

FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS

SESSION DE JANVIER 2016

5^{ème} ANNEE MEDECINE

MODULE MEDECINE INTERNE

Nombre de QROC : 13

Nombre de cas cliniques : 5

Nombre de pages : 14

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 35 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 (12 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 : (1.5)

Un patient âgé de 66 ans consulte pour bilan de santé. Il n'a pas d'antécédents familiaux ni personnels. Il est tabagique depuis plus de 20 ans.

Quelles mesures de dépistage d'une éventuelle affection cardiovasculaire préconisez-vous chez ce patient ?

Réponse :

Mesure du BMI **0.25**

Mesure de la pression artérielle **0.25**

Dosage du cholestérol total, HDL et LDL cholestérol **0.5**

Dépistage anévrisme de l'aorte abdominale par échographie abdominale **0.25**

Si PA > 135/85 mm Hg : dépistage du diabète par dosage de la Glycémie, de l'Hb A1C ou HGPO **0.25**

Question n°2 : (1)

Quand doit-on évaluer les fonctions cognitives chez le sujet âgé ?

Réponse :

A partir de 75 ans **0.5**

Et devant une plainte mnésique **0.5**

Question n° 3 : (1)

Au cours de la sarcoïdose, quels sont les éléments de mauvais pronostic en rapport avec l'atteinte pulmonaire ?

Réponse :

Stade radiologique III et IV **0.25**

Retentissement sévère aux explorations fonctionnelles respiratoires **0.25**

On peut accepter sans donner la totalité de la note : Insuffisance respiratoire, fibrose pulmonaire

Question n° 4 : (1.5)

Citez les mécanismes définissant la triade de Virchow impliqués dans la survenue des thromboses veineuses. Donnez un exemple pour chaque mécanisme.

Réponse :

Ralentissement de l'écoulement sanguin (Stase) Exemple : immobilisation plâtrée, allitement prolongé, Insuffisance cardiaque **0.5**

Altération de la paroi vasculaire ou facteur pariétal (Lésion) Exemple : Maladie de Behçet **0.5**

Modification de l'hémostase (hypercoagulabilité ou thrombophilie) : Les exemples sont multiples parmi les thrombophilies acquises et constitutionnelles **0.5**

Question n° 5 : (1)

Décrire les caractéristiques du déficit musculaire dans la polymyosite (PM) et dermatomyosite (DM).

Réponse :

Bilatéral 0.25

Symétrique 0.25

Prédominant sur les muscles proximaux, notamment les ceintures scapulaires et pelviennes. 0.25

Non sélectif 0.25

Question n° 6 : (1.5)

Dans le cadre de l'atteinte musculaire des PM et DM, l'atteinte de certains muscles doit être systématiquement recherchée en raison de complications possiblement mortelles.

De quelle atteinte musculaire s'agit-il ?

Quels en sont les signes fonctionnels ?

Et quelle mesure impose-t-elle ?

Réponse :

Atteinte des muscles striés pharyngés ou de la musculature pharyngo-oesophagienne **0.5**

Signes fonctionnels : dysphagie, troubles de la déglutition, régurgitations par le nez, fausses routes (Il suffit que l'étudiant ait mis un de ces signes pour avoir la totalité de la note) **0.5**

Arrêt de toute alimentation par voie orale et hospitalisation en milieu de soins intensifs **0.5**

Question n° 7 : (1)

Devant les associations de signes suivants, quel est le diagnostic le plus probable ?

Femme, 65 ans, purpura ecchymotique périorbitaire et présence de chaînes légères d'immunoglobulines monoclonales sériques.

Réponse : **Amylose AL 0.25**

Homme, 35 ans, fièvre prolongée, purpura infiltré, souffle systolique au foyer mitral et anomalies du sédiment urinaire.

Réponse : **Endocardite infectieuse 0.25**

Femme, 65 ans, antécédents d'hépatite chronique virale C, purpura et néphropathie glomérulaire.

Réponse : **Cryoglobulinémie mixte 0.25**

Homme, 75 ans, tabagique, diabétique et hypertendu, survenue d'un livédo, d'un purpura nécrotique et de gangrènes des orteils dans les suites d'une coronarographie.

Réponse :

Embolies de cristaux de cholestérol 0.25

Question n° 8 : (1.5)

Quelles sont les éléments sémiologiques qui vous permettent de retenir le diagnostic d'érythème noueux ?

Réponse :

Lésion élémentaire : nodule ou nouure 0.25

Siège de prédilection : face d'extension des jambes 0.25

Caractère sensible, aggravé par l'orthostatisme 0.25

Aspect contusifforme (couleurs de la biligénie) 0.5

Pas de séquelle 0.25

Question n° 9 : (1)

L'identification de l'amylose en microscopie optique fait appel à une technique spéciale. Quelle est cette technique et le résultat attendu ?

Réponse :

Coloration par le rouge Congo **0.5**

En lumière polarisée, la protéine amyloïde colorée par le rouge Congo apparaît vert jaune (on accepte aussi le terme biréfringence) **0.5**

Question n° 10 : (1.5)

Citez les critères de classification proposés par l'ACR pour le diagnostic de la maladie de Horton.

Réponse :

Age au début des symptômes ≥ 50 ans **0.25**

Céphalées d'apparition récente **0.25**

VS supérieure à 50 mm à la première heure **0.25**

Anomalies de l'artère temporale à la palpation (sensibilité ou diminution du pouls temporal) **0.25**

Biopsie d'artère temporale anormale montrant une vascularite caractérisée par la prédominance d'une infiltration par des cellules mononuclées ou par un granulome inflammatoire, habituellement avec des cellules géantes **0.5**

Question n° 11 : (1)

Dans le syndrome de Sjögren, la biopsie des glandes salivaires accessoires montre une infiltration lymphoplasmocytaire dont l'importance peut être évaluée par la classification de Chisholm. Expliquez le Stade IV de Chisholm.

Réponse :

Stade IV : Présence de plus d'un foyer par 4 mm² **0.5**

Un foyer est défini par l'agrégat de plus de 50 cellules rondes mononuclées **0.5**

Question n° 12 : (1.5)

Dans la classification de Chapel Hill 2012, les vascularites des vaisseaux de petit calibre sont classées en deux sous-groupes. Quels sont ces deux sous-groupes ? Donnez deux exemples pour chaque.

Réponse :

Vascularite associées aux ANCA ou pauci-immunes **0.25**

2 exemples parmi **0.25×2**

Micropolyangéite

Granulomatose avec polyangéite

Granulomatose éosinophilique avec polyangéite

Vascularite à complexes immuns **0.25**

2 Exemples parmi **0.25×2**

V à dépôt d'anticorps anti membrane basale glomérulaire (Sd de Good Pasture)

V cryoglobulinémique

V à Ig A (purpura de Henoch-Schonlein)

V urticarienne hypocomplémentique

Question n° 13 : (1.5)

Décrire brièvement les trois atteintes viscérales les plus fréquentes dans la granulomatose avec polyangéite.

Réponse :

Atteinte ORL : rhinite chronique, sinusite, otite séreuse **0.5**

Atteinte pulmonaire : infiltrats nodulaires ± excavés, hémorragie alvéolaire **0.5**

Atteinte rénale : glomérulonéphrite nécrosante rapidement progressive **0.5**

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE N°1

Madame M, 82 ans, est admise en urgence pour une prise en charge d'une phlébite de la jambe droite.

Elle est veuve depuis 10 ans, sans enfants et vit avec sa sœur. Elle a une détérioration des fonctions intellectuelles depuis 5 ans en rapport avec une maladie d'Alzheimer. La patiente est confinée au lit depuis 2 ans.

Dans ces antécédents, on trouve une HTA sous amlodipine 5 mg/j et une gonarthrose bilatérale pour laquelle une chirurgie a été indiquée mais refusée par la patiente.

L'examen trouve une patiente désorientée, un trouble évident de la mémoire avec MMSE à 14/30, une PA à 120/60 mmHg, un poids à 50 kg, une taille à 1m 60 et un œdème au niveau de la jambe droite avec diminution du ballotement du mollet. L'auscultation cardio-pulmonaire était normale. Le reste de l'examen objectivait une perte de substance non infectée de 3 cm de diamètre au niveau de la région sacrée, une amyotrophie des cuisses un enraidissement des articulations des deux genoux en flexion de 40°, une cyphose dorsale et un hallux valgus bilatéral. La marche était impossible. A la tentative de la mettre en position assise, elle avait une attitude rigide avec difficulté d'antéflexion et déjettement du tronc en arrière.

A la biologie : VS = 40 mm, CRP = 10 mg/l ; NFS : GB = 7600/mm³, Hb = 8,8 g/dl, VGM=70μ³, Plaquettes = 230000/mm³ ; Créatinémie = 100 μmol/l ; Glycémie = 5 mmol/l ; Albuminémie = 28 g/l ; TP=98% ; TCA=32 malade/30 témoin.

Question n° 1 : (1.25)

Quelles sont les 5 complications observées chez cette patiente suite à l'immobilisation prolongée ?

Réponse :

Phlébite de la jambe droite 0.25

Escarre sacrée 0.25

Dénutrition 0.25

Amyotrophie 0.25

Raideur articulaire 0.25

Question n° 2 : (0.75)

Quelles sont les causes d'immobilisation prolongée de cette patiente ?

Réponse :

La Maladie d'Alzheimer 0.25

La gonarthrose avancée 0.25

Les conditions sociales 0.25

Question n° 3 : (1)

Quelle est l'origine la plus probable de l'anémie chez cette patiente ? Justifiez votre réponse.

Réponse :

Anémie ferriprive ou carentielle 0.5

Dénutrition (BMI à 19.5 kg/m² Hypoalbuminémie à 30 g/l) 0.5

Question n° 4 : (1)

Comment expliquez-vous les troubles de la position assise chez cette patiente ?

Réponse :

Syndrome de régression psychomotrice

CAS CLINIQUE N°2

Une patiente âgée de 28 ans, consulte pour une fièvre chiffrée à 38 – 38,5 °c évoluant depuis 2 mois, associée à des arthralgies des grosses et petites articulations de type inflammatoire et une lésion cutanée érythémateuse papulo-squameuse, circonscrite, dont le centre subit une évolution atrophique, siégeant au niveau de la joue droite, faisant 1,5 cm de grand axe.

L'examen notait outre la lésion décrite, une arthrite des métacarpophalangiennes, des inter phalangiennes proximales, du coude et de la cheville gauches et des œdèmes des membres inférieurs blancs, mous et gardant le godet.

A la biologie : VS : 90 mm, CRP : 19 mg/l, créatinine :150 µmol/l, NFS : GB : 3200/mm³, Lc: 800 /mm³, Hb: 11,5 g/dl, VGM: 85 µ³, TCMH: 28 pg, Plaquettes: 240 000/ml.

Test de coombs négatif.

Protéinurie = 1.1 g/24h

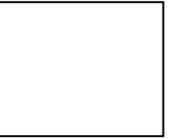
Hémocultures négatives

Radiographie du thorax : épanchement pleural droit

Radiographies des articulations = normales

Echographie cardiaque : péricardite de faible abondance

Bilan immunologique : Anticorps antinucléaires positifs à 1/1600, Anticorps anti DNA positifs.



Question n° 1 : (1)

A quoi correspond la lésion cutanée décrite dans l'observation ?

Réponse :

Lupus discoïde

Question n° 2 : (1)

Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu chez cette patiente ?

Réponse :

Lupus érythémateux systémique

Question n° 3 : (1.5)

Quel examen paraclinique doit être impérativement pratiqué ? Justifiez votre réponse.

Réponse :

Ponction biopsie rénale 0.5

Dans un but diagnostique thérapeutique et pronostic 1

Question n° 4 : (1)

Relevez dans l'observation le ou les éléments de mauvais pronostic.

Réponse :

Insuffisance rénale

Question n° 5 : (1)

Lors de son hospitalisation, la patiente a présenté des signes d'insuffisance cardiaque globale. L'ECG révélait des troubles diffus de la repolarisation. La radiographie du thorax objectivait une cardiomégalie. Les troponines étaient fortement élevées. Quelle manifestation viscérale grave suspectez-vous ?

Réponse :

Myocardite

CAS CLINIQUE N° 3

Une patiente âgée de 24 ans, sans antécédent particulier, consulte pour une douleur intermittente du membre supérieur gauche (MSG), à type de crampe, survenant lors de la sollicitation prolongée de ce membre et disparaissant rapidement à son arrêt.

A l'examen physique : Le MSG est normal à l'inspection, toutes les articulations sont libres, l'examen neurologique est normal. Le pouls radial est diminué à gauche, la PA (vérifiée à plusieurs reprises) est à 160/100 mmHg au MSD et 110/80 mmHg au MSG. A l'auscultation vasculaire : souffle sous-clavier gauche, souffle sur le trajet de l'aorte abdominale au niveau de la région sus-ombilicale. Le reste de l'examen est normal.

Le diagnostic de maladie de Takayasu est évoqué.

L'angioscanner montre :

- un épaississement diffus de la paroi de la sous-clavière gauche, ainsi qu'une sténose à ce niveau
- Sténose serrée et courte de l'aorte abdominale sus-rénale
- Anévrisme de l'aorte thoracique de 6 cm de diamètre.

Question n° 1 : (1.5)

Relevez les critères de l'ACR de la maladie de Takayasu chez cette patiente.

Réponse :

Age < 40 ans **0.25**

Claudication d'une extrémité **0.5**

Diminution du pouls radial **0.25**

Asymétrie PA **0.25**

Souffle sous clavier **0.25**

Question n° 2 : (1)

Au vu des éléments de l'examen physique, quel serait le mécanisme de l'HTA chez cette patiente ?

Réponse :

Sténose de l'aorte abdominale sus-rénale

Question n° 3 : (1)

Relevez de l'observation les signes de mauvais pronostic chez cette patiente.

Réponse :

L'hypertension artérielle 0.5

L'anévrisme 0.5

Question n° 4 : (1.5)

Quels sont les moyens thérapeutiques indiqués chez cette patiente (sans préciser la posologie) ?

Réponse :

Antiagrégants plaquettaires (pondération moindre) 0.25

Corticothérapie 0.5

Chirurgie de l'anévrisme 0.5

Angioplastie ou chirurgie de la sténose abdominale 0.25

CAS CLINIQUE N° 4

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé pour une diarrhée aqueuse parfois sanglante à raison de 4 à 5 selles/j évoluant depuis 5 jours. L'interrogatoire nous apprend en outre qu'il présente depuis 8 ans une aphtose buccale, des arthralgies des grosses articulations et un érythème noueux évoluant par poussées récidivantes. L'examen retrouvait un patient amaigri et des aphtes buccaux. L'examen de la marge anale et le toucher rectal étaient normaux. Les examens ophtalmologique et neurologique étaient sans particularités. Les explorations paracliniques mettaient en évidence une hémoglobine à 11,6g/dl, des globules blancs à 12400 elm/mm³, une CRP à 40 mg/l, une coproparasitologie des selles négative, une IDR à la tuberculine à 2mm, une échographie abdominale sans anomalies. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsie gastrique et duodénale objectivaient respectivement des aspects de gastrite et une atrophie villositaire partielle minime. La coloscopie a montré un caecum siège d'ulcérations superficielles grossièrement arrondies, à bords inflammatoires, non confluentes (séparées par de la muqueuse saine) avec à l'étude histologique de biopsies profondes, une atteinte segmentaire, avec surtout un infiltrat inflammatoire à prédominance lymphocytaire, entourant par endroits quelques petits vaisseaux.

Question n° 1 : (1)

Quels sont les deux diagnostics que vous évoquez en premier lieu ?

Réponse :

Maladie de Behçet 0.5

Maladie de Crohn 0.5

Deux jours après, on note l'apparition de lésions érythémateuses pustuleuses de 2 à 4 mm, non centrées par des poils, au niveau du dos et des cuisses.

Question n° 2 : (0.5)

Quelle est la nature de ces lésions ?

Réponse :

Pseudofolliculite

Question n° 3 : (0.5)

Dans ce contexte, quel diagnostic retenez-vous chez ce patient ?

Réponse :

Maladie de Behçet

Trois jours après la biopsie, le patient est hospitalisé en urgence dans le service de chirurgie digestive pour un syndrome abdominal aigu avec fièvre, le patient n'était alors traité que par un antispasmodique et anti diarrhéique en attendant le résultat des biopsies. Lors de l'intervention, le chirurgien, note la présence de plusieurs perforations coliques localisées essentiellement au niveau des régions des biopsies.

Question n° 4 : (1)

Quel est le mécanisme le plus probable de ces perforations ?

Réponse :

Inflammation en rapport avec une hypersensibilité à l'effraction de la muqueuse colique lors des biopsies.

On accepte aussi Vascularite qui ne sera pas comptée la totalité de la note

CAS CLINIQUE N° 5

Une patiente âgée de 45 ans est hospitalisée pour exploration d'un acrosyndrome vasculaire et d'une dyspnée d'effort. L'histoire de la maladie remonte à 6 mois marquée par la survenue d'une toux sèche, d'une dyspnée d'effort, d'épisodes de décoloration des doigts durant 1 à 2 minutes sans facteur déclenchant et d'une modification de l'aspect de la peau devenue dure, initialement au niveau des doigts et extension en 2 mois de l'atteinte au niveau des mains, des avant-bras et des bras. L'examen physique trouve une PA 125/85 mm Hg, FC 95 batt/min, un épaissement de la peau devenue implissable au niveau des doigts, dos des mains, avant-bras bras, bras et du buste, une ulcération cutanée au niveau de la pulpe de l'index gauche, une hépatomégalie, un reflux hépato jugulaire et des râles crépitants prédominant aux 2 bases pulmonaires. La radiographie du thorax montre des opacités réticulo-micronodulaires des 2 champs pulmonaires. La FOGD objective une gastropathie antrale congestive. L'échographie cardiaque montre une dilatation modérée des cavités cardiaques droites. Le bilan immunologique met en évidence des AAN à 1/320 et des Ac anti RNP, des Ac anti SSA et des Ac anti Scl 70 positifs. Le diagnostic de sclérodermie systémique est retenu.

Question n° 1 : (1.5)

De quel acrosyndrome vasculaire s'agit-il ? Relevez les arguments en faveur de son caractère secondaire.

Réponse :

Syndrome de Raynaud (0.5)

Arguments en faveur de son caractère secondaire :

Age avancé 0.25

Troubles trophiques 0.25

Absence de facteur déclenchant 0.25

Existence de manifestations associées 0.25

Question n° 2 : (1)

Réunir les arguments en faveur du diagnostic de sclérodermie systémique.

Réponse :

Syndrome de Raynaud 0.25

Sclérose cutanée 0.25

Pneumopathie infiltrante diffuse 0.25

Anticorps anti Scl 70 positifs 0.25



Question n° 3 : (1)

Quelle est la forme clinique de la sclérodermie systémique chez cette patiente ? Justifiez votre réponse

Réponse :

Sclérodermie cutanée diffuse **0.5**

Car atteinte cutanée au-dessus des coudes et touche le tronc **0.5**

Question n° 4 : (1.5)

Expliquez les mécanismes étiopathogéniques des différentes atteintes en rapport avec la sclérodermie chez cette patiente.

Réponse :

Sclérose cutanée/Pneumopathie infiltrante diffuse : Augmentation de la synthèse du collagène **0.75**

Syndrome de Raynaud : Microangiopathie sclérodermique **0.75**

Question n° 5 : (1)

Relevez les éléments de mauvais pronostic.

Réponse :

Extension rapide de l'atteinte cutanée **0.25**

Caractère concomitant entre Raynaud et sclérose cutanée (accepter aussi délai court) **0.25**

Atteinte pulmonaire **0.5**

|