en urgence ?

Proposition A

Une mesure de la glycémie

Proposition B

Une mesure de la vitesse de sédimentation

Proposition C

La réalisation d'hémocultures

Proposition D

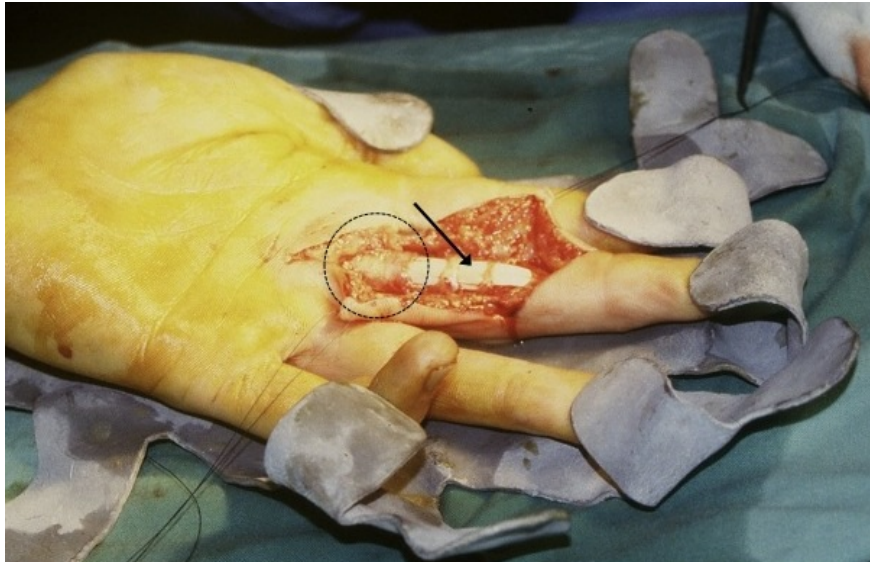
Un bolus de corticoïdes

Proposition E

Des prélèvements bactériologiques par une incision cutanée aux urgences, avant la chirurgie

### Question 11 - Question à choix multiple

Le patient est opéré. Une synovectomie a été réalisée. Sur cette photographie per opératoire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant la structure anatomique visible dans le cercle.



Proposition A

Une poulie annulaire

Proposition B

La poulie A2

Proposition C

L'extenseur

Proposition D

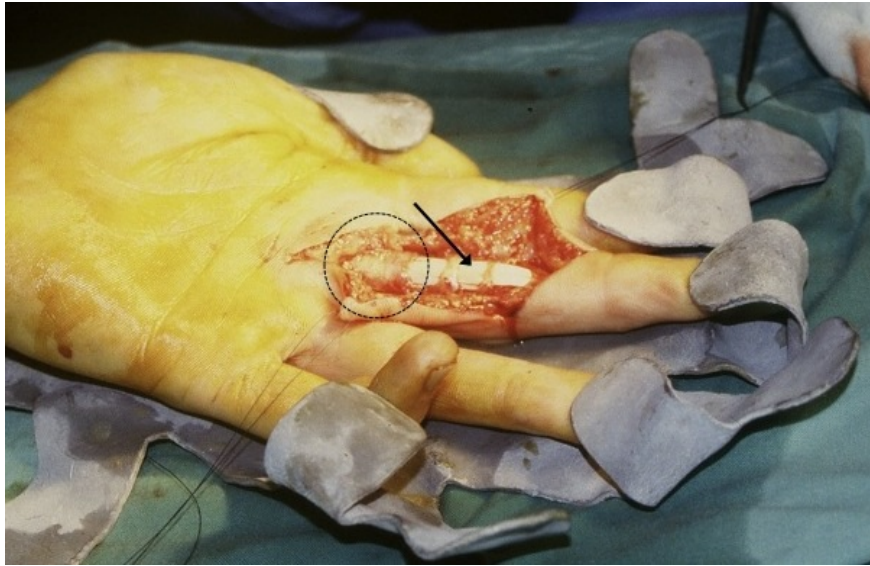
Le ligament rétinaculaire

Proposition E

La vincula

### Question 12 - Question à choix multiple

Sur cette photographie per opératoire, quelle(s) est (sont) les proposition(s) exacte(s) concernant la structure anatomique que montre la flèche.



Proposition A

Un nerf collatéral

Proposition B

Un tendon fléchisseur

Proposition C

Une poulie

Proposition D

La poulie A2

Proposition E

La vincula

### Question 13 - Question à choix multiple

Pourquoi ces structures (poulies et fléchisseurs) doivent elles être respectées ?

Proposition A

Car le phlegmon ne les atteint pas

Proposition B

Car leur sacrifice n'est pas nécessaire pour traiter le phlegmon

Proposition C

Pour éviter une disparition de l'extension du doigt

Proposition D

Pour éviter une disparition de la flexion du doigt

Proposition E

Pour espérer une récupération fonctionnelle la plus complète

### Question 14 - Question à choix multiple

D'après les constatations opératoires que devez vous expliquer au patient ?

Proposition A

Que la récupération de la mobilité du doigt « ad integrum » est constante

Proposition B

Que la récupération de la mobilité du doigt peut prendre plusieurs mois

Proposition C

Que la récupération ne sera pas complète

Proposition D

Que le diabète augmente le risque d'adhérences et de raideur

Proposition E

Que cela ne se reproduira plus : on n'a qu'un phlegmon dans sa vie

### Question 15 - Question à choix multiple

Le patient a été opéré et traité par antibiotiques adaptés au germe retrouvé. Le phlegmon est guéri et la cicatrisation acquise. Quelle(s) mesure(s) complémentaire(s) prescrivez vous ?

Proposition A

Une kinésithérapie immédiate avec contractions musculaires contre résistance

Proposition B

Une kinésithérapie à débiter 1 mois plus tard

Proposition C

Une kinésithérapie débutée dès cicatrisation cutanée

Proposition D

Une deuxième cure d'antibiotique adapté au germe à 2 mois

Proposition E

Une consultation pour vérifier l'équilibre du diabète



Vous recevez en consultation au mois de juillet 2015 un homme de 29 ans, algérien en France depuis 6 mois, pour une altération de l'état général. Il est asthénique, et dit avoir perdu environ 10 kg en 3 mois.

Il est célibataire sans enfant, n'a pas d'antécédent particulier et ne prend pas de traitement. Il exerce le métier de pâtissier. Il n'a pas de consommation d'alcool ou de tabac.

A l'examen clinique, Son poids est de 60 kg pour 168 cm. Il n'a pas de fièvre. Il existe des adénopathies multiples des régions axillaires, cervicales, inguinales, juxta centimétriques, mobiles, indolores. Vous percevez également une splénomégalie modérée en fin d'inspiration. Le reste de l'examen est normal. Le patient ne décrit pas de sueurs, pas de prurit, pas de point d'appel douloureux.

### Question 1 - Question à choix multiple

Parmi les diagnostics ci-dessous, lesquelles vous paraissent compatibles avec le tableau clinique

Proposition A

Une mononucléose infectieuse

Proposition B

Une infection à VIH

Proposition C

Un syndrome lymphoprolifératif

Proposition D

Un lupus systémique

Proposition E

Une sarcoïdose

## Question 2 - Question à choix multiple

Vous avez demandé quelques examens biologiques complémentaires.

Leucocytes	2.85 giga/L	4.00-10.00
Hémoglobine	114.0 g/L	130-170
Hématocrite	36 %	40-54
VGM	86.0 fL	80-100
Plaquettes	112 giga/L	150-400
Réticulocytes /L	17 giga/L	20-80
Polynucléaires neutrophiles :	1.98 giga/L	1.8-7.5
Polynucléaires éosinophiles :	0.01 giga/L	0.02-0.8
Polynucléaires basophiles :	0.00 giga/L	0-0.2
Lymphocytes	: 0.69 giga/L	1-4
Recherche de schizocytes :	<1 %	0-1
Haptoglobine :	2.27 g/L	0.14-2.58
VS :	52 mm	
Sodium :	141 mmol/L	136-145
Potassium :	4.4 mmol/L	3.4-4.5
Urée :	3.7 mmol/L	2.5-9.0
Créatinine :	64 µmol/L	65-104
Estimation du DFG par CKD-EPI	>90 mL/min/1.73m <sup>2</sup>	Nie>90
Protéines :	83 g/L	64-83
Glucose :	5.2 mmol/L	3.9-5.8
Calcium :	2.31 mmol/L	2.10-2.55
CRP :	8.9 mg/L	< 5.0
ASAT :	72 UI/L	0-34
ALAT :	68 UI/L	0-55
Gamma-G.T. :	87 UI/L	12-64
PAL :	72 UI/L	40-150
Bilirubine totale :	9 µmol/L	3-20
LDH :	289 UI/L	125-220
Ferritine	2931 µg/L	30-300

Sur ces éléments biologiques vous retenez :

Proposition A

Une neutropénie

Proposition B

Une anémie arégénérative

Proposition C

Une hémolyse

Proposition D

Un syndrome inflammatoire

Proposition E

Une lymphopénie

### Question 3 - Question à choix multiple

L' hyperferritinémie constatée peut correspondre dans ce contexte à

Proposition A

un syndrome inflammatoire

Proposition B

une cytolysse hépatique

Proposition C

une hémolyse périphérique

Proposition D

une myélodysplasie

Proposition E

un syndrome d'activation macrophagique

#### Question 4 - Question à choix multiple

L'haptoglobine étant normale et le taux de réticulocytes bas vous reprenez une anémie d'origine centrale associée à une thrombopénie et une lymphopénie ; vous décidez de réaliser un myélogramme.

La réponse du cytologiste est la suivante : Moelle sub-normale présentant des signes modérés d'inflammation et sans argument cytologique évident en faveur d'une hémopathie. Il n'y a pas de signes d'activation macrophagique.

Une coloration de Perls est réalisée en plus par le cytologiste. Qu'en attend-il ?

Proposition A

Evaluer l'existence d'une surcharge en fer

Proposition B

Déterminer la présence de schizocytes intra médullaires

Proposition C

Déterminer la présence de germes intramédullaires

Proposition D

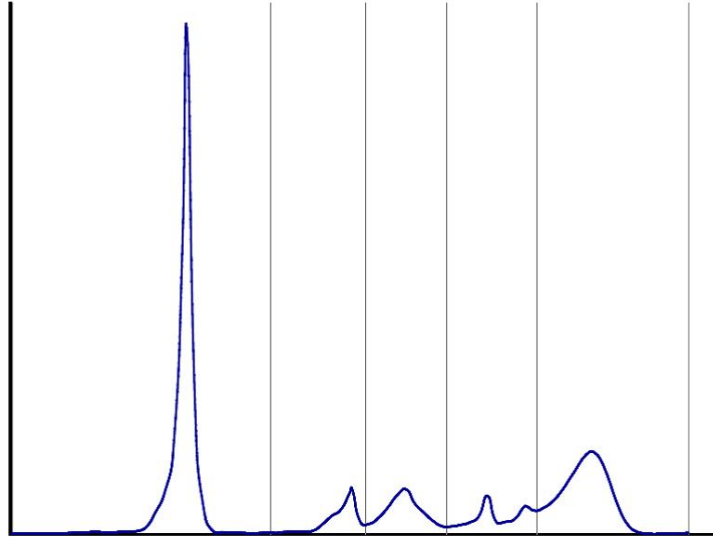
Diagnostiquer une anémie réfractaire sidéroblastique

Proposition E

Déterminer la présence de corps de Howell-Jolly

### Question 5 - Question à choix multiple

La coloration de Perls montre une surcharge en fer extra-érythroblastique évocatrice d'une moelle inflammatoire sans argument pour une anémie réfractaire sidéroblastique. Vous avez également demandé une électrophorèse des protéines dont voici le tracé et le résultat.



#### ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUES

Protéines sériques	78 g/L	60-80
Albumine	36.2 g/L	40.0-47.6
Alpha 1 globulines	5.2 g/L	2.1-3.5
Alpha 2 globulines	8.6 g/L	5.1-8.5
Béta globulines	7.2 g/L	6.0-9.4
Gamma globulines	20.8 g/L	8.0-13.5

Cette électrophorèse

Proposition A

Montre une hypergammaglobulinémie monoclonale

Proposition B

Montre un profil inflammatoire

Proposition C

Est compatible avec une leucémie lymphoïde chronique

Proposition D

Est compatible avec un myélome

Proposition E

Est compatible avec une maladie de Waldenström



### Question 6 - Question à choix multiple

Cette électrophorèse des protéines montrent une hypergammaglobulinémie polyclonale et un profil inflammatoire. L'hypergammaglobulinémie polyclonale, dans le contexte clinique décrit chez ce patient est compatible avec

Proposition A

Un lupus systémique

Proposition B

Une sarcoïdose

Proposition C

Une infection chronique à VIH

Proposition D

Un syndrome de Gougerot-Sjögren

Proposition E

Une vascularite systémique

### Question 7 - Question à choix multiple

A ce stade, le contexte clinique et immunologique vous paraît compatible avec une connectivite ou une sarcoïdose. L'infection à VIH est également compatible. La sérologie VIH est négative. Vous demandez une recherche d'anticorps anti-nucléaires (AAN).

Dans quelle(s) maladie(s) peut-on retrouver la présence d'AAN.

Proposition A

Au cours du lupus systémique

Proposition B

Au cours du syndrome de Sjögren

Proposition C

Au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Proposition D

Au cours de la spondylarthrite ankylosante

Proposition E

Au cours de la sclérodermie systémique

### Question 8 - Question à choix multiple

La recherche d' AAN réalisée en immunofluorescence indirecte est rendue positive à 1280 avec une fluorescence mouchetée. Vous demandez au laboratoire d'immunologie d'aller plus loin dans l'identification des AAN identifiés.

Quels sont les anticorps habituellement associés à une fluorescence mouchetée ?

Proposition A

Les anti-SSA

Proposition B

Les anti-SSB

Proposition C

Les anti-DNA

Proposition D

Les anti-Sm

Proposition E

Les anti-centromères

### Question 9 - Question à choix multiple

Les anticorps anti-SSA, SSB et anti Sm habituellement associés à une fluorescence mouchetée sont effectivement positifs. Les anticorps anti-ADN sont également très positifs (test de FARR et Elisa). Vous retenez le diagnostic de lupus systémique sur l'association d'une altération de l'état général, d'une polyadénopathie, d'une bicytopénie, lymphopénie et sur la présence d'AAN avec anticorps anti-DNA et anti-Sm, ces deux derniers étant très spécifiques du lupus.

En l'absence d'autres atteintes d'organes, quelle est ou quelles sont la ou les molécules que vous allez prescrire à ce patient ?

Proposition A

L'azathioprine

Proposition B

Le methotrexate

Proposition C

Le mycophénolate mofetil

Proposition D

La prednisone

Proposition E

L'hydroxychloroquine

### Question 10 - Question à choix multiple

Vous débutez un traitement par prednisone à un demi-milligramme par kg (30 mg par jour) à doses dégressives et hydroxychloroquine à la dose de 400 mg par jour.

Quelles précautions proposez-vous avant de débiter une corticothérapie dans le contexte de ce patient?

Proposition A

Recherche de tuberculose latente

Proposition B

Radiographie thoracique

Proposition C

Examen cyto bactériologique des urines

Proposition D

Hémocultures

Proposition E

Sérologies des hépatites virales B et C

### Question 11 - Question à choix multiple

Quelles sont les effets secondaires possibles de l'hydroxychloroquine?

Proposition A

Troubles psychiques

Proposition B

Douleurs abdominales

Proposition C

Réaction cutanée d'hypersensibilité

Proposition D

Toxicité rétinienne tardive

Proposition E

Hyperpigmentation cutanée

## Question 12 - Question à choix multiple

Tous les effets secondaires cités ci-dessus sont effectivement décrits. Vous expliquez cependant au patient que ce traitement est le plus souvent bien toléré mais relève d'une surveillance ophtalmologique incluant à l'introduction puis après 5 ans de traitement les examens suivants :

Proposition A

Fond d'œil

Proposition B

Champ visuel

Proposition C

Angiographie rétinienne

Proposition D

Electrorétinogramme

Proposition E

Potentiels évoqués visuels

### Question 13 - Question à choix multiple

Vous organisez la consultation ophtalmologique qui devra comporter un examen du fond d'œil, un examen du champ visuel et un électrorétinogramme sans retarder le début du traitement. Quels sont parmi les examens biologiques suivant, ceux utiles au suivi de l'activité du lupus?

Proposition A

La numération formule plaquettaire

Proposition B

L'analyse du sédiment urinaire

Proposition C

Le taux d'anticorps anti-nucléaires

Proposition D

Le taux d'anticorps anti ADN

Proposition E

La vitesse de sédimentation



### Question 14 - Question à choix multiple

Vous proposez la surveillance de la numération formule sanguine, du sédiment urinaire et de la fonction rénale, du taux d'anticorps anti ADN.

Vous revoyez le patient après trois mois de traitement au mois d'octobre 2015. Il reçoit 5 mg par jour de prednisone et 400 mg d'hydroxychloroquine. Le traitement a été bien toléré. L'état général du patient est très bon. Sa numération globulaire est normalisée. L'analyse du sédiment urinaire est normale.

Vous proposez :

Proposition A

Le maintien de 5 mg de prednisone

Proposition B

Un sevrage progressif en hydroxychloroquine

Proposition C

Une surveillance annuelle clinique et biologique

Proposition D

Une vaccination antigrippale annuelle

Proposition E

Un reclassement professionnel

### Question 15 - Question à choix multiple

Il a repris normalement son activité professionnelle de pâtissier. Vous proposez de maintenir une corticothérapie à 5 mg pendant encore quelques mois, de maintenir 400 mg d'hydroxychloroquine, de réaliser la vaccination anti grippale et de revoir le patient encore une fois dans trois mois, puis ensuite deux fois par an.

Vous revoyez le patient à 6 mois au printemps 2016. Il est toujours asymptomatique sous traitement par 5 mg de prednisone et 400 mg d'hydroxychloroquine. Il souhaite se rendre en Algérie dans sa famille pour l'été. Il s'agit du sud de l'Algérie. Quelles sont les mesures de précaution à prendre?

Proposition A

Vaccination anti amarile

Proposition B

Prophylaxie anti palustre

Proposition C

Vaccination anti-typhoïde

Proposition D

Vaccination anti méningococcique

Proposition E

Photoprotection

## DP 4

Une femme de 65 ans (pesant 85 kg pour 1m65) se présente à la maison de santé de son quartier pour une baisse d'acuité visuelle lentement progressive et bilatérale depuis 1 an, avec en outre une aggravation de la baisse de vision pour l'œil droit depuis 10 jours. Avec son œil droit, il lui est difficile de compter les doigts d'une main à 2 mètres de distance. Avec son œil gauche, elle dit voir flou, mais peut compter les doigts au delà de 5 mètres. Elle parle mal le français mais indique que son fils peut être contacté par téléphone si nécessaire.

### Question 1 - Question à choix multiple

Dans ce contexte clinique, quelle(s) est(sont) la(les) cause(s) possible(s) permettant d'expliquer à la fois la baisse d'acuité visuelle progressive bilatérale et l'aggravation récente dans l'œil droit?

Proposition A

Cataracte bilatérale avec survenue d'une occlusion de veine centrale de la rétine dans l'œil droit

Proposition B

Glaucome aigu à angle fermé

Proposition C

Occlusion de l'artère centrale de la rétine bilatérale, avec aggravation dans un deuxième temps

Proposition D

Rétinopathie diabétique

Proposition E

Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë bilatérale, avec aggravation dans un deuxième temps

## Question 2 - Question à choix multiple

Quels sont les différents temps de l'examen clinique ophtalmologique à réaliser chez cette patiente ?

Proposition A

Mesure de la réfraction

Proposition B

Mesure de l'acuité visuelle pour chacun des deux yeux sur l'échelle de Monoyer (avec des chiffres)

Proposition C

Mesure de l'amplitude de convergence

Proposition D

Examen du fond d'œil après dilatation de la pupille

Proposition E

Test de Hess-Lancaster

### Question 3 - Question à choix multiple

Le fils, contacté par téléphone, confirme que sa mère se plaint de plus en plus de sa mauvaise vue depuis 1 an, avec une aggravation récente pour l'œil droit. Il informe aussi sur les antécédents : hypertension artérielle traitée mais mal équilibrée (poussées fréquentes au delà de 180 mmHg de systolique), hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie traitées par un régime pauvre en graisses (qu'il dit être mal suivi), diabète traité par des antidiabétiques oraux et un régime pauvre en sucres rapides (lui aussi très mal respecté), hyperuricémie traitée et équilibrée, chirurgie d'une hernie inguinale gauche il y a 5 ans et d'un hallux valgus du pied droit il y a 10 ans.

A partir de ces informations supplémentaires obtenues lors de cet entretien téléphonique, quelle(s) est(sont) la(les) cause(s) possible(s) pour expliquer l'histoire clinique?

Proposition A

Cataracte bilatérale avec survenue d'une occlusion de la veine centrale de la rétine dans l'œil droit

Proposition B

Cataracte bilatérale avec survenue d'une hémorragie intravitréenne dans l'œil droit

Proposition C

Rétinopathie périphérique ischémique pré-proliférante dans l'œil droit et rétinopathie périphérique modérée dans l'œil gauche

Proposition D

Cataracte bilatérale avec survenue d'un œdème maculaire cystoïde dans l'œil droit, d'origine diabétique

Proposition E

Myasthénie oculaire

#### Question 4 - Question à choix multiple

La patiente est rapidement adressée à l'ophtalmologiste qui exerce dans le bâtiment voisin. L'examen clinique trouve une acuité visuelle de l'œil droit à 1/20 Parinaud 10 avec correction optique optimale, contre 4/10 Parinaud 2 pour l'œil gauche avec également correction optique optimale. La pression intraoculaire est à 12 mmHg dans les deux yeux. Il existe une cataracte bilatérale et symétrique, de type cortico-nucléaire dans les deux yeux. Le vitré est clair et transparent.

Compte tenu de ces données et des antécédents de la patiente, quelle(s) est(sont) l'(les) étiologie(s) à évoquer en priorité ?

Proposition A

Cataracte bilatérale avec survenue d'une occlusion de la veine centrale de la rétine dans l'œil droit

Proposition B

Cataracte bilatérale avec survenue d'une hémorragie intravitréenne dans l'œil droit

Proposition C

Rétinopathie périphérique ischémique pré-proliférante dans l'œil droit et rétinopathie périphérique modérée dans l'œil gauche

Proposition D

Cataracte bilatérale avec survenue d'un œdème maculaire cystoïde dans l'œil droit, d'origine diabétique

Proposition E

Myasthénie oculaire

### Question 5 - Question à choix multiple

L'examen du fond d'œil montre des veines et artères rétiniennes principales de calibre normal, une papille bien vascularisée, aux bords nets avec un rapport Cup/Disc à 0,3, une rétine périphérique non décollée.

Compte tenu de ces informations supplémentaires, quelles sont les étiologies que l'on peut définitivement éliminer à propos de la baisse de vision rapide de l'œil droit?

Proposition A

Occlusion récente de la veine centrale de la rétine

Proposition B

Occlusion récente de l'artère centrale de la rétine

Proposition C

Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë

Proposition D

Neuropathie optique rétrobulbaire

Proposition E

Hémorragie intravitréenne



### Question 6 - Question à choix multiple

Le reste de l'examen de la rétine de l'œil droit met en évidence des nodules cotonneux, des hémorragies punctiformes, des hémorragies en taches dans les quatre quadrants de la rétine. En revanche, il n'y pas de néovaisseaux visibles en périphérie rétinienne, ni en regard de la papille.

Comment peut on classer l'atteinte clinique de cette patiente pour son œil droit?

Proposition A

Absence de rétinopathie diabétique

Proposition B

Rétinopathie diabétique non proliférante minime

Proposition C

Rétinopathie diabétique non proliférante modérée

Proposition D

Rétinopathie diabétique non proliférante sévère (pré-proliférante)

Proposition E

Rétinopathie diabétique proliférante

### Question 7 - Question à choix multiple

Concernant la pathogénie de la rétinopathie diabétique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s)?

Proposition A

L'épaississement de la membrane basale des capillaires rétiens est une des lésions précoces de la rétinopathie diabétique

Proposition B

La perte des péricytes des capillaires rétiens est une des lésions précoces de la rétinopathie diabétique

Proposition C

Il existe une perte de la contractilité des fibres musculaires striées des vaisseaux rétiens de gros calibre

Proposition D

La perte des cellules endothéliales des capillaires rétiens aboutit à leur obstruction

Proposition E

L'hypoxie relative entraîne la sécrétion locale de facteurs de croissance angiogéniques

### Question 8 - Question à choix multiple

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) à propos des nodules cotonneux ?

Proposition A

Les nodules cotonneux traduisent une zone d'infarctus localisée de la rétine interne

Proposition B

Les nodules cotonneux de la rétinopathie diabétique sont typiquement plus nombreux au pôle postérieur de la rétine qu'en extrême périphérie rétinienne

Proposition C

La présence de nodules cotonneux localisés préférentiellement autour de papille doit faire suspecter des poussées d'hypertension artérielle associées

Proposition D

Les nodules cotonneux anciens évoluent en exsudats lipidiques

Proposition E

Les nodules cotonneux sont un des signes d'occlusion de l'artère centrale de la rétine

### Question 9 - Question à choix multiple

La baisse récente de l'acuité visuelle dans l'œil droit, dans un contexte de rétinopathie diabétique pré-proliférante, vous amène à penser qu'elle pourrait être liée à un œdème maculaire. Parmi les examens suivants, quel(s) est(sont) l'(les) examen(s) complémentaire(s) permettant d'affirmer ce diagnostic ?

Proposition A

Angiographie rétinienne à la fluorescéine

Proposition B

Angiographie rétino-choroïdienne au vert d'indocyanine

Proposition C

Examen du profil rétinien et de l'épaisseur maculaire en tomographie par cohérence optique (OCT)

Proposition D

Mesure de l'épaisseur des fibres optiques péripapillaires en tomographie par cohérence optique (OCT)

Proposition E

Imagerie en résonance magnétique avec injection de gadolinium

### Question 10 - Question à choix multiple

Le diagnostic d'œdème maculaire cystoïde de l'œil droit a finalement été retenu pour expliquer la baisse récente de l'acuité visuelle de l'œil droit. Quelle(s) est(sont) l'(les) option(s) thérapeutique(s) que vous devez proposer rapidement?

Proposition A

Amélioration de l'équilibre du diabète

Proposition B

Traitement de l'hypertension artérielle et de la dyslipidémie

Proposition C

Abaissement de la pression intraoculaire

Proposition D

Chirurgie de la cataracte en urgence

Proposition E

Vasoconstricteurs systémiques

### Question 11 - Question à choix multiple

La patiente est revue 6 mois après la mise en œuvre d'un programme thérapeutique visant à améliorer l'équilibre du diabète et des facteurs de risque associés. L'hémoglobine glycosylée (glyquée) est revenue à 6%, et les taux de triglycérides et cholestérol se sont normalisés. Par ailleurs, la rétinopathie périphérique a été traitée pendant cette période des 6 derniers mois. Cependant, l'œdème maculaire de l'œil droit n'a que peu régressé au cours de cette période, et l'acuité visuelle est toujours à 1/20.

Que proposez-vous à la patiente?

Proposition A

Chirurgie intraoculaire pour éliminer le liquide intrarétinien dans la macula

Proposition B

Injection intravitréenne de néosynéphrine pour favoriser la vasoconstriction des vaisseaux maculaires

Proposition C

Injection intravitréenne d'anti-angiogéniques

Proposition D

Injection intravitréenne de corticostéroïdes

Proposition E

Photocoagulation maculaire au laser

## Question 12 - Question à choix multiple

Un an plus tard, l'ophtalmologiste de la patiente lui propose une opération de la cataracte, en commençant par l'œil droit. Quels sont les points du bilan préopératoire indispensables à réaliser pour cette patiente avant la chirurgie?

Proposition A

Recherche d'une récurrence d'œdème maculaire

Proposition B

Recherche d'une récurrence de zones rétiniennes ischémiques périphériques

Proposition C

Recherche d'une élévation de la pression intraoculaire

Proposition D

Recherche d'une apparition de néovaisseaux choroïdiens

Proposition E

Recherche d'une apparition de néovaisseaux dans l'angle iridocornéen

### Question 13 - Question à choix multiple

Le traitement chirurgical de la cataracte:

Proposition A

Est effectué en ambulatoire

Proposition B

Nécessite une anesthésie générale

Proposition C

Est réalisé après dilatation pupillaire à l'acétylcholine

Proposition D

Comprend une extraction du cristallin au laser

Proposition E

Comporte la mise en place d'un implant dans le sac cristallinien



### Question 14 - Question à choix multiple

La cataracte de l'œil droit a été opérée. L'intervention s'est déroulée dans de bonnes conditions sans incident. Quelles sont néanmoins les complications post-opératoires possibles à court et moyen termes?

Proposition A

Infection post-opératoire aiguë

Proposition B

Dystrophie graisseuse de la cornée

Proposition C

Opacification de l'implant intraoculaire

Proposition D

Oedème maculaire

Proposition E

Décollement de la choroïde

### Question 15 - Question à choix multiple

L'acuité visuelle de l'œil droit, 8 jours après la chirurgie, n'est que de 4/10 avec un verre de -2,00 dioptries, ce verre étant la meilleure correction optique possible. De près, l'acuité de l'œil droit est de Parinaud 4 avec une addition de +3,00 dioptries sur son verre correcteur de loin. L'examen biomicroscopique à la lampe à fente montre un segment antérieur de l'œil droit normal en dehors de la pseudophakie.

Vous dites au patient que la récupération modeste de l'acuité visuelle de l'œil droit bien que corrigé par lunettes :

Proposition A

Est due à une complication peropératoire passée inaperçue

Proposition B

Est en rapport avec la myopie post-opératoire

Proposition C

Est imputable à une opacification secondaire de la capsule postérieure

Proposition D

Est liée à sa maculopathie diabétique

Proposition E

Aurait dû lui être annoncée avant la chirurgie de la cataracte

## DP 5

Vous recevez en consultation de néphrologie un patient européen de 38 ans. Il est adressé pour découverte fortuite, en médecine du travail, d'une hypertension artérielle et d'une hématurie microscopique (bandelette urinaire). Il est agent à la RATP. Il a un tabagisme actif évalué à 30 paquets/année. Il n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement. Sa pression artérielle en consultation est mesurée à 175/95 mmHg. Il pèse 81 kgs.

### Question 1 - Question à choix multiple

Compte tenu des chiffres de pression artérielle, quel(s) élément(s) est (sont) important(s) à rechercher à l'interrogatoire ?

Proposition A

auto-médication par anti-inflammatoire non stéroïdiens

Proposition B

consommation d'alcool

Proposition C

consommation de réglisse

Proposition D

consommation excessive de café

Proposition E

antécédent personnel d'hématurie macroscopique récidivante

## Question 2 - Question à choix multiple

Devant cette hypertension artérielle (HTA) que recherchez-vous à l'interrogatoire ou à l'examen clinique pour orienter le diagnostic étiologique ?

Proposition A

souffle lombaire

Proposition B

souffle systolique au foyer mitral

Proposition C

gros reins à la palpation

Proposition D

notion d'épistaxis récidivantes

Proposition E

souffle carotidien

### Question 3 - Question à choix multiple

Quel(s) examen(s) biologique(s) prescrivez-vous en première intention devant toute découverte d'HTA ?

Proposition A

créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire

Proposition B

ionogramme sanguin

Proposition C

clairance de la créatinine mesurée avec un recueil des urines sur 4 heures

Proposition D

protéinurie des 24 heures

Proposition E

glycémie à jeun

#### Question 4 - Question à choix multiple

Chez ce patient en particulier, quel(s) autre(s) examen(s) vous parai(ssen)t indispensable(s) ?

Proposition A

bilan hépatique

Proposition B

catécholamines urinaires

Proposition C

cortisolémie

Proposition D

ECBU

Proposition E

myoglobinurie

### Question 5 - Question à choix multiple

Les résultats sont les suivants : créatininémie 180  $\mu\text{mol/L}$  (DFG estimé à 40  $\text{ml/min/1,73m}^2$ ), kaliémie 4  $\text{mmol/L}$ , protéinurie 2g/24h, glycémie à jeûn 5  $\text{mmol/L}$ .

ECBU : hématies  $5.10^4/\text{mL}$  ( $50/\text{mm}^3$ ), leucocytes  $<10^3/\text{mL}$ , culture stérile à 48h.

Quelle(s) autre(s) exploration(s) prescrivez-vous à ce stade de la prise en charge ?

Proposition A

angio-IRM des artères rénales

Proposition B

scintigraphie rénale couplée au captopril

Proposition C

cystoscopie

Proposition D

échographie vésico-rénale couplée à une analyse doppler des vaisseaux rénaux

Proposition E

angio-scanner rénal



### Question 6 - Question à choix multiple

Quelle(s) information(s) recherchez-vous à l'échographie rénale chez ce patient ?

Proposition A

différenciation corticomédullaire

Proposition B

présence de micro-anévrismes intra-rénaux

Proposition C

taille des reins

Proposition D

présence de kystes

Proposition E

aspect des cavités pyélo-calicielles

### Question 7 - Question à choix multiple

Quel(s) autre(s) examen(s) biologique(s) prescrivez-vous afin de déterminer l'ancienneté de l'insuffisance rénale ?

Proposition A

NFS

Proposition B

dosage de la 25 OH vitamine D

Proposition C

dosage des bicarbonates plasmatiques

Proposition D

dosage de la calcémie

Proposition E

dosage de la phosphatémie

### Question 8 - Question à choix multiple

L'échographie montre deux reins de 11 cm, correctement différenciés. La biologie est la suivante : Hb 11,8 g/dL, VGM 90 fL, calcémie 2,2 mmol/L (N 2,15-2,5). Vous décidez de réaliser une biopsie rénale par voie percutanée. Quelle(s) en est(sont) la(les) contre-indication(s) ?

Proposition A

insuffisance rénale aiguë sévère

Proposition B

hypertension artérielle mal contrôlée

Proposition C

thrombopénie profonde

Proposition D

présence d'un anticoagulant circulant

Proposition E

maladie de Willebrand

### Question 9 - Question à choix multiple

Quel(s) examen(s) biologique(s) est(sont) indispensable(s) avant la réalisation de la biopsie-rénale ?

Proposition A

mesure du TP et du TCA

Proposition B

dosage du facteur V

Proposition C

sérologie VIH

Proposition D

numération plaquettaire

Proposition E

recherche d'un anticoagulant circulant

### Question 10 - Question à choix multiple

Compte-tenu de la présentation clinique et du terrain, quelle(s) néphropathie(s) est(sont) possible(s) ?

Proposition A

maladie de Berger

Proposition B

hyalinose segmentaire et focale

Proposition C

lésions glomérulaires minimes

Proposition D

néphropathie diabétique

Proposition E

amylose

### Question 11 - Question à choix multiple

Vous suspectez une maladie de Berger. A l'analyse en immunofluorescence de la biopsie rénale, quel(s) serai(en)t alors le type et la localisation des dépôts ?

Proposition A

dépôts linéaires d'IgG le long des membranes basales tubulaires

Proposition B

dépôts linéaires d'IgG le long des membranes basales glomérulaires

Proposition C

dépôts d'IgA extra-membraneux

Proposition D

dépôts d'IgA le long des membranes basales glomérulaires

Proposition E

dépôts mésangiaux d'IgA

## Question 12 - Question à choix multiple

La biopsie rénale permet de poser le diagnostic de néphropathie à IgA (maladie de Berger). Compte-tenu des lésions, le patient reçoit une corticothérapie et un traitement néphroprotecteur par inhibiteur de l'enzyme de conversion pendant 6 mois. Vous le revoyez en consultation au décours de sa corticothérapie. Il a un excellent appétit et mange de la viande à chaque repas. Il fume toujours 1 paquet/jour. Il prend du ramipril 10 mg, du furosémide 60 mg, de l'amlodipine 10 mg, du carbonate de calcium 1 gramme. Sa pression artérielle est à 150/90 mmHg en moyenne en ambulatoire. Le bilan biologique est le suivant : créatininémie 250  $\mu\text{mol/L}$ , protéinurie 1,5 g/24h. Le ionogramme urinaire des 24 heures (diurèse 1,2 litres) : Na 80 mmol/L, K 42 mmol/L, urée 200 mmol/L, créatininurie 11 mmol/L.

D'après ces différents éléments, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) favorisant directement la progression de son insuffisance rénale ?

Proposition A

sexe masculin

Proposition B

pression artérielle insuffisamment contrôlée

Proposition C

apport insuffisant en potassium

Proposition D

consommation excessive de protéines

Proposition E

boissons insuffisantes

### Question 13 - Question à choix multiple

La néphropathie du patient évolue de façon défavorable en 4 ans. Il est actuellement au stade 5 de l'insuffisance rénale chronique avec un DFG estimé à 14 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

Que pouvez-vous lui proposer comme méthode de suppléance ?

Proposition A

dialyse péritonéale ambulatoire automatisée

Proposition B

dialyse péritonéale continue ambulatoire

Proposition C

hémodialyse à domicile

Proposition D

hémodialyse sur fistule artério-veineuse

Proposition E

hémodialyse sur fistule veino-veineuse



### Question 14 - Question à choix multiple

Le demi-frère du patient âgé de 50 ans souhaite lui donner un rein. Il n'a aucun antécédent et ne prend aucun traitement. Il est professeur d'éducation physique.

Quelle(s) est (sont) la (le)s condition(s) indispensable(s) à remplir pour un donneur vivant de rein ?

Proposition A

compatibilité HLA

Proposition B

cross-match entre receveur et donneur négatif

Proposition C

débit de filtration glomérulaire normal sans anomalie du sédiment urinaire ou protéinurie

Proposition D

groupe sanguin identique

Proposition E

lien familial avec le receveur

### Question 15 - Question à choix multiple

Quelle(s) démarche(s) devra-t-il obligatoirement effectuer ?

Proposition A

entretien avec le médecin conseil de la sécurité sociale

Proposition B

entretien avec le préfet ou son représentant

Proposition C

obtention de l'autorisation du Tribunal de Grande Instance

Proposition D

entretien avec le comité « Donneur vivant » de l'Agence de la Biomédecine

Proposition E

entretien avec le Comité d'Experts de la Commission Médicale des Droits des Patients de l'Hôpital où se déroule la greffe rénale.

## DP 6

Un homme âgé de 77 ans est hospitalisé pour la mise en place d'une prothèse de hanche gauche pour coxarthrose. Il a pour antécédents une hypertension artérielle traitée par amlodipine, une hypercholestérolémie traitée par simvastatine, un adénome prostatique, des varices des deux membres inférieurs et une fracture de clavicule 20 ans auparavant. Poids = 73 kg, Taille = 1,72 m, PA = 140/78 mmHg. Le bilan biologique post-opératoire montre : hémoglobine 10,5 g/dl, globules blancs 11 G/L, plaquettes 400 G/L, sodium 136 mmol/L, potassium 3,6 mmol/L, créatinine 79 µmol/L.

### Question 1 - Question à choix multiple

Vous évaluez son risque de maladie thrombo-embolique veineuse. Quel(s) facteur(s) de risque de maladie thrombo-embolique identifiez-vous chez lui ?

Proposition A

hypertension artérielle

Proposition B

antécédent de fracture

Proposition C

adénome prostatique

Proposition D

âge

Proposition E

hypercholestérolémie

## Question 2 - Question à choix multiple

Quelle(s) mesure(s) envisagez-vous chez lui pour la prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse au décours de son intervention pour prothèse de hanche ?

Proposition A

bas anti-thrombose

Proposition B

lever précoce

Proposition C

intervention sur les varices

Proposition D

échographie-doppler veineuse avant la sortie du patient de l'hôpital

Proposition E

arrêt de l'amlodipine

### Question 3 - Question à choix multiple

Quelle(s) mesure(s) de prévention pharmacologique de la maladie thrombo-embolique veineuse sont adaptées à ce patient ?

Proposition A

aspirine

Proposition B

énoxaparine

Proposition C

warfarine avec INR cible entre 2 et 3

Proposition D

héparine calcique

Proposition E

fondaparinux

#### Question 4 - Question à choix multiple

Une prévention par énoxaparine est prescrite. Quelle surveillance faut-il instaurer ?

Proposition A

surveillance du TCA

Proposition B

surveillance de l'activité anti Xa

Proposition C

surveillance de l'INR

Proposition D

surveillance de la numération plaquettaire

Proposition E

surveillance du saignement dans les drains

### Question 5 - Question à choix multiple

Dans les suites de l'intervention, la cuisse gauche est sensible et oedématiée. Huit jours après le début du traitement sous énoxaparine 40 mg/jour, l'oedème s'étend jusqu'au pied avec prise du godet. La douleur est accentuée, présente au repos mais accentuée par la marche. La température est à 37°C.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous en priorité ?

Proposition A

érysipèle

Proposition B

oedème post-opératoire

Proposition C

lymphangite

Proposition D

infection de la prothèse de hanche

Proposition E

thrombose veineuse profonde



### Question 6 - Question à choix multiple

Quel(s) élément(s) clinique(s) est(sont) intéressants pour le calcul de la probabilité diagnostique de thrombose veineuse profonde ?

Proposition A

augmentation unilatérale de volume du membre inférieur

Proposition B

douleur du membre inférieur

Proposition C

varices

Proposition D

chirurgie prothétique de hanche récente

Proposition E

le signe de Giordano

### Question 7 - Question à choix multiple

Vous estimez que la probabilité clinique de thrombose veineuse profonde est élevée. Quelle(s) mesure(s) prenez- vous dans l'immédiat sachant qu'une échographie-doppler ne sera obtenue que le lendemain matin ?

Proposition A

prescription d'une héparine de bas poids moléculaire à dose préventive

Proposition B

prescription d'un anticoagulant à débiter après l'échographie-doppler

Proposition C

injection immédiate d'une héparine de bas poids moléculaire à dose curative

Proposition D

mise en route d'un traitement par antivitamine K

Proposition E

injection immédiate d'une héparine de bas poids moléculaire à dose préventive

### Question 8 - Question à choix multiple

Le doppler veineux confirme une thrombose veineuse proximale. Quelle(s) explication(s) physiopathologique(s) est(sont) cohérente(s) avec le cas de ce patient ?

Proposition A

activation de la coagulation par l'acte chirurgical

Proposition B

syndrome des antiphospholipides

Proposition C

alitement initial

Proposition D

thrombopénie induite par l'héparine de type II

Proposition E

syndrome de Cockett

### Question 9 - Question à choix multiple

A l'échographie-doppler le pôle supérieur du caillot est iliaque externe gauche.

Quelles sont les deux principales complications à redouter ?

Proposition A

ischémie aiguë de jambe

Proposition B

embolie pulmonaire

Proposition C

accident vasculaire cérébral

Proposition D

syndrome post-thrombotique veineux

Proposition E

infarctus du myocarde

### Question 10 - Question à choix multiple

Quelle(s) modalit (s) de traitement antithrombotique peut(peuvent)  tre utilisée(s) ici ?

Proposition A

thrombolyse par voie générale

Proposition B

traitement par énoxaparine à dose curative avec relais précoce par AVK

Proposition C

traitement d'emblée par rivaroxaban sans traitement injectable

Proposition D

traitement par énoxaparine de 5 jours avec arrêt à 5 jours et début de la warfarine le sixième jour

Proposition E

traitement d'emblée par fondaparinux (Arixtra<sup>®</sup>)   dose curative

### Question 11 - Question à choix multiple

Quelle(s) mesures doit (doivent) être associée(s) au traitement anticoagulant ?

Proposition A

alitement strict d'au moins 48 heures

Proposition B

aspirine 75 mg

Proposition C

compression élastique classe III

Proposition D

surveillance par échographie-doppler veineuse à 8 jours

Proposition E

activité physique encouragée dès que possible

## Question 12 - Question à choix multiple

Quelle(s) est (sont) la (les) durée(s) prévisible(s) du traitement anticoagulant ?

Proposition A

6 semaines

Proposition B

3 mois

Proposition C

6 mois

Proposition D

1 an

Proposition E

jusqu'à disparition du thrombus en écho-Doppler

### Question 13 - Question à choix multiple

Le patient est traité par AVK. Quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) concernant la surveillance du patient ?

Proposition A

la créatinine doit être dosée régulièrement

Proposition B

l'INR doit être mesuré au moins 1 fois par mois une fois stabilisé

Proposition C

le patient doit réaliser un dosage de l'INR en cas de saignement gingival inhabituel

Proposition D

la tenue d'un carnet de surveillance des INR doit être encouragée

Proposition E

la surveillance par échographie-doppler permet de décider, en fonction de la reperméabilisation, du moment de l'arrêt du traitement anticoagulant



### Question 14 - Question à choix multiple

Deux ans plus tard, le patient présente un œdème de la jambe gauche fluctuant, aggravé par l'effort. Il existe une dermite ocre et une couronne de télangiectasies de l'arche plantaire. Les varices sont toujours présentes. A gauche une échographie-doppler montre les éléments suivants : obstruction complète persistante de la veine iliaque externe, séquelles obstructives pariétales de la veine fémorale, reflux poplité, incontinence ostio-tronculaire complète de la grande saphène gauche qui est dilatée à 10 mm. Vous évoquez un syndrome post-thrombotique veineux.

Quelle(s) proposition(s) thérapeutique(s) vous paraît (paraissent) pertinente(s) ?

Proposition A

drainage lymphatique manuel

Proposition B

compression élastique du membre inférieur gauche de classe III au long cours

Proposition C

traitement endo-veineux thermique de la veine grande saphène

Proposition D

reprise du traitement anticoagulant

Proposition E

prescription de furosémide

### Question 15 - Question à choix multiple

Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) évolutif(s) possible(s) de ce syndrome post-thrombotique veineux ?

Proposition A

embolie pulmonaire

Proposition B

ulcère malléolaire

Proposition C

nécrose d'orteil

Proposition D

hypodermite avec ankylose de cheville

Proposition E

anasarque

**--- Fin de copie ---**