

CONCOURS BLANC PHBMR**19 OCTOBRE 2017****UE94-DOSSIERS BIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES****5 DBT - Cotation 60 points chacun - Durée 3 heures****DBT N°1**

M B. âgé de 65 ans consulte pour des douleurs au niveau du rachis dorso-lombaire qui persistent depuis plus d'un mois et qui ne régressent pas par la prise de doses croissantes de paracétamol.

L'interrogatoire du patient rapporte une soif inhabituelle et la nécessité de se lever plusieurs fois la nuit pour uriner. La pression artérielle est à 115/70 mm Hg en position couché et à 90/50 mm Hg en position debout. La fréquence cardiaque est régulière à 90 battements par minute.

Un bilan biologique est prescrit et donne les résultats suivants :

- Hémoglobine :	92 g/L
- Plaquettes :	400 G/L
- Leucocytes :	6,5 G/L
-PI Sodium :	139 mmo/L
-PI Potassium :	5,2 mmol/L
-PI Bicarbonate :	18 mmol/L
-PI Calcium :	3,00 mmol/L
-PI Urée :	25 mmol/L
-PI Créatinine :	310 µmol/L
-PI Glucose :	4,5 mmol/L
-Se Protéines :	88 g/L
-Se Albumine :	36 g/L

QUESTION 1 :

Quelles sont les principales causes de polyuro-polydipsie que vous connaissez ?

QUESTION 2 :

Laquelle de ces causes retenez-vous chez M B. ?

QUESTION 3 :

En fonction de votre réponse à la question 2 et des signes cliniques, quel est l'état de la fonction rénale (argumenter votre réponse) ?

Quel traitement sera instauré en urgence ?

QUESTION 4 :

Les radiographies de rachis mettent en évidence une lésion lytique au niveau des vertèbres dorsales.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

QUESTION 5 :

Des examens complémentaires donnent les résultats suivants :

Présence d'un pic monoclonal à l'électrophorèse des protéines sériques

Protéinurie : 2 g/L

Bandelette urinaire : négative

Quel diagnostic est maintenant le plus probable ?

Comment expliquez-vous la dissociation entre la protéinurie et la bandelette ?

Quels autres complémentaires confirmeront ce diagnostic ?

DBT N°2

Madame A, 77 ans, consulte son médecin traitant pour douleurs mictionnelles, dysurie, sans fièvre ni douleur lombaire. La bandelette urinaire montre :

Nitrites 2+ / leucocytes 3+ / protéine 1+ / glucose absence

Il lui est alors prescrit un traitement par ofloxacine monodose

QUESTION n°: 1

De quoi souffre Mme A ? Justifier votre réponse.

QUESTION n°: 2

A quelle famille d'antibiotique appartient l'ofloxacine ?

Préciser son mécanisme d'action et ses effets indésirables.

QUESTION n°: 3

Dans quelles situations le traitement monodose n'est-il pas recommandé ?

Madame A, 77 ans, consulte aux urgences 3 jours plus tard pour une persistance et une aggravation des signes cliniques urinaires accompagnés de douleurs des fosses lombaires dans un contexte fébrile à 38,5°C. La conclusion inscrite dans son dossier médical évoque un échec de la prise en charge initiale.

Un bilan biologique est prélevé dont voici les principaux résultats :

Se CRP : 140 mg/L

Sg Leucocytes : 14,9 G/L (dont 13,5 G/L polynucléaires neutrophiles)

Sg Plaquettes : 580 G/L

Examen cytobactériologique des urines :

Leucocytes : 10^6 /ml

Hématies : 10^2 /ml

Culture : présence d'*Escherichia coli* $>10^5$ /ml

QUESTION n°: 4

Interprétez le bilan biologique et microbiologique. Quelle est votre nouvelle hypothèse diagnostique ?

QUESTION n°: 5

Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) pour expliquer cet échec thérapeutique ?

QUESTION n°: 6

Quelle est l'antibiothérapie de première intention prescrite pour la prise en charge initiale de ce type d'infection et les modalités de son administration ?

DBT N°3

Mme V, 43 ans, sans antécédent médicaux particuliers, est conduite au Urgences de l'Hôpital en raison d'un accident de voiture bénin. En effet, elle a perdu le contrôle de son véhicule et est sortie de la route.

Elle ne présente pas de blessure, ni fièvre mais elle se plaint de douleurs à l'hypochondre gauche, sans doute provoquées par la ceinture de sécurité.

Pour ne pas méconnaître une lésion au niveau de la rate, une numération-formule sanguine est effectuée, qui montre les résultats suivants :

- Hématies	5,22 T/L	
- Hémoglobine	153 g/L	
- Hématocrite	0,46	
- Plaquettes	512 G/L	
- Leucocytes	13,8 G/L	
o Polynucléaires neutrophiles		41 %
o Polynucléaires éosinophiles		1 %
o Polynucléaires basophiles		5 %
o Lymphocytes		20 %
o Monocytes		7 %
o Métamyélocytes		4 %
o Myélocytes		14 %
o Promyélocytes		3 %
o Blastés		5 %

De plus, l'échographie abdominale révèle un hypersplénisme important. Le bilan biochimique hépatique réalisé est normal et la CRP est négative.

QUESTION 1 :

Indiquez les anomalies du bilan biologique en vous référant aux valeurs usuelles.

QUESTION 2 :

Quel diagnostic semble le plus probable ? Justifier votre réponse

QUESTION 3 :

Quels sont les examens complémentaires à effectuer pour confirmer ce diagnostic ?

QUESTION 4 :

Quel type de traitement est actuellement préconisé en première intention ?

Expliquer le mécanisme d'action de cette classe de médicament. Indiquer les différentes molécules qui ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et pour chaque molécule préciser les principaux effets indésirables spécifiques.

DBT N°4

Deux ans après avoir subi l'ablation d'un adénome pituitaire hypersecréteur d'ACTH, un patient revient en consultation pour une rechute d'hypercorticisme réapparu quatre mois auparavant.

Une nouvelle opération transnasale est décidée pour exciser la tumeur récidivante. Au cours de l'opération, une fuite de LCR est détectée et la fermeture de la selle turcique par voie sphénoïdale est aussitôt décidée. Toutefois, la fuite de LCR persiste après l'opération et l'hypercorticisme n'est pas réduit avec un cortisol > 750µg/L. Une prophylaxie (cefuroxime) est mise en place.

Durant le premier mois après la réopération, un épisode infectieux positif à *Staphylococcus epidermidis* et *Acinetobacter baumannii* résistants aux oxacillines conduit à une modification du traitement (méro pénem vancomycine puis ceftazidime).

Un mois plus tard le patient revient en consultation pour plusieurs épisodes d'hyperpyrexie accompagnés de raideur de la nuque. Le LCR est trouble. Il présente des leucocytes à 4869/mm³ (92% de neutrophiles, 8% de monocytes), une protéinorachie à 5,58 g/L et une glycorachie à 0,5 mmol/L. Un traitement ceftazidime et vancomycine, repris empiriquement pendant 2 semaines, n'améliore pas l'état du patient. Des tests complémentaires sont donc réalisés à la suite desquels un traitement antifongique est proposé. L'apparition de crises aiguës d'épilepsie et de délires nécessitent la modification du traitement précédent. Le nouveau traitement permet la normalisation du LCR au bout de 2 semaines.

QUESTION 1 :

Préciser le contexte du cas et citer les facteurs de risques infectieux associés.

QUESTION 2 :

Diagnostic différentiel d'une infection fongique.

QUESTION 3 :

Nommer la pathologie infectieuse décrite.

QUESTION 4 :

Quels organismes peuvent en être responsables? Diagnostic différentiel?

QUESTION 5 :

Quels tests complémentaires proposer afin d'identifier l'organisme impliqué? Quels résultats attendus?

QUESTION 6 :

A propos des traitements antifongiques, préciser les traitements successifs mis en œuvre. Justifier.

DBT N°5

Monsieur R., toxicomane IV occasionnel lors de soirées alcoolisées, consulte pour une fièvre à 38,5 °C depuis plus d'un mois. À l'examen clinique, il présente un herpès labial et une candidose oro-pharyngée persistante. Des adénopathies axillaires volumineuses sont décelées.

La numération sanguine suivante est obtenue :

Leucocytes :	3,2 G/L
Lymphocytes T CD4+ :	0,364 G/L
Lymphocytes T CD8+ :	0,410 G/L
Plaquettes :	55 G/L

Plusieurs sérologies ont été réalisées, voici les résultats :

VIH-1 : positive

VHA : négative

VHB : antigène HBs -, anticorps anti-HBc - et anticorps anti-HBs -

VHC : positive (sur 2 prélèvements sanguins)

VHE : négative

CMV : positive (IgG)

EBV : positive (IgG)

QUESTION 1 :

Quels sont les éléments cliniques évocateurs d'une immunodépression ?

QUESTION 2 :

Commentez les résultats des examens biologiques. Quelle est votre hypothèse ?

QUESTION 3 :

Quelle est la stratégie de dépistage classique de l'infection par le virus de l'hépatite C ?

Le bilan de Monsieur R. a été complété :

Charge virale VHC :	positive
	Génotype 1
ASAT:	103 UI/L
ALAT:	97 UI/L
GGT:	51 UI/L

Score Métavir : A1F1

QUESTION 4 :

Commentez ces derniers résultats biologiques. Que concluez-vous ?

QUESTION 5 :

Quelle(s) est (sont) la (les) pathologie(s) infectieuse(s) présentée(s) par Monsieur R. pour laquelle (lesquelles) un traitement doit être instauré ? Justifiez.

Le traitement suivant est mis en place : dolutegravir + abacavir + lamivudine (Triumeq®), 1 comprimé par jour.

QUESTION 6 :

Quelles sont les classes thérapeutiques des principes actifs du Triumeq® ? Quels sont les objectifs de cette prise en charge thérapeutique ? Quel examen est nécessaire avant toute prescription d'abacavir ? Précisez son interprétation.

Neuf mois après le début du traitement par Triumeq® (dolutegravir + abacavir + lamivudine), le traitement suivant est instauré : sofosbuvir + velpatasvir (Epclusa®), 1 comprimé par jour pendant 3 mois.

QUESTION 7 :

Quelles sont les classes thérapeutiques des principes actifs de l'Epclusa® ? Quels sont les objectifs de cette prise en charge thérapeutique ? Sur quels géotypes viraux l'association sofosbuvir + velpatasvir est-elle efficace ? Quel critère permet d'évaluer l'efficacité de la prise en charge ?

QUESTION 8 :

Quelle doit être la conduite à tenir pour Monsieur R. concernant le virus de l'hépatite B ?