

**MODULE DE RHUMATOLOGIE**  
**5ème ANNÉE MÉDECINE - ROTATION 1**

*Rhumatologie*  
*2ème*  
*Rotation*

**Choisissez la ou les bonnes réponses:**

**PARTIE THÉORIQUE**

**1- La polyarthrite rhumatoïde peut être responsable des lésions suivantes au poignets:**

- A. Ténosynovite des fléchisseurs
- B. Ténosynovite de l'extenseur ulnaire du carpe
- C. Syndrome du canal carpien
- D. Déformation en dos de fourchette
- E. Touche de piano

**2- Quels signes ne sont pas décrits dans une polyarthrite rhumatoïde débutante?**

- A. Une oligoarthrite distale
- B. Des lombalgies inflammatoires
- C. Une luxation atloïdo-axoïdienne
- D. Une acropolyarthrite chronique
- E. Une atteinte des sacroiliaques

**3- Dans la polyarthrite rhumatoïde, la membrane synoviale est le siège :**

- A. D'une hypervascularisation
- B. D'un granulome à cellules géantes
- C. D'une hypertrophie
- D. D'une infiltration lymphoplasmocytaire
- E. D'une fragmentation de la couche bordante

**4- Parmi les maladies ci-dessous lesquelles peuvent s'accompagner de signes articulaires pouvant simuler une polyarthrite rhumatoïde débutante:**

- A. Hépatite virale
- B. Maladie de Basedow
- C. Maladie de Biermer
- D. Rubéole
- E. Parvovirus B19

**5- Au cours de la polyarthrite rhumatoïde, le facteur rhumatoïde peut être mis en évidence par la réaction de Waaler-Rose et le test du latex:**

- A. Chez 10% des malades au bout d'un an
- B. Chez 75% des malades au bout d'un an
- C. Ces tests sont très spécifiques de la maladie
- D. Ces tests sont moins fiables que l'ELISA
- E. leurs négativité élimine la maladie

**6- Parmi les propositions suivantes concernant le syndrome de Gougerot-Sjögren, lesquelles sont inexactes?**

- A. le syndrome de Gougerot-Sjögren est une endocrinopathie.
- B. Il peut être associé à une polyarthrite rhumatoïde.
- C. Le syndrome est moins fréquent chez l'homme que chez la femme
- D. il existe une prédisposition génétique de l'antigène HLA B7
- E. Une hypergammaglobulinémie monoclonal

**7- Quels sont les médicaments susceptibles d'induire un lupus érythémateux systémique:**

- A. les anti-paludeés de synthèse (plaquénil).
- B. La sulfasalazine
- C. Le methotrèxate
- D. La corticothérapie
- E. Les anti tuberculeux (pyrazinamide)

**8- Parmi les symptômes suivants, lesquels peuvent évoquer un lupus érythémateux systémique:**

- A. Une éruption érythémato-squameuse en vespertilio
- B. Les manifestations articulaires axiales et périphériques peuvent être associées
- C. Une pleurésie ou péricardite.
- D. Une polyarthrite érosive
- E. Des ulcérations buccales ou nasopharyngées

**9- Vous suspectez une cirrhose biliaire primitive associée à un lupus érythémateux systémique, quel est ou quels anticorps spécifiques à rechercher :**

- A. Anti-corps anti-nucléaire
- B. Anti-corps anti-Sm
- C. Anti-corps anti-RNP
- D. Anti-corps anti-mitochondries
- E. ACPA

10- Parmi les signes radiographiques suivants, lequel (lesquels) rencontre-t-on au cours de la spondyloarthrite :

- A. Des syndesmophytes sur la radiographie du rachis
- B. Une calcanéite postérieure sur la radiographie des talons
- C. Une vertèbre borgne
- D. Une ossification des ligaments jaunes
- E. Une arthrite des interapophysaires postérieures

11- La spondyloarthrite peut:

- A. Entraîner un enraidissement du rachis lombaire
- B. Entraîner une hyperlordose du rachis lombaire
- C. Entraîne parfois une coxite
- D. Se compliquer d'une iritis
- E. Touche surtout les poignets

12- La spondyloarthrite réactionnelle :

- A. Prédomine chez le sujet jeune
- B. Donne une atteinte axiale prédominante
- C. Peut être secondaire à la légionnelle
- D. Le germe en cause est retrouvé dans 50% des cas
- E. Guéris habituellement avec l'antibiothérapie adaptée

13- Quel bilan biologique et d'imagerie réalisez-vous devant une lombosciatique L5 gauche évoluant depuis 5 jours chez un homme de 27 ans sans antécédent particulier:

- A. Radiographie rachidienne lombaire de face
- B. IRM rachidienne
- C. VS, NFS, CRP
- D. Radiographie du bassin de face
- E. Aucune des propositions citées

14- Que recherchez vous à l'examen clinique chez ce patient:

- A. Impossibilité de marcher sur les talons
- B. Troubles sphinctériens
- C. Signe de Lasègue direct et croisé
- D. Déficit du tibial postérieur
- E. Abolition du réflexe rotulien

15- Quels sont les déficits moteurs que vous allez plus spécifiquement rechercher dans une lombosciatique L5:

- A. Tibial antérieur
- B. Tibial postérieur
- C. Psoas iliaque
- D. Releveur des orteils
- E. Fléchisseur des orteils

16- Devant l'aspect de vertèbre en ivoire, vous évoquez:

- A. Une hyperparathyroïdie
- B. Un lymphome osseux
- C. Une maladie de Paget
- D. Des métastases d'un cancer du sein
- E. Des métastases d'un carcinome de la prostate

17- le traitement d'un syndrome du canal carpien avec amyotrophie de l'éminence thénar repose sur

- A. L'infiltration de dérivés cortisonés
- B. Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens et les antalgiques
- C. La corticothérapie par voie systémique au long cours
- D. Une neurolyse chirurgicale
- E. Un traitement de fond à base de méthotrexate

18- le syndrome du canal carpien est

- A. Le moins fréquent des syndromes canaux du membre supérieur
- B. Se voit surtout chez l'homme
- C. Souvent bilatéral
- D. Le début est très souvent brutal
- E. Les signes moteurs sont rares

19- L'ostéoporose peut être:

- A. Une maladie silencieuse
- B. Les bilans biologiques sont normaux en l'absence de fracture
- C. La radiographie de base doit comporter au minimum un rachis dorsolombaire+ bassin de face
- D. La biopsie osseuse est l'examen de choix pour le diagnostic et le suivi
- E. La palpation des reliefs osseux est douloureuse

20- La fracture tassement ostéoporotique:

- A. Peut être cervicale
- B. Correspond à un enfoncement antérieur ou cunéiforme des plateaux vertébraux
- C. Son diagnostic se fait par la DMO
- D. Peut entraîner l'augmentation des phosphatases alcalines
- E. Peut comporter une lyse du mur postérieur du corps vertébrale

**21- Le diagnostic positif de l'ostéoporose primitive:**

- A. Est clinique par la présence de douleur en cas de fracture
- B. Souvent suspecté devant une radiographie trop transparente de ce qu'on a l'habitude de voir
- C. La biopsie osseuse est obligatoire, elle permet le diagnostic de certitude
- D. Est un diagnostic d'élimination des autres causes dites secondaires
- E. La DMO est être inférieur à 2,5 aux deux sites mesurés (lombaire et fémoral)

**22- L'ostéomalacie:**

- A. Correspond à l'accumulation de tissu osseux nouvellement minéralisé
- B. Est souvent due à un trouble de la vitamine D
- C. Est de plus en plus de diagnostic biologique
- D. La DMO est rarement perturbée
- E. La calciurie du matin est celle qui reflète le mieux l'homéostasie calcique

**23- Une strie de Looser Milkman:**

- A. Est très évocatrice de l'ostéomalacie
- B. Est une solution de continuité qui prend toute l'épaisseur osseuse
- C. Constitue une indication à la scintigraphie osseuse
- D. Est perpendiculaire à l'axe osseux
- E. Comporte un liseré de condensation réactionnel

**24- Dans le trouble du métabolisme de la vitamine D:**

- A. La peau noir produit moins de cholécalférol que la peau blanche
- B. La carence en vitamine D3 est souvent due aux chirurgies de résection intestinale large
- C. La carence en vitamine D3 est souvent due à l'association de l'anémie et le défaut d'apport alimentaire
- D. Le rachitisme de PRADER type II est une résistance des récepteurs à la 1-25(OH)<sub>2</sub> vitamine D
- E. Le défaut d'hydroxylation rénale de la vitamine D entraîne un taux de calcidiol effondré

**25- Dans l'hyperparathyroïdie primitive:**

- A. L'association hypercalcémie et hypophosphatémie est très évocatrice
- B. La PTH intacte est toujours très élevée
- C. Elle est souvent due à une hyperplasie parathyroïdienne
- D. Le tableau clinique redoutable est celui d'une hypercalcémie maligne
- E. La DMO est nécessaire dans la décision thérapeutique

**26- Le traitement de l'hyperparathyroïdie:**

- A. Est d'emblée chirurgicale
- B. Est toujours chirurgicale
- C. Peut être différée par l'utilisation des calcimimétiques
- D. La supplémentation en vitamine D et calcium n'est pas nécessaire en post-opératoire
- E. La persistance de l'hyperparathyroïdie après chirurgie doit remettre le diagnostic en cause

**27- Les signes radiologiques dans l'hyperparathyroïdie:**

- A. Témoignent de l'ancienneté de la maladie
- B. Les encoches endostéale et sous-périoste sont plus facile à voir aux os longs
- C. Les tumeurs brunes peuvent se voir aux os courts
- D. Les tassements vertébraux sont plutôt biconcaves
- E. Ne montrent pas d'atteinte articulaire

**28- Parmi les étiologies suivantes, une d'entre elles peut être, à la fois, cause et conséquence d'une goutte:**

- A. L'insuffisance rénale chronique
- B. Le psoriasis étendu
- C. Le syndrome lympho-prolifératif
- D. L'hypothyroïdie
- E. Le diabète insipide

**29- Au cours de la première semaine d'une crise de goutte, l'uricémie est**

- A. toujours normale
- B. toujours basse
- C. peut être normale
- D. toujours élevée
- E. peut être élevée

**30- Un patient qui présente en consultation pour une deuxième crise de goutte dans la même année, vous préconisez chez lui le traitement suivant:**

- A. La colchicine seule
- B. L'allopurinol seule
- C. La corticothérapie par voie systémique
- D. Seulement un régime alimentaire pauvre en purines
- E. L'association de colchicine et d'allopurinol

**31- Une gonarthrose fémoro-patellaire se manifeste par:**

- A. Une douleur inflammatoire à la flexion prolongée du genou
- B. Une douleur mécanique à la descente des escaliers
- C. Une douleur antérieure chez une femme obèse
- D. Des crépitation à la mobilisation latérale de la rotule sur les condyles fémoraux
- E. Une bascule de la rotule sur la radiographie axiale à 60°

- 32- Quels signes cliniques observez-vous chez un patient ayant une gonarthrose fémoro-tibiale interne isolée:
- Déformation en genu valgum
  - Douleur inflammatoire de l'interligne articulaire
  - signe du rabot positif
  - Une laxité ligamentaire
  - La distance Talon-Fesse augmentée
- 33- Parmi les causes de coxarthrose, figurent:
- La dysplasie luxante de la hanche
  - L'ostéonécrose de la tête fémorale
  - L'algodystrophie
  - Le genu varum
  - La protrusion acétabulaire
- 34- Quels traitements proposez-vous, en première intention, pour une gonarthrose débutante peu symptomatique:
- Anti-inflammatoires non-stéroïdiens type coxibs
  - Paracétamol à raison de 3g/j
  - Kinésithérapie
  - Infiltration intra-articulaire de dérivés cortisonés
  - Viscosupplémentation
- 35- La manoeuvre de Hawkins dépiste :
- Un conflit sous coracoïdien
  - Une tendinopathie calcifiante du supra-épineux
  - Une arthrose de l'articulation gléno-humérale
  - Une rétraction capsulaire de l'épaule
  - Une rupture du tendon du sous-scapulaire
- 36- L'examen clinique de l'épaule gelée met en évidence:
- Une manoeuvre de Gerber positive
  - Une limitation des mouvements actifs et passifs de l'épaule
  - Une limitation juste des mouvements actifs de l'épaule
  - Une limitation juste des mouvements passifs de l'épaule
  - Une mobilité normale et conservée de l'épaule
- 37- La rupture du tendon du long biceps se traduit à l'examen Clinique par :
- Une tuméfaction de la face antérieure de l'épaule
  - Une abduction contrariée douloureuse de l'épaule
  - Un antépulsion contrariée bras à 90° et coude flechi à 90° douloureuse de l'épaule
  - Une tuméfaction à la face antérieure du bras lors de la flexion contrariée du coude
  - Une ascension du moignon de l'épaule
- 38- Font partie des signes de l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale:
- Corps étrangers intra-articulaires
  - Aspect radiographique normal
  - Image de coquille d'oeuf
  - Aplatissement des contours du pôle supérieur de la tête
  - Élargissement de l'interligne
- 39- Les facteurs étiologiques de l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale sont:
- L'alcoolisme
  - La coxarthrose
  - La corticothérapie
  - L'hyperparathyroïdie
  - L'inégalité des membres inférieurs
- 40- Devant une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale gauche chez un homme:
- La hanche gauche est limitée dans tous les mouvements
  - La vitesse de sédimentation est normale
  - L'IRM permet un diagnostic précoce
  - La scintigraphie osseuse montre une hyperfixation
  - La mise en décharge est systématique

## **PARTIE PRATIQUE**

### **Cas clinique 1 :**

Monsieur J., instituteur, vous est adressé en consultation pour lombalgies évoluant depuis plusieurs mois. Il s'agit d'un patient de 35 ans, aux antécédents d'HTA et de tabagisme chiffré à 10 PA. Il vous explique qu'il a présenté plusieurs épisodes de lombosciatiques, ayant reçu un traitement médico-infiltratif, avec un effet modeste et transitoire. A l'interrogatoire, Mr J. décrit des lombalgies avec irradiations bilatérales dans les fesses, surtout à gauche. Ces douleurs sont particulièrement invalidantes le matin et responsable de réveils nocturnes fréquents. Depuis quelques semaines, il présente également des talalgies qui disparaissent au cours de la journée. A l'examen, vous retrouvez une douleur à la palpation du rachis lombaire, des articulations sacro-iliaques et des talons ainsi qu'une importante raideur rachidienne. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. Sur le plan digestif, Mr J. vous signale des diarrhées fréquentes, non glaireuses et non sanglantes. L'abdomen est souple et indolore par ailleurs.

**(41) Question 01: Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous?**

- A. Une spondyloarthrite dans sa forme périphérique
- B. Une spondyloarthrite dans sa forme axiale
- C. Une lombosciatalgie gauche L5
- D. Une lombosciatalgie gauche S1
- E. Une spondylarthropathie débutante en poussée

**(42) Question 02: Quels sont les arguments de l'interrogatoire évocateur de votre diagnostic?**

- A. Homme jeune
- B. Lombalgies mécaniques
- C. Fessalgies inflammatoires
- D. Diarrhées chroniques
- E. Talalgies mécaniques

**(43) Question 03: Que recherchez-vous à l'examen clinique pour étayer votre diagnostic?**

- A. Distance doigts-sol
- B. Indice de Schöber
- C. Signe de Lasègue
- D. Pression latérale des sacroiliaques
- E. Signe du trépied

**(44) Question 04: Comment évaluez-vous la raideur rachidienne?**

- A. Indice de Schöber
- B. Indice de Hirtz
- C. Distance doigt-sol
- D. Distance occiput -mur
- E. Distance sternum-menton

**(45) Question 05: Quels examens complémentaires demandez-vous en première intention ?**

- A. VS, CRP, NFS
- B. ACPA
- C. Radiographie des mains de face
- D. Radiographie du rachis de face et de profil
- E. Coloscopie avec biopsie

**(46) Question 06: Vous faites une radiographie du bassin de face qui revient normal, quel examen demandez-vous pour confirmer votre diagnostic?**

- A. TDM lombaire
- B. IRM rachidienne et des sacroiliaques
- C. Scintigraphie osseuse
- D. Fond d'oeil
- E. Coloscopie avec biopsie

**(47) Question 07: Si je vous dis que la radiographie du bassin est revenue en faveur d'une sacroillite stade III, cela correspond à quelle(s) description(s)?**

- A. érosions des berges sacro-iliaques
- B. Aspect pseudo-élargi de l'interligne
- C. Fusion des berges sacro-iliaques
- D. Pincement de l'interligne sacro-iliaque
- E. Condensation des berges sacro-iliaques

**(48) Question 08: La coloscopie faite chez Mr J. est revenue sans particularité. Quelle(s) affection(s) craignez-vous?**

- A. Maladie coeliaque
- B. Rectocolite hémorragique
- C. Maladie de Whipple
- D. Maladie de Crohn
- E. Cancer du colon

**(49) Question 09: Quel prise en charge proposez-vous à Mr J.?**

- A. Bisphosphonates
- B. Bolus de corticoïdes
- C. Kinésithérapie
- D. Arrêt du tabac
- E. Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

**(50) Question 10: Mr J. revient vous voir quelques mois plus tard. Les douleurs persistent malgré vos adaptations thérapeutiques. Vous décidez d'instaurer une biothérapie. Quel type de biothérapie allez-vous privilégier chez lui?**

- A. Un anticorps monoclonaux type infliximab
- B. Un anti-IL6 type tocilizumab
- C. Un récepteurs solubles type etanercept
- D. Un anti-TNF alpha type adalimumab
- E. Un anti-lymphocyte B type rituximab

### Cas clinique 2:

Madame BF, âgée de 28 ans est adressée au service de rhumatologie pour polyarthralgies inflammatoires évoluant depuis 06 mois, intéressant principalement les mains, les doigts et les poignets. Elle a pour antécédent deux fausses couches spontanées.

Par ailleurs, elle rapporte la notion d'un acrosyndrome sans lésions trophique, apparues cet hiver, avec notion de chute de cheveux au brossage quotidien. Elle a pour seul traitement une contraception orale MINIDRIL (œstro-progestatif).  
 A l'examen clinique: patiente apyrétique, TA : 135/80mm hg. On note un érythème squameux sur les racines du nez, les pommettes, respectant les paupières apparues suite à une exposition au soleil, et qui tend à persister.  
 Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie. Les aires ganglionnaires sont libres.

**(51) Question 01: Quel est votre diagnostic ?**

- A. Polyarthrite rhumatoïde
- B. Lupus érythémateux systémique
- C. Rhumatisme psoriasique
- D. Dermatomyosite
- E. Maladie de Still

**(52) Question 02: Quels sont les arguments de l'interrogatoire évocateurs de votre diagnostic?**

- A. Femme jeune
- B. Polyarthralgie inflammatoire
- C. Erythème malaire
- D. Acrosyndrome
- E. Photosensibilité

**(53) Question 03: Quels examens complémentaires demandez vous en première intention?**

- A. VS, CRP
- B. Bilan hépatique (TGO, TGP)
- C. Bilan rénal (urée, créatinémie)
- D. Électrophorèse des protéines sériques
- E. Biopsie des glandes salivaires

**(54) Question 04: Quel(s) bilans complémentaires spécifiques à visée diagnostique prévoyez-vous en 2ème intention?**

- A. Dosage du complément
- B. Anticorps antinucléaires
- C. ACPA
- D. Anticorps anti-DNA natifs
- E. Anticorps anti-Sm

**(55) Question 05: Dans le cadre de la recherche de complications de la maladie, vous demandez:**

- A. Une protéinurie des 24h
- B. Un ECG avec échographie cardiaque
- C. Un Téléthorax
- D. Les Anticorps anticardiolipines
- E. Une EFR (exploration fonctionnelle respiratoire)

**(56) Question 06: La protéinurie est à 0,8g/l, quel est votre conduite à tenir:**

- A. Un scanner rénal
- B. Une biopsie rénale
- C. Une urographie
- D. Une scintigraphie rénale
- E. Une ECBU

**(57) Question 07: Détaillez votre conduite thérapeutique:**

- A. Arrêt du MINIDRIL
- B. Prévoir une contraception par progestatifs
- C. Traitement de fond par Méthotrexate
- D. Traitement de fond par plaquénil et cyclophosphamide
- E. Antibiothérapie à large spectre

**(58) Question 08: Un an plus tard, la patiente revient vous voir en consultation. Elle va beaucoup mieux, et prend régulièrement son traitement. Elle envisage une grossesse et vous interroge si son état actuel le permet. Vous lui répondez que:**

- A. L'absence de poussée de la maladie depuis plus de 06 mois est nécessaire
- B. Le suivi d'une grossesse programmée est pluridisciplinaire
- C. La présence des anticorps anti phospholipide est nécessaire
- D. L'absence de néphropathie est nécessaire
- E. La baisse du complément (CH50 et de ces fractions) est nécessaire

**(59) Question 09 :Elle vous demande de l'informer sur les risques maternels d'une grossesse. Que lui diriez-vous**

- A. Il y a risque de poussée de la maladie (surtout au premier trimestre)
- B. Il y a risque de toxémie gravidique et de pré-éclampsie
- C. La maladie sera en rémission
- D. Il y a risque de thromboses artérielles et veineuses par la présence des AC anti-phospholipides
- E. Il y a risque d'une insuffisance surrénalienne

**(60) Question 10: Vous l'informez aussi sur les éventuels risques foetaux. Vous lui dites qu'il y a un risque:**

- A. D'avortements spontanés
- B. D'hypotrophie foetale
- C. De macrosomie
- D. De mort foetale in utéro
- E. De mal formation foetale

## Corrigé-type

01- ABCE  
02- BCE  
03- ACD  
04- ADE  
05- BD  
06- ADE  
07- BE  
08- ACE  
09- ABD  
10- ABDE  
11- ACD  
12- A  
13- E  
14- ABC  
15- AD  
16- BCE  
17- ABD  
18- CE  
19- ABC  
20- BD  
21- ABD  
22- BC  
23- ACD  
24- ACD  
25- ADE  
26- BC  
27- ACD  
28- A  
29- CE  
30- E

31- BCDE  
32- DE  
33- ABE  
34- ABC  
35- A  
36- B  
37- D  
38- BCDE  
39- AC  
40- BCDE  
41- BE  
42- ACD  
43- ABE  
44- ACDE  
45- ADE  
46- B  
47- ADE  
48- BD  
49- CDE  
50- ACD  
51- B  
52- ABCDE  
53- ABCD  
54- ABDE  
55- ABCD  
56- B  
57- ABD  
58- ABD  
59- BD  
60- ABD