

uECN EN
D O S S I E R S
P R O G R E S S I F S

Les dossiers de spécialité version iECN

Dossiers transversaux

Mathieu WURTZ

Editions Vernazobres-Grego

99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

NOVEMBRE 2014 - ISBN : 978-2-8183-1274-2

Sommaire général (Aperçu des dossiers)

DOSSIER	APERCU DOSSIER CLINIQUE PROGRESSIF	DIFFICULTE	PAGE
1	Problèmes urologiques chez l'homme	2 / 3	6
2	Baisse d'acuité visuelle chez un sujet âgé	3 / 3	11
3	Pathologie pulmonaire chez un fumeur	2 / 3	17
4	Un grand vertige brutal	2 / 3	23
5	Céphalées fébriles	2 / 3	29
6	Arthralgies chez une femme de 35 ans	1 / 3	35
7	Arthralgies chez un homme de 33 ans	2 / 3	41
8	Hépatopathies alcooliques	2 / 3	47
9	Hypertension artérielle	2 / 3	53
10	Troubles de l'humeur	1 / 3	59
11	Ophthalmoplégie chez une femme jeune	2 / 3	65
12	Une granulomatose	2 / 3	71
13	Infections à répétition	3 / 3	77
14	Retard de croissance chez l'enfant	2 / 3	83
15	Un ictère fébrile	3 / 3	89
16	Faciès piriforme	2 / 3	95
17	Premières selles tardives	2 / 3	101
18	Hyperlymphocytose	2 / 3	107
19	Déficit moteur rapidement progressif	1 / 3	113
20	Hyperréactivité bronchique	2 / 3	119
21	Convulsions	1 / 3	125
22	Douleurs rachidiennes	2 / 3	133
23	Amaigrissement chez l'enfant	2 / 3	139
24	Toxoplasmose	2 / 3	146
25	Céphalées aiguës	2 / 3	151
26	Anémie	3 / 3	157
27	Douleurs épigastriques	2 / 3	163
28	Pathologie mammaire	2 / 3	169
29	Infection urinaire de l'enfant	2 / 3	175
30	Trop de globules rouges	1 / 3	181
31	Fièvre au retour de voyage	2 / 3	188
32	Palpitations	2 / 3	194
33	Une grossesse compliquée	2 / 3	199
34	Saignement de nez	2 / 3	205
35	Malaise brutal	2 / 3	211

36	Angine pseudo-membraneuse	2 / 3	217
37	Œil rouge et douloureux	2 / 3	223
38	Ptosis bilatéral	2 / 3	229
39	Loup-loup	3 / 3	235
40	Purpura chez l'enfant	3 / 3	241
41	Rectorragies	1 / 3	247
42	Hyperandrogénie	2 / 3	253
43	Brûlures graves	2 / 3	259
44	Douleur de jambe brutale	2 / 3	265
45	Alcool et cancer	3 / 3	271
46	Douleurs abdominales de l'enfant	1 / 3	277
47	Psychiatrie et post-partum	2 / 3	283
48	Intoxication médicamenteuse	2 / 3	289
49	Fièvre prolongée	3 / 3	295
50	Et pour finir...	2 / 3	301

DOS SIER	DIFFIC ULTE	ITEM PRINCIPAL ABORDE			POUR MIEUX ASSIMILER		PAGE
		UE	N°	Intitulé	Fiche synthès e	Fiche consensu s	
1	2 / 3	9	307	Problèmes urologiques chez l'homme	x	x	6
2	3 / 3	7	191	Baisse d'acuité visuelle chez un sujet âgé	-	-	11
3	2 / 3	9	306	Pathologie pulmonaire chez un fumeur	-	x	17
4	2 / 3	11	335	Un grand vertige brutal	-	x	23
5	2 / 3	6	148	Céphalées fébriles	-	x	29
6	1 / 3	7	192	Arthralgies chez une femme de 35 ans	-	-	35
7	2 / 3	8	276	Arthralgies chez un homme de 33 ans	-	-	41
8	2 / 3	8	276	Hépatopathies alcooliques	-	x	47
9	2 / 3	8	221	Hypertension artérielle	x	-	53
10	1 / 3	3	64	Troubles de l'humeur	-	-	59
11	2 / 3	4	102	Ophthalmoplégie chez une femme jeune	-	-	65
12	2 / 3	7	207	Une granulomatose	-	-	71
13	3 / 3	7	185	Infections à répétition	x	-	77
14	2 / 3	2	51	Retard de croissance chez l'enfant	-	-	83
15	3 / 3	6	163	Un ictère fébrile	x	-	89
16	2 / 3	7	188	Faciès piriforme	-	-	95
17	2 / 3	2	43	Premières selles tardives	-	x	101
18	2 / 3	9	315	Hyperlymphocytose	-	x	107
19	1 / 3	4	95	Déficit moteur rapidement progressif	-	-	113
20	2 / 3	7	184	Hyperréactivité bronchique	-	x	119
21	1 / 3	6	165	Convulsions	-	-	125
22	2 / 3	9	317	Douleurs rachidiennes	x	-	133
23	2 / 3	8	249	Amaigrissement chez l'enfant	-	-	139
24	2 / 3	2	23	Toxoplasmose	-	-	146
25	2 / 3	11	336	Céphalées aiguës	-	-	151
26	3 / 3	7	188	Anémie	x	-	157
27	2 / 3	11	353	Douleurs épigastriques	-	-	163
28	2 / 3	9	309	Pathologie mammaire	x	-	169
29	2 / 3	6	157	Infection urinaire de l'enfant	-	-	175
30	1 / 3	9	314	Trop de globules rouges	-	x	181

31	2 / 3	6	171	Fièvre au retour de voyage	-	-	188
32	2 / 3	8	240	Palpitations	-	-	194
33	2 / 3	2	23	Une grossesse compliquée	-	x	199
34	2 / 3	9	295	Saignement de nez	-	-	205
35	2 / 3	8	224	Malaise brutal	-	-	211
36	2 / 3	6	146	Angine pseudo-membraneuse	-	x	217
37	2 / 3	7	193	Œil rouge et douloureux	-	-	223
38	2 / 3	4	96	Ptosis bilatéral	-	-	229
39	3 / 3	7	190	Loup-loup	-	x	235
40	3 / 3	10	260	Purpura chez l'enfant	-	-	241
41	1 / 3	9	298	Rectorragies	x	x	247
42	2 / 3	8	242	Hyperandrogénie	-	-	253
43	2 / 3	11	329	Brûlures graves	-	x	259
44	2 / 3	8	223	Douleur de jambe brutale	-	-	265
45	3 / 3	9	300	Alcool et cancer	-	-	271
46	1 / 3	7	211	Douleurs abdominales de l'enfant	-	-	277
47	2 / 3	3	67	Psychiatrie et post-partum	-	-	283
48	2 / 3	11	332	Intoxication médicamenteuse	x	-	289
49	3 / 3	6	149	Fièvre prolongée	-	-	295
50	2 / 3	8	237	Et pour finir...	-	-	301

UE dossier clinique progressif N°

1

Problèmes urologiques chez l'homme

1 Enoncé

Un homme de 62 ans se présente chez son médecin traitant pour des difficultés mictionnelles. Il décrit une dysurie d'intensité croissante depuis quelques semaines avec une nécessité de pousser pour uriner. Il se plaint d'un jet urinaire faible et de gouttes retardataires. Il ne présente pas de signes fonctionnels urinaires irritatifs. Après un examen clinique complet, son médecin traitant décide de doser le PSA du patient qui atteint 12,3 ng/mL.

QROC 1	Par quel examen complémentaire poursuivez-vous les explorations ? (1 à 3 mots)
QROC 2	24h après la réalisation de la biopsie prostatique, le patient se plaint d'anurie malgré une intense envie mictionnelle. A l'examen clinique, vous palpez une voussure hypogastrique qui réveille chez le patient de vives douleurs pelviennes. Ses constantes sont les suivantes : PA 145/95, Fc 82, température 38,1°C, SpO2 98 % en air ambiant, FR 15/min. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Quel point majeur de l'examen clinique manque dans cette observation ? (1 à 3 mots)
QROC 3	Quel diagnostic évoquez-vous en priorité devant ce tableau clinique ? Texte libre (1 à 3 mots)
QCM 4	Quels examens complémentaires vous paraissent absolument nécessaires pour confirmer le diagnostic ? (Jusqu'à 6 réponses)
	<ul style="list-style-type: none"> A - ECG 12 dérivations B - ECBU standard C - PSA total D - Echographie rénale et des voies urinaires E - ECBU après massage prostatique F - Uro-scanner aux temps précoce et tardif G - Urée, créatinine H - Hémocultures I - spermoculture J - CRP K - Débitmétrie mictionnelle L - Numération-formule sanguine
QCM 5	Quelles mesures thérapeutiques mettez-vous en œuvre en urgence ? (Jusqu'à 4 réponses)
	<ul style="list-style-type: none"> A - Drainage des voies urinaires par néphrostomie percutanée B - Drainage des voies urinaires par sonde urinaire vésicale C - Drainage des voies urinaires par sonde urétérale double J (JJ) D - Drainage des voies urinaires par cathéter sus-pubien E - Drainage des voies urinaires par sondage aller-retour F - Antibiothérapie par fluoroquinolone orale pendant 3 semaines G - Antibiothérapie par céphalosporine de 3^{ème} génération (C3G) parentérale pendant 3 semaines H - Association d'antibiotiques comportant un aminoside intraveineux I - Traitement alphabloquant J - Restriction hydrique K - Arrêt de l'hydratation par voie orale L - Apports hydriques adaptés au volume de la diurèse des 24h

QROC 6	Quelles sont les deux complications précoces qui peuvent faire suite au drainage des voies urinaires du patient ? (2 mots)
---------------	---

QCM 7	L'épisode aigu guérit grâce à un traitement adapté. Le résultat de la biopsie prostatique montre un adénocarcinome prostatique Gleason 7 (4+3). A l'examen clinique, le médecin traitant perçoit un nodule prostatique induré et irrégulier envahissant la quasi-totalité du lobe droit de la prostate. Le PSA est à 12,3 ng/mL. Le bilan d'extension clinique et paraclinique est négatif. Quelles sont les options thérapeutiques que vous pouvez proposer au patient ? (Jusqu'à 2 réponses)
--------------	---

- A - Surveillance simple avec traitement différé
- B - Surveillance active avec traitement différé
- C - Résection trans-urétrale de prostate (TURP)
- D - Prostatectomie radicale sans curage ganglionnaire
- E - Prostatectomie radicale avec curage ganglionnaire
- F - Adénomectomie prostatique par voie sus-pubienne
- G - Radiothérapie externe conformationnelle pelvienne seule
- H - Radiothérapie externe conformationnelle pelvienne associée à l'hormonothérapie
- I - Curiethérapie (= brachythérapie)
- J - Hormonothérapie seule par agoniste de la LHRH associée à un antiandrogène (en prévention de l'effet flare-up)
- K - Chimiothérapie
- L - Ultrasons focalisés de haute intensité

QCM 8	Le patient est traité avec succès mais néglige son suivi carcinologique. 10 ans plus tard, des métastases osseuses apparaissent et motivent la mise en place d'une hormonothérapie par agonistes de la LHRH. Dans un premier temps, le PSA est indétectable mais au bout de quelques mois, celui-ci remonte pour atteindre 8,2 ng/mL puis 12,7 ng/mL. Quelles sont les hypothèses les plus probables permettant d'expliquer cette réascension du PSA ? (Jusqu'à 2 réponses)
--------------	--

- A - Effet flare-up
- B - Inobservance de l'hormonothérapie
- C - Infection intercurrente
- D - Reprise évolutive du cancer par résistance à l'hormonothérapie
- E - Erreur de mesure biologique
- F - Hausse de la fraction libre du PSA suite à une hypoalbuminémie
- G - Dénutrition protéino-énergétique

QCM 9	Quel examen paraclinique vous permettra d'identifier la cause de la réascension du PSA ? (Jusqu'à 1 réponses)
--------------	--

- A - CRP
- B - Scintigraphie corps entier au technétium 99m (99mTc)
- C - TDM abdomino-pelvienne injectée
- D - IRM pelvienne
- E - Echographie prostatique
- F - Biopsies prostatiques échoguidées transrectales
- G - Nouveau dosage du PSA
- H - Dosage du rapport PSA libre / PSA total
- I - testostéronémie
- J - Albuminémie
- K - Protidémie totale

QCM 10	Enfin, vous réalisez une testostéronémie qui s'avère être basse. Vous en concluez que votre patient respecte bien l'observance de l'hormonothérapie et que la hausse du PSA évoque plutôt une récurrence du cancer prostatique. Quelle option thérapeutique s'offre maintenant à vous ? (Jusqu'à 1 réponses)
---------------	---

- A - Poursuite de l'hormonothérapie initiale par agoniste de la LHRH
- B - Blocage androgénique complet par agoniste de la LHRH et antiandrogène
- C - Chimiothérapie par docétaxel
- D - Radiothérapie externe conformationnelle pelvienne
- E - Curiethérapie
- F - Soins palliatifs
- G - Proposition de participation à un essai thérapeutique



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
 - Dossier classique de prostatite compliquée de rétention aigüe d'urines révélant un cancer de la prostate sous-jacent.
 - Difficulté : 2/3
 - A classer en 2^{ème} position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
 - Prostatite = contre-indication absolue au sondage urinaire vésical
 - Rétention aigüe d'urines = drainage des voies urinaires en urgence + prévention du syndrome de levée d'obstacle + prévention de l'hématurie a vacuo
 - Infection nosocomiale et liée aux soins = déclaration au CLIN
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
 - Connaître par cœur le TNM et la classification de D'Amico du cancer prostatique
 - Cancer prostatique localisé = traitement curatif (chirurgie ou radiothérapie)
 - Cancer prostatique métastasé = hormonothérapie



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

	V	F	Cota tion	Commentaires, conseils et coaching	
QCM 4	A -	F	0	<ul style="list-style-type: none"> • La NFS et la CRP : recherche d'un syndrome inflammatoire biologique. • L'échographie rénale et des voies urinaires : recherche d'une dilatation des cavités pyélocalicielles et un obstacle sur les voies urinaires. • L'ECBU après massage prostatique n'est indiquée qu'en cas de prostatite chronique. Il est contre-indiqué en cas de prostatite aigüe car il risque de provoquer une bactériémie. • Le PSA : aucune valeur diagnostique (il sera de toute façon élevé en cas de prostatite) • L'urée et la créatinine : recherche d'une insuffisance rénale aiguë d'origine obstructive. 	BDGHJL
	B -	V	5		
	C -	F	0		
	D -	V	5		
	E -	F	0		
	F -	F	0		
	G -	V	5		
	H -	V	5		
	I -	F	0		
	J -	V	5		
	K -	F	0		
	L -	V	5		
QCM 5	A -	F	0	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de rétention aigüe d'urines sur prostatite, le drainage urinaire par sonde urinaire vésicale est formellement contre-indiqué. • L'antibiothérapie appropriée pour les prostatites post-biopsiques est une C3G parentérale intraveineuse et non une fluoroquinolone comme dans les prostatites classiques. En effet, au cours de la biopsie prostatique, l'antibioprophylaxie utilisée est une fluoroquinolone si bien que les prostatites post-biopsiques sont souvent dues à des germes résistants aux fluoroquinolones. • Les aminosides sont réservés aux formes sévères des prostatites ce qui n'est pas le cas chez ce patient. • La prévention du syndrome de levée d'obstacle passe par la compensation des pertes urinaires par des apports hydriques égaux au volume de la diurèse pendant 24 h. Puis, les jours suivants, on réduit progressivement les apports hydriques jusqu'à obtenir des apports hydriques normaux. 	DGIL
	B -	F	0		
	C -	F	0		
	D -	V	10		
	E -	F	0		
	F -	F	0		
	G -	V	10		
	H -	F	0		
	I -	V	5		
	J -	F	0		
	K -	F	0		
	L -	V	5		

QCM 7	A - F	0	<ul style="list-style-type: none"> Le patient présente un cancer de la prostate localisé pT2b N0 M0 Gleason 7 (4+3). Il appartient donc au groupe II de la classification pronostique de D'Amico parce que son cancer envahit plus de 50 % d'un lobe prostatique, que le PSA est entre 10 et 20 ng/mL et que le score de Gleason est de 7. Il doit donc bénéficier d'un traitement curatif : soit la chirurgie par prostatectomie radicale avec curage ganglionnaire ou bien une radiothérapie externe conformationnelle pelvienne. La radiothérapie associée à l'hormonothérapie est réservée aux stades localement avancés (stade T3 minimum). L'hormonothérapie seule est indiquée en cas de cancer prostatique métastasé. 	EG
	B - F	0		
	C - F	0		
	D - F	0		
	E - V	15		
	F - F	0		
	G - V	15		
	H - F	0		
	I - F	0		
	J - F	0		
	K - F	0		
L - F	0			
QCM 8	A - F	0	<ul style="list-style-type: none"> La progression biologique du cancer de la prostate est définie comme la hausse du PSA à 2 reprises sur 2 dosages successifs. La hausse du PSA ne peut s'expliquer que de 2 manières : <ul style="list-style-type: none"> Inobservance de l'hormonothérapie Reprise évolutive du cancer par résistance à l'hormonothérapie 	BD
	B - V	15		
	C - F	0		
	D - V	15		
	E - F	0		
	F - F	0		
	G - F	0		
QCM 9	A - F	0	<ul style="list-style-type: none"> La testostéronémie est le reflet de l'observance de l'hormonothérapie par agonistes de la LHRH. Le dosage de la testostéronémie permet de réaliser le diagnostic différentiel entre les 2 causes pouvant expliquer la hausse du PSA : <ul style="list-style-type: none"> En cas d'inobservance de l'hormonothérapie par agonistes de la LHRH, la testostérone sera élevée. En cas de reprise évolutive du cancer par résistance à l'hormonothérapie, la testostérone sera basse. 	I
	B - F	0		
	C - F	0		
	D - F	0		
	E - F	0		
	F - F	0		
	G - F	0		
	H - F	0		
	I - V	30		
	J - F	0		
	K - F	0		
QCM 10	A - F	0	<ul style="list-style-type: none"> En cas de progression biologique du cancer de la prostate, le traitement de 1^{ère} intention est l'adjonction d'un anti-androgène à l'agoniste de la LHRH (= blocage androgénique complet) avec comme objectif une testostéronémie < 1ng/mL et un PSA < 4 ng/mL. La chimiothérapie n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement hormonal. 	B
	B - V	30		
	C - F	0		
	D - F	0		
	E - F	0		
	F - F	0		
	G - F	0		
180		Total QCM		

	Réponses	Cota tion	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	<ul style="list-style-type: none"> biopsies prostatiques échoguidées transrectales 	10 10 10	<ul style="list-style-type: none"> Le PSA > 4 ng/mL est une indication à réaliser des biopsies prostatiques échoguidées transrectales à la recherche d'un cancer prostatique. Les autres causes de hausse du PSA sont l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP), la prostatite aiguë ou chronique, les manœuvres endo-urétrales, le massage prostatique.
QROC 2	<ul style="list-style-type: none"> toucher rectal 	30	<p>Les caractéristiques du TR lors d'une prostatite sont les suivantes : prostate chaude, douloureuse, augmentée de volume, molle, succulente. Le caractère rénitent doit faire craindre un abcès prostatique.</p> <p>Le TR permet également de rechercher un globe urinaire.</p>
QROC 3	<ul style="list-style-type: none"> prostatite nosocomiale post-biopsique 	10 10 10	<ul style="list-style-type: none"> Les principales complications des biopsies prostatiques sont : prostatite aiguë, septicémie, rétention aiguë d'urines, rectorragies, hématurie, hémospémie, sténose urétrale, urétrorragies. Une infection nosocomiale est définie comme une infection acquise dans une structure de soins et qui n'était ni présente, ni en incubation à l'admission.

QROC 6	<ul style="list-style-type: none"> • syndrome de levée d'obstacle • hématurie a vacuo 	15 15	<ul style="list-style-type: none"> • Le syndrome de levée d'obstacle correspond à une hyperdiurèse osmotique qui peut se compliquer d'une déshydratation extracellulaire majeure. On la prévient en compensant les pertes urinaires par des apports hydriques égaux au volume de la diurèse pendant 24 h. Puis, les jours suivants, on réduit progressivement les apports hydriques jusqu'à obtenir des apports hydriques normaux. • L'hématurie a vacuo est prévenue par un drainage progressif des urines (clampage du cathéter sus-pubien après drainage de 500 mL).
		120	Total QROC



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	9	307	Tumeurs de la prostate
Questions accessoires	6	157	Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte
	5	121	Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé
	9	291	Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHÈSE (POINTS CLES UE POUR MIEUX REpondre AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Les modalités techniques de réalisation des biopsies prostatiques font l'objet de recommandations :

- Biopsies prostatiques échoguidées transrectales
- Après ECBU stérile
- Après information du patient sur les complications du geste (prostatite, rétention aiguë d'urines...)
- Avec antibioprofylaxie par fluoroquinolone
- Sous anesthésie locale
- Après préparation rectale
- Réaliser 12 biopsies (6 par lobe)
- Avec examen anatomopathologique
- Détermination du pTNM et du score de Gleason

Les indications de traitement dans le cancer prostatique découlent directement du stade TNM et du groupe pronostique de D'Amico dans lequel se trouve le patient. Il est absolument indispensable de connaître par cœur ces 2 classifications pour répondre aux questions thérapeutiques.

FICHE CONSENSUS (CONFÉRENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

HAS mai 2013

Détection précoce du cancer de la prostate : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS).

Les modalités de dépistage du cancer de la prostate ont changé en 2013. La HAS ne recommande plus le dosage de PSA et le toucher rectal annuel à partir de 50 ans.

Le dosage de PSA et le toucher rectal ne sont effectués qu'en cas de :

- Pathologie génito-urinaire
- Symptomatologie osseuse