

CONCOURS BLANC PHBMR**31 MAI 2018****UE90-DOSSIERS BIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES****5 DBT - Cotation 60 points chacun - Durée 3 heures****DBT N°1 / COPIE BLEUE**

Madame T, 67 ans, sans antécédent particulier et vivant à son domicile, consulte aux urgences pour des douleurs au niveau des fosses lombaires dans un contexte fébrile à 38,7°C bien tolérée. Lors de son interrogatoire, elle rapporte des signes de dysurie et de brûlures mictionnelles depuis 2 jours. L'examen clinique ne rapporte pas de signe de gravité.

Il est réalisé aux urgences une bandelette urinaire dont les résultats sont les suivants : Nitrites 3+ / Leucocytes 3+ / Sang 1+ / Protéine 1+ / Glucose absence.

Sur la base de ces premiers éléments, il lui sera prescrit un Examen Cytobactériologique des Urines et des hémocultures ainsi qu'un bilan biologique dont voici les principaux résultats :

Se CRP : 258 mg/L

Sg Leucocytes 21,4 G/L (dont 19,5 G/L polynucléaires neutrophiles)

Sg Plaquettes 580 G/L

Examen cytbactériologique des urines :

Leucocytes : 10^6 /ml

Hématies : 10^3 /ml

Examen direct après coloration de Gram : présence de nombreux bacille à Gram négatif

Hémocultures : stériles

QUESTION n°: 1

Interprétez le bilan biologique et microbiologique.

QUESTION n°: 2

De quoi souffre Mme T ? Quelle est l'étiologie la plus probable ? Justifier vos réponses.

QUESTION n°: 3

Quel sera le traitement de première intention qui devra être administré à Mme T ? Préciser les modalités de son d'administration

QUESTION n°: 4

Quel est l'objectif de la prescription d'hémocultures ? Si elles avaient été positives quelle aurait été la modification de prise en charge cette patiente ?

QUESTION n°: 5

Décrire les modalités du prélèvement d'une hémoculture.

QUESTION n°: 6

L'ECBU mettra en évidence une bactérie sensible à toutes les classes d'antibiotiques. Son médecin traitant vous appelle pour un conseil sur un relai administrable par voie orale. Quel serait votre conseil sur le choix de la molécule et les modalités de son administration ?

DBT N°2 / COPIE VERTE

A l'occasion d'un don du sang, le diagnostic d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est posé pour Mademoiselle H.

QUESTION 1 :

Quels sont les différents modes de transmission de l'infection par le VIH ?

QUESTION 2 :

Quels examens classiques ont été réalisés chez la patiente pour poser le diagnostic d'infection par le VIH ? Que mettent-ils en évidence ?

Un bilan biologique est alors réalisé et les résultats sont les suivants :

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| - Lymphocytes T CD4 : | 450/mm ³ |
| - ARN VIH-1 : | 150 000 copies/mL |
| - Anticorps anti-VHC : | négatif |
| - Anticorps anti-VHA (IgM + IgG) : | négatif |
| - Anticorps anti-HBc (IgM + IgG) : | négatif |
| - Antigène HBs : | négatif |
| - Anticorps anti-HBs : | positif |

QUESTION 3 :

Commentez les résultats du bilan biologique. Pourquoi les sérologies des hépatites virales B et C ont-elles été réalisées ?

Le bilan est ensuite complété par un sous-typage du virus, un test génotypique de résistance et la recherche de l'allèle HLA-B*5701.

QUESTION 4 :

Quels sont les intérêts respectifs de ces tests ?

La thérapeutique suivante est prescrite à Mademoiselle H. : elvitegravir / cobicistat / tenofovir alafénamide / emtricitabine : 1 comprimé/jour.

QUESTION 5 :

Quel(s) est (sont) le (les) critère(s) d'initiation du traitement antirétroviral chez Mademoiselle H. ?

Quels sont les objectifs généraux du traitement pour cette patiente ?

Quel sera le suivi biologique mis en place pour évaluer l'efficacité de la thérapeutique chez cette patiente ?

Précisez les valeurs attendues.

QUESTION 6 :

A quelles classes d'antirétroviraux appartiennent les médicaments prescrits à la patiente ? Quelles sont les autres classes d'antirétroviraux disponibles ? Citez un représentant de chaque classe.

QUESTION 7 :

Justifiez l'association elvitegravir / cobicistat.

QUESTION 8 :

Quelles sont les similitudes et les différences entre le ténofovir alafénamide et le ténofovir disoproxil, en termes de pharmacocinétique et de tolérance ?

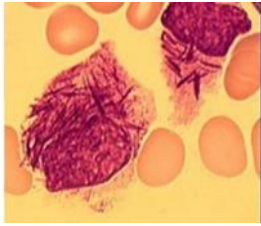
DBT N°3 / COPIE ROSE

Mr P, 67 ans, a été traité par radiothérapie il y a 2 ans pour un cancer de la prostate. Il est maintenant sous hormonothérapie et son PSA s'est normalisé. Il est de plus traité par Kerlone® (bétaxolol) pour une hypertension qui est stabilisée par le traitement. Depuis un mois, il ressent une asthénie importante, présente une dyspnée d'effort et des ecchymoses importantes sur tout le corps, en absence de choc. Il présente de plus des épistaxis et des gingivorragies d'apparition récente. Son médecin traitant lui prescrit un bilan sanguin qui montre les résultats suivants :

Les résultats sont les suivants :

- Hématies	2,11 T/L	
- Hémoglobine	76 g/L	
- Hématocrite	0,21	
- Plaquettes	7 G/L	
- Leucocytes	3,8 G/L	
o Polynucléaires neutrophiles		12 %
o Polynucléaires éosinophiles		0 %
o Polynucléaires basophiles		0 %
o Lymphocytes		14%
o Monocytes		10 %
o Cellules « immatures »		64 %

Le laboratoire appelle le médecin prescripteur et indique que ces premiers résultats doivent être confirmés par un laboratoire hospitalier. Le bilan d'entrée lors de l'hospitalisation confirme les premiers résultats de la numération et de la formule sanguine. Les cellules immatures sont de grande taille et ont une morphologie très particulière (cf image).



Aspect en microscope optique des cellules immatures

Un bilan de coagulation est ajouté, qui montre les résultats suivants :

- Taux de prothrombine	60%
- Temps de céphaline avec activateur (ratio)	1,35
- Fibrinogène	0,8 g/L
- D-Dimères	24 364 mg/L (VU: < 0,5mg/L)

VU : valeurs usuelles

QUESTION 1 :

Indiquez les anomalies du bilan biologique. Décrivez les principales caractéristiques hématologiques des cellules immatures présentées.

QUESTION 2 :

Quel diagnostic semble le plus probable ? Justifier votre réponse

QUESTION 3 :

Quels sont les examens complémentaires à effectuer pour préciser le pronostic ?

Un caryotype médullaire a été effectué et montre l'existence d'une t(15:17).

Qu'en concluez-vous ?

QUESTION 4 :

Quel traitement peut être proposé au patient? Pour chaque molécule préciser les principaux effets indésirables spécifiques.

Quel est le pronostic de cette pathologie avec ce traitement ?

QUESTION 5 :

En cas d'échec de ce traitement, quelle autre alternative thérapeutique peut-être proposée ?

DBT N°4 / COPIE JAUNE

Mme P, 45 ans, se plaint depuis environ 2 mois de douleurs articulaires au niveau des mains qui la handicapent de plus en plus dans ses activités quotidiennes. Le médecin suspecte une connectivite mais hésite entre la polyarthrite rhumatoïde et le lupus.

QUESTION 1 :

Quelles sont les principales caractéristiques de l'atteinte articulaire dans chacune de ces deux pathologies?

QUESTION 2 :

Citer les examens immunologiques prescrits par le médecin pour l'aider dans le diagnostic différentiel ainsi que les principales caractéristiques de ces marqueurs dans les deux contextes pathologiques.

Finalement, après analyse des résultats de laboratoire, le médecin prescrit du méthotrexate à raison de 15 mg/semaine.

QUESTION 3 :

Quel est le diagnostic le plus probable ? Précisez vos arguments.

QUESTION 4 :

Après avoir précisé la classe thérapeutique, donnez le mécanisme d'action du méthotrexate.

5 ans plus tard, Mme P répondant de plus en plus mal au méthotrexate, le médecin envisage de lui prescrire une biothérapie antagoniste du TNF α .

QUESTION 5 :

Citer les 5 biothérapies anti-TNF α qui ont l'AMM dans cette indication, en précisant leur structure. Concernant le bilan pré-thérapeutique d'une biothérapie, quelle est la principale infection redoutée et comment l'explore-t-on ?

DBT N°5 / COPIE SAUMON

Madame L., jeune femme de 24 ans, nullipare, consulte pour un retard de règles. Le médecin confirme la grossesse. L'échographie est cohérente avec la notion d'une aménorrhée de 6 semaines. Ses examens biologiques obligatoires et/ou recommandés montrent qu'elle est immunisée vis-à-vis de la rubéole et de l'hépatite B, son dépistage VIH est négatif et son groupe sanguin est O rhésus positif. La sérologie de toxoplasmose est négative : recherche des Immunoglobulines totales par hémagglutination : négative ; recherche d'IgG (technique ELISA) inférieure à 2 UI/mL (seuil de positivité = 4UI/mL), recherche des IgM (technique ISAGA) négative.

QUESTION 1:

Pourquoi la technique ISAGA est-elle plus sensible que la technique ELISA pour la recherche des anticorps spécifiques de l'agent de la toxoplasmose?

QUESTION 2 :

Concernant la toxoplasmose, quelles sont les informations, recommandations et prescriptions que vous devez lui prodiguer?

QUESTION 3 :

Donner le principe général de la technique d'hémagglutination.

A la 20ème semaine d'aménorrhée, le biologiste signale une apparition d'IgM spécifiques du toxoplasme, puis 10 jours plus tard, une nouvelle sérologie montre l'apparition d'IgG spécifiques.

QUESTION 4 :

Comment interprétez-vous ces résultats ?

Quelles informations allez-vous délivrer à cette patiente et quelles seront les répercussions, en termes de prise en charge, pour Mme L. ?

Tous les résultats concernant la prise en charge de Mme L. et de son fœtus sont négatifs. La grossesse est poursuivie jusqu'au terme, sans souci concernant la toxoplasmose.

QUESTION 5 :

Quels sont les anticorps maternel qui passent la barrière transplacentaire pour se retrouver dans la circulation fœtale ?

QUESTION 6 :

Quelle conduite adopter pour le nouveau-né ? Discuter les différents scénarios.

Quel est le risque pour une seconde grossesse ?