

FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS

SESSION DE JANVIER 2017

5^{ème} ANNEE MEDECINE

MODULE MEDECINE INTERNE

Nombre de QROC : 13

Nombre de cas cliniques : 5

Nombre de pages : 16

Durée de l'épreuve : 60 minutes

Vous avez entre les mains l'épreuve de Médecine Interne qui est notée sur 20 points.

Recommandations : Cette épreuve comprend 38 questions en tout. Prenez le temps de lire attentivement l'énoncé de chaque question. Vous aurez à répondre en tenant compte des instructions spécifiques à chaque type de question.

Notez qu'une proposition fausse annule une proposition juste.

Vous devez vérifier que vous avez reçu le sujet en entier (14 pages).

Veillez ne pas utiliser des abréviations en dehors des unités internationales usuelles.

Veillez ne rien écrire dans la marge droite réservée à la notation.

Bonne chance

QROC
(Questions à réponse ouverte et courte)

**Ne rien écrire
dans cet
espace**

Question n° 1 : (0.75)

Citez trois critères indirects permettant d'établir le caractère auto-immun des maladies.

Réponse :

Trois réponses parmi les suivantes : (0.25 × 3)

- ✓ L'observation d'un infiltrat de l'organe atteint par des cellules mononuclées (Lc T et B, plasmocytes, monocytes/macrophages...)
- ✓ La détection d'auto-anticorps ou de lymphocytes autoréactifs
- ✓ L'association de la maladie à des marqueurs génétiques intéressant le système immunitaire (HLA,...)
- ✓ L'efficacité thérapeutique de traitement immunosuppresseurs
- ✓ L'existence de modèles animaux, dans lesquels les expériences de transfert sont possibles.

Question n° 2 : (1.5)

Citez 3 arguments en faveur de l'intervention de facteurs endocriniens dans l'étiopathogénie du lupus érythémateux systémique.

Réponse : (0.5 × 3)

- L'atteinte avec prédilection des femmes jeunes en âge d'activité génitale.
- L'aggravation du lupus pendant la grossesse et en post partum ou en post abortum
- Le déclenchement de la maladie suite à la prise d'œstrogènes, de traitements inducteurs de l'ovulation et de traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Question n°3 : (0.5)

Quel est le facteur environnemental le plus incriminé dans l'étiopathogénie de la maladie de Behçet ?

Réponse :

Le streptocoque sanguis

Question n° 4 : (1)

- a) Expliquer brièvement les particularités de la prise de poids induite par une corticothérapie prolongée.

Réponse : (0.25)

Elle prédomine au niveau du visage et de la zone cervico-dorsale.

- b) Citez deux complications osseuses de la corticothérapie prolongée.

Réponse : (0.5)

Ostéopénie et ostéoporose

Ostéonécrose aseptique

- c) Précisez le tableau clinico-biologique de la myopathie cortisonique.

Réponse : (0.25)

Déficit moteur, peu ou pas douloureux

Enzymes musculaires normales

Question n° 5 : (1.5)

Patiente âgée de 54 ans consulte pour bilan de santé. Elle n'a pas d'antécédents familiaux ni personnels ni habitudes particulières.

Quelles mesures de dépistage d'une affection cancéreuse préconisez-vous chez cette patiente ? Quelle en serait la périodicité ?

Réponse :

Dépistage cancer du sein (0.25) par mammographie tous les 2 ans (0.25)

Dépistage cancer du col de l'utérus (0.25) par frottis cervico-vaginal tous les 3 ans (0.25)

Dépistage du cancer colo-rectal (0.25) par

hémocult tous les ans

ou sigmoïdoscopie tous les 5 ans associée à l'hémocult tous les 3 ans

ou coloscopie tous les 10 ans (0.25).

Pour le dépistage du cancer colo-rectal, il suffit que l'étudiant mette une seule procédure du dépistage avec la périodicité qui lui correspond pour avoir la note complète.

Question n° 6 : (1)

Dans le cadre de l'exploration d'un syndrome sec, un examen complémentaire permet de mettre en évidence une anomalie spécifique du syndrome de Gougerot Sjogren. Quel est cet examen complémentaire et quelle est l'anomalie retrouvée ?

Réponse :

Biopsie des glandes salivaires accessoires (0.5) : en montrant l'infiltration lymphoplasmocytaire (0.25)

Les stades III (un foyer par 4mm²) et IV (plus d'un foyer par 4mm²) de Chisholm sont très spécifiques de cette affection. Un foyer étant défini par l'agrégat de plus de 50 cellules rondes mononuclées (0.25).

Question n° 7 : (1.5)

Au cours de l'artérite à cellules géantes, l'atteinte oculaire peut être précédée de prodromes. Citez en trois.

Réponse : (0.25 ×3)

Trois parmi :

Amaurose

Phosphènes

Brouillard visuel

Amputation du champ visuel

Diplopie

Ptosis

Ophthalmoplégie

Quel est le mécanisme le plus fréquent de la cécité au cours de l'artérite à cellules géantes ? Quelles sont les artères touchées dans ce cas ?

Réponse :

La neuropathie ischémique antérieure aiguë (0.5)

Atteinte des artères ciliées postérieures (0.25)

Question n° 9 : (1)

Décrire les caractéristiques de l'atteinte musculaire au cours des myosites inflammatoires (polymyosites et dermatomyosites).

Réponse :

Déficit moteur (0.25)

Bilatéral (0.25)

Symétrique (0.25)

Non sélectif

Prédominant sur les muscles proximaux (ceintures scapulaire et pelvienne) (0.25)

Question n° 10 : (1)

Le diagnostic de dermatomyosite (DM) est établi chez une femme âgée de 52 ans. Hormis les signes de la DM, l'examen physique est normal. Quelle pathologie associée faut-il rechercher ?

Réponse :

Un cancer gynécologique (ovaires, seins et utérus) et lymphomes

Compter 0.75 point si l'étudiant répond cancer tout court et la note complète s'il cite cancer gynécologique sans citer les lymphomes.

Question n° 11 : (1.25)

Une patiente âgée de 57 consulte pour une toux sèche et l'apparition de papules violacées siégeant au niveau de la paupière, de la nuque et des épaules. La radiographie du thorax montre des opacités médiastinales de contours polycycliques et des opacités réticulonodulaires des 2 champs pulmonaires. Le diagnostic de sarcoïdose est entre autre évoqué.

Les données de la TDM thoracique et du lavage bronchoalvéolaires sont compatibles avec ce diagnostic et la recherche d'une autre atteinte extra médiastino-pulmonaire est négative.

- a) Compte tenu des données cliniques, précisez le reste du bilan para-clinique à faire pour étayer et confirmer le diagnostic de sarcoïdose.

Réponse :

Biopsie des glandes salivaires accessoires (0.25)

Biopsie des lésions cutanées (0.5)

- b) Quel est le stade radiologique que présente cette patiente ?

Réponse : (0.5)

Stade II

Question n° 12 : (1.5)

Cochez la ou les cases correspondante(s) aux indications thérapeutiques selon la forme clinique du lupus érythémateux systémique.

	Antipaludéens de synthèse	Corticoïde à la dose de 0,5 mg/kg/j	Corticoïde à la dose de 1 mg/kg/j	Immunosuppresseurs
Atteinte cutanée	+			
Péricardite	+	+		

Néphropathie glomérulaire proliférative diffuse	+		+	+	
---	---	--	---	---	--

(0.5 × 3 c'est-à-dire 0.5 pour chaque forme clinique)

Question n° 13 : (1)

Mme M J âgée de 76 ans est diabétique et hypertendue traitée par Glimépiride 4 1 cp/jour et Amlodipine 10 1cp/jour. Elle présente une fibrillation auriculaire traitée par Acénocoumarol (Sintrom®) et Amiodarone (Cordarone®).

Elle a fait une chute occasionnant une entorse bénigne de la cheville.

Quelles sont les causes possibles de chutes d'origine iatrogénique chez cette patiente ?

Réponse :

Hypotension orthostatique (Amlodipine) 0.25

Hypoglycémie (Sulfamides hypoglycémiantes) 0.25

Après sa chute, son médecin traitant lui a prescrit de l'Ibuprofène. Quels risques redoutez-vous chez cette patiente ? Justifiez.

Réponse :

Insuffisance rénale (AINS inhibent les prostacyclines) 0.25

Surdosage en AVK 0.25

Question n° 14 : (1.5)

Expliquez le test de l'horloge et citez le domaine cognitif qu'il évalue.

Réponse :

Présenter un cercle en précisant qu'il s'agit du cadran d'une horloge et demander d'y placer les chiffres donnant l'heure, puis d'y placer les aiguilles à 11h10. (1)

Les fonctions exécutives et visuo-spatiales. (0.5)

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE N°1

Monsieur Z. âgé de 82 ans, présentant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est alité depuis cinq jours pour une surinfection bronchique. Il est hospitalisé en urgence en raison de l'aggravation de sa dyspnée d'effort. À l'examen, on note une altération de l'état général et une grosse jambe gauche. Les examens biologiques montrent une vitesse de sédimentation à 70 mm, une créatininémie à 145 µmol (clearance à 28 ml/mn), glycémie à jeun, ASAT, ALAT normaux. Le taux des D-Dimères est à 10 X N. L'ECG montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire (AC/FA). L'échodoppler et l'angiographe concluent au diagnostic d'embolie pulmonaire droite proximale et d'une thrombose de la veine fémorale superficielle gauche.

Question 1 : (0.75)

Relevez dans l'observation les facteurs de risque de survenue de la maladie veineuse thromboembolique (MVTE).

Réponse :

Age, alitement, BPCO

Question 2 : (0.75)

En dehors de la MVTE, relevez dans l'observation trois causes d'élévation du taux des D-Dimères.

Réponse : Trois parmi

Age, infection, BPCO, inflammation, insuffisance rénale

Question 3 : (0.75)

Par quels examens biologiques vous allez compléter votre bilan (pré thérapeutique) avant de prescrire une anticoagulation ?

Réponse :

Groupe Sanguin (0.25),

NFS (0.25),

TP, TCA (0.25)

Question 4 : (1)

Par quel traitement vous allez initier l'anti coagulation (sans préciser la posologie) ? Justifiez votre réponse.

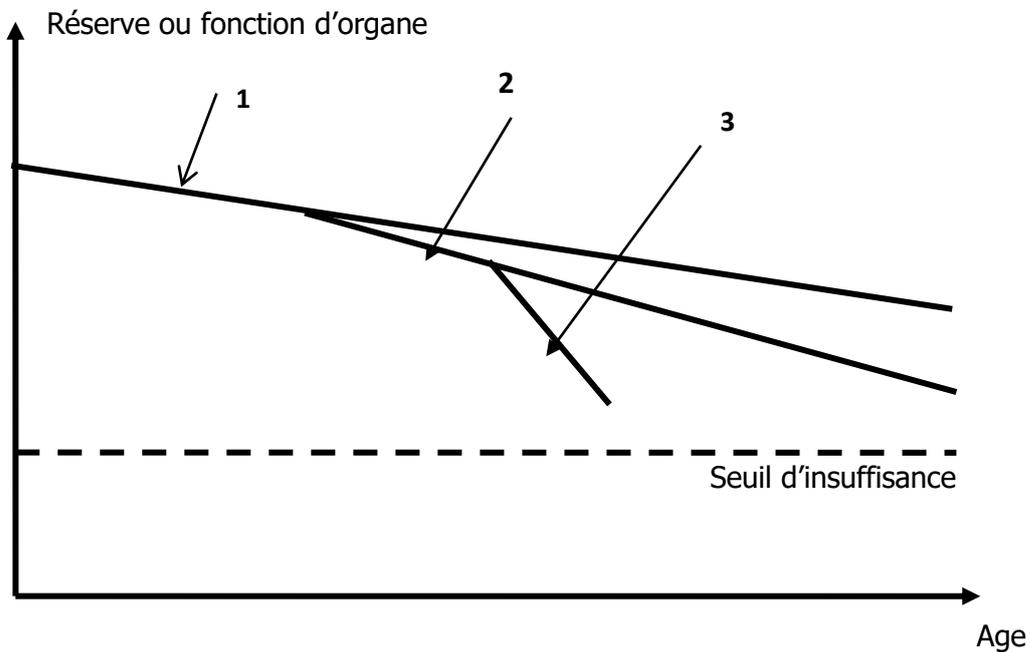
Réponse :

HNF ou Calciparine (0.5)

Insuffisance rénale (0.5)

Question 5 : (1.5)

Concernant l'atteinte respiratoire présentée par le patient, complétez les légendes du schéma ci-dessous adaptée à l'observation et correspondant à la règle de Bouchon relative à la bonne pratique gériatrique.



Réponse : (0.5 × 3)

1. Le vieillissement physiologique de l'organe (poumon)
2. Affections chroniques (BPCO)
3. Affections médicales aiguës : surinfection bronchique, embolie pulmonaire

CAS CLINIQUE N°2

Une patiente âgée de 15 ans est hospitalisée pour une symptomatologie faite de fièvre, amaigrissement et polyarthralgies périphériques inflammatoires.

A l'examen physique :

- Lésions nodulaires et douloureuses distribuées sur les faces antérieures des 2 jambes. Les plus récentes sont érythémateuses, certaines sont d'aspect bleuâtre et les plus anciennes sont brunâtres.
- Pouls radial non perçu des deux côtés
- PA imprenable aux deux membres supérieurs
- PA à 170/90 mmHg aux deux membres inférieurs,

- Souffle au niveau de la région sous clavière droite

Question n° 1 : (1)

Au vu des données de l'examen, peut-on retenir le diagnostic de maladie de Takayasu chez cette patiente selon les critères de l'ACR ? Justifiez votre réponse.

Réponse :

Oui (0.25) car :

- Age au début de la maladie \leq 40 ans (0.25)
- Diminution d'au moins un pouls brachial (0.25)
- Souffle audible sur une sous-clavière (0.25)

Question n° 2 : (1)

En se référant aux données de l'examen clinique, quelles artères pourraient être atteintes ?

Réponse :

Les 2 Artères sous-clavières et/ou axillaires (0.5)
Artère(s) rénale(s) (0.25) et/ou Aorte sus-rénale (0.25) (on accepte aussi Aorte tout court)

Question n° 3 : (1)

Quel est l'examen complémentaire à réaliser de 1^{ère} intention afin de confirmer le diagnostic de maladie de Takayasu ?

Réponse :

Echodoppler artériel (0.25) des troncs supra-aortiques (0.25), des membres supérieurs (0.25) et des artères rénales (0.25).

Si l'étudiant répond Echodoppler artériel tout court, la réponse est incomplète

Question n° 4 : (1.25)

- a) A quoi correspondent les lésions cutanées ? Justifiez votre réponse.

Erythème noueux : (0.25)

Lésions nodulaires, siège : face d'extension des jambes (0.25)

D'âges différents, évolution en passant par les différentes teintes de la biligénie (0.25)

- b) Quelle affection pouvant être pourvoyeuse de ces lésions (autre que la maladie de takayasu) faut-il éliminer chez cette patiente avant de démarrer le traitement ?

Réponse :

Tuberculose (0.5)

CAS CLINIQUE N° 3

Patiente âgée de 49 ans consulte pour polyarthralgies et asthénie. L'interrogatoire trouve la notion de décoloration de certains doigts au contact avec l'eau froide depuis 2 ans, une dysphagie, une plénitude gastrique et une dyspnée stade II de la NYHA. L'examen physique trouve une TA à 110/80 mmHg, une limitation de l'ouverture de la bouche, un aspect effilé des doigts avec une peau dure, tendue et implissable sur la face dorsale des phalanges et une ulcération pulpaire sur la face palmaire de la 3^{ème} phalange de l'index droit.

A la biologie : GB : 5000^e/mm³, Hb : 12g/dl, Créatinine 60µmol/l, VS : 60, CRP : 12mg/l. Les AAN + à 1/400.

La FOGD a montré des 3 ulcérations longitudinales non confluentes au niveau du bas œsophage. L'estomac était le siège d'une stase alimentaire alors que la patiente n'a pas mangé depuis le repas du midi de la veille.

A la Spirométrie, la CVF est à 80% et la CPT à 90%.

L'échographie cardiaque ne montre pas de dysfonction ventriculaire et la PAPS est à 50mmHg.

Question n° 1 : (1)

Quel est l'acrosyndrome décrit par la patiente ? Quels sont les arguments en faveur de son caractère secondaire ?

Réponse :

Syndrome de Raynaud (0.25)

Arguments en faveur de son caractère secondaire :

Age relativement avancé (0.25)

Présence de troubles trophiques (ulcérations digitales) (0.25)

Présence d'autres manifestations associées ou Positivité des AAN (0.25)

Question n° 2 : (1)

Le diagnostic de Sclérodémie systémique est retenu. De quelle forme clinique (en fonction de l'extension cutanée) s'agit-il ? Justifiez votre réponse.

Réponse :

Sclérodémie systémique cutanée limitée (0.5)

Atteinte distale en aval des coudes (0.5)

Question n° 3 : (1)

Quels auto-anticorps doit on rechercher pour étayer le diagnostic ?

Réponse :

Anticorps anti-topoisomérase I (anti-Scl 70) (0.5)

Anticorps anti centromères (0.5)

Question n° 4 : (1)

Compte tenu des données anamnestiques et endoscopiques, quels sont les segments du tube digestif touchés et le type de l'atteinte digestive (pour chaque segment) ?

Réponse :

Atteinte œsophagienne (0.25) : Œsophagite peptique témoignant d'un Reflux gastroœsophagien (0.25) (donner note complète si l'étudiant met une seule réponse « œsophagite peptique » ou « RGO »)

Atteinte gastrique (0.25) : Gastroparésie (0.25)

Question n° 5 : (1.5)

Discutez le mécanisme de la dyspnée chez cette patiente en demandant les examens complémentaires qui manquent pour conforter vos hypothèses diagnostiques.

Réponse :

Fibrose pulmonaire : (0.5) Radiographie du thorax* et **tomodensitométrie** (0.25) **thoracique** pour éliminer une HTAP secondaire à une fibrose pulmonaire peu probable car pas de syndrome restrictif

HTAP (0.5) : **Cathétérisme cardiaque droit** (0.25)

*Donner note complète si l'étudiant répond TDM thoracique sans mettre Radiographie du thorax

Question n° 6 : (1)

Au terme des différentes explorations, son médecin traitant décide de la mettre sous Bosentan®. Expliquez brièvement le rationnel de cette prescription en vous basant sur la physiopathologie de la microangiopathie sclérodermique.

Réponse :

Le Bosentan est un **antagoniste des récepteurs de l'endothéline**. **L'endothéline** est un **puissant vasoconstricteur** responsable de la microangiopathie sclérodermique. Le Bosentan agit ainsi en inhibant l'action vasoconstrictrice de l'endothéline.

CAS CLINIQUE N° 4

Patiente âgée de 28 ans, sans antécédents particuliers, est hospitalisée pour exploration d'œdèmes des membres inférieurs, évoluant dans un contexte fébrile depuis son accouchement datant de 1 mois. Elle se plaint aussi d'arthralgies de type inflammatoires des grosses et petites articulations évoluant depuis 3 mois et de toux avec des expectorations verdâtres apparues en post-partum.

L'examen objectivait une fièvre à 38,5°C, des lésions érythémateuses maculeuses au niveau des joues, une tuméfaction douloureuse des métacarpophalangiens des 2 mains. La pression artérielle était à 175/90 mmHg et il existait un œdème blanc mou gardant le godet aux membres inférieurs.

La bandelette urinaire objectivait une protéinurie à 2+ et une hématurie à 1+.

A la biologie : Groupe sanguin O positif, Hb=6,9 g/dl, VGM=88 fl, TCMH=30 pg, Rétic=185000/mm³, Globules blancs à 3110/mm³, polynucléaires neutrophiles à 1800/mm³, lymphocytes à 900/mm³ et des plaquettes à 220000/mm³. VS à 120 mm et CRP à 50 mg/l.

La créatinine=80 µmol/l, la protéinurie est à 2,6 g/24h. TP, TCK normaux. L'examen cytbactériologique des urines était négatif. L'échographie rénale était sans anomalies.

La radiographie du thorax révélait un foyer pulmonaire de la base droite. La patiente est mise sous Amoxicilline pour sa pneumopathie.

Le diagnostic de lupus érythémateux systémique est suspecté.

Question n° 1 : (0.5)

Relevez dans l'observation les facteurs déclenchants probables.

Réponse :

Grossesse / Post partum (0.25)

Pneumopathie infectieuse (0.25)

Question n° 2 : (0.75)

Quels sont les 3 anticorps les plus spécifiques du lupus que vous rechercherez pour étayer votre diagnostic ?

Réponse :

Anti nucléosomes, anti Sm, anti DNA

Question n° 3 : (1.25)

Relevez dans l'observation les anomalies hématologiques observées.

Réponse :

Anémie (0.25) normochrome normocytaire (0.25) régénérative (0.25)

Leucopénie (0.25), neutropénie, lymphopénie (0.25)

Question n° 4 : (0.75)

Quels examens complémentaires vous demandez pour explorer l'anémie ?

Réponse :

Bilirubine (0.25), haptoglobine (0.25), test de coombs (0.25)

Question n° 4 : (1)

Quel autre examen complémentaire doit être impérativement réalisé ? Pourra-t-il être réalisé dans l'immédiat ? Justifiez votre réponse.

Réponse :

Ponction biopsie rénale (0.5)

Non, il faudra corriger l'anémie et traiter l'hypertension artérielle (0.5)

Donner note complète si l'étudiant a répondu que « corriger l'anémie » ou « traiter l'hypertension artérielle »

CAS CLINIQUE N° 5

Un jeune homme de 17 ans, sans ATCD pathologiques notables, consulte les urgences pour douleurs abdominales et vomissements évoluant depuis 5 jours. A l'examen physique, il était apyrétique. La tension artérielle à 120/70mmHg avec un pouls à 70/mn. Son abdomen était souple et dépressible mais sensible au niveau de la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal était sans anomalies. Il existait au niveau des pieds, chevilles et tiers inférieur des jambes des maculo-papules érythémateuses voisinant des taches hémorragiques de la taille d'une tête d'épingle. Ces lésions ne s'effacent pas à la vitropression et certaines étaient nécrotiques. La cheville droite et le genou gauche étaient tuméfiés et très douloureux à la mobilisation.

Le reste de l'examen clinique était normale hormis une protéinurie à + et une hématurie à 3+ à la bandelette urinaire.

Le bilan biologique objectivait une créatinine à 67 μ mol/l, Na⁺ :135 mmol/l, K⁺ :4.5 mmol/l, Hb 13 g/l, GB : 8400 el/mm³ plaquettes : 274000 el/mm³, CRP : 37 mg/l, VS : 60mm, TP : 90%, ASAT/ALAT : 20/23. L'échographie complétée par une tomodensitométrie abdominale concluait à un épaississement iléal.

Le médecin de garde aux urgences vous appelle pour suspicion d'un Purpura Rhumatoïde.

Question n° 1 : (1.5)

A quoi correspond l'atteinte cutanée ? Relevez les arguments permettant de la rattacher à la vascularite.

Réponse :

Purpura (0.25)

Caractère infiltré (0.25), polymorphe (0.25), déclive (0.25), nécrotique (0.25),
plaquettes et hémostase normales (0.25)

Question n° 2 : (1)

Selon la conférence de Chapel Hill de 2012, quelle est la nouvelle nomenclature de cette vascularite ? et comment est-elle classée ?

Réponse :

Vascularite à Ig A (0.5)

Les vascularites à complexes immuns (0.5)

Question n° 3 : (1.25)

Relevez dans l'observation les arguments en faveur du diagnostic de cette vascularite.

Réponse :

Terrain (17ans) (0.25)

Atteinte digestive (douleurs abdominales vomissements sensibilité FIG) (0.25)

Anomalies du sédiment urinaire (Pt + Hm 2+) (0.25)

Purpura vasculaire (0.25)

Oligo-arthrite (0.25)

Question n° 4 : (0.5)

Quelles sont les complications en rapport avec l'atteinte digestive qu'il faut craindre ?

Réponse :

Deux réponses parmi les suivantes suffisent : (0.25 × 2)

Hémorragie digestive

Invagination intestinale

Perforation

Question n° 5 : (1)

Quel(s) sont le(s) examen(s) complémentaire(s) à demander pour confirmer le diagnostic ?

Réponse :

Biopsie cutanée avec Immunofluorescence directe

Biopsie rénale

Biopsie digestive peut également être considérée comme une réponse juste

