

MEDECINE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

SUJET 1 :

Vous êtes un médecin aux urgences et vous recevez une femme de 37 ans pour une asthénie intense, associée à une fatigabilité globale, des céphalées, un essoufflement et des vertiges au lever. Les symptômes datent d'environ 4 mois et sont d'aggravation progressive.

L'examen clinique montre un poids à 48 kg, avec perte de 6 kilogrammes sur les 6 derniers mois (IMC à 19), une température à 37,2°C, une fréquence cardiaque à 110 battements par minute, une pression artérielle à 100/62 mmHg, et une saturation 98% en air ambiant.

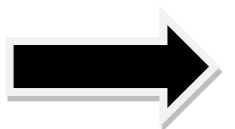
L'hémogramme est le suivant :

GLOBULES BLANCS	8,8	Giga/L
GLOBULES ROUGES	3,61	Tera/L
Hémoglobine	74	g/L
Hématocrite	0,26	L/L
VGM	67,4	fL
TCMH	19	pg
CCMH	283	g/L
PLAQUETTES	535	Giga/L
Poly Neutrophiles	78,0	%
Soit	6,8	Giga/L
Poly Eosinophiles	2	%
Soit	0,16	Giga/L
Poly Basophiles	0,5	%
Soit	0,04	Giga/L
Lymphocytes	12,7	%
Soit	1,1	Giga/L
Monocytes	8,8	%
Soit	0,77	Giga/L
RETICULOCYTES %	0,6	%
Soit	17	Giga/L



QUESTIONS 1 :

- Interprétez le bilan biologique : quelle est la principale anomalie, merci de détailler?
- D'une manière générale quelles sont les 2 causes à évoquer devant cette anomalie biologique ? Quel bilan complémentaire permettra de distinguer les deux?
- Quels sont les signes cliniques de la carence en fer?
- Quelles sont les principales causes et mécanismes de carence en fer possibles dans ce contexte?
- La patiente signale une diarrhée chronique, des ballonnements et votre bilan complémentaire révèle une carence en fer, en vitamine B9, en vitamine D et en calcium, alors que la patiente dit s'alimenter normalement : quelle maladie évoquez-vous?

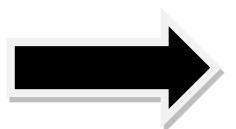


SUJET 2 :

Un patient de 72 ans consulte aux urgences pour des taches rouges apparues sur le corps il y a 3 jours (Image 1). Il présente des saignements de nez depuis ce matin. L'examen clinique montre par ailleurs une insuffisance veineuse.

Les constantes sont les suivantes : pression artérielle 120/74 mmHg, fréquence cardiaque

Image 1 :



74/min, température 37,4 °C, SaO2 98%. L'examen de la bouche est le suivant (Image 2).

Image 2 :



QUESTIONS

- Comment s'appellent les lésions dermatologiques cutanées et intrabuccales?
- Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu?
- Quel examen complémentaire réalisez-vous en urgence?

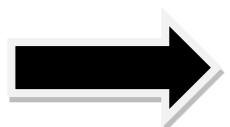
Dans les antécédents de ce patient, on note un infarctus du myocarde remontant à 3 ans avec la réalisation d'une angioplastie et la mise en place d'un stent. On retient également une fibrillation auriculaire traitée par apixaban depuis 1 an. Le patient a arrêté sa consommation tabagique depuis 3 ans et reçoit un traitement par aspirine, bisoprolol et atorvastatine.

Les résultats du bilan biologique sont les suivants : leucocytes $9800/\text{mm}^3$, Hb 145g/L, plaquettes $10\,000/\text{mm}^3$, natrémie 143 mmol/L, kaliémie 4,6 mmol/L, urémie 4 mmol/L, créatininémie $65\,\mu\text{mol/L}$, glycémie 5,7 mmol/L à jeun, protidémie à 65 g/L, ALAT 25 UI/L, ASAT 35 UI/L, GGT 43 UI/L, PAL 90 UI/L.

- Citez les principaux mécanismes pouvant rendre compte du tableau clinico-biologique?
- Quels examens complémentaires sanguins réalisez-vous pour le diagnostic étiologique?
- Réalisez-vous un myélogramme? Justifiez votre réponse.

Le bilan étiologique n'apporte pas d'explication.

- Quels sont les principes généraux de la prise en charge thérapeutique dans l'immédiat et justifiez votre attitude?



SUJET 3 :

Vous recevez en consultation une patiente de 69 ans pour des douleurs des épaules. Depuis environ 2 mois, elle décrit des scapulalgies bilatérales la réveillant deux à trois fois la nuit, associées à une raideur des épaules particulièrement importante le matin et très invalidantes. Elle éprouve de grandes difficultés pour s'habiller et se coiffer ; la plupart des gestes de la vie quotidienne sont devenus une épreuve. Les divers traitements antalgiques de niveau 2 n'ont pas montré d'efficacité. Elle se sent épuisée, mettant cette fatigue sur le compte des « mauvaises nuits » mais vous notez une perte de 2 kg le dernier mois. L'examen des épaules objective des mobilités passives difficiles, limitées par l'enraidissement, douloureuses et associées à des myalgies. La patiente ne rapporte pas de céphalées.

Ses seuls antécédents sont marqués par une hypercholestérolémie traitée par simvastatine et une cataracte non opérée.

Une échographie des épaules récemment effectuée a mis en évidence une bursite sous acromio-deltoïdienne bilatérale, sans anomalie gléno-humérale associée. Elle vous présente les résultats d'un bilan biologique réalisé 3 jours auparavant :

Hémoglobine 104 g/L, VGM $75\mu^3$, leucocytes 9900/mm³ dont 6900 polynucléaires neutrophiles, plaquettes 520000/mm³, VS 80 mm 1^{ère} heure, CRP 69 mg/L, CPK = 40 UI/L.



QUESTIONS :

- Quels éléments de l'observation ne sont pas compatibles avec une simple tendinopathie de la coiffe des rotateurs?
- Analysez les données de l'hémogramme. Quelles étiologies peuvent rendre compte de telles anomalies?
- Deux hypothèses diagnostiques principales peuvent être évoquées. Lesquelles? Laquelle vous paraît la plus probable? Citez les éléments cliniques (y compris évolutifs) ou paracliniques les plus discriminants qui plaideraient ou plaideront en faveur de chacune de ces hypothèses (maximum 3 éléments par hypothèse).
- Vous instaurez une corticothérapie orale. À quelle posologie initiez-vous ce traitement ? Qu'expliquez-vous à la patiente concernant la prise du traitement? Quels conseils diététiques lui prodiguez-vous ?

La patiente n'a jamais présenté de fracture, elle a été ménopausée à l'âge de 48 ans. Une densitométrie osseuse a été réalisée.

- Envisagez-vous des mesures complémentaires à visée osseuse? Si oui, lesquelles? Justifiez votre réponse.

Devant l'amélioration des paramètres cliniques et biologiques, la décroissance de la corticothérapie est débutée. Alors que la dose journalière de corticoïdes est de 10 mg, la patiente présente une asthénie sévère sans aucune manifestation articulaire. Vous faites contrôler le bilan biologique qui révèle un syndrome inflammatoire (CRP à 58mg/l, leucocytes 12300/mm³), alors que la CRP était normale et stable jusqu'à présent.

- Indiquez 3 hypothèses étiologiques à envisager en premier lieu? Quelle est votre attitude vis-à-vis de la corticothérapie?



SUJET 4 :

Vous voyez Mme M, 42 ans, suite à la réalisation d'un hémogramme effectué dans le cadre d'une asthénie persistante depuis plusieurs semaines. Les résultats de la Numération Formule Sanguine (NFS) sont présentés ci-dessous.

HEMOGRAMME (sang EDTA)

Nature du prélèvement : sang veineux

GLOBULES BLANCS 3,1 Giga/L

GLOBULES ROUGES 3,2 Tera/L

Hémoglobine 96 g/L

Hématocrite 36 %

Volume Globulaire Moyen 112 fL

PLAQUETTES 210 Giga/L

Réticulocytes 50 G/L

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles 44 % 1,4 G/L

Polynucléaires éosinophiles 3 % 0,11 G/L

Polynucléaires basophiles 0 % 0 G/L

Lymphocytes 47 % 1,65 G/L

Monocytes 5% 0,18 G/L

Formule contrôlée au microscope: présence de polynucléaires hypersegmentés.

QUESTIONS:

- Interprétez l'hémogramme
- Posez les questions qui vous paraissent pertinentes à l'interrogatoire à la recherche d'une cause à cette/ces anomalie(s) biologique(s)
- Quels sont les signes cliniques de la carence en vitamine B12?
- Quels sont les principaux examens biologiques utiles en première intention à l'exploration de cette/ces anomalie(s) sanguines?
- Connaissez-vous une maladie auto-immune pouvant être responsable d'un tel tableau clinico-biologique?