

MEDECINE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Les 2 dossiers cliniques sont à traiter

DOSSIER n° 1

Une femme de 75 ans, vous consulte dans un contexte de fièvre et d'amaigrissement.

Cette patiente a des antécédents d'hystérectomie avec ovariectomie bilatérale à l'âge de 41 ans. Elle a un diabète non-insulino-dépendant connu depuis 15 ans et traité par metformine. Elle signale avoir fait une chute dans la dernière année. Elle est buraliste retraitée, elle fume.

L'histoire de ses troubles remonte maintenant à deux mois avec l'apparition de céphalées temporales droites invalidantes paroxystiques s'accompagnant progressivement d'un syndrome fébrile à 37,5°C le matin et 38,5°C le soir, de douleurs articulaires des épaules et d'une claudication intermittente des mâchoires.

La patiente pèse 86 Kg pour 160 cm. La pression artérielle est à 130/70 mmHg, la température à 38°C et vous n'avez pas retrouvé d'adénomégalie, d'hépatomégalie ni de splénomégalie.

Les leucocytes étaient à 15 700/mm³ dont 10 200 polynucléaires neutrophiles et 3 200 lymphocytes. La vitesse de sédimentation était à 83 mm à la 1^{ère} heure, la CRP à 75 mg/l. Les transaminases étaient normales ainsi que la bilirubine, les gamma-GT augmentées à 3 fois la normale, les phosphates alcalines étaient à 2,5 fois la normale. La glycémie à jeun était normale.

Question 1 :

Le diagnostic de maladie de Horton est évoqué. En plus des arguments figurant dans l'observation, quels sont les deux signes d'interrogatoire et le signe clinique non cités qui doivent être recherchés systématiquement ?

Tournez S.V.P. →

Question 2 :

Alors que la patiente était convoquée le lendemain pour effectuer ses examens complémentaires, elle a présenté une baisse transitoire de l'acuité visuelle de l'œil gauche. A l'examen clinique, l'œil n'est ni rouge ni douloureux. Quels sont les deux diagnostics possibles ?

Un mois après la mise en route de la corticothérapie, alors qu'elle est rentrée chez elle depuis presque trois semaines, la malade est adressée aux urgences par son médecin traitant pour un état d'obnubilation. Son époux signale que depuis deux semaines elle a constamment soif et est de plus en plus fatiguée.

L'examen clinique retrouve un pli cutané. La muqueuse buccale est sèche. La pression artérielle est à 100/55 mmHg et la fréquence cardiaque à 110 /min. La température est de 36,9°C. La fréquence respiratoire est de 18/min. L'examen neurologique ne montre pas de signe focal.

La glycémie capillaire est à 46 mmol/l, la natrémie à 135 mmol/l, l'urée à 9,4 mmol/l et la créatinine à 133 µmol/l. La bandelette urinaire montre : glucose +++, corps cétoniques 0, protéines 0.

Question 3 :

Quel est votre diagnostic pour l'épisode actuel ?

Deux mois après la mise en route du traitement, la patiente présente une violente douleur de la fesse droite. A l'examen clinique, vous détectez des lésions érythémateuses et vésiculeuses de la fesse droite et de la face postérieure de la cuisse droite.

Question 4 :

Quel est votre diagnostic ? Quelle molécule prescrivez-vous pour le traitement étiologique ?

Question 5 :

Un mois plus tard, les douleurs se sont majorées, toujours dans le même territoire. A l'examen, les lésions sont cicatrisées. Quel est votre diagnostic ?

Tournez S.V.P. →

Question 6 :

A la suite de ces complications, la patiente vous demande si elle peut arrêter la corticothérapie Etes-vous favorable à cet arrêt ?

Question 7 :

Pour cette patiente, quelles vaccinations doivent être envisagées selon les recommandations du calendrier vaccinal ?

Question 8 :

Quelles sont les actions préventives habituelles à prendre lors d'une corticothérapie au long cours ?

DOSSIER n° 2

Un homme de 65 ans est amené par les pompiers aux urgences de l'hôpital pour une hémoptysie.

Ce patient est en arrêt de travail depuis 5 ans en raison d'une consommation abusive d'alcool. Il fume 25 cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans, il n'est pas sevré. Il a fait une primo-infection tuberculeuse à l'âge de 10 ans. Il a une cardiopathie ischémique pour laquelle 2 stents coronaires ont été mis en place il y a 4 ans. Il est traité par aspirine 75 mg par jour, statine et bêta-bloquant.

Depuis 15 jours, il a des crachats hémoptoïques intermittents. Il se dit fatigué et a perdu 5 kg dans les deux derniers mois. L'admission en urgence est motivée par une hémoptysie plus importante estimée à un demi-verre.

A l'examen, vous constatez des râles bronchiques dans le champ pulmonaire droit ; la température est à 38,2 °C, la pression artérielle est à 140/80 mmHg, la fréquence cardiaque à 72 battements par minute.

QUESTION N°1:

S'agit-t il d'une hémoptysie grave sur les éléments dont vous disposez ? Quelle en est la seule raison ?

Tournez S.V.P. →

QUESTION N°2 :

Quels sont les 2 critères cliniques qui ne sont pas précisés dans l'observation, et que vous devez rechercher pour évaluer la gravité de l'hémoptysie ?

QUESTION N°3:

Quelles sont les 3 causes les plus probables de cette hémoptysie ?

La radiographie thoracique met en évidence une opacité parenchymateuse para-hilaire droite à contours flous.

QUESTION N°4 :

En l'absence de contre-indications, quels sont les deux examens indispensables au bilan lésionnel de cette hémoptysie ?

QUESTION N°5:

Aucun élément clinique de gravité n'a été mis en évidence. Quelle est votre prise en charge en hospitalisation dans les 24 premières heures (en dehors de la programmation des examens complémentaires) ?

Trois jours après, alors que le patient n'a pas fait de récurrence d'hémoptysie, il présente un syndrome confusionnel. L'examen neurologique est par ailleurs normal.

QUESTION N°6 :

Citez 3 hypothèses parmi les plus probables dans ce contexte pour expliquer cette confusion ?

Le syndrome confusionnel sera régressif en quelques jours sous traitement symptomatique. Le diagnostic de tuberculose bacillifère est posé.

QUESTION N°7 :

Quels sont les grands principes de la prise en charge initiale de cette tuberculose bacillifère chez ce patient (surveillance exclue) ?