

EPREUVE DE DOSSIERS THERAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUES 2010 ZONE NORD

DOSSIER 1

PROPOSITIONS DE REPONSES

REPONSES n°: 1

- L'hémogramme met en évidence une anémie (hémoglobine : 90 g/L). Le calcul des indices érythrocytaires indique qu'il s'agit d'une anémie microcytaire (VGM : 77 fL, hypochrome (CCMH : 29 %, TCMH : 22,5 pg). La numération des leucocytes est normale (6,8 G/L, valeurs usuelles : 4 à 10 G/L) de même que celle des thrombocytes (220 G/L, valeurs usuelles : 150 à 400 G/L).

- En raison de l'abaissement du fer sérique (7 µmol/L, valeurs usuelles pour la femme : 9 - 29 µmol/L) et surtout de la ferritine (10 µg/L, valeurs usuelles pour la femme 15 - 150 µg/L), cette anémie peut être considérée comme anémie ferriprive.

- Le bilan d'hémostase montre un allongement du temps de saignement selon la technique d'IVY incision (14 min, temps normal < 10 min) et du temps de céphaline activée (malade/témoin : 1,5, valeurs usuelles : 0,8 à 1,2). Le taux du complexe prothrombinique est normal (87 %, valeurs usuelles : 75 à 100 %), la concentration en fibrinogène est également normale (2,70 g/L, valeurs usuelles de 2 à 4 g/L).

REPONSES n°: 2

- Les ménorragies de même que les saignements répétés sous forme d'épistaxis permettent d'expliquer l'anémie hypochrome microcytaire par carence en fer.

- L'allongement du temps de saignement associé ici à un nombre de thrombocytes normal exclut un trouble de l'hémostase primaire en relation avec une thrombopénie. Cet allongement du temps de saignement est à rapprocher de l'anomalie de la voie intrinsèque de la coagulation objectivée par l'allongement du TCA. On peut alors suspecter une anomalie du facteur Willebrand qui intervient dans l'hémostase primaire et également dans la coagulation comme transporteur du facteur VIII.

- L'hypothèse d'une maladie de Willebrand est compatible avec l'existence d'hémorragies muqueuses (épistaxis, ménorragies) et cutanées (ecchymoses) signalées par la patiente. On note également des antécédents familiaux (ménorragies maternelles). Les anomalies biologiques associées aux antécédents hémorragiques personnels et familiaux font évoquer une maladie de Willebrand.

REPONSES n°: 3

Afin de confirmer le diagnostic de maladie de Willebrand chez la patiente, on réalisera :

- un dosage du facteur VIII
- Le dosage de l'activité co-facteur de la ristocétine du facteur Willebrand
- le dosage immunologique du facteur Willebrand
- éventuellement la mesure de l'activité facteur Willebrand par test de liaison au collagène et l'étude de la distribution des multimères du facteur Willebrand.

***Important :** Les propositions de réponses sont données à titre indicatif. Elles n'ont rien d'impératif pour les jurys des concours d'internat en pharmacie qui restent souverains et libres d'établir les grilles de correction et de cotation comme ils le souhaitent.

EPREUVE DE DOSSIERS THERAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUES 2010 ZONE NORD

DOSSIER 1 (suite)

PROPOSITIONS DE REPONSES

REPONSES n°: 4

- La maladie de Willebrand de type 1 correspond à un déficit quantitatif partiel en facteur Willebrand avec réduction parallèle dans le plasma de l'activité du facteur Willebrand et de sa composant antigénique. Par conséquent, l'activité du facteur VIII est diminuée. On note une distribution homogène de tous les multimères de facteur Willebrand. C'est le type le plus fréquent.

- Les principales possibilités thérapeutiques sont représentées par :

* la DDAVP ou desmopressine qui induit la libération de facteur Willebrand et de facteur VIII à partir des compartiments cellulaires. On étudiera la réponse thérapeutique à la DDAVP lors du diagnostic.

* le concentré plasmatique de facteur Willebrand.

A la première injection, on associera éventuellement un concentré de facteur VIII.