# CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE SECRETAIRES MEDICAUX

**********

## INTERNE - EXTERNE
## 19 FEVRIER 2004

**********

**2ème épreuve écrite et anonyme d'admissibilité**

Etude de documents en relation avec l'exercice de la profession comportant la définition de termes médicaux d'usage courant, placé dans un contexte professionnel

- durée 3 heures - Notée sur 20 - Coefficient 3

(toute note égale ou inférieure à 5 est éliminatoire après délibération du jury)

## 1ère QUESTION (copie de couleur blanche) – Notée sur 10

a) Donner le nom ou l'adjectif correspondant aux définitions suivantes

1. Pratique qui consiste à manger ses ongles
2. Expectorations sanglantes
3. Emploi thérapeutique de l'oxygène
4. Inflammation de la muqueuse buccale
5. Engourdissements, fourmillements souvent nocturnes des doigts et de la main
6. Douleur siègeant à la cuisse
7. Glissement en avant d'un segment de la colonne vertébrale
8. Ramollissement de la trachée par dégérescence des cartilages
9. Utilisation dans un but thérapeutique des agents physiques : froid, chaleur, eau …
10. Maladie provoquée par un champignon parasite
11. Absence ou baisse de l'affectivité avec indifférence et inertie physique
12. Incision chirurgicale de la trachée
13. Adhérence fibreuse consécutive à une intervention chirurgicale
14. Ronflement considéré en tant que maladie
15. Manifestation apparente du patrimoine héréditaire modifié par le milieu ambiant
16. Douleur au niveau du crâne
17. Muscle du cœur
18. Préparation pharmaceutique dépourvue de tout principe actif
19. Appauvrissement de la moelle osseuse en cellules formatrices des 3 lignées myéloïdes
20. Augmentation du nombre de plaquettes sanguines

b) Définir et expliquer les termes qui ont été soulignés et mis en caractère gras dans les textes suivants :

Consultation 1

Votre patient, âgé de 50 ans, ouvrier agricole, a consulté pour une faiblesse des membres inférieurs, avec fourmillements des deux pieds.

Aucun antécédent familial n'est retrouvé mais il existe une notion de consanguinité chez ses grands-parents paternels. M. A est marié, a deux enfants en bonne santé, il indique une consommation d'alcool quotidienne d'un litre de vin par jour et quelques bières.

Il a été traité dix ans auparavant pour une tuberculose pulmonaire.

L'examen note des varicosités des pommettes, une **parotidose** bilatérale, une érythrose palmaire et quelques **angiomes** stellaires. On ne palpe ni hépatomégalie, ni **splénomégalie**, le ventre est souple, non ballonné. La marche est mal assurée, un peu instable et élargie, il existe une danse des jambiers antérieurs en position debout, avec instabilité majorée à l'occlusion des yeux. La force musculaire est diminuée au niveau des loges antéro-externes, postérieures et des ischio-jambiers. La peau des jambes est fine, dépliée. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques aux membres supérieurs, les rotuliens sont faibles, les **achilléens** abolis. Les réflexes cutanés plantaires sont en flexion. L'étude de la sensibilité retrouve une **hypoesthésie** en chaussettes des membres inférieurs et des erreurs au sens de position du gros orteil.

Les examens biologiques retrouvent une anémie à 10g d'hémoglobine avec un **VGM** à 106 µ3, une thrombopénie à 80 000/mm3. La vitesse de sédimentation est à 17 mm à la première heure. L'électrophorèse des protides est normale.

Votre patient est finalement hospitalisé en neurologie pour **syndrome** cérébelleux statique et syndrome neurogène périphérique.

Consultation 2

Votre patiente âgée de 35 ans, sans antécédent pathologique et ne recevant aucune médication, a consulté pour fatigue générale, **spanioménorrhée** et prise de poids.

A l'examen clinique, il existe une surcharge pondérale modéréé (68 kg pour 1,61 cm) à topographie **androïde**. Le visage de la malade est empâté, érythrosique, avec un **hirsutisme** intéressant la lèvre supérieure et le menton. De plus, on note la présence de vergetures pourpres larges dans les aisselles et la paroi antéro-latérale de l'abdomen, une **amyotrophie** des cuisses avec un signe du tabouret. La PA est à 180-120 mmHg.

Ce tableau est évocateur d'**hypercorticisme**. Une hospitalisation programmée est prévue afin de permettre l'exploration biologique de ce syndrome.

.../...

Consultation 3

Un enfant prématuré de 36 semaines et 2.500 g est adressé en réanimation néonatale pour détresse respiratoire. Il s'agit de la première grossesse d'une mère de 18 ans, du groupe B+.Cette grossesse a été marquée par la pratique d'une **amniocentèse** devant la notion d'antécédents familiaux de dyscaryotypies et d'un dépistage biologique de la **trisomie** 21 positif. Le **caryotype** était finalement normal

Il existe une rupture prolongée de la poche des eaux de 4 jours, la mère est hospitalisée depuis 24 heures en raison d'une fièvre à 38,2°C. Après prélèvement bactériologique (urines, vagin, hémocultures), la mère est mise sous pénicilline. L'accouchement s'est bien passé. L'enfant a un coefficient d'Apgar à 8 à 1 minute et à 9 à 10 minutes. Cependant, on constate rapidement une polypnée, un tirage intercostal. En réanimation la température à l'arrivée est de 35,3°C. Il existe une cyanose, un rythme respiratoire à 90/min et une rétraction thoracique. La tension artérielle maximale est à 48 mmHg. Sur le cliché thoracique on constate un poumon gris avec non-visibilité de l'ombre cardiaque. L'enfant est mis sous 100% de oxygène. Sur cathéter artériel ombilical, la PaO2 est à 55 mmHg, la PCO2 est à 50 et le pH à 7,26; les lactates sont à 3,5 mmol/l. La C réactive protéine est de 35 mg/l, le fibrinogène à 4 g/l. Le taux de prothrombine est à 52%, les plaquettes sanguines à 200.000/mm3. Des prélèvements bactériologiques sont faits (ombilic, conduit auditif externe, hémoculture). Une échographie transfontanellaire s'avère normale.

Le diagnostic retenu est celui d'infection materno fœtale compliquée de détresse respiratoire aigüe néonatale.

Codage **PMSI** :

Consultation 4

Melle B, 18 ans n'a pas d'antécédent pathologique connu. Elle a depuis trois jours une cystite avec brûlures mictionnelles et **pollakiurie**; depuis le matin, une vive douleur de la fosse lombaire droite irradiant à l'épaule et sur le trajet urétéral en avant. La patiente se plaint de frissons, la température est à 38,7°c. L'examen clinique révèle une douleur provoquée de la fosse lombaire droite, mais il n'y a pas de gros rein perçu. Le reste de l'examen est normal, la pression artérielle est à 95/55 mmHg. Le bilan montre une créatininémie à 76µmol/l, le potassium à 3,6 mmol/l. Une numération-formule d'urgence montre 4,13 T/l globules rouges, 14,5 G/l globules blancs avec 88% de polynucléaires. La glycémie est à 8,2 mmol/l. Le diagnostic porté est celui de pyélonéphrite aiguë.

Consultation 5

M.L, 28, ans, enseignant, vient d'être hospitalisé, car il a présenté brutalement un vécu de transformation du monde et de lui-même, impression de modifications corporelles (mon cerveau flotte) et un sentiment de toute-puissance. Ces idées reposent sur la perception de voix malveillantes et de sentiments d'hostilité. Cet état pathologique s'accompagne d'une anxiété intense (il n'ose plus se regarder dans la glace). L'examen somatique est normal. Il s'agit du premier épisode de ce type. Il n'a aucun antécédent psychiatrique particulier. Jusqu'alors, il était parfaitement inséré au plan social, familial et professionnel, réussissant d'ailleurs plutôt bien. Sa femme rapporte que, quelques jours avant le début des troubles, il était très anxieux car il avait reçu une nouvelle affectation et il redoutait de ne pas être à la hauteur du poste qui lui était confié.

Ce tableau, chez un homme jeune, à thèmes multiples (dépersonnalisation, déréalisation, **mégalomanie**), non systématisé, avec mécanisme hallucinatoire (**cénesthésiques** et auditives avec automatisme mental) avec adhésion au délire. Et comme facteur déclenchant: la mutation, évoque un délire aigü.

Il s'agit probablement d'une bouffée délirante aiguë. (début brutal chez un homme jeune sans pathologie psychiatrique sous-jacente, absence de pathologie organique ou de prise de toxiques). L'absence de troubles de l'humeur élimine presque l'accès maniaque ou la mélancolie délirante.

Seule l'évolution dans le temps permettra d'éliminer une **schizophrénie** débutante.

## 2ème QUESTION (copie de couleur rose) – Notée sur 10

a) **Rédiger une lettre type de confirmation d'hospitalisation** (notée sur 4.5)

Vous êtes secrétaire dans un service de chirurgie de l'Hôpital Charles Nicolle – 1 rue de Germont – 76031 Rouen Cédex .

Votre chef de service vous demande d'établir une lettre type de confirmation d'hospitalisation ou d'intervention (rectifier selon le cas), pratiquée par le Docteur DUPONT. Unité du 2ème étage, programmée le 30 juin 2004 à 8H30.

Il faudra préciser dans le courrier qu'il est indispensable que le patient rencontre en consultation l'anesthésiste avant l'hospitalisation, pour cela téléphoner au 02.35.80.24.18 afin de prendre rendez-vous.

Le patient effectuera le jour même de l'hospitalisation les démarches administratives à l'accueil du service. Il faudra donc qu'il soit muni de sa carte vitale et carte mutuelle. Le patient viendra avec ses résultats d'examens.

Le patient devra prévenir en cas d'annulation en appelant le 02.35.48.26.50

b) **Rédiger une lettre à un patient** (noté sur 3)

Vous, (Mme MARTIN) êtes secrétaire en médecine, dans le service du Professeur Durand, au Centre Hospitalier de DIEPPE – Avenue Pasteur – BP 219 – 76202 DIEPPE Cédex.

Il a reçu les résultats des examens de son patient M. LEFEVRE, effectués dans le service le 27 janvier 2004 qui s'avèrent normaux.

Il vous demande de rédiger une lettre d'accompagnement, dont vous serez le signataire, pour lui transmettre ses résultats.

Lui préciser qu'un double des résultats sera adressé à son médecin traitant.

c) **Définir la messagerie électronique, énumérer ses avantages et ses inconvénients en les comparant au courrier postal, au téléphone et au Fax** (noté sur 2.5)