

**CORRIGE DU CONTROLE FINAL UE5  
FGSM2  
FACULTE DE MEDECINE LYON SUD CHARLES MERIEUX  
PREMIERE SESSION- JANVIER 2013**

**Question N° 1 :** Pr Christiane Broussolle

Quelles caractéristiques doit-on rechercher à l'interrogatoire devant une dyspnée ?

**Corrigé :**

- Définition: respiration difficile et pénible, essoufflement
- Qualité:
  - Temps: inspiratoire ou expiratoire
  - Rythme:
    - Fréquence respiratoire normale: 14 à 20 /min
    - Fréquence respiratoire > 20/min: tachypnée ou polypnée
    - Fréquence respiratoire < 14/min: bradypnée
- Mesure:
  - Classification de Sadoul:
    - Stade I: dyspnée pour des efforts importants ou au-delà du 2<sup>e</sup> étage
    - Stade II: dyspnée au 1<sup>er</sup> étage, à la marche rapide ou en légère pente
    - Stade III: dyspnée à la marche normale sur terrain plat
    - Stade IV: dyspnée à la marche lente
    - Stade V: dyspnée au repos ou au moindre effort
- Mesure:
  - Classification de la New York Heart Association (NYHA):
    - Stade I: absence de dyspnée
    - Stade II: dyspnée pour des efforts inhabituels
    - Stade III: dyspnée pour des efforts de la vie courante
    - Stade IV: dyspnée au repos
- Chronologie:
  - Progressive ou brutale
  - Horaire de survenue: dyspnée diurne ou nocturne
  - Continue ou intermittente
  - Accès avec des épisodes aigus séparés par des périodes asymptomatiques
    - Ex: crises d'asthme
  - Durée
- Facteurs aggravants:
  - Effort
  - Décubitus
  - Stress émotionnel
  - Agents irritants
  - Allergènes
  - Agents infectieux
  - Facteurs climatiques
- Facteurs d'amélioration:
  - Repos
  - Position assise ou demi-assise:
    - Ex: orthopnée:
      - dyspnée aggravée par la position de décubitus, obligeant le patient à dormir demi-assis ou assis
      - insuffisance ventriculaire gauche

- Expectoration
- Manifestations associées:
  - Toux
  - Expectorations
  - Hémoptysies
  - Douleurs thoraciques
  - Fièvre

**Question N° 2 :** Pr Christiane Broussolle

Examen des nerfs crâniens II, III, IV, VI.

**Corrigé :**

NERF OPTIQUE (deuxième paire crânienne) :

- Evaluer l'acuité visuelle :

⇒ oeil par oeil

⇒ sans et avec correction

⇒ de loin à l'aide d'échelles de lettres ou de dessins gradués en dixièmes

⇒ de près à l'aide de l'échelle de Parinaud cotée de P<sub>2</sub> à P<sub>14</sub>

- Etude du champ visuel par méthode de confrontation :

⇒ oeil par oeil

⇒ confrontation entre le champ visuel de l'examineur et du patient

⇒ l'examineur placé en face du patient, lui demande de le fixer

⇒ l'examineur déplace son doigt de la périphérie vers le centre

⇒ exploration de chaque quadrant (temporal supérieur et inférieur, nasal supérieur et

inférieur)

NERFS OCULOMOTEURS (troisième paire crânienne : nerf oculomoteur commun, quatrième paire crânienne : nerf pathétique, sixième paire crânienne : nerf oculomoteur externe) :

- Motilité des paupières : ptosis : chute de la paupière supérieure

- Pupilles :

⇒ taille et forme :

\* mydriase : dilatation pathologique de la pupille

\* myosis : rétrécissement pathologique de la pupille

⇒ réflexe pupillaire photomoteur :

\* demander au patient de regarder au loin

\* diriger tour à tour obliquement sur chaque pupille une forte lumière

\* réaction directe : constriction pupillaire de l'oeil éclairé

\* réaction consensuelle : constriction pupillaire de l'oeil opposé

⇒ réaction d'accommodation-convergence :

\* placer le doigt ou un crayon à environ 10 cm de l'oeil du patient et l'approcher

progressivement

\* suivre la contraction pupillaire lors de l'accommodation

- Motilité extrinsèque des globes oculaires :

⇒ demander au patient de suivre le doigt ou un crayon

⇒ balayer les 6 directions du regard (à droite, à droite et en haut, à droite et en bas, à gauche, à gauche et en haut, à gauche et en bas)

**Question N° 3 :** Pr Luc Thomas

La lésion élémentaire en dermatologie, ce qu'elle est (avec 4 exemples), ce qu'elle n'est pas (avec deux exemples), et comment la rechercher.

**Corrigé :**

La lésion élémentaire en dermatologie est un élément de sémiologie analytique dermatologique qui possède un nom précis et déterminé, dans une dermatose quelle qu'elle soit plusieurs lésions élémentaires peuvent

être associés. Sa découverte va permettre de poser des hypothèses diagnostiques\* et de développer le diagnostic différentiel\*. Il s'agit par exemple (4 suffisent) de la papule, de la macule, de la squame, de la pustule, de la vésicule, de la bulle, des végétations (ou verrucosités ou tumeurs), des nodules (ou nouures), de l'ulcération ou de l'érosion, de la sclérose ou de l'atrophie\*\*.

La lésion élémentaire n'est pas (deux suffisent) une croûte, pas une excoriation de grattage, pas une lésion modifiée par le grattage, la surinfection ou le traitement préalable\*\*\*

On recherche la lésion élémentaire en périphérie de l'éruption là où se trouvent les éléments pathologiques d'apparition récente

#### **Question N° 4 : Pr Jacques Tebib**

En rhumatologie, la sémiologie fonctionnelle (c'est-à-dire ce qui motive une consultation) se subdivise en l'analyse de la douleur, de la déformation et de la dysfonction. Citer les éléments sémiologiques importants de cette dernière plainte en précisant leur mode d'analyse par le médecin.

#### **Corrigé :**

Il y a deux éléments sémiologiques : **la modification des amplitudes** et **la raideur articulaire**

La modification des amplitudes articulaires se caractérise le plus souvent par une diminution des mouvements de l'articulation. Au niveau articulaire, elle se mesure par **comparaison avec l'articulation saine** mais aussi à partir des connaissances anatomiques des amplitudes de l'articulation concernée. Au niveau du rachis, elle s'analyse par **segment** (cervical, dorsal ou lombaire) par des manœuvres appropriées au segment (rotation cervicale, tragus mur, rotation cage thoracique, Schobert etc....). Pour le rachis et les articulations, on recherche les signes associés à ce défaut d'amplitude (douleur, amyotrophie, perte de force, atteinte neurologique, distension ligamentaire, etc.) par des tests adaptés à chacun des segments.

La raideur articulaire est la difficulté occasionnée par la maladie à mouvoir ses articulations ou son rachis au lever. Elle se mesure en minutes ou heures et bien analysée elle représente **un bon signe de gravité des rhumatismes inflammatoires**. Il faut bien **séparer la douleur et la raideur** à l'interrogatoire.

#### **Question N° 5 : Pr Van-André Tran-Minh**

#### **Corrigé :**

Q1 : scanner thoraco-abdominal avec injection de produit de contraste. Deux coupes axiales transverses, deux reconstructions coronales ou frontales.

Q2 : opacités polycycliques de tonalité tissulaire, homogènes, localisées au médiastin, au contact de la veine cave supérieure, de la trachée, de la bronche souche droite, de l'artère pulmonaire droite. Nature ganglionnaire probable.

Q3 : opacités arrondies de tonalité tissulaire, hétérogènes, se projetant à droite entre le foie et le pôle supérieur du rein, à gauche entre la rate et le pilier gauche du diaphragme et l'aorte descendante. Topographie surrénalienne très probable.

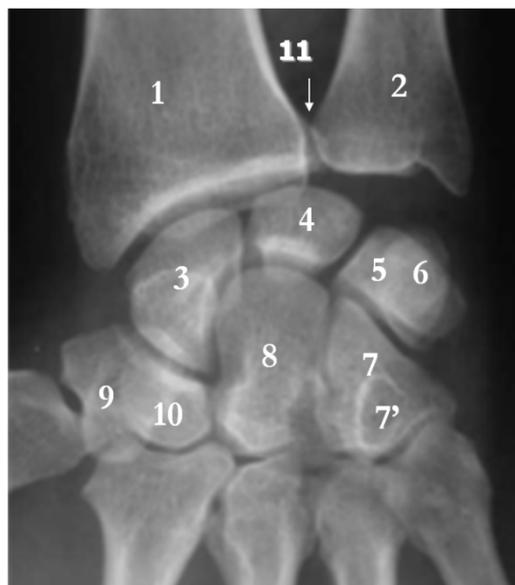
Q4 : mélanome malin avec métastases au niveau du médiastin et des loges surrénaliennes.

#### **Question N° 6 : Pr Jean-Baptiste Pialat**

#### **Corrigé :**

1. Légendez la radiographie A

- 1 Radius
- 2 Ulna
- 3 Scaphoïde
- 4 Lunatum
- 5 Triquetrum
- 6 Pisiforme
- 7 Hamatum (7' hamulus)
- 8 Capitulum
- 9 trapèze
- 10 Trapézoïde
- 11 Articulation Radio Ulnaire Distale (RUD)



2. Décrivez la radiographie B

Radiographie du poignet droit de face et de profil

Fracture de l'extrémité distale du radius droit

Déformation "en dos de fourchette »

Bascule dorsale de l'épiphyse radiale

3. Quel est votre diagnostic ?

Fracture de Pouteau-Colles traumatisme en hyperextension

4. Quels principaux éléments (angles, mesures) doivent être évalués pour la prise en charge ?

Variance ulnaire (ou index radio-ulnaire distal)

Pente radiale dans le plan frontal (inclinaison ulnaire)

Pente radiale dans le plan sagittal (inclinaison palmaire)

5. Quel examen demandez-vous s'il faut préciser éventuelle atteinte articulaire ?

Un scanner du poignet (sans injection)

**Question N° 7 : Dr Claire Houzard**

Un patient a passé un examen de médecine nucléaire dont quelques images résumées sont les suivantes :

**Ligne A**

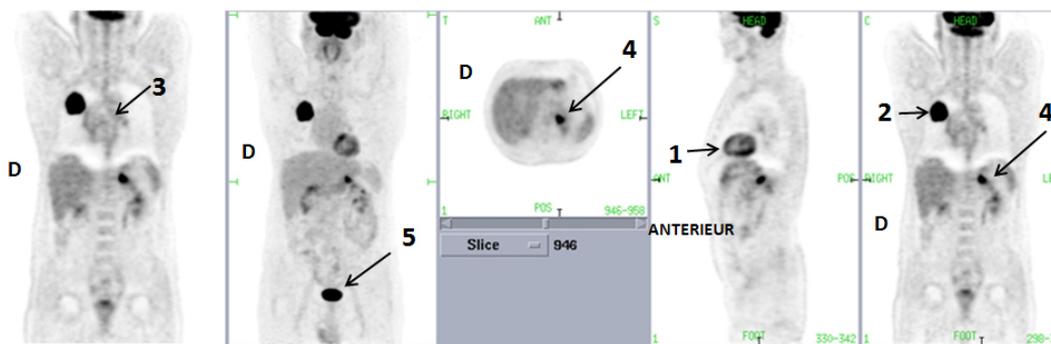


image 1A

image 2A

image 3A

image 4A

image 5A

**Ligne B**

D = DROITE

D

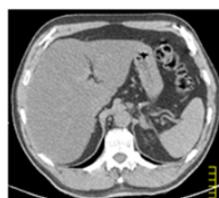


image 1B

D



image 2B

L'indication de l'examen était la suivante : bilan d'extension et d'évolutivité d'une masse pulmonaire

A - Quel est l'examen de médecine nucléaire présenté (1 SEULE PROPOSITION) et quel est le radiopharmaceutique (« traceur ») utilisé (1 SEULE PROPOSITION)?

Examen : TEP-TDM

Radiopharmaceutique : 18FDG

B - Indiquer à quels organes ou tissus correspondent les chiffres (1 SEULE PROPOSITION):

1 : myocarde

2 : masse pulmonaire

3 : médiastin

4 : masse surrénalienne gauche

5 : vessie, élimination urinaire

C - Combien reprenez-vous de foyers pathologiques à l'étage thoracique (non physiologiques)? (1 seul chiffre)  
1 (masse pulmonaire)

D - Comment appelle-t-on les images permettant de réunir sur un seul document les images de médecine nucléaire et de scanner (par exemple images 3A et 1B ou images 5A et 2B)? (sans faire de phrase)  
Images de fusion

E - Sur le plan diagnostique : que répondez-vous aux questions posées c'est-à-dire l'évolutivité de la masse (1 phrase courte) et le bilan d'extension (1 phrase courte)  
Masse hypermétabolique, évolutive, probablement cancéreuse  
1 métastase surrénalienne gauche