

47160

## CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE

Dossier 08  
D02-015-15 636



**ÉPREUVE DE DOSSIERS THÉRAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUES**  
**DOSSIER N° 2**  
**(60 points)** **QD2**

### RAPPEL DE LA REGLEMENTATION SUR LES CONCOURS

Vous devez obligatoirement :

Pour composer :

- Rédiger les réponses sur le cahier de même couleur que le sujet.
- Ecrire à l'encre bleue ou noire uniquement.
- Composer uniquement sur les pages blanches recto-verso.
- Utiliser uniquement les calettes dont la liste vous a été communiquée.
- Numérotter les réponses dans le même ordre que les questions.
- Souligner les mots, mais les surligneurs de couleurs sont interdits.

**Tout signe distinctif porté sur le cahier ou de modification du cahier est passible d'annulation de la copie.**

Avant la remise des copies aux surveillants :

- Coller à l'emplacement prévu l'étiquette d'identification qui vous a été remise.
- Insérer tous vos cahiers classés dans la pochette plastique.

Il est interdit :

- D'utiliser ou de consulter des documents qui ne vous ont pas été remis par les surveillants.
- De communiquer pendant les épreuves. Les portables doivent être éteints.
- De vous lever ou de quitter votre emplacement sans y avoir été invité.

**Toute fraude, désordre, tentative de fraude ou de désordre, est passible d'une exclusion immédiate. Vous devez vous conformer aux consignes qui sont annoncées.**

1) Norfloxacin = fluoroquinolone, quinolone de 2<sup>e</sup> génération  
Inhibition de l'ADN gyrase (topoisomérase de type II), action bactéricide

Effets indésirables

- tendinopathies, rupture spontanée du tendon d'Achille
- céphalées
- troubles digestifs
- photosensibilisation
- confusion chez la personne âgée

2) GR = érythrocytes  
Hématocrite (= Ht)  
Hb = hémoglobine  
VGM = volume globulaire moyen  
TCMH = teneur corpusculaire en Hb  
CCMH = concentration corpusculaire en Hb

Plaquettes

Leucocytes

PNN (polynucléaire neutrophile)

PNE (eosinophile)

PNB (basophile)

Lymphocytes

monocytes

valeurs usuelles

4,2 - 5,2 T/L

0,37 - 0,47

120 - 160 G/L

80 - 100 fL

27 - 32 pg

32 - 35 %

150 - 400 G/L

4 - 10 G/L

2 - 7,5 G/L

0,04 - 0,5 G/L

< 0,1 G/L

1 - 4 G/L

0,2 - 1 G/L

commentaire

érythroémie

absente

anémie sévère

microcytose

hypochromie

thrombocytose légère

normoleucocytose

normoneutrophilie

normoéosinophilie

normobasophilie

normolymphocytose

normomonocytose

= Ht/GR = 62,1 fl

= Hb/GR = 17,9 pg

= Hb/Ht = 28,8 %

Conclusion

Absence de syndrome infectieux (normoleucocytose)

Anémie sévère microcytaire hypochrome

légère thrombocytose

Le frottis met en évidence des différences de taille et de forme des globules rouges.  
(anis) (poikilo)

### \* arguments cliniques

- pâleur cutanée
  - asthénie
- } syndrome anémique

### \* arguments biologiques

- anémie microcytaire hypochrome

Cependant, l'anisocytose et la poikilocytose devaient être expliquées

-> conduite à tenir devant une anémie microcytaire ferriprive = faire un bilan martial et une recherche de syndrome inflammatoire (fait le diagnostic différentiel)

#### - bilan martial

- dosage du fer (VN = 10-30  $\mu\text{mol/L}$ ) = diminué
- dosage de la ferritine, reflet du stock en fer, examen le plus sensible (VN = 15-150  $\mu\text{g/L}$ ) = effondrée, < 10  $\mu\text{g/L}$
- dosage ou calcul du CST = coefficient de saturation de la transferrine (VN = 20 à 40%) = diminué

#### - diagnostic différentiel = bilan inflammatoire

- VS = vitesse de sédimentation (VN = 3 à 7 mm) à la première heure,
  - > normale
- CRP = protéine de l'inflammation (VN < 5 mg/L)
  - > normale

4) La carence est probablement une perte de fer au cours des hémorragies provoquées par les accouchements et les carences accumulées lors des grossesses successives (la patiente a eu environ un enfant par an depuis 5 ans !)

apports alimentaires.

Thérapeutique supplémentation en sel de fer type Tardyferon<sup>®</sup>, plus ou moins associé à la vitamine C pour augmenter l'absorption intestinale du Fe.

Effets indésirables = selles noires, troubles digestifs

Le traitement est de 1 comprimé par jour pendant 3 mois puis jusqu'à normalisation de la ferritinémie (15 à 150 µg/L)

L'observance est importante.

5) GR	4,2-5,2 TL	polyglobulie → pseudo-polyglobulie selon contexte
Ht	0,37-0,44	normal
Hb	120-160 g/L	normale, limite basse
VGM	80-100 fL	= 67,2 fL microcytose
TCMH	27-32 pg	= 21,78 pg } hypochromie
CCMH	32-36 %	= 32,4 % }
leucocytes	4-10 G/L	normoleucocytose
plaquettes	150-450 G/L	normothrombocytose

### Conclusion

Pseudo-polyglobulie microcytaire hypochrome

Le reste du bilan est normal

La pseudopolyglobulie, la microcytose, l'hypochromie, l'anisocytose, la poikilocytose et la présence de cellules cibles orientent fortement vers une  $\beta$ -thalassémie hétérozygote, hémoglobineopathie par mutation du gène codant pour la chaîne  $\beta$  de la globine sur le chromosome 11

- patiente d'origine tunisienne (épidémiologie)
- pas de syndrome anémique après correction

### Arguments cliniques

- anisocytose, poikilocytose, cellules cibles
- pseudopolycythémie microcytaire hypochrome (caractéristique)
- éléments d'orientation devant une anémie microcytaire (observée au début du cas)
  - 1) anémie ferriprive ou inflammatoire
  - 2) thalassémie
  - 3) dysmyélocytose

L'anémie ferriprive est corrigée, on a donc une  $\beta$ thalassémie hétérozygote.

### Examens complémentaires

- électrophorèse de l'hémoglobine = diminution de l'HbA ( $\alpha_2\beta_2$ ) et augmentation de l'HbF ( $\alpha_2\gamma_2$ ) et HbA<sub>2</sub> ( $\alpha_2\delta_2$ )
- refaire un frottis de confirmation = anisocytose et poikilocytose.
- caryotype chez le père des enfants et dépistage des enfants car la pathologie est transmissible selon le mode autosomique récessif.