

## CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 1

<b>Question n°1</b> .....	<b>10</b>
Radiographie pulmonaire.....	3
Embolie pulmonaire.....	5
Haute probabilité .....	2

**Si pas embolie pulmonaire = - 20 au dossier**

**Si plus d'une réponse = 0 à la question**

<b>Question n°2</b> .....	<b>10</b>
Angioscanner thoracique.....	5
Repos au lit strict.....	2
Traitement anticoagulant .....	3

**Si plus d'une réponse et pas de traitement anticoagulant= 0 à la question**

<b>Question n°3</b> .....	<b>20</b>
Hospitalisation en médecine.....	2
Pas de repos au lit strict ou lever autorisé.....	2
Oxygénothérapie pour obtenir une SaO <sub>2</sub> >92%.....	2

Traitement anticoagulant .....	2
Bilan de thrombose avant le début du traitement anticoagulant .....	2

\*Héparine non fractionnée au pousse-seringue électrique par voie intra-veineuse . 1  
 500 UI/kg/24 heures=30000 UI (dose acceptée 24000 à 30000) ..... 1  
 OU

\*Héparine de bas poids moléculaire/Tinzaparine/Enoxaparine ..... 4  
 175U/kg ou 0,1ml/10 kg en une ou deux injections sous-cutanée (doses acceptées  
 10500 UI ou 0,6 ml) ..... 4

Ou

\*Pentasaccharide-Fondaparinux ..... 4  
 7,5 mg en une injection sous cutanée ..... 4

Antivitamine K : fluindione (PREVISCAN®)..... 2

**NB** : L'hospitalisation en unités de soins intensifs n'est pas justifiée.

En raison de sa bonne tolérance et de sa facilité d'administration, le traitement par héparine de bas poids moléculaire est préférable au traitement par héparine non fractionnée.

<b>Question n°4</b> .....	<b>15</b>
Syndrome des antiphospholipides.....	5

Confirmation de l'anticoagulant circulant de type lupique.....	NC
➤ test des mélanges correcteurs = négatif.....	2
➤ correction du TCA de la patiente par l'ajout de phospholipides.....	2
Mise en évidence d'anticorps anticardiolipines.....	2

Mise en évidence d'anticorps anti-β2-glycoprotéine 2 .....	2
Confirmation à 3 mois.....	2
<b>Question n°5 .....</b>	<b>15</b>
Vespertilio ou éruption malaire lupique.....	3
Lupus érythémateux systémique .....	6
Anticorps anti-nucléaires .....	2
Anticorps anti-antigènes solubles du noyau : anti-Sm .....	2
Anticorps anti-ADN natif ou test de Farr .....	2
<b>Question n°6 .....</b>	<b>15</b>
Photoprotection .....	2
Contraception efficace : microprogestatifs.....	2
Arrêt du tabac .....	2
Education : maladie chronique, suivi régulier .....	2
Education aux AVK.....	3
Poursuite des AVK .....	4
<b>0 à la question si contraception par E2PR ou acétate de cyprotérone</b>	
<b>0 à la question si arrêt des AVK.</b>	
<b>Question n°7 .....</b>	<b>5</b>
Grossesse autorisée .....	5
<b>Question n°8 .....</b>	<b>10</b>
Poursuite de l'hydroxychloroquine (APS) .....	2
Remplacement du traitement AVK par HBPM à doses efficaces .....	3
Traitement anti-aggrégant plaquettaire: Aspirine : 100 mg/j .....	2
Surveillance régulière per-gravidique (mensuelle idéalement) avec suivi mixte médecine interne et obstétrique .....	3
<b>0 à la question si pas d'arrêt des AVK et remplacement par HBPM à dose thérapeutique.</b>	
<b>Total .....</b>	<b>100</b>

## CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 2

(45 items valorisés)

### Question n°1 : (sur 8 points)

Appendicite.....	2
Colique néphrétique droite.....	2
Eléments manquants	
manque notion d'antécédent d'appendicectomie.....	2
manque la notion de bandelette urinaire négative .....	2

**Si plus de 2 diagnostics : 0 à la question**

### Question n°2 : (sur 7 points)

Grossesse extra-utérine .....	3
Droite.....	1
Infection génital haute (possiblement compliquée par un abcès tubo-ovarien droit (accepté : salpingite aigüe) .....	3

**Si plus de 2 diagnostics : 0 à la question**

### Question n°3 : (sur 7 points)

Nulliparité .....	2
Syndrome septique (accepté fièvre et syndrome inflammatoire) .....	2
Image échographique <b>d'abcès tubo-ovarien &gt;3cm</b> (accepté pyosalpinx, pas accepté masse latéro-utérine) .....	3

**Si plus de 3 critères : 0 à la question**

### Question n°4 : (sur 8 points)

Stérilité tubaire .....	4
Grossesse extra-utérine .....	4

**Si plus de 2 complications : 0 à la question**

### Question n°5 : (sur 30 points)

Antibiothérapie (PMZ) .....	4
Triple .....	2
intraveineuse puis relais per os.....	2
ceftriaxone + métronidazole + doxycycline .....	2
14 - 21 jours (accepté 14 jours ou 21 jours ou toute durée entre 14 et 21 jours.....	2
Bilan des infections sexuellement transmissibles (IST) : .....	2
Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> .....	2
Par amplification génique .....	2
Recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (accepté gonocoque).....	2
Sérologie VIH après accord de la patiente .....	2
Sérologie VHB .....	2

TPHA VDRL .....	2
Dépistage et traitement du partenaire.....	2
Rapports protégés pendant la durée du traitement .....	2

**Question n°6 : (sur 10 points)**

Implant contraceptif sous-cutané (accepté implant progestatif).....	2
Pilule oestroprogestative avec prise régulière .....	2
Patch contraceptif .....	2
Anneau contraceptif .....	2
Préservatifs .....	2

**Question n°7 : (sur 16 points)**

Terrain d'infection génitale haute.....	2
Traité par salpingotomie (accepté chirurgie tubaire) .....	2
hCG urinaires positifs.....	2
Vacuité utérine échographique.....	2
Epanchement du Douglas.....	2
Bilan complémentaire :	
Dosage quantitatif des hCG plasmatiques.....	4
Bilan pré-opératoire(ou Groupe, Rhésus, RACI, TP, TCA, Fibrinogène, NFP).....	2

**Question n°8 : (sur 14 points)**

Salpingectomie .....	4
Droite.....	2
Par coelioscopie .....	2
Injection de gammaglobulines antiD (Rhophylac® accepté).....	3
Justifications :	
Chirurgie car douleurs.....	1
Chirurgie car épanchement pelvien .....	1
Salpingectomie car antécédent de salpingotomie (accepté chirurgie tubaire).....	1

## CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 3

### 1. Interprétez l'iconographie jointe

Opacité	1
Limitée par une ligne bordante concave en haut et en dedans (ligne de Damoiseau)	2
Épanchement pleural	3
Droit	2
De moyenne abondance	2
	<b>10</b>

### 2. Quel geste pratiquez-vous rapidement pour avancer dans le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ? ?

Ponction pleurale	2
Examen macroscopique (couleur)	2
Examen biochimique (taux de protéines)	2
Examen direct, mise en culture (examen bactériologique standard)	2
Recherche spécifique de mycobactéries (tuberculose) par examen direct et culture.	2
Examen cytologique	NC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte cellulaire</li> <li>• et recherche (notamment) de cellules néoplasiques/atypique/cancéreuses</li> </ul>	
Si drainage pleural = 0 à la question	
	<b>10</b>

**3. Quelques jours plus tard, lors d'une fibroscopie bronchique, vous découvrez une tumeur dans la bronche lobaire inférieure droite L'analyse des biopsies de cette lésion conclut à un adénocarcinome bronchique primitif TTF1+ avec une mutation activatrice de l'EGFR (substitution L858R dans l'exon 21). Ces résultats viennent confirmer ceux obtenues à la question 2.**

### Quel sera votre bilan d'extension ?

Scanner thoracique avec injection de produit de contraste (sans injection ou sans précision = 0)	2
Extension à distance :	NC
Scanner abdominal (ou échographie hépatique)	2
avec coupes surrénaliennes	2
SI TEP-scanner	-2
SI marqueurs tumoraux sanguins	-1
	<b>6</b>

### 4. Quel traitement suggérerez-vous à la réunion de concertation pluridisciplinaire ? Comment l'administrez-vous ? Quels en sont les deux effets secondaires les plus courants ?

Traitement par inhibiteur des tyrosines kinase de l'EGFR (ou thérapie ciblée / ITK / TKI) : erlotinib (TARCEVA) ou gefitinib (IRESSA) ou Afatinib (GIOTRIF)	2
Voie orale (1 comprimé par jour)	2
Quotidienne	2
Eruption cutanée (acnéiforme/acnée, maculo-pustuleuse)	2

Diarrhées	2
	<b>10</b>

**5. Cet homme, qui n'a jamais fumé de sa vie, ne comprend pas ce résultat. Quels autres facteurs de risque de cancer broncho-pulmonaires allez-vous rechercher ?**

Tabagisme passif	4
Polluants professionnels :	3
• amiante,	NC
• silice, hydrocarbures aromatiques polycycliques, diesel, arsenic, chrome, nickel	NC
• Amiante seule = 1 point	
Radon (environnemental et professionnel)	2
Pollution atmosphérique (dont particules fines liée au diesel)	2
Antécédents familiaux de cancer broncho-pulmonaires	2
Antécédents personnels d'infections respiratoires (pneumopathies, tuberculose)	NC
	<b>13</b>

**6. Quel examen d'imagerie va vous permettre d'effectuer le suivi de l'efficacité du traitement ? Quelles précautions prenez-vous en général avant cet examen et en particulier dans ce cas ?**

Scanner thoracique avec injection de produit de contraste (et imagerie morphologique de tout site extra-thoracique de la maladie le cas échéant)	2
Précautions en général :	
• Recherche d'ATCD d'hypersensibilité aux produits de contraste iodés	2
• Recherche d'ATCD d'insuffisance rénale	NC
Précautions en particulier :	
• Arrêt de la metformine le jour de l'examen et reprise 48h après	2
• Relai par insuline si besoin	NC
	<b>6</b>

**7. Un peu plus de un an plus tard, le patient progresse sous le traitement prescrit à la question 5. En RCP, vous proposez alors un traitement par carboplatine et paclitaxel. Quels en sont les effets secondaires dont vous devez l'avertir ? Quel(s) traitement(s) préventif(s) de ceux-ci mettez-vous en place (en citant les classes médicamenteuses) ?**

-Nausées et vomissements (Chimiothérapie moyennement émétisante)	2
-Neuro-toxicité (neuropathie périphériques)	2
-Toxicité hématologique	NC
• Anémie	2
• Thrombopénie	NC
• Neutropénie (neutropénie fébrile)	2
-Alopécie	2
-Réactions d'hypersensibilité parfois sévères.	2
-Néphrotoxicité	2
-Prophylaxie anti-émétique	NC
• Sétron (anti 5HT3)	2

• + anti-NK1 (aprépitant)	2
• + corticoïdes	2
NB Une prophylaxie primaire par facteur de croissance hématopoïétique n'est pas systématique dans ce cas car : risque intermédiaire, moins de 65ans, pas de déficience cardiaque rénale ou hépatique connue.	
	<b>20</b>

**8. Deux mois plus tard, vous le revoyez en consultation. Il se plaint d'une douleur dorsale très vive (EVA de repos à 6) malgré deux paracétamol + codéine trois fois par jours. Vous diagnostiquez une métastase osseuse en D5 (avec respect du mur postérieur). Quel traitement pharmacologique antalgique pouvez-vous prescrire pour soulager ce patient ? Rédigez l'ordonnance.**

Sur ordonnance sécurisée (cadre de sécurité) et à 100%	2
et sur ordonnance à 100%	2
Sulfate de morphine trente milligrammes matin et soir per os. OU Fentanyl transdermique Vingt-Cinq microgrammes : 1 patch tous les trois jours OU Oxycodone Libération prolongée dix milligrammes (vingt accepté) matin et soir	2
Chlorhydrate de morphine dix milligrammes (5mg accepté) en cas de douleur, per os, maximum six fois par jours OU Oxycodone Libération immédiate cinq milligrammes OU Fentanyl transmuqueux dose initiale (ABSTRAL et EFFENTORA 100µg, ACTIQ 200 µg, INSTANYL 50µg, PECFENT 100 µg) puis titration selon l'efficacité.	3
Lactulose (DUPHALAC).	2
Dompéridone (MOTILIUM) en cas de nausées.	2
Chiffres écrits en toute lettre	2
Prescription limitée à vingt-huit jours si sulfate de morphine et trente jours si fentanyl transdermique.	2
<i>Erreur de dosage = 0 à la ligne.</i>	
	<b>17</b>

**9. Son fils, fumeur actif à 32 paquets-années, vous demande s'il existe un moyen permettant de dépister le cancer broncho-pulmonaire à un stade plus précoce, et permettant ainsi d'en diminuer la mortalité. Que lui répondez-vous ?**

OUI	2
Scanner (tomodensitométrie) thoracique	2
faible-dose	1
SANS injection de produit de contraste,	2
réalisé annuellement.	1
	<b>8</b>

**Thématique principale :**

306 - Tumeurs du Poumon Primitives et Secondaires (anciennement N°157).

**Thématique secondaires :**

199 - Dyspnée Aiguë et Chronique (anciennement N°198).

202 - Epanchement Pleural (anciennement N°312).

291 - Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie) (anciennement N°141).

132 - Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses (anciennement N°66).  
287 - Epidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers (anciennement N°139).

**Référence :**

- Collège des Enseignants de Pneumologie – 2013. Item 306 (ex item 157) : Tumeurs du poumon, primitives et secondaires ([www.cep-pneumo.org](http://www.cep-pneumo.org)).
- © Cancer du poumon, Bilan initial, collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, juin 2011.
- Collège des Enseignants de Pneumologie – 2013. Item 199 (ex item 198) : Dyspnée aiguë et chronique ([www.cep-pneumo.org](http://www.cep-pneumo.org)).
- Collège des Enseignants de Pneumologie – 2013. Item 202 (ex item 312) : Epanchement pleural ([www.cep-pneumo.org](http://www.cep-pneumo.org)).
- Collège des Enseignants de Pneumologie – 2013. Item 108 (ex item 109) : Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux. Maladies respiratoires d'origine professionnelle (MROP) ([www.cep-pneumo.org](http://www.cep-pneumo.org)).
- Société Française de Radiologie. Utilisation des produits de contraste en Imagerie Médicale ([www.sfr.net](http://www.sfr.net)).
- Prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte. Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes.
- Couraud S, et al. From randomized trials to the clinic: is it time to implement individual lung-cancer screening in clinical practice? A multidisciplinary statement from French experts on behalf of the French intergroup (IFCT) and the groupe d'Oncologie de langue française (GOLF). *Ann Oncol.* 2013;24(3):586-

<b>CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 4</b>
---

**Question 1. Détaillez le score de Glasgow de la patiente. /6**

Ouverture des yeux (E) : 1	2
Réponse verbale (M) : 2	2
Réponse motrice (V) : 2	2
Total : 5	NC

**Question 2. Quelles données de l'observation orientent vers une intoxication médicamenteuse volontaire ? /15**

Antécédent de syndrome dépressif	2
Signes d'intoxication aux antidépresseurs tricycliques	2
• toxidrome anticholinergique (ou syndrome atropinique)	3
Signes d'intoxication aux benzodiazépines	2
• coma calme	2
• dépression respiratoire	2
Absence de signes de focalisation	2

**Question 3. Quel est le principal élément de gravité à rechercher à l'électrocardiogramme ? Quel en est le mécanisme ? /9**

Bloc de conduction intra-ventriculaire (ou élargissement des QRS)	5
Effet stabilisateur de membrane des antidépresseurs tricycliques	4

**0 à la question si plus d'une réponse**

**Question 4. Citer trois hypothèses diagnostiques pour expliquer l'atteinte respiratoire. /10**

Pneumopathie d'inhalation	4
Atélectasie	2
Dépression respiratoire	4

**0 à la question si plus de 3 réponses**

**Question 5. Quel est le diagnostic ? Quel est le mécanisme le plus probable ? /8**

Arrêt cardio-circulatoire (arrêt cardiaque)	2
Asystolie (ou rythme non choquable)	2
Mécanisme hypoxique (ou atteinte respiratoire hypoxémiante ou hypoxémie)	4

**Question 6. Quelle doit être la conduite à tenir immédiate ? /28**

Appel renfort	3
Massage cardiaque (ou compressions thoraciques)	3
Sur plan dur	2
Rythme > 100/minute	2
Ventilation manuelle au masque	3
Oxygénation	2
Rythme compressions/insufflations : 30/2	2
Intubation (oro-trachéale)	3
Ventilation mécanique	2
Adrénaline	2
Posologie : 1 mg	2
A renouveler toutes les 3 à 5min	2

**Question 7. Caractériser l'atteinte respiratoire. Justifiez. Quelle est l'étiologie la plus probable ? /15**

Syndrome de détresse respiratoire aiguë	5
Début aigu (brutal)	2
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 300 mmHg (< 200 mmHg et = 92 mmHg acceptés)	2
Atteinte bilatérale (ou infiltrats bilatéraux)	2
Pas d'argument pour un œdème aigu pulmonaire cardiogénique	2
Pneumopathie d'inhalation (ou syndrome de Mendelson)	2

**0 à la question si plus d'une étiologie évoqué ?**

**Question 8. Un traitement à visée toxicologique est-il recommandé ? Si oui, le(s)quel(s) /9**

Non	9
-----	---

## CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 5

### Question 1 ..... [8 pts]:

- Perte involontaire ..... [2]
- D'urine ..... [2]
- Par le méat urinaire ..... [2]
- En dehors d'une rétention ("globe" accepté) ..... [2]

### Question 2 ..... [11 pts]:

- Pendant effort..... [5]
- Arrêtée si arrêt effort ..... [2]
- Indépendante besoin..... [2]
- Non impérieuse ..... [2]

### Question 3 ..... [15 pts]:

Troubles urinaires associés

- Urgenturie (= besoins impérieux) ..... [1]
- Pollakiurie..... [1]
- Dysurie ..... [1]

Troubles gynécologiques associés:

- Pesanteur pelvienne ..... [1]
- Masse vaginale ..... [2]
- Activité sexuelle présente ..... [1]
- Ménopause présente ..... [2]

Troubles digestifs associés:

- Constipation..... [2]
- Incontinence anale ..... [2]
- Diarrhée..... [1]
- Manœuvres digitales pour exonération ..... [1]

### Question 4 ..... [29 pts]:

Examen génital:

- Trophicité périnéale ..... [3]
- Cicatrices périnéales ..... [1]
- Examen avec des valves (spéculum accepté) ..... [3]
- Recherche trouble de la statique (prolapsus accepté) ..... [1]
- Cervico-cystoptose (acceptés: hypermobilité du col, colpocèle antérieure, cystocèle) [2]
- Hystérocèle ..... [1]
- Elytrocèle ..... [1]
- Rectocèle (colpocèle postérieure accepté) ..... [1]
- Evaluation force releveurs ..... [2]
- Recherche d'un asynchronisme abdomino-périnéal ..... [2]

Urinaire:

- Recherche fuite urinaire lors effort de toux ..... [4]

- Après réduction prolapsus ..... [4]
- Manœuvre Bonney / Ulmsten / soutènement du col (1 des ces 3 mots acceptés) ... [4]

**Question 5 ..... [4 pts]:**

- Oui .....NC
- Débitmétrie ..... [2]
- Avec mesure du résidu post mictionnel ..... [1]
- Vérifier absence dysurie ..... [1]

**Question 6 ..... [12 pts]:**

- Eléments généraux:
- Arrêt du tabac..... [2]
- Perte de poids ..... [2]
- Eléments spécifiques:
- Rééducation pelvi-périnéale ..... [8]

**Question 7 ..... [13 points]:**

- Bilan urodynamique ..... [3] avec
- cystomanométrie ..... [3]
- Pour évaluation de l(')a (in)stabilité vésicale ..... [2]
- Mesure de la pression de clôture urétrale ..... [3]
- pour sa valeur pronostique ..... [2]

**Question 8 ..... [8 points]:**

- Chirurgie de type bandelette sous urétrale (TVT ou TOT acceptés) ..... [8]

**ITEM n°321. Incontinence urinaire de l'adulte**

- Devant une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

**CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 6**

**Réponse 1 :** .....15 points

**Vous êtes surpris par ce ptosis droit. Quel élément clinique recherchez-vous de principe en faveur de l'atteinte d'un nerf crânien, et de quel nerf crânien, pour expliquer ce ptosis ?**

Trouble de la motilité pupillaire ..... 2 points  
Une mydriase ..... 7 points  
En faveur d'une atteinte du III ..... 5 points  
Droit ..... 1 point

**Myosis = 0 à la question.**

**Réponse 2 :** .....10 points

**Sur quel argument clinique avez-vous envie de ne pas retenir une atteinte du système nerveux central chez cette patiente ?**

Absence de distribution centrale des déficits OU déficits ne correspondant pas à une systématisation centrale OU déficits trop diffus pour correspondre à une systématisation centrale ..... 10 points

**Réponse 3 :** .....10 points

**Quel élément d'anamnèse essentiel devez-vous préciser pour pouvoir avancer une hypothèse diagnostique ?**

Aggravation des troubles par l'effort ..... 7 points  
Et/ou en fin de journée ..... 3 points

**Réponse 4 :** .....15 points

**La patiente vous confirme cet élément d'anamnèse. Quel diagnostic précis proposez-vous ?**

Myasthénie ..... 8 points  
Généralisée ..... 4 points  
Stade III ..... 2 points  
B ..... 1 point

**Réponse 5 :** .....15 points

**Quels sont les 2 examens qui « au lit du malade » pourraient vous conforter dans votre diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?**

Test au glaçon ..... 3 points  
Pour améliorer le ptosis ..... 2 points  
Test à la prostigmine ..... 8 points  
A la recherche d'une amélioration des déficits moteurs ..... 2 points

Si plus de 2 examens : 0 à la question

**Réponse 6 : .....15 points**

**Quel(s) examen(s) complémentaire(s) proposerez-vous ? Que recherchez-vous?**

Electroneuromyogramme ou électromyogramme ..... 5 points  
A la recherche d'un décrétement ..... 2 points  
De 10% ou plus ..... 1 point  
Recherche d'anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine ..... 2 points  
Recherche d'anticorps anti-MuSK ..... 1 point  
Recherche d'anticorps anti-muscle strié..... NC  
Recherche d'anticorps anti-thyroïde ..... NC  
Scanner ou IRM thoracique ..... 2 points  
A la recherche d'une lésion de la loge thymique ..... 2 points

**Réponse 7 : .....20 points**

**Votre diagnostic se confirme. Citez les éléments de la prise en charge thérapeutique dans le cadre de cette maladie.**

Anticholinestérasiques ..... 5 points  
Immunoglobulines intraveineuses ou échanges plasmatiques ..... 2 points  
Immunosuppresseurs ou corticoïdes ..... 2 points  
Thymectomie ..... 2 points  
Education thérapeutique à la recherche de signes d'alerte (crise myasthénique) ..... 2 points  
Ou de surdosage en anticholinestérasiques ..... 2 points  
Education thérapeutique concernant les médicaments proscrits ..... 3 points  
ALD 30 ou 100% ..... 2 points

## CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 7

### Question 1 : ..... 18

Vous suspectez une orientation infectieuse. Quels sont les éléments pertinents à rechercher à l'examen physique (maximum 6 items) ?

Purpura/éruption cutanée.....	5
Courbe staturo-pondérale/poids, taille et périmètre crânien (pts si les 3 réponses sont présentes).....	3
Coloration (point accepté si notion de prise-en-compte de l'état de coloration : teint gris, pâleur, etc).....	5
Examen ORL.....	5

**Si plus de 6 réponses : 0 à la question.**

### Question 2 : ..... 32

Quel diagnostic évoquez-vous? Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ? Quelles recommandations faites-vous à la mère ?

Virose ORL .....	5
Tympan droit réactionnel/Otite moyenne aigue droite accepté.....	5
Prise en charge ambulatoire .....	5
Paracétamol .....	2
Si Ibuprofène à la place du paracétamol .....	1
Paracétamol seulement si fièvre mal tolérée .....	2
Déshabillage de l'enfant.....	2
Lavage de nez ou désinfection rhino-pharyngée .....	5
Consultation à 48-72h en l'absence d'amélioration ou aggravation .....	5

**Points négatifs si prescription antibiotique : -5**

### Question 3..... 10

Détaillez le bilan paraclinique à réaliser en urgence et en première intention (maximum 6 items) ?

NFS – Plaquettes ou Hémogramme .....	2
CRP .....	2
Hémocultures .....	3
BU ou ECBU.....	3

**Si plus de 6 réponses : 0 à la question**

### Question 4..... 19

Quelle est votre prise en charge médicamenteuse à visée étiologique dans l'immédiat et à moyen terme (2 semaines)

Céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> Génération (C3G/Ceftriaxone/Céfotaxime) .....	5
IV .....	3
Jusqu'à apyrexie et antibiogramme : (Pas de point si seulement l'une des 2 réponses) ....	3
Relais Per Os selon antibiogramme.....	3
Entre 10 et 14 jours .....	2
Traitement d'une éventuelle stase stercorale.....	3

**0 à la question si prescription d'AINS  
-2 si prescription d'une ECBU de contrôle**

**Question 5..... 12**

Que doit évaluer le certificat du 24<sup>e</sup> mois (maximum 4 réponses) ?

Développement psychomoteur .....	3
Respect du schéma vaccinal .....	3
Affections à prendre-en-charge / antécédents/ pathologies actuelles.....	3
Courbes de croissance/courbe staturo-pondérale/ Mesures.....	3

**Si plus de 4 réponses : 0 à la question**

**Question 6..... 9**

Quels sont les risques (en dehors des complications aiguës liées au sepsis) des pyélonéphrites à répétition chez l'enfant ?

Cicatrices parenchymateuses.....	5
HTA .....	2
Protéinurie .....	2

**CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 8**

**Question 1 .....10 points**

**Quel diagnostic hématologique précis évoquez-vous en premier lieu ?**

Anémie microcytaire .....	3
Hypochrome .....	3
par carence martiale .....	4

**Question 2 .....10 points**

**Quel est l'examen biologique à réaliser en première intention et quel en est le résultat attendu ?**

Ferritine .....	5
Diminuée .....	5

**0 à la question si plus d'un examen.**

**Question 3 .....10 points**

**Quelle orientation étiologique privilégiez-vous ?**

Hémorragie occulte .....	5
Saignement digestif .....	5

**Question 4 .....25 points**

**Décrivez les principes thérapeutiques (molécules, voie administration, dose, durée) et la surveillance.**

Supplémentation martiale / Fer .....	2
per os .....	2
pendant au moins 3 mois .....	3

Eradication d'*Helicobacter pylori* .....

*Coter l'une ou l'autre des possibilités : traitement séquentiel ou quadrithérapie bismuthée*

Traitement séquentiel .....

Amoxicilline puis Metronidazole + Clarythromycine ..... 1+1+1

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)..... 2

double dose pendant 10 jours .....

simple dose au moins 3 semaines:..... 1

*ou*

Quadrithérapie bismuthée..... 2

Pylera /sels de bismuth/metronidazole/tetracyclines..... 1+1+1+1

Oméprazole ..... 1

pendant 10 jours .....

Contrôle endoscopique .....

avec biopsies .....

NFS + ferritine ..... 1+1

**Question 5 .....14 points**

**Quel bilan organisez-vous devant ce résultat ? Justifiez.**

Bilan d'extension / pronostique du lymphome ..... 2  
NFS..... 1  
recherche d'une infiltration sanguine ..... 1  
Biopsie ostéo-médullaire ..... 3  
recherche d'une infiltration médullaire ..... 1  
TDM thoraco-abdomino-pelvienne ..... 3  
recherche d'une maladie localisée ou disséminée ..... 1  
Bilan pré-thérapeutique ..... 2

**Question 6 .....10 points**

**La patiente vous demande quel est le mode évolutif de cette hémopathie et s'il sera nécessaire de poursuivre une surveillance dans son cas. Que lui répondez-vous ?**

Lymphome Malin Non Hodgkinien de bas grade ..... NC  
Risque de rechute élevé ..... 4  
  
Oui/Nécessité de surveillance ..... 2  
Suivi de l'hémopathie..... 2  
Suivi de la métaplasie intestinale ..... 2

**Question 7.....11 points**

**Expliquez les grandes lignes physiopathologiques de la lymphomagénèse dans ce contexte clinique.**

Infection chronique à *Helicobacter pylori* ..... 4  
Stimulation antigénique chronique ..... 3  
Lymphoprolifération réactionnelle ..... 2  
Emergence d'un clone après acquisition d'anomalies cellulaires ..... 2

**Question 8 .....10 points**

**Quelles sont les 2 hypothèses diagnostiques que vous évoquez en premier lieu ? Justifiez.**

Transformation en lymphome B agressif ..... 3  
antécédent de Lymphome gastrique ..... 2  
Adénocarcinome gastrique ..... 3  
antécédent de métaplasie intestinale ..... 2

**0 à la question si plus de 2 hypothèses.**

**Items**

N° 138. Cancer : épidémiologie, cancérogenèse, développement tumoral, classification

N° 150. Tumeurs de l'estomac

N° 164. Lymphomes malins

Item 222. Diagnostiquer une anémie par carence martiale -Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

N° 290. Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite  
N° 297. Anémie  
N° 316. Hémogramme : indications et interprétation

**Conférences de consensus**

Infection à *H. pylori* chez l'adulte, SNFGE/GEFH, 2012

Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer, HAS, Mars 2011

**CORRECTION DOSSIER CLINIQUE N° 9**

**Question N°1 .....15 points**

**Quel est précisément votre diagnostic ?**

Lombosciatique .....	3
S1.....	3
sur hernie discale.....	3
postéromédiane.....	2
L5S1 .....	2
Gauche.....	2

**Question N°2.....29 points**

**Quel diagnostic suspectez-vous ? Quel examen paraclinique programmez-vous pour confirmer ce diagnostic ? Quel est votre prise en charge thérapeutique (sans la surveillance)?**

Ulcère ou ulcération gastrique.....	4
Hémorragique.....	2
Fibroskopie gastrique .....	4
biopsies systématiques à la recherche d'helicobacter pylori.....	2
Patient stable hémodynamiquement.....	2
Urgences.....	2
Mise à jeûn .....	2
Arrêt des AINS.....	2
Inhibiteurs de la pompe à proton intraveineux.....	4
Transfusion sanguine.....	2
Traitement endoscopique d'une lésion hémorragique .....	3

**0 à la question si pas de notion d'urgences, arrêt des AINS ou IPP intraveineux**

**Question N°3 .....8 points**

**Rédigez l'ordonnance de kinésithérapie.**

Renforcement des muscles paravertébraux lombaires et abdominaux.....	2
Proprioception .....	2
Reconditionnement à l'effort.....	2
Apprentissage d'un autoprogramme .....	2

**Question N°4 .....10 points**

**Quels examens complémentaires réalisez-vous en premier lieu ?**

Ponction articulaire du genou.....	3
avec analyse cyto-bactériologique .....	2
Hémocultures .....	2
Radiographies des 2 genoux.....	3

**Question N°5 .....15 points**

**Quel votre diagnostic final ? Quelle est votre prise en charge immédiate ?**

Monoarthrite.....	3
Goutteuse.....	5
Repos au lit non strict.....	2
Antalgiques.....	2
Colchicine.....	3

**0 à la question si plus d'un diagnostic**

**Question N°6.....9 points**

**Quelle est votre prise en charge à distance de cette crise articulaire sachant qu'il a déjà fait deux épisodes de gros orteil inflammatoire hyperalgique résolutifs après quelques jours de corticoïdes en auto-médication ?**

Mesures hygiéno-diététiques.....	2
Arrêt alcool (bière).....	2
Allopurinol.....	3
Sous couvert de la colchicine.....	2

**Question N°7.....4 points**

**Quels sont les 2 diagnostics que vous suspectez en priorité ?**

Thrombose veineuse profonde ou phlébite du mollet droit.....	2
Rupture de kyste poplité.....	2

**0 à la question si plus de 2 diagnostics**

**Question N°8.....10 points**

**Un des diagnostics est éliminé. Interprétez cette radiographie. Quel diagnostic précis évoquez-vous pour rendre compte de cette douleur du genou et du mollet gauche ?**

Pincement fémoro-tibial externe.....	2
Ostéo-condensation.....	1
Ostéophytes.....	1
Rupture de kyste poplité.....	3
gonarthrose fémoro-tibiale.....	3

**0 à la question si plus d'un diagnostic**

## CORRECTION LCA

### Résumé sur 20 points :

1-5	Les nouveaux	antidiabétiques	ont	été	incriminés
6-10	dans	l'augmentation	du risque	cardiovasculaire	chez
11-15	les patients	atteints	de diabète	de type 2.	Notre
16-20	objectif	était	d'estimer	le risque	cardiovasculaire
21-25	lié	à	alogliptine	chez	les patients
26-30	diabétiques	de type 2	Méthodes :	Il	s'agit
31-35	d'un essai	multicentrique	randomisé	en	groupe
36-40	parallèle	en double	insu	de non-infériorité	avec
41-45	un comité	d'adjudication	du critère	de jugement	et
46-50	un comité	de surveillance	Indépendant.	Etaient	éligibles
51-55	les patients	diabétiques	de type 2	et	ayant
56-60	un syndrome	coronarien	aigu,	un angor	instable
61-65	nécessitant	Une hospitalisation	lors	d'une période	de
66-70	15	à	90	jours	avant
71-75	la randomisation	Le traitement	testé	était	L'alogliptine
76-80	12,5	ou	25 mg	quotidiens	selon
81-85	la clairance	fonctionnelle	rénale,	comparé	au placebo
86-90	à dose	ajustée	Pareillement.	La marge	De non-infériorité
91-95	était	de 1,3	pour	le risque	relatif
96-100	sur	un critère	composite	de décès	cardiovasculaire,
101-105	infarctus	de myocarde	non fatal	et	accident
106-110	vasculaire	cérébral	non fatal	Des analyses	intermédiaires
111-115	ont	été	programmées	en prenant	les précautions
116-120	nécessaires	pour	le contrôle	du risque	alpha

121-125	et	Le maintien	de l'intégrité	des données	et
126-130	des résultats	5380	patients	ont	été
131-135	randomisés	et	suivi	pendant	une
136-140	durée	médiane	de 18 mois	Le critère	principal
141-145	est	survenu	chez	305	patients
146-150	dans	le groupe	alogliptine	(11,3%)	et
151-155	316	patients	dans	le groupe	placebo
156-160	(11,8%),	RR=0.96,	borne	supérieure	De l'IC
161-165	à 95%	1,16,	P < 0,001,	L'incidence	des hypoglycémies,
166-170	des cancers	des pancréatites	et	des initiations	de dialyse
171-175	était	similaire	entre	les deux	groupes.
176-180	Chez	les patients	avec	un	diabète
181-185	de type 2	un	syndrome	coronarien	récent,
186-190	le risque	cardio vasculaire	n'est	pas	accru
191-195	sous	alogliptine			
196-200					
201-205					
206-210					
211-215					
216-220					
221-225					
226-230					
231-235					
236-240					
241-245					
246-250					

## Questions sur 80 points

Questions (24 points)	Réponses	Sur 80
1- Caractériser cette étude expérimentale. 10 pts	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Randomisée</li> <li>✓ Multicentrique</li> <li>✓ Groupes parallèles</li> <li>✓ En double insu</li> <li>✓ Non infériorité</li> </ul>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
2- Quel était l'objectif de cette étude ? 8 pts	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Déterminer si alogliptine est non-inférieure au placebo</li> <li>✓ Pour la survenue des évènements cardiovasculaires majeurs</li> <li>✓ Chez les patients DT2</li> <li>✓ Avec un haut risque cardiovasculaire - ceux avec un syndrome coronarien aigu récent</li> </ul>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
3- Quel est le risque majeur d'un patient souffrant d'un diabète de type 2 ? 4pts  En conséquence que serait l'objectif thérapeutique pour le traitement d'un patient souffrant d'un diabète de type 2? 6 pts	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le risque de pathologies cardiovasculaire est de 2 à 4 fois supérieures</li> <li>✓ Réduire le risque cardiovasculaire</li> </ul>	<p>4</p> <p>6</p>
4- Le critère d'évaluation principal était un critère composite. Quel problème peut-on rencontrer en utilisant un critère composite ? 3 pts  Comment les auteurs ont traité ce problème ? 3 pts	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le bénéfice sur le critère composite peut ne pas refléter le bénéfice sur ses composantes.</li> <li>✓ En s'assurant que :</li> <li>✓ le bénéfice sur le critère composite est présent au niveau de chacun des éléments constituant le critère composite</li> </ul>	<p>3</p> <p>3</p>
5- Un comité d'adjudication a évalué le critère principal. Quelle a été la raison ? pour éviter quel type de biais ? 6 pts	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Permettre une évaluation en insu du traitement</li> <li>✓ Des critères inclus dans le critère composite.</li> <li>✓ Biais de mesure</li> </ul>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
6- De nombreuses analyses ont été effectuées lors	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analyse a été effectuée par un statisticien</li> </ul>	<p>2</p>

<p>du déroulement de l'étude. Quelles précautions ont été prises par les auteurs pour assurer l'intégrité des données et l'interprétation des résultats ? 10 pts</p>	<p>indépendant,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Un comité indépendant sans rôle de ceux connaissant les résultats intermédiaires dans l'étude</li> <li>✓ Absence de contact entre ces acteurs et les acteurs de l'étude.</li> <li>✓ Définition d'une fonction de consommation de risque alpha</li> <li>✓ Un risque alpha final de 2,5%</li> </ul>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
<p>7- Que veut dire la borne de non-infériorité du risque relatif de 1,3 pour cette étude ? 4 pts</p> <p>Qu'en pensez-vous ? 2 pts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accepter un sur-risque de 30%</li> <li>✓ Sur les événements cardiovasculaires.</li> <li>✓ Marge trop élevée.</li> </ul>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
<p>8- Quels sont les résultats sur le critère principal de cette étude ? 14 pts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taux du critère composite :</li> <li>✓ sous alogliptine 11,3%</li> <li>✓ sous placebo 11,8%</li> <li>✓ marge supérieur de l'IC à 95% = 1,16 ;</li> <li>✓ <math>P &lt; 0,001</math></li> <li>✓ démontrant la non-infériorité,</li> <li>✓ à 30% près.</li> </ul>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
<p>9- Que pensez-vous de la pertinence clinique de cette étude ? 6 pts</p> <p>Quelle information supplémentaire serait pertinente sur le plan clinique ? 4 pts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Faible car :</li> <li>✓ Le bénéfice thérapeutique et le risque</li> <li>✓ portent sur le même critère événements cardiovasculaires.</li> <li>✓ Information pertinente :</li> <li>✓ Un bénéfice thérapeutique a-t-il été observé sur le critère cardiovasculaire</li> <li>✓ Avant de montrer sa sécurité sur le même critère par rapport au placebo)</li> </ul>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>