



Tous les dossiers de cette conférence ont été relus par des enseignants hospitalo- universitaires de la spécialité.

Le contenu de cette conférence (oral et écrit) ne reflète en rien la position ni du jury national des EDN/ECOS, ni du conseil scientifique de médecine du centre national des concours d'internats, ni des collèges d'enseignants ni de la conférence des doyens des facultés de médecine.

Ces instances n'approuvent ni ne désapprouvent le contenu de cette conférence. Cette conférence ne préjuge pas des réponses à apporter lors d'une future session du concours, selon le principe constant de souveraineté des jurys.

TACFA Rhumatologie

Session 2024

Cas clinique 1

Mme Y 39 ans consulte pour des douleurs des 2 poignets et de l'ensemble des doigts des 2 mains et du genou gauche évoluant depuis 2 mois.

Ces douleurs sont présentes le matin au réveil et la réveillent la nuit.

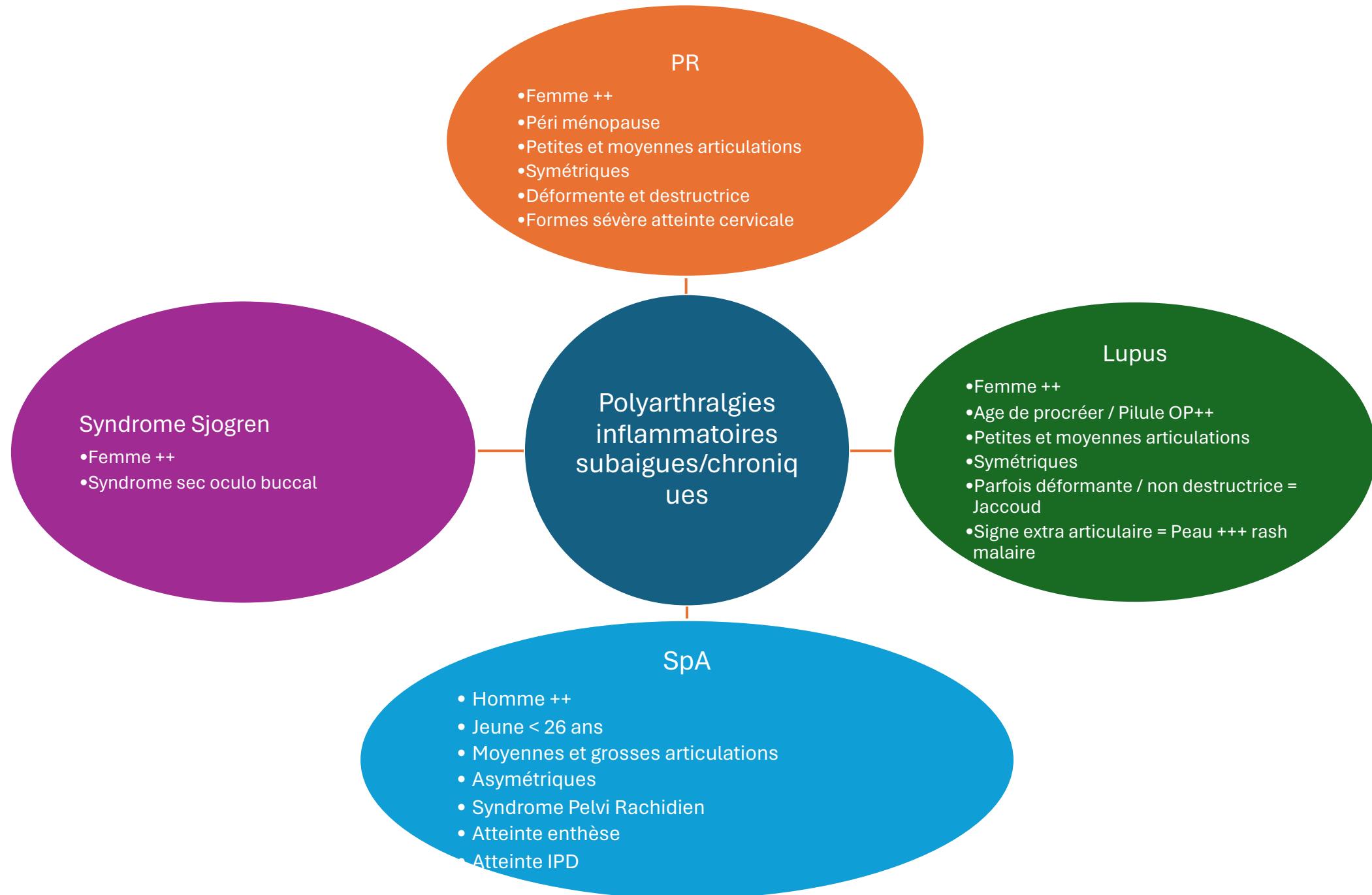
Elle n'a aucun antécédent personnel. Elle est sous pilule oestroprogestative.

QCM 1 Cochez la/les bonne(s) réponse(s)

- A. Il s'agit d'un tableau de polyarthralgies asymétriques
- B. Les douleurs touchent essentiellement les moyennes articulations
- C. Le tableau clinique pourrait s'intégrer dans le cadre d'un lupus systémique
- D. Le tableau pourrait s'intégrer dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde
- E. Le tableau clinique pourrait s'intégrer dans le cadre d'une pseudo polyarthrite rhizomélique

Pas à pas

Terrain	Symptômes	Articulations touchées
Femme 39 ans Pilule OP	Polyarthralgies Subaigues Inflammatoires	Plusieurs petites (doigts) = MCP IPP Moyennes =2 poignets 1 grosse articulation = Genou Symétriques



Arguments lupus

Terrain	Symptômes	Articulations touchées
Femme 39 ans Pilule OP	Polyarthralgies Subaigues Inflammatoires	Plusieurs petites (doigts) = MCP IPP Moyennes =2 poignets 1 grosse articulation = Genou Symétriques

Arguments PR

Terrain	Symptômes	Articulations touchées
Femme 39 ans Pilule OP	Polyarthralgies Subaigues Inflammatoires	Plusieurs petites (doigts) = MCP IPP Moyennes =2 poignets 1 grosse articulation = Genou Symétriques

QCM 1 Cochez la/les bonne(s) réponse(s)

- A. Il s'agit d'un tableau de polyarthralgies asymétriques
- B. Les douleurs touchent essentiellement les moyennes articulations
- C. Le tableau clinique pourrait s'intégrer dans le cadre d'un lupus systémique**
- D. Le tableau pourrait s'intégrer dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde**
- E. Le tableau clinique pourrait s'intégrer dans le cadre d'une pseudo polyarthrite rhizomélique

QCM 2 parmi les éléments anamnestiques cliniques et paracliniques suivants lesquelles vous orientent vers un lupus ? (5 réponses attendues)

- A. Alopécie cicatricielle
- B. Papules de Gotron
- C. Présence de mégacapillaires
- D. Scléroductylie
- E. Douleur thoracique soulagée a l'antéflexion
- F. Pneumopathie interstitielle diffuse en radiographie standard
- G. Prise de pilule oestroprogestative
- H. Nodules en face externe des coudes et des doigts
- I. Syndrome de Raynaud
- J. Rash malaire
- K. Atteintes des articulations inter phalangiennes distales
- L. Présence d'un coup de vent cubital irréductible
- M. Positivité des anticorps anti-CCP
- N. Positivité du facteur rhumatoïde
- O. Présence d'érosions
- P. Tabagisme actif
- Q. Sexe masculin

QCM 2 parmi les éléments anamnestiques cliniques et paracliniques suivants lesquelles vous orientent vers un lupus ? (5 réponses attendues)

- A. Alopécie cicatricielle
- B. Papules de Gotron
- C. Présence de mégacapillaires
- D. Scléroductylie
- E. Douleur thoracique sous sternale
- F. Pneumopathie interstitielle non standard
- G. Prise de pilule oestrogénique
- H. Nodules en face externe des coudes et des doigts
- I. Syndrome de Raynaud
- J. Rash malaire
- K. Atteintes des articulations inter phalangiennes distales

Question de cours !
Connaitre et reconnaître ...

QCM 2 parmi les éléments anamnestiques cliniques et paracliniques suivants lesquelles vous orientent vers un lupus ? (5 réponses attendues)

- A. Alopécie cicatricielle (**lupus cutané chronique**)
- B. Papules de Gotron (**dermatomyosite**)
- C. Présence de mégacapillaires **sclérodermie**
- D. Scléroductylie **sclérodermie**
- E. Douleur thoracique soulagée a l'antéflexion **pericardite**
- F. Pneumopathie interstitielle diffuse en radiographie standard
- G. Prise de pilule oestroprogestative
- H. Nodules en face externe des coudes et des doigts
- I. **Syndrome de Raynaud**
- J. **Rash malaire**
- K. Atteintes des articulations inter phalangiennes distales
- L. Présence d'un coup de vent cubital irréductible **PR**
- M. Positivité des anticorps anti-CCP **PR**
- N. Positivité du facteur rhumatoïde **PR**
- O. Présence d'érosions **PR**
- P. Tabagisme actif **PR**
- Q. Sexe masculin **SpA**

QCM 3 parmi les éléments anamnestiques cliniques et paracliniques suivants lesquelles vous orientent vers une polyarthrite rhumatoïde? (5 réponses attendues)

- A. Alopécie cicatricielle
- B. Papules de Gotron
- C. Présence de mégacapillaires
- D. Scléroductylie
- E. Douleur thoracique soulagée a l'antéflexion
- F. Pneumopathie interstitielle diffuse en radiographie standard
- G. Prise de pilule oestroprogestative
- H. Nodules en face externe des coudes et des doigts
- I. Syndrome de Raynaud
- J. Rash malaire
- K. Atteintes des articulations inter phalangiennes distales
- L. Présence d'un coup de vent cubital irréductible
- M. Positivité des anticorps anti DNA natif
- N. Positivité du facteur rhumatoïde
- O. Présence d'érosions osseuses
- P. Tabagisme actif
- Q. Sexe masculin

Présentation PR

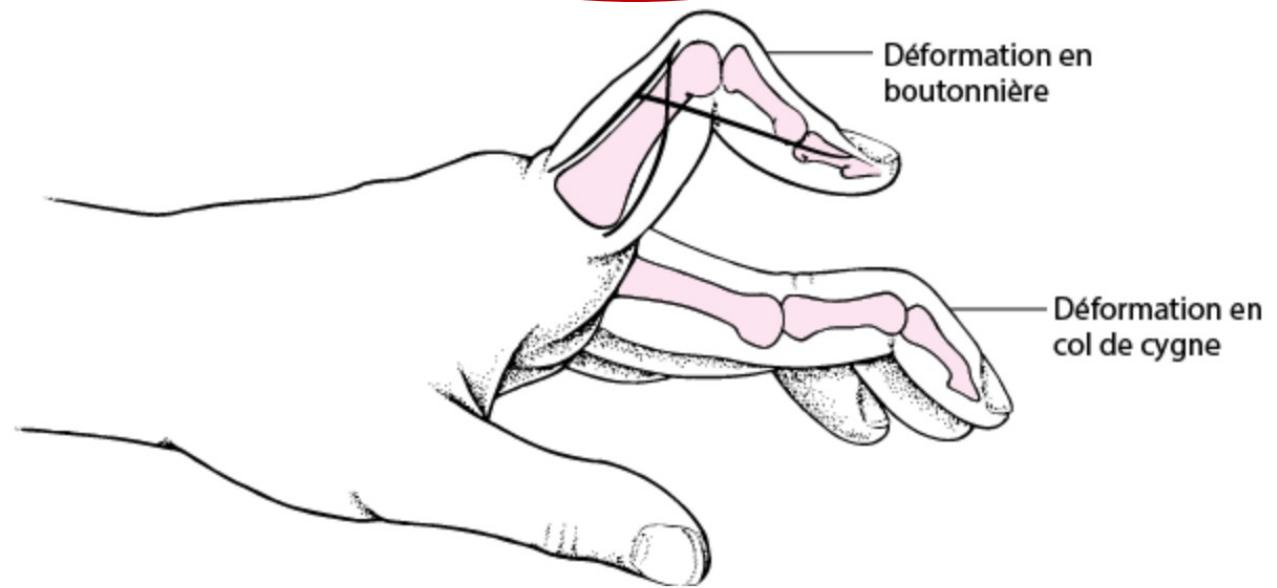
PR Précoce	PR phase d'état
<ul style="list-style-type: none">• Polyarthralgies/Polysynovite des moyennes et petites articulations +++ poignets , mains (IPD épargnés)• Absence de déformation• Érosions radiographiques possibles	<ul style="list-style-type: none">• Idem PR précoce• Déformations irréductibles et irréversibles = destruction• Atteinte du rachis cervical : cervicalgie ++ rotation Syndrome medullaire a rechercher

Déformations (A)

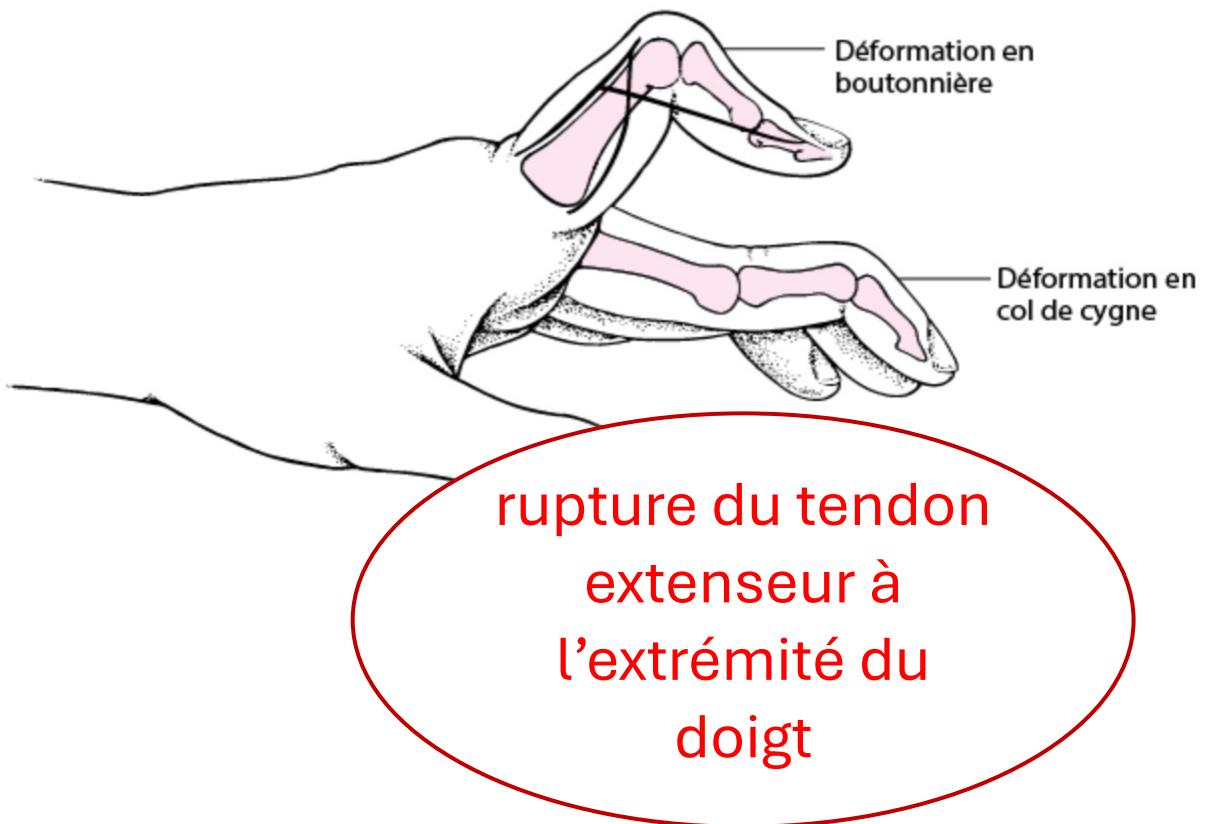
Doigt en boutonnière



lésion de la
bandelette
centrale de
l'extenseur



Déformations (A)

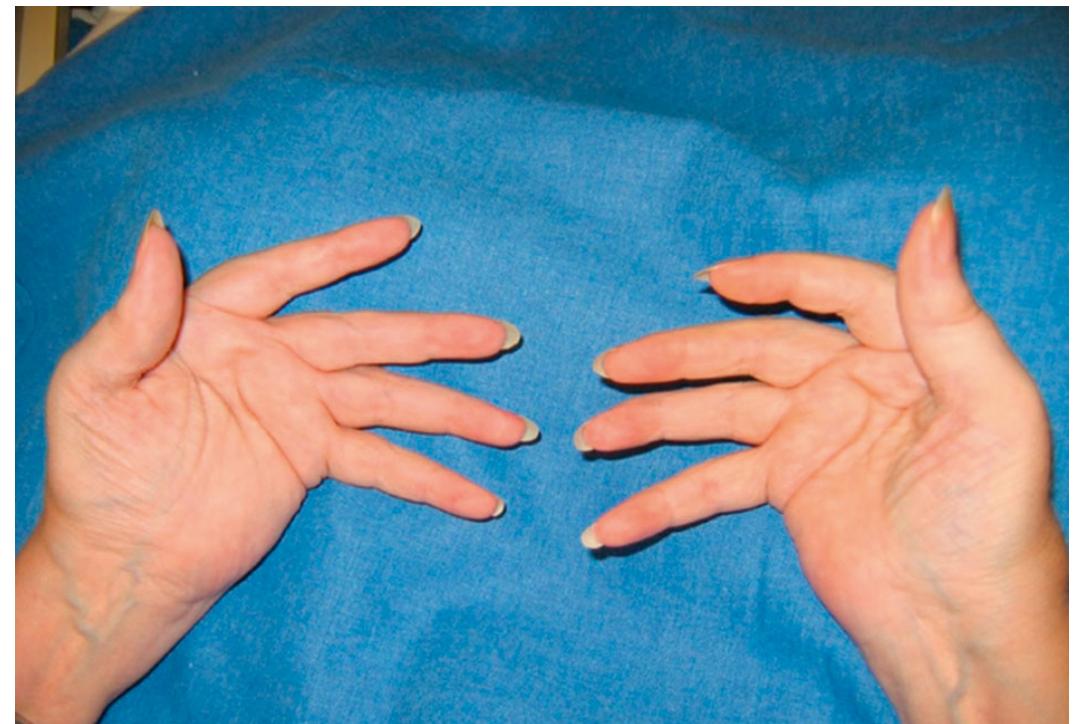


Déformations (A)

Pied triangulaire : coup de vent fibulaire (C)

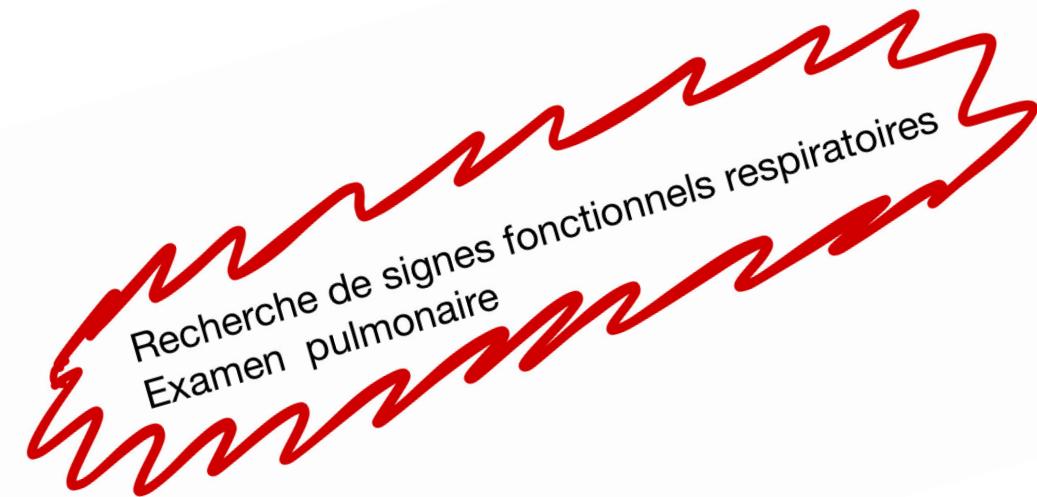


Coup de vent cubital (A)



Manifestations cliniques extra articulaires (A)

- Pulmonaire :
 - Bronchiolite
 - Nodules rhumatoïdes
 - Pleurésie
- **Pneumopathie interstitielle**
 - **La plus fréquente**
 - Facteur de risque : **sexé masculin, tabagisme, positivité des FR et ACPA**
 - **Souvent asymptomatique**
 - **Surmortalité associée**



Manifestations cliniques extra articulaires (A)

- **Nodules rhumatoïdes**
- souvent après quelques années d'évolution de la maladie
- Souvent associée a ACPA+ et FR +
- **Sous cutanés , fermes**, en général mobile **indolore**
- **Face d'extension des membres/** dans les bourses



Examens complémentaires biologiques (B)

■ **Anticorps anti CCP (ACPA):**

- Spécificité de 95%
- Présents dès le début de la maladie ++
- **leur absence n'élimine pas le diagnostic!!!**

Examens complémentaires biologiques (B)

■ Facteur rhumatoide (FR):

- Spécificité 65 à 85 % : *on le retrouve aussi chez le sujet âgé, dans les endocardites, dans d'autres connectivites*
- habituellement présent dès les premiers signes cliniques de la maladie

Examens complémentaires biologiques (B)

	NFS	BU/ créatinine	ALAT ASAT	Anticorps antinucléaires
PR phase précoce	Leucopénie → diagnostics DIFFERENTIELS = Lupus ou autre connectivites	Recherche d'une néphropathie associée → diagnostics DIFFERENTIELS = lupus ou vascularites	cytolysé : <ul style="list-style-type: none"> • hépatite virale si tableau aigu (<3 semaines) • hépatite auto-immune ASSOCIEE • Autre connectivites ASSOCIEES 	Anticorps antinucléaires, anticorps anti nucléaires solubles, anticorps anti-ADN natif = Lupus ou autre connectivite = dg DIFFERENTIELS /ASSOCIÉS
PR phase d'état	Leucopénie → diagnostics ASSOCIÉS = Lupus ou autre connectivites	Recherche d'une néphropathie associée → diagnostics ASSOCIÉS = lupus	Cytolyse : <ul style="list-style-type: none"> • hépatite auto-immune ASSOCIEE • Autres connectivites ASSOCIEES 	Anticorps antinucléaires, anticorps anti nucléaires solubles, anticorps anti-ADN natif = Lupus ou autre connectivite associée ASSOCIEE

QROC 4

Vous avez diagnostiqué à Mme Y une polyarthrite rhumatoïde devant la présence polyarthrite nue (sans signe extra articulaire) des métacarpo-phalangiennes (MCP) et interphalangiennes proximales (IPP) des deux mains, la présence d'une CRP à 35mg/l, la positivité des anticorps anti-CCP et la présence d'érosions des têtes du 3^e et 5^e métatarsiens sur le bilan radiographique. Il n'y a pas de déformation articulaire.

S'agit-il d'une polyarthrite débutante ou en phase d'état ? répondre soit « débutante » soit « phase d'état »

Présentation PR

PR Précoce	PR phase d'état
<ul style="list-style-type: none">• Polyarthralgies/Polysynovite des moyennes et petites articulations +++ poignets , mains (IPD épargnés)• Absence de déformation• Érosions radiographiques possibles	<ul style="list-style-type: none">• Idem PR précoce• Déformations irréductibles et irréversibles = destruction• Atteinte du rachis cervical : cervicalgie ++ rotation Syndrome medullaire a rechercher

QROC 4

Vous avez diagnostiqué à Mme Y une polyarthrite rhumatoïde devant la présence polyarthrite nue (sans signe extra articulaire) des métacarpo-phalangiennes (MCP) et interphalangiennes proximales (IPP) des deux mains, la présence d'une CRP à 35mg/l, la positivité des anticorps anti-CCP et la **présence d'érosions** des têtes du 3^e et 5^e métatarsiens sur le bilan radiographique. Il n'y a **pas de déformation articulaire.**

→ **polyarthrite débutante**

Les anticorps anti DNA natifs reviennent aussi positifs au bilan biologique.

QROC 5 Cette donnée complémentaire change-t-elle le diagnostic initial de polyarthrite rhumatoïde ? (oui ou non en minuscule)

Synthèse des données cliniques et paracliniques

Terrain	Symptômes	Articulations touchées	Examens complémentaires
Femme 39 ans Pilule OP	Polyarthralgies Subaigues Inflammatoires	Plusieurs petites (doigts) = MCP IPP Moyennes =2 poignets 1 grosse articulation = Genou Symétriques	Anti CCP + Erosions radiographiques = PR Anti DNA + = lupus ASSOCIÉ (même si PR débutante)

Les anticorps anti DNA natifs reviennent aussi positifs au bilan biologique.

QROC 5 Cette donnée complémentaire change-t-elle le diagnostic initial de polyarthrite rhumatoïde ? (oui ou non en minuscule)

non

Ce résultat biologique ne modifie pas le diagnostic précédemment établi. Vous introduisez un traitement par méthotrexate et prednisone à la dose initiale de 10 mg/ jour.

Vous revoyez Mme Y 3 mois plus tard. Son échelle visuelle analogique (EVA) est à 8/10, elle n'a pas réussi à arrêter la corticothérapie (actuellement à 6mg/ jour) et l'ensemble des MCP est gonflé.

QCM 6. Quelle est votre conduite ? Cochez-la ou les bonne(s) réponse(s)

- A. Vous ajoutez un autre médicament antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (csDMARDs) comme le Léflunomide
- B. Vous changez le méthotrexate pour un autre csDMARDs comme le Léflunomide
- C. Vous ajoutez au méthotrexate une biothérapie
- D. Vous changez le méthotrexate pour une biothérapie
- E. Vous arrêtez la prednisone

Reprenons pas à pas

Vous introduisez un **traitement par méthotrexate et prednisone** à la dose initiale de 10 mg/ jour.

Vous revoyez Mme **Y 3 mois plus tard**. Son échelle visuelle analogique **(EVA) est à 8/10**, elle **n'a pas réussi à arrêter la corticothérapie** (actuellement à 6mg/ jour) et l'ensemble des MCP est gonflé.

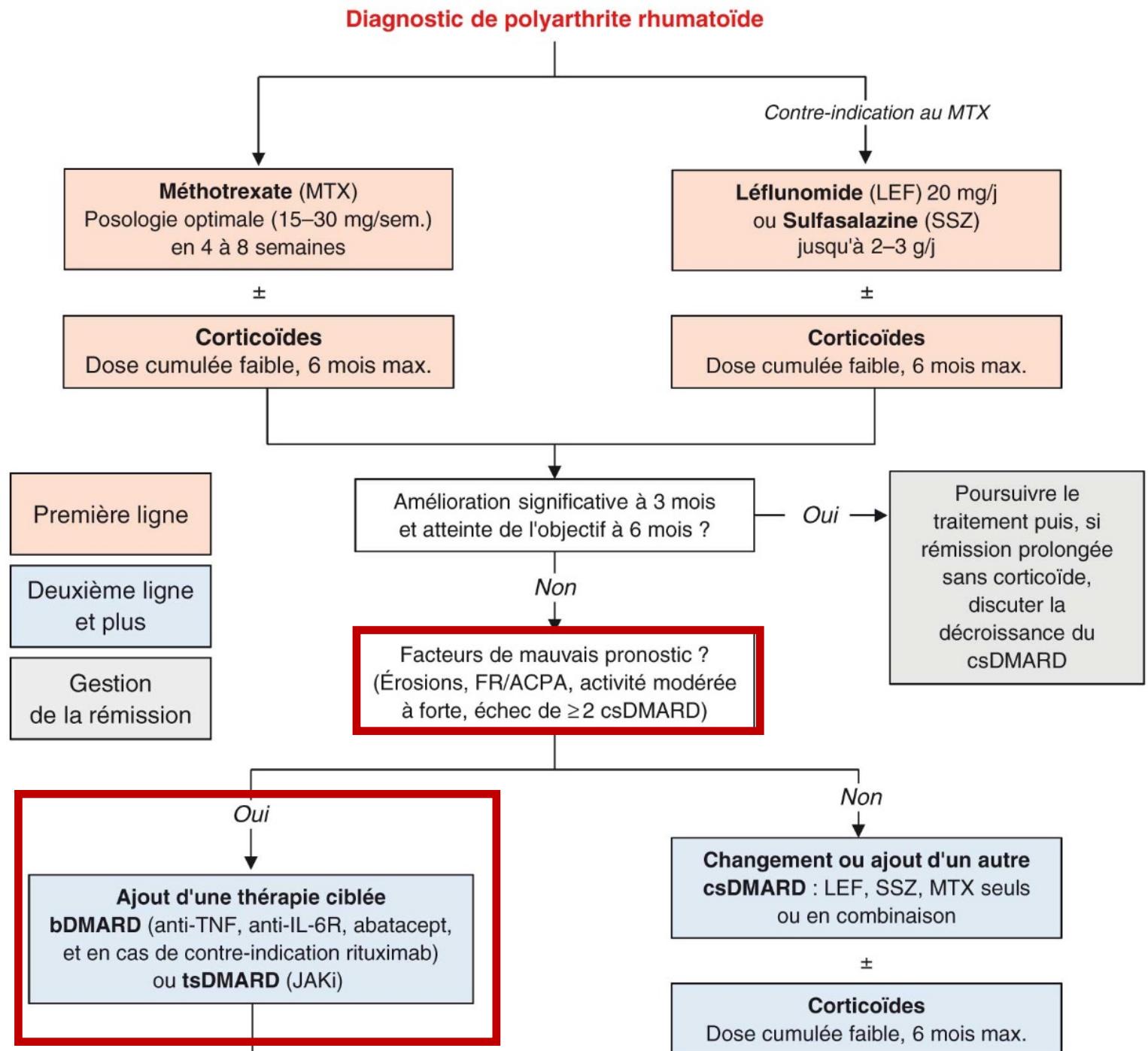
→ **PR non en rémission à 3 mois**

Pour rappel

Facteurs de mauvais pronostic

Terrain	Symptômes	Articulations touchées	Examens complémentaires
Femme 39 ans Pilule OP	Polyarthralgies Subaigues Inflammatoires	Plusieurs petites (doigts) = MCP IPP Moyennes = 2 poignets 1 grosse articulation = Genou Symétriques	Anti CCP + Erosions radiographiques = PR Anti DNA +

Recommendations SFR



Attention !!

- Corticoïde = traitement **symptomatique**
- Ne pas arrêter brutalement car :
 - Risque **d'aggravation de la poussée articulaire**
 - Risque **d'insuffisance surrénalienne aigue → décès**

Ce résultat biologique ne modifie pas le diagnostic précédemment établi. Vous introduisez un traitement par méthotrexate et prednisone à la dose initiale de 10 mg/ jour.

Vous revoyez Mme Y 3 mois plus tard. Son échelle visuelle analogique (EVA) est à 8/10, elle n'a pas réussi à arrêter la corticothérapie (actuellement à 6mg/ jour) et l'ensemble des MCP est gonflé.

QCM 6. Quelle est votre conduite ? Cochez-la ou les bonne(s) réponse(s)

- A. Vous ajoutez un autre médicament antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (csDMARDs) comme le Léflunomide
- B. Vous changez le méthotrexate pour un autre csDMARDs comme le Léflunomide
- C. Vous ajoutez au méthotrexate une biothérapie**
- D. Vous changez le méthotrexate pour une biothérapie
- E. Vous arrêtez la prednisone

Cas Clinique 2

Vous voyez en consultation de densitométrie osseuse Mme G, 65 ans.

Q1. Quelle(s) est/sont la ou les indication(s) à la réalisation d'une densitométrie osseuse ?

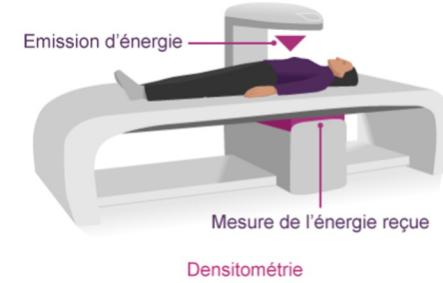
- A. Fracture de l'extrémité inférieure du radius après un AVP
- B. Hyperparathyroïdie
- C. Hypothyroïdie non traitée
- D. Femme ménopausée avant 50 ans
- E. Femme ménopausée et antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez le père

Vous voyez en consultation de densitométrie osseuse Mme G, 65 ans.

Q1. Quelle(s) est/sont la ou les indication(s) à la réalisation d'une densitométrie osseuse ?

- A. Fracture de l'extrémité inférieure du radius après un AVP
- B. **Hyperparathyroïdie**
- C. Hypothyroïdie non traitée
- D. Femme ménopausée avant 50 ans
- E. **Femme ménopausée et antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez le père**

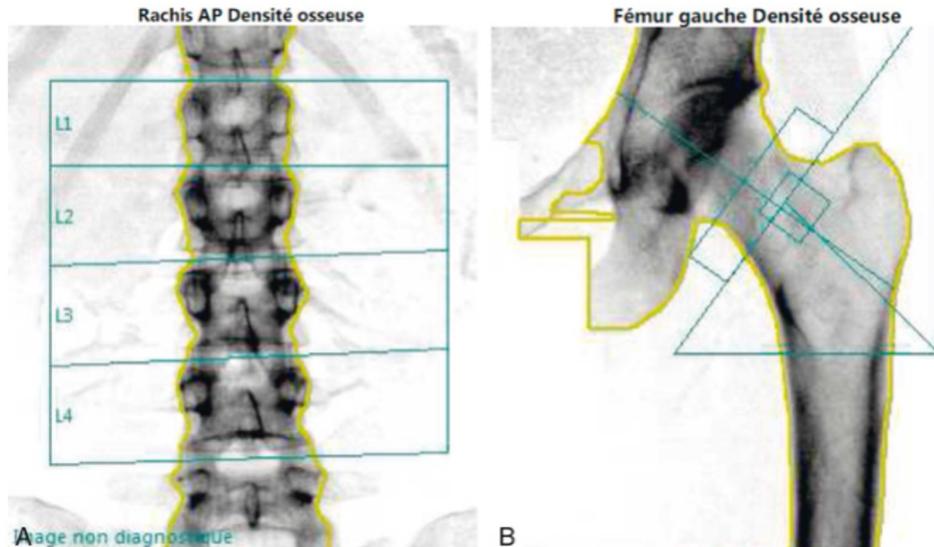
Densitométrie osseuse



Ostéoporose = diminution de la résistance osseuse responsable d'un risque élevé de fracture, dont le déterminant principal est la densité minérale osseuse

Mesure de la densité minérale osseuse par la **DXA** (absorptiométrie biphotonique aux rayons X)

- Mesures sur plusieurs sites : **rachis lombaire** (riche en os trabéculaire, en post-ménopausique), **extrémité supérieure du col du fémur** (os cortical, > 65-70 ans)



- **T-score** : nombre d'écart-types entre la valeur du sujet et la valeur moyenne des adultes jeunes de même sexe
- **Z-score** : *nombre d'écart-types entre la valeur du sujet et la valeur moyenne des adultes de même sexe et de même âge*

Indication à la réalisation d'une DXA

- Pour un premier examen dans la population générale, quelle que soit l'âge
 - en cas de signe d'ostéoporose : découverte ou confirmation d'une pathologie
 - contexte traumatique évident (antécédent de fracture du rachis ou des membres)
 - exclues de ce cadre les fractures de la hanche et de l'épaule
 - en cas de pathologie ou de traitement par corticothérapie $\geq 7,5$ mg par jour
 - en cas d'antécédent familial d'ostéoporose
 - médicamenteuse (antidepressifs, hypercorticisme, hypertension, etc.)
- Chez la femme ménopausée
 - antécédent de fracture
 - IMC < 19 kg/m²
 - ménopause avant 45 ans
 - antécédent de fracture d'équivalent à une fracture de la hanche
- Pour un deuxième examen :
 - à l'arrêt d'un traitement anti-ostéoporotique (en cas de fracture, lorsqu'un arrêt précoce pour événement indésirable)
 - chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après un premier examen montrant une valeur normale ou une ostéopénie densitométrique, une deuxième ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la première en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

Diagnostiquer l'ostéoporose avant la survenue d'une fracture

Mme G est ménopausée depuis l'âge de 39 ans et a un IMC à 18. Elle n'a pas d'antécédent particulier et n'a jamais eu de fracture.

Q2. Quel(s) facteur(s) de risque de fracture ostéoporotique allez-vous chercher chez cette patiente ?

- A. Tabagisme actif
- B. Alcoolisme chronique
- C. Corticothérapie prolongée
- D. Carence en vitamine D
- E. Faible apport calcique

Mme G est ménopausée depuis l'âge de 39 ans et a un IMC à 18. Elle n'a pas d'antécédent particulier et n'a jamais eu de fracture.

Q2. Quel(s) facteur(s) de risque de fracture ostéoporotique allez-vous chercher chez cette patiente ?

- A. **Tabagisme actif**
- B. **Alcoolisme chronique**
- C. **Corticothérapie prolongée**
- D. **Carence en vitamine D**
- E. **Faible apport calcique**

Facteurs de risque de fracture ostéoporotique

- Diminution de la DMO
- Âge
- Origine caucasienne
- Ménopause précoce
- Aménorrhée primaire ou secondaire
- Antécédent familial de fracture par fragilité osseuse
- Antécédents personnels de fracture
- Faible poids
- Troubles de l'acuité visuelle
- Troubles neuromusculaires
- Immobilisation prolongée
- Tabagisme
- Corticothérapie
- Faible apport calcique
- Carence en vitamine D
- Consommation excessive d'alcool

Recherche étiologique

- Hypogonadisme
- Hyperparathyroïdie primaire
- Consommation excessive d'alcool
- Tabagisme
- Hémochromatose génétique
- Maladies de l'appareil digestif
- Maladies inflammatoires chronique
- Anorexie mentale
- Causes médicamenteuses : corticothérapie, anti-aromatase, anti-androgène

La densitométrie osseuse retrouve un T-score à -1.5 DS en L1-L4 et -1.3 DS au col fémoral gauche.

Q3. Que proposez-vous à la patiente ? (une ou plusieurs réponses bonnes)

- A. Biphosphonates IV
- B. Tériparatide
- C. Raloxifène
- D. Biphosphonates PO
- E. Aucun traitement

La densitométrie osseuse retrouve un T-score à -1.5 DS en L1-L4 et -1.3 DS au col fémoral gauche.

Q3. Que proposez-vous à la patiente ? (une ou plusieurs réponses bonnes)

- A. Biphosphonates IV
- B. Tériparatide
- C. Raloxifène
- D. Biphosphonates PO
- E. **Aucun traitement**

Indications thérapeutiques

En fonction de la diminution du T score (au site le plus bas)		Fractures sévères (fémur, vertèbres humérus, bassin, tibia proximal)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose et/ou de chutes multiples)
T > -1		Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2		Traitemen	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3		Traitemen	Traitemen	Avis du spécialiste
T ≤ -3		Traitemen	Traitemen	Traitemen

Indications thérapeutiques

Rappel : mesures hygiéno-diététiques à toujours mettre en oeuvre ++

- Apport calcique suffisant : 1 g à 1.2 g/jour
- Concentration normale en vitamine D : ≥ 30 g/mL
- Activité physique régulière en charge
- Suppression du tabac et de l'alcool
- Prévenir les chutes

Vous revoyez la patiente 10 ans plus tard pour des douleurs des épaules et des cuisses apparues il y a 1 mois et demi. Ces douleurs la réveillent la nuit vers 3h du matin et s'améliorent vers midi.

Q4. Quel(s) signe(s) est/sont en faveur d'une pseudo-polyarthrite rhizomélique ?

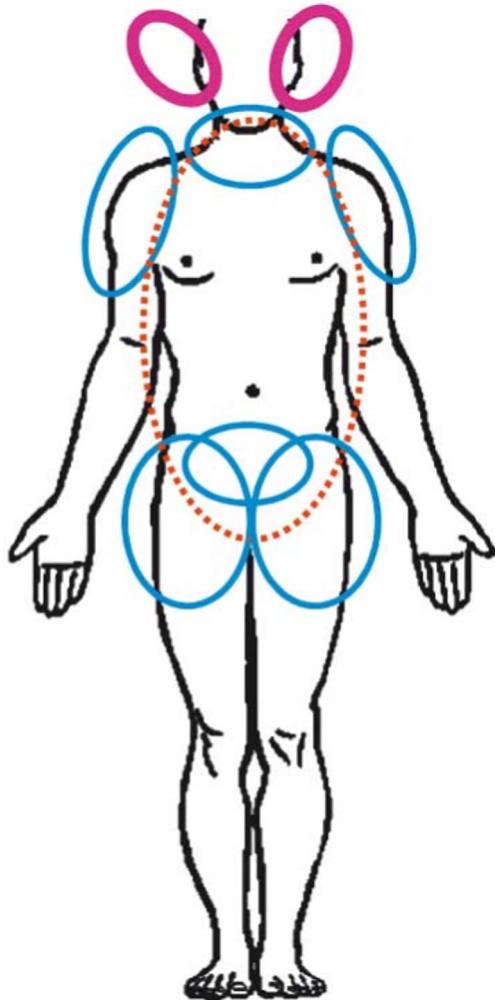
- A. Une atteinte symétrique des ceintures
- B. Des liserés calciques sur les radiographies des épaules
- C. Des douleurs musculaires avec CPK élevés
- D. Un gonflement symétrique des poignets
- E. Une protéinurie à la bandelette urinaire

Vous revoyez la patiente 10 ans plus tard pour des douleurs des épaules et des cuisses apparues il y a 1 mois et demi. Ces douleurs la réveillent la nuit vers 3h du matin et s'améliorent vers midi.

Q4. Quel(s) signe(s) est/sont en faveur d'une pseudo-polyarthrite rhizomélique ?

- A. **Une atteinte symétrique des ceintures**
- B. Des liserés calciques sur les radiographies des épaules
- C. Des douleurs musculaires avec CPK élevés
- D. Un gonflement symétrique des poignets
- E. Une protéinurie à la bandelette urinaire

Localisation des douleurs dans la PPR



Douleurs inflammatoires avec raideur matinale
Atteinte bilatérale et symétrique
Atteinte de la ceinture scapulaire et pelvienne,
du rachis cervical et lombaire +++
Moins fréquent (20%) : atteinte périphérique
Asthénie (90%), amaigrissement, fébricule

Eliminer les diagnostics différentiels ++

Rhumatismes microcristallins : liserés calciques articulaires ou péri-articulaires à la radio ou échographie, microcristaux à la ponction articulaire

PR du sujet âgé : 40% de début rhizomélique, recherche d'érosions aux radiographies, ACPA +

Paranéoplasique : AEG importante, autres points d'appel, RTx

Myosites inflammatoires : déficit musculaire, augmentation des CPK

Connectivites (lupus, syndrome de Gougerot-Sjögren) : AAN + spécifiques, atteintes extra-articulaires en particulier cutanée ou muqueuse ou néphrologique

RS3PE : polyarthrite oedémateuse des extrémités

Sans syndrome inflammatoire

- Pathologies mécaniques : lésions arthrosiques, tendinopathie
- Médicamenteuse : statines ++
- Dysthyroïdies
- Maladie d'Addison

A l'examen clinique, vous retrouvez une limitation des mobilités actives et passives des deux épaules, une douleur à la palpation paravertébrale en lombaire bas et des douleurs à la palpation des cuisses. Vous ne retrouvez pas de lésion cutanée, il n'y a pas de syndrome de Raynaud ni de syndrome sec. Elle n'a pas de céphalée, pas d'hyperesthésie du cuir chevelu ni de claudication de la mâchoire. Les pouls sont perçus aux 4 membres et les bruits du cœur sont réguliers, sans souffle. Elle pèse 40 kg.

Q5. Quel bilan paraclinique réalisez-vous à visée diagnostique ? (5 réponses attendues)

- A. CRP
- B. Bilan hépatique
- C. Calcémie
- D. PTH
- E. Magnésémie
- F. CPK
- G. ACPA (anticorps anti peptides citrullinés)
- H. AAN (anticorps antinucléaires)
- J. ANCA
- K. Sérologie VIH
- L. ECG
- M. Radiographies des épaules et du bassin
- N. Échographie Doppler des artères temporales
- O. TDM TAP
- P. TEP-TDM
- Q. IRM du rachis lombaire

A l'examen clinique, vous retrouvez une limitation des mobilités actives et passives des deux épaules, une douleur à la palpation paravertébrale en lombaire bas et des douleurs à la palpation des cuisses. Vous ne retrouvez pas de lésion cutanée, il n'y a pas de syndrome de Raynaud ni de syndrome sec. Elle n'a pas de céphalée, pas d'hyperesthésie du cuir chevelu ni de claudication de la mâchoire. Les pouls sont perçus aux 4 membres et les bruits du cœur sont réguliers, sans souffle. Elle pèse 40 kg.

Q5. Quel bilan paraclinique réalisez-vous à visée diagnostique ? (5 réponses attendues)

- A. CRP
- B. Bilan hépatique
- C. Calcémie
- D. PTH
- E. Magnésémie
- F. CPK
- G. **ACPA (anticorps anti peptides citrullinés)**
- H. AAN (anticorps antinucléaires)
- J. ANCA
- K. Sérologie VIH
- L. ECG
- M. **Radiographies des épaules et du bassin**
- N. Échographie Doppler des artères temporales
- O. TDM TAP
- P. TEP-TDM
- Q. IRM du rachis lombaire

Examens systématiques	En fonction du contexte
Biologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémogramme : ■ CRP (ou parfois VS) ■ ionogramme, calcémie ■ urée, créatininémie et DFG <ul style="list-style-type: none"> - γGT, ASAT, ALAT - Bandelette urinaire - Anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA, anti-CCP) ± facteurs rhumatoïdes
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Radiographie pulmonaire ■ Radiographie des épaules (face, rotations médiale et latérale) ■ Radiographie du bassin de face

Vous posez le diagnostic de pseudo-polyarthrite rhizomélique sans maladie de Horton associée. Vous initiez une corticothérapie à 12.5 mg par jour.

Q6. Sur le plan de l'ostéoporose, que proposez-vous à la patiente ? (une ou plusieurs réponses bonnes)

- A. Vous recontrôlez l'ostéodensitométrie osseuse
- B. Vous supplémentez la patiente en calcium si la calcémie corrigée est < 2.2 mmol/L
- C. Vous supplémentez en vitamine D
- D. Vous prescrivez un traitement par biphosphonates
- E. Vous prescrivez un traitement par Tériparatide

Vous posez le diagnostic de pseudo-polyarthrite rhizomélique sans maladie de Horton associée. Vous initiez une corticothérapie à 12.5 mg par jour.

Q6. Sur le plan de l'ostéoporose, que proposez-vous à la patiente ? (une ou plusieurs réponses bonnes)

- A. **Vous recontrôlez l'ostéodensitométrie osseuse**
- B. Vous supplémentez la patiente en calcium si la calcémie corrigée est < 2.2 mmol/L
- C. **Vous supplémentez en vitamine D**
- D. **Vous prescrivez un traitement par biphosphonates**
- E. Vous prescrivez un traitement par Tériparatide

Traitements anti-ostéoporotiques

Anti-résorbeur

- THM
- Raloxifène
- Biphosphonates
- Dénosumab

Ostéoformateur

- Tériparatide

Biphosphonates

Action sur les **os périphériques** et les **vertèbres**

Administration IV ou per os

Risque d'ostéonécrose de la mâchoire (rare, 1/10 000)

Dénosumab

En relai des bisphosphonates, lorsque échec ou contre-indication, SC tous les 6 mois

Action sur les **os périphériques** et les **vertèbres**

Rebond à l'arrêt : relai par bisphosphonates obligatoire, CI en cas d'hypocalcémie

THM

Patiente entre 50 et 60 ans, signes du climatère

Diminution du risque de fracture **vertébrale**

Risque thrombo-embolique et K du sein

Raloxifène

Diminution du risque de fracture **vertébrale**

Diminution du risque de cancer du sein

Tériparatide

Indication : au moins deux fractures vertébrales

Action sur les vertèbres et os périphériques

Relai par bisphosphonates après la séquence de traitement

CI : hypercalcémie, tumeur osseuse ou métastases, ATCD radiothérapie

Cas clinique 3

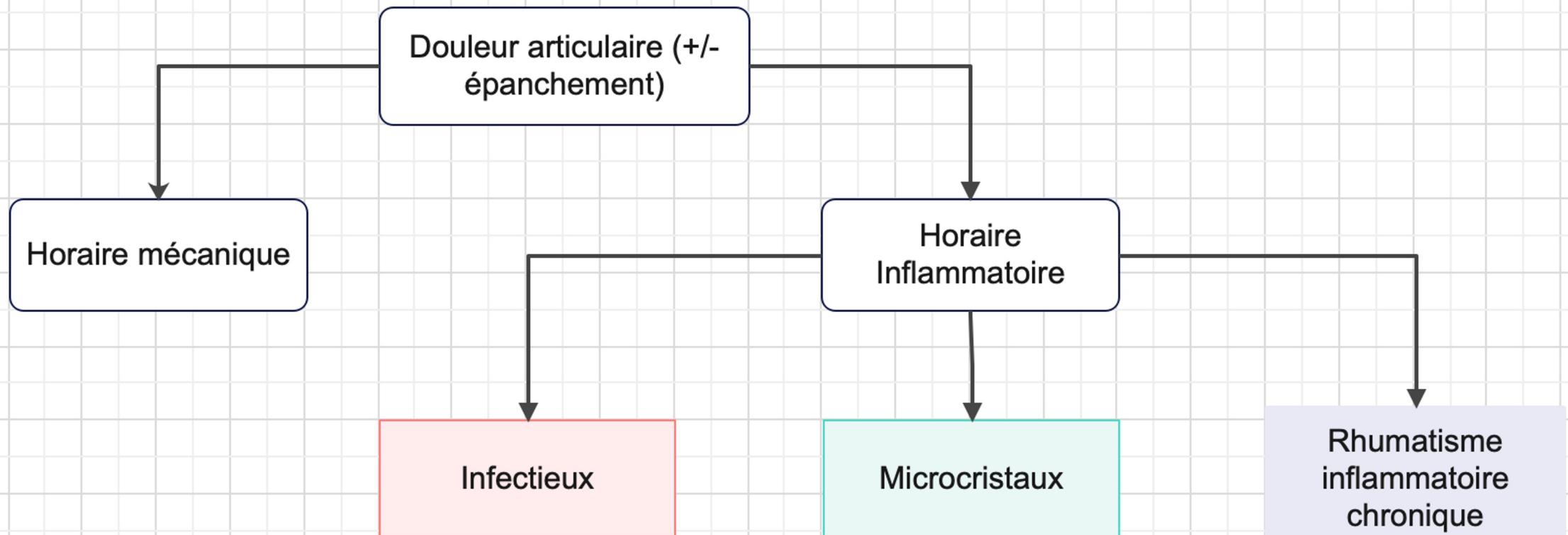
- De garde au SAU, vous recevez un dimanche soir Monsieur R., 57 ans, adressé par son MT et se plaignant d'une douleur du gros orteil gauche évoluant depuis la nuit dernière.
- Ses antécédents sont :
 - 2 épisodes de colique néphritique,
 - Psoriasis cutanée épisodique, traité par BETAMETHASONE crème si besoin
 - HTA essentielle traité par AMLODIPINE et HYDROCHLOROTHIAZIDE.
- A l'examen clinique, Il pèse 85 kg pour 1,76. Il est apyrétique et normo-tendu. La première métatarso-phalangienne est très rouge, tuméfiée, chaude, avec une ulcération cutanée blanchâtre en regard de la MTP, apparue selon le patient il y a quinze jours. Il vous semble exister un épanchement articulaire.

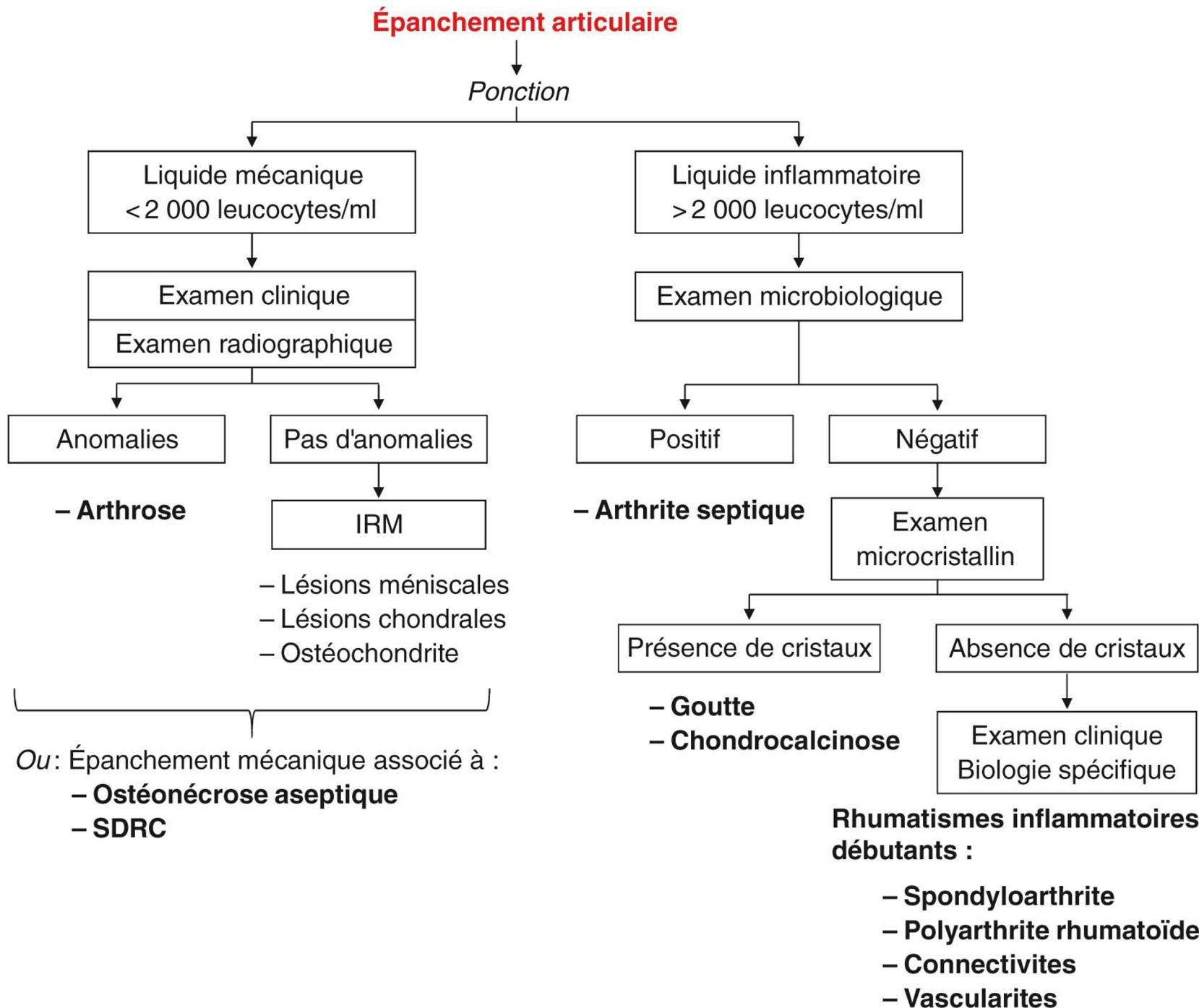


G

Rythme inflammatoire ou mécanique ?

HORAIRE INFLAMMATOIRE	HORAIRE MECANIQUE
Douleur améliorée par l'effort	Douleur aggravée par l'effort
Douleur maximale en seconde partie de nuit	Douleur maximale en fin de journée
Reveil nocturne, en seconde partie de nuit	Reveil nocturne positionnelle uniquement
Raideur matinale > 15 minutes	Raideur matinale < 15 minutes





Question 1

Parmi les diagnostics suivants, quels sont les deux que vous évoquez en priorité ?

- A. Goutte articulaire
- B. Arthrite septique
- C. Sclérodermie
- D. Polyarthrite rhumatoïde
- E. Chondrocalcinose

Question 1

Parmi les diagnostics suivants, quels sont les deux que vous évoquez en priorité ?

- A. Goutte articulaire**
- B. Arthrite septique**
- C. Sclérodermie
- D. Polyarthrite rhumatoïde
- E. Chondrocalcinose

Question 2

Parmi les éléments suivants, lequel/lesquels est/sont en faveur d'une goutte ?

- A. Surpoids
- B. ATCD de colique hépatique
- C. HTA sous hydrochlorothiazide
- D. Consommation d'alcool
- E. Notion de goutte dans la famille

Question 2

Parmi les éléments suivants, lequel/lesquels est/sont en faveur d'une goutte ?

A. Surpoids

B. ATCD de colique hépatique

C. HTA sous hydrochlorothiazide

D. Consommation d'alcool

E. Notion de goutte dans la famille

Question 3

Parmi les propositions suivantes, laquelle/lesquelles sont caractéristiques d'un accès aigu microcristallin ?

- A. Acmé des douleurs en 24h
- B. Rougeur intense, « pivoine »
- C. Résolution des symptômes en quelques jours
- D. Fièvre possible
- E. Début brutale

Question 3

Parmi les propositions suivantes, laquelle/lesquelles est/sont caractéristique(s) d'un accès aigu microcristallin ?

- A. Acmé des douleurs en 24h**
- B. Rougeur intense, « pivoine »**
- C. Résolution des symptômes en quelques jours**
- D. Fièvre possible**
- E. Début brutale**

Question 4

Vous venez de recevoir le résultat de son bilan biologique :

- Hb : 13,3 g/dL, GB : 9 G/L, PLQ 380 G/L
- Protéine C-réactive : 91 mg/L
- Créatininémie 78 μ mol/L
- Uricémie 422 μ mol/L

Question 4

Quelle est la valeur d'uricémie seuil de saturation du plasma en urate de Sodium à 35°C ?

- A. 70 mg/L
- B. 360 µmol/L
- C. 50 mg/L
- D. 300 µmol/L
- E. 60 mg/L

Question 4

Quelle est la valeur d'uricémie seuil de saturation du plasma en urate de Sodium à 35°C ?

- A. 70 mg/L
- B. 360 µmol/L**
- C. 50 mg/L
- D. 300 µmol/L
- E. 60 mg/L

$$\mu\text{mol/L} = 6 \times \text{mg/L}$$

Question 5

Vous suspectez une récidive d'arthrite microcristalline à cristaux d'urate monosodique.

- Quel est le traitement de crise de la pathologie goutteuse que vous instaurez sans attendre ? (1 à 5 mots, sans abréviation)

Question 5

Vous suspectez une récidive d'arthrite microcristalline à cristaux d'urate monosodique.

- Quel est le traitement de crise de la pathologie goutteuse que vous instaurez sans attendre ? (1 à 5 mots, sans abréviation)

COLCHICINE

Question 6 (QRM)

Concernant la goutte, parmi les propositions suivantes, laquelle/lesquelles est/sont exacte(s) ? (4 réponses attendues)

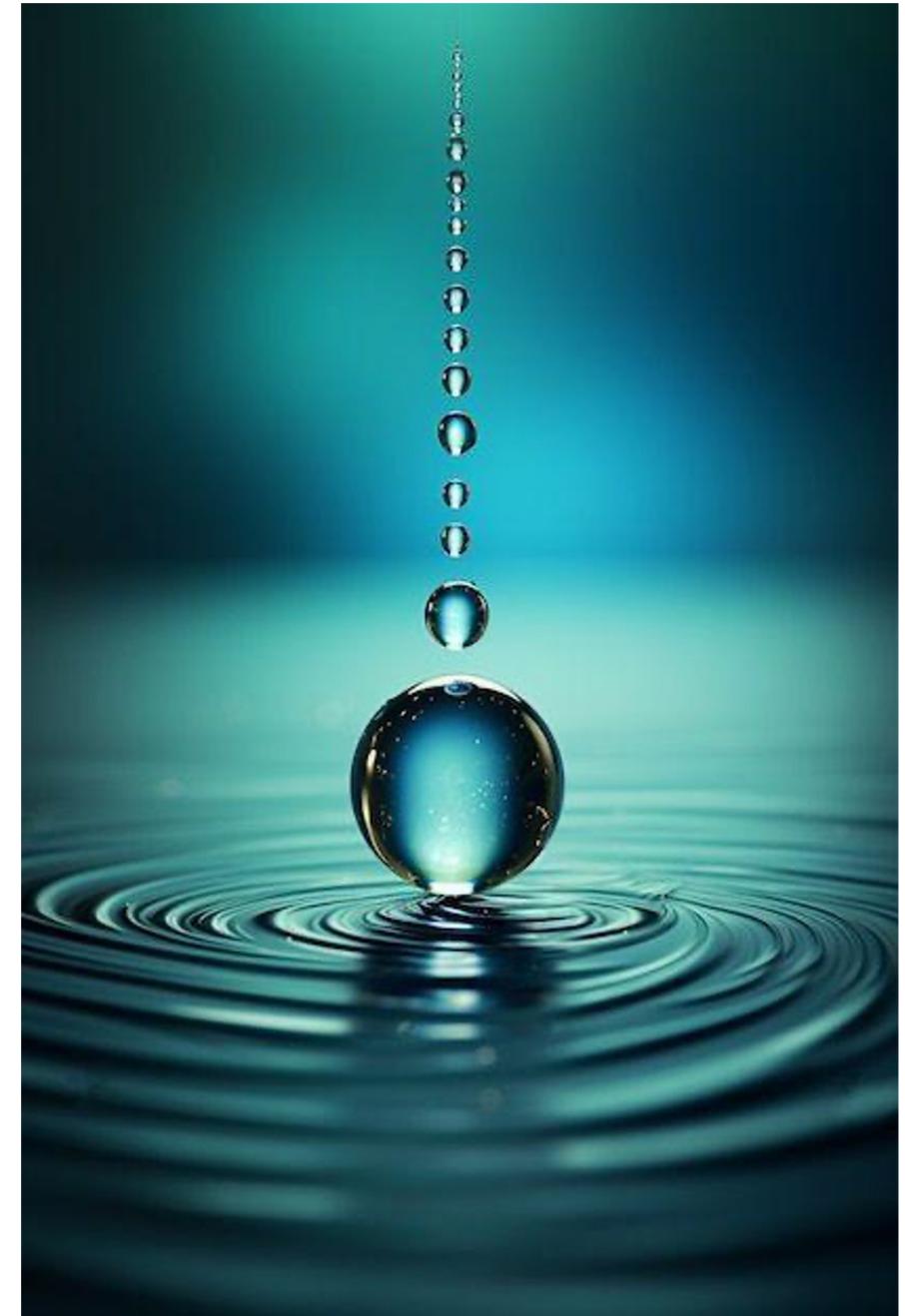
- Seuls 10 à 15% des patients hyper-uricémiques développent une goutte
- La goutte est un rhumatisme intermittent
- Les sodas non sucrés ne sont pas pourvoyeur de goutte
- Les tophus peuvent être de localisation intra-abdominale
- La principale cause d'hyperuricémie est l'excès d'apport
- La prévalence de la goutte est de 0,9% en France
- La bière sans alcool n'est pas pourvoyeuse de goutte
- Un patient goutteux doit être considéré comme à risque cardiovasculaire
- Les diurétiques thiazidiques augmentent l'excrétion urinaire d'acide urique
- La goutte est un rhumatisme articulaire rapidement destructeur
- Les tophus sont des réserves sous cutanée de d'hydroxyapatite
- Les mesures hygiéno-diététiques suffisent en cas de première crise
- L'hypouricémie est un facteur de protection cardiovasculaire
- Les tophus sont radio-opaques
- Dans l'insuffisance rénale terminale, l'allopurinol doit être instauré préventivement en cas d'hyperuricémie

Question 6 (QRM)

Concernant la goutte, parmi les propositions suivantes, laquelle/lesquelles est/sont exacte(s) ? (4 réponses attendues)

- **Seuls 10 à 15% des patients hyper-uricémiques développent une goutte**
- **La goutte est un rhumatisme intermittent**
- Les sodas non sucrés ne sont pas pourvoyeur de goutte
- Les tophus peuvent être de localisation intra-abdominale
- La principale cause d'hyperuricémie est l'excès d'apport
- **La prévalence de la goutte est de 0,9% en France**
- La bière sans alcool n'est pas pourvoyeuse de goutte
- **Un patient goutteux doit être considéré comme à risque cardiovasculaire**
- Les diurétiques thiazidiques augmentent l'excrétion urinaire d'acide urique
- La goutte est un rhumatisme articulaire rapidement destructeur
- Les tophus sont des réserves sous cutanée de d'hydroxyapatite
- Les mesures hygiéno-diététiques suffisent en cas de première crise
- L'hypouricémie est un facteur de protection cardiovasculaire
- Les tophus sont radio-opaques
- Dans l'insuffisance rénale terminale, l'allopurinol doit être instauré préventivement en cas d'hyperuricémie

Bref, la goutte ...





Goutte

- La goutte résulte d'une hyperuricémie chronique supérieure à 360 µmol/L (60 mg/L), seuil de saturation du plasma en urate de sodium à 35 °C
- Dépôt d'urate de sodium à l'origine des tophus et des arthropathies
- Prédominance **masculine**
- Rhumatisme inflammatoire intermittent **le plus fréquent** dans les pays industrialisés (0,9% de la population)

Terrain



Autres : Femme ménopausée, traitement par diurétiques au long cours, transplantés d'organe, contexte familial

Interactions gènes-environnement

Excès de boissons sucrées riches en fructose (sodas),

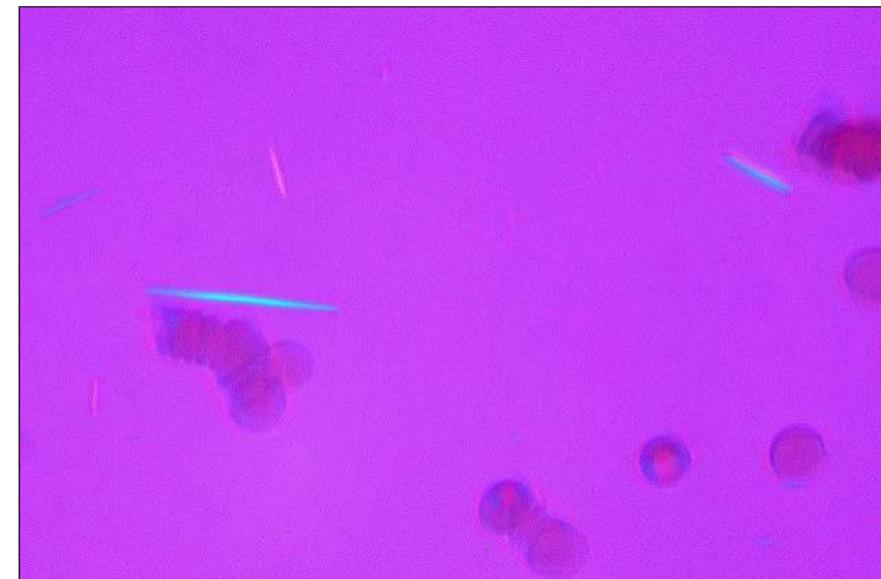
Consommation de bières avec ou sans alcool (riches en guanine),

Alcools forts (whisky, cognac, etc.),

Alimentation trop calorique (excès de boissons alcoolisées en général) et riche en protéines animales



Mono-arthrite typique de la MCP 1



Aiguilles à extrémités effilées, à forte biréfringence
(microscope à lumière polarisée)

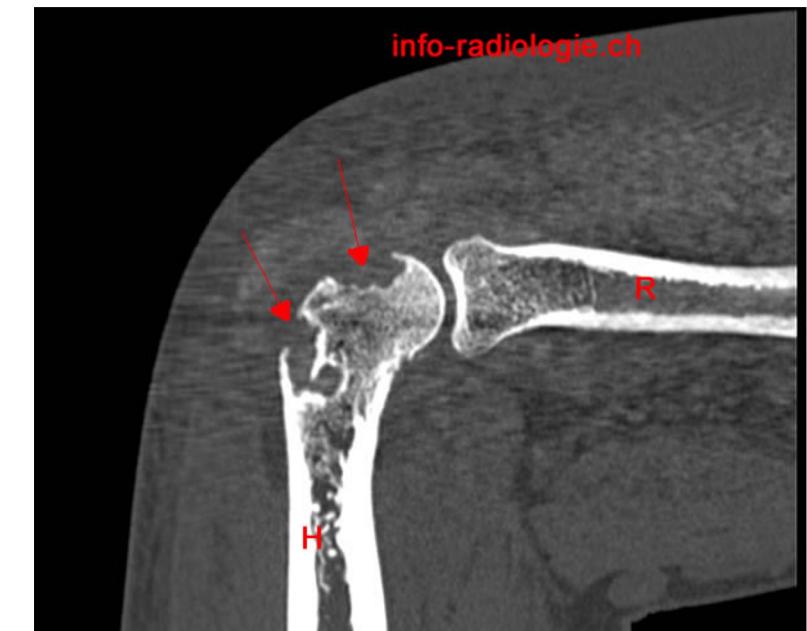
La recherche de tophus goutteux



Radiographies

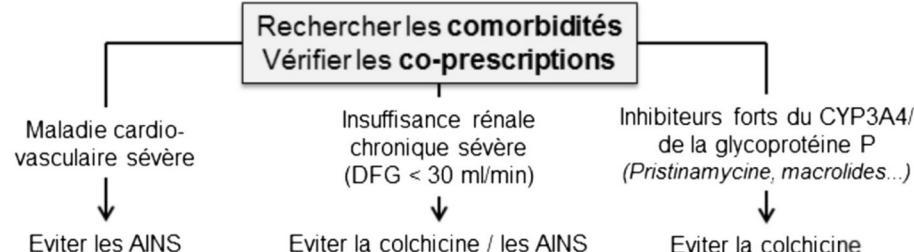


Respect de l'interligne articulaire



CRISE DE GOUTTE

Traiter le plus tôt possible (« comprimé dans la poche »)
Education sur la maladie



Traitements de 1^{ère} ligne (possiblement en association)

Colchicine

1^{er} jour : 1 mg
+ 0.5 mg 1 heure après
Jours suivants: 0.5 mg x 2-3/j

Corticoïdes

Per os : 30-35 mg/j (5 jours)
Infiltrations intra-articulaires

AINS

+ IPP si indiqué

En cas d'échec ou de contre-indication
à la colchicine, aux corticoïdes et aux
AINS, envisager un traitement de 2^{ème}
ligne

Traitements de 2^{ème} ligne

Inhibiteurs de l'IL-1

- Dépister les infections au préalable
- Surveillance des polynucléaires neutrophiles

RESOLUTION DE LA CRISE

Education pour l'auto-médication
Considérer l'introduction d'un hypouricémiant

Diagnostic de Goutte retenu

Initiation du THU

Evaluation de la fonction rénale

Maladie cardiovasculaire sévère : éviter le fébuxostat

DFGe > 60 ml/min/1.73m² 60 ml/min/1.73m² ≥ DFGe ≥ 30 ml/min/1.73m² DFGe < 30 ml/min/1.73m²

Débuter l'allopurinol à 50-100 mg/j

Débuter l'allopurinol à 50 mg/j ou le fébuxostat à 80mg/2j

Débuter le fébuxostat à 80mg/2j

Augmenter la dose journalière d'allopurinol de 50-100mg ou le fébuxostat de 40mg

Surveiller l'uricémie 2-4 semaines après chaque augmentation de dose

Augmenter la dose journalière d'allopurinol de 50-100mg (maximum 900mg/j) ou le fébuxostat de 40 mg (maximum 120mg/j) jusqu'à atteindre une uricémie < 300 μmol/l

uricémie < 300 μmol/L : maintenir la dose d'allopurinol ou de fébuxostat à vie et considérer l'adjonction d'autres mesures hypouricémiantes

300 μmol/L < uricémie < 360 μmol/L : maintenir la dose d'allopurinol ou de fébuxostat à vie et considérer l'adjonction d'autres mesures hypouricémiantes
uricémie > 360 μmol/L malgré dose maximale et/ou intolérance des IXOs: considérer l'adjonction d'uricosuriques

uricémie au moins < 360 μmol/L

Surveiller l'uricémie une ou deux fois par an et ajuster la dose de l'hypo-uricémiant

Prophylaxie des crises par la colchicine à la dose de 0,5 à 1,0 mg/j pendant au moins 6 mois

CRISE DE GOUTTE

Traiter le plus tôt possible (« comprimé dans la poche »)
Education sur la maladie

Rechercher les comorbidités
Vérifier les co-prescriptions

Maladie cardio-
vasculaire sévère
↓
Eviter les AINS

Insuffisance rénale
chronique sévère
(DFG < 30 ml/min)
↓
Eviter la colchicine / les AINS

Inhibiteurs forts du CYP3A4/
de la glycoprotéine P
(Pristinamycine, macrolides...)
↓
Eviter la colchicine

Traitements de 1^{ère} ligne
(possiblement en association)

Colchicine

1^{er} jour : 1 mg
+ 0.5 mg 1 heure après
Jours suivants: 0.5 mg x 2-3/j

Corticoïdes

Per os : 30-35 mg
Infil:

En cas d'échec ou
à la colchicine
AINS

RESOLUTION DE LA CRISE

Education pour l'auto-médication
Considérer l'introduction d'un hypouricémiant

Diagnostic de Goutte retenu

Initiation du THU

Maladie
cardio-
vasculaire

Evaluation de la fonction
rénale

DFGe>60ml/min/1.73m²

Prophylaxie des crises par la colchicine à la dose de 0,5 à 1,0 mg/j pendant au moins 1 mois

Colchicine à la dose journalière d'allopurinol de 50-100mg ou le fèbuxostat de 40mg

Surveiller l'uricémie 2-4 semaines
après chaque augmentation de dose

Augmenter la dose journalière d'allopurinol de 50-100mg
(maximum 900mg/j) ou le fèbuxostat de 40 mg (maximum 120mg/j) jusqu'à atteindre une uricémie <300µmol/l

uricémie
<300µmol/L :
maintenir la dose
d'allopurinol ou de
fèbuxostat à vie et
considérer l'adjonction
d'autres mesures hypo-
uricémiantes

300 µmol/L < uricémie
< 360 µmol/L :
maintenir la dose
d'allopurinol ou de
fèbuxostat à vie et
considérer l'adjonction
d'autres mesures hypo-
uricémiantes
uricémie > 360
µmol/L malgré dose
maximale et/ou
intolérance des
IXOs: considérer
l'adjonction
d'uricosuriques

uricémie au moins <360 µmol/L

Surveiller l'uricémie une ou deux fois par an et ajuster la dose
de l'hypo-uricémiant

**Frein sur les ABS : alcools forts, bières,
sodas sucrés sont interdits**



Conférence MPR 13/03/2024

Dr Christophe DANG (DJ Paris)

Dr Cécile LAMBERT (DJ Bordeaux)

Dr Manon MASSON (DJ Brest)



Le contenu de cette conférence (oral et écrit) ne reflète en rien la position ni du jury national des ECN, ni du conseil scientifique de médecine du centre national des concours d'internats, ni des collèges d'enseignants ni de la conférence des doyens des facultés de médecine.

Ces instances n'approuvent ni ne désapprouvent le contenu de cette conférence.

Cette conférence ne préjuge pas des réponses à apporter lors d'une future session du concours, selon le principe constant de souveraineté des jurys.

Cette conférence a le soutien du COFEMER, des corrections pourront être apportées après son déroulement





Dossier n°1

Enoncé



Vous recevez en consultation annuelle un homme de 24 ans, externe en médecine, qui présente une lésion médullaire cervicale sur fracture de la vertèbre C5 consécutive à un accident de moto avec responsabilité d'un tiers, après 3 ans d'évolution.

L'examen clinique est symétrique.

Sur le plan sensitif, le patient a une sensibilité normale au tact léger et à la piqûre au niveau de la tête, du cou et au niveau du bord radial des membres supérieurs. Il existe une hypoesthésie à la piqûre au niveau du bord ulnaire des membres supérieurs et sur les 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main, par contre la sensibilité est préservée sur les autres doigts. La sensibilité est absente à tous les modes de l'aisselle jusqu'à l'extrémité distale des membres inférieurs.

Enoncé



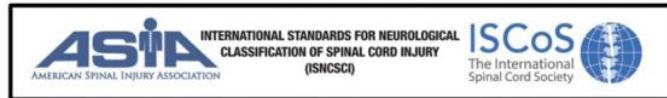
Sur le plan moteur, la flexion et l'extension actives du coude sont normales, l'extension active du poignet est normale, la flexion des doigts est diminuée contre résistance, l'écartement des doigts est à peine complet. Il n'y a aucune contraction visible ni palpable aux membres inférieurs.

Aux membres supérieurs, les réflexes sont retrouvés sauf le cubito-pronateur ; aux membres inférieurs les réflexes ne sont pas retrouvés.

Au toucher rectal, le patient ressent un peu l'introduction du doigt et la contraction volontaire du sphincter anal est faible. Il n'y a pas de contraction à la toux.

Vous vous empresez de remplir la fiche ASIA du patient

Enoncé



DROITE		MOTEUR MUSCLES CLÉS		SENSITIF POINTS SENSITIFS CLÉS Toucher (LTD) Piquûre (PPG)		GAUCHE	
MSD (membre supérieur droit)				Flexion du coude C5 Extension du poignet C6 Extension du coude C7 Flexion du majeur C8 Abduction du 5ème doigt T1		C2 C3 C4 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 Flexion de la hanche L2 Extension du genou L3 Dorsiflexion de cheville L4 Extension du gros orteil L5 Flexion plantaire de cheville S1 (VAC) Contraction Anale Volontaire (Oui / Non) <input type="checkbox"/> TOTAL DROITE (MAXIMUM) (50) (56) (56)	
MID (membre inférieur droit)						S2 S3 S4-5 (DAP) Pression anale profonde (Oui / Non) <input type="checkbox"/>	
SCORES MOTEURS							
MSD <input type="checkbox"/> + MSG <input type="checkbox"/> = MS TOTAL <input type="checkbox"/> MAX (25)				MID <input type="checkbox"/> + MIG <input type="checkbox"/> = MI TOTAL <input type="checkbox"/> MAX (25)		LTD <input type="checkbox"/> + LTG <input type="checkbox"/> = LT TOTAL <input type="checkbox"/> MAX (56)	
						PPD <input type="checkbox"/> + PPG <input type="checkbox"/> = PP TOTAL <input type="checkbox"/> MAX (56)	
NIVEAUX NEUROLOGIQUES Etapes de classification 1 à 5 au verso		D G		3. NIVEAU LÉSIONNEL <input type="checkbox"/>		4. COMPLETE OU INCOMPLETE Incomplète : toute fonction motrice ou sensorielle en S4-5 <input type="checkbox"/>	
1. SENSITIF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		2. MOTEUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		5. SCORE DE DEFICIENCE ASIA (AIS) <input type="checkbox"/>		ZONE DE PRÉSÉRATION PARTIELLE D G SENSITIVE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOTRICE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Question 1



Caractériser la lésion médullaire du patient (3 réponses attendues):

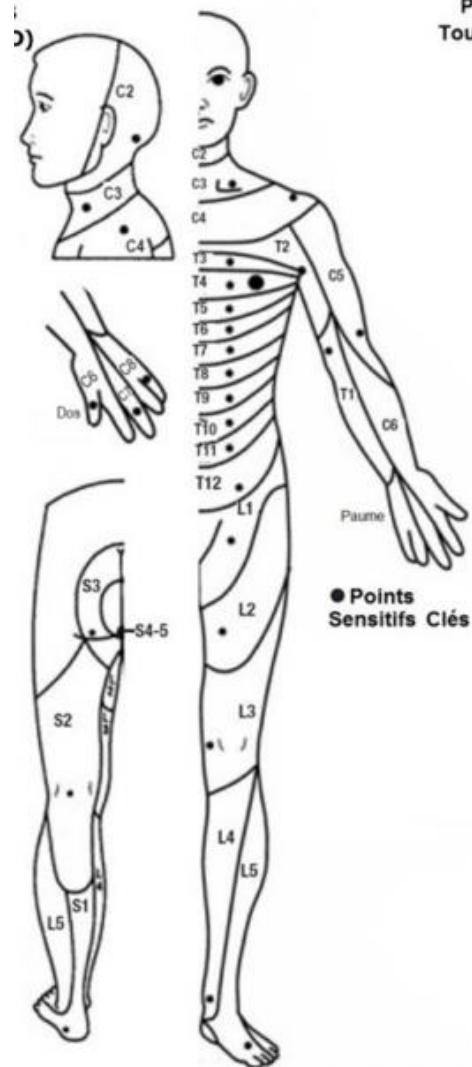
- A. Paraplégie
- B. Tétraplégie
- C. Niveau lésionnel C6
- D. Niveau lésionnel C7
- E. Niveau lésionnel C8
- F. Niveau lésionnel T1
- G. Niveau lésionnel T3
- H. Niveau lésionnel L1
- I. Lésion complète
- J. Lésion incomplète

Question 1



Sur le plan sensitif:

- Le patient a une sensibilité normale au tact léger et à la piqûre au niveau de la tête, du cou et au niveau du bord radial des membres supérieurs.
- Il existe une hypoesthésie à la piqûre au niveau du bord ulnaire des membres supérieurs et sur les 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main, par contre la sensibilité est préservée sur les autres doigts.
- La sensibilité est absente à tous les modes de l'aisselle jusqu'à l'extrémité distale des membres inférieurs.



2	2	C2
2	2	C3
2	2	C4
2	2	C5 Flexion du coude
2	2	C6 Extension du poignet
2	2	C7 Extension du coude (membre supérieur)
?	1	C8 Flexion du majeur
?	1	T1 Abduction du 5ème doigt

7 Extension du coude (membre supérieur gauche)

T2	MOTEUR (cf. cotation au verso)
T3	
T4	
T5	
T6	
T7	
T8	
T9	
	NT = non testable

T10	SENSITIF	
T11	(cf. cotation au verso)	
T12	$0 = \text{absente}$	$2 = \text{normale}$
T1	$1 = \text{diminuée}$	$NT = \text{non testable}$

MIG
(membre inférieur
gauche)

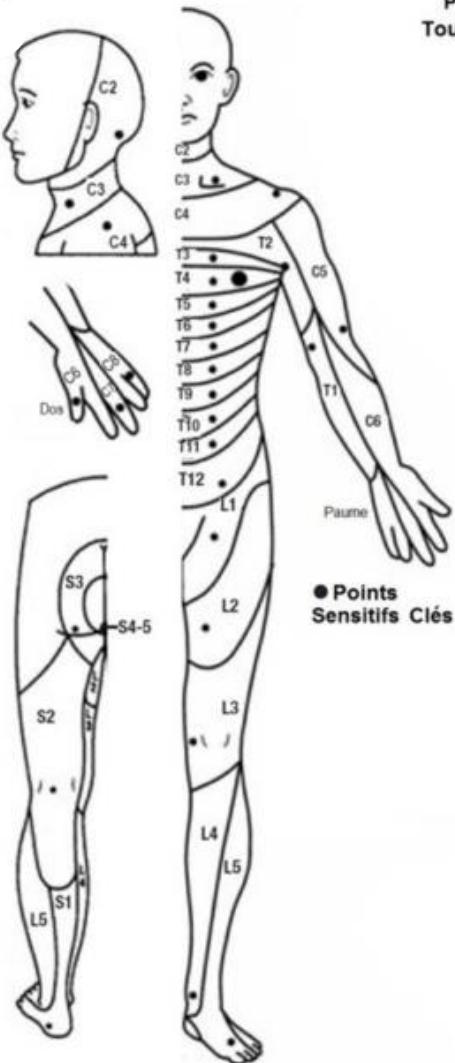
0	0	L2	Flexion de la hanche	MIG
0	0	L3	Extension du genou	(membre inférieur
0	0	L4	Dorsiflexion de cheville	gauche)
0	0	L5	Extension du gros orteil	
0	0	S1	Flexion plantaire de cheville	
		S2		
		S3		
		S4-5	<input type="checkbox"/> (DAP) Pression anale profonde	
				(Oui / Non)
			TOTAL GAUCHE	
(56)	(56)	(50)	(MAXIMUM)	

Question 1



Sur le plan moteur:

- La flexion et l'extension actives du coude sont normales
- L'extension active du poignet est normale
- La flexion des doigts est diminuée contre résistance, l'écartement des doigts est à peine complet.
- Il n'y a aucune contraction visible ni palpable aux membres inférieurs.



GAUCHE

POINTS SENSITIFS CLÉS	MOTEUR
Toucher (LTG)	MUSCLES CLÉS
2	C2
2	C3
2	C4
2	C5 Flexion du coude
2	C6 Extension du poignet
?	C7 Extension du coude (membre supérieur gauche)
0	C8 Flexion du majeur
0	T1 Abduction du 5ème doigt
0	T2
0	T3
0	T4
0	T5
0	T6
0	T7
0	T8
0	T9
0	T10
0	T11
0	T12
0	L1

POINTS SENSITIFS CLÉS	MOTEUR
Toucher (LTG)	MUSCLES CLÉS
2	C2
2	C3
2	C4
5	C5 Flexion du coude
5	C6 Extension du poignet
5	C7 Extension du coude (membre supérieur gauche)
4	C8 Flexion du majeur
2	T1 Abduction du 5ème doigt
0	T2
0	T3
0	T4
0	T5
0	T6
0	T7
0	T8
0	T9
0	T10
0	T11
0	T12
0	L1

MOTEUR
(cf. cotation au verso)

0 = paralysie totale
1 = contraction visible ou palpable
2 = mouvement actif sans pesanteur
3 = mouvement actif contre pesanteur
4 = mouvement actif contre légère résistance
5 = mouvement actif contre forte résistance
5* = normal compte tenu de la douleur et de l'immobilité
NT = non testable

SENSITIF
(cf. cotation au verso)

0 = absente
1 = diminuée
2 = normale
NT = non testable

MIG
(membre Inférieur gauche)

0	L2 Flexion de la hanche
0	L3 Extension du genou
0	L4 Dorsiflexion de cheville
0	L5 Extension du gros orteil
0	S1 Flexion plantaire de cheville

(DAP) Pression anale profonde
(Oui / Non)

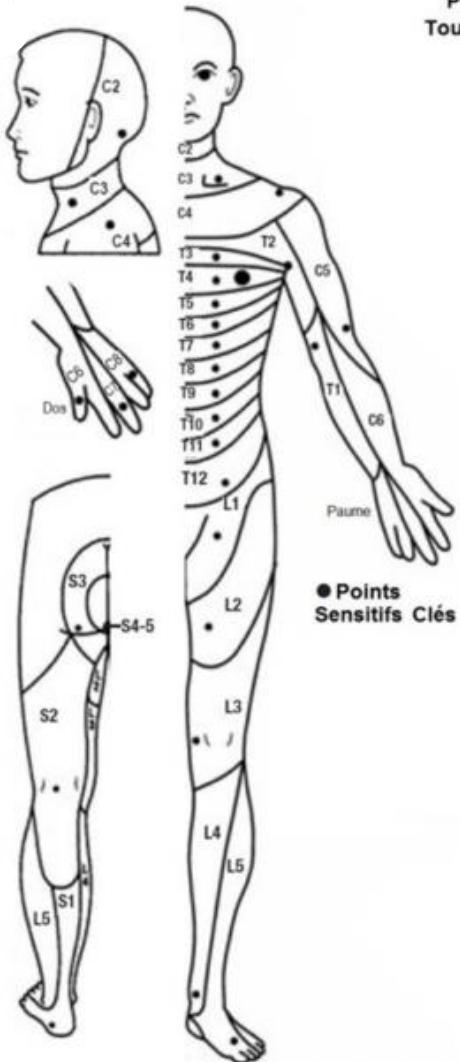
TOTAL GAUCHE
(56) (50) (MAXIMUM)

Question 1



Au toucher rectal:

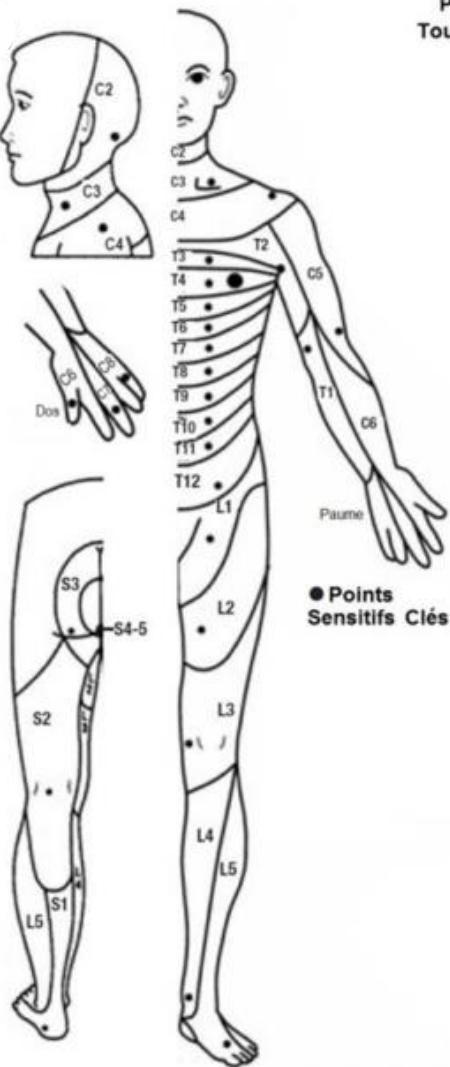
- Le patient ressent un peu l'introduction du doigt
- La contraction volontaire du sphincter anal est faible.



MOTEUR MUSCLES CLÉS GAUCHE

POINTS SENSITIFS CLÉS Toucher (LTG)	PIQUURE (PPG)	MOTEUR MUSCLES CLÉS
2	2	C2
2	2	C3
2	2	C4
2	2	C5 Flexion du coude
2	2	C6 Extension du poignet
2	?	C7 Extension du coude (membre supérieur gauche)
?	1	C8 Flexion du majeur
0	1	T1 Abduction du 5ème doigt
0	0	T2
0	0	T3
0	0	T4
0	0	T5
0	0	T6
0	0	T7
0	0	T8
0	0	T9
0	0	T10
0	0	T11
0	0	T12
0	0	L1
0	0	L2 Flexion de la hanche
0	0	L3 Extension du genou
0	0	L4 Dorsiflexion de cheville (membre Inférieur gauche)
0	0	L5 Extension du gros orteil
0	0	S1 Flexion plantaire de cheville
1	?	S2
?		S3
		S4-5 (VAC) Contraction Anale Volontaire (Oui / Non) Oui
		TOTAL GAUCHE
		(56) (56) (50) (MAXIMUM)

Question 1



POINTS SENSITIFS CLÉS
Toucher (LTG) Piqure (PPG)

MOTEUR
MUSCLES CLÉS **GAUCHE**

2	2
2	2
2	2
2	2
2	2
?	?
?	?
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
1	?

2	C2
2	C3
2	C4
2	C5
2	C6
2	C7
1	C8
4	T1
2	T2
0	T3
0	T4
0	T5
0	T6
0	T7
0	T8
0	T9
0	T10
0	T11
0	T12
0	L1
0	L2
0	L3
0	L4
0	L5
0	S2
0	S3
0	S4-5
0	S1
0	L5
1	
?	

S2
S3
S4-5

(VAC) Contraction Anale Volontaire
(Oui / Non) Oui

TOTAL GAUCHE
(MAXIMUM)

MSG
(membre supérieur gauche)
C5 Flexion du coude
C6 Extension du poignet
C7 Extension du coude
C8 Flexion du majeur
T1 Abduction du 5ème doigt

MOTEUR
(cf. cotation au verso)

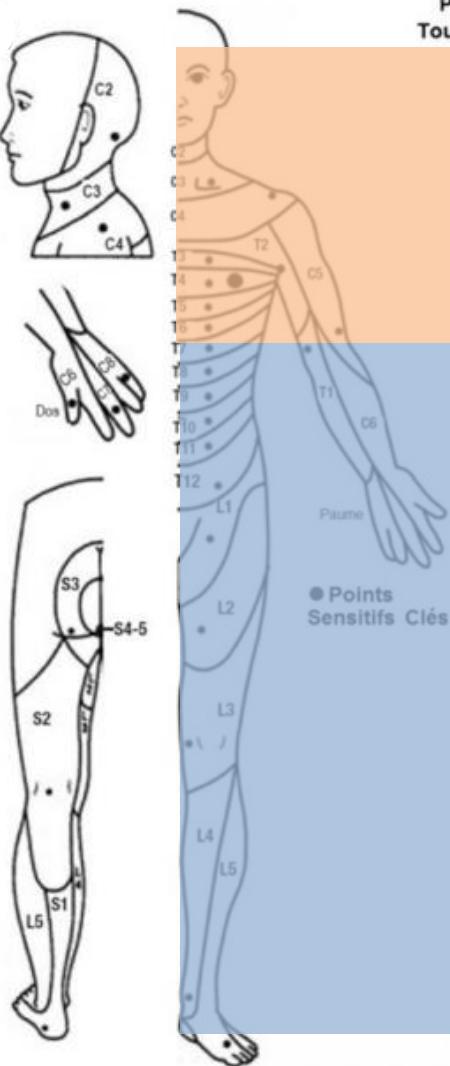
0 = paralysie totale
1 = contraction visible ou palpable
2 = mouvement actif sans pesanteur
3 = mouvement actif contre pesanteur
4 = mouvement actif contre légère résistance
5 = mouvement actif contre forte résistance
5* = normal compte tenu de la douleur et de l'immobilité
NT = non testable

SENSITIF
(cf. cotation au verso)

0 = absente	2 = normale
1 = diminuée	NT = non testable

MIG
(membre inférieur gauche)
L2 Flexion de la hanche
L3 Extension du genou
L4 Dorsiflexion de cheville
L5 Extension du gros orteil
S1 Flexion plantaire de cheville

Question 1



POINTS SENSITIFS CLÉS Toucher (LTG) Piqure (PPG) MOTEUR MUSCLES CLÉS GAUCHE

2	2	C2	
2	2	C3	
2	2	C4	
2	2	C5	Extension du coude
2	2	C6	Extension du poignet
2	5	C7	Extension du coude (membre supérieur gauche)
5	5	C8	Flexion du majeur
1	4	T1	Abduction du 5ème doigt
1	2		
0	0	T2	
0	0	T3	
0	0	T4	
0	0	T5	
0	0	T6	
0	0	T7	
0	0	T8	
0	0	T9	
0	0	T10	
0	0	T11	
0	0	T12	
0	0	L1	
0	0	L2	Flexion de la hanche
0	0	L3	Extension du genou
0	0	L4	Dorsiflexion de cheville
0	0	L5	Extension du gros orteil
0	0	S1	Flexion plantaire de cheville
1	?		
			(VAC) Contraction Anale Volontaire (Oui / Non) <input checked="" type="checkbox"/>
			TOTAL GAUCHE
		(56)	(56)
		(50)	(MAXIMUM)

Question 1



Caractériser la lésion médullaire du patient (3 réponses attendues):

- A. Paraplégie
- B. **Tétraplégie**
- C. Niveau lésionnel C6
- D. **Niveau lésionnel C7**
- E. Niveau lésionnel C8
- F. Niveau lésionnel T1
- G. Niveau lésionnel T3
- H. Niveau lésionnel L1
- I. Lésion complète
- J. **Lésion incomplète**

Question 2



Le patient présente une tétraplégie C7 incomplète.

Quel est son score de déficience ASIA ? (QRU)

- A. A
- B. B
- C. C
- D. D
- E. E

Question 2



Echelle de déficience ASIA

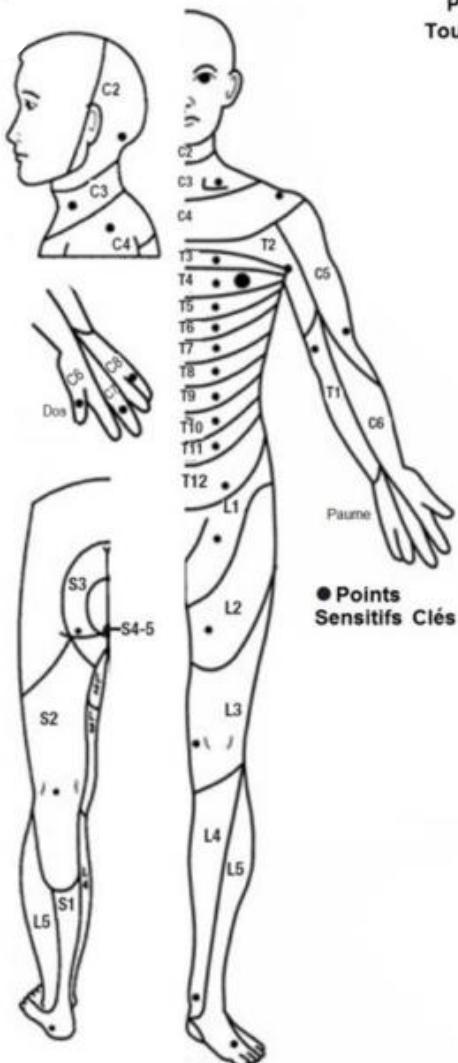
A = Complet : aucune sensibilité ou motricité dans le territoire S4-S5.

B = Incomplet sensitif : la sensibilité mais pas la motricité est préservée au dessous du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4-S5.

C = Incomplet moteur : la motricité est préservée au dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au dessous de ce niveau a un score < 3 (motricité non fonctionnelle).

D = Incomplet moteur : la motricité est préservée au dessous du niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés au dessous de ce niveau a un score ≥ 3 .

E = Normal : la sensibilité et la motricité sont normales. Il peut persister des anomalies des réflexes.



POINTS SENSITIFS CLÉS **MOTEUR**
Toucher (LTG) Piqûre (PPG) **MUSCLES CLÉS** **GAUCHE**

2	2	C2	Flexion du coude
2	2	C3	Extension du poignet
2	2	C4	Extension du coude (me
2	5	C5	Flexion du coude
2	5	C6	Extension du poignet
2	5	C7	Extension du coude (me
?	1	C8	Flexion du majeur
?	1	T1	Abduction du 5ème doigt

MSG

(membre supérieur gauche)

MOTEUR
(cf. cotation au verso)

- 0 = paralysie totale
- 1 = contraction visible ou palpable
- 2 = mouvement actif sans pesanteur
- 3 = mouvement actif contre pesanteur
- 4 = mouvement actif contre légère résistance
- 5 = mouvement actif contre forte résistance
- 5* = normal compte tenu de la douleur et de l'immobilité
- NT = non testable

SENSITIF
(cf. cotation au verso)

0	L2	Flexion de la hanche	MIG (membre inférieur gauche)
0	L3	Extension du genou	
0	L4	Dorsiflexion de cheville	
0	L5	Extension du gros orteil	
0	S1	Flexion plantaire de cheville	
S2			
S3			
S4-5		(VAC) Contraction Anale Volontaire (Oui / Non)	oui
		TOTAL GAUCHE	

Question 2



Echelle de déficience ASIA

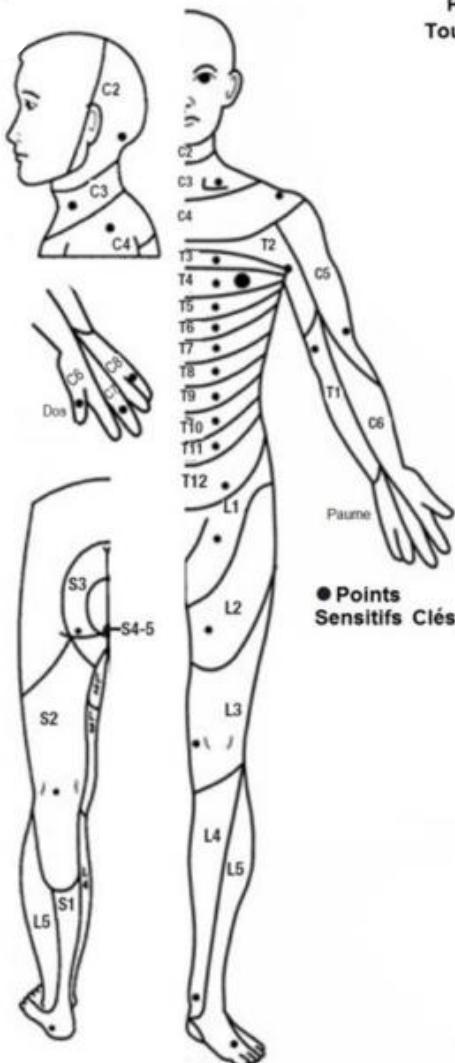
A = Complet : aucune sensibilité ou motricité dans le territoire S4-S5.

B = Incomplet sensitif : la sensibilité mais pas la motricité est préservée au dessous du niveau lésionnel, en particulier dans le territoire S4-S5.

C = Incomplet moteur : la motricité est préservée au dessous du niveau lésionnel et plus de la moitié des muscles testés au dessous de ce niveau a un score < 3 (motricité non fonctionnelle).

D = Incomplet moteur : la motricité est préservée au dessous du niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés au dessous de ce niveau a un score ≥ 3 .

E = Normal : la sensibilité et la motricité sont normales. Il peut persister des anomalies des réflexes.



GAUCHE

POINTS SENSITIFS CLÉS	MOTEUR
Toucher (LTG)	MUSCLES CLÉS
2	C2
2	C3
2	C4
2	C5 Flexion du coude
2	C6 Extension du poignet
5	C7 Extension du coude (membre supérieur gauche)
5	C8 Flexion du majeur
1	T1 Abduction du 5ème doigt
0	T2
0	T3
0	T4
0	T5
0	T6
0	T7
0	T8
0	T9
0	T10
0	T11
0	T12
0	L1
0	L2 Flexion de la hanche
0	L3 Extension du genou
0	L4 Dorsiflexion de cheville
0	L5 Extension du gros orteil
0	S1 Flexion plantaire de cheville
1	S2
?	S3
1	S4-5

MSG (membre supérieur gauche)	
0 = paralysie totale	
1 = contraction visible ou palpable	
2 = mouvement actif sans pesanteur	
3 = mouvement actif contre pesanteur	
4 = mouvement actif contre légère résistance	
5 = mouvement actif contre forte résistance	
5* = normal compte tenu de la douleur et de l'immobilité	
NT = non testable	
MOTEUR (cf. cotation au verso)	
0 = absente	2 = normale
1 = diminuée	NT = non testable
SENSITIF (cf. cotation au verso)	
0	2
1	NT
MIG (membre Inférieur gauche)	
L2 Flexion de la hanche	
L3 Extension du genou	
L4 Dorsiflexion de cheville	
L5 Extension du gros orteil	
S1 Flexion plantaire de cheville	
S2	
S3	
S4-5	
(VAC) Contraction Anale Volontaire (Oui / Non)	oui
TOTAL GAUCHE	
(/56)	(/50)
(MAXIMUM)	



Question 2

Le patient présente une tétraplégie C7 incomplète.

Quel est son score de déficience ASIA ? (QRU)

- A. A
- B. B
- C. C**
- D. D
- E. E

Enoncé



Le patient présente une tétraplégie C7 incomplète AIS C.

Il vous explique avoir avancé son rendez-vous annuel car depuis quelques jours il ressent des céphalées diffuses apparues brutalement qu'il attribuait initialement à un surmenage dû à ses études, majorées depuis que son aide-soignante est en arrêt maladie. En effet, même s'il fait ses transferts et sa toilette sans aide, il doit demander assistance pour l'habillage et le chaussage à sa conjointe.

Il présente une légère hypertension à 144/98, il n'est pas tachycarde, éprouve une fébricule à 37,8°C.

Les céphalées sont holocraniennes, pulsatiles, il n'y a pas de nausée, les paupières sont normales, les pupilles sont symétriques et réactives.

Enoncé



L'auscultation cardio-pulmonaire est normale, l'abdomen est souple et non douloureux

Le patient a des selles quotidiennes avec régime fibré et traitement laxatif bien conduit. Concernant son mode mictionnel, il se sonde 5 fois par jour sans difficultés ni événement particulier récent.

Question 3



Quel diagnostic redoutez-vous en priorité ?

- A. Sepsis d'origine urinaire
- B. Thrombose veineuse cérébrale
- C. Hyperréflexie autonome
- D. Migraine
- E. Syndrome d'hypertension intra-crânienne

Question 3



« Lors de **lésions médullaires $\geq T6$** , il existe un risque d'hyperactivité réflexe du système sympathique déafférenté en réponse à une complication sous-lésionnelle (globe vésical, fécalome) appelée **hyper-réflexie autonome (HRA)**.

Caractérisée par une poussée systolique aiguë ≥ 20 mm Hg, accompagnée souvent d'une céphalée brutale, son traitement passe par le traitement de la cause déclenchante. »

Question 3



Quel diagnostic redoutez-vous en priorité ?

- A. Sepsis d'origine urinaire
- B. Thrombose veineuse cérébrale
- C. Hyperréflexie autonome
- D. Migraine
- E. Syndrome d'hypertension intra-crânienne

Enoncé



En scrutant le dossier médical, vous remarquez que lors de sa dernière hospitalisation, le patient avait une pression artérielle (PA) à 111/82. Redoutant une hyperréflexie autonome (HRA), vous instaurez les traitements anti-hypertenseurs adéquats faisant diminuer la PA et les céphalées.

Vous partez à la recherche de l'épine irritative sous-lésionnelle à l'origine de cette HRA.

Le patient n'est pas en globe urinaire.

Vous ne trouvez pas d'escarre au niveau du sacrum, ni des grands trochanters. Vous constatez cette escarre talonnière droite.



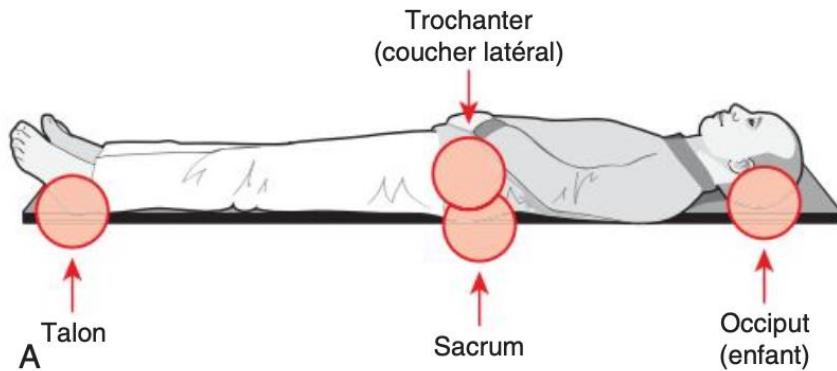
Question 4



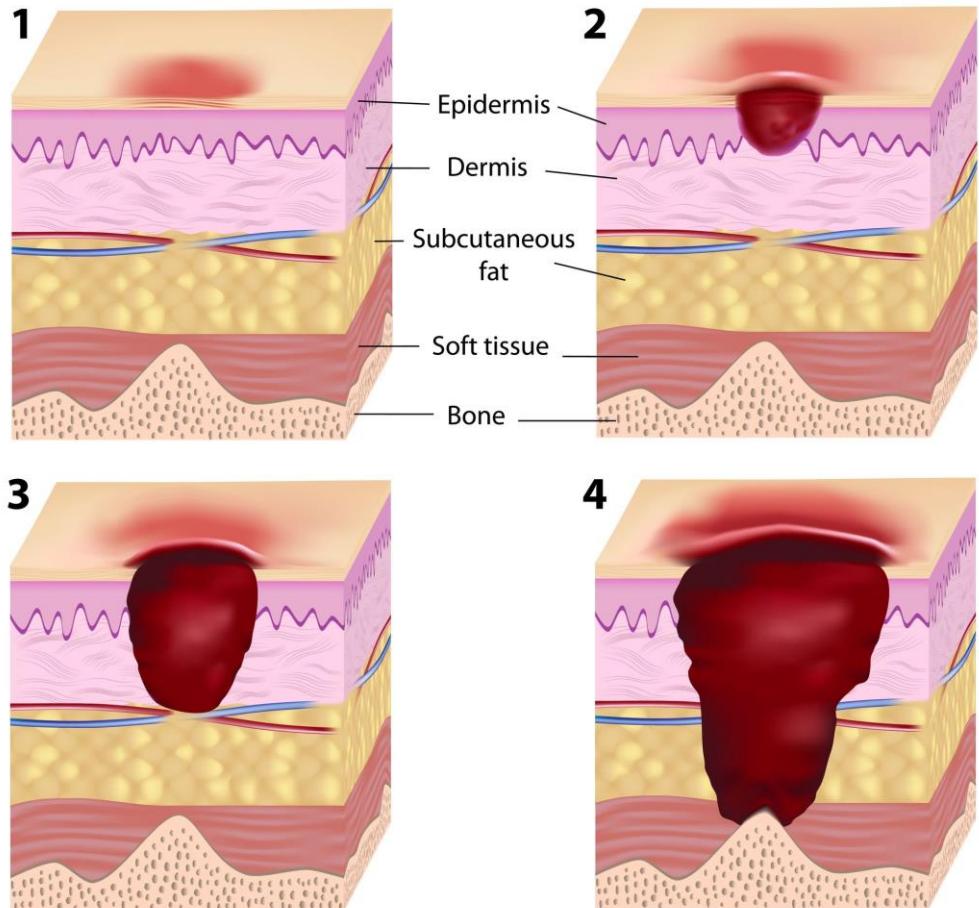
A quel stade cette escarre correspond-elle ? (QRU)

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

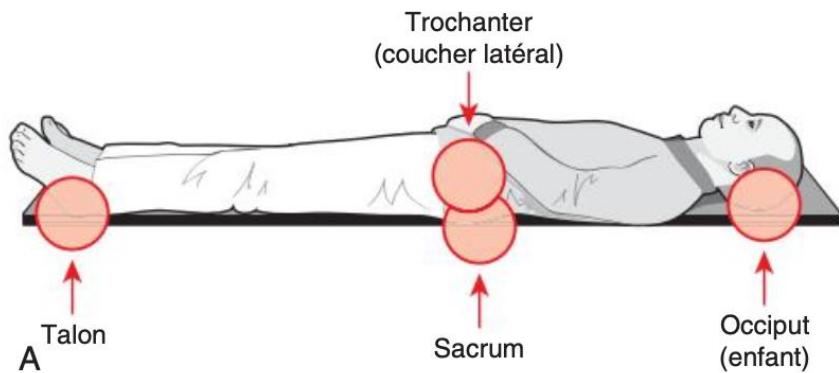
Question 4



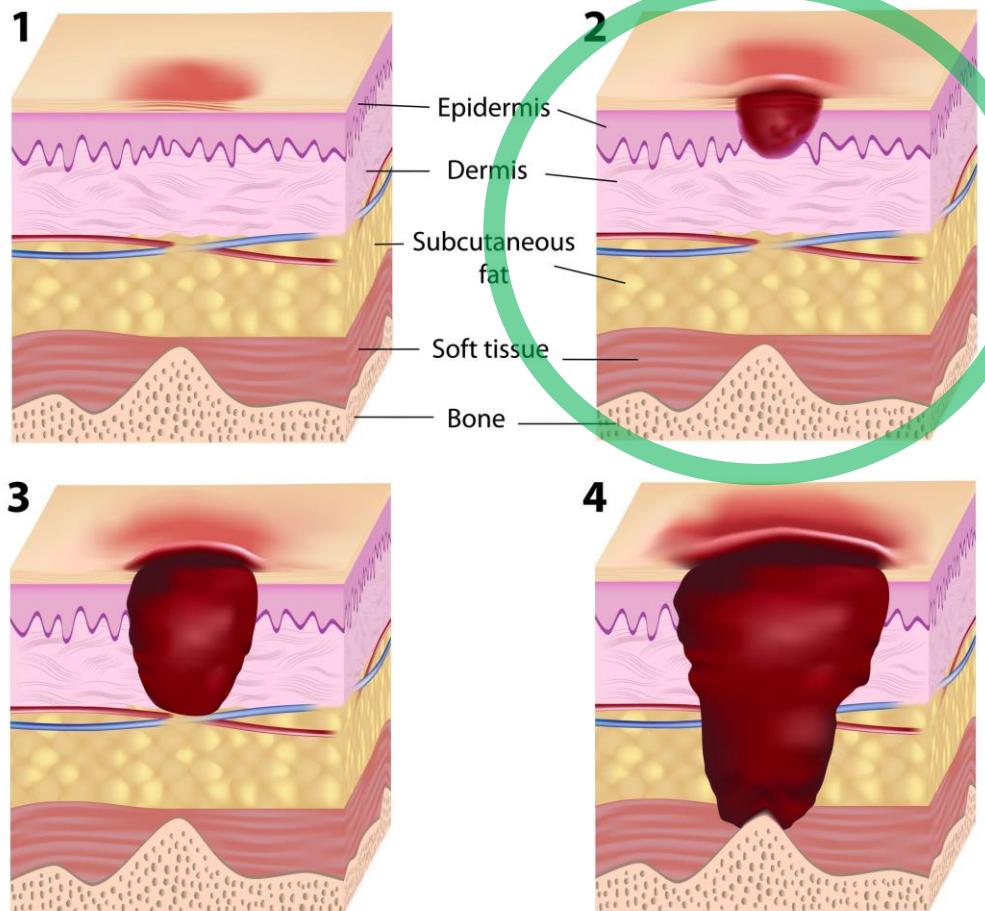
Stages of Pressure Sores



Question 4



Stages of Pressure Sores



Question 4



A quel stade cette escarre correspond-elle ? (QRU)

- A. 0
- B. 1
- C. 2**
- D. 3
- E. 4



Item 120 : Complications de l'hypomobilité et du décubitus : prévention et prise en charge

Enoncé



Vous prescrivez les soins de pansements adaptés avec passage d'une IDE au domicile pour soins de pansement réguliers jusqu'à cicatrisation.

Vous interrogez le patient à propos de ses troubles vésico-sphinctériens. Il vous explique ressentir parfois un besoin d'uriner d'apparition brutale qui se solde généralement par des fuites urinaires. Ces fuites n'ont pas d'élément déclencheur évident à part peut-être l'espacement trop important entre deux autosondages.

Il réalise ces autosondages sans difficultés de façon pluri-quotidienne, il n'a pas de miction spontanée et n'a pas eu de symptômes compatibles avec une infection urinaire depuis des années.

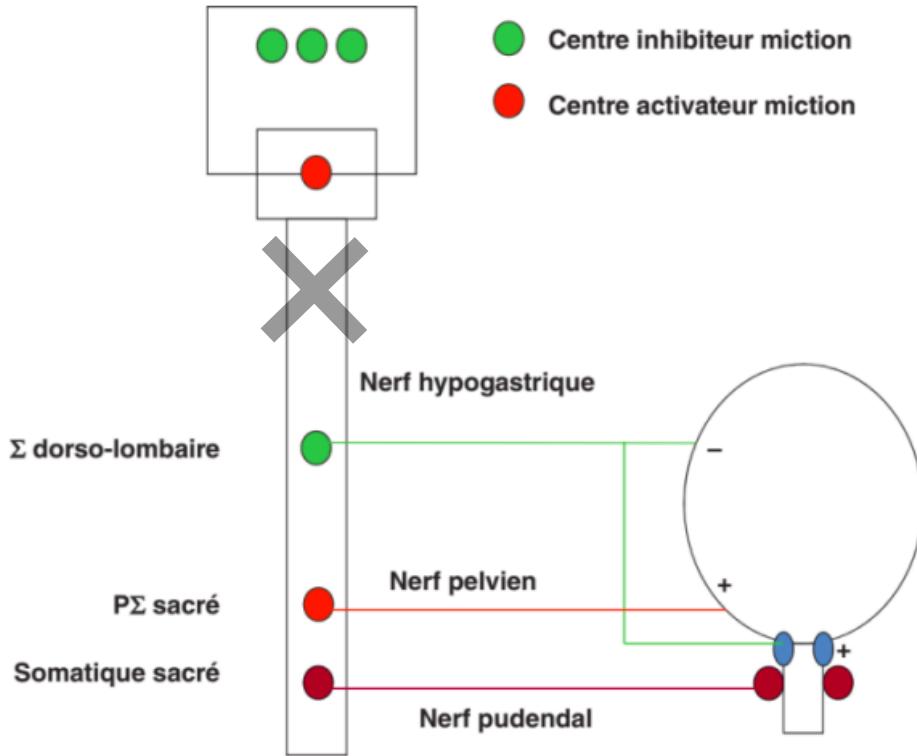
Question 5



A propos des troubles vésico-sphinctériens, cocher la ou les propositions exactes

- A. Le patient présente une neuro-vessie périphérique.
- B. L'urgenturie est le symptôme principal du syndrome d'hyperactivité vésicale.
- C. Les fuites urinaires du patient sont en rapport avec une incontinence urinaire à l'effort.
- D. La dysurie correspond à la difficulté à uriner.
- E. Le patient est à risque d'infection urinaire.

Question 5



Le syndrome d'hyperactivité vésicale =

L'urgenturie

+/- la pollakiurie

+/- la nycturie

+/- l'incontinence urinaire sur urgenturie

Question 5



A propos des troubles vésico-sphinctériens, cocher la ou les propositions exactes

- A. Le patient présente une neuro-vessie périphérique.
- B. L'urgenturie est le symptôme principal du syndrome d'hyperactivité vésicale.
- C. Les fuites urinaires du patient sont en rapport avec une incontinence urinaire à l'effort.
- D. La dysurie correspond à la difficulté à uriner.
- E. Le patient est à risque d'infection urinaire.

Enoncé



Après optimisation du traitement à visée urinaire, le patient vous interroge sur son autonomie.

Il aimerait reprendre la conduite automobile qu'il a arrêtée depuis son accident, et à ce titre se procurer une voiture adaptée avec un nouveau fauteuil plus léger et pliable.

Il souhaiterait également postuler pour un job étudiant afin de compléter son salaire.

Question 6



Parmi ces propositions, cochez-la ou les propositions exactes:

- A. Le patient est éligible à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- B. Il peut demander la Prestation de Compensation du Handicap pour couvrir ses frais d'aides techniques (PCH)
- C. Son permis de conduire nécessite une revalidation
- D. L'état de santé du patient nécessite la mise en place d'une protection juridique
- E. Pour postuler un emploi, le patient doit faire une Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

Question 6



CPAM	MDPH < 60 ans	Conseil général > 60 ans	Autres
Financement			
Sécurité sociale	PCH	APA selon GIR et selon les ressources	Mutuelle Assurance accidents de la vie Ressources personnelles
Aides humaines			
IDE, ASD Hospitalisation à domicile	Tierce personne (auxiliaire de vie ou membre de la famille)		Aide ménagère Portage de repas
Aides matérielles			
Lit médicalisé Chaise garde-robe Lève-malade Matelas anti-escarre Fauteuil roulant manuel ou électrique Canne(s) Déambulateur	Barres d'appui Rehausseur de WC Siège pivotant de baignoire Aide informatisée à la communication Système de téléalarme		
Ressources financières			
Pension d'invalidité* (< 60 ans)	AAH**	APA	

* Pour les personnes ayant exercé une activité salariée en quantité suffisante.

** Pour les personnes n'ayant jamais ou insuffisamment travaillé.

AAH : allocation aux adultes handicapés; APA : allocation personnalisée d'autonomie; ASD : aide-soignant diplômé; CPAM : caisse primaire d'assurance maladie; GIR : groupe iso-ressources; IDE : infirmier diplômé d'Etat; MDPH : maison départementale pour les personnes handicapées; PCH : prestation de compensation du handicap.

Question 6



Parmi ces propositions, cochez-la ou les propositions exactes:

- A. Le patient est éligible à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- B. Il peut demander la Prestation de Compensation du Handicap pour couvrir ses frais d'aides techniques (PCH)
- C. Son permis de conduire nécessite une revalidation
- D. L'état de santé du patient nécessite la mise en place d'une protection juridique
- E. Pour postuler un emploi, le patient doit faire une Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)



Dossier n°2

Enoncé



Madame S., 64 ans, vous consulte dans votre cabinet de médecine générale pour des douleurs aux **deux genoux**, nettement prédominant à gauche, **évoluant depuis plusieurs mois**. Elle décrit une douleur **prédominant à la marche et le soir**. La douleur **n'est pas insomniante**.

On ne retrouve pas d'antécédent médical ou chirurgical. Elle est en surpoids (indice de masse corporelle IMC 29 kg/m²).

Question 1



Quels sont les signes à l'interrogatoire et à l'examen clinique orientant vers une gonarthrose fémoro-patellaire ?

- A. Raideur en extension/flexion du genou
- B. Douleur majorée à la montée des escaliers
- C. Manœuvre de Zohlen positive
- D. Boiterie d'esquive
- E. Manœuvre du rabot positive

Question 1



Informations présentes à l'interrogatoire :

- Douleur d'horaire mécanique (soir, à la marche, non insomniante)
- Douleur chronique (supérieure à trois mois), donc écarte les causes aiguës
- Deux genoux mais asymétrique

= tableau **d'arthrose**

L'arthrose est une maladie ostéoarticulaire pouvant toucher tous les tissus articulaires:

Les articulations les plus touchées sont le genou, la hanche, les doigts (interphalangiennes distales), le rachis, principalement après 40 ans

Question 1



Facteurs de risque :

- Age
- Surpoids/obésité
- Hérédité
- Sexe féminin
- Contraintes mécaniques (micro-traumatismes, lésions méniscales ou ligamentaires, déformations – genu valgum/varum)

Clinique :

- douleur globale du genou, ou plus **localisée en externe/interne** en cas d'arthrose fémoro-tibiale, **d'horaire mécanique**.
- Episodes de blocage, lâchages du genou
- Episodes de douleurs d'allure **inflammatoire lors des poussées**
- Retentissement fonctionnel

Question 1



A l'examen clinique :

- Douleur à la palpation et mobilisation, voire limitation articulaire
- Craquements à la flexion
- Epanchement articulaire avec choc patellaire/glaçon/signe du flot

Bien examiner les hanches ++ (douleurs projetées)

→ Arthrose **fémoro-patellaire** la douleur est majorée:

- à la descente des escaliers
- à l'extension de la jambe contrariée
- à la manœuvre du Rabot et de Zohlen

Question 1



Quels sont les signes à l'interrogatoire et à l'examen clinique orientant vers une gonarthrose fémoro-patellaire ?

- A. Raideur en extension/flexion du genou
- B. Douleur majorée à la montée des escaliers
- C. **Manœuvre de Zohlen positive**
- D. Boiterie d'esquive
- E. **Manœuvre du rabot positive**

Raideur et boiterie d'esquive ne sont pas des signes orientant spécifiquement vers une gonarthrose fémoro-patellaire

Enoncé



Le genou est sec. La douleur est d'horaire mécanique et on observe un genu valgum à l'examen clinique. La palpation des interlignes fémoro-tibiaux est douloureuse en externe.

Question 2



Quelle que soit sa localisation, quels sont les signes en radiographie standard d'une arthrose ?

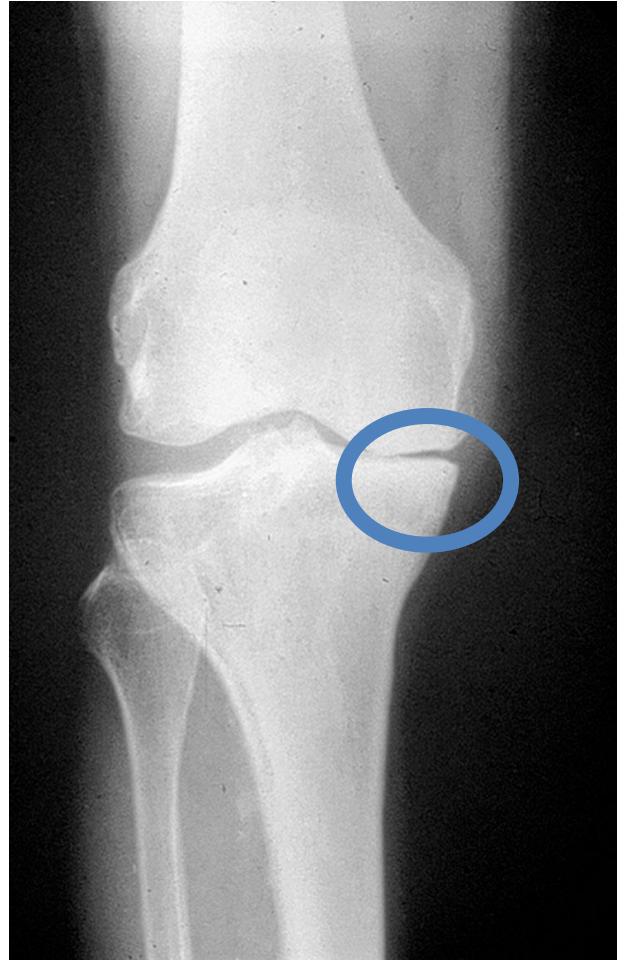
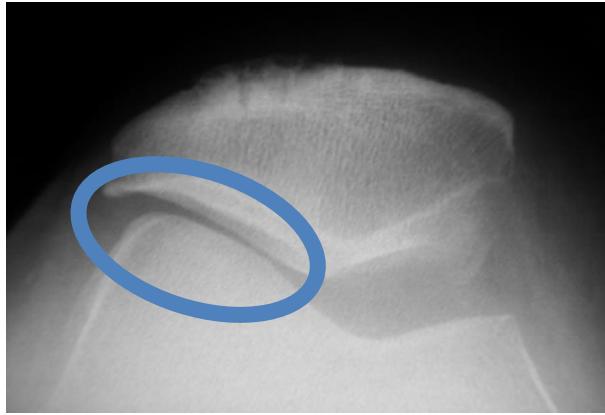
- A. Géodes sous chondrales
- B. Ostéophytes
- C. Pincement articulaire diffus
- D. Calcifications dans l'espace inter-osseux
- E. Ostéocondensation sous chondrale

Question 2



Examens complémentaires:

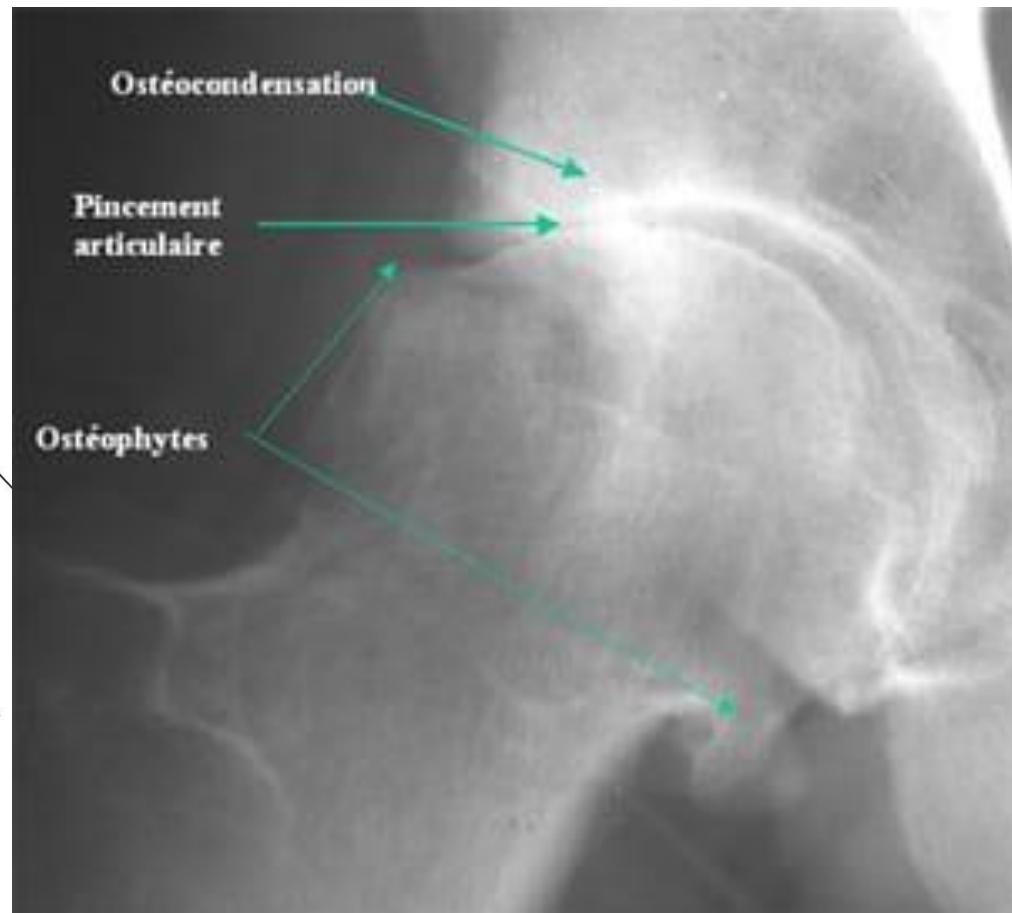
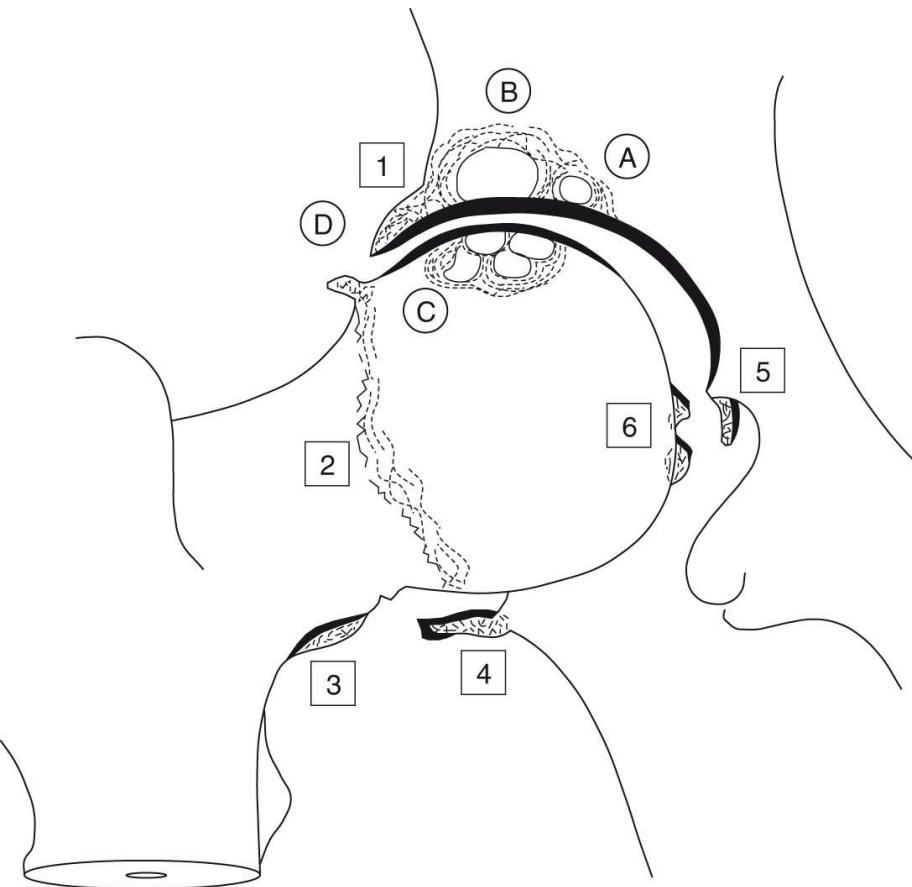
- Radiographies (de face / de profil en charge / en schuss / axiale à 30 ou 60°).
- Pas d'examen biologique. (Pas de syndrome inflammatoire)



Question 2



Signes radiologiques de l'arthrose:



Item 129 : Arthrose

Question 2



Quelle que soit sa localisation, quels sont les signes en radiographie standard d'une arthrose ?

- A. Géodes sous chondrales
- B. Ostéophytes
- C. Pincement articulaire diffus
- D. Calcifications dans l'espace inter-osseux
- E. Ostéocondensation sous chondrale

Le pincement articulaire **diffus** est plutôt évocateur d'une **pathologie arthritique**
Les calcifications dans l'espace inter-osseux plutôt d'une **arthropathie microcristalline**

Enoncé



Après un traitement médical bien conduit, comprenant notamment une prise en charge en kinésithérapie, la patiente est finalement opérée deux ans plus tard avec la pose d'une prothèse totale du genou gauche.

Deux semaines après l'intervention, la patiente décrit une recrudescence des douleurs au genou, s'étendant au niveau de la jambe et du pied.

La patiente ne rapporte pas de traumatisme.

Question 3



Quels sont les diagnostics potentiels ?

- A. Thrombose veineuse profonde
- B. Infection tardive de site opératoire
- C. Syndrome douloureux régional complexe
- D. Fracture périprothétique
- E. Descellement de prothèse

Question 3



Les complications post-opératoires:

- **Infections** (précoce si dans les 4 semaines, tardives si supérieure à 4 semaines)
- **Descellement**, se manifestant par des douleurs mécaniques
- **Usure** (survient au bout de plusieurs années, asymptomatique initialement), pouvant entraîner descellement ou fracture de l'implant à terme
- **Luxation** (hanche +++)
- **Fracture péri-prothétique**
- **Lésion nerveuse** péri-opératoire (notamment fibulaire commun sur PTG, cutané latéral de la cuisse sur PTH)
- **Hématome post opératoire**, pouvant lui-même s'infecter ou provoquer un déficit nerveux par compression
- **Désunion de cicatrice**
- **Thrombose veineuse profonde** et embolie pulmonaire
- **Syndrome douloureux régional complexe/Algodystrophie**

Question 3



Quels sont les diagnostics potentiels ?

- A. Thrombose veineuse profonde
- B. Infection tardive de site opératoire
- C. Syndrome douloureux régional complexe
- D. Fracture périprothétique
- E. Descellement de prothèse

Enoncé



L'examen clinique montre une allodynie diffuse du membre inférieur gauche, une hypoesthésie, un œdème ne prenant pas le godet.

Question 4



En première intention, quels examens sont pertinents pour la poursuite des investigations ?

- A. IRM du membre inférieur gauche
- B. Scintigraphie osseuse
- C. Radiographies standards
- D. Echographie ostéo-articulaire
- E. Echographie doppler veineuse des membres inférieurs



Question 4

En première intention, quels examens sont pertinents pour la poursuite des investigations ?

- A. IRM du membre inférieur gauche
- B. Scintigraphie osseuse
- C. Radiographies standards
- D. Echographie ostéo-articulaire
- E. Echographie doppler veineuse des membres inférieurs

L'IRM n'a pas de place en première intention dans ce contexte.

Scintigraphie osseuse très peu spécifique et n'orientera pas.

Les radiographies permettront de rechercher un descellement ou une fracture périprothétique.

L'échographie ostéo-articulaire n'est pas indiquée dans ce contexte.

L'échographie doppler permettra de rechercher une thrombose veineuse profonde

Enoncé



L'échographie doppler veineuse des membres inférieurs est normale. Le bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire biologique et la radiographie ne montre pas de débricolage du matériel.

Question 5



Quel est, à ce stade, le diagnostic le plus probable ?

- A. Thrombose veineuse profonde
- B. Rupture ligamentaire
- C. Syndrome douloureux régional complexe de type I
- D. Infection de site opératoire
- E. Hématome post opératoire

Question 5



Quel est, à ce stade, le diagnostic le plus probable ?

- A. Thrombose veineuse profonde
- B. Rupture ligamentaire
- C. Syndrome douloureux régional complexe de type I
- D. Infection de site opératoire
- E. Hématome post opératoire

Question 5



Syndrome douloureux régional complexe de type I

- une **douleur régionale** continue, spontanée, ou provoquée, **sans systématisation neurologique** (tronculaire ou radiculaire)
- +/- signes cliniques **moteurs, sensitifs, sudo-moteurs, vasomoteurs et trophiques**

→ Diagnostic **CLINIQUE +++**

- Pas d'anomalie biologique
- prélèvement liquidiens mécaniques
- Déminéralisation osseuse à la radiographie mais tardive

Type I = absence de lésion nerveuse périphérique

Type II = lésion nerveuse périphérique patente



Question 5

Epidémiologie:

- A tout âge
- prédominant chez les femmes (**Ratio F/H de 3/1**)
- Incidence entre **5 et 25 pour 100 000 par an.**

La cause la plus fréquente est **traumatique** (40 %)
avec un **délai de quelques jours à plusieurs semaines**

Enoncé



Malgré votre prise en charge, la situation se chronicise et entraîne de fortes restrictions de participation chez cette patiente. Vous envisagez l'attribution d'allocations dans l'objectif de compenser au maximum le handicap.

Question 6



Quel dispositif peut être mis en place pour cette patiente ?

- A. Allocation adulte handicapé (AAH)
- B. Prestation de compensation du handicap (PCH)
- C. Carte mobilité inclusion (CMI)
- D. Majoration pour la vie autonome (MVA)
- E. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Question 6



Quel dispositif peut être mis en place pour cette patiente ?

- A. Allocation adulte handicapé (AAH)
- B. Prestation de compensation du handicap (PCH)
- C. **Carte mobilité inclusion (CMI)**
- D. Majoration pour la vie autonome (MVA)
- E. **Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

Pati~~ente~~ > 60 ans, non éligible à l'allocation adulte handicapé ou la prestation de compensation du handicap.

Item 118 : La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique

Question 7



Quelle structure est responsable de l'attribution et du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie ?

- A. Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- B. Assurance maladie
- C. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
- D. Conseil général départemental
- E. Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Question 7



CPAM	MDPH < 60 ans	Conseil général > 60 ans	Autres
Financement			
Sécurité sociale	PCH	APA selon GIR et selon les ressources	Mutuelle Assurance accidents de la vie Ressources personnelles
Aides humaines			
IDE, ASD Hospitalisation à domicile	Tierce personne (auxiliaire de vie ou membre de la famille)		Aide ménagère Portage de repas
Aides matérielles			
Lit médicalisé Chaise garde-robe Lève-malade Matelas anti-escarre Fauteuil roulant manuel ou électrique Canne(s) Déambulateur	Barres d'appui Rehausseur de WC Siège pivotant de baignoire Aide informatisée à la communication Système de téléalarme		
Ressources financières			
Pension d'invalidité* (< 60 ans)	AAH**	APA	

* Pour les personnes ayant exercé une activité salariée en quantité suffisante.

** Pour les personnes n'ayant jamais ou insuffisamment travaillé.

AAH : allocation aux adultes handicapés; APA : allocation personnalisée d'autonomie; ASD : aide-soignant diplômé; CPAM : caisse primaire d'assurance maladie; GIR : groupe iso-ressources; IDE : infirmier diplômé d'Etat; MDPH : maison départementale pour les personnes handicapées; PCH : prestation de compensation du handicap.

Question 7



Quelle structure est responsable de l'attribution et du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie ?

- A. Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- B. Assurance maladie
- C. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
- D. **Conseil général départemental**
- E. Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)



Dossier n°3

Enoncé



Vous êtes médecin en médecine physique et réadaptation (MPR) et vous recevez dans votre centre Monsieur L, un patient de 32 ans, sans antécédent notable en dehors d'un tabagisme actif, commercial, à 2 semaines d'un accident de la voie publique (AVP) cycliste contre voiture. Il était casqué.

Le bilan traumatique retrouve une fracture radiale gauche ostéosynthésée et une fracture non déplacée du bassin, avec pour consigne un traitement orthopédique avec décubitus dorsal strict pendant 6 semaines.

Au cours de son séjour en chirurgie, il a perdu 8 kg, son indice de masse corporelle (IMC) actuel est de 19.5 kg/m^2 .

Question 1



Concernant les complications potentielles du décubitus :

- A. Le risque d'escarre peut être évalué par le score de Braden
- B. Une escarre ne survient qu'après plusieurs jours d'alitement
- C. Le traitement d'une escarre stade 1 implique des massages réguliers de la zone
- D. Afin d'éviter les lithiases et les infections urinaires durant son alitement, il est fortement conseillé de poser une sonde urinaire à demeure
- E. La fonction rénale du patient étant normale, on peut proposer un traitement par héparine de bas poids moléculaire pour prévenir les complications thrombo-emboliques

Question 1



Concernant les complications potentielles du décubitus :

- A. Le risque d'escarre peut être évalué par le score de Braden
- B. Une escarre ne survient qu'après plusieurs jours d'alitement
- C. Le traitement d'une escarre stade 1 implique des massages réguliers de la zone
- D. Afin d'éviter les lithiases et les infections urinaires durant son alitement, il est fortement conseillé de poser une sonde urinaire à demeure
- E. La fonction rénale du patient étant normale, on peut proposer un traitement par héparine de bas poids moléculaire pour prévenir les complications thrombo-emboliques

Question 2



Concernant les professionnels de rééducation pouvant intervenir auprès de Monsieur L. durant son séjour :

- A. Dans ce contexte, l'ergothérapie n'est pas remboursée par la sécurité sociale
- B. La kinésithérapie ne sera utile qu'après le lever du patient
- C. Le psychomotricien n'intervient qu'auprès des enfants et adolescents
- D. Le diététicien peut intervenir dans la prévention des complications du décubitus
- E. Dans le contexte d'un centre, il n'est pas nécessaire de réaliser des prescriptions pour les professionnels de rééducation

Question 2



Concernant les professionnels de rééducation pouvant intervenir auprès de Monsieur L. durant son séjour :

- A. Dans ce contexte, l'ergothérapie n'est pas remboursée par la sécurité sociale
- B. La kinésithérapie ne sera utile qu'après le lever du patient
- C. Le psychomotricien n'intervient qu'auprès des enfants et adolescents
- D. Le diététicien peut intervenir dans la prévention des complications du décubitus
- E. Dans le contexte d'un centre, il n'est pas nécessaire de réaliser des prescriptions pour les professionnels de rééducation

Question 3



Au cours des 6 semaines de décubitus, le patient n'a pas présenté de complication. Après accord du chirurgien orthopédique, vous pouvez maintenant le mobiliser et le lever progressivement.

Vous décidez donc de réaliser un bilan neuro-orthopédique.

- A. Il existe une convention internationale concernant les règles d'écriture des amplitudes articulaires
- B. Une flexion palmaire du poignet de 85° est considérée comme physiologique
- C. La flexion de hanche sera normalement plus importante genou tendu que fléchi
- D. Une flexion de genou cotée à 2/5 sur l'échelle MRC peut être causée par une faiblesse quadriceps
- E. L'échelle d'Ashworth modifiée permet d'évaluer l'hypotonie musculaire

Question 3



Au cours des 6 semaines de décubitus, le patient n'a pas présenté de complication. Après accord du chirurgien orthopédique, vous pouvez maintenant le mobiliser et le lever progressivement.

Vous décidez donc de réaliser un bilan neuro-orthopédique.

- A. Il existe une convention internationale concernant les règles d'écriture des amplitudes articulaires
- B. Une flexion palmaire du poignet de 85° est considérée comme physiologique
- C. La flexion de hanche sera normalement plus importante genou tendu que fléchi
- D. Une flexion de genou cotée à 2/5 sur l'échelle MRC peut être causée par une faiblesse quadricipitale
- E. L'échelle d'Ashworth modifiée permet d'évaluer l'hypotonie musculaire

Enoncé



Votre examen retrouve des amplitudes articulaires et une force normale aux membres supérieurs.

Aux membres inférieurs : la flexion de hanche est limitée à 100° genoux fléchis de façon bilatérale, il existe un flessum de genou de 10° à droite, les amplitudes articulaires de chevilles sont normales en passif.

La cotation MRC de ce patient retrouve : moyens fessiers à 3/5 de façon bilatérale, quadriceps à 4/5, fléchisseurs dorsaux de cheville gauche à 1/5. Les autres muscles ont une force normale. Il n'y a pas d'hypertonie musculaire.

Question 4



Parmi les propositions suivantes, cochez les propositions exactes

- A. La flexion de hanche de ce patient semble insuffisante pour monter les escaliers
- B. Monsieur L. a une extension complète de genou droit
- C. L'insuffisance des moyens fessiers peut causer une boiterie de Trendelenburg
- D. Le défaut de dorsiflexion de cheville peut être du à une compression nerveuse au cours de l'alitement prolongé
- E. Ce patient aura très probablement un steppage à droite

Question 4



Parmi les propositions suivantes, cochez les propositions exactes

- A. La flexion de hanche de ce patient semble insuffisante pour monter les escaliers
- B. Monsieur L. a une extension complète de genou droit
- C. L'insuffisance des moyens fessiers peut causer une boiterie de Trendelenburg
- D. Le défaut de dorsiflexion de cheville peut être dû à une compression nerveuse au cours de l'alitement prolongé
- E. Ce patient aura très probablement un steppage à droite

Question 5



Après quelques jours de lever progressif, le patient se plaint de douleurs lombaires.

- A. Dans ce contexte, on peut conclure d'emblée à une lombalgie aigue commune
- B. Dans ce contexte, des examens complémentaires sont indiqués
- C. L'apparition d'une lombalgie entre 20 et 55 ans est un « drapeau rouge »
- D. Les drapeaux jaunes correspondent aux facteurs de risque de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée
- E. En cas de lombalgie aigue commune, le meilleur traitement est l'alitement

Question 5



Après quelques jours de lever progressif, le patient se plaint de douleurs lombaires.

- A. Dans ce contexte, on peut conclure d'emblée à une lombalgie aigue commune
- B. **Dans ce contexte, des examens complémentaires sont indiqués**
- C. L'apparition d'une lombalgie entre 20 et 55 ans est un « drapeau rouge »
- D. **Les drapeaux jaunes correspondent aux facteurs de risque de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée**
- E. En cas de lombalgie aigue commune, le meilleur traitement est l'alitement

Enoncé



Après plusieurs semaines de rééducation, les amplitudes articulaires passives de Monsieur L sont normales, ainsi que la force musculaire, en dehors de la flexion dorsale de cheville gauche qui reste à 1/5.

Il a repris la marche avec une canne simple et un appareillage permettant de limiter les conséquences du pied tombant gauche. Il est autonome dans les activités de la vie quotidienne.

Question 6



Pour préparer sa sortie à domicile, cochez la proposition exacte

- A. Vous lui prescrivez une prothèse suro-pédieuse sur mesure
- B. Vous lui faites une ordonnance de kinésithérapie en précisant obligatoirement le nombre de séances
- C. Vous décidez de lui donner une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)
- D. Vous faites une demande d'APA (allocation personnalisée d'autonomie)
- E. Vous lui indiquez qu'il doit consulter le médecin du travail de son entreprise avant la reprise professionnelle.

Question 6



Pour préparer sa sortie à domicile, cochez la proposition exacte

- A. Vous lui prescrivez une prothèse suro-pédieuse sur mesure
- B. Vous lui faites une ordonnance de kinésithérapie en précisant obligatoirement le nombre de séances
- C. Vous décidez de lui donner une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)
- D. Vous faites une demande d'APA (allocation personnalisée d'autonomie)
- E. Vous lui indiquez qu'il doit consulter le médecin du travail de son entreprise avant la reprise professionnelle.



Dossier n°4

Enoncé



Vous recevez ce jour à votre cabinet, M.P âgé de 45 ans qui vient pour son certificat de non contre-indication à la pratique sportive.

Il effectue depuis ses 22 ans de la natation 3 à 4 fois par semaines avec des séances allant de 30 à 45 min.

Il n'a pas antécédent particulier, son IMC est à 26.

Il a arrêté le sport depuis 4 mois environ et souhaiterait reprendre dans son club comme auparavant. Il est informaticien et se plaint parfois de douleurs du dos notamment lorsqu'il marche beaucoup.

Question 1



Concernant ce certificat et accompagné de votre interne en dernière année fraîchement thésé:

- A. Vous réalisez un examen de la statique rachidienne et podologique
- B. Vous lui prescrivez un fond d'oeil même si l'examen clinique est normal
- C. Vous lui prescrivez une épreuve d'effort.
- D. Le certificat peut être réalisé par votre interne
- E. Vous lui remettrez son certificat si votre examen clinique et son ECG sont sans anomalie

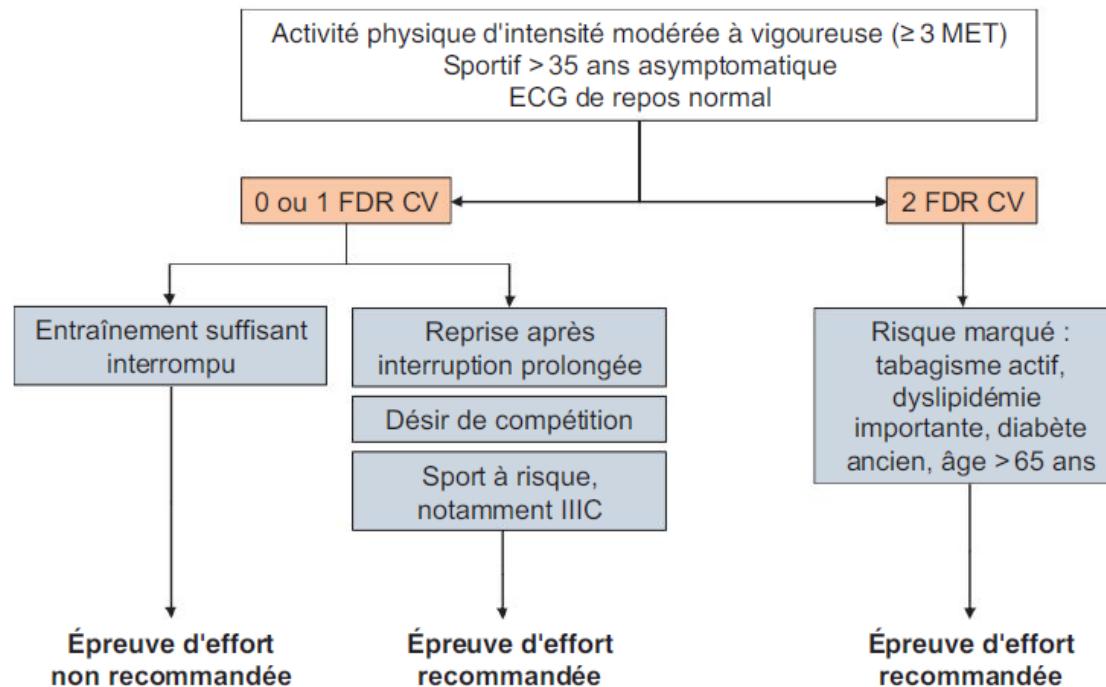
Question 1



Le certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport peut être rédigé et délivré par tout médecin docteur en médecine (thésé).

Le certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport ne s'établit qu'après un examen approfondi personnalisé, tenant compte des antécédents, de l'état de santé du sportif et de ses ambitions de pratique sportive.

Ce certificat est obligatoire pour l'obtention d'une première licence sportive, pour son renouvellement à intervalles réguliers et/ou pouvoir participer à des compétitions sportives.



Question 1



Concernant ce certificat et accompagné de votre interne en dernière année fraîchement thésé:

- A. Vous réalisez un examen de la statique rachidienne et podologique
- B. Vous lui prescrivez un fond d'oeil même si l'examen clinique est normal
- C. Vous lui prescrivez une épreuve d'effort.
- D. Le certificat peut être réalisé par votre interne
- E. Vous lui remettrez son certificat si votre examen clinique et son ECG sont sans anomalie

Question 2



Lors de votre examen clinique, quelles sont les éléments normaux pouvant être observés ?

- A. Un Schober à 10 + 6 cm
- B. Un Aschwartz à 0
- C. Une flexion maximale de hanche genou fléchi à 90°
- D. Une rotation externe maximale de l'épaule à 60° dans le plan anatomique
- E. Un récurvatum de genou droit à 5°

Question 2



Lors de votre examen clinique, quelles sont les éléments normaux pouvant être observés ?

- A. Un Schober à 10 + 6 cm
- B. Un Ashworth à 0
- C. Une flexion maximale de hanche genou fléchi à 90°
- D. Une rotation externe maximale de l'épaule à 60° dans le plan anatomique
- E. Un récurvatum de genou droit à 5°

Question 2



Encadré 3.2

Échelle d'Ashworth modifiée

- 0 : Pas d'augmentation du tonus musculaire.
- 1 : Une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minime à la fin du mouvement.
- 1+ : Une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minime perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire.
- 2 : Une augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement.
- 3 : Une augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile.
- 4 : L'articulation concernée est fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction).

(D'après : Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther 1987;67(2):206–7.)

Tableau 3.1. **A** Tableau récapitulatif des ordres de grandeur des amplitudes physiologiques des principales articulations.

Membre inférieur				
Hanche	Flexion/extension genoux tendus	90°/5–10°	Les amplitudes de rotation sont plus importantes hanches et genoux fléchis	
	Flexion/extension genoux fléchis	120–140°/5–10°		
	Abduction/adduction (+ flexion)	40–45°/10–20°		
	Rotation externe/interne	45°/35°		

Question 2



Question 3



Vous retrouvez un Lasègue lombaire positif sans trouble de la statique rachidienne.

M.P vous raconte que cela fait 3 ans que les douleurs ont commencés « allant et venant » avec 4 épisodes de lumbago durant 2 à 3 jours spontanément résolutifs avec le repos et sans réveil nocturne associé. Il n'existe pas d'altération de l'état générale ni de déficit sensitivomoteur associé.

Vous ne lui remettez pas son certificat.

Question 3



Quel(les) est/sont vos/votre diagnostique(s) à évoquer ?

- A. Lombalgie commune aiguë
- B. Lombalgie commune chronique
- C. Lombosciatique d'allure chronique intéressant probablement L5 ou S1
- D. Néoplasie sous-jacente
- E. Syndrome trophostatique

Question 3



Absence de signe de Lasègue radiculaire (douleur radiculaire dans un ou les deux membres inférieurs déclenchée par la flexion passive de la hanche, genou en extension, patient en décubitus dorsal), mais il peut exister un signe de Lasègue lombaire (qui, dans la même position, déclenche une douleur lombaire uniquement) (fig. 10.6).

Question 3



Quel(les) est/sont vos/votre diagnostique(s) à évoquer ?

- A. Lombalgie commune aiguë
- B. Lombalgie commune chronique
- C. Lombosciatique d'allure chronique intéressant probablement L5 ou S1
- D. Néoplasie sous-jacente
- E. Syndrome trophostatique

Question 4



Vous évoquez une lombalgie commune chronique, le patient n'a jamais eu d'imagerie, quel examen prescrivez vous en 1^{ère} intention ?

- A. TDM du rachis lombaire
- B. IRM du rachis lombaire
- C. Radiographie face et profil du rachis lombaire
- D. Echographie des articulaires postérieures lombaires
- E. Vous ne réalisez aucune imagerie complémentaire

Question 4



Vous évoquez une lombalgie commune chronique, le patient n'a jamais eu d'imagerie, quel examen prescrivez-vous en 1^{ère} intention ?

- A. TDM du rachis lombaire
- B. IRM du rachis lombaire
- C. Radiographie face et profil du rachis lombaire
- D. Echographie des articulaires postérieures lombaires
- E. Vous ne réalisez aucune imagerie complémentaire

Enoncé



Le patient avait déjà réalisé une IRM lombaire prescrite par son médecin traitant l'année dernière qui ne retrouve qu'une légère hernie paramédiane L3-L4.

Question 5



Selon les recommandations de bonnes pratiques, quelle(s) prise(s) en charge pouvez-vous lui proposer ?

- A. Une prise d'Ibuprofène ponctuelle en cas de crise douloureuse
- B. Une prise de Paracétamol ponctuelle en cas de crise douloureuse.
- C. Des séances de kinésithérapie avec renforcement des muscles du tronc
- D. Des séances de kinésithérapie avec étirement des plans sus pelviens
- E. Une prise en charge par l'école du dos

Question 5



Selon les recommandations de bonnes pratiques, quelle(s) prise(s) en charge pouvez-vous lui proposer ?

- A. Une prise d'Ibuprofène ponctuelle en cas de crise douloureuse
- B. Une prise de Paracétamol ponctuelle en cas de crise douloureuse.
- C. Des séances de kinésithérapie avec renforcement des muscles du tronc
- D. Des séances de kinésithérapie avec étirement des plans sus pelviens
- E. Une prise en charge par l'école du dos

Question 5



Prise en charge de la douleur

- Traitement médicamenteux :
 - *idem* à la poussée aiguë de lombalgie.
 - **B** en cas de composante dépressive associée, les antidépresseurs (IRSNA et tricycliques) peuvent être ajoutés ;
 - en cas de douleur neuropathique associée, les gabapentinoïdes ou les antidépresseurs (IRSNA et tricycliques ; à privilégier si composante dépressive) peuvent être associés.
- **A** La neurostimulation électrique transcutanée (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*, TENS) est efficace sur la douleur, surtout en présence d'une radiculalgie associée.
- Les infiltrations épidurales de corticoïdes ne sont pas recommandées en première intention ; elles sont discutées secondairement notamment si une radiculalgie est associée.
- D'autres thérapies sont évoquées, comme l'acupuncture, qui n'est pas recommandée en France.

Séances de kinésithérapie

- Le kinésithérapeute doit participer à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique). Cette éducation passe par l'enseignement d'auto-exercices que le patient devra poursuivre quotidiennement au domicile.
- Il s'agit d'un travail essentiellement actif ; les thérapies passives doivent être limitées.
- **B** Renforcement musculaire : muscles abdominaux, spinaux, quadriceps (fig. 10.7).
- **A** Étirement des plans sous-pelviens : muscles psoas, ischio-jambiers, quadriceps.
- La balnéothérapie peut être associée : elle a un effet antalgique à court terme.
- Reconditionnement aérobie.
- Travail de la proprioception.



Questions isolées

Question 1



Quel est le ou quels sont les éléments indispensables dans une prescription de kinésithérapie ?

- A. Indication de la masso-kinésithérapie (région à traiter)
- B. Nombre et fréquence des séances
- C. Diagnostic précis
- D. Coordonnées complètes du prescripteur
- E. Mention « dimanche et jours fériés inclus » si nécessaire

Question 1



Prescription kinésithérapie

OBLIGATOIRES :

- Coordonnées complètes du prescripteur
- Date
- Nom/Prénom du patient
- Nature de la prescription
- Région à traiter
- Mention « dimanche et jours fériés » si indiqué

FACULTATIFS :

- Balnéothérapie, si indiquée
- Contre-indications
- Nombre et fréquence des séances

Question 1



Quel est le ou quels sont les éléments indispensables dans une prescription de kinésithérapie ?

- A. Indication de la masso-kinésithérapie (région à traiter)
- B. Nombre et fréquence des séances
- C. Diagnostic précis
- D. Coordonnées complètes du prescripteur
- E. Mention « dimanche et jours fériés inclus » si nécessaire

Question 2



Vous recevez un patient de 39 ans ayant pour antécédent principal une fracture vertébrale de T8 avec lésion médullaire en regard, survenue à l'âge de 27 ans, dans un contexte d'accident de la voie publique. A l'examen, vous notez une hypoesthésie diffuse sous T8. Il n'existe pas de commande motrice volontaire des membres inférieurs (tous les muscles sous T8 sont à 0/5), y compris au niveau du sphincter anal.

Selon l'AIS (ASIA impairment scale), quel est le grade de ce patient ?

- A. A
- B. B
- C. C
- D. D
- E. E

Question 2



Grade A : Lésion complète

sans préservation motrice ni sensitive au niveau des segments sacrés S4-S5

Grade B : Préservation **d'une fonction sensitive mais non de la fonction motrice** au niveau des derniers segments sacrés (S4-S5)

Grade C : Préservation d'une **contraction volontaire anale**

OU le patient remplit les critères d'une lésion sensitive incomplète et présente une préservation motrice au-delà de trois niveaux en dessous du niveau moteur **avec moins de la moitié des muscles clés ayant une cotation ≥ 3**

Grade D : **préservation motrice** en dessous du niveau neurologique de la lésion **avec au moins la moitié des muscles clés avec une cotation ≥ 3**

Grade E : fonctions sensitives et motrices **normales**.

Question 2



Vous recevez un patient de 39 ans ayant pour antécédent principal une fracture vertébrale de T8 avec lésion médullaire en regard, survenue à l'âge de 27 ans, dans un contexte d'accident de la voie publique. A l'examen, vous notez une hypoesthésie diffuse sous T8. Il n'existe pas de commande motrice volontaire des membres inférieurs (tous les muscles sous T8 sont à 0/5), y compris au niveau du sphincter anal.

Selon l'AIS (ASIA impairment scale), quel est le grade de ce patient ?

- A. A
- B. B
- C. C
- D. D
- E. E

Question 3



Vous recevez madame B. 68 ans, qui décrit à la suite d'une chirurgie de fracture du poignet droit des douleurs à type de décharge électrique sans systématisation neurologique, une allodynie prédominante au niveau de la main, une variation de température entre les deux membres supérieurs, une dépilation de l'avant bras droit.

Vous évoquez un syndrome douloureux régional complexe de type I.

A l'examen clinique, vous notez une limitation de la rotation externe, de l'abduction et de l'élévation antérieure de l'épaule droite. Les douleurs sont très invalidantes.

Elle décrit des difficultés pour se coiffer et écrire. Elle est très gênée au travail pour faire les courses et la cuisine.

Question 3



Selon la classification internationale du fonctionnement, quelle est la ou quelles sont les propositions exactes ?

- A. La limitation de l'amplitude en rotation externe fait partie d'une déficience
- B. La difficulté à écrire rentre dans le cadre d'une restriction de participation
- C. Les difficultés pour faire ses courses rentrent dans le cadre d'une restriction de participation
- D. Les douleurs sont une déficience
- E. La difficultés au coiffage est une limitation d'activité

Question 3



Classification internationale du fonctionnement (CIF):

- **La déficience** est l'altération d'une **fonction** ou d'une **structure anatomique**
- **L'activité** fait référence à **l'exécution d'une tâche** dans la vie quotidienne
- **La participation** fait référence au **rôle social**

Question 3



Selon la classification internationale du fonctionnement, quelle est la ou quelles sont les propositions exactes ?

- A. La limitation de l'amplitude en rotation externe fait partie d'une déficience
- B. La difficulté à écrire rentre dans le cadre d'une restriction de participation
- C. Les difficultés pour faire ses courses rentrent dans le cadre d'une restriction de participation
- D. Les douleurs sont une déficience
- E. La difficultés au coiffage est une limitation d'activité

Question 4



Concernant l'appareillage, quelles sont les propositions justes ?

- A. Une prothèse est un dispositif qui supplée un membre ou un segment de membre déficient.
- B. La prescription d'un fauteuil roulant manuel se fait sur une ordonnance simple par tout médecin.
- C. La prescription d'un fauteuil roulant électrique implique la prescription d'un coussin anti-escarre.
- D. Les chaussures orthopédiques sur mesure constituent du grand appareillage
- E. Les orthèses de série constituent du petit appareillage

Question 4



Définitions:

- **Prothèse** : elle remplace un membre ou un segment de membre manquant
- **Orthèse** : elle supplée un membre ou un segment de membre déficient ou le rachis

Prescriptions fauteuil roulant:

- **Le fauteuil roulant manuel** : prescrit par tout médecin sur ordonnance simple ou bizona.
- **Le fauteuil roulant électrique** : prescrit après essai préalable réalisé par un médecin de MPR et un ergothérapeute ou un kinésithérapeute

Question 4



Concernant l'appareillage, quelles sont les propositions justes ?

- A. Une prothèse est un dispositif qui supplée un membre ou un segment de membre déficient.
- B. La prescription d'un fauteuil roulant manuel se fait sur une ordonnance simple par tout médecin.
- C. La prescription d'un fauteuil roulant électrique implique la prescription d'un coussin anti-escarre.
- D. Les chaussures orthopédiques sur mesure constituent du grand appareillage
- E. Les orthèses de série constituent du petit appareillage

Question 5



A propos du handicap, quelles sont les propositions justes ?

- A. Le handicap concerne 20 millions de patients en France, soit près d'1/3 de la population.
- B. Une Affection Longue Durée (ALD) a une durée d'au moins 6 mois par définition.
- C. Le pluri-handicap concerne les personnes avec un dysfonctionnement cérébral ayant des conséquences irréversibles sur l'efficience cognitive, motrice et sociale.
- D. Le polyhandicap signe la coexistence de plusieurs déficiences chez un même individu.
- E. Le sur-handicap suggère des déficiences secondaires liées à la situation de handicap préexistante, sans être directement liées à la pathologie initiale

Question 5



Le handicap:

- **12 millions** dont 80% de handicap invisible en France
- Définitions:
 - **Polyhandicap** : concerne les personnes avec un dysfonctionnement cérébral ayant des conséquences irréversibles sur l'efficience cognitive, motrice et sociale
 - **Pluri-handicap** : la coexistence de plusieurs déficiences chez un même individu
 - **Sur-handicap** : suggère des déficiences secondaires liées à la situation de handicap préexistante, sans être directement liées à la pathologie initiale

Question 5



A propos du handicap, quelles sont les propositions justes ?

- A. Le handicap concerne 20 millions de patients en France, soit près d'1/3 de la population.
- B. Une Affection Longue Durée (ALD) a une durée d'au moins 6 mois par définition.
- C. Le pluri-handicap concerne les personnes avec un dysfonctionnement cérébral ayant des conséquences irréversibles sur l'efficience cognitive, motrice et sociale.
- D. Le polyhandicap signe la coexistence de plusieurs déficiences chez un même individu.
- E. Le sur-handicap suggère des déficiences secondaires liées à la situation de handicap préexistante, sans être directement liées à la pathologie initiale

Question 6



Cliniquement, lors d'une lésion méniscale interne, on retrouve les éléments suivants :

- A. Une instabilité du genou à la marche
- B. Un twist test non douloureux
- C. Un œdème rotulien
- D. Une difficulté voire une incapacité de flexion de genou
- E. Une douleur au niveau de la graisse de Hoffa

Question 6



Cliniquement, lors d'une lésion méniscale interne, on retrouve les éléments suivants :

- A. Une instabilité du genou à la marche
- B. Un twist test non douloureux
- C. Un œdème rotulien
- D. Une difficulté voire une incapacité de flexion de genou
- E. Une douleur au niveau de la graisse de Hoffa

Question 7



Quelle(s) est (sont) le(s) proposition(s) vraie(s) concernant les facteurs favorisant d'un syndrome rotulien :

- A. Un défaut de balance entre le vaste externe trop hypotonique voir agénésique, et le vaste interne trop puissant.
- B. Une insuffisance du moyen fessier
- C. Une patella Alta
- D. Une hyper rotation externe de hanche isolée
- E. Un morphotype de genu varum, pied creux varus

Question 7



Quelle(s) est (sont) le(s) proposition(s) vraie(s) concernant les facteurs favorisant d'un syndrome rotulien :

- A. Un défaut de balance entre le vaste externe trop hypotonique voir agénésique, et le vaste interne trop puissant.
- B. Une insuffisance du moyen fessier
- C. Une patella Alta
- D. Une hyper rotation externe de hanche isolée
- E. Un morphotype de genu varum, pied creux varus

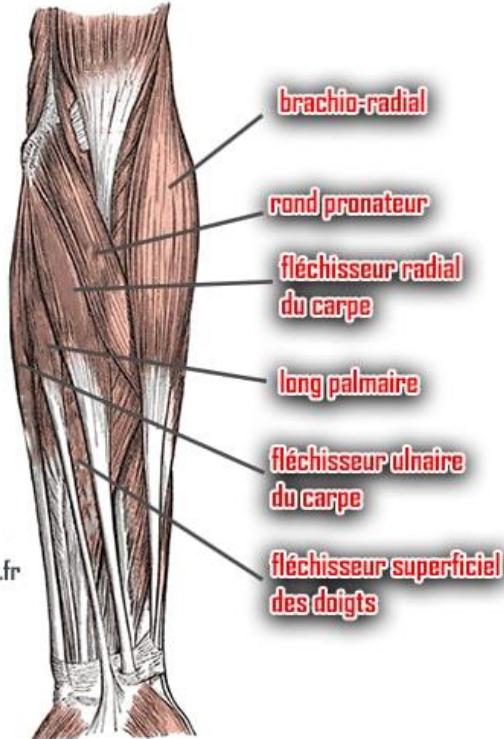
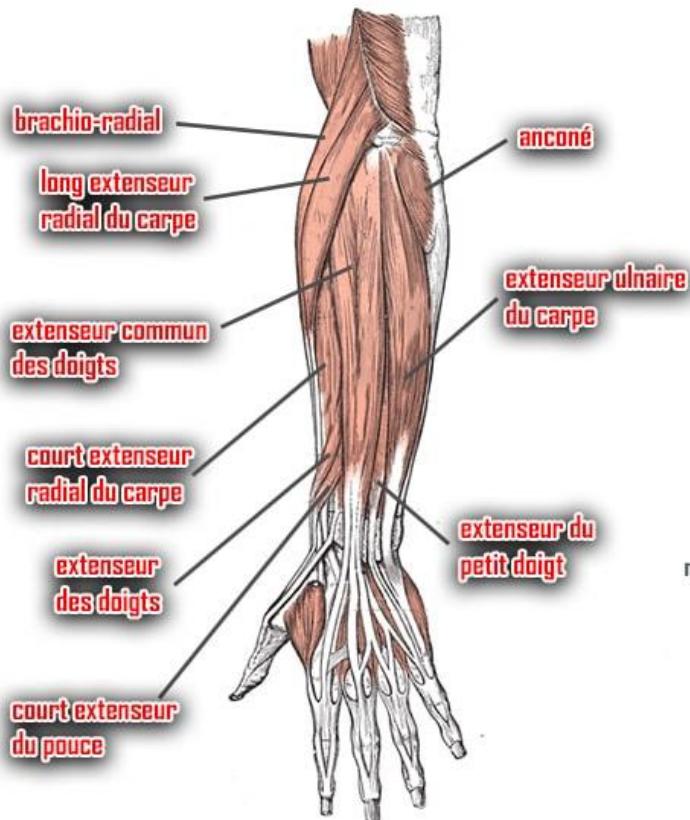
Question 8



Quel(s) est(sont) le(s) muscle(s) de l'avant-bras participant à la pronosupination ?

- A. Le rond pronateur
- B. Le brachioradial
- C. Le muscle biceps brachial
- D. Le long palmaire
- E. Le fléchisseur radial du carpe

Question 8



Question 8



Quel(s) est(sont) le(s) muscle(s) de l'avant-bras participant à la pronosupination ?

- A. Le rond pronateur
- B. Le brachioradial
- C. Le muscle biceps brachial
- D. Le long palmaire
- E. Le fléchisseur radial du carpe

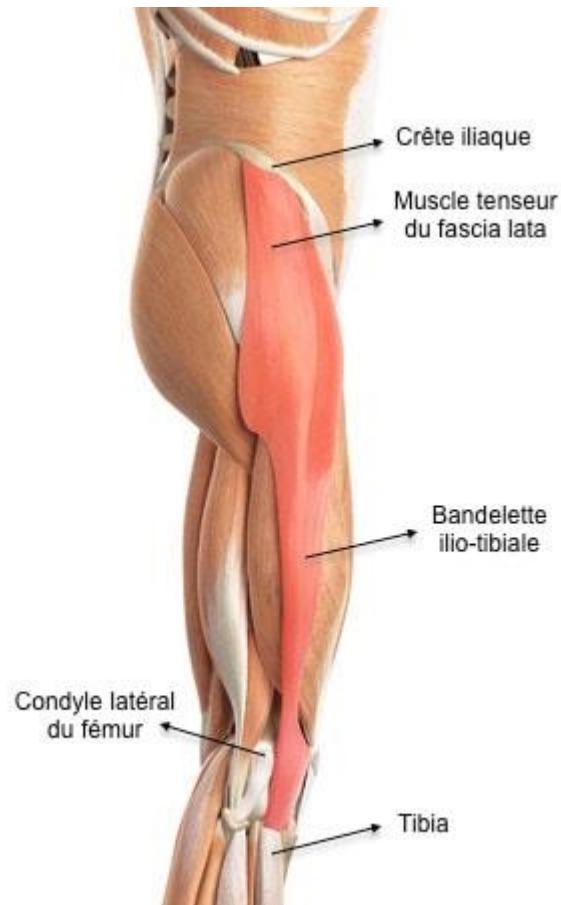
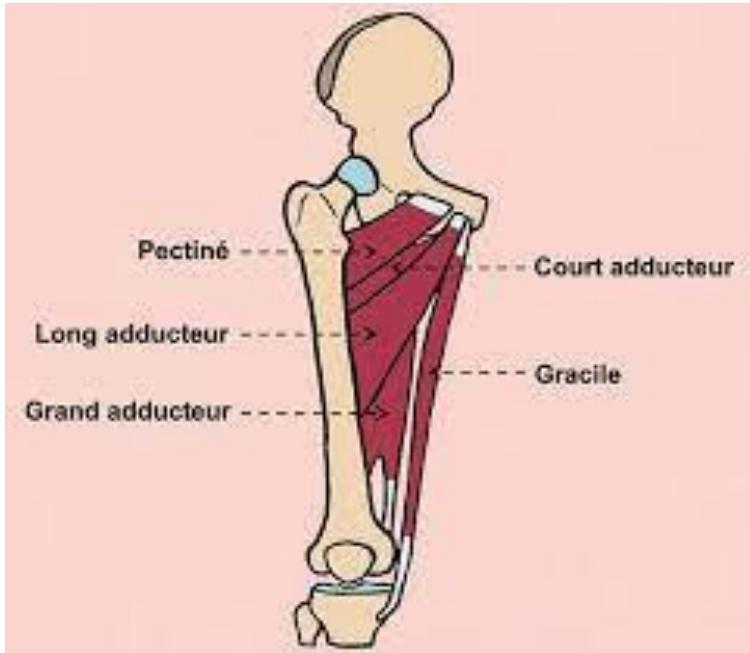
Question 9



Quel(s) est(sont) le(s) muscle(s) abducteur(s) de hanche ?

- A. Le muscle grand fessier
- B. Le muscle moyen fessier
- C. Le muscle petit fessier
- D. Le muscle pectiné
- E. Le tenseur du fascia lata

Question 9



Question 9



Quel(s) est(sont) le(s) muscle(s) abducteur(s) de hanche ?

- A. Le muscle grand fessier
- B. Le muscle moyen fessier
- C. Le muscle petit fessier
- D. Le muscle pectiné
- E. Le tenseur du fascia lata

Question 10



Vous recevez en hospitalisation pour rééducation une patiente de 49 ans, droitière, dans les suites d'un infarctus sylvien droit total d'origine cardio-embolique. Quelles déficiences pouvez-vous mettre en évidence à l'examen clinique ? (5 réponses attendues)

- A. Hémiplégie gauche à prédominance crurale
- B. Syndrome dysexécutif
- C. Trouble de déglutition
- D. Négligence spatiale unilatérale gauche
- E. Hémianopsie latérale homonyme droite
- F. Aphasie de Broca
- G. Marche avec fauchage gauche
- H. Hypertonie plastique de l'hémicorps droit
- I. Anosognosie
- J. Apraxie gestuelle
- K. Troubles proprioceptifs aux quatre membres

Question 10



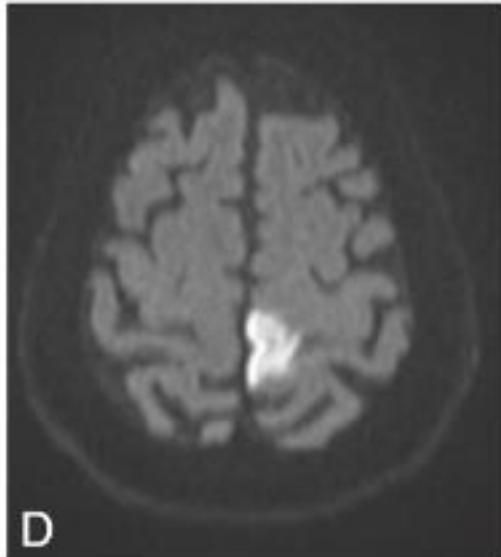
Vous recevez en hospitalisation pour rééducation une patiente de 49 ans, droitière, dans les suites d'un infarctus sylvien droit total d'origine cardio-embolique. Quelles déficiences pouvez-vous mettre en évidence à l'examen clinique ? (5 réponses attendues)

- A. Hémiplégie gauche à prédominance crurale
- B. **Syndrome dysexécutif**
- C. **Trouble de déglutition**
- D. **Négligence spatiale unilatérale gauche**
- E. Hémianopsie latérale homonyme droite
- F. Aphasie de Broca
- G. **Marche avec fauchage gauche**
- H. Hypertonie plastique de l'hémicorps droit
- I. **Anosognosie**
- J. Apraxie gestuelle
- K. Troubles proprioceptifs aux quatre membres

Question 10



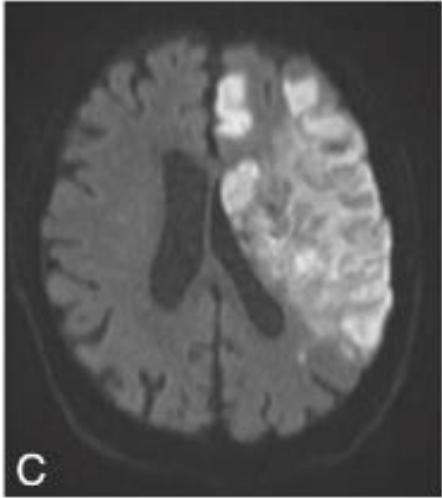
Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) entraînent des lésions focales au niveau du cerveau et entraînent des déficiences multiples pouvant être isolées ou associées en fonction de leurs topographies.



Infarctus cérébral antérieur

- Hémiplégie à prédominance crurale
- Troubles sensitifs dans le même territoire
- Apraxie idéomotrice de la main.
- Syndrome frontal (adynamie, syndrome dysexécutif)

Question 10



Infarctus cérébral sylvien TOTAL:

- Hémiplégie massive proportionnelle
- Troubles sensitifs dans le même territoire.
- Hémianopsie latérale homonyme

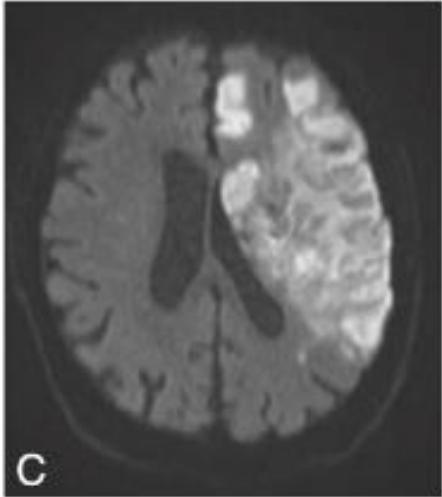
Atteinte de l'hémisphère
GAUCHE (« majeur »)

- Aphasie motrice et non fluente
- Aphasie sensorielle et fluente
- Apraxie

Atteinte de l'hémisphère
DROIT (« mineur »)

- Anosognosie
- Hémiasomatognosie
- Héminégligence

Question 10



Tous les AVC peuvent donner des troubles cognitifs

Infarctus cérébral sylvien TOTAL:

- Hémiplégie massive proportionnelle
- Troubles sensitifs dans le même territoire.
- Hémianopsie latérale homonyme

Atteinte de l'hémisphère
GAUCHE (« majeur »)

- Aphasie motrice et non fluente
- Aphasie sensorielle et fluente
- Apraxie

Atteinte de l'hémisphère
DROIT (« mineur »)

- Anosognosie
- Hémiasomatognosie
- Héminégligence



Merci pour votre attention