

**MODULE DE RHUMATOLOGIE**  
**5ème ANNÉE MÉDECINE - ROTATION 3**

**Choisissez la ou les bonnes réponses(QCM):**

**PARTIE THÉORIQUE**

**1- Quelles sont les caractéristiques d'une douleur mécanique?**

- A. Douleur déclenchée par l'effort
- B. Maximales en fin de journée
- C. Cède au repos
- D. Réveille au repos le malade la deuxième moitié de la nuit
- E. Dérouillage matinal bref

**2- La maladie de Paget, une ostéodystrophie bénigne due à une hyperactivation des ostéoclastes anormaux est diagnostiquée sur des arguments cliniques, biologiques et radiologiques qui sont les suivants:**

- A. Douleur et déformation d'une pièce osseuse
- B. Chaleur locale par hypervascularisation
- C. Phosphatases alcalines augmentées
- D. Pas de fixation à la scintigraphie osseuse
- E. Augmentation des dimensions de la pièce osseuse touchée

**3- Dans la polyarthrite rhumatoïde débutante, il s'agit :**

- A. D'une polyarthrite fixe
- B. D'une polyarthrite fugace
- C. D'une polyarthrite bilatérale et symétrique
- D. D'une acropolyarthrite le plus souvent
- E. Ne touche jamais les articulations temporomandibulaires

**4- Dans la polyarthrite rhumatoïde débutante, le cliché des poignets et des mains de face peut montrer les signes radiologiques suivants:**

- A. radiographie strictement normale
- B. Erosions épiphysaires sous-chondrales
- C. Pincement de l'interligne articulaires des articulations inter-phalangiennes distales
- D. Condensation "en bande" des épiphyses
- E. Opacité des parties molles périarticulaires

**5- Dans la polyarthrite rhumatoïde établie, vous pouvez retrouver les déformations suivantes :**

- A. Doigts en Col de cygne
- B. Baguettes de tambour
- C. Doigts en maillet
- D. Orteil en saucisse
- E. coup de vent radial

**6- Le calcul du DAS 28 est indispensable au suivi de la polyarthrite rhumatoïde, il prend en compte les paramètres suivants?**

- A. VS ou CRP
- B. Nombre d'articulations douloureuses
- C. Nombre d'articulations gonflées
- D. Appréciation globale de la maladie du patient
- E. Appréciation globale de la maladie du médecin

**7- Concernant le méthotrexate dans la polyarthrite rhumatoïde, quelles sont les propositions vraies?**

- A. Il constitue le traitement de fond de référence de la polyarthrite rhumatoïde
- B. Il est contre-indiqué en cas de grossesse
- C. Il doit être associé à la prise d'acide folique
- D. Il se prend en une dose unique ou fragmentée 5 jours sur 7
- E. Il peut se compliquer d'une atteinte pulmonaire fibrosante

**8- Parmi ces anticorps antinucléaires, le(s)quel(s) est (sont) spécifique(s) du lupus érythémateux disséminé?**

- A. Anti-RNP, Anti-DNA, Anti-nucléaires
- B. Anti-DNA natif, Anti-Sm
- C. Anti-nucléaires, Anti-RNP
- D. Anti-Sm
- E. Anti-RNP, Anti-DNA, Anti-nucléaire, Anti-SM

**9- L'évolutivité d'une maladie lupique avec atteinte rénale peut être appréciée grâce à la surveillance:**

- A. Des anti-ribonucléoprotéines (RNP)
- B. Des anticorps anti-Sm
- C. Du taux de complément sérique
- D. De la protéinurie des 24h
- E. De la réaction de Waaler-Rose

**10- Quels sont les précautions à prendre avant d'envisager une grossesse chez une lupique?**

- A. Faire un bilan rénal avec protéinurie des 24h
- B. Dosage des AC anti-phospholipides et du complément
- C. Prise de tension artérielle
- D. Un bilan inflammatoire
- E. Une biopsie pleurale

**11- Quels sont les risques materno-fœtaux chez la femme enceinte lupique :**

- A. Avortements répétés
- B. Lupus néo-natal
- C. Rémission de la maladie lupique
- D. Pré-éclampsie
- E. Hypotrophie fœtale

**12- Préciser les caractéristiques d'une lacune bénigne:**

- A. Contours réguliers
- B. Entourée d'une condensation
- C. Limites floues
- D. Corticale rompue
- E. Réaction périostée pleine

**13- Quel est l'intérêt de l'échographie ostéo-articulaire en rhumatologie?**

- A. L'étude des parties molles
- B. Bilan lésionnel précis
- C. Apprécie l'épanchement intra-articulaire, les tendons et les muscles
- D. Apprécie l'œdème sous-chondrale
- E. Guidage de ponctions, biopsies et infiltrations

**14- L'ostéopénie est une ?**

- A. Raréfaction osseuse
- B. Augmentation de la transparence osseuse
- C. Amincissement corticale
- D. Condensation osseuse
- E. Se complique de rupture corticale

**15- Quels sont les caractéristiques radiologiques d'une arthrite?**

- A. Epaissement des parties molles
- B. Condensation sous chondrales
- C. Epanchement articulaire puis pincement diffus de l'articulation
- D. Osteophytes
- E. géodes sous chondrales

**16- Dans quelles circonstances étiologiques peut être observée une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale:**

- A. Corticothérapie
- B. Traitement anti-épileptique
- C. Ethylisme chronique
- D. Hypertriglycéridémie
- E. Hyperthyroïdie

**17- l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale est caractérisée par un certain nombre de données, lesquelles ?**

- A. Début le plus souvent progressif et insidieux
- B. Absence de limitation importante de la flexion de la hanche
- C. Hyperfixation scintigraphique coxo-fémorale
- D. Opacité inhomogène de la tête fémorale
- E. Pincement interne de l'interligne articulaire

**18- Parmi les lésions radiologiques spécifiques d'une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, lesquels sont inexacts ?**

- A. Pincement de l'interligne articulaire
- B. Ostéocondensation de la tête fémorale au début
- C. Aspect en coquilles d'œuf
- D. Ostéophytoses
- E. A un stade tardif, on peut avoir une coxarthrose secondaire

**19- Les mesures thérapeutiques suivantes sont justifiées dans la prise en charge de l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale :**

- A. Faire porter une talonnette systématique
- B. Mise en décharge avec suppression de l'appui pendant 1 à 2 mois
- C. Prothèse totale de hanche est le traitement lors des atteintes débutante
- D. Prescrire des cannes anglaises pour béquillage
- E. Traitement médical par la corticothérapie

**20- Dans l'ostéoporose, quelle est ou quelles sont la ou les proposition(s) juste(s)?**

- A. Maladie silencieuse
- B. La diminution de la taille est un signe clinique important à rechercher
- C. La densitométrie osseuse reflète la microarchitecture osseuse
- D. La biopsie osseuse est l'examen de choix pour le diagnostic et le suivi
- E. La palpation des reliefs osseux est douloureuse

**21- La fracture tassement ostéoporotique:**

- A. Peut être cervicale
- B. Correspond à un enfoncement antérieur ou cunéiforme des plateaux vertébraux
- C. Siège préférentiellement au niveau de charnière dorsolombaire
- D. peut entrainer l'augmentation des phosphatases alcalines
- E. peut comporter une lyse du mur postérieur du corps vertébral

**22- La densité minérale osseuse:**

- A. Est un examen clé pour le diagnostic positif d'une ostéopathie raréfiant diffuse
- B. Est exprimée en déviation standard de type T-score
- C. Est utile seulement chez les femmes ménopausées
- D. Est un examen invasif, difficile à répéter
- E. Est généralement mesurée au deux sites (lombaire et fémoral)

**23- L'ostéomalacie:**

- A. Correspond à l'accumulation de tissu osseux nouvellement minéralisé
- B. Est souvent due à un déficit en vitamine D
- C. L'ostéomalacie carencielle comporte un bilan phosphocalcique diminué dans le sang et les urines
- D. La DMO est généralement basse
- E. La calciurie du matin est celle qui reflète le mieux l'homéostasie calcique

**24- les signes radiologiques sont:**

- A. Très évocateurs de l'ostéomalacie
- B. Les stries de Looser-Milkman sont pathognomonique et correspondent à des fractures
- C. Les clichés radiographiques donne un aspect mal lavé
- D. Sont recherchés sur les radiographies des mains et des pieds
- E. L'absence des signes radiologiques élimine le diagnostic

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

- A. La peau noire 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 a l'association de l'anémie et le défaut d'apport alimentaire
- D. Le rachitisme de PRADER type II est une résistance des récepteurs a la 1-25(OH)<sub>2</sub> vitamineD
- E. Le défaut d'hydroxylation rénale de la vitamineD entraîne un taux de calcidiol effondré

**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 est possible

**27- L'indication chirurgicale dans l'hyperparathyroïdie asymptomatique:**

- A. Âge inférieur à 50 ans
- B. Déminéralisation osseuse diffuse avec Z-score inférieur a - 2,5 DS
- C. Une clairance a la créatinine inférieure à 50%
- D. Une élévation de plus de 0,25 m.mol/l de la calcémie par rapport a la limite supérieure de la valeur normale
- E. Impossible de surveiller le malade

**28- L'hypercalcémie:**

- A. Peut engager le pronostic vital
- B. Comporte un allongement QT et trouble du rythme
- C. Le tableau clinique est souvent grave
- D. Est généralement due à l'hyperthyroïdie
- E. La la calcémie totale est toujours supérieure à 2,6 m.mol/l

**29- L'hypercalcémie majeure:**

- A. Comportent une calcémie généralement supérieure à 3,5 m.mol/l
- B. Est une urgence médicale différée
- C. Nécessite une réhydratation important de 3-6 litres en 24 heures
- D. Les diurétiques sont contre indiqués
- E. L'acide zolédronique est anti-résorpteur puissant

**30- Le SAPHO:**

- A. Est acronyme designant : S synovite, A arthrite, P pustulose , H hyperostose, O osteïte
- B. Fait partie des spondyloarthropathies
- C. Comporte généralement une acné vulgaire
- D. L'atteinte osseuse de la paroi thoracique antérieure est évocatrice
- E. La scintigraphie osseuse avec radiographie du plastron sont utile pour le diagnostic

**31- le rhumatisme psoriasique:**

- A. Est difficile à évoquer car l'atteinte cutanée est souvent absente
- B. La destruction radiologique est souvent mutilante
- C. Peut faire un diagnostic différentiel avec la PR
- D. Son traitement de choix est le Méthotrexate
- E. Sa pathogénie est sans rapport avec Ag HLA B27

**32- la spondylarthrite des MICI:**

- A. Se voit généralement au cours de l'évolution des MICI
- B. Comporte une atteinte axiale dont le génie évolutif est indépendant de la poussée inflammatoire intestinale
- C. Les AINS sont formellement contre indiqués
- D. Le traitement des poussées intestinales n'améliore pas les arthrites périphériques
- E. La prise en charge doit être étroitement partagées par le médecin généraliste, gastro-entérologue et rhumatologue

**33- L'arthrite septique:**

- A. Est une urgence médicale
- B. Le tableau clinique est celui d'une oligoarthrite aigue + fièvre
- C. La mise en évidence du germe est la priorité du médecin en dépit d'un retard thérapeutique
- D. Le traitement peut se faire en ambulatoire
- E. Le pronostic fonctionnel est entravé par le retard thérapeutique

**34- le traitement de l'arthrite septique:**

- A. Doit être le plus rapide possible
- B. Doit être probabiliste mais à large spectre
- C. Une mono antibiothérapie est souvent suffisante
- D. La durée du traitement est courte
- E. Doit orienter en fonction du terrain du patient

**35- L'arthrite réactionnelle :**

- A. Fait partie des arthrites infectieuses
- B. Des débris microbiens ont été individualisés expliquant en partie sa pathogénie
- C. C'est une inflammation articulaire secondaire à un mimétisme moléculaire ou un Disfoldig cellulaire
- D. L'infection de début est souvent urogénitale ou digestive
- E. Le délai entre l'infection inaugurale et l'arthrite doit être de plus de 05 semaines

**36- L'arthrite réactionnelle est traitée par:**

- A. L'association diclofenac + celecoxib
- B. Un seul AINS au choix
- C. Une antibiothérapie pour l'infection urogénitale ou digestive
- D. Un traitement du partenaire si infection urogénitale
- E. Une infiltration locale en cas de monoarthrite persistante

**37- L'algoneurodystrophie:**

- A. Est un syndrome douloureux locorégional complexe
- B. Est responsable de trouble trophique inévitable
- C. Est spontanément résolutive en plusieurs mois
- D. Est responsable d'une déminéralisation diffuse
- E. La scintigraphie au Tc99 permet le diagnostic de certitude

**38- L'algoneurodystrophie:**

- A. Peut être pluri focale , c'est l'apanage de la cause médicamenteuse
- B. L'atteinte de la hanche est plus fréquente chez la femme enceinte
- C. La forme d'emblée froide se voit plutôt chez les enfants
- D. La vitamine C permet de la traiter
- E. L'atteinte épaule - main est grave et de mauvais pronostic fonctionnel

**39- Un patient vient vous voir pour la troisième fois dans l'année suite à une crise de goutte touchant le gros orteil droit, que préconisez-vous comme traitement ?**

- A. La colchicine
- B. L'allopurinol
- C. Le méthotrexate
- D. La corticothérapie par voie systémique
- E. Un régime alimentaire pauvre en purines

**40- Devant une polyarthrite rhumatoïde très active, une biothérapie est indiquée comme:**

- A. Les anti-TNF alpha ( Etanercept)
- B. L'anti-IL6 (Tocilizumab)
- C. L'anti-Lymphocyte B (Rituximab)
- D. L'anti-lymphocyte T (Abatacept)
- E. Un agent alkylant (Cyclophosphamide)

**PARTIE PRATIQUE**

**Cas clinique 1:**

Mme H., 56 ans, consulte pour des douleurs des mains évoluant depuis 2 ans. Elle était coiffeuse et a pris sa retraite depuis 1 an et les douleurs la gênent peu depuis qu'elle ne travaille plus. Elle décrit un enraidissement matinal de 10 mn et elle souffre un peu de ses doigts en fin de journée après les travaux ménagers. Elle est surtout inquiète car sa mère avait des doigts très déformés particulièrement les articulations interphalangiennes distales (IPD) et proximales (IPP) et sa cousine est suivie pour une polyarthrite. De plus, depuis 6 mois, elle présente des gonalgies droites de même horaire, s'aggravent nettement depuis 3 mois. A l'examen vous objectivez un discret choc rotulien droit. La flexion du genou est normale, il n'existe pas d'hyperlaxité. Mme H. pèse 80kg pour 1m60, elle est hypertendue (traitement par Triatec\*)

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

- A. Polyarthrite rhumatoïde
- B. Rhumatisme psoriasique

- C. Arthrite septique
- D. Arthrose digitale
- E. Gonarthrose

**(42) Question 02: Quels sont les arguments évocateurs de votre diagnostic?**

- A. Horaire mécanique des arthralgies
- B. Horaire inflammatoire des arthralgies
- C. Polyarthrite chez la cousine
- D. Déformation des IPP et IPD chez la mère
- E. Antécédent d'HTA

**(43) Question 03: Quels sont les facteurs favorisant la survenue de cette maladie?**

- A. Profession
- B. Hérité
- C. Tabac
- D. Gingivite
- E. Obésité

**(44) Question 04: Quelles sont les déformations que vous supposez chez la mère?**

- A. Col de cygne
- B. Doigts en maillet
- C. Doigts en boutonnière
- D. Nodosité d'Heberden
- E. Nodosité de Bouchard

**(45) Question 05: Vous faites une radiographie des mains de face, que pouvez-vous retrouver ?**

- A. déminéralisation en Bande
- B. pincement de l'interligne des IPD
- C. Osteophytes
- D. Erosions épiphysaires sous chondrales
- E. Coup de vent cubital

**(46) Question 06: En quoi consiste le choc rotulien?**

- A. A imprimer des mouvements de latéralité sur la rotule plaquée contre les condyles fémoraux
- B. A imprimer une pression sur la rotule avec l'index qui sera refoulée
- C. Positif si crépitations
- D. Positif si épanchement
- E. Nécessite une ponction évacuatrice

**(47) Question 07: Vous décidez de faire une ponction évacuatrice du genou, vous retirez 5cc de liquide synovial, qu'en faites vous?**

- A. Etude cytologique
- B. Recherche de microcristaux par examen microscopique en lumière polarisée
- C. Etude bactériologique par examen direct et culture
- D. Etude mycologique
- E. Etude immunologique

**(48) Question 08: Quels sont les caractéristiques du liquide synovial dans ce cas là?**

- A. Fluide
- B. Visqueux
- C. < 2000 éléments/mm<sup>3</sup>
- D. > 2000 éléments/mm<sup>3</sup>
- E. Facteur rhumatoïde positif

**(49) Question 09: Quels clichés demandez vous concernant l'atteinte du genou droit?**

- A. Radiographie du genou droit de face
- B. Radiographie des 2 genoux de face
- C. Radiographie des 2 genoux de profil
- D. Incidence de Schuss
- E. Incidence axiale à 60°

**(50) Question 10: Quelles seront les possibilités thérapeutiques médicales pour votre patiente?**

- A. Méthotrexate
- B. Antalgiques
- C. AINS
- D. Infiltration par des corticoïdes retardés
- E. Anti-arthrosiques à action lente

### Cas clinique 2:

Mme G., 50 ans, hypertendue mal équilibrée, diabétique depuis 05 ans, consulte pour une douleur de l'épaule survenant à l'effort pendant la journée, réveillant la patiente lors du décubitus latéral prolongé. Un récent bilan biologique est normal.

**(51) Question 01: Quelles sont les amplitudes de l'épaule?**

- A. Antéflexion à 90°
- B. Abduction à 180°
- C. Adduction à 30°
- D. Rotation externe à 80°
- E. Rotation interne à 90°

**(52) Question 02: Vous suspectez une tendinite simple du tendon supra-épineux, qu'attendez vous à l'examen clinique?**

- A. Limitation des mouvements passifs
- B. La manoeuvre de Jobe positive
- C. La manoeuvre de Patte positive
- D. Le Palm-up test positif
- E. Le Lift-off test positif

**(53) Question 03: En quoi consiste la palm-up test?**

- A. Dos de la main du patient placé dans son dos et tente de décoller la main du dos
- B. Le patient tente de baisser contre résistance ses bras tendus en abduction dans le plan de la scapula, pouces dirigés vers le bas
- C. Bras tendus, mains en supination, le patient effectue une élévation antérieure contre résistance
- D. Main du patient sur épaule controlatérale, il essaie de lever le coude
- E. Abduction et antépulsion passive du bras du patient

**(54) Question 04: La patiente vous apprend que quelques mois plus tôt, elle a consulté un rhumatologue pour des douleurs scapulaires très importantes. Celui-ci aurait parlé « d'épaule aiguë hyperalgique », que désigne ce terme ?**

- A. Rupture franche de la coiffe des rotateurs
- B. Bursite aiguë sous-deltoidienne microcristalline
- C. Fissure des bourrelets glénoïdiens
- D. Hémarthrose
- E. Omarthrose

**(55) Question 05: En faveur d'une capsulite rétractile, vous pouvez retrouver:**

- A. Les mouvements actifs limités
- B. Les mouvements passifs limités
- C. L'abduction et la rotation externe sont les premiers touchés
- D. Déminéralisation pommelée à la radiographie standard des épaules de face
- E. Interligne articulaire respectée à la radiographie standard des épaules de face

**(56) Question 06: Vous souhaitez infiltrer son épaule, quelles sont les complications possibles d'une infiltration par corticoïdes?**

- A. Sepsis
- B. Décompensation de l'HTA
- C. Décompensation du diabète
- D. Ostéoporose
- E. Réaction microcristalline

**(57) Question 07: Quelles sont les complications d'une corticothérapie par voie systémique:**

- A. Diabète
- B. Hypokaliémie
- C. Fragilité cutanée
- D. Ostéoporose
- E. Insuffisance surrénale

**(58) Question 08: La malade refuse l'infiltration, quelles seront les possibilités thérapeutiques médicales?**

- A. AINS
- B. Antalgiques palier 1 et 2
- C. Physiothérapie et rééducation
- D. Viscosupplémentation
- E. Anti-arthrosiques à action lente

**(59) Question 09: La patiente revient vous voir après 6 mois avec fourmillement aux mains notamment le soir, vous suspectez un syndrome du canal carpien, quels sont les signes en faveur de votre diagnostic ?**

- A. Acroparesthésie intéressant la face palmaire des 3 premiers doigts
- B. Acroparesthésie intéressant la face dorsale du 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts
- C. Percussion de la face antérieure du poignet soulage le patient
- D. Manoeuvre de Phalen positive
- E. déficit du court abducteur du pouce

**(60) Question 10: Vous retrouvez une amyotrophie de l'éminence thénar, vous demandez un EMG qui sera en faveur:**

- A. D'une réduction de la vitesse de conduction sensitive
- B. D'une augmentation de la vitesse de conduction sensitive
- C. D'un allongement des latences distales
- D. D'un raccourcissement des latences distales
- E. Amplitudes des potentiels moteurs conservées au niveau thénarien

**RESPONSABLE DU MODULE: Dr I.BENCHAR**

