EXAMEN DESCO 2EME ANNÉE – FILIÈRE ODONTO

Dossier progressif 1 :

Vous êtes interne aux urgences. Un garçon de 16 ans est admis pour des douleurs abdominales, nausées et vomissements depuis 24h.

Il n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux.

Cliniquement, il est somnolent et ses constantes sont les suivantes : PA 102/63, FC 87 bpm, FR 20 cycles par min, SpO2 95% en air, T° 37,3°C

Quel examen réalisez-vous rapidement en première intention ?

Une seule réponse attendue

a. ECG

b. Glycémie veineuse

c. Glycémie capillaire

d. Scanner cérébral injecté

e. Echographie abdominale

La glycémie capillaire est mesurée à 3,8 g/dL et la cétonémie à 6 mmol/L.

Un ionogramme sanguin et un examen des GDS sont réalisés secondairement : K 4,7 mmol/L, Créatininémie à 60 µmol/L avec DFG à 90 mL/min/1,73 m². GDS : pH 7,27, PCO2 à 32 mmHg, Bicarbonates à 12 mmol/L

Quel diagnostic faut-il évoquer en priorité ?

a. Hypoglycémie

b. Coma hyperosmolaire

c. Insuffisance surrénalienne aigue

d. Décompensation de diabète de type 2 probable

e. Acidocétose diabétique

Vous retenez le diagnostic d'acidocétose diabétique.

Quels autres signes cliniques auraient pu vous orienter vers l'existence d'un diabète sous-jacent ?

a. Polyurie-Polydipsie

b. Asthénie marquée

c. Prise de poids récente

d. Perte d'appétit

e. Amaigrissement

La mère du garçon vous rapporte qu'il a perdu beaucoup de poids récemment alors qu'il n'a pas perdu d'appétit et elle le trouve très fatigué.

Quels autres signes d'acidocétose pourriez-vous retrouver à l'examen clinique ?

a. Œdème généralisé

b. Haleine fruitée

c. Tachycardie

d. Bradypnée

e. Confusion

Pour rappel, les examens complémentaires réalisés sont les suivants :

Glycémie capillaire 3,8 g/dL, Cétonémie 6 mmol/L.

Ionogramme sanguin K 4,7 mmol/L (norme 3,5-5,5mmol/L) Créatininémie 60 µmol/L avec DFG 90 mL/min/1,73 m²

GDS : pH 7,27, PCO2 à 32 mmHg, Bicarbonates à 12 mmol/L

Quelle est ou quelles sont la ou les proposition.s exacte.s ?

a. Il existe une acidose métabolique compensée

b. Il existe une alcalose respiratoire

c. Il faut en priorité normaliser la cétonémie

d. Il faut en priorité normaliser la glycémie

e. La fonction rénale est altérée

Quel traitement instaurez-vous immédiatement ?

a. Injection d'insuline en IVSE pour normalisation des cétones

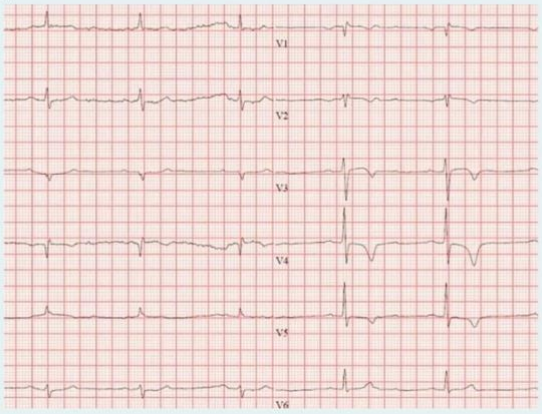
b. Injection sous-cutanée d'insuline rapide pour normaliser la glycémie

c. Injection d'insuline lente en IVSE pour normaliser les cétones

d. Mise en place d'une VVP et d'une hydratation par NaCl 0,9%

e. Supplémentation en potassium

Quelles sont les caractéristiques de cet ECG et dans quel cas auriez-vous pu obtenir un tel tracé après instauration des thérapeutiques précédentes ?



a. ECG typique de l'hyperkaliémie

b. Bradycardie

c. Fibrillation atriale

d. ECG possible en cas d'oubli de supplémentation en potassium

e. ECG possible en cas de supplémentation inutile en potassium

L'évolution clinique est rapidement favorable après réhydratation, instauration de l'insuline en IVSE et de la supplémentation potassique. Le patient est transféré en service d'endocrinologie après normalisation de la cétonémie et de la glycémie. Quelles sont les propositions exactes concernant le diabète de ce patient?

a. Il s'agit d'un diabète de type 1. Le diagnostic est clinique

b. Un dosage d'anticorps spécifiques est indispensable au diagnostic de diabète de type 1

c. Ce patient est atteint d'une maladie chronique

d. Il s'agit probablement d'un diabète de type 2

e. Un schéma d'insulinothérapie basal-bolus par insuline rapide le soir avec bolus d'insuline lente après les repas doit être instauré

Le diagnostic de diabète de type 1 étant posé, quelles complications aigues ou chroniques spécifiques sont possibles ?

a. Neuropathie

b. Insuffisance rénale

c. Syndrome coronarien aigu

d. Rétinopathie

e. Hypoglycémie

Dossier progressif 2 :

Une femme de 41 ans est admise aux urgences devant un tableau d'asthénie et de dyspnée d'effort apparu progressivement. À l'examen clinique, on observe une tachycardie (100/min) avec souffle systolique. Elle ne prend pas de médicament au long cours, n'a pas d'enfant, ni de régime particulier. Sa mère est d'origine méditerranéenne.

Quel examen paraclinique pouvez-vous prescrire en première intention pour explorer la maladie de votre patiente ?

a. Numération-formule sanguine

b. Ionogramme sanguin

c. Bilan d'hémostase (TP, TCA)

d. Bilan enzymatique hépatique

e. Dosage bêta-hCG

Voici le résultat de l'hémogramme : hémoglobine : 8,4 g/dL, VGM : 53,8 fL, CCMH : 28,6 g/dL, TCMH : 15,4 pg, leucocytes : 5,9 G/L (formule sanguine normale) et plaquettes : 774 G/L. Parmi les anomalies de l'hémogramme suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) présente(s) ?

a. Une polyglobulie

b. Une anémie normocytaire

c. Une anémie microcytaire

d. Une leucocytose

e. Une thrombocytose

Quel examen de première intention prescrivez-vous pour établir le diagnostic ?

a. Le dosage du fer

b. Le dosage de la ferritine

c. Le dosage de la transferrine

d. Le dosage de l'hepcidine

e. Le dosage de l'hémosidérine

La ferritine est à 3 µg/L (normale de 20 à 200). Quel est votre diagnostic ?

a. Une thalassémie

b. Une porphyrie

c. Une inflammation chronique

d. Une anémie par carence martiale

e. Une anémie par carence en folates

Au vu de la carence martiale, quel(s) examen(s) complémentaire(s) vous semble(nt) pertinent(s) ?

a. Electrophorèse de l'hémoglobine

b. Dosage du fer

c. Dosage de la transferrine

d. Dosage des réticulocytes

e. Aucune des quatre propositions précédentes

Quelle est la base du traitement de cette patiente ?

a. Transfusion sanguine devant la mauvaise tolérance clinique

b. Fer en injection intraveineuse

c. Fer par voie orale

d. Vitamine B6

e. Folates

Parmi les effets indésirables suivants, lequel (lesquels) est (sont) fréquemment associé(s) à la prise de fer par voie orale ?

a. Selles noires

b. Langue noire

c. Nausées

d. Diarrhée

e. Constipation

Quelle est la durée minimale de traitement par fer par voie orale ?

a. Une semaine

b. Deux semaines

c. Un mois

d. Trois mois

e. Un an

Le critère d'arrêt du traitement par fer par voie orale est :

a. La normalisation du fer

b. La normalisation de l'hémoglobine

c. La normalisation de la ferritine

d. La normalisation des réticulocytes

e. La normalisation du VGM

Quelles sont les étiologies de carence martiale à rechercher ?

a. Atteinte digestive

b. Atteinte gynécologique

c. Maladie de Biermer

d. Malabsorption

e. Anticorps anti-ferritine

Après 4 mois de traitement, la ferritine est à 75 ng/ mL. Le résultat de la numération sanguine est : hémoglobine : 11,4 g/dL, VGM : 70,8 fL, leucocytes : 6,2 G/L (formule sanguine normale) et plaquettes : 374 G/L montrant :

a. Une correction totale de la numération

b. Une anémie microcytaire persistante

c. Une anémie normocytaire persistante

d. Une microcytose persistante

e. Une thrombocytose

Afin d'interpréter ce dernier résultat, quel est l'examen qui vous semble pertinent ?

a. Etude de l'hémoglobine

b. Dosage du fer

c. Dosage de la transferrine

d. Dosage des réticulocytes

e. Dosage de la ferritine

Questions isolées :

Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) définit(ssent) une hypoglycémie sévère ?

a. Une glycémie inférieure à 0,20 g/l

b. Une glycémie inférieure à 0,70 g/l

c. Un malaise hypoglycémique qui nécessite la participation d'un tiers pour être reconnu et/ou traité

d. Une hypoglycémie qui se traduit par des symptômes constrictifs thoraciques

e. Une hypoglycémie nocturne

Un patient a un bilan hypophysaire complet en postopératoire d'un macroadénome non sécrétant, afin de rechercher un éventuel hypopituitarisms secondaire à la chirurgie.

Normes : TSH = 0,45-4 MUI/ml; T4L = 0,75-1,2 ng/dl; T3L = 3,5-6,1 pmol/l.

Quel(s) est (sont) le(s) bilan(s) compatible(s) avec une insuffisance thyréotrope ?

a. TSH < 0,05; T4L = 1,9 ng/dl; T3L = 6,2 pmol/l

b. TSH < 0,05; T4L = 0,9 ng/dl; T3L = 8,3 pmol/l

c. TSH < 0,05; T4L = 0,6 ng/dl; T3L = 3,6 pmol/l

d. TSH = 1,5; T4L = 0,5 ng/dl; T3L = 3,7 pmol/l

e. TSH = 0,64; T4L = 1,6 ng/dl; T3L = 4,2 pmol/l

Madame S., âgée de 27 ans, sans antécédents médicaux notables, a accouché il y a 6 mois. Elle consulte pour un amaigrissement progressif de 10 kg en 3 mois, contemporain de la reprise de la cigarette. L'interrogatoire retrouve la notion de palpitations cardiaques au repos, d'une thermophobie récente et de sueurs. Le pouls est régulier à 100/min. La pression artérielle est à 140/80 mmHg. La palpation cervicale retrouve une thyroïde modérément augmentée de volume, assez ferme. Vous suspectez une pathologie thyroïdienne.

Les examens biologiques confirment l'hyperthyroïdie : TSH < 0,01 mUI/l (N = 0,3-3,5); T4L = 35 pmol/l (N = 12-22).

Quels examens peuvent être utiles pour différencier une maladie de Basedow d'une thyroïdite du post-partum ?

a. Dosage des anticorps antirécepteurs de la TSH

b. Dosage de T3

c. Dosage de thyroglobuline

d. Dosage des anticorps anti-TPO (thyropéroxydase)

e. Scintigraphie thyroïdienne

Concernant la maladie de Crohn, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

a. Elle est favorisée par le tabagisme

b. Elle peut s'accompagner d'érythème noueux

c. Elle augmente le risque de cancer colorectal

d. C'est une maladie d'origine multifactorielle (génétique, environnement, alimentation)

e. Sa survenue après l'âge de 40 ans est rarissime

Concernant l'histoire naturelle de l'hépatite B, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

a. Elle se caractérise par 80 % de passage à la chronicité lorsque l'infection survient après l'âge de 5 ans

b. La possibilité d'élimination virale complète persiste et est fréquente à la phase de chronicité de l'infection

c. Le dépistage du carcinome hépatocellulaire n'est justifié que chez les malades ayant atteint le stade de cirrhose hépatique

d. Tout malade ayant eu une sérologie VHB positive et devant recevoir un traitement immunosuppresseur doit être traité de façon préemptive par analogues nucléosidiques

e. Le risque de survenue d'un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose virale B est d'environ 5 % par an

Parmi les propositions suivantes concernant l'infection du liquide d'ascite, quelle(s) est (sont) celle(s) exacte(s) ?

a. Elle peut être découverte de manière fortuite par l'examen du liquide d'ascite sans signe d'appel

b. Le diagnostic est fait par le décompte des polynucléaires dans le liquide d'ascite > 250/mm^3

c. Le diagnostic exige l'isolement d'une bactérie dans le liquide d'ascite

d. L'infection est souvent polymicrobienne

e. Le traitement nécessite une antibiothérapie associée à la perfusion d'albumine

Un nourrisson de 6 mois est amené par ses parents. Ils ont remarqué quelques jours après sa naissance une lésion de la joue qui a depuis augmenté de volume. Le pédiatre suspecte une malformation vasculaire et a proposé une embolisation. Quel diagnostic vous semble le plus probable ?

Source de l'image: *Dermatologie.* Collège des Enseignants en Dermatologie de France, © 2022.



a. Dermatophytie

b. Hémangiome

c. Impétigo

d. Malformation vasculaire

e. Sarcome

Une femme de 41 ans, trompettiste, sans antécédent notable, se présente pour céphalées intenses d'apparition brutale depuis 2 heures lors de cours de musique. Elle présente des nausées et des vomissements. L'examen neurologique ne trouve pas de déficit sensitivomoteur. Les paramètres vitaux à son arrivée sont: PA 178/82 mmHg, FC 118 bpm, SpO_2 98% air ambiant, Hémoglucotest 6 mmol/L. Vous suspectez une hémorragie sous-arachnoïdienne. Quel est l'examen paraclinique à faire en première intention pour le diagnostic positif?

a. Gaz du sang artériel

b. Ponction lombaire

c. Angioscanner cérébral

d. IRM cérébrale

e. Scanner cérébral sans injection

Parmi les propositions suivantes concernant les crises épileptiques, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

a. Les crises épileptiques comportent par définition une altération de la conscience

b. Une crise épileptique dure habituellement moins de 5 minutes si l'on ne prend pas en compte la phase post-critique

c. Les crises épileptiques peuvent comporter des signes psychiques ou cognitifs

d. Les crises épileptiques sont caractérisées par une séquence de signes cliniques transitoires qui reflètent la topographie initiale et la propagation de l'hyperactivité neuronale

e. Les crises épileptiques résultent habituellement d'une hyperactivité de neurones thalamiques

Dans la liste suivante, quel(s) trouble(s) de la marche est (sont) évocateur(s) de signes axiaux tardifs associés à la maladie de Parkinson ?

a. Démarche ébrieuse

b. Festination

c. Démarche dandinante

d. Fauchage

e. Enrayage cinétique (freezing)