

FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS
SESSION DE MAI 2019
5^{ème} ANNEE MEDECINE
EPREUVE DE
SYNTHESE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Nombre de QCM : 10

Nombre de QROC : 9

Nombre de cas cliniques : 11

Nombre de pages : 18

Durée de l'épreuve : 90 minutes

Vous avez entre les mains l'épreuve de Synthèse Clinique et Thérapeutique

Recommandations :

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.

Une réponse fautive annule une partie de la question ou toute la question selon la gravité de l'erreur

Vous devez vérifier que vous avez reçu le sujet en entier (**18 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

PAGE DE NOTATION

	NOTE
TOTAL DES QCM ET QROC	
CAS CLINIQUE 1	
CAS CLINIQUE 2	
CAS CLINIQUE 3	
CAS CLINIQUE 4	
CAS CLINIQUE 5	
CAS CLINIQUE 6	
CAS CLINIQUE 7	
CAS CLINIQUE 8	
CAS CLINIQUE 9	
CAS CLINIQUE 10	
CAS CLINIQUE 11	

TOTAL MANUEL / 60	
TOTAL DOCIMOLOGIQUE / 60	
TOTAL / 40	

QCM
(Questions à choix multiple)

Ne rien écrire
dans cet
espace

QCM n° 1 :

La douleur à type de colique intestinale:

- A. Peut siéger au niveau de l'hypogastre
- B. Est périodique
- C. Dure quelques semaines
- D. Peut s'accompagner d'émissions glaireuses
- E. Est d'intensité variable

1

Réponse :A D E.....

QCM n° 2 :

Le bilan biologique à réaliser pour évaluer le retentissement des vomissements comporte

- A. CRP
- B. Ionogramme sanguin
- C. Créatinémie
- D. Amylasémie
- E. Numération formule sanguine

1

Réponse :B C E.....

QCM n° 3 :

Les vomissements aigus peuvent se compliquer de

- A. Syndrome de Mallory Weiss
- B. Syndrome de Boerhaave
- C. Syndrome de Mendelson
- D. Dénutrition
- E. Adénocarcinome de l'œsophage.

1

Réponse :A B C.....

QCM n° 4 :

Les troubles métaboliques suivants peuvent engendrer une perte de connaissance :

- A. Une hyponatrémie
- B. Une hypoglycémie
- C. Une hyper urémie
- D. Une hypercalcémie
- E. Une hypocalcémie

1

Réponse :A B D E.....

QCM n° 5 :

Parmi ces médicaments anti-épileptiques, quels sont ceux qui sont actifs sur les absences?

- A. Ethosuximide (Zarontin)
- B. Clonazepam (Rivotril)
- C. Phénobarbital (Gardenal)
- D. Carbamazépine (Tegretol)
- E. Valproate de sodium (Dépakine)

Réponse :A E.....

1

QCM n° 6 :

Un syndrome polyuro-polydipsique avec urines hypotoniques s'observe en cas de :

- A. Potomanie
- B. Hyperkaliémie
- C. Hypocalcémie
- D. Insuffisance rénale chronique
- E. Syndrome de levée d'obstacle

Réponse : A

1

QCM n° 7 :

Un diabète insipide central peut s'observer en cas de :

- A. Ingestion prolongée de lithium
- B. Polydipsie primaire
- C. Craniopharyngiome
- D. Neurosarcoïdose
- E. Hypokaliémie sévère

Réponse :C D.....

1

QCM n°8 :

Au cours du syndrome méningé fébrile :

- A. L'hospitalisation du malade s'impose
- B. La présence d'un purpura extensif indique une antibiothérapie en urgence avant la PL
- C. La présence d'un signe neurologique de localisation, indique un scanner cérébral avant la PL
- D. Une méningite lymphocytaire peut être infectieuse ou non infectieuse
- E. Toutes les réponses sont justes

Réponse :E

1

QCM n°9 :

L'ulcère hémorragique du bulbe érode le plus souvent l'artère

- A. L'artère gastrique droite.
- B. L'artère gastroduodénale.
- C. L'artère pancréatico-duodénale.
- D. L'artère gastro-épiploïque droite.
- E. L'artère gastrique gauche.

Réponse :B

1

QCM n°10 :

Concernant l'ulcère du bulbe hémorragique Forrest IIa :

- A. Il existe des taches pigmentées au fond du cratère à l'endoscopie.
- B. Le taux de récurrence hémorragique est de 10%.
- C. Il existe un caillot adhérent à l'endoscopie.
- D. Il existe un vaisseau visible à l'endoscopie.
- E. L'intervention est indiquée.

Réponse :D E.....

1

QROC

(Questions à réponse ouverte et courte)

Question n° 1 :

Définir une perte de connaissance

Réponse :

Épisode **aigu, régressif**, caractérisé par un **trouble de la conscience** ou de la vigilance **avec ou sans hypotonie** et **pouvant être responsable de chute** .
Le retour à l'état antérieur est spontané rapide ou progressif

1,5

Question n° 2 :

Citez 4 causes cardiaques de perte de connaissance

Réponse :

- RAO serré
- Cardiomyopathie obstructive
- Myxome de l'oreillette gauche
- Thrombose d'une prothèse valvulaire
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire.

1

Question n° 3 :

Citer 4 diagnostics à évoquer en urgence devant un purpura associé à une fièvre

Réponse :

- Septicémie
- Endocardite
- Purpura fulminans
- Purpura Méningococcique

1

Question n° 4 :

Citer 3 caractéristiques sémiologiques permettant de retenir l'origine vasculaire d'un purpura

Réponse :

- Polymorphe : plusieurs types de lésions peuvent coexister chez un même patient (pétéchial, ecchymotique, parfois bulleux ou ulcéré)
- Nécrotique
- Infiltré

1

Question n° 5:

Citer en expliquant brièvement les 3 principaux aspects cliniques d'un purpura

Réponse :

- Pétéchies = extravasation de sang dans le derme donnant des petites macules rouge pourpre de la taille d'une tête d'épingle
- Ecchymoses = épanchement plus abondant à partir des vaisseaux de l'hypoderme se traduisant par des tâches hémorragiques de taille centimétrique pouvant même être confluentes.
- Vibices = ecchymoses d'aspect allongé et strié, siégeant préférentiellement aux plis de flexion

1,5

Question n° 6 :

Citez 4 paramètres biochimiques principaux à doser dans le liquide en cas de polysérite ?

Réponse :

Protéines, glucose, LDH, triglycérides, LDH

1

Question n° 7 :

La survenue d'une arythmie cardiaque est tributaire de l'interaction de trois facteurs,

lesquels ?

Réponse : d'un substrat

- 1- Le rôle du système nerveux autonome
- 2- La présence d'un facteur déclenchant (gâchette)

1,5

Question n° 8:

Patiente âgée de 20 ans suivie pour une maladie cœliaque consulte pour une asthénie. L'examen physique est sans particularités.

Le bilan biologique révèle :

	Résultats	Valeur normale
ALAT	159	10-55 UI/l
ASAT	90	20-40 UI/l
γGT	90	10-40 UI/l
Ph Alcalines	70	50-130UI/l
TSH	0,05	0,4 - 4 mu/l
FT4	3,2	0.7-1.9 ng/dl

- a- Interprétez le bilan hépatique de cette patiente. Justifiez

Réponse :

Cytolyse car transa élevée. (Acceptée cholestase car ggt élevée)

0,5

- b- Quelles sont les 2 étiologies les plus probables à cette perturbation du bilan hépatique ?

Réponse :

Maladie cœliaque, hyperthyroïdie,
(acceptée virale et auto immune mais doit obligatoirement citer hyperthr et cœliaque)

1

Question n° 9:

Un patient âgé de 61 ans, sans tare consulte pour des rectorragies évoluant depuis 3 jours. Le pouls est à 75 bt/min et la tension artérielle est 130/90 mmHg.

- a- que faut-il faire en 1^{ère} intention ? (

Réponse :

Faire un examen de la marge anale avec un toucher rectal

- b- Ce geste est normal. Quel est l'examen complémentaire à réaliser ?

1

Réponse :

coloscopie

0,5

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE N°1

Un homme de 57 ans se présente aux urgences pour des douleurs épigastriques transfixiantes évoluant depuis 24 heures, sans fièvre ni ictère. Ses douleurs sont aggravées par la prise alimentaire et il s'est lui-même mis à jeûn. Seule la position en antéflexion permet de l'améliorer partiellement. Depuis 4 heures, il a des nausées et a vomi deux fois. Son transit est arrêté. L'interrogatoire révèle qu'il est tabagique à 20 PA, prend 1 verre de vin par jour et qu'il a présenté à plusieurs reprises des douleurs de l'hypochondre droit qui cédaient sous antispasmodiques. L'examen physique est sans particularités à part une sensibilité épigastrique. Vous suspectez une pancréatite aigue.

Question n° 1 : les éléments en faveur de ce diagnostic.

Réponse :

- Siège (DI épigastriques transfixiantes)
- Facteurs aggravants (Aggravation par la prise alimentaire),
- Facteurs améliorant (Position antéflexion),
- Signes d'accompagnement (iléus reflexe : vomissements et constipation)

Question n° 2 :

Quels sont les deux examens biologiques permettant d'étayer le diagnostic ?

Réponse

- Amylasémie
- Lipasémie

Question n° 3 :

Quelle est l'étiologie la plus probable de cette pancréatite?

Réponse :

Lithiase biliaire.

1

1

1

CAS CLINIQUE N°2

Patiente âgée de 26 ans est suivie pour un lupus érythémateux systémique avec néphropathie lupique stade II sous corticothérapie au long cours. Elle est perdue de vue depuis 8 mois.

Elle consulte pour vomissements alimentaires depuis quelques heures.

L'examen physique trouve une patiente consciente, tension artérielle= 09/04 mmHg, fréquence cardiaque=120 bts/min, fréquence respiratoire= 22 cycles/min, auscultation sans anomalies. Elle avait un pli cutané persistant avec des cernes oculaires. L'examen abdominal trouve un abdomen souple et dépressible. Sa diurèse était quantifiée à 500 ml/j. Son poids était de 70 kg. Elle est en période menstruelle.

A la biologie, NFS : Hb=11 g/dl, K+=6mmol/l, Na+=128mmol/l, créatinine=90µmol/l, CRP=10 mg/l, ALAT=10UI/L, ASAT=12UI/L.

L'ECG était normal en dehors de la tachycardie sinusale. Une urgence chirurgicale a été éliminée.

Question n° 1 :

Relevez les signes de gravité des vomissements

1,5

Réponse :

polypnée, hypotension, tachycardie, pli cutané, cernes oculaires, oligo anurie

Question n° 2 :

Quelle urgence médicale faut-il évoquer en premier lieu ? Justifiez votre réponse

1

Réponse :

insuffisance surrénalienne aigue par arrêt brutal des corticoïdes

Question n° 3 :

Quel sera votre prise en charge aux urgences ?

1

Réponse :

HSHC 100 mg IVD réhydratation par sérum physiologique

CAS CLINIQUE N° 3

Ahmed, âgé de 22 mois, est amené aux urgences car il a présenté, 1/2h auparavant un accès brusque, fait d'hypertonie puis mouvements cloniques des 4 membres et révulsion des globes oculaires, ayant durée 10 minutes, avec perte de connaissance totale.

A l'interrogatoire : son frère âgé de 8 ans, a fait la même symptomatologie à l'âge de 18 mois. Ahmed a un DPM normal. Notion de toux, rhinorrhée, fièvre, évoluant depuis 3 jours.

A l'examen : Examen neurologique normal ; Poids 15 kg ; Enfant fébrile à 40 °C, pharyngite. Aux urgences : Ahmed a refait la même crise.

Question n°1 :

Quel est votre diagnostic sémiologique devant ces accès?

Réponse :

Crises épileptiques tonico-clonique généralisées ou Convulsions

1

Question n°2 :

Quelle mesure thérapeutique vous allez adopter pour arrêter la crise (Molécule-dose et voie)?

Réponse :

Valium (Diazepam) - Voie Intrarectal- 0.5 mg/kg (pour un poids de 15kg : 7.5 mg)

1

Question n° 3 :

Les examens complémentaires réalisés pour étayer le diagnostic étiologiques sont normaux ; quel est le diagnostic le plus probable?

Réponse :

Crises fébriles (ou convulsions fébriles) complexes (ou compliquées)

1

Question n° 4 :

Y a-t-il un traitement à proposer par la suite pour prévenir ces crises? Justifiez.

Réponse :

Oui, car il s'agit de convulsions fébriles compliquées (car elles se sont répétées à intervalle court, la durée est prolongée (10 mn) et il existe un facteur de risque de récurrence : les antécédents de crise fébrile chez le frère). Cela justifie un traitement antiépileptique préventif

..

1

CAS CLINIQUE N° 4

Mme SR âgée de 56 ans est hospitalisée pour exploration d'un syndrome polyuro-polydipsique associé à des douleurs osseuses diffuses et des épigastralgies.

A l'examen : Poids : 75 Kg, TA : 15/9 – Auscultation cardio-pulmonaire : normale - Examen abdominal et neurologique sans particularités

A la biologie : Glycémie à jeun : 1,16 g/l – Créatinine : 100 µmol/l – Calcémie : 3,45 mmol/l (138 mg/l) – Albumine : 36 g/l - Natrémie : 137 mmol/l – Kaliémie : 4,5 mmol/l – Natriurèse : 80 mmol/l – Kaliurèse : 27 mmol/l – Urée urinaire : 36 mmol/l

Question n° 1 :

Calculer et interpréter l'Osmolarité urinaire de cette patiente

Réponse :

- 250 mmol/l ($[\text{natriurèse en mmol/l} + \text{kaliurèse en mmol/l}] \times 2 + \text{urée en mmol/l}$)
- Osmolarité urinaire basse ou urines hypotoniques (ou osmolarité <300 mmol/l)

1

Question n° 2 :

Quelle est la cause la plus probable du syndrome polyuro-polydipsique chez cette patiente

Réponse :

L'hypercalcémie

1

Question n° 3 :

Quel bilan hormonal demander de première intention pour étayer le diagnostic étiologique

Réponse :

Dosage de la PTH

1

CAS CLINIQUE N° 5

Patiente MF âgée de 58 ans, sans antécédents particuliers, est hospitalisée pour une pleurésie droite de moyenne abondance, à l'examen elle est apyrétique, TA=12/8, elle pèse 65kg pour une taille de 172cm, l'abdomen est peu distendu sensible avec une matité diffuse, sans viscéromégalie, les aires ganglionnaires sont libres.

La biologie montre une VS à 75 à la première heure, une CRP à 8mg/l, une Hémoglobine à 10,8 g/dl et un VGM à 82, GB : 5300 E/mm³, Plaquettes : 230000 E/mm³ les bilans hépatique et rénal sont sans anomalies.

Question n° 1 :

Relevez dans l'observation les signes évocateurs de la présence d'une ascite associée ?

1

Réponse :

Abdomen peu distendu, sensible et une matité diffuse

Question n° 2 :

Comment confirmer le diagnostic d'ascite ?

1

Réponse :

- Echographie abdominale (+/- ponction d'ascite)

Question n° 3 :

Quels sont les éléments qui rendent l'origine infectieuse de cette ascite **peu** probable?

1

Réponse :

L'apyrexie, CRP n'est pas très élevée, absence d'hyperleucocytose

Question n° 4 :

L'étiologie cancéreuse est évoquée, Citez 4 cancers à rechercher en premier?

1

Réponse :

du sein, du tube digestif, du pancréas, de l'ovaire, de l'utérus

Question n° 5 :

Dans ce cas, Citez 4 examens paracliniques à demander pour rechercher le cancer primitif ?

Réponse :

Scanner thoraco-abdominal pelvien, mammographie, marqueurs tumoraux ; **fibro-colo, IRM pelvienne, hysteroscopie**

1

CAS CLINIQUE N° 6

Mme M.B âgée de 45 ans, infirmière, sans ATCDs pathologiques notables, est adressée pour des douleurs articulaires des mains évoluant depuis 5 mois et cédant le matin après un dérouillage de 40 mn. Il s'agit du premier épisode. Pas de notion de fièvre ni d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouve des gonflements et des douleurs à la pression des métacarpo-phalangiennes et des inter-phalangiennes proximales des 2^{ème} et 3^{ème} doigts ainsi que des poignets, de façon bilatérale. Le genou droit est légèrement tuméfié. Le reste de l'examen somatique est sans particularités. Les résultats des examens biologiques sont comme suit :

NFS: GB: 8500 /mm³, Hb:11,5g/dl, plaquettes :175 000 /mm³

VS: 60 mm, CRP: 32 mg/l.

Question n° 1 :

Relevez dans l'énoncé 4 éléments cliniques en faveur du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

Réponse :

Polyarthrite inflammatoire chronique, bilatérale symétrique distale , chez une femme âgée de 45 ans

1

Question n° 2 : à demander pour étayer ce diagnostic ?

Réponse :

: FR et anti CCP (ACPA)

Question n° 3 :

Quelles radiographies demanderez-vous pour conforter ce diagnostic

Réponse :

mains de face, poignets de, avants pieds de face, genou droit face et

1

Question n° 4 :

Les radiographies demandées sont revenues normales. Citez 2 autres moyens d'imagerie contributifs à ce diagnostic ?

Réponse :

échographie des mains , IRM des mains

1

CAS CLINIQUE N°7

Un homme de 50 ans, se présente aux urgences pour des céphalées holocraniennes évoluant depuis 15 jours, non améliorée par le paracétamol. A l'examen : fièvre 38°C, une altération de l'état général, syndrome méningé, pas de signes de localisations.

NFS: GB 3080, Hb= 13g/dl; plaquettes = 176000, CRP = 20 mg/l.

Question n° 1 :

Quelle est votre conduite en urgence :

Réponse :

2 HC et une PL en urgence

1

Question n° 2 :

L'étude du liquide céphalo-rachézien montre: 50 Eléments Blancs/mm³, lymphocytes 90%, Glycorrhachie =2 mmol (glycémie 7 mmol), Proteinorachie 0,72 g/l ; examen direct: négatif

Relever les anomalies du LCR, quelle est votre conclusion ?

Réponse :

Hyperproteïnorrhachie >0.45 , hypoglycorrachie <0.5 glycémie, >10 EB donc il s'agit d'une méningite lymphocytaire hypoglycorrachique

1

Question n° 3 :

Donnez 2 étiologies probables

Réponse :

tuberculose, listériose, cryptococcose

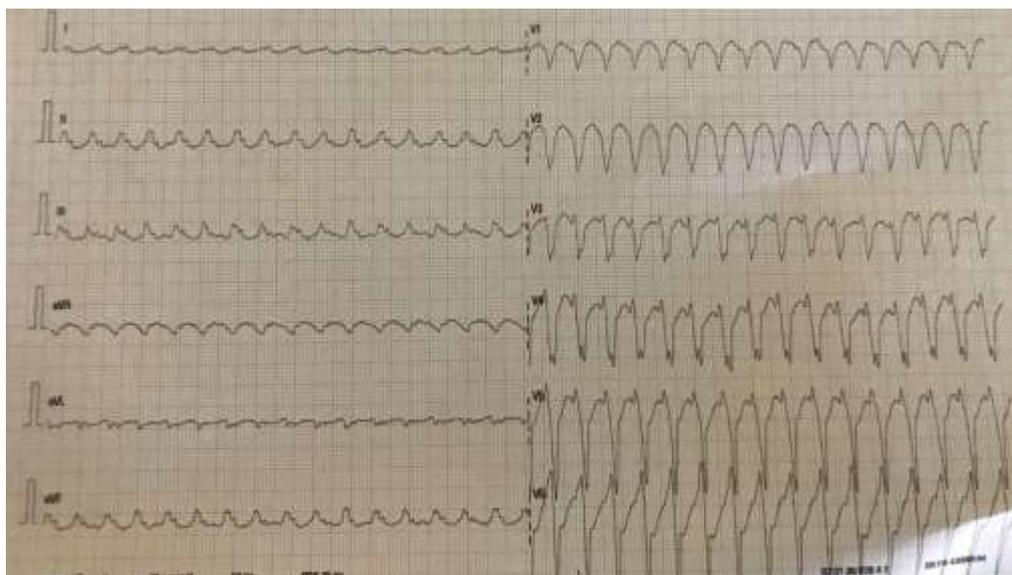
1

CAS CLINIQUE N°8

Patient âgé de 68 ans, consulte aux urgences pour dyspnée et lipothymies.

L'examen trouve un pouls filant, une pression artérielle à 90/65 mm Hg

Voici l'ECG à l'admission :



Question n° 1 :

Interpréter cet ECG :

Réponse :

- Tachycardie régulière à QRS larges (160 ms) à 187 bpm (1500 / 8 petits carreaux)
- Axe QRS normal – Aspect de retard gauche

1

Question n° 2 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Réponse :

- Tachycardie ventriculaire

1

Question n° 3 :

devant les signes de mauvaise tolérance que devriez-vous faire ?

Réponse :

Effectuer un choc électrique externe

CAS CLINIQUE N°9

Mr A âgé de 40 ans ATCD, ancien tabagique sevré depuis 3ans consulte pour une dysphagie intermittente évoluant depuis 3 ans, intéressant les liquides au début avec régurgitations alimentaires associée à un amaigrissement de 4kg

L'examen physique est sans particularité

La fibroscopie est normale

Une manométrie œsophagienne a conclu à un défaut de propagation du bol alimentaire, une hypertonie du SIO avec une absence de relaxation du SIO lors de la déglutition.

Question n° 1 :

De quel type de dysphagie s'agit-il ? justifiez votre réponse

Réponse :

DYSPHAGIE FONCTIONNELLE

- Dysphagie intermittente
- Intéressant les liquides d'abord
- Fibro normale

1

Question n° 2 :

Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez votre réponse

Réponse :

ACHALASIE + Justificatif

1

Question n° 3 :

Quel traitement proposez-vous pour ce patient en 1^{er} lieu ?

Réponse :

DILATATION PNEUMATIQUE

1

CAS CLINIQUE N°10

Le SAMU vous ramène un homme de 35 ans, sans antécédents, pour une détresse respiratoire. Il présente depuis quelques jours une dyspnée d'aggravation progressive et une toux sèche.

A l'examen il existe des signes de lutte, tirage sus sternal et intercostal. Il n'est pas cyanosé mais présente des signes d'hypercapnie. L'auscultation pulmonaire trouve des râles ronflants et des crépitants diffus aux deux champs pulmonaires. L'auscultation cardiaque est normale. La TA est à 160/90, fréquence cardiaque à 115 bpm, Fréquence respiratoire à 25, saturation en oxygène à 85% et température à 38,6°C.

Aux Gaz du sang : PH =7,26, PO2= 64mmHg, PCO2= 55mmHg, bicarbonate=27mmol/l

La NFS montre des Globules blancs à 15000, une CRP à 76 mg/L, ionogramme et bilan hépatique normaux

Question n°1

Quel diagnostic évoquez-vous en premier ?

Réponse :

Une pneumopathie infectieuse

1

Question n°2

Interprétez les gaz du sang et expliquez votre réponse :

Réponse :

Acidose respiratoire non compensée : vu l'hypoxémie hypercapnie avec bicarbonates normaux

1

Question n° 3

Quelle antibiothérapie de première intention proposez-vous (Nom de la (des) molécule(s) et voie d'administration) ? Justifiez votre réponse

Réponse :

Association amoxicilline + Ac clavulanique avec hospitalisation ; **sujet jeune mais tableau grave**

1

CAS CLINIQUE N°11

Patiente âgée de 30 ans asymptomatique, consulte devant la découverte lors d'un bilan d'embauche :

- D'une augmentation des ALAT à 2,5 la normale.
- Des anti-VHA de type IgG positifs.
- D'un Ag Hbs négatif, des anti – Hbc positifs et des anti-Hbs positifs.
- Des anti-HCV positifs.

Question n° 1 :

Interprétez les différentes sérologies virales.

Réponse :

.....
.....
.....
.....

1

Question n° 2 :

Quelle est l'étiologie la plus probable à l'augmentation des transaminases chez cette patiente ?

Réponse :

.....
.....

1

Question n° 3 :

Comment confirmez-vous ce diagnostic ?

Réponse :

.....
.....
.....
.....

1

Question n° 4 :

Quelle est l'alternative à la ponction biopsie du foie qui permet d'évaluer la sévérité des lésions hépatiques ?

Réponse :

.....
.....
.....
.....

1

Bon courage