

Stratégie et méthodologie pour réussir les QCM à l'ECN

Urgences médico-chirurgicales

Nicolas LANOT

Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres "exclusifs"

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publient "gratuitement" sur internet :

Editions Vernazobres-Grego

99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

La première situation est du vol puisqu'en laissant ces documents démunis, la seconde appelle à votre raison, si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les étudiants qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon possible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

En somme : rejoignez-nous sur Telegram (nous sommes le seul groupe qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

PREFACE

Depuis 2016, la nouvelle formule de l'ECN sur tablette a changé les modalités d'apprentissage de l'externat. Sa présentation sous forme de cas cliniques progressifs et de questions isolées récompense désormais ceux qui s'attachent à comprendre la physiopathologie et à s'adapter face à une situation clinique précise, plutôt que d'apprendre des protocoles par cœur. De même, l'iECN privilégie ceux qui ont un volume élevé de connaissances, les questions pouvant porter sur des détails subtils.

Cette nouvelle édition reprend les principaux items de l'UE11 (Urgences et défaillances viscérales aiguës), mais se veut également transversale en abordant de nombreux items de toutes les spécialités. Conforme aux dernières conférences de consensus et recommandations de pratique professionnelle, cet ouvrage est destiné aux externes de la 3^e à la 6^e année de médecine pour la préparation de l'iECN.

Bon travail, bonne réussite.

Nicolas Lanot

REMERCIEMENTS

A tous les praticiens et internes qui ont fourni l'iconographie nécessaire à la création de ce livre.

A ma famille, à mes amis.

Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres "exclusifs"

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme : rejoignez-nous sur [Training Book QCM](https://t.me/TrainingBookQCM) - Urgences médico-chirurgicales - 1 ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

SOMMAIRE GENERAL

SOMMAIRE CAS CLINIQUES QCM sans indication

N°	APERCU DOSSIER CLINIQUE QCM	Page
1		9
2		17
3		25
4		33
5		41
6		49
7		57
8		67
9		75
10		83
11		91
12		99
13		109
14		117
15		125
16		133
17		141
18		149
19		157
20		165
21		175
22		183
23		191
24		199
25		207

SOMMAIRE QUESTIONS ISOLEES QCM sans indication

N°	Item	INTITULE	Page
1			213
2			223
3			231
4			239
5			247
6			257
7			265
8			273
9			281
10			289
11			297
12			305
13			313
14			321
15			329
16			337
17			345
18			353
19			360
20			369
21			377
22			385
23			393
24			403
25			413

**SOMMAIRE
DOSSIERS QCM**

N°	APERÇU DOSSIER CLINIQUE QCM	Page
1	Accident de la voie publique et polytraumatisme	9
2	Douleur intense et miction impossible	17
3	Fatigue et douleur digestive	25
4	Fatigue, dyspnée et toux chez une femme jeune	33
5	Un SDF en mauvais état...	41
6	Maux de tête et nausées chez un cirrhotique	49
7	Dyspnée au moindre effort	57
8	Perte de connaissance chez un épileptique connu	67
9	Douleur en fosse iliaque gauche et hypotension	75
10	Douleur thoracique et nausées	83
11	Infections graves et voyages	91
12	Diarrhée et déshydratation chez un nourrisson	99
13	Déficit moteur brutal	109
14	Douleur épigastrique chez un homme jeune	117
15	Tentative de suicide	125
16	Piqûre de guêpe	133
17	Douleur abdominale brutale	141
18	Hypotonie et apnée d'un nourrisson	149
19	Urgence psychiatrique et complications	157
20	Grosse jambe rouge aiguë et complications	165
21	Urgences chez une femme enceinte	175
22	Douleur aiguë en fosse iliaque droite	183
23	Douleur thoracique aiguë	191
24	Céphalée brutale	199
25	Accident de moto	207

SOMMAIRE QUESTIONS ISOLEES QCM

N°	Item	INTITULE	Page
1	329	Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles	213
2	331	Coma non traumatique chez l'adulte et chez l'enfant	223
3	332	Principales intoxications aiguës	231
4	333	Œdème de Quincke et anaphylaxie	239
5	334	Syndromes coronariens aigus	247
6	335	Accidents vasculaires cérébraux	257
7	336	Hémorragie méningée	265
8	337	Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte	273
9	338	Etat confusionnel et trouble de conscience chez l'adulte et chez l'enfant	281
10	339	Pré-éclampsie	289
11	342	Rétention aiguë d'urine	297
	343	Insuffisance rénale aiguë - Anurie	
12	344	Infection aiguë des parties molles (abcès, panaris, phlegmon des gaines)	305
13	346	Agitation et délire aigu	
	347	Crise d'angoisse et attaque de panique	
	348	Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte	313
14	349	Syndrome occlusif	321
15	350	Hémorragie digestive	329
16	351	Appendicite de l'enfant et de l'adulte	337
17	352	Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte	345
18	353	Pancréatite aiguë	353
Organisation des services de secours et de premiers secours	354	Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte	360
ces finiraient par être cotisés, en temps et en argent, fait au détriment de la sécurité sociale	355	Insuffisance respiratoire aiguë	
ment pour faire évoluer les pratiques	20	Pneumothorax	369
La seule chose qui nous empêche de faire ce que nous voulons	21	- Entraînement 1 sur tous les items de la spécialité	377
certainement pas la volonté	22	- Entraînement 2 sur tous les items de la spécialité	385
Tout ce que nous voulons faire, mais pas tout ce que nous voulons faire	23	- Entraînement 3 sur tous les items de la spécialité	393
les étudiants et les enseignants	24	- Entraînement 4 sur tous les items de la spécialité	403
Certains individus mal intentionnés, vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :	25	- Entraînement 5 sur tous les items de la spécialité	413

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme : rejoignez-nous sur Telegram (même les personnes qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

SOMMAIRE DES ITEMS ABORDÉS

DOSSIERS QCM

N°	Item	ITEMS ECN	Page
		INTITULÉ	
1	265	- Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques	9
	328	- Etat de choc	
	329	- Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles	
	330	- Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme crâno-facial	
2	154	- Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant	17
	157	- Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte	
	267	- Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte	
	328	- Etat de choc	
	342	- Rétention aiguë d'urine	
3	343	- Insuffisance rénale aiguë - Anurie	25
	208	- Hémogramme chez l'adulte et l'enfant	
	265	- Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques	
	267	- Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte	
	269	- Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite	
	325	- Transfusion	
4	326	- Accident des anticoagulants	33
	350	- Hémorragie digestive	
	208	- Hémogramme chez l'adulte et l'enfant	
	211	- Purpuras chez l'adulte et l'enfant	
	293	- Agranulocytose médicamenteuse	
5	312	- Leucémies aiguës	41
	326	- Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant	
	73	- Addiction au tabac	
	74	- Addiction à l'alcool	
	155	- Tuberculose de l'adulte et de l'enfant	
6	201	- Hémoptysie	49
	219	- Facteurs de risque cardiovasculaires et prévention	
	334	- Syndromes coronariens aigus	
	98	- Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant	
	148	- Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant	
7	276	- Cirrhose et complications	57
	332	- Principales intoxications aiguës	
	9	- Etat de choc	
	219	- Facteurs de risque cardio-vasculaires et prévention	
	229	- Electrocardiogramme : indications et interprétations	
	232	- Insuffisance cardiaque de l'adulte	
	328	- Etat de choc	
	334	- Syndromes coronariens aigus	

8	<ul style="list-style-type: none"> - Epilepsie de l'enfant et de l'adulte - Complications de l'immobilité et du décubitus - Fièvre aiguë chez l'enfant et l'adulte - Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant - Infections à herpes virus du sujet immunocompétent - Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte et l'enfant - Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte - Etat confusionnel et trouble de conscience chez l'adulte et l'enfant 	67
9	<ul style="list-style-type: none"> - Complications de l'immobilité et du décubitus - Infections broncho-pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant - Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques - Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant - Arrêt cardio-circulatoire - Etat de choc - Syndromes coronariens aigus - Insuffisance respiratoire aiguë 	75
10	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de risque cardio-vasculaires et prévention - Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire - Douleur thoracique aiguë et chronique - Electrocardiogramme : indications et interprétations - Syndromes coronariens aigus - Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte 	83
11	<ul style="list-style-type: none"> - Paludisme - Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant - Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant - Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant - Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte 	91
12	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccinations - Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques - Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte 	99
13	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit neurologique récent - La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique - Accidents vasculaires cérébraux 	109
14	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte - Lithiasis biliaire et complications - Pancréatite aiguë - Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte - Insuffisance respiratoire aiguë 	117
15	<ul style="list-style-type: none"> - Soins psychiatriques sans consentement - Addiction à l'alcool - Neuropathies périphériques - Principales intoxications aiguës - Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge - Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte 	125

	184	- Hypersensibilité et Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte	
16	328	- Etat de choc	133
	333	- Œdème de Quincke et anaphylaxie	
	354	- Détresse respiratoire aiguë	
17	267	- Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte	
	343	- Insuffisance rénale aiguë – Anurie	141
	349	- Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte	
18	55	- Maltraitance et enfants en danger	149
	340	- Malaise grave du nourrisson et mort subite	
19	265	- Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques	
	327	- Arrêt cardio-circulatoire	157
	346	- Agitation et délire aigu	
20	149	- Endocardite infectieuse	
	152	- Infections cutanéo-muqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant	
	154	- Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant	165
	173	- Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte et l'enfant	
	345	- Grosse jambe rouge aiguë	
21	23	- Principales complications de la grossesse	
	33	- Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours	175
	339	- Prise en charge d'une patiente atteinte de pré-éclampsie	
22	224	- Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire	
	349	- Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte	183
	351	- Appendicite de l'enfant et de l'adulte	
	352	- Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte	
23	224	- Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire	
	229	- Electrocardiogramme : indications et interprétations	191
	326	- Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant	
24	98	- Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant	
	336	- Hémorragie méningée	199
25		- Etat de choc	
	328	- Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles	207
	329		
	356	- Pneumothorax	
	359	- Fractures fréquentes de l'adulte et du sujet âgé	

Cas clinique QCM N° 1

M. A., 25 ans et sans antécédent, est victime d'un accident de la voie publique en voiture avec projection (il a été éjecté à 10 mètres de sa voiture pendant le choc). A l'arrivée des secours, le patient n'ouvre pas les yeux à la douleur, ne parle pas, et a un mouvement de retrait des mains au pincement de celles-ci. L'abdomen est souple à la palpation. Le bras droit et la jambe droite sont sièges de volumineux hématomes et le tronc ainsi que le visage comportent de nombreuses plaies. Deux côtes adjacentes semblent être tuméfiées en deux foyers différents. Ses constantes sont les suivantes : PA = 70/45, Fc = 120/min, SpO₂ 97 %, T° = 35,9°C.

QCM 1	Quel est le score de Glasgow de M. A. ?
A -	5
B -	6
C -	7
D -	8
E -	9
QCM 2	Comment peut-on caractériser la situation ?
A -	Patient polytraumatisé
B -	Patient traumatisé crânien
C -	Patient stable sur le plan hémodynamique
D -	Patient instable sur le plan hémodynamique
E -	Coma
QCM 3	Un remplissage vasculaire par sérum salé isotonique à 0,9 % est débuté, et M. A. est transporté par le SAMU jusqu'au CHU le plus proche. A son arrivée en salle de déchoquage, son état neurologique est stable, ses constantes sont les suivantes : PA = 67/40 (après un remplissage de 1000 mL), Fc = 125/min, glycémie capillaire = 5,6 mmol/L, hémoglobine (hémocue) = 6 g/L. Un support par noradrénaline est débuté. Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) radiologique(s) à proposer en première intention à ce patient ?
A -	Scanner corps entier injecté
B -	Radiographie du thorax de face
C -	Radiographie des membres supérieurs
D -	Echographie abdominale
E -	Radiographie du bassin de face
QCM 4	Lequel (lesquels) de ces dosages sanguins peut (peuvent) être utile(s) à la prise en charge ?
A -	Groupe sanguin
B -	CRP
C -	Recherche d'agglutinines irrégulières
D -	Bilan de coagulation
E -	Gazométrie artérielle

QCM 5	Vous avez réalisé un bilan de coagulation. Quel(s) est (sont) les causes d'éventuels troubles de l'hémostase dans ce contexte de remplissage vasculaire ?
A - Déshydratation extracellulaire B - Hypothermie C - Hypocalcémie D - Transfusions de culots globulaires à répétition E - Acidose	
QCM 6	Une transfusion est réalisée en urgence. Quel(s) type(s) de culot(s) allez-vous prescrire ou envisager ?
A - Transfusion de concentrés plaquettaires B - Transfusion de concentrés globulaires O négatifs C - Transfusion de plasma frais congelé D - Transfusion de concentrés globulaires en isogroupe isorhésus, après attente du résultat des deux déterminations E - On peut se passer de l'épreuve de Beth-Vincent dans ce contexte d'urgence	
QCM 7	Le patient est stabilisé sur le plan hémodynamique. La radiographie thoracique confirme la présence de 2 foyers de fracture sur la 4^e côte, et 2 foyers de fracture sur la 5^e côte, sans atteinte des autres côtes. Quels éléments peuvent-on possiblement retrouver sur cette radiographie ?
A - Pneumothorax traumatique B - Volet thoracique C - Hémothorax D - Rupture diaphragmatique E - Lésion splénique	
QCM 8	Des radiographies des membres sont réalisées et montrent des fractures transversales de l'humérus droit et du tibia gauche. Un scanner cérébral sans injection de produit de contraste est réalisé et montre une hyperdensité spontanée en forme de « lentille » biconvexe en regard du lobe frontal droit, accolée à l'os du crâne, sans fracture. Quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) à partir du scanner ?
A - Hématome sous-dural B - Hématome extra-dural C - Hémorragie méningée D - Hématome sous-arachnoïdien E - Hématome intra-parenchymateux	
QCM 9	Les gaz du sang artériels montrent : pH = 7.25, HCO₃⁻ = 19 mmHg, PaO₂ = 100 mmHg (sous 5 L/min d'O₂), PaCO₂ = 35 mmHg. Quel est l'état acidobasique du patient ?
A - Acidose respiratoire décompensée B - Alcalose métabolique décompensée C - Acidose métabolique compensée D - Alcalose respiratoire décompensée E - Acidose métabolique décompensée	
QCM 10	Le ionogramme sanguin est le suivant : Na⁺ = 150 mmol/L, K⁺ = 6.3 mmol/L, Cl⁻ = 103 mmol/L, créatininémie = 180 µmol/L, urée = 35 mmol/L. Quelle(s) est (sont) le(s) cause(s) possible(s) d'hyperkaliémie dans ce contexte ?
A - Crush syndrome B - Acidose métabolique C - Insuffisance rénale aiguë D - Hypothermie E - Traumatisme crânien	

QCM 11	Quel(s) est (sont) le(s) différent(s) facteur(s) d'agression cérébrale secondaire d'origine systémique (ACSOS) retrouvé(s) chez ce patient depuis le début de la prise en charge ?
A -	Hyperkaliémie
B -	Insuffisance rénale aiguë
C -	Anémie
D -	Hypothermie
E -	Hypoglycémie
QCM 12	La clinique et les examens biologiques confirment que M. A. souffre d'une rhabdomyolyse sur un crush syndrome. Quel(s) élément(s) attribuables au crush syndrome peut-on retrouver sur le bilan biologique ?
A -	Augmentation de la créatininémie
B -	Augmentation des CPK
C -	Hypercalcémie
D -	Hypophosphorémie
E -	Hyperkaliémie
QCM 13	Quel(s) signe(s) ECG peut-on retrouver dans un contexte d'hyperkaliémie ?
A -	Ondes T négatives
B -	Elargissement des complexes QRS
C -	Ondes T amples, pointues, symétriques
D -	Disparition de l'onde P
E -	Tachycardie ventriculaire
QCM 14	L'ECG réalisé montre des ondes T amples, pointues, symétriques, dans tous les territoires. Quelle est la prise en charge de cette hyperkaliémie ?
A -	Gluconate de calcium 10 % en urgence pour abaisser rapidement la kaliémie
B -	Soluté glucosé à 10 % avec de l'insuline IV pour augmenter le transfert du potassium du secteur extracellulaire vers le secteur intracellulaire
C -	Eviter dans l'immédiat les aliments comme le chocolat, le café en poudre, les bananes et les fruits secs
D -	Chlorure de potassium à libération prolongée per os
E -	Bicarbonate de sodium IV 1,4 % pour éliminer la surcharge potassique
QCM 15	L'hématome extradural est évacué, les fractures sont réduites, M. A. reprend un état de conscience normal (Glasgow 15). Quelques jours après apparaissent progressivement somnolence, tachypnée, purpura cervico-thoracique, hémorragies sous-conjonctivales. A l'examen, les réflexes cutanés plantaires sont en extension des deux côtés, la température auriculaire est 38°3, l'auscultation cardiopulmonaire est sans anomalie. Quel est le diagnostic le plus probable dans ce contexte ?
A -	Aplasie médullaire
B -	Pneumopathie infectieuse nosocomiale
C -	Syndrome d'activation macrophagique
D -	Embolie graisseuse
E -	Infection urinaire

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Traumato = sujet très tombable depuis l'avènement de l'IECN, et questions redondantes => sujet discriminant.
- « Triade de la mort » de la coagulopathie = ACIDOSE + HYPOCALCEMIE + HYPOTHERMIE.
- Crush syndrome = rhabdomolyse : sujet transversal, connaître par cœur les troubles métaboliques.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : B <input checked="" type="checkbox"/> Question incontournable		<ul style="list-style-type: none">- Pas d'ouverture des yeux : Y1- Pas de parole : V1- Mouvement de retrait à la douleur = mouvement inapproprié = M4
2- Réponse : A B D E		<ul style="list-style-type: none">- A : VRAI <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- Un polytraumatisé est un traumatisé grave qui présente plusieurs lésions dont au moins une met en jeu le pronostic vital à court terme- B : VRAI<ul style="list-style-type: none">- Ejection du véhicule = trauma crânien jusqu'à preuve du contraire- C : FAUX, D : VRAI<ul style="list-style-type: none">- Dans un contexte hémorragique, une diminution de la pression artérielle en dessous de 90 mmHg avec une tachycardie et des signes cliniques de choc signent le choc hypovolémique, donc état instable.E : VRAI <input type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- A l'ECN, Coma = Glasgow < 8
3- Réponse : B D E		<ul style="list-style-type: none">- Ici le patient est instable hémodynamiquement, trois examens radiologiques sont donc à réaliser en urgence au lit du patient <input checked="" type="checkbox"/> pour trouver la cause de cette instabilité et la traiter au plus vite (chirurgie ou radiologie interventionnelle) :<ul style="list-style-type: none">- Radio du thorax de face : rechercher un épanchement pleural- Echographie abdominale : rechercher un épanchement abdominal (hémopéritoine)- Radio du bassin de face : rechercher une fracture du bassin

4- Réponse : A C D E

- Les examens biologiques utiles à la prise en charge d'un polytraumatisé instable sont (liste non exhaustive) :
- Groupe sanguin / rhésus / RAI +++ (seul examen absolument nécessaire dans ce contexte)
 - Numération globulaire
 - Bilan d'hémostase (pour la correction de fréquents troubles de l'hémostase ; cf. QCM5)
 - Iono, urée, créatinine, calcium ionisé
 - Bilan hépatique complet, lipasémie, troponine
 - Alcoolémie, recherche de toxiques sanguins/urinaires
 - Gazométrie artérielle avec mesure des lactates si état de choc...
- La mesure de la CRP et de la procalcitonine n'ont aucun intérêt X.**

5- Réponse : B C D E

- Bien connaître la « triade de la mort » des troubles de l'hémostase lors des chocs hémorragiques : **ACIDOSE + HYPOTHERMIE + HYPOCALCEMIE = aggravation des troubles de l'hémostase**
- Savoir également que les **transfusions massives** (par la basse température de conservation des culots aggravant l'hypothermie : 4°C et l'effet anticoagulant du citrate présent dans les poches transfusées) et le **remplissage massif par cristalloïdes** aggravent également les troubles de l'hémostase.

6- Réponse : A B C ☐

- En cas d'**urgence vitale immédiate** (sans délai), on transfuse des culots globulaires O négatifs
- La coagulopathie fréquemment associée au choc hémorragique (cf. QCM 5) doit être rapidement corrigée : apport de **PLASMA FRAIS CONGELE** pour **maintenir un TP > 40%**
- On transfuse également des plaquettes pour maintenir un **seuil de plaquettes > 50 G/L**

7- Réponse : A C D ☐

- A : VRAI : lésion de la plèvre
- B : FAUX : un **volet thoracique** est l'existence d'au moins 2 foyers de fracture au niveau de chaque arc costal sur AU MOINS 3 ETAGES COSTAUX (piège tombé à l'iECN 2016)
- C : VRAI : lésion de la plèvre
- D : VRAI (davantage visible sur le scanner thoracoabdominal)
- E : FAUX

8- Réponse : B

- **Hyperdensité spontanée** (= uniquement sur TDM sans injection) = hématome
- Sous forme de « **lentille biconvexe** » = hématome extradural

9- Réponse : E

- pH < 7.35 : acidose décompensée
- $\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mmol/L}$ et PaCO_2 abaissée : métabolique

10- Réponse : A B C D

- Les causes d'hyperkaliémie  dans ce contexte sont :
 - **Crush syndrome** = Rhabdomyolyse = Lyse cellulaire accrue
 - **Acidose métabolique** = Transfert accru du K^+ vers le secteur extracellulaire
 - **Insuffisance rénale aiguë** = Réduction de l'excrétion rénale
 - **Hypothermie** = Lyse cellulaire accrue
- Le traumatisme crânien est plutôt à l'origine d'un **stress endogène** favorisant le transfert du K^+ vers le compartiment intracellulaire, donc une **hypokaliémie**.

11- Réponse : C

- A connaître par cœur :
 - ACSOS  =
 - × Hyperthermie $> 38^\circ\text{C}$
 - × Hypoxémie : $\text{SaO}_2 < 90\%$ voire 95 %
 - × Hypercapnie : $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$
 - × Hypocapnie : $\text{PaCO}_2 < 35 \text{ mmHg}$
 - × Hyperglycémie $> 1,8 \text{ g/L}$ (10 mmol/L)
 - × Hypoglycémie sévère $< 0,5 \text{ g/L}$ (2.8 mmol/L)
 - × Hypotension artérielle : PAS $< 90 \text{ mmHg}$
 - × Anémie

12- Réponse : A B E

- Le "crush syndrome" correspond à un écrasement des parties molles (traumatique, toxique...) entraînant une rhabdomyolyse .
- Elle est ici due aux **fractures des membres**, avec compression des loges du bras droit et de la jambe gauche, aggravée par la **station au sol prolongée** entre le moment de l'AVP et l'arrivée du SAMU sur les lieux de l'accident.
- Le **syndrome de lyse**  associe les éléments suivants :
 - Hyperkaliémie
 - Hypocalcémie
 - Hyperphosphorémie
 - Hyperuricémie
 - Augmentation des CPK
 - Insuffisance rénale aiguë organique par précipitation du calcium, du phosphore, et de la myoglobine produit par la lyse cellulaire dans l'anse ascendante de l'anse de Henlé avec l'uromoduline.

13- Réponse : B C D E

- Moyen mnémotechnique : « **LA TETE POINTUE DU GRAND-PERE ELARGIT LE CURÉ** »
 - La tête pointue = ondes T amples, pointues, symétriques
 - Grand père = allongement du PR
 - Elargit le curé = QRS élargi
- Ne pas oublier les complications potentielles de l'hyperkaliémie : TV, FV puis arrêt cardiaque.

14- Réponse : B C

- A : FAUX
 - Attention piège classique de l'ECN, les sels de calcium :
 - ✗ Améliorent les anomalies de conduction cardiaque
 - ✗ N'abaissent PAS la kaliémie X
- B et C : VRAI
 - Ces aliments sont riches en potassium
- D : FAUX (MZ)
- E : FAUX
 - Bicarbonates de sodium IV 1,4 % :
 - ✗ Utiles si acidose métabolique et déshydratation extracellulaire pour baisser la kaliémie
 - ✗ Permettent un transfert du potassium du secteur extracellulaire vers le secteur intracellulaire
 - ✗ Ne permettent pas l'élimination de la surcharge potassique

15- Réponse : D

- Dans un dossier de traumato avec des fractures d'os de gros calibres, toujours penser à l'**embolie graisseuse** :
 - Pathologie de l'adulte jeune
 - Survient généralement après une période de latence de 48 h environ
 - Déclenchée par la mobilisation du foyer fracturaire (y compris la réduction du foyer de fracture)

Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres "exclusifs"

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme : rejoignez-nous sur Telegram (même les losers qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)



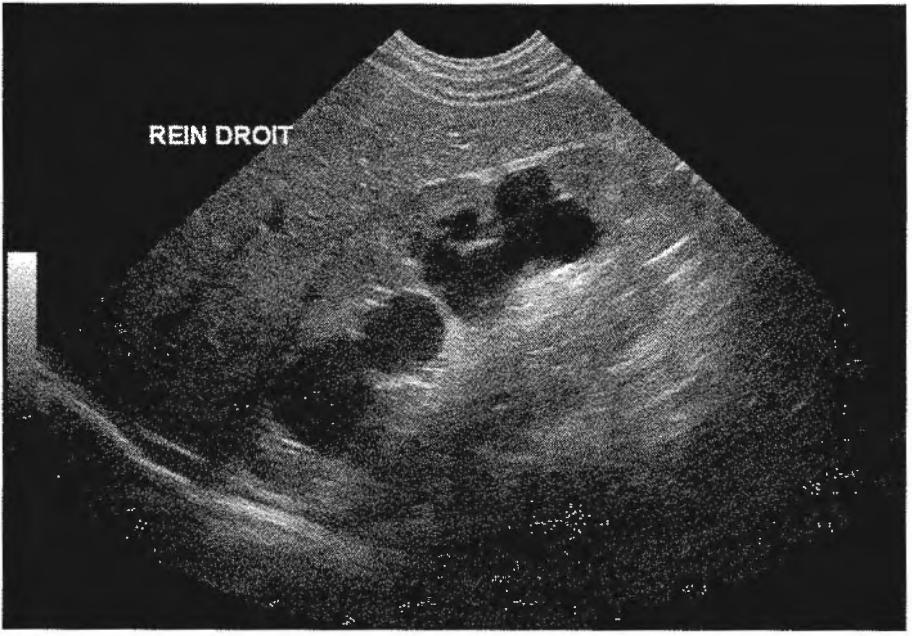
J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 2

Vous recevez aux urgences M. B., 55 ans, avec antécédents : un tabagisme à 20 PA et une hypertension artérielle traitée par ramipril, pour douleur abdominale de siège hypogastrique, non calmée par le paracétamol, d'intensité sévère (90/100 à l'EVA). Il signale depuis environ 3 semaines des brûlures mictionnelles d'aggravation progressive, survenues dans les suites d'une coloscopie de dépistage. A l'examen, M. B. est agité, la miction est impossible. L'abdomen est très sensible, avec une matité déclive hypogastrique.

Ses constantes à l'entrée sont les suivantes : PA = 180/80 mmHg, Fc = 110/min, T° = 39°C.

QCM 1	Quelle(s) hypothèse(s) avancez-vous pour expliquer ce tableau clinique ?
A - Appendicite aiguë	
B - Rétention aiguë d'urine	
C - Ischémie vésicale sur HTA maligne	
D - Prostatite aiguë	
E - Cholécystite aiguë	
QCM 2	Vous évoquez le diagnostic de prostatite aiguë. Quel(s) examen(s) paraclinique(s) devez-vous prescrire en urgence à visée diagnostique ?
A - Echographie vésicale sus-pubienne	
B - Uro-scanner	
C - PSA	
D - Echographie endorectale	
E - Aucun de ces examens	

	<p>L'échographie rénale (réalisée à tort ou à raison) montre cette image de façon bilatérale :</p> 
QCM 3	<p>M. B. bénéficie d'un drainage des voies urinaires par sonde urétrale. Pensez-vous que cette décision est justifiée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> A - Oui, M. B. a une rétention aiguë d'urine qui doit être drainée en urgence, par une sonde urétrale par exemple B - Oui, une prostatite aiguë doit systématiquement bénéficier d'un sondage urétral C - Non, la prostatite aiguë est une contre-indication au sondage urétral, il faut plutôt réaliser un cathétérisme sus-pubien D - Non, la prostatite aiguë est une contre-indication au sondage urétral, il faut plutôt réaliser une néphrostomie percutanée E - Toutes les réponses sont fausses
QCM 4	<p>Le bilan sanguin réalisé retrouve : urée plasmatique = 30 mmol/L, créatinine plasmatique 480 µmol/L. Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) se rencontre(nt) habituellement dans une insuffisance rénale aiguë ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - Kaliémie = 5.8 mmol/L B - Phosphorémie = 0.5 mmol/L C - pH artériel = 7.25 D - Hémoglobine = 8 g/dL E - Calcémie 2.0 mmol/L avec albuminémie = 40 g/L
QCM 5	<p>Quelle(s) précaution(s) doit (doivent) être prise(s) dans les premières heures après la mise en place du sondage ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - Antibioprophylaxie systématique B - Réhydratation intraveineuse C - Clampage de la sonde pendant 15 mn tous les 500 mL d'urines recueillis D - Surveillance horaire de la reprise de la diurèse E - ECBU systématique après drainage
QCM 6	<p>Quelle est la conduite à tenir dans l'attente des résultats bactériologiques ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - Hospitalisation B - Prise en charge ambulatoire C - Antibiothérapie probabiliste (C3G IV) D - Antibiothérapie probabiliste (amoxicilline IV) E - Différer le traitement jusqu'à obtention de l'antibiogramme

QCM 7	Le germe retrouvé est un bacille gram négatif. Quel est le germe le plus probable dans ce contexte ?																
A - Proteus mirabilis B - Enterobacter C - Escherichia Coli D - Staphylocoques coagulase négatifs E - Klebsiella oxytoca																	
QCM 8	<p>Le germe que vous suspectiez à la question précédente est confirmé. L'antibiogramme est le suivant :</p> <table> <tbody> <tr><td>- AMPICILLINE :</td><td>S</td></tr> <tr><td>- AMOXICILLINE – Ac. CLAVULANIQUE :</td><td>S</td></tr> <tr><td>- CEFIXIME :</td><td>S</td></tr> <tr><td>- Ac. NALIDIXIQUE :</td><td>S</td></tr> <tr><td>- FOSFOMYCINE :</td><td>S</td></tr> <tr><td>- NITROFURANTOÏNE :</td><td>S</td></tr> <tr><td>- TRIMETHOPRIME :</td><td>I</td></tr> <tr><td>- SULFAMETHOXAZOLE :</td><td>R</td></tr> </tbody> </table> <p>Quel antibiotique proposez-vous en 1^{re} intention ?</p>	- AMPICILLINE :	S	- AMOXICILLINE – Ac. CLAVULANIQUE :	S	- CEFIXIME :	S	- Ac. NALIDIXIQUE :	S	- FOSFOMYCINE :	S	- NITROFURANTOÏNE :	S	- TRIMETHOPRIME :	I	- SULFAMETHOXAZOLE :	R
- AMPICILLINE :	S																
- AMOXICILLINE – Ac. CLAVULANIQUE :	S																
- CEFIXIME :	S																
- Ac. NALIDIXIQUE :	S																
- FOSFOMYCINE :	S																
- NITROFURANTOÏNE :	S																
- TRIMETHOPRIME :	I																
- SULFAMETHOXAZOLE :	R																
A - Amoxicilline PO B - Amoxicilline-acide clavulanique PO C - Ciprofloxacine PO D - Cotrimoxazole PO E - Fosfomycine-trométamol PO																	
QCM 9	<p>L'état du patient s'améliore sous traitement antibiotique, et M. B. sort de l'hôpital. Quelques jours après, il est amené par le SAMU aux urgences pour confusion. L'examen physique retrouve des marbrures des membres inférieurs, un temps de recoloration cutané à 4 secondes, un pli cutané, et les extrémités sont froides et cyanosées. Les constantes sont les suivantes : PA = 78/40 ; Fc = 130/min ; SpO₂ = 80 % en air ambiant ; T° = 40,1°C. Comment peut-on caractériser la situation ?</p>																
A - Choc septique B - Sepsis sévère C - Syndrome de réponse inflammatoire systémique D - Hydratation extracellulaire normale E - Infection certaine																	
QCM 10	Votre patient est pris en charge en réanimation et vous débutez un remplissage vasculaire. Quelle(s) en sont les modalités ?																
A - Soluté : sérum salé hypertonique B - Soluté : NaCl à 9 g/L C - Soluté : colloïdes D - Objectif : PAM > 65 mmHg E - Objectif : PAM > 75 mmHg																	
QCM 11	Malgré votre remplissage, la pression artérielle de M. B. continue de chuter. Quelle amine vasopressive prescrivez-vous ?																
A - Dopamine B - Noradrénaline C - Adrénaline D - Dobutamine E - Isoprénaline																	

QCM 12	<p>Vous stabilisez votre patient sur le plan hémodynamique avec une PAM aux alentours de 70 mmHg. Devant des hémocultures positives à E. Coli, vous suspectez un choc septique sur prostatite, avec efficacité insuffisante des antibiotiques que vous avez prescrits à la 1^{re} hospitalisation. Quelle antibiothérapie probabiliste prescrivez-vous ?</p>
A - C3G + amikacine B - Rovamycine + amikacine C - Carbapénème + amikacine D - Aztréonam + amikacine E - Lévofoxacine	
QCM 13	<p>L'état clinique de votre patient s'améliore, avant réapparition de la fièvre à J3 de l'antibiothérapie. Quelle(s) étiologie(s) suspectez-vous principalement ?</p>
A - Echappement au traitement antibiotique B - Fièvre médicamenteuse C - Embolie pulmonaire D - Endocardite à E. Coli E - Infection sur cathéter	
QCM 14	<p>Vous évoquez une infection de cathéter veineux central. Quel(s) examen(s) pouvez-vous réaliser pour confirmer/infirmer ce diagnostic ?</p>
A - Couple d'hémocultures unique sur cathéter veineux central B - Couple d'hémocultures unique sur une nouvelle voie veineuse périphérique C - Hémocultures simultanées sur le cathéter veineux central et une voie veineuse périphérique, et mesure du temps différentiel de pousse D - Hémocultures d'abord sur une voie veineuse périphérique puis si négatives, hémocultures sur cathéter veineux central E - Retrait du cathéter veineux central pour mise en culture	
QCM 15	<p>Concernant les infections de cathéter central en général, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p>
A - Le retrait du cathéter veineux central est toujours indispensable B - Un verrou antibiotique peut être utilisé dans certains cas C - Des signes locaux francs imposent le retrait du cathéter D - Le cathéter veineux central peut être laissé en place dans certains cas E - Le germe le plus fréquemment incriminé est le staphylococcus aureus	

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUICES QCM

- Prostatite + rétention aiguë d'urine = hospitalisation
- Rétention aiguë d'urine = drainage des urines en urgence, aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge
- Il est nécessaire d'avoir tenté une épreuve de remplissage avant de parler de choc septique. Dans le cas contraire, on parle de sepsis sévère (ou sepsis grave).

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : B D	<ul style="list-style-type: none">– Des brûlures mictionnelles survenant suite à une coloscopie de dépistage chez un homme doivent faire suspecter une prostatite aiguë <input checked="" type="checkbox"/>.– La matité déclive hypogastrique, l'agitation, l'hypertension artérielle et la miction impossible font évoquer une rétention aiguë d'urine <input checked="" type="checkbox"/>.– Le diagnostic à évoquer est rétention aiguë d'urine sur prostatite aiguë secondaire à une coloscopie de dépistage.
2- Réponse : A E	<ul style="list-style-type: none">– Dans ce contexte de rétention aiguë d'urine, l'urgence est la levée de l'obstacle (drainage des urines). Avant drainage, aucun examen complémentaire n'est requis en urgence <input checked="" type="checkbox"/>.– L'échographie réno-vésico-prostataque par voie sus-pubienne sera nécessaire après le drainage <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- A visée étiologique- Pour quantifier le résidu post-mictionnel- Pour rechercher un retentissement sur le haut appareil urinaire : dilatation urétéro-pyélo-calicielle.– Le PSA ne doit jamais être dosé en phase aiguë, sa valeur sera forcément augmentée <input checked="" type="checkbox"/>.– L'échographie endorectale est contre-indiquée en phase aiguë, car très douloureuse <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : A	<ul style="list-style-type: none">– Nous sommes dans une situation de rétention aiguë d'urine, l'urgence est à la mise en place d'un drainage des urines <input checked="" type="checkbox"/>.– L'échographie rénale ici réalisée montre une dilatation des cavités pyélocalicielles <input checked="" type="checkbox"/> témoignant d'un retentissement sur le haut appareil urinaire.– La prostatite aiguë n'est plus une contre-indication à la pose d'une sonde à demeure. Deux stratégies de drainage des urines sont possibles dans la prostatite aiguë compliquée de RAU <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Sondage urétral- Cathétérisme sus-pubien.

4-Réponse : A C

- Les principales anomalies métaboliques de l'insuffisance rénale aiguë sont :
 - Hyperkaliémie
 - Acidose métabolique.
- L'anémie et l'hypocalcémie sont des complications de l'insuffisance rénale chronique X.
- L'hypophosphorémie n'est pas une complication de l'insuffisance rénale X.

5-Réponse : B C D E

- Les mesures à prendre après le sondage sont :
 - Réhydratation IV pour prévenir le syndrome de levée d'obstacle (= polyurie osmotique pouvant engager le pronostic vital du patient) et surveillance horaire de la reprise de la diurèse
 - Clampage de la sonde pendant 15 mn tous les 500 mL d'urines recueillis pour prévenir l'hématurie a vacuo (= hématurie macroscopique liée à une vidange vésicale trop rapide)
 - ECBU systématique après drainage.

6-Réponse : A C

- La prise en charge est celle d'une prostatite compliquée d'une rétention aiguë d'urine :
 - Hospitalisation
 - Antibiothérapie probabiliste par C3G parentérale (ou à défaut, fluoroquinolones).

7-Réponse : C

- Le germe le plus fréquent dans les infections urinaires est le bacille gram négatif **Escherichia Coli**.

8-Réponse : C

- Les 2 antibiotiques à prescrire en 1^{re} intention en relais du traitement probabiliste pour une prostatite sont :
 - Les fluoroquinolones
 - Le cotrimoxazole.
- Ici, le germe isolé est résistant au sulfaméthoxazole et sensible à l'acide nalidixique. L'antibiothérapie à prescrire en 1^{re} intention est une fluoroquinolone, comme la ciprofloxacin.

9-Réponse : B C

- La fréquence cardiaque est > 90/min, la température est > 39°C : on est en situation de SRIS.
- Ce tableau est celui d'un **sepsis sévère** (avec hypotension artérielle), probablement lié à la persistance du germe de la prostatite ; en revanche, des hémocultures sont nécessaires pour parler d'infection certaine X.
- Le choc septique est un sepsis sévère avec hypotension artérielle persistante après une épreuve de remplissage. Ici, le remplissage n'a pas été tenté, on ne peut pas parler de choc septique X.
- Il y a ici un état de déshydratation extracellulaire induite par le sepsis : présence d'un pli cutané, tachycardie, hypotension.

10- Réponse : B D

- Le soluté de remplissage utilisé en 1^{re} intention dans le sepsis sévère est un **cristalloïde de type sérum salé isotonique** : NaCl à 9 g/L (soit 0.9 %)
- Les colloïdes ne sont pas prescrits en 1^{re} intention en raison de risques allergique et rénal importants
- L'objectif de PAM dans le sepsis sévère/choc septique est > 65 mmHg

11- Réponse : B

- L'amine vasopressive de choix pour le choc septique est la noradrénaline , en raison de la vasoplégie prédominante.

12- Réponse : C

- L'antibiothérapie probabiliste d'un choc septique sur prostatite aiguë est celle d'une pyélonéphrite aiguë grave avec choc septique : **carbapénème + amikacine**
- En cas d'allergie aux carbapénèmes, on peut utiliser l'association aztréonam + amikacine

13- Réponse : B C E

- L'apparition d'une fièvre pendant la prise en charge du choc septique peut faire évoquer :
- **Une fièvre médicamenteuse**
- **Une MTEV** : embolie pulmonaire par exemple
- **Une infection liée aux soins** : sur cathéter par exemple.
- Le traitement antibiotique a été efficace les 3 premiers jours : l'échappement au traitement antibiotique est peu probable
- L'endocardite à entérobactéries est rarissime et ne doit pas être évoquée

14- Réponse : C E

- La recherche d'une infection de cathéter se fait :
 - Soit par le **retrait et la mise en culture du cathéter**
 - Soit par des techniques indirectes ne nécessitant pas le retrait du cathéter :
 - × La technique à connaître est la **mesure du temps différentiel de pousse**. On prélève des hémocultures simultanément sur le cathéter incriminé et sur une voie veineuse périphérique. Si la culture issue du cathéter est plus précocement positive (d'au moins 2 h) que celle issue de la VVP, alors l'infection de cathéter est confirmée

15- Réponse : B C D

- L'infection de cathéter central ne nécessite pas nécessairement l'ablation du cathéter
- Certaines situations nécessitent l'ablation du cathéter pour mise en culture :
 - Présence de signes locaux francs
 - Infection à staphylococcus aureus
 - Thrombophlébite septique associée...
- D'autres situations ne nécessitent pas le retrait du cathéter central, et un verrou antibiotique (éradication de l'infection endoluminale) associé à une antibiothérapie systémique parentérale peuvent suffire
- Le germe le plus fréquemment incriminé est le staphylococcus à coagulase négative (environ 50 %)



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 3

Vous recevez aux urgences Mme C., 49 ans, pour fatigue excessive. Elle vous est envoyée par son médecin traitant suite à la réalisation d'un bilan biologique. Vous obtenez les résultats suivants : globules rouges = 5,0 T/L, Hb = 85 g/L, Ht = 43 %, leucocytes = 7,6 G/L, plaquettes = 285 G/L.

Mme C. a comme principaux antécédents une BPCO, une AOMI fémorale superficielle gauche sous traitement médical depuis 3 ans, un ulcère gastrique (il y a 1 an, où Helicobacter pylori avait été retrouvé et traité par une trithérapie séquentielle avec succès), deux épisodes d'embolie pulmonaire sans cause retrouvée (traitée par AVK au long cours). Elle avoue un tabagisme côté à 40 PA, et elle boit 1 à 2 verres de vin rouge par jour.

Son traitement actuel comprend :

- Acetylsalicylate de Lysine (KARDEGIC)
- Rosuvastatine (CRESTOR)
- Ramipril (TRIATEC)
- Warfarine (COUMADINE)

Lors de votre examen, la patiente est consciente et orientée. L'auscultation cardiaque et pulmonaire est sans anomalie, les pouls sont perçus aux 4 membres. L'abdomen est souple, mais sensible à la palpation de l'épigastre, dépressible sans défense ni contracture. On ne note pas d'hépatosplénomégalie et les bruits hydro-aériques sont perçus.

Les constantes que vous prenez avec soin sont les suivantes : PA : 100/60, Fc = 110/min, SpO₂ = 96 % sous 2 L d'O₂, T° = 37,3°C, glycémie capillaire = 5,3 mmol/L.

QCM 1	Calculez le VGM.
A -	59
B -	78
C -	86
D -	94
E -	107
QCM 2	Quelle est votre prise en charge immédiate ?
A -	Mise à jeun
B -	Pose de 2 voies veineuses de bon calibre
C -	1 détermination de groupe sanguin, rhésus, RAI
D -	INR
E -	Oxygénothérapie au masque
QCM 3	Quel élément indispensable de votre examen clinique manque-t-il dans ce contexte ?
A -	Recherche d'un reflux hépatojugulaire
B -	Examen ORL
C -	Toucher rectal
D -	Palpation des orifices herniaires
E -	Recherche d'un signe de Homans

QCM 4	Quel est le diagnostic le plus probable ?
A -	Rupture de pseudokyste sur pancréatite chronique
B -	Hémorragie digestive haute sur gastropathie d'hypertension portale
C -	Anévrisme de l'aorte abdominale
D -	Hémorragie digestive haute sur ulcère gastro-duodénal
E -	Hémorragie digestive basse sur angiodysplasie
QCM 5	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) correspondent au syndrome ulcéreux typique ?
A -	Irradiation en fosse lombaire gauche
B -	Douleur calmée par la prise d'aliments
C -	Douleur rythmée par les repas avec un intervalle libre de 1 à 3 heures
D -	Irradiation dans l'omoplate gauche
E -	Vomissements post-prandiaux
QCM 6	Le bilan d'hémostase que vous avez prescrit est le suivant : Ratio TCA (patient/témoin) = 1,1 ; TP = 30 %, INR = 7. En vous basant sur le contexte, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Ce bilan est en faveur d'un surdosage en aspirine
B -	Ce bilan est en faveur d'un surdosage en AVK
C -	Ce bilan est en faveur d'une insuffisance hépatocellulaire
D -	Ce bilan est en faveur d'une CIVD
E -	Ce bilan est normal
QCM 7	Quelle est la conduite à tenir en urgence ?
A -	Arrêt des AVK et 1 à 2 mg de vitamine K
B -	Arrêt des AVK et 5 mg de vitamine K
C -	Administration de concentré de complexe prothrombinique
D -	Contrôle de l'INR à 24 h
E -	Objectif de l'INR : < 1,5
QCM 8	Vous réussissez à normaliser l'INR mais vous remarquez des marbrures des extrémités des membres et une somnolence rapidement progressive en quelques minutes. Le scope cardiotensionnel que vous avez installé montre les constantes suivantes : PA = 72/45, Fc = 140/min, SpO₂ = 88 % sous 2 L d'O₂ (soit une FiO₂ à 28 %). Vous décidez dès aussitôt de réaliser une gazométrie artérielle qui montre les résultats suivants : pH = 7,11 Na⁺ = 139 mmol/L K⁺ = 6,0 mmol/L Cl⁻ = 90 mmol/L HCO₃⁻ = 12 mmol/L PaO₂ = 80 mmol/L PaCO₂ = 15 mmol/L Lactates = 14 mmol/L Interprétez les résultats de la gazométrie.
A -	Acidose métabolique compensée à trou anionique normal
B -	Acidose métabolique non compensée à trou anionique normal
C -	Acidose métabolique compensée à trou anionique augmenté
D -	Acidose métabolique non compensée à trou anionique augmenté
E -	PaO ₂ /FiO ₂ = 286 mmol/L

QCM 9	Concernant ces résultats, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?									
A -	L'augmentation du trou anionique peut être due à une insuffisance rénale aiguë									
B -	L'hyperlactatémie est liée à une hyperproduction de lactates en réaction à une hypoperfusion tissulaire									
C -	L'acidose métabolique est liée à une perte rénale excessive de bicarbonates									
D -	L'état de choc hémorragique explique ces résultats									
E -	Le patient est sûrement en hypoventilation du fait de l'hyperlactatémie									
QCM 10	Une hémocue est réalisée en urgence par l'infirmière : Hb = 81 g/L. Vous n'avez pas reçu les résultats du groupe sanguin mais la patiente pense être B+. Que faites-vous ?									
A -	Pas de transfusion, l'hémoglobine est supérieure à 70 g/L									
B -	Attente du résultat des déterminations du groupe sanguin pour transfusion de CGR isogroupe isorhésus									
C -	Attente du résultat des RAI avant de transfuser									
D -	Transfusion immédiate de CGR en O négatif									
E -	Transfusion immédiate de CGR en B positif									
QCM 11	Avant la transfusion de CGR, vous réalisez une épreuve de Beth-Vincent. Voici ce que vous obtenez :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PATIENT</th> <th>CULOT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anti A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anti B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> AGGLUTINATION PAS D'AGGLUTINATION		PATIENT	CULOT	Anti A			Anti B		
	PATIENT	CULOT								
Anti A										
Anti B										
	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?									
A -	Le patient est de groupe A									
B -	Le patient est de groupe B									
C -	Le culot est de groupe AB									
D -	Le culot est de groupe O									
E -	La transfusion est possible									
QCM 12	Vous décidez de transfuser Mme C., la pression artérielle se normalise. Quelques minutes après le début de la transfusion, votre patiente se plaint de frissons, sans modification de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. Quelle est votre conduite à tenir ?									
A -	Continuer la transfusion									
B -	Arrêt de la transfusion									
C -	Notification d'évènement indésirable au CRPV									
D -	Retrait de toute voie d'abord									
E -	Prélèvements bactériologiques du patient et de la poche									

Ce fichier a été initialement diffusé via le groupe Telegram " La Faille "

à but non lucratif

QCM 13	Il s'agissait en fait d'une réaction fébrile non hémolytique, qui rentre dans l'ordre. L'état hémodynamique de Mme C. est stabilisé. Vous réalisez une fibroscopie œso-gastro-duodénale qui retrouve un ulcère gastrique avec saignement actif modéré. Quel(s) traitement(s) pouvez-vous mettre en place en 1 ^{re} intention ?
	A - IPP pleine dose per os B - IPP forte dose IV en continu pendant 48 à 72 h puis IPP pleine dose per os C - Thermocoagulation par sonde thermique D - Hémostase chirurgicale E - Pose de clips
QCM 14	Une biopsie de l'ulcère gastrique est réalisée à distance et revient avec le résultat suivant : HELICOBACTER PYLORI : NEGATIF. Quel(s) facteur(s) de risque d'hémorragie digestive retrouvez-vous chez Mme C. ?
	A - Prise d'aspirine B - Prise de warfarine C - Prise de ramipril D - Infection à Helicobacter Pylori E - Tabagisme actif
QCM 15	Un traitement par IPP est décidé au long cours. Lequel (lesquels) de ces effets indésirables est (sont) classique(s) avec les IPP ?
	A - Céphalées B - Hyponatrémie C - Prurit D - Arthralgies E - Diarrhée

Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres "exclusifs"

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme 28 - Editions VG nous sur Telegram (même les boomers qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUICES QCM

- Chaque élément de l'énoncé est important à relever pour éviter les oubli(s), et constituer une synthèse permettant d'évoquer au mieux le(s) diagnostic(s) possible(s)
- Etat de choc hémorragique = transfusion à programmer immédiatement (indépendamment du chiffre d'hémoglobine)
- Frissons lors d'une transfusion = arrêt de la transfusion, déclaration à l'hémovigilance, prélèvements bactériologiques de la poche et du patient.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : C	<ul style="list-style-type: none">- VGM = [Hématocrite (en %) / nb de globules rouges (en T/L)] x 10- VGM = (43/5) x 10- VGM = 86 fL <input type="checkbox"/>
2- Réponse : A B D E	<ul style="list-style-type: none">- Résumons la situation :<ul style="list-style-type: none">- Asthénie, anémie- Prise de médicaments à risque hémorragique : aspirine, AVK- Antécédent d'ulcère gastrique- Pression artérielle basse pour une fréquence cardiaque élevée- Sensibilité à la palpation épigastrique- Devant cette situation, il faut suspecter une hémorragie active, sur récidive d'ulcère gastrique (sensibilité à la palpation de l'épigastre). Mme C. doit donc être mise à jeun <input type="checkbox"/>.- La responsabilité des AVK dans une potentielle hémorragie à confirmer doit être fortement évoquée : il faut mesurer l'INR en urgence <input type="checkbox"/>.- La pression artérielle basse et l'élévation de la fréquence cardiaque doivent faire suspecter l'installation d'un état de choc hémorragique. La conduite à tenir est donc <input type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Pose de 2 VVP de bon calibre, pour remplissage- 2 déterminations du groupe sanguin, rhésus, RAI- Oxygénotherapie au masque.
3- Réponse : C	<ul style="list-style-type: none">- Le toucher rectal est indispensable en cas de suspicion d'hémorragie digestive <input checked="" type="checkbox"/>.

4- Réponse : D

- Le diagnostic le plus probable est l'hémorragie digestive haute sur ulcère gastro-duodénal ☐ :
 - Présence d'antécédents ulcéreux
 - Médicaments augmentant le risque hémorragique
 - Sensibilité à la palpation de l'épigastre
 - Tableau de choc hémorragique débutant (baisse de la PA, hausse de la Fc, saturation sous O₂ basse, anémie).

5- Réponse : B C

- Le syndrome ulcéreux typique ☒ est important à reconnaître, même si en réalité le syndrome douloureux atypique est plus fréquent
- Il regroupe :
 - Douleur épigastrique, sans irradiation ☒
 - ✗ A type de crampe ou de faim douloureuse
 - ✗ Calmée par les aliments et les antiacides
 - ✗ Rythmée par les repas avec un intervalle libre de 1 à 3 heures.
- Les vomissements post-prandiaux sont plutôt en faveur d'une complication ulcéreuse : sténose ☐.

6- Réponse : B

- Ici, le ratio TCA est normal et l'INR est augmenté. Il y a donc une atteinte de la voie extrinsèque ☒ de la coagulation
- Cette situation peut se rencontrer dans plusieurs situations ☐ :
 - Déficit en facteurs de coagulation : VII, X, V, II, I
 - Déficit en vitamine K :
 - ✗ Hypovitaminose K
 - ✗ AVK
 - ✗ Cholestase
 - ✗ Insuffisance hépatocellulaire
- Ici, on s'oriente vers une hémorragie sur ulcère gastro-duodénal, aggravée par la prise d'AVK et d'aspirine. Rien ne nous oriente cliniquement vers une insuffisance hépatocellulaire ✗.
- Aucun argument clinique ou biologique ne nous oriente vers une CIVD. Le diagnostic biologique d'une CIVD ✗ se fait de la façon suivante :
 - D-dimères augmentés
 - ET 1 critère majeur ou 2 critères mineurs :
 - ✗ Critères majeurs : plaquettes < 50 G/L, TP < 50 %
 - ✗ Critères mineurs : plaquettes 50-100 G/L, TP 50-65 %, fibrinogène < 1 g/L
- L'aspirine n'entraîne pas d'anomalie de l'INR ✗.

7- Réponse : C E

- La prise en charge des accidents des anticoagulants est à connaître par cœur ! ☑
- Ici, Mme C. a une hémorragie digestive sous AVK. Il s'agit donc d'une **hémorragie grave potentiellement létale** ☐ à prendre en charge en urgence en hospitalisation :
 - Arrêt des AVK
 - 10 mg de vitamine K, en privilégiant la voie orale
 - Administration de CCP à dose adaptée à l'INR, selon le RCP
 - Contrôle de l'INR à 30 minutes, avec objectif INR < 1,5
 - Si INR > 1,5 => nouvelle dose de CCP et nouveau contrôle de l'INR à 6-8 heures.

8- Réponse : D

- pH = 7.11 : acidose non compensée
- HCO_3^- bas et PaCO_2 bas : origine métabolique de l'acidose et tentative de compensation respiratoire
 - => **ACIDOSE METABOLIQUE NON COMPENSEE**
- Trou anionique = $[\text{Na}^+ + \text{K}^+] - [\text{HCO}_3^- + \text{Cl}^-]$
= 139 + 6 – 90 – 12
= 43
 - => **TROU ANIONIQUE AUGMENTÉ** (le trou anionique normal est compris entre 12 et 20)
- Attention, le rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ne s'exprime pas en mmol/L ! ☒

9- Réponse : A B D

- L'augmentation du trou anionique peut être due à une **insuffisance rénale aiguë**, par accumulation aiguë d'acide ☐.
- L'hyperlactatémie est liée à une hyperproduction de lactates en réaction à une **hypoperfusion tissulaire** (augmentation du métabolisme anaérobiose des glucides aux dépens du métabolisme aérobie mitochondrial normalement prédominant) ☐.
- L'acidose métabolique est liée ici à l'**accumulation aiguë d'acide** liée à la fois à l'insuffisance rénale aiguë et à la production de lactates (on parle d'acidose lactique) ☐.
- L'état de choc hémorragique explique donc ces résultats.
- L'acidose induit une **hyperventilation compensatrice** se traduisant par une baisse de la PaCO_2 sur les résultats de la gazométrie ☐.

10- Réponse : D

- Devant un choc hémorragique, la **transfusion immédiate** est indiquée, quel que soit le chiffre d'hémoglobine ☐.
- Lorsque la patiente à transfuser en culots globulaires ne présente pas de carte de groupe ou ne connaît pas son groupe sanguin, il faut transfuser du **sang O négatif** ☒.

11- Réponse : B D E

- L'agglutination signe la présence dans le sang testé de l'antigène correspondant à l'anticorps testé :
 - Le sang du patient réagit avec l'anticorps anti-B : il présente donc l'antigène B, le groupe sanguin est B.
 - Le sang du culot ne réagit ni avec l'anticorps anti-A, ni avec l'anticorps anti-B : il ne présente ni l'antigène A, ni l'antigène B, le groupe sanguin est O.
- Les donneurs de culots globulaires de groupe O sont « donneurs universels ». La transfusion est donc possible chez ce patient .

12- Réponse : B E

- La présence de frissons lors d'une transfusion doit faire suspecter un accident transfusionnel : l'arrêt de la transfusion est nécessaire .
- Toute suspicion d'accident transfusionnel nécessite une déclaration d'événement indésirable à l'hémovigilance (et non à la pharmacovigilance) .
- Une voie d'abord doit être laissée en place au cas où des drogues devraient être perfusées rapidement .
- Des prélevements bactériologiques du patient et de la poche sont nécessaires systématiquement pour mener l'enquête étiologique .

13- Réponse : B C E

- 2 traitements sont nécessaires : traitement antisécrétoire et traitement hémostatique.
- Le traitement antisécrétoire devant une hémorragie avec signes endoscopiques de gravité (saignement actif) est IPP IV en continu à forte dose pendant 48-72 heures, puis relai par IPP pleine dose per os
- Le traitement hémostatique est un traitement instrumental (lors de la FOGD) en 1^{re} intention :
 - Thermo-coagulation (par sonde thermique ou plasma argon)
 - Et/ou pose de clips ± injections de sérum adrénalinié
- L'embolisation et le traitement chirurgical sont réalisés en 2^e intention après échec du traitement instrumental.

14- Réponse : A B

- L'aspirine faible dose favorise l'apparition d'ulcères et de saignements .
- La warfarine favorise l'apparition de saignements sur ulcère préexistant .
- Les IEC ne sont pas impliqués dans les saignements .
- Le tabagisme actif est un facteur de risque d'ulcère gastrique, mais pas de saignement .

15- Réponse : A B C D E

- Tous ces effets indésirables sont classiques avec les IPP, mais peu fréquents .

Cas clinique QCM N° 4

Vous recevez aux urgences Mme D., 25 ans, sans antécédent médico-chirurgical, pour asthénie récente, dyspnée d'aggravation progressive depuis 2 jours et toux non productive. Elle ne consomme ni tabac ni alcool, et ne prend pas de traitement hormis une contraception œstroprogestative.

A l'examen, vous notez : patiente consciente et orientée, pâleur cutanéo-muqueuse, ecchymoses présentes sur les 4 membres et sur le tronc. L'auscultation cardiaque retrouve un léger souffle systolique au foyer aortique, l'auscultation pulmonaire est claire.

Les constantes sont les suivantes : PA = 125/58, Fc = 123/min, SpO₂ = 92 % en air ambiant, FR = 20 cycles /min, T° = 38,2 °C.

QCM 1	Quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?
A -	Pneumonie bactérienne
B -	Embolie pulmonaire
C -	Leucémie aiguë
D -	Hémolyse
E -	Cancer broncho-pulmonaire
QCM 2	Parmi les examens complémentaires suivants, lequel (lesquels) demandez-vous en 1^{re} intention à visée diagnostique ?
A -	Gazométrie artérielle
B -	ECG
C -	Créatininémie
D -	NFS
E -	LDH
QCM 3	Parmi les examens microbiologiques suivants, lequel (lesquels) demandez-vous ?
A -	Hémocultures
B -	Examen cytobactériologique des crachats (si présence d'expectorations)
C -	Antigénémie légionnelle
D -	Antigénémie pneumocoque
E -	Aucun
QCM 4	Vous avez mis en évidence des ecchymoses. Quel(s) élément(s) de votre interrogatoire orienterai(en)t vers un purpura fulminans ?
A -	Extension rapide en taille des éléments purpuraux
B -	Extension rapide en nombre des éléments purpuraux
C -	Présence de 1 élément nécrotique de 2 mm de diamètre
D -	Présence d'épistaxis
E -	Bulles hémorragiques endo-buccales
QCM 5	Quel(s) élément(s) de votre interrogatoire orienterait(ent) plutôt vers un purpura thrombopénique ?
A -	Purpura infiltré
B -	Urticaire
C -	Bulles nécrotiques
D -	Atteinte muqueuse
E -	Nette prédominance du purpura aux membres inférieurs

QCM 6	<p>La numération formule sanguine retrouve :</p> <p>Globules rouges : 3,0 T/L Hémoglobine : 81 g/L VGM : 95 fL Leucocytes : 420 G/L PNN : 0,3 G/L PNE : 0 G/L PNB : 0 G/L Monocytes : 0,2 G/L Lymphocytes : 0,5 G/L Cellules indifférenciées : 419 G/L Plaquettes : 12 G/L Réticulocytes : 33 G/L</p> <p>Quelle(s) anomalie(s) retrouvez-vous ?</p>
	A - Anémie normocytaire régénérative
	B - Pancytopenie
	C - Probable blastose
	D - Thrombopénie
	E - Lymphocytose
QCM 7	Quel diagnostic principal suspectez-vous devant ce tableau clinico-biologique ?
	A - Syndrome d'Evans B - Syndrome myélodysplasique C - Leucémie aiguë D - Syndrome d'activation macrophagique E - Leucémie lymphoïde chronique
QCM 8	<p>Le bilan de coagulation retrouve :</p> <p>TCA : 1,6 fois le témoin TP : 35 % D-Dimères : 2000 µg/L (N < 500 µg/L) Fibrinogène : 0.8 g/L</p> <p>Que suspectez-vous ?</p>
	A - Embolie pulmonaire B - Coagulation intravasculaire disséminée C - Hypovitaminose K D - Leucémie aiguë myélo-monocytaire E - Insuffisance hépatocellulaire
QCM 9	Quel geste réalisez-vous en urgence ?
	A - Myélogramme B - Biopsie ostéo-médullaire C - Réunion de concertation pluridisciplinaire D - Antibiotoprophylaxie à large spectre E - Administration d'acide tout-transrétinoïque

QCM 10	<p>Vous décidez de réaliser un myélogramme qui confirme votre diagnostic de LAM3. D'une façon générale, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) étiologique(s) des leucémies aiguës ?</p>
A -	Chimiothérapie par méthotrexate
B -	Trisomie 21
C -	Benzène
D -	Hémoglobinurie paroxystique nocturne
E -	Alcool
QCM 11	<p>Suite à une réunion de concertation pluridisciplinaire, vous débutez une chimiothérapie comprenant entre autres une anthracycline. Quel(s) est (sont) le(s) effet(s) indésirable(s) que l'on rencontre habituellement avec cette famille de chimiothérapie ?</p>
A -	Toxicité coronarienne
B -	Effets digestifs
C -	Toxicité pulmonaire
D -	Insuffisance cardiaque
E -	Toxicité rénale
QCM 12	<p>Quelques jours après le début de la chimiothérapie, Mme D. revient aux urgences pour réapparition de la fièvre ($T^{\circ} = 39.2 \text{ }^{\circ}\text{C}$) accompagnée de frissons. Vous réalisez un hémogramme qui met en évidence une agranulocytose. Quelle est votre prise en charge immédiate ?</p>
A -	Hospitalisation immédiate
B -	Réalisation de 2 à 3 hémodcultures à $\frac{1}{2}$ heure d'intervalle
C -	Bi-antibiothérapie comprenant un glycopeptide
D -	Bi-antibiothérapie comprenant un aminoside
E -	Myélogramme
QCM 13	<p>Mme D. est hospitalisée quelques jours puis s'améliore. Malheureusement, elle ne se fait plus suivre et est amenée par le SMUR quelques mois après pour dyspnée importante, asthénie majeure, somnolence. L'hémogramme réalisé en urgence est similaire à celui de la question 6. Les constantes sont les suivantes : PA = 121/62, Fc = 128/min, SpO₂ = 89 % en air ambiant, FR = 26 cycles /min, T$^{\circ}$ = 38,4 $^{\circ}\text{C}$. Une radiographie thoracique est réalisée et montre un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral. Quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer ?</p>
A -	Pneumopathie infectieuse
B -	SDRA sévère
C -	Hémorragie intra-alvéolaire
D -	Récidive de la leucémie
E -	Syndrome de leucostase
QCM 14	<p>Vous faites le diagnostic de syndrome de leucostase. Quelle est sa prise en charge ?</p>
A -	Oxygénothérapie à haut débit au masque à haute concentration
B -	Oxygénothérapie aux lunettes
C -	Chimiothérapie décidée en urgence sans concertation
D -	Transfusion de culots globulaire en urgence pour diminuer les symptômes d'anémie
E -	Cytaphérèse si mauvaise tolérance de la leucostase
QCM 15	<p>Vous décidez une reprise de la chimiothérapie. Sur quel(s) critère(s) définit-on la rémission complète ?</p>
A -	Cellules jeunes sanguines < 5 %
B -	Cellules jeunes médullaires < 10%
C -	Cellules jeunes sanguines < 10%
D -	Cellules jeunes médullaires < 5%
E -	Normalisation de l'hémogramme

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Pancytopenie + CIVD = évoquer la LAM3
- Suspicion de LAM3 = traiter par acide tout-transrétinoïque ($\approx 100\%$ de rémission complète)
- Agranulocytose médicamenteuse = urgence thérapeutique (hospitalisation + bi-antibiothérapie)
- Devant une détresse respiratoire aiguë ou un syndrome méningé chez un patient leucémique, évoquer le syndrome de leucostase

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A B C D		<ul style="list-style-type: none">- La patiente se présente avec le tableau suivant :<ul style="list-style-type: none">- Femme jeune prenant une contraception œstroprogestative- Asthénie- Dyspnée aiguë (avec tachypnée) + toux- Pâleur cutanéo-muqueuse- Tachycardie, souffle aortique d'allure éjectionnelle- Ecchymoses- Fébricule- Le tableau respiratoire et la fébricule sont compatibles avec le diagnostic de pneumonie bactérienne.- Le tableau respiratoire brutal et la prise de contraception œstroprogestative sont compatibles avec le diagnostic d'embolie pulmonaire.- Le tableau global évoque un syndrome anémique clinique avec souffle fonctionnel + syndrome hémorragique cutané + tableau infectieux et est compatible avec une pancytopenie liée à une leucémie aiguë.- L'aspect de syndrome anémique et la fébricule rendent compatible le diagnostic d'hémolyse.- Le cancer broncho-pulmonaire en revanche n'est pas à évoquer X :<ul style="list-style-type: none">- La patiente est jeune, et ne fume pas- Elle n'a aucun antécédent- L'histoire décrite dans l'énoncé est aiguë.
2- Réponse : A B C D		<ul style="list-style-type: none">- La gazométrie artérielle et l'ECG doivent être réalisés devant toute dyspnée aiguë.- La NFS doit être réalisée afin de rechercher une ou plusieurs cytopénie(s) expliquant les symptômes.- Les LDH ne sont pas à prescrire en 1^{re} intention ; ils peuvent toutefois être prescrits en cas d'anémie régénérative retrouvée à la NFS, dans le cadre du bilan d'hémolyse X.- La créatininémie n'a pas d'intérêt pour le bilan diagnostique en 1^{re} intention X.

3- Réponse : A B

- Devant l'association toux-dyspnée-fébricule-fréquences cardiaque et respiratoire anormales, un bilan à la recherche de **pneumopathie infectieuse** est nécessaire :
 - Hémocultures
 - ECBC si présence d'expectorations
 - Discuter l'**Antigénurie légionnelle X** si :
 - × Symptômes évocateurs de légionellose
 - × Instabilité hémodynamique ou hypoxémie
 - × Situation épidémique.
- L'antigénurie pneumocoque est proposée en cas de pneumopathie infectieuse avec critères de réanimation X.

4- Réponse : A B C

- Le purpura fulminans est :
 - Un purpura vasculaire
 - Dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre
 - Avec au moins 1 élément nécrotique ou ecchymotique > 3 mm de diamètre
 - Associé à un **sepsis sévère** ou à un **choc septique** non attribué à une autre étiologie.
- La présence d'épistaxis ou de bulles hémorragiques endo-buccales orientent vers une thrombopénie et non une étiologie infectieuse X.

5- Réponse : D

- Parmi les réponses proposées, seule l'**atteinte muqueuse** permet d'évoquer un purpura de cause thrombopénique .
- Les autres éléments orientent vers un **purpura vasculaire X** :
 - Caractère infiltré
 - Présence d'urticaire
 - Nécrose
 - Nette prédominance déclive.

6- Réponse : B C D

- Hémoglobine basse => **ANEMIE**
 - VGM = 95 => **NORMOCYTAIRE**
 - Réticulocytes < 150 G/L => **AREGENERATIVE X**.
- Anémie + neutropénie + thrombopénie => **PANCYTOPENIE** .
- Présence en quantité importante de cellules indifférencierées (normalement absentes) => **probable BLASTOSE** .
- Il y a une lymphopénie, et non une lymphocytose X.

7- Réponse : C

- **Pancytopenie + probable blastose importante** (quantité importante de cellules indifférencierées) chez un individu âgé de 25 ans : ce tableau évoque en 1^{er} lieu une leucémie aiguë.
- Le syndrome myélodysplasique est une pathologie du sujet âgé **X**.
- Le syndrome d'Evans est l'association d'une anémie hémolytique auto-immune et d'une thrombopénie auto-immune. Ici l'anémie est arégénérative (donc non hémolytique) et la présence de cellules immatures n'est pas compatible avec ce diagnostic **X**.

8- Réponse : B

- Il s'agit d'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Son diagnostic repose sur 4 arguments :
 - La présence d'une pathologie sous-jacente connue pour être responsable de CIVD : **leucémie aiguë**
 - **Une augmentation des D-dimères**
 - La présence d'un critère majeur OU de 2 critères mineurs parmi les suivants :
 - × CRITERES MAJEURS :
 - Plaquettes ≤ 50 G/L => **c'est le cas ici, le diagnostic est fait**
 - TP < 50 % => **c'est le cas ici, le diagnostic est fait**
 - × CRITERES MINEURS :
 - Plaquettes entre 50 et 100 G/L
 - TP entre 50 et 65 %
 - Fibrinogène ≤ 1 g/L => c'est le cas ici
 - **Le syndrome hémorragique cutanéo-muqueux** et/ou la présence de manifestations thrombotiques.
- L'hypovitaminose K est responsable d'une baisse des facteurs vitamine K-dépendant (II, VII, IX, X). Cela se traduit par une baisse du TP, une hausse du TCA, et un fibrinogène normal (absence de consommation) **X**.

9- Réponse : E

- Dès la suspicion de leucémie aiguë promyélocyttaire (LAM3) devant l'association « pancytopenie + CIVD », l'urgence est à l'**administration d'acide tout-transrétinoïque (ATRA)**. Il s'agit d'un agent à visée différenciatrice qui permet d'obtenir une rémission complète dans tous les cas de leucémie aiguë promyélocyttaire comportant une translocation 15;17.
- Une **réunion de concertation pluridisciplinaire** est ensuite réalisée, après confirmation du diagnostic de LAM3 par un **myélogramme**. A la suite de la RCP est établi un plan personnalisé de soins délivré au patient, comportant les différents traitements. Le traitement complet de la LAM3 repose sur l'association ATRA + chimiothérapie conventionnelle.

10- Réponse : B C D

- Parmi les réponses proposées, les éléments favorisant les leucémies aiguës sont :
 - Anomalies chromosomiques constitutionnelles : Trisomie 21
 - Benzène et hydrocarbures benzéniques.
- L'hémoglobinurie paroxystique nocturne est un facteur de risque de syndrome myélodysplasique, pas de leucémie aiguë X.
- Certaines chimiothérapies sont à l'origine de leucémies secondaires, mais ce n'est pas le cas du méthotrexate X.
- L'alcool n'est pas un facteur de risque de leucémie aiguë X.

11- Réponse : B D

- Les anthracyclines comportent :
 - Des effets indésirables communs aux cytotoxiques : effets digestifs, inhibition de l'hématopoïèse, risque d'allergie, alopecie+++...
 - Des effets indésirables propres : cardiotoxicité dose dépendante (insuffisance cardiaque).
- Les toxicités coronarienne, rénale et pulmonaire ne sont pas typiques des anthracyclines X.

12- Réponse : A B D

- L'agranulocytose médicamenteuse est une urgence thérapeutique :
 - Hospitalisation immédiate
 - Isolement protecteur
 - Réalisation de 2 à 3 hémocultures à ½ heure d'intervalle
 - Radiographie du thorax ± autres examens à visée microbiologiques sur point d'appel clinique
 - Bi-antibiothérapie IV associant : β-lactamine active sur le pseudomonas + aminoside.
- Le myélogramme n'est pas nécessaire en cas d'agranulocytose toxique secondaire à une chimiothérapie anticancéreuse X.
- Les glycopeptides ne sont pas à utiliser en 1^{re} intention. De plus, ils ont un délai d'action long, ce qui rend difficile leur utilisation en urgence X.

13- Réponse : A C D E

- Tous ces diagnostics sont compatibles avec un syndrome alvéolo-interstitiel avec détresse respiratoire aiguë.
- Le diagnostic de SDRA sévère ne peut être porté que si le malade est intubé, ce qui n'est pas le cas ici X.
- Le diagnostic principal à évoquer dans ce contexte de leucémie aiguë est le syndrome de leucostase [1].

14- Réponse : A E

- La prise en charge du syndrome de leucostase  repose sur :
 - **Hospitalisation en réanimation**
 - **Chimiothérapie** à débuter le plus rapidement possible, mais toujours en concertation
 - **Oxygénothérapie à haut débit au MHC**, voire support ventilatoire si hypoxémie réfractaire à l'O₂
 - **Cytaphérèse** en cas de mauvaise tolérance de la leucostase, dans un but de cytoréduction.
- La transfusion de culots globulaires est à éviter autant que possible en situation de leucostase  . La rhéologie sanguine étant perturbée dans le syndrome de leucostase, une transfusion de CGR risquerait d'aggraver la situation.

15 - Réponse : D E

- La rémission est complète  lorsque :
 - La moëlle contient < 5% de cellules jeunes
 - L'hémogramme est normalisé.

Cas clinique QCM N° 5

M. E., 50 ans, sans domicile fixe depuis maintenant 5 ans, consulte aux urgences pour expectorations de sang. Il n'a jamais été suivi sur le plan médical. Il fume 40 cigarettes par jour depuis l'âge de 30 ans et fumait environ 20 cigarettes par jour entre 15 ans et 30 ans. Il vous avoue également boire 2 litres de bière (6°) et 1/2 litre de vodka (40°).

QCM 1 Quantifiez la consommation tabagique de M. E. (en paquets-année).

- A - 35
- B - 43
- C - 45
- D - 52,5
- E - 55

QCM 2 Quantifiez la consommation journalière d'alcool pur de M. E. (en grammes).

- A - 243
- B - 256
- C - 280
- D - 296
- E - 306

QCM 3 Quel(s) élément(s) de l'examen clinique oriente(nt) vers une hémoptysie ?

- A - Présence d'effort de toux
- B - Expectorations de sang noir
- C - Présence de vomissement
- D - Expectorations de sang rouge vif
- E - Antécédent de cancer laryngé sus-glottique

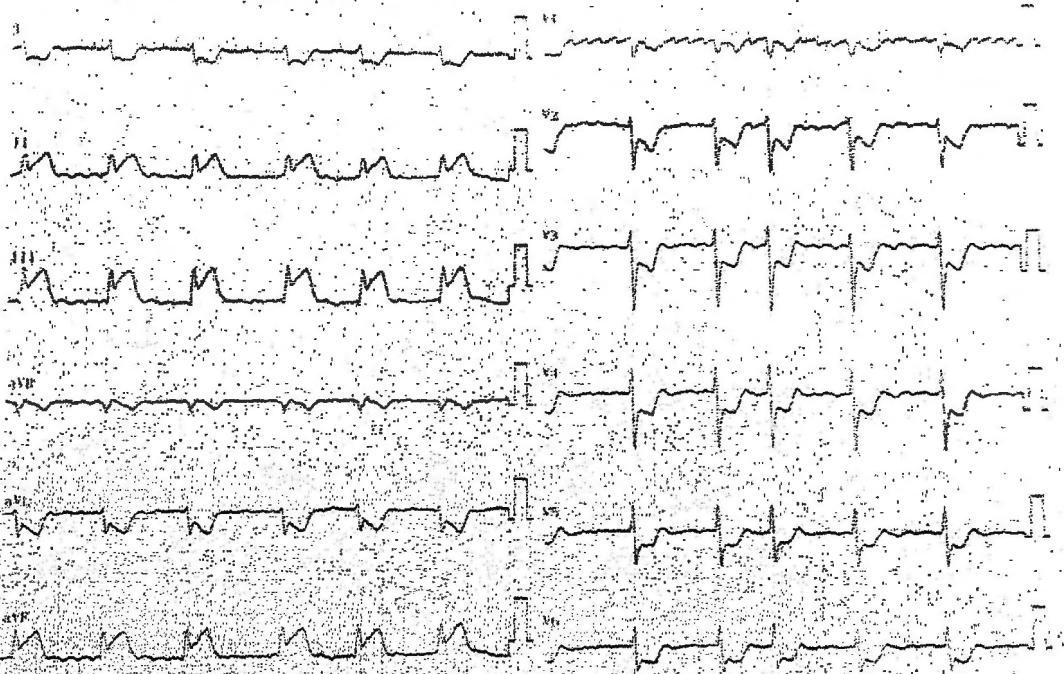
QCM 4 Vous avez diagnostiqué une hémoptysie. Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) la (les) plus probable(s) ?

- A - Cancer broncho-pulmonaire
- B - Sarcoïdose
- C - Dilatation des bronches
- D - Tuberculose pulmonaire
- E - Aspergillome

QCM 5 Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) vous orienterai(en)t vers un cancer broncho-pulmonaire ?

- A - Amaigrissement
- B - Toux grasse chronique
- C - Infections pulmonaires itératives
- D - Dysphonie
- E - Douleur radiculaire unilatérale C8-Th1 irradiant jusqu'au 5^e doigt

QCM 6	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) vous orienteraient vers une tuberculose ?
A -	Sueurs profuses
B -	Altération de l'état général
C -	Signe de Claude-Bernard-Horner
D -	Immunosuppression
E -	Toux sèche d'apparition récente
QCM 7	M. C. vous déclare qu'il a craché l'équivalent de 4 cuillères à soupe remplies aux $\frac{3}{4}$. Quelle(s) est (sont) le(s) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une hémoptysie abondante
B -	L'hémoptysie est évaluée à environ 20 mL
C -	M. C. peut être pris en charge en ambulatoire
D -	Il faut laisser le patient à jeun
E -	Le risque principal de l'hémoptysie est le choc hémorragique
QCM 8	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
A -	Bilan de coagulation
B -	Groupe sanguin, rhésus, RAI
C -	D-dimères
D -	CRP
E -	ECG
QCM 9	Vous réalisez un examen cytobactériologique des crachats avec coloration de Ziehl-Neelsen, qui retrouve la présence de bacilles acido-alcoololo-résistants. Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) possible(s) avec ce tableau ?
A -	Primo-infection tuberculeuse
B -	Aspergillome
C -	Cancer broncho-pulmonaire
D -	Tuberculose pulmonaire commune
E -	Dilatation des bronches
QCM 10	Vous remarquez que l'hémoptysie du patient s'accentue : il vient de cracher l'équivalent de 2 crachoirs remplis aux $\frac{3}{4}$. M. E. ne se plaint d'aucune douleur et ne semble pas inquiet. Quel(s) traitement(s) pouvez-vous proposer en 1 ^{re} intention ?
A -	Embolisation artérielle bronchique
B -	Terlipressine IV
C -	Ligature per endoscopique
D -	Chirurgie d'hémostase
E -	Antituberculeux
QCM 11	Vous réalisez une embolisation associée à l'administration de terlipressine (à tort ou à raison), et vous réussissez à tarir le saignement. Vous débutez un traitement antituberculeux. Quelles sont ses modalités ?
A -	Quadrithérapie pendant 4 mois puis bithérapie pendant 2 mois
B -	Bithérapie pendant 2 mois puis trithérapie pendant 6 mois
C -	Quadrithérapie pendant 2 mois puis bithérapie pendant 6 mois
D -	La multithérapie doit être prise en une seule prise quotidienne pendant les repas
E -	Toutes les réponses sont fausses

QCM 12	Quel(s) examen(s) demandez-vous avant le début du traitement ?
A - Uricémie B - Exploration d'anomalie lipidique C - Sérologie VHC D - Transaminases E - Glycémie à jeun	
QCM 13	Quelles sont les mesures d'hygiène à prendre vis-à-vis de M. E. ?
A - Précautions complémentaires « gouttelettes » B - Précautions complémentaires « air » C - Les soignants et visiteurs doivent porter un masque chirurgical à l'entrée dans la chambre D - Le patient doit porter un masque FFP2 lors des visites E - Le patient doit porter un masque chirurgical en cas de déplacement en dehors de la chambre	
QCM 14	Quelques minutes après le traitement de l'hémoptysie, M. E. se plaint de violentes douleurs thoraciques rétrosternales en barre, irradiant dans l'épaule gauche. Vous décidez de réaliser un ECG en urgence. 
	Quel(s) est(sont) votre(vos) diagnostic(s) ?
A - Angor instable B - Embolie pulmonaire C - SCA ST- antérieur D - SCA ST+ E - Péricardite aiguë	
QCM 15	Parmi les facteurs suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) qui auraient pu favoriser la survenue de l'événement de la question précédente ?
A - Alcoolisme chronique B - Traitement par terlipressine C - Tabagisme D - Un diabète méconnu E - Un cancer méconnu	

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Devant une hémoptysie chez une personne en grande précarité, évoquer une tuberculose.
- Toute hémoptysie est potentiellement grave et doit être hospitalisée
- Hémoptysie grave = traitement médical (O_2 + vasoconstricteurs) ± embolisation artérielle sélective

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1	1- Réponse : E – 1 paquet = 20 cigarettes. – 1 paquet-année = 1 paquet/jour pendant 1 an – Nb paquet-année = 2 paquets x 20 ans + 1 paquet x 15 ans = 55 PA <input type="checkbox"/>
2	2- Réponse : B – Consommation d'alcool (en grammes) = 0.8 x degré d'alcool x volume (en mL) – Consommation d'alcool (en grammes) = 0.8 x [0.06 x 2000 + 0.4 x 500] = 256 <input type="checkbox"/>
3	3- Réponse : A D – L'hémoptysie est un saignement rouge vif provenant des voies aériennes sous-glottiques, pouvant être extériorisé par la bouche au cours d'efforts de toux <input checked="" type="checkbox"/> . – Les expectorations de sang noir orientent vers une hématémèse (hémorragie d'origine digestive) <input checked="" type="checkbox"/> . – La présence de vomissement oriente vers une origine digestive de l'hémorragie (syndrome de Mallory-Weiss par exemple) <input checked="" type="checkbox"/> . – Un antécédent de cancer laryngé sus-glottique n'orienté en rien vers une hémoptysie : le saignement sus-glottique ne fait pas partie de la définition de l'hémoptysie <input checked="" type="checkbox"/> .
4	4- Réponse : A C D E – Les 4 causes les plus fréquentes d'hémoptysie <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivantes : ABCD - Aspergillome - BK : tuberculose pulmonaire - Cancer bronchopulmonaire - Dilatation des bronches

5- Réponse : A C D E

- Les éléments orientant vers un cancer bronchopulmonaire sont les suivants :
 - **Amaigrissement**
 - **Modification récente d'une toux chronique** (toux sèche+++)
 - **Infections pulmonaires itératives**
 - **Dysphonie** : par envahissement du nerf récurrent
 - Douleur radiculaire unilatérale C8-Th1 irradiant jusqu'au 5e doigt : dans le cadre d'un **syndrome de Pancoast-Tobias**, orientant vers une tumeur de l'apex pulmonaire.
- La toux grasse chronique n'oriente pas spécifiquement vers une étiologie néoplasique .

6- Réponse : A B D

- Les signes en faveur d'une tuberculose pulmonaire sont les suivants :
 - **Sueurs profuses**
 - **Altération de l'état général**
 - **Immunosuppression**
- Le syndrome de Claude-Bernard-Homer évoque un cancer broncho-pulmonaire envahissant le plexus nerveux sympathique .
- La toux sèche d'apparition récente évoque également un cancer broncho-pulmonaire .

7- Réponse : D

- Une cuillère à soupe remplie aux $\frac{3}{4}$ représente environ 10 mL. M. E. a donc craché 40 mL de sang environ .
- Une hémoptysie est considérée comme abondante au-delà de 200 mL. Ici, l'hémoptysie est modérée .
- Toute hémoptysie doit être considérée comme une **urgence** et nécessite une **hospitalisation** .
- Le risque principal de l'hémoptysie est l'**asphyxie**, et non le choc hémorragique .
- Il faut **laisser le patient à jeun** pour anticiper la réalisation d'une intubation, d'une intervention chirurgicale ou d'une endoscopie bronchique .

8- Réponse : A B C E

- Les examens à réaliser lors d'une hémoptysie sont les suivants :
 - **NFS** : recherche d'une anémie
 - **Bilan de coagulation** : recherche d'un trouble de coagulation pouvant favoriser l'hémoptysie
 - **Groupe sanguin** : au cas où une transfusion serait indiquée (exceptionnel dans ce contexte)
 - **Gaz du sang** : recherche d'une hypoxémie et d'une hypercapnie (retentissement sur l'hématose)
 - **ECG** : aide au diagnostic étiologique (EP, troubles du rythme/SCA dans un contexte d'OAP)
 - **D-Dimères** : éliminer une EP en cas de faible probabilité diagnostique
 - **Recherche de BK dans l'expectoration**.
- La CRP n'a aucun intérêt dans ce contexte .

9-Réponse : B C D E

- Ici, nous sommes dans un tableau de tuberculose active (symptomatique). La primo-infection tuberculeuse est le plus souvent asymptomatique, et quelque fois se manifeste par :
 - Fièvre modérée
 - Altération de l'état général minime
 - Peu voire pas de symptômes respiratoires (si pleurésie séro-fibrineuse)
 - Le BK n'est JAMAIS isolé dans les expectorations
 - => nous ne sommes donc pas dans une primo-infection tuberculeuse ☐ X
- Un aspergillome peut se développer sur une cavité tuberculeuse préformée ☐
- Un cancer broncho-pulmonaire doit être évoqué pour plusieurs raisons :
 - Il s'agit d'un gros fumeur => évoquer systématiquement le cancer ①
 - Un cancer peut coexister avec une tuberculose ☒
 - Un cancer broncho-pulmonaire peut se développer sur cicatrice de tuberculose pulmonaire ☒
- Le contexte de précarité, la symptomatologie et la positivité des BAAR à l'examen direct signent la tuberculose pulmonaire commune. ①
- La dilatation des bronches (= destruction de la paroi bronchique) doit être évoquée car :
 - La tuberculose en est une cause ☒
 - Tabagisme important => colonisation anormale de l'arbre bronchique => destruction possible de la paroi bronchique ☐

10- Réponse : A B E

- 1 crachoir rempli aux $\frac{3}{4}$ = 100 mL ; il vient donc de cracher environ 200 mL de sang, cette hémoptysie est grave ☐.
- Le traitement de l'hémoptysie grave ☒ repose sur :
 - Hospitalisation en secteur de soins intensifs respiratoires ou de réanimation
 - Traitement médical : **terlipressine IV + O₂**
 - **Embolisation artérielle bronchique** en 1^{re} intention
 - Traitement de la cause : **antituberculeux**.
- La ligature per-endoscopique n'est pas un traitement de l'hémoptysie X.
- La chirurgie d'hémostase n'est pas un traitement de 1^{re} intention X.

Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers financièrement très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

- La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres nécessaires
- Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.
- Le traitement d'une tuberculose pulmonaire commune repose ☒ :
 - Sur une quadrithérapie (par rifampicine + isoniazide + pyrazinamide + éthambutol) pendant 2 mois
 - Suivie d'une bithérapie (par rifampicine + isoniazide) pendant 4 mois.
 - Cette multithérapie doit être prise en une seule prise orale quotidienne à jeun (1 heure avant ou 2 heures après repas) X.

Certains individus mal intentionnés vous font payer pour accéder à nos PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme 46 - Editions VG nous sur Telegram (même les boomers qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

12- Réponse : A C D

- Le bilan pré-thérapeutique minimal avant l'initiation des antituberculeux ☐ est le suivant :
 - Recherche d'une **grossesse** chez la femme en âge de procréer
 - **Bilan ophtalmologique** (devant le risque de NORB de l'éthambutol) :
 - × Fond d'œil
 - × Champ visuel
 - × Vision des couleurs
 - **Uricémie** (devant le risque d'hyperuricémie du pyrazinamide)
 - **Créatininémie**
 - **Bilan hépatique complet**
 - Sérologies : **VIH, VHB, VHC** (co-infections fréquentes avec la tuberculose).

13- Réponse : B E

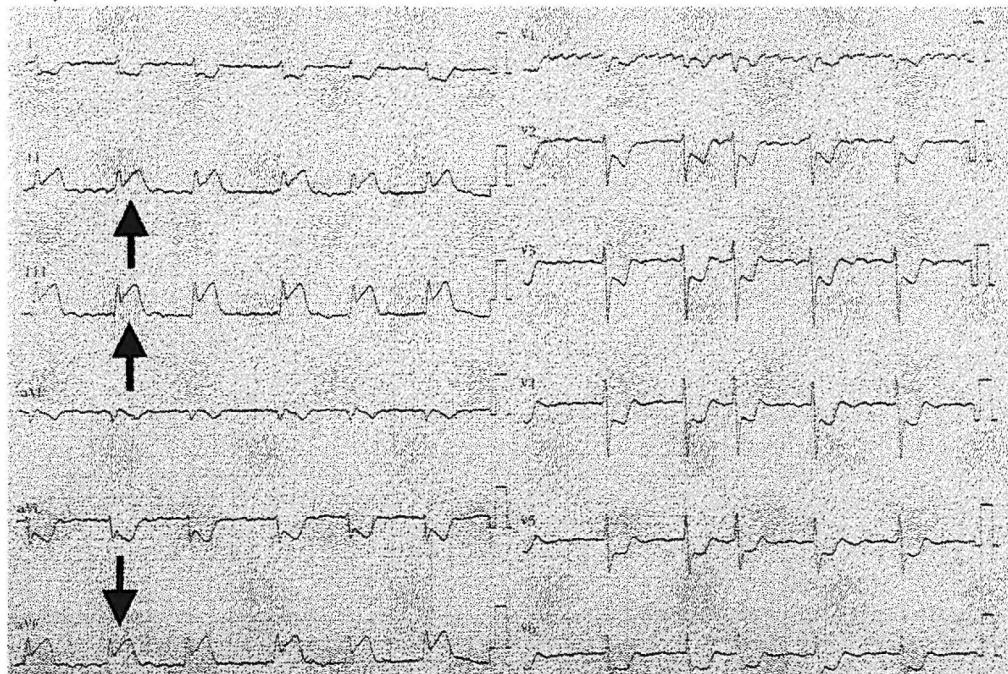
- L'infection tuberculeuse nécessite des **précautions complémentaires « AIR »** :

 - Les soignants et visiteurs doivent porter un **masque de type FFP2** lors des visites
 - Le patient doit porter un **masque « chirurgical »** lors des visites ou en cas de déplacement.

14- Réponse : D

- Ce tracé met en évidence :
 - Un sus-décalage en DII-DIII-aVF (territoire inférieur)
 - Un miroir en antérieur et latéral
- => le diagnostic est celui de syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST (SCA ST+) en territoire inférieur [1].

14

**15- Réponse : B C D**

- L'alcoolisme chronique n'est pas un facteur de risque cardiovasculaire ✗.
- La terlipressine est un **vasoconstricteur** puissant qui a pu favoriser l'infarctus du myocarde sur un terrain athéromateux préexistant ☐.
- Le **tabagisme actif**, un **diabète méconnu** du fait de l'absence de suivi, sont des facteurs de risque cardiovasculaires majeurs ayant pu être à l'origine de l'infarctus ☒.
- Un cancer méconnu n'est pas un facteur de risque cardiovasculaire majeur ✗.



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 6

Vous voyez aux urgences M. F., 42 ans, accompagné de sa femme, pour nausées depuis plusieurs jours. Il a comme antécédents une cirrhose sur hépatite C chronique et alcoolisme chronique (120 g/jour) sevré depuis 4 mois, et une splénectomie suite à un AVP il y a 1 an ½. Il ne fume pas.

Quand vous le questionnez, vous apprenez que les nausées, apparues il y a une semaine, sont de plus en plus intenses, accompagnées de vomissement au moins 2 fois par jour les 3 derniers jours. Il décrit les vomissements comme contenant des résidus alimentaires, mais sans présence de sang. Il vous signale également que ces troubles ont débuté après ce qu'il qualifie de « sensation de migraine au niveau de toute la tête », non pulsatile, d'apparition très rapide, ne céant pas malgré la prise de paracétamol (en automédication) et d'ibuprofène à doses optimales.

A l'examen, le patient est conscient et orienté, avec une auscultation cardiopulmonaire sans anomalie. L'abdomen est souple, mais sensible à la palpation avec une défense dans l'hypochondre droit. Les bruits hydro-aériques sont diminués. Vous notez la présence d'ongles blancs, d'angiomes stellaires au niveau thoracique, un foetor hepaticus, une circulation veineuse collatérale abdominale et un ictère cutanéo-muqueux. Vous ne notez pas d'ascite.

Les constantes sont les suivantes : PA = 102/51, FC = 121/min, SpO₂ = 93 % en air ambiant, T° = 38,1 °C, FR = 20/min.

Il vous montre également les résultats d'un bilan réalisé ce mois-ci :

Ratio TCA (malade/témoin) = 1,25

TP = 45 %

Bilirubine totale = 76 µmol/L

Créatinine = 133 µmol/L

Protéinémie = 55 g/L

Albuminémie = 27 g/L

Ferritine = 550 µg/L

QCM 1	Calculez le score de Child-Pugh.
A -	A (6)
B -	B (7)
C -	B (8)
D -	B (9)
E -	C (10)
QCM 2	Parmi les éléments suivants qualifiant la céphalée, lequel (lesquels) n'est (ne sont) pas en faveur d'une migraine ?
A -	Céphalée diffuse
B -	Forte intensité
C -	Présence de nausées et de vomissements
D -	Absence de pulsatilité
E -	Absence d'action de l'ibuprofène

QCM 3	Devant la symptomatologie digestive évoquée dans l'énoncé, quelle(s) hypothèse(s) vous semble(nt) compatible(s) avec ce tableau ?
A -	Ulcère gastrique
B -	Cholécystite aiguë
C -	Hépatite médicamenteuse
D -	Angiocholite aiguë
E -	Infection du liquide d'ascite
QCM 4	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous à visée diagnostique ?
A -	CRP
B -	Bilan hépatique
C -	ECBU
D -	Hémocultures
E -	NFS
QCM 5	Si vous pensez à une origine toxique, que faites-vous pour la confirmer ?
A -	Administration de flumazénil
B -	Dosage de la paracétamolémie
C -	Biopsie hépatique
D -	Recherche d'une augmentation des transaminases
E -	Recherche d'une augmentation des phosphatases alcalines et des γGT
QCM 6	Quelle serait votre prise en charge en cas d'intoxication par le paracétamol confirmée ?
A -	Hospitalisation en réanimation
B -	Pose de 2 voies veineuses de bon calibre
C -	Diminuer les doses du paracétamol si les céphalées récidivent
D -	Benzodiazépine de type alprazolam (en prévention du delirium tremens)
E -	N-acétylcystéine IV 150 mg/kg la 1 ^{re} heure sans attendre
QCM 7	En fait, les examens réalisés éliminent l'hépatite médicamenteuse. Peu de temps après, l'infirmière vient vous interpelle, inquiète, car elle aurait remarqué l'apparition d'une désorientation temporo-spatiale. Quand vous vous rendez dans la chambre de M. F., vous le retrouvez somnolent. Le score de Glasgow est évalué à 10. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
A -	Hémorragie méningée
B -	Migraine avec aura
C -	Méningo-encéphalite
D -	Hépatite fulminante
E -	Thrombophlébite cérébrale
QCM 8	Quel examen complémentaire réalisez-vous en urgence ?
A -	IRM cérébrale
B -	Ponction lombaire
C -	Electroencéphalogramme
D -	IRM abdominale
E -	Scanner cérébral

QCM 9	<p>Vous réalisez (à tort ou à raison) un scanner cérébral qui revient normal. Vous réalisez ensuite une ponction lombaire. Si vous pensez à une méningite bactérienne, quel germe vous attendez-vous à retrouver à l'examen direct ?</p> <p>A - Un diplocoque gram positif B - Un diplocoque gram négatif C - Un bacille gram négatif D - Un bacille gram positif E - Un bacille acido-alcoololo-résistant</p>
QCM 10	<p>Les résultats de votre ponction de LCS reviennent : Eléments : 1550/mm³ Glycorachie : 1,65 mmol/L Protéinorachie : 1,1 g/L Lactatorachie : 3,5 mmol/L Examen direct : NEGATIF La glycémie de M. F. est 5,5 mmol/L. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p> <p>A - Ces résultats sont en faveur d'une méningite bactérienne B - Ces résultats éliminent une méningite infectieuse C - Vous réalisez une recherche d'antigène pneumocoque dans le LCS D - Vous réalisez une PCR entérovirus dans le LCS E - Vous réalisez un examen direct du LCS avec coloration à l'encre de Chine</p>
QCM 11	Quel(s) traitement(s) mettez-vous en place ?
	<p>A - Amoxicilline B - Ceftriaxone C - Gentamycine D - Amoxicilline-acide clavulanique E - Dexaméthasone</p>
QCM 12	La culture du LCS retrouve du streptococcus pneumoniae. De manière générale, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque de méningite à pneumocoque ?
	<p>A - Age jeune B - Infection par le VIH C - Brèche ostéo-méningée D - Grossesse E - Alcoolisme</p>
QCM 13	Quelle(s) est (sont) la (les) modalité(s) du traitement d'une méningite à pneumocoque ?
	<p>A - C3G pendant 10 à 14 jours B - C3G pendant 4 à 7 jours C - Amoxicilline + gentamycine pendant 14 jours D - Paracétamol 1g par prise, 4 fois par jour E - Métoclompramide</p>
QCM 14	Quelle(s) est (sont) la (les) mesures préventives à réaliser ?
	<p>A - Isolement gouttelettes B - Isolement air C - Antibioprophylaxie chez au long cours D - Déclaration obligatoire à l'ARS E - Toutes ces réponses sont fausses</p>

QCM 15	Concernant le suivi de cette méningite infectieuse, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Indication d'un scanner cérébral à la recherche de brèche ostéo-durale
B -	Suivi neuropsychologique à la recherche d'un syndrome dépressif
C -	Suivi ORL pendant minimum 1 an
D -	Réalisation d'une sérologie VIH
E -	Réalisation d'une électrophorèse des protéines plasmatiques

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUICES QCM

- Insuffisance hépato-cellulaire sévère = **CONTRE-INDICATION AU PARACETAMOL**
- Syndrome méningé aigu + signes neurologiques : évoquer une méningo-encéphalite et une méningite bactérienne à pneumocoque
- Méningite aiguë à pneumocoque = **pas de vaccination, pas d'antibioprophylaxie, pas de DO**

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : E		
	<ul style="list-style-type: none">– Les éléments du score de Child-Pugh <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Bilirubine > 50 µmol/L : 3 pts- Absence d'ascite : 1 pt- TP entre 40-50% : 2 pts- Albuminémie entre 28-35 g/L : 3 pts- Pas d'encéphalopathie : 1 pt=> Ce qui fait 10 points (CHILD C)	
2- Réponse : A D E		
	<ul style="list-style-type: none">– Une céphalée migraineuse typique <input checked="" type="checkbox"/> est :<ul style="list-style-type: none">- Unilatérale- Pulsatile- Modérée à intense- Aggravée par les activités quotidiennes– La présence de nausées et vomissements <input checked="" type="checkbox"/> ainsi que l'action positive de l'ibuprofène <input checked="" type="checkbox"/> sur les céphalées, sont des éléments en faveur d'une céphalée migraineuse.	
3- Réponse : A B C D		
	<ul style="list-style-type: none">– Le tableau associe :<ul style="list-style-type: none">- Nausées, vomissements- Céphalée précédant le tableau, traitée par paracétamol + ibuprofène- Sensibilité à la palpation + défense dans l'hypochondre droit- Signes d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale- Fébricule- Tachycardie, hypotension.– L'ulcère gastrique doit être évoqué devant la symptomatologie douloureuse, les vomissements et la prise intempestive d'ibuprofène <input type="checkbox"/>.– La cholécystite aiguë et l'angiocholite aiguë peuvent être évoquées devant la symptomatologie et la fébricule <input type="checkbox"/>.– L'hépatite médicamenteuse doit être évoquée de principe devant la prise de paracétamol et d'ibuprofène chez un cirrhotique <input type="checkbox"/>.– L'ascite est absente, l'infection de liquide d'ascite ne doit donc pas être évoquée <input checked="" type="checkbox"/>.	

4- Réponse : A B D E

- La NFS et la CRP recherchent un syndrome inflammatoire biologique
- Les hémocultures recherchent une bactériémie dans ce contexte de tachycardie avec hypotension et fébricule
- Le bilan hépatique est nécessaire chez ce patient cirrhotique pour rechercher des signes de cytolysé hépatique en faveur d'une hépatite toxique ou d'une angiocholite aiguë
- L'ECBU n'est pas nécessaire en 1^{re} intention X ; une BU peut cependant être réalisée pour éliminer un diagnostic différentiel urinaire.

5- Réponse : B D

- Les examens nécessaires pour rechercher une hépatite toxique sont :
 - Transaminases : recherche d'une augmentation des ASAT/ALAT en lien avec une cytolysé hépatique
 - Dosage de la paracétamolémie.
- Le flumazénil est l'antidote des benzodiazépines X, il n'y a pas lieu de le prescrire ici.
- L'augmentation des phosphatases alcalines et des γGT signe une cholestase biologique X, et n'est pas spécifiquement en faveur d'une hépatite toxique.

6- Réponse : A B E

- La prise en charge d'une intoxication au paracétamol chez M. F. comprendrait :
 - Hospitalisation en réanimation
 - Pose de 2 VVP de bon calibre, réhydratation hydro-électrolytique
 - Arrêt du paracétamol
 - La seule benzodiazépine utilisable en cas de cirrhose décompensée est l'oxazépam, dont l'action et l'élimination ne dépendent pas d'une métabolisation hépatique.
 - Antidote du paracétamol : N-acétylcystéine IV 150 mg/kg la 1^{re} heure sans attendre
- La N-acétylcystéine a une efficacité optimale si elle est administrée dans les 8 à 10h suivant l'ingestion de paracétamol. Toutefois, en cas d'intoxication grave vue tardivement avec cytolysé et insuffisance hépatique, l'administration même retardée de N-acétylcystéine peut permettre d'améliorer le pronostic final .

7- Réponse : A C D E

- 7
- Devant un contexte de céphalée, fébricule, Glasgow à 10/15, les diagnostics à évoquer sont :
 - Hémorragie méningée : à évoquer devant tout tableau de céphalée aiguë ± troubles de la conscience
 - Méningo-encéphalite : y penser devant un syndrome méningé avec signes neurologiques (signes de focalisation, troubles de la conscience, crises convulsives)
 - Hépatite fulminante : se traduit par une encéphalopathie pouvant être compatible avec ce tableau
 - Thrombophlébite cérébrale.
 - La migraine avec aura n'est pas responsable de désorientation temporo-spatiale X.

8- Réponse : E

- Devant un tableau de céphalée aiguë avec troubles de la conscience, toujours évoquer en priorité une hémorragie méningée ou une méningo-encéphalite. L'examen de 1^{re} intention dans ce contexte est le scanner cérébral à la recherche :
 - De **signes en faveur d'une hémorragie méningée** : hyperdensités spontanées et complications de l'HM (dilatation ventriculaire en faveur d'une hydrocéphalie aiguë par exemple)
 - D'**hypertension intracrânienne** contre-indiquant la réalisation d'une éventuelle ponction lombaire
 - De signes en faveur d'autres diagnostics : thrombophlébite cérébrale...

9- Réponse : A

- Le pneumocoque (diplocoque gram positif) est la bactérie le plus souvent retrouvée dans les méningites de cette tranche d'âge : 70 % des méningites bactériennes chez les patients de plus de 40 ans sont à pneumocoque .
- De plus, le pneumocoque est le plus souvent responsable de **signes neurologiques focaux, troubles de la conscience et convulsions**, contrairement au méningocoque (diplocoque gram négatif) .
- M. F. a un ATCD de splénectomie ce qui peut favoriser les méningites à pneumocoque .

10- Réponse : A C

- Ces résultats sont en faveur d'une méningite bactérienne :
 - Eléments > 1000/mm³
 - Glycorachie = 30 % glycémie (donc < 40 %)
 - Protéinorachie > 1 g/L
 - Lactatorachie > 3,2 mmol/L.
- L'absence de germe à l'examen direct n'élimine pas le diagnostic de méningite bactérienne (ED négatif dans 20 à 40 % des cas en l'absence d'antibiothérapie préalable) .
- En cas d'examen direct négatif et de forte suspicion de méningite bactérienne, l'examen à réaliser en 1^{re} intention est la recherche d'**antigène pneumocoque dans le LCS** .

11- Réponse : B E

- Le traitement à mettre en place en cas de suspicion de méningite bactérienne, ED négatif, sans argument en faveur d'une listériose est : **C3G + DEXAMETHASONE** .

12- Réponse : B C E

- Les facteurs de risque de méningite à pneumocoque sont :
 - **Alcoolisme**
 - **ATCD de traumatisme crânien/chirurgie de la base du crâne**
 - **ATCD de méningite**
 - Immunodépression : asplénie, VIH, hypogammaglobulinémie
 - Absence de vaccination contre le pneumocoque.

13- Réponse : A E

- Le traitement d'une méningite à pneumocoque comprend :
 - Antibiotiques : **C3G pendant 10 à 14 jours**
 - Traitement symptomatique :
 - ✗ **Antalgiques** : ATTENTION LE PARACETAMOL EST CONTRE-INDIQUE chez ce patient insuffisant hépato-cellulaire.
 - ✗ **Anti-émétiques** : métoclopramide.

14- Réponse : C

- D'une façon générale, la méningite à pneumocoque n'impose **aucune mesure d'isolement ou d'antibioprophylaxie X**. Ce n'est pas une maladie à déclaration obligatoire X.
- En revanche chez ce patient **splénectomisé récemment**, une antibioprophylaxie par pénicilline V est indiquée .

15- Réponse : B C D E

- Un scanner cérébral est indiqué uniquement sur **signes d'appel cliniques** ou antécédents de traumatisme crânien X.
- Dans les suites de la prise en charge de cette méningite à pneumocoque, il faudra rechercher et traiter les facteurs favorisants :
 - **Suivi ORL** pendant au moins 1 an
 - **Réalisation d'une sérologie VIH**
 - **Réalisation d'une électrophorèse des protéines plasmatiques** à la recherche de myélome ou d'hypogammaglobulinémie.
- Un **suivi neuropsychologique** est également indiqué à la recherche d'un syndrome dépressif .

Cas clinique QCM N° 7

M. G., 73 ans, vous consulte pour dyspnée au moindre effort sur un fond de dyspnée chronique NYHA II à III, aggravée depuis 3 semaines. Il n'y a pas de notion de douleur thoracique récente. Il a comme antécédents un diabète de type 2 insulinorequérant, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabagisme sevré 25 ans auparavant côté à 15 PA, ulcère œsophagien et gastrique il y a 3 mois ½.

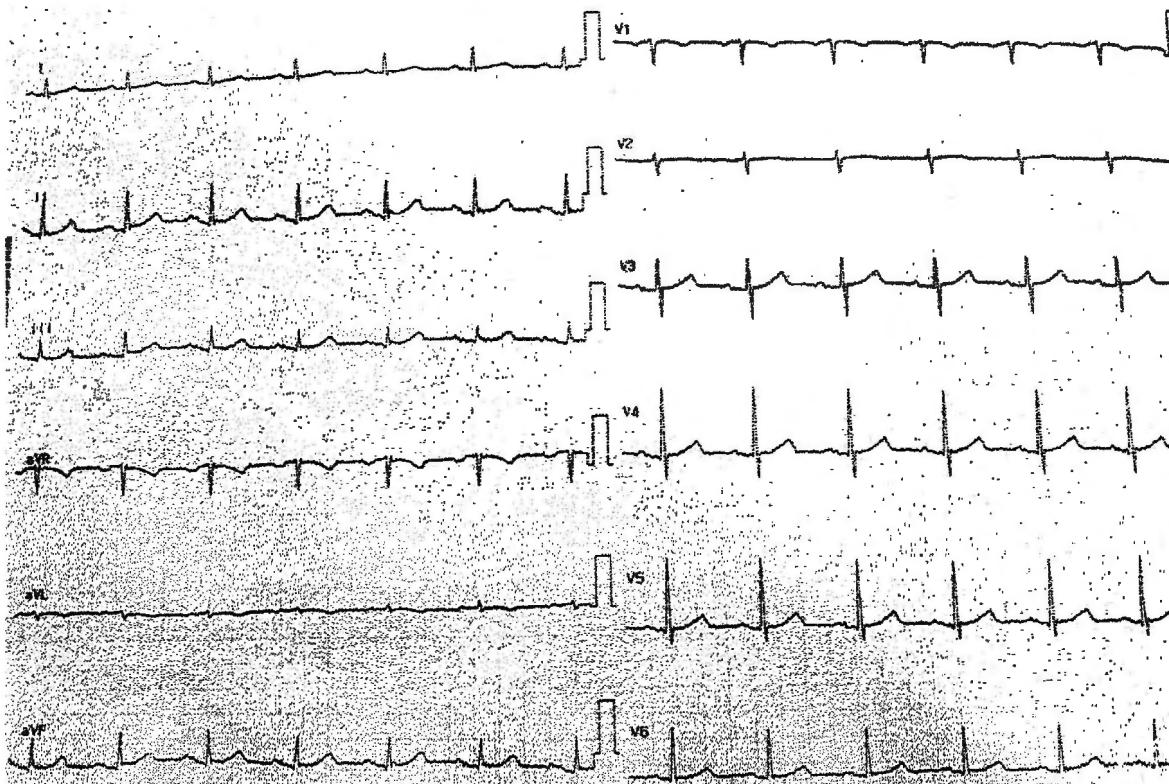
Son traitement est le suivant : Metformine, un sulfamide hypoglycémiant, insulinothérapie, un ARA2, une statine.

A l'examen, vous retrouvez les éléments suivants : Légers œdèmes des membres inférieurs, pas de turgescence jugulaire, crépitants humides des deux bases pulmonaires, absence de souffle cardiaque.

Les constantes sont les suivantes : PA = 175/86, Fc = 70/min, SpO₂ = 92 % en air ambiant, T° = 37,3 °C.

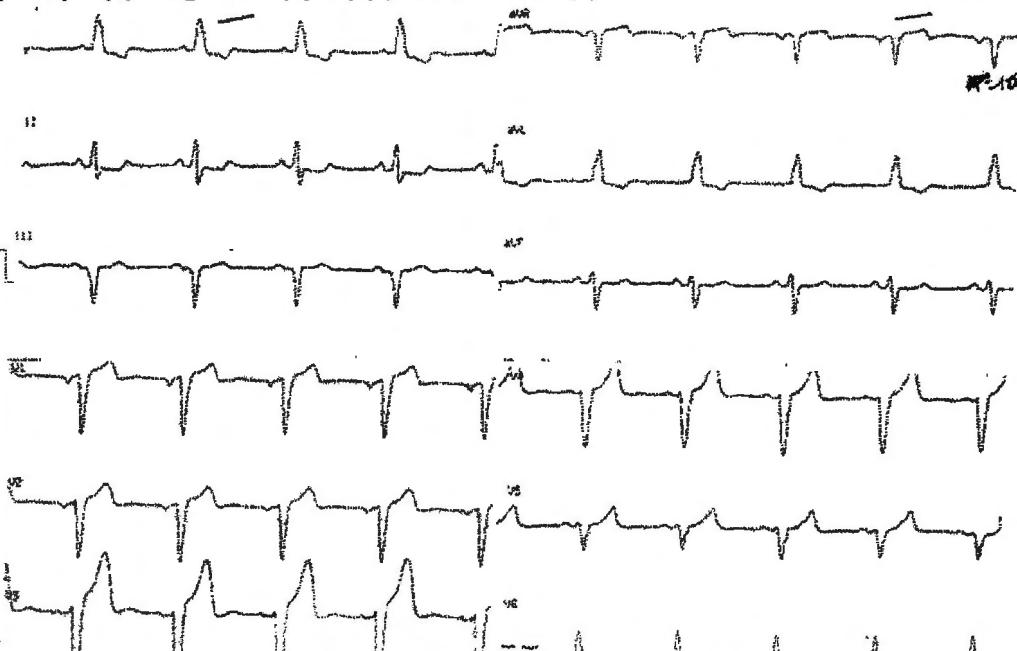
Vous réalisez un électrocardiogramme. Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

QCM
1



- A - Rythme sinusal régulier
- B - Cicatrice de nécrose antéro-septale
- C - Tachycardie sinusale
- D - Bloc de branche gauche
- E - BAV 2 Mobitz 1

QCM 2	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous à visée diagnostique en 1^{re} intention ?
A -	Echocardiographie transthoracique
B -	Echocardiographie transœsophagienne
C -	Radiographie du thorax
D -	Coronarographie
E -	IRM cardiaque
QCM 3	Une ETT est réalisée (à tort ou à raison) et retrouve des ventricules globalement normokinétiques avec une FEVG = 51 %. Devant ce tableau et l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaires de M. G., vous suspectez une maladie coronarienne. Quel(s) examen(s) pouvez-vous réaliser à ce stade pour dépister une éventuelle coronaropathie ?
A -	Scintigraphie myocardique avec test au dipyridamole
B -	ECG d'effort
C -	Coronarographie
D -	Echocardiographie transœsophagienne
E -	IRM de stress
QCM 4	Les examens que vous réalisez mettent en évidence une ischémie myocardique du territoire antérieur. Quelle prise en charge pouvez-vous proposer à ce patient en 1^{re} intention ?
A -	Pontage aorto-coronarien
B -	Aspirine
C -	Inhibiteur des P2Y12
D -	Angioplastie transluminale percutanée avec mise en place d'un stent
E -	β-bloquant
QCM 5	Malgré votre prise en charge médicale optimale, votre traitement n'est pas efficace et M. G. se plaint de douleurs thoraciques d'allure angineuse à l'effort intense. Vous réalisez une coronarographie qui montre une lésion monotronculaire de la portion moyenne de l'artère interventriculaire antérieure. Vous décidez de mettre en place un stent actif au niveau de l'IVA. Concernant la double anti-agrégation plaquetttaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle est obligatoire
B -	Elle est optionnelle hors contexte d'urgence
C -	Si elle est réalisée, sa durée est de 1 mois
D -	Si elle est réalisée, sa durée est de 6 à 12 mois
E -	L'implantation d'un stent actif permet de diminuer considérablement le risque de thromboses
QCM 6	Quelle(s) est (sont) la (les) modalité(s) du suivi à long terme de la coronaropathie de M. G. ?
A -	ECG tous les 3 mois
B -	ETT tous les 3 mois
C -	Consultation cardiologique annuelle
D -	Epreuve d'effort tous les 5 ans
E -	Coronarographie tous les 5 ans

	<p>Vous revoyez M. G. 3 mois après, agité, pour douleur rétrosternale en barre (EVA 90/100) persistante, irradiant dans la mâchoire. Vous réalisez un ECG en urgence. Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) le(s) plus probable(s) ?</p> 
QCM 7	<ul style="list-style-type: none">A - Péricardite aiguëB - Embolie pulmonaireC - Angor instableD - Fibrillation auriculaireE - Infarctus du myocarde
QCM 8	<p>Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge en urgence ?</p> <ul style="list-style-type: none">A - Echocardiographie transœsophagienneB - Fibrinolyse intraveineuseC - BenzodiazépinesD - Aspirine 75 mg/jour d'embléeE - Anticoagulant
QCM 9	<p>Une coronarographie est réalisée en urgence et met en évidence une thrombose aiguë de stent. Le flux coronarien est rétabli par la thrombo-aspiration. Quel(s) traitement(s) pouvez-vous mettre en place ?</p> <ul style="list-style-type: none">A - ApixabanB - PrasugrelC - FluindioneD - TicagrélorE - Tinzaparine
QCM 10	<p>Vous souhaitez mettre en place des mesures pour diminuer le risque de récidive et améliorer la qualité de vie de M. G. Que proposez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none">A - Education thérapeutique du patientB - Régime méditerranéenC - Patch de nicotineD - Reprise d'une activité physique au minimum 3 fois par semaineE - Soutien psychologique

QCM 11	<p>Vous décidez de revoir M. G. 2 semaines après le nouvel infarctus. Cliniquement, il n'y a ni douleur, ni signe de surcharge cardiaque droite ou gauche. Vous réalisez une ETT qui retrouve une hypokinésie segmentaire de la portion antérieure du VG, et une FEVG = 28 %. Qu'en pensez-vous ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - M.G. souffre d'une insuffisance cardiaque congestive B - C'est une indication à poser un défibrillateur automatique implantable C - Vous prescrivez du furosémide forte dose D - Vous prescrivez de l'éplérénone E - Vous prescrivez une ETT pour dans 1 mois
QCM 12	<p>Vous réalisez une consultation cardiolologique avec ETT à 3 mois du dernier IDM. La FEVG est à 33 %. L'ECG montre des QRS étroits avec une onde Q de nécrose antérieure. Quelle est votre conduite à tenir ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - Transplantation cardiaque B - Implantation d'un stimulateur cardiaque C - Pontage coronaire D - Implantation d'un DAI E - Resynchronisation cardiaque
QCM 13	<p>Vous perdez de vue M. G. 2 ans après, il revient pour dyspnée au moindre effort, cédèmes des membres inférieurs bilatéraux, prenant le godet, jusqu'aux lombes, reflux hépatojugulaire positif, crépitants des 2 champs pulmonaires remontant au-delà des hémichamps. La pression artérielle est à 185/111. A l'ECG, le rythme est sinusal. La radiographie du thorax est la suivante :</p> 
	<p>Quel(s) traitement(s) mettez-vous en place ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - Furosémide IV B - Dobutamine IV C - Nicardipine IV D - Oxygénothérapie au masque E - Héparine de bas poids moléculaire

QCM 14	Malgré votre prise en charge, la pression artérielle de M. G. se met à chuter et atteint 78/45. Vous décidez après appel de votre collègue réanimateur de son transfert en réanimation. Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge ?
A -	Mise en place d'un cathéter veineux central
B -	Mise en place d'un cathéter artériel
C -	Adrénaline IV
D -	Dobutamine IV
E -	Dopamine IV
QCM 15	Malheureusement, votre patient décède. Concernant le certificat de décès, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La partie supérieure est nominative
B -	La partie inférieure est destinée à l'Etat Civil
C -	La partie inférieure comprend la/les hypothèse(s) du décès
D -	Si l'interne est la 1 ^{re} personne à avoir constaté le décès, c'est lui qui doit rédiger le certificat de décès
E -	La partie supérieure doit être remplie en 3 exemplaires dont un pour la chambre funéraire

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Découverte d'une ischémie silencieuse d'effort = prise en charge de l'angor chronique stable
- Connaître par cœur les modalités de prise en charge du SCA ST+, et les contre-indications à la fibrinolyse IV
- Indication d'un DAI préventif après un IDM : possible seulement à partir de 6 semaines après l'IDM

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A	<ul style="list-style-type: none">– Le rythme est sinusal et régulier, à 75/minutes environ.– Il n'y a pas de cicatrice de nécrose antéroseptale. L'onde QS en V1 est physiologique, et la négativation de l'onde T en V1 n'est pas pathologique (10 % des ECG normaux).– Les QRS sont fins (< 2 petits carreaux, soit < 0.08 ms) : il n'y a pas de bloc de branche.
2- Réponse : A C	<ul style="list-style-type: none">– Les 2 examens d'imagerie à prescrire en 1^{re} intention devant un tableau d'insuffisance cardiaque gauche sont :<ul style="list-style-type: none">- Echocardiographie transthoracique = examen de référence pour le diagnostic d'insuffisance cardiaque<ul style="list-style-type: none">× Peut également orienter le diagnostic étiologique- Radiographie du thorax : permet de rechercher des signes de stase pulmonaire :<ul style="list-style-type: none">× Redistribution vasculaire de la base vers les sommets× Oedème interstitiel (lignes B de Kerley, aspect flou des gros vaisseaux hilaires, images réticulonodulaires prédominant aux bases)× Oedème alvéolaire (opacités en « aile de papillon »)× ± épanchements pleuraux
3- Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none">– Afin de démasquer une maladie coronarienne infraclinique responsable d'une légère diminution de la FEVG, les examens à privilégier sont :<ul style="list-style-type: none">- Scintigraphie myocardique avec test au dipyridamole- ECG d'effort- IRM de stress- Echo-dobutamine (échographie de stress).– La coronarographie est un examen invasif et ne doit pas être réalisée en 1^{re} intention dans ce contexte (pas de douleur thoracique, pas d'OAP cardiogénique).

4- Réponse : B C D E

- Nous sommes face à une situation d'**ischémie silencieuse d'effort** : cette situation doit être prise en charge comme un **angor chronique stable** :
 - Anti-ischémique = β -bloquant
 - Aspirine à dose anti-agrégante
 - Statine
 - IEC.
- Le pontage aorto-coronarien et l'angioplastie ne sont pas des traitements de 1^{re} intention de l'angor chronique stable X.
- La double anti-agrégation n'est pas nécessaire en l'absence de stent dans l'angor chronique stable X.

5- Réponse : A D

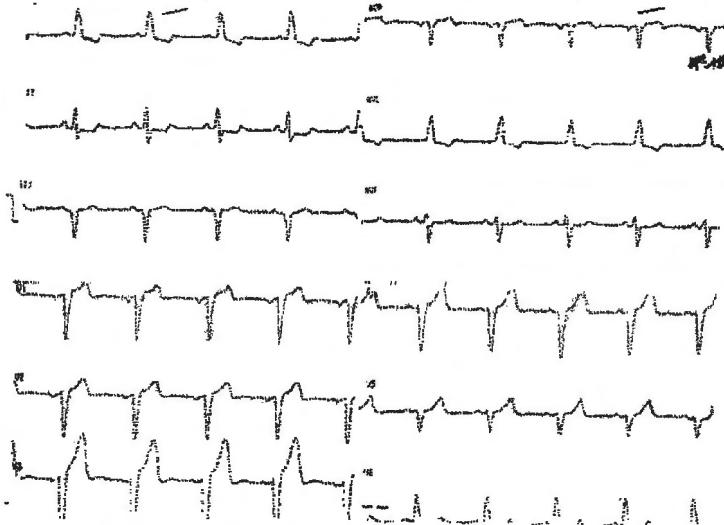
- Toute mise en place d'un stent nécessite une double anti-agrégation plaquettaire par aspirine + inhibiteur de P2Y12 [1].
- La durée de la double antiagrégation [1] est la suivante :
 - SCA = 12 mois
 - Angor chronique stable :
 - × Stent nu = 1 mois
 - × **Stent actif = 6 à 12 mois**
- La mise en place d'un stent actif :
 - Diminue considérablement le risque de resténose à long terme
 - N'élimine pas le risque de resténose
 - Ne diminue pas les thromboses de stent

6- Réponse : C

- Le suivi d'un angor chronique stable repose sur une **consultation cardiologique tous les ans comportant au minimum un ECG** [1].

7- Réponse : E

- La douleur présentée ici est typique d'un **syndrome coronarien** [1]. L'ECG ci-joint montre un **bloc de branche gauche** [1], associant :
 - QRS élargis (> 120 ms)
 - Aspect QS en V1 et aVR
 - Onde R exclusive en V6
 - Ondes T négatives en latéral (ici, DI, aVL).



- La découverte d'un bloc de branche gauche récent dans un contexte de douleur thoracique doit faire suspecter un **infarctus du myocarde** (même valeur sémiologique qu'un SCA ST+) [1].

8- Réponse : C E

- La prise en charge des SCA ST+ est stéréotypée et doit donc être connue par cœur.
- **SCA ST+ = TRAITEMENT EN URGENCE** (l'ETO X n'a ici aucun intérêt, d'autant plus qu'elle ne permet pas d'apprécier l'état des artères coronaires) :
 - **REPERFUSION MYOCARDIQUE** ①: le + rapidement possible +++
 - × **Coronarographie pour angioplastie transluminale percutanée (ICP)** avec mise en place d'un stent
 - Stratégie à privilégier ②, surtout si le délai avant réalisation de l'ICP est ≤ 90-120 min pour les patients tout venant (délai ramené à ≤ 60 min si l'IDM est a priori étendu et/ou si le diagnostic est posé dans un hôpital pouvant réaliser une ICP).
 - × **Fibrinolyse IV (FIV)**
 - Stratégie alternative à privilégier quand les délais de l'ICP sont dépassés, en l'absence de contre-indication à la FIV ③. Dans ce cas clinique, les délais ne sont pas évoqués, mais M. G. possède une contre-indication formelle à la FIV : poussée ulcéreuse ≤ 6 mois X
 - **TRAITEMENT ASSOCIES** ④:
 - × **Double antiagrégation plaquettaire avec dose de charge** ⑤
 - Aspirine 250 mg IV puis 75 mg/j PO
 - Inhibiteur de P2Y12 dose de charge PO puis dose journalière (posologies à connaître+++)
 - × **Anticoagulation IV** ⑥ systématique avant la reperfusion, avec 3 possibilités :
 - HNF bolus initial 60 UI/kg puis 12 UI/kg IVSE adaptés au TCA à H3, H6, H12, puis 2 fois /jr
 - Enoxaparine bolus initial 0,5 mg/kg puis 1 mg/kg SC 2 fois/jr
 - Bivalirudine bolus initial 0,75 mg/kg puis 1,75 mg/kg/h
 - × **Traitements symptomatiques** :
 - Antalgiques (dérivés de la morphine)
 - Anxiolytiques
 - Oxygénothérapie nasale : uniquement en cas de dyspnée
 - × **Bêtabloquants et IEC** : à débuter avec prudence au début, voire de façon retardée (pas en urgence immédiate).
 - × **Eplérénone** : si IDM étendu

9- Réponse : B D

- Le traitement d'une thrombose aiguë de stent repose sur une double antiagrégation plaquettaire ⑦ pendant 12 mois :
 - Aspirine
 - + Clopidogrel OU ticagrélor OU prasugrel

10- Réponse : A B D E

- Toutes ces mesures peuvent améliorer la qualité de vie et/ou diminuer le risque de récidive. Attention à ne pas répondre trop rapidement, on signale dans l'énoncé que M. G. ne fume plus depuis 25 ans ! La réponse C est donc fausse X.

11- Réponse : D E

- Cliniquement, M. G. n'a pas de signe de surcharge droite ou gauche : il n'a donc pas d'**insuffisance cardiaque congestive X**. Il n'y a donc pas lieu de prescrire du furosémide
- Cette ETT est réalisée 2 semaines après un IDM, ce qui est bien trop tôt pour porter l'indication d'un DAI : il faut prescrire une ETT pour calculer la FEVG à au moins 6 semaines, soit dans un mois
- La **FEVG à la phase initiale de l'IDM** étant < 40%, la prescription de l'éplérénone (diurétique antialdostérone) est légitime.

12- Réponse : D

- **FEVG < 35% au moins 6 semaines après un IDM = ↗ risque de survenue de trouble du rythme ventriculaire grave = indication à l'implantation d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) à visée préventive**

13- Réponse : A C D E

- Nous avons ici un tableau d'**œdème aigu pulmonaire cardiogénique sur poussée d'HTA**. La radiographie montre un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral témoignant d'une surcharge hydrosodée importante.
- Le traitement « standard » d'un OAP cardiogénique est le suivant :
 - Position assise, mise en place d'une VVP avec du G5 (éviter le sérum salé isotonique, qui augmentent la volémie et agravent l'OAP)
 - Furosémide IV et supplémentation en K⁺
 - Trinitrine IV (si PAS > 100 mmHg)
 - Oxygénothérapie à la sonde nasale, au masque, avec comme objectif SaO₂ > 90 %
 - ± Morphine IV (si anxiété importante ou douleur thoracique persistante)
 - HBPM à dose préventive (prévention des complications de décubitus)
- Ne pas oublier le traitement des facteurs déclenchants :
 - Nicardipine IV si poussée d'HTA
 - Digoxine IV + anticoagulation curative si FA rapide...
- La dobutamine est un traitement du choc cardiogénique X et non de l'OAP cardiogénique.

-14 Réponse : A B D

- Le cathéter veineux central est indispensable dans ce contexte pour faciliter le passage des amines vasopressives , veinotoxiques.
- Le cathéter artériel est indispensable pour mesurer en continu la pression artérielle
- L'amine vasopressive utilisée en 1^{re} intention pour le choc cardiogénique est la dobutamine (effet inotrope positif avec faible effet vasotrope)
 - Si le choc persiste sous Dobutamine, on peut :
 - × Ajouter de la noradrénaline (effet vasoconstricteur)
 - × Remplacer la dobutamine par de l'adrénaline (effet inotrope positif et vasoconstricteur)
 - La milrinone (vasodilatateur) peut également être utilisée dans le cadre d'un choc cardiogénique survenant chez un patient sous β-bloquant.

15- Réponse : A C E

- Question récurrente à la fin de cas cliniques d'urgence/réanimation, et très tombable en QI...
- Un certificat de décès comprend 2 parties  :
 - Une partie supérieure :
 - ✗ Nominative, avec les coordonnées du défunt
 - ✗ Destinée à l'Etat Civil
 - ✗ Doit être remplie en 3 exemplaires dont un pour la chambre funéraire
 - Une partie inférieure :
 - ✗ Anonyme
 - ✗ A visée épidémiologique
 - ✗ Destinée au CépiDc de l'INSERM = Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
 - ✗ Comprend la/les hypothèse(s) du décès
- Le certificat de décès, comme les autres certificats, ne peut être rempli que par un médecin théisé inscrit à l'Ordre des médecins. Les internes **X** ne peuvent donc pas, y compris par dérogation, remplir un certificat de décès.

Cas clinique QCM N° 8

M. H., 25 ans, vous est amené par l'équipe du SMUR. Il a été découvert inconscient chez lui, 30 minutes auparavant.

Lorsque vous l'examinez, vous retrouvez une morsure latérale de la langue, absence de signe de Babinski, réflexes ostéotendineux normaux, absence de syndrome méningé. Les réflexes du tronc cérébral sont tous perçus, normaux. Le patient est franchement hypotonique à son arrivée, puis son état neurologique s'améliore avec toutefois persistance de la confusion. Lorsque vous l'interrogez, les constantes sont les suivantes : Glasgow 10, PA = 119/75, Fc = 83/min, SpO₂ = 89% sous 3 L/min d'O₂, FR = 25/min, T° = 36,3°C.

Ayant appris l'événement, sa sœur vous rejoint aux urgences et vous apprend que M. H. est épileptique connu traité par lamotrigine.

QCM 1	Parmi les facteurs suivants, lequel (lesquels) peut (vent) être à l'origine de crises convulsives chez un épileptique connu ?
A -	Fièvre
B -	Alcool
C -	Contraception orale
D -	Ingestion de chocolat
E -	Fatigue
QCM 2	Quels sont les éléments de votre prise en charge à court et moyen termes ?
A -	Hospitalisation en service de médecine
B -	Hospitalisation aux soins intensifs
C -	Oxygénothérapie au masque
D -	EEG
E -	Scanner cérébral
QCM 3	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) orienterai(en)t davantage vers une crise convulsive plutôt que vers une autre cause de perte de connaissance ?
A -	Début soudain sans prodrome
B -	Reprise de conscience rapide, souvent avant l'arrivée des secours
C -	Morsure de la langue
D -	Etat de mort apparente durant la perte de connaissance
E -	Perte d'urine
QCM 4	L'anamnèse et les examens réalisés sont en faveur d'une crise convulsive sur épilepsie. Peu de temps après avoir fait votre diagnostic, le patient présente soudainement des mouvements tonico-cloniques des 4 membres, céder au bout de 4 minutes, sans reprise de la conscience. Ce phénomène est reproduit à 2 reprises en 20 minutes. Quel est votre diagnostic ?
A -	AVC multiples
B -	Etat de mal migrinaire
C -	Crise d'éclampsie
D -	Etat de mal épileptique
E -	Toutes ces réponses sont fausses

QCM 5	Vous faites finalement le diagnostic d'état de mal épileptique convulsivant. Quel(s) élément(s) caractérise(nt) ce tableau à plus ou moins long terme ?
A -	Acidose
B -	Ralentissement idéo-moteur isolé
C -	L'injection d'une benzodiazépine IV normalise le tableau en quelques secondes
D -	Collapsus cardiorespiratoire
E -	Œdème cérébral
QCM 6	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) de votre prise en charge devant ce tableau ?
A -	Oxygénation à un débit de 6 L/min
B -	Mesure de la glycémie capillaire
C -	Mise en place d'un abord veineux périphérique
D -	Injection immédiate de phénytoïne
E -	Injection de diazépam à 5 minutes du début de la crise
QCM 7	Grâce à votre prise en charge, l'état neurologique du patient se stabilise. Quelques heures après, vous notez l'apparition d'une fièvre à 39°C. Quelle(s) est (sont) le (les) diagnostic(s) que vous pouvez évoquer ?
A -	Pneumopathie
B -	Infection urinaire
C -	Déshydratation intracellulaire
D -	Méningite
E -	Prise d'un médicament précédent la perte de connaissance
QCM 8	La confusion persiste. Un scanner cérébral est réalisé et revient normal. Un EEG est réalisé montrant des activités périodiques faites d'ondes lentes stéréotypées, séparées d'intervalles réguliers, localisées aux lobes temporaux et asymétriques. Quel principal diagnostic craignez-vous ?
A -	Encéphalopathie de Gayet-Wernicke
B -	Méningite purulente
C -	Abcès cérébral
D -	Encéphalopathie hépatique
E -	Méningo-encéphalite herpétique
QCM 9	Concernant votre hypothèse diagnostique de la question précédente, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le syndrome méningé est présent uniquement dans 50 % des cas
B -	Les manifestations convulsives sont fréquentes
C -	Le début est habituellement très progressif
D -	Une hémiplégie en règle transitoire peut être observée
E -	Un coma est possible dans les formes graves
QCM 10	Quel(s) traitement(s) débutez-vous en urgence ?
A -	Dexaméthasone IV
B -	Amoxicilline PO
C -	Aciclovir IV
D -	Ceftriaxone IV
E -	Aucun à ce stade de la prise en charge
QCM 11	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?
A -	Sérologie VIH
B -	Hémocultures
C -	Calcémie
D -	Ponction lombaire
E -	Albuminémie

QCM 12	Vos examens confirment malheureusement une méningo-encéphalite herpétique. Quelle(s) séquelle(s) peuvent survenir par la suite ?
A -	Syndrome de Balint
B -	Syndrome de Korsakoff
C -	Maladie de Marchiafava-Bignami
D -	Epilepsie
E -	Syndrome de Kluver-Bucy
QCM 13	Vous avez prescrit de l'aciclovir. Concernant ce traitement, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il permet la régression des séquelles
B -	Il s'agit d'un antiviral analogue nucléotidique
C -	Il s'agit d'un antiviral à large spectre
D -	Il peut entraîner une insuffisance rénale
E -	Ce médicament a un très bon profil de tolérance
QCM 14	Malheureusement, ce patient garde des séquelles neurologiques entraînant un alitement au long cours. Quelle(s) complication(s) de décubitus peu(ven)t survenir dans ce contexte ?
A -	Infections urinaires
B -	Désadaptation à l'effort
C -	Insomnie
D -	Atélectasies pulmonaires
E -	Incontinence fécale
QCM 15	Quelques années plus tard, la sœur de M. H. revient inquiète car depuis quelques temps, elle trouve que son frère a changé de comportement. Il met tous les objets qu'on lui donne dans sa bouche, il n'arrive plus à se concentrer quand on lui parle, et il est bien plus irritable qu'avant. Cerise sur le gâteau, sa sœur vous avoue, gênée, qu'elle le surprend très régulièrement avec des comportements masturbatoires et exhibitionnistes alors que M. H. était connu plutôt comme quelqu'un de réservé et sérieux. Quel est le diagnostic le plus probable ?
A -	Prise cachée d'agoniste dopaminergique
B -	Etat de mal épileptique récidivant
C -	Syndrome de Kluver-Bucy
D -	Démence précoce de type Alzheimer
E -	Début de schizophrénie

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Cas mixant plusieurs items difficiles aux confins de la neurologie et de l'urgence.
- Connaître sur le bout des doigts la prise en charge d'un état de mal épileptique
- Savoir différencier rapidement syncope et crise convulsive
- Toute confusion fébrile inexplicable = méningo-encéphalite herpétique jusqu'à preuve du contraire

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none">- Les facteurs incontournables <input checked="" type="checkbox"/> pouvant entraîner une crise convulsive chez un épileptique connu sont :<ul style="list-style-type: none">- Alcool- Privation de sommeil/fatigue- Fièvre- La prise de contraception orale <input checked="" type="checkbox"/> et l'ingestion de chocolat <input checked="" type="checkbox"/> sont des facteurs favorisant les crises de migraine, et non les crises convulsives
2- Réponse : B C D E	<ul style="list-style-type: none">- Le patient sature mal, il est Glasgow 10 avec persistance d'une confusion : une surveillance continue est nécessaire dans un service de soins intensifs <input type="checkbox"/>.- L'EEG sera réalisé pour conforter le diagnostic de nouvelle crise convulsive <input type="checkbox"/>, voire rechercher des éléments en faveur d'une étiologie <input checked="" type="checkbox"/>.- La confusion persistante après un épisode de perte de connaissance <input type="checkbox"/> rend le diagnostic d'hématome intracrânien probable : un scanner cérébral doit être réalisé.
3- Réponse : A	<ul style="list-style-type: none">- Le début soudain sans prodrome <input checked="" type="checkbox"/> est un élément principal du diagnostic, qui différencie la crise convulsive d'une syncope vaso-vagale- Les autres éléments en faveur d'un diagnostic de crise convulsive sont :<ul style="list-style-type: none">- Morsure LATÉRALE de la langue <input checked="" type="checkbox"/>- Reprise de conscience lente, souvent après l'arrivée des secours <input checked="" type="checkbox"/> (contrairement à la syncope cardiaque)- La morsure non latéralisée <input checked="" type="checkbox"/> et l'émission d'urine <input checked="" type="checkbox"/> ne sont aucunement spécifiques d'une des causes de perte de connaissance- L'état de mort apparente <input checked="" type="checkbox"/> pendant la crise est plutôt en faveur d'une syncope
4- Réponse : D	<ul style="list-style-type: none">- Il s'agit bien entendu d'un état de mal épileptique <input checked="" type="checkbox"/> : répétition à bref délai de crises récurrentes avec persistance de signes neurologiques pendant les crises (en pratique au moins 2 crises en 20 minutes). vous + nous mettez des bâtons dans les roues

5- Réponse : A D E

- L'état de mal épileptique convulsivant est caractérisé par la **répétition de crises convulsives**. Il se traduit par :
 - Acidose
 - Troubles neurovégétatifs
 - Œdème cérébral
 - Lésions neuronales anoxo-ischémiques rapidement irréversibles
 - Défaillance multiviscérale allant jusqu'au décès par collapsus cardiorespiratoire.
- Cet état de mal reste mortel dans 10 à 20 % des cas sous traitement .
- Il se distingue de l'état de mal épileptique non convulsivant :
 - Un **simple ralentissement idéo-moteur** peut exister
 - L'injection d'une benzodiazépine IV peut faire **disparaître la confusion dans les secondes** qui suivent son administration .

6- Réponse : B

- Les mesures générales de la prise en charge d'un état de mal convulsivant sont les suivantes :
 - Assurer la perméabilité des voies aériennes et juger de la nécessité d'une assistance ventilatoire
 - Oxygénation à 10 L/min
 - Rechercher une **hypoglycémie** (la traiter si elle existe)
 - Mettre 2 abords veineux périphériques :
 - × Dont un réservé à l'administration des antiépileptiques
- Le premier médicament à administrer en cas d'état de mal est une **benzodiazépine IV IMMEDIATEMENT** :
 - 10 mg diazépam en 3 minutes
 - OU 1 mg clonazépam e 3 minutes

7- Réponse : A B C D E

- Toutes ces causes sont possibles. Rappelons que :
 - La **fièvre et les infections** peuvent décompenser une épilepsie connue et favoriser la survenue d'état de mal épileptique (pneumopathie, infection urinaire, méningite...)
 - Il faut toujours penser aux **causes métaboliques** , en l'occurrence la **déshydratation intracellulaire** qui peut donner fièvre + signes neurologiques
 - Il faut toujours penser à la prise d'un **toxique/médicament** , où il peut exister un intervalle libre entre la prise et la fièvre.

8- Réponse : E

- Cet EEG est typique de celui d'une **méningo-encéphalite herpétique**. De même, il faut évoquer systématiquement ce diagnostic devant toute confusion fébrile d'apparition récente, a fortiori quand on a peu/pas de points d'appel clinique.

9- Réponse : A B D E

- Concernant les manifestations cliniques de la méningo-encéphalite herpétique :
 - Le syndrome méningé n'est présent que dans **50 % des cas**
 - Les **manifestations convulsives** sont fréquentes
 - Le début est **rapide**, associant syndrome grippe, asthénie voire altération de l'état général
 - Une **hémiparésie transitoire** peut être observée dans les formes très évolutives avec lésions nécrotiques ou œdémateuses
 - Un **coma** est possible dans les formes graves

10- Réponse : C

- Devant toute suspicion de méningo-encéphalite herpétique, il faut perfuser sans attendre de l'**aciclovir** par voie IV : 10-15 mg/kg toutes les 8 heures chez l'adulte.
 - Il est à débuter de préférence avant la réalisation de la ponction lombaire, ou à défaut avant l'arrivée des résultats
 - La précocité du traitement est un facteur de bon pronostic

11- Réponse : A B C D E

- La **ponction lombaire** doit être réalisée, elle met souvent en évidence dans ce contexte une méningite lymphocytaire normoglycorachique avec quelques hématuries (à cause de la nécrose).
- La **sérologie VIH** est réalisée systématiquement devant toute méningo-encéphalite herpétique.
- La **calcémie** est réalisée pour rechercher un diagnostic différentiel, elle est systématiquement prescrite avec l'**albuminémie** pour calculer la calcémie corrigée.
- Les **hémocultures** permettent de rechercher également un diagnostic différentiel (méningite purulente)

12- Réponse : B C E

- De nombreuses complications neurologiques font suite aux méningo-encéphalites herpétiques et rares sont ceux qui s'en sortent sans séquelle (< 5 %). Les trois complications à retenir sont :
 - Le **syndrome de Korsakoff**
 - L'**épilepsie séquillaire**
 - Le **syndrome de Klüver-Bucy**
- Le **syndrome de Balint** correspond à une lésion bilatérale du lobe pariétal postérieur ou de la jonction pariéto-occipitale, et n'a pas de lien avec les méningo-encéphalites herpétiques.
- La **maladie de Marchiafava-Bignami** est une complication de l'alcoolisme se traduisant par une démyélinisation du corps calleux.

13- Réponse : D E

- L'aciclovir est un **antiviral analogue nucléosidique**.
- Il a les caractéristiques suivantes :
 - Il permet d'enrayer l'évolution de l'infection virale, **sans faire régresser les séquelles**.
 - Il a un **excellent profil de tolérance**, avec toutefois un risque de toxicité rénale justifiant certaines précautions :
 - × Perfusion lente
 - × Bonne hydratation
 - Il a une **très grande spécificité avec un spectre d'action restreint** : il est surtout utilisé contre les infections à HSV-1, HSV-2 et VZV.

14- Réponse : A B C D E

- Toutes ces complications sont possibles. Ne pas oublier les **complications psychologiques** au long cours, parmi lesquelles :
 - L'insomnie
 - La régression psychomotrice favorisant l'incontinence urinaire et fécale

15- Réponse : C

- Il s'agit d'un **syndrome de Kluver-Bucy**, complication des méningo-encéphalites herpétiques. Il se manifeste de la façon suivante :
 - Troubles de comportement alimentaire
 - Hyperoralité
 - Hyperactivité motrice
 - Apathie
 - Désinhibition sexuelle
 - Troubles attentionnels
 - Troubles psychiques : anxiodépressifs, irritabilité, hyperémotivité...



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 9

Vous recevez M. I., 82 ans, dans les urgences d'un grand hôpital pour douleur intense en fosse iliaque gauche mal systématisée apparue rapidement en quelques heures.

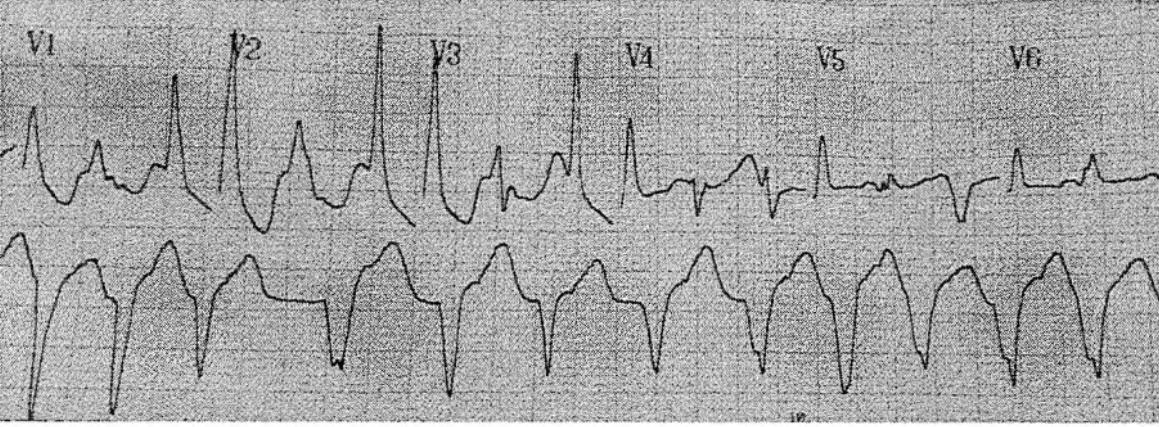
Il a comme antécédents un angor chronique stable traité par trinitrine seule, une fibrillation auriculaire permanente traitée par fluindione, une hypertension artérielle traitée par IEC, une insuffisance rénale chronique (avec une créatinine de base à 180 µmol/L). Il vous ajoute qu'il s'automédique par ibuprofène depuis une semaine en raison d'une douleur du genou droit d'allure mécanique. Il fume ½ paquet par jour depuis l'âge de 20 ans et boit 2 verres de vin par jour.

Votre examen confirme la douleur abdominale latéralisée dans le quadrant abdominal inférieur gauche, mais ne retrouve ni défense ni contracture. La percussion abdominale ne met pas en évidence de tympanisme pré-hépatique. Vous trouvez votre patient pâle et ralenti, mais vous cotez le Glasgow à 15/15. Ses doigts sont marbrés.

Les constantes sont les suivantes : PA = 81/48 mmHg, Fc = 120/mn, SpO₂ = 89% en air ambiant, T° = 36,8 °C, FR = 20/min.

QCM 1	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?
A - Scanner abdominal B - Hémogramme C - Bilan de coagulation D - Procalcitonine E - Gazométrie artérielle	L'échographe étant à proximité, vous décidez de réaliser une échographie abdominale. Celle-ci montre une masse échogène localisée en latéro-vertébral gauche, épargnant le rein, sans épanchement abdominal. Les résultats des examens que vous avez demandé (à tort ou à raison) reviennent : - GR = 2,51 T/L, Hb = 7,8 g/dL, hématocrite = 24 %, leucocytes = 16,1 G/L, plaquettes = 330 G/L - INR = 12,01 - Na = 136 mmol/L, K = 4,8 mmol/L, Cl- = 98 mmol/L, HCO3- = 15 mmol/L, protides = 77 g/L, urée = 25 mmol/L, créatinine = 685 µmol/L - pH = 7,26 ; PaO ₂ = 68 mmHg ; PaCO ₂ = 26 mmHg, lactates = 4 mmol/L. Selon vous, lequel de ces diagnostics est le plus probable ?
A - Métastase surrénalienne gauche B - Perforation d'abcès sigmoïdien C - Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale D - Hématome du psoas E - Fracture de la rate	
QCM 3	Vous vous orientez vers le diagnostic d'hématome du psoas. Quel est l'examen qui vous permettra de confirmer votre diagnostic ?
A - Scanner abdominal non injecté B - Scanner abdominal injecté C - Radiographie de la hanche gauche D - Dosage des facteurs de coagulation E - Aucun de ces examens	

QCM 4	Vous devez prendre une (des) précaution(s) avant de prescrire cet examen. Laquelle (lesquelles) ?
A -	Arrêt de l'ibuprofène
B -	Hydratation par perfusion de sérum salé isotonique à 9 g/L (1 mL/kg/h pendant les 12 heures précédent l'examen et les 12 heures suivantes)
C -	Ajout de furosémide
D -	Si un produit de contraste est utilisé, en préférer un à forte osmolarité en limitant le volume administré
E -	Toutes ces réponses sont vraies
QCM 5	L'examen que vous avez prescrit confirme votre diagnostic. Quelle(s) mesure(s) prenez-vous en urgence ?
A -	Hospitalisation en service de médecine
B -	Expansion volémique par sérum salé isotonique 9 g/L
C -	Si besoin, utilisation d'amines vasopressives : dobutamine
D -	Oxygénothérapie
E -	Sauter une prise d'AVK
QCM 6	Concernant les AVK, laquelle de ces mesures préconisez-vous ?
A -	Saut d'une prise, pas d'apport de vitamine K
B -	Saut d'une prise, 5 mg de vitamine K
C -	Arrêt des AVK, 5 mg de vitamine K
D -	Arrêt des AVK, 10 mg de vitamine K et apport de CCP à réévaluer à 30 minutes
E -	Arrêt des AVK, apport de CCP à réévaluer à 30 minutes
QCM 7	Vous mettez votre patient sous héparine et vous le transfusez en culots globulaires. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Vous décidez cette transfusion devant le chiffre d'hémoglobine
B -	Vous décidez cette transfusion devant l'état de choc hémodynamique
C -	La transfusion d'un culot globulaire équivaut environ à un gain de 0,5 g/dL d'hémoglobine
D -	La transfusion d'un culot globulaire équivaut environ à un gain de 1 g/dL d'hémoglobine
E -	La transfusion d'un culot globulaire équivaut environ à un gain de 2 g/dL d'hémoglobine
QCM 8	Interprétez les résultats de la gazométrie artérielle donnés à la question 2.
A -	Acidose métabolique à trou anionique normal
B -	Alcalose métabolique à trou anionique augmenté
C -	Alcalose ventilatoire hypochlorémique
D -	Acidose métabolique hyperchlrorémique
E -	Acidose métabolique à trou anionique augmenté
QCM 9	Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) compatible(s) avec les résultats de la gazométrie et avec l'énoncé ?
A -	Insuffisance rénale
B -	Diarrhée profuse
C -	Acidose tubulaire rénale de type 2
D -	Hyperlactatémie
E -	Intoxication à l'aspirine

QCM 10	Malheureusement, l'état de votre patient s'aggrave : il devient somnolent. Vous regardez le scope qui vous indique une $\text{SpO}_2 = 87\%$ sous 6 L/min d'O_2. Vous calculez la fréquence respiratoire de M. I. qui est à 32/min. Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge ?
	<p>A - Vous mettez en place une ventilation non invasive</p> <p>B - Vous mettez en place une ventilation invasive</p> <p>C - Vous ne mettez pas en place d'assistance ventilatoire et vous augmentez le débit d'oxygène</p> <p>D - Vous débutez un traitement par amines vasopressives</p> <p>E - Vous débutez un remplissage massif</p>
QCM 11	Suite à votre prise en charge, M. I. a plusieurs épisodes d'hématémèse. Vous décidez de réaliser une fibroscopie gastrique qui retrouve des ulcérations fundiques saignant au contact. Qu'en pensez-vous ?
	<p>A - L'apparition de ces lésions peut être favorisée par l'ibuprofène</p> <p>B - Il s'agit très probablement d'ulcérations de stress</p> <p>C - Le traitement est basé sur les inhibiteurs de la pompe à protons IV</p> <p>D - Vous arrêtez l'héparine</p> <p>E - Vous continuez l'héparine avec un objectif de TCA entre 1,5 et 2 x le témoin</p>
QCM 12	M. I. fait une pneumopathie d'inhalation sur ses épisodes de vomissements répétés. Quelle(s) est (sont) l'(les) antibiothérapie(s) possibles à débuter en 1^{re} intention ?
	<p>A - Amoxicilline</p> <p>B - Amoxicilline - acide clavulanique</p> <p>C - Ceftriaxone</p> <p>D - Ceftriaxone + métronidazole</p> <p>E - Spiramycine + lévofloxacine</p>
QCM 13	<p>Soudain, votre patient perd connaissance. Vous réalisez un ECG qui vous montre le tracé suivant :</p>  <p>Quel est votre diagnostic ?</p>
	<p>A - Tachycardie atriale</p> <p>B - Fibrillation atriale</p> <p>C - Fibrillation ventriculaire</p> <p>D - Tachycardie ventriculaire</p> <p>E - Arrêt cardiaque</p>

QCM 14 | Concernant la fibrillation ventriculaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - Ce rythme est choquable
- B - Ce rythme n'est pas choquable
- C - Ce rythme est compatible avec un état de conscience correct (Glasgow 15/15)
- D - Il s'agit de la principale cause d'arrêt cardiaque
- E - Un traitement antiarythmique peut la réverser

QCM 15 | M. I. est en arrêt cardiocirculatoire. L'ECG est inchangé. Quel(s) geste(s) réalisez-vous ?

- A - Bouche-à-bouche à raison de 2 insufflations toutes les 30 compressions
- B - Début par un choc électrique puis 2 minutes de massage cardiaque externe
- C - Début par 2 minutes de massage cardiaque externe puis choc électrique
- D - Début par perfusion d'adrénaline puis 2 minutes de massage cardiaque externe
- E - Début par 2 minutes de massage cardiaque externe puis perfusion d'adrénaline

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Douleur abdominale + patient sous anticoagulant + facteur de déséquilibre de l'INR (ex : ibuprofène) = penser à l'hématome du psoas.
- Devant une symptomatologie d'ulcère gastrique en réanimation, penser aux ulcérations de stress.
- Hémorragie grave ou potentiellement grave chez un sujet prenant des AVK : apport de CCP + 10 mg de vitamine K, INR à 30 minutes.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A B C E	<ul style="list-style-type: none">– Le scanner abdominal est un très bon examen pour explorer l'abdomen (et rechercher des arguments en faveur d'une diverticulite compliquée ou d'un hématome), il est réalisable en urgence <input checked="" type="checkbox"/> . Deux arguments auraient pu limiter l'utilisation du scanner :<ul style="list-style-type: none">- Si le patient est une femme en âge de procréer, il faut s'assurer de vérifier qu'elle n'est pas enceinte (ce n'est pas le cas ici).- Si le patient a des contre-indications à l'injection de produit de contraste (attention toutefois chez ce patient qui souffre d'une insuffisance rénale chronique).– L'hémogramme est ici un examen important <input checked="" type="checkbox"/> : le patient est marbré et pâle, avec une tachycardie. Il faut rechercher une anémie.– Le bilan de coagulation est un examen indispensable dans ce contexte (et notamment le dosage de l'INR) : le patient est sous AVK <input type="checkbox"/> et il a des signes cliniques d'instabilité hémodynamique, il faut rechercher un surdosage, d'autant plus qu'il a introduit l'ibuprofène récemment !– La PCT n'a aucun intérêt dans ce contexte <input checked="" type="checkbox"/> .– La gazométrie artérielle doit être réalisée car M.I. est en dyspnée aiguë <input type="checkbox"/> et en état de choc <input type="checkbox"/> (notez que la pression artérielle systolique à 81 mmHg est basse pour un hypertendu, même traité). Elle permet la mesure exacte de la PaO₂, la recherche d'hyperlactatémie traduisant une souffrance cellulaire et d'une acidose métabolique secondaire à l'hyperlactatémie et favorisée par l'insuffisance rénale.
2- Réponse : D	<ul style="list-style-type: none">– Le patient est :<ul style="list-style-type: none">- En état de choc hémorragique- Avec un INR à 11- Une douleur en fosse iliaque gauche mal systématisée apparue rapidement- Une masse latéro-vertébrale gauche épargnant le rein est retrouvée à l'échographie => le diagnostic le plus évident est l'hématome du psoas <input type="checkbox"/> .– Le diagnostic de métastase surrénalienne ne colle pas avec le tableau aigu <input checked="" type="checkbox"/> .– La perforation d'abcès sigmoïdien est moins probable que l'hématome du psoas devant ce tableau de surdosage en anticoagulant <input checked="" type="checkbox"/> , et devant l'absence de fièvre <input checked="" type="checkbox"/> .– En cas de rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, la mort est quasi-immédiate <input checked="" type="checkbox"/> .– La rupture de la rate survient surtout dans un contexte de mononucléose infectieuse, de traumatisme ou d'hémopathie <input checked="" type="checkbox"/> . De plus, elle donnerait un épanchement intrapéritonéal <input checked="" type="checkbox"/> .

3- Réponse : B

- Le scanner abdominal injecté est l'examen clé pour faire le diagnostic d'hématome du psoas :
 - Il détermine la densité de la lésion et permet de confirmer que la lésion est constituée de sang
 - Il permet de localiser l'hématome et de confirmer qu'il se développe bien aux dépens du psoas et non d'autres organes
 - Il détermine les rapports anatomiques de l'hématome avec les structures avoisinantes
 - Il permet de rechercher un « blush » ou saignement actif par fuite de produit de contraste.

4- Réponse : A B

- Insuffisance rénale chez l'âgé + scanner injecté = PREVENTION DE LA TUBULOPATHIE A L'IODE.
- 3 mesures doivent être prises :
 - Arrêt des néphrotoxiques (AINS) et des diurétiques (qui augmentent la concentration du produit de contraste dans le plasma et augmentent le risque de précipitation dans les tubules rénaux)
 - Hydratation par perfusion de serum salé isotonique à 9 g/L (1 mL/kg/h pendant les 12 heures précédant l'examen et les 12 heures suivantes)
 - Préférer les produits de contraste à faible osmolarité et limiter le volume administré.

5- Réponse : B D

- M.I. est en choc hémorragique sur hématome du psoas et surdosage en anticoagulants. La prise en charge est celle d'un choc hypovolémique :
 - Hospitalisation en réanimation
 - Scope cardio-tensionnel, mise en place de 2 voies veineuses périphériques de bon calibre
 - Oxygénothérapie pour maintenir la SaO₂ (attention notre patient est coronarien et toute diminution de la SaO₂ augmente considérablement le risque d'ischémie myocardique).
 - Expansion volémique par serum salé isotonique 9 g/L (= cristalloïdes)
 - Si besoin, utilisation d'amines vasopressives : noradrénaline
 - × La dobutamine est un inotrope positif utilisé pour le choc cardiogénique.
- Les AVK doivent être arrêtés et réversés (cf. question 6).

6- Réponse : D

- Nous sommes dans une situation de surdosage en AVK symptomatique (hémorragie grave causant un choc hémorragique). La prise en charge est donc :
 - Arrêt des AVK
 - 10 mg de vitamine K
 - Apport de concentré de complexe prothrombinique (ou PPSB)
 - INR à 30 minutes pour réévaluation du traitement.

7- Réponse : B D

- Attention question piège. Devant toute situation de choc hémorragique, il faut transfuser **quel que soit le chiffre d'hémoglobine** . L'hémoglobine de M. I., bien que basse, n'a pas été à l'origine de votre décision. La surveillance de l'efficacité de la transfusion se fait sur les paramètres hémodynamiques (disparition des marbrures, raccourcissement du temps de recoloration cutané, diminution de la fréquence cardiaque, augmentation de la pression artérielle...).
- Retenir que **1 culot globulaire = 1 g/dL d'hémoglobine** .

8- Réponse : E

- Nous sommes en situation :
 - D'acidose : pH < 7,35
 - Métabolique : $\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mmol/L}$ et PCO_2 diminués
 - **A trou anionique augmenté = normochlorémique**
 - × Car $(\text{Na}^+ + \text{K}^+) - (\text{HCO}_3^- + \text{Cl}^-) > 20$
- => Acidose métabolique à trou anionique augmenté

9- Réponse : A D

- Parmi les réponses proposées, trois sont compatibles avec une acidose métabolique à trou anionique augmenté :
 - Insuffisance rénale
 - Hyperlactatémie
 - Intoxication à l'aspirine : mais ce patient ne prenait pas d'aspirine X !
- La diarrhée profuse et l'acidose tubulaire rénale de type 2 sont des causes d'acidose métabolique à trou anionique normal X.

10- Réponse : B

- Le patient est somnolent, très tachypnée et désature sous un débit de 6L/min d' O_2 : il est en **détresse respiratoire aiguë réfractaire à l'oxygénothérapie, avec troubles de la conscience**.
- La meilleure option thérapeutique dans ce cas-là est l'**intubation oro-trachéale** (ventilation invasive) .
- La ventilation non-invasive n'est pas possible à cause des **troubles de la conscience** X .
- Le remplissage massif et les amines vasopressives ne sont pas des thérapeutiques de la détresse respiratoire aiguë X .

11- Réponse : A B C E

- Dans ce contexte de réanimation, il faut toujours penser aux complications de décubitus : ici, ces lésions sont très probablement des **ulcérasions de stress** .
- Les AINS favorisent l'apparition d'**ulcère gastrique** .
- Le traitement des ulcères de stress est basé sur les **IPP IV** .
- L'héparine ne peut pas être arrêtée : une thrombose sur prothèse pourrait être fatale ; le rapport bénéfice-risque est donc en faveur d'un **maintien de l'héparine** avec un objectif de TCA entre 1,5 et 2 x le témoin .

12- Réponse : B D

- Les germes de la pneumopathie d'inhalation étant essentiellement **digestifs**, l'antibiothérapie doit pouvoir agir sur eux. On propose donc en 1^{re} intention :
 - **Amoxicilline-acide clavulanique**
 - Ou **C3G + métronidazole**

13- Réponse : C E

- Ce tracé ECG totalement désorganisé correspond à une **fibrillation ventriculaire**. La FV ne permet pas une activité cardiaque mécanique efficace : elle se traduit cliniquement par un **arrêt cardiaque**.

14- Réponse : A D

- La FV est la **1^{re} cause d'arrêt cardiaque et de mort subite**. Ce rythme est incompatible avec un état de conscience normal, lors d'une FV la perte de conscience par manque d'irrigation du cerveau est **immédiate**.
- Le seul traitement de la FV est le **choc électrique externe**, qui doit être débuté le plus rapidement possible, ou après 2 minutes de massage cardiaque externe si le patient est resté inanimé plus de 5 minutes sans avoir bénéficié de réanimation.

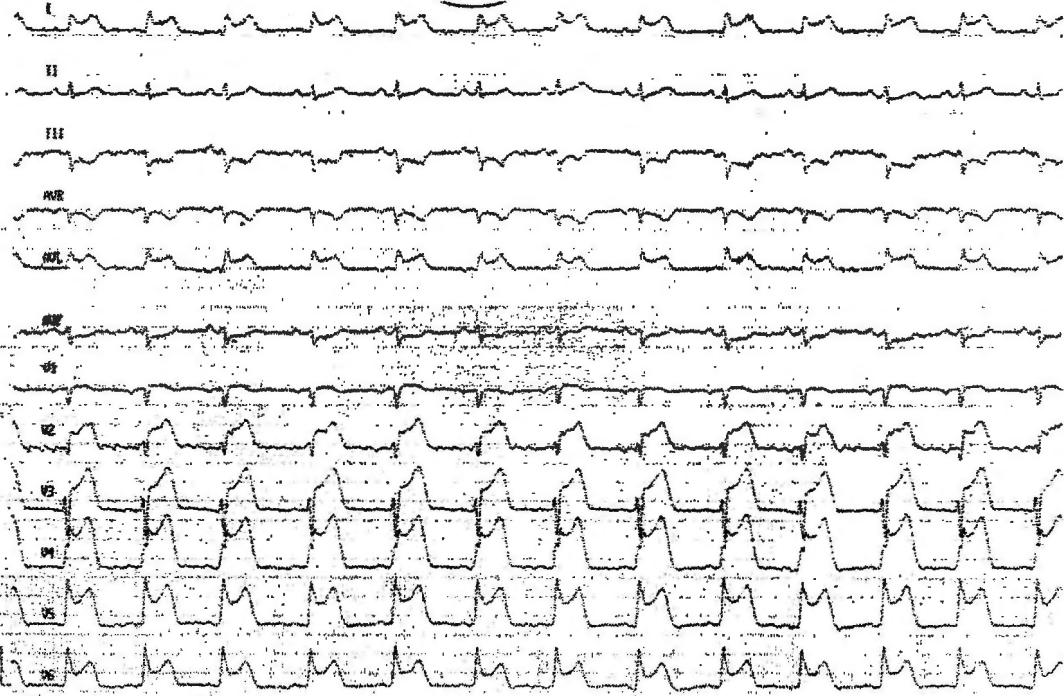
15- Réponse : B

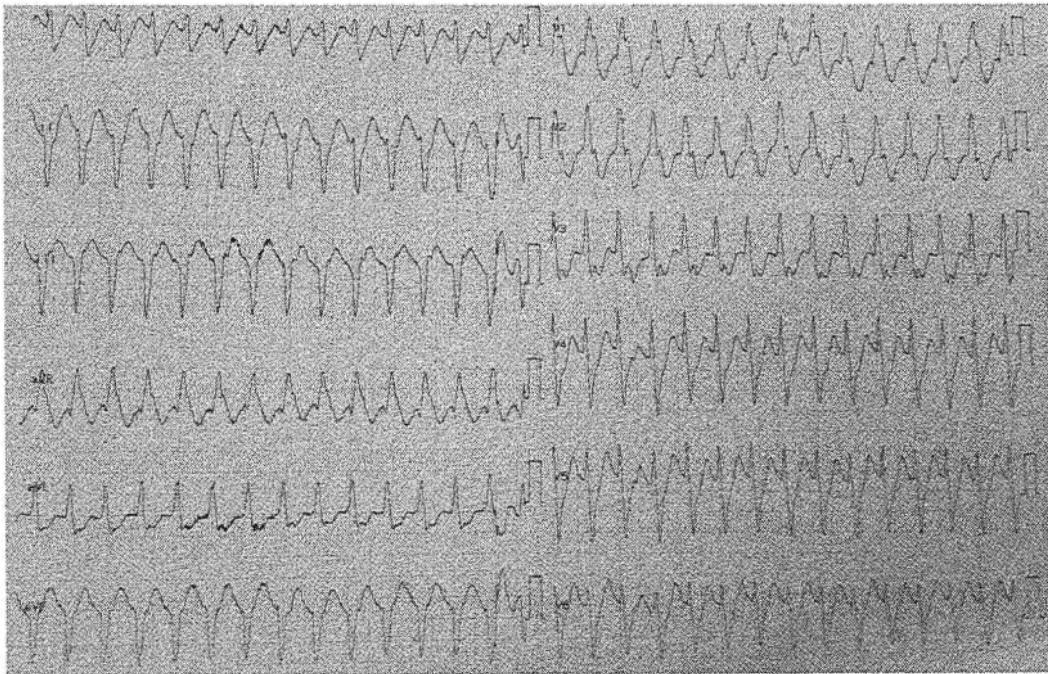
- Concernant le bouche-à-bouche :
 - Cette pratique n'est **pas recommandée à l'hôpital** et a fortiori en réanimation, elle favorise la transmission d'agents infectieux
 - M. I. a déjà une **ventilation artificielle** (intubation oro-trachéale), et les insufflations (2 toutes les 30 compressions) peuvent être réalisées via la sonde d'intubation.
- Ici, nous sommes face à un rythme choquable, d'un patient pris en charge en milieu hospitalier (le no-flow est donc théoriquement nul) : il faut donc débuter par un **choc électrique externe**, puis réaliser 2 minutes de massage cardiaque externe avant d'analyser le rythme de nouveau.

Cas clinique QCM N° 10

Vous recevez aux urgences d'un grand CHU parisien M. J., 66 ans, pour douleur thoracique aiguë « compressive comme un étouffement » apparue il y a 3 heures. Il a comme antécédents un angor chronique stable non traité, une hypertension artérielle traitée par valsartan, un diabète non insulinodépendant traité par metformine, et une hypercholestérolémie non traitée. M. J. ne fume pas, et boit l'équivalent de 4 verres d'alcool par jour. Il est allergique à la pénicilline. Vous calculez son IMC qui est de 31.

A l'examen, votre patient est nauséeux et côte la douleur à 9/10. L'auscultation cardiopulmonaire est sans anomalie. Les constantes sont les suivantes : PA = 115/69 mmHg, FC = 76/min, T° = 37,4°C, SpO₂ = 95%.

QCM 1	Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous en priorité ?
A -	Péricardite aiguë
B -	Syndrome coronarien aigu
C -	Pneumopathie infectieuse
D -	Embolie pulmonaire
E -	Pneumothorax
QCM 2	<p>Devant cette douleur thoracique, vous réalisez un ECG.</p>  <p>Interprétez cet ECG.</p> <p>A - Lésion sous-épicardique en territoire latéral B - Ischémie sous-endocardique en territoire inférieur C - Lésion sous-endocardique en territoire antérieur D - Ischémie sous-épicardique en territoire antérieur E - Lésion sous-endocardique en territoire latéral</p>

QCM 3	Quel(s) examen(s) vous manque-t-il afin de confirmer votre diagnostic ?
A -	Echocardiographie transthoracique
B -	Coronarographie
C -	Dosage de la troponinémie
D -	Angioscanner thoracique
E -	Aucun de ces examens
QCM 4	Votre diagnostic est confirmé. Quelle est votre prise en charge immédiate ?
A -	Fibrinolyse intraveineuse
B -	Vous débutez un traitement par fondaparinux
C -	Vous débutez un traitement par prasugrel
D -	Vous débutez un traitement par héparine
E -	Transfert en salle de coronarographie
QCM 5	Vous décidez de réaliser une angioplastie transluminale percutanée avec pose d'un stent actif. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle ne doit être réalisée que si le début de la douleur thoracique date de plus de 90 minutes
B -	Elle peut être réalisée en cas d'échec de la fibrinolyse IV
C -	Elle est contre-indiquée en cas d'allergie aux produits de contrastes iodés
D -	La voie d'abord radiale permet de diminuer le risque de complications hémorragiques par rapport à la voie d'abord fémorale
E -	Elle peut être utilisée d'emblée en association avec la fibrinolyse IV en cas de récidive de SCA ST+
QCM 6	M. J. se remet de sa douleur et à J3 vous le voyez pour préparer sa sortie. Au moment où vous rentrez dans sa chambre, il se plaint de malaise et de palpitations. Son scope affiche une pression artérielle à 88/43 mmHg. Votre réalisez un ECG dont le tracé est le suivant :
	
	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une tachycardie ventriculaire
B -	Il s'agit d'une fibrillation ventriculaire
C -	Il s'agit d'une tachycardie jonctionnelle
D -	Un traitement par amiodarone doit être instauré en urgence
E -	Un choc électrique externe doit être réalisé en urgence

QCM 7	Votre prise en charge est satisfaisante et le patient revient à un rythme sinusal. Quelle(s) peu(ven)t être l'(les) autre(s) complication(s) précoce(s) pouvant survenir à la suite d'un SCA ST+ antérieur ?
	A - Bloc atrioventriculaire de type 3 définitif B - Bloc atrioventriculaire lié à une hypervagotonie C - Péricardite aiguë D - Rupture de la paroi libre du ventricule gauche E - Communication interatriale
QCM 8	Quelques jours après, votre patient se plaint brutalement de difficultés à respirer, et de palpitations. Vous regardez son scope qui indique une pression artérielle à 125/67 mmHg, une SpO ₂ = 89% en air ambiant ; vous réalisez un ECG qui retrouve un rythme sinusal régulier à 115 battements/minute sans autre anomalie. Sa fréquence respiratoire est de 26/minutte. Quel examen réalisez-vous en urgence ?
	A - Coronarographie B - Numération-formule sanguine C - Dosage du NT-pro-BNP D - Angioscanner thoracique E - Exploration électrophysiologique endocavitaire
QCM 9	Vous confirmez le diagnostic d'embolie pulmonaire, et vous initiez un traitement par enoxaparine. Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque thrombo-embolique(s) chez votre patient ?
	A - Alcoolisme chronique B - Hypercholestérolémie C - Obésité D - Hypertension artérielle E - Alimentation lié à l'hospitalisation
QCM 10	M. J. est sortant. Lequel (lesquels) de ces médicaments doi(ven)t figurer sur l'ordonnance de sortie ?
	A - Statine B - Aspirine C - AVK D - Diurétique de l'anse E - β-bloquants
QCM 11	Quel(les) mesure(s) pouvez-vous proposer à M. J. afin de s'assurer du bon contrôle de ses facteurs de risque cardiovasculaires ?
	A - Faire de la marche au moins 30 minutes 3 fois par semaine B - Arrêt définitif du tabac C - Objectif de LDL < 1,3 g/L D - Régime méditerranéen E - Bon contrôle pluriquotidien de la glycémie
QCM 12	Vous revoyez M. J. à 8 semaines de l'infarctus. Vous réalisez un ECG qui montre une persistance du sus-décalage que vous avez observé à la question 2. Votre patient n'est pas douloureux. L'auscultation est normale. A quel diagnostic pensez-vous principalement ?
	A - Anévrisme du ventricule gauche B - Nouvel infarctus du myocarde C - Angor de Prinzmetal D - Persistance du syndrome coronarien aigu E - Péricardite aiguë

QCM 13	Vous réalisez une échocardiographie transthoracique et vous mesurez la FEVG à 30 %. Que proposez-vous à votre patient ?
A -	Poursuite de l'enoxaparine
B -	Poursuite des β-bloquants
C -	Début d'un traitement par ivabradine
D -	Début d'un traitement par flécaïnide
E -	Mise en place d'un défibrillateur implantable
QCM 14	Combien de temps au total devrez-vous garder la double antiagrégation plaquettaire ?
A -	1 mois
B -	3 mois
C -	6 mois
D -	1 an
E -	A vie
QCM 15	Quelle(s) est (sont) le(s) principe(s) de votre surveillance cardiaque au long cours ?
A -	ECG à chaque visite à la recherche de troubles du rythme
B -	ETT à chaque visite pour évaluer la FEVG et rechercher des complications
C -	Dépistage à chaque visite de l'apparition d'un souffle d'insuffisance aortique
D -	Réalisation d'une coronarographie tous les 5 ans
E -	Réalisation d'une épreuve d'effort régulièrement à la recherche d'une ischémie myocardique dans la zone revascularisée ou à distance

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUICES QCM

- Diagnostic du SCA ST+ = DOULEUR THORACIQUE + ECG TYPIQUE
- Douleur thoracique ou dyspnée brutale avec tachycardie chez un patient alité/hospitalisé = penser à l'EP

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none">– Les diagnostics à évoquer en priorité devant une douleur thoracique aiguë <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants : PIED<ul style="list-style-type: none">- Péricardite aiguë- Infarctus du myocarde (SCA)- Embolie pulmonaire- Dissection aortique– La douleur thoracique aiguë compressive en état chez un patient avec antécédent d'angor chronique connu est plutôt en faveur d'un syndrome coronarien aigu.
2- Réponse : A	<ul style="list-style-type: none">– Ce tracé ECG met en évidence un sus-décalage du segment ST en dérivations antérieures (V1 à V4) et latérales (DI, aVL, V5, V6).– La présence d'un sus-décalage du segment ST dans un contexte de douleur thoracique typique confirme le diagnostic de SCA ST+, autrement dit de lésion sous-épicardique <input checked="" type="checkbox"/>.  <p>– Le diagnostic retenu est donc celui de lésion sous-épicardique antéro-latérale.</p>

3- Réponse : E

- Douleur thoracique aiguë typique + sus-décalage du segment ST dans au moins 2 dérivations consécutives = **SCA ST+ confirmé**.
- Il n'y a pas besoin du dosage de la troponinémie pour faire le diagnostic quand ces deux conditions sont réunies . Néanmoins, elle est dosée systématiquement et à plusieurs reprises pour étudier l'évolution et l'étendue de la nécrose.

4- Réponse : C D E

- Il s'agit d'un IDM pris en charge dans un CHU : le transfert en salle de coronarographie doit être réalisé rapidement pour réalisation d'une angioplastie . La fibrinolyse IV n'est pas indiquée dans le cas où les délais de réalisation de la coronarographie peuvent être respectés .
- Avant la réalisation de la coronarographie, des traitements symptomatiques doivent être prescrits :
 - Anticoagulant : HNF ou HBPM par exemple
 - Double anti-agrégation plaquettaire :
 - × Aspirine
 - × + inhibiteur des récepteurs de P2Y12 (dont le prasugrel).
 - Antalgiques, anxiolytiques
 - Oxygénotherapie nasale si dyspnée.

5- Réponse : B C D

- L'angioplastie doit être réalisée le plus rapidement possible , dans un délai :
 - De 90 à 120 min pour les patients tout venant
 - De 60 min si le diagnostic est posé dans un hôpital doté d'une salle de coronarographie.
- Elle peut être réalisée en cas d'échec de la fibrinolyse IV (douleur thoracique et/ou sus-décalage persistant) : il s'agit dans ce cas d'une **angioplastie secondaire ou de « sauvetage »**.
La coronarographie nécessite une injection de produits de contraste iodés, elle est donc **contre-indiquée en cas d'allergie aux produits de contraste iodés**.
- La voie d'abord radiale permet de diminuer le **risque de complications hémorragiques** par rapport à la voie d'abord fémorale .
- L'angioplastie et la fibrinolyse IV ne s'utilisent jamais en association .

6- Réponse : A E

- Cet ECG montre une **tachycardie** (fréquence ventriculaire de 150 à 300 bpm) **régulière à complexes larges** : il s'agit d'une **tachycardie ventriculaire (TV)** jusqu'à preuve du contraire .
- Le traitement d'une TV repose sur le choc électrique externe .

7- Réponse : A C D

- Parmi les réponses proposées, les complications précoces du SCA ST+ antérieur sont :
 - Le BAV3 définitif, directement lié à la nécrose ventriculaire majeure
 - Péricardite aiguë, le plus souvent asymptomatique
 - Rupture de la paroi libre du VG.
- Le BAV lié à une hypervagotonie est retrouvé dans le SCA ST+ inférieur
- La CIA n'est pas une complication du SCA ST+

8- Réponse : D

- Le tableau est le suivant :
 - Dyspnée brutale avec désaturation et tachypnée
 - Tachycardie et palpitations
 - Contexte d'alitement
 - Patient obèse.
- Devant ce tableau, la probabilité d'embolie pulmonaire est importante, il faut réaliser un angioscanner thoracique

9- Réponse : C E

- Les facteurs de risque thrombo-embolique de votre patient sont :
 - Obésité : IMC = 31
 - Alitement lié à l'hospitalisation.
- L'hypercholestérolémie et l'HTA sont des **facteurs de risque cardiovasculaires** et non de MTEV
- L'alcoolisme chronique n'est pas un facteur de risque de MTEV

10- Réponse : A B C E

- Les traitements à prescrire chez M. J. sont les suivants :
 - Traitement post-IDM :
 - × Anti-ischémique : **β-bloquants**
 - × Traitement des FRCV : **statines, anti-HTA (valsartan)**
 - × Double antiagrégation plaquettaire : **aspirine + inhibiteur de P2Y12**
 - Traitement de l'EP :
 - × **AVK**
 - Traitement du diabète :
 - × **Metformine**
 - Prévention du risque d'ulcère gastrique et ses complications (induit par les antiagrégants, les AVK et l'âge > 65 ans)
 - × **IPP**
- La volémie du patient est normale, les diurétiques de l'anse sont ici sans intérêt

11-Réponse : A D E

- Les mesures permettant un bon contrôle des FRCV 1 sont :
 - **Activité physique** : marche minimum 30 minutes par jour, 3 fois par semaine
 - **Alimentation équilibrée** : régime méditerranéen
 - **Bon contrôle du diabète** : contrôle pluriquotidien de la glycémie.
- Attention, il est indiqué dans l'énoncé que M. J. ne fume pas X.
- L'objectif-cible de LDL en prévention secondaire est < 1 g/L, voire < 0.7 g/L (recommandations européennes de 2012) ☒.

12-Réponse : A

- Le diagnostic à évoquer en cas de persistance du sus-décalage du segment ST asymptomatique après un SCA ST+ est l'**anévrisme du ventricule gauche** ☒.
- La péricardite aiguë est possible dans les suites d'un infarctus du myocarde ; ici l'**absence de frottement péricardique** à l'auscultation et l'**absence de douleur** diminuent la probabilité diagnostique ☐. Une échographie cardiaque peut être utile pour lever le doute.

13-Réponse : B E

- Une **FEVG < 35% au moins 6 semaines après un IDM** est une indication à poser un **défibrillateur implantable** afin de prévenir les troubles du rythme ventriculaires graves ☒.
- Les traitements prescrits initialement (dont les β-bloquants) doivent être poursuivis ☑.
- M. J. n'a pas d'indication aux HBPM au long cours, la réponse A est fausse X.

14- Réponse : D

- La durée de la double antiagrégation plaquettaire **après un SCA ST+** est de **12 mois** ☑, quel que soit le type de stent posé.

15-Réponse : A E

- Un **ECG** doit être réalisé à **chaque visite** à la recherche de troubles du rythme ☑.
- L'**ETT** n'est pas réalisé systématiquement, mais **de temps en temps** afin d'évaluer la FEVG et de rechercher des complications ☑.
- L'**auscultation** doit être **systématique** à chaque visite afin de rechercher un souffle **d'insuffisance mitrale**, traduisant une ischémie de pilier mitral ☐. L'**insuffisance aortique** n'est pas une complication de l'infarctus du myocarde X.
- Il n'y a pas de rythme prédéfini pour réaliser une coronarographie : elle doit être faite en cas de réapparition de nouveaux symptômes faisant craindre un nouveau SCA ☑.
- La réalisation d'une **épreuve d'effort** doit être **régulière et espacée** (elle n'est pas systématique à chaque visite) à la recherche d'une ischémie myocardique ☑.

Cas clinique QCM N° 11

M. K., 29 ans, sans antécédent connu, vous consulte pour diarrhée fébrile (8 selles liquides/jour) avec douleur abdominale diffuse. Votre patient vous raconte que les symptômes ont débuté il y a 1 semaine, et qu'il est rentré d'un long voyage de 3 mois au Bénin il y a 2 semaines.

QCM 1	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) possible(s) pour expliquer cette diarrhée fébrile ?
A -	Amœbose colique
B -	Giardiose
C -	Paludisme
D -	Yersiniose
E -	Typhoïde
QCM 2	M. K. vous signale avoir été vacciné avant son voyage contre la fièvre jaune, les hépatites A et B, la méningite (A, C, Y, W135) et la fièvre typhoïde. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous à visée diagnostique ?
A -	Hémocultures
B -	Frottis sanguin
C -	Examen parasitologique des selles (à 3 reprises)
D -	Coprocultures
E -	Sérologie typhoïde
QCM 3	Vous remarquez un ictère conjonctival et la présence de frissons. Les constantes sont les suivantes : PA = 109/55 mmHg, Fc = 101/min, SpO ₂ = 96 % en air ambiant. Les examens réalisés confirment le diagnostic d'infection à plasmodium falciparum, avec une parasitémie égale à 5 %. Quelle est votre conduite à tenir ?
A -	Le traitement peut se faire en ambulatoire
B -	Le traitement doit se faire en hospitalisation
C -	Vousappelez le réanimateur
D -	Vous débutez un remplissage par sérum salé isotonique 9 g/L
E -	Vous débutez un traitement par atovaquone-proguanil
QCM 4	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) justifieraient une hospitalisation chez M. K. ?
A -	Vomissements incoercibles
B -	Antécédent de splénectomie liée à un accident de la voie publique
C -	Parasitémie = 3 %
D -	Plaquettes = 90 G/L
E -	Hémoglobine = 105 g/L

QCM 5	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) justifieraient une hospitalisation en réanimation chez M. K. ?
A -	Plaquettes = 15 G/L
B -	Ictère conjonctival
C -	Créatininémie = 230 µmol/L
D -	Hémoglobine = 8 g/dL
E -	Hémorragie
QCM 6	Vous transférez M. K. en réanimation. Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) étiologique(s) que vous instaurez en 1^{re} intention ?
A -	Arthéméter-luméfantrine PO
B -	Quinine PO
C -	Artésunate IV
D -	Atovaquone-proguanil IV
E -	Dihydroartémisine-pipéraquine IV
QCM 7	Vous optez pour l'artésunate IV. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) concernant ce traitement ?
A -	Il donne habituellement des hypoglycémies
B -	Il est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 8 ans
C -	Il ne nécessite aucune précaution
D -	Il a comme principal effet indésirable une anémie hémolytique retardée
E -	Il donne classiquement des aphtoses buccales
QCM 8	Suite à l'apparition d'une dyspnée avec tachypnée et désorientation temporo-spatiale, vous réalisez une gazométrie artérielle. Voici ses résultats : pH = 7,28 ; pO ₂ = 72 mmHg ; pCO ₂ = 32 mmHg ; lactates = 5 mmol/L. Vous réalisez également un héogramme dont les résultats sont les suivants : Hb = 6,9 g/dL, GB = 3,6 G/L, plaquettes = 85 G/L. Les autres résultats sont les suivants : CRP = 125 mg/L, ALAT = 8N, ASAT = 6N, créatininémie = 200 µmol/L. Quel(s) traitement(s) parmi les suivants prescrivez-vous en plus du traitement étiologique ?
A -	Antibiothérapie
B -	Apports hydroélectrolytiques importants
C -	Transfusion de concentrés globulaires
D -	Oxygénothérapie
E -	Epuration extra-rénale
QCM 9	Grâce à vos soins, vous réussissez à stabiliser M. K. Quelle(s) mesure(s) aurai(en)t pu être prise(s) avant le voyage pour prévenir cette infection grave ?
A -	Vaccination contre plasmodium falciparum
B -	Traitemennt par Doxycycline
C -	Traitemennt par chloroquine-proguanil
D -	Traitemennt par atovaquone-proguanil
E -	Utilisation de répulsifs sur la peau
QCM 10	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) concernant le paludisme grave ?
A -	Plasmodium falciparum est responsable de la totalité des paludismes graves
B -	Une parasitémie très faible (< 0,1 %) ne peut pas conduire à un paludisme grave
C -	L'évolution habituelle en l'absence de traitement est le décès
D -	Les deux causes principales de décès sont le retard diagnostique et le traitement inadapté
E -	Les femmes enceintes et les enfants sont plus à risque de paludisme grave

QCM 11	<p>Vous guérissez M. K. et vous le perdez de vue. Huit ans plus tard, il revient vous voir après un voyage de quelques mois en Thaïlande pour fièvre à 40°C, diarrhée couleur melon et angine. Il vous raconte que tout a commencé progressivement en quelques jours par de la fièvre et des maux de tête, puis des douleurs abdominales sont apparues et ont précédé la diarrhée. Il vous assure avoir pris sa prophylaxie antipaludique.</p> <p>Selon vous, quel est le diagnostic le plus probable ?</p>
	<p>A - Amoebose colique B - Paludisme C - Schistosomose invasive D - Hépatite A aiguë E - Typhoïde</p>
QCM 12	<p>Vous suspectez une infection à salmonella enterica. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) peu(ven)t aider à faire le diagnostic ?</p>
	<p>A - Hémocultures B - Examen parasitologique des selles C - Coprocultures D - Sérologie typhoïde E - Antigénémie salmonella enterica</p>
QCM 13	<p>La typhoïde en phase d'état est confirmée. Votre patient vous dit que c'est impossible, vu qu'il a déjà été vacciné il y a 8 ans. Qu'en pensez-vous et que savez-vous de ce vaccin ?</p>
	<p>A - Il y a peut-être eu une erreur diagnostique B - L'efficacité du vaccin n'est que de 3 ans C - Ce vaccin est efficace contre tous les sérotypes de la typhoïde D - Ce vaccin est efficace à 60 % E - Il s'agit d'un vaccin vivant atténué</p>
QCM 14	<p>Quel est votre prise en charge ?</p>
	<p>A - C3G IV en probabiliste B - Amoxicilline IV en probabiliste C - Antibiothérapie d'emblée adaptée à l'antibiogramme D - Paracétamol E - Précautions contact</p>
QCM 15	<p>Quelques heures après la mise en route du traitement, M. K. présente une douleur abdominale brutale côtée 10/10 à l'échelle numérique de douleur, et un malaise. Lorsque vous l'examinez, il est pâle, ses extrémités sont cyanosées, vous percevez une contracture généralisée à l'ensemble de l'abdomen. Le scope affiche les renseignements suivants : PA = 78/45 mmHg, Fc = 131/min, SpO₂ = 87% en air ambiant.</p> <p>Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p>
	<p>A - Il s'agit de l'évolution classique de la phase d'état d'une typhoïde B - Il s'agit d'une complication classique de la typhoïde C - Il s'agit d'un effet indésirable du traitement mis en place D - Il s'agit vraisemblablement d'une péritonite secondaire E - Il s'agit vraisemblablement d'un choc anaphylactique</p>

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Savoir identifier un paludisme grave et connaître par cœur les indications à l'hospitalisation en réanimation.
- Parasitémie > 2 % : hospitalisation ; > 4 % : réanimation.
- Douleur abdominale brutale et/ou signes péritonéaux dans un contexte de typhoïde : penser à la perforation intestinale.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : C D E	<ul style="list-style-type: none">– Les causes de diarrhée aiguë fébrile <input checked="" type="checkbox"/> parmi celles proposées sont :<ul style="list-style-type: none">- Paludisme- Yersiniose- Typhoïde.– La giardiose et l'amœbose colique ne sont habituellement pas responsables de fièvre <input checked="" type="checkbox"/>.
2- Réponse : A B C D	<ul style="list-style-type: none">– Les principaux examens complémentaires à visée diagnostique à demander <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Pour le paludisme : frottis sanguin - goutte épaisse- Pour la typhoïde : hémocultures, coprocultures (le vaccin n'étant pas efficace sur toutes les souches, la typhoïde reste possible)– Des examens parasitologiques des selles sont également utiles devant cette diarrhée aiguë de retour de zone d'endémie parasitaire <input checked="" type="checkbox"/>.– La sérologie typhoïde n'est jamais utilisée <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : B C	<ul style="list-style-type: none">– La présence d'une parasitémie > 4 % est un critère d'hospitalisation en réanimation <input checked="" type="checkbox"/>.<ul style="list-style-type: none">- Attention à bien distinguer les critères d'hospitalisation des critères de réanimation ; en ce qui concerne la parasitémie :<ul style="list-style-type: none">× Parasitémie > 2 % = indication à l'hospitalisation× Parasitémie > 4 % = indication à l'hospitalisation en réanimation.– Le traitement d'un paludisme grave repose sur l'artésunate IV <input checked="" type="checkbox"/>.– M. K. n'est pas en état de choc, il n'y a pas lieu de débuter de remplissage (risque d'OAP de surcharge) <input checked="" type="checkbox"/>. Une réhydratation modérée avec correction des troubles hydro-électrolytiques est préconisée en cas de paludisme grave sans état de choc.

4- Réponse : A B C

- Parmi les réponses proposées, les critères d'hospitalisation ☐ sont les suivants :
- **Vomissements incoercibles** (nécessité d'un traitement par voie IV)
 - **Splénectomie** : risque augmenté de paludisme grave
 - **Parasitémie > 2 %**
 - **Plaquettes < 50 G/L**
 - **Hémoglobine < 100 g/L.**

5- Réponse : B E

- Parmi les réponses proposées, les critères d'hospitalisation en réanimation ☐ sont les suivants :
- **Ictère clinique**
 - **Créatininémie > 265 µmol/L**
 - **Hémoglobine < 7 g/dL**
 - **Hémorragie.**
- La thrombopénie (plaquettes < 50 G/L) est un critère d'hospitalisation, mais pas de prise en charge en réanimation X.

6- Réponse : C

- LE traitement étiologique du paludisme grave est l'**artésunate IV ☐**. Une alternative peut être utilisée si l'artésunate n'est pas disponible : la **quinine IV avec dose de charge ☐**.

7- Réponse : C D

- L'artésunate ☐ :
- Se prescrit par **voie IV**
 - Ne nécessite **aucune précaution particulière**
 - A comme principal effet indésirable une **anémie hémolytique retardée**.
- Le principal antipaludique responsable d'hypoglycémies est la **quinine ☐**.
- Le principal antipaludique **contre-indiqué avant 8 ans** est la **doxycycline** (et la méfloquine est contre-indiquée avant 15 ans) X.
- Le principal antipaludique responsable d'aphtoses buccales est le **proguanil ☐**.

8- Réponse : A C D

- Les traitements du paludisme grave chez M. K. comportent en plus de l'artésunate ☐ :
- **Antibiothérapie** en cas d'acidose (c'est le cas ici) ou de sepsis sévère/choc septique : les co-infections sont fréquentes
 - **Apports hydroélectrolytiques modérés** (risque d'OAP en cas de remplissage massif)
 - **Transfusion de concentrés globulaires** (Hb < 7 g/dL et anémie mal tolérée)
 - Autres traitements symptomatiques : **O₂ (PO₂ basse)**
- Il n'y a pas de critère de dialyse : l'épuration extra-rénale n'est pas indiquée X.

9- Réponse : B D

- La vaccination contre le paludisme n'existe pas
- Le Bénin étant en zone de **choloquinorésistance élevée**, 3 traitements prophylactiques sont possibles :
 - Doxycycline
 - Atovaquone-proguanil
 - Méfloquine
- L'utilisation de **répulsifs sur la peau et les vêtements**, de vêtements amples, de moustiquaire et d'insecticides domestiques est recommandée

10- Réponse : C D E

- Plasmodium falciparum est responsable de la grande majorité des paludismes graves, mais n'est pas la seule espèce incriminée (il y a également **plasmodium knowlesi**)
- La gravité d'un paludisme est liée à la **parasitémie**, mais aussi à l'**espèce** et à l'**immunité de l'hôte**. Une parasitémie très faible peut donc conduire à un paludisme grave
- L'évolution habituelle du paludisme grave en l'absence de traitement est le **décès**
- Les deux causes principales de décès sont le **retard diagnostique** et le **traitement inadapté**
- Les **femmes enceintes** et les **enfants** sont plus à risque de paludisme grave . Les autres terrains à risque à connaître sont : sujet âgé, splénectomisé, immunodéprimé, sujet avec comorbidité(s).

11- Réponse : E

- Ce tableau évoque une **fièvre typhoïde**. La diarrhée couleur melon est un élément inconstant évocateur du diagnostic

12- Réponse : A C

- Les examens permettant de faire le diagnostic de **typhoïde** sont :
 - Hémocultures
 - coprocultures.

13- Réponse : B D

- Le vaccin contre la **typhoïde** :
 - A une efficacité d'environ 3 ans : un rappel doit être effectué au-delà
 - Ne couvre pas tous les sérotypes responsables de la typhoïde, mais uniquement les **sérotypes typhi et paratyphi C** . Une personne vaccinée peut donc développer une typhoïde de sérotypes paratyphi A ou B.
 - N'est efficace qu'à 60% contre les sérotypes typhi et paratyphi C : une personne vaccinée a également des chances malgré son vaccin de développer une typhoïde de sérotypes typhi et paratyphi C.
 - Il s'agit d'un **vaccin inactivé, polysaccharidique** .

14- Réponse : A D E

- La prise en charge d'une typhoïde repose sur une **C3G parentérale en probabiliste**, relayée en fonction de l'antibiogramme par une fluoroquinolone, une C3G parentérale ou de l'azithromycine.
- Ne jamais oublier le traitement symptomatique de la fièvre (paracétamol) et les précautions complémentaires (contact dans le cas d'une infection à germe digestif).

15- Réponse : B D

- Ce tableau correspond à une **péritonite secondaire à une perforation intestinale** (douleur brutale très intense avec contracture généralisée), compliquée d'une **défaillance hémodynamique** (liée à un sepsis sévère ou à un choc hémorragique).
- La perforation intestinale est **une des complications possibles de la typhoïde**.



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 12

Vous recevez un soir de janvier le petit Eden, 4 mois, pour diarrhée aiguë depuis 24 h. Il est régulièrement allaité au lait de mère et n'a pas commencé sa diversification alimentaire. Il a comme seul antécédent une invagination intestinale aiguë sans gravité (le mois dernier). Ses parents vous ajoutent qu'il n'a pas vomi et qu'il continue de s'alimenter.

A l'examen, difficile à cause des pleurs, vous notez une pression artérielle à 74/39 mmHg, une fréquence cardiaque à 150/min et l'absence de cernes et de pli cutané. Son poids il y a 3 jours était 7150 grammes, et lorsque vous le pesez, la balance vous indique 6930 grammes.

QCM 1	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) rentrent dans la définition d'une diarrhée aiguë de l'enfant ?
A -	Emission de selles trop liquides
B -	Emission de selles trop abondantes (> 500 grammes/jour)
C -	Emission de selles trop fréquentes (> 6/jour en cas d'allaitement artificiel)
D -	Emission de selles trop fréquentes (> 6/jour en cas d'allaitement maternel)
E -	Apparition de la diarrhée depuis moins de 15 jours
QCM 2	Parmi les réponses suivantes concernant la physiopathologie de la diarrhée aiguë liquidienne de l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La malabsorption des glucides induit une diarrhée osmotique
B -	L'activation de l'adénylate cyclase intracellulaire par une entérotoxine entraîne une hypersécrétion intestinale de chlore et d'eau
C -	L'absorption d'eau à travers la muqueuse intestinale est un phénomène actif
D -	Le sodium pénètre dans l'entérocyte par transport couplé avec le glucose entre autres
E -	L'absorption de l'eau dans l'entérocyte est facilitée par l'absorption du sodium et du glucose
QCM 3	Concernant l'état clinique d'Eden, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Tachycardie
B -	Hypotension artérielle
C -	Perte de poids > 10 %
D -	Perte de poids entre 5-10 %
E -	Perte de poids < 5 %
QCM 4	Que prescrivez-vous ?
A -	Ionogramme, urée, créatinine plasmatiques
B -	Coprocultures
C -	Examen virologique des selles
D -	Soluté de réhydratation orale à volonté et reprise de l'allaitement maternel après 4 à 6 heures de réhydratation exclusive
E -	Alternance soluté de réhydratation orale - allaitement maternel

QCM 5	<p>Malheureusement, Eden revient 48 h plus tard pour aggravation de la diarrhée (une dizaine de selles/jour). Les parents vous disent qu'il a vomi à plusieurs reprises depuis la dernière fois (dont 2 fois aujourd'hui), et qu'il a du mal à avaler son SRO que vous lui avez prescrit. Lors de votre examen, vous remarquez l'apparition de cernes, une sécheresse de la face intérieure de la langue, l'absence de pli cutané, une fréquence cardiaque à 165/minut, une température à 37,2°C. Lorsque vous essayez à de multiples reprises de donner un biberon contenant du SRO à Eden, celui-ci le recrache.</p> <p>Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>La présence de cernes péri-oculaire correspond à une déshydratation intracellulaire et permet d'estimer que la perte de poids est > 5 %</p> <p>La sécheresse de la langue correspond à une déshydratation intracellulaire et permet d'estimer que la perte de poids est > 10 %</p> <p>Le pli cutané correspond à une déshydratation extracellulaire et permet d'estimer que la perte de poids est > 10 %</p> <p>La tachycardie est liée à une déshydratation extracellulaire et permet d'estimer que la perte de poids est au moins égale à 5 %</p> <p>Eden a probablement une perte de poids comprise entre 5 et 10 %</p>
QCM 6	<p>Finalement, vous calculez la perte de poids à 9 %. Quelle est votre conduite à tenir ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Coproculture</p> <p>Ionogramme, urée, créatinine plasmatique</p> <p>Pose d'une voie veineuse périphérique</p> <p>Remplissage vasculaire</p> <p>Essai de biberon contenant de l'eau pure avant de prescrire une nutrition entérale si besoin</p>
QCM 7	<p>Vous réalisez donc le bilan biologique sanguin suivant :</p> <p>$\text{Na}^+ = 128 \text{ mmol/L}$</p> <p>$\text{K}^+ = 4,2 \text{ mmol/L}$</p> <p>$\text{Cl}^- = 88 \text{ mmol/L}$</p> <p>$\text{HCO}_3^- = 16 \text{ mmol/L}$</p> <p>Urée = 16 mmol/L</p> <p>Créatinine = 91 $\mu\text{mol/L}$</p> <p>Glycémie = 0,85 g/L</p> <p>Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Hypoglycémie</p> <p>Insuffisance rénale</p> <p>Hyponatrémie</p> <p>Hypochlorémie</p> <p>Vous estimatez finalement que cette diarrhée aiguë est sévère (hypovolémie)</p>
QCM 8	<p>Finalement, en raison de l'évolutivité clinique de la déshydratation et des résultats du bilan biologique, vous décidez de débuter un remplissage vasculaire. Quelle(s) en est (sont) la (les) modalité(s) ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Ringer lactate 210 ml sur 30 minutes</p> <p>NaCl 0,9 % 140 mL sur 20 minutes</p> <p>NaCl 0,9 % 210 mL sur 30 minutes</p> <p>Relais IV par du soluté glucose à 5 % (G5) contenant 2 g/L de NaCl</p> <p>Le débit du relais IV est en moyenne de 50 mL/kg/jour</p>

QCM 9	Selon vous, quel est le meilleur critère d'efficacité clinique du remplissage ?
A -	Normalisation de la fréquence cardiaque
B -	Disparition du pli cutané
C -	Normalisation du temps de recoloration cutané
D -	Reprise de la diurèse
E -	Normalisation de la pression artérielle
QCM 10	Eden évolue favorablement et vous reprenez un traitement par soluté de réhydratation orale. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) concernant le SRO ?
A -	Il permet parfois de ralentir la diarrhée
B -	Il permet parfois de stopper les vomissements
C -	Il est disponible en pharmacie sans ordonnance
D -	Il corrige la déshydratation
E -	Il se présente sous forme de sachet à diluer dans 50 mL d'eau pure
QCM 11	D'une façon générale, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) concernant la reprise de l'alimentation ?
A -	Chez un nourrisson de 3 mois allaité, il faut donner un hydrolysat extensif de protéines du lait de vache (PLV) sans lactose contenant des triglycérides à chaîne moyenne (TGCM) pendant 3 semaines
B -	Chez un nourrisson de 6 mois non allaité avec une diarrhée sévère il faut donner un hydrolysat extensif de PLV sans lactose contenant des TGCM pendant 3 semaines
C -	Chez un nourrisson de 5 mois non allaité avec une diarrhée peu sévère il faut donner un lait sans lactose pendant 1 à 2 semaines
D -	Chez un nourrisson de 4 mois non allaité avec une diarrhée sévère il faut donner un lait sans lactose pendant 1 à 2 semaines
E -	Chez un nourrisson de 4 mois non allaité avec une diarrhée peu sévère il faut donner un lait sans lactose pendant 1 à 2 semaines
QCM 12	Sa maman vous apprend qu'Eden a une sœur de 2 ans et qu'elle a eu une gastroentérite virale très récemment. Vous suspectez donc une étiologie virale pour cette diarrhée. Concernant le vaccin contre le rotavirus, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Ce vaccin peut être réalisé chez Eden
B -	Eden est encore trop jeune pour recevoir ce vaccin
C -	Ce vaccin est contre-indiqué en cas d'antécédent de malformation du tractus gastro-intestinal
D -	Ce vaccin est vivant atténué
E -	Son efficacité est proche de 100 % sur toutes les formes de gastroentérites aiguës à rotavirus
QCM 13	Quel(s) médicament(s) prescrivez-vous pour Eden ?
A -	Antidiarrhéique : Lopéramide
B -	Antisécrétoire intestinal : Racécadotril
C -	Antibiotique : Fluoroquinolone
D -	Saccharomyces Boulardii (Ultra-levure)
E -	Anti-émétique : Métopimazine

QCM 14	Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) possible(s) d'une gastroentérite aiguë comme celle rencontrée chez Eden ?
A -	Thrombose des veines rénales
B -	Hématome sous-dural
C -	Diarrhée prolongée > 15 jours
D -	Thrombophlébite cérébrale
E -	Convulsions
QCM 15	Laquelle (lesquelles) de ces mesures peuvent-être préconisées afin de prévenir la survenue de gastroentérites aiguës potentiellement grave chez le nourrisson ?
A -	Eviction de la collectivité de l'enfant atteint pendant 5 jours
B -	Réhydratation orale précoce par SRO, à défaut par jus de fruits
C -	Hygiène des mains à la solution hydroalcoolique
D -	Isolement gouttelettes en milieu hospitalier
E -	Vaccination contre le rotavirus dès l'âge de 6 semaines

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Diarrhée aiguë liquidiennne de l'enfant : perte de poids < 5 % = retour à domicile ; 5 à 10 % = essai SRO en 1^{re} intention ; > 10 % = hospitalisation et hydratation IV ; signes d'hypovolémie = remplissage vasculaire.
- Différencier les signes de déshydratation extracellulaire (liée à un bilan sodé négatif) et les signes de déshydratation intracellulaire (liée à un bilan hydrique négatif)
- Diarrhée du nourrisson = HYDRATER EN URGENCE !

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A D		<ul style="list-style-type: none">– La définition d'une diarrhée chez l'enfant est la suivante :<ul style="list-style-type: none">- Emission brutale de selles trop fréquentes :<ul style="list-style-type: none">× > 3/jour si allaitement artificiel× > 6/jour si allaitement maternel- Ou émission brutale de selles trop liquides- Depuis moins de 7 jours.
2- Réponse : A B D E		<ul style="list-style-type: none">– Comprendre la physiopathologie est important pour déduire le traitement de la diarrhée aiguë de l'enfant.– Les différents points sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Malabsorption des nutriments (et notamment des glucides) => diarrhée osmotique- Activation de l'adénylate cyclase par une entérotoxine => hypersécrétion intestinale de chlore et d'eau- L'absorption d'eau à travers la muqueuse intestinale est un phénomène passif (gradient osmotique), dépendant des mouvements d'électrolytes, et notamment du sodium et du glucose.- Le sodium pénètre dans l'entérocyte à la fois par diffusion et par transport actif couplé avec le glucose (et le chlore et les acides aminés).
3- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none">– Eden a 4 mois, les normes sont les suivantes :<ul style="list-style-type: none">- Pression artérielle systolique minimale > 70 mmHg- Fréquence cardiaque comprise entre 100 et 170/min.<ul style="list-style-type: none">=> Les constantes du petit Eden sont donc normales pour l'âge.– La perte de poids est de 3 % : $(7150-6930)/7150 = 0,03$.

4- Réponse : E

- La déshydratation correspond ici à une **perte de poids < 5 %**. La prise en charge est la suivante :
 - **Retour à domicile** (car Eden continue de s'alimenter) avec consignes de surveillance pour les parents
 - **Apports de soluté de réhydratation orale (SRO)** pour permettre la réhydratation et l'apport d'électrolytes (sodium, glucose ou dextrine maltose).
- Dans le cas où l'alimentation est constituée de lait artificiel, une réhydratation exclusive de 4-6 heures est indispensable avant de reprendre l'alimentation habituelle.
- Dans le cas où l'alimentation suivie est l'allaitement maternel, il n'y a pas d'interruption de l'alimentation et il faut alterner les tétées et les apports de SRO.

5- Réponse : C E

- La perte de poids peut être estimée rapidement par des **éléments cliniques** lors d'une déshydratation aiguë chez l'enfant :
 - **Cernes et sécheresse des muqueuses** (langue) : perte de poids > 5 %
 - **Pli cutané** : perte de poids > 10 %
 - **Signes d'hypovolémie** (tachycardie, hypotension...) : perte de poids > 15 %.
- Ici, la présence de cernes, la sécheresse de la langue, et l'absence de pli cutané et de signe d'hypovolémie permettent d'estimer approximativement la perte de poids entre 5 et 10 %.
- Les signes correspondant à la **déshydratation extracellulaire** (perte de sel) sont les suivants :
 - Cernes périoculaires
 - Pli cutané
 - Fontanelle déprimée
 - Signes d'hypovolémie : tachycardie, hypotension...
- Les signes correspondant à la **déshydratation intracellulaires** (perte d'eau) sont les suivants :
 - Soif
 - Sécheresse des muqueuses (langue)
 - Complications : crises convulsives, hématome sous-dural, coma...

6- Réponse : B C

- La situation rencontrée ici est une perte de poids comprise entre 5-10 %, après échec d'une prise en charge ambulatoire par alternance SRO-tétées. Eden ne s'alimente que difficilement : il est nécessaire de l'**hydrater par voie veineuse** voire de proposer une **nutrition entérale continue**.
- Un bilan biologique (ionogramme, urée, créatinine) est nécessaire avant l'**hydratation IV**. On la réalise dans 3 situations :
 - Déshydratation aiguë sévère > 10 %
 - Déshydratation aiguë modérée (5-10%) après échec du SRO : c'est le cas ici
 - Terrain à risque de déshydratation (mucoviscidose...)
- La coproculture n'est pas justifiée. Elle n'est réalisée que dans les situations suivantes :
 - Retour de voyage en zone d'endémie de germes à tropisme digestif (salmonella, shigella...)
 - Diarrhée glairösanglante
 - Terrain : < 3 mois (suspicion d'infection materno-fœtale jusqu'à preuve du contraire), drépanocytose, immunosuppression...)
- Le **remplissage vasculaire** (= expansion volémique) est utilisé lors d'un état d'**hypovolémie**, où la simple « réhydratation IV » n'est plus suffisante. C'est le traitement de l'état de choc hypovolémique. Ici nous sommes dans le cadre d'une **déshydratation modérée** ne répondant pas au traitement oral, une **hydratation IV suffit**.
- Il ne faut JAMAIS donner de l'eau pure à un enfant déshydraté ! (cf. question 2) Toute perte d'eau s'accompagne d'une perte en sodium et en glucides, il est donc nécessaire d'apporter tous ces composants à la fois (présents dans le SRO).

7- Réponse : B C D E

- La créatininémie est ici élevée pour l'âge (notons également qu'elle serait élevée pour une femme adulte dont les normes sont comprises entre 50 et 90 µmol/L !). Nous sommes donc face à une **insuffisance rénale**, très probablement fonctionnelle sur déshydratation.
- Une diarrhée entraînant une insuffisance rénale fonctionnelle est a priori compliquée d'**hypovolémie**. Une diarrhée compliquée d'hypovolémie est une **diarrhée sévère** nécessitant le plus souvent une expansion volémique.
- La glycémie est normale ($N > 0,5 \text{ g/L}$ chez le non-diabétique).
- Il y a une hyponatrémie (la norme est $\text{Na}^+ > 135 \text{ mmol/L}$).
- Il y a une hypochlorémie (la norme est $\text{Cl}^- > 98 \text{ mmol/L}$).

8- Réponse : B

- Le remplissage vasculaire a pour but de **corriger en urgence une situation d'hypovolémie** et d'éviter ses complications (insuffisance rénale, collapsus cardiovasculaire, état de choc hypovolémique...).
- Le remplissage est effectué par **perfusion intraveineuse de NaCl (= cristalloïdes) 0,9 % à 20 mL/kg sur 20 minutes** (soit 140 mL environ chez Eden). Il peut être renouvelé si besoin selon l'état hémodynamique.
- Suite au remplissage vasculaire, une **hydratation IV par NaCl** doit être mise en place. Le soluté glucosé ne permet pas d'hydrater le secteur plasmatique, et ne doit donc pas être utilisé dans ce contexte. Le débit moyen du relais IV est en moyenne de 150 mL/kg/jour (les besoins hydriques avant l'âge de 6 mois sont compris entre 120 et 150 mL/kg/jour).

9- Réponse : D

- Le meilleur critère d'efficacité clinique du remplissage est la **reprise de la diurèse**
- Le pli cutané et le temps de recoloration cutané sont en revanche les 2 signes cliniques les plus fiables pour détecter/évaluer une déshydratation de l'enfant.

10- Réponse : B C D

- Le soluté de réhydratation orale permet :
 - De **corriger la déshydratation** en apportant de l'eau et des électrolytes
 - Parfois de **stopper les vomissements** induits par la cétose de jeûne en apportant des glucides
- Le SRO n'a **aucun effet sur la diarrhée**
- Il est disponible en pharmacie **avec ou sans ordonnance**
- Il se présente sous forme de sachet à diluer dans 200 mL d'eau pure

11- Réponse : D

- Chez les nourrissons nourris au lait maternel, la reprise de l'alimentation se fait immédiatement, et en alternance avec du SRO.
- Chez les nourrissons nourris au lait artificiel, le reprise de l'alimentation se fait après 4-6 heures de réhydratation exclusive par du SRO, et le type de préparation dépend de l'âge et de la sévérité de la diarrhée :
 - AGE < 4 MOIS : **hydrolysat extensif de PLV sans lactose contenant des TGCM** pendant 3 semaines
 - AGE ≥ 4 MOIS :
 - × **DIARRHEE PEU SEVERE** : **préparation lactée habituelle**
 - Si persistance de la diarrhée > 15 jours : **lait sans lactose** pendant 1 à 2 semaines
 - × **DIARRHEE SEVERE** : **lait sans lactose** pendant 1 à 2 semaines

12- Réponse : C D

- Le vaccin contre le rotavirus est un **vaccin vivant atténué** administrable dès 6 semaines de vie . Attention, ce vaccin n'est plus recommandé en raison d'un ratio bénéfice-risque insuffisant (HCSP 2015).
- Il y a cependant 2 contre-indications à ce vaccin :
 - L'**antécédent d'invagination intestinale aiguë** (ce vaccin ne peut donc pas être réalisé chez Eden)
 - L'**antécédent de malformation du tractus gastro-intestinal**
- L'**efficacité** de ce vaccin :
 - Est de 70 % sur toutes les formes de gastroentérites aiguës (GEA) à rotavirus
 - Est proche de 100 % pour les formes sévères de GEA à rotavirus.

13- Réponse : B

- Les indications des traitements médicamenteux dans la gastroentérite de l'enfant sont très limitées. Retenir que le SRO est le traitement le plus important et que l'on peut ajouter du racécadotril (TIORFAN) pour diminuer le débit des selles (sans agir sur la motilité intestinale).
- Le lopéramide et l'ultra-levure sont **contre-indiqués** avant l'âge de 2 ans X.
- Les anti-émétiques ne sont pas recommandés dans la gastroentérite aiguë de l'enfant X.

14- Réponse : A B C D E

- Toutes ces complications peuvent survenir suite à un épisode de gastroentérite aiguë du nourrisson. La GEA du nourrisson est une véritable urgence lorsqu'elle s'associe à une déshydratation, en raison des complications qu'elle entraîne □ :
 - **Complications neurologiques :**
 - ✗ Convulsions
 - ✗ Hématome sous-dural
 - ✗ Thromboses veineuses cérébrales
 - ✗ Somnolence, coma, décès...
 - **Complications rénales :**
 - ✗ Insuffisance rénale fonctionnelle puis organique
 - ✗ Nécrose corticale liée à l'ischémie du choc hypovolémique
 - ✗ Thromboses veineuses rénales
 - **Autres complications hémodynamiques :**
 - ✗ Collapsus cardiovasculaire
 - ✗ Etat de choc hypovolémique...
- Une diarrhée prolongée peut également être rencontrée suite à une diarrhée sévère à rotavirus, en raison de lésions villositaires importantes □.

15- Réponse : C

- Les mesures préventives à mettre en œuvre pour éviter les GEA sont les suivantes □ :
 - **Isolement contact** en milieu hospitalier
 - **Hygiène des mains au SHA**
- La vaccination contre le rotavirus dès l'âge de 6 semaines était recommandée en 2014 par le Haut Conseil de Santé Publique, mais a été remise en question en 2015. Un avis du HCSP de 2015, **suspend désormais la recommandation de vaccination des nourrissons** en raison d'un rapport bénéfice-risque insuffisant X.
- L'évitement stricte de la collectivité n'est pas recommandée ; on préconise en revanche une **restriction de fréquentation de la collectivité pendant la phase aiguë** de l'infection □.
- Lors d'une GEA du nourrisson, la réhydratation orale précoce par SRO est importante pour éviter les complications graves liées à la déshydratation. **Les jus de fruits ne doivent pas être utilisés** en remplacement du SRO : ils sont trop sucrés, hyperosmolaires et pauvres en électrolytes X.



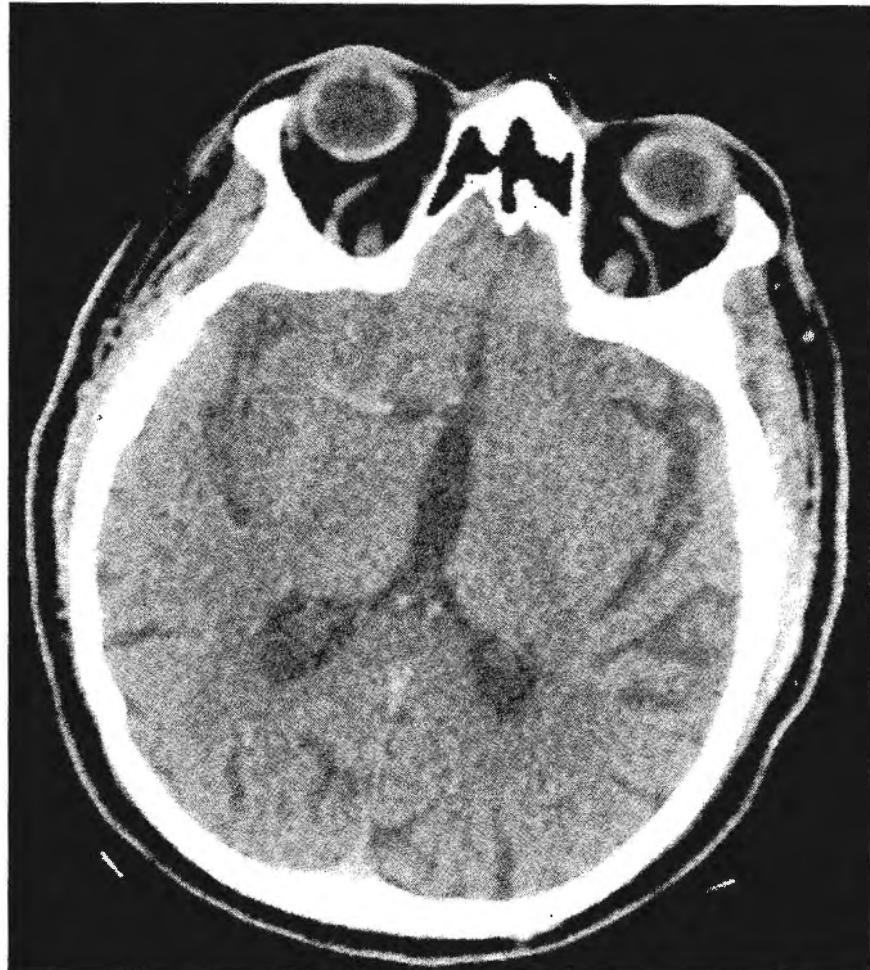
J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser*

Cas clinique QCM N° 13

Mme L., 69 ans, droitière, vous est amenée par le SMUR pour un déficit moteur d'apparition brutale de l'hémicorps gauche et de l'hémiface gauche apparu il y a 1h30. Elle a comme antécédent un diabète de type 2 insulinoréquérant, une hypertension artérielle non traitée et un tabagisme estimé à 35 PA. Le médecin du SMUR a pris sa glycémie capillaire : 1,15 g/L.

QCM 1	Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) le(s) plus probable(s) ?
A -	Migraine avec aura
B -	Hypoglycémie
C -	Accident vasculaire cérébral
D -	Accident ischémique transitoire
E -	Crise épileptique partielle
QCM 2	Vous suspectez un accident vasculaire cérébral. Vous notez que l'hémiparésie est à prédominance brachio-faciale. Si votre hypothèse s'avérait juste, quel serait le territoire artériel atteint ?
A -	Artère cérébrale antérieure droite
B -	Artère sylvienne droite territoire profond
C -	Artère cérébrale postérieure droite territoire superficiel
D -	Artère cérébrale moyenne droite territoire superficiel
E -	Artère sylvienne droite territoire profond
QCM 3	Lorsque tous les examens suivants sont disponibles, lequel choisissez-vous en première intention à visée diagnostique ?
A -	Scanner cérébral non injecté
B -	IRM en séquence T1, T2, T2 FLAIR, T2*
C -	Electroencéphalogramme
D -	Echo-doppler des troncs supra-aortiques
E -	IRM en séquence DWI, T2 FLAIR, T2*, 3D ToF
QCM 4	A propos de l'IRM cérébrale, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La séquence « diffusion » permet de visualiser un infarctus cérébral sous forme de plages hypointenses
B -	La séquence 3D-ToF visualise les hémorragies intraparenchymateuses
C -	La séquence T2 FLAIR est la séquence IRM permettant la visualisation d'un infarctus cérébral au stade le plus précoce
D -	La séquence T1 permet l'identification des AVC anciens et des anomalies de la substance blanche (leucoencéphalopathie)
E -	La séquence « écho de gradient » permet de visualiser des lésions hémorragiques du parenchyme cérébral

Au final vous avez réalisé l'imagerie suivante :



QCM 5

Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - Il s'agit d'un scanner cérébral
- B - Il s'agit d'une IRM cérébrale
- C - Ce cliché est en faveur d'un AVC ischémique de l'artère sylvienne gauche
- D - Ce cliché montre un effacement des sillons corticaux localisé
- E - Ce cliché est normal

QCM 6

Votre diagnostic est confirmé. Lequel (lesquels) de ces symptômes est (sont) compatible(s) avec ce diagnostic ?

- A - Adynamie
- B - Hémianopsie latérale homonyme
- C - Apraxie idéatoire
- D - Prosopagnosie
- E - Cécité complète

QCM 7

Vous calculez le score NIHSS qui est de 23. Quel(s) traitement(s) mettez-vous en place immédiatement ?

- A - Thrombolyse par le rt-PA
- B - Aspirine
- C - Héparine à doses curatives
- D - Intervention neurochirurgicale
- E - Toutes ces réponses sont fausses

QCM 8	Quel bilan prescrivez-vous en première intention à visée étiologique ?
A - Holter-ECG B - Exploration d'anomalies lipidiques C - Créatininémie D - Anticorps anti-nucléaires E - CRP	
QCM 9	Les examens cardiaques réalisés n'optent pas en faveur d'une cardiopathie emboligène et l'angioTDM des troncs supra-aortiques retrouvait deux carotides athéromateuses, la gauche obstruée à 60 % et la droite à 85 %. Mme L. se remet petit à petit de son AVC mais garde une hémiplégie importante. Quel est l'échelle permettant d'évaluer le degré de spasticité dans ce contexte ?
A - Score ASIA B - Echelle d'Ashworth C - Echelle UPDRS D - Echelle de Norton E - Echelle EDSS	
QCM 10	Quelle(s) mesure(s) pouvez-vous adopter à visée préventive ?
A - Endartériectomie B - Arrêt du tabac C - Prise d'un IEC D - Améliorer le contrôle glycémique avec l'obtention si possible d'une HbA1c < 6.5 % E - Prise d'une statine uniquement si le LDL est supérieur à 0,7 g/L	
QCM 11	Lorsque vous parlez à Mme L., vous remarquez un débit verbal diminué. Vous notez aussi une modification du langage : certains phonèmes semblent être ajoutés ou omis, même si le sens global du langage reste compréhensible. La compréhension du langage ne semble pas être altérée. Que suspectez-vous ?
A - Aphasie de Broca B - Aphasie de Wernicke C - Aphasie transcorticale motrice D - Aphasie transcorticale sensorielle E - Aphasie de conduite	
QCM 12	Quel est le siège de la lésion expliquant l'aphasie décrite à la question précédente ?
A - Aire motrice supplémentaire ou connexions à l'aire de Broca B - Faisceau arqué C - Aires 44 et 45 de Brodman, situées au niveau de F3 D - Aire 22 de Brodman, située au niveau de la partie postérieure de T1 E - Cortex postérieur à l'aire 22	
QCM 13	Vous revoyez Mme L. 15 ans après pour l'apparition brutale d'un grand vertige, accompagné de nausées et vomissements. Vous remarquez que l'œil gauche est fermé, et lorsque vous ouvrez cet œil, la pupille reste contractée. Vous remarquez aussi une rétrusion vers l'arrière du globe oculaire gauche. Vous notez un tremblement à prédominance cinétique de l'hémicorps gauche. Elle a également des troubles de phonation. Elle ne sent plus la douleur au niveau de la main droite, et vous ne relevez pas de nouveau déficit moteur. Quel(s) diagnostic(s) suspectez-vous ?
A - Syndrome de Balint B - Syndrome de Wallenberg C - Syndrome de Miller-Fisher D - Syndrome de Claude-Bernard-Horner E - Syndrome alterne sensitif	

QCM 14 | Quelle est l'artère la plus vraisemblablement touchée devant ce tableau ?

- A - Artère cérébrale postérieure
- B - Tronc basilaire
- C - Artère de la fossette latérale de la moëlle allongée
- D - Artère vertébrale
- E - Artère cérébelleuse antérosupérieure

QCM 15 | Quel(s) autre(s) signe(s) appartenant à ce syndrome recherchez-vous ?

- A - Anesthésie thermoalgique de l'hémicorps gauche
- B - Troubles de la déglutition
- C - Paralysie faciale périphérique gauche
- D - Paralysie faciale centrale gauche
- E - Anesthésie de l'hémiface droite

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Connaître par cœur les manifestations des différentes localisations d'AVC
- AVC massif = pas de thrombolyse
- Infarctus cérébral sylvien superficiel de l'hémisphère dominant : aphasic (Broca, Wernicke, de conduction) ou apraxie (idéomotrice, idéatoire) possibles

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : C	<p>– Nous sommes ici dans une situation de :</p> <ul style="list-style-type: none">- Déficit neurologique : déficit moteur systématisé, lié à une atteinte hémisphérique controlatérale- Focal : hémiplégie- D'apparition brutale- Persistant : depuis > 1 heure, éliminant l'AIT => cette atteinte est très évocatrice d'AVC. <p>– Il ne s'agit pas ici de la présentation typique de l'aura migraineuse X qui contrairement à l'AVC :</p> <ul style="list-style-type: none">- A un début progressif (\geq 5 minutes)- Réalise une « marche migraineuse » de plusieurs dizaines de minutes- Régresse en moins d'une heure. <p>– Premier élément à penser devant une symptomatologie neurologique : ELIMINER UNE HYPOGLYCEMIE. Ici, la glycémie capillaire étant normale, nous pouvons éliminer ce diagnostic X.</p> <p>– La crise épileptique partielle X est responsable de déficit neurologique, mais contrairement à l'AVC ses caractéristiques sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- Début non brutal, mais rapidement progressif (quelques secondes)- Réalise une « marche épileptique » : la propagation de la crise à l'ensemble du corps est rapide (une dizaine de secondes)- Parfois amnésie de la crise si crise partielle complexe (contrairement à l'AVC où le patient se souvient de l'épisode).
2- Réponse : D	<p>– Hémiplégie à prédominance brachio-faciale = atteinte de l'artère cérébrale moyenne (= artère sylvienne).</p> <p>– L'hémiplégie étant localisée à droite, l'atteinte se situe alors à gauche.</p>
3- Réponse : E	<p>– L'examen à réaliser en 1^{re} intention devant un AVC est l'IRM cérébrale.</p> <p>– Les séquences réalisées sont la diffusion (DWI), T2 FLAIR, T2* et 3D Time of Flight (cf. question suivante).</p>

4- Réponse : E

- La séquence « diffusion »(ou DWI) représente une cartographie des mouvements des molécules d'eau présentes dans un tissu. Il faut imaginer que l'œdème cytotoxique est un obstacle au mouvement de molécules d'eau dans le parenchyme cérébral sain, ce qui se manifeste très précocement par un **hypersignal diffusion**. Il s'agit de la séquence IRM permettant la visualisation d'un infarctus cérébral au stade le plus précoce.
- La séquence 3D-ToF est une séquence d'angio-IRM sans produit de contraste, permettant de faire la **cartographie des artères du polygone de Willis**. Cette séquence permet de mettre en évidence une éventuelle **occlusion artérielle**.
- La séquence « écho de gradient » (ou T2*) visualise les **lésions hémorragiques** du parenchyme cérébral.
- La séquence T2 FLAIR permet la visualisation d'un infarctus cérébral au bout de quelques heures et permet l'indentification des **AVC anciens** et des **anomalies de la substance blanche** (leucoencéphalopathie).
- La séquence T1 a peu d'importance pour le diagnostic d'un **AVC X**.

5- Réponse : A D

- Ce cliché est un **scanner cérébral** en coupe axiale . Dans certains centres il est plus souvent réalisé que l'IRM pour des raisons de disponibilité.
- Ce scanner montre le **signe de la « trop belle artère sylvienne »** à droite, qui traduit l'existence d'un thrombus dans l'artère cérébral moyenne droite .
- L'AVC de l'artère sylvienne droite provoque un œdème responsable d'un effet de masse local et d'un **effacement localisé des sillons corticaux** à droite .

**6- Réponse : B C**

- Nous sommes face à un infarctus de l'artère cérébrale moyenne territoire superficiel, de l'hémisphère majeur (hémisphère gauche chez une droitière). Les atteintes possibles sont :
 - Hémiplégie droite à prédominance brachiofaciale
 - Troubles sensitifs à droite
 - **Hémianopsie latérale homonyme** droite
 - Aphasicie de Broca, de Wernicke ou de conduction
 - **Apraxie idéomotrice** ou **idéatoire**.
- L'adynamie (ou syndrome frontal) est retrouvée en cas d'infarctus de l'**artère cérébrale antérieure** .
- La prosopagnosie est retrouvée en cas d'**infarctus cérébral postérieur en territoire superficiel dans l'hémisphère mineur** .
- La cécité complète (cécité corticale) est retrouvée en cas d'**infarctus cérébraux postérieurs bilatéraux** .

7- Réponse : B

- Un score NIHSS > 22 contre-indique la thrombolyse : l'infarctus est trop important pour pouvoir espérer une récupération suffisante, et le rapport bénéfice-risque est défavorable X.
- Le traitement repose donc sur l'aspirine à dose anti-agrégante, prescrite dès l'arrivée, pour la prévention d'une récidive précoce d'AVC ischémique.
- Les anticoagulants à doses curatives sont contre-indiqués dans ce contexte d'AVC ischémique massif X.
- La neurochirurgie n'a pas sa place en urgence dans le traitement d'un AVC ischémique du sujet âgé X.

8- Réponse : B C E

- Le bilan biologique de 1^{re} intention réalisé devant un AVC ischémique doit rechercher ☐ :
 - Un état prothrombotique : NFS, TP-TCA
 - Un bilan des facteurs de risque cardio-vasculaires : glycémie, EAL
 - La recherche d'une insuffisance rénale : ionogramme avec créatininémie
 - La recherche d'une cause inflammatoire (comme une artérite à cellules géantes par ex.) : CRP
- On ajoute à ce bilan biologique :
 - Un ECG et ETT : recherche d'arguments en faveur d'une cardiopathie emboligène
 - Imagerie des troncs supra-aortiques
- Le holter-ECG n'est réalisé qu'en cas d'absence de cause évidente (si ECG négatif) X.
- Les anticorps anti-nucléaires ne sont réalisés qu'en cas de suspicion de maladie auto-immune, sur points d'appel cliniques X.

9- Réponse : B

- Score ASIA = examen neurologique du traumatisé médullaire X
- Echelle d'Ashworth = échelle de spasticité ☒
- Echelle UPDRS = suivi de la maladie de Parkinson X
- Echelle de Norton = évaluation du risque d'escarre X
- Echelle EDSS = évaluation du handicap dans la sclérose en plaques X

10- Réponse : B C D

- L'endartéiectomie n'est pas indiquée en cas d'AVC massif, le bénéfice attendu étant trop faible.
- L'arrêt du tabac, la prise d'un IEC et d'une statine (quel que soit le niveau de cholestérol en prévention secondaire X) et l'amélioration du contrôle glycémique sont nécessaires ①.

11- Réponse : A

- Il s'agit d'une aphasic de Broca : aphasic non fluente (débit verbal diminué), avec paraphrasies phonémiques et compréhension normale ☒.

12- Réponse : C

- Aphasie de Broca = Aires 44 et 45 de Brodmann, situées au niveau de F3.

13- Réponse : B D E

- Le tableau rassemble :
 - Grand vertige brutal : compatible avec une atteinte du VIII
 - Myosis, ptosis gauche, énophthalmie gauche : **syndrome de Claude-Bernard-Horner gauche**
 - Tremblement à prédominance cinétique gauche : compatible avec un hémisindrome cérébelleux gauche
 - Troubles de la phonation
 - Anesthésie de la main droite
 - Pas de nouveau déficit moteur
- Ce tableau correspond à celui d'un **syndrome de Wallenberg**, ou **syndrome alterne sensitif**.

14- Réponse : C

- Le syndrome de Wallenberg est lié à une atteinte de l'**artère de la fossette latérale de la moëlle allongée**.

15- Réponse : B

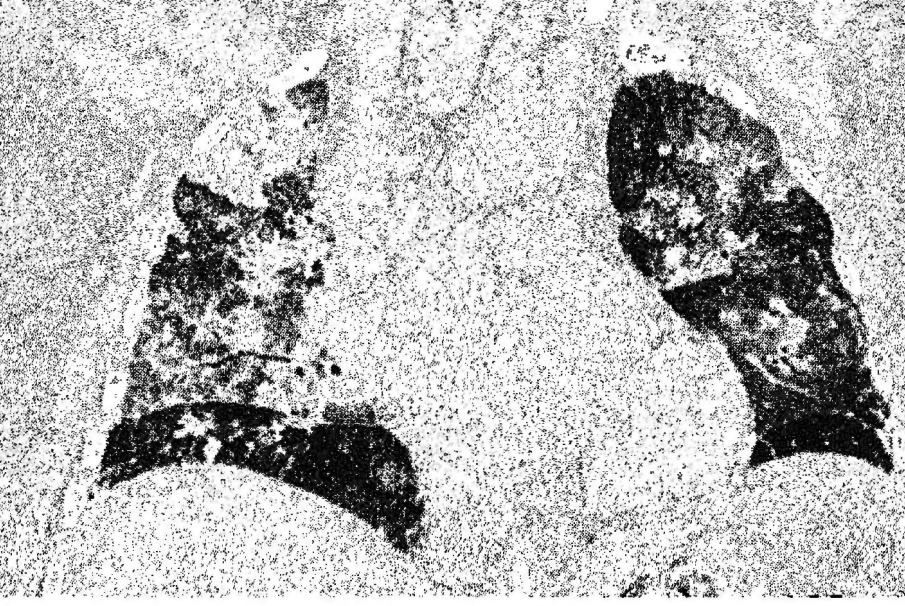
- On peut retrouver dans un syndrome de Wallenberg gauche :
 - Anesthésie thermoalgique de l'hémicorps DROIT X
 - **Troubles de la déglutition**
 - **Pas de paralysie faciale** (il s'agit d'un syndrome alterne sensitif, donc pas de déficit moteur) X
 - Anesthésie de l'hémiface GAUCHE (par atteinte du nerf V) X.

Cas clinique QCM N° 14

M. X., 34 ans, consulte aux urgences pour douleur épigastrique transfixante apparue depuis 24 heures. Vous relevez un antécédent d'asthme contrôlé sous corticostéroïdes inhalés. Il pèse 94 kg pour 1m71. Les constantes sont les suivantes : PA = 125/88, Fc = 78/min, SpO₂ = 98 % en air ambiant, T° = 39°C. Lors de votre examen vous remarquez un discret ictère conjonctival, et le patient côte la douleur spontanée à 10/10. A la palpation abdominale, vous avez un doute sur une défense de siège épigastrique. Votre patient se plaint également de frissons.

QCM 1	Quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer ?
A -	Angiocholite aiguë
B -	Colique hépatique
C -	Pancréatite aiguë
D -	Cholécystite aiguë
E -	Pyélonéphrite aiguë
QCM 2	Si vous aviez évoqué une angiocholite aiguë, quel(s) pourrai(en)t-être le(s) argument(s) en faveur de cette affection ?
A -	Antécédent de cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) récente
B -	Apparition simultanée de fièvre + douleur + ictère en quelques minutes à quelques heures
C -	L'ictère est le plus souvent au premier plan
D -	La présence d'un syndrome infectieux sévère avec insuffisance rénale
E -	Caractère transfixiant de la douleur
QCM 3	Si vous aviez évoqué une pancréatite aiguë, quel(s) pourrai(en)t être le(s) argument(s) en faveur de cette affection ?
A -	Siège épigastrique de la douleur
B -	Douleur très intense, résistant aux antalgiques de niveau 2
C -	Présence d'une défense
D -	Caractère transfixiant de la douleur
E -	Présence d'un syndrome infectieux au 1 ^{er} plan
QCM 4	Parmi les signes cliniques suivants, lequel (lesquels) recherchez-vous en faveur du diagnostic d'angiocholite aiguë ?
A -	Uries foncées
B -	Hépatomégalie
C -	Circulation veineuse collatérale abdominale
D -	Ascite
E -	Selles noires

	<p>Vous réalisez une échographie mettant en évidence 5 lithiasés vésiculaires, pas d'épaississement de la paroi vésiculaire, et une dilatation de la voie biliaire principale. Les résultats des examens biologiques que vous avez prescrits sont les suivants :</p> <p>QCM 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb = 145 g/L, leucocytes = 23 G/L (PNN = 16 G/L), plaquettes = 263 G/L. - Na⁺ = 144 mmol/L, K⁺ = 5.1 mmol/L, urée = 15 mmol/L, créatinine = 125 µmol/L - ASAT et ALAT = 9N, γGT et PAL augmentés, lipase = 650 UI/L (N < 150 UI/L). <p>Quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?</p>
A -	Angiocholite aiguë
B -	Cholécystite aiguë
C -	Colique hépatique
D -	Hydrocholécyste
E -	Pancréatite aiguë
QCM 6	Quel est votre prise en charge en urgence ?
A -	Hydratation abondante par voie IV
B -	Anti-inflammatoire non stéroïdien
C -	Cholécystectomie
D -	Réalisation d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)
E -	Anti-spasmodique
QCM 7	Vous décidez (à tort ou à raison) de réaliser une CPRE. Quels sont ses deux complications les plus fréquentes ?
A -	Hémorragie
B -	Pancréatite aiguë
C -	Perforation duodénale
D -	Fistule digestive
E -	Infection
QCM 8	Vous revoyez M. X. un mois plus tard pour récidive de la douleur épigastrique depuis plusieurs heures. La douleur irradie dans le dos en inhibant la respiration et résiste au tramadol. Votre patient a eu 3 épisodes de vomissements aujourd'hui, et a des nausées persistantes. Vous évoquez le diagnostic de pancréatite aiguë devant le contexte de CPRE récente. Quel(s) examen(s) d'imagerie est (sont) nécessaire(s) pour établir le diagnostic ?
A -	Echographie abdominale
B -	Echo-endoscopie
C -	TDM abdominale non injectée
D -	TDM abdominale injectée
E -	Aucun de ces examens
QCM 9	Vous faites le diagnostic de pancréatite aiguë. Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) utile(s) pour évaluer la gravité ?
A -	Fréquence cardiaque
B -	Leucocytes
C -	ALAT
D -	CRP
E -	Fréquence respiratoire

QCM 10	Concernant le scanner abdominal avec injection de produit de contraste, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) juste(s) ?
A - B - C - D - E -	Il permet le calcul du score d'Imrie Il est effectué dès le diagnostic de pancréatite aiguë Il est effectué à 48 h du diagnostic de pancréatite aiguë Il doit être réalisé systématiquement en cas de suspicion de pancréatite aiguë grave Il permet de bien visualiser les complications de la pancréatite aiguë
QCM 11	Les constantes de votre patient sont les suivantes : PA = 99/45, Fc = 109/min, FR = 22 cycles/min, SpO₂ = 93 % en air ambiant, T° = 38.3°C. La CRP est égale à 135 mg/L. Quelle est votre conduite à tenir ?
A - B - C - D - E -	Hospitalisation en service de médecine digestive Hospitalisation en unité de soins continus Alimentation mixée Pose d'un cathéter veineux central Antibiothérapie préventive de l'infection de nécrose
QCM 12	Le lendemain du début de votre prise en charge, M. X. se plaint d'une dyspnée avec désaturation. Quel(s) examen(s) devez-vous réaliser rapidement devant une dyspnée aiguë ?
A - B - C - D - E -	ECG Radiographie thoracique EFR Gazométrie artérielle Hémogramme
QCM 13	Une radiographie thoracique est réalisée montrant des opacités alvéolaires bilatérales diffuses avec émoussement des culs-de-sac pleuraux. Un scanner thoracique est réalisé et vous observez l'image suivante :
	
	Que pouvez-vous suspecter dans ce contexte ?
A - B - C - D - E -	Une pneumopathie infectieuse Un œdème aigu pulmonaire cardiogénique Un syndrome de détresse respiratoire aiguë Une lymphangite carcinomateuse Une fistule pancréatico-pleurale

QCM 14	A propos du SDRA, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La mortalité avoisine 50 %
B -	Il s'agit d'un œdème aigu pulmonaire
C -	Son diagnostic repose exclusivement sur la clinique et la radiographie du thorax
D -	Sa définition est l'inadéquation entre la demande ventilatoire à un instant donné et la capacité du système respiratoire à faire face à cette charge
E -	On trouve dans cette maladie une altération homogène du rapport ventilation-perfusion

QCM 15	Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) font partie des éléments de la prise en charge du SDRA, avec un bénéfice démontré sur la morbidité ou la mortalité ?
A -	Mise en décubitus ventral
B -	N-acétylcystéine
C -	Pression positive continue
D -	Pression expiratoire positive
E -	Monoxyde d'azote inhalé

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUICES QCM

- Principaux scores de gravité de la pancréatite aiguë : score SIRS, CRP à partir du 2^e jour, score de Balthazar modifié (établi par le scanner à 48 h)
- Pancréatite aiguë grave avec IRA = CI à l'injection de produits de contraste iodés
- ETT indispensable pour faire le diagnostic de SDRA (et éliminer au moins partiellement l'OAP cardiomédiastinique/de surcharge).

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A C	<ul style="list-style-type: none">– Devant l'association douleur abdominale aiguë + fièvre + ictere chez un homme jeune sans antécédent, il faut évoquer <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Pancréatite aiguë- Angiocholite aiguë.– L'ictère et la fièvre sont absents dans la colique hépatique <input checked="" type="checkbox"/>.– La cholécystite aiguë touche le canal cystique sans atteindre la voie biliaire principale : elle n'entraîne pas d'ictère <input checked="" type="checkbox"/>.– L'absence de signe fonctionnel urinaire, la présence d'ictère et de douleur abdominale transfixante vont à l'encontre du diagnostic de pyélonéphrite aiguë <input checked="" type="checkbox"/>.
2- Réponse : A D	<ul style="list-style-type: none">– Les arguments en faveur de l'angiocholite aiguë <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Antécédent de CPRE récente- Apparition successive en 48 heures de la douleur biliaire, la fièvre et l'ictère- Syndrome infectieux au 1^{er} plan le plus souvent- Présence d'un syndrome infectieux sévère avec insuffisance rénale (fonctionnelle puis organique, dans ce cas l'angiocholite est dite « ictero-urémigène »).– Le caractère transfixiant de la douleur oriente davantage vers une pancréatite aiguë <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : A B C D	<ul style="list-style-type: none">– Les arguments en faveur de la pancréatite aiguë <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Siège épigastrique de la douleur- Douleur très intense, nécessitant parfois des antalgiques de niveau III- Présence d'une défense abdominale- Caractère transfixiant de la douleur– La présence d'un syndrome infectieux au 1^{er} plan oriente vers une angiocholite aiguë <input checked="" type="checkbox"/>.

4- Réponse : A

- L'angiocholite aiguë est responsable d'une cholestase avec élévation de la bilirubine conjuguée entraînant :
 - Ictère
 - Selles décolorées
 - Urines foncées.
- La circulation veineuse collatérale abdominale et l'ascite sont des **signes d'hypertension portale** et ne sont pas retrouvées dans l'angiocholite aiguë .

-5 Réponse : A E

- L'association douleur épigastrique transfixante + lipase > 3N fait le diagnostic de **pancréatite aiguë** .
- La présence de dilatation de la VBP à l'échographie, d'une cholestase biologique (γGT et PAL augmentés), de calculs multiples dans la VBP et de **syndrome infectieux** (fièvre + frissons) confirment le diagnostic d'angiocholite aiguë .
- Il s'agit donc d'une pancréatite aiguë sur angiocholite aiguë par migration lithiasique.

6- Réponse : A D E

- La prise en charge en urgence comprend :
 - La recherche du germe responsable de l'angiocholite aiguë : **hémocultures**
 - L'extraction instrumentale du calcul par **CPRE**
 - **Antibiothérapie à large spectre** dirigée vers les germes digestifs puis adaptée à l'antibiogramme à partir des résultats des hémocultures
 - Traitements symptomatiques :
 - × **Antalgiques** de niveau adapté
 - × **Anti-spasmodiques**
 - × **Hydratation abondante IV** et correction de troubles hydro-électrolytiques
 - × ± mesures de réanimation.
- Les **AINS** sont **déconseillés** dans ce contexte de pancréatite aiguë : risque de toxicité rénale et augmentation du risque hémorragique .
- La **cholécystectomie** n'est pas réalisée en urgence en cas d'angiocholite aiguë mais à distance pour éviter les récidives.

7- Réponse : A B

- Les 2 complications les plus fréquentes de la CPRE sont :
 - Pancréatite aiguë : complication n°1
 - Hémorragie : complication n°2.

8- Réponse : E

- Le diagnostic de pancréatite aiguë se fait sur l'association **douleur abdominale typique + lipasémie > 3N** . Aucun examen d'imagerie n'est nécessaire pour faire le diagnostic. Un scanner abdominal peut parfois être réalisé en cas de doute diagnostique.

9- Réponse : A B D E

- La gravité est surtout évaluée par le score SIRS qui comprend les items suivants :
 - Fréquence cardiaque
 - Fréquence respiratoire
 - Température
 - Hyperleucocytose et présence de cellules immatures circulantes.
- La CRP est le marqueur biologique le plus fiable pour évaluer la gravité d'une pancréatite dès le 2^e jour.
- L'ALAT n'est pas un marqueur indispensable pour évaluer la gravité de la pancréatite X.

10- Réponse : C E

- Le scanner abdominal avec injection de produit de contraste doit être effectué à 48 h du diagnostic de pancréatite aiguë. Il permet le calcul du score de gravité scanographique ou score de Balthazar modifié.
- Attention, en cas de pancréatite aiguë grave, l'insuffisance rénale aiguë compliquant la pancréatite est une contre-indication à l'injection de produits de contraste X.
- Ce scanner avec injection permet de bien visualiser les complications de la pancréatite aiguë : coulées de nécrose, hémorragies, fistules, perforation intestinale...

11- Réponse : B D

- Vous notez 3 critères SIRS (tachycardie > 90/min, FR > 20 /min, T° ≥ 38.3°C et un début d'hypotension) : votre patient est à risque d'évolution sévère, il doit être hospitalisé en unité de soins continus.
- Lors de toute pancréatite aiguë, le patient doit être laissé à jeun (risque d'obstruction intestinale par iléus réactionnel).
- La pose d'un cathéter veineux central doit se discuter :
 - Pour faciliter la perfusion de solutés hydro-électrolytiques en quantité suffisante
 - Pour maintenir une fonction rénale correcte
 - Pour maintenir une pression veineuse correcte.
- Il n'y a pas lieu de prescrire d'antibiothérapie préventive de l'infection de nécrose, aucun antibiotique n'est validé dans cette indication X.

12- Réponse : A B D

- Les 3 examens à réaliser à visée étiologique devant une dyspnée aiguë sont :
 - ECG : recherche d'une pathologie rythmique
 - Radiographie thoracique : recherche d'une cause pulmonaire
 - Gazométrie artérielle : oriente vers le mécanisme en cause (ex : hypoventilation en cas d'hypercapnie) et vers l'ancienneté de la dyspnée (une PCO₂ et un HCO₃⁻ augmentés orientent vers une décompensation de pathologie respiratoire chronique).
 - Hémogramme : recherche d'une anémie.
- Les EFR sont utiles pour explorer une dyspnée chronique mais n'ont pas d'intérêt en urgence X.

13- Réponse : C E

- Ce scanner montre des régions en verre dépoli et des condensations témoignant d'un **comblement alvéolaire** de répartition hétérogène. La radiographie et le scanner sont plutôt en faveur d'un **œdème pulmonaire**.
- Dans ce contexte de pancréatite aiguë avec détresse respiratoire aiguë, il faut évoquer 2 diagnostics :
 - **SDRA** lié au syndrome de réponse inflammatoire systémique
 - **Fistule pancréatico-pleurale** devant l'émoussement des culs-de-sac pleuraux à la radio.
- La pneumopathie infectieuse et l'OAP cardiogénique ne collent pas avec le contexte chez un homme de 34 ans avec un asthme contrôlé comme unique antécédent X.
- La lymphangite carcinomateuse est caractérisée par un syndrome réticulo-nodulaire. De plus, elle survient dans un contexte de cancer, hypothèse peu probable chez cet homme de 34 ans X.

14- Réponse : A B

- La mortalité est de 40 à 50 % au cours du SDRA.
- Il s'agit d'un **OAP de type lésionnel** touchant les poumons de façon **hétérogène** : on retrouve donc une **altération hétérogène du rapport ventilation-perfusion**.
- Son diagnostic repose sur :
 - La **clinique** : détresse respiratoire aiguë < 7 jours
 - La **radiographie thoracique** : syndrome alvéolaire diffus bilatéral
 - ET l'**échocardiographie transthoracique** : indispensable pour éliminer un OAP cardiogénique (l'OAP ne doit pas être complètement expliqué par une défaillance cardiaque ou une surcharge volémique).
- L'inadéquation entre la demande ventilatoire à un instant donné et la capacité du système respiratoire à faire face à cette charge est la **définition de la détresse respiratoire aiguë**. Elle ne doit pas être confondue avec le SDRA qui est une cause de détresse respiratoire aiguë.

15- Réponse : A D E

- Les traitements ayant montré un bénéfice sur la morbidité ou la mortalité dans le SDRA sont :
 - **Mise en décubitus ventral** : il améliore l'oxygénation sanguine par redistribution de la ventilation pulmonaire vers les zones dorsales (zones où la perfusion est prédominante)
 - **Pression expiratoire positive** : afin de maintenir les alvéoles ouvertes pendant l'expiration et de faciliter l'hématose
 - **Monoxyde d'azote inhalé** : en provoquant une relaxation de la fibre musculaire lisse des vaisseaux des zones pulmonaires bien ventilées, il permet d'homogénéiser les rapports ventilation/perfusion.
- La N-acétylcystéine peut être utilisée afin d'augmenter la production de glutathion (un antioxydant) au niveau pulmonaire, mais sans bénéfice démontré X.
- La pression positive continue n'est pas un traitement du SDRA X. Elle permet d'éviter un collapsus des voies aériennes supérieures, dans le syndrome d'apnées du sommeil par exemple.

Cas clinique QCM N° 15

M. O., 19 ans, au chômage, vous consulte aux urgences. Il a pour antécédents un syndrome dépressif traité par thérapies cognitivo-comportementales diagnostiquée à l'âge de 14 ans suite à un placement en foyer d'accueil, et des attaques de panique récidivant régulièrement. Il vous raconte : « J'en ai marre de vivre. La vie c'est trop douloureux, j'ai perdu mes parents, j'ai raté mes études, et maintenant je ne sers plus à rien. J'ai déjà pensé plusieurs fois à en finir, mais cette fois c'est trop, je vais finir par avaler des cachetons ». Lorsque vous le questionnez sur ses loisirs habituels, votre patient vous dit tout avoir abandonné depuis quelques mois, par manque de plaisir et fatigue excessive, et vous déclare ne plus avoir la force de se laver.

QCM 1	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) sémiologique(s) que vous pouvez repérer dans l'énoncé ?
A -	Anhédonie
B -	Ralentissement psychique
C -	Incurie
D -	Clinophilie
E -	Aboulie
QCM 2	Parmi les réponses suivantes, quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de risque suicidaire ?
A -	Addiction au tabac
B -	Antécédent suicidaire familial
C -	Placement en foyer d'accueil
D -	Niveau de souffrance élevé
E -	Présence de ruminations anxieuses centrées sur le suicide
QCM 3	Parmi les réponses suivantes, quel(s) est (sont) les facteurs d'urgence suicidaire ?
A -	Dévalorisation
B -	Accessibilité au moyen considéré
C -	Rupture amoureuse récente
D -	Antécédents réguliers d'attaques de panique
E -	Faible estime de soi
QCM 4	Selon vous, quel est le degré d'urgence suicidaire chez M. O. ?
A -	Urgence faible
B -	Urgence modérée
C -	Urgence élevée
D -	Urgence extrême
E -	Le degré d'urgence ne peut pas être quantifié sur des critères cliniques
QCM 5	Vous demandez un avis psychiatrique. Le psychiatre de garde met en place un suivi ambulatoire avec un traitement par fluoxétine, associé à la poursuite des TCC. Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) indication(s) d'hospitalisation ?
A -	Le patient envisage un scénario suicidaire dont l'exécution n'est pas programmée
B -	Le patient est coupé de ses émotions et rationalise sa décision
C -	Le patient cherche des solutions à ses problèmes mais a déjà eu une tentative de suicide et refuse tout nouvel entretien avec un psychiatre
D -	Le patient envisage un scénario et est très émotif et agité
E -	Le patient est psychologiquement souffrant et a un accès direct à un moyen de se suicider

QCM 6	<p>Vous revoyez M. O. 6 mois plus tard lors d'une garde aux urgences. Il est amené par le SMUR car il a été retrouvé par terre inanimé à son domicile par son frère venu lui rendre visite. Ce dernier vous signale qu'il n'a pas réussi à le joindre depuis plus de 3 heures, ce qui est contraire à ses habitudes. A l'examen, vous cotez le score de Glasgow à 6/15, les réflexes ostéotendineux sont diminués, vous trouvez une franche hypotonie, les pupilles sont en mydriase. Les bruits hydro-aériques sont abolis. L'ECG retrouve une tachycardie sinusal avec allongement du QT. La pression artérielle est normale. Vous suspectez une intoxication médicamenteuse volontaire. Quel(s) est (sont) selon vous le(s) médicament(s) incriminé(s) ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Lithium Antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine Benzodiazépines Opiacés Antidépresseurs tricycliques</p>
QCM 7	<p>Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) à rechercher (ou présent(s) dans l'énoncé) pouvant vous orienter en faveur d'une intoxication aux benzodiazépines ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Mydriase bilatérale Abolition du tonus Allongement du QT Hyporéflexie Détresse respiratoire aiguë</p>
QCM 8	<p>Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) à rechercher (ou présent(s) dans l'énoncé) pouvant vous orienter en faveur d'une intoxication aux antidépresseurs polycycliques ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Tachycardie sinusale Myosis bilatéral Xérostomie Abolition des bruits hydro-aériques Présence d'un signe de Babinski bilatéral</p>
QCM 9	<p>Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) votre prise en charge en urgence ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Flumazénil Ventilation non invasive au masque Ventilation invasive (Intubation oro-trachéale) Charbon activé dose unique Lavage gastrique</p>
QCM 10	<p>Malheureusement, l'évolution devient rapidement défavorable les 12 heures suivant l'intubation. Vous mettez en évidence l'apparition d'un tirage intercostal, une polypnée à 33 cycles/minute, une cyanose des extrémités. La température est à 38.9°C. Quel est le diagnostic le plus probable devant ce tableau ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Pneumopathie aiguë communautaire Asthme aigu grave Grippe maligne primaire Pneumopathie d'inhalation Œdème aigu pulmonaire cardiogénique</p>
QCM 11	<p>Vous confirmez le diagnostic de syndrome de Mendelson. Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) possible(s) en 1^{re} intention ?</p>
A - B - C - D - E -	<p>Pipéracilline-tazobactam + aminoside Amoxicilline-acide clavulanique Céfotaxime + macrolide Ceftriaxone + métronidazole Ceftriaxone + lévofloxacine</p>

QCM 12	Le patient récupère en quelques semaines de sa tentative de suicide. A sa sortie de réanimation, le patient refuse l'hospitalisation brève en unité de crise que vous lui avez proposée après concertation avec son psychiatre référent. Quelle mesure de soins « sous contrainte » allez-vous mettre en place dans la mesure du possible ?
A - Hospitalisation libre	
B - ASPDT	
C - ASPDT d'urgence	
D - ASPPI	
E - ASPDRE	
QCM 13	Vous perdez votre patient de vue. Quinze ans après, il consulte de nouveau aux urgences pour déficit moteur des membres inférieurs d'apparition rapidement progressive. En regardant son dossier, vous apprenez qu'il souffre d'un éthylosme chronique depuis maintenant 10 ans. Votre examen retrouve un déficit moteur douloureux limité aux 2 membres inférieurs, d'installation rapide en 24 heures. Les réflexes ostéotendineux sont perçus aux membres supérieurs mais abolis aux membres inférieurs. Vous retrouvez également une instabilité en position debout, avec élargissement du polygone de sustentation. Que suspectez-vous dans ce contexte ?
A - Syndrome cérébelleux statique	
B - Myélinolyse centropontine	
C - Encéphalopathie de Gayet-Wernicke	
D - Maladie de Marchiafava-Bignami	
E - Polyneuropathie longueur-dépendante chronique	
QCM 14	Concernant cette maladie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - Elle est due à la correction trop brutale d'une hyponatrémie	
B - Elle est due à un apport glucidique excessif	
C - Elle est due à une carence en vitamine B6	
D - Le diagnostic de certitude est posé sur l'IRM (hypersignal FLAIR du corps mamillaire)	
E - Elle peut exister chez le dénutri non consommateur d'alcool	
QCM 15	Quelques mois après, alors que vous suivez M. O., vous remarquez l'installation de troubles de la mémoire jusqu'alors inexistant. Votre patient n'est plus capable de vous donner la date, et vous a même confondu avec le facteur du quartier. Cependant, il n'a aucune conscience de ses troubles. Quel diagnostic posez-vous ?
A - Encéphalopathie hépatique	
B - Maladie de Wilson	
C - Dégénérescence lobaire fronto-temporale	
D - Démence à corps de Lewy	
E - Syndrome de Korsakoff	

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- CI du flumazénil en cas de co-intoxication benzodiazépines et antidépresseur tricyclique (risque de convulsions)
- Paraparésie douloureuse amyotrophante aiguë (< 24 h) chez un alcoolique : évoquer l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke = carence en vitamine B1 (alcooliques, dénutris...)

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A C E	<p>– Les éléments sémiologiques présents dans cet énoncé sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- Anhédonie : perte du plaisir<input checked="" type="checkbox"/> × « manque de plaisir »- Incurie : perte de l'hygiène, négligence<input checked="" type="checkbox"/> × « vous déclare ne plus avoir la force de se laver »- Aboulie : incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés, difficulté à prendre des décisions<input checked="" type="checkbox"/> × « Lorsque vous le questionnez sur ses loisirs habituels, votre patient vous dit tout avoir abandonné depuis quelques mois »- Le ralentissement psychique regroupe la bradypsychie (ralentissement des idées) et les ruminations (piétinement de la pensée). Ces 2 éléments ne sont pas décrits dans l'énoncé X.- La clinophilie est le fait de rester au lit pendant la journée, tout en restant éveillé. Cet élément n'est pas décrit dans l'énoncé X.
2- Réponse : A B C	<p>– Les facteurs de RISQUE suicidaire<input checked="" type="checkbox"/> parmi ceux proposés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- Trouble mental/addiction : tabac- Difficultés dans le développement : placement en foyer d'accueil- Antécédent suicidaire familial- Le niveau de souffrance élevé (désarroi, repli sur soi, isolement relationnel...) est un facteur d'URGENCE suicidaire<input checked="" type="checkbox"/>, de même que la présence de ruminations anxieuses centrées sur le suicide (qui témoignent d'un degré d'intentionnalité élevé).
3- Réponse : C D	<p>– Les facteurs d'URGENCE suicidaire<input checked="" type="checkbox"/> parmi ceux proposés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- Facteur déclenchant contextuel : rupture amoureuse récente- Impulsivité : antécédents réguliers d'attaques de panique.- La faible estime de soi est un facteur de RISQUE suicidaire X.- L'accessibilité au moyen considéré est un facteur de DANGEROUSITE X.

4- Réponse : B

- « J'ai déjà pensé plusieurs fois à en finir, mais cette fois c'est trop, je vais finir par avaler des cachetons »
 - M. O. envisage le suicide avec une **intention claire**, avec un **scénario**, dont l'**exécution est reportée**.
 - Il n'a a priori **pas d'accès direct et immédiat** à un moyen de se suicider, et le fait de venir consulter de par lui-même montre que le patient est à la **recherche de communication**.
 - => on peut donc classer cette situation comme une urgence suicidaire « modérée »□.

5- Réponse : B C D E

- L'indication principale d'hospitalisation est l'**urgence suicidaire « élevée »**□. Les situations suivantes correspondent à une urgence élevée :
 - Le patient envisage un scénario et il a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider (exécution programmée).
 - Le patient est coupé de ses émotions, et rationalise sa décision (ou au contraire il est très émotif, agité ou anxieux)
- Un patient nécessitant un suivi et **refusant un entretien de réévaluation** peut également être hospitalisé①.

6- Réponse : C E

- Le tableau associe ① :
 - Une **perte de connaissance**, ↗ ROT et ↘ tonus musculaire
 - Un **toxidrome anticholinergique** :
 - ✗ Mydriase bilatérale
 - ✗ Abolition des bruits hydro-aériques
 - ✗ Tachycardie sinusale
 - Une probable **intoxication par stabilisateurs de membrane**
 - ✗ Allongement du QT.
- Les effets neurologiques sont compatibles avec une **intoxication aux benzodiazépines** (coma calme et profond)□.
- Le toxidrome anticholinergique et l'allongement du QT sont compatibles avec une **intoxication aux antidépresseurs tricycliques**□.
- L'intoxication aux ISRS donnerait un **syndrome sérotoninergique X** : Diarrhée, ↗ ROT, tremblements, myoclonies, HTA.
- L'intoxication aux opiacés donnerait un **myosis serré bilatéral X**.
- L'intoxication au lithium donnerait une **diarrhée** et une **symptomatologie neurologique plus riche** : tremblements, myoclonies, hypertonie pyramidale, convulsions X.

7- Réponse : B D E

- Les éléments compatibles avec une **intoxication aux benzodiazépines**□ sont les suivants :
 - **Abolition du tonus**
 - **Hyporéflexie**
 - **Détresse respiratoire aiguë** (par dépression respiratoire).

8- Réponse : A C D E

- Les éléments compatibles avec une intoxication aux antidépresseurs tricycliques sont les suivants :
 - Signes en rapport avec le toxicome anticholinergique :
 - × **Tachycardie sinusale**
 - × **Mydriase bilatérale**
 - × **Xérostomie, xérophtalmie**
 - × **Abolition des bruits hydro-aériques**, rétention aiguë d'urine
 - Signes en rapport avec une intoxication aux stabilisateurs de membrane : allongement du QT...
 - **Syndrome pyramidal et hypertonie**

9- Réponse : C

- Le flumazénil est l'antidote des benzodiazépines ; toutefois, elle est **contre-indiquée en cas de co-intoxication aux antidépresseurs tricycliques**, en raison d'un risque accru de convulsions (les tricycliques sont pro-convulsivants et le flumazénil lève l'effet anti-convulsivant des BZD).
- Devant la présence de **troubles de la conscience et d'un Glasgow < 8**, la **ventilation invasive** par IOT est nécessaire, afin de diminuer le risque d'inhalation de liquide gastrique .
- Le charbon activé et le lavage gastrique ne peuvent être utilisés à cause des **troubles de la conscience** .

10- Réponse : D

- Ici nous sommes dans le tableau suivant :
 - **Détresse respiratoire aiguë**
 - **Fièvre**
 - **Dans les 12 heures suivant une intubation oro-trachéale(IOT), chez un patient inconscient.**
- Le diagnostic le plus probable dans ce contexte est la **pneumopathie d'inhalation** . Elle peut être prévenue par la mise en place d'une IOT mais peut paradoxalement survenir au moment-même de sa mise en place.
- L'asthme aigu grave et l'OAP cardiogénique sont peu probables dans ce contexte fébrile.
- La grippe maligne primaire est une pneumopathie hypoxémiant rare compliquant une infection grippale.

11- Réponse : B D

- L'antibiothérapie du syndrome de Mendelson (ou pneumopathie d'inhalation) **cible les germes digestifs** . 2 choix sont possibles en 1^{re} intention :
 - **Amoxicilline-acide clavulanique**
 - **Ceftriaxone + métronidazole.**

12- Réponse : B

- M. O. a fait une tentative de suicide, ce qui nécessite une **prise en charge en service de psychiatrie** pour comprendre les causes ayant motivé le geste, et mettre en place un traitement adapté. Le frère étant potentiellement disponible pour signer l'admission en soins psychiatriques, la mesure de soins sous contrainte la plus adaptée est l'**ASPDT** (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers) .

13- Réponse : A C E

- La présence d'un déficit moteur douloureux aigu des 2 membres inférieurs dans un contexte d'alcoolisme chronique doit faire suspecter une **encéphalopathie de Gayet-Wernicke** .
- L'instabilité en position debout et l'élargissement du polygone de sustentation sont en faveur d'un **syndrome cérébelleux statique** , pouvant s'intégrer dans une encéphalopathie de Gayet-Wernicke.
- L'**abolition des ROT** aux membres inférieurs peut faire évoquer une polyneuropathie longueur-dépendante chronique liée à l'alcool .
- La myélinolyse centropontine se traduirait par **troubles de la vigilance, tétraplégie et signes pseudo-bulbaires** .
- La maladie de Marchiafava-Bignami est une démyélinisation du corps calleux liée à l'alcool et se traduirait par une **démence avec mutisme akinétique, astasie-abasie, dysarthrie, hypertension** .

14- Réponse : D E

- L'**encéphalopathie de Gayet-Wernicke** :
- Est due à une **carence en vitamine B1**
 - Peut être déclenchée par une perfusion de glucose sans supplémentation en B1 chez un sujet carencé (alcooliques mais aussi dénutris...)
 - Son diagnostic de certitude est posé sur l'**IRM** (hypersignal FLAIR du corps mamillaire sur la coupe sagittale).
- La correction trop brutale d'une hyponatrémie entraîne une **myélinolyse centropontine** et non une encéphalopathie de Gayet-Wernicke .

15- Réponse : E

- Cette présentation est caractéristique d'un **syndrome de Korsakoff**. Devant des troubles mnésiques chez un sujet avec antécédents d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke mal/non prise en charge, il faut évoquer le syndrome de Korsakoff .



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 16

Vous travaillez au SAMU une soirée d'été et vous êtes appelé en urgence chez Mme P., 34 ans, retrouvée inanimée chez elle par son compagnon.

Lors de votre arrivée, les pouls sont présents, les membres sont marbrés et vous cotez le Glasgow à 9. Les lèvres sont œdématisées de même que le visage et l'ensemble de la cavité buccale, la parole est incompréhensible. Vous ne relevez pas d'érythème, sauf au niveau du cou et des membres supérieurs où vous notez quelques lésions érythémato-papuleuses prurigineuses, confluentes entre elles. Vous relevez également une lésion évoquant une piqûre de guêpe au niveau de la nuque.

Vous apprenez que Mme P. présente régulièrement des « crises d'asthme » (traitées par salbutamol seul). Elle ne prend pas d'autre médicament à l'exception d'une contraception œstroprogestative. Elle décrit une intolérance à l'aspirine. Elle a un IMC à 31 et elle a un tabagisme actif évalué à 5 paquets-année.

Le reste de votre examen retrouve les éléments suivants :

- PA = 70/35, Fc = 135/min
- Stridor
- Sibilants à l'auscultation
- Abdomen souple, dépressible, sans défense.

QCM 1	Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) le(s) plus probable(s) ?
A -	Choc cardiogénique
B -	Bronchospasme
C -	Choc anaphylactique
D -	Malaise vagal
E -	Choc hémorragique
QCM 2	Quel(s) est (sont) le(s) argument(s) en faveur d'un choc anaphylactique ?
A -	Prise d'une contraception œstroprogestative
B -	Visage œdématisé
C -	Présence de lésions d'eczéma des membres supérieurs
D -	Piqûre de guêpe
E -	Présence d'un stridor
QCM 3	Vous suspectez un choc anaphylactique. Quel est le grade de sévérité clinique de cette anaphylaxie selon la classification de Ring et Messmer ?
A -	Grade I
B -	Grade II
C -	Grade III
D -	Grade IV
E -	Grade V
QCM 4	Quel est LE traitement le plus urgent ?
A -	Remplissage vasculaire de 500 mL par cristalloïdes
B -	Adrénaline 0,1 mg IV
C -	Adrénaline 1 mg IV
D -	Methylprednisolone 1 g IV
E -	Oxygénothérapie au masque à haute concentration

QCM 5	Quel(s) autre(s) traitement(s) mettez-vous en place ?
A -	Remplissage vasculaire 30 mL/kg par Ringer lactate
B -	Mise en position demi-assise
C -	Bronchodilatateurs en nébulisation
D -	Oxygène à haut débit (> 10 L/min)
E -	Discuter l'intubation oro-trachéale
QCM 6	Votre prise en charge est spectaculaire et l'état de Mme P. s'améliore dans l'heure suivant le traitement. L'œdème de Quincke régresse considérablement et la pression artérielle se normalise. Décidez-vous d'hospitaliser votre patiente ?
A -	Oui pendant au moins 8 heures
B -	Oui pendant au moins 24 heures
C -	Oui pendant au moins 72 heures
D -	Non, à condition d'une surveillance rapprochée par son compagnon
E -	Non, et vous programmez une consultation de contrôle à J15-J21
QCM 7	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous en urgence afin de confirmer le diagnostic de choc anaphylactique ?
A -	Histamine
B -	Prick-tests
C -	IgE spécifiques
D -	IgE totaux
E -	Tryptase
QCM 8	Vous réalisez un bilan allergologique à distance afin de confirmer votre hypothèse étiologique. Quelle(s) en sont ses modalité(s) ?
A -	Il peut être réalisé à 1 semaine du choc
B -	Il peut être réalisé à 5 semaines du choc
C -	Réalisation de prick-tests
D -	Réalisation de patch-tests
E -	Recherche d'IgE spécifiques
QCM 9	Mme P. a entendu parler de « désensibilisation » dans son entourage. Elle vous demande si elle peut bénéficier de cette technique. Concernant l'immunothérapie spécifique, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?
A -	Elle est indiquée en cas d'allergie grave aux venins d'hyménoptères
B -	Elle est indiquée en cas d'allergie grave aux fruits exotiques
C -	Elle est indiquée systématiquement en cas d'allergie médicamenteuse grave
D -	Elle n'est possible uniquement lorsque le mécanisme de l'anaphylaxie est IgE dépendant
E -	Lorsqu'elle est réalisée, la voie de référence est la voie orale
QCM 10	Vous désirez mettre en place des mesures préventives pour éviter la survenue d'un nouvel épisode. Que proposez-vous ?
A -	Plan d'accueil individualisé
B -	Trousse d'urgence avec adrénaline auto-injectable
C -	Carte d'allergique
D -	Corticothérapie préventive en cas de risque de piqûre d'hyménoptère
E -	Education de la patiente à l'auto-injection intramusculaire

QCM 11	<p>Votre patiente est amenée par l'équipe du SMUR 6 mois après pour détresse respiratoire aiguë. Vous notez une polypnée superficielle, une agitation, un tirage intercostal et une toux. Quand vous questionnez Mme P. à propos de l'ancienneté des symptômes, elle vous répond mot à mot que tout a commencé il y a quelques minutes, brutalement. Elle vous parle en position assise, penchée en avant. Ses constantes sont les suivantes : PA = 133/79, Fc = 110/min, SpO₂=90 % en air ambiant, FR = 35/min. Le débit expiratoire de pointe est à 55 % de la valeur théorique, Mme P. ne surveillant habituellement pas son DEP.</p> <p>A l'auscultation, vous percevez des sibilants.</p> <p>Quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?</p>
A - Exacerbation légère à modérée d'asthme B - Exacerbation sévère d'asthme C - Asthme aigu grave D - Symptôme d'asthme E - Syndrome de Widal	
QCM 12	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) classent cet épisode en asthme aigu grave ?
A - Parole mot à mot B - Position assise penchée en avant C - Fréquence respiratoire à 35/min D - Fréquence cardiaque à 110/min E - DEP = 55 % de la théorique	
QCM 13	Vous faites le diagnostic d'asthme aigu grave. Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque d'exacerbation que vous retrouvez chez Mme P. ?
A - Tabagisme à 5 PA B - Absence de prise de corticoïdes inhalés C - Grossesse D - Antécédent d'intubation pour asthme E - Obésité	
QCM 14	Quel est votre conduite à tenir en 1 ^{re} intention devant cet asthme aigu grave ?
A - β2-mimétiques par voie injectable B - β2-mimétiques + ipratropium par voie inhalée (nébulisation) C - Prednisolone 2 mg/kg/jour sans dépasser 50 mg/jour D - Corticostéroïdes inhalés E - Oxygénotherapie avec objectif de SpO ₂ = 93-95 %	
QCM 15	Sur quel(s) critère(s) allez-vous vous appuyer pour vérifier l'efficacité du traitement ?
A - Débit expiratoire de pointe B - Kaliémie C - Disparition des signes de lutte respiratoire D - Disparition des sibilants E - Baisse de la fréquence cardiaque	

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- La classification de Ring et Messmer est à connaître sur le bout des doigts pour choisir le traitement adapté en urgence
- Trois examens à réaliser en urgence en cas de choc anaphylactique : tryptase, histamine et IgE spécifiques
- Tout asthme avec 1 facteur d'exacerbation doit être traité au long cours par corticostéroïdes inhalés pour diminuer le risque d'exacerbation/d'asthme aigu grave.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : B C		<ul style="list-style-type: none">– Le choc cardiogénique <input checked="" type="checkbox"/> est peu probable : pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche, pas d'antécédent cardiaque, patiente jeune.– L'état de choc dans un contexte de piqûre de guêpe oriente vers un choc anaphylactique <input type="checkbox"/>. La présence de sibilants dans un contexte de piqûre de guêpe et de choc anaphylactique oriente vers un bronchospasme <input type="checkbox"/>, mais peut être également compatible avec des manifestations intercritiques d'asthme. Le malaise vagal <input checked="" type="checkbox"/> ne se traduit habituellement pas par un état de choc, et entraîne plutôt une bradycardie.– Il n'y a pas d'argument clinique ici en faveur d'une déshydratation (hormis l'état de choc) ou d'une hémorragie. Le choc hémorragique <input checked="" type="checkbox"/> est possible mais il ne s'agit pas d'une hypothèse diagnostique principale.
2- Réponse : B D E		<ul style="list-style-type: none">– Le visage œdématié et la présence d'un stridor orientent vers un œdème de Quincke réactionnel à la piqûre de guêpe. Il s'agit de manifestations rentrant dans le tableau du choc anaphylactique <input checked="" type="checkbox"/>.– Des lésions érythémato-papuleuses des membres supérieurs dans un contexte d'anaphylaxie évoquent plutôt de l'urticaire. L'eczéma est une dermatose érythémato-vésiculeuse <input checked="" type="checkbox"/>.– La contraception cestroprogesterative <input checked="" type="checkbox"/> n'a aucun lien avec le choc anaphylactique.
3- Réponse : C		<ul style="list-style-type: none">– Ce tableau est un grade III de la classification de Ring et Messmer <input checked="" type="checkbox"/> : atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant une thérapeutique spécifique.
4- Réponse : B		<ul style="list-style-type: none">– LE traitement le plus urgent d'un choc anaphylactique sans arrêt cardiaque est l'adrénaline 0,1 mg IV <input checked="" type="checkbox"/>.– L'adrénaline 1 mg IV <input checked="" type="checkbox"/> est le traitement de l'arrêt cardiaque sans rythme choquable (ou de l'anaphylaxie grade IV de la classification de Ring et Messmer).– Les corticoïdes <input checked="" type="checkbox"/> n'agissent qu'en 4 à 6 heures, et ne sont donc pas un traitement d'urgence.

5- Réponse : C D E

- Le remplissage vasculaire du choc anaphylactique se fait par du **sérum salé isotonique** (et non du Ringer lactate), à une posologie de 30 mL/kg.
- Lors d'un choc, et a fortiori anaphylactique, il ne faut **jamais verticaliser le patient** : risque d'arrêt cardiaque par désamorçage de la pompe cardiaque. Le patient est **allongé, jambes surélevées** pour favoriser le retour veineux.
- Des **bronchodilatateurs en nébulisation** sont prescrits en cas de bronchospasme .
- L'**oxygène à haut débit (> 10 L/min)** doit être administré par un masque à haute concentration au plus vite .
- L'**intubation oro-trachéale** doit être discutée en cas d'œdème de Quincke afin de libérer les voies aériennes supérieures .

6- Réponse : B

- Tout choc anaphylactique avéré nécessite une surveillance hospitalière et prolongée d'**au moins 24 heures** .
- Cette hospitalisation est justifiée même en cas de résolution des symptômes en raison du **risque d'anaphylaxie biphasique** (retour des symptômes après une période d'accalmie) .

7- Réponse : A C E

- Les trois examens à réaliser en urgence pour confirmer le diagnostic de choc anaphylactique sont :
 - **Tryptase**
 - × Elévation en 1-2 heures puis diminution en 12-24 heures
 - **Histamine**
 - × Elévation en quelques minutes puis décroissance rapide en 1 heure
 - **IgE spécifiques**
 - × Permet d'établir le mécanisme de la réaction anaphylactique
- Ce bilan doit être réalisé en cas de réaction anaphylactique de grade II ou au-delà.

8- Réponse : B C E

- Tout choc anaphylactique nécessite un bilan allergologique (ou consultation immunoallergologique) à distance afin de réaliser le **bilan étiologique** .
- Il est réalisé **4 à 6 semaines** plus tard .
- Les investigations sont les suivantes :
 - **Interrogatoire circonstancié**
 - **Prick-tests**
 - **Recherche d'IgE spécifiques**
 - **Test d'histaminolibération leucocytaire**
 - ± tests de provocation (sous surveillance médicale)

9- Réponse : A D

- L'immunothérapie spécifique consiste en l'induction d'une tolérance immunitaire en administrant de faibles doses croissantes d'allergène.
- Elle n'est possible que lorsque le mécanisme de l'anaphylaxie est IgE dépendant.
- La voie d'administration de référence est la **voie injectable (sous-cutanée)**. La voie sublinguale et la voie orale sont possibles.
- Elle est indiquée en cas :
 - D'allergie grave aux **venins d'hyménoptères**
 - D'allergie grave à certains **médicaments incontournables et indispensables** (ex : aspirine chez un coronarien nécessitant une double antiagrégation plaquettaires)
 - D'allergie aux **acariens** de la poussière de maison
 - D'allergie aux **pollens de graminées, de bouleau, d'ambroisie, de cyprès**.

10- Réponse : B C E

- Les principaux éléments de la prévention sont les suivants :
 - **Trousse d'urgence** avec adrénaline auto-injectable
 - **Carte d'allergique**
 - **Education** de la patiente à l'auto-injection intramusculaire
- Le Plan d'Accueil Individualisé est proposé chez les ENFANTS X en collaboration avec les parents, le médecin traitant, le médecin scolaire et les enseignants.
- Il n'y a pas lieu de prescrire de corticothérapie PREVENTIVE X dans un contexte allergique.

11- Réponse : C D

- Sibilants, toux, détresse respiratoire aiguë d'apparition brutale chez une femme avec antécédents d'asthme orientent vers une aggravation de la pathologie asthmatique.
- L'aggravation brutale en quelques minutes évoque un **symptôme d'asthme** (terme remplaçant l'ancienne dénomination « crise d'asthme »).
- L'exacerbation correspond à une poussée de la maladie asthmatique. Il s'agit donc de périodes où de **MULTIPLES symptômes augmentent d'intensité PROGRESSIVEMENT**, sans retour à la normale. Ici, nous sommes face à un unique symptôme d'asthme d'apparition brutale, on ne peut donc pas parler d'exacerbation X.
- Le symptôme d'asthme de Mme P. est d'une particulière gravité : détresse respiratoire aiguë, parole inhibée, position assise penchée en avant... le **pronostic vital** est donc en jeu, on parle d'asthme aigu grave.
- Le Syndrome de Widal associe « **asthme, intolérance à l'aspirine, polypose naso-sinusienne** ». Ici il manque la polypose naso-sinusienne, on ne peut donc pas parler de syndrome de Widal X.

12- Réponse : A B C

- Les critères pour classer un symptôme d'asthme comme asthme aigu grave sont les suivants :
 - Parle avec des mots
 - Position assise penchée en avant
 - Fréquence respiratoire > 30/min
 - **Agitation**
 - Fréquence cardiaque > 120/min
 - SpO₂ < 90 % AA
 - Utilisation des **muscles respiratoires accessoires**
 - DEP ≤ 50 % de la meilleure valeur du patient (dans le cas de Mme P. qui ne suit pas son DEP, on se base par rapport à la valeur théorique)

13- Réponse : A B E

- Les facteurs de risque d'exacerbation d'asthme chez cette patiente sont les suivants :
 - Tabagisme actif
 - Absence de prise de corticoïdes inhalés
 - Obésité
- La grossesse et l'antécédent d'intubation pour asthme sont des facteurs de risque d'exacerbation mais ne sont a priori pas retrouvés chez cette patiente .

14- Réponse : B D E

- Le traitement d'un asthme aigu grave comprend en 1^{re} intention :
 - Transfert en unité de soins intensifs
 - Un traitement bronchodilatateur en nébulisation : **β2-mimétiques + anticholinergiques** (ipratropium)
 - Corticoïdes IV : prednisolone 1 mg/kg/jour sans dépasser 50 mg/jour
 - Oxygène : objectif de SpO₂ = 93-95 %
 - Traitement du facteur favorisant
 - ± mesures de réanimation (intubation, ventilation mécanique...)
- Les β2-mimétiques par voie injectable peuvent être utilisés en 2^e intention en cas d'échec des bronchodilatateurs par voie inhalée.
- Devant tout asthme avec au moins un facteur de risque d'exacerbation, un traitement de fond par **corticostéroïdes inhalés** est INDISPENSABLE . Chez cette patiente avec des antécédents multiples de symptômes d'asthme et avec des facteurs de risque multiples d'exacerbation, des corticostéroïdes inhalés à faible dose auraient déjà du être prescrits !

15- Réponse : A C D E

- L'évaluation de l'efficacité des traitements est avant tout CLINIQUE : **signes de gravité clinique** (tachycardie, tachypnée, désaturation, agitation, cyanose, signes de lutte, troubles de conscience...) et le **débit expiratoire de pointe**.
- La kaliémie est un critère permettant d'évaluer la TOLERANCE du traitement par β2-mimétiques et corticoïdes (recherche d'une hypokaliémie) .



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser*

Cas clinique QCM N° 17

Vous recevez Quentin, 18 ans, pour douleur abdominale diffuse brutale sans prodrome, avec vomissements. Il vous signale un arrêt complet des matières et des gaz depuis quelques heures. Il n'a aucun antécédent connu, ne prend aucun médicament.

Ses constantes sont les suivantes : PA = 142/68, Fc = 99/min, SpO₂ = 98 % AA, T° = 37,4 °C. L'EVA de la douleur est 85/100.

Vous palpez l'abdomen qui est souple, sans défense, sensible, avec un léger météorisme. Vous ne percevez pas de bruit hydroaérique. Les orifices herniaires sont libres, le toucher rectal n'est pas douloureux et ne ramène pas de sang.

QCM 1 Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Syndrome occlusif
- B - Pancréatite aiguë
- C - Colopathie fonctionnelle
- D - Torsion du cordon spermatique
- E - Péritonite aiguë

QCM 2 Vous suspectez un syndrome occlusif. Devant cette présentation clinique, que suspectez-vous ?

- A - Occlusion haute
- B - Occlusion basse
- C - Occlusion par strangulation
- D - Occlusion par obstruction
- E - Des éléments cliniques manquent pour se prononcer

QCM 3 Si vous aviez réalisé un ASP, quel(s) signe(s) auriez-vous mis en évidence ?

- A - Niveaux hydroaériques multiples, centraux
- B - Niveaux hydroaériques rares, périphériques
- C - Niveaux hydroaériques plus hauts que larges
- D - Niveaux hydroaériques plus larges que hauts
- E - Hastrations asymétriques n'allant pas d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté

QCM 4 Quel(s) examen(s) réalisez-vous en urgence ?

- A - Scanner abdominal
- B - Ionogramme sanguin
- C - Echographie abdominale
- D - NFS
- E - Glycémie

QCM 5 Quelle est la conduite à tenir en urgence ?

- A - Mise d'une voie veineuse périphérique
- B - Chirurgie en urgence immédiate
- C - Traitement endoscopique
- D - Réhydratation
- E - Sonde naso-gastrique

QCM 6	<p>Vous réalisez un scanner abdominal avec injection de produit de contraste. Vous retrouvez une image évoquant un « boudin d'invagination » en fosse iliaque droite, sans épanchement péritonéal. Quel est votre diagnostic ?</p> <p>A - Appendicite aiguë B - Bézoard C - Invagination intestinale aiguë D - Volvulus du grêle E - Malformation cœcale</p>
QCM 7	<p>Votre diagnostic est confirmé. A propos de cette maladie, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?</p> <p>A - Elle touche surtout le jeune adulte entre la 2^e et la 3^e décennie B - Elle touche le plus souvent les garçons C - Elle est le plus souvent due à une hyperplasie lymphoïde D - Des rectorragies peuvent survenir en cas de complication E - L'abcès et la périctonite en sont des complications classiques</p>
QCM 8	<p>Quelle(s) peu(ven)t être la (les) cause(s) secondaire(s) d'invagination intestinale aiguë ?</p> <p>A - Mucoviscidose B - Diverticule de Meckel C - Sclérodermie D - Dénutrition E - Purpura rhumatoïde</p>
QCM 9	<p>Vous faites le diagnostic de diverticule de Meckel compliqué d'invagination intestinale aiguë. A propos du diverticule de Meckel, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p> <p>A - Diverticule situé au niveau du cæcum B - Diverticule situé au niveau de l'iléon terminal C - Il peut se compliquer d'hémorragie digestive basse D - Il peut exceptionnellement être responsable de syndrome appendiculaire E - Il peut être le siège d'une métaplasie malpighienne</p>
QCM 10	<p>Les résultats des examens biologiques sanguins que vous avez demandés sont les suivants :</p> <p>Hb = 135 g/L Ht = 51% GB = 9.5 G/L dont PNN = 6.9 G/L et lymphocytes = 2.2 G/L Plaquettes = 385 G/L Na⁺ = 145 mmol/L K⁺ = 5.0 mmol/L Urée = 22 mmol/L Créatinine = 240 µmol/L. Protidémie = 77 g/L.</p> <p>Devant ces résultats et le contexte, qu'évoquez-vous ?</p> <p>A - Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle B - Insuffisance rénale aiguë organique C - Insuffisance rénale aiguë obstructive D - Syndrome d'hémoconcentration E - Hyperleucocytose à PNN</p>

QCM 11	Quel(s) examen(s) est (sont) utile(s) à ce stade pour caractériser cette insuffisance rénale ?
A - Echographie rénale B - Protéinurie des 24 heures C - Bandelette urinaire D - Ionogramme urinaire E - Ponction-biopsie rénale	
QCM 12	Vous réalisez (à tort ou à raison) un ionogramme urinaire. Quel(s) argument(s) parmi les suivants vous orienteraient vers une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ?
A - U/P osmolaire = 1 B - U/P créatinine = 20 C - Na urinaire = 15 mmol/L D - Fraction d'excrétion du Na = 0.8 % E - Fraction excrétée de l'urée = 28 %	
QCM 13	Vous diagnostiquez en fait une insuffisance rénale aiguë organique. La gazométrie artérielle que vous avez réalisée montre un pH à 7.33. Les résultats de la BU que vous avez prescrite sont les suivants : Protéines : 1+, Hématies : 0, Leucocytes : 0, Nitrites : 0. Les urines sont macroscopiquement normales. Quel est votre diagnostic syndromique ?
A - Nécrose tubulaire aiguë B - Néphrite tubulo-interstitielle aiguë C - Néphropathie glomérulaire D - Néphropathie vasculaire aiguë E - Autre réponse	
QCM 14	Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge concernant cette insuffisance rénale aiguë ?
A - Remplissage abondant (20 mL/kg) par des cristalloïdes B - Hydratation par NaCl 0.9 % C - Epuration extrarénale D - Discuter une transplantation rénale E - Diurétique de l'anse	
QCM 15	Vous opérez le diverticule de Meckel et tout rentre dans l'ordre. Vous revoyez Quentin 6 ans après lors d'une garde aux urgences pour un tableau de syndrome occlusif d'apparition brutale, avec disparition des bruits hydroaériques et vomissements au 1^{er} plan. Quel est le diagnostic le plus probable ?
A - Récidive de diverticule de Meckel B - Occlusion sur bride C - Appendicite aiguë D - Etranglement herniaire E - Eventration post-opératoire	

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Syndrome occlusif = diagnostic CLINIQUE
- Syndrome occlusif = réhydratation en urgence (risque de constitution d'un 3^e secteur)
- Invagination intestinale aiguë chez l'adulte : penser à une tumeur sous-jacente
- 3 examens pour caractériser une IRA : écho rénale, iono U, BU.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES <input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
	1- Réponse : A
	<ul style="list-style-type: none">– Le tableau décrit dans l'énoncé est le suivant :<ul style="list-style-type: none">- Douleur abdominale- Arrêt des matières et des gaz- Vomissements- Météorisme abdominal– Devant l'association de ces 4 signes, le diagnostic clinique de syndrome occlusif est fait.
	2- Réponse : A C <ul style="list-style-type: none">– Le tableau décrit est en faveur d'une occlusion haute<input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Début brutal- Vomissements précoces- Météorisme abdominal minime– Le tableau décrit est en faveur d'une occlusion par strangulation<input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Douleur vive- Vomissements précoces- Météorisme discret- Abolition des bruits hydroaériques+++
	3- Réponse : A D <ul style="list-style-type: none">– Les signes à l'ASP évoquant une occlusion haute<input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Niveaux hydroaériques multiples, centraux- Niveaux hydroaériques plus hauts que larges– Les haustrations asymétriques n'allant pas d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté sont retrouvées dans les occlusions basses <input checked="" type="checkbox"/>.

4- Réponse : A B D

- Les examens à réaliser devant un syndrome occlusif sont les suivants :
 - **Scanner abdominal**
 - × Examen de référence
 - × Affirme le diagnostic de syndrome occlusif et fait le diagnostic topographique
 - × Permet de rechercher des signes de souffrance intestinale (après injection de produit de contraste)
 - × Permet d'écartier des diagnostics différentiels
 - × Aide au diagnostic étiologique
 - **NFS et protidémie**
 - × Recherche de signes d'hémoconcentration
 - **Ionogramme sanguin**
 - × Recherche d'insuffisance rénale et de troubles ioniques
- L'échographie abdominale n'est pas un examen de choix dans le syndrome occlusif. La glycémie à jeun peut permettre de rechercher un diabète compliqué (peu probable dans ce cas clinique chez un homme de 18 ans...) lorsqu'aucune étiologie n'est trouvée au scanner (2^e intention) .

5- Réponse : A D E

- L'urgence dans le syndrome occlusif est la réhydratation et le maintien de l'équilibre hydro-électrolytique : il y a formation d'un 3^e secteur provoquant une déshydratation extracellulaire (hypovolémie) et un risque d'insuffisance rénale . La conduite à tenir comprend donc :
 - Pose d'une VVP
 - Réhydratation au NaCl 0.9 %
- La sonde naso-gastrique en aspiration est nécessaire pour vider l'estomac et limiter le risque d'inhalation .
- La chirurgie en urgence immédiate est justifiée en cas de signes de gravité (signes périctonéaux, signes de choc) . Ce n'est pas le cas ici.
- Le traitement endoscopique n'est pas un traitement de l'occlusion haute .

6- Réponse : C

- La présence d'un boudin d'invagination en FID confirme le diagnostic d'invagination intestinale aiguë .
- Ce diagnostic est rare mais possible chez l'adulte (le plus souvent secondaire à une tumeur digestive) .

7- Réponse : B C D

- A propos de l'invagination intestinale aiguë :
 - Touche surtout l'enfant de moins de 2 ans
 - Touche le plus souvent les garçons
 - Lorsqu'elle est primitive, elle est due à une **hyperplasie lymphoïde et une hypertrophie des plaques de Peyer**
 - Des **rectorragies** liées à la nécrose peuvent survenir en cas de compression artérielle persistante
- L'abcès et la péritonite sont des complications classiques de l'appendicite aiguë ou de la sigmoïdite aiguë, pas de l'**IIA** .

8- Réponse : A B E

- Les causes d'**IIA secondaire** sont les suivantes :
 - **Mucoviscidose**
 - **Diverticule de Meckel**
 - **Purpura rhumatoïde**
 - **Duplications digestives**
 - **Tumeurs.**

9- Réponse : B C D

- Le diverticule de Meckel est un diverticule situé sur le bord antimésentérique de l'iléon terminal .
- Ce diverticule peut contenir une **muqueuse gastrique ectopique**, pouvant être à l'origine de saignements responsables d'**hémorragie digestive basse** .
- Il est presque toujours **asymptomatique**, mais peut exceptionnellement être responsable de **syndrome appendiculaire** .

9

10- Réponse : A B D

- A partir des résultats biologiques, vous pouvez déduire :
 - **10 x urée < créatinine**
=> en faveur d'une IRA organique
 - **Ht > 50 % et protidémie > 75 g/L**
=> Syndrome d'hémoconcentration en faveur d'une IRA fonctionnelle ou organique.
- Devant le contexte de 3^e secteur vous évoquez donc plutôt une **IRA organique** faisant suite à une **IRA fonctionnelle**.
- Il n'y a pas d'**hyperleucocytose** (les leucocytes sont < 10 G/L) .

11- Réponse : A C D

- Les examens indispensables pour caractériser l'IRA□ sont :
 - **Echographie rénale** : permet d'éliminer l'IRA obstructive de principe, elle doit être systématique même si le contexte n'est pas en faveur
 - **Ionogramme urinaire** : permet de faire la différence entre IRA fonctionnelle et IRA organique
 - **Bandelette urinaire** : permet d'aider au diagnostic étiologique de l'IRA si elle est organique.
- La protéinurie des 24 heures et la PBR n'ont pas d'intérêt en 1^e intention pour caractériser l'IRAX.

12- Réponse : C D E

- Les arguments en faveur d'une IRA fonctionnelle sont les suivants□ :
 - U/P osmolaire > 2 (urines concentrées en raison de l'hypovolémie)
 - U/P urée > 10
 - U/P créatinine > 30
 - Fraction d'excrétion de l'urée < 35 % (l'hypovolémie entraîne une augmentation de la réabsorption tubulaire d'eau et d'urée)
 - Fraction d'excrétion du Na < 1 %

13- Réponse : A

- Ces résultats sont en faveur d'une **nécrose tubulaire aiguë** :

 - Protéinurie < 2 g/jour (ici, 1+ à la BU signifie environ 0.3 g/L)
 - Absence d'œdème
 - Absence d'hématurie
 - Absence de leucocyturie.

14- Réponse : B

- Cette IRA organique survient suite à une hypovolémie persistante : son traitement étiologique repose sur la **réhydratation par NaCl 0.9 % et correction des troubles hydro-électrolytiques**.
- Le remplissage n'est pas indiqué dans cette situation en l'absence de choc hypovolémique X.
- L'épuration extrarénale n'est pas indiquée en l'absence de critères de dialyse X (pas d'OAP, pH > 7.20, urée < 40 mmol/L, créatinine < 1000 µmol/L, kaliémie normale).
- Les diurétiques de l'anse sont **contre-indiqués dans ce contexte d'hypovolémie** X.

15- Réponse : B

- Ce tableau correspond à un **syndrome occlusif par strangulation**. La cause principale à évoquer dans ce contexte de chirurgie abdominale quelques années plus tôt est l'**occlusion sur bride**.



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 18

Vous recevez fin janvier les parents du petit Adrien, 5 mois, affolés. En effet, celui-ci est devenu brutalement hypotonique, pâle et s'est arrêté de respirer quelques secondes alors que son papa le portait dans ses bras. Il n'aurait pas perdu connaissance et n'a jamais fait d'épisode de ce genre.

Aux urgences les constantes sont les suivantes : PA = 85/40, Fc = 150/min, SpO₂ = 98 % AA, T° = 38.0°C. Votre examen clinique est normal, hormis une congestion rhinopharyngée.

QCM 1	Quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?
A -	Sepsis sévère
B -	Choc hypovolémique
C -	Convulsion
D -	Malaise grave du nourrisson
E -	Choc septique
QCM 2	Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) de gravité à rechercher systématiquement devant un malaise grave du nourrisson ?
A -	Tachycardie
B -	Battements des ailes du nez
C -	SpO ₂ < 95 % AA
D -	Bombement de la fontanelle
E -	Visage rouge
QCM 3	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
A -	CRP
B -	Bandelette urinaire
C -	ECG
D -	Echographie transfontanellaire
E -	Calcémie
QCM 4	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de malaise grave du nourrisson ?
A -	Rhinite
B -	Gastro-entérite aiguë
C -	Vaccin
D -	Invagination intestinale aiguë
E -	Reflux gastro-œsophagien
QCM 5	Adrien est victime d'une convulsion de 2 minutes cédant spontanément. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) devez-vous prescrire en plus du bilan initial systématique ?
A -	Fond d'œil
B -	Gaz du sang
C -	Electroencéphalogramme
D -	Echographie transfontanellaire
E -	Aucun de ces examens

QCM 6	Vous faites le diagnostic de malaise grave du nourrisson sur rhinite obstructive compliquée d'une crise fébrile. Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge ?
A -	Désobstruction rhinopharyngée
B -	Benzodiazépine
C -	Paracétamol
D -	AINS
E -	Vasoconstricteur nasal
QCM 7	Quelques mois plus tard, vous apprenez le décès du frère d'Adrien, âgé alors de 4 mois. Il aurait été retrouvé inanimé dans son berceau. Quelle(s) cause(s) connaissez-vous de la mort inattendue du nourrisson ?
A -	Reflux gastro-œsophagien simple
B -	Hyper-réflexivité vagale
C -	Hyperthermie
D -	Bronchiolite à VRS
E -	Accident de literie
QCM 8	Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) qui ont pu favoriser la survenue d'une MIN ?
A -	Sexe masculin
B -	Age > 3 mois
C -	Milieu défavorisé
D -	Lit commun avec les parents
E -	Couchage en décubitus dorsal
QCM 9	Quel(s) est (sont) la(les) mesure(s) de prise en charge d'une MIN sur les lieux du décès ?
A -	Un médecin régulateur du SAMU doit être systématiquement contacté en cas de mort avérée
B -	Des manœuvres de réanimation ne doivent être réalisées que s'il y a un espoir de survie
C -	L'annonce du décès peut se faire par téléphone, à condition de rencontrer la famille dans un délai raisonnable
D -	Des diagnostics possibles peuvent être évoqués devant la famille dans un but de décupabilisation
E -	Un examen clinique doit se faire le plus rapidement possible sur un enfant totalement déshabillé
QCM 10	Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) complémentaire(s) à réaliser systématiquement devant une MIN ?
A -	Hémocultures
B -	Imagerie cérébrale
C -	EEG
D -	Bactériologie nasale
E -	Radiographie du thorax
QCM 11	Concernant l'autopsie médico-légale, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une obligation légale
B -	Elle n'est pas obligatoire si la religion des parents s'oppose à cette pratique
C -	Le refus de l'autopsie par les parents peut conduire le médecin à réaliser un signalement judiciaire
D -	Une information claire et détaillée doit être donnée aux parents concernant sa réalisation
E -	Elle peut être réalisée par tout médecin spécialisé en anatomopathologie

QCM 12	Les parents acceptent l'autopsie et vous réalisez un certificat de décès. Quelles en sont ses modalités ?
A -	Partie administrative nominative et médicale anonyme
B -	La partie administrative est adressée au service de l'Etat Civil
C -	La partie médicale est adressée au médecin inspecteur de l'ARS
D -	En cas de suspicion de maltraitance, la case « obstacle médicolégal » doit être cochée dans la partie médicale
E -	Un certificat de décès complémentaire tenant compte de l'autopsie doit statuer de manière définitive sur la cause du décès
QCM 13	Trois ans plus tard, les parents reviennent cette fois-ci pour Charlotte, 20 mois, pour chutes à répétition inexpliquées. En effet, celle-ci présente des ecchymoses au niveau des membres, du thorax et des lombes. L'examen physique est difficile en raison de pleurs incessants. Vous lisez son dossier médical qui répertorie 4 visites aux urgences entre les âges de 4 et 18 mois pour des motifs similaires et pour douleurs abdominales inexpliquées. Vous suspectez une maltraitance. Quel(s) argument(s) vous amène(nt) à évoquer ce diagnostic ?
A -	Siège des ecchymoses
B -	Antécédent de mort inattendue du nourrisson dans la fratrie
C -	Enfant née à terme
D -	Pleurs incessants
E -	Consultations répétées aux urgences
QCM 14	Quels examens réalisez-vous rapidement ?
A -	Bilan d'hémostase
B -	NFS
C -	Bandelette urinaire
D -	Radiographies du squelette entier
E -	ASAT/ALAT
QCM 15	Vous réalisez (à tort ou à raison) des radiographies du squelette entier mettant en évidence des lésions osseuses et fractures multiples d'âges différents. Vous mettez en évidence des cals osseux multiples, des arrachements métaphysaires et des décollements périostés. Quel est votre diagnostic ?
A -	Syndrome de Silverman
B -	Ostéomalacie
C -	Hémopathie maligne
D -	Métastases
E -	Séquelles de chutes lors de l'initiation à la marche

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Connaître les examens à réaliser systématiquement lors d'un malaise grave du nourrisson.
- Devant une MIN même évidente, des mesures de réanimation doivent être systématiquement débutées.
- Antécédent de MIN = facteur de risque de maltraitance.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : D	<ul style="list-style-type: none">– Il s'agit d'un malaise inattendu du nourrisson.– Sa définition est la suivante <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Accident inopiné et brutal associant :<ul style="list-style-type: none">✗ Modifications du tonus (ici hypotonie)✗ Modifications de la coloration des téguments (ici pâleur)✗ Avec ou sans modification du rythme respiratoire (ici apnée)✗ Avec ou sans perte de connaissance.
2- Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none">– Les éléments de gravité <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Hémodynamiques : tachycardie (ou bradycardie), hypotension (ou hypertension...)- Ventilatoires : signes de lutte (battements des ailes du nez...).- Neurologiques : déficit focal, bombement de la fontanelle...– Le critère de gravité d'hypoxémie est SpO₂ < 90 % AA <input checked="" type="checkbox"/>.– Le visage rouge n'est pas un critère de gravité (contrairement à la cyanose et au teint gris) <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : A B C E	<ul style="list-style-type: none">– Les examens complémentaires systématiques à réaliser devant un malaise grave du nourrisson <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Glycémie capillaire puis veineuse- NFS- CRP, PCT- Ionogramme, urée, créatinine- Calcémie- Transaminases- ECG- Radiographie thoracique de face- Bandelette urinaire- ± lactates (si sévérité clinique)

4- Réponse : A B C D E

- La rhinite est une cause de MGN par obstruction mécanique respiratoire haute.
- La gastro-entérite aiguë est une cause de MGN liés aux vomissements de la maladie (obstruction mécanique respiratoire haute).
- Les vaccins peuvent entraîner des MGN (rare).
- L'invagination intestinale aiguë peut entraîner des MGN liées à la douleur aiguë.
- Le RGO peut également entraîner des MGN.

5- Réponse : A B C D

- Les convulsions peuvent être une cause neurologique de MGN. Il faut donc réaliser des examens complémentaires pour éliminer une cause neurologique de MGN, au cas où des convulsions antérieures seraient passées inaperçues.
- Les examens à réaliser en cas de suspicion de cause neurologique sont les suivants :
 - EEG
 - Gaz du sang avec lactates et ammoniémie
 - Imagerie cérébrale : échographie transfontanellaire ou TDM cérébrale
 - Fond d'œil
 - ± PL devant des convulsions chez un jeune nourrisson, surtout si suspicion d'infection neuromeningée.

6- Réponse : A C

- Le diagnostic de malaise grave du nourrisson est essentiellement étiologique. Il repose donc ici sur le traitement d'une rhinite.
- Le traitement d'une rhinite repose sur :
 - Antalgique-antipyrétique : paracétamol
 - Désobstruction rhinopharyngée
- La crise convulsive n'a duré que 2 minutes, n'a pas récidivé et survient en réaction à la fièvre. Il n'y a donc pas lieu de prescrire des benzodiazépines.
- Les AINS et les antibiotiques n'ont aucun intérêt dans ce contexte.

7- Réponse : B C D E

- Le RGO doit être compliqué pour être une cause de mort inattendue du nourrisson.
- Les 4 autres causes sont possibles.

8- Réponse : A C D

- Les facteurs parmi ceux proposés favorisant la MIN sont les suivants :
 - Sexe masculin
 - Age < 6 mois
 - Milieu défavorisé
 - Lit commun avec les parents = co-sleeping
 - Couchage en décubitus ventral.

9- Réponse : A E

- Un médecin régulateur du SAMU doit être **systématiquement contacté** et des mesures de réanimation doivent être **systématiquement entreprises** même en cas de mort avérée du nourrisson, pour des raisons éthiques
- L'annonce du décès **ne doit pas se faire par téléphone**, mais il importe de préciser le caractère grave de la situation et la nécessité d'un contact rapide
- Des diagnostics possibles ne doivent pas être évoqués hâtivement devant la famille, au risque de la culpabiliser
- Un **examen clinique** doit se faire le plus rapidement possible sur un enfant totalement déshabillé. L'observation fera partie intégrante de la **fiche d'intervention**

10- Réponse : A B D E

- Des examens sont à réaliser systématiquement devant une MIN (HAS 2009) :
 - NFS, CRP
 - **2 hémodcultures**, prélèvement de LCS, ECBU par sondage
 - Prélèvements locaux bactériologiques, virologiques, toxicologiques
 - Prélèvements d'humeur vitrée
 - Profil des acylcarnitines plasmatiques
 - **Imagerie cérébrale**
 - Radiographies : **thorax**, crâne F/P, rachis F/P, bassin F, membres F.
 - ± Imagerie corps entier.

11- Réponse : C D

- L'autopsie :
 - N'est **pas une obligation légale**
 - Est réalisée par un **anatomopathologiste spécialisé**
 - Son refus par les parents peut conduire le médecin à réaliser un **signalement judiciaire**
- **Aucune religion** ne s'oppose à ces examens
- Une information claire et détaillée doit être donnée aux parents concernant sa réalisation

Organis 12- Réponse : A B E

- ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.
- Le certificat de décès comprend :
 - Une partie administrative nominative :
 - × Adressée au service de l'Etat Civil
 - × Contenant la case « **obstacle médico-légal** » devant être cochée en cas de suspicion de maltraitance
 - Une partie médicale anonyme :
 - × Destinée au CépiDC de l'Inserm
 - × Renseignant sur la (les) cause(s) probable(s) du décès.
 - Un certificat de décès **complémentaire** tenant compte de l'autopsie doit statuer de manière définitive sur la cause du décès.

13- Réponse : A B D E

- Les éléments amenant à évoquer le diagnostic de maltraitance sont les suivants :
 - Siège inhabituel des ecchymoses : thorax, lombes
 - Antécédent de MIN dans la fratrie
 - Pleurs incessants
 - Consultations répétées aux urgences.
- La prématurité est un facteur de risque de maltraitance, le fait d'être né à terme n'en est pas un .

14- Réponse : A B D E

- Le bilan systématique minimum à réaliser devant toute maltraitance est le suivant :
 - NFS, bilan d'hémostase (y compris facteur VIII), ASAT/ALAT : recherche d'hémopathie responsable des ecchymoses
 - Recherche de toxiques
 - Radiographies du squelette (entier si < 2 ans), voire scintigraphie osseuse : recherche de fractures anciennes/récentes.
- La BU est à réaliser en cas de suspicion de traumatisme abdominal , ce qui n'est pas le cas ici.

15- Réponse : A B

- La présentation radiologique décrite dans l'énoncé correspond au **syndrome de Silverman**. Il est lié à des sévices itératifs, responsables de volumineux cals osseux par absence d'immobilisation après chaque fracture .

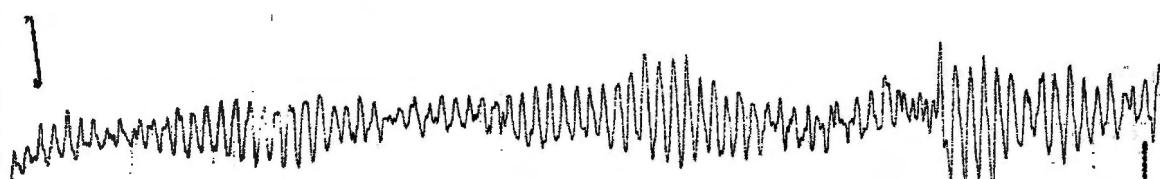


J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 19

M. A., 78 ans, est amené par sa femme aux urgences pour apparition d'un comportement inhabituel depuis 24 heures. Il a comme antécédents une hypertension non traitée, une cholécystectomie, une cure de hernie hiatale, et une paralysie périodique familiale. Quand vous essayez de lui parler, il se lève brutalement et marche dans tous les sens, en hurlant sans cesse « Aidez-moi ! Je refuse que l'on m'enferme ! » avant d'ajouter « Ces hommes habillés en blanc veulent me tuer, je le sais ! » d'un air agressif en vous regardant, l'infirmier et vous. La communication est difficile, votre patient ne répond pas aux questions que vous lui posez. Sa femme vous signale que son mari reste dans son fauteuil depuis quelques jours, sans manifester une quelconque émotion, ce qui est contraire à ses habitudes. Cette semaine, il n'a même pas entrepris les activités qu'il réalisait habituellement.

QCM 1	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) sémiologique(s) que vous repérez dans cette observation ?
A -	Apathie
B -	Discours diffluent
C -	Fading
D -	Aboulie
E -	Négativisme
QCM 2	Quel est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?
A -	Schizophrénie débutante
B -	Spasmophilie
C -	Trouble psychotique bref
D -	Hypocalcémie
E -	Attaque de panique
QCM 3	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) permettant de décrire cet épisode délirant ?
A -	Thème mégalomaniaque
B -	Thème de persécution
C -	Thème mystique
D -	Mécanisme intuitif
E -	Mécanisme interprétatif
QCM 4	Quel bilan paraclinique réalisez-vous en 1 ^{re} intention ?
A -	Glycémie veineuse
B -	ECG
C -	Scanner cérébral
D -	Bilan de coagulation
E -	Hémogramme

QCM 5	<p>Vous réalisez (à tort ou à raison) une glycémie veineuse, un héogramme, un bilan de coagulation, un ionogramme avec bilan phosphocalcique. Vous essayez de réassurer votre patient, en vain, et celui-ci refuse toute prise de médicament par voie orale. Quelle prise en charge médicamenteuse préférez-vous parmi les suivantes ?</p> <p>A - Hydroxyzine per os B - Lorazépam par voie intramusculaire C - Oxazépam per os D - Cyamémazine par voie intramusculaire E - Loxapine par voie intraveineuse</p>
QCM 6	<p>Vous réalisez (à tort ou à raison) un traitement par neuroleptique sédatif, associé à une contention. Quel(s) est (sont) le(s) principe(s) de la contention physique ?</p> <p>A - Elle doit systématiquement être associée à une sédation chimique B - Elle doit être réévaluée toutes les 24h C - Elle est soumise à une prescription médicale D - Il s'agit d'une exception au devoir d'information du patient par le médecin E - Il existe des contre-indications médicales à la contention physique</p>
QCM 7	<p>Deux heures plus tard, après avoir levé la contention, l'infirmière vous appelle, affolée, car votre patient a changé de nouveau de comportement. Lorsque vous allez le voir, M. A. est bien plus calme qu'à l'arrivée et vous dit « Je ne me sens pas bien... aidez-moi, je vais m'évanouir... ». Vous le trouvez bien plus pâle qu'à l'arrivée. Quel examen le plus important parmi ceux-ci réalisez-vous en urgence ?</p> <p>A - Glycémie capillaire B - Troponinémie C - ECG D - Hémocue E - Aucun de ces examens</p>
QCM 8	<p>Voici les résultats de votre examen :</p>  <p>Les résultats biologiques sont les suivants : hémoglobine = 140 g/L, leucocytes = 6 G/L, plaquettes = 173 G/L, Na⁺ = 137 mmol/L, K⁺ = 3.1 mmol/L, Ca⁺⁺ corrigé = 2.3 mmol/L, créatininémie = 98 µmol/L.</p> <p>Quel est votre diagnostic concernant cet état de malaise ?</p> <p>A - Fibrillation auriculaire B - Torsade de pointe C - Hypocalcémie D - Flutter auriculaire E - Fibrillation ventriculaire</p>

QCM 9	Votre patient est atteint d'hypokaliémie. D'une façon générale, quel(s) est (sont) la (les) facteurs favorisant une arythmie dans un contexte d'hypokaliémie ?
A - Hypocalcémie B - Hypertrophie ventriculaire droite C - Traitement par digoxine D - Hypomagnésémie E - Angor chronique stable	
QCM 10	Quel(s) est(sont) le(s) traitement(s) que vous débutez pour traiter ce trouble du rythme ?
A - Bêtabloquant B - Choc électrique externe C - Isoprénaline IV D - Sulfate de magnésium IV E - Sonde d'entrainement électro-systolique	
QCM 11	Vous pensez que cet événement est un effet indésirable du traitement par cyamémazine. Parmi les effets indésirables suivants, lequel (lesquels) sont classiquement dus aux neuroleptiques ?
A - Dystonie aiguë B - Akathisie C - Hépatite cholestatique D - Agranulocytose E - Bradycardie	
QCM 12	Vous revenez à la démarche étiologique de l'épisode délirant aigu. Quel(s) élément(s) de l'examen clinique est (sont) indispensable(s) chez ce patient à visée étiologique ?
A - Percussion abdominale B - Auscultation pulmonaire C - Toucher rectal D - Mesure de la fréquence cardiaque E - Ebranlement lombaire	
QCM 13	Malheureusement, avant même que vous n'ayiez pu réaliser votre examen, votre patient perd connaissance. L'ECG montre une fibrillation ventriculaire à petites mailles. Quelle est votre prise en charge ?
A - Adrénaline 1 mg IV B - Choc électrique externe d'emblée C - Massage cardiaque externe d'emblée D - Amiodarone 300 mg d'emblée E - Sulfate de magnésium 2 g IV si la FV résiste aux chocs	
QCM 14	Vous réanimez M. A. Quelle prise en charge réalisez-vous ?
A - Coronarographie immédiate B - Maintien d'une supplémentation potassique C - Maintien d'une température en dessous de 37.5°C avec administration de paracétamol si besoin D - Maintien d'une hyperoxyie importante E - Sédaton d'au moins 12 h	

QCM 15

M. A. reste dans le coma. Quel(s) sera (seront) le(s) critère(s) d'appréciation du pronostic cérébral à moyen terme durant le séjour en réanimation ?

- A - Score de Glasgow
- B - IRM cérébrale
- C - Electroencéphalogramme
- D - Potentiels évoqués sensitifs
- E - Electrocardiogramme

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Agitation/délire aigu chez un patient refusant tout prise de médicament per os : indication aux neuroleptiques sédatifs par voie IM.
- Avant toute prescription de neuroleptiques sédatifs : réaliser un ECG (rechercher un allongement du QT).
- Hypokaliémie + allongement du QT = risque de torsade de pointe

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A D		
	<ul style="list-style-type: none">- L'aboulie est l'incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- « il n'a même pas entrepris les activités qu'il réalisait habituellement »- L'apathie est un état d'indifférence, d'impassivité <input checked="" type="checkbox"/>.<ul style="list-style-type: none">- « son mari reste dans son fauteuil depuis quelques jours, sans manifester une quelconque émotion »- Le discours diffluent est un discours sans idée directrice. Il n'est pas retrouvé ici <input checked="" type="checkbox"/>.- Le fading est un ralentissement du discours et une réduction du volume sonore. Il n'est pas décrit ici <input checked="" type="checkbox"/>.- Le négativisme est une attitude de résistance voire d'opposition active. Il n'est pas décrit ici <input checked="" type="checkbox"/>.	
2- Réponse : C		
	<ul style="list-style-type: none">- La présence d'idée délirante (« Ces hommes habillés en blanc veulent me tuer, je le sais ! ») apparues dans un délai de 24 heures à 1 mois définit le trouble psychotique bref <input checked="" type="checkbox"/>.- La schizophrénie est une maladie qui par définition a débuté depuis au moins 6 mois, ce qui n'est pas le cas ici <input checked="" type="checkbox"/>.- Le terme spasmophilie est controversé et ne doit plus être utilisé <input checked="" type="checkbox"/>.- L'hypocalcémie et l'attaque de panique ne donnent pas de trouble délirant <input checked="" type="checkbox"/>.	
3- Réponse : B D		
	<ul style="list-style-type: none">- Le principal thème évoqué dans ce délire est la persécution (le sujet pense qu'il va être enfermé et que les professionnels de santé vont le tuer) <input checked="" type="checkbox"/>.- Le mécanisme est intuitif : il s'agit d'une idée fausse admise sans raisonnement logique, qui n'est pas de mécanisme hallucinatoire <input checked="" type="checkbox"/>.	

4- Réponse : A B D E

- Le bilan paraclinique à prescrire devant un trouble psychotique bref est similaire à celui de l'état d'agitation :
 - Glycémie veineuse
 - Ionogramme sanguin avec calcémie
 - NFS, bilan d'hémostase
 - ECG (avant l'administration de neuroleptiques).
- Le scanner cérébral n'est pas systématique en l'absence d'élément d'orientation (signe de focalisation...) .

5- Réponse : D

- Le patient refusant toute prise de médicament par voie orale, la **voie intramusculaire** est indiquée .
- Le traitement recommandé repose donc sur les **neuroleptiques sédatifs** (cyamémazine, loxapine...) par **voie intramusculaire** .
- Les benzodiazépines IM sont à éviter (mauvaise biodisponibilité, durée d'action longue) .
- Les neuroleptiques sédatifs IV ne sont pas indiqués .

6- Réponse : A C E

- La contention physique est une mesure d'exception, utilisée en cas d'agitation extrême .
- Elle répond à des règles :
 - Elle doit être la + limitée possible dans le temps
 - La procédure répond à un protocole précis, établi a priori, au sein de chaque établissement
 - Elle doit être réévaluée très régulièrement, selon un protocole
 - Elle doit être toujours associée à une sédation chimique, la contention physique permet parfois de rendre possible le traitement médicamenteux
 - Elle est soumise à une prescription médicale, pouvant être faite immédiatement ou a posteriori de l'acte
 - Il ne s'agit bien sûr pas d'une exception au **devoir d'information du malade**, qui doit toujours être réalisée, en insistant sur l'indication de la contention et le fait qu'elle ne soit que temporaire.
- Il existe des **contre-indications médicales** à la contention physique : **affections non stabilisées** essentiellement (insuffisance cardiaque, atteinte orthopédique, infection grave...).

7- Réponse : C

- Avant toute prescription de neuroleptiques sédatifs, il faut réaliser un **ECG** à la recherche d'un **allongement du QT** . Les neuroleptiques sont susceptibles d'allonger le QT et de provoquer des torsades de pointe, responsables de malaises.
- L'ECG a été oublié dans le bilan pré-thérapeutique de ce cas clinique, il est à réaliser en urgence dans ce contexte.

8- Réponse : B

- Cet ECG correspond à une **torsade de pointes**, survenant dans ce contexte d'**hypokaliémie** et de probable allongement du QT. Les caractéristiques permettant de la reconnaître sont les suivantes :
 - Tachycardie d'origine **ventriculaire**
 - Aspect **polymorphe** des complexes ventriculaires : **rotation en torsades**.
- La paralysie périodique familiale est une cause d'**hypokaliémie** par transfert excessif du compartiment extracellulaire vers le compartiment intracellulaire. L'ajout d'un neuroleptique **allongeant le QT** sur ce terrain d'**hypokaliémie** a favorisé l'apparition de torsade de pointe.

9- Réponse : C D E

- Les facteurs pro-arythmogènes dans un contexte d'**hypokaliémie** sont les suivants :
 - ATCD de **cardiopathie ischémique** : angor stable, SCA...
 - **Hypercalcémie**
 - **Hypomagnésémie**
 - **Hypertrophie ventriculaire gauche**
 - **Traitements par digitalique/anti-arythmique**.

10- Réponse : C D E

- Le traitement d'une torsade de pointe comprend :
 - **Correction de l'hypokaliémie**
 - **Correction d'une éventuelle hypomagnésémie** : sulfate de magnésium
 - Un traitement contre les troubles de conduction :
 - × Isoprénaline
 - × Voir SEES.

11- Réponse : A B C D

- La dystonie aiguë et l'akathisie rentrent dans les **effets extrapyramidaux** des antipsychotiques.
- L'**hépatite cholestatique** est une complication possible des antipsychotiques.
- L'**agranulocytose médicamenteuse** est possible quel que soit l'antipsychotique incriminé.
- Les antipsychotiques donnent surtout des **tachycardies**, par l'**effet anticholinergique** des antipsychotiques X.

12- Réponse : A B C D E

- La percussion abdominale permet de rechercher une matité sus-pubienne en faveur d'une **rétention aiguë d'urine**.
- L'auscultation pulmonaire permet de rechercher des crépitants en faveur d'une **infection pulmonaire**.
- Le toucher rectal permet de rechercher un **fécalome**.
- La mesure de la fréquence cardiaque permet de rechercher une cause **cardiovasculaire**.
- L'ébranlement lombaire permet de rechercher une **pyélonéphrite aiguë**.

13- Réponse : B E

- La FV est un rythme cardiaque choquable. Le patient est hospitalisé, donc cet arrêt cardiaque par FV doit être **immédiatement pris en charge par choc électrique externe**.
- En cas de prise en charge à domicile X (avec le plus souvent un no-flow de quelques minutes), le massage cardiaque externe doit être débuté d'emblée, puis suivi d'un CEE.
- L'adrénaline 1 mg IV est le traitement de 1^{re} intention de l'arrêt cardiaque **avec asystolie** X.
- Cette FV est la complication d'une torsade de pointe. Dans ce cas précis, le **sulfate de magnésium 2 g IV** peut être administré si la FV résiste aux CEE.

14- Réponse : B C

- Chez ce patient, on connaît la cause de la FV : torsades de pointe liée à des troubles métaboliques (hypokaliémie, prise de neuroleptiques allongeant le QT). La coronarographie n'est donc pas nécessaire X.
- Le **traitement de l'hypokaliémie** doit être maintenu pour éviter la récidive [1].
- La température corporelle doit être maintenue **autour de 34°C** pour préserver des lésions ischémiques.
- Le maintien d'une **hyperoxie modérée** permet de limiter la souffrance cérébrale, l'hyperoxie importante est délétère X.
- La sédation doit durer **minimum 24 à 48 heures** afin de lutter contre l'œdème cérébral et l'aggravation des lésions.

15- Réponse : A C D

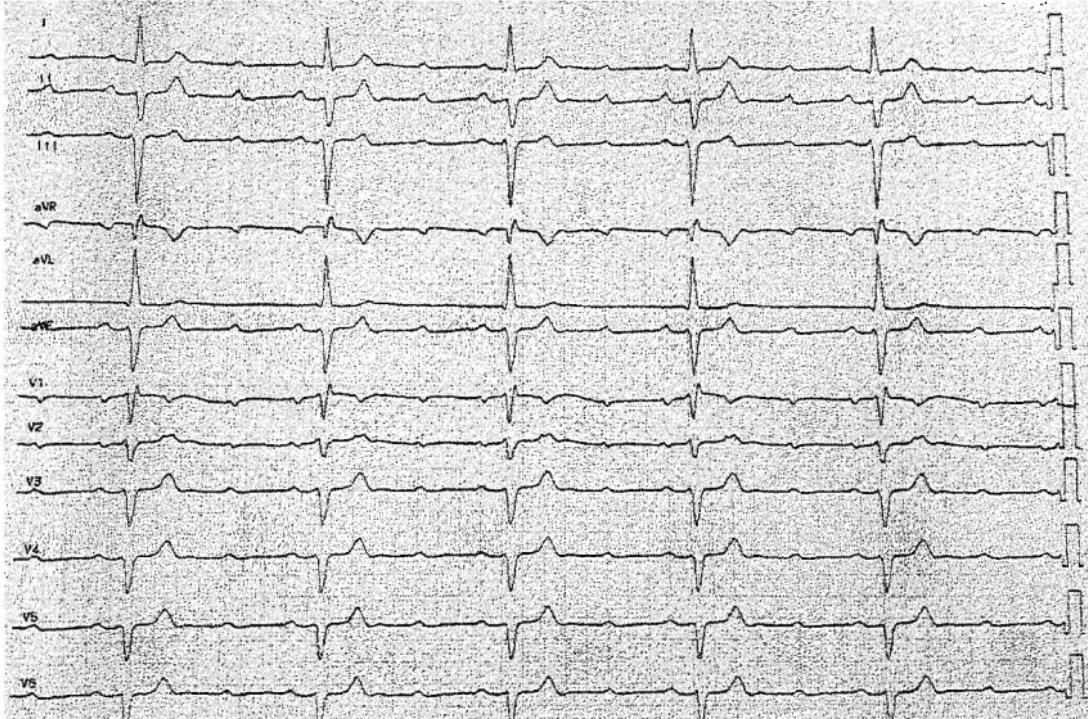
- Les 3 éléments permettant d'évaluer le pronostic cérébral sont :
 - **Score de Glasgow**
 - **EEG**
 - **Potentiels évoqués sensitifs.**
- Cette évaluation doit être itérative lors des premiers jours de sédation.

Cas clinique QCM N° 20

Vous recevez M. R., 45 ans, pour grosse jambe rouge aiguë droite d'apparition rapide en moins de 24 heures. Il est diabétique de type 2 traité par insuline, compliqué de rétinopathie, néphropathie stade III et neuropathie avec mal perforant plantaire du pied droit. Sa dernière injection de vaccin DTP a été réalisée il y a 8 ans.

QCM 1	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) de grosse jambe rouge aiguë unilatérale ?
A - Erysipèle B - Eczéma C - Thrombose veineuse profonde D - Pyomyosite E - Pasteurellose	
QCM 2	Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) de gravité à rechercher devant une grosse jambe rouge aiguë ?
A - Crépitation B - Douleur C - Zone cyanique D - Hypoesthésie E - Tachycardie importante	
QCM 3	Si vous suspectiez un érysipèle, quel(s) examen(s) complémentaire(s) seraient nécessaire(s) pour établir le diagnostic ?
A - Hémocultures B - Prélèvement de porte d'entrée C - Prélèvement cutané D - Bandelette urinaire E - Aucune de ces réponses	
QCM 4	En réalité, vous faites le diagnostic de dermohypodermite bactérienne nécrosante débutante. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?
A - Elle nécessite une prise en charge en soins intensifs B - La prise en charge est exclusivement médicale C - L'IRM permet d'apprécier l'extension de la nécrose en profondeur D - L'infection est le plus souvent polymicrobienne E - La prise d'AINS pourrait favoriser la survenue de DHBN	
QCM 5	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
A - Hémocultures B - Bilan pré-opératoire C - Scanner de la jambe droite D - IRM de la jambe droite E - Prélèvement du mal perforant plantaire	

QCM 6	Quelle est votre conduite à tenir ?
A -	Débridement chirurgical économique des tissus nécrosés
B -	Antibiothérapie
C -	Sérum antitétanique
D -	Traitemennt du mal perforant plantaire
E -	Mise sous insuline IV pour contrôle de la glycémie
QCM 7	Quel(s) antibiotique(s) débutez-vous ?
A -	Amoxicilline-acide clavulanique
B -	Pipéracilline-tazobactam + métronidazole
C -	Amoxicilline-acide clavulanique + clindamycine
D -	Imipénème + métronidazole
E -	Oxacilline
QCM 8	A propos des antibiotiques, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'amoxicilline a un effet antistaphylococcique
B -	L'amoxicilline-acide clavulanique a un effet antistaphylococcique
C -	La pipéracilline-tazobactam agit sur toutes les bactéries productrices de BLSE
D -	La clindamycine est un lincosamide et a une activité bactéricide
E -	La clindamycine est très pourvoyeuse de colites à Clostridium difficile
QCM 9	<p>L'état clinique de votre patient s'améliore suite à votre prise en charge. Quelques jours après, vous remarquez un retour de la fièvre et une augmentation brutale de la créatininémie à 190 µmol/L. La jambe opérée est propre, sans signe inflammatoire. Les pieds sont marbrés jusqu'aux chevilles.</p> <p>Les constantes sont les suivantes : PA = 84/49, Fc = 119/min, T° = 39.3°C.</p> <p>Quel(s) diagnostic(s) suspectez-vous ?</p>
A -	Choc septique
B -	Sepsis sévère
C -	Syndrome de réponse inflammatoire systémique
D -	Insuffisance rénale aiguë
E -	Choc anaphylactique
QCM 10	Vous souhaitez réaliser des hémocultures en urgence. Quelle(s) en est (sont) la (les) modalité(s) ?
A -	Port de gants propres non stériles
B -	Un prélèvement nécessite l'ensemencement d'une paire de flacons d'hémocultures
C -	Dans l'idéal, 2 voire 3 prélèvements doivent être réalisés
D -	Le résultat de l'examen direct est généralement obtenu en moins de 2 heures
E -	En cas de signe de gravité, 2 prélèvements lors de la même ponction peuvent être réalisés
QCM 11	Les hémocultures reviennent positives à staphylococcus aureus. Concernant les septicémies à staphylococcus aureus, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	En cas d'infection nosocomiale, il s'agit de SARM dans 20 % des cas
B -	Les métastases septiques sont peu fréquentes
C -	Une échographie cardiaque doit être systématiquement réalisée
D -	Le risque de choc septique est élevé
E -	Un avis spécialisé permet de diminuer la mortalité

QCM 12	<p>Vous réalisez une échographie cardiaque transthoracique qui retrouve une végétation de 8 mm au niveau de la valve aortique. En vous basant sur les critères de Duke, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p> <p>A - Le diagnostic d'endocardite infectieuse est certain B - Le diagnostic d'endocardite infectieuse est probable C - Le diagnostic d'endocardite infectieuse est éliminé D - Une ETO est nécessaire pour faire le diagnostic E - La présence d'un critère mineur est nécessaire pour faire le diagnostic</p>
QCM 13	<p>Vous faites le diagnostic d'endocardite infectieuse. Quelle(s) est (sont) l'(les) indication(s) de chirurgie dans l'endocardite ?</p> <p>A - Endocardite fungique B - Végétation > 10 mm C - OAP sur endocardite (en 1^{re} intention) D - Persistance d'un syndrome infectieux non contrôlé sous antibiothérapie adaptée E - Insuffisance cardiaque sur dysfonction prothétique</p>
QCM 14	<p>Le lendemain, vous réalisez un ECG qui retrouve le tracé suivant :</p>  <p>Quel(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) que vous relevez sur ce tracé ?</p> <p>A - Bradycardie sinusal B - Ischémie sous endocardique C - BAV 2 Möbitz 1 D - Hémbloc antérieur gauche E - BAV 3</p>
QCM 15	<p>Quelle complication suspectez-vous ?</p> <p>A - Abcès de la paroi libre B - Œdème aigu pulmonaire cardiogénique C - Abcès septal D - Infarctus du myocarde d'origine embolique E - Anévrisme mycotique</p>

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Dermohypodermite bactérienne nécrosante = urgence médico-chirurgicale
- Bactériémie à staphylococcus aureus = ETT systématique
- Endocardite de la valve aortique = ECG quotidien à la recherche d'un BAV (évoquant un abcès septal)

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none">- Parmi les réponses proposées, les causes de grosse jambe rouge aiguë <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Erysipèle : tableau typique- Eczéma : se voit chez les malades porteurs d'ulcère- Pasteurellose : entraîne une dermohypodermite bactérienne en cas de morsure animale- La thrombose veineuse profonde isolée ne donne pas de grosse jambe rouge aiguë <input checked="" type="checkbox"/>.- La pyomyosite est une infection primitive du muscle n'entrant pas ou peu d'érythème <input checked="" type="checkbox"/>.
2- Réponse : A C D E	<ul style="list-style-type: none">- Les signes de gravité à rechercher devant une grosse jambe rouge aiguë (suspicion de fasciite nécrosante) <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Signes de sepsis : tachycardie importante par exemple- Signes locaux :<ul style="list-style-type: none">× Douleur TRES INTENSE ou hypoesthésie× Induration diffuse et rapidement extensive× Zones cyaniques et/ou nécrotiques× Crépitation
3- Réponse : E	<ul style="list-style-type: none">- Le diagnostic d'un érysipèle est clinique : aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour faire le diagnostic <input checked="" type="checkbox"/>.

4- Réponse : A C D E

- La DHBN nécessite une prise en charge médico-chirurgicale, débutée en unité de soins intensifs .
- L'IRM, lorsqu'elle est réalisable, permet d'apprecier l'extension de la nécrose en profondeur . Elle ne doit pas retarder le traitement chirurgical.
- L'infection est le plus souvent polymicrobienne : streptocoques, staphylocoques, anaérobies...
- La prise d'AINS pourrait favoriser la survenue de DHBN , bien que cela ne soit pas formellement démontré.

5- Réponse : A B

- Les examens à réaliser devant une DHBN sont les suivants :
 - Bilan préopératoire
 - Hémocultures (en urgence)
 - Prélèvements per-opératoires.
- Les examens d'imagerie n'ont pas d'intérêt en urgence avant la chirurgie ; le TDM ou l'IRM peuvent être réalisés en cas de chirurgie de reprise après la prise en charge initiale.
- Le prélèvement du mal perforant plantaire n'a pas d'intérêt , en raison d'une colonisation de la lésion par la flore polymicrobienne avoisinante.

6- Réponse : B D E

- Le traitement d'une DHBN est médico-chirurgical.
- Le débridement chirurgical des tissus nécrosés doit être large .
- On met en place une antibiothérapie probabiliste qui diffère en fonction de la région touchée .
- M. R. a moins de 65 ans et a été vacciné contre le DTP depuis moins de 20 ans : il n'a besoin ni de vaccin, ni de sérum antitétanique. Attention à bien cocher cette réponse dans le cas contraire .
- Le traitement de la porte d'entrée est indispensable pour éviter la récidive .
- La mise temporaire sous insuline IV chez ce diabétique avec de multiples complications peut aider à mieux contrôler la glycémie dans ce contexte septique .

7- Réponse : C

- L'antibiothérapie des DHBN varie en fonction de la région corporelle touchée :
 - **Membres et région cervico-faciale :**
 - × AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE + CLINDAMYCINE
 - **Abdomen et périnée :**
 - × PIPERACILLINE-TAZOBACTAM + METRONIDAZOLE
 - × ou IMIPENEME + METRONIDAZOLE
 - **Chez un toxicomane :**
 - × AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE ± VANCOMYCINE
 - × Ou OXACILLINE ± VANCOMYCINE

8- Réponse : B E

- 95 % des souches de staphylococcus aureus possèdent une pénicillinase annihilant l'action des péniG ou des péniA. En revanche, l'adjonction d'un inhibiteur des β-lactamases peut dépasser ce mécanisme de résistance : l'amoxicilline-acide clavulanique a une action antistaphylococcique contrairement à l'amoxicilline seule. Attention, cette action est inconstante car 20 % des staphylocoques dorés présentent une modification de la protéine liant la pénicilline (PLP), rendant l'action de toutes les β-lactamines inefficace.
- La pipéracilline-tazobactam a un effet inconstant sur les bactéries productrices de BLSE (β-lactamase à spectre élargi).
- La clindamycine est un lincosamide et a une activité bactériostatique X.
- La clindamycine est très pourvoyeuse de colites à Clostridium difficile ☐.

9- Réponse : B C D

- Le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ☐ est une association d'au moins 2 signes parmi :
 - $T^{\circ} \geq 38.3^{\circ}\text{C}$ ou $T^{\circ} < 36^{\circ}\text{C}$
 - $Fc > 90/\text{min}$
 - $FR > 20 \text{ cycles/min}$ ou $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$ en air ambiant
 - Hyperleucocytose $> 12 \text{ G/L}$ ou leucopénie $< 4 \text{ G/L}$ ou $> 10\%$ de formes immatures (en l'absence d'autre cause connue).
- Ici nous sommes face à un SRIS + une infection présumée (retour de la fièvre, contexte infectieux grave quelques jours auparavant), avec une hypotension : il s'agit d'un sepsis sévère ☐.
- Pour poser le diagnostic de choc septique, il faut une hypotension persistante malgré un remplissage adéquat X dans un contexte de sepsis sévère. Ici, le remplissage n'a pas encore été initié, on ne peut pas parler de choc septique.
- L'élévation de la créatininémie dans un contexte de sepsis sévère est liée à une insuffisance rénale aiguë ①.
- Le choc anaphylactique survient quelques minutes après l'exposition à un allergène. Ici, nous ne sommes pas dans ce contexte X.

10- Réponse : B C E

- Le prélèvement d'hémocultures nécessite des mesures d'asepsie stricte : port de gants stériles ☐.
- Un prélèvement nécessite l'ensemencement d'une paire de flacons d'hémocultures ①.
- Dans l'idéal, 2 voire 3 prélèvements doivent être réalisés : 80-90 % des bactériémies sont détectées dès le premier prélèvement, 88-99 % au 2^e prélèvement ☐.
- Le résultat de l'examen direct est obtenu en 24-48 heures X.
- En cas de signe de gravité, 2 prélèvements lors de la même ponction peuvent être réalisés, pour ne pas retarder la mise en route de l'antibiothérapie ☐.

11- Réponse : A C D E

- En cas d'infection nosocomiale, il s'agit de SARM dans 20 % des cas ☐.
- Les métastases septiques sont très fréquentes et une endocardite infectieuse est présente dans 10 % des cas ☐ : une échographie cardiaque doit être systématiquement réalisée ☐.
- Le risque de choc septique est élevé en cas de septicémie à staphylocoque doré ☐.
- Plusieurs études ont démontré qu'un avis spécialisé permettait de diminuer la mortalité ; cette attitude est donc recommandée ☐.

12- Réponse : A

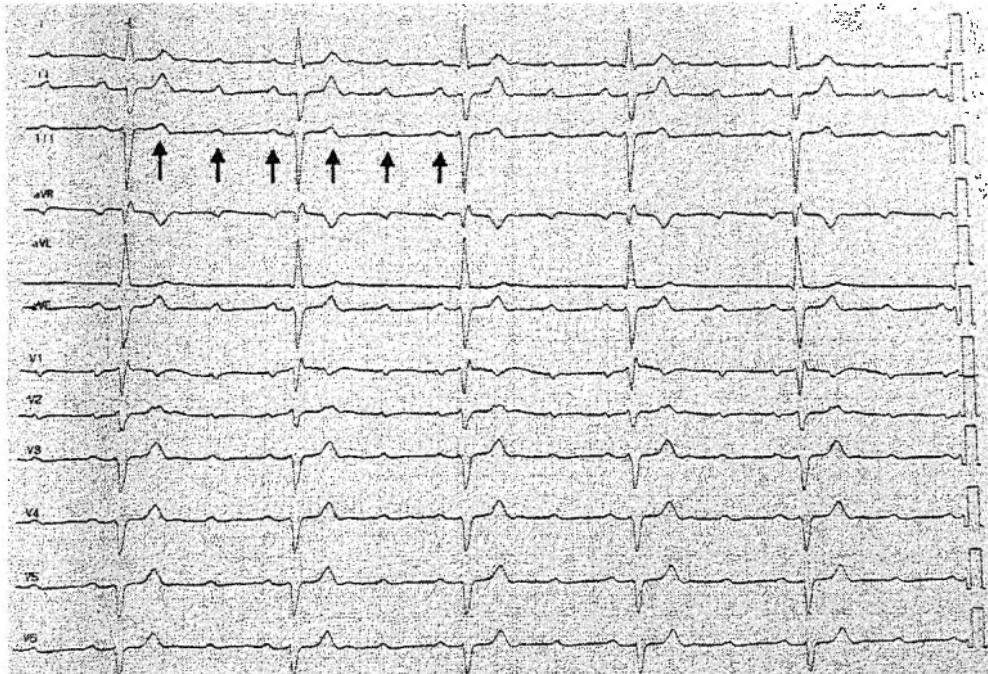
- Pour que le diagnostic d'endocardite infectieuse soit certain, il faut :
 - 2 critères majeurs
 - Ou 1 critère majeur + 3 critères mineurs
 - Ou 5 critères mineurs.
- Ici nous avons les 2 critères majeurs, le diagnostic est donc certain :
 - Echocardiographie montrant des lésions caractéristiques d'endocardite : végétation
 - Hémocultures positives à un germe pourvoyeur d'endocardites infectieuses : staphylococcus aureus.

13- Réponse : A D E

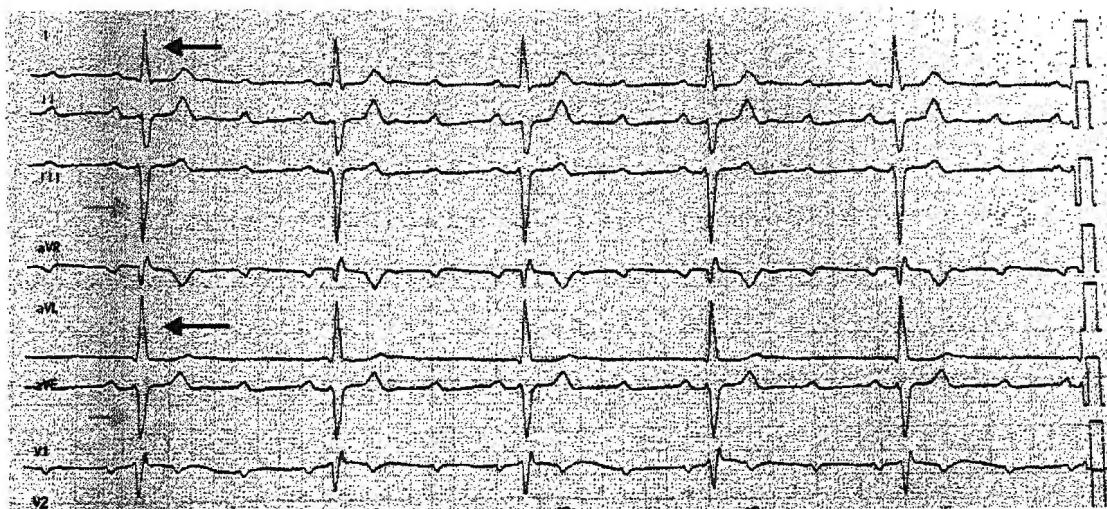
- Les principales indications de chirurgie dans l'endocardite sont les suivantes :
 - Insuffisance cardiaque :
 - × Persistante sous traitement médical
 - × Régressive sous traitement médical avec fuite valvulaire sévère
 - Persistance d'un syndrome infectieux non contrôlé par l'antibiothérapie adaptée
 - Endocardite fungique
 - Lésions para-annulaires sévères ou évolutives :
 - × Abcès
 - × Végétation > 15 mm après un épisode embolique
 - Dysfonction de prothèse :
 - × Sévère sans insuffisance cardiaque
 - × Avec insuffisance cardiaque
 - Endocardite à staphylococcus aureus sur prothèse

14- Réponse : D E

- Le rythme ventriculaire est d'environ 40 bpm (bradycardie), mais le rythme n'est pas sinusal.
Un rythme est sinusal lorsque :
 - Chaque QRS est précédé d'une onde P
 - Chaque onde P est suivie d'un QRS
 - L'onde P est positive en DII.
- L'ischémie sous-endocardique n'est pas retrouvée dans ce tracé : inversion d'ondes T, sous-décalage du ST .
- Il existe une dissociation auriculo-ventriculaire : il s'agit d'un bloc atrioventriculaire du 3^e degré (BAV3) .



- On retrouve également un hémibloc antérieur gauche :
 - QRS modérément allongé (≥ 8 ms)
 - Aspect rS en DIII et aVF
 - Aspect qR en DI et aVL.



15- Réponse : C

- La présence d'un BAV lors d'une endocardite infectieuse de la valve aortique doit être recherchée quotidiennement par un ECG. Elle doit faire évoquer un abcès septal.



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N°21

Mme Q., 36 ans, d'origine africaine, G0P0 sans antécédent médico-chirurgical, vient vous voir au 5^e mois de sa grossesse (20SA) dans le cadre du suivi gestationnel. Elle est officier de police, ne fume pas et ne boit pas. Votre examen clinique est normal à l'exception d'une pression artérielle à 145/86. La hauteur utérine est à 20 cm.

QCM 1	Concernant le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA) gravidique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le diagnostic d'HTA gravidique est fait
B -	Il faut programmer une autre consultation pour confirmer le diagnostic
C -	Il faut programmer deux autres consultations pour confirmer le diagnostic
D -	La mesure doit se faire en position couchée
E -	La mesure peut se faire en position semi-assise
QCM 2	Vous diagnostiquez une HTA gravidique. Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) sont en faveur d'une HTA gravidique sévère ?
A -	Phosphènes
B -	Abolition des réflexes ostéotendineux
C -	Antécédents personnels de pré-éclampsie
D -	PA = 155/98
E -	Diminution des mouvements actifs fœtaux
QCM 3	Votre patiente ne présente aucun symptôme. Quel est votre conduite à tenir ?
A -	Hospitalisation
B -	Régime sans sel
C -	Diurétique thiazidique
D -	Arrêt de travail
E -	Bêtabloquants
QCM 4	Votre patiente est traitée par α -méthyl-DOPA (à tort ou à raison). Elle vous revoit à la consultation du 6 ^e mois. Quel(s) examen(s) est (sont) obligatoirement proposé(s) lors de cette consultation ?
A -	Sérologie VIH
B -	Numération globulaire
C -	Albuminurie
D -	Hyperglycémie provoquée par voie orale
E -	Ag HBs
QCM 5	Vous réalisez une bandelette urinaire dont les résultats sont les suivants : Prot : 2+, sang : 0, leuco : 0, nitrites : 0. Votre patiente est asymptomatique. Quel est votre diagnostic ?
A -	Syndrome néphrotique
B -	Syndrome néphritique aigu
C -	Pré-éclampsie
D -	HELLP syndrome
E -	Eclampsie

QCM 6 Quel(s) examen(s) prescrivez-vous à la recherche de complications ?

- A - Uricémie
- B - Transaminases
- C - ECG
- D - Bilan de coagulation
- E - IRM cérébrale

QCM 7 Quel(s) facteur(s) de risque de pré-éclampsie relevez-vous chez cette dame ?

- A - Stress professionnel
- B - Nulliparité
- C - Age
- D - Origine africaine
- E - HTA chronique

QCM 8 La pression artérielle est à 135/68 mmHg. Quelle est votre conduite à tenir ?

- A - Suivi rapproché par un gynécologue-obstétricien
- B - Extraction en urgence par césarienne
- C - Ajout d'un 2^e antihypertenseur
- D - Bêtaméthasone à partir de 24 SA
- E - Sulfate de magnésium IV

QCM 9 Vous revoyez Mme Q. à 30 SA, la pression artérielle est la suivante : 163/79 mmHg. Que faites-vous ?

- A - Abstention thérapeutique
- B - Extraction en urgence
- C - Inhibiteur calcique
- D - Diurétique thiazidique
- E - Hospitalisation dans une maternité niveau III

QCM 10 Malheureusement, votre traitement est peu efficace et la pression artérielle est instable et oscille 160 et 180 mmHg de systolique. Que faites-vous ?

- A - Transfert dans une maternité de niveau adapté
- B - Sonde à demeure
- C - Ajout d'un antihypertenseur
- D - Corticothérapie
- E - Extraction en urgence

QCM 11 Vous réalisez une césarienne en urgence. Le nouveau-né est pris en charge par une équipe de réanimation néonatale. Trois jours après, Mme Q. présente une barre épigastrique persistante avec des nausées. Quel(s) examen(s) réalisez-vous ?

- A - NFS
- B - Fibroscopie gastrique
- C - ASAT/ALAT
- D - Echographie hépatique
- E - LDH

	<p>Les examens que vous avez réalisés (à tort ou à raison) reviennent avec les résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb = 14.3 g/dL, Leucocytes = 8.1 G/L, Plaquettes = 72 G/L - ASAT : 4N, ALAT : 4N <p>QCM 12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilirubine totale et libre augmentées, bilirubine conjuguée normale - LDH élevés, haptoglobine effondrée - Echographie abdominale : absence d'argument en faveur d'un hématome sous-capsulaire hépatique ou splénique. <p>Quel est votre diagnostic ?</p>
A -	Infarctus du myocarde
B -	Eclampsie débutante
C -	Ulcère gastrique
D -	HELLP syndrome
E -	Pancréatite aiguë
QCM 13	<p>Quelques jours après, votre patiente est victime de deux crises convulsives généralisées tonico-cloniques cédant rapidement sous diazépam. Elle se plaint également de céphalées modérées diffuses fluctuantes. Le reste de l'examen neurologique est normal. Quel(s) diagnostic(s) est (sont) compatible(s) avec ce tableau clinique ?</p>
A -	Crise d'éclampsie
B -	Thrombophlébite cérébrale
C -	Crise migraineuse
D -	Endocardite infectieuse
E -	Hyponatrémie
QCM 14	Quel examen réalisez-vous préférentiellement en urgence ?
A -	TDM cérébrale sans injection
B -	Electroencéphalogramme
C -	Ponction lombaire
D -	Angio-IRM cérébrale
E -	Ionogramme sanguin
QCM 15	<p>Vous diagnostiquez une thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur hémorragique. Quel traitement débutez-vous en urgence ?</p>
A -	Embolectomie chirurgicale
B -	Aspirine (à dose anti-agrégante)
C -	Héparine
D -	Benzodiazépine en cas de crise convulsive
E -	Mannitol à discuter si persistance des céphalées

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Pré-éclampsie = chapitre court et synthétique, la prise en charge et les complications rapportent beaucoup de points.
- Indication de l'extraction en urgence lors d'une HTA non contrôlée : nécessite l'essai d'une bithérapie anti-HTA à posologie optimale.
- HELLP syndrome et éclampsie peuvent survenir jusqu'à 1 semaine après l'accouchement.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : B E		<p>– Le diagnostic d'HTA gravidique <input checked="" type="checkbox"/> nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none">- Une PAS ≥ 140 mmHg et/ou une PAD ≥ 90 mmHg- A au moins 2 reprises (nécessité d'une autre consultation)- Au repos, à distance de l'examen gynécologique- En position semi-assise ou en décubitus latéral gauche- Avec un brassard adapté à la morphologie de la patiente.
2- Réponse : A C E		<p>– Les critères de sévérité de l'HTA gravidique <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- Antécédents personnels de pré-éclampsie et ses complications- Signes cliniques de gravité :<ul style="list-style-type: none">× Signes fonctionnels d'HTA :<ul style="list-style-type: none">▪ Céphalées▪ Troubles visuels : phosphènes▪ Troubles auditifs : acouphènes▪ Barre épigastrique× PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg× ROT vifs, diffusés et polycinétiques× Protéinurie massive à la BU- Retentissement fœtal<ul style="list-style-type: none">× Diminution des mouvements actifs fœtaux× Suspicion de RCIU

3- Réponse : D

- Mme Q. a une HTA gravidique dite modérée car :
 - Elle a une PAS < 160 mmHg et une PAD < 110 mmHg
 - Elle n'a aucun signe clinique
 - Elle n'a aucun ATCD de pré-éclampsie
 - Son fœtus ne semble pas être atteint de RCIU : la hauteur utérine est normale pour le terme.
- La prise en charge d'une HTA gravidique modérée est la suivante :
 - **Surveillance ambulatoire renforcée** jusqu'à l'accouchement :
 - × Consultation tous les 10 jours
 - × Bilan biologique régulier
 - × Echographie mensuelle
 - **Repos** : arrêt de travail
 - **Antihypertenseur** en monothérapie à discuter : antihypertenseurs centraux (de type α-methyl-DOPA en 1^{re} intention)
- Le régime sans sel et les diurétiques sont **contre-indiqués** chez la femme enceinte : ils **aggravent l'hypovolémie** déjà présente chez les femmes enceintes hypertendues, et ils **réduisent la perfusion utéro-placentaire**.
- Les bêtabloquants sont à éviter chez les femmes enceintes , car ils entraînent des **risques pour le fœtus** :
 - Risque de RCIU
 - Risques néonataux : hypoglycémie, détresse respiratoire aiguë, hypotension, bradycardie.

4- Réponse : B C D E

- Les examens obligatoires à proposer à la consultation du 6^e mois sont les suivants :
 - Numération globulaire
 - Ag HBs
 - Sérologie toxoplasmose (si initialement négative)
 - RAI (si RhD négatif ou si RhD positif avec ATCD transfusionnels et/ou obstétricaux)
 - Glycosurie et albuminurie
- L'hyperglycémie provoquée par voie orale doit être proposée chez Mme Q. en raison de son âge (> 35 ans) : elle a un risque accru de développer un diabète gestationnel .
- La sérologie VIH est proposée systématiquement au 1^{er} examen (< 15 SA), mais n'est pas obligatoire .

5- Réponse : C

- HTA gravidique + protéinurie > 0.3 g/24h = PRE-ECLAMPSIE

6- Réponse : A B D

- L'évaluation de la gravité de la pré-éclampsie passe par la recherche de complications ☐ :
 - **CIVD** : NFS, bilan de coagulation (TP, TCA, fibrinogène, D-Dimères)
 - **HELLP syndrome** : NFS, ASAT/ALAT, bilan d'hémolyse (haptoglobine, LDH)
 - **Rénales/métaboliques** : uricémie, créatininémie, protéinurie (sur échantillon puis des 24 h)
- L'ECG n'est pas un examen permettant d'évaluer la gravité de la pré-éclampsie. Il peut toutefois permettre de rechercher des signes d'HVG en cas d'HTA maligne X.
- L'IRM cérébrale permet de **rechercher un diagnostic différentiel en cas de crise d'éclampsie** : il ne doit être réalisé qu'en cas de signes neurologiques évoquant une crise d'éclampsie X.

7- Réponse : A B C D E

- Les facteurs de risque de la pré-éclampsie peuvent être regroupés sous l'acronyme suivant : **CAFETS ECLAMPSIE**
 - **CHRONIQUE** : HTA chronique, pathologie rénale chronique
 - **ALTITUDE**
 - **FOETAL** : anomalies congénitales ou chromosomiques, anasarque fœtale, môle hydatiforme
 - **ETHNIE NOIRE**
 - **TRAVAIL**
 - **STRESS**
 - **EXPOSITION** courte au sperme : changement de partenaire, insémination avec donneur
 - **CAS PRECEDENTS** : ATCD personnels de PE ou d'HTAG
 - Long délai entre 2 grossesses
 - **AGE** : < 20 ou > 35 ans
 - **MAI** : SAPL, thrombophilie acquise
 - **PRIMIPARITE**
 - **SURDISTENSION UTERINE** : grossesse multiple
 - **INSULINORESISTANCE** : diabète, insulinorésistance
 - **ENORME** : obésité
- Mme Q. n'est pas atteinte d'HTA chronique X.

8- Réponse : A C D

- La patiente a une HTAG contrôlée par un traitement bien conduit par 1 anti-HTA, sans signe de gravité. Il n'y a donc pas lieu de débuter un 2^e anti-HTA X.
- Un suivi rapproché par un gynécologue-obstétricien est nécessaire ①.
- Deux injections de bétaméthasone IM à 24 h d'intervalle peuvent être administrées à partir de 24 SA pour prévenir la maladie des membranes hyalines et prévenir les complications d'une éventuelle prématurité induite ②.
- Le sulfate de magnésium IV est recommandé devant l'apparition de **signes neurologiques rebelles en prévention de la crise d'éclampsie**. Mme Q. ne présente aucun signe neurologique : il n'y a pas lieu de prescrire de MgSO4 chez Mme Q. X.

9- Réponse : C E

- L'HTAG n'est plus contrôlée par la monothérapie anti-HTA. Il faut donc rajouter un **2^e anti-HTA** parmi les suivants, en IVSE□ :
 - **Inhibiteur calcique** : nicardipine
 - **α-β-bloquant** : labetalol
 - **Antihypertenseur central** : clonidine.
- L'extraction en urgence ne s'envisage qu'après échec d'une bithérapie anti-HTA bien conduite X.
- Devant une pré-éclampsie avec HTA instable, une hospitalisation dans une **maternité niveau III** est nécessaire① :
 - Elle permet **d'anticiper l'apparition de signes de gravité** indiquant l'extraction en urgence.
 - Elle permet **une double prise en charge réanimatoire gynéco-pédiatrique** en cas d'extraction en urgence.

10- Réponse : E

- La présence d'une HTAG instable sous une bithérapie antihypertensive bien conduite (dans un contexte de PE) est une indication à **l'extraction en urgence**□.

11- Réponse : A C D E

- Une barre épigastrique dans un contexte de pré-éclampsie□ doit faire évoquer :
 - **HELLP syndrome**
 - **Hématome sous-capsulaire hépatique**.
- Les examens complémentaires à réaliser doivent donc rechercher/éliminer ces deux diagnostics :
 - **HELLP syndrome** : NFS, ASAT/ALAT, bilan d'hémolyse (dont LDH)
 - **Hématome sous-capsulaire hépatique** : échographie hépatique
- Devant l'absence d'antécédent ulcéreux et de facteurs favorisant les ulcères gastroduodénaux, la probabilité du diagnostic d'ulcère gastrique est faible. Il n'y a pas lieu de réaliser de FOGD en 1^{re} intention X.

12- Réponse : D

- Le diagnostic de **HELLP syndrome**□ repose sur :
 - **Hémolyse**
 - **ASAT > 3 N**
 - **Plaquettes < 100 G/L.**

13- Réponse : A B D E

- L'éclampsie est une **crise convulsive généralisée tonico-clonique sans signe neurologique en foyer**. Elle peut survenir jusqu'à une semaine après l'accouchement. Ce diagnostic est donc compatible ☐.
- La thrombophlébite cérébrale est une complication classique du post-partum et doit systématiquement être recherchée en cas de céphalées/crises convulsives généralisées ou partielles/déficit neurologique en foyer **1**.
- La crise migraineuse est responsable de céphalées mais ne donne pas de crise convulsive **X**.
- L'endocardite infectieuse est un diagnostic moins probable mais pouvant donner convulsions + céphalées ☐ dans les situations suivantes :
 - Thrombophlébite cérébrale
 - Emboles septiques cérébraux : ischémie, hémorragie, méningite, abcès, anévrisme mycotique.
- L'**hyponatrémie symptomatique** peut également donner l'association céphalées + convulsions **☐**.

14- Réponse : D

- Les diagnostics les plus probables sont la crise d'éclampsie, la thrombophlébite cérébrale et l'hémorragie intracrânienne par troubles de la coagulation.
- L'angio-IRM est l'examen le plus performant pour détecter une **thrombophlébite cérébrale** **☐**.
- De plus, l'IRM est non irradiante, permet des images du système nerveux d'une **excellente précision**, permettant :
 - De faire le **diagnostic étiologique**
 - De rechercher des **diagnostics différentiels** de l'éclampsie : hémorragie méningée, hématome intraparenchymateux ☐.

15- Réponse : C D E

- Le traitement d'une thrombophlébite cérébrale **☐** comprend :
 - **ANTICOAGULATION** en urgence **+++**
 - × Héparine puis AVK minimum 6 mois

Organiser la récupération de ces fichiers est **TTT ETIOLOGIQUE**, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers est **TTT SYMPTOMATIQUE** coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine et médecins (à l'UFR)

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres ! (volontaire)

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme 182 Editions VG sur Telegram (même les boomers qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

Cas clinique QCM N° 22

Vous recevez dans un box des urgences M. R., 24 ans, pour douleur aiguë en fosse iliaque droite apparue en quelques heures. Il n'a aucun antécédent hormis une allergie vraie à la pénicilline et ne prend aucun traitement. Il a des nausées mais n'a pas eu de vomissement. La température est à 37.9 °C.

QCM 1	Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
A -	Torsion de frange épiploïque
B -	Diverticulite sigmoïdienne
C -	Appendicite aiguë
D -	Gastro-entérite aiguë
E -	Diverticule de Meckel
QCM 2	Quelle(s) caractéristique(s) seraient compatible(s) avec le diagnostic d'appendicite aiguë ?
A -	Irradiation dorsale
B -	Constipation
C -	Diarrhée
D -	Douleur à type d'étau
E -	Douleur à type de torsion
QCM 3	Vous complétez votre examen clinique. Vous trouvez une douleur débordant sur le quadrant hypogastrique mais sans irradiation, évaluée à 9/10 sur l'échelle numérique, à type de crampe. La palpation abdominale reproduit la douleur, et met en évidence une défense en fosse iliaque droite. Le toucher rectal met en évidence une douleur latérale droite. Vous évoquez le diagnostic d'appendicite aiguë. Quelle forme anatomique suspectez-vous ?
A -	Appendicite pelvienne
B -	Appendicite méso-cœliaque
C -	Appendicite latéro-cœliaque
D -	Appendicite rétro-cœcale
E -	Appendicite sous-hépatique
QCM 4	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous ?
A -	ECBU
B -	NFS
C -	β-HCG
D -	CRP
E -	Radiographie du thorax

QCM 5	<p>Les résultats des examens biologiques sanguins sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb = 13.3 g/dL, leucocytes = 18 G/L dont PNN = 10.5 G/L, lymphocytes = 3.8 G/L, plaquettes = 400 G/L - CRP = 58 mg/L <p>La BU est négative.</p> <p>Quel(s) examen(s) d'imagerie(s) réalisez-vous ?</p>
A - B - C - D - E -	Echographie abdomino-pelvienne Scanner abdominal ASP IRM abdominale Aucun de ces examens
QCM 6	Vous opérez M. R.. Quelle(s) est (sont) la (les) modalité(s) de la prise en charge de cette appendicite aiguë non compliquée ?
A - B - C - D - E -	Hydratation per os Antispasmodiques en perfusion Antibioprophylaxie pré-opératoire Examen anatomopathologique de la pièce d'appendicectomie Lavage per-opératoire du cul-de-sac de Douglas
QCM 7	Quels est (sont) le(s) élément(s) de votre surveillance post-opératoire ?
A - B - C - D - E -	Examen de la paroi abdominale Coproculture Température Hémocultures Nombre de leucocytes
QCM 8	Quelques jours après votre traitement, la fièvre réapparaît. Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) possible(s) ?
A - B - C - D - E -	Veinite Récidive de l'appendicite Infection urinaire Thrombose veineuse profonde Abcès du cul-de-sac de Douglas
QCM 9	<p>Vous mettez en évidence une infection urinaire que vous traitez efficacement. Vous revoyez M. R. aux urgences pour ses 28 ans. Cette fois, il vient pour douleur abdominale brutale avec nausées et vomissements. L'abdomen est sensible à la palpation et les bruits hydro-aériques sont absents.</p> <p>Quel est le diagnostic le plus probable ?</p>
A - B - C - D - E -	Diverticulite sigmoïdienne Pancréatite aiguë Colique néphrétique aiguë Infarctus mésentérique Occlusion sur bride
QCM 10	Avant que vous n'ayiez pu débuter la prise en charge, votre patient se met à hurler brutalement de douleur. Son abdomen est dur, non dépressible. Le toucher rectal est très douloureux. Que suspectez-vous ?
A - B - C - D - E -	Prostatite aiguë Coulée de nécrose pancréatique Péritonite aiguë Perforation intestinale Ischémie mésentérique

QCM 11	En cas de péritonite aiguë secondaire, quel(s) est (sont) le(s) type(s) de choc(s) pouvant survenir avant toute prise en charge chirurgicale ?
A -	Choc hémorragique
B -	Choc anaphylactique
C -	Choc septique
D -	Choc obstructif
E -	Choc hypovolémique
QCM 12	Vous faites le diagnostic de péritonite aiguë généralisée secondaire à une perforation intestinale. Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) de la prise en charge ?
A -	Prélèvement d'hémocultures
B -	Chirurgie en urgence : laparotomie
C -	Chirurgie dans les 48 h : cœlioscopie
D -	Antibiothérapie d'emblée adaptée à l'antibiogramme
E -	Résection intestinale sans rétablissement de la continuité
QCM 13	Malgré votre prise en charge, l'état clinique de votre patient ne s'améliore pas et la fièvre persiste 2 jours après. Les constantes sont les suivantes : PA = 101/49, FC = 109/min, T° = 39.0°C. Que suspectez-vous ?
A -	Antibiothérapie inadaptée
B -	Allergie aux antibiotiques
C -	Phlébite
D -	Infection urinaire
E -	Infection de cathéter
QCM 14	Vous remarquez que la partie supérieure du mollet gauche de M. R. est indurée, chaude, avec une dilatation des veines superficielles. Vous calculez le score de Wells et vous trouvez une forte probabilité de thrombose veineuse profonde. Quel est l'examen que vous réalisez en 1^{re} intention ?
A -	D-dimères
B -	Phlébographie des membres inférieurs
C -	Echo-doppler veineux des membres inférieurs
D -	Angioscanner des membres inférieurs
E -	Aucun de ces examens
QCM 15	Vous confirmez le diagnostic de thrombose veineuse profonde proximale gauche. M. R. pèse alors 70 kg. Quel(s) traitement(s) parmi les suivants pouvez-vous mettre en place ?
A -	Enoxaparine 100 UI/kg/12 h puis relais par AVK
B -	AVK seuls d'emblée
C -	Fondaparinux 7.5 mg/24 h puis relais par AVK
D -	Tinzaparine 175 UI/kg/12 h puis relais par AVK
E -	Enoxaparine 4000 UI/24 h

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Doser les β -HCG systématiquement chez une femme en âge de procréer en cas de suspicion d'appendicite aiguë. Attention bien lire l'énoncé, pas de dosage chez les hommes !
- Homme jeune + défense en FID + CRP > 8 mg/L + leucocytes > 10 G/L = CHIRURGIE d'emblée (forte probabilité).
- Signes de choc suite à une péritonite = choc hypovolémique OU sepsis sévère/choc septique.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES				
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances	<input type="checkbox"/> Déduction	<input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence	<input checked="" type="checkbox"/> Formulation	<input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A C D E	<p>– Devant une douleur en fosse iliaque droite + fébricule + nausées <input checked="" type="checkbox"/> , les diagnostics suivants peuvent être évoqués :</p> <ul style="list-style-type: none">- Torsion de frange épiploïque (tableau similaire à celui de l'appendicite)- Appendicite aiguë- Gastro-entérite aiguë- Diverticule de Meckel (cause rare de syndrome appendiculaire).- La diverticulite sigmoïdienne donne une douleur en fosse iliaque gauche <input checked="" type="checkbox"/> .				
2- Réponse : B E	<p>– L'appendicite aiguë présente les caractéristiques suivantes <input checked="" type="checkbox"/> :</p> <ul style="list-style-type: none">- Douleur à type de torsion ou de crampe- Douleur sans irradiation- Constipation (30 % des cas)- Vomissements (30 % des cas)- Nausées (50 % des cas)- Fébricule (60 % des cas) <p>– L'irradiation dorsale oriente vers une étiologie pancréatique ou vers une dissection aortique <input checked="" type="checkbox"/> .</p> <p>– La diarrhée n'est pas une manifestation de l'appendicite aiguë <input checked="" type="checkbox"/> .</p> <p>– La douleur à type d'étau est retrouvée dans les douleurs ischémiques <input checked="" type="checkbox"/> .</p>				
3- Réponse : A	<p>– L'association syndrome appendiculaire + douleur hypogastrique droite au 1^{er} plan + fébricule évoque une appendicite pelvienne <input checked="" type="checkbox"/> . On peut parfois retrouver des signes urinaires (pollakiurie, dysurie) ou rectaux (épreintes, ténèse) pouvant égarer le diagnostic.</p>				

4- Réponse : B D

- Les examens paracliniques à demander en cas de suspicion d'appendicite aiguë ☐ sont :
 - NFS : recherche d'une hyperleucocytose à PNN
 - CRP : recherche d'un syndrome inflammatoire biologique
 - BU : permet d'éliminer une infection urinaire
 - β -HCG : permet d'écarte la grossesse extra-utérine chez une femme en âge de procréer
- Les examens d'imagerie sont à choisir en fonction de la probabilité diagnostique, du sexe, de l'âge, de l'IMC. Le **nombre de leucocytes** et la **CRP** rentrent dans le calcul de la probabilité diagnostique.
- L'ECBU n'est pas recommandé en 1^{re} intention dans l'appendicite aiguë X.
- La radiographie thoracique n'a pas d'intérêt ici (absence de symptomatologie respiratoire ou d'éléments orientant vers une légionellose) X.

5 Réponse : E

- Résumons la situation ① :
 - Homme jeune atteint d'une appendicite aiguë (le diagnostic est clinique)
 - Défense en fosse iliaque droite
 - Leucocytose > 10 G/L
 - CRP > 8 mg/L.
- Devant cette tétrade, nous sommes face à une **forte probabilité diagnostique** : l'appendicectomie est recommandée d'emblée ☒, sans examen d'imagerie préalable (recommandations HAS 2012).

6- Réponse : B D E

- Attention, le patient doit être **laissé à jeun** en cas d'appendicite aiguë (risque de syndrome occlusif par iléus) ☐.
- Une voie veineuse périphérique doit donc être posée :
 - Pour **réhydratation et correction des troubles hydro-électrolytiques**
 - Pour **perfusion des traitements symptomatiques** : antalgiques, antispasmodiques.
- Une antibioprophylaxie doit être mise en place en **PER-opératoire X**.
- Un **examen anatomopathologique** de la pièce d'appendicectomie est **systématiquement réalisé** ☒ :
 - Pour confirmer le diagnostic
 - Pour préciser le stade
 - Pour éliminer des diagnostics différentiels (tumeur, MCI...).
- Un lavage per-opératoire du **cul-de-sac de Douglas** et de la **gouttière pariéto-colique droite** est systématiquement réalisé ☒.

7- Réponse : A C E

- Les éléments de la surveillance post-opératoire permettent la recherche ☐ :
 - De **signes de gravité** (hémodynamiques, respiratoires et neurologiques)
 - D'une **complication locale (abcès de paroi)** : examen de la paroi abdominale
 - D'une **efficacité du traitement mis en place** : température, régression des symptômes, baisse de la leucocytose (si elle était initialement élevée).
- Les hémocultures et les coprocultures sont sans intérêt pour le suivi X.

8- Réponse : A C D E

- La récidive de l'appendicite n'est pas possible, l'appendice a été retiré lors de la chirurgie
- Les autres complications proposées sont possibles et doivent être recherchées devant la réapparition de la fièvre

9- Réponse : E

- Le tableau est celui d'un syndrome occlusif avec disparition des bruits hydro-aériques (ce qui oriente vers un mécanisme de strangulation)
- 4 étiologies parmi les 5 proposées sont compatibles avec le diagnostic de syndrome occlusif :
 - Pancréatite aiguë : mais pas d'antécédents en faveur
 - Colique néphrétique aiguë
 - Infarctus mésentérique : apparaît le plus souvent à partir de la cinquantaine, chez un sujet avec des facteurs de risque cardiovasculaires
 - Occlusion sur bride : très probable en raison
 - × De l'antécédent de chirurgie abdominale (appendicectomie)
 - × Du mécanisme présumé du syndrome occlusif (strangulation).
- La diverticulite sigmoïdienne est une maladie apparaissant à partir de la 4^e décennie, à ne pas évoquer ici

10- Réponse : C D

- L'occlusion sur bride est une cause de syndrome occlusif par strangulation : elle peut entraîner une **nécrose intestinale** par étranglement de l'intestin et son méso. La nécrose entraîne à son tour une **perforation intestinale** ayant pour conséquence une **péritonite secondaire**
- La contracture abdominale et le toucher rectal douloureux sont deux signes d'irritation péritonéale. On suspecte donc ici une **péritonite aiguë secondaire à une perforation intestinale**

11- Réponse : A C E

- La péritonite par perforation peut être responsable :
 - De **choc hypovolémique** (constitution d'un 3^e secteur)
 - De **choc septique** (par contamination du péritoine par la flore bactérienne intestinale).

12- Réponse : A B E

- La prise en charge d'une péritonite comprend les éléments suivants :
 - Examens paracliniques : NFS, hémocultures, hémostase, groupe sanguin, ionogramme
 - Remplissage vasculaire ± amines vasopressives
 - Correction des troubles hydro-électrolytiques
 - Antibiothérapie **probabiliste immédiate**, secondairement adaptée à l'antibiogramme
 - **Chirurgie immédiate**, comportant une **laparotomie** :
 - × La cœlioscopie peut être utilisée en cas de péritonite appendiculaire ou par perforation d'ulcère, ce qui n'est pas le cas ici.
 - Résection intestinale **sans rétablissement de la continuité** (le péritoine étant inflammatoire, épaisse et fragilisé, la suture est contre-indiquée en aigu).

13- Réponse : A C D E

- L'allergie vraie aux antibiotiques IV donne un tableau brutal en quelques minutes ; ici, la fièvre persiste depuis au moins 2 jours : cette hypothèse est écartée.
- La persistance d'une fièvre peut être due :
 - A un **problème pharmacologique** : antibiotique inadapté, posologie insuffisante
 - A une **complication de la chirurgie** : abcès pariétal, sous-phrénique ou du Douglas
 - A une **maladie thrombo-embolique veineuse** : TVP, EP
 - A une **infection nosocomiale** : sur cathéter, infection urinaire...

14- Réponse : C

- L'examen à réaliser en 1^{re} intention devant une forte probabilité de TVP est l'**écho-doppler veineux des membres inférieurs** [1].

15- Réponse : A C

- Le schéma recommandé pour le traitement des TVP est **HBPM (ou fondaparinux) avec relais par AVK**.
- Les posologies des HBPM et du fondaparinux [2] sont à connaître :
 - Enoxaparine :
 - × A dose préventive = 2000 à 4000 UI/24 h
 - × A dose curative = 100 UI/kg/12 h (2 prises par jour)
 - Tinzaparine à dose curative = 175 UI/kg/24 h (1 seule prise par jour)
 - Fondaparinux :
 - × A dose préventive = 2.5 mg/24 h
 - × A dose curative = 5 mg/24 h (si < 50 kg), 7.5 mg/24 h (si 50 à 100 kg), 10 mg/24 h (si > 100 kg).



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 23

M. S., 54 ans, vous est amené par les pompiers pour douleur thoracique aiguë. Il a comme antécédent un myélome multiple connu depuis 2 ans. Il pèse 61 kg. Il a un tabagisme actif à 20 PA. A l'arrivée, ses constantes sont les suivantes :

PA = 133/77 aux deux bras, FC = 103/min, SpO₂ = 93 % en AA, T° = 37,5°C.

Les pouls périphériques sont perçus et l'auscultation cardiopulmonaire est sans anomalie. L'examen neurologique est normal.

QCM 1	Quelle(s) étiologie(s) devez-vous évoquer en priorité ?
A -	Péricardite aiguë
B -	Syndrome de Tietze
C -	Dissection aortique
D -	Infarctus du myocarde
E -	Embolie pulmonaire
QCM 2	Vous réalisez un ECG en urgence qui retrouve met en évidence un rythme sinusal régulier à une fréquence ventriculaire de 105/min, sans manifestation ischémique. La radiographie thoracique montre un émousissement du cul-de-sac pleural droit. Le cardiologue de garde passant par-là, il réalise une échographie cardiaque transthoracique montrant une dilatation des cavités droites, des cavités gauches normales et une augmentation des pressions pulmonaires sans épanchement péricardique. Quel diagnostic principal évoquez-vous ?
A -	Dissection aortique
B -	Syndrome coronarien aigu
C -	Embolie pulmonaire
D -	Péricardite aiguë
E -	Pneumothorax
QCM 3	Vous évoquez une embolie pulmonaire. D'une façon générale, quel(s) signe(s) peut-on retrouver à l'ECG en faveur de ce diagnostic ?
A -	Bloc de branche gauche
B -	S1Q3
C -	Inversion des ondes T de V1 à V4
D -	Déviation axiale gauche
E -	Bloc de branche droit incomplet
QCM 4	Quel examen réalisez-vous en 1 ^{re} intention pour confirmer votre hypothèse diagnostique ?
A -	Echocardiographie transthoracique
B -	Angioscanner thoracique
C -	Scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion
D -	D-dimères
E -	Angiographie pulmonaire conventionnelle

QCM 5	Vous confirmez le diagnostic d'embolie pulmonaire. A propos des examens à visée diagnostique de l'embolie pulmonaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'échocardiographie transthoracique est réalisée en 1 ^{re} intention en cas d'état de choc et d'indisponibilité du scanner
B -	L'examen à réaliser en 1 ^{re} intention en cas de probabilité clinique intermédiaire (sans état de choc) est le dosage des D-dimères
C -	La présence d'une TVP proximale à l'écho-doppler veineux des membres inférieurs permet de confirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire en cas de suspicion d'EP
D -	L'angiographie pulmonaire conventionnelle est indiquée en 2 ^e intention en cas d'indisponibilité de l'angioscanner thoracique
E -	Une scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion positive chez un patient à faible probabilité clinique ne suffit pas à confirmer le diagnostic d'EP
QCM 6	Vous décidez de débuter un anticoagulant en urgence. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) à privilégier compte tenu du contexte ?
A -	Tinzaparine 175 UI/kg une fois par jour
B -	Warfarine 5 mg une fois par jour
C -	Enoxaparine 150 UI/kg une fois par jour
D -	Rivaroxaban 15 mg en deux prises par jour
E -	Fondaparinux 7.5 mg en une prise par jour
QCM 7	Quelle est la durée optimale du traitement anticoagulant ?
A -	6 semaines
B -	3 mois
C -	≥ 6 mois
D -	1 an
E -	Tant que le myélome persiste, en fonction de la tolérance du traitement
QCM 8	Le bilan de coagulation et le dosage de la créatininémie que vous avez réalisés reviennent normaux. Vous mettez en place un traitement par énoxaparine. Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) permettant la surveillance de l'efficacité du traitement ?
A -	Plaquettes
B -	TCA
C -	Activité anti-Xa
D -	INR
E -	Aucune surveillance biologique
QCM 9	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) permettant la surveillance de la tolérance du traitement ?
A -	TCA 1 à 2 fois par jour
B -	Plaquettes : 2 fois par semaine pendant 1 mois puis 1 fois par semaine jusqu'à l'arrêt du traitement
C -	Plaquettes : 2 fois par semaine pendant 21 jours puis 1 fois par semaine jusqu'à l'arrêt du traitement
D -	Créatininémie 1 fois par mois
E -	Aucune surveillance biologique

QCM 10	Six jours après le début du traitement, M. S. est malheureusement victime d'une phlébite cette fois-ci au niveau du membre supérieur gauche. La numération plaquettaire du jour montre l'apparition d'une thrombopénie (plaquettes = 80 G/L). Vous suspectez une thrombopénie induite par l'héparine. Concernant ce diagnostic, quelle(s) est (sont) le(s) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Sa fréquence est plus élevée en milieu chirurgical qu'en milieu médical
B -	La fréquence des TIH chez les patients traités par HBPM avoisine 3 %
C -	Le principal danger de la TIH est l'hémorragie
D -	Elle peut se compliquer d'accident vasculaire cérébral
E -	Elle ne survient jamais plus de 3 semaines après le début des HBPM
QCM 11	Comment pouvez-vous confirmer votre diagnostic ?
A -	Anticorps anti-PF4
B -	Mesure de l'activité anti-Xa
C -	Tests fonctionnels d'activation plaquettaire
D -	Temps d'occlusion plaquettaire
E -	Toutes ces réponses sont fausses
QCM 12	Quelle est votre conduite à tenir ?
A -	Déclaration au CRPV
B -	Délivrance d'une « carte de TIH »
C -	Numération plaquettaire tous les 2 jours
D -	Contre-indication à vie des HBPM
E -	Contre-indication à vie des HNF
QCM 13	Quel traitement pouvez-vous mettre en place ?
A -	Maintien de l'énoxaparine
B -	Retrait de l'énoxaparine et mise sous fluindione
C -	Retrait de l'énoxaparine et mise sous danaparoïde sodique
D -	Retrait de l'énoxaparine et mise sous lépirudine
E -	Retrait de l'énoxaparine et mise sous fondaparinux
QCM 14	A distance de cet épisode, un traitement par AVK est débuté. Quel objectif d'INR devez-vous atteindre ?
A -	1.5 à 2.5
B -	2 à 3
C -	2.5 à 3.5
D -	3 à 4.5
E -	3.5 à 4.5
QCM 15	Concernant la surveillance au long cours des AVK, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La surveillance de l'INR doit se faire au minimum 1 fois par semaine en cas de traitement au long cours
B -	L'automédication doit être interdite
C -	Les AVK doivent être arrêtés chez une femme enceinte à partir du 6 ^e mois de grossesse
D -	Certains aliments doivent être évités
E -	Le patient doit être éduqué et prévenir tout médecin de ce traitement au long cours

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Douleur thoracique aiguë + examen clinique normal = penser à l'**EMBOLIE PULMONAIRE**
- Attention si ATCD de myélome : contre-indication à l'angioscanner thoracique
- Bien connaître les modalités de surveillance des anticoagulants (ainsi que les exceptions)
- Connaître la TIH : sa physiopathologie, son diagnostic, ses traitements

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A C D E	<ul style="list-style-type: none">– Les étiologies à évoquer en priorité 1 sont :<ul style="list-style-type: none">- Infarctus du myocarde- Embolie pulmonaire- Dissection aortique- Péricardite aiguë, le plus souvent bénigne mais pouvant parfois se transformer en urgence vitale (tamponnade péricardique)– Le syndrome de Tietze est une douleur chondrocostale reproduite par la palpation. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination X.
2- Réponse : C	<ul style="list-style-type: none">– La dissection aortique X est peu probable devant :<ul style="list-style-type: none">- L'absence d'asymétrie tensionnelle- La présence de tous les pouls- L'absence de signes de dissection à la radio (élargissement du médiastin, aspect de double contour aortique)- La normalité de l'examen neurologique.– Le SCA X est peu probable devant l'absence de signe d'ischémie myocardique à l'ECG.– La péricardite aiguë X est peu probable devant :<ul style="list-style-type: none">- L'absence de fièvre- L'absence de frottement péricardique- L'absence de manifestations ECG typiques (modifications du segment ST, ou de l'onde T), à l'exception de la tachycardie sinusale- L'absence d'épanchement péricardique.– Le pneumothorax X est peu probable devant l'auscultation cardiopulmonaire normale : un pneumothorax est normalement responsable d'abolition du murmure vésiculaire du côté atteint.– L'embolie pulmonaire est le diagnostic le plus probable ☐ ; les arguments en faveur sont :<ul style="list-style-type: none">- Douleur thoracique aiguë- ATCD de myélome multiple = facteur de risque de MTEV- Tachycardie sinusale- Normalité de l'examen clinique (auscultation cardiopulmonaire normale)- Emoussement du cul-de-sac pleural droit- Dilatation des cavités droites sans dilatation des cavités gauches à l'ETT.

3- Réponse : B C E

- Les signes ECG évocateurs d'une embolie pulmonaire sont les suivants :
 - Tachycardie sinusale
 - Signes de souffrance ventriculaire droite :
 - × **Aspect S1Q3** = déviation axiale droite
 - × **Bloc de branche droit** complet ou incomplet
 - × **Arythmie supraventriculaire**
 - Signes d'ischémie ventriculaire droite :
 - × **Inversion des ondes T de V1 à V4.**
- L'ECG peut également être **normal** dans une EP **X**.
- Le bloc de branche gauche et la déviation axiale gauche ne sont pas en faveur d'une EP **X**.

4- Réponse : C

- La probabilité d'EP est élevée, la pression artérielle est normale : en l'absence d'antécédent, l'examen le plus performant pour rechercher une EP est **l'angioscanner thoracique** **1**.
- En revanche, M. S. est atteint de myélome multiple : **l'injection de produits de contraste iodés est contre-indiquée X** ! On réalise donc dans ce contexte une **scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion** **2**.

5- Réponse : A B C E

- L'**échocardiographie transthoracique** est réalisée en 1^{re} intention en cas d'état de choc et d'indisponibilité du scanner **1**. Elle permet dans ce contexte de choc (= forte probabilité clinique) :
 - **d'exclure des diagnostics différentiels** (tamponnade, dissection aortique...)
 - **de faire le diagnostic d'EP** en recherchant des signes directs (thrombus dans les cavités droites...) ou indirects (dilatation des cavités droites, septum paradoxal...).
- L'examen à réaliser en 1^{re} intention en cas de probabilité clinique **intermédiaire** (sans état de choc) est le **dosage des D-dimères** **1**.
- La présence d'une **TVP proximale à l'écho-doppler veineux des membres inférieurs** permet de **confirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire** en cas de suspicion d'EP, et permet de débuter d'emblée un traitement anticoagulant. Chez un patient sans antécédent de TVP, la spécificité de cet examen pour les veines proximales est excellente (97 %) **1**.
- L'**angiographie pulmonaire conventionnelle** n'est plus pratiquée **X**.
- La valeur prédictive positive de la **scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion** augmente avec la probabilité clinique : elle est de 96 % en cas de forte probabilité clinique, mais descend à 87 % toutes probabilités cliniques confondues **1**. Une scintigraphie positive chez un patient à faible probabilité clinique ne suffit donc pas à confirmer le diagnostic d'EP, et **d'autres examens sont nécessaires**.

6- Réponse : A C E

- Les molécules ayant l'AMM dans le traitement curatif initial (10 premiers jours) des MTEV dans un contexte de cancer sont les suivantes :
 - Toutes les HBPM à dose curative avec entre autres :
 - × **Tinzaparine 175 UI/kg une fois par jour**
 - × **Enoxaparine 150 UI/kg une fois par jour**
 - Fondaparinux à dose curative (**7.5 mg en une prise par jour chez M. S.**)
 - HNF
 - Danaparoïde sodique.
- Après les 10 premiers jours, des recommandations françaises et internationales préconisent de poursuivre le traitement par HBPM à dose curative. Les 3 molécules recommandées sont la tinzaparine, la dalteparine et l'énoxaparine.
- Les AVK ne sont pas recommandés **X** : dans un contexte de cancer, ils sont **moins efficaces et moins bien tolérés**.
- Les AOD comme le rivaroxaban ne font pas l'objet de recommandation dans un contexte de cancer **X**.

7- Réponse : C E

- Les recommandations françaises et internationales préconisent de poursuivre le traitement par HBPM à dose curative pendant une **durée optimale de 6 mois** ; la durée peut être raccourcie à 3 mois en fonction de la tolérance du traitement. En pratique, l'anticoagulation est maintenue **tant que le cancer persiste**, en fonction de la tolérance du traitement.

8- Réponse : E

- La surveillance biologique de l'efficacité des HBPM n'est pas systématique **X**. Elle repose sur la mesure de l'activité anti-Xa dans les circonstances suivantes :
 - Clairance de la créatinine selon Cockcroft et Gault < 60 mL/min
 - Poids extrême
 - Hémorragie inexplicable.
- Dans ce contexte, aucune **surveillance biologique** de l'efficacité des HBPM n'est nécessaire.
- Le dosage des plaquettes ne permet pas de surveiller l'efficacité du traitement mais sa tolérance (recherche d'une thrombopénie induite par l'héparine) **X**.

9- Réponse : B

- La surveillance biologique de la tolérance des HBPM n'est pas systématique. Elle repose sur la mesure des plaquettes dans les circonstances suivantes :
 - Contexte chirurgical ou traumatique < 3 mois
 - Hors contexte chirurgical ou traumatique < 3 mois :
 - × Chez un patient ayant des antécédents d'exposition à l'HNF ou aux HBPM dans les 6 derniers mois
 - × Chez un patient atteint de comorbidités importantes (**cancer** notamment).
- La surveillance de la tolérance des HBPM chez notre patient atteint de myélome multiple est donc nécessaire , compte tenu de la **gravité potentielle des TIH** dans ce terrain.
- Cette surveillance repose sur le dosage des plaquettes :
 - Avant le début du traitement (ou au plus tard 24 h après le début)
 - Puis 2 fois par semaine pendant un mois
 - Puis une fois par semaine jusqu'à l'arrêt du traitement.

10- Réponse : A D

- La TIH survient plus souvent en milieu chirurgical (chirurgie cardiaque et orthopédique) qu'en milieu médical.
- Sa fréquence chez les patients traités par HNF est comprise entre 1-3 %, alors que chez les patients traités par HBPM elle est **bien en deçà de 1 %** .
- Le principal danger de la TIH est la survenue de **thromboses** . Elle est liée à la présence d'anticorps se dirigeant contre le facteur plaquettaire 4 (anti-PF4), facteur modifié par l'héparine. Ces anticorps provoquent une **activation intense de l'agrégation plaquettaire et de la coagulation**, entraînant la formation de thromboses artérielles ou veineuses.
- L'hémorragie est toutefois possible dans les TIH, dans le cadre d'une CIVD (présente dans plus de 10 % des cas), mais ne représente pas la menace principale .
- Les thromboses peuvent être :
 - Artérielles : **AVC** par exemple
 - Veineuses : TVP, thrombophlébite cérébrale...
- La TIH survient le plus souvent dans les 10 premiers jours de traitement, mais peut parfois survenir **plus de 3 semaines après** le début des HBPM .

11- Réponse : A C

- La confirmation d'une TIH peut se faire par 2 tests :
 - Recherche d'**anticorps anti-PF4** (en technique ELISA = immuno-enzymatique)
 - Tests fonctionnels d'**activation plaquettaire** avec des plaquettes de volontaires sains.

12- Réponse : A B D E

- La conduite à tenir (hors traitement) dans une TIH grave est la suivante :
 - **Hospitalisation** : permet de faire le bilan de l'ensemble des manifestations thrombotiques cliniques et infracliniques
 - Arrêt de toutes les héparines, et **contre-indication à vie des HNF et HBPM**
 - **Numération plaquetttaire tous les jours** jusqu'à normalisation
 - **Déclaration obligatoire au CRPV**
 - **Délivrance d'une « carte de TIH ».**

13- Réponse : C D

- L'énoxaparine est contre-indiquée comme toutes les héparines et doit être arrêtée X.
- Le traitement curatif d'une thrombose survenant dans le cadre d'une TIH repose :
 - Soit sur le **danaparoïde sodique** à doses curatives
 - Soit sur le **lépirudine** à doses curatives.

14- Réponse : B

- La valeur cible de l'INR chez un patient traité par AVK pour une MTEV doit être comprise entre 2 et 3 .

15- Réponse : B D E

- La surveillance de l'INR doit se faire au minimum **1 fois par mois** en cas de traitement au long cours.
- L'automédication doit être interdite : nombreuses sont les interactions médicamenteuses avec les AVK. Voici quelques exemples :
 - **Miconazole** : contre-indiqué (\nearrow risque hémorragique)
 - **Aspirine** (doses anti-inflammatoires) : contre-indiqué (\nearrow risque hémorragique)
 - **5FU** : déconseillé (\nearrow risque hémorragique)
 - **Paracétamol** : précautions d'emploi (\nearrow risque hémorragique pour certaines posologies)
- Les AVK doivent être arrêtés chez une femme enceinte dès le **1^{er} trimestre** de grossesse X : ils sont **tératogènes**.
- Les aliments riches en vitamine K doivent être évités (\searrow de l'effet anticoagulant) : **choux, épinards, asperges** .
- Le patient doit donc être éduqué et prévenir tout médecin de ce traitement au long cours .

Cas clinique QCM N° 24

Vous recevez M. T., 44 ans, pour céphalée d'apparition brutale depuis 5 heures. Il a comme seul antécédent une appendicectomie à l'âge de 15 ans. La douleur est évaluée à 9/10 à l'échelle verbale numérique, et M. T. vous assure ne jamais avoir eu de céphalées aussi intenses que celle-là.

Lorsque vous l'interrogez, votre patient parle de façon confuse, a les yeux ouverts et réalise des mouvements spontanément. Il n'a pas de déficit moteur.

Les constantes sont les suivantes : PA = 165/88, Fc = 78/min, SpO₂ = 98 % en air ambiant, FR = 13 cycles/min, T° = 37.1°C.

QCM 1	Quel(s) diagnostic(s) devez-vous éliminer en priorité ?
A -	Hypertension intracrânienne aiguë
B -	Névralgie d'Arnold
C -	Migraine
D -	Hémorragie sous-arachnoïdienne
E -	Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible
QCM 2	Quel(s) élément(s) vous orienterai(en)t vers une hypertension intracrânienne aiguë ?
A -	Soulagement partiel de la céphalée en position couchée
B -	Œdème papillaire au fond d'œil
C -	« éclipses » visuelles
D -	Photophobie
E -	Raideur méningée
QCM 3	Quel(s) élément(s) vous orienterai(en)t vers un syndrome méningé aigu ?
A -	Céphalée d'emblée maximale
B -	Hémorragie intravitréenne au fond d'œil
C -	Nausées
D -	Phonophobie
E -	Diplopie par atteinte du IIIème nerf crânien
Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers ! M. T. présente des nausées, une photophobie et un signe de Kernig. Quel(s) examen(s) réalisez-vous en urgence à visée diagnostique ?	
A -	IRM cérébral séquence T2 FLAIR, T2*, 3D ToF, diffusion
B -	Scanner cérébral
C -	Electroencéphalogramme
D -	Ponction lombaire
E -	Gazométrie artérielle
QCM 5	Vous réalisez un scanner cérébral qui revient normal. Qu'en pensez-vous ?
Certains individus mal intentionnés vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publant "gratuitement" sur internet :	
A -	Il élimine le diagnostic d'hémorragie méningée
B -	Il n'élimine pas le diagnostic d'hémorragie méningée
C -	Vous réalisez une IRM cérébrale
D -	Vous réalisez une ponction lombaire

QCM 6	Vous décidez de réaliser une ponction lombaire. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) en faveur d'une hémorragie méningée ?
A -	Liquide uniformément rosé dans les 3 tubes
B -	Liquide coagulable
C -	Surnageant clair après centrifugation
D -	Pression du LCS élevée
E -	Rapport érythrocytes/leucocytes supérieur à celui du sang (d'un facteur 10)
QCM 7	Vous confirmez le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne. Afin de débuter le traitement, vous calculez le grade WFNS. Quel est ce grade chez ce patient ?
A -	Grade I
B -	Grade II
C -	Grade III
D -	Grade IV
E -	Grade V
QCM 8	Vous décidez de réaliser un bilan pré-opératoire. Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) parmi les suivants faisant partie du bilan pré-opératoire classique pour hémorragie méningée ?
A -	ECG
B -	Epreuve d'effort
C -	Radiographie du thorax
D -	Créatininémie
E -	Glycémie
QCM 9	Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge ?
A -	Repos strict au lit
B -	Isolement
C -	AINS
D -	Intubation oro-trachéale
E -	Nimodipine (si la pression artérielle peut être surveillée en continu)
QCM 10	Une aide-soignante du service vous demande quelle(s) est (sont) l'(les) étiologie(s) possible(s) d'hémorragie sous-arachnoïdienne. Que pouvez-vous lui répondre ?
A -	Endocardite infectieuse
B -	Granulomatose avec polyangéite
C -	Fibrillation auriculaire
D -	Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible
E -	Maladie de Lyme
QCM 11	Vous diagnostiquez un anévrisme de l'artère carotide interne droite, que vous prenez en charge. Votre patient est très inquiet et vous demande si une rupture d'anévrisme peut récidiver. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) concernant la récidive ?
A -	Elle est fréquente en cas d'HM par rupture d'anévrisme : 30 % à 1 mois
B -	Le risque maximum se situe les 5 premiers jours
C -	La récidive est généralement moins sévère que le premier épisode
D -	La récidive est souvent plus sévère qu'au premier épisode
E -	En cas de récidive, le décès survient dans plus de 30 % des cas

QCM 12	Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) évolutive(s) de l'HM par rupture d'anévrisme ?
A -	Hydrocéphalie aiguë
B -	Troubles du rythme cardiaque
C -	Diabète insipide d'origine centrale
D -	Vasospasme cérébral
E -	Hypertonie pyramidale
QCM 13	Six jours après le début de la céphalée, un doppler transcrânien est réalisé et montre une augmentation des vitesses circulatoires au niveau de l'artère atteinte. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Vous suspectez une origine athéromateuse de l'HM
B -	Vous suspectez un vasospasme cérébral
C -	Vous réalisez une dérivation ventriculaire externe en urgence
D -	Vous réalisez une angiographie cérébrale
E -	Cette manifestation peut être responsable d'ischémie cérébrale
QCM 14	Votre prise en charge est efficace. Quelle(s) est (sont) la (les) pathologie(s) héréditaire(s) pouvant favoriser le développement d'anévrismes intracrâniens ?
A -	Syndrome de Marfan
B -	Syndrome de Li-Fraumeni
C -	Polykystose rénale
D -	Neurofibromatose de type 1
E -	Syndrome de Di-George
QCM 15	Huit mois après, vous revoyez votre patient. Il se plaint maintenant d'incontinence urinaire. A l'examen neurologique, il n'y a pas de déficit sensitivomoteur mais vous remarquez un élargissement du polygone de sustentation avec une marche lente, à petits pas. Quel diagnostic suspectez-vous ?
A -	Ischémie cérébelleuse séquellaire
B -	Hydrocéphalie aiguë
C -	Récidive hémorragique tardive
D -	Maladie de Parkinson débutante
E -	Hydrocéphalie tardive

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- **Syndrome méningé aigu + TDM normale = Réaliser une PL, l'HM n'est pas éliminée !**
- **Attention dans l'HM : AINS contre-indiqués, morphine déconseillée**
- **Rupture d'anévrisme intracrânien chez un sujet jeune : penser à la polykystose rénale**

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A D E	<ul style="list-style-type: none">– Devant une céphalée d'apparition brutale d'intensité importante, il faut éliminer des diagnostics pouvant engager le pronostic vital <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Hypertension intracrânienne aiguë- Hémorragie méningée = hémorragie sous-arachnoïdienne- Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible : peut entraîner une hémorragie méningée ou un AVC ischémique.– La névralgie d'Arnold est une cause de céphalées récidivantes avec intervalles libres, elle n'engage pas le pronostic vital <input checked="" type="checkbox"/>.– Une première migraine est un diagnostic à évoquer en cas de céphalée récente aiguë, mais n'engageant pas le pronostic vital, elle n'est pas à éliminer en priorité <input checked="" type="checkbox"/>.
2- Réponse : B C	<ul style="list-style-type: none">– Les éléments en faveur d'une HTIC aiguë <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Augmentation de la céphalée en position couchée (par augmentation de la pression intracrânienne <input checked="" type="checkbox"/>)- Oedème papillaire bilatéral au fond d'œil- « Eclipses » visuelles, de mauvais pronostic- Vomissements en jet...– La photophobie et la raideur méningée évoquent plutôt un syndrome méningé aigu <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none">– Les éléments en faveur d'un syndrome méningé aigu <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Céphalée brutale d'emblée maximale- Hémorragie intravitrénée au fond d'œil (= syndrome de Terson)- Nausées, vomissements- Phono-photophobie- Diplopie par atteinte du III^{ème} nerf crânien si anévrisme de l'artère carotide interne portion supraclinoidienne.

4- Réponse : B

- Le meilleur examen à visée diagnostique devant un syndrome méningé aigu est le **scanner cérébral**
- Sans injection, il permet de mettre en évidence une hémorragie intracrânienne sous forme d'hyperdensité spontanée.
- Avec l'injection, il permet d'aider au diagnostic étiologique et de rechercher un anévrisme rompu.
- La ponction lombaire est un examen de 2^e intention en cas de syndrome méningé aigu : elle est réalisée en cas de normalité du scanner

5- Réponse : B D

- Lors de syndrome méningé aigu, le scanner cérébral est normal dans 20 % des cas. Il peut s'agir d'hémorragie discrète ou d'hémorragie ancienne. **Un scanner normal n'élimine donc pas l'HM**
- L'examen de 2^e intention en cas de normalité du scanner est la **ponction lombaire** , qui met en évidence la présence de sang dans le LCS.
- L'IRM n'est que rarement indiquée (dans cette situation, elle n'est pas indiquée) :
 - Suspicion de diagnostic différentiel : thrombophlébite cérébrale+++
 - Hémorragie tardive

6- Réponse : A D

- Les anomalies caractéristiques du LCS en cas d'HM sont les suivantes :
 - Liquide uniformément rosé dans les 3 tubes
 - Liquide incoagulable
 - Surnageant xanthochromique après centrifugation (à partir de la 12^e heure)
 - Pression du LCS élevée
 - Rapport érythrocytes/leucocytes supérieur à celui du sang (d'un facteur 1000)

7- Réponse : B

- La détermination du grade WFNS (World Federation of the Neurosurgical Societies) permet de guider le pronostic immédiat et le choix du traitement.
- Ici, le patient a un Glasgow à 14/15 et n'a pas de déficit moteur : il s'agit d'un **grade II**

8- Réponse : A C D E

- Les éléments du bilan pré-opératoire de l'HM sont :
 - NFS, TP-TCA
 - Iono, urée, créatininémie, glycémie
 - ECG
 - Radiographie du thorax.

9- Réponse : A B E

- Le repos strict au lit et l'isolement neurosensoriel sont de règle **1**.
- Les AINS sont contre-indiqués en cas d'HM : ils ont un effet antiagrégant plaquettaire pouvant freiner la résorption de l'hémorragie **X**.
- L'intubation oro-trachéale est indiquée en cas de détresse respiratoire aiguë et/ou de troubles de la conscience. Ce n'est pas le cas ici **X**.
- La nimodipine doit être prescrite en prévention du spasme artériel, à condition que la pression artérielle puisse être surveillée en continu (ce qui nécessite la mise en place d'un cathéter artériel) **1**.

10- Réponse : A B D E

- Toutes ces étiologies sont possibles, à l'exception de la fibrillation auriculaire (qui est par contre une étiologie d'AVC ischémiques) **X**.

11- Réponse : A D E

- La récidive est fréquente en cas d'HM par rupture d'anévrisme : 30 % à 1 mois **1**.
- Le risque maximum de récidive se situe entre le 7^e et le 11^e jour **X**.
- La récidive est souvent plus sévère qu'au premier épisode : le décès survient dans plus de 30 % des cas **1**.

12- Réponse : A B D

- Parmi les réponses proposées, les complications de l'HM **1** sont :
 - Hydrocéphalie (aiguë et tardive)
 - Troubles végétatifs : troubles du rythme cardiaque
 - Vasospasme cérébral **1**
 - SIADH (et non diabète insipide).
- L'hypertonie pyramidale n'est pas une complication directe de l'HM **X**.

13- Réponse : B D E

- L'augmentation des vitesses circulatoires au niveau de l'artère atteinte au doppler transcrânien entre le 4^e et le 10^e jour de l'HM évoque un vasospasme cérébral **1**.
- Afin de confirmer ce diagnostic, vous réalisez une angiographie cérébrale **1**.
- Le vasospasme cérébral peut être :
 - Asymptomatique
 - Symptomatique, et être responsable d'ischémie cérébrale **1**.

14- Réponse : A C D

- Les 4 pathologies héréditaires à connaitre favorisant les anévrismes intracrâniens  sont :
 - **Polykystose rénale** 
 - **Neurofibromatose de type 1**
 - **Syndrome de Marfan**
 - **Syndrome d'Elhers-Danlos**

15- Réponse : E

- Les troubles sphinctériens (urination) et la marche à petits pas avec élargissement du polygone de sustentation sont 2 éléments de la triade de Hakim et Adams , caractéristique de l'hydrocéphalie à pression normale. Dans ce contexte d'HM ancienne de quelques mois, le principal diagnostic à évoquer est l'**hydrocéphalie tardive** .
- Le 3^e élément de la triade est l'apparition d'un syndrome démentiel sous-cortico-frontal, pouvant passer inaperçu au début.



I'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Cas clinique QCM N° 25

Alors que vous êtes de garde au SAMU, vous vous rendez sur les lieux d'un accident de moto, et vous vous occupez de M. Z., 33 ans. Le conducteur de la moto était seul sur une route de campagne vers 8 h du matin, et aurait dérapé sur une plaque de verglas. A l'arrivée, vous le retrouvez à 3 mètres du véhicule, les yeux fermés (ne s'ouvrant qu'à la stimulation nociceptive), vous parlant de façon inappropriée entre 2 geignements. Il ne bouge pas spontanément mais réagit normalement à la stimulation nociceptive.

QCM 1	Quel est son score de Glasgow ?
A -	Y1-V3-M6
B -	Y2-V4-M5
C -	Y3-V4-M5
D -	Y2-V3-M5
E -	Y3-V3-M4
QCM 2	<p>Vous examinez brièvement votre patient. Les constantes sont les suivantes : PA = 87/52, Fc = 133/min, SpO₂ = 84 % en air ambiant. Vous remarquez une immobilité de l'hémithorax gauche. L'auscultation cardiaque est normale, l'auscultation pulmonaire montre une abolition du murmure vésiculaire à gauche. Les pouls radiaux et fémoraux sont perçus, de façon symétrique. L'abdomen est souple et dépressible, sans défense. Le membre inférieur gauche est raccourci, en adduction et rotation externe. Quelle(s) complication(s) pouvez-vous évoquer en priorité à l'étage thoracique d'après ces données ?</p>
A -	Hémopneumothorax
B -	Contusion pulmonaire
C -	Pneumothorax
D -	Dissection aortique
E -	Rupture trachéo-bronchique
QCM 3	<p>Vous faites le diagnostic de choc hémorragique. Quelle est votre prise en charge en urgence ?</p>
A -	Transfusion en urgence immédiate de culots globulaires O rhésus positif
B -	Transfusion en urgence relative de culots isogroupes isorhésus
C -	Epreuve de remplissage de 500 mL toutes les 15 minutes
D -	Epreuve de remplissage de 30 mL/kg
E -	Oxygénotherapie
QCM 4	<p>Vous décidez d'intuber votre patient dont l'état de conscience se dégrade, et d'initier un remplissage vasculaire. Quel soluté allez-vous utiliser en 1^{re} intention ?</p>
A -	Ringer Lactate
B -	Gélatines
C -	Soluté salé isotonique
D -	Sérum glucosé à 5 %
E -	Hydroxyethylamidon

QCM 5	Concernant les solutés de remplissage, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le pouvoir d'expansion volémique des colloïdes est supérieur à celui des cristalloïdes
B -	L'utilisation importante de soluté salé isotonique expose au risque d'alcalose hyperchlorémique
C -	Les colloïdes de synthèse présentent un risque allergique
D -	Les hydroxyéthylamidon sont une toxicité hépatique propre et doivent donc être évités
E -	Les solutions d'albumine humaine sont très coûteuses
QCM 6	Vous souhaitez transfuser votre patient. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Vous transfusez 1 poche de plasma frais congelé toutes les 1 à 2 poches de culots globulaires transfusées
B -	Vous transfusez 1 poche de plasma frais congelé toutes les 3 à 4 poches de culots globulaires transfusées
C -	Vous transfusez des plaquettes dès lors que la numération plaquettaire est inférieure à 100 G/L
D -	Vous transfusez des plaquettes dès lors que la numération plaquettaire est inférieure à 50 G/L
E -	Vous transfusez des plaquettes dès lors que la numération plaquettaire est inférieure à 10 G/L
QCM 7	Vous êtes arrivés dans le service de réanimation du CHU le plus proche. Malgré votre prise en charge, la pression artérielle reste aux alentours de 75/40. Vous discutez l'utilisation d'amines vasopressives. Quelle est l'amine vasopressive utilisée en 1^{re} intention en cas de choc hémorragique ?
A -	Adrénaline
B -	Noradrénaline
C -	Dopamine
D -	Isoprénaline
E -	Dobutamine
QCM 8	Vous mettez en place un cathéter veineux central et un cathéter artériel pour mesure en continu de la pression artérielle, et vous perfusez de la noradrénaline. En considérant que M. Z. n'est pas cérébrolysé, quel est l'objectif de pression artérielle moyenne que vous visez ?
A -	50 à 60 mmHg
B -	60 à 70 mmHg
C -	70 à 80 mmHg
D -	80 à 90 mmHg
E -	≥ 90 mmHg
QCM 9	Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) d'imagerie à réaliser en 1^{re} intention ?
A -	Radiographie du thorax
B -	Scanner corps entier
C -	Radiographie du rachis
D -	Echographie abdominale
E -	Radiographie du bassin
QCM 10	Vous diagnostiquez un pneumothorax axillaire gauche. Quel(s) traitement(s) allez-vous mettre en place en 1^{re} intention ?
A -	Abstention thérapeutique
B -	Exsufflation à l'aiguille
C -	Drainage pleural
D -	Thoracoscopie chirurgicale
E -	Thoracoscopie médicale

QCM 11	Vous optez pour le drainage pleural. Quelle(s) voie(s) d'abord pouvez-vous utiliser ?
A -	4 ^e espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne
B -	5 ^e espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure
C -	2 ^e espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne
D -	3 ^e espace intercostal sur la ligne médo-claviculaire
E -	4 ^e espace intercostal sur la ligne médo-claviculaire
QCM 12	L'échographie abdominale réalisée est normale. Concernant cet examen dans le contexte de polytraumatisme, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La découverte de fracture de la rate devant un tableau de péritonite indique la splénectomie
B -	La découverte d'un hémopéritoine abondant indique l'artériographie et embolisation
C -	La découverte d'hématome rétropéritonéal indique l'artériographie et embolisation
D -	Si une fracture de la rate avait été découverte chez M. Z., la splénectomie aurait été indiquée
E -	La splénectomie est indiquée devant toute fracture de la rate
QCM 13	Vous réussissez à stabiliser votre patient sur le plan hémodynamique. Vous réalisez des radiographies de la hanche gauche qui mettent en évidence la présence d'une fracture cervico-trochantérienne. Concernant cette fracture, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une fracture cervicale vraie
B -	Il s'agit d'une fracture trochantérienne
C -	La région touchée est richement vascularisée
D -	La région touchée est irriguée exclusivement par les branches de l'artère circonflexe postérieure
E -	Le risque d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale est important
QCM 14	Quel est (sont) la (les) traitement(s) possible(s) de cette fracture ?
A -	Traitement orthopédique
B -	Prothèse totale de hanche gauche
C -	Prothèse intermédiaire de hanche gauche
D -	Ostéosynthèse à foyer ouvert
E -	Ostéosynthèse à foyer fermé
QCM 15	Parmi les complications suivantes, laquelle (lesquelles) peu(ven)t survenir suite à votre traitement ?
A -	Pseudarthrose
B -	Cotyloïdite
C -	Paralysie sciatique
D -	Choc anaphylactique
E -	Luxation précoce

APPRECIATION GLOBALE, REFLEXES QCM & ASTUCES QCM

- Colloïdes = pouvoir d'expansion > aux cristalloïdes (mais risque allergique et risque rénal élevé : ne doivent pas être prescrits en 1^{re} intention)
- Pneumothorax traumatique = drainage thoracique ; si le malade est ventilé : utiliser la voie antérieure
- Traitement d'une fracture trochantérienne = ostéosynthèse.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : D	<ul style="list-style-type: none">- Ouverture des yeux uniquement à la stimulation nociceptive : Y2- Langage inappropriate : V3- Réponse motrice adaptée à la stimulation douloureuse : M5
2- Réponse : A C	<ul style="list-style-type: none">- Devant l'immobilité de l'hémithorax gauche et l'abolition du murmure vésiculaire à gauche, il faut suspecter un épanchement pleural <input type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Gazeux : pneumothorax- Hémorragique : hémorthorax- Gazeux et hémorragique : hémopneumothorax.- La contusion pulmonaire se traduit par une diminution du murmure vésiculaire (sans abolition), un foyer de crépitants, une hémoptysie, une dyspnée et une douleur thoracique <input checked="" type="checkbox"/>.- La dissection aortique se traduirait par une asymétrie des pouls, avec douleur thoracique irradiant dans le dos, souffle d'insuffisance aortique, asymétrie tensionnelle <input checked="" type="checkbox"/>.- La rupture trachéo-bronchique se traduirait par un pneumothorax associé à un pneumomédiastin (avec emphysème cervico-médiastinal), et hémoptysie. Ici il n'y a ni emphysème, ni hémoptysie <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : C E	<ul style="list-style-type: none">- La survenue d'un choc hémorragique impose, et ce quel que soit le chiffre d'hémoglobine, une expansion volémique en urgence <input checked="" type="checkbox"/>.- L'expansion volémique se fait de la façon suivante <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Epreuve de remplissage de 1 à 2 litres avec un débit de 500 mL toutes les 15 minutes- Transfusion dès réception des culots globulaires :<ul style="list-style-type: none">× Avec du sang isogroupe isorhésus chez les personnes titulaires d'une carte de groupe sanguin (avec 2 déterminations)× Avec du sang de groupe O et de rhésus négatif le cas inverse.- L'oxygénotherapie est indispensable en urgence.
4- Réponse : C	<ul style="list-style-type: none">- Le remplissage vasculaire se fait avec un cristalloïde de type serum salé isotonique (NaCl 0.9 %) en 1^{re} intention <input checked="" type="checkbox"/>, en raison de leur sécurité d'emploi et de leur faible coût.

5- Réponse : A C E

- Le pouvoir d'expansion volémique des colloïdes est supérieur à celui des cristalloïdes :
 - les cristalloïdes ont une **diffusion rapide dans le secteur interstitiel**, ce qui limite leur pouvoir d'expansion volémique
 - les colloïdes sont des solutions composées de molécules en suspension, dont le poids moléculaire freine leur passage vers le secteur interstitiel, ce qui participe au **Maintien de la pression oncotique**.
- L'utilisation importante de soluté salé isotonique expose au risque d'**acidose hyperchlorémique X**.
- Les colloïdes de synthèse (gélatines et hydroxyéthylamidons) présentent un **risque allergique accru** par rapport aux cristalloïdes.
- Les hydroxyéthylamidons ont une toxicité **rénale** propre et ne sont donc pas à prescrire en 1^{re} intention **X**.
- Les solutions d'albumine humaine sont très **couteuses**, elles ne sont pas à prescrire en 1^{re} intention.

6- Réponse : A D

- Lors d'un choc hémorragique, il faut :
 - Transfuser 1 poche de plasma frais congelé toutes les 1 à 2 poches de culots globulaires transfusées, afin de maintenir un TP > 40 % et de corriger la coagulopathie fréquemment associée au choc.
 - Transfuser des plaquettes dès lors que la numération plaquettaire est inférieure à 50 G/L.

7- Réponse : B

- En cas de remplissage vasculaire inefficace dans un contexte de choc hémorragique, l'amine vasopressive à prescrire est la **noradrénaline**. Elle a un effet **vasoconstricteur prédominant** par ses effets **α1-mimétiques prédominants**, qui permet de retarder le saignement.

8- Réponse : A B C D E

- La pression artérielle moyenne à atteindre dans le choc hémorragique est :
 - De 60 à 70 mmHg avant hémostase (c'est le cas ici)
 - De 70 à 80 mmHg après hémostase
 - ≥ 90 mmHg chez le patient cérébro-lésé.

9- Réponse : A D E

- Lorsque l'état du patient est **instable** suite à un polytraumatisme, il faut prescrire 3 examens systématiquement à la recherche de signes d'hémorragie :
 - Radiographie du thorax
 - Echographie abdominale
 - Radiographie du bassin.

10- Réponse : C

- La prise en charge d'un pneumothorax traumatique repose soit sur l'**abstention thérapeutique**, soit sur le **drainage pleural**.
- L'abstention thérapeutique ne peut être réalisée que chez des patients cliniquement **stables**, en **ventilation spontanée**, ce qui n'est pas le cas ici **X**.

11- Réponse : D

- Le drainage thoracique chez un patient ventilé avec un PNO traumatique doit se réaliser par **voie antérieure**.
- La voie antérieure correspond au **2^e ou 3^e espace intercostal**, sur la ligne **médioclaviculaire**.

12- Réponse : A C D

- En cas de fracture de la rate visible à l'échographie abdominale dans un contexte de polytraumatisme, les principales indications de splénectomie sont les suivantes :
 - **Péritonite**
 - **Instabilité hémodynamique ne répondant pas au remplissage** (ce qui aurait été le cas chez ce patient)
 - **Présence d'un saignement actif** au scanner.
- La découverte d'un hémopéritoine abondant indique l'**intervention chirurgicale**.
- La découverte d'un hématome rétropéritonéal indique l'**artériographie avec embolisation**.

13- Réponse : B C

- La fracture cervico-trochantérienne (ou fracture basi-cervicale) est classée dans les **fractures trochantériennes**, de traitement et de risques différents par rapport aux fractures cervicales vraies.
- La région trochantérienne est **richement irriguée**, ce qui induit que les fractures de cette région consolident facilement, sans risque important d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (OATF) **X**.
 - La région cervicale est quant à elle irriguée par les branches de l'artère circonflexe postérieure : les fractures de cette région consolident mal, et sont à risque d'OATF **X**.

14- Réponse : D E

- Le traitement des fractures trochantériennes est la suivant :
 - **Réduction** par traction sur table orthopédique
 - **Ostéosynthèse du massif trochantérien**, pouvant être :
 - × **A foyer ouvert** : vis-plaque, clou-plaque, lame-plaque
 - × **A foyer fermé** : clou gamma
 - **Traitements adjuvants** : antalgiques, soins locaux, prévention des complications de décubitus (anticoagulants...).
- Le traitement par prothèse de hanche (totale et intermédiaire) ne concerne que les fractures cervicales vraies, pas les fractures trochantériennes **X**.

15- Réponse : A C D

- La **pseudarthrose** est possible mais exceptionnelle après ostéosynthèse pour fracture trochantérienne.
- La **cotyloïdite** est une complication survenant après une hémiarthroplastie de hanche **X**.
- La **paralysie sciatique** est une **complication post-opératoire immédiate** (compression du nerf sciatique liée au mauvais positionnement du patient pendant l'intervention chirurgicale) **□**.
- Un **choc anaphylactique** est possible avec une des drogues utilisées pour l'anesthésie par exemple **□**.
- La **luxation précoce** est une complication survenant après la pose d'une prothèse de hanche **X**.

Questions isolées QCM N° 1

QCM 1	Quel(s) type(s) d'état de choc peut-on retrouver chez un polytraumatisé ?
A -	Choc hémorragique
B -	Choc obstructif
C -	Choc anaphylactique
D -	Choc distributif de type neurogénique
E -	Choc cardiogénique
QCM 2	Quel est (sont) le(s) examen(s) d'imagerie à réaliser en première intention chez un polytraumatisé hémodynamiquement stable ?
A -	Radiographie thoracique de face
B -	Echographie abdominale
C -	Echocardiographie transœsophagienne
D -	Radiographie du bassin de face
E -	Scanner corps entier
QCM 3	A propos des brûlures :
A -	Les 2 principales complications à la phase initiale sont l'hypothermie et les infections
B -	Les 2 principales complications à la phase secondaire (après J3-J4) sont la dénutrition et l'hypovolémie
C -	Le score de Baux est un score de gravité associant l'âge et la surface brûlée totale
D -	Une atteinte des voies aériennes supérieures est à rechercher systématiquement lors de brûlure du visage
E -	Le tableau clinique d'une brûlure isolée peut aller de la simple rougeur cutanée à l'état d'inconscience
QCM 4	Parmi les réponses suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) critère(s) de gravité des brûlures ?
A -	Brûlure électrique
B -	Enfant de 2 ans
C -	Brûlure des mains
D -	Brûlure chimique
E -	Surface brûlée à 6 % chez un sujet de 30 ans
QCM 5	A propos des traumatismes oculaires :
A -	Les agents contondants sont d'autant plus dangereux que leur volume est important
B -	Une contusion du globe se manifeste par des douleurs oculaires associées à une baisse d'acuité visuelle variable
C -	Le principal risque de l'hyphéma (ou hémorragie de la chambre antérieure) est la récidive hémorragique et une hématocornée irréversible
D -	La présence d'un corps étranger superficiel se caractérise soit par une conjonctivite, soit par une kératite superficielle
E -	La complication précoce la plus grave du corps étranger intraoculaire est la cataracte traumatique

QCM 6	Concernant le traitement des traumatismes du rachis :
A -	L'entorse bénigne du rachis cervical nécessite un traitement orthopédique
B -	L'entorse grave du rachis cervical nécessite un traitement chirurgical
C -	Une fracture instable nécessite un traitement chirurgical
D -	Une fracture peu déplacée avec signes neurologiques nécessite un traitement orthopédique
E -	Le traitement fonctionnel comprend réduction, immobilisation par corset, rééducation et antalgiques
QCM 7	A propos des traumatismes du rachis, quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?
A -	Une lésion rachidienne au-dessus de C5 comporte un risque vital par atteinte du nerf vague
B -	Une dysphagie chez un traumatisé du rachis cervical doit faire suspecter en première intention une rupture complète de l'œsophage
C -	Une lésion médullaire haute est susceptible d'entraîner vasoplégie et bradycardie
D -	La dissection des artères carotides est une complication fréquente à rechercher systématiquement en cas de traumatisme du rachis cervical
E -	Toute chirurgie du rachis par voie postérieure nécessite d'éliminer une lésion abdominale
QCM 8	Concernant les complications des traumatismes thoraciques, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Une fracture des 2 dernières côtes expose à un risque accru de lésion des gros vaisseaux
B -	Une fracture du sternum expose au risque de rupture de l'isthme aortique
C -	Un pneumothorax thoracique expose au risque de décès par tamponnade
D -	Une contusion pulmonaire expose au risque de syndrome de détresse respiratoire aiguë
E -	La rupture de l'isthme aortique évolue vers le décès dans 30 % des cas
QCM 9	Concernant les traumatismes thoraciques, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Une radiographie normale élimine une rupture de l'isthme aortique
B -	La kinésithérapie est très utile dans la prise en charge des traumatismes thoraciques
C -	Le risque de rupture de l'isthme aortique est accru lors de décélération brutale
D -	Le risque de rupture trachéo-bronchique est accru lors de décélération brutale
E -	La présence d'une élévation de la troponine dans un contexte d'accident brutal signe l'infarctus du myocarde
QCM 10	A propos de la prise en charge des traumatismes des membres, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le traitement fonctionnel consiste en une immobilisation de la région blessée et des articulations sus et sous-jacentes
B -	Une fracture ouverte doit être traitée nécessairement dans les 6 heures suivant l'accident
C -	La principale complication du traitement fonctionnel est la raideur articulaire secondaire
D -	Le traitement orthopédique peut être utilisé à visée antalgique
E -	Le principal inconvénient du traitement orthopédique est l'augmentation de la morbidité liée aux complications de décubitus

QCM 11	A propos des complications immédiates des fractures des membres, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Leur recherche nécessite un examen attentif de la peau, des pouls, ainsi qu'un examen neurologique
B -	L'absence d'un pouls signe généralement la rupture de la paroi artérielle
C -	En cas d'absence d'un pouls de manière unilatérale, une artériographie doit être réalisée en urgence
D -	En cas de non-rétablissement d'un axe artériel au-delà de 6 heures, l'amputation doit être préférée
E -	Le crush syndrome survient lors d'un écrasement des parties molles
QCM 12	Concernant les complications secondaires et tardives des fractures des membres, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le syndrome de loges se traduit par douleur + paresthésies + abolition des pouls à un membre
B -	Le traitement de 1 ^{re} intention d'un syndrome de loges est le retrait du plâtre
C -	Des radiographies doivent être faites régulièrement lors d'un traitement orthopédique afin de dépister un déplacement secondaire
D -	Le syndrome de loges est également appelé syndrome de Volkmann
E -	Le traitement de l'embolie graisseuse repose sur les anticoagulants au long cours
QCM 13	A propos des plaies de la main, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La rupture d'un tendon fléchisseur nécessite un traitement chirurgical (à distance du traumatisme)
B -	Les suites opératoires lors de la suture d'un tendon fléchisseur sont longues (de l'ordre de 3 mois)
C -	Toutes les lésions vasculo-nerveuses nécessitent une réparation microchirurgicale
D -	Un défaut d'opposition du pouce est en faveur d'une atteinte du nerf radial au poignet
E -	Une faiblesse de l'adducteur du pouce témoigne d'une lésion du nerf médian au poignet
QCM 14	A propos des morsures, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Seulement 1 % des patients mordus développeront une pasteurellose
B -	Un argument en faveur de la pasteurellose est l'apparition précoce en quelques heures d'une dermohypodermite hyperalgique
C -	La présence d'une morsure de chien nécessite la prescription d'amoxicilline-acide clavulanique 5 jours
D -	En cas d'atteinte tendineuse, vasculaire et nerveuse, l'atteinte vasculaire doit être traitée d'emblée et les atteintes tendineuse et nerveuse sont traitées à distance
E -	Après la réparation de la (les) lésion(s), la fermeture cutanée doit être lâche
QCM 15	A propos des traumatismes abdominaux, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le risque principal de la fracture splénique est le choc hémorragique
B -	Le traitement d'un traumatisme hépatique repose surtout sur la surveillance active en soins intensifs, et parfois sur la chirurgie
C -	Le dosage de la lipase doit être réalisé systématiquement et à plusieurs reprises lors de tout accident à forte énergie
D -	Lors d'une suspicion de traumatisme rénal, le meilleur examen pour apprécier l'atteinte rénale est l'échographie
E -	La rupture du dôme vésical nécessite un drainage vésical et une antibiothérapie

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A B D E	<p>– Choc hémorragique :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le plus courant des états de choc chez le polytraumatisé <input checked="" type="checkbox"/>- 2 groupes d'étiologies : hémorragies internes+++ et hémorragies extériorisées <p>– Choc cardiogénique :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lors d'atteinte du myocarde <input checked="" type="checkbox"/> <p>– Choc obstructif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Par obstacle au remplissage du cœur- 3 étiologies <input type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">× Tamponnade gazeuse (lors de pneumothorax compressif, la compression des veines caves par l'épanchement gazeux inhibe le retour veineux)× Tamponnade sur hémopéricarde (compression aiguë des cavités cardiaques par l'épanchement sanguin péricardique)× Embolie graisseuse <p>– Choc distributif de type neurogénique</p> <ul style="list-style-type: none">- Vasoplégie par sympatholyse sur lésions médullaires <input checked="" type="checkbox"/> <p>– Choc anaphylactique :</p> <ul style="list-style-type: none">- Choc distributif lié à une réaction d'hypersensibilité immédiate- Non lié à un polytraumatisme <input checked="" type="checkbox"/>	
2- Réponse : E	<p>– Patient polytraumatisé + stable = SCANNER CORPS ENTIER <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>– Le scanner corps entier comprend <input checked="" type="checkbox"/>:</p> <ul style="list-style-type: none">- Scanner cérébral sans injection- Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté (à la recherche d'une hémorragie active)- Scanner du rachis entier avec reconstruction 3D (bassin inclus)- +/- Angioscanner des gros vaisseaux- +/- Scanner osseux	

3- Réponse : C D

- La brûlure et les complications qui en découlent se déroulent en deux phases :
 - Phase initiale = J0 à J3 = déséquilibre hémodynamique, hydroélectrolytique et protidique
 - × 2 complications : hypovolémie, hypothermie ☐
 - Phase secondaire = à partir de J3-J4 jusqu'à fermeture des lésions = hyperactivité métabolique
 - × 2 complications : dénutrition, infections ☐
- Le score de Baux est un des scores de gravité les plus pertinents. ☐
 - Score de Baux = âge + surface brûlée totale
 - Score de Baux > 100 ⇔ mortalité = 50 %
- Toute **brûlure du visage** et a fortiori dans un contexte de brûlure par flammes dans un milieu clos doit faire suspecter une inhalation de fumées et de gaz. ☐
 - Le diagnostic est PRESOMPTIF (brûlure du visage, voix rauque, suie au niveau des orifices de la face...)
- **Un brûlé sans lésion est TOUJOURS CONSCIENT !** ☐ Des troubles de la conscience dans un contexte de brûlure(s) doivent faire rechercher une **intoxication** ou un **polytraumatisme**.

4- Réponse : A B C D

- Les critères de gravité ☐ ☐ des brûlures sont :
 - Brûlure électrique ou chimique
 - Surface brûlée > 10 % (ou > 5 % chez le moins de 3 ans)
 - **Localisation à risque** : mains, face, cou, périnée
 - Brûlure profonde
 - Age < 3 ans et > 60 ans
 - **Pathologie grave préexistante**
 - **Contexte** : explosion, AVP, incendie en milieu clos (rechercher un blast)

5- Réponse : B C D Ne pas oublier l'ophtalmo traumato, ces petits chapitres font la différence !

- Les agents contondants sont d'autant plus dangereux que leur volume est petit ☐
 - Exemple : un ballon de foot est arrêté par le relief orbitaire alors qu'un petit caillou peut atteindre directement le globe
 - A
- L'**hyphéma** est une hémorragie de la chambre antérieure ☒ :
 - Survenant immédiatement après un traumatisme contondant
 - Se traduisant par un niveau de liquide hématique dans la chambre antérieure (visible à la lampe à fente)
 - L'évolution la plus courante est la résorption, le risque est la récidive
 - L'hyphéma massif peut être responsable d'une **hématocornée** : infiltration hématique irréversible de la cornée
- Les symptômes d'une **contusion du globe oculaire** regroupent :
 - **Douleurs oculaires**
 - **Baisse d'acuité visuelle**
 - à des degrés variables
- Le **corps étranger superficiel** est :
 - Souvent visible, cornéen superficiel
 - Se manifeste sous forme de symptômes unilatéraux de type:
 - ✗ **Conjonctivite**
 - ✗ **Kéратite superficielle**
- La cataracte n'est pas une complication grave. LA complication précoce la plus grave des CEIO (et des chirurgies ophtalmiques) à retenir est l'**endophthalme** (= infection intraoculaire).

6- Réponse : B C

- L'entorse bénigne du rachis cervical nécessite un **traitement symptomatique (fonctionnel)** ☒ :
 - Antalgique, AINS, myorelaxant
 - Immobilisation dans un collier souple.
- L'entorse grave du rachis cervical entraîne un **risque important de luxation** ☒ : un **traitement chirurgical** (par arthrodèse inter-somatique ± ostéosynthèse antérieure par plaque) est nécessaire pour **stabiliser** le rachis cervical ☐.
- Une fracture instable nécessite un **traitement chirurgical** ☑.
- Une fracture peu déplacée avec signes neurologiques nécessite un **traitement chirurgical** en urgence avec laminectomie de décompression ☑.
- Le traitement fonctionnel comprend repos, rééducation et antalgiques ☒. L'immobilisation fait partie du traitement orthopédique ☒.

7- Réponse : C E

- Une lésion rachidienne au-dessus de C5 comporte un **risque vital par atteinte du nerf phrénique** (qui innervé le diaphragme) ☐.
- Une dysphagie chez un traumatisé du rachis cervical doit faire suspecter en première intention une **fracture de l'odontoïde** ☐. La fracture de la dent de l'axis (C2) entraîne un **hématome** comprimant l'œsophage se traduisant par une dysphagie.
- Une lésion médullaire haute est susceptible d'entraîner **vasoplégie et bradycardie** pouvant engager le pronostic vital ☐. Il s'agit du **choc spinal**.
- **La dissection des artères vertébrales X** est une complication fréquente à rechercher systématiquement en cas de traumatisme du rachis cervical.
- Toute chirurgie du rachis par voie postérieure se réalise **en décubitus ventral** : elle nécessite donc d'éliminer une **lésion abdominale** comme une **rupture de la rate** ☐.

8- Réponse : B C D

- Les gros vaisseaux passent à proximité des **2 premières côtes**, le risque de lésion des gros vaisseaux est donc accru en cas de fracture des 2 premières côtes ☐.
- Une fracture du sternum expose au **risque de rupture isthmique** ☐ : c'est la complication la plus grave qui doit être recherchée systématiquement dans ce contexte.
- Le pneumothorax thoracique expose au risque de **détresse respiratoire aiguë** et donc de **décès** en cas de **tamponnade gazeuse** (compression par l'épanchement pleural aérique des veines caves, ce qui empêche le retour veineux et entraîne un désamorçage de la pompe cardiaque) ☐.
La contusion pulmonaire expose au risque de **SDRA** ☐, dont l'évolution est souvent favorable.
- La **rupture de l'isthme aortique** est une complication redoutable des traumatismes thoraciques nécessitant une intervention chirurgicale en urgence : elle évolue vers le **décès dans 70 % des cas** ☐.

9- Réponse : B C D

- Une radiographie thoracique normale n'élimine pas le diagnostic de **rupture de l'isthme aortique X**. Lorsque la radio est anormale, elle montre surtout des **signes indirects** ☐:
 - Elargissement du médiastin (hémomédiastin)
 - Déviation de la trachée et abaissement de la bronche principale gauche
 - ± Fractures costales (1^{re} et 2^e côtes surtout) associées
 - ± Hémothorax gauche
- La **kinésithérapie respiratoire** ☐ est très utile dans la prise en charge des traumatismes thoraciques : fractures de côtes, volet costal, contusion pulmonaire...
- La **décélération brutale** peut augmenter le risque de certaines lésions graves ☐, à rechercher systématiquement dans ce contexte :
 - La **rupture de l'isthme aortique** : LA complication mortelle à rechercher (70 % de décès)
 - La **rupture trachéo-bronchique** (au moins 30 % de décès)
- La présence d'une élévation de la troponine dans un contexte d'accident brutal est en faveur d'une **contusion myocardique**. Attention, la troponine est spécifique des cellules myocardiques, et non de l'**infarctus du myocarde X**. La contusion myocardique associe les éléments suivants ☐ :
 - Anomalies ECG
 - Troponine positive
 - Anomalies à l'ETT

10- Réponse : B D E

- Il existe 3 types de traitements en traumatologie :

 - Le traitement **fonctionnel**
 - Le traitement **orthopédique**
 - Le traitement **chirurgical**

- Le traitement fonctionnel :
 - Consiste en un traitement **symptomatique** sans immobilisation stricte.
 - Il est facile à réaliser à condition de bien informer le patient des modalités de ce traitement (port d'orthèses, prise d'antalgiques, glaçage...).
 - Il n'entraîne ni **complication de décubitus**, ni **raideur**, en raison de l'absence d'immobilisation stricte, contrairement au traitement orthopédique
- Le traitement orthopédique :
 - Consiste en une **immobilisation** de la région blessée et des articulations sus et sous-jacentes
 - Il entraîne donc **complications de décubitus** pouvant être responsables d'une augmentation de la morbidité et **raideur articulaire**
 - Il peut être utilisé à **visée antalgique** lorsque le traitement fonctionnel ne suffit pas à calmer la douleur.
- Une fracture ouverte doit être traitée nécessairement **dans les 6 heures** suivant l'accident, en raison du **risque infectieux secondaire important**. Ce délai est raccourci en pratique à 3 heures.

11- Réponse : A C D E

- Les complications immédiates d'un traumatisme de membre doivent être recherchées dès le 1^{er} examen clinique. Pour faire simple, retenir **Peau – Pouls – Nerf** :

 - **Peau** = examen cutané à la recherche d'une ouverture cutanée ou souffrance cutanée
 - **Pouls** = Rechercher l'absence d'un pouls en faveur d'une lésion vasculaire
 - **Nerf** = Examen neurologique à la recherche de lésion d'un tronc nerveux (examen de la motricité et de la sensibilité).

- Bien que l'absence d'un pouls soit en faveur de l'atteinte artérielle, la rupture de la paroi artérielle est rare et les **lésions sans réelle rupture de la paroi artérielle** prédominent.
- En cas d'absence d'un pouls de manière unilatérale, une **artériographie** doit être réalisée en **urgence**, afin de préciser le niveau et le type d'atteinte, et d'initier un traitement chirurgical.
- En cas de non-rétablissement d'un axe artériel **au-delà de 6 heures**, l'**amputation** doit être préférée : l'efficacité de la chirurgie est faible et le risque septique augmente.
- Le crush syndrome survient lors d'un écrasement des parties molles, et est une complication immédiate des traumatismes fermés.

12- Réponse : C

- Le syndrome de loges se traduit par douleur + signes neurologiques sensitifs (paresthesies) puis moteurs. Il n'y a jamais d'abolition de pouls
- Le traitement de 1re intention d'un syndrome de loges consiste à **fendre le plâtre** pour diminuer la pression dans les loges musculaires.
- Des radiographies doivent être faites régulièrement lors d'un traitement orthopédique afin de dépister un **déplacement secondaire**.
- Le syndrome de loges est une complication **secondaire** (survenant dans les heures ou jours après le traumatisme) liée à une augmentation de pression dans les loges musculaires, **sans phénomène ischémique**. Le syndrome de Volkmann est une complication **tardive** de nature ischémique (plusieurs semaines à plusieurs mois après le traumatisme) qui **suit un syndrome de loges non traité**, touchant les loges antébrachiales et les nerfs périphériques (nerf médian et ulnaire). Il se traduit par une **rétraction musculaire ischémique séquellaire** des fléchisseurs du poignet et des doigts.
- Le traitement curatif de l'embolie graisseuse repose sur le **traitement symptomatique**. Le meilleur traitement reste préventif : immobilisation immédiate et stabilisation chirurgicale de la fracture.

13- Réponse : B C

- La rupture d'un tendon fléchisseur nécessite un **traitement chirurgical en urgence** : le risque dans le cas contraire est la rétraction du moignon proximal et l'impossibilité de suture directe.
- Les suites opératoires lors de la suture d'un tendon fléchisseur sont **longues** (de l'ordre de 3 mois).
- Toutes les lésions vasculo-nerveuses nécessitent une réparation microchirurgicale, et de préférence par suture directe.
- Un **défaut d'opposition du pouce** est en faveur d'une atteinte du nerf **médian** au poignet.
- Une **faiblesse de l'adducteur du pouce** témoigne d'une lésion du nerf **ulnaire** au poignet : elle se traduit par le **signe de Froment** (flexion de l'articulation interphalangienne du pouce lors de la pince pouce-index).

14- Réponse : B C E

- 15 % des patients mordus développeront une **pasteurellose**.
- Un argument en faveur de la pasteurellose est l'apparition précoce en quelques heures d'une **dermohypodermite hyperalgique** : l'incubation est généralement inférieure à 12 h, soit bien plus courte que celle des autres dermohypodermites (pyogènes = 48 h).
- La présence d'une morsure de chien nécessite la prescription d'**amoxicilline-acide clavulanique 5 jours**, en **prévention de la pasteurellose** (doxycycline si allergie à la pénicilline).
- En cas d'atteinte tendineuse, vasculaire et nerveuse, la réparation de ces lésions doit être réalisée **en un temps**.
- Après la réparation de la(les) lésion(s), la fermeture cutanée doit être **lâche**.

15- Réponse : A B C

- La rate étant un organe très richement irrigué, le risque principal de la fracture splénique est le choc hémorragique.
- Le traitement d'un traumatisme hépatique repose surtout sur la surveillance active en soins intensifs, et parfois sur la chirurgie (en fonction de la tolérance clinique).
- Le dosage de la lipase doit être réalisé systématiquement et à plusieurs reprises (à l'arrivée des secours et à 24-48 h de l'accident) lors de tout accident à forte énergie, afin de rechercher un traumatisme pancréatique.
- Lors d'une suspicion de traumatisme rénal, le meilleur examen pour apprécier l'atteinte rénale est le scanner avec injection.
- 2 types de fractures de vessie se distinguent :
 - La rupture du dôme vésical : dans ce cas l'urine s'écoule dans le péritoine (= uropéritoine), et le traitement est chirurgical (suture vésicale)
 - La rupture vésicale sous-péritonéale : dans ce cas, seuls un drainage vésical et une antibiothérapie sont nécessaires.

Questions isolées QCM N° 2

QCM 1	A propos du coma :
A -	Il correspond à une défaillance du thalamus
B -	Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique
C -	Une lésion cérébrale focale ne peut être à l'origine d'un coma
D -	Il peut faire suite à une obnubilation ou à une stupeur
E -	La réaction aux stimulations extéroceptives et nociceptives est altérée
QCM 2	Parmi les examens suivants, lequel (lesquels) est (sont) utile(s) en première intention au bilan d'un coma ?
A -	Protéine C réactive
B -	ECG
C -	TDM cérébrale sans injection
D -	Radiographie du thorax
E -	Dosage du monoxyde de carbone
QCM 3	Quel(s) élément(s) parmi les suivants rentrent dans la prise en charge thérapeutique d'un coma ?
A -	Sonde nasogastrique
B -	Sonde urinaire
C -	Intubation orotrachéale
D -	Administration de vitamine B1 systématique devant tout coma inexplicable chez le patient dénutri
E -	Corticoïdes en cas d'œdème cérébral
QCM 4	Parmi les items suivants, lequel (lesquels) sont erroné(s) ?
A -	La réponse en décérébration traduit une souffrance de la partie haute du tronc cérébral
B -	La réponse en décortication traduit une souffrance hémisphérique étendue
C -	Le bobbing oculaire correspond à une déviation oblique avec un œil vers le haut et un œil vers le bas
D -	Un strabisme horizontal traduit une atteinte d'un nerf oculomoteur (III ou IV)
E -	La persistance du réflexe cornéen d'un côté signe l'intégrité du nerf III homolatéral
QCM 5	Parmi les étiologies suivantes, laquelle (lesquelles) entraînent une mydriase bilatérale aréactive ?
A -	Engagement temporal
B -	Mort cérébrale
C -	Intoxication aux opiacés
D -	Souffrance du mésencéphale (pédoncules cérébraux)
E -	Hypothermie

QCM 6	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Une respiration ataxique, irrégulière et anarchique correspond à une souffrance de la moëlle allongée
B -	La respiration apneustique se traduit par des pauses en inspiration ou en expiration
C -	La dyspnée de Kussmaul peut être retrouvée en cas d'acidose métabolique
D -	La dyspnée de Kussmaul traduit une souffrance de la partie basse du tronc cérébral
E -	La respiration de Cheynes-Stokes peut témoigner d'une souffrance du diencéphale
QCM 7	Parmi les réflexes suivants avec leurs cotations respectives, lequel (lesquels) fait (font) partie du score de Glasgow-Liège ?
A -	Réflexe photomoteur : 3 pts
B -	Réflexe oculocardiaque : 1 pt
C -	Réflexe massétérin : 5 pts
D -	Réflexe cornéen : 4 pts
E -	Réflexe oculocéphalique vertical : 2 pts
QCM 8	Concernant les engagements, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Leur gravité est extrême (risque de mort imminente) et nécessitent une prise en charge urgente
B -	L'engagement cérébelleux correspond à un passage des tonsilles cérébelleuses dans le foramen jugulaire
C -	L'engagement cérébelleux se traduit par un opisthotonus
D -	Une modification de la vigilance chez un sujet porteur d'une lésion protubérantielle doit faire suspecter un engagement temporal
E -	Le premier signe d'un engagement temporal peut être une mydriase
QCM 9	Vous recevez aux urgences, M. A., 85 ans, qui ne parle plus. Sa fille ici présente vous raconte, désespérée, que son père parlait correctement jusqu'à présent, et qu'elle l'a découvert dans cet état ce matin, en se rendant chez lui. Lors de votre examen, M. A. ne répond pas aux consignes ni à son prénom. En vous regardant un court instant, celui-ci se lève de son lit et fait le tour de la pièce sans dire un mot. Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il peut s'agir d'un mutisme akinétique témoignant d'un AVC de l'artère communicante antérieure
B -	Il s'agit d'un syndrome de désafférentation
C -	Cette situation est compatible avec un état psychotique
D -	Cette situation est compatible avec un AVC
E -	Il s'agit sûrement d'une aphasicie de Broca ou d'une aphasicie globale
QCM 10	M. B. est amené par le SAMU aux urgences. Quand vous lui parlez, M. B. ne parle pas et ne répond pas aux consignes. Le médecin du SAMU vous signale qu'il a été découvert dans un fauteuil par sa femme, les yeux ouverts, avec une perte des initiatives motrices (parole et mouvements). A l'examen, les réflexes ostéotendineux et le tonus sont normaux. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
A -	Coma
B -	AVC ischémique du territoire de l'artère cérébrale antérieure
C -	Mutisme akinétique
D -	Rupture d'anévrisme de l'artère communicante antérieure
E -	Aphasicie de Wernicke

QCM 11	Concernant le coma d'origine toxique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	C'est le coma le plus fréquent
B -	L'association coma inexplicable + myosis serré + dépression respiratoire doit faire débuter une perfusion IV de naloxone
C -	Un coma inexplicable chez un sujet avec une teinte « cochenille » doit faire suspecter une intoxication au monoxyde de carbone
D -	Une intoxication aux barbituriques donne classiquement un coma profond avec convulsions et syndrome pyramidal
E -	L'association coma + fasciculations + paralysie des muscles respiratoires + myosis est en faveur d'une intoxication aux organophosphorés
QCM 12	Concernant le coma d'origine métabolique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le coma hypoglycémique se traduit par des sueurs abondantes, une hypothermie, un signe de Babinski bilatéral
B -	L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke se traduit par une hypertonie oppositionnelle, un astérixis, voire une hépatite fulminante
C -	L'anoxie cérébrale peut être due à un arrêt cardiaque, un choc cardiogénique, septique ou hémorragique
D -	L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke se retrouve exclusivement chez les éthyliques chroniques
E -	Une hyponatrémie peut être responsable de coma accompagné de crises convulsives
QCM 13	Parmi les étiologies suivantes, laquelle (lesquelles) peut (peuvent) se traduire par un astérixis ?
A -	Hypoxie
B -	Hypercapnie
C -	Encéphalopathie hépatique
D -	Insuffisance rénale
E -	Hypercalcémie
QCM 14	Devant un coma inexplicable d'apparition brutale avec signes de focalisation, quelle(s) est (sont) les deux étiologies à évoquer en priorité ?
A -	Hémorragie cérébrale
B -	Thrombophlébite cérébrale
C -	Hydrocéphalie aiguë
D -	AVC ischémique
E -	Abcès cérébral
QCM 15	Parmi les lésions suivantes, laquelle (lesquelles) peu(ven)t être responsable(s) de coma ?
A -	Souffrance cérébrale diffuse
B -	Lésion du cortex pariétal sans effet de masse
C -	AVC mésencéphalique
D -	AVC hémisphérique avec compression de la région mésencéphalo-diencéphalique
E -	Lésion cérébelleuse avec effet de masse

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	Connaissances, □ Déduction, ■ Arg Fréquence, ⚡ Formulation, X Eliminer les incorrectes, [1] 1^{re} idée
1- Réponse : B D	<ul style="list-style-type: none">- Le coma traduit une souffrance de la substance réticulée activatrice ascendante ■<ul style="list-style-type: none">- Résultant d'une souffrance cérébrale diffuse ou d'une lésion focale- Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique- 2 modes d'apparition possibles :<ul style="list-style-type: none">- D'emblée- Suite à une obnubilation ou une stupeur<ul style="list-style-type: none">✗ Obnubilation = Persistance d'une réaction aux ordres complexes (consignes), orientation temporo-spatiale normale✗ Stupeur = Persistance de la réactivité aux stimuli extéroceptifs simples- Dans un coma, la réaction aux stimulations nociceptives est conservée X
2- Réponse : B C D E	<ul style="list-style-type: none">- Ces examens permettent surtout d'aider au bilan étiologique... :<ul style="list-style-type: none">- ECG : recherche de retentissement cardiaque □ d'un coma toxique ou métabolique par exemple- TDM non injecté : précise la nature lésionnelle □ d'un coma (surtout si pas de cause évidente retrouvée, y compris si absence de signe de focalisation)- RXT : recherche d'une pneumopathie d'inhalation, par exemple □- Dosage du CO +++ : y penser, surtout si le sujet est retrouvé inconscient dans un milieu clos [1]- La CRP (inflammation, infections...) n'a pas d'intérêt en 1^{re} intention X
3- Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none">- Sonde nasogastrique : lors de trouble de la conscience afin d'éviter le risque d'inhalation de liquide gastrique □- Sonde urinaire : surveillance de la diurèse □- Intubation orotrachéale : maintien de la ventilation □- Glucose IV : tout coma inexplicable doit bénéficier de ce traitement [1]. Attention au risque d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke accru chez les alcooliques et chez les dénutris = > adjonction systématique de vitamine B1 +++- Corticoïdes : traitement possible de l'œdème cérébral [1] (attention, les corticoïdes ont un effet délétère si l'œdème est cytotoxique, ce qui est le cas dans les AVC ischémiques massifs)

4- Réponse : C E Attention aux questions demandant les réponses fausses !

- La définition de la réponse C correspond au « skew deviation » , qui traduit une lésion du tronc cérébral
- Le bobbing oculaire  est un déplacement des yeux vers le bas suivi après une pause d'une réascension plus lente vers la position de départ, décrivant un mouvement de « révérence ». Il traduit une lésion protubérantielle (pont).
- Le réflexe cornéen  :
 - Sa voie afférente correspond au nerf trijumeau (V1)
 - Sa voie efférente correspond au nerf facial (VII)
 - Pas de lien avec les nerfs oculomoteurs (III, IV, VI)

5- Réponse : B D E

- Les causes principales de mydriase bilatérale aréactive  sont :
 - Mort cérébrale
 - Hypothermie
 - Souffrance mésencéphalique (pédoncules cérébraux)
 - Encéphalopathie post-anoxique
 - Certaines intoxications : barbituriques, atropiniques...
- L'intoxication aux opiacés entraîne un myosis bilatéral .
- L'engagement temporal entraîne une mydriase unilatérale .

6- Réponse : A B C E

- Connaître la topographie lésionnelle  des différentes dyspnées :
 - Cheynes-Stokes
 - × Diencéphale
 - × Mésencéphale supérieur (pédoncules cérébraux)
 - × Perturbations métaboliques diffuses
 - Hyperventilation neurogène centrale
 - × Mésodiencéphale
 - × Mésencéphale
 - Respiration apneustique
 - × Protubérance (pont) (partie basse)
 - Dyspnée de Kussmaul
 - × Partie basse du tronc cérébral
 - Respiration ataxique, irrégulière et anarchique
 - × Moëlle allongée (bulbe rachidien)

7- Réponse : A B

- L'échelle de Glasgow-Liège  :
 - Inclut en plus de l'échelle de Glasgow les principaux réflexes du tronc cérébral
 - Permet ainsi d'affiner l'évaluation de la gravité du coma
- Les 5 réflexes du tronc intégrés dans l'échelle de Glasgow-Liège  sont :
 - **Fronto-orbiculaire** : 5 pts
 - **Oculocéphalique vertical** : 4 pts
 - **Photomoteur** : 3 pts
 - **Oculocéphalique horizontal** : 2 pts
 - **Oculocardiaque** : 1 pt
- Les autres réflexes du tronc cérébral à connaître  sont :
 - le **Ciliospinal**
 - le **Cornéen**
 - le **Massétérin**

8- Réponse : A C E

- Les engagements sont de gravité extrême et justifient une prise en charge en extrême urgence .
- L'engagement temporal :
 - Correspond à un passage du lobe temporal interne (T5) dans la fosse postérieure 
 - TOUTE MODIFICATION DE LA VIGILANCE chez quelqu'un porteur de lésion focale sous-tentorielle  doit faire suspecter un engagement temporal
 - Se traduit par  :
 - × **Mydriase unilatérale aréactive**
 - × **Hémi-parésie controlatérale**
 - × **Troubles de la vigilance** (à un stade tardif témoignant de lésions irréversibles du tronc cérébral)
- L'engagement cérébelleux :
 - Correspond à un passage des tonsilles (= amygdales) cérébelleuses dans le foramen magnum (= trou occipital) 
 - L'apparition de CRISES MOTRICES POSTERIEURES chez quelqu'un porteur d'une lésion focale sous-tentorielle (= fosse postérieure)  doit faire suspecter un engagement cérébelleux
 - Les crises motrices postérieures correspondent à  :
 - × Une attitude en **opisthotonus**
 - × Des **céphalées**
 - × Des **cervicalgies**.

9- Réponse : C D E

- Synthétisons le problème : ici, M. A. ne parle plus, n'obéit pas aux ordres, bouge et a les yeux ouverts.
- Le mutisme akinétique est caractérisé par l'absence de parole et de mouvement. M. A. bouge, le diagnostic n'est donc pas compatible ☐.
- Le syndrome de désafférentation se traduit par un tableau de quadriplégie avec diplopie faciale. Cette hypothèse est donc éliminée ✗.
- 3 situations peuvent être évoquées dans ce contexte :
 - **Aphasie de Broca** : attention aux AVC du territoire de l'artère sylvienne superficielle ¹ (hémisphère majeur) qui peuvent donner ce tableau
 - **Aphasie totale** : idem ¹
 - **Etat psychotique (délire aigu)** : attention à éliminer une confusion chez les personnes âgées ✗.

10- Réponse : B C D

- Ce tableau correspond à celui d'un **mutisme akinétique** ✗ : négligence sensitivo-motrice, syndrome frontal bilatéral, inattention, absence de déficit moteur, réflexes et tonus normaux
 - Attention, il ne s'agit pas d'un coma mais d'un diagnostic différentiel ✗
 - Les lésions frontales médianes donnent ce tableau
 - 2 étiologies aiguës donnent ce tableau ☐:
 - × **AVC ischémique** du territoire cérébral antérieur bilatéral
 - × **Anévrisme** de l'artère communicante antérieure
 - D'autres étiologies de mutisme akinétique sont à connaître ☐ :
 - × Méningiome de la faux du cerveau
 - × Tumeurs frontales...

11- Réponse : A B C E

- Devant un coma inexplicable, toujours évoquer 2 étiologies :
 - **Toxique** ✗ (le plus fréquent)
 - **Métabolique** ¹
- Bien connaître les toxicodromes incontournables ✗ :
 - Coma + myosis serré + dépression respiratoire = **intoxication aux opiacés**
 - × Administrez de la naloxone (antidote des opiacés) afin de faire le diagnostic
 - Coma hypertonique + convulsions + céphalées, signes digestifs + « teinte cochenille » = **intoxication au CO**
 - Coma calme et profond hypotonique, avec dépression respiratoire = **intoxication aux barbituriques**
 - Coma + fasciculations + paralysie des muscles respiratoires + myosis = **toxicodrome cholinergique** (muscarinique + nicotinique) = **intoxications aux organophosphorés par exemple.**

12- Réponse : A C E

- Le coma hypoglycémique se traduit par des sueurs abondantes, une hypothermie, un signe de Babinski bilatéral
- L'encéphalopathie hépatique (et non celle de Gayet-Wernicke) se traduit par une hypertonie oppositionnelle, un astérixis, voire une hépatite fulminante.
- L'anoxie cérébrale peut être due à un arrêt cardiaque, un choc cardiogénique, septique ou hémorragique
- L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke se retrouve chez les déficients en vitamine B1 : alcooliques, mais aussi dénutris par exemple
- Une hyponatrémie peut être responsable de coma accompagné de crises convulsives

13- Réponse : B C D

- L'astérixis (ou flapping tremor) peut se retrouver dans :
 - Hypercapnie
 - Encéphalopathie hépatique
 - Insuffisance rénale.

14- Réponse : A D

- Devant un coma inexplicable d'apparition brutale avec signes de focalisation, les 2 étiologies à évoquer avant tout (en raison de leur grande fréquence) sont :
 - Hémorragie cérébrale
 - AVC ischémique.
- Les autres étiologies sont possibles mais sont plus rares

15- Réponse : A C D E

- Question d'anatomie : les lésions responsables de coma touchent la substance réticulée activatrice ascendante (SRAA) . Une atteinte de cette zone par une destruction directe ou un effet de masse peuvent donc être responsables de coma.
- Les causes topographiques de coma peuvent être regroupées de la façon suivante :
 - Lésion focale
 - × Sous-tentorielle : atteinte de la SRAA (par effet de masse ou destruction locale)
 - × Sus-tentorielle : atteinte des voies de projection réticulo-corticales
 - × Compression du tronc cérébral par effet de masse lié à un engagement sous-falcoriel
 - Souffrance cérébrale diffuse (causes métaboliques, toxiques...)

Questions isolées QCM N° 3

QCM 1	Parmi les associations toxique-antidote suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?
A -	Anesthésique local et émulsion lipidique
B -	Insuline et inhibiteurs calciques
C -	Benzodiazépines et naloxone
D -	Bétabloquants et glucagon
E -	Digitaliques et anticorps anti-digitaliques
QCM 2	Concernant l'utilisation du charbon activé :
A -	L'administration d'une dose unique est indiquée en cas d'intoxication par un médicament à libération prolongée
B -	L'administration de doses répétées est indiquée en cas d'ingestion d'un produit toxique à dose toxique avec un délai de moins de 2 heures
C -	La prise de charbon activé améliore significativement le pronostic des intoxications médicamenteuses si elle est précoce
D -	Il est particulièrement indiqué en cas d'intoxication par le phénobarbital entraînant des troubles de la conscience
E -	Il est contre-indiqué lors de l'ingestion de produits moussants, caustiques ou d'hydrocarbures
QCM 3	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Les benzodiazépines sont responsables d'un coma agité
B -	Le coma éthylique est un coma calme hypotonique
C -	Une intoxication aux opioïdes donne une mydriase bilatérale
D -	Une intoxication à la cocaïne donne un myosis serré
E -	Une intoxication au lithium peut donner des myoclonies
QCM 4	Concernant les syndromes toxiques, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le syndrome cholinergique donne bradycardie, myosis, vomissements
B -	Le syndrome sérotoninergique donne tachycardie, troubles de la conscience, hypertension, hyperréflexie
C -	Le traitement d'un syndrome nicotinique repose sur l'atropine
D -	L'effet antabuse repose sur l'accumulation d'acétaldéhyde
E -	Le flush cutané est une manifestation de l'effet antabuse
QCM 5	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La cyanose ardoisée est évocatrice de sulfhémoglobinémie
B -	L'hypothermie est un des critères de gravité du syndrome malin des neuroleptiques
C -	Le syndrome phalloïdien et l'intoxication au paracétamol sont les causes les plus fréquentes d'atteinte hépatique par intoxication
D -	L'alcool et l'aspirine chez l'enfant donnent des hypoglycémies transitoires
E -	L'intoxication à l'acide fluorhydrique donne des hypocalcémies sévères

QCM 6	Parmi les médicaments suivants, lequel (lesquels) est (sont) un (des) stabilisateur(s) de membrane ?
A - Amitriptyline B - Quinine C - Carbamazépine D - Amoxicilline E - Dexaméthasone	
QCM 7	Quelle(s) est (sont) la (les) manifestation(s) ECG liée(s) à une intoxication aux stabilisateurs de membrane ?
A - Elargissement des ondes P B - Raccourcissement du QT C - Elargissement des QRS D - Raccourcissement du PR E - Ondes T amples, pointues, symétriques	
QCM 8	Concernant la naloxone, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - Il s'agit d'un antagoniste des récepteurs μ opiacés B - Il s'agit d'un compétiteur irréversible des morphinomimétiques C - Son administration nécessite des titrations D - La durée d'action de la naloxone est longue (de l'ordre de 4 heures) E - Les manifestations d'intoxication par la buprénorphine ne sont pas réversées par la naloxone	
QCM 9	Concernant les intoxications au lithium, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - Le lithium est un métal B - Le lithium est métabolisé par le foie C - Les principaux symptômes de l'intoxication au lithium sont neurologiques D - Il n'existe pas de corrélation entre la sévérité de l'intoxication et la lithémie E - Le traitement repose sur l'antidote du lithium : le DTPA	
QCM 10	A propos de l'intoxication au CO, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - C'est la 3 ^e cause de décès par intoxication en France B - Le diagnostic se fait sur la survenue de symptômes dans un environnement donné C - Le 1 ^{er} geste à réaliser devant la découverte d'un cas intoxiqué à domicile est la mise en place de l'oxygénothérapie à haute concentration D - Le 1 ^{er} geste à réaliser devant la découverte d'un cas intoxiqué à domicile est la réalisation d'un ECG E - Un suivi neurologique de 2 semaines est nécessaire	
QCM 11	A propos de l'intoxication au paracétamol, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - La dose toxique minimale théorique pour une dose unique chez l'enfant est 100 mg/kg B - Un surdosage non pris en charge conduit à une évolution en 2 phases : une 1 ^{re} phase de 6 h avec des signes digestifs et une 2 ^e phase avec majoration des signes cliniques et apparition de troubles de coagulation C - Le charbon activé ne peut être utilisé qu'à partir de l'âge de 6 ans D - L'administration de charbon activé est systématiquement proposée en cas d'intoxication au paracétamol E - Il n'existe pas d'antidote du paracétamol	

QCM 12	Lequel (lesquels) de ces signes retrouve-t-on dans une intoxication aux antidépresseurs polycycliques ?
A -	Dysarthrie
B -	Myosis bilatéral
C -	Trépidation épileptoïde
D -	Myoclonies
E -	Ondes T amples à l'ECG
QCM 13	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) de ces intoxications est (sont) une (des) indication(s) validée(s) de l'hémodialyse ?
A -	Aspirine
B -	Paracétamol
C -	Lithium
D -	Metformine
E -	Phénobarbital
QCM 14	Parmi les associations suivantes, laquelle (lesquelles) désigne(nt) un (des) antidote(s) utilisable(s) en urgence avec leur toxique correspondant ?
A -	Naloxone pour les opiacés
B -	Atropine pour le syndrome anticholinergique
C -	Hydroxocobalamine pour les cyanures
D -	Oxygène pour le monoxyde de carbone
E -	Flumazénil pour les barbituriques
QCM 15	A propos des intoxications aux opioïdes, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'un coma hypotonique avec bradypnée et mydriase bilatérale
B -	Elles se compliquent fréquemment de pneumopathie d'inhalation
C -	Toute overdose nécessite l'administration d'oxygène
D -	Le retour des signes d'intoxication quelques minutes après la 1 ^{re} injection de naloxone signe une complication neurologique ou respiratoire
E -	La persistance d'une cyanose sous oxygène doit faire suspecter une complication respiratoire

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A B D E		<ul style="list-style-type: none">- Toutes ces associations sont correctes, à l'exception de l'antidote des benzodiazépines : il s'agit du flumazénil et non de la naloxone (qui est l'antidote des opiacés) X.
2- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none">- C'est l'administration de doses REPETEES qui est indiquée en cas d'intoxication par un médicament à libération prolongée <input checked="" type="checkbox"/>.- L'administration d'une dose UNIQUE de charbon activé est indiquée en cas d'ingestion d'un produit toxique à dose toxique avec un délai d'ingestion de moins de 2 heures <input checked="" type="checkbox"/>.- Attention, il n'a jamais été démontré que la prise de charbon activé améliorait le pronostic des intoxications médicamenteuses <input checked="" type="checkbox"/> . C'est la raison pour laquelle les contre-indications doivent être scrupuleusement respectées.- Les contre-indications <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivantes :<ul style="list-style-type: none">- Troubles de la conscience (même légers) X- Ingestion de produits caustiques- Ingestion de produits moussants- Ingestion d'hydrocarbures.
3- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none">- Les benzodiazépines sont responsables d'un coma calme hypotonique <input checked="" type="checkbox"/>- Le coma éthylique est un coma agité <input checked="" type="checkbox"/>- Une intoxication aux opioïdes donne un myosis serré <input checked="" type="checkbox"/> +++- Une intoxication à la cocaïne donne une mydriase peu réactive <input checked="" type="checkbox"/>- Les convulsions et les myoclonies sont des manifestations de l'intoxication au lithium <input checked="" type="checkbox"/>
4- Réponse : A B D E		<ul style="list-style-type: none">- Les toxicodromes sont à connaître par cœur <input checked="" type="checkbox"/>- Le traitement du syndrome nicotinique est le pralidoxime <input checked="" type="checkbox"/>.- Petit point sur l'effet antabuse <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- Les symptômes sont liés à l'accumulation d'acétaldéhyde- En raison du blocage de l'enzyme aldéhyde deshydrogénase présente dans la chaîne de dégradation de l'éthanol- Surtout par un médicament, le disulfiram (utilisé en addictologie pour les cas de dépendance à l'alcool)- Il se traduit par :<ul style="list-style-type: none">x Flush cutanéx Malaise, tachycardie, céphalées, hypotensionx Hyperventilation

5- Réponse : C D E Question difficile, mais détails pouvant faire la différence dans une QI

- La cyanose ardoisée est évocatrice de la méthémoglobinémie ☐
- C'est l'hyperthermie ☐ qui est un des critères de gravité du syndrome malin aux neuroleptiques
- Les intoxications par l'alcool et par l'aspirine chez l'enfant donnent des hypoglycémies transitoires ☐, contrairement aux intoxications par l'insuline et par les hypoglycémiants oraux qui donnent des hypoglycémies prolongées ☐.

6- Réponse : A B C

- Les stabilisateurs de membrane peuvent être retrouvés par le moyen mnémotechnique suivant : **FaBrice QUI Aime La CoCaine** ⚡
 - **F** : Flécaïne
 - **B** : Bêtabloquants : acébutolol, labétalol, propranolol
 - **QUI** : Quinine
 - **A** : Antidépresseur tricyclique
 - **I** : Lithium
 - **C** : carbamazépine
 - **COCAINE**

7- Réponse : A C

- Les signes ECG d'une intoxication aux stabilisateurs de membrane ☐ sont (par ordre croissant d'apparition) :
 - Aplatissement diffus des ondes T
 - Allongement du QT
 - Elargissement des QRS
 - Allongement du PR
 - Elargissement des ondes P

8- Réponse : A C E

- La naloxone est :
 - Un antagoniste des récepteurs μ opiacés ☐
 - Compétiteur réversible des morphinomimétiques ☐
 - Utilisé pour réverser les manifestations liées à une intoxication à la morphine
- Tout comme la morphine, l'administration de la naloxone nécessite des titrations ☐
- La durée d'action de la naloxone est courte (de l'ordre de 30 minutes), ce qui nécessite des administrations répétées en cas d'intoxication à la morphine ☐.
- La buprénorphine étant un agoniste partiel μ de forte affinité, les manifestations d'intoxication par la buprénorphine ne sont pas réversées par la naloxone ☐.

9- Réponse : A C D

- Le lithium est :
 - Un métal
 - Non métabolisé
 - Eliminé quasi-exclusivement par le rein, parallèlement au sodium
- Les principaux symptômes de l'intoxication au lithium sont neurologiques : myoclonies, confusion, somnolence, dysarthrie, tremblements, hypertension pyramidale, encéphalopathie, convulsions.
- Il n'existe pas de corrélation entre la sévérité de l'intoxication et la lithémie.
- Le lithium n'a pas d'antidote : le traitement de l'intoxication repose sur :
 - La décontamination digestive, qui fait appel au lavage gastrique
 - Le traitement symptomatique
 - La diurèse saline, qui favorise l'élimination rénale du lithium
- A titre indicatif, Le DTPA est l'antidote du plutonium et du cobalt.

10- Réponse : B

- L'intoxication au CO est la 1^{re} cause de décès par intoxication en France .
- Le diagnostic se fait sur la survenue de symptômes dans un environnement donné (à proximité d'un chauffage, cuisine, garage, salle de bains...).
- Le 1^{er} geste à réaliser devant la découverte d'un cas intoxiqué à domicile est l'aération des pièces et si possible l'évitement de l'atmosphère toxique (cette question a déjà été posée à l'ECN et l'absence d'ouverture des fenêtres au début de la prise en charge valait un « mis zéro »...). Toujours penser à se protéger soi-même avant d'agir !
- Un suivi neurologique d'au moins 1 mois est nécessaire, pour dépister la présence d'un syndrome post-intervallaire (troubles de l'humeur et/ou du comportement, convulsions, céphalées chroniques...) pouvant survenir jusqu'à 40 jours après l'intoxication.

11- Réponse : A B C

- La dose toxique minimale théorique pour une dose unique chez l'enfant est 100 mg/kg .
- Un surdosage non pris en charge conduit à une évolution en 2 phases : une 1^{re} phase de 6h avec des signes digestifs et une 2^e phase avec majoration des signes cliniques et apparition de troubles de coagulation.
- Le charbon activé ne peut être utilisé qu'à partir de l'âge de 6 ans .
- L'administration de charbon activé est proposée jusqu'à 3 heures après la prise du médicament : elle est inutile au-delà de ce délai en raison d'une absorption très rapide du paracétamol .
- L'antidote du paracétamol est la N-acétylcystéine, précurseur du glutathion .

12- Réponse : A C D

- L'intoxication aux antidépresseurs polycycliques entraîne :
 - Une encéphalopathie anticholinergique
 - Un effet stabilisateur de membrane.
- Appartiennent à l'encéphalopathie anticholinergique :
 - **Dysarthrie**
 - **Mydriase bilatérale** (et non myosis)
 - **Hypertonie pyramidale** : trépidation épileptoïde, hyperréflexivité ostéotendineuse, réflexes cutanés plantaires en extension...
 - **Myoclonies**...
- L'effet stabilisateur de membrane donne des **ondes T plates et non amples** X.

13- Réponse : A C D

- Les indications validées de l'hémodialyse sont les intoxications graves à :
 - Aspirine
 - Metformine
 - Méthanol
 - Ethylène glycol
 - Lithium.

14- Réponse : A C D

- Les antidotes utilisables en urgence sont peu nombreux et sont à connaître :
 - Pour les intoxications aux **hypoglycémiants** : SOLUTES GLUCOSSES
 - Pour les intoxications aux **opiacés** : NALOXONE
 - Pour les intoxications au **CO** : OXYGENE
 - Pour le **syndrome cholinergique** : ATROPINE
 - Pour les intoxications aux **benzodiazépines** : FLUMAZENIL.
 - Pour les intoxications aux **cyanures** : HYDROXOCOBALAMINE.

15- Réponse : B C E

- L'intoxication aux opioïdes se manifeste par un coma **hypotonique** avec **bradypnée** et **MYOSIS serré** en « tête d'épingle » X.
- L'intoxication aux opioïde se complique fréquemment de **pneumopathie d'inhalation** . Il faudra penser à une complication respiratoire en cas :
 - De **polypnée**
 - De **persistance d'une cyanose sous oxygène**
- Toute overdose nécessite l'**administration d'oxygène** : les opioïdes entraînent une dépression respiratoire (baisse de la fréquence respiratoire) diminuant le contenu artériel en oxygène et entraînant une hypoxie tissulaire.
- La naloxone a une **demi-vie courte (30 minutes)**, contrairement aux morphinomimétiques qui ont une **demi-vie plus longue** (4 heures pour la morphine) : une **réintoxication avec apnée secondaire** est possible après une première injection de naloxone (ce qui n'est pas synonyme de complication) X.



I'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 4

QCM 1	A propos de l'anaphylaxie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Anaphylaxie est synonyme d'allergie
B -	L'allergie est liée à la production d'IgE spécifiques produits par les lymphocytes T
C -	Il existe des réactions anaphylactiques non allergiques
D -	Les curares sont responsables de réactions anaphylactiques de plusieurs mécanismes
E -	L'alcool peut favoriser ou amplifier une réaction anaphylactique
QCM 2	Quels sont les 3 agents identifiés le plus responsable de réactions anaphylactiques ?
A -	Aliments
B -	Latex
C -	Effort
D -	Venins d'hyménoptères
E -	Médicaments
QCM 3	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) celle(s) qui correspond(ent) à un (des) facteur(s) de risque prédisposant à des réactions anaphylactiques sévères ?
A -	Alcoolisme chronique
B -	Pneumopathie infectieuse
C -	Prise de β2-mimétiques
D -	Angor chronique stable
E -	Asthme suivi traité par corticostéroïdes inhalés
QCM 4	A propos du délai d'apparition des manifestations cliniques d'anaphylaxie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La vitesse d'apparition des symptômes est souvent associée à une plus grande sévérité de la crise
B -	Le décès par anaphylaxie survient souvent quelques heures après le contact avec l'élément déclenchant
C -	Lorsque la réaction anaphylactique est totalement contrôlée au bout d'une heure, le patient peut être autorisé à sortir d'hospitalisation
D -	Le choc anaphylactique après injection IV de médicament survient généralement dans les 5 minutes
E -	Le choc anaphylactique après piqûre d'insecte survient généralement dans les 15 minutes
QCM 5	Concernant l'œdème de Quincke, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	C'est la traduction de la vasodilatation des vaisseaux superficiels du derme
B -	Il touche surtout la région laryngée et du cou
C -	Il s'accompagne de dysphonie
D -	Il s'accompagne de dysphagie
E -	Il s'accompagne habituellement d'un œdème du visage très prurigineux et érythémateux

QCM 6	Concernant la classification des réactions anaphylactiques selon Ring et Messmer, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'arrêt cardiaque correspond au grade V
B -	Le bronchospasme est considéré comme une atteinte multiviscérale modérée
C -	L'urticaire isolée correspond au grade I
D -	L'œdème de Quincke isolé correspond au grade II
E -	Une toux avec tachycardie inhabituelle rentre dans le grade II
QCM 7	Quel est (sont) le(s) dosage(s) et/ou examen(s) à réaliser en urgence en cas de choc anaphylactique ?
A -	Intradermo-réaction
B -	IgE spécifiques
C -	Tryptase sérique
D -	Prick-tests
E -	Histamine sérique
QCM 8	Concernant les mesures générales à réaliser devant un choc anaphylactique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il faut mettre le patient en position assise
B -	Il faut mettre le patient en position latérale de sécurité quel que soit son état de conscience
C -	Il faut le mettre en position latérale de sécurité uniquement s'il est inconscient
D -	Une vidange gastrique doit être tentée devant une suspicion de choc sur allergie alimentaire
E -	Une femme enceinte doit être positionnée de manière allongée, les jambes surélevées
QCM 9	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) accessible(s) à l'immunothérapie spécifique en traitement préventif ?
A -	Allergie grave au latex
B -	Allergie grave aux venins d'hyménoptères
C -	Allergie grave à l'aspirine
D -	Allergie grave aux arachides
E -	Allergie grave aux pénicillines
QCM 10	Concernant le bronchospasme, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il se traduit par une dyspnée inspiratoire
B -	Il se traduit par une dyspnée expiratoire
C -	Il se manifeste par des sibilants à l'auscultation
D -	Il se manifeste par des crépitants à l'auscultation
E -	Il s'agit d'une contraction spasmodique des muscles striés de la paroi des bronches
QCM 11	En cas de choc anaphylactique en milieu chirurgical chez un sujet allergique au kiwi, quel allergène principal doit-on suspecter ?
A -	Antibiotiques
B -	Latex
C -	Morphine
D -	Curares
E -	Succinylcholine

QCM 12	A propos de l'administration de l'adrénaline en urgence, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle est indiquée dès le grade 1 de la classification de Ring et Messmer
B -	La voie d'administration est sous-cutanée
C -	La voie d'administration est intramusculaire
D -	Par ses effets sur les récepteurs α , elle permet de stimuler la contraction myocardique
E -	Par ses effets sur les récepteurs β , elle permet de réduire l'œdème
QCM 13	A propos du choc anaphylactique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'un choc obstructif
B -	Il s'agit d'un choc distributif
C -	Il se déroule en 2 phases : une phase hypokinétique, puis une phase hyperkinétique
D -	La tachycardie apparaît précocément
E -	La chute du débit cardiaque apparaît précocément
QCM 14	Parmi les allergènes suivants, lequel (lesquels) est (sont) un (des) haptène(s) ?
A -	Antibiotiques
B -	Arachides
C -	AINS
D -	Venins de serpents
E -	Vitamine B1
QCM 15	Concernant les principaux médiateurs de l'anaphylaxie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Les leucotriènes favorisent le bronchospasme
B -	Les prostaglandines favorisent l'œdème
C -	La sécrétion d'histamine entraîne une diminution du péristaltisme intestinal
D -	Les prostaglandines sont bronchodilatrices
E -	L'histamine et la thromboxane A2 provoquent une vasoconstriction coronaire

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : C D E	<ul style="list-style-type: none">- L'allergie est liée à la production d'IgE spécifiques produits par les lymphocytes B (qui se transforment en plasmocytes) <input checked="" type="checkbox"/>.- Il existe ainsi des réactions anaphylactiques <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- allergiques ou IgE médiées- non allergiques liée à une activation des mastocytes/basophiles non IgE-dépendante.- Certains médicaments peuvent être impliqués dans ces 2 types de réactions anaphylactiques : les curares, la vancomycine, opioïdes <input checked="" type="checkbox"/>.- Divers facteurs peuvent favoriser ou amplifier une réaction anaphylactique, telles des catalyseurs : alcool, fièvre, AINS, stress, infections aiguës, effort <input checked="" type="checkbox"/>.
2- Réponse : A D E	<ul style="list-style-type: none">- Le trio de tête des agents identifiés responsables de réactions anaphylactiques <input checked="" type="checkbox"/> est le suivant :<ul style="list-style-type: none">- Aliments- Médicaments- Venins d'hyménoptères
3- Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none">- Les facteurs prédisposant à des réactions sévères <input type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- Maladies cardiovasculaires : angor chronique stable...- Alcoolisme chronique- Infection : pneumopathie infectieuse...- Prise de β-bloquant (pas de β2-mimétique !)- Asthme non contrôlé (l'asthme bien suivi n'est pas un facteur de risque de réaction sévère)
4- Réponse : A B D E	<ul style="list-style-type: none">- Plus la réaction survient vite, plus le risque qu'elle soit sévère est important <input checked="" type="checkbox"/>.- Le décès par anaphylaxie survient souvent très rapidement (en quelques minutes voire secondes) après le contact avec l'élément déclenchant <input checked="" type="checkbox"/>.- La réaction anaphylactique peut être biphasique : bien que la crise initiale soit parfaitement contrôlée, il peut apparaître une 2^{nde} crise plus de 4 heures après la crise initiale. Une surveillance prolongée hospitalière est donc justifiée <input type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- S'il n'y a pas eu de chute tensionnelle : 8 heures- S'il y a eu un choc anaphylactique : 24 heures- Le choc anaphylactique (voire l'arrêt cardiaque) après injection IV de médicament survient généralement dans les 5 minutes <input checked="" type="checkbox"/>.- Le choc anaphylactique après piqûre d'insecte survient généralement dans les 15 minutes <input checked="" type="checkbox"/>.

5- Réponse : B C D

- L'œdème de Quincke est lié à la **vasodilatation des vaisseaux profonds du derme** (alors que l'urticaire est liée à la vasodilatation des vaisseaux superficiels du derme).
- Il touche surtout la **région laryngée et du cou**, et peut s'accompagner de **dysphonie** et de **dysphagie**.
- Cet œdème n'est pas **érythémateux** et peu (voire pas) **prurigineux**.

6- Réponse : C E

- Cette classification est à connaître par cœur pour l'iECN.
- L'arrêt cardiaque correspond au **grade IV**, c'est le décès par échec de la RCP qui correspond au **grade V**.
- Le **bronchospasme** est considéré comme une atteinte multiviscérale **sévère** (Ring et Messmer grade III).
- L'urticaire isolée et l'œdème de Quincke isolé sont des manifestations cutanéo-muqueuses correspondant au **grade I**.
- Une **toux avec tachycardie inhabituelle** rentre dans le cadre des atteintes multiviscérales **modérées** (grade II).

7- Réponse : C E

- Les 2 examens à réaliser en urgence sont :
 - La **tryptase sérique** : très spécifique du mastocyte, son augmentation confirme la nature anaphylactique d'un choc
 - L'**histamine sérique** : mais son dosage est délicat car sa $\frac{1}{2}$ vie est brève (15 minutes)
- Les autres examens proposés peuvent servir au **diagnostic étiologique**, qui sera réalisé à distance de l'épisode anaphylactique.

8- Réponse : C

- Devant tout choc, il faut tenter de remonter la pression artérielle, et ce principalement au niveau des organes nobles (cerveau, cœur). Une manière simple permet de limiter au début d'un choc la baisse trop importante de la pression artérielle au niveau de ces organes : la **position couchée les jambes surélevées**, qui permet d'accentuer le retour veineux. Pour la même raison, il ne faut **JAMAIS verticaliser** quelqu'un en état de choc, sous peine de risque de désamorçage de la pompe cardiaque.
- Deux exceptions existent :
 - **Le patient inconscient**, qui doit être mis en **position latérale de sécurité** pour éviter l'obstruction des voies aériennes supérieures et l'asphyxie
 - **La femme enceinte**, qui doit être positionnée en **décubitus latéral gauche**.
- La vidange gastrique **X** ne doit en aucun cas être tentée : il y a un **risque d'inhalation** pouvant être fatal.

9- Réponse : B C E

- L'immunothérapie spécifique (ou « désensibilisation ») peut être proposée dans 2 situations :
 - Allergie grave aux **venins d'hyménoptères** : thérapie efficace et bien tolérée
 - Allergie grave à **certaines classes de médicaments incontournables et indispensables** : aspirine, pénicillines (si absence d'alternative possible pour la pathologie traitée)...
- La principale mesure préventive des allergies graves au latex ou aux arachides est l'**évitement du facteur déclenchant**.

10- Réponse : B C

- Le bronchospasme est une contraction spasmodique des **muscles lisses** de la paroi des bronches .
- La réduction du calibre bronchique est responsable :
 - d'une **dyspnée expiratoire**
 - avec présence de **sibilants**.
- La dyspnée inspiratoire est retrouvée en cas d'**obstruction laryngée** .
- Les crépitants sont plutôt retrouvés :
 - En cas de **présence de liquide dans les alvéoles** : pneumopathie infectieuse, OAP
 - En cas de **fibrose pulmonaire**.

11- Réponse : B

- Devant un antécédent d'allergie à un fruit (surtout kiwi, pêche, banane, melon), il faut suspecter une **allergie croisée au latex** .

12- Réponse : C

- L'adrénaline est indiquée à partir du **grade 2** de la classification de Ring et Messmer .
- La voie d'administration est **intramusculaire** : elle est facile à apprendre et a un très bon rapport bénéfice-risque .
- L'adrénaline a des effets :
 - Sur les récepteurs α : elle permet de diminuer la vasodilatation et de **réduire l'œdème**
 - Sur les récepteurs β : elle a un **effet bronchodilatateur**, elle **stimule la contraction myocardique** et **inhibe le relargage de l'histamine et des leucotriènes**.

13- Réponse : B D

- Le choc anaphylactique est un choc distributif : il est lié à une **diminution de l'extraction tissulaire en oxygène** et à une **altération de la redistribution des débits régionaux**.
- Il s'oppose au choc obstructif qui est la conséquence d'un obstacle à l'éjection ou au remplissage du cœur.
- Il se déroule en 2 phases :
 - D'abord une phase hyperkinétique, précoce (dure quelques minutes) : **tachycardie**, ↗ **résistances vasculaires périphériques** (entrant une **hypotension**), **hausse du débit cardiaque**
 - Puis une phase hypokinétique : **hypovolémie** par **fuite capillaire** => **chute des pressions de remplissage** => **chute du débit cardiaque**.

14- Réponse : A C E

- Un haptène est un élément constitutif d'un antigène ne pouvant entraîner la formation d'anticorps que lorsqu'il est associé à une autre molécule (protidique ou glucidique) .
- Les haptènes parmi les réponses proposées sont :
 - Les antibiotiques
 - Les AINS
 - La vitamine B1.
- Les venins de serpents et les arachides sont des **allergènes protidiques** .

15- Réponse : A B E

- Cette question peut paraître rébarbative, mais connaître l'action des principaux médiateurs de l'anaphylaxie permet de déduire la majorité des symptômes possibles lors d'une réaction anaphylactique .
- Les leucotriènes sont bronchoconstrictrices : elles favorisent le **bronchospasme** .
- Les prostaglandines sont vasodilatatrices : elles favorisent l'**œdème** .
- La sécrétion d'histamine entraîne une **augmentation du péristaltisme intestinal**, pouvant provoquer une diarrhée .
- Les prostaglandines sont **bronchoconstrictrices** : elles favorisent le bronchospasme .
- L'histamine et la thromboxane A2 provoquent une **vasoconstriction coronaire** : elles peuvent favoriser la survenue d'un SCA chez un sujet coronarien .



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 5

QCM 1	Parmi les étiologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de sus-décalage du segment ST à l'ECG ?
A -	Péricardite aiguë
B -	Hypokaliémie
C -	Syndrome de Tako-Tsubo
D -	Angor de Prinzmetal
E -	Myocardite aiguë
QCM 2	Parmi les lésions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) mécanique(s) d'un SCA ST+ ?
A -	Insuffisance aortique
B -	Communication interventriculaire
C -	Insuffisance mitrale
D -	Dissection aortique
E -	Communication interatriale
QCM 3	A propos des SCA, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La troponinémie n'est jamais augmentée dans les SCA ST-
B -	Infarctus du myocarde est synonyme de SCA ST+
C -	Un SCA avec troponinémie normale est compatible avec le diagnostic d'infarctus du myocarde
D -	Un SCA ST- est compatible avec le diagnostic d'infarctus du myocarde avec onde Q
E -	La troponinémie est toujours augmentée dans un infarctus du myocarde
QCM 4	Quelle(s) est (sont) la (les) contre-indication(s) à l'épreuve d'effort ?
A -	Extrasystole ventriculaire polymorphe
B -	Angor stable
C -	Insuffisance cardiaque congestive
D -	Fibrillation auriculaire rapide
E -	Insuffisance aortique

Vous recevez M. E. en phase aiguë d'un syndrome coronarien aigu. Vous réalisez une coronarographie en urgence :



QCM 5

En admettant que l'artère coronaire droite soit dominante, quel(s) est (sont) la (les) manifestation(s) ECG pouvant expliquer la lésion observée ?

- A - Onde T négative en V5-V6
- B - Sus-décalage du segment ST en DII, DIII, aVF
- C - Sous-décalage du segment ST de V1 à V4
- D - Sous-décalage du segment ST en I et aVL
- E - Onde T négative de V1 à V3

QCM 6

Parmi les patients suivants avec un SCA ST-, lequel (lesquels) a (ont) une indication de coronarographie dans les 72 heures ?

- A - Angor réfractaire
- B - Antécédent de pontage
- C - Score GRACE = 105
- D - Diabète
- E - Tachycardie ventriculaire

QCM 7

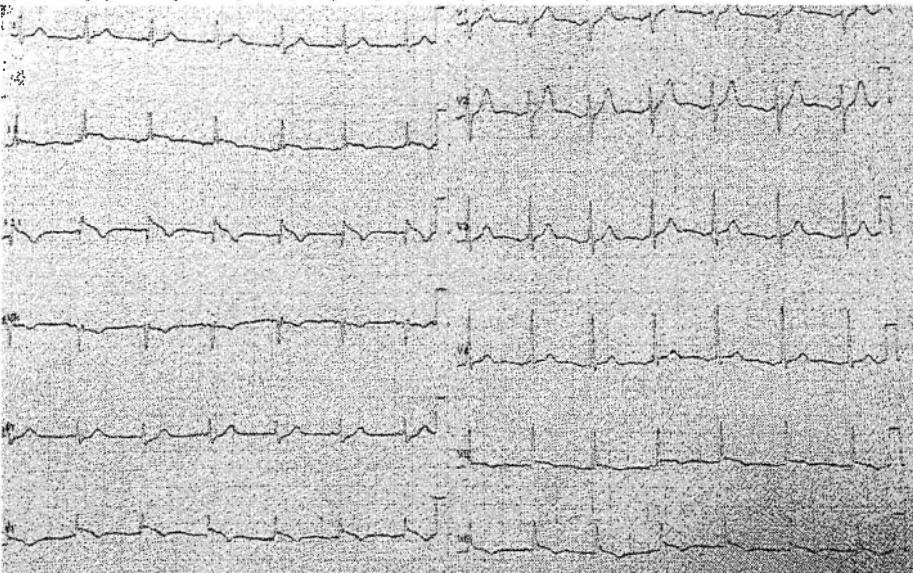
Parmi les patients suivants avec un SCA ST-, lequel (lesquels) a (ont) une indication de coronarographie dans les 2 heures ?

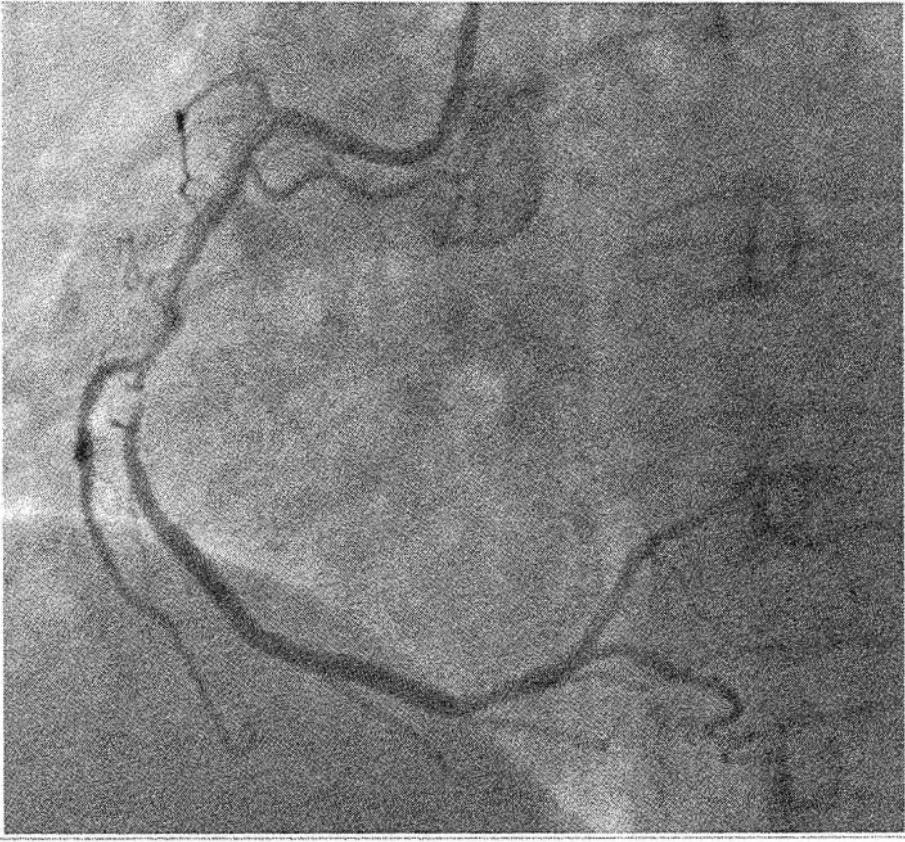
- A - Elevation significative de la troponine
- B - OAP cardiogénique
- C - FEVG = 25 %
- D - Récidive angineuse documentée sous traitement médical optimal
- E - GRACE = 150

QCM 8

Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) du traitement d'un patient SCA ST- à « haut risque » ?

- A - Aspirine 325 mg IVD puis 160 mg/j PO au long cours
- B - Enoxaparine 4000 UI/jour
- C - Ticagrélor 180 mg PO puis 90 mg deux fois/jour
- D - HNF 60-70 UI/kg IVD puis 12-15 UI/kg/h avec un objectif de TCA à 1,5-2,5 x la normale
- E - Oméprazole

QCM 9	Lequel (lesquels) de ces signes suivants sont généralement absents dans les infarctus du myocarde ?
A - Douleur des mâchoires B - Vomissements C - Eruptiones D - Céphalées E - Sueurs	
QCM 10	Concernant cet ECG chez un sujet se plaignant de douleur thoracique aiguë, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s)? 
A - Il s'agit d'un SCA ST- B - Il s'agit d'un infarctus du myocarde en territoire antérieur C - Il s'agit d'un infarctus du myocarde en territoire inférieur D - On note un sus-décalage du segment ST en dérivation latéral haut E - Un BAV d'origine vagale peut compliquer ce tableau	
QCM 11	Concernant l'ECG du SCA ST+, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - Le sus-décalage est concave vers le haut et siège en regard du territoire ischémique B - Il est ≥ 1 mm en dérivation frontale C - Il est ≥ 2 mm en dérivation précordiale D - Le sus-décalage doit être retrouvé dans au moins 3 dérivation contigües E - L'apparition du sus-décalage est précédée d'une amplification de l'onde T	
QCM 12	A propos des complications mécaniques du SCA ST+, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - L'apparition d'un souffle diastolique irradiant en rayons de roue doit faire évoquer une rupture septale B - Un infarctus inférieur peut être responsable d'un souffle systolique au foyer aortique C - Un infarctus inférieur peut être responsable d'un souffle systolique à l'apex D - Une hypotension artérielle brutale et prolongée peut correspondre à une rupture subaiguë de la paroi libre du VG E - La communication interventriculaire survient le plus souvent dans les 24 premières heures d'évolution	

QCM 13	<p>A propos des complications hémodynamiques du SCA ST+, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p> <p>A - L'infarctus du VD se complique fréquemment de fibrillation atriale B - Un patient stade 3 de la classification de Killip a des râles crépitants ne dépassant pas la moitié des champs pulmonaires C - Un patient ayant un OAP cardiomédiastinique est classé stade 4 de la classification de Killip D - L'artère la plus souvent occluse en cas de choc cardiomédiastinique est la coronaire droite E - Les vasodilatateurs sont contre-indiqués dans l'infarctus du VD</p>
QCM 14	<p>Vous réalisez une coronarographie chez Mme M. devant l'apparition d'une douleur thoracique rétrosternale constrictive. Concernant le cliché ci-dessous, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p> 
QCM 15	<p>Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) fait (font) partie du syndrome de reperfusion ?</p> <p>A - Négativation des ondes T B - Apparition d'une onde U C - Apparition d'un fibrillaire vers la 6^e heure D - Apparition d'un bloc de banche gauche dans les 3 heures E - Régression rapide de la douleur angineuse</p>

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<p>■ Connaissances, □ Déduction, ■ Arg Fréquence, ⚡ Formulation, X Eliminer les incorrectes, ☐ 1^{re} idée</p>
1- Réponse : A C D E	<ul style="list-style-type: none">- Question intéressante pour évoquer des diagnostics différentiels du SCA devant une douleur thoracique atypique avec sus-décalage du ST. Attention, le diagnostic de SCA est porté d'emblée devant l'association douleur thoracique typique + manifestations ECG typiques ■.- La péricardite aiguë donne un sus-décalage du ST diffus, concave vers le haut (manifestation ECG précoce) ■.- L'hyperkaliémie ■ peut donner un sus-décalage du ST associé à d'autres manifestations (ondes T géantes, QRS en lames de sabre...). L'hypokaliémie X ne donne pas de sus-décalage du segment ST.- Le syndrome de Tako-Tsubo ■ (ou cardiomyopathie de stress) est une sidération du myocarde liée à une décharge cathécolaminergique (pouvant survenir lors d'un stress physique ou psychique, telle une émotion ou une surprise).<ul style="list-style-type: none">- Il se manifeste cliniquement par une douleur thoracique- Les modifications ECG sont les suivantes :<ul style="list-style-type: none">✗ Sus-décalage du segment ST✗ Ondes T négatives profondes et symétriques✗ ± ondes Q transitoires en antéroseptal- L'angor de Prinzmetal (ou angor vasospastique) ■ est lié à un spasme d'une ou plusieurs artères coronaires, et se manifeste par des QRS en aspect de « pierre tombale » ■, et d'un sus-décalage transitoire du ST.- La myocardite aiguë ■ peut imiter un SCA avec le tableau suivant :<ul style="list-style-type: none">- Douleur thoracique- Sus-décalage du ST- Augmentation de la troponine- Absence de sténose coronaire critique□.
2- Réponse : B C	<ul style="list-style-type: none">- La CIV (ou rupture septale) est une complication courante des SCA ST+ (1 à 2 %) ■. Elle est surtout liée à une lésion d'artères septales □ ou de l'IVA proximale □.- L'insuffisance mitrale (IM) ☐ est une des complications mécaniques les plus classiques du SCA ST+. Elle peut être liée :<ul style="list-style-type: none">- A un SCA le plus souvent en territoire inférieur (territoire de l'artère interventriculaire postérieure) => de la dysfonction à la rupture totale de pilier postérieur □- A un SCA entraînant une dilatation du VG => dilatation de l'anneau mitral se traduisant par une IM tardive □- L'insuffisance aortique X, la CIA X et la dissection aortique X ne sont pas des complications de l'infarctus du myocarde.

3- Réponse : E

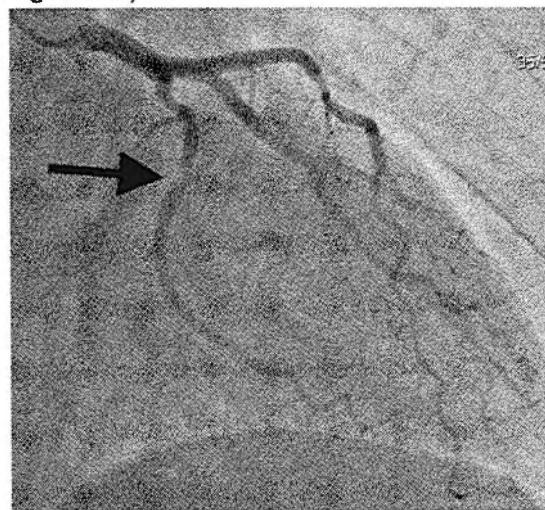
- Les dénominations SCA ST- et SCA ST+ correspondent à des catégories de manifestations ECG, incluant chacune plusieurs entités.
- L'élévation de la troponinémie est synonyme de nécrose myocardique donc d'infarctus du myocarde.
- Un infarctus du myocarde peut survenir de 2 manières :
 - Par **migration d'emboles capillaires en distalité** de l'artère touchée, par fragmentation d'un thrombus localisé dans un gros tronc = REACTION A DISTANCE
 - => il s'agit d'un infarctus non transmural, sans onde Q, sans élévation du ST (SCA ST-) avec nécrose limitée. Elle est le plus souvent infraclinique et n'altère pas de façon significative la FEVG
 - Par **occlusion coronaire aiguë** (rupture ou fissuration ou ulcération d'une plaque athéromateuse recouvert d'un thrombus plaquettaire non occlusif puis fibrino-cruorique occlusif) = REACTION LOCALE
 - => il s'agit d'un infarctus transmural, avec onde Q, avec élévation du segment ST (SCA ST+) avec nécrose étendue. On retrouve les complications liées à la nécrose à ce stade.

4- Réponse : A C D

- Les principales contre-indications à l'épreuve d'effort sont les suivantes :
 - **Angor instable, IDM < 5 jours**
 - **FA rapide**
 - **Troubles du rythme ventriculaire graves** (y compris ESV polymorphes)
 - **HTA non contrôlée au repos (> 220/120 mmHg)**
 - **Insuffisance cardiaque congestive**
 - **Obstacle à l'éjection cardiaque** (cardiomyopathie obstructive, RAC serré...)

5- Réponse : A D

- Ce cliché montre une **sténose de l'artère circonflexe**. De l'artère circonflexe partent quelques branches marginales, ce qui la différencie de l'IVA, avec de nombreuses artères efférentes (septales et diagonales).



- La correspondance entre les territoires artériels et ECG sont à connaître par cœur :
 - **IVA** : V1 à V6 + latéral haut (DI, aVL)
 - **Circonflexe** : latéral (DI, aVL, V5, V6), basal (V7, V8, V9) et inférieur lorsqu'elle est dominante (DII, DIII, aVF)
 - **Coronaire droite** : V3R, V4R, inférieur (DII, DIII, aVF).

6- Réponse : B D

- Les SCA ST- avec indication de coronarographie inférieure à 72 h sont les suivants :
 - GRACE compris entre 110 et 139
 - Diabète
 - Insuffisance rénale
 - FEVG < 40 % à l'ETT
 - Angor post-infarctus récent < 1 mois
 - Angioplastie coronaire récente < 6 mois
 - Antécédent de pontage
- Cette hiérarchisation est importante à connaître pour pouvoir guider la prise en charge du SCA ST-.

7- Réponse : B D

- L'indication de la coronarographie à 2 heures pour les SCA ST- constitue un groupe « à très haut risque » nécessitant une prise en charge proche de celle du STEMI (Infarctus ST+).
- Elle concerne les SCA ST- avec :
 - Angor réfractaire
 - Récidive angineuse documentée sous traitement médical optimal
 - Insuffisance cardiaque gauche = OAP ou état de choc
 - Trouble du rythme ventriculaire dangereux = TV ou FV

8- Réponse : C D E

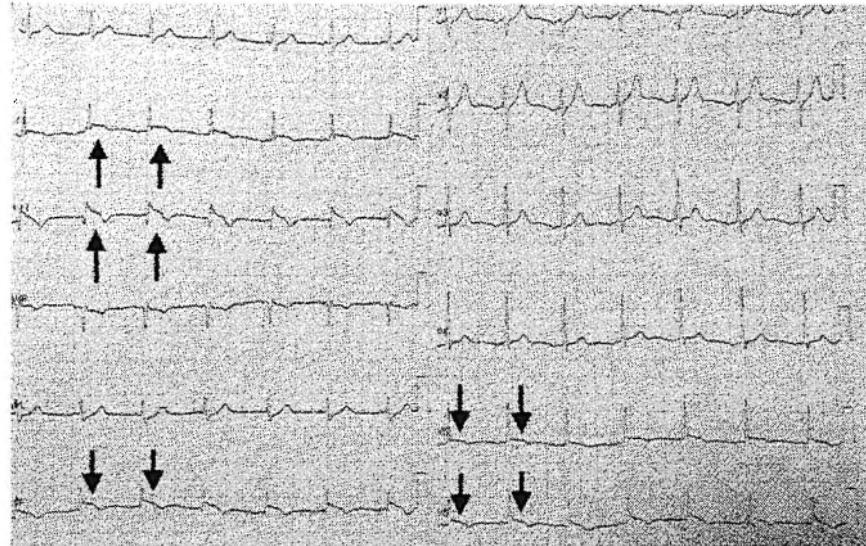
- Quelle que soit la gravité du SCA ST-, le traitement commun à tous les patients est le suivant :
 - Double antiagrégation plaquettaire
 - Anticoagulant
 - Anti-ischémique (β -bloquant)
 - Inhibiteur de la pompe à protons
- Les doses des anticoagulants et antiagrégants sont à connaître pour l'ECN :
 - Aspirine 325 mg IVD puis 75 mg/j PO au long cours
 - Ticagrélor 180 mg PO puis 90 mg deux fois/jour
 - Enoxaparine 100 UI/kg deux fois/jour SC
 - HNF 60-70 UI/kg IVD puis 12-15 UI/kg/h avec un objectif de TCA à 1,5-2,5 x la normale
- Les médicaments à privilégier chez les patients à haut risque sont les suivants :
 - Inhibiteurs de P2Y12 : ticagrélor ou prasugrel (pas de clopidogrel)
 - Anticoagulants : Enoxaparine ou héparine (pas de fondaparinux)

9- Réponse : D

- Question peu tombable à l'ECN telle quelle, mais il est important de revenir à la sémiologie pour ne pas choisir un diagnostic différentiel à tort.
- Les symptômes de l>IDM sont les suivants :
 - Douleur précordiale irradiant dans les avant-bras, mâchoires, poignets, dos, épaules
 - Signes neurovégétatifs d'accompagnement : sueurs, éructations, nausées, vomissements.
- Les céphalées n'ont pas de lien avec l'infarctus du myocarde.

10- Réponse : C E

- On peut voir un sus-décalage du segment ST convexe vers le haut (onde de Pardee) en territoire inférieur (DII, DIII, aVF), et latéral bas (V5, V6)



- Douleur typique + sus-ST systématisé = SCA ST+ (infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST). Il s'agit donc d'un infarctus ST+ en territoire inférieur (et latéral bas).
- Il n'y a pas de sus-décalage en latéral haut (DI, aVL) .
- Une des complications principales de l'IDM inférieur est le BAV d'origine vagale, régressif sous atropine . Il ne doit pas être confondu avec le BAV ischémique irréversible lié à la nécrose myocardique, qui complique l'IDM antérieur et qui est de pronostic très défavorable.

11- Réponse : B C E

- Le sus-décalage est CONVEXE vers le haut et siège en regard du territoire ischémique.
- Il est ≥ 1 mm en dérivations frontales et ≥ 2 mm en dérivations précordiales .
- Le sus-décalage doit être retrouvé dans au moins 2 dérivations contigües .
- L'apparition du sus-décalage est précédée d'une amplification de l'onde T : il s'agit du stade hyperprécoce, c'est la raison pour laquelle ce signe est exceptionnellement vu.

12- Réponse : C D

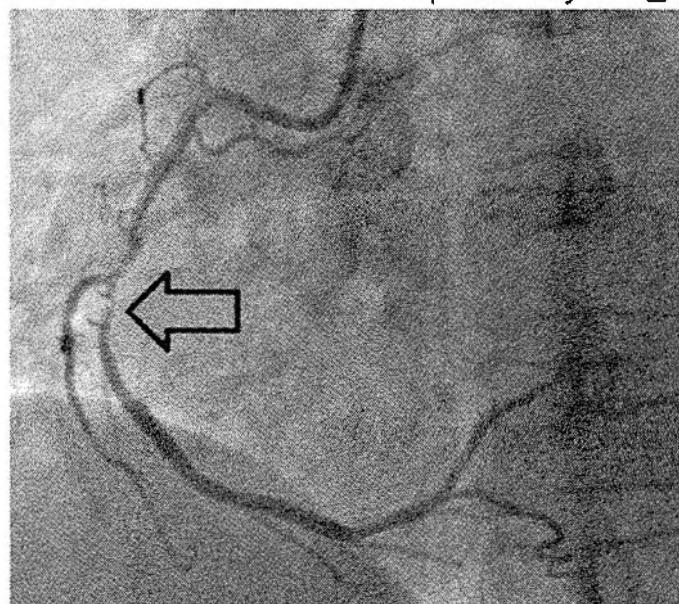
- C'est l'apparition d'un souffle systolique irradiant en rayons de roue qui doit faire évoquer une rupture septale : il est caractéristique de la communication interventriculaire .
- Un infarctus inférieur peut être responsable d'une insuffisance mitrale par dysfonction d'un pilier mitral : il y a dans ce cas apparition d'un souffle systolique à l'apex .
- Une hypotension artérielle brutale et prolongée peut correspondre à une rupture subaiguë de la paroi libre du VG . Elle peut également se traduire par une récidive douloureuse avec élévation du segment ST. Elle nécessite une intervention chirurgicale en urgence immédiate.
- La communication interventriculaire survient le plus souvent après 24 à 48 h d'évolution .

13- Réponse : A E

- L'infarctus du VD est une complication survenant suite à un IDM inférieur.
- L'infarctus du VD se complique fréquemment de **fibrillation atriale**, mal tolérée sur le plan hémodynamique.
- La classification de Killip classe les IDM en fonction de la sévérité de l'insuffisance ventriculaire gauche :
 - **Stade 1 = IDM non compliqué** : pas de râles crépitants
 - **Stade 2** = râles crépitants ne dépassant pas la $\frac{1}{2}$ des champs pulmonaires
 - **Stade 3** = râles crépitants dépassant la $\frac{1}{2}$ des champs pulmonaires (= OAP cardiogénique), ou galop auscultatoire
 - **Stade 4 = choc cardiogénique.**
- L'artère la plus souvent occluse en cas de choc cardiogénique est l'**artère interventriculaire antérieure**.
- Les vasodilatateurs sont **contre-indiqués** dans l'infarctus du VD : risque d'aggravation de l'hypotension artérielle.

14- Réponse : B E

- Ce cliché de coronarographie montre l'**artère coronaire droite**, reconnaissable par sa forme de lettre C.
- Il existe une **sténose de la coronaire droite** dans sa portion moyenne.



- La sténose de l'artère coronaire droite peut donner :
 - Une **ischémie inférieure** : troubles de la repolarisation en DII, DIII, aVF
 - Une **ischémie du VD** : troubles de la repolarisation en V3R, V4R ± V1
- Les troubles de la repolarisation en DI et aVL témoignent d'une **ischémie latérale haute** concernant l'IVA, la 1^{re} diagonale ou la **circonflexe**.

15- Réponse : A C E

- Le syndrome de reperfusion après un SCA ST+ associe les éléments suivants :
 - **Régression rapide de la douleur angineuse**
 - **Régression du sus-décalage du segment ST**
 - **Négativation des ondes T** qui peuvent de nouveau se positiver par la suite
 - \pm apparition d'une onde Q
 - **Fébricule ($\approx 38^\circ\text{C}$) vers la 6^e heure persistant pendant 1 à 2 jours.**



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser.

Questions isolées QCM N° 6

QCM 1	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) appartient(nent) au syndrome de Wallenberg lié à une ischémie de la partie droite de la moelle allongée ?
A -	Syndrome de Claude Bernard-Horner gauche
B -	Hémi-syndrome cérébelleux gauche
C -	Atteinte du nerf IX gauche
D -	Atteinte du nerf VII droit
E -	Atteinte du nerf V droit
QCM 2	Quelles sont les 2 complications les plus graves d'un infarctus cérébelleux ?
A -	Hydrocéphalie aiguë
B -	Douleurs neuropathiques chroniques
C -	Syndrome parkinsonien vasculaire
D -	Démence vasculaire
E -	Compression du tronc cérébral
QCM 3	Parmi les réponses suivantes, laquelle (lesquelles) rentrent dans la définition de « l'état lacunaire » ?
A -	Marche fauchante
B -	Troubles sphinctériens
C -	Voix nasonnée
D -	Détérioration des fonctions cognitives
E -	Troubles de la déglutition
QCM 4	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Une lacune de la capsule interne donne une hémianesthésie pure
B -	Une lacune de la substance blanche hémisphérique donne une hémi-parésie et une hémia-taxie
C -	Une lacune du pied de la protubérance donne une dysarthrie et une main malhabile
D -	Une lacune du thalamus donne une hémi-parésie et une hémia-taxie
E -	Une lacune de la protubérance peut donner une hémi-parésie et une hémia-taxie
QCM 5	A propos des accidents ischémiques transitoires, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	30 % des AVC ischémiques sont précédés d'AIT
B -	Le risque d'AVC est maximal dans les jours qui suivent un AIT
C -	Des lésions cérébrales diverses peuvent être observées en IRM
D -	La moitié des patients ayant présenté un AIT vont présenter un infarctus cérébral dans le mois qui suit
E -	Une confusion aiguë chez une personne âgée rend le diagnostic d'AIT probable

QCM 6	Parmi les atteintes suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) compatible(s) avec un infarctus cérébral antérieur ?
A -	Hémiplégie à prédominance brachio-faciale
B -	Apraxie idéomotrice
C -	Mutisme akinétique
D -	Adynamie
E -	Hémianopsie latérale homonyme
QCM 7	Parmi les atteintes suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) compatible(s) avec un infarctus cérébral postérieur en territoire profond ?
A -	Hémianopsie latérale homonyme
B -	Aphasie de Wernicke
C -	Troubles sensitifs de l'hémicorps controlatéral
D -	Cécité complète
E -	Mouvements anormaux de la main
QCM 8	Parmi les atteintes suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) compatible(s) avec un infarctus cérébral postérieur droit en territoire superficiel chez un gaucher ?
A -	Syndrome thalamique gauche
B -	Hémiplégie à prédominance currale gauche
C -	Agnosie visuelle
D -	Hémianopsie latérale homonyme gauche
E -	Prosopagnosie
QCM 9	Quel(s) traitement(s) mettez-vous en place en cas d'AVC ischémique non thrombolyté d'origine athéromateuse du sujet âgé ?
A -	Aspirine d'emblée
B -	Héparine à dose hypocoagulante
C -	Antiépileptique systématique
D -	Craniectomie de décompression
E -	Corticoïdes
QCM 10	Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) biologique(s) à prescrire systématiquement dans le cadre du bilan étiologique en cas d'infarctus cérébral ?
A -	Glycémie
B -	CRP
C -	TP-TCA
D -	Calcémie
E -	Homocystéinémie
QCM 11	Parmi les manifestations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) compatible(s) avec une thrombophlébite cérébrale ?
A -	Crise convulsive généralisée
B -	Céphalée diffuse modérée intermittente isolée
C -	Hémiplégie à bascule
D -	Troubles de la conscience
E -	Diplopie

QCM 12	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) de thrombophlébite cérébrale ?
A -	Endocardite infectieuse
B -	Tabac
C -	Chimiothérapie
D -	Septicémie
E -	Diabète
QCM 13	Concernant la prévention secondaire d'un infarctus cérébral d'origine athérosclérotique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il faut privilégier les ARA2 et les inhibiteurs calciques pour le contrôle tensionnel
B -	L'objectif d'HbA1c chez les diabétiques est < 6.5 %
C -	L'endartériectomie peut être réalisée en cas de sténose carotidienne symptomatique serrée
D -	L'indication principale de l'endartériectomie est l'infarctus cérébral sévère
E -	L'endartériectomie se réalise au mieux dans les 15 jours suivant l'infarctus cérébral
QCM 14	Parmi les caractéristiques suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) en faveur d'une aphasie de conduction ?
A -	Aphasie non fluente
B -	Pas d'atteinte de la répétition des mots
C -	Compréhension normale
D -	Paraphrasies phonémiques
E -	Agrammatisme
QCM 15	Parmi les caractéristiques suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) en faveur d'une aphasie de Broca ?
A -	Altération de la compréhension
B -	Aphasie fluente
C -	Paraphrasies phonémiques
D -	Paraphrasies sémantiques
E -	Agrammatisme

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : E	<ul style="list-style-type: none">- Le syndrome de Wallenberg lié à une ischémie de la partie droite de la moelle allongée comprend <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Du côté homolatéral à la lésion (à droite) :<ul style="list-style-type: none">× Syndrome de Claude Bernard-Horner× Hémi-syndrome cérébelleux× Atteinte du VIII× Atteinte du IX et du X× Atteinte du V- Du côté controlatéral à la lésion (à gauche) :<ul style="list-style-type: none">× Anesthésie thermoalgique de l'hémicorps, épargnant la face.
2- Réponse : A E	<ul style="list-style-type: none">- Les 2 complications les plus graves d'un infarctus cérébelleux (engageant le pronostic vital) sont :<ul style="list-style-type: none">- Hydrocéphalie aiguë : par compression du IVème ventricule <input type="checkbox"/>- Compression du tronc cérébral : par l'œdème cérébelleux <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : B C D E	<ul style="list-style-type: none">- L'état lacunaire est la traduction clinique de multiples lacunes (= infarctus profonds) <input checked="" type="checkbox"/>.- Il s'agit de l'association <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- D'un syndrome pseudobulbaire : troubles de la déglutition et de la phonation (voix nasonnée)- De rires/pleurs spasmodiques- D'une marche hypokinétique (petits pas)- De troubles sphinctériens- D'une détérioration des fonctions cognitives.
4- Réponse : B C E	<ul style="list-style-type: none">- La somatotopie aide à retrouver le site lésionnel à partir de la clinique <input checked="" type="checkbox"/>.- Lacune de la capsule interne = hémiplégie motrice pure- Lacune du thalamus = hémianesthésie pure controlatérale- Lacune du pied de la protubérance = dysarthrie + main malhabile- Lacune de la protubérance et de la substance blanche hémisphérique = hémiparésie et hémi-ataxie.

5- Réponse : A B

- 30 % des AVC ischémiques sont précédés d'AIT.
- 10 % des patients ayant présenté un AIT vont présenter un infarctus cérébral dans le mois qui suit : le risque d'AVC est maximal dans les jours qui suivent un AIT.
- L'AIT ne donne par définition aucune lésion cérébrale identifiable en imagerie.
- Une confusion aiguë isolée n'est pas évocatrice d'AIT, a fortiori chez les personnes âgées où les causes de confusion sont nombreuses.

6- Réponse : B C D

- Les éléments compatibles avec un infarctus cérébral antérieur sont les suivants :
 - Hémiplégie à prédominance currale (la prédominance brachio-faciale oriente davantage vers un infarctus sylvien superficiel)
 - Apraxie idéomotrice de la main
 - Adynamie du syndrome frontal
 - Mutisme akinétique lorsque l'atteinte des artères cérébrales antérieures est bilatérale et complète
- L'hémianopsie latérale homonyme est retrouvée dans :
 - L'infarctus sylvien superficiel
 - L'infarctus cérébral postérieur superficiel
 - PAS dans l'infarctus cérébral antérieur X.

7- Réponse : C D E

- L'infarctus cérébral postérieur territoire profond se traduit par un syndrome thalamique. Ses manifestations sont les suivantes :
 - Troubles sensitifs de l'hémicorps controlatéral (à tous les modes)
 - Douleurs intenses d'apparition secondaire
 - ± Mouvements anormaux de la main
- Lorsque l'infarctus cérébral postérieur devient bilatéral, une céécité corticale et des troubles mnésiques (syndrome de Korsakoff) peuvent apparaître.
- L'hémianopsie latérale homonyme se voit dans l'infarctus cérébral postérieur territoire superficiel X.
- L'aphasie de Wernicke se voit dans l'infarctus sylvien territoire superficiel X.

8- Réponse : C D

- L'infarctus cérébral postérieur droit en territoire superficiel chez un gaucher se traduit par :
 - Une hémianopsie latérale homonyme gauche souvent isolée
 - Parfois associée à une alexie ou une agnosie visuelle (le lobe droit est l'hémisphère majeur chez un gaucher).
- Le syndrome thalamique se retrouve dans l'infarctus cérébral postérieur en territoire profond X.
- L'hémiplégie à prédominance currale se retrouve dans l'infarctus cérébral antérieur X.
- La prosopagnosie (trouble de la reconnaissance des visages) se retrouve dans l'infarctus cérébral postérieur en territoire superficiel, lorsque la lésion est située dans l'hémisphère mineur (lobe gauche chez un gaucher) X.

9- Réponse : A

- En l'absence de thrombolyse, l'**aspirine à dose anti-agrégante** doit être prescrite d'emblée dans le but de **prévenir la récidive précoce**.
- L'héparine à dose hypocoagulante (= à dose efficace) est **contre-indiquée en cas d'AVC ischémique étendu** et n'est réservée qu'à certaines indications où l'anticoagulation est nécessaire (cardiopathies emboligènes à haut risque, dissection carotidienne) en raison du risque hémorragique majeur.
- Les antiépileptiques ne sont discutés qu'après une 1^{re} crise convulsive, à titre préventif.
- La craniectomie de décompression n'est réservée qu'à certains cas exceptionnels :

 - AVC ischémique malin du sujet jeune
 - Infarctus/hématome cérébelleux avec risque d'engagement amygdalien ou d'hydrocéphalie aiguë

- Les corticoïdes ne doivent pas être prescrits à visée anti-oedématose dans l'AVC ischémique : l'oedème est cytotoxique et les corticoïdes n'ont pas d'efficacité et ont un effet délétère.

10- Réponse : A B C

- Le bilan biologique systématiquement réalisé devant un AVC ischémique doit rechercher :
 - Un état prothrombotique : **NFS, TP-TCA**
 - Un bilan des facteurs de risque cardio-vasculaires : **glycémie, EAL**
 - La recherche d'une insuffisance rénale : **ionogramme avec créatininémie**
 - La recherche d'une cause inflammatoire (comme une artérite à cellules géantes par ex.) : **CRP**
- La calcémie n'a aucun intérêt étiologique dans le cadre d'AVC ischémique.
- Le dosage de l'homocysténémie est utile lors d'une recherche de thrombophilie, mais n'est réalisé que sur point d'appel.

11- Réponse : A B C D E

- Les **crises convulsives partielles ou généralisées** peuvent être compatibles avec une thrombophlébite cérébrale.
- Toute céphalée (intense ou modérée, permanente ou intermittente, diffuse ou focalisée) peut être retrouvée dans une thrombophlébite cérébrale. Elle est due à une **hypertension intracrânienne**, et peut être isolée dans 25 % des cas.
- Les déficits neurologiques à bascule sont typiques d'une thrombose du **sinus longitudinal supérieur**.
- La diplopie et les troubles de la conscience peuvent être retrouvés lors d'une thrombophlébite cérébrale dans le cadre d'une **hypertension intracrânienne**.

12- Réponse : A C D

- Les causes de thrombophlébite cérébrale parmi celles proposées sont :
 - **Endocardite infectieuse**
 - **Septicémie**
 - **Chimiothérapies** (comme les antiangiogéniques)
- Le diabète et le tabac sont des facteurs de risque cardiovasculaires mais ne sont pas pourvoyeurs de thrombophlébites cérébrales.

13- Réponse : B C E

- Les 2 antihypertenseurs à privilégier après un AVC ischémique sont les IEC et les diurétiques thiazidiques.
- Un contrôle glycémique strict est nécessaire chez un diabétique après un infarctus cérébral : l'objectif d'HbA1c est < 6.5 %.
- A propos de l'endartériectomie :
 - Elle est réalisée en cas de sténose carotidienne symptomatique serrée (sténose > 70 % de l'artère carotide interne)
 - Elle n'est pas indiquée en cas d'infarctus cérébral sévère (pour des raisons éthiques)
 - Elle se réalise au mieux dans les 15 jours suivant l'infarctus cérébral. Passé ce délai, le bénéfice diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'AVC.

14- Réponse : C D

- Les éléments caractérisant une aphasicie de conduction sont les suivants :
 - Aphasicie fluente
 - Paraphrasies phonémiques fréquentes
 - Atteinte importante de la répétition des mots
 - Compréhension normale
- L'agrammatisme n'est pas retrouvé dans l'aphasicie de conduction mais dans l'**aphasicie de Broca**.

15- Réponse : C E

- Les éléments caractérisant une aphasicie de Broca sont les suivants :
 - Aphasicie non fluente
 - Paraphrasies phonémiques/phonétiques
 - Agrammatisme
 - Atteinte de la répétition des mots
 - Pas d'atteinte de la compréhension
- Les paraphrasies sémantiques sont retrouvées dans l'**aphasicie de Wernicke** et l'**aphasicie transcorticale sensorielle**, mais pas dans l'aphasicie de Broca.



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser.

Questions isolées QCM N° 7

QCM 1	A propos de l'hémorragie méningée (HM), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une extravasation de sang dans l'espace sous-dural
B -	Il s'agit d'un accident vasculaire cérébral
C -	Son expression clinique typique est le syndrome méningé aigu
D -	Une céphalée chez un sujet jeune doit faire craindre une hémorragie méningée
E -	La rupture de malformation artéioveineuse est l'étiologie la plus fréquente d'HM non traumatique
QCM 2	Concernant les signes cliniques de l'HM :
A -	Le réflexe cutané plantaire peut être retrouvé en extension de façon bilatérale
B -	Un syndrome dysexécutif est habituellement retrouvé en cas d'anévrisme de l'artère sylvienne
C -	Une instabilité de la pression artérielle peut être la conséquence d'une HM
D -	Des modifications de l'ECG peuvent être la conséquence d'une HM
E -	Dans le contexte d'un syndrome méningé aigu, l'association hémiplégie + hémanopsie + aphasic évoque une atteinte de l'artère cérébrale moyenne
QCM 3	A propos du syndrome méningé aigu :
A -	La céphalée est soudaine, explosive, d'emblée maximale
B -	La céphalée peut être d'intensité modérée
C -	La céphalée peut être intense, d'installation rapidement progressive en quelques jours
D -	Un état de mal épileptique peut apparaître au premier plan
E -	Une céphalée modérée décrite comme inhabituelle chez un sujet migraineux connu doit faire évoquer une HM
QCM 4	Concernant les examens diagnostiques dans l'HM :
A -	Le scanner cérébral sans injection est l'examen clé du diagnostic, à réaliser dans les 48 heures après le début de la céphalée
B -	Le scanner cérébral avec injection de produit de contraste est l'examen de référence pour le diagnostic d'une HM
C -	La ponction lombaire est l'examen de première intention à réaliser devant tout syndrome méningé aigu apyrétique
D -	L'IRM (Diffusion, T2 FLAIR, T2*, 3D-ToF) est indiqué en urgence devant une suspicion d'HM
E -	S'il est réalisé, un scanner cérébral normal n'élimine pas le diagnostic d'HM
QCM 5	Concernant le scanner cérébral dans l'HM :
A -	Le scanner sans injection affirme le diagnostic lorsqu'il montre une hyperdensité spontanée dans les espaces sous-arachnoïdiens
B -	L'angioscanner avec reconstruction 3D permet le diagnostic d'anévrisme cérébral
C -	Le scanner cérébral a un intérêt diagnostique, étiologique, et permet la recherche de complications
D -	L'angioscanner est doté d'excellentes sensibilité et spécificité (proches de 100 %) dans la recherche de gros anévrismes
E -	Le scanner cérébral sans injection peut inconstamment mettre en évidence un anévrisme

QCM 6	Parmi les éléments suivant, lequel (lesquels) oriente(nt) vers une HM ?
A -	Liquide incoagulable
B -	Pression d'ouverture normale
C -	Surnageant xanthochromique après centrifugation
D -	Liquide uniformément rouge ou rosé, dans les trois tubes
E -	Rapport globules rouges/globules blancs superposable à celui du sang
QCM 7	Quel(s) signe(s) scanographique(s) peut-on retrouver en lien avec le diagnostic d'HM ?
A -	Hématome intraparenchymateux
B -	Hypodensité spontanée des citerne de la base
C -	Rupture intraventriculaire
D -	Hypersignal de la scissure interhémisphérique
E -	Dilatation des ventricules latéraux
QCM 8	Concernant le traitement de l'HM, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le grade clinique doit être apprécié par l'échelle NIHSS
B -	Un repos strict au lit est nécessaire
C -	Arrêt des apports par voie orale
D -	La nimodipine peut être utilisée pour diminuer la pression artérielle
E -	Le traitement de la douleur repose essentiellement sur le paracétamol IV, voire les AINS lorsque les douleurs persistent
QCM 9	Concernant la prise en charge de l'HM, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?
A -	Elle repose sur le traitement de l'HM (douleur et mesures de réanimation) et sur la prévention du resaignement et des autres complications
B -	L'anévrisme cérébral doit être traité le plus précocément possible (dans les 48 h après la rupture)
C -	L'apparition d'un trouble de la conscience après rupture d'anévrisme cérébral doit faire pratiquer un traitement chirurgical ou endovasculaire de l'anévrisme rompu en extrême urgence
D -	La nimodipine nécessite la mise en place d'un cathéter artériel
E -	La mise en évidence d'un spasme artériel retarde le traitement de l'anévrisme cérébral
QCM 10	Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) possible(s) d'une HM ?
A -	Hypertension intracrânienne
B -	Hypernatrémie
C -	Pneumopathie infectieuse
D -	Récidive hémorragique quelques mois après l'HM par rupture d'anévrisme
E -	Troubles sphinctériens
QCM 11	A propos du vasospasme cérébral, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Son origine semble être due à la présence de caillots adhérents à la paroi externe des artères
B -	Jusqu'à un tiers des anévrismes rompus sont concernés
C -	Il dure en moyenne 4 à 10 jours
D -	Il apparaît dans les 5 premiers jours après la rupture d'anévrisme
E -	La nimodipine permet de traiter efficacement le vasospasme cérébral

QCM 12	A propos du pronostic de l'HM, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	En l'absence de traitement étiologique, le risque de récidive est de 30 % les 24 premières heures
B -	A la phase initiale, le taux de mortalité est de 60 %
C -	Chez les survivants, 80 % conservent un déficit invalidant
D -	1/3 des patients décèdent avant l'arrivée à l'hôpital
E -	Le pronostic de la maladie est lié à la survenue d'un vasospasme ou d'une dilatation ventriculaire
QCM 13	A propos de l'hydrocéphalie et l'HM, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'hydrocéphalie aiguë est communicante
B -	L'hydrocéphalie aiguë nécessite un traitement par dérivation ventriculaire externe en cas de troubles de la conscience
C -	L'hydrocéphalie tardive est due à une obstruction des voies ventriculaires ou des citermes de la base par des caillots de sang
D -	L'hydrocéphalie tardive est non communicante
E -	L'hydrocéphalie tardive survient en règle quelques semaines ou quelques mois après l'HM
QCM 14	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) désigne(nt) un (des) facteur(s) prédictif(s) d'hydrocéphalie lors d'une HM ?
A -	Age jeune
B -	Hémorragie intraventriculaire
C -	Localisation de l'anévrisme : artère communicante antérieure
D -	Localisation de l'anévrisme : système vertébrobasilaire
E -	Troubles de la conscience
QCM 15	Parmi les affections suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) qui exposent au développement d'un anévrisme cérébral ?
A -	Polykystose rénale
B -	Neurofibromatose de Von Recklinghausen
C -	Maladie de Von Hippel Lindau
D -	Néoplasie endocrinienne multiple de type 2B
E -	Maladie d'Elhers-Danlos

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : B C D	<p>- A : FAUX <input checked="" type="checkbox"/> - Il s'agit d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.</p> <p>- B : VRAI - L'HM représente 5 % des AVC, soit ¼ des hémorragies cérébrales <input checked="" type="checkbox"/> Cependant, les prises en charge des HM et des AVC hémorragiques intraparenchymateux diffèrent.</p> <p>- D : VRAI - A l'ECN, TOUTE CEPHALEE chez un sujet jeune doit faire évoquer un syndrome méningé aigu <input checked="" type="checkbox"/>, d'autant plus quand la céphalée est d'apparition BRUTALE et d'intensité d'emblée maximale (« coup de tonnerre dans un ciel calme »)</p> <p>- E : FAUX - La 1^{re} cause d'HM non traumatique est la rupture d'anévrisme artériel dans 80 à 85 % des cas <input checked="" type="checkbox"/>.</p>	
2- Réponse : A C D E	<p>- A : VRAI - Le signe de Babinski peut être présent de façon bilatérale, sans valeur localisatrice <input checked="" type="checkbox"/>.</p> <p>- B : FAUX - Le syndrome dysexécutif est plutôt retrouvé en cas d'atteinte de l'artère communicante antérieure <input checked="" type="checkbox"/>.</p> <p>- C, D et E : VRAI - De nombreux signes végétatifs coexistent avec l'HM, il est important de bien les garder en tête afin de ne pas évoquer trop rapidement d'autres diagnostics moins probables <input checked="" type="checkbox"/> : modifications de la repolarisation à l'ECG, brady/tachycardie, modifications vasomotrices, instabilité tensionnelle, polypnée, fébricule retardée...</p>	
3- Réponse : A B D E	<p>- A : VRAI, présentation typique</p> <p>- B : VRAI, C : FAUX - La céphalée peut être parfois modérée, mais TOUJOURS soudaine+++ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- D : VRAI</p> <p>- E : VRAI - TOUTE céphalée décrite comme inhabituelle chez un migraineux, a fortiori lorsqu'elle est brutale, doit faire évoquer une HM <input checked="" type="checkbox"/>.</p>	

4- Réponse : E

- L'examen clé du diagnostic est le **scanner cérébral sans injection**, qui doit être réalisé en urgence à la recherche de signes directs d'une HM (hyperdensité spontanée) et/ou d'une complication (hémorragie intraventriculaire, hydrocéphalie aiguë...)
- L'injection de produit de contraste est **utile à visée étiologique** afin de diagnostiquer un anévrisme cérébral, mais n'est pas utile pour diagnostiquer une HM en soi
- Un scanner cérébral normal **n'élimine pas le diagnostic d'HM (20 % des cas)** : hémorragie discrète ou hémorragie ancienne . La ponction lombaire n'est réalisée qu'en cas de syndrome méningé aigu avec **scanner normal** , en l'absence d'HTIC.
- L'IRM (Diffusion, T2 FLAIR, T2*, 3D-ToF) est indiqué en urgence devant une **suspicion d'AVC et non d'HM** .

5- Réponse : A B C D E

- Le scanner sans injection affirme le diagnostic lorsqu'il montre une hyperdensité spontanée (traduisant la présence de sang) dans les espaces sous-arachnoïdiens . Il peut parfois mettre en évidence un anévrisme lorsque celui-ci est calcifié .
L'angioscanner (scanner avec injection de PCI) avec reconstruction 3D permet le diagnostic d'anévrisme cérébral .
- Le scanner cérébral a un intérêt **diagnostique, étiologique**, et permet la **recherche de complications** (hydrocéphalie aiguë par exemple) .
- L'angioscanner est doté d'**excellentes sensibilité et spécificité** (proches de 100 %) dans la recherche d'anévrismes > 2 mm .

6- Réponse : A C D

- Les caractéristiques du LCS en faveur d'une HM sont les suivantes :
 - Liquide **incoagulable**
 - Pression d'ouverture **augmentée**
 - Surnageant **xanthochromique** après centrifugation
 - Liquide **uniformément rouge ou rosé**, dans les trois tubes
 - Rapport GR/GB **supérieur à celui du sang (> 10³)**.
- Le LCS d'une HM ne doit pas être confondu avec celui d'une ponction traumatique :
 - Liquide **coagulable**
 - Pression d'ouverture **normale**
 - Surnageant **clair** après centrifugation **sans pigment sanguin**
 - Liquide de **moins en moins sanglant** au cours du recueil
 - Rapport globules rouges/globules blancs **superposable à celui du sang**.

7- Réponse : A C E

- Les signes scanographiques en lien avec l'HM sont :
 - Hyperdensité spontanée (témoignant de la présence de sang) dans les espaces sous-arachnoïdiens :
 - × Sillons corticaux
 - × Citerne de la base du cerveau
 - × Vallées sylviennes
 - × Scissure interhémisphérique.
 - Complications de l'HM :
 - × Dilatation des ventricules latéraux en rapport avec une hydrocéphalie aiguë
 - × Hyperdensité intraventriculaire témoignant d'une rupture intraventriculaire
 - × Hyperdensité du parenchyme cérébral témoignant d'un hématome intraparenchymateux
 - × Hypodensité du parenchyme cérébral en rapport avec une ischémie secondaire.
- Attention à ne pas confondre hypersignal (IRM) et hyperdensité (TDM) .

8- Réponse : B C

- Le grade clinique doit être apprécié par l'échelle WFNS .
- Un repos strict au lit et un arrêt des apports par voie orale sont nécessaires .
- La nimodipine est utilisée pour prévenir du vasospasme cérébral Elle a pour action une diminution de la pression artérielle en raison de son effet inhibiteur calcique, mais ce n'est pas l'action recherchée Une surveillance de la pression artérielle en continu est donc nécessaire en cas de prescription de nimodipine lors d'une HM, avec un objectif de PAS aux alentours de 150 mmHg .
- Le traitement de la douleur repose essentiellement sur le paracétamol IV Les AINS sont contre-indiqués en raison du risque d'aggravation de l'hémorragie .

9- Réponse : A B D E

- La prise en charge de l'HM comprend :
 - Le traitement de la douleur et les mesures de réanimation
 - La prévention du resaignement et des autres complications.
- L'anévrisme cérébral doit être traité le plus précocément possible (dans les 48 h après la rupture) : un resaignement est le plus souvent fatal et doit être prévenu au plus vite .
- L'apparition d'un trouble de la conscience après rupture d'anévrisme cérébral est une contre-indication au traitement chirurgical ou endovasculaire Les trois contre-indications à connaître sont :
 - Troubles de la conscience
 - Troubles neurovégétatifs sévères
 - Vasospasme artériel.
- La nimodipine nécessite la mise en place d'un cathéter artériel, afin de pouvoir surveiller la pression artérielle en continu .

Organiser la réparation lorsque la personne est enfin la diffusion de ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres exclusifs.

Tout ce que nous gagnons de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme 270+ Editions VG sur Telegram (même les boomers qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

10- Réponse : A C D E

- L'HTIC est une complication classique et grave de l'HM
 - Liée à l'irruption de sang dans l'espace sous-arachnoïdien
 - Aggravée par
 - × œdème cérébral
 - × ± hémorragie intraparenchymateuse associée (malformation AV, angiopathie amyloïde...)
 - × ± hydrocéphalie aiguë
- L'HM peut entraîner un SIADH, donc une HYPOnatrémie
- Devant un dossier de soins intensifs/réanimation, ne pas oublier les complications liées à la réanimation et au décubitus :
 - Infections nosocomiales : pneumopathies, infections urinaires
 - Maladies thrombo-emboliques veineuses
 - Ulcère de stress
 - Hyperthermie...
- La récidive hémorragique est très souvent létale (décès dans plus de 35 % des cas). Elle peut être :
 - Aiguë : risque maximum entre J7 et J11.
 - Tardive
- Les troubles sphinctériens peuvent rentrer dans le cadre d'une hydrocéphalie chronique de l'adulte :
 - Liée à un feutrage de l'arachnoïde au niveau des aires de résorption du LCS
 - Elle se manifeste par la triade de Hakim et Adams :
 - × Troubles de la marche
 - × Troubles sphinctériens
 - × Syndrome démentiel (sous-cortico-frontal)

11- Réponse : A B

- Le vasospasme cérébral est une complication de l'HM à connaître sur le bout des doigts pour l'ECN car :
 - Fréquente (50 % des anévrismes rompus !)
 - Grave
 - Modifiant la prise en charge : le vasospasme retarde le traitement chirurgical/endovasculaire au-delà de la 2^e semaine .
- La physiopathologie du vasospasme est incertaine :
 - Mais semble être due à la présence de caillots adhérents à la paroi externe des artères
 - Induisant la libération de thromboxane et de sérotonine (peptides vasoconstricteurs)
 - Entraînant une vasoconstriction sévère allant jusqu'à la modification de l'histologie de la paroi artérielle (parfois irréversible !)
- Caractéristiques du vasospasme :
 - Délai d'apparition : entre le 4^e et le 10^e jour
 - Durée du vasospasme : 2 à 3 semaines
 - Conséquences : un spasme peut être asymptomatique ou donner une ischémie cérébrale
- La nimodipine permet de prévenir le spasme artériel et non de le guérir .

12- Réponse : B D E

- En l'absence de traitement étiologique, le risque de récidive est de 3 à 4 % les 24 premières heures.
- A la phase initiale, le taux de mortalité est de 60 %.
- Chez les survivants, la morbidité atteint 50 % et 25 % gardent un déficit invalidant.
- 1/3 des patients décèdent avant l'arrivée à l'hôpital.
- Le pronostic de la maladie est lié à la survenue d'un vasospasme ou d'une dilatation ventriculaire : un diagnostic précoce et une surveillance par imagerie cérébrale sont nécessaires.

13- Réponse : B E

- Une hémorragie méningée peut se compliquer :
 - D'**hydrocéphalie aiguë**, contemporaine de la rupture anévrismale
 - D'**hydrocéphalie tardive**, survenant quelques semaines ou quelques mois après l'HM.
- L'**hydrocéphalie aiguë** :
 - Est due à une **obstruction des voies ventriculaires ou des citernes de la base** par des caillots de sang : elle est **non communicante**.
 - Se traite par dérivation ventriculaire externe (DVE) en cas de troubles de la conscience, ce qui permet une amélioration rapide dans 80 % des cas.
- L'**hydrocéphalie tardive** :
 - Est due à un **feutrage fibrineux des granulations de Pacchioni** (= espaces de résorption du LCS = villosités arachnoïdiennes), provoquant un défaut de résorption du LCS : elle est **communicante**.
 - Se traite par DVE ou par ponctions lombaires évacuatrices itératives.

14- Réponse : B D

- Les facteurs prédictifs de survenue d'**hydrocéphalie** lors d'une HM sont les suivants :
 - Personnes âgées
 - Hémorragique intraventriculaire
 - Localisation postérieure de l'anévrisme : système vertébrobasilaire
 - Importance de l'HM.
- La présence de troubles de la conscience n'est pas, en soi, prédictive d'**hydrocéphalie** X.

15- Réponse : A B E

- Les affections héréditaires prédisposant au développement d'un anévrisme cérébral sont les suivantes :
 - **Polykystose rénale**
 - **Neurofibromatose de Von Recklinghausen** = NF de type 1
 - **Syndrome de Marfan**
 - **Maladie d'Elhers-Danlos**

Questions isolées QCM N° 8

QCM 1	Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) pouvant entrer dans la physiopathologie des syncopes ?
A -	Hypoperfusion cérébrale transitoire
B -	Arrêt temporaire de la circulation sanguine
C -	Hypovolémie
D -	Vasodilatation de cause centrale
E -	Diminution du flux d'éjection cardiaque
QCM 2	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) oriente(nt) en faveur d'une syncope ?
A -	Perte de connaissance brève (moins de 3 minutes)
B -	Confusion post-critique
C -	Absence de prodromes
D -	Etat de mort apparente durant la perte de connaissance
E -	Résistance à l'ouverture des yeux pendant la perte de connaissance
QCM 3	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) oriente(nt) en faveur d'une crise convulsive ?
A -	Présence de prodromes
B -	Début brutal
C -	Perte de connaissance brève (3 à 5 minutes)
D -	Présence de 3 phases
E -	Reprise de conscience progressive
QCM 4	Concernant la syncope neurocardiogénique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle survient préférentiellement dans certaines circonstances (chaleur, fin de repas, douleur aiguë...)
B -	Les prodromes sont souvent présents
C -	Elle s'explique par une chute tensionnelle et une tachycardie
D -	Toute découverte de syncope neurocardiogénique doit faire réaliser un tilt-test
E -	La présence d'antécédents cardiaques est très en faveur de ce type de syncope chez un patient avec malaise ou perte de connaissance
QCM 5	Parmi les causes suivante(s), laquelle (lesquelles) peu(ven)t être responsables de syncopes ?
A -	Bronchite chronique
B -	Rétention aiguë d'urine
C -	Maladie de Parkinson
D -	Miction nocturne
E -	Prise d'antidépresseur tricyclique

QCM 6	Concernant les causes cardiaques « électriques » de syncopes, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Les bradycardies sont plus souvent à l'origine de syncopes que les tachycardies
B -	Le BAV III et le BAV de haut degré sont très pourvoyeurs de syncopes
C -	Une syncope peut survenir même en présence d'un stimulateur cardiaque
D -	Les tachycardies supraventriculaires entraînent fréquemment des syncopes
E -	Les torsades de pointe entraînent des syncopes et sont favorisées par un allongement de l'espace QT
QCM 7	Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) de syncope « électrique » chez un sujet ayant une fibrillation auriculaire ?
A -	Bloc de branche droit associé
B -	Dysfonction ventriculaire gauche systolique très sévère
C -	Maladie de l'oreillette
D -	Pré-excitation de type Wolff-Parkinson-White
E -	Toutes ces propositions sont fausses
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) à l'origine de syncopes cardiaques par obstacle à l'éjection ou au remplissage ventriculaire ?
A -	Rétrécissement aortique serré
B -	Pneumothorax bilatéral
C -	Cardiomyopathie obstructive
D -	Myxome de l'oreillette gauche
E -	Hypertension artérielle pulmonaire sévère
QCM 9	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) suffi(sen)t à expliquer une syncope ?
A -	Tachycardie ventriculaire
B -	Tachycardie supraventriculaire à 135 bpm
C -	Syndrome de Wolff-Parkinson-White
D -	Bradycardie sinusale : 45 bpm
E -	Signes de défaillance d'un stimulateur cardiaque
QCM 10	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) ne suffi(sen)t à expliquer une syncope ?
A -	Tachycardie supraventriculaire à 160 bpm
B -	BAV2 Möbitz I
C -	BAV3
D -	Syndrome de Brugada de type I
E -	Allongement de l'espace QT
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) d'hypotension orthostatique ?
A -	Atrophie multisystématisée
B -	Fièvre
C -	Maladie d'Addison
D -	Diabète
E -	Phéochromocytome

QCM 12	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) nécessitent une hospitalisation immédiate ?
A -	Syncope d'effort avec ECG normal
B -	Syncope chez un sujet jeune avec ATCD familiaux de mort subite
C -	Syncope inexplicable chez un sujet avec ATCD d'infarctus du myocarde
D -	Hypotension artérielle orthostatique confirmée chez un diabétique atteint de neuropathie
E -	Extrasystoles ventriculaires nombreuses chez un sujet jeune
QCM 13	A propos du tilt-test, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il est également dénommé « test d'inclinaison »
B -	Il doit être proposé devant toute suspicion de syncope réflexe
C -	Cet examen ne doit être proposé qu'en l'absence de cardiopathie
D -	Il nécessite la prise d'isoprénaline ou de trinitrine sublinguale
E -	Sa sensibilité est faible chez les personnes âgées
QCM 14	A propos de l'étude électrophysiologique endocavitaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle est proposée en 1 ^{re} intention en cas de syncope non élucidée avec ECG normal
B -	Elle comprend une analyse de la conduction auriculoventriculaire et une stimulation ventriculaire programmée
C -	Elle est réalisée sous anesthésie générale
D -	Elle ne doit pas être proposée à un patient dont le cœur est morphologiquement normal (à l'échographie) avec un ECG normal
E -	Elle ne doit pas être proposée à un patient avec un Holter normal
QCM 15	Quelle est la conduite à tenir lors d'une première crise généralisée tonico-clonique typique ?
A -	Réalisation d'un EEG en urgence immédiate
B -	Position couchée sur le dos les jambes surélevées
C -	Oxygénothérapie
D -	Benzodiazépines (de type diazépam ou clonazépam) au décours d'une 1 ^{re} crise
E -	Imagerie cérébrale

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none">- La syncope se définit sur le plan physiopathologique par une hypoperfusion cérébrale transitoire.- Cette hypoperfusion peut résulter de deux mécanismes:<ul style="list-style-type: none">- Arrêt temporaire de la circulation sanguine<ul style="list-style-type: none">× De cause électrique : asystolie, TV... (diminution du flux d'éjection cardiaque)× De cause mécanique : EP massive, thrombose de valve mécanique...- Hypotension artérielle profonde et durable<ul style="list-style-type: none">× Par hypovolémie× Par vasodilatation : médicaments, réaction vasovagale (= vasodilatation de cause centrale + bradycardie)
2- Réponse : A D	<ul style="list-style-type: none">- Les éléments en faveur d'une syncope sont les suivants:<ul style="list-style-type: none">- Perte de connaissance brève (moins de 3 minutes)- Etat de mort apparente durant la perte de connaissance- Reprise immédiate d'une conscience claire- La confusion post-critique est plutôt en faveur d'une crise convulsive.- La résistance à l'ouverture des yeux pendant la perte de connaissance est plutôt en faveur d'une pseudo-crise épileptique.- L'absence de prodromes <input checked="" type="checkbox"/> peut être vue dans les crises convulsives comme dans les syncopes à « l'emporte-pièce », elle n'oriente pas spécialement vers une syncope.
3- Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none">- Les éléments en faveur d'une crise convulsive sont les suivants:<ul style="list-style-type: none">- Début brutal- Absence de prodromes- Perte de connaissance prolongée (plusieurs dizaines de minutes), comprenant :<ul style="list-style-type: none">× La crise elle-même : 2-3 minutes× Le coma et la confusion post-critique- Présence de 3 phases : tonique, clonique puis résolutive.

4- Réponse : A B

- Il est important de connaître les synonymes, c'est dommage de ne pas pouvoir répondre à une question dont on connaît en réalité les réponses !
- **Syncope neurocardiogénique = syncope vaso-vagale = syncope à médiation neurale**
 - Ce type de syncope appartient aux syncopes réflexes
- La syncope vaso-vagale :
 - Survient préférentiellement dans certaines **circonstances** (chaleur, fin de repas, douleur aiguë...)
 - Les **prodromes** sont souvent présents
- Elle s'explique par une chute tensionnelle et une **bradycardie** (par hyperactivité vagale ou parasympathique), entraînant une baisse du débit sanguin cérébral.
- La découverte d'une syncope neurocardiogénique nécessite le plus souvent des **explications et conseils simples** (s'allonger au moindre malaise et surélever les jambes), les investigations X sont le plus souvent inutiles (sauf dans les cas atypiques et douteux).
- La présence d'antécédents cardiaques est très en faveur de **syncope cardiaque à « l'emporte-pièce »**, et pas de **syncope vaso-vagale X** (très fréquentes).

5- Réponse : A B C D E

- Des **syncopes réflexes** peuvent survenir à l'acmé d'une quinte de toux chez le bronchiteux chronique : on parle d'**ictus laryngé**.
- La rétention aiguë d'urine est responsable de douleur aiguë importante pouvant causer une **syncope vaso-vagale**.
- Les mictions nocturnes principalement de l'homme âgé peuvent être l'origine de **syncopes mictionnelles réflexes**, aggravées par l'hypotension orthostatique.
- La **dysautonomie de la maladie de Parkinson** et l'**effet anticholinergique des tricycliques** sont responsables d'hypotension orthostatique, donc de syncopes par hypotension orthostatique.

6- Réponse : B C E

- Les **tachycardies** sont plus souvent à l'origine de syncopes que les **bradycardies**.
- Le **BAV III** et le **BAV de haut degré** sont très pourvoeureurs de syncopes, à la différence des **BAV hissiens (BAV1, BAV2 Mobitz1)**.
- Une syncope peut survenir même en présence d'un stimulateur cardiaque, en cas :
 - De **déplacement de sonde**
 - De **rupture de sonde**
 - D'**usure de la batterie**
- Les tachycardies supraventriculaires (fibrillation atriale, flutter atrial, tachycardie jonctionnelle) entraînent rarement des syncopes, contrairement aux tachycardies ventriculaires.
- Les **torsades de pointe** entraînent des syncopes et sont favorisées par un allongement de l'espace QT (médicaments, syndrome du QT long...).

7- Réponse : B C D

- Les syncopes dans le cadre d'une FA sont rares et doivent faire évoquer 3 diagnostics :
 - **Dysfonction ventriculaire gauche systolique très sévère**
 - **Maladie de l'oreillette** (alternance bradycardie et AC/FA)
 - Pré-excitation de type **Wolff-Parkinson-White**.

8- Réponse : A B C D E

- Le RA serré et la cardiomyopathie obstructive sont responsables d'**obstacle à l'éjection du VG entraînant des syncopes d'effort**□.
- Le myxome de l'oreillette gauche est responsable de **syncopes positionnelles** par obstacle au remplissage du VG (la tumeur auriculaire s'encastre dans l'anneau mitral) □.
- Le pneumothorax bilatéral peut entraîner une tamponnade gazeuse par compression des veines caves, provoquant une syncope par **obstacle au remplissage cardiaque**□.
- L'HTAP sévère est une cause rare de syncopes cardiaques par diminution du remplissage du VG□.

9- Réponse : A E

- Lors d'une syncope, certaines situations permettent de donner le diagnostic□ :
 - **Tachycardie ventriculaire**
 - **Tachycardie supra-ventriculaire > 150 bpm**
 - **Bradycardie sinusale < 40 bpm ou pauses > 3 secondes** (diagnostic de dysfonction sinusale)
 - **BAV complet ou BAV2 Möbitz II ou bloc alternant (bloc trifasciculaire)**
 - **Signes de défaillance d'un stimulateur cardiaque.**
- Les situations suivantes permettent d'orienter le diagnostic vers une cause « électrique » sans le confirmer :
 - Bradycardie sinusale entre 40 et 50 bpm X
 - × Suspicion de dysfonction sinusale
 - Syndrome de Wolff-Parkinson-White X
 - × Suspicion de tachycardie paroxystique
- Les tachycardies supraventriculaires < 150 bpm ne sont généralement pas responsables de syncopes X.

10- Réponse : B D E

- La tachycardie supraventriculaire < 150 bpm et le BAV3 permettent de donner le diagnostic étiologique dans le cadre d'une syncope (cf. question précédente) X.
- Certaines situations ne permettent pas de donner le diagnostic étiologique avec certitude mais au moins de l'évoquer□ :
 - **BAV2 Möbitz I** : oriente vers un BAV paroxystique
 - **Syndrome de Brugada de type I** : oriente vers une arythmie ventriculaire
 - **Allongement de l'espace QT** : oriente vers une torsade de pointe.

11- Réponse : A B C D E

- Ces 5 causes sont responsables d'hypotension artérielle orthostatique□ :
 - Atrophie multisystématisée : par **dysautonomie**
 - Fièvre : par la **déshydratation extracellulaire** qu'elle entraîne
 - Diabète : par **dysautonomie**
 - Maladie d'Addison et phéochromocytome (causes endocriniennes rares)

12- Réponse : A B C E

- Les situations nécessitant une hospitalisation immédiate sont les suivantes :
 - Diagnostic avéré ou supposé de **trouble du rythme ventriculaire/trouble de conduction à l'origine de la syncope**
 - × La présence d'**ESV multiples** oriente vers un trouble du rythme ventriculaire et nécessite une hospitalisation immédiate
 - **Syncope inexplicable chez un sujet avec ATCD cardiaques/coronariens** (risque de mort subite)
 - Suspicion de maladie génétique chez un jeune : **ATCD familiaux de mort subite**
 - **Syncope d'effort**
 - **Syncope survenue au décubitus.**
- La découverte d'une hypotension orthostatique ne nécessite pas une hospitalisation en urgence .

13- Réponse : A C D E

- Le **tilt-test (ou test d'inclinaison)** est un examen permettant de reproduire une syncope **vasovagale** .
- Le diagnostic de syncope réflexe étant souvent évident, cet examen n'est proposé que **dans certains cas précis** :
 - Symptômes invalidants avec recours fréquent aux soins d'urgence
 - Impact médicolégal (profession à risque)
 - Syncope avec traumatisme.
- Cet examen ne doit être proposé **qu'en l'absence de cardiopathie** .
- Il nécessite la prise d'**isoprénaline** ou de **trinitrine sublinguale**, pour rendre le test plus sensible .
- Sa sensibilité est **amoindrie chez les personnes âgées** .

14- Réponse : B D

- L'étude électrophysiologique endocavitaire est un examen proposé dans les conditions suivantes :
 - **Syncope**
 - **Avec anomalies ECG ou cardiopathie sous-jacente**
 - Et après un **Holter-ECG n'expliquant pas la symptomatologie**.
- L'EEE est donc un examen prescrit en 2^e intention, après un Holter-ECG .
- Elle comprend :
 - une analyse de la **conduction auriculoventriculaire**
 - une **stimulation ventriculaire programmée** : il s'agit d'une tentative de déclenchement d'une TV ; elle nécessite en corollaire la présence d'un défibrillateur automatique intracorporel.
- Elle est réalisée **sous anesthésie locale** associée à une **sédation légère**, dans une salle de cathétérisme .
- Elle ne doit pas être proposée à un patient dont le cœur est morphologiquement normal (à l'échographie) avec un ECG normal : dans ce cas, la probabilité de mettre en évidence une anomalie est quasi-nulle .

15- Réponse : C E

- La réalisation d'un EEG est nécessaire lors d'une 1^{re} crise généralisée tonico-clonique (CGTC), avec un intérêt diagnostique plus important lorsqu'il est réalisé dans les 24 h. Toutefois, il ne s'agit pas d'un examen à réaliser en urgence X, et lorsqu'une CGTC est typique, la suspicion diagnostique clinique suffit pour débuter la prise en charge.
- La libération des voies aériennes est indispensable pendant la crise : mise en position latérale de sécurité (et non en position couchée sur le dos) 1. L'oxygénothérapie est également conseillée si possible 1.
- Les benzodiazépines sont prescrites :
 - Pendant une crise prolongée
 - Ou lors d'une 2^e crise.
- Il n'y a pas d'intérêt à prescrire de benzodiazépines après une première crise isolée X.
- Une imagerie cérébrale (TDM ou IRM) doit être prescrite systématiquement au décours d'une 1^{re} crise pour éliminer une épilepsie symptomatique et des diagnostics différentiels □.

Questions isolées QCM N° 9

QCM 1	A propos de la confusion mentale :
A -	Il s'agit d'une altération de la vigilance
B -	Des troubles attentionnels secondaires à une altération de la vigilance sont retrouvés
C -	Le test BREF (batterie rapide d'efficience frontale) peut être rapidement altéré dans une confusion
D -	La désorientation temporo-spatiale est présente dans 100 % des cas
E -	Une amnésie lacunaire est présente pour toute la durée de l'épisode confusionnel
QCM 2	Quels sont les 2 examens complémentaires à réaliser immédiatement en cas de troubles de la conscience chez l'enfant ?
A -	ECG
B -	Glycémie capillaire
C -	Numération- Formule Sanguine
D -	IRM cérébrale
E -	Bandelette urinaire
QCM 3	Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) complémentaire(s) à réaliser en 1^{re} intention devant un trouble de la conscience inexplicable chez un nourrisson sans signe de localisation ?
A -	Bilan phosphocalcique
B -	Gazométrie
C -	Hémocultures
D -	Bilan d'hémostase
E -	Scanner cérébral
QCM 4	Quel est le score de Glasgow du patient suivant : ouverture des yeux à la demande, attitude de retrait à la douleur, discours confus ?
A -	9
B -	10
C -	11
D -	12
E -	13
QCM 5	Quel est le score de Glasgow du patient suivant : ouverture des yeux lors de la stimulation douloureuse, attitude de flexion à la douleur, discours incompréhensible (sons) ?
A -	6
B -	7
C -	8
D -	9
E -	10

QCM 6	A propos de l'ictus amnésique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'un trouble aigu de la mémoire sémantique
B -	Il dure en moyenne 6 à 8 heures
C -	Il récidive dans 20 % des cas
D -	Un traumatisme crânien peut être responsable d'ictus amnésique
E -	Il existe une amnésie de l'épisode
QCM 7	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) peut-on retrouver dans un état confusionnel ?
A -	Inversion du cycle nycthéméral
B -	Flapping tremor
C -	Délire onirique
D -	Agressivité
E -	Hallucinations visuelles
QCM 8	Parmi les causes suivantes, laquelle (lesquelles) entraînent classiquement un syndrome confusionnel ?
A -	Hyponatrémie
B -	Hypocalcémie
C -	Carence en vitamine PP
D -	Hyperkaliémie
E -	Insuffisance surrénalienne aiguë
QCM 9	Concernant la prise en charge de l'état confusionnel, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une urgence thérapeutique
B -	Cet état nécessite presque toujours une hospitalisation immédiate
C -	La première étape est de déterminer l'étiologie de la confusion
D -	La cause de la confusion est souvent une pathologie grave
E -	L'hospitalisation peut aggraver un état confusionnel
QCM 10	Vous recevez M. Z, 84 ans, confus depuis moins de 24 heures. Quel est votre bilan paraclinique minimum systématique ?
A -	CRP
B -	ECG
C -	Albuminémie
D -	Gazométrie artérielle
E -	Scanner cérébral
QCM 11	Concernant le traitement de l'épisode confusionnel, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Une réhydratation est nécessaire
B -	Lorsqu'une sédation est indispensable, il faut préférer les neuroleptiques aux benzodiazépines
C -	L'atmosphère doit être calme, avec une lumière tamisée et porte fermée
D -	Un des éléments importants est de veiller au maintien de la nutrition
E -	La confusion disparaît en règle générale immédiatement après la levée de la cause

QCM 12	Vous recevez M. W., 43 ans, pour état confusionnel. Il a comme seul antécédent une maladie de Crohn. A l'examen vous relevez une paralysie du III droit, et un élargissement du polygone de sustentation. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?
	<p>A - Encéphalopathie hépatique</p> <p>B - Paralysie supranucléaire progressive</p> <p>C - Delirium tremens</p> <p>D - Maladie de Wilson</p> <p>E - Encéphalopathie de Gayet-Wernicke</p>
QCM 13	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) retrouve-t-on dans un delirium tremens ?
	<p>A - Fièvre</p> <p>B - Hypokaliémie</p> <p>C - Bradycardie</p> <p>D - Crises convulsives</p> <p>E - Inversion du rythme nycthéméral</p>
QCM 14	Quel(s) est(sont) l'(les) élément(s) du traitement d'un delirium tremens ?
	<p>A - Benzodiazépines per os</p> <p>B - Administration de potassium</p> <p>C - Apport vitaminique : B1, B3, B6</p> <p>D - Paracétamol</p> <p>E - Hydratation per os abondante</p>
QCM 15	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) doi(ven)t faire suspecter une encéphalopathie de Gayet-Wernicke ?
	<p>A - Paralysie de fonction</p> <p>B - Hallucinations visuelles</p> <p>C - Syndrome cérébelleux statique</p> <p>D - Syndrome amnésique</p> <p>E - Hypertonie oppositionnelle</p>

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A B C D E		
	<ul style="list-style-type: none">- La confusion mentale :<ul style="list-style-type: none">- Est un trouble de la vigilance entraînant des troubles attentionnels <input checked="" type="checkbox"/>- Touchant d'abord en priorité les fonctions « consommatrices d'attention » = fonctions exécutives <input checked="" type="checkbox"/>- Avec une désorientation temporo-spatiale constante- Avec une amnésie lacunaire pendant toute la durée de l'épisode- Les atteintes des fonctions exécutives sont dépistées par le BREF (batterie rapide d'efficience frontale). Le test BREF peut donc être altéré s'il est réalisé chez un patient confus (attention au diagnostic différentiel X avec un syndrome frontal lié à une étiologie constituée, comme une tumeur frontale ou un AVC du territoire de l'artère cérébrale antérieure par exemple).	
2- Réponse : B E		
	<ul style="list-style-type: none">- 2 examens sont à réaliser immédiatement devant un état confusionnel de l'enfant :<ul style="list-style-type: none">- La glycémie capillaire (« dextro ») : à la recherche d'une hypoglycémie <input checked="" type="checkbox"/> 1- La bandelette urinaire : à la recherche d'une cétonurie en faveur d'une acidocétose diabétique <input checked="" type="checkbox"/>	
3- Réponse : A B C D		
	<ul style="list-style-type: none">- Le bilan de 1^{re} intention <input checked="" type="checkbox"/> à réaliser est :<ul style="list-style-type: none">- Glycémie veineuse- Ionogramme, créatinine, bilan phosphocalcique- NFS, bilan d'hémostase- Hémocultures, CRP, PCT- Gazométrie- Dosage des toxiques sanguins et urinaires (dont le CO).- ± ponction lombaire (à discuter si patient apyrétique sans diagnostic immédiat)- Le scanner cérébral est recommandé en 1^{re} intention chez un traumatisé crânien ou en cas de signes de localisation persistants. Il est généralement remplacé chez le nourrisson par une échographie transfontanellaire X. Ici, il n'y a pas de signe de localisation ni de signe d'HTIC, et le trouble de la conscience est inexplicable : l'imagerie est discutable en 1^{re} intention.	
4- Réponse : C		
	<ul style="list-style-type: none">- Ouverture des yeux à la demande = 3 pts- Attitude de retrait à la douleur = 4 pts- Discours confus = 4 pts <p>=> ce patient a un score de Glasgow à 11 <input checked="" type="checkbox"/></p>	

5- Réponse : B

- Ouverture des yeux lors de la stimulation douloureuse = 2 pts
 - Attitude de flexion à la douleur = 3 pts
 - Discours incompréhensible (sons) = 2 pts
- => ce patient a un score de Glasgow à 7.

6- Réponse : B C D E

- L'ictus amnésique est un trouble aigu de l'enregistrement en mémoire épisodique. Par exemple, un sujet atteint d'ictus amnésique pose la même question de façon répétitive « où est-on ? quelle heure est-il ? » et ne retient plus de nouvelles informations.
- Les caractéristiques de l'ictus amnésique sont les suivantes :
 - Dure en moyenne 6 à 8 heures
 - Récidive dans 20 % des cas
 - Peut être idiopathique ou secondaire à un traumatisme crânien ou un stress aigu par exemple
 - Il existe une amnésie de l'épisode.

7- Réponse : A B C D E

- Toutes ces manifestations peuvent se voir dans l'état confusionnel.

8- Réponse : A C E

- Les 3 étiologies parmi celles proposées entraînant classiquement des troubles confusionnels sont les suivantes :
 - Hyponatrémie : attention aux régimes sans sel chez les personnes âgées
 - Carence en vitamine PP (pellagre) : survient chez l'alcoolique chronique
 - Insuffisance surrénalienne aiguë
- L'hypocalcémie donne plutôt des signes d'hyperexcitabilité neuromusculaire X, mais pas de troubles confusionnels.
- L'hyperkaliémie donne plutôt des symptômes neuromusculaires (paresthesies, faiblesse musculaire) X, mais pas de troubles confusionnels.

9- Réponse : A B D E

- La cause de la confusion est souvent une pathologie grave, voire rapidement létale.
- L'état confusionnel est donc une urgence thérapeutique, nécessitant presque toujours une hospitalisation immédiate.
- La première étape est donc, comme toute urgence, d'évaluer le retentissement à court terme de l'état clinique (sur le plan hémodynamique, respiratoire et neurologique essentiellement).
- Enfin, toujours garder à l'esprit qu'une hospitalisation peut aggraver un état confusionnel, notamment chez la personne âgée. L'indication de l'hospitalisation doit donc être réévaluée régulièrement.

10- Réponse : A B C

- Le bilan biologique minimal de la confusion chez la personne âgée peut être regroupé sous l'acronyme **CIGAN-BESC** :
 - **Calcium** (toujours à interpréter en fonction de l'albuminémie) : recherche une hypercalcémie
 - **Iono, urée, créatinine (et sa clairance) + fonction hépatique** : recherche d'une insuffisance rénale/hépatocellulaire décompensée
 - **Glycémie** (au doigt et plasmatique) : recherche d'une hypoglycémie/hyperglycémie majeure
 - **Albuminémie (et protides totaux)**
 - **Numération-formule sanguine, TP-TCA**
 - **Bandelette urinaire** : recherche d'une infection urinaire et d'une cétonurie
 - **ECG** : recherche d'une cause cardiaque ou du retentissement d'un trouble métabolique
 - **SpO₂**
 - **CRP**
- En ce qui concerne les examens radiologiques :
 - La **radiographie du thorax** doit être réalisée systématiquement (recherche d'une pneumopathie...)
 - Le **scanner non injecté** n'est pas recommandé systématiquement Il est de réalisation facile en cas de présence de symptomatologie neurologique (présence d'un signe de Babinski, apparition de convulsions, trouble systématisé de la motricité ou de la sensibilité...) pour éliminer un hématome sous-dural.

11- Réponse : A D

- Une **réhydratation** est nécessaire (parfois par voie parentérale) de même que le bon maintien de la **nutrition** .
- Lorsqu'une **sédation** est indispensable, il faut préférer les **benzodiazépines à 1/2 vie courte** .
- L'atmosphère doit être calme, avec une lumière tamisée et **porte ouverte** pour permettre la surveillance+++ .
- La confusion disparaît parfois **difficilement ou très lentement** après la levée de la cause C'est le cas chez la personne âgée ou altérée sur le plan cognitif, où il ne faut pas conclure trop rapidement à un échec de la prise en charge.

12- Réponse : E

- L'**encéphalopathie de Gayet-Wernicke** doit être évoquée dans cette situation. Evoquer ce diagnostic doit être un réflexe dans les situations suivantes :
 - **Syndrome confusionnel**
 - **Signes oculomoteurs** : paralysie oculomotrice, paralysie de fonction, nystagmus
 - **Syndrome cérébelleux statique**
 - **Hypertonie oppositionnelle**
 - D'autant plus chez un patient **dénutri** (attention aux patients avec ATCD de maladies où le catabolisme est accru : maladies inflammatoires, cancers...) ou **éthylique chronique**.
- La **maladie de Wilson** et la **paralysie supranucléaire progressive** se manifestent essentiellement par un **syndrome extrapyramidal** .

13- Réponse : A B D E

- Le delirium tremens est caractérisé par :
 - Un **syndrome confuso-onirique** : agitation, zoopsies, inversion du rythme nycthéméral...
 - Un **syndrome physique** : fièvre, sueurs, tachycardie (et non bradycardie), crises convulsives...
- Une **hypokaliémie** peut apparaître suite à la **décharge de catécholamines** qu'entraîne le delirium tremens (l'hypercatécholergie entraîne un transfert excessif du potassium du compartiment extracellulaire vers le compartiment intracellulaire).

14- Réponse : B C D

- Le traitement d'un delirium tremens est le suivant :
 - **Hydratation IV** adaptée au bilan hydroélectrolytique
 - **Apport de potassium** pour corriger l'hypokaliémie induite par l'hypercatécholergie
 - **Apport vitaminique** : B1, B3 (= vitamine PP), B6
 - **Benzodiazépines IV**
 - **Paracétamol** pour corriger la fièvre
 - Traitement des facteurs favorisants (infection, traumatisme...)

15- Réponse : A C E

- L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke doit être évoquée en cas de présence d'un des signes suivants :
 - **Hypertonie oppositionnelle**
 - **Signes oculomoteurs** : paralysie oculomotrice, paralysie de fonction, nystagmus
 - **Syndrome cérébelleux statique**
 - **Syndrome confusionnel**.
- Le syndrome amnésique doit faire évoquer dans un contexte similaire (carence en vitamine B1, alcoolisme ou dénutrition, perfusion de soluté glucosé sans supplémentation vitaminique) le **syndrome de Korsakoff**. Ce syndrome est le plus souvent conséquence d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke mal ou non traitée.
- Les hallucinations visuelles n'évoquent pas particulièrement une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, bien qu'elles puissent être présentes en cas de syndrome confusionnel associé. En revanche, dans un contexte d'alcoolisme, elles sont surtout évocatrices de **delirium tremens** (zoopsies et scènes d'agression).



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 10

QCM 1	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'HTA gravidique est définie par la découverte d'une PAS ≥ 140 mmHg et/ou une PAD ≥ 90 mmHg à 3 reprises à 6 mois d'intervalle
B -	La pré-éclampsie est définie par la présence d'une HTA gravidique associée à une protéinurie > 300 mg/24h
C -	Une pré-éclampsie précoce survient par définition avant la 22 ^e semaine d'aménorrhée
D -	L'éclampsie est la complication la plus sévère de la pré-éclampsie et correspond à une crise convulsive avec signes neurologiques focaux
E -	La pré-éclampsie survient classiquement dès la fin du 1 ^{er} trimestre de grossesse
QCM 2	Parmi les réponses suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) critère(s) permettant de définir une pré-éclampsie sévère ?
A -	Pression artérielle = 155/113
B -	Plaquettes = 125 G/L
C -	Phosphènes
D -	Protéinurie = 4 g/24h
E -	Œdème aigu pulmonaire
QCM 3	Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque de pré-éclampsie ?
A -	Obésité
B -	Tabagisme
C -	Stress
D -	Trisomie 21 chez le fœtus
E -	Antécédents familiaux de pré-éclampsie
QCM 4	Parmi les examens complémentaires suivants, lequel (lesquels) est (sont) celui (ceux) qui permet(tent) l'évaluation de la gravité de la pré-éclampsie ?
A -	Uricémie
B -	Transaminases
C -	D-dimères
D -	Haptoglobine
E -	CPK
QCM 5	A propos de la physiopathologie de la pré-éclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il y a un défaut d'invasion trophoblastique de l'utérus
B -	Il s'agit d'une pathologie exclusivement rénale
C -	L'insuffisance placentaire est la cause des manifestations de la pré-éclampsie
D -	De nombreuses substances comme des cytokines et des radicaux libres sont produites
E -	Une atteinte de l'endothélium maternel explique les symptômes et les complications potentielles

QCM 6	Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) à long terme de la pré-éclampsie sur la mère ?
A -	Insuffisance rénale chronique
B -	DMLA
C -	AVC
D -	Œdème aigu pulmonaire
E -	Diabète
QCM 7	Parmi les critères suivants, lequel (lesquels) justifie(nt) une extraction immédiate ?
A -	HTA sévère non contrôlable sous traitement optimal par alpha-bloquant en monothérapie
B -	Hématome sous-capsulaire du foie
C -	Œdème aigu pulmonaire
D -	Créatininémie = 140 µmol/L
E -	Plaquettes = 90 G/L
QCM 8	Quelle est la conduite à tenir chez une femme atteinte de pré-éclampsie sévère à 30 SA, sans signe de gravité ni symptôme neurologique ?
A -	Hospitalisation en maternité niveau I
B -	Corticothérapie anténatale (bétaméthasone 12 mg)
C -	Pose d'une voie veineuse périphérique de gros calibre
D -	Pose d'une sonde urinaire
E -	Sulfate de magnésium IV
QCM 9	Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) antihypertenseur(s) recommandé(s) chez la femme enceinte atteinte d'HTA sévère ?
A -	IEC
B -	Inhibiteur calcique
C -	Diurétique thiazidique
D -	α-bloquants
E -	Régime sans sel
QCM 10	Parmi les situations suivantes, dans quel(s) cas allez-vous décider impérativement l'arrêt d'une grossesse en urgence immédiate ?
A -	Douleur épigastrique persistante
B -	OAP
C -	Signes en faveur d'une éclampsie imminente
D -	HELLP syndrome évolutif
E -	Pré-éclampsie sévère à 37 SA
QCM 11	A propos de la crise d'éclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle peut se compliquer de décès
B -	Il s'agit d'une crise épileptique d'apparition brutale témoignant de la présence d'une hémorragie intracrânienne
C -	Elle nécessite une extraction fœtale en urgence
D -	La prise en charge maternelle en urgence repose sur l'administration de benzodiazépines associée parfois à une intubation
E -	Le sulfate de calcium administré permet de lutter contre le vasospasme cérébral à une action neuroprotectrice

QCM 12	A propos de la pré-éclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Sa fréquence est de 1 à 3 % des grossesses en France
B -	Elle peut se compliquer d'éclampsie jusqu'à 7 jours après l'accouchement
C -	Un bilan de thrombophilie doit être réalisé chez toutes les femmes atteintes de pré-éclampsie
D -	La pré-éclampsie peut se compliquer de HELLP syndrome après l'accouchement
E -	La prise d'aspirine pendant la grossesse a un effet bénéfique contre la récidive
QCM 13	Quel(s) est (sont) l'(les) antihypertenseur(s) à prescrire en 1^{re} intention (en IVSE) en cas d'HTA sévère dans le cadre d'une pré-éclampsie ?
A -	Labétalol
B -	Propranolol
C -	α -methyl-DOPA
D -	Nicardipine
E -	Clonidine
QCM 14	Vous prenez en charge Mme M., atteinte du éclampsie. Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) de la surveillance du traitement par sulfate de magnésium que vous lui avez prescrit ?
A -	Evaluation répétée de la conscience
B -	Créatininémie
C -	Réflexes ostéo-tendineux
D -	Fréquence respiratoire
E -	Pression artérielle
QCM 15	A propos du HELLP syndrome, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'extraction en urgence est indispensable
B -	Le risque de CIVD est accru
C -	Sa présence nécessite une hospitalisation en maternité de niveau adapté
D -	Une échographie hépatique est indispensable après le diagnostic d'un HELLP syndrome
E -	Elle entraîne une surmortalité materno-fœtale

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : B	Définitions à connaître sur le bout des doigts
	<ul style="list-style-type: none">- HTA gravidique <input checked="" type="checkbox"/> = PAS \geq 140 mmHg et/ou une PAD \geq 90 mmHg à 2 reprises- Pré-éclampsie <input checked="" type="checkbox"/> = HTA gravidique + protéinurie $>$ 300 mg/24h<ul style="list-style-type: none">- Précoce = avant 32 SA- Survient par définition après 20 SA <input type="checkbox"/> (donc à partir du 2^e trimestre)- Eclampsie <input checked="" type="checkbox"/> = crise généralisée tonicoclonique SANS signe de localisation<ul style="list-style-type: none">- Complication la plus sévère de la pré-éclampsie
2- Réponse : A C E	
	<ul style="list-style-type: none">- La pré-éclampsie sévère est définie par :<ul style="list-style-type: none">- HTA sévère <input type="checkbox"/> : PAS $>$ 160 mmHg et/ou PAD $>$ 110 mmHg- Plaquettes $<$ 100 G/L dans le cadre d'une HELLP syndrome <input type="checkbox"/>- Phosphènes, acouphènes, céphalées violentes, troubles neurologiques rebelles...- Protéinurie $>$ 5 g/24 h <input checked="" type="checkbox"/>- Oedème aigu pulmonaire <input checked="" type="checkbox"/>
3- Réponse : A C D E	
	<ul style="list-style-type: none">- L'obésité, le stress, les anomalies chromosomiques, les antécédents familiaux de pré-éclampsie, sont des facteurs de risque de pré-éclampsie <input checked="" type="checkbox"/>- Le tabagisme n'est pas un facteur de risque de pré-éclampsie. Il favorise en revanche beaucoup d'autres pathologies obstétricales <input checked="" type="checkbox"/> : menace d'accouchement prématuré, prématurité, RCIU, malformations fœtales, grossesse extra-utérine...
4- Réponse : A B C D	
	<ul style="list-style-type: none">- Revenir aux bases de la physiopathologie de la pré-éclampsie est intéressant pour déduire rapidement les complications possibles, trouver les examens complémentaires à réaliser...- La pré-éclampsie est une dysfonction de la placentation (ou insuffisance placentaire) <input checked="" type="checkbox"/> responsable :<ul style="list-style-type: none">- De la libération dans la circulation maternelle de diverses substances (cytokines, radicaux libres...)- Qui entraînent une activation ou lésion de l'endothélium maternel<ul style="list-style-type: none">=> Il s'agit d'un type de microangiopathie pouvant toucher le rein, mais aussi se généraliser (et donner les complications de la pré-éclampsie <input type="checkbox"/>).- Les examens permettant l'évaluation de la gravité de la PE <input type="checkbox"/> recherchent :<ul style="list-style-type: none">- Une CIVD : TP, TCA, fibrinogène, D-dimères, plaquettes- Un HELLP syndrome : transaminases, plaquettes, bilan d'hémolyse (haptoglobine, LDH, bilirubine)- Une atteinte rénale : Créatininémie, protéinurie sur échantillon puis sur 24 h- \pm si HELLP syndrome ou barre épigastrique : échographie hépatique- \pm si suspicion d'éclampsie : TDM/IRM cérébral (recherche de diagnostics différentiels)- L'uricémie est également intéressante pour évaluer la gravité de la pré-éclampsie : cette anomalie traduit l'augmentation de la réabsorption d'urates, liée l'ischémie rénale <input type="checkbox"/>- Les CPK <input checked="" type="checkbox"/> n'ont pas d'intérêt dans ce contexte.

5-Réponse : A B C D E

- Toutes les réponses sont vraies : cf. question 4.

6- Réponse : A C E

- Les complications maternelles à long terme de la PE sont vasculaires :
 - HTA chronique, AVC, diabète, pathologie coronarienne, insuffisance rénale chronique
- L'OAP est une complication possible à court terme **X** de la PE.
- La DMLA **X** n'est pas une complication de la PE.

7- Réponse : B C

- Les critères d'extraction **I** sont, entre autres :
 - HTA non contrôlable par minimum 2 traitements associés
 - Hématome sous-capsulaire du foie
 - OAP
 - Créatininémie > 176 µmol/L **II**
 - Plaquettes < 50 G/L **III**

6- Réponse : B C D

- La conduite à tenir **II** est :
 - Hospitalisation en maternité niveau III (car équipée d'une réanimation néonatale + adulte)
 - Bilan pré-opératoire, consultation d'anesthésie
 - Pose d'une VVP de bon calibre + d'une sonde urinaire (surveillance de la diurèse et de la protéinurie)
 - Corticothérapie à visée maturative, le plus précocément possible (à 2 reprises à 24 h d'intervalle)
 - ± traitement antiHTA
 - Surveillance
- Le sulfate de magnésium **X** peut être utilisé en cas d'apparition de signes neurologiques, ce qui n'est pas le cas ici.

9- Réponse : B

- Les antihypertenseurs recommandés **II** sont :
 - En 1^{re} intention : les **antihypertenseurs centraux** (methyldopa)
 - En 2^{re} intention : **Inhibiteurs calciques** (nicardipine)
 - × **α-bloquants** (urapidil)
 - × **α-β-bloquants** (labétalol)
- Chez la femme enceinte, sont strictement proscrits :
 - **Régime sans sel X** et **diurétiques X** : aggravent l'hypovolémie déjà présente et réduisent la perfusion placentaire
 - **IEC X** et **ARA2 X** : foetotoxiques
 - Les **β-bloquants X** doivent être évités car ils entraînent dans de rares cas :
 - **RCIU**
 - En néonatal : hypoglycémie, hypotension, détresse respiratoire aiguë, bradycardie

10- Réponse : B E

- La présence de signes de gravité **1** (comme un OAP) ou d'une PE sévère proche du terme **1** (> 37 SA) imposent la naissance.
- Dans certaines situations, lorsqu'elles ne sont pas proches du terme, une corticothérapie à visée maturative peut être débutée si possible avant la naissance **1** :
 - Insuffisance rénale d'aggravation rapide \pm oligurie
 - Signes persistants d'imminence d'une éclampsie
 - Céphalées et troubles visuels
 - Douleur épigastrique persistante
 - HELLP syndrome évolutif
 - Anomalies du RCF
 - RCIU sévère > 32 SA
 - Dopplers ombilicaux pathologiques > 32 SA

11- Réponse : A C D E

- La crise d'éclampsie est potentiellement létale **1**, ce qui justifie une prise en charge en urgence.
- Il faut la distinguer de **diagnostics différentiels X** qui peuvent donner des manifestations cliniques similaires : hémorragie méningée, hématome intracérébral (favorisés par les troubles de la coagulation liés à la CIVD).
- Elle nécessite une **extraction fœtale en urgence 1**.
- La prise en charge maternelle en urgence repose sur l'administration de **benzodiazépines** pour traiter la crise convulsive, associée à des **mancœuvres de réanimation médicale** (parfois jusqu'à l'intubation).
- Le **sulfate de magnésium** administré permet de lutter contre le vasospasme cérébral et a une action neuroprotectrice.

12- Réponse : A B D E

- La fréquence de la pré-éclampsie est de **1 à 3 % des grossesses** en France **1**.
- Elle peut se compliquer d'éclampsie **jusqu'à 7 jours après l'accouchement**, ainsi que de **HELLP syndrome 1**.
- Un bilan de thrombophilie **ne doit pas être réalisé systématiquement** chez toutes les femmes atteintes de pré-éclampsie **X**. On le réalise en cas :
 - D'antécédent personnel/familial de MTEV
 - De pré-éclampsie précoce (< 28 SA)
 - De pré-éclampsie compliquée de RCIU sévère
 - D'hématome rétroplacentaire
 - De mort fœtale in utero
- La prise d'aspirine pendant la grossesse a un **effet bénéfique contre la récidive 1**, et doit être prescrite entre la **15^e** et la **35^e** semaine d'aménorrhée.

13- Réponse : A D E

- 3 antihypertenseurs sont recommandés en **1^{re} intention** en IVSE lors d'une HTA sévère dans le cadre d'une pré-éclampsie **1** :
 - **Nicardipine**
 - **Clonidine**
 - **Labétalol**.

14- Réponse : A C D

- La surveillance du traitement par MgSO₄ est clinique :
 - **Evaluation répétée de la conscience** (avec le calcul du score de Glasgow)
 - **Réflexes ostéo-tendineux**
 - **Fréquence respiratoire.**

15- Réponse : B C D E

- Le HELLP syndrome augmente :
 - **Le risque de mortalité materno-fœtale**
 - **Le risque d'éclampsie**
 - **Le risque de CIVD**
- La conduite à tenir devant un HELLP syndrome est la suivante :
 - Hospitalisation en maternité de niveau adapté
 - Voie veineuse périphérique, sondage urinaire
 - **Corticothérapie** (si < 34 SA)
 - En cas d'aggravation : Extraction de préférence **après 48 h de corticothérapie**
- L'extraction en urgence n'est donc pas recommandée .
- Une échographie hépatique est indispensable après le diagnostic d'un HELLP syndrome : elle permet de rechercher un **hématome sous-capsulaire du foie** .



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 11

QCM 1	Concernant la rétention aiguë d'urine, laquelle (lesquelles) de ces réponses est (sont) vraie(s) ?
A -	La douleur tenace et l'agitation sont très souvent retrouvées
B -	Le toucher rectal est indispensable devant l'existence d'un globe vésical
C -	Une échographie et un ECBU sont classiquement réalisés avant le drainage des urines
D -	Un ECBU est systématique une fois les urines drainées
E -	Le dosage du PSA sérique est systématique une fois les urines drainées
QCM 2	Parmi les étiologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) responsable(s) d'une rétention aiguë d'urine indolore ?
A -	Compression médullaire
B -	Hypertrophie bénigne de prostate
C -	Diabète
D -	Insuffisance rénale aiguë
E -	Caillottage sur cancer vésical
QCM 3	Concernant le sondage urinaire à demeure, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?
A -	La sonde est doit toujours être posée dans des conditions de stérilité
B -	Le prélèvement pour ECBU peut se faire par ponction dans le liquide de la poche collectrice avec déconnection de la sonde du système de drainage
C -	Des sondes de gros calibre doivent être préférées
D -	Des sondes de Charrière 18-20 sont habituellement utilisées
E -	L'absence de recallotage du patient masculin expose à un risque de paraphimosis
QCM 4	Quel(s) est (sont) le(s) avantage(s) du cathétérisme sus-pubien ?
A -	Moins de complications locales au long cours
B -	Technique possible en cas de troubles de l'hémostase
C -	Epreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle
D -	Pas de risque de perforation d'une anse digestive
E -	Pas de risque de fausses routes urétrales
QCM 5	Parmi les médicaments suivants, lequel (lesquels) sont classiquement responsables de rétention aiguë d'urine ?
A -	Néfopam utilisé pour une douleur post-opératoire
B -	Hydroxyzine utilisée à visée sédative
C -	Urapidil utilisé à visée antihypertensive
D -	Morphine utilisée pour une douleur aiguë sévère
E -	Tropicamide utilisé pour une uvéite

QCM 6	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) contre-indication(s) du cathéter sus-pubien ?
A -	Sténose urétrale
B -	Pontage fémoro-fémoral croisé
C -	Absence de globe vésical
D -	Traumatisme de l'uretère
E -	Cancer de la vessie
QCM 7	Devant une insuffisance rénale aiguë, quel(s) est (sont) le(s) gestes ou examen(s) à réaliser en urgence pour évaluer la gravité ?
A -	Mesure de la température corporelle
B -	ECG
C -	Auscultation cardiopulmonaire
D -	Bandelette urinaire
E -	Gazométrie artérielle
QCM 8	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) peu(vent) être révélateur(s) d'une insuffisance rénale aiguë ? Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) contre-indication(s) du cathéter sus-pubien ?
A -	Troubles visuels
B -	Diarrhée
C -	Nausées et/ou vomissements
D -	Céphalées
E -	Astérixis
QCM 9	Parmi les étiologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) responsable(s) d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ?
A -	Rhabdomyolyse massive
B -	Insuffisance surrénalienne aiguë
C -	Syndrome de levée d'obstacle
D -	Hyperparathyroïdie primitive non traitée
E -	Syndrome hémolytique et urémique
QCM 10	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) compatible(s) avec une néphrite interstitielle aiguë de présentation typique ?
A -	Hypertension artérielle
B -	Hématurie macroscopique
C -	Protéinurie = 2.5 g/L
D -	Œdèmes
E -	Hyperéosinophilie
QCM 11	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) compatible(s) avec une néphropathie vasculaire aiguë de présentation typique ?
A -	Hypertension artérielle
B -	Hématurie microscopique
C -	Protéinurie = 1 g/L
D -	Œdèmes
E -	Thrombopénie

QCM 12	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) indication(s) à la ponction-biopsie rénale ?
A -	Suspicion de nécrose tubulaire aiguë dès la découverte d'une IRA
B -	Suspicion de néphropathie glomérulaire aiguë
C -	Découverte d'une protéinurie à 2.5 g/24 h dans un contexte d'IRA
D -	Oligo-anurie depuis 1 semaine
E -	Suspicion de néphrite tubulo-interstitielle à l'aspirine chez un coronarien traité par KARDEGIC
QCM 13	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) de l'insuffisance rénale aiguë ?
A -	Accident vasculaire cérébral
B -	Hypophosphorémie
C -	Hémorragies digestives
D -	Acidose ventilatoire
E -	Pneumopathie infectieuse
QCM 14	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) indications de l'épuration extrarénale en urgence ?
A -	OAP résistant au traitement par diurétique de l'anse
B -	Kaliémie = 6.8 sans signe ECG
C -	Kaliémie = 5.5 avec signes ECG
D -	pH artériel = 7.23
E -	Créatininémie = 890 µmol/L
QCM 15	Parmi les facteurs suivants, lequel (lesquels) conditionne(nt) le pronostic vital dans l'IRA ?
A -	Une fonction rénale antérieure altérée (DFG estimé à 40 mL/kg/1.73 m ²)
B -	L'existence d'une acidose métabolique compliquant l'IRA
C -	La présence d'une IRA par nécrose tubulaire aiguë
D -	IRA survenant chez un diabétique de type 2 insulinorequérant avec un antécédent de SCA ST+
E -	IRA sur choc septique

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none">- La douleur d'un globe vésical est très marquante, accompagnée d'une agitation et une envie irrépressible d'uriner.- Le toucher rectal est indispensable pour rechercher une étiologie : pathologie urologique (prostate chez l'homme+++), fécalome, tumeur rectale...- Avant drainage, aucun examen complémentaire n'est requis en urgence 1, contrairement au drainage des urines +++.- Après drainage, l'ECBU est systématique 1. Le PSA ne doit jamais être réalisé en aigu (il sera presque toujours faussement élevé)
2- Réponse : A C	<ul style="list-style-type: none">- Rétention aiguë d'urine = impossibilité totale d'uriner malgré la réplétion vésicale<input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- L'insuffisance rénale aiguë ne répond pas à cette définition, elle correspond à une anurie X (absence de production d'urine)- Les causes de RAU indolores sont :<ul style="list-style-type: none">- Neuropathie végétative (diabète)- Traumatismes médullaires- Erreur de diagnostic
3- Réponse : A D E	<ul style="list-style-type: none">- Une sonde urinaire doit toujours être posée dans des conditions d'asepsie stricte et de stérilité 1.- La poche collectrice recueillant les urines ne doit JAMAIS être déconnectée du reste du système de drainage de la sonde : il faut toujours maintenir un système clos pour maintenir les conditions d'asepsie.<ul style="list-style-type: none">- L'ECBU doit être prélevé dans de strictes conditions d'asepsie par un site prévu à cet effet- Les sondes devant être utilisées en priorité sont les sondes de petit calibre<input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- La taille s'exprime en Charrière : retenir que « petit calibre = Charrière 18-20 »- L'absence de recallotage du patient masculin expose à un risque de paraphimosis : striction de l'anneau prépuzial et œdème du prépuce entraînant un recallotage impossible.
4- Réponse : A C E	<ul style="list-style-type: none">- Les avantages du cathétérisme sus-pubien<input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Moins de complications locales au long cours- Epreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle- Pas de risque de fausses routes urétrales- Cette technique est contre-indiquée relativement en cas de troubles de l'hémostase X.- Le risque de perforation d'une anse digestive existe, et c'est pour cela que cette technique n'est possible qu'après s'être assuré de l'existence d'un globe vésical 1.

5- Réponse : A B D E

- Schématiquement, cinq grands mécanismes thérapeutiques peuvent donner une RAU :
 - Les anticholinergiques = atropiniques :
 - × Tropicamide (collyres mydiatiques)
 - × Néfopam
 - × Hydroxyzine...
 - Les morphiniques
 - Les α-sympathicomimétiques : phénylephrine, éphédrine...
 - Les β2-sympathicomimétiques : salbutamol...
 - Les inhibiteurs calciques
- L'urapidil est un α-bloquant X. Les α-bloquants sont utilisés concomitamment à la pose d'une sonde chez l'homme avec hypertrophie de prostate, afin de faciliter le retrait ultérieur de la sonde.

6- Réponse : B C E

- Les contre-indications au cathétérisme sus-pubien sont les suivantes :
 - Absence de globe vésical+++
 - Pontage fémoro-fémoral croisé
 - Cancer de la vessie (contre-indication relative)
- La sténose urétrale et le traumatisme urétral sont des contre-indications du sondage urétral X et ne contre-indiquent en rien le cathétérisme sus-pubien.

7- Réponse : B C E

- Devant une IRA, trois complications potentiellement létales 1 sont à éliminer en urgence :
 - L'hyperkaliémie => faire un ECG
 - L'œdème aigu pulmonaire => faire une auscultation pulmonaire soigneuse
 - L'acidose métabolique => faire une gazométrie artérielle

8- Réponse : A B C D E

- Toutes ces manifestations appartiennent au syndrome urémique, et peuvent faire évoquer une insuffisance rénale aiguë. Ces signes doivent cependant faire éliminer d'autres diagnostics différentiels.

9- Réponse : A B C D

- L'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle est liée à une hypovolémie ou déshydratation extracellulaire.
- La rhabdomolyse massive peut entraîner :
 - Une IRA fonctionnelle par constitution d'un 3^e secteur
 - Une IRA organique tubulaire
- Le syndrome de levée d'obstacle entraîne une IRA fonctionnelle liée à la polyurie qu'elle entraîne (déshydratation extracellulaire).
- L'hyperparathyroïdie primitive non traitée entraîne une hypercalcémie se traduisant par un syndrome polyuro-polydipsique (déshydratation extracellulaire) pouvant se compliquer d'IRA fonctionnelle.
- Le syndrome hémolytique et urémique entraîne une IRA organique vasculaire X.

10- Réponse : B E

- Retenir l'aspect typique de la néphrite interstitielle aiguë :
 - Pas d'hypertension artérielle
 - Parfois hématurie macroscopique (surtout si contexte allergique)
 - Protéinurie < 2 g/24 h (voire < 1.5 g/24 h), d'allure tubulaire
 - Pas d'oedème
 - Parfois hyperéosinophilie (surtout si contexte allergique) voire éosinophilurie
 - Leucocyturie aseptique ou associée à une infection urinaire

11- Réponse : A C E

- Retenir l'aspect typique de la néphrite vasculaire aiguë :
 - Hypertension artérielle ± autres facteurs de risque cardiovasculaires
 - Hématurie macroscopique, parfois microscopique (dans la maladie des emboles de cristaux de cholestérol)
 - Protéinurie variable, souvent < 2 g/24 h
 - Absence d'oedème
- La thrombopénie de consommation est retrouvée dans les microangiopathies thrombotiques .

12- Réponse : B C E

- Les indications de la PBR sont les suivantes :
 - Suspicion d'IRA vasculaire, glomérulaire ou interstitielle (après avoir écarté la nécrose tubulaire aiguë)
 - NTA persistante > 3 semaines, ou NTA sans cause évidente
 - Suspicion de néphrite tubulo-interstitielle aiguë médicamenteuse devant être écartée car le médicament est indispensable
 - Protéinurie et hématurie abondantes
 - Oligo-anurie > 3 semaines

13- Réponse : A C E

- L'AVC est une complication cardiovasculaire de l'IRA favorisée par l'alimentation, les variations tensionnelles et l'hypoxémie .
- Les hémorragies digestives sont liées aux ulcères de stress et doivent être systématiquement prévenus par des IPP .
- Les infections nosocomiales (dont la pneumopathie infectieuse) sont fréquentes dans l'IRA .
- L'hypophosphorémie X n'est pas une complication de l'IRA.
- L'acidose métabolique est une complication de l'IRA (et non l'acidose ventilatoire X).

14- Réponse : A C

- Les indications à l'épuration extrarénale en urgence sont les suivantes :
 - Surcharge hydrosodée résistante au traitement par diurétique
 - Surcharge hydrosodée avec hyponatrémie cliniquement parlante (troubles de la conscience)
 - **Syndrome urémique** : signes neuro, vomissements, syndrome hémorragique
 - **Kaliémie** :
 - * > 7.5 mmol/L
 - * Ou entre 5.0 et 7.5 avec des signes ECG
 - **Urée** > 40 mmol/L
 - **Créatininémie** > 1000 µmol/L
 - **pH artériel** > 7.20

15- Réponse : B D E

- Les facteurs conditionnant le pronostic vital lors d'une IRA sont :
 - L'existence d'un **choc septique initial**
 - Le **nombre de défaillances viscérales associées**
 - Les **complications** (ex : acidose métabolique)
 - Le **terrain** (ex : diabétique de type 2 insulinorequérant avec antécédent de SCA ST+)
 - **La fonction rénale antérieure altérée et les IRA organiques** (exceptée la nécrose tubulaire aiguë) sont des facteurs conditionnant le pronostic rénal, et non le pronostic vital immédiat.



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 12

QCM 1	Concernant les abcès des parties molles, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le germe incriminé est le plus souvent un streptocoque A
B -	Leur présence doit faire rechercher un diabète et un VIH lorsqu'ils sont récidivants
C -	L'évolution se fait en 3 phases (début, collection, fistulisation)
D -	Le traitement repose exclusivement sur une antibiothérapie associée à des soins locaux (antiseptiques)
E -	La formation d'un abcès dermique peut compliquer une furonculose
QCM 2	Concernant le panaris, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une infection aiguë des parties molles du doigt, apparue primitivement
B -	Le germe le plus fréquemment isolé est le staphylocoque doré, mais d'autres germes sont également retrouvés (anaérobies, entérocoques...)
C -	Le panaris sous-cutané est le plus fréquent
D -	Le panaris anthracoïde est un panaris profond de la face palmaire du doigt
E -	Le panaris phlycténoïde péri-unguéal est également appelé tourniole
QCM 3	Concernant les formes cliniques de panaris, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le panaris anthracoïde est aussi dénommé panaris sous-unguéal
B -	Le panaris sous-cutané est très douloureux
C -	Les panaris proximaux dorsaux peuvent diffuser vers les articulations interphalangiennes
D -	La tourniole est le panaris le plus fréquent
E -	Les panaris proximaux palmaires peuvent diffuser vers les articulations métacarpophalangiennes
QCM 4	Quelle est la prise en charge d'un panaris à la phase inflammatoire ?
A -	Bains antiseptiques locaux 3 fois/jour
B -	Chirurgie en urgence (excision et prélèvements bactériologiques)
C -	Antibiothérapie
D -	Prévention anti-tétanique
E -	Rééducation de la main
QCM 5	A propos des gaines synoviales des fléchisseurs des doigts, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il existe 3 gaines digitales propres
B -	Il existe une communication entre la gaine du long fléchisseur du pouce et la gaine commune des fléchisseurs au niveau du pli distal du poignet
C -	La gaine digitocarpienne radiale contient les tendons des fléchisseurs du pouce à l'annulaire
D -	La gaine commune des fléchisseurs contient l'ensemble des tendons des fléchisseurs de la main
E -	La gaine digitocarpienne ulnaire enveloppe l'ensemble des fléchisseurs des doigts longs

QCM 6	A propos des phlegmons des gaines des fléchisseurs, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit toujours d'une urgence chirurgicale
B -	L'aggravation est brutale
C -	Les stades sont fonction de l'aspect histologique des lésions
D -	Le phlegmon par proximité d'un foyer infectieux (panaris...) évolue plus rapidement que le phlegmon par inoculation directe (plaie, morsure)
E -	Des radiographies doivent être réalisées avant le traitement chirurgical
QCM 7	A propos de la prise en charge et évolution du phlegmon des gaines des fléchisseurs, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Une antibiothérapie parentérale de 48 h est nécessaire
B -	Un traitement antibiotique de 15 jours comportant initialement bêta-lactamine + aminoside est nécessaire
C -	En cas de phlegmon sur morsure de chien, une antioprophylaxie par amoxicilline-acide clavulanique est nécessaire
D -	L'intervention chirurgicale peut comporter une excision de la synoviale hypertrophique
E -	La raideur est une complication fréquente du phlegmon des gaines
QCM 8	Concernant le phlegmon des espaces cellulaires, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une dermohypodermite bactérienne non nécrosante
B -	Il peut toucher l'espace cellulaire dorsal épais ou l'espace cellulaire palmaire fin de la main
C -	Il peut être dû à une inoculation directe, un panaris ou un phlegmon des gaines
D -	Le signe principal du phlegmon des espaces cellulaires est l'œdème
E -	La prise en charge est médicochirurgicale et comporte une immobilisation temporaire de la main
QCM 9	A propos des infections dentaires, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La pulpite aiguë peut être réversible ou irréversible en fonction du stade
B -	La « rage de dent » est un synonyme de desmodontite
C -	La desmodontite aiguë se distingue de la desmodontite chronique par la présence d'une douleur intense
D -	Une atteinte de l'os alvéolaire < 5 mm au contact de l'apex dentaire se nomme un kyste apical, et la même atteinte > 5 mm se nomme un granulome apical.
E -	Le traitement des caries n'est pas systématique en cas de carie de dent déciduale (dent de lait)
QCM 10	Parmi les réponses suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) à l'origine d'une hypertrophie gingivale ?
A -	Puberté
B -	Carence en vitamine D
C -	Ciclosporine
D -	Hydroxychloroquine
E -	Nifédipine

QCM 11	A propos des sinusites maxillaires d'origine dentaire (SMOD), quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
---------------	--

- A - Les dents les plus à proximité avec le plancher du sinus maxillaire sont les canines et prémolaires supérieures
- B - Elles représentent 40 % de l'ensemble des sinusites maxillaires
- C - La cacosmie subjective et le caractère unilatéral de la rhinorrhée purulente orientent vers le diagnostic de SMOD
- D - Le Cone Beam met en évidence au niveau sinusal un niveau hydroaérique, un épaississement de la muqueuse du sinus et une atteinte de la paroi osseuse
- E - Un panoramique dentaire est nécessaire et met en évidence des radio-clarté dont la localisation oriente vers l'étiologie

QCM 12	A propos des SMOD, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
---------------	---

- A - Un cancer du sinus maxillaire doit être systématiquement éliminé
- B - Les SMOD récidivent rarement après une antibiothérapie bien menée
- C - Une SMOD sévère peut diminuer la sensibilité dans le territoire du nerf infraorbitaire
- D - Une dent intacte réagissant aux tests de vitalité n'élimine pas la mise en cause de cette dent dans le processus infectieux
- E - La présence d'une radio-clarté coronaire sur l'orthopantomogramme oriente vers une carie

QCM 13	A propos de la cellulite faciale, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
---------------	--

- A - Il s'agit d'une complication rare des foyers infectieux dentaires
- B - Elle est surtout due au staphylocoque doré
- C - Les germes des foyers infectieux dentaires gagnent les parties molles de la face à partir d'une ostéite d'origine parodontale ou endodontique
- D - Les cellulites aiguës évoluent en 3 stades : non collectée, collectée et suppurée
- E - Elle peut dégénérer en fasciite nécrosante et peut être létale

QCM 14	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) à des signes locaux de gravité de la cellulite faciale ?
---------------	---

- A - Présence d'une crépitation neigeuse à la palpation de la tuméfaction
- B - Trismus et déglutition salivaire douloureuse
- C - Erythème s'étendant jusqu'à la partie moyenne du cou
- D - Tuméfaction du plancher oral et œdème ingui
- E - Tuméfaction jugale douloureuse

QCM 15	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) appartient au tableau clinique de la thrombophlébite faciale septique ?
---------------	---

- A - Ptosis
- B - Vomissements
- C - Exophtalmie
- D - Oedème de la paupière supérieure
- E - Diplopie

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : B	<ul style="list-style-type: none">- Le germe incriminé est le plus souvent un staphylocoque doré <input checked="" type="checkbox"/>.- Leur présence doit faire rechercher des facteurs favorisants/déclenchants lorsqu'ils sont récidivants : diabète, VIH, immunodépression... <input type="checkbox"/>- L'évolution se fait en 4 phases : début, collection, fistulisation puis cicatrisation <input checked="" type="checkbox"/>. Le traitement d'un abcès est essentiellement CHIRURGICAL ± médical (soins locaux, parfois antibiothérapie, prévention antitétanique) <input checked="" type="checkbox"/>.- La formation d'un abcès sous-cutané peut compliquer une furoncule : le bulbe du follicule pileux est enchassé dans l'hypoderme (tissu adipeux) <input type="checkbox"/>
2- Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none">- Le panaris est une infection aiguë des parties molles du doigt, apparue primitivement <input checked="" type="checkbox"/>.- Le germe le plus fréquemment isolé est le staphylocoque doré <input checked="" type="checkbox"/>, mais d'autres germes sont également retrouvés (anaérobies, entérocoques...).- Les différents types de panaris sont les suivants <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- Panaris phlycténoïde péri-unguéal = tourniole<ul style="list-style-type: none">× Le plus fréquent× Doit faire rechercher une collection sous-unguée ou pulpaire- Panaris anthracoïde<ul style="list-style-type: none">× Superficiel× Il s'agit d'un furoncle de la face dorsale du doigt- Panaris sous-cutané<ul style="list-style-type: none">× Pulpaire× Douloureux× A tendance à diffuser vers les espaces profonds- Panaris proximaux palmaires ou dorsaux<ul style="list-style-type: none">× Ont également tendance à diffuser vers les gaines situées à proximité
3- Réponse : A B C D	<ul style="list-style-type: none">- Pour les différents types de panaris : cf. question précédente- Les panaris proximaux <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- Dorsaux peuvent diffuser :<ul style="list-style-type: none">× vers les articulations interphalangiennes× vers les articulations métacarpophalangiennes- Palmaires peuvent diffuser :<ul style="list-style-type: none">× vers l'espace commissural× vers les gaines digitales

4- Réponse : A D

- Le traitement d'un panaris à la phase inflammatoire est le suivant :
 - Bains antiseptiques 3 fois/jour
 - Prévention anti-tétanique
 - Chirurgie uniquement si absence d'amélioration à 48 h (absence de pus à évacuer à cette phase).
- L'antibiothérapie n'est pas recommandée en raison du risque d'évolution vers un panaris « refroidi » dont l'évolution en profondeur devient peu symptomatique .
- La rééducation de la main est inutile : le doigt peut être mobilisé dès 24 h de bains antiseptiques.

5- Réponse : A E

- Question très discriminante, et une question similaire est tombée à l'iECN 2016.
- Il y a 3 types de gaines des fléchisseurs :
 - 3 gaines digitales propres (doigts II, III et IV)
 - 1 gaine enveloppant le long fléchisseur du pouce = **gaine digitocarpienne radiale**
 - 1 gaine enveloppant l'ensemble des fléchisseurs des doigts longs (II, III, IV, V) = **gaine digitocarpienne ulnaire**
- Il existe une communication entre la gaine du long fléchisseur du pouce et la gaine commune des fléchisseurs **2 centimètres au-dessus** du pli distal du poignet .

6- Réponse : A E

- Le phlegmon des gaines des fléchisseurs :
 - Est toujours une **urgence chirurgicale**, le pronostic fonctionnel de cette infection étant sévère
 - L'aggravation est **progressive**
 - Les stades sont fonction de l'aspect **macroscopique** des lésions :
 - Stade 1 = inflammatoire
 - Stade 2 = purulent
 - Stade 3 = nécrotique
- Le phlegmon par inoculation directe évolue plus rapidement que le phlegmon par diffusion à partir d'un foyer infectieux régional .
- Des **radiographies** doivent être réalisées avant le traitement chirurgical afin :
 - d'éliminer la présence d'un corps étranger
 - de rechercher des complications ostéo-articulaires
 - Attention elles ne doivent pas retarder le traitement chirurgical qui est urgent.

7- Réponse : A B C D E

- L'antibiothérapie du phlegmon des gaines est :
 - Parentérale pendant 48 h
 - Puis relais par voie orale pendant 15 jours
 - Initialement probabiliste (beta-lactamine + aminoside) puis adaptée à l'antibiogramme.
- En cas de phlegmon sur morsure de chien, une **antibioprophylaxie de la pasteurellose** est nécessaire : amoxicilline-acide clavulanique en probabiliste. Ne pas oublier la prophylaxie antitétanique et celle contre la rage si nécessaires.
- L'intervention chirurgicale comporte une excision de la porte d'entrée, des prélèvements bactériologiques multiples, un temps d'exploration, un lavage abondant de la gaine et peut comporter une **excision de la synoviale hypertrophique** dans les stades les plus évolués.
- La raideur est une **complication fréquente** du phlegmon des gaines , la mobilisation d'abord passive puis active aidée doit être précoce.

8- Réponse : A C D E

- Le phlegmon des espaces cellulaires :
 - Est une **dermohypodermite bactérienne non nécrosante** le plus souvent
 - peut toucher :
 - × l'espace cellulaire dorsal, qui est fin
 - × l'espace cellulaire palmaire, qui est épais et contient 2 espaces (superficiel et profond)
 - peut être du à une **inoculation directe** le plus souvent , mais aussi être secondaire à un panaris ou un phlegmon des gaines
- Le signe principal du phlegmon des espaces cellulaires est l'**œdème diffus** , prédominant au dos de la main.
- La prise en charge est **médicochirurgicale** et comporte une **immobilisation temporaire** de la main en position de fonction, avec mobilisation précoce des doigts.

9- Réponse : A C

- La **pulpite aiguë** :
 - est une **inflammation aiguë de la pulpe dentaire** faisant suite à la dentinite
 - On la nomme de façon familière « **rage de dents** »
 - Elle peut être **réversible** lorsqu'un traitement est mis en place précocément
 - Elle peut être **irréversible** lorsqu'il y a nécrose
- La **desmodontite** est une **inflammation du ligament alvéolo-dentaire**. Elle peut être :
 - **Aiguë** : elle prend la forme d'une **carie hyperdouloureuse avec inflammation locale**
 - **Chronique** : elle prend la forme de **dyschromie dentaire non dououreuse**
- Le **granulome et le kyste apical** sont l'évolution commune de la carie et de la desmodontite. Ces lésions sont des atteintes de l'os alvéolaire au contact de l'apex dentaire avec présence d'un tissu de granulation contenant généralement un foyer infectieux latent . On distingue le kyste du granulome par leur taille :
 - Lacune osseuse $\leq 5 \text{ cm}$ = > granulome apical
 - Lacune osseuse $> 5 \text{ cm}$ = > kyste apical
- Le traitement des caries est **systématique** quelle que soit la denture, afin d'éviter l'évolution vers les complications infectieuses locales et générales

10- Réponse : A C E

- Les causes d'**hypertrophie gingivale** sont les suivantes :
 - **Idiopathique**
 - **Hormonales** : puberté, grossesse...
 - **Carence en vitamine C** (scorbut)
 - **Hémopathie maligne**
 - **Médicaments** : phénytoïne, nifédipine, ciclosporine

11- Réponse : B C E

- La SMOD est une forme étiologique fréquente de sinusite maxillaire : 40 % des cas.
- Les dents les plus souvent responsables et les plus à proximité avec le plancher du sinus maxillaire sont les **prémolaires et les molaires supérieures**.
- La **cacosmie subjective** et le **caractère unilatéral** de la rhinorrhée purulente orientent vers le diagnostic de sinusite, l'unilatéralité est très en faveur de l'étiologie dentaire (80 % des cas unilatéraux).
- L'imagerie et le traitement dans les SMOD doivent concerner sinus et dents. On réalise :
 - Un **Cone Beam** (tomographie informatisée peu irradiante) pour explorer les sinus, qui met en évidence un niveau hydroaérique, un épaissement de la muqueuse du sinus et des **parois osseuses INTACTES**.
 - Un **panoramique dentaire** pour explorer les dents, qui met en évidence des radio-clartés dont la localisation oriente vers l'étiologie.

12- Réponse : A E

- La SMOD étant une pathologie sinusienne unilatérale, il faut systématiquement éliminer l'autre principale pathologie sinusienne unilatérale : le **cancer du sinus maxillaire**.
- Le signe clinique permettant de différencier ces 2 pathologies est la **sensibilité dans le territoire du nerf infraorbitaire** : elle est conservée dans la SMOD alors qu'elle est atteinte dans le cancer du sinus maxillaire.
- Les SMOD récidivent fréquemment après une antibiothérapie bien menée : il s'agit en règle d'une **atteinte chronique évoluant par poussées**.
- Dent intacte réagissant aux tests de vitalité = dent hors de cause dans la SMOD.
- La présence d'une **radio-clarté coronaire** sur l'orthopantomogramme oriente vers une **carie**.

13- Réponse : C E

- Les cellulites faciales sont une cause fréquente d'urgence en chirurgie maxillofaciale : c'est la **1^{re} complication** des foyers infectieux dentaires.
- Les cellulites faciales sont **polymicrobiennes** (germes de la cavité buccale) : on y trouve des germes aérobies et anaérobies.
- Les germes des foyers infectieux dentaires gagnent les parties molles de la face à partir d'une **ostéite** d'origine parodontale ou endodontique.
- On a 2 types de cellulites faciales :
 - La **cellulite aiguë**, qui évolue en 3 stades :
 - × Stade 1 : cellulite séreuse = non collectée
 - × Stade 2 : cellulite suppurée = collectée
 - × Stade 3 : cellulite gangrénouse = diffusée
 - La **cellulite subaiguë/chronique**
- La cellulite gangrénouse peut dégénérer en **fasciite nécrosante** et peut entraîner la mort.

14- Réponse : A B D

- Les critères de gravité ☐ sont :
 - Présence d'une **crépitation neigeuse** à la palpation de la tuméfaction (suspicion de gangrène gazeuse)
 - **Trismus** et déglutition salivaire douloureuse (risque de troubles de la déglutition et asphyxie)
 - Erythème s'étendant vers la **partie basse du cou** (suspicion de dissémination de l'infection en direction du médiastin)
 - Tuméfaction du plancher oral et **œdème ingual** (risque d'asphyxie)
- La tuméfaction jugale douloureuse n'est en pas en soi un signe de gravité, quand elle n'est pas associée à une fermeture de l'œil X.

15- Réponse : A B C D E

- Les thrombophlébites (cranio)faciales septiques sont exceptionnelles et sont liées à la migration d'emboles septiques dans la circulation veineuse au niveau de l'extrémité céphalique, à partir d'un foyer infectieux dentaire ou gingival. Le tableau classique est celui de la **thrombophlébite du sinus caverneux** ☐.
- Ce tableau clinique est le suivant :
 - **Syndrome septicémique**
 - **Exophtalmie**
 - **Œdème important gagnant le canthus interne et la paupière supérieure**
 - **Atteinte des nerfs oculomoteurs** : ptosis, strabisme, diplopie
 - **Syndrome méningé** : céphalées, nausées, vomissements, raideur de la nuque.

Questions isolées QCM N° 13

QCM 1	A propos de l'état d'agitation aigu, quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?
A -	L'agitation est un état de tension interne et d'hyperactivité motrice orientée vers un but
B -	Dans la majorité des cas, elle est due à une cause exogène
C -	La priorité chez une personne âgée est d'éliminer une cause médicale non psychiatrique
D -	La priorité chez un adulte ayant des antécédents psychiatriques est d'éliminer l'apparition d'un nouveau trouble psychiatrique
E -	4 % des cas d'agitation aux urgences sont liés à une cause médicale non psychiatrique
QCM 2	Quel est le bilan paraclinique minimal à réaliser devant une agitation ?
A -	ECG
B -	TDM cérébral
C -	Calcémie
D -	Bilan d'hémostase
E -	Aucune de ces réponses
QCM 3	Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) médicamenteuse(s) d'agitation chez un patient atteint de pathologie psychiatrique ?
A -	Antidépresseur et effet paradoxal
B -	Benzodiazépine et syndrome sérotoninergique
C -	Neuroleptique et syndrome extrapyramidal
D -	Antipsychotique et action anticholinergique
E -	Benzodiazépine et virage maniaque
QCM 4	Concernant la prise en charge d'un état d'agitation, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le traitement anxiolytique est au centre de la prise en charge
B -	Il faut mettre la personne dans un environnement calme, lumière éteinte
C -	Les mesures de contention ne sont pas dénuées d'effets indésirables sur le plan médical
D -	Il faut privilégier en 1 ^{re} intention une benzodiazépine de demi-vie longue, ou un anxiolytique d'une autre famille (ex : hydroxyzine)
E -	La voie d'administration des benzodiazépines tient compte du degré de gravité de l'état d'agitation (s'il est modéré on utilise la voie orale, s'il est sévère on utilise la voie intramusculaire)
QCM 5	Concernant le délire aigu, quelle(s) est (sont) la (les) propositions vraie(s) ?
A -	Une idée délirante peut se définir comme une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, parfois partagée par un petit groupe de personnes (exemple : sectes)
B -	Par définition, un délire aigu est considéré comme aigu s'il date de moins de 3 mois
C -	Il existe 3 mécanismes à l'origine d'idées délirantes
D -	La thématique la plus fréquente d'un délire aigu est la persécution
E -	La prise en charge d'un délire aigu est similaire à celle d'un état d'agitation aigu

QCM 6	Concernant l'attaque de panique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	1 personne sur 5 fera dans sa vie une attaque de panique
B -	Le terrain le plus fréquent est la femme âgée
C -	On distingue 3 types de symptômes : cognitifs, émotionnels et comportementaux
D -	La crise est marquée par un début brutal et une décroissance progressive
E -	Une crise dure en moyenne 3 à 5 minutes
QCM 7	Que pouvez-vous prescrire chez un patient victime d'une attaque de panique ?
A -	Alprazolam 0,5 mg per os en une prise
B -	Lorazépam 5 mg per os en une prise
C -	Lorazépam 10 mg per os en une prise
D -	Diazépam 1 mg per os en une prise
E -	Diazépam 5 mg per os en une prise
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) critère(s) DSM IV permettant de définir l'attaque de panique ?
A -	Dépersonnalisation ou déréalisation
B -	Peur de mourir
C -	Céphalées
D -	Frissons
E -	Paresthésies
QCM 9	Parmi les substances suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) susceptible(s) de favoriser la survenue d'une attaque de panique ?
A -	Lévothyroxine
B -	Ramipril
C -	Prednisone
D -	Cannabis
E -	Alcool
QCM 10	Concernant la physiopathologie des attaques de panique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'hypercapnie pourrait jouer un rôle dans la survenue des symptômes
B -	La cholecystokinine peut provoquer une attaque de panique
C -	Le bicarbonate de sodium peut provoquer une attaque de panique
D -	Les différents facteurs impliqués dans l'attaque de panique sont bio-psychosociaux
E -	Le comportement de la famille et des amis de la personne atteinte d'attaque de panique peut favoriser la survenue d'un trouble panique
QCM 11	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Un refus délibéré de s'alimenter peut être considéré comme une tentative de suicide
B -	Des automutilations répétées peuvent être considérées comme une tentative de suicide
C -	Les scarifications sont des équivalents suicidaires
D -	La crise suicidaire est définie comme une crise psychique pouvant survenir chez n'importe quel individu
E -	Une appétence tabagique peut être le 1 ^{er} signe d'une crise suicidaire

QCM 12	A propos de l'épidémiologie du suicide, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	On estime entre 15 000 et 20 000 le nombre de tentatives de suicide donnant lieu à un contact avec le système de soins en France
B -	Les femmes font 4 fois plus de tentatives de suicide que les hommes
C -	Le taux moyen de récidive après une première tentative de suicide est de 40 %
D -	Le suicide est la 2 ^e cause de mortalité entre 15 et 34 ans
E -	Il y a une tentative de suicide toutes les 40 minutes en France
QCM 13	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) permettent l'évaluation du risque suicidaire ?
A -	Evaluation de la santé physique
B -	Présence d'un suicide récent dans l'entourage professionnel
C -	Niveau de souffrance du sujet élevé
D -	Difficultés économiques
E -	Tempérament impulsif
QCM 14	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) permettent l'évaluation de l'urgence suicidaire ?
A -	Manque de soutien familial
B -	Dangerosité létale du moyen considéré
C -	Antécédents de passage à l'acte
D -	Résilience
E -	Difficultés avec la loi
QCM 15	A propos des principes de prise en charge de l'urgence suicidaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il est nécessaire de dramatiser la situation dès lors que le patient exprime des idées suicidaires
B -	L'examen physique du patient n'est pas toujours nécessaire si le patient est connu et qu'il exprime des idées suicidaires
C -	L'hospitalisation s'impose en cas d'urgence suicidaire modérée
D -	L'hospitalisation réduit quasi-totalement le risque suicidaire (en dessous de 1 %)
E -	Des entretiens familiaux peuvent être proposés

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : B C E		<ul style="list-style-type: none">- Définition de l'état d'agitation <input checked="" type="checkbox"/> : activité motrice excessive (en général improductive et stéréotypée) associée à un état de tension intérieure.<ul style="list-style-type: none">- C'est l'hyperactivité <input checked="" type="checkbox"/> qui est une activité motrice orientée vers un but- Aux urgences, l'état d'agitation est sous-tendu <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Dans 60 % des cas par une intoxication éthylique- Dans 4 % des cas par une cause médicale non psychiatrique- La priorité dans l'état d'agitation est TOUJOURS d'éliminer une pathologie médicale non psychiatrique <input checked="" type="checkbox"/>, étiologie cependant plus fréquente chez les personnes âgées.- Il faut ensuite savoir penser aux effets des médicaments et drogues (y compris le sevrage), et enfin aux troubles psychiatriques (diagnostics d'élimination).
2- Réponse : A C D		<ul style="list-style-type: none">- Un bilan paraclinique minimal est nécessaire devant un état d'agitation afin d'éliminer des causes mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel, et de faire le bilan pré-thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- ECG (si administration d'un neuroleptique sédatif, cette classe de médicament allonge le QT et est donc contre-indiquée en cas de QT long)- Ionogramme, glycémie, calcémie (recherche de causes métaboliques d'agitation)- Hémogramme, bilan d'hémostase (surtout si nécessité d'injection intramusculaire).
3- Réponse : C D		<ul style="list-style-type: none">- Les traitements psychotropes peuvent être responsables d'état d'agitation. Attention à ne pas confondre les mécanismes d'action <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Pour les antidépresseurs :<ul style="list-style-type: none">x Syndrome sérotoninergique : tous (en particulier ISRS, IRSNa, IMAO)x Effet anticholinergique (confusion) : tricycliquesx Virage maniaque, hypomaniaque ou mixte : tous- Pour les benzodiazépines :<ul style="list-style-type: none">x Effet paradoxal- Pour les neuroleptiques/antipsychotiques :<ul style="list-style-type: none">x Syndrome extrapyramidal (dyskinésie aiguë ou akathisie)x Effet anticholinergique (confusion)

4- Réponse : C

- La prise en charge d'un état d'agitation comprend 2 dimensions^① :
 - La **dimension relationnelle** : au centre de la prise en charge (doit être envisagée avant toute contention ou traitement médicamenteux)
 - La **dimension chimiothérapeutique** : anxiolytiques, neuroleptiques sédatifs.
- Il est préconisé de mettre la personne dans un **environnement calme**, dans un **chambre bien éclairée**.
- Les mesures de contention ne sont pas dénuées d'effets indésirables sur le plan médical : elles peuvent **aggraver un syndrome confusionnel** préexistant (il est donc nécessaire de les limiter au maximum).
- Il faut privilégier en 1^{re} intention une benzodiazépine de **demi-vie COURTE**, ou un anxiolytique d'une autre famille (ex : hydroxyzine).
- Quelle que soit la gravité de l'agitation, on doit toujours privilégier la prescription de benzodiazépines par **voie orale**, la voie IM ayant une mauvaise biodisponibilité et une durée d'action longue. La voie IM doit être réservée aux cas où le patient refuse les traitements per os, et dans ce cas précis, il est préférable de prescrire des neuroleptiques sédatifs plutôt que des benzodiazépines.

5- Réponse : D E

- Une idée délirante n'est habituellement **pas partagée** par un petit groupe de personnes : les sectes et groupes religieux ne sont pas considérés comme des délires aigus. De même, pour qu'une idée soit délirante, il faut que celle-ci soit **fermement soutenue** en dépit de l'apport de preuves irréfutables et évidentes du contraire.
- Par définition, un délire aigu est considéré comme aigu s'il date de moins de 1 mois.
- Il existe 4 mécanismes à l'origine d'idées délirantes :
 - Imaginatif
 - Intuitif
 - Interprétatif
 - Hallucinatoire
- La thématique la plus fréquente d'un délire aigu est la **persécution**.
- La prise en charge d'un délire aigu est similaire à celle d'un état d'agitation aigu (cf. question 4).

6- Réponse : D

- Question difficile mais notions tombables à l'ECN (ne pas sous-estimer l'épidémiologie).
- **1 personne sur 20** fera dans sa vie une attaque de panique (soit environ 5 %).
- Le terrain le plus fréquent est la **femme jeune** (2 femmes pour 1 homme).
- On distingue 3 types de **symptômes**^① :
 - Physiques
 - Psychiques
 - Comportementaux
- La crise est marquée par un **début brutal** et une **décroissance progressive** accompagnée généralement de soulagement.
- Une crise dure en moyenne **20 à 30 minutes**, l'acmé des symptômes étant atteinte très rapidement (parfois quelques secondes).

7- Réponse : A E

- Attention, les posologies des benzodiazépines sont à connaître dans l'attaque de panique !
- Les 3 benzodiazépines à connaître sont les suivantes :
 - Alprazolam 0,25 à 0,5 mg per os en une prise
 - Lorazépam 1 à 2 mg per os en une prise
 - Diazépam 5 à 10 mg per os en une prise.

8- Réponse : A B D E

- Tous ces symptômes peuvent être retrouvés dans l'attaque de panique ; en revanche, les céphalées ne figurent pas dans les critères DSM IV de l'attaque de panique .
- Ces critères sont importants à connaître pour faire le diagnostic de l'attaque de panique : il faut 4 critères survenus de façon brutale avec une acmé obtenu en moins de 10 minutes .

9- Réponse : A C D E

- **Toutes les substances psychoactives** (à l'exception des opiacés) peuvent favoriser les troubles anxieux, avec notamment des attaques de panique : alcool, tabac, cannabis, ecstasy, amphétamines...
- Les **corticoïdes et les hormones thyroïdiennes**, de par leurs **effets stimulants**, peuvent favoriser la survenue d'attaques de panique . Les IEC, quant à eux, ne sont pas connus pour augmenter le risque d'attaques de panique .

10- Réponse : B D E

- La physiopathologie de l'attaque de panique (AP) est peu connue. Actuellement, on pense que les différents éléments impliqués dans la genèse d'une crise d'angoisse sont bio-psychosociaux :
 - FACTEURS BIOLOGIQUES :
 - × L'hyperventilation induit une **HYPOcapnie** responsable de symptômes (paresthésies, sensations vertigineuses...)
 - × Dysfonctionnement de la régulation de certains neurotransmetteurs pouvant provoquer des AP : **cholecystokinine, lactate de sodium.**
 - FACTEURS PSYCHOLOGIQUES :
 - × **Auto-renforcement** des cognitions catastrophistes
 - FACTEURS SOCIAUX :
 - × **L'inquiétude de l'entourage** renforce les cognitions catastrophistes, augmentant le risque de chronicisation du trouble sous forme de trouble panique.

11- Réponse : C E

- Une **tentative de suicide** est un acte **INHABITUEL**. Trois actes sont donc exclus de cette catégorie X :
 - Les conduites addictives
 - Les automutilations répétées
 - Les refus de s'alimenter
- Un **équivalent suicidaire** est une conduite à risque mettant en jeu la vie du sujet sans qu'il n'en ait réellement conscience. Les scarifications, la conduite en état d'ivresse et les refus de s'alimenter sont des exemples d'équivalents suicidaires.
- La **crise suicidaire** est définie comme une **crise psychique** pouvant survenir
 - chez un individu avec un **contexte de vulnérabilité**
 - qui exprime des **idées et intention suicidaires**
- Une **appétence tabagique** (ou alcoolique) peut être le 1er signe d'une crise suicidaire.

12- Réponse : B C D

- On estime entre 150 000 et 200 000 le nombre de tentatives de suicide donnant lieu à un contact avec le système de soins en France.
- Les femmes font 4 fois plus de **tentatives de suicide** que les hommes.
- Le taux moyen de récidive après une première tentative de suicide est de 40 %.
- Le suicide est la 2^e cause de mortalité entre 15 et 34 ans, 1^{re} entre 25 et 30 ans.
- Il y a une tentative de suicide toutes les 4 minutes en France, un suicide réussi toutes les 40 minutes.

13- Réponse : A B C D E

- Pour évaluer la crise suicidaire d'une façon générale, il faut bien faire la différence entre l'évaluation du **RISQUE**, l'évaluation de l'**URGENCE**, et l'évaluation de la **DANGEROSITE** (RUD).
- Les éléments permettant d'évaluer le risque parmi ceux proposés sont :
 - L'évaluation de la **santé physique**
 - La « **contagion** » suite à un suicide : suicide récent dans l'entourage professionnel par exemple
 - Les **difficultés économiques**
 - Le **tempérament impulsif**, qui est également un critère d'**URGENCE**.
- Le niveau de souffrance du sujet élevé X est quant à lui un critère d'**URGENCE suicidaire**.

14- Réponse : A C

- Les éléments permettant d'évaluer l'urgence parmi ceux proposés sont :
 - Le **manque de soutien familial**
 - Les **antécédents de passage à l'acte** (témoignant d'un tempérament IMPULSIF).
- La **dangerosité létale** du moyen considéré X est un facteur de **DANGEROSITE**.
- La **résilience X** est la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, il s'agit d'un facteur **PROTECTEUR**.
- La présence de difficultés avec la loi X est un facteur de **RISQUE**.

15- Réponse : E

- L'expression d'idées suicidaires par la patient ne doit **ni être banalisée, ni être dramatisée**. Il s'agit d'une urgence psychiatrique où le patient doit être libre d'exprimer ses idées¹.
- L'examen physique du patient permet **d'apaiser le patient et d'entrer en relation avec lui, il est indispensable**¹.
- L'hospitalisation s'impose en cas d'urgence suicidaire **élevée**. Dans les autres situations, elle ne doit se faire qu'au cas-par-cas (entourage délétère, pathologie psychiatrique sous-jacente...)¹.
- De nombreux suicides se font en établissement de soins (**5 % environ**). L'hospitalisation n'est pas un traitement « magique » et n'empêche pas un patient de se suicider, d'où l'intérêt de peser les indications au cas-par-cas¹.
- Des **entretiens familiaux** peuvent être proposés, pour mieux prendre en compte le contexte familial dans la prise en charge¹.

Questions isolées QCM N°14

QCM 1	Concernant les causes de syndrome occlusif, laquelle (lesquelles) de ces réponses est (sont) vraie(s) ?
A -	La sclérodermie systémique est une cause de syndrome occlusif
B -	L'hématome du psoas peut être responsable de syndrome occlusif
C -	La torsion de kyste de l'ovaire est une cause de syndrome occlusif par obstruction extraluminale
D -	Une intoxication aux salicylés peut entraîner un trouble moteur intestinal
E -	L'appendicite rétro-cœcale est classiquement responsable de syndrome occlusif fébrile
QCM 2	Quelles sont les deux étiologies les plus fréquentes de syndrome occlusif organique ?
A -	Médicaments
B -	Obstruction par cancer digestif
C -	MICL
D -	Appendicite
E -	Strangulation sur bride (ou sur hernie)
QCM 3	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) celui (ceux) classiquement associé(s) à une occlusion digestive basse ?
A -	Arrêt net du transit des matières et des gaz
B -	Douleurs souvent peu intenses
C -	Niveaux hydro-aériques plus larges que haut à l'ASP
D -	Météorisme abdominal minime
E -	Vomissements rares et tardifs
QCM 4	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) celui (ceux) classiquement associé(s) à une occlusion digestive haute ?
A -	Arrêt net du transit des matières et des gaz
B -	Altération de l'état général rapide
C -	Niveaux hydro-aériques multiples, centraux, plus hauts que larges à l'ASP
D -	Vomissements précoce et abondants
E -	Douleurs vives
QCM 5	Concernant l'occlusion par strangulation, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	On note souvent une phase préocclusive
B -	Les bruits hydro-aériques sont abolis
C -	Des signes infectieux peuvent apparaître
D -	La cause la plus fréquente d'occlusion par strangulation est l'étranglement herniaire
E -	Les vomissements sont précoce

QCM 6	A propos du volvulus du côlon pelvien, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle survient le plus souvent chez un patient très âgé
B -	Le ballonnement est bilatéral et symétrique
C -	L'occlusion est en règle complète
D -	L'état général est conservé
E -	Un scanner avec opacification rectale est nécessaire afin d'éliminer un cancer
QCM 7	A propos du volvulus du cæcum, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le tableau est celui d'une occlusion colique par strangulation
B -	Le tableau est celui d'une occlusion grêlique par obstruction
C -	Le diagnostic est confirmé par scanner avec opacification basse qui montre une absence d'opacification de la fosse iliaque droite
D -	Les vomissements sont tardifs
E -	Un ballonnement asymétrique est typique
QCM 8	A propos du syndrome d'Ogilvie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une cause d'occlusion haute
B -	Il n'existe pas d'obstacle mécanique
C -	Une paralysie motrice du côlon est classiquement retrouvée
D -	Il est toujours idiopathique
E -	Il peut entraîner une déshydratation extracellulaire majeure
QCM 9	Quel(s) signe(s) biologique(s) peut-on retrouver en conséquence d'une occlusion mécanique simple ?
A -	Hypernatrémie
B -	Alcalose métabolique
C -	Acidose métabolique
D -	Elévation de la protidémie
E -	Hypokaliémie
QCM 10	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) est (sont) évocateur(s) de nécrose intestinale dans un contexte de syndrome occlusif ?
A -	Défense abdominale
B -	EVA de la douleur à 100/100
C -	Hypokaliémie
D -	Marbrures des extrémités
E -	Douleur importante au toucher rectal
QCM 11	Concernant les traitements des syndromes occlusifs, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le traitement d'un volvulus du cæcum repose sur la colectomie droite avec rétablissement immédiat de la continuité
B -	L'évacuation d'un fécalome est manuelle (toucher rectal) et à l'aide de lavements
C -	Le traitement de l'iléus biliaire se fait en un temps : entérotonomie permettant l'excision du calcul et ablation de la fistule simultanément
D -	Le traitement du syndrome d'Ogilvie repose sur la chirurgie palliative
E -	Le traitement d'un volvulus du côlon pelvien se fait généralement en 2 temps

QCM 12	Quelle(s) peu(ven)t-être la (les) cause(s) d'un syndrome d'Ogilvie ?
A -	Polytraumatisme
B -	Rétention aiguë d'urine
C -	Neuroleptiques
D -	Terrain : patient âgé alité
E -	Ce syndrome est par définition idiopathique, aucune cause n'est généralement retrouvée
QCM 13	A propos de l'invagination intestinale aiguë, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le pic de fréquence se situe à l'âge de 9 mois
B -	La localisation la plus fréquente est iléo-iléale
C -	Elle est liée à une hypertrophie des plaques de Peyer
D -	Elle touche plus les filles que les garçons
E -	Elle peut survenir chez l'adulte
QCM 14	A propos de l'invagination intestinale aiguë, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La compression nerveuse est responsable de pâleur
B -	La compression artérielle est responsable d'hémorragie muqueuse
C -	La compression veineuse est responsable de nécrose avec rectorragies
D -	La mucoviscidose peut être responsable d'IIA
E -	Le purpura thrombopénique immunologique peut être responsable d'IIA
QCM 15	Concernant la prise en charge thérapeutique de l'invagination intestinale aiguë de l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Une hospitalisation est nécessaire
B -	Le traitement des formes iléo-iléales repose sur la désinvagination par lavement opaque en 1 ^{re} intention
C -	Le traitement des formes iléo-cœcales non compliquées repose sur le traitement chirurgical en urgence en 1 ^{re} intention
D -	L'inondation franche et massive des dernières anses grêles par le lavement opaque signe la guérison
E -	La présence d'un pneumopéritoïne indique l'intervention chirurgicale en urgence

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none">- La sclérodermie systémique entraîne un trouble moteur intestinal <input checked="" type="checkbox"/> responsable d'une pseudo-obstruction intestinale- L'hématome du psoas et la torsion de kyste de l'ovaire entraînent un iléus réflexe <input checked="" type="checkbox"/> responsable d'une occlusion fonctionnelle- Toute acidose peut être responsable de troubles moteurs intestinaux responsables de pseudo-obstruction intestinale <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- Une intoxication aux salicylés entraîne une acidose métabolique à trou anionique augmenté- L'appendicite rétro-cœcale <input checked="" type="checkbox"/> est plutôt responsable de douleurs lombaires et psoïtis<ul style="list-style-type: none">- L'appendicite méso-cœliaque <input checked="" type="checkbox"/> est plutôt responsable de syndrome occlusif fébrile	
2- Réponse : B E	<ul style="list-style-type: none">- Les deux principales causes de syndrome occlusif organique <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Obstruction par cancer digestif- Strangulation sur bride (ou sur hernie)- Les MICI sont également une cause de syndrome occlusif organique, plus rares- Attention, les médicaments et l'appendicite sont des causes de syndrome occlusif fonctionnel <input checked="" type="checkbox"/>	
3- Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none">- Les signes fonctionnels <input checked="" type="checkbox"/> associés à une obstruction digestive basse sont :<ul style="list-style-type: none">- Arrêt net du transit des matières et des gaz- Douleurs peu intenses- Vomissements rares et tardifs- Météorisme abdominal important- L'ASP de face debout contient des niveaux hydro-aériques périphériques, plus hauts que larges <input checked="" type="checkbox"/>	
4- Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none">- Les signes fonctionnels <input checked="" type="checkbox"/> associés à une obstruction digestive haute sont :<ul style="list-style-type: none">- Douleurs vives- Vomissements précoces et abondants- Altération de l'état général rapide, avec signes de déshydratation- Arrêt du transit pouvant être retardé- L'ASP de face debout contient des niveaux hydro-aériques centraux, plus larges que hauts <input checked="" type="checkbox"/>	

5- Réponse : B C E

- Les caractéristiques de l'occlusion par strangulation sont les suivantes :
 - Strangulation = mécanisme brutal = **début brutal** (pas de phase préocclusive)
 - Strangulation = étranglement de l'intestin et son méso = **risque de nécrose intestinale** = urgence thérapeutique
 - Risque de nécrose intestinale = des **signes infectieux** peuvent apparaître
 - Les bruits hydroaériques sont **abolis** et les vomissements sont **précoce**s
 - La cause la plus fréquente d'occlusion par strangulation est l'**occlusion sur bride**

6- Réponse : A D E

- Le volvulus du colon pelvien présente les caractéristiques suivantes :
 - Il survient surtout chez les **patients très âgés**
 - L'occlusion est **rarement complète**
 - L'état général est **conservé**
 - Le météorisme est important, avec un ballonnement **asymétrique**
- Un **scanner avec opacification rectale** est nécessaire afin :
 - De faire le **diagnostic positif** : image d'arrêt effilé, asymétrique à raccordement obtus avec le rectum, à la jonction rectosigmoïdienne (image en « **bec d'oiseau** »)
 - D'**éliminer un cancer** responsable de la symptomatologie occlusive (la présence de l'image en « **bec d'oiseau** » permet d'éliminer le cancer).

7- Réponse : C E

- Le tableau du volvulus du cæcum est celui d'une occlusion **GRÉLIQUE** par **STRANGULATION** :
 - Début brutal
 - Vomissements précoce
 - Ballonnement asymétrique
 - Douleur en FID
- Le diagnostic est confirmé par scanner avec opacification basse qui montre une absence d'opacification de la fosse iliaque droite .

8- Réponse : B C E

- Le syndrome d'Ogilvie est une **occlusion basse (colo-rectale) fonctionnelle**, liée à une **paralysie motrice du côlon**. Il n'existe donc pas d'obstacle mécanique .
- Il est généralement **secondaire** (cf. question 12) .
- Cette forme d'occlusion comporte les **mêmes risques** que les autres types d'occlusion digestive. La déshydratation extracellulaire par constitution d'un 3^e secteur en est un exemple .

9- Réponse : B C D

- Les anomalies biologiques de l'occlusion mécanique simple sont les suivantes :
 - Déshydratation extracellulaire (hypovolémie) liée à la constitution d'un 3^e secteur :
 - × Elévation de l'hématocrite
 - × Elévation de la protidémie
 - Teneur élevée en sodium des liquides digestifs séquestrés : **hyponatrémie**
 - L'**alcalose métabolique** peut survenir :
 - × Par contraction du volume extracellulaire (déshydratation)
 - × Lors de vomissements acides
 - Une ischémie digestive peut également entraîner **acidose métabolique** par hyperlactatémie et **hyperkaliémie**.
- L'hypokaliémie peut être une cause l'iléus paralytique mais n'est pas une conséquence de l'occlusion mécanique simple .

10- Réponse : A B D E

- Les signes évocateurs de nécrose intestinale dans un contexte de syndrome occlusif sont les suivants :
 - Signes de choc : marbrures...
 - × Cliniques : marbrures...
 - × Biologiques : insuffisance rénale, hyperkaliémie...
 - Signes de souffrance péritonéale : toucher rectal douloureux, défense abdominale, douleur très importante
 - Signes d'ischémie intestinale au scanner.
- La découverte d'un de ces signes indique l'intervention chirurgicale en urgence.

11- Réponse : A B E

- Le traitement d'un volvulus du cæcum repose sur la **colectomie droite avec rétablissement immédiat de la continuité** .
- L'évacuation d'un fécalome est **manuelle** (toucher rectal) et à l'aide de **lavements** .
- Le traitement de l'iléus biliaire se fait en 2 temps : d'abord une **entérotoomie** permettant l'excision du calcul, puis **ablation de la fistule biliaire** dans un 2nd temps .
- Le traitement du syndrome d'Ogilvie repose sur l'**exsufflation endoscopique ± itérative** .
- Le traitement d'un volvulus du côlon pelvien se fait généralement en 2 temps : d'abord une **détorsion endoscopique ou chirurgicale** avec mise en place d'un tube de Faucher, puis une **intervention à froid (sigmoïdectomie avec anastomose colo-rectale)** permet de prévenir la récidive, et est réalisée sur un côlon non distendu .

12- Réponse : A C D

- Le syndrome d'Ogilvie survient le plus souvent suite :
 - A un **polytraumatisme**
 - A un traitement par **neuroleptiques**
 - A un **terrain particulier** :
 - × Patient intubé-ventilé
 - × Patient âgé alité

13- Réponse : A C E

- L'invagination intestinale aiguë correspond à la pénétration d'un segment intestinal dans un autre segment sous-jacent.
- La localisation la plus fréquente est **iléo-cæcale** X, mais elle peut également être iléo-iléale et iléo-colique.
- Il s'agit d'une pathologie quasi-exclusivement pédiatrique, le pic de fréquence se situant à l'âge de 9 mois. Elle peut rarement survenir chez l'adulte (où elle devra faire rechercher une tumeur sous-jacente).
- Chez l'enfant, les formes primitives sont liées à une **hypertrophie des plaques de Peyer**, survenant essentiellement en période automne-hivernale.
- Elle touche **plus les garçons que les filles** X.

14- Réponse : A D

- Les symptômes de l'IIA sont expliqués par la compression des vaisseaux et nerfs au niveau du collet d'invagination :
 - La compression nerveuse entraîne douleur, **pâleur** et vomissements
 - La compression artérielle entraîne ischémie, **nécrose et rectorragies**
 - La compression veineuse entraîne cédème et stase veineuse, avec **hémorragie muqueuse**.
- Les causes secondaires d'IIA sont à connaître (attention aux cas cliniques transversaux de pédiatrie !) :
 - Mucoviscidose
 - Purpura rhumatoïde (et non PTI)
 - Diverticule de Meckel
 - Duplications digestives
 - Tumeurs.

15- Réponse : A E

- Quelle que soit la forme de l'IIA, il s'agit d'une **urgence thérapeutique** et une **hospitalisation** est nécessaire. L'enfant doit être **mis à jeun**, comme pour tout syndrome occlusif.
- Les formes iléo-iléales ont une évolution spontanément favorable : la surveillance est préconisée en 1^e intention.
- Le traitement des formes iléo-cæcales non compliquées repose sur la **désinvagination** par lavement opaque en 1^e intention. La chirurgie en urgence est effectuée en 2^e intention, ou en présence d'une complication :
 - Etat de choc
 - Abdomen chirurgical : défense, signes péritonéaux...
 - **Pneumopéritoine**.

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 15

QCM 1	Parmi les étiologies suivantes, lesquelles sont les deux causes les plus fréquentes d'hémorragies digestives hautes ?
A -	Œsophagites
B -	Cancers
C -	Syndrome de Mallory-Weiss
D -	Ulcérations gastro-duodénales
E -	Hypertension portale
QCM 2	Parmi les médicaments suivants, lequel (lesquels) sont des facteurs de risque d'hémorragie digestive ?
A -	Aspirine (à dose anti-inflammatoire)
B -	Escitalopram
C -	Amoxicilline
D -	Fluindione
E -	Indométacine
QCM 3	A propos de la mortalité liée aux hémorragies digestives :
A -	Elle a tendance à diminuer
B -	La mortalité liée aux hémorragies digestives hautes peut atteindre 10 %
C -	Elle est globalement liée à l'âge et aux comorbidités
D -	Une antibioprophylaxie de 7 jours diminue la mortalité des hémorragies digestives liées à l'hypertension portale
E -	Elle est plus élevée chez les patients déjà hospitalisés atteints d'hémorragies digestives basses (pouvant atteindre jusqu'à 1 patient sur 4)
QCM 4	Parmi les étiologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) la (les) cause(s) d'hémorragie digestive d'origine grêlique ?
A -	Diverticule de Meckel
B -	Rectocolite hémorragique
C -	Angiodysplasies
D -	Tumeurs
E -	Ulcérations favorisées par les AINS
QCM 5	Quelle(s) est (sont) la (les) localisation(s) possible(s) d'hémorragie digestive entraînant un mélæna ?
A -	Œsophage
B -	Estomac
C -	Iléon
D -	Côlon droit
E -	Côlon transverse

QCM 6	Devant un patient atteint d'hémorragie digestive (hors proctologique), quel(s) est (sont) les mesures à prendre en urgence ?
A -	Hospitalisation systématique
B -	Mise en place d'une voie veineuse périphérique
C -	Réaliser un bilan biologique comprenant une double détermination du groupe sanguin
D -	Evaluer la gravité immédiate de l'hémorragie en se basant sur la mesure de la pression artérielle (la baisse de la PA systolique est le signe le plus précoce du choc hémorragique)
E -	Remplissage si besoin, voire transfusion de culots globulaires compatibles
QCM 7	En cas d'hémorragie digestive grave, quels sont les objectifs du remplissage ?
A -	Fréquence cardiaque < 120/min
B -	Fréquence cardiaque < 100/min
C -	Pression artérielle systolique > 100 mmHg
D -	Hémoglobine entre 7 et 9 g/dL
E -	Hémoglobine > 9 g/dL si maladie cardiorespiratoire
QCM 8	En cas d'hématémèse et/ou de mélâena, quel(s) est (sont) le(s) élément(s) important(s) à rechercher à l'interrogatoire ?
A -	Présence d'efforts de vomissement
B -	Antécédent de prothèse aortique
C -	Antécédent d'hépatite C chronique non guérie
D -	Antécédent d'affection pancréatique
E -	Prise d'AINS
QCM 9	Concernant la prise en charge de l'hémorragie digestive haute, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?
A -	La fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) est essentielle
B -	La FOGD doit être réalisée dans les 24 premières heures de l'hémorragie
C -	La FOGD ne doit être réalisée qu'après stabilisation hémodynamique
D -	Lorsque l'hémorragie est massive et que la FOGD n'a pas mis en évidence de cause, l'apport de l'angioTDM est nécessaire en urgence
E -	L'artériographie est classiquement réalisée en première intention dans le traitement des HD hautes
QCM 10	Vous recevez aux urgences un homme de 45 ans pour hémorragie digestive haute sur ulcère gastro-duodénal, diagnostiquée par FOGD. Il a pour antécédents une polyarthrite rhumatoïde traitée par AINS. La fibroscopie ne montre pas de signe de gravité. Quelle prise en charge proposez-vous en 1^{re} intention ?
A -	Traitemennt hémostatique lors de la FOGD
B -	IPP intraveineuse en continu pendant 48 à 72 h puis relai per os pleine dose
C -	IPP per os d'emblée, per os
D -	Recherche et traitement d'hélicobacter pylori
E -	Arrêt des AINS en concertation avec le rhumatologue
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) d'hémorragie digestive haute ?
A -	Ulcérations de Dieulafoy
B -	Diverticule de Meckel
C -	Maladie de Crohn
D -	Hémobilie
E -	Fistule aorto-digestive

QCM 12	Devant une hémorragie digestive, quel(s) est (sont) le(s) élément(s) indispensable(s) à réaliser ?
A -	Bandelette urinaire
B -	Examen dermatologique soigneux de l'ensemble du revêtement cutané
C -	Palpation de l'hypochondre gauche
D -	Pose d'une sonde naso-gastrique
E -	Toucher rectal
QCM 13	Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) de la prise en charge d'une HD haute par hypertension portale ?
A -	Inhibiteurs de la pompe à protons IV
B -	Analogues de la somatostatine systématiques
C -	Traitements endoscopiques : ligature en 1 ^{re} intention
D -	Laxatifs osmotiques à fortes doses
E -	Prescription d'une quinolone ou C3G pendant 7 jours après bilan infectieux
QCM 14	Concernant la prévention primaire des HD par hypertension portale, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Chez un cirrhotique sans varice à la 1 ^{re} FOGD, l'endoscopie doit être répétée tous les ans
B -	Chez un cirrhotique avec des varices de petite taille (grade I) à la 1 ^{re} FOGD, l'endoscopie doit être répétée tous les ans
C -	Chez un cirrhotique avec des varices confluentes à la 1 ^{re} FOGD, la prévention de l'HD repose sur les ligatures élastiques en 1 ^{re} intention
D -	Chez un cirrhotique avec des varices ne s'effaçant pas à l'insufflation à la 1 ^{re} FOGD, la prévention repose sur une endoscopie tous les 6 mois
E -	Chez un cirrhotique avec des signes rouges au niveau des varices à la 1 ^{re} FOGD, les ligatures élastiques sont le meilleur traitement préventif
QCM 15	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) indication(s) du TIPS (shunt intra-hépatique porto-systémique par voie transjugulaire) ?
A -	Prévention secondaire de l'HD chez un patient CHILD-PUGH C
B -	Prévention secondaire de l'HD chez un patient CHILD-PUGH B avec saignement actif
C -	Prévention secondaire de l'HD chez un patient CHILD-PUGH A avec saignement actif
D -	Echec de la prévention secondaire par β-bloquants + ligatures
E -	Echec de la prise en charge d'une HD active par ligature

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : D E	<ul style="list-style-type: none">– Les deux causes les plus fréquentes d'HD hautes sont <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- Les ulcéractions gastro-duodénales- L'hypertension portale (surtout sur cirrhose hépatique+++).
2- Réponse : A B D E	<ul style="list-style-type: none">– Les médicaments facteurs de risque d'HD <input checked="" type="checkbox"/> sont les suivants :<ul style="list-style-type: none">- AINS : aspirine, indométacine- Anticoagulants : fluindione- Sérotoninergiques : escitalopram (ISRS)– L'amoxicilline n'augmente pas le risque d'HD <input checked="" type="checkbox"/>.
3- Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none">– La mortalité dans les HD <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Tend à diminuer- Pour les HD hautes, elle peut atteindre 10 %- Elle est liée à l'âge et aux comorbidités <input checked="" type="checkbox"/>- Elle est plus élevée chez les patients déjà hospitalisés atteints d'hémorragies digestives basses (pouvant atteindre jusqu'à 1 patient sur 4).– Une antibioprophylaxie de 7 jours (par C3G/fluoroquinolones) diminue la mortalité des hémorragies digestives liées à l'hypertension portale <input checked="" type="checkbox"/>.
4- Réponse : A C D E	<ul style="list-style-type: none">– Parmi les réponses proposées, les causes d'HD grêliques <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Diverticule de Meckel (siège grêlique bas)- Angiodysplasies- Tumeurs- Ulcéractions favorisées par les AINS.– La rectocolite hémorragique ne touche par définition que le rectum ± le côlon sans dépasser le gros intestin <input checked="" type="checkbox"/>.
5- Réponse : A B C D	<ul style="list-style-type: none">– Le mélæna se définit par la présence de sang digéré (noir), dans les selles. Il survient lors d'une HD située en amont de l'angle colique droit <input checked="" type="checkbox"/>.– Tous les organes proposés peuvent donc être impliqués, à l'exception du côlon transverse <input checked="" type="checkbox"/>.

6- Réponse : A C E

- Les éléments de la prise en charge d'une HD sont les suivants :
 - Hospitalisation systématique
 - Mise en place de 2 VVP (pour anticiper un remplissage si des signes de choc apparaissent)
 - Bilan biologique : double détermination du groupe sanguin (au cas où des transfusions de culots globulaires seraient nécessaires)
 - Evaluer la gravité immédiate de l'hémorragie en recherchant des **signes de choc** (marbrures, hypotension artérielle, tachycardie, détresse respiratoire aiguë, confusion...)
- La baisse de la pression artérielle est un signe tardif de choc hémorragique . La tachycardie apparaît plus précocément.

7- Réponse : B C D E

- Les objectifs du remplissage en cas d'HD grave sont les suivants :
 - PAS > 100 mmHg
 - Fc < 100 bpm
 - Hb entre 7 et 9 g/dL (> 9 g/dL si signes de choc ou maladie cardiorespiratoire).

8- Réponse : A B C D E

- Tous ces éléments sont importants :
 - Efforts de vomissement => recherche de syndrome de Mallory-Weiss
 - Prothèse aortique => recherche de syndrome de Heyde
 - Toute étiologie de cirrhose hépatique => hypertension portale
 - Affection pancréatique => rupture de pseudokyste, rupture de pseudo-anévrisme, CIVD lors d'une pancréatite aiguë...

9- Réponse : A B C D

- L'artériographie n'est réalisée qu'en 2^e intention après échec du traitement endoscopique .

10- Réponse : A C D E

- La prise en charge d'un ulcère gastro-duodénal comprend :
 - **Traitements du saignement** : traitement hémostatique lors de la FOGD (voire embolisation et chirurgie pour les hémorragies non contrôlées et récidivant rapidement sur un mode majeur sous traitement médical)
 - **Traitements antisécrétoraire** :
 - ✗ Si présence de signes endoscopiques de gravité : IPP IV 48-72h puis IPP PO pleine dose
 - ✗ Si absence de signes endoscopiques de gravité : IPP PO pleine dose d'emblée
 - **Traitements préventif** :
 - ✗ Arrêt des médicaments gastro-toxiques
 - ✗ Eradication Hélicobacter Pylori si présent
 - ✗ Réévaluer le traitement antiagrégant/anticoagulant

11- Réponse : A C D E

- Les **ulcérations de Dieulafoy** correspondent à une ulcération muqueuse en regard d'une artère sous-muqueuse dilatée . Il s'agit d'une étiologie d'**HD hautes**.
- Le **diverticule de Meckel** est un reliquat embryonnaire situé dans l'iléon. Il est responsable d'**HD basses X**.
- La **maladie de Crohn** donne classiquement des **HD basses** en atteignant la région iléo-colique, mais peut par définition atteindre l'ensemble du tube digestif. Il peut donc s'agir d'une cause exceptionnelle d'**HD haute** .
- L'**hémobilie** correspond à la présence de sang dans les voies biliaires . Elle donne des **HD hautes**.
- Les **fistules aorto-digestives** sont une cause rare d'**HD hautes** .

12- Réponse : B C E

- La bandelette urinaire n'a aucun intérêt dans l'hémorragie digestive **X**, elle perd en fiabilité.
- L'examen dermatologique de l'ensemble du revêtement cutané est indispensable pour rechercher des **hématomes spontanés** et des **signes de maladie hémorragique** .
- La palpation de l'hypochondre gauche est indispensable pour rechercher une splénomégalie, signe d'**hypertension portale** dont l'étiologie la plus classique est la cirrhose hépatique .
- La pose d'une sonde naso-gastrique n'est pas **systématique** et est de moins en moins réalisée **X**.
- Le toucher rectal est **indispensable** devant toute **hémorragie digestive** , et a fortiori quand il s'agit d'une **HD basse** chez une personne âgée (recherche d'une masse évoquant un **cancer colorectal**).

13- Réponse : B C D E

- La prise en charge des **HD hautes** par **hypertension portale** est la suivante :
 - **Analogues de la somatostatine** (terlipressine) IV systématiquement
 - \pm **hémostase endoscopique** (si la cause de l'**HD** est une rupture de varice)
 - \times Ligature en 1^{re} intention, parfois sclérose ou injection de colle.
 - **Antibioprophylaxie systématique** par quinolone/C3G pendant 7 jours
 - \times Après bilan infectieux
 - \times Pour prévenir l'infection de liquide d'ascite
 - **Laxatifs osmotiques** à fortes doses
 - \times Afin de débarrasser le tube digestif du sang qu'il contient et de diminuer le risque d'encéphalopathie hépatique
 - \pm **TIPS** si hémorragie non contrôlable ou récidivant rapidement sur un mode majeur malgré les traitements précédents
 - \pm mesures de réanimation (transfusion, remplissage...)
- Les **inhibiteurs de la pompe à protons** ne font pas partie du traitement des **HD hautes** par **hypertension portale**, il s'agit d'un traitement de l'**ulcère gastro-duodénal X**.

14- Réponse : B E

- Une FOGD doit être réalisée systématiquement en cas de diagnostic d'hypertension portale, afin d'évaluer le risque d'hémorragie digestive haute et de mettre en place une prophylaxie adaptée.
- Les moyens de prévention primaire de l'HD haute en cas d'hypertension portale sont les suivants :
 - Pas de varice : **FOGD tous les 3 ans**
 - Varices de petite taille (grade I) : **FOGD tous les ans**
 - Varices ne s'effaçant pas à l'insufflation (grade II) : **β-bloquant non cardio-sélectif (propranolol) en 1^{re} intention**
 - Varices confluentes (stade III) : **β-bloquant non cardio-sélectif (propranolol) en 1^{re} intention**
 - Signes rouges au niveau des varices : **ligatures élastiques**
- Les ligatures élastiques peuvent être utilisées en cas de varices grade II et III, en **2^e intention X**. L'efficacité est comparable à celle des β-bloquants, mais ce traitement est **plus complexe et plus contraignant**.

15- Réponse : A B D E

- Les indications du TIPS sont les suivantes :
 - Prévention secondaire :
 - ✗ **CHILD-PUGH C** : le TIPS peut être posé dans les 72 h de l'HD après classique traitement efficace
 - ✗ **CHILD-PUGH B avec saignement actif** : le TIPS peut être posé dans les 72 h de l'HD après classique traitement efficace
 - ✗ **Echec de la prévention secondaire par β-bloquants + ligatures**
 - Echec de la prise en charge d'une HD active en dernière intention :
 - ✗ **Après échec du traitement endoscopique (ligatures)**
 - ✗ **Après échec du traitement endoscopique et par sonde de tamponnement œsophagien (Blakemore).**



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 16

QCM 1	Concernant le diagnostic positif de l'appendicite aiguë, laquelle (lesquelles) de ces réponses est (sont) vraie(s) ?
A -	Le diagnostic positif se fait sur l'échographie abdominale
B -	Le diagnostic positif se fait sur le scanner abdominal
C -	La tétrade clinique classique est fièvre-vomissements-diarrhée + douleur en fosse iliaque droite
D -	La douleur irradie fréquemment dans les lombes
E -	Les vomissements ne sont retrouvés que dans 30 % des cas
QCM 2	Laquelle (lesquelles) de ces propositions ne nécessitent pas d'examen d'imagerie avant l'appendicectomie ?
A -	Homme jeune, défense en fosse iliaque droite, leucocytes = 15 G/L, CRP = 12 mg/L
B -	Femme jeune, défense en fosse iliaque droite, leucocytes = 46 G/L, CRP = 20 mg/L
C -	Homme jeune, douleur sans défense en fosse iliaque droite, leucocytes = 11 G/L, CRP = 25 mg/L
D -	Homme jeune obèse, défense en fosse iliaque droite, leucocytes = 37 G/L, CRP = 24 mg/L
E -	Aucune de ces propositions
QCM 3	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?
A -	Devant une douleur abdominale, le seul critère ayant une bonne valeur diagnostique individuelle pour confirmer ou infirmer le diagnostic est la fièvre
B -	Le scanner est un examen performant pour établir le diagnostic d'appendicite ou pour l'exclure
C -	L'échographie abdominale est surtout indiquée chez les femmes et les personnes âgées
D -	La présence d'un signe de Mac Burney (douleur de la fosse iliaque droite à la décompression brutale de la fosse iliaque gauche) est très évocatrice du diagnostic d'appendicite
E -	La bandelette urinaire doit être systématiquement réalisée devant une suspicion d'appendicite aiguë
QCM 4	Concernant les formes anatomiques de l'appendicite aiguë, laquelle (lesquelles) de ces réponses est (sont) vraie(s) ?
A -	L'appendicite pelvienne se traduit par un syndrome occlusif fébrile
B -	L'appendicite sous-hépatique se traduit par un tableau de cholécystite aiguë
C -	L'appendicite rétro-cœcale se traduit par des douleurs lombaires droites ou gauches associées à un psoïtis
D -	L'appendicite méso-cœliaque se traduit par une défense en fosse iliaque droite avec des signes d'irritation péritonéale et un ténesme
E -	Toutes les réponses précédentes sont vraies
QCM 5	Parmi les signes scanographiques suivants, lequel (lesquels) est (sont) évocateur(s) du diagnostic d'appendicite ?
A -	Présence de zones de densité aérique dans la paroi colique
B -	Présence d'un stercolithe dans la lumière appendiculaire
C -	Signe du peigne
D -	Diamètre de l'appendice = 6 mm
E -	Epanchement péritonéal

QCM 6	Un garçon de 12 ans sans antécédent présente une douleur en fosse iliaque droite augmentant progressivement d'intensité depuis la veille. Quand vous le recevez aux urgences, il se plaint de nausées et a vomi une fois. Il a également une fébricule. Quel(s) examen(s) allez-vous prescrire ?
A - BU B - NFS C - CRP D - β -HCG E - Aucune imagerie n'est nécessaire	
QCM 7	Parmi les réponses suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) caractéristique(s) typique(s) d'un abcès appendiculaire ?
A - Apyrexie B - Iléus réflexe C - Altération de l'état général D - Douleur souvent localisée E - Hyperleucocytose modérée (< 15 G/L)	
QCM 8	M. B., 30 ans, vient pour douleur en FID avec défense et nausées. Sa température est de 38°3. Les examens réalisés (à tort ou à raison sont) : BU : leuco – nitrites – ; NFS : Hb = 13.5 g/dL, leuco = 25 G/L, plaquettes = 325 G/L ; CRP = 29 mg/L. Il a pour uniques antécédents une obésité (IMC à 38) avec une dyslipidémie. Quel(s) examen(s) pouvez-vous réaliser en première intention pour affirmer (ou infirmer) le diagnostic d'appendicite aiguë ?
A - Abdomen sans préparation (ASP) B - Echographie abdominale C - Scanner abdominal D - Association ASP + échographie abdominale E - Pas d'imagerie : appendicectomie d'emblée	
QCM 9	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) peut (peuvent) être des complications de l'appendicite aiguë ?
A - Péritonite généralisée B - Pyléphlébite C - Iléus réflexe D - Abcès hépatique E - Perforation intestinale	
QCM 10	Concernant le traitement de l'appendicite aiguë non compliquée, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A - Correction des troubles hydro-électrolytiques B - Antispasmodiques per os C - Consultation anesthésique programmée dans la semaine D - L'antibioprophylaxie est réalisée en peropératoire E - L'antibioprophylaxie est réalisée en postopératoire	
QCM 11	Quels sont les différents temps de l'appendicectomie ?
A - Prélèvements bactériologiques B - Lavage du cul-de-sac de Douglas C - Lavage de la gouttière pariéto-colique droite D - Omentectomie E - Envoi systématique de la pièce opératoire pour examen anatomopathologique	

QCM 12	Concernant la prise en charge de l'abcès appendiculaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	En cas d'abcès de petite taille sans signes périctonéaux, le traitement est radiologique et l'appendicectomie sera réalisée à distance
B -	En cas d'abcès de petite taille avec signes périctonéaux, le traitement est chirurgical (drainage de l'abcès) et l'appendicectomie sera réalisée à distance
C -	En cas d'abcès de grande taille sans signes périctonéaux, le traitement est chirurgical d'emblée avec appendicectomie et drainage
D -	En cas d'abcès de grande taille avec signes périctonéaux, le traitement est chirurgical d'emblée avec appendicectomie et drainage
E -	Toutes les réponses sont fausses
QCM 13	Concernant la prise en charge du plastron appendiculaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	En présence de signes infectieux patents, des prélèvements bactériologiques sanguins (hémocultures) sont effectués
B -	En présence de signes infectieux patents, des prélèvements bactériologiques urinaires sont effectués
C -	Une antibiothérapie parentérale d'emblée adaptée à l'antibiogramme est nécessaire
D -	En cas de résolution rapide des symptômes, l'appendicectomie aura lieu dans la semaine
E -	En cas de résolution rapide des symptômes, l'appendicectomie aura lieu 2 à 4 mois plus tard
QCM 14	A propos de la torsion de frange épiploïque, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle est également dénommée appendalgite
B -	On retrouve généralement une augmentation de la CRP sans hyperleucocytose
C -	L'échographie fait le diagnostic
D -	Le traitement repose sur la chirurgie (coelioscopie)
E -	Les signes périctonéaux sont fréquents
QCM 15	A propos de l'adénolymphite mésentérique, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?
A -	C'est la 2 ^e cause de syndrome pseudo-appendiculaire chez l'enfant
B -	Le diagnostic repose sur l'échographie ou le scanner
C -	L'hypertrophie des plaques de Peyer explique le mécanisme physiopathologique de cette maladie
D -	Il s'agit d'adénopathies multiples et volumineuses du mésentère jéjunal
E -	Un antécédent récent de virose oriente vers ce diagnostic

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^e idée
1- Réponse : E	<ul style="list-style-type: none">- Le diagnostic positif de l'appendicite aiguë est CLINIQUE. <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- L'échographie et le scanner sont utiles pour :<ul style="list-style-type: none">✗ Eliminer les diagnostics différentiels✗ Eliminer le diagnostic d'appendicite aiguë si celui-ci est peu probable✗ Rechercher des complications✗ Confirmer le diagnostic positif (en permettant la mesure de la paroi appendiculaire et le diamètre de l'appendicite par exemple)- La diarrhée n'est pas un symptôme typique de l'appendicite aiguë <input checked="" type="checkbox"/> . La constipation est un symptôme retrouvé dans 30 % des cas.- La douleur classique de l'appendicite aiguë n'irradie pas <input type="checkbox"/>.- Les vomissements ne sont présents que dans 30 % des cas <input type="checkbox"/>.
2- Réponse : A	<ul style="list-style-type: none">- On peut se passer d'examen d'imagerie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> et aller directement à la chirurgie dans la situation précise suivante :<ul style="list-style-type: none">- Homme jeune- Non obèse- Avec la triade complète :<ul style="list-style-type: none">✗ Défense en FID✗ Leucocytose > 10 G/L✗ CRP > 8 mg/L
3- Réponse : B E	<ul style="list-style-type: none">- Aucun critère clinique ou biologique n'a de valeur suffisamment élevée pour affirmer ou exclure le diagnostic d'appendicite aiguë <input checked="" type="checkbox"/>- Le scanner <input checked="" type="checkbox"/> est en revanche un examen performant pour affirmer ou exclure le diagnostic d'appendicite.<ul style="list-style-type: none">- En raison de son caractère irradiant, ses indications doivent être limitées :<ul style="list-style-type: none">✗ Aux sujets âgés en 1^e intention✗ Aux femmes jeunes (grossesse et infection urinaire exclue) et aux obèses en 2^e intention, après avoir réalisé une échographie- Devant toute suspicion d'appendicite aiguë, deux étiologies doivent être systématiquement éliminées <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- L'infection urinaire => faire une BU- La grossesse chez une femme en âge de procréer => Doser les β-HCG- La douleur en fosse iliaque droite à la décompression de la fosse iliaque gauche correspond au signe de Bloomberg <input type="checkbox"/> . Elle traduit une irritation péritonéale mais n'orienté pas spécifiquement vers le diagnostic d'appendicite aiguë en l'absence d'autres signes d'appel.

4- Réponse : B

Bien connaître les différentes formes d'appendicite aiguë +++

- L'appendicite pelvienne se traduit par :
 - Douleur hypogastrique droite
 - Signes urinaires
 - Signes rectaux
- L'appendicite sous-hépatique se traduit par un tableau de cholécystite aiguë
- L'appendicite rétrocœcale se traduit par :
 - Douleur lombaire droite
 - ± attitude en psoïtis
- L'appendicite méso-cœliaque se traduit par un syndrome occlusif fébrile

5- Réponse : B E

- Les signes scanographiques d'appendicite sont :
 - Diamètre de l'appendice > 8 mm (voire > 1 cm)
 - Paroi de l'appendice > 3 mm
 - Epanchement péritonéal
 - Stercolithe appendiculaire
 - Infiltration de la graisse péri-appendiculaire
- Le signe du peigne est retrouvé dans la maladie de Crohn et la présence d'air dans la paroi intestinale correspond à la pneumatose pariétale .

6- Réponse : A B C

- Les examens à prescrire chez un homme jeune devant une suspicion d'appendicite sont :
 - NFS
 - CRP
 - BU
- Pas de β-HCG chez un homme ! Piège classique...
- Bien que le diagnostic positif puisse se faire sur la clinique lorsque la présentation est typique, on réalise très souvent des examens d'imagerie pour confirmer ce diagnostic, éliminer les autres diagnostics différentiels et rechercher des complications.

7- Réponse : B C D

- Les caractéristiques typiques d'un abcès appendiculaire sont :
 - Douleur localisée (pouvant également être diffuse ou postérieure)
 - Iléus réflexe
 - Fièvre élevée sans frissons
 - Altération de l'état général
 - Hyperleucocytose > 15 G/L

8- Réponse : B C

- Devant la triade « défense en FID + hyperleucocytose + CRP > 8 » chez un homme jeune (< 30 ans), on est dans une situation de FORTE PROBABILITE, l'appendicectomie d'emblée peut être proposée
- Chez un homme obèse, cette situation n'est plus valable et les recommandations HAS 2012 préconisent une imagerie, avec l'échographie en 1^{re} intention La performance diagnostique de cet examen étant très limitée, le radiologue peut aussi décider de réaliser le scanner en 1^{re} intention.

9- Réponse : A B C D E

- Ces 5 complications sont possibles !
- Les 3 formes compliquées les plus classiques sont ;
 - L'abcès appendiculaire
 - Le plastron appendiculaire
 - La péritonite généralisée

10- Réponse : A D

- Correction des troubles hydroélectrolytiques : indispensable
- Arrêt de tout traitement par voie orale : mise à jeun (risque d'iléus+++)
- Chirurgie en urgence => visite anesthésique en urgence
- L'antibioprophylaxie est débutée en peropératoire

11- Réponse : A B C E

- L'omentectomie n'est pas réalisée dans la chirurgie de l'appendicite

12- Réponse : D

- Pour les abcès de PETITE TAILLE et/ou les abcès associés à des SIGNES PERITONEAUX :
=> Chirurgie d'emblée avec appendicectomie et drainage
- Pour les abcès VOLUMINEUX, sans signes périctonéaux :
=> Drainage par chirurgie OU radiologique, avec appendicectomie à froid (2 à 4 mois plus tard si évolution favorable)

13- Réponse : A B E

- En présence de signes infectieux patents, sont effectués :
 - Des prélèvements bactériologiques sanguins (hémocultures)
 - Des prélèvements bactériologiques urinaires.
- Une antibiothérapie parentérale d'emblée est nécessaire :
 - Initialement probabiliste (contre les germes digestifs)
 - Puis adaptée à l'antibiogramme.
- L'appendicectomie sera réalisée **2 à 4 mois plus tard** en cas d'évolution favorable (à court terme, la dissection est difficile et le risque de plaie et de fistule du grêle est important).

14- Réponse : A B C E

- Attention à ne pas négliger les diagnostics différentiels de l'appendicite aiguë, ils peuvent être à évoquer au début d'un dossier progressif devant un syndrome appendiculaire et sont tombables sous forme de questions isolées.
- Ce qu'il faut savoir sur la torsion de frange épiploïque (ou appendalgite) :
 - On retrouve : douleur de la FID de début brutal, signes péritonaux en FID, absence de signes infectieux
 - Syndrome inflammatoire sans hyperleucocytose
 - Le diagnostic est porté par l'échographie
 - Le traitement repose sur les anti-inflammatoires.

15- Réponse : B E

- L'adénolymphite mésentérique :
 - Est la **1^{re} cause de syndrome pseudo-appendiculaire chez l'enfant** : il s'agit du diagnostic différentiel principal à évoquer devant un tableau d'appendicite aiguë chez l'enfant
 - Survient généralement dans les suites d'une virose (rhinopharyngite)
 - Correspond à des adénopathies multiples et volumineuses du mésentère de la dernière anse iléale (sa proximité anatomique avec l'appendice explique la similarité des symptômes avec l'appendicite)
- Son diagnostic repose sur l'échographie (à privilégier car non irradiant) ou le scanner.
- L'**hypertrophie des plaques de Peyer** est le mécanisme de l'invagination intestinale aiguë, autre urgence pédiatrique



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 17

QCM 1	Quelle(s) est (sont) la (les) antibiothérapie(s) probabiliste(s) recommandées en 1 ^{re} intention pour une péritonite communautaire sans sepsis sévère ?
A -	Amoxicilline-acide clavulanique
B -	Pipéracilline-tazobactam + clindamycine
C -	C3G + métronidazole
D -	Lévofoxacine
E -	Amoxicilline-acide clavulanique + gentamycine
QCM 2	Concernant la péritonite, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La cause la plus fréquente est infectieuse
B -	La classification de Hinckley sépare les péritonites en 3 classes
C -	Il s'agit d'une urgence pouvant entraîner le décès à court terme
D -	Les plus fréquentes sont les péritonites primaires
E -	Le diagnostic de péritonite est basé sur le scanner
QCM 3	Parmi les pathologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de péritonite primaire ?
A -	Maladie de Crohn
B -	Cirrhose hépatique
C -	Insuffisance rénale traitée par dialyse péritonéale
D -	Cholécystite
E -	Syndrome de défaillance multiviscérale
QCM 4	Parmi les pathologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de péritonite secondaire ?
A -	Infection à Myxovirus influenzae
B -	Cirrhose hépatique
C -	Insuffisance cardiaque
D -	Infarctus mésentérique
E -	Infection à <i>Salmonella enterica typhi</i>
QCM 5	Parmi les pathologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de péritonite tertiaire ?
A -	Plaie pénétrante
B -	Syndrome de défaillance multiviscérale
C -	Cholécystite
D -	Infection à pneumocoque
E -	Appendicite
QCM 6	Quel(s) signe(s) parmi les suivants est (sont) évocateur(s) de syndrome péritonéal ?
A -	Douleur aiguë au toucher rectal
B -	Défense
C -	Douleur aiguë lors de la pression brutale d'une fosse iliaque
D -	Contracture
E -	Les signes du syndrome péritonéal peuvent être modérés voire absents lors d'une péritonite

QCM 7	Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) biologique(s) à prescrire devant une péritonite sans signe de choc ?
A -	Gazométrie artérielle
B -	Hémogramme
C -	Transaminases
D -	Groupe sanguin-rhésus-RAI
E -	Scanner abdominal
QCM 8	Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) de péritonite secondaire donnant un pneumopéritoine ?
A -	Péritonite appendiculaire
B -	Péritonite par perforation d'ulcère gastrique
C -	Péritonite par perforation de diverticule sigmoïdien
D -	Péritonite biliaire (sur cholécystite)
E -	Toutes ces réponses sont vraies
QCM 9	Concernant la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La fièvre est habituellement absente au début
B -	Il s'agit d'une péritonite chimique
C -	Le pneumopéritoine est parfois absent
D -	L'hyperleucocytose est habituellement importante
E -	La fibroscopie œso-gastro-duodénale permet de faire le diagnostic
QCM 10	Concernant la péritonite diverticulaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?
A -	La péritonite peut se constituer en 1 ou 2 temps
B -	La température est généralement élevée
C -	Il existe généralement une défense touchant la partie supérieure de l'abdomen
D -	Il existe un pneumopéritoine souvent unilatéral (latéralisé du côté gauche)
E -	Le traitement nécessite une chirurgie en urgence précédée d'une courte réanimation
QCM 11	Concernant la péritonite appendiculaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle touche surtout le sujet âgé
B -	Il existe des signes péritonéaux prédominant en fosse iliaque gauche
C -	Le pneumopéritoine est volumineux et bilatéral
D -	Elle peut être en 1, 2 voire 3 temps
E -	Le traitement repose sur la coloscopie en urgence
QCM 12	Concernant la péritonite post-opératoire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle survient habituellement dans les 48 h de l'opération
B -	Elle survient habituellement vers J15 après l'opération
C -	Une embolie pulmonaire peut révéler la péritonite
D -	Une insuffisance rénale peut révéler la péritonite
E -	Le diagnostic est difficile

QCM 13	A propos de la physiopathologie de la péritonite, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le processus inflammatoire peut évoluer spontanément vers la guérison s'il demeure localisé
B -	Le plastron correspond à une péritonite localisée
C -	La péritonite est responsable d'une déshydratation intracellulaire majeure par constitution d'un 3 ^e secteur
D -	Une thrombose portale septique peut compliquer la péritonite
E -	Le traitement d'une péritonite par perforation du grêle est la suture immédiate de l'intestin grêle afin d'éviter toute nouvelle récidive
QCM 14	Quel est le traitement de 1^{re} intention de la péritonite primitive sur cathéter de dialyse péritonéale ?
A -	Ceftriaxone + aminoside IV
B -	Amoxicilline-acide clavulanique PO
C -	Vancomycine + aminoside en application intrapéritonéale
D -	Ceftriaxone + métronidazole IV
E -	Ablation du cathéter de dialyse
QCM 15	Quelle(s) peu(ven)t être la (les) cause(s) classique(s) d'absence d'amélioration post-opératoire d'une péritonite ?
A -	Conséquences toxiniques du sepsis
B -	Phlébite
C -	Œdème aigu pulmonaire
D -	Infection urinaire
E -	Abcès cérébral

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : C E		<ul style="list-style-type: none">- Les 2 antibiothérapies probabilistes de 1^{re} intention <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- C3G + méttronidazole- Amoxicilline-acide clavulanique + gentamycine.- L'amoxicilline-acide clavulanique et la lévofoxacine seules <input checked="" type="checkbox"/> n'ont pas leur place dans cette indication : elles favorisent les résistances acquises des entérobactéries. Elles doivent être associées à un aminoside.- L'association pipéracilline-tazobactam est utilisée en cas de sepsis grave/choc septique <input checked="" type="checkbox"/> . La clindamycine (bactériostatique) n'est pas utilisée <input checked="" type="checkbox"/> dans les péritonites.
2- Réponse : A C		<ul style="list-style-type: none">- La cause la plus fréquente de péritonite est infectieuse <input checked="" type="checkbox"/> .- C'est la classification de Hambourg <input checked="" type="checkbox"/> qui sépare les péritonites en 3 classes, la classification de Hinche est celle qui classe les infections intrapéritonéales au cours des diverticulites.- La péritonite est une urgence pouvant entraîner un décès à court terme <input checked="" type="checkbox"/> .- Les péritonites sont dans 90 % des cas secondaires <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">× à une infection abdominale localisée× ou à la perforation d'un viscère digestif.- Le diagnostic de péritonite est exclusivement clinique <input checked="" type="checkbox"/> . Le scanner permet surtout de préciser l'origine voire de planifier la prise en charge.
3- Réponse : B C		<ul style="list-style-type: none">- Péritonite primaire = infection spontanée <input checked="" type="checkbox"/> monobactérienne du péritoine, 3 causes principales :<ul style="list-style-type: none">- Cirrhose hépatique (infection d'ascite)- Cathéter de dialyse péritonale (infection à staphylocoque)- Péritonite spontanée à pneumocoque
4- Réponse : D E		<ul style="list-style-type: none">- Péritonite secondaire = diffusion d'une infection localisée ou perforation d'un viscère digestif :<ul style="list-style-type: none">- Infection/perforation intra-abdominale <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">× Appendicite, cholécystite, diverticulite sigmoïdienne...× Perforation d'ulcère gastroduodénal× MCI compliquée× Infarctus mésentérique× Typhoïde <input checked="" type="checkbox"/> (devant un cas de typhoïde toujours penser aux complications parmi lesquelles la perforation digestive, et devant un cas de péritonite par perforation chez un sujet originaire de pays d'endémie penser à la typhoïde) +++.- Post-opératoire <input checked="" type="checkbox"/> (désunion anastomotique, contamination)- Post-traumatique <input checked="" type="checkbox"/>

5- Réponse : B

- Péritonite tertiaire = infections abdominales à répétition (micro-organismes résistants ou levures) malgré un traitement.
- Ce type de péritonite est fréquemment associé à un **syndrome de défaillance multiviscérale**.

6- Réponse : A B D E

- Les signes du syndrome péritonéal sont les suivants :
 - Douleur abdominale intense
 - Douleur aiguë au toucher rectal à la **palpation du cul-de-sac de Douglas**
 - Défense et contracture
 - Douleur aiguë à la **décompression brutale d'une fosse iliaque**
- Ces signes du syndrome péritonéal peuvent être modérés voire absents lors d'une péritonite chez les personnes âgées ou dénutries.

7- Réponse : A B D

- Les examens paracliniques dans la péritonite ne doivent être prescrits qu'en l'**absence de choc et ne doivent pas retarder la prise en charge**. Leur but est l'aide à la prise en charge en précisant la cause et le retentissement de la péritonite.
- Les examens biologiques permettent d'évaluer la gravité de la péritonite :
 - **Hémogramme** (hyperleucocytose)
 - **Ionogramme-urée-créatinine** (insuffisance rénale, déshydratation)
 - **Gazométrie artérielle** (acidose métabolique, hyperlactatémie)
 - **Groupe sanguin-rhésus-RAI** (avant chirurgie, bilan pré-transfusionnel)
 - **Bilan d'hémostase** (avant chirurgie)
- Attention, le scanner abdominal n'est pas un examen biologique.

8- Réponse : B C

- Retenir que toutes les causes de péritonite secondaires ne donnent pas forcément de pneumopéritoine.
- Les 2 principales causes de péritonites secondaires ne donnant pas de pneumopéritoine sont :
 - La **péritonite appendiculaire**
 - La **péritonite biliaire** (complication de la cholécystite)

9- Réponse : A B C

- La péritonite par perforation d'ulcère gastrique/duodénal est une **péritonite chimique** (et non infectieuse) :
 - Pas de fièvre dans les 1^{res} heures
 - Pas d'hyperleucocytose au début
- Le pneumopéritoine peut être manquant si le pancréas se situe à proximité immédiate de l'ulcère : un abcès peut se constituer empêchant le passage de l'air dans la cavité abdominale
- La **FOGD** est strictement contre-indiquée dans cette situation. Le diagnostic se fait alors devant ce tableau péritonéal sans fièvre, confirmé par le scanner abdominal.

10- Réponse : A B C E

- La péritonite peut se constituer en **1 ou 2 temps** :
 - 1 temps = perforation brutale d'un diverticule entraînant une péritonite d'emblée généralisée
 - 2 temps = constitution d'un abcès périsigmoïdien qui se perfore secondairement dans le péritoine
- La température est généralement élevée, il existe une **hyperleucocytose à PNN** et une **élévation de la CRP** (la cause de cette péritonite est infectieuse).
- Il existe généralement une défense touchant **tous les quadrants** de l'abdomen, donc la partie supérieure de l'abdomen (la fosse iliaque gauche est souvent le siège d'une contracture, qui peut également s'étendre à tout l'abdomen).
- Le pneumopéritoine de la péritonite diverticulaire est **bilatéral et volumineux**.
- Le traitement nécessite une **chirurgie en urgence** précédée d'une **courte réanimation**.

11- Réponse : D

- La péritonite peut se constituer en **1, 2 voire 3 temps** :
 - 1 et 2 temps : cf question précédente
 - 3 temps : constitution d'un « plastron » appendiculaire qui s'abcède puis l'abcès se rompt dans la cavité péritonéale
- Elle touche surtout le **sujet jeune**.
- Les signes péritonéaux prédominant en **fosse iliaque droite**.
- Le pneumopéritoine est **absent**.
- Le traitement repose sur la **chirurgie en urgence**.

12- Réponse : C D E

- Le diagnostic des péritonites post-opératoires est **difficile** car les signes cliniques et les examens biologiques peuvent être confondus avec ceux des suites opératoires normales ou avec une autre complication.
- Elle survient le plus souvent entre J5 et J7 après l'opération.
- Des cas de péritonite post-opératoire peuvent être **révélés par des signes extra-digestifs** :
 - Psychiques
 - Insuffisance rénale, SDRA
 - Embolie pulmonaire...

13- Réponse : A B D

- Le processus inflammatoire peut évoluer spontanément vers la **guérison** s'il demeure localisé.
- Le **plastron** correspond à une **péritonite localisée**.
- La péritonite est responsable d'une **déshydratation Extracellulaire majeure** par constitution d'un **3^e secteur** : le défaut de réabsorption et l'augmentation de production de sécrétion inflammatoire entraîne une perte de sel accrue « piégée » dans la cavité péritonéale, pouvant donner une **insuffisance rénale fonctionnelle**.
- Une thrombose portale septique peut compliquer la péritonite : la **pyléphlébite**.
- La suture immédiate de l'intestin grêle ou du côlon est **contre-indiquée** en raison d'un très haut risque de lâchage (le péritoine est inflammatoire, épais et fragilisé). On réalise souvent une résection intestinale sans rétablissement de la continuité.

14- Réponse : C

- Le traitement de la péritonite sur cathéter de dialyse est l'**application intra-péritonéale de vancomycine+aminoside** (le germe le plus fréquent étant le staphylocoque) en 1^{re} intention.
- Si échec après 48 h de traitement, l'**ablation du cathéter** est décidée en 2^e intention.

15- Réponse : A B C D

- Les causes de non-amélioration post-opératoires peuvent être attribuées :
 - Aux conséquences **toxiniques** du sepsis
 - Aux complications **infectieuses** : infection urinaire, abcès sous-phrénique, abcès de paroi...
 - Aux complications **thrombotiques** post-chirurgicales (phlébites)
 - Aux complications **chirurgicales** à proprement parler : lâchage de suture
 - Aux **décompensations de tares** : OAP chez un sujet fragile hémodynamiquement (insuffisant cardiaque chronique)
- L'abcès cérébral n'est pas une complication classique de la péritonite.

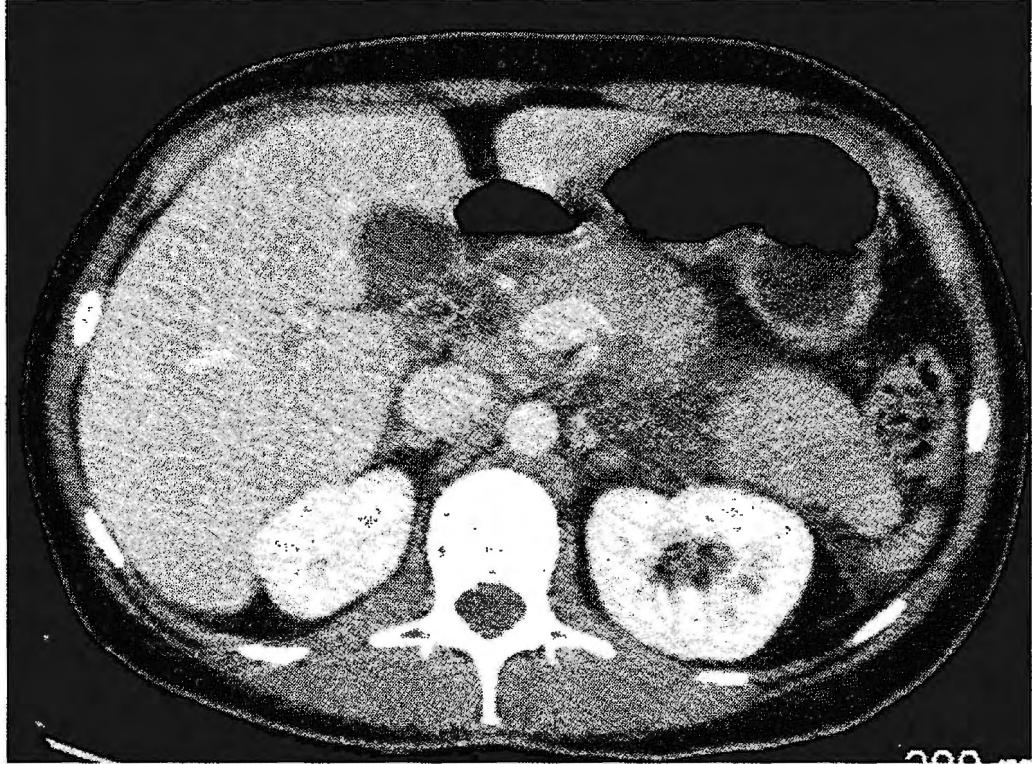


J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 18

QCM 1	Devant une douleur abdominale, quel(s) est (sont) l'(les) éléments qui orientent vers une pancréatite aiguë ?
A -	Douleur épigastrique ou de l'hypochondre droit
B -	Début brutal
C -	Douleur transfixante
D -	Irradie vers les organes génitaux externes
E -	Douleur très intense, volontiers résistante aux antalgiques de classe 1 et 2
QCM 2	Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) complémentaire(s) nécessaire(s) au diagnostic positif de pancréatite aiguë ?
A -	Scanner abdominal sans injection
B -	Scanner abdominal avec injection
C -	Lipasémie
D -	Transaminases
E -	Amylasémie
QCM 3	Parmi les manifestations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) de la pancréatite aiguë ?
A -	Insuffisance rénale aiguë
B -	CIVD
C -	Epanchement pleural
D -	Péritonite stercorale
E -	Cytostéatonécrose systémique
QCM 4	Quelles sont les 3 causes non tumorales les plus fréquentes de pancréatite aiguë ?
A -	Hypercalcémie
B -	Alcoolisme chronique
C -	Iatrogénie
D -	Hypertriglycéridémie
E -	Migration de lithiase biliaire dans la voie biliaire principale
QCM 5	Parmi les médicaments suivants, lequel (lesquels) est (sont) le plus souvent incriminé(s) dans les pancréatites ?
A -	Diurétiques thiazidiques
B -	Lamotrigine
C -	Amoxicilline
D -	Acide valproïque
E -	Œstrogènes
QCM 6	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) permettant d'apprécier la gravité d'une pancréatite aiguë hors contexte de réanimation ?
A -	Le dosage de la CRP au diagnostic
B -	La recherche d'obésité
C -	Les critères de SIRS à 48 h
D -	Le score APACHE II
E -	L'appréciation de l'état hémodynamique

QCM 7	Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'examen de référence pour évaluer la gravité est le scanner avec injection dès le diagnostic fait
B -	L'examen de référence pour évaluer la gravité est le scanner sans injection à 48 h
C -	Le score de gravité scanographique est le score de Ranson
D -	Le score de gravité scanographique (CTSI) s'étend de 0 à 10 et du stade A au stade C
E -	Un stade supérieur ou égal à 4 est associé à un risque plus important d'abcès pancréatique et de décès
QCM 8	Parmi les profils suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) à risque de pancréatite aiguë d'origine biliaire ?
A -	Age = 30 ans
B -	Femme
C -	Nulliparité
D -	IMC = 26
E -	Antécédents familiaux de lithiasis biliaire
QCM 9	Concernant la pancréatite aiguë alcoolique, quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) erroné(es) ?
A -	Elle correspond le plus souvent à une poussée inaugurale de pancréatite chronique calcifiante
B -	Elle témoigne du stade avancé d'une pancréatite chronique sous-jacente
C -	Le profil typique est un homme d'environ 40 ans
D -	Pour retenir cette cause, l'alcoolisme doit être prolongé (au moins 1 an)
E -	Pour retenir cette cause, l'alcoolisme doit être important (> 10 verres /jour)
QCM 10	Quel(s) est (sont) le(s) principe(s) de prise en charge d'une pancréatite aiguë cédémateuse ?
A -	Hospitalisation en unité de soins intensifs
B -	Sonde nasogastrique d'aspiration quasi-systématiquement
C -	Perfusion abondante de solutés hydro-électrolytiques
D -	TraITEMENT antalgique : AINS
E -	TraITEMENT antalgique : morphine
QCM 11	Quel(s) est (sont) le(s) principe(s) de prise en charge d'un patient avec une pancréatite aiguë avec CRP = 180 mg/L à 48 h et insuffisance rénale ?
A -	Hospitalisation en unité de soins continus ou réanimation
B -	Mise à jeun stricte
C -	Inhibiteurs de la pompe à protons
D -	Pose d'un cathéter central
E -	Antibioprophylaxie (pour prévenir l'infection de nécrose)
QCM 12	Concernant le rythme de surveillance lors d'une pancréatite aiguë sévère, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Clinique : plusieurs fois par jour
B -	CRP : 1 fois par jour
C -	CRP : 2 fois par semaine
D -	Créatininémie : 2 fois par semaine
E -	Scanner abdominal : tous les 5 jours

QCM 13	<p>Concernant les traitements étiologiques de la pancréatite aiguë, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - En cas de pancréatite aiguë bénigne d'origine biliaire, une cholécystectomie doit être effectuée sans délai B - En cas de pancréatite aiguë bénigne d'origine biliaire, une cholécystectomie doit être organisée 3 mois après l'épisode C - En cas de pancréatite aiguë d'origine biliaire avec angiocholite, le geste le plus urgent est la cholécystectomie D - En cas de pancréatite aiguë d'origine biliaire avec angiocholite, le geste le plus urgent est la sphinctérotomie endoscopique E - L'arrêt de l'alcool et du tabac est dans tous les cas indispensable
QCM 14	<p>Voici le scanner d'une pancréatite aiguë. Quel est son stade selon le score modifié de Balthazar ?</p>
	
	<ul style="list-style-type: none"> A - Stade A B - Stade B C - Stade C D - Stade D E - Stade E
QCM 15	<p>A propos du score modifié de Balthazar, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> A - Un élargissement du pancréas correspond au stade C B - La présence d'une coulée de nécrose correspond au stade E C - La présence de bulles intrapancréatiques correspond au stade E D - Ce score permet d'estimer la mortalité E - Ce score permet d'estimer le risque de pancréatite sévère

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A C E		<ul style="list-style-type: none">- Les caractéristiques de la douleur de la pancréatite aiguë <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Début rapidement progressif en quelques heures- Siège épigastrique ou de l'hypochondre droit- Douleur transfixante- Irradie vers le dos en inhibant la respiration- Douleur très intense, volontiers résistante aux antalgiques de classes 1 et 2- C'est la douleur de colique néphrétique aiguë <input checked="" type="checkbox"/> qui irradie vers les organes génitaux externes.
2- Réponse : C		<ul style="list-style-type: none">- Diagnostic positif de pancréatite aiguë = douleur typique + lipase > 3N. <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3- Réponse : A B C D E		<ul style="list-style-type: none">- Toutes ces complications peuvent survenir :<ul style="list-style-type: none">- L'insuffisance rénale aiguë <input checked="" type="checkbox"/> peut être fonctionnelle ou organique et survient dans les formes graves immédiates, suite à l'apparition du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)- La CIVD <input checked="" type="checkbox"/> est possible à la phase aiguë de la maladie, suite au SRIS et à l'activation du système de la coagulation- L'épanchement pleural <input checked="" type="checkbox"/> est possible par fistulisation interne, ce liquide est donc riche en lipase- La péritonite stercorale <input checked="" type="checkbox"/> survient par rupture d'un organe creux, comme le côlon- La cystostéatonécrose systémique (ou maladie de Weber-Christian) <input checked="" type="checkbox"/> est une atteinte cutanéo-articulaire exceptionnelle se traduisant par des tuméfactions sous-cutanées diffuses douloureuses et érythémateuses. Il s'agit de lésions de panniculite.
4- Réponse : B C E		<ul style="list-style-type: none">- Les 2 causes les plus fréquentes de pancréatite aiguë <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- La migration de calcul biliaire dans la VBP (40 %)- L'alcoolisme chronique (40 %)- Arrive en 3^e position les causes iatrogènes <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Post-opératoire- Post-CPRE (cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique)- De façon exceptionnelle : médicaments

5- Réponse : A D E

- Les médicaments les plus couramment incriminés dans les pancréatites aiguës sont :
 - Les diurétiques de l'anse et thiazidiques
 - L'azathioprine et la 6-mercaptopurine
 - Les tétracyclines
 - Les œstrogènes
 - L'acide valproïque

6- Réponse : B C E

- Les éléments permettant d'évaluer la gravité d'une pancréatite aiguë sont :
 - La CRP à 48 h
 - Le score SIRS à 48 h
 - L'appréciation du terrain, avec l'obésité qui est un facteur indépendant de risque de gravité
 - L'appréciation de l'état hémodynamique
- Le score APACHE II est utilisé en contexte de réanimation
- Le score de Ranson doit être abandonné selon les dernières guidelines.

7- Réponse : E

- L'examen de référence pour évaluer la gravité est le scanner AVEC injection à 48 h.
- Il permet le calcul du score de gravité scanographique (CTSI), autrement appelé score de Balthazar
 - Il s'étend de 0 à 10 et du stade A au stade E
 - Un stade supérieur ou égal à 4 est associé à un risque plus important de complications (abcès pancréatique en l'occurrence) et de décès

8- Réponse : B D E

- Les facteurs de risque de lithiase biliaire sont les suivants :
 - Age > 50 ans
 - Sexe féminin
 - Surcharge pondérale (IMC > 25)
 - Multiparité
 - Antécédents familiaux de lithiase biliaire

9- Réponse : B D

- La pancréatite aiguë alcoolique correspond dans la très grande majorité des cas à une poussée inaugurale de pancréatite chronique calcifiante.
Lors des stades avancés de pancréatite chronique, les poussées aiguës ont tendance à disparaître au profit des manifestations exocrines (défaut d'enzymes digestives) et endocrines (diabète).
- Le profil typique est celui d'un homme de 40 ans alcoolique
- Pour retenir cette cause, l'alcoolisme doit être :
 - Prolongé (au moins 10 ans)
 - Important (> 10 verres /jour)

10- Réponse : C E

- Pancréatite aiguë :
 - Oedématuseuse = bénigne 
 - Nécrosante = sévère/grave 
- Principes de prise en charge d'une pancréatite aiguë bénigne  :
 - Hospitalisation en **service de médecine**
 - **Mise à jeun stricte**
 - **Perfusion de solutés hydro-électrolytiques**
 - Sonde nasogastrique d'aspiration : exceptionnellement indiquée, en cas de vomissements incoercibles
 - **Antalgiques adaptés à la douleur**
 - × Les AINS sont à éviter en raison de leur néphrotoxicité
 - **Surveillance quotidienne**
 - ± **traitement étiologique**

11- Réponse : A B C D

- Pancréatite aiguë + CRP > 150 = **pancréatite aiguë à risque d'évolution sévère**
- Insuffisance rénale aiguë sur pancréatite aiguë = **défaillance viscérale** = réanimation + prévention des ulcérations de stress (inhibiteur de la pompe à protons)
- Prise en charge d'une pancréatite aiguë sévère  :
 - **Hospitalisation unité de soins continus/réanimation**
 - × Soins continus : si malade à risque (CRP > 150, critères de SRIS...)
 - × Réanimation : si complication avérée (défaillance viscérale comme une insuffisance rénale aiguë, un SDRA...)
 - **Mise à jeun stricte**
 - **Antalgiques adaptés à la douleur**
 - **Sonde nasogastrique d'aspiration** si vomissements incoercibles
 - **Pose d'un cathéter central** :
 - × Permet la perfusion de solutés hydro-électrolytiques en quantité suffisante
 - × Permet de maintenir une fonction rénale et pression veineuse correctes
 - **Inhibiteurs de la pompe à protons** si défaillance viscérale (prévention des ulcérations de stress)
 - **Nutrition artificielle**
 - ± **traitement étiologique**
- **Pas d'antibioprophylaxie X dans la pancréatite aiguë.**

12- Réponse : A C

- Rythme de surveillance dans la pancréatite aiguë sévère  :
 - **Clinique** : plusieurs fois par jour
 - **NFS, créatinine, SpO₂** : 1 fois par jour
 - **CRP** : 2 fois par semaine
 - **Scanner abdominal** : tous les 10-15 jours.

13- Réponse : A D E

- En cas de pancréatite aiguë bénigne d'origine biliaire, une **cholécystectomie** doit être effectuée sans délai. Elle permet de plus une exploration pré ou peropératoire de la voie biliaire principale.
- En cas de pancréatite aiguë d'origine biliaire avec **angiocholite**, le geste le plus urgent est la **sphinctérotomie endoscopique**, pour dégager au plus vite la voie biliaire principale du calcul.
- **L'arrêt de l'alcool et du tabac est dans tous les cas indispensable** : l'alcool peut aggraver une pancréatite aiguë et le tabac est toxique pour le pancréas (facteur de risque d'adénocarcinome). De plus, chez un alcoolotabagique il convient de réaliser un examen soigneux des autres appareils (en particulier la sphère ORL).

14- Réponse : D

- Il s'agit d'un scanner abdominal injecté en coupe axiale passant par le pancréas. Il montre une **absence de prise de contraste du parenchyme pancréatique**, témoin de la présence d'une coulée de nécrose. Il s'agit donc d'une pancréatite aiguë **Balthazar D**.

15- Réponse : C D E

- Le **score modifié de Balthazar** est à connaître par cœur pour l'iECN.
- Les stades sont les suivants :
 - STADE A : pancréas normal
 - STADE B : élargissement de la glande
 - STADE C : infiltration de la graisse péripancréatique
 - STADE D : 1 coulée de nécrose
 - STADE E : plusieurs coulées de nécrose, OU présence au sein du pancréas de bulles/coulée de nécrose
- Ce score permet d'estimer la **mortalité et le risque de pancréatite sévère**.



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 19

QCM 1	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) est (sont) retrouvé(s) dans un syndrome de pénétration ?
A -	Toux quinteuse de début brutal
B -	Habituellement non résolutif spontanément
C -	Cyanose
D -	Pétéchies du visage
E -	Cornage
QCM 2	Concernant l'inhalation de corps étrangers (CE), quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La radiographie du thorax retrouve le plus souvent le corps étranger
B -	L'absence de syndrome de pénétration élimine le diagnostic de CE
C -	La complication la plus fréquente des CE méconnus est la dilatation des bronches
D -	Dans sa présentation aiguë, le diagnostic différentiel principal est l'épiglottite aiguë chez l'enfant
E -	Une toux chronique ne répondant pas au traitement habituel doit faire évoquer l'inhalation de corps étranger
QCM 3	Quel est votre diagnostic chez un enfant de 2 ans atteint de détresse respiratoire aiguë à recrudescence nocturne, une voix rauque et un tirage sus-sternal ?
A -	Bronchiolite aiguë
B -	Laryngite aiguë sous-glottique
C -	Epiglottite aiguë
D -	Asthme du nourrisson
E -	Angine
QCM 4	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) du syndrome de détresse respiratoire aiguë ?
A -	Pancréatite aiguë
B -	Insuffisance cardiaque aiguë
C -	Syndrome de Mendelson
D -	Circulation extra-corporelle
E -	Noyade
QCM 5	Quels sont les examens principaux à réaliser à visée étiologique face à une détresse respiratoire aiguë ?
A -	Radiographie du thorax
B -	Scanner thoracique
C -	Gazométrie artérielle
D -	ECG
E -	Numération-Formule Sanguine

QCM 6	A propos des inhalations de corps étrangers (CE) trachéobronchiques et laryngés, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le siège du corps étranger est le plus souvent bronchique
B -	La bronche gauche est plus souvent touchée que la bronche droite
C -	La manœuvre de Heimlich doit être tentée dans tous les cas en cas de CE laryngé
D -	L'inhalation de CE laryngé se traduit par un syndrome de pénétration
E -	L'inhalation de CE, qu'il soit laryngé ou trachéobronchique, nécessite un examen endoscopique dans les plus brefs délais
QCM 7	A propos du traitement de l'inhalation de CE trachéobronchiques, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'endoscopie trachéobronchique nécessite une anesthésie générale
B -	Un contrôle endoscopique est nécessaire immédiatement après l'extraction
C -	Des corticoïdes sont prescrits après extraction
D -	Des antibiotiques sont prescrits après extraction
E -	L'extraction peut se compliquer de pneumomédastin
QCM 8	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) nécessite la mise en place d'une assistance ventilatoire ?
A -	Polypnée superficielle
B -	Respiratoire abdominale paradoxale
C -	Tirage intercostal
D -	Hypercapnie
E -	SpO ₂ = 81 % en air ambiant
QCM 9	A propos du pouls paradoxal, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'un signe de lutte
B -	Il s'agit d'une contraction anormale des muscles inspiratoires du cou
C -	Il évoque un asthme aigu grave ou une tamponnade cardiaque
D -	On retrouve une diminution de la pression artérielle systolique lors de l'inspiration
E -	Il traduit une dissociation entre le pouls et la température
QCM 10	Dans quelle(s) situation(s) utilise-t-on la ventilation invasive d'emblée ?
A -	Troubles de la conscience
B -	Respiration abdominale paradoxale
C -	Etat de choc
D -	Exacerbation de BPCO
E -	Polytraumatisme
QCM 11	Quels sont les 3 facteurs principaux de décompensation d'une pathologie respiratoire chronique ?
A -	Embolie pulmonaire
B -	Prise de benzodiazépines
C -	Dysfonction cardiaque gauche
D -	Infection broncho-pulmonaire
E -	Pneumothorax
QCM 12	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) est (sont) en faveur d'une hypercapnie ?
A -	Sueurs
B -	Bradycardie
C -	Hypotension artérielle
D -	Céphalées
E -	Tremblements

QCM 13	A propos des causes de dyspnée aiguë chez l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) étiologie(s) de dyspnée inspiratoire ?
A -	Corps étranger bronchique
B -	Coqueluche
C -	Asthme
D -	Amygdalite
E -	Laryngite aiguë sous-glottique
QCM 14	A propos de la laryngite aiguë sous-glottique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle concerne surtout l'enfant de 5 à 10 ans
B -	Avant l'âge de 6 mois, elle doit faire demander un avis ORL
C -	En présence de détresse respiratoire aiguë, elle nécessite l'administration en urgence de corticoïdes et/ou d'adrénaline en nébulisation
D -	Le traitement principal repose sur les antibiotiques
E -	L'état général est souvent très altéré
QCM 15	A propos de la conduite à tenir en situation de corps étranger inhalé chez l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) en 1^{re} intention ?
A -	En situation d'asphyxie, il faut tenter des manœuvres d'expulsion
B -	En situation de dyspnée sévère, il faut tenter des manœuvres d'expulsion
C -	En cas de dyspnée absente et de CE radio-opaque, il faut réaliser une bronchoscopie au tube souple
D -	En cas de dyspnée absente et d'auscultation douteuse, il faut réaliser une bronchoscopie au tube souple
E -	En cas de dyspnée sévère, la manœuvre de Mofenson sera réalisée en 1 ^{re} intention avant 3 ans

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : A C D E	<ul style="list-style-type: none">– Le syndrome de pénétration <input checked="" type="checkbox"/> est la phase où un corps étranger est mobile dans les voies aériennes. Il se traduit par :<ul style="list-style-type: none">- Toux quinteuse de début brutal- Accès de suffocation avec tirage, cornage (= reprise INSPIRATOIRE difficile et bruyante) et cyanose- Chez un individu antérieurement sain- Habituellement résolutif en quelques secondes à plusieurs heures (le corps étranger pouvant descendre dans l'arbre respiratoire rester coincé dans une des branches distales).
2- Réponse : C D E	<ul style="list-style-type: none">– La radiographie du thorax est le plus souvent normale (90 % des cas) car le corps étranger n'est pas radio-opaque <input type="checkbox"/>.– L'absence de syndrome de pénétration n'élimine pas le diagnostic de CE, ce syndrome pouvant être passé inaperçu ou négligé <input type="checkbox"/>.– La complication la plus fréquente des CE méconnus est la dilatation des bronches (ou bronchectasies) par destruction de la paroi bronchique <input type="checkbox"/>.– Dans sa présentation aiguë, le diagnostic différentiel principal est l'épiglottite aiguë <input checked="" type="checkbox"/> chez l'enfant. Ce diagnostic aujourd'hui exceptionnel est particulièrement grave et associe :<ul style="list-style-type: none">- Fièvre- Modification de la voix- Hypersalivation– Une toux chronique ne répondant pas au traitement habituel doit faire évoquer l'inhalation de corps étranger <input type="checkbox"/> . Toutefois attention à bien évoquer en priorité un carcinome bronchopulmonaire chez un fumeur âgé.
3- Réponse : B	<ul style="list-style-type: none">– Voix rauque et tirage sus-sternal orientent vers une origine laryngée <input type="checkbox"/> . L'âge <input checked="" type="checkbox"/> et la recrudescence nocturne orientent vers une laryngite aiguë sous-glottique <input type="checkbox"/>.
4- Réponse : A C D E	<ul style="list-style-type: none">– Les étiologies du SDRA peuvent être classifiées de la façon suivante <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Aggression exogène<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Infectieuse<input checked="" type="checkbox"/> Toxique : inhalation de liquide gastrique (= syndrome de Mendelson), noyade- Aggression endogène « endothéliale » : toute pathologie s'accompagnant d'un SRIS<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Pancréatite aiguë<input checked="" type="checkbox"/> Circulation extra-corporelle...– L'insuffisance cardiaque aiguë est responsable d'un OAP cardiogénique, ne rentrant pas dans la définition d'un SDRA (qui est un OAP lésionnel) <input checked="" type="checkbox"/> .

5- Réponse : A C D E

- Les examens principaux à réaliser à visée diagnostique face à une détresse respiratoire aiguë sont :
 - **Radiographie thoracique** : permet la recherche d'atélectasie, d'anomalies pleurales ou d'opacités parenchymateuses
 - **Gazométrie artérielle** : si la radiographie est normale, les valeurs de PaCO_2 et HCO_3^- peuvent statuer sur l'existence ou non d'une pathologie respiratoire chronique sous-jacente.
 - × **PaCO_2 et HCO_3^- élevés** orientent vers la décompensation d'une pathologie respiratoire chronique (BPCO, anomalie de paroi, pathologie neuromusculaire)
 - × **PaCO_2 et HCO_3^- normaux ou bas** orientent vers une pathologie d'emblée aiguë (asthme aigu grave, embolie pulmonaire)
 - **NFS** : permet la recherche d'une anémie
 - **ECG** : permet la recherche d'une cause cardiaque.

6- Réponse : A E

- Le siège du corps étranger est le plus souvent **bronchique** (dans 75 % des cas).
- Le siège du CE bronchique est **deux fois plus fréquent à droite qu'à gauche** : la bronche droite est plus verticale que la bronche gauche (elle se situe presque dans l'axe de la trachée).
- Dans les CE laryngés, la manœuvre de Heimlich ne doit être tentée **qu'en cas d'asphyxie suraiguë** avec mort imminente X.
- Le traitement repose sur l'**extraction endoscopique en urgence**, que le CE soit laryngé ou trachéobronchique.
- L'inhalation de CE laryngé se traduit d'emblée par un **tableau dramatique** (asphyxie aiguë ou dyspnée laryngée majeure d'installation brutale), contrairement à l'inhalation de CE trachéobronchique qui se traduit par un **syndrome de pénétration** pouvant parfois passer inaperçu X.
- Le syndrome de pénétration rassemble les éléments suivants :
 - **Accès de suffocation brutal**, inopiné et spontanément résolutif chez un individu (souvent un enfant) en bonne santé
 - **Quintes de toux** : violentes, expulsives
 - **Tirage**
 - **Cornage**
 - **Syndrome fugace** (dure quelques minutes).

7- Réponse : A B C D E

- L'endoscopie trachéobronchique nécessite une **anesthésie générale**, et est réalisée au **bloc opératoire**.
- Un **contrôle endoscopique** est nécessaire immédiatement après l'extraction 1.
- Des médicaments sont nécessaires après l'extraction :
 - **Corticoïdes** : contre l'œdème local ou pharyngé (d'autant plus nécessaires que l'extraction est tardive ou répétée)
 - **Antibiotiques** : en prévention de la suppuration
 - **Aérosols** : pour l'humidification des muqueuses.
- L'extraction peut se compliquer :
 - **De pneumomédiastin** : par rupture alvéolaire liée à l'hyperpression endobronchique
 - **De médiastinite**.

8- Réponse : B D

- Les indications de l'assistance ventilatoire sont les suivantes :
 - Hypoventilation aiguë menaçant le pronostic vital (= signes de FAILLITE)
 - x **Respiratoire abdominale paradoxale** = faillite de la pompe respiratoire
 - x **Troubles de la conscience**
 - x **Acidose respiratoire et hypercapnie**
 - Hypoxémie REFRACTAIRE à l'oxygénothérapie.
- La polypnée superficielle et le tirage intercostal sont des **signes de lutte**. Non associés à des signes de faillite, ils ne nécessitent pas nécessairement d'assistance ventilatoire .
- Un patient avec une SpO₂ = 81 % en air ambiant nécessite avant tout un traitement par oxygénothérapie ; la nécessité d'assistance ventilatoire dépendra de l'étiologie de la désaturation .

9- Réponse : C D

- Le pouls paradoxal correspond à la diminution de la PAS lors de l'inspiration. On la retrouve en cas de cœur pulmonaire aigu : asthme aigu grave, tamponnade cardiaque par exemple.
- Il ne doit pas être confondu avec le « pouls inspiratoire » . Il s'agit d'un signe de lutte témoignant d'un **recrutement des muscles inspiratoires du cou**.
- La dissociation entre le pouls et la température (phénomène que l'on retrouve dans la typhoïde par exemple) n'a rien de commun avec le pouls paradoxal.

10- Réponse : A C E

- La ventilation invasive est utilisée d'emblée dans les situations suivantes :
 - Etat de choc
 - Troubles de la conscience, patient non coopérant
 - Polytraumatisme
 - Défaillances d'organes multiples
 - Abdomen aigu, vomissements.
- La respiration abdominale paradoxale est une indication à la ventilation mécanique, mais la ventilation non invasive est à privilégier en 1^{re} intention quand elle est possible .

11- Réponse : A C D

- Tous ces facteurs sont susceptibles de décompenser une pathologie respiratoire chronique.
- Les 3 facteurs principaux devant être recherchés en priorité devant une décompensation de pathologie respiratoire chronique sont :
 - Infection broncho-pulmonaire
 - Dysfonction cardiaque gauche
 - Embolie pulmonaire.

12- Réponse : A D E

- Les signes de l'hypercapnie sont liés :
 - A l'**effet vasodilatateur du CO₂** : céphalées, hyperhémie conjonctivale
 - A la **réaction adrénergique au « stress hypercapnique »** : tachycardie , HTA , tremblements, sueurs

13- Réponse : B D E

- Schématiquement, retenir que  :
 - La dyspnée inspiratoire est de cause **sus-trachéale** : des cavités nasales au larynx
 - La dyspnée aux 2 temps est de cause **trachéale**
 - La dyspnée expiratoire est de cause **sous-trachéale** : bronches, bronchioles.
 - Les causes de dyspnée inspiratoire  sont donc :
 - Coqueluche
 - Amygdalite
 - Laryngite aiguë sous-glottique.
 - Le CE bronchique et l'asthme sont des causes de dyspnée expiratoire .

14- Réponse : B C

- La laryngite aiguë sous-glottique concerne surtout l'enfant de 1 à 3 ans X.
 - Avant l'âge de 6 mois, sa survenue doit faire évoquer la présence d'un **angiome sous-glottique** : il faut demander un avis ORL pour réalisation d'une nasofibroscopie □.
 - En présence de détresse respiratoire aiguë, elle nécessite l'administration en urgence de corticoïdes et/ou d'adrénaline en nébulisation ①.
 - Il s'agit d'une maladie virale, qui ne doit donc pas être traitée par antibiotiques X.
 - L'état général est souvent conservé, malgré les signes (inconstants) de détresse respiratoire X.

15- Réponse : A D

- Trois situations sont à distinguer :

- ASPHYXIE :

- × Dans ce cas, les manœuvres d'expulsion sont à tenter en 1^{re} intention :
 - Manœuvre de Mofenson avant 3 ans
 - Manœuvre d'Heimlich après 3 ans

- DYSPNEE SEVERE :

Dans ce cas, il faut transférer en urgence l'enfant en service de réanimation (par le SAMU) pour bronchoscopie en urgence (à visée diagnostique + thérapeutique) de-
ment par des échographies.

- Dans ce cas, la prise en charge dépendra de l'auscultation soigneuse et de la réalisation d'une radiographie thoracique (en inspiration + expiration).

- Une anomalie est retrouvée : on réalise une **bronchoscopie au tube rigide** en $\frac{1}{2}$ urgence (à visée thérapeutique)

Aucune anomalie n'est retrouvée (ou un doute subsiste) : on réalise d'abord une **bronchoscopie au tube souple** (à visée diagnostique), pouvant être complétée par une **bronchoscopie au tube rigide** (à visée thérapeutique).

- A titre d'information, la manœuvre de Mofenson consiste à placer le bébé à plat-ventre sur l'avant-bras du soignant, avant-bras fixé sur la cuisse pour maintenir le bébé stable. Une fois le bébé mis en place, des claques sont données sur son dos, entre ses omoplates, avec le talon de la main ouverte, jusqu'à éjection du CE par la bouche.

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...



J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 20

QCM 1	Parmi les réponses suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?
A -	La bulle d'emphysème est la principale lésion incriminée dans les pneumothorax spontanés primaires
B -	Les blebs correspondent à une destruction du parenchyme > 1 cm
C -	Le pneumothorax spontané secondaire survient sur un poumon malade
D -	Le pneumothorax spontané primaire survient sur un poumon malade
E -	Les pneumothorax traumatiques ne comportent pas nécessairement de traumatisme direct
QCM 2	Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) pouvant favoriser la survenue de pneumothorax ?
A -	Activité physique prolongée
B -	Tabagisme actif
C -	Orages
D -	Vol aérien
E -	Haltérophilie
QCM 3	Parmi les situations suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) à un pneumothorax grave ?
A -	Pneumothorax complet avec déviation du médiastin sans signe clinique
B -	Pneumothorax minime avec dyspnée sévère
C -	Pneumothorax bilatéral
D -	Pneumothorax minime sur BPCO GOLD IV chez un patient dyspnéique chronique
E -	Pneumothorax apical avec tachycardie ($F_c = 110/\text{min}$), dyspnée minime et tendance à l'hypotension
QCM 4	Dans quelle(s) situation(s) le drainage pleural en hospitalisation est-il indiqué en 1^{re} intention ?
A -	Hydropneumothorax
B -	Pneumothorax spontané primaire
C -	Pneumothorax spontané secondaire
D -	Pneumothorax sous ventilation mécanique
E -	Pneumothorax spontané chez une hôte de l'air
QCM 5	Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) compatibles avec la décision d'abstention thérapeutique ?
A -	Pneumothorax de 3 cm
B -	Pneumothorax partiel
C -	Absence totale de dyspnée
D -	Pneumothorax traumatique de 0.8 cm
E -	Aucune de ces réponses

QCM 6	Parmi les signes cliniques suivants, lequel (lesquels) est (sont) compatibles avec le diagnostic de pneumothorax ?
A -	Augmentation des vibrations vocales
B -	Diminution du murmure vésiculaire
C -	Matité à la percussion
D -	Distension d'un hémithorax
E -	Abolition du murmure vésiculaire
QCM 7	Chez un patient atteint de douleur thoracique, quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) qui oriente(nt) vers un pneumothorax ?
A -	Apparition progressive
B -	Douleur rythmée par la respiration
C -	Localisation rétro-sternale
D -	Augmentée par la position penchée en avant
E -	Association à une dyspnée et toux sèche
QCM 8	A propos des pneumothorax traumatiques, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'abstention peut être envisageable dans certains cas
B -	L'évacuation se fait par exsufflation manuelle en 1 ^{re} intention
C -	Si le drainage est réalisé, il se fait par voie antérieure
D -	Si un hemothorax est associé, une exploration chirurgicale est nécessaire
E -	Un scanner doit être réalisé y compris si le diagnostic de pneumothorax porté sur la radiographie thoracique est certain
QCM 9	A propos du pneumothorax, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Environ 30 % des pneumothorax spontanés récidivent après un 1 ^{er} épisode
B -	Environ 30 % des pneumothorax spontanés récidivent après un 2 ^e épisode
C -	La récidive est le plus souvent controlatérale
D -	Le pneumothorax peut s'associer à un pneumomédiastin en cas de brèche pleurale située au niveau du hile pulmonaire
E -	Un pneumothorax avec faciès lunaire, voix nasonnée et obstruction des orifices palpébraux doit faire évoquer un pneumomédiastin associé
QCM 10	A propos du pneumothorax en réanimation, quelle(s) est (sont) la (les) propositions vraie(s) ?
A -	Il peut survenir sous ventilation mécanique : diminution brutale des pressions d'insufflation
B -	En décubitus dorsal, le décollement peut ne pas être visible sur le cliché
C -	L'échographie au lit du patient peut faire le diagnostic de pneumothorax
D -	Le pneumothorax survient dans 1 % des cas de pose de cathéter veineux sous-clavier
E -	Le risque de pneumothorax augmente lors de la pose d'un cathéter veineux central jugulaire interne chez un obèse
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) l'(les) indication(s) de la pleurodèse ?
A -	Pneumothorax spontané secondaire
B -	Pneumothorax gauche chez un sujet avec antécédent de pneumothorax droit
C -	Pneumothorax droit récidivant
D -	Persistante d'un bullage au drainage aspiratif lors d'un 1 ^{er} épisode de pneumothorax
E -	Pneumothorax traumatique

QCM 12	A propos du pneumothorax chez un individu infecté par le VIH, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il doit faire rechercher une toxoplasmose sous-jacente
B -	Il doit faire rechercher une tuberculose sous-jacente
C -	Le recours à la pleurodèse chirurgicale est le plus souvent indiqué
D -	Il nécessite généralement un traitement par cotrimoxazole
E -	Un traitement parallèle de l'infection VIH est nécessaire pour que le traitement du pneumothorax soit efficace
QCM 13	Concernant le pneumothorax compressif, quelle(s) est (sont) la (les) réponses vraie(s) ?
A -	Le 1 ^{er} geste à réaliser est l'exsufflation à l'aiguille
B -	Le 1 ^{er} geste à réaliser est le drainage pleural
C -	Le 1 ^{er} geste à réaliser est la pleurodèse
D -	En cas de PNO compressif après la pose d'un cathéter sous-clavier, le traitement doit se faire immédiatement après la radiographie du thorax
E -	Il est responsable d'insuffisance cardiaque droite
QCM 14	A propos de la pleurodèse, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	8 % de récidives surviennent avec la thoracoscopie médicale
B -	La thoracoscopie médicale consiste en l'insufflation de silice provoquant une irritation de la plèvre
C -	La thoracoscopie médicale nécessite une anesthésie générale
D -	La thoracoscopie chirurgicale nécessite une intubation endotrachéale
E -	La pleurodèse par abrasion provoque très peu de récidives (1 %)
QCM 15	Parmi les voies d'abord suivantes, laquelle (lesquelles) peu(ven)t être utilisée(s) en cas de drainage pleural ?
A -	6 ^e espace intercostal sur la ligne médioclaviculaire
B -	5 ^e espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne
C -	4 ^e espace intercostal sur la ligne médioclaviculaire
D -	3 ^e espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne
E -	5 ^e espace intercostal sur la ligne médiocalviculaire

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : C E	<ul style="list-style-type: none">- A propos du pneumothorax spontané primaire :<ul style="list-style-type: none">- La principale lésion incriminée est le blebs <input checked="" type="checkbox"/>- Blebs = lésion très limitée < 1 cm- Survient sur un poumon sain, chez le jeune- A propos du pneumothorax spontané secondaire :<ul style="list-style-type: none">- La principale lésion incriminée est la bulle d'emphysème <input checked="" type="checkbox"/>- Bulle d'emphysème = Destruction localisée du parenchyme > 1 cm- Survient sur un poumon malade (le plus souvent détruit par le tabagisme chronique+++, après 50 ans).- Les pneumothorax traumatiques ne comportent pas nécessairement de traumatisme direct. Des traumatismes indirects <input type="checkbox"/> existent : c'est le cas du blast (rupture de plusieurs alvéoles par hyperpression intrathoracique).
2- Réponse : B C D	<ul style="list-style-type: none">- Les facteurs favorisant la survenue d'un pneumothorax sont :<ul style="list-style-type: none">- TABAGISME ACTIF <input checked="" type="checkbox"/> : cause n°1, indispensable à évoquer devant un PNO spontané- Certaines conditions météorologiques (orages, ouragans) <input type="checkbox"/>- Vols aériens et plongée subaquatique <input type="checkbox"/>- ± Facteurs génétiques- Attention, l'activité physique <input checked="" type="checkbox"/> et les efforts à glotte fermée <input checked="" type="checkbox"/> ne favorisent pas les pneumothorax !
3- Réponse : B C D E	<ul style="list-style-type: none">- La définition d'un pneumothorax grave se fait sur la CLINIQUE <input checked="" type="checkbox"/> . Il peut s'agir :<ul style="list-style-type: none">- D'une dyspnée sévère (réponse B) <input type="checkbox"/>- D'un collapsus tensionnel (en cours d'apparition dans la réponse E) <input type="checkbox"/>- D'autres facteurs rentrent dans cette définition :<ul style="list-style-type: none">- Pathologie respiratoire préexistante => réserve ventilatoire déjà réduite avant le PNO (réponse D) <input type="checkbox"/>- Pneumothorax bilatéral (exceptionnel, réponse C) <input type="checkbox"/>- La déviation du médiastin <input checked="" type="checkbox"/> n'est pas en soi un critère de gravité.

4- Réponse : A C D

- Les indications au **drainage pleural d'emblée** sont :
 - Le PNO spontané secondaire
 - Le PNO bilatéral
 - L'épanchement pleural associé (hydropneumothorax)
 - Les patients sous ventilation mécanique
 - Le PNO compressif (après exsufflation en urgence)
- Le PNO spontané primaire nécessite une **exsufflation manuelle ou une abstention thérapeutique** en 1^{re} intention.
- Le PNO spontané chez une hôtesse de l'air nécessite une **pleurodèse préventive** en 1^{re} intention.

5- Réponse : B C

- L'**abstention thérapeutique** peut être retenue si le pneumothorax est :
 - Spontané
 - Petit (< 2 cm)
 - Partiel
 - Peu ou pas symptomatique (absence de dyspnée)

6- Réponse : B D E

- Les signes cliniques en faveur d'un pneumothorax sont :
 - **Distension** d'un hémithorax avec diminution de l'ampliation thoracique
 - **Diminution voire abolition** du murmure vésiculaire
 - **Tympanisme** à la percussion
 - **Abolition** des vibrations vocales

7- Réponse : B E

- Une douleur typique de pneumothorax est :
 - Brutale
 - Basi-thoracique (latéro-thoracique)
 - Rythmée par la respiration
 - Associée à une dyspnée et toux sèche
- Une douleur thoracique calmée par la position penchée en avant est en faveur d'une **péricardite aiguë**.

8- Réponse : A C D E

- 2 options thérapeutiques sont possibles dans le pneumothorax traumatique:
 - L'**abstention thérapeutique (= surveillance rapprochée)** : si le PNO est minime, que le patient est stable et en ventilation spontanée
 - Le **drainage thoracique** : dans tous les autres cas en 1^{re} intention
- L'**exsufflation manuelle** X n'a pas de place dans la prise en charge du PNO traumatique.
- Le drainage est réalisé par **voie antérieure** : au niveau de la ligne médio-claviculaire, entre les 2^e et le 3^e espaces intercostaux.
- Si un hémotorax est associé, on ajoute au drainage une **exploration chirurgicale** afin de drainer l'épanchement et contrôler le saignement.
- Un **scanner** doit être réalisé y compris si le diagnostic de pneumothorax porté sur la radiographie thoracique est certain, afin de rechercher d'autres **conséquences du traumatisme** (hémotorax, fracture costale, lésions vasculaires médiastinales...).

9- Réponse : A D E

- Environ 30 % des pneumothorax spontanés récidivent après un 1^{er} épisode.
- Plus de 50 % des pneumothorax spontanés récidivent après un 2^e épisode X.
- La récidive est le plus souvent **homolatérale**, parfois controlatérale X.
- Le pneumothorax peut s'associer à un pneumomédiastin en cas de brèche pleurale située au niveau du hile pulmonaire.
- Un pneumothorax avec faciès lunaire, voix nasonnée et obstruction des orifices palpébraux doit faire évoquer un **pneumomédiastin** associé, par passage d'air dans les tissus sous-cutanés, entraînant un **emphysème sous-cutané** (sensation de crépitement à la palpation de la peau).

10- Réponse : B C E

- Il peut survenir sous ventilation mécanique : il faut y penser devant une **augmentation brutale** des pressions d'insufflation.
- En décubitus dorsal, le décollement peut ne pas être visible sur le cliché, ce qui amène dans ce cas à réaliser une **échographie au lit du patient** ou un **scanner**.
- Le pneumothorax survient dans 3 % des cas de pose de cathéter veineux sous-clavier.
- Le risque de pneumothorax augmente lors de la pose d'un cathéter veineux central jugulaire interne chez un obèse, et diminue en cas de pose échoguidée.

11- Réponse : B C D

- Les principales indications de la pleurodèse sont :
 - Pneumothorax récidivant du même côté
 - 1^{er} épisode de pneumothorax controlatéral
 - Persistance d'un bullage au drainage aspiratif lors d'un 1^{er} épisode de pneumothorax.
- Le pneumothorax traumatique se traite en 1^{re} intention par drainage thoracique X.
- Le pneumothorax spontané secondaire se traite en 1^{re} intention par exsufflation manuelle ou petit drain X.

12- Réponse : C D E

- La survenue d'un pneumothorax chez un patient infecté par le VIH doit faire rechercher une pneumocystose pulmonaire.
- Dans cette situation, le risque de fistule persistante est majeur, ce qui justifie le recours fréquent à la pleurodèse chirurgicale.
- Pour que le traitement symptomatique du pneumothorax soit efficace, il faut également traiter la cause :
 - Traitement de la pneumocystose : cotrimoxazole
 - Traitement du VIH : antirétroviraux.

13- Réponse : A E

- Lors d'un PNO compressif, la prise en charge est la suivante :
 - Le 1^{er} geste à réaliser est l'**exsufflation à l'aiguille en urgence**.
 - Complétée ensuite par un **drainage pleural**.
- En cas de PNO compressif après la pose d'un cathéter sous-clavier, le diagnostic est clinique (augmentation brutale des pressions d'insufflation si le patient est intubé, et apparition d'une dyspnée brutale ± signes de dysfonction cardiaque droite), et aucun examen ne doit retarder la prise en charge.
- Le pneumothorax compressif est responsable d'une **tamponnade gazeuse** (compression des veines caves par le pneumothorax) responsable de **signes d'insuffisance cardiaque droite**. Il s'agit d'une **urgence thérapeutique** : un PNO compressif non traité peut rapidement aboutir à un **désamorçage de la pompe cardiaque**.

14- Réponse : A D

- **8 % de récidives** surviennent avec la thoracoscopie médicale.
- La thoracoscopie médicale consiste en l'**insufflation de talc** provoquant une irritation de la plèvre, provoquant une pleurodèse des deux feuillets pleuraux.
- La thoracoscopie médicale peut se faire par **anesthésie générale ou anesthésie locorégionale**.
- La thoracoscopie chirurgicale nécessite une **intubation endotrachéale avec une sonde à double canal** : elle permet d'esclure le poumon opéré du circuit de ventilation.
- La pleurodèse par abrasion provoque **5 % de récidives**, contrairement à l'ablation partielle de la plèvre pariétale : **1 % de récidives**.

15- Réponse : B

- Les voies d'abord possibles en cas de drainage pleural sont :
 - **2^e et 3^e espaces intercostaux sur la ligne médioclaviculaire**
 - **4^e et 5^e espaces intercostaux sur la ligne axillaire moyenne.**

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...



✓ Inscrivez mes notes personnelles pour mieux progresser

Questions isolées QCM N° 21

ENTRAINEMENT 1

SUR TOUS LES ITEMS DE LA SPECIALITE

QCM 1	Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) parmi les suivantes pouvant être à l'origine d'une crise convulsive ?
A -	Abcès cérébral
B -	Sclérose en plaques
C -	Neurocysticercose
D -	Anévrisme intra-crânien
E -	Dysplasie corticale
QCM 2	Concernant l'état de mal épileptique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	L'injection d'une benzodiazépine IV normalise l'EEG et fait disparaître très rapidement la confusion dans un état de mal épileptique convulsivant
B -	La mortalité reste élevée après traitement d'un état de mal épileptique convulsivant
C -	L'évolution spontanée de l'état de mal convulsivant est le collapsus cardiorespiratoire
D -	Un état de mal épileptique non convulsivant peut persister plusieurs jours
E -	Dans 1 cas sur 5, aucune cause n'est retrouvée
QCM 3	Concernant les crises convulsives fébriles simples de l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elles surviennent majoritairement la 1 ^{re} année de vie
B -	Elles touchent environ 30 % des enfants avant l'âge de 5 ans
C -	Elles témoignent d'une souffrance cérébrale intense laissant fréquemment des séquelles neurologiques
D -	Ces crises surviennent suite à des troubles du développement
E -	Les CCF simples sont généralement brèves (de l'ordre de 5 minutes)
QCM 4	Parmi les signes cliniques suivants, lequel (lesquels) est (sont) compatibles avec une hypokaliémie ?
A -	Crampes musculaires
B -	Syndrome polyuro-polydispsique
C -	Céphalées
D -	Somnolence
E -	Constipation
QCM 5	Parmi les traitements suivants, lequel (lesquels) peu(ven)t être réalisé(s) en urgence pour traiter un priapisme ?
A -	Application locale de glace
B -	Ponction de corps caverneux
C -	Injection intracaverneuse d'a-stimulants
D -	Prise d'a-stimulants PO
E -	Chirurgie : shunt caverno-spongieux

QCM 6	Concernant l'entorse de la cheville, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La radiographie de la cheville est théoriquement systématique afin d'éliminer une fracture
B -	Tout patient doit être revu à 15 jours
C -	L'hématome en « œuf de pigeon » signe la rupture du ligament collatéral médial
D -	Le traitement des entorses non graves repose sur le protocole « RICE »
E -	L'entorse de cheville ne compromettant pas la marche ne justifie jamais d'une anticoagulation préventive
QCM 7	Quel(s) signe(s) parmi les suivants sont en faveur d'une rupture du tendon d'Achille ?
A -	Absence d'extension du pied à la manœuvre de Thompson
B -	Absence de flexion du pied à la manœuvre de Thompson
C -	Présence d'une rotation latérale du pied
D -	Présence d'un signe de Brunet-Guedj
E -	Présence d'un signe de Brunet-Lézine
QCM 8	Devant un déficit neurologique transitoire, quel(s) est (sont) le(s) argument(s) en faveur d'un AIT ?
A -	Point lumineux au milieu du champ visuel
B -	Symptômes d'aggravation rapide
C -	Adulte jeune
D -	Le patient se souvient de l'épisode
E -	Amputation du champ visuel
QCM 9	Devant un déficit neurologique transitoire, quel(s) est (sont) le(s) argument(s) en faveur d'une crise convulsive partielle ?
A -	Patient jeune
B -	Début rapidement progressif (en quelques secondes)
C -	Propagation des symptômes en plusieurs dizaines de minutes
D -	Ne se souvient jamais de l'épisode
E -	Hémiplégie
QCM 10	A propos des fractures centrofaciales complexes, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Tout patient avec ce type de fracture doit être considéré comme un traumatisé crânien jusqu'à preuve du contraire
B -	Elles sont dues à un choc violent sur la région nasale
C -	Elles entraînent un trouble occlusal
D -	Un avis neurochirurgical est indispensable en cas de fracture de la paroi postérieure du sinus frontal
E -	Un avis neurochirurgical est indispensable en cas de rhinorrhée claire
QCM 11	A propos des fractures occluso-faciales, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elles doivent toutes être considérées comme des fractures ouvertes
B -	Un patient avec une fracture occluso-faciale est un traumatisé crânien jusqu'à preuve du contraire
C -	Une rhinorrhée cérébrospinale est possible en cas de fracture de Le Fort I
D -	Une fracture Le Fort I peut se compliquer de séquelles mnésiques
E -	Une brèche dure-mérienne est possible en cas de fracture de Le Fort II

QCM 12	A propos de l'hématome extra-dural, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une collection de sang entre la dure-mère et l'arachnoïde
B -	Il est secondaire à une déchirure d'une branche de l'artère méningée moyenne
C -	L'absence de signe neurologique 6 heures après un traumatisme crânien élimine ce diagnostic
D -	Il se traduit par une hyperdensité spontanée biconcave se moulant sur la surface corticale à la TDM
E -	Il peut être dû à une déshydratation intracellulaire
QCM 13	A propos des fractures de l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	La première urgence est l'immobilisation du foyer fracturaire
B -	Une fracture du tibia droit nécessite des clichés radiologiques bilatéraux des 2 jambes
C -	La raideur est une complication exceptionnelle
D -	La mise en place d'une ostéosynthèse présente un risque d'éphysiodèse
E -	Le traitement des fractures articulaires repose sur la réduction sous sédation + immobilisation par plâtre
QCM 14	Parmi les situations suivantes de fracture chez l'enfant, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) indication(s) à la chirurgie ?
A -	Fractures ouvertes
B -	Fracture fémorale chez un adolescent en fin de collège
C -	Fracture très douloureuse chez un jeune enfant
D -	Fractures Salter III
E -	Fractures réductibles par manœuvres externes
QCM 15	Parmi les diagnostics suivants, lequel (lesquels) est (sont) compatible(s) avec une détresse respiratoire aiguë, radiographie thoracique normale, et hypercapnie ?
A -	Asthme aigu grave
B -	Décompensation de myasthénie
C -	Décompensation de BPCO
D -	Embolie pulmonaire
E -	Syndrome obésité-hypoventilation

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, ☐ Déduction, ☐ Arg Fréquence, ☈ Formulation, X Eliminer les incorrectes, ☐ 1^{re} idée

1- Réponse : A C E

- La crise épileptique est une manifestation clinique issue d'une **hyperactivité d'un groupe de neurones** du cortex.
- Une atteinte isolée de la substance blanche (sclérose en plaques) ne peut donc pas être à l'origine d'une crise convulsive **X**.
- L'anévrisme n'est pas épileptogène (sauf au moment de leur rupture) **X**
- L'abcès cérébral, la neurocysticercose et la dysplasie corticale sont des étiologies de crises convulsives :
 - Toutes les **infections parenchymateuses** sont particulièrement épileptogènes (abcès cérébral, encéphalite, méningo-encéphalite) **1**
 - La **neurocysticercose** est une infection à *tænia solium* **1** :
 - ✗ Se traduisant par la présence de kystes dans de nombreux tissus, y compris le cerveau et la moelle spinale
 - ✗ Très rare en France
 - ✗ Mais principale cause d'épilepsie **1** dans les zones tropicales (attention à bien évoquer cette cause dans un DCP chez un sujet ayant pour origine un pays tropical !)
 - La **dysplasie corticale** correspond à une erreur de la migration neuronale (anomalie du développement du cortex) responsable de neurones anormaux **1**

2- Réponse : B C D E

- Sujet d'urgences souvent peu traité mais important à connaître pour faire la différence !
- Il y a 2 types d'état de mal épileptiques :
 - **Convulsivant**
 - **Non convulsivant.**
- L'état de mal épileptique convulsivant **1** :
 - Correspond à une **répétition subintrante de crises convulsives**
 - Son évolution spontanée est le **collapsus cardiorespiratoire** dans un contexte de défaillance multiviscérale, liée à la constitution de lésions anoxo-ischémiques
 - La mortalité est élevée malgré le traitement : **10 à 20 %**.
- L'état de mal épileptique non convulsivant **1** :
 - Correspond à une **confusion mentale d'intensité variable**, de durée très variable (quelques heures à quelques jours)
 - L'injection d'une **BZD IV** normalise l'**EEG** et fait disparaître très rapidement la **confusion** (en quelques secondes)
- Dans **1 cas sur 5**, aucune cause n'est retrouvée **1**.

3- Réponse : E

- Les CCF simples de l'enfant surviennent surtout **entre 1 et 3 ans**, donc majoritairement à partir de la **2^e année de vie X**.
- Elles touchent **2 à 5 %** des enfants **X**.
- Les CCF simples sont des crises convulsives occasionnelles, **en réaction à de la fièvre**. Elles surviennent par définition **en dehors de toute atteinte du système nerveux central**, et ne traduisent pas une souffrance cérébrale intense **X**.
- Les CCF simples surviennent par définition **en dehors de tout trouble du développement X**.
- Les CCF simples sont généralement **brèves** (de l'ordre de 5 minutes), et dans tous les cas < **15 minutes 1**.

4- Réponse : A B E

- L'hypokaliémie peut donner :
 - **Syndrome polyuro-polydipsique**
 - **Constipation**
 - **Crampes musculaires**
- En revanche, elle ne donne **pas de signes neurologiques centraux X** (somnolence, apathie).

5- Réponse : A B C D E

- Tous ces traitements peuvent être réalisés en urgence lors d'un priapisme . Ils sont hiérarchisés de la façon suivante :
 - Si le priapisme dure depuis < 6 heures :
 - × **Application locale de glace**
 - × **Et/ou prise d'α-stimulant PO**
 - Si échec des méthodes précédentes : **Ponction de corps caverneux**
 - Si échec des méthodes précédentes : **Injection intra-caverneuse d'α-stimulants**
 - En dernière intention, le **traitement chirurgical (création d'un shunt caverno-spongieux)** est proposé. Attention à bien prévenir le patient du risque élevé d'impuissance lié à cet acte.

6- Réponse : D

- La radiographie de la cheville a pour but d'**éliminer les diagnostics différentiels** dans le cas d'une suspicion d'entorse de la cheville. Théoriquement, elle ne doit être réalisée que dans certaines situations précises. Il s'agit des **critères d'Ottawa** :
 - **Age < 18 ans** (les ligaments sont plus puissants que le cartilage de conjugaison qui a plus de chances d'être rompu : varus équin forcé chez l'enfant = fracture Salter 1 jusqu'à preuve du contraire) ou **> 55 ans** (augmentation du risque de fracture avec l'âge)
 - **Non amélioration de la symptomatologie au 5^e jour**
 - Si l'âge est compris entre 18 et 55 ans :
 - × **Incapacité de se mettre en appui dans l'heure suivant le traumatisme**
 - × **Impossibilité de faire 4 pas**
 - × **Sensibilité à la palpation osseuse du bord postérieur ou de la pointe d'une des 2 malléoles**
 - × **Sensibilité à la palpation osseuse du naviculaire ou de la base du 5^e métatarsien**
- Tout patient doit être **revu à 5 jours** pour apprécier l'évolution et éliminer des diagnostics différentiels . Une échographie peut compléter l'examen clinique lors de cette visite.
- L'hématome en « œuf de pigeon » signe la **rupture du ligament collatéral latéral** (il est du à la rupture de branches artériolaires de l'artère malléolaire antérolatérale, qui chemine dans la branche antérieure de ce ligament) .
- Le traitement des entorses non graves repose sur le **protocole « RICE »** : rest (repos), ice (glaçage), compression, élévation. Le traitement des entorses graves repose quant à lui sur le traitement orthopédique voire chirurgical.
- L'entorse de cheville ne compromettant pas la marche peut justifier d'une anticoagulation préventive : **patients aux antécédents de TVP ou avec des facteurs de risque de MTEV.**

7- Réponse : A D

- La rupture du tendon d'Achille (ou tendon calcanéen) peut se mettre en évidence par 2 signes :
 - **Le signe de Thompson** (ou absence d'extension du pied à la manœuvre de Thompson) : la pression de la partie charnue du mollet entraîne une **extension du pied** lorsque le tendon est sain ; une rupture du tendon d'Achille ne donne plus cette extension)
 - **Le signe de Brunet-Guedj** : le patient est en décubitus ventral les pieds hors de la table d'examen. Si le tendon d'Achille est intact, le pied correspondant conserve un **équin physiologique** (l'angle entre l'axe du pied et l'horizontale est $> 90^\circ$), qui disparaît lors de la rupture du tendon (l'axe du pied devient vertical, l'angle avec l'horizontale est = 90°).

8- Réponse : D E

- Devant un déficit neurologique transitoire, les arguments en faveur d'un AIT sont les suivants :
 - Patient âgé avec facteurs de risque cardiovasculaires
 - Installation brutale, avec symptômes d'**intensité maximale d'emblée**
 - **Symptômes « négatifs »** : paralysie, amputation du champ visuel... (pas de point lumineux X)
 - **Résolution rapide**, d'une seconde à l'autre
 - **Durée < 1h**
 - **Le patient se souvient de l'épisode**

9- Réponse : A B

- Devant un déficit neurologique transitoire, les arguments en faveur d'une crise convulsive partielle sont les suivants :
 - **Patient jeune/âgé** (distribution biphasique)
 - **Début rapidement progressif** en quelques secondes
 - Propagation des symptômes en quelques dizaines de secondes = **marche épileptique**
 - **Symptômes « positifs »** : clonies d'un membre, paresthésies, figures géométriques dans un champ visuel...
 - **Résolution rapide**
 - **Le patient se souvient de l'épisode** en cas de crise partielle simple, et ne **s'en souvient pas/partiellement** en cas de crise partielle complexe.
 - L'hémiplégie est un **symptôme négatif** et oriente plus vers un **AIT** X.

10- Réponse : A B D E

- Les fractures centrofaciales complexes :
 - Sont dues à un **choc violent sur la région nasale**, où l'énergie traumatique n'est que partiellement absorbée
 - Correspondent à des lésions des **structures profondes de la région centro-faciale**.
- Elles n'entraînent **pas de trouble occlusal**, contrairement aux fractures occluso-faciales de Le Fort X.
- Tout patient avec ce type de fracture doit être considéré comme un **traumatisé crânien jusqu'à preuve du contraire**, en raison de l'intensité et du siège du choc. Des examens neurologique et ophtalmologique doivent être systématiques.
Un avis neurochirurgical est indispensable dans 2 situations principales :
 - En cas de fracture de la **paroi postérieure du sinus frontal**
 - En cas de suspicion de fracture de l'**étage antérieur de la base du crâne** : rhinorrhée claire évoquant une rhinorrhée cérébrospinale par exemple.

11- Réponse : A B D E

- Les fractures occluso-faciales ont comme point commun le passage par des cavités naturelles de la face (fosses nasales, sinus maxillaires, cellules ethmoïdales) : elles doivent donc toutes être considérées comme des fractures ouvertes .
- Un patient avec une fracture occluso-faciale est un traumatisé crânien jusqu'à preuve du contraire, en raison de la violence du choc . C'est la raison pour laquelle toute fracture occluso-faciale peut se compliquer de séquelles mnésiques .
- Une brèche dure-mérienne est possible en cas de fracture de Le Fort II et de Le Fort III ; les fractures de Le Fort I n'entraînent pas de brèche dure-mérienne (et n'entraînent donc pas de rhinorrhée cérébrospinale)

12- Réponse : B

- L'hématome extradural est une collection de sang entre la dure-mère et la voûte crânienne .
- Il est secondaire à une déchirure d'une branche de l'artère méningée moyenne .
- L'absence de signe neurologique 6 heures après un traumatisme crânien n'élimine pas ce diagnostic : il existe un intervalle libre (pouvant atteindre plus de 24 h) entre le traumatisme et les symptômes. Cet intervalle traduit le délai nécessaire à la constitution d'un hématome suffisant pour induire une hypertension intracrânienne.
- L'hématome extradural se traduit par une hyperdensité spontanée en forme de « lentille » biconvexe au scanner.
- L'hématome sous-dural peut être dû à une déshydratation intracellulaire, mais pas l'hématome extra-dural

13- Réponse : C D

- La première urgence est le traitement de la douleur .
- Les fractures de l'enfant ne nécessitent pas systématiquement de clichés bilatéraux .
- La raideur est une complication exceptionnelle chez l'enfant, la kinésithérapie n'est donc pas nécessaire à l'ablation de l'immobilisation .
- La mise en place d'une ostéosynthèse présente un risque d'éphysiodèse, majoré en cas de traversée du cartilage de conjugaison .
- Le traitement des fractures articulaires repose sur le traitement chirurgical, afin d'obtenir une réduction parfaite . Cela permet d'éviter un décalage articulaire, qui pourrait entraîner de l'arthrose précoce.

14- Réponse : A B D

- Le traitement chirurgical est indiqué dans les situations suivantes :
 - Fractures ouvertes
 - Déplacement important, fractures compliquées, fractures irréductibles par manœuvres externes
 - Fractures articulaires : Salter III et IV (cf. question précédente)
 - Fractures diaphysaires nécessitant un traitement rapide pour permettre une réinsertion sociale et scolaire plus précoce
 - Exemple de l'élève de 3^e qui passe son Brevet à la fin de l'année.
- Le caractère hyperalgie des douleurs n'est pas une indication à la chirurgie . Attention, l'urgence principale lors des fractures de l'enfant est le soulagement des douleurs par des antalgiques de niveau adapté.
- Les fractures réductibles par manœuvres externes sont accessibles au traitement orthopédique

15- Réponse : B C E

- L'hypercapnie dans un contexte de détresse respiratoire aiguë avec RXT normale oriente vers une **décompensation de pathologie respiratoire chronique** (hypoventilation)
- Les trois diagnostics parmi ceux proposés compatibles avec détresse respiratoire aiguë + RXT normale + hypercapnie sont :
 - **Décompensation de maladie neuromusculaire** : myasthénie par exemple
 - **Anomalie de paroi** : syndrome obésité-hypoventilation par exemple
 - **Décompensation de BPCO**.
- L'asthme aigu grave et l'embolie pulmonaire sont 2 diagnostics **aigus** entraînant une **hypo/normocapnie X**.

Questions isolées QCM N° 22

ENTRAINEMENT 2 SUR TOUS LES ITEMS DE LA SPECIALITE

QCM 1	Quel(s) est (sont) l'(les) élément(s) en faveur d'un glaucome aigu à angle fermé ?
A -	Œil blanc
B -	Pression intraoculaire = 38 mmHg
C -	Chambre antérieure profonde
D -	Pupille en myosis
E -	Œdème cornéen
QCM 2	Parmi les traitements suivants, lequel (lesquels) font partie du traitement d'un glaucome aigu ?
A -	Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique per os
B -	Tropicamide
C -	Mannitol
D -	Néosynéphrine
E -	Pilocarpine
QCM 3	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) de l'examen physique en faveur d'une rupture du ligament croisé antérieur ?
A -	Perception d'un ressaut au Jerk-test
B -	Arrêt dur au test de Lachman à 20° de flexion
C -	Laxité en varus en flexion à 20°
D -	Présence d'un tiroir antérieur à 90° de flexion
E -	Laxité en valgus en flexion à 20°
QCM 4	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) font partie de la prise en charge post-arrêt cardiorespiratoire ?
A -	Oxygénation : hyperoxyie intense
B -	Corticothérapie
C -	Sédation
D -	Refroidissement : hypothermie autour de 32°C
E -	Maintien d'une normoglycémie
QCM 5	Quel(s) examen(s) prescrivez-vous rapidement devant un tableau de pneumopathie infiltrative diffuse aiguë ?
A -	ETT
B -	Enzyme de conversion de l'angiotensine
C -	Dosage du BNP
D -	Lavage broncho-alvéolaire
E -	ANCA

QCM 6	Concernant la torsion du cordon spermatique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le signe de Prehn est positif
B -	Le réflexe crémasterien est aboli
C -	La bourse est inflammatoire et douloureuse à la palpation
D -	L'écho-doppler testiculaire est d'une aide précieuse devant toute suspicion de torsion du cordon spermatique
E -	Toute torsion de cordon spermatique nécessite un traitement chirurgical comportant entre autres une orchidopexie controlatérale
QCM 7	Quelle(s) est (sont) la (les) indications de l'oxygénothérapie hyperbare dans un contexte d'intoxication au CO ?
A -	Intoxication chez une femme enceinte
B -	Intoxication chez un enfant
C -	Trouble du rythme cardiaque
D -	Intoxication chez une personne âgée
E -	Perte de connaissance de quelques secondes
QCM 8	Concernant la hernie inguinale étranglée chez l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Elle est liée à une faiblesse musculaire de la paroi abdominale
B -	Son contenu est habituellement intestinal chez la petite fille de moins de 1 an
C -	Le 1 ^{er} geste à réaliser en cas de hernie étranglée de la petite fille est la réduction manuelle
D -	La chirurgie est indispensable devant une hernie inguinale étranglée très évoluée
E -	L'échographie confirme habituellement le diagnostic
QCM 9	Parmi les aliments suivants, lequel (lesquels) est (sont) responsable(s) de lithiasis urinaire ?
A -	Thé
B -	Rhubarbe
C -	Fromage
D -	Café
E -	Saucisson
QCM 10	Concernant le traitement de la crise de colique néphritique aiguë simple, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il se fait le plus souvent en hospitalisation
B -	Le traitement est médico-chirurgical
C -	Le médicament le plus efficace est le kétoprofène IV
D -	Un morphinique peut être utilisé d'emblée en association avec un AINS
E -	Une restriction hydrique peut être prescrite pendant la phase douloureuse
QCM 11	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) en faveur d'un placenta prævia ?
A -	Hémorragie abondante de sang rouge
B -	Utérus souple et indolore
C -	Utérus douloureux de façon permanente
D -	Présentation transverse
E -	Présence de contractions utérines

QCM 12	Concernant la prise en charge de l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	En cas de mort fœtale, une transfusion de plasma frais congelé est toujours nécessaire
B -	En cas de mort fœtale, l'anesthésie péridurale est toujours contre-indiquée
C -	En cas de mort fœtale, le travail doit être immédiatement déclenché
D -	La meilleure prévention repose sur l'arrêt du tabac et de la cocaïne
E -	Un bilan étiologique doit être réalisé (incluant un bilan de thrombophilie)
QCM 13	Parmi les réponses suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) facteur(s) de risque d'hémorragie de la délivrance ?
A -	Fibromes
B -	Antécédents de pré-éclampsie
C -	Hyperthermie
D -	Oligoamnios
E -	Placenta prævia
QCM 14	<p>Vous recevez le petit Enzo pour fracture de l'avant-bras. Quel est ce type de fracture ?</p> 
A -	Incavation plastique
B -	Fracture en « bois vert »
C -	Fracture en « motte de beurre »
D -	Décollement épiphysaire
E -	Fracture en « cheveu »
QCM 15	Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) ECG d'une hypercalcémie symptomatique ?
A -	Bradycardie
B -	Allongement du QT
C -	Ondes T plates
D -	PR court
E -	Troubles du rythme

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : E	<ul style="list-style-type: none">- Le glaucome aigu est une des rares urgences ophtalmologiques à connaître pour l'ECN.- Ses caractéristiques sont les suivantes :<ul style="list-style-type: none">- Œil rouge, douloureux <input checked="" type="checkbox"/>- Pression intraoculaire TOUJOURS > 50 mmHg <input checked="" type="checkbox"/>- Chambre antérieure étroite- Pupille en semi-mydrase aréflexique <input checked="" type="checkbox"/>- Œdème cornéen => baisse d'acuité visuelle <input type="checkbox"/>
2- Réponse : C E	<ul style="list-style-type: none">- La prise en charge d'un glaucome aigu doit être connue par cœur <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- Hospitalisation en ophtalmologie- Mise en place d'une VVP- 4 traitements :<ul style="list-style-type: none">x Acétazolamide IV (+ supplémentation potassique)x Mannitol 20 %x Collyres hypotonisantsx Collyres myotiques (pilocarpine) dans les 2 YEUX +++- La néosynéphrine et le tropicamide sont des collyres mydiatiques. <input checked="" type="checkbox"/>
3- Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none">- Le jerk-test <input checked="" type="checkbox"/> s'effectue en flexion, valgus et rotation interne du genou. L'existence d'un ressaut est spécifique d'une rupture du LCA- La manœuvre de Trillat-Lachman <input checked="" type="checkbox"/> correspond à la recherche de tiroir antérieur en exerçant une flexion de genou de 20°. Schématiquement :<ul style="list-style-type: none">- L'arrêt dur est une situation normale- L'arrêt mou retardé signe une rupture du LCA- La présence d'une laxité en flexion à 20° <input checked="" type="checkbox"/> signe :<ul style="list-style-type: none">- En valgus : une atteinte du ligament collatéral médial <input type="checkbox"/>- En varus : une atteinte isolée du ligament collatéral latéral <input type="checkbox"/>- La flexion du genou à 90° <input checked="" type="checkbox"/> permet de rechercher :<ul style="list-style-type: none">- Un tiroir antérieur : atteinte du LCA (+ des points d'angle postéro-interne et postéro-externe)- Un tiroir postérieur : atteinte du LCP (+ des points d'angle postéro-interne et postéro-externe)

4- Réponse : C E

- Les 2 axes de prise en charge post-ACR sont les suivants :
 - Préservation de la fonction cardiaque
 - Préservation cérébrale
- Les 4 piliers de la préservation cérébrale sont les suivants :
 - **Oxygénation et ventilation** : maintien d'une hyperoxyie modérée
 - × L'hypoxie et l'hypercapnie sont les 2 situations à combattre : elles entraînent une HTIC fatale
 - **Sédation pendant 24-48 h**
 - × La sédation permet de diminuer les besoins en oxygène et permet de lutter contre l'oedème
 - **Maintien d'une normoglycémie** : afin d'éviter un oedème cérébral par phénomènes osmotiques
 - **Régulation de la température** : maintien d'une hypothermie modérée d'environ 34°C
 - × L'hypothermie modérée permet de préserver les lésions ischémiques en diminuant le métabolisme du système nerveux central
- Les corticoïdes n'ont aucun intérêt dans cette situation

5- Réponse : A C D

- Les 2 causes les plus fréquentes de PID aiguës sont :
 - Hémodynamique : OAP
 - Pneumonies infectieuses
- Les examens à réaliser sont donc :
 - A la recherche d'un OAP hémodynamique :
 - × ETT
 - × ECG
 - × Dosage du BNP
 - × ± test thérapeutique aux diurétiques
 - A la recherche d'une autre étiologie (pneumonie, hémorragie alvéolaire) , en l'absence de cause cardiaque évidente : Lavage broncho-alvéolaire
 - L'ECA (à la recherche d'une sarcoïdose) et les ANCA (à la recherche d'une vascularite à ANCA) sont surtout utilisés pour les PID subaiguës et chroniques.

6- Réponse : B C E

- Dans une torsion de cordon spermatique :
 - Le signe de Prehn est négatif : pas de soulagement de la douleur à la surélévation du testicule
 - Le réflexe crémasterien est aboli
 - La bourse est inflammatoire et douloureuse à la palpation
- AUCUN EXAMEN COMPLEMENTAIRE NE DOIT RETARDER LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE !!
- Toute torsion de cordon spermatique nécessite un traitement chirurgical comportant, en plus du traitement du testicule touché, une **orchidopexie controlatérale** (car l'anomalie responsable de la torsion est le plus souvent bilatérale) .

7- Réponse : A B C E

- Les indications de l'oxygénothérapie hyperbare sont les suivantes :
 - Terrain : femme enceinte, enfant
 - Perte de connaissance (même brève)
 - Troubles du rythme cardiaque
 - Troubles de la conscience, convulsions, signes neurologiques objectifs.

8- Réponse : D

- La hernie inguinale de l'enfant est liée à une persistance du canal peritonéo-vaginal (ou du canal de Nück chez la petite fille).
- Son contenu est habituellement intestinal chez le garçon et ovarien chez la petite fille de moins de 1 an.
- Par conséquent, il ne faut JAMAIS réaliser de réduction manuelle devant une hernie inguinale étranglée chez la petite fille, au risque de mettre en jeu le pronostic fonctionnel de la gonade (risque d'infertilité).
- La chirurgie est indispensable devant une hernie inguinale étranglée très évoluée.
- La hernie inguinale étranglée est une urgence thérapeutique : aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge. Le diagnostic est clinique.

9- Réponse : A B C E

- Le thé et la rhubarbe favorisent les lithiases en raison de leur richesse en oxalate.
- Le fromage comme tous les autres produits laitiers (riches en sel, calcium...) favorisent les lithiases urinaires.
- Le saucisson comme toutes les charcuteries et les abats favorisent les lithiases en raison de leur richesse en purines et en sel.
- Le café X ne favorise pas les lithiases urinaires

10- Réponse : C D E

- Le traitement d'une CNA simple se fait en ambulatoire.
- Le but de ce traitement est le soulagement de la douleur : il est exclusivement médical.
- Le médicament le plus efficace est le ketorolac IV, parfois utilisé d'emblée en association avec un morphinique lors de douleur d'emblée importante.
- Une restriction hydrique peut être prescrite pendant la phase douloureuse, mais sans obligation absolue (aucune étude n'a montré la supériorité de cette méthode par rapport à l'hyperhydratation ou à l'hydratation « libre »).

11- Réponse : A B D E

- Les éléments en faveur d'un placenta praevia sont les suivants :
 - Hémorragie abondante de sang rouge (coagulable et souvent récidivante)
 - Présence de contractions utérines sans douleur permanente, avec un utérus souple et indolore entre les contractions

Présentation transverse ou en siège souvent associée à une présentation basse. L'utérus douloureux de façon permanente est en faveur d'un hématome rétroplacentaire X.

12- Réponse : A B C D E

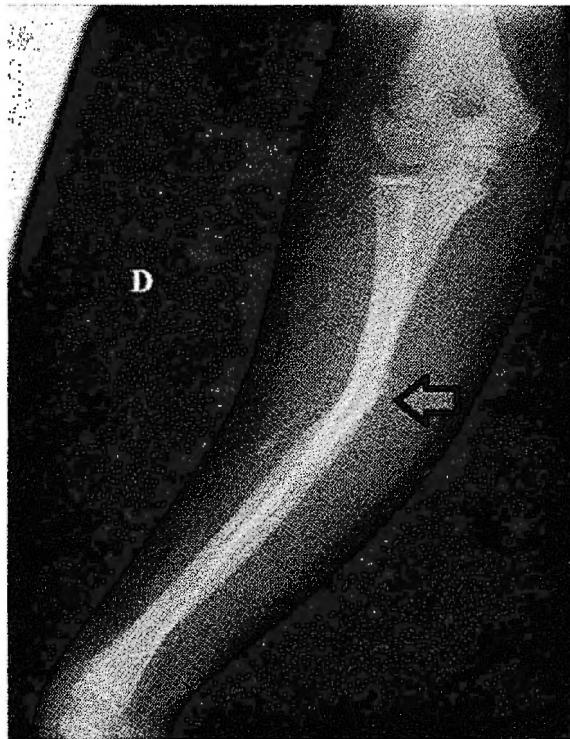
- En cas de mort fœtale, il y a **constamment une CIVD** associée à l'hématome rétroplacentaire : le **pronostic vital de la mère est en jeu+++**. Deux conséquences :
 - Une **transfusion de plasma frais congelé** est toujours nécessaire, de même que des mesures réanimatoires (O_2 , remplissage, traitement de l'HTA...)
 - L'**anesthésie péridurale** est toujours contre-indiquée
- En cas de mort fœtale, le travail doit être **immédiatement déclenché**, par une rupture artificielle des membranes lorsqu'elles sont accessibles, sinon après une maturation cervicale par prostaglandines.
- La meilleure prévention repose sur l'**arrêt du tabac et de la cocaïne**, facteurs de risque majeurs de l'HRP.
- Un **bilan étiologique** doit être réalisé, incluant un **bilan de thrombophilie** et la recherche d'une intoxication tabagique ou à la cocaïne.

13- Réponse : A C E

- Les facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance sont les suivants :
 - Hyperthermie
 - Placenta prævia
 - Surdistension utérine : hydramnios, grossesse multiple, macrosomie, fibromes...
 - ...
- Les antécédents de pré-éclampsie ne sont pas un facteur de risque d'hémorragie de la délivrance.

14- Réponse : B

- Cette radiographie correspond à une **fracture en « bois vert »**. Il s'agit d'une rupture de l'os et du périoste dans le versant convexe de l'incurvation, avec persistance d'une continuité dans le versant concave de l'incurvation.



15- Réponse : C E

- Les signes ECG caractéristiques d'une hypercalcémie sont les suivants : **TA RAQUETTE PLATE PERD SON RYTHME** :

- **TA** = tachycardie
- **Raquette** = Raccourcissement du QT
- **Plate** = ondes T plates
- **Perd son** = PR long
- **Rythme** = troubles du rythme.

Questions isolées QCM N° 23

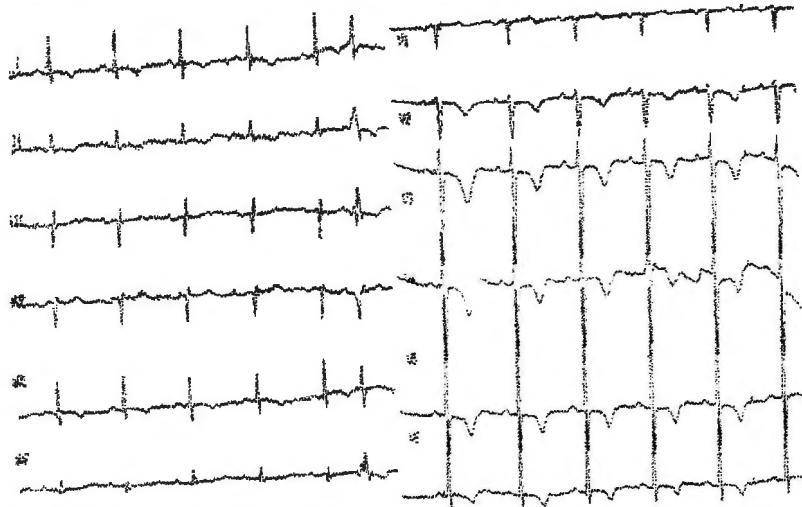
ENTRAÎNEMENT 3

SUR TOUS LES ITEMS DE LA SPECIALITÉ



QCM 1

Vous recevez M. X. pour douleur thoracique angineuse. A propos de cet ECG que vous réalisez en urgence, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?



- A - Il s'agit d'un SCA ST+
- B - Il s'agit d'une lésion sous-épicardique antérieure étendue
- C - Il s'agit d'une ischémie sous-endocardique antérieure étendue
- D - Un dosage de la troponine est nécessaire pour faire le diagnostic de SCA devant ce tracé
- E - La présence d'une troponine à 2000 ng/L ferait le diagnostic d'infarctus du myocarde



QCM 2

Voici une radiographie de la hanche gauche. Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) qualifie(nt) cette fracture ?



- A - Fracture basi-cervicale
- B - Fracture du col fémoral vraie : Garden 1
- C - Fracture du col fémoral vraie : Garden 2
- D - Fracture du col fémoral vraie : Garden 3
- E - Fracture du col fémoral vraie : Garden 4

Voici un extrait de radiographie thoracique. Quel est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?

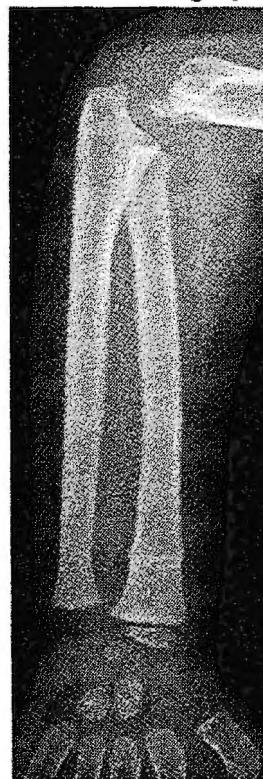
QCM 3



- A - Cardiomégalie
- B - Fracture costale
- C - Pneumopéritoine
- D - Pneumothorax apical
- E - Pneumothorax axillaire

Un ami radio-pédiatre vous montre cette radiographie. Qu'en pensez-vous ?

QCM 4



- A - Radiographie normale
- B - Incurvation plastique
- C - Fracture en « cheveu »
- D - Fracture en « bois vert »
- E - Fracture en « motte de beurre »

Vous recevez M. Z. pour chute traumatique. La radiographie de la hanche gauche est la suivante :



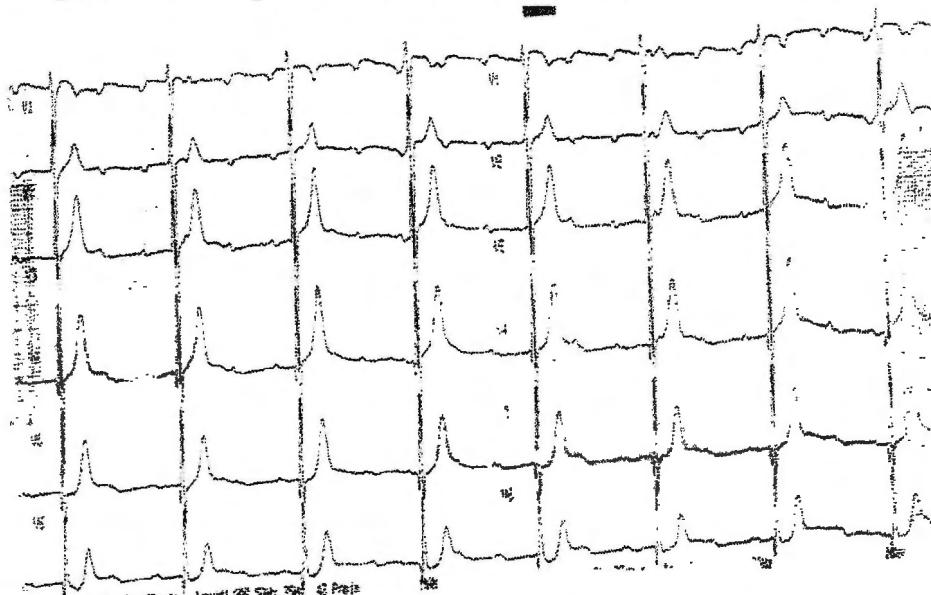
QCM 5

Quel est votre diagnostic ?

- A - Radiographie normale
- B - Fracture trochantérienne
- C - Fracture cervicale vraie : Garden 1
- D - Fracture cervicale vraie : Garden 2
- E - Fracture cervicale vraie : Garden 3

QCM 6

Peu de temps après avoir débuté la chimiothérapie chez votre patient atteint de leucémie aiguë, vous enregistrez le tracé ECG suivant :

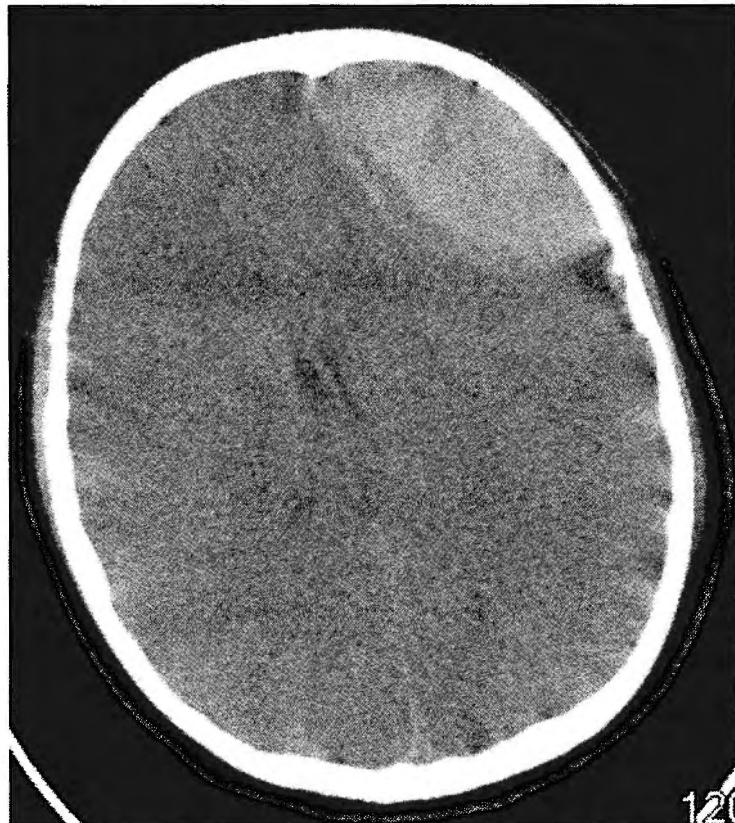


Quelle est votre prise en charge en urgence ?

- A - Biphosphonate IV
- B - Choc électrique externe
- C - Sulfate de magnésium
- D - Gluconate de calcium IV
- E - Insuline-glucose

QCM 7	Parmi les mesures suivantes, laquelle (lesquelles) peu(ven)t être proposée(s) en cas d'hémorragie de la délivrance ?
A -	Ligature chirurgicale des artères iliaques internes
B -	Hystérectomie
C -	Traitement par prostaglandines
D -	Traitement par ocytocine
E -	Embolisation artérielle
QCM 8	A propos des urgences hypertensives, laquelle (lesquelles) de ces propositions est (sont) vraie(s) ?
A -	La crise aiguë hypertensive désigne une HTA associée à une atteinte d'organe(s) cible(s)
B -	La crise aiguë hypertensive comporte une pression artérielle diastolique > 130 mmHg
C -	L'urgence hypertensive est synonyme d'HTA de grade 3
D -	L'urgence hypertensive est systématiquement associée à une atteinte d'organe(s) cible(s)
E -	L'HTA maligne désigne une HTA dont la PAS est supérieure à 180 mmHg, et comportant une atteinte d'organe(s) cible(s)
QCM 9	A propos de l'HTA maligne, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Il s'agit d'une microangiopathie thrombotique
B -	Elle aboutit au décès en quelques mois en cas de traitement inadapté
C -	Elle entraîne au niveau rénal une néphroangiosclérose bénigne
D -	Une hyperkaliémie est habituellement retrouvée
E -	Elle peut entraîner un syndrome polyuro-polydipsique
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) d'HTA maligne ?
A -	Sclérodermie
B -	Stress professionnel
C -	Prise d'Œstroprogesteratifs
D -	Diabète
E -	Néphropathie à IgA
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de détresse respiratoire aiguë du nouveau-né à terme ?
A -	Pneumothorax
B -	Infection materno-fœtale
C -	Inhalation de liquide méconial
D -	Maladie des membranes hyalines
E -	Insuffisance cardiaque
QCM 12	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) d'hypokaliémie ?
A -	Hémolyse massive
B -	Syndrome de Cushing
C -	Acidose métabolique
D -	Amphotéricine B
E -	Propranolol

Concernant ce scanner, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?



120

- QCM 13
- A - Il s'agit d'un hématome sous-dural
 - B - Il s'agit d'un hématome extra-dural
 - C - La cause la plus fréquente est la rupture d'anévrisme
 - D - La notion d'intervalle libre est caractéristique de cette lésion
 - E - Cette lésion est liée à la rupture de veines corticales « en pont » destinées aux sinus collecteurs duraux

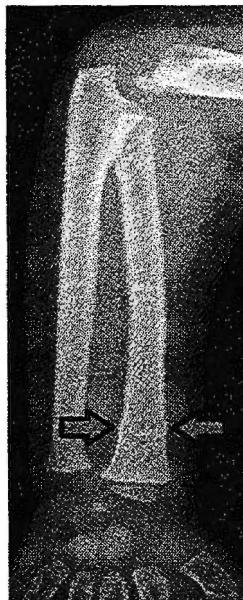
QCM 14 A propos de la nécrolyse épidermique toxique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - La fièvre est constante
- B - La surface d'épiderme nécrosé est par définition < 10 %
- C - L'association hyperéosinophilie et syndrome mononucléosique est typique de cette toxidermie
- D - Les réactivations du virus herpès sont typiques de cette toxidermie
- E - L'apparition d'une polypnée doit faire suspecter une atteinte bronchique

QCM 15 A propos de l'hématome sous-dural aigu, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - Il s'agit d'un épanchement de sang entre l'os et la dure-mère
- B - Cet hématome est d'origine artérielle
- C - Cet hématome est d'origine veineuse
- D - La cause principale est un traumatisme crânien avec force de décélération importante
- E - Des contusions cérébrales multiples peuvent aboutir à la constitution d'un hématome sous-dural

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none"> - Cet ECG montre une onde T négative en territoire antérolatéral : dans ce contexte de douleur thoracique typique, le diagnostic de SCA sans sus-décalage du segment ST (SCA ST-) est fait. On parle d'ischémie sous-épicardique. - Conseils pour ne pas se tromper : <ul style="list-style-type: none"> - Anomalie de l'onde T = ischémie, anomalie du segment ST = lésion - Onde T très ample = ischémie sous-enDOcardique (penser à la forme de l'onde T en dos de chameau) - Onde T négative = ischémie sous-éPIcardique (penser à la forme de l'onde T en pis de vache). - Le diagnostic de SCA se fait sur la clinique (douleur thoracique typique) + des signes ECG d'ischémie/lésion. La troponine n'est pas nécessaire pour faire le diagnostic de SCA lorsque ces deux éléments sont recueillis X. - La présence d'une troponine à 2000 ng/L ferait le diagnostic d'infarctus du myocarde dans ce contexte : on parle de « SCA ST- tropo + » ou de « NSTEMI ».
2- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit d'une fracture cervicale vraie avec perte de contact entre les 2 surfaces osseuses : elle est donc classée Garden 4.
3- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none"> - L'anomalie notable sur cette radiographie est la présence d'un liseré pulmonaire vertical séparant le parenchyme pulmonaire sur toute sa longueur (en médial) d'une zone d'hyperclarté (en latéral) : il s'agit d'un pneumothorax axillaire. - Il existe une zone sous-diaphragmatique peu opaque à gauche : il s'agit de la poche à air gastrique, physiologique. Elle ne doit pas être confondue avec un pneumopéritoïne, qui lui est radio-transparent X.
4- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none"> - Cette radiographie représente une fracture radiale en « motte de beurre » : tassemement métaphysaire par impaction de la diaphyse. 

5- Réponse : C

- Cette radiographie de la hanche gauche met en évidence une **fracture cervicale vraie Garden 1** :
 - Déplacement en coxa valga
 - Verticalisation des travées osseuses
 - Engrènement du foyer de fracture.



6- Réponse : D E

- L'initiation d'une chimiothérapie dans un contexte de leucémie aiguë doit faire suspecter un **syndrome de lyse tumorale** en cas de troubles métaboliques ou d'insuffisance rénale aiguë [1].
- L'ECG montre une **dissociation auriculo-ventriculaire** (BAV du 3^e degré) et des **ondes T amples, pointues et symétriques**. Ces signes orientent vers une hyperkaliémie symptomatique secondaire à un syndrome de lyse tumorale [2].
- L'hyperkaliémie avec signes ECG est une urgence thérapeutique [3] :
 - **Gluconate de calcium 10 % IV**
 - **Insuline-glucose ± salbutamol.**

7- Réponse : A B C D E

- Toutes ces techniques peuvent être proposées. Dans l'ordre [4] :
 - **Ocytocine en perfusion IV**
 - **Prostaglandines (sulprostone) IVSE**
 - Au choix :
 - × **Embolisation artérielle sélective**
 - × **Lигature chirurgicale des artères utérines**
 - × **Lигature chirurgicale des artères hypogastriques = artères iliaques internes**
 - × **Techniques de compression utérine**
 - En dernier recours : **hystérectomie d'hémostase.**

8- Réponse : D

- La crise aiguë hypertensive est une HTA de grade 3 isolée : PAS \geq 180 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg
- L'urgence hypertensive est une HTA associée à une atteinte d'organe(s) cible(s)
- L'HTA maligne est une HTA dont la PAD > 130 mmHg (dans ce cas, on retrouve le plus souvent une PAS \geq 210 mmHg), avec des atteintes multiples d'organes cibles : œdème papillaire, insuffisance ventriculaire gauche, insuffisance rénale aiguë, protéinurie abondante, hématurie, altération de l'état général...

9- Réponse : A B E

- L'HTA maligne est une **microangiopathie thrombotique** Elle est liée :
 - A une HTA responsable d'une « natriurèse de pression » (favorisée par la présence d'éléments déclencheurs : cf question 10)
 - Provoquant une hypovolémie paradoxale
 - Entrainant une activation du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRA)
 - La réabsorption hydrosodée aggrave l'HTA, et provoque des **lésions vasculaires**
 - ✗ Ces lésions vasculaires entraînent la formation de **thrombus fibrineux**, responsables d'**occlusion des lumières artériolaires et/ou capillaires** avec un **remaniement des parois artériolaires et/ou capillaires** (= définition d'une MAT)
 - Lésions vasculaires responsables d'une activation du SRA.
- En l'absence de traitement adapté, l'HTA maligne évolue rapidement vers une **insuffisance rénale irréversible** et aboutit au **décès en quelques mois**
- La conséquence rénale de l'HTA maligne est la **néphroangiosclérose MALIGNE** : lésion des petites artères, des artéries et des glomérules.
- Une **hypokaliémie** est habituellement retrouvée, liée à l'**hyperaldostéronisme secondaire** induit :
 - Par l'hypovolémie paradoxale
 - Par la présence de lésions vasculaires
- L'HTA maligne entraîne fréquemment un **syndrome polyuro-polydipsique** dans les semaines qui précèdent le diagnostic

10- Réponse : A C E

- Les causes de l'HTA maligne sont les suivantes :
 - HTA ESSENTIELLE (2/3 des cas) :
 - ✗ HTA négligée
 - ✗ Arrêt brutal des antiHTA
 - ✗ Prise d'oestroprogesteratifs
 - HTA SECONDAIRE (1/3 des cas) :
 - ✗ Sténose de l'artère rénale
 - ✗ Glomérulonéphrite chronique : **néphropathie à IgA**
 - ✗ **Sclérodermie**
- Le diabète et le stress professionnel ne sont pas des causes d'HTA maligne

11- Réponse : A B C E

- Toutes ces propositions sont des causes de détresse respiratoire aiguë du nouveau-né.
- Toutefois, la maladie des membranes hyalines ne survient par définition que chez le prématuré X.

12- Réponse : B D

- Les causes d'hypokaliémie sont :
 - **Syndrome de Cushing** : par hyperaldostéronisme secondaire
 - **Amphotéricine B** : par tubulopathie toxique.
- L'hémolyse massive, l'acidose métabolique et le propranolol sont responsables d'**hyperkaliémie X**.

13- Réponse : B D

- Cette lésion est une **hyperdensité spontanée en forme de « lentille biconvexe »** du lobe frontal gauche, responsable d'un effet de masse et d'une déviation de la ligne médiane : il s'agit d'un **hématome extra-dural**.



- L'HED est lié à un **traumatisme crânien**. La rupture d'anévrisme est une cause d'hémorragie sous-arachnoïdienne X.

- La notion d'**intervalle libre** est caractéristique de cette lésion : les symptômes apparaissent après un certain délai suivant la constitution de l'hématome, liée à l'apparition d'une **hypertension intracrânienne**.

- La rupture de veines corticales « en pont » destinées aux sinus collecteurs duraux est le mécanisme de l'**hématome sous-dural X**. L'hématome extra-dural est lié :

- Soit à la déchirure d'une branche de l'**artère méningée moyenne**

- Soit à la rupture des veines provenant du **diploé osseux fracturé**

- Soit au décollement d'un **sinus veineux dural**.

14- Réponse : A E

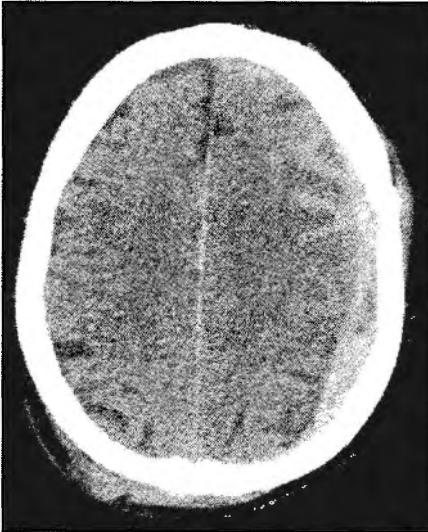
- La nécrolyse épidermique toxique (ou syndrome de Lyell) est une toxidermie médicamenteuse grave nécessitant une prise en charge urgente : la nécrose épidermique/épithéliale peut s'étendre en quelques heures et entraîner la mort.
- Le syndrome de Lyell et le syndrome de Stevens-Johnson représentent la même toxidermie, mais se distinguent par la surface d'épiderme nécrosé : > 30 % pour le Lyell, < 10 % pour le Stevens-Johnson.
- La fièvre est constante dans le syndrome de Lyell.
- L'association hyperéosinophilie et syndrome mononucléosique, et les réactivations du virus herpès sont évocatrices du DRESS syndrome, et non de la nécrolyse épidermique toxique X.
- L'apparition d'une polypnée doit faire suspecter une nécrose de l'épithélium bronchique, de pronostic très défavorable.

15- Réponse : C D E

- Il s'agit d'un épanchement de sang entre la dure-mère et l'arachnoïde.
- Cet hématome est d'origine veineuse : elle est due à une rupture des veines corticales « en pont ».
- La cause principale est un traumatisme crânien avec force de décélération importante, provoquant la déchirure des veines corticales.
- Des contusions cérébrales multiples peuvent se collecter pour aboutir à la constitution d'un hématome sous-dural.

Questions isolées QCM N° 24

ENTRAINEMENT 4 SUR TOUS LES ITEMS DE LA SPECIALITE

QCM 1	Concernant les accidents d'exposition au sang, quelle(s) est (sont) le(s) bon(s) taux de transmission après exposition percutanée ? A - VIH : 3 % B - VHC : 30 % C - VHB : 0,3 % D - VIH : 0,3 % E - VHB : 40 %
QCM 2	Quelle est la conduite à tenir suite à un accident d'exposition au sang de type piqûre avec aiguille survenant chez un interne ? A - Nettoyer et faire saigner la lésion B - Nettoyage immédiat à l'eau et à la solution hydro-alcoolique C - Déclaration d'accident du travail dans les 48 heures D - Sérologie VIH chez le patient source E - Recherche d'Ag Hbs chez l'interne
QCM 3	Parmi les épanchements pleuraux suivants, lequel (lesquels) doi(ven)t être ponctionné(s) en urgence ? A - Contexte d'exposition à l'amiante B - Suspicion d'hémotorax C - Contexte d'insuffisance cardiaque chronique D - Epanchement pleural fébrile E - Epanchement pleural avec dyspnée et épisodes de désaturations
QCM 4	Voici un scanner cérébral. Quel(s) diagnostic(s) faites-vous ? 
	A - Hématome extradural B - Hématome sous-dural C - Hémorragie sous-arachnoïdienne D - Hématome intraparenchymateux E - Embarrure osseuse

Un patient consulte aux urgences pour traumatisme de l'avant-bras droit. A l'inspection vous remarquez une déformation du poignet en « dos de fourchette ». Voici la radiographie que vous réalisez :

QCM 5



A quel type de fracture cette radiographie correspond-elle ?

- A - Fracture de Pouteau-Colles
- B - Fracture de Goyrand-Smith
- C - Fracture de Gérard-Marchand
- D - Fracture de Hutchinson
- E - Fracture de Leteneur

QCM 6

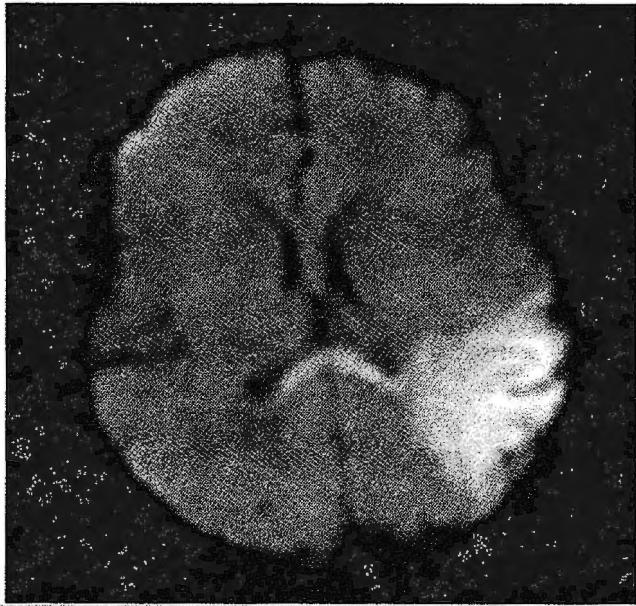
A propos de l'invagination intestinale aiguë (IIA) de l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - Il en existe 3 formes : iléo-cæcales, iléo-coliques et iléo-duodénales
- B - L'IIA primitive est liée à une hypertrophie des plaques de Peyer
- C - L'IIA primitive ne survient généralement pas avant l'âge de 2 ans
- D - Une IIA peut être secondaire à un diverticule de Meckel
- E - L'IIA touche plus les filles que les garçons

QCM 7

Concernant le traitement d'une invagination intestinale aiguë de l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - Une hospitalisation est nécessaire
- B - Les formes iléo-iléales doivent bénéficier si possible d'une désinvagination par lavement opaque en 1^{re} intention
- C - La présence d'une défense ne contre-indique pas la désinvagination par lavement opaque
- D - Le lavement thérapeutique hydrostatique est réalisé par un pédiatre assisté exclusivement d'un radiologue.
- E - Le traitement chirurgical de l'IIA est toujours complété d'appendicectomie

QCM 8	Concernant la prise en charge thérapeutique des crises convulsives de l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Un traitement antipyrrétique doit être prescrit en urgence en cas de fièvre
B -	Il faut positionner l'enfant couché sur le dos et lui lever les jambes
C -	Il faut administrer une benzodiazépine dès le début de la crise
D -	Le traitement repose sur le diazépam 0,05 mg en IVL
E -	En cas d'inefficacité du diazépam, on administre du clonazépam de préférence par voie IV à l'hôpital
QCM 9	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) possible(s) liée(s) à la pose d'un cathéter veineux ?
A -	Tamponnade
B -	Thrombose
C -	Embolie gazeuse
D -	Emboles de cristaux de cholestérol
E -	Chylothorax
QCM 10	Parmi les signes suivants, lequel (lesquels) peu(ven)t survenir chez un patient avec le scanner suivant (sachant qu'il est gaucher) ?
	
A -	Aphasie de Wernicke
B -	Hémiplégie gauche
C -	Syndrome d'Anton-Babinski
D -	Hémianopsie latérale homonyme droite
E -	Syndrome thalamique
QCM 11	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) de la prise en charge en urgence de l'hypercalcémie aiguë maligne menaçante sur l'ECG ?
A -	Digoxine en cas de troubles du rythme
B -	Diurétique thiazidique
C -	Biphosphonate IV
D -	Epuration extra-rénale
E -	Gluconate de calcium

QCM 12	Vous êtes face à un patient en état de choc septique sur pneumopathie franche lobaire aiguë gauche. Quel cathéter central pouvez-vous mettre en place pour administrer la Noradrénaline ?
A -	Cathéter veineux fémoral droit
B -	Cathéter veineux jugulaire droit
C -	Cathéter veineux jugulaire gauche
D -	Cathéter veineux sous-clavier droit
E -	Cathéter veineux sous-clavier gauche
QCM 13	Concernant les cathéters veineux centraux, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?
A -	Le cathéter sous-clavier est responsable de pneumothorax pouvant survenir 24 h seulement après la pose
B -	Au moins 15 % des poses de cathéter donnent lieu à des complications
C -	Le cathéter jugulaire interne est contre-indiqué en cas de trouble de l'hémostase sévères
D -	Lors du retrait d'un cathéter, le patient est mis préférentiellement en décubitus dorsal ou en position demi-assise
E -	La voie sous-clavière est plus à risque de thromboses que les voies fémorale et jugulaire interne
QCM 14	Quel(s) est (sont) le(s) déterminant(s) du transport artériel en oxygène ?
A -	Pression artérielle
B -	Concentration en hémoglobine
C -	SaO ₂
D -	Consommation en oxygène
E -	Fréquence cardiaque
QCM 15	Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) du traitement de l'HTA maligne (sans retentissement cardiaque) ?
A -	Baisse rapide de la pression artérielle
B -	Baisse progressive de la pression artérielle
C -	Diurétiques de l'anse
D -	Hospitalisation en service de cardiologie
E -	Hydratation : NaCl 0.9 % IV

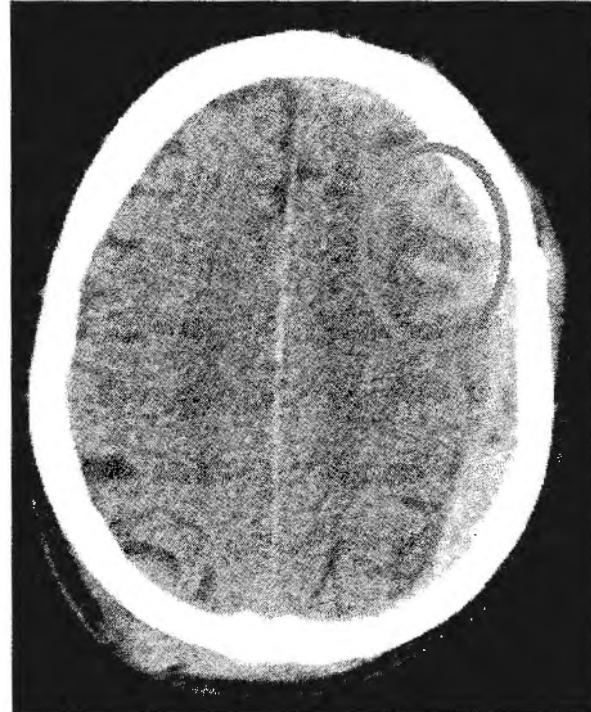
CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : D E	<ul style="list-style-type: none">– Les bons taux de séroconversion après contact percutané <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- VIH : 0,3 %- VHC : 3 %- VHB : 40 %
2- Réponse : C D	<ul style="list-style-type: none">– Les éléments de la prise en charge d'un AES de type piqûre <input checked="" type="checkbox"/> sont :<ul style="list-style-type: none">- Nettoyage de la plaie<ul style="list-style-type: none">× Laver à l'eau courante et au savon, rinçage, antisepsie (Javel, Dakin)× Ne pas faire saigner× Ne pas appliquer de solution hydro-alcoolique- Prise en charge de l'accident du travail :<ul style="list-style-type: none">× Déclaration dans les 48 h× Certificat médical initial- Recherche du statut sérologique du patient source : le plus rapidement possible<ul style="list-style-type: none">× Sérologie VIH chez le patient source× Sérologie VHC chez le patient source× Mesure du titre d'Ac anti-Hbs chez la victime, recherche d'Ag Hbs chez le patient source- Traitement prophylactique post-exposition
3- Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none">– 3 types d'épanchements pleuraux doivent être ponctionnés en urgence <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Suspicion d'hémothorax : but de la ponction = étiologique- Epanchement fébrile : but de la ponction = étiologique et évacuatrice (dans le cas d'un épanchement parapneumonique)- Mauvaise tolérance clinique : but de la ponction = évacuatrice <input type="checkbox"/>

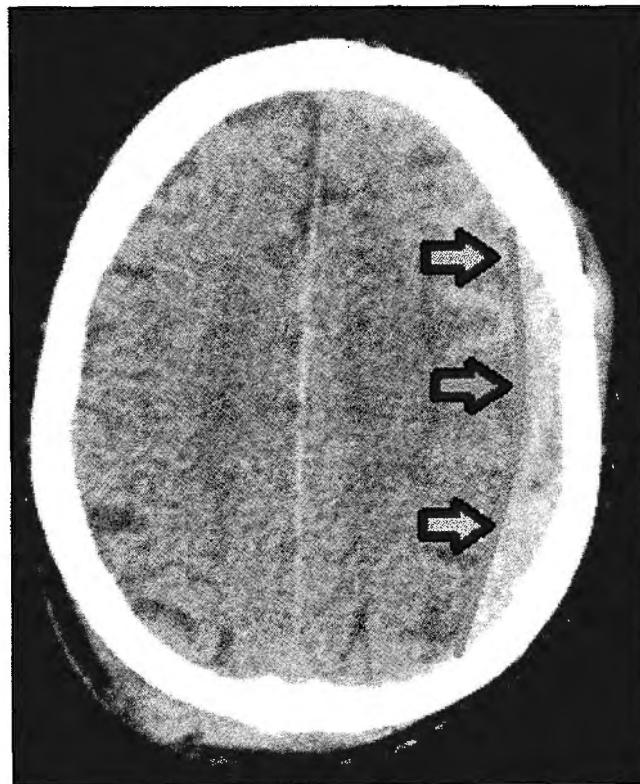
4- Réponse : B C

- Ce scanner représente une hémorragie sous-arachnoïdienne avec un hématome sous-dural.

- L'hémorragie sous-arachnoïdienne se traduit sur ce cliché par une **hyperdensité spontanée des sillons corticaux**.



- L'hématome sous-dural se traduit par une **hyperdensité spontanée biconcave « en croissant »**, se mouvant sur la surface corticale.



5- Réponse : C

- Cette fracture correspond à une fracture de Gérard-Marchand :
- Fracture extra-articulaire
- Avec atteinte de la styloïde ulnaire
- Et déplacement postérieur (poignet en « dos de fourchette »)



6- Réponse : B D

- Il existe 3 formes d'IIA : iléo-cæcales, iléo-coliques et iléo-iléales.
- L'IIA primitive :
 - Est liée à une hypertrophie des plaques de Peyer
 - Survient schématiquement entre 2 mois et 2 ans avec un pic à 9 mois
 - Toute IIA après 2 ans doit faire suspecter une cause secondaire sous-jacente
- L'IIA peut être secondaire à d'autres pathologies : diverticule de Meckel, tumeurs, purpura rhumatoïde...
- L'IIA touche plus les garçons que les filles.

7- Réponse : A E

- Devant une IIA, une **hospitalisation** est nécessaire
- Concernant le traitement, 2 cas de figure se posent en fonction du type d'IIA :
 - Si on est dans le cas d'une **forme iléo-iléale** sans signe de gravité : l'évolution est en règle **spontanément favorable**
 - Si on est dans le cas d'une **forme iléo-cœcale**, 2 traitements sont possibles en fonction du tableau :
 - × **Désinvagination par lavement opaque**
 - × **Chirurgie**
- Présence de **défense** = abdomen chirurgical = **chirurgie d'emblée obligatoirement**
- Le lavement thérapeutique hydrostatique est réalisé sous contrôle scopique, en présence d'un radiologue et d'un **chirurgien**
- Le traitement chirurgical de l'IIA est toujours complété d'**appendicectomie de principe** , parfois associée à une résection intestinale si présence de nécrose.

8- Réponse : A E

- Un traitement antipyrrétique doit être prescrit **en urgence** en cas de fièvre
- Il faut positionner l'enfant en **position latérale de sécurité** afin de maintenir la liberté des voies aériennes supérieures et éviter l'asphyxie pendant la crise
- Il faut administrer une benzodiazépine si les convulsions n'ont pas cédé **après 5 minutes d'évolution**
- Le traitement repose sur le **diazépam 0,05 mg/kg en IVL** (attention aux unités, et cette posologie est une des rares à connaître par cœur pour l'ECN)
- En cas d'inefficacité du diazépam, on administre du **clonazépam de préférence par voie IV à l'hôpital**

9- Réponse : A B C E

- La **tamponnade** peut faire suite à la pose ectopique d'un cathéter jugulaire interne
- La **thrombose et l'embolie gazeuse** (passage de bulles d'air dans la circulation sanguine qui migrent et créent des embolies) sont des complications classiques de la pose de cathéter
- Le **chylothorax** est possible par **lésion du canal artériel**
- Les **emboles de cristaux de cholestérol** correspondent à la fragmentation de vieilles plaques athéromateuses aortiques et des gros troncs artériels qui migrent en aval dans la microcirculation (rein, orteils, SNC...). Cette maladie apparaît à l'initiation d'un traitement anticoagulant ou lors d'un geste endo-artériel, mais pas à l'occasion de la pose d'un cathéter veineux

10- Réponse : C D

- Il s'agit d'une IRM cérébrale en séquence diffusion coupe axiale mettant en évidence un **AVC ischémique sylvien postérieur gauche** (hémisphère mineur chez un gaucher)
- Les manifestations que l'on peut rencontrer dans un **AVC sylvien postérieur gauche** de l'hémisphère non dominant sont les suivantes :
 - **Hémiplégie droite à prédominance brachio-faciale**
 - **Troubles sensitifs de l'hémicorps droit**
 - **Hémianopsie latérale homonyme droite**
 - **Syndrome d'Anton-Babinski** associant :
 - × **Anosognosie**
 - × **Hémiasomatognosie**
 - × **Héminégligence.**
- L'**aphasie de Wernicke** est retrouvée dans les **AVC sylviens postérieurs de l'hémisphère dominant**
- Le **syndrome thalamique** est retrouvé dans les **AVC cérébraux postérieurs en territoire profond**

11- Réponse : C D

- Le traitement de l'**hypercalcémie aiguë maligne** (calcémie > 3.25 mmol/L) menaçante sur le plan électrocardiographique se regroupe dans l'**acronyme ReABCDE** :
 - **REhydratation** abondante et équilibration hydroélectrolytique
 - **Arrêt des apports calciques/ traitements hypercalcémiants** : thiazidiques , vitamine A/D, lithium...
 - **Bisphosphonates IV**
 - **Corticoïdes** (si cancer ou sarcoïdose)
 - **Diurèse forcée par furosémide** après remplissage (réponse discutée)
 - **Epuration extra-rénale**
- Les **digitaliques** doivent être arrêtés car l'**hypercalcémie** augmente l'action inotrope positive de la digoxine, favorisant les troubles du rythme cardiaques.
- Le **gluconate de calcium** est un antagoniste membranaire direct utilisé lors des **hyperkaliémies** menaçantes. Il ne doit pas être prescrit en cas d'**hypercalcémie** .

12- Réponse : A B C E

- Les 3 sites utilisés pour les cathétér veineux centraux sont :
 - Veine fémorale (droite ou gauche)
 - Veine sous-clavière (droite ou gauche)
 - Veine jugulaire interne (droite ou gauche)
- La principale complication du cathéter veineux central sous-clavier est le **pneumothorax** (3 % des cas), pouvant survenir jusqu'à 48 h après la pose du cathéter. Par conséquent, lorsqu'un poumon est pathologique, la pose d'un cathéter sous-clavier controlatéral est à risque de bilatéralisation de l'atteinte pulmonaire, donc de **détresse respiratoire aiguë** .

13- Réponse : A B

- Le cathéter sous-clavier est responsable de pneumothorax pouvant survenir jusqu'à 48 h après la pose.
- Au moins 15 % des poses de cathéter donnent lieu à des complications : infectieuses, mécaniques ou thrombotiques.
- Le cathéter sous-clavier est contre-indiqué en cas de troubles de l'hémostase sévères, car la veine sous-clavière est difficilement compressible et un hémothorax est possible. La voie jugulaire interne et la voie fémorale ne sont pas contre-indiquées en cas de troubles de l'hémostase, la compression étant possible et les complications potentielles peu sévères.
- Lors du retrait d'un cathéter, le patient est mis préférentiellement en décubitus dorsal ou en position de Trendelenburg, afin de prévenir la survenue d'une embolie gazeuse.
- Les voies fémorale et jugulaire interne sont plus à risque de thromboses que la voie sous-clavière.

14- Réponse : B C E

- TRANSPORT ARTERIEL EN O₂ (TaO₂)
 - = CaO₂ x débit cardiaque
 - = 1.34 x [Hb] x SaO₂ x débit cardiaque
 - = 1.34 x [Hb] x SaO₂ x Fc x VES.
- La pression artérielle et la consommation en O₂ (VO₂) ne sont pas des déterminants de la TaO₂.

15- Réponse : B E

- L'HTA maligne est une urgence médicale pouvant aboutir rapidement à une insuffisance rénale irréversible puis la mort.
- Sa prise en charge est la suivante :
 - Hospitalisation en unité de soins intensifs X
 - CONTROLE TENSIONNEL = Baisse PROGRESSIVE de la pression artérielle (titration IV des antihypertenseurs) :
 - x Urapidil
 - x Nicardipine
 - x IEC après normalisation de la volémie
 - CONTROLE DE LA VOLEMIE = correction de l'hypovolémie
 - x Avec du NaCl 0.9 % IV
 - x Contre-indication des diurétiques X (risque d'aggravation de l'hypovolémie), sauf en cas d'insuffisance ventriculaire gauche
- En médecine, retenir que la pression artérielle ne doit jamais être baissée rapidement, sauf dans la dissection aortique. Une baisse trop rapide de la pression artérielle expose :
 - A l'hypotension
 - A une aggravation des lésions : cérébrales, rénales ou cardiaques.

Questions isolées QCM N° 25

ENTRAINEMENT 5

SUR TOUS LES ITEMS DE LA SPECIALITE

QCM 1 A propos des examens diagnostiques de l'embolie pulmonaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - Les D-dimères ont une bonne spécificité
- B - Des D-dimères < 500 µg/L chez un sujet âgé atteint de cancer n'ont aucune valeur
- C - L'examen d'imagerie de 1^{re} intention est l'angioscanner thoracique
- D - Une scintigraphie pulmonaire normale élimine l'embolie pulmonaire quelle que soit la probabilité clinique initiale
- E - La présence d'une thrombose sous-poplitée à l'écho-doppler des membres inférieurs dans un contexte de forte probabilité clinique d'EP confirme le diagnostic d'embolie pulmonaire

QCM 2 Parmi les propositions suivantes, quelles sont les urgences vitales à évoquer en priorité devant une douleur thoracique aiguë ?

- A - Epanchement pleural
- B - Dissection aortique
- C - Péricardite avec épanchement abondant
- D - Cardiospasme
- E - Embolie pulmonaire

QCM 3 Quels sont les 3 examens complémentaires à réaliser en urgence systématiquement devant une douleur thoracique aiguë ?

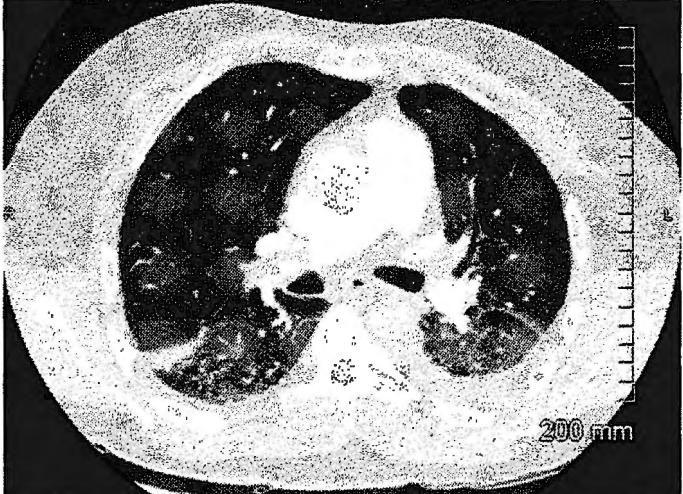
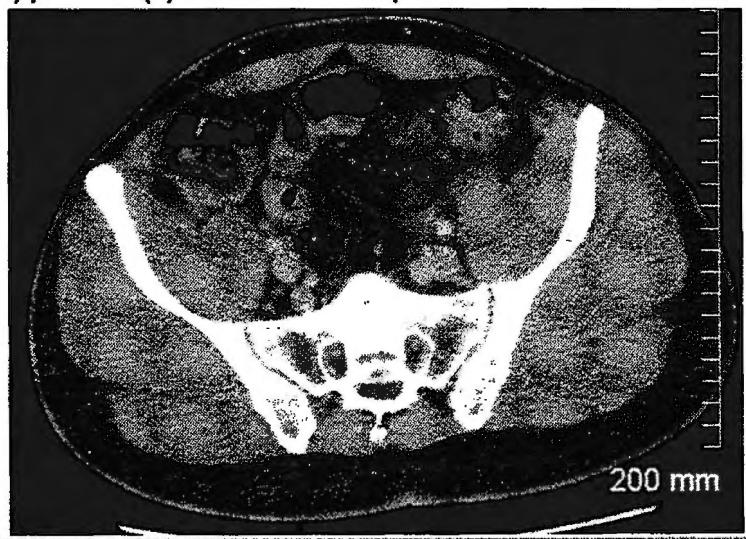
- A - Hémogramme
- B - ECG
- C - Radiographie pulmonaire
- D - Dosage de troponinémie
- E - Echocardiographie transthoracique

QCM 4 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de douleur thoracique aiguë ?

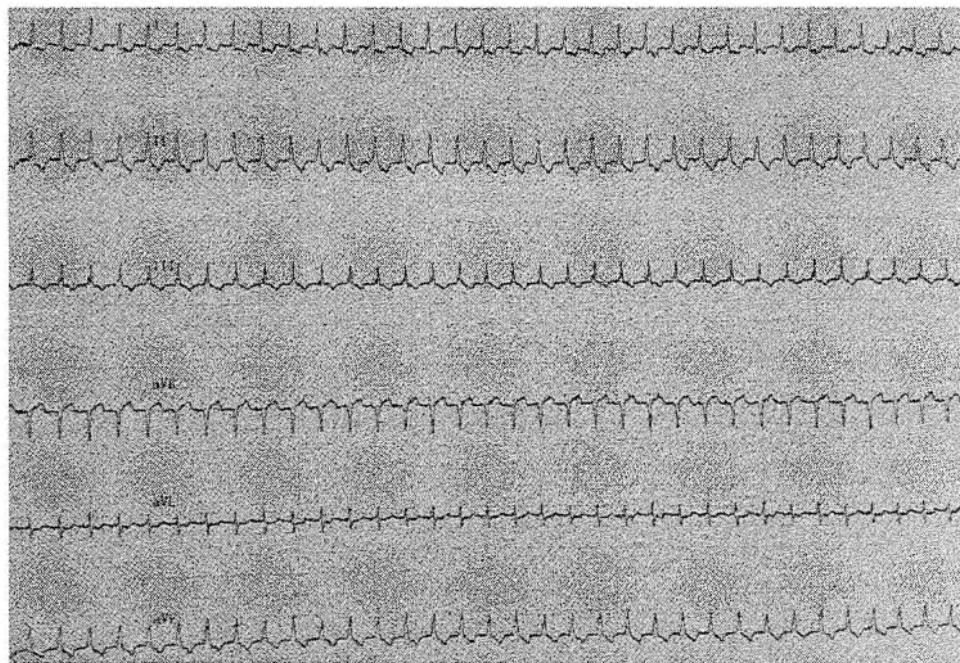
- A - Myopéricardite
- B - Pancréatite aiguë
- C - Abcès sous-phrénique
- D - Hypercalcémie

QCM 5 Concernant la crise de colique néphrétique aiguë chez la femme enceinte, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?

- A - L'antalgique de 1^{re} intention est la morphine à partir du 6^e mois de grossesse si la douleur est importante
- B - Le risque de lithiasis urinaire est accru pendant la grossesse
- C - Le calcul ne doit être traité qu'après l'accouchement
- D - L'examen de référence est l'échographie des voies urinaires
- E - En cas de CNA compliquée, la sonde JJ doit être changée toutes les 6 semaines jusqu'à

QCM 6	<p>Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) manifestation(s) d'un anévrisme de l'artère carotide interne portion supraclinoïdienne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> A - Myosis B - Ptosis C - Strabisme convergent D - Céphalée E - Diplopie
QCM 7	<p>M. W. est admis aux urgences pour douleur thoracique. Concernant cette imagerie, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ?</p> 
QCM 8	<p>Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) possible(s) de la maladie représentée sur le scanner suivant :</p> 

Vous recevez Mme E., 35 ans, pour sensation de malaise avec épisodes multiples de palpitations. Ces épisodes durent quelques minutes, ont un début et une fin brusques. Elle n'a aucun antécédent médical. Sa pression artérielle est à 110/68 au moment où vous l'examinez. Vous réalisez l'ECG suivant pendant une crise :



QCM 9

Quel est votre diagnostic ?

- A - Hypotension orthostatique
- B - Fibrillation auriculaire
- C - Tachycardie jonctionnelle
- D - Tachycardie ventriculaire
- E - Fibrillation ventriculaire

QCM 10 Quel(s) est (sont) l'(les) argument(s) en faveur d'une arthrite septique ?

- A - Liquide articulaire jaune et visqueux
- B - Liquide contenant 500 leucocytes/mm³
- C - Le liquide peut être citrin ou puriforme
- D - Le liquide est le plus souvent à prédominance de polynucléaires neutrophiles
- E - Le diagnostic est clinique

QCM 11 A propos de la grossesse extra-utérine, quel(s) est (sont) le (les) critères de gravité définissant l'urgence chirurgicale ?

- A - Taux de β-HCG > 1500 UI/L
- B - Défense abdominale
- C - Refus de la patiente du traitement médicamenteux
- D - Patiente douloureuse
- E - Hémopéritoine à l'échographie

QCM 12	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) en faveur d'un hématome rétroplacentaire ?
A -	Age < 20 ans
B -	Primiparité
C -	Hémorragie peu abondante de sang rouge
D -	Douleur utérine brutale à type de contractions rythmiques
E -	Présentation en siège du fœtus
QCM 13	Quel(s) est (sont) le(s) déterminant(s) de la pression artérielle moyenne ?
A -	Fréquence cardiaque
B -	Concentration en hémoglobine
C -	Inotropisme
D -	SaO ₂
E -	Résistances vasculaires périphériques (RVP)
QCM 14	Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) en faveur d'un asthme aigu grave ?
A -	Fc = 108/min
B -	Agitation
C -	DEP = 59 % de la meilleure valeur du patient
D -	Ne parle plus qu'avec des phrases
E -	SpO ₂ = 89 % en AA
QCM 15	Parmi les constantes suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) anormales chez un enfant de 8 mois ?
A -	Fc = 180 bpm
B -	Fc = 140 bpm
C -	PAS = 85 mmHg
D -	PAS = 71 mmHg
E -	FR = 28 cycles/min

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée
1- Réponse : C D	<ul style="list-style-type: none">- Les D-dimères ont une excellente sensibilité <input checked="" type="checkbox"/> , c'est-à-dire que si les D-dimères sont < 500 µg/L, le diagnostic d'embolie pulmonaire est éliminé. Ceci est valable quel que soit le type de personne à qui on applique le test (y compris les personnes âgées ou atteintes de cancer), à condition que la probabilité d'avoir une EP ne soit pas forte (dans ce cas la sensibilité baisse).- Les D-dimères ont en revanche une mauvaise spécificité <input checked="" type="checkbox"/> : un résultat positif (> 500 µg/L) ne confirme jamais la présence d'une EP, et d'autres examens sont nécessaires. C'est pourquoi il est inutile de la doser dans les situations à forte probabilité clinique d'EP.- L'examen d'imagerie de 1^{re} intention est l'angioscanner thoracique <input checked="" type="checkbox"/> .- Une scintigraphie pulmonaire normale élimine l'embolie pulmonaire quelle que soit la probabilité clinique initiale : la VPN est excellente <input checked="" type="checkbox"/> .- La présence d'une thrombose veineuse proximale à l'écho-doppler des membres inférieurs dans un contexte de suspicion d'EP confirme le diagnostic d'embolie pulmonaire chez un patient sans antécédent connu de TVP <input checked="" type="checkbox"/> . Ce n'est pas vrai pour les thromboses du réseau veineux distal (sous-poplité).
2- Réponse : B C E	<ul style="list-style-type: none">- Les 4 urgences vitales cardiovasculaires à évoquer en priorité devant une douleur thoracique aiguë sont regroupées dans l'acronyme PIED <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Péricardite aiguë (compliquée d'une tamponnade)- Infarctus du myocarde (Syndrome coronarien aigu)- Embolie pulmonaire- Dissection aortique- L'épanchement pleural est une cause de douleur thoracique potentiellement grave mais rarement responsable d'urgence vitale immédiate <input checked="" type="checkbox"/> .- Le cardiospasme est l'autre nom de l'achalasie de l'œsophage, elle aussi cause de douleur thoracique, mais sans gravité immédiate <input checked="" type="checkbox"/> .
3- Réponse : B C D	<ul style="list-style-type: none">- Les 3 examens complémentaires à réaliser en urgence systématiquement <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> devant une DTA sont :<ul style="list-style-type: none">- ECG 18 dérivations- Radiographie pulmonaire- Dosage de troponinémie
4- Réponse : A B C E	<ul style="list-style-type: none">- Dans les réponses proposées, seule l'hypercalcémie n'est pas responsable directement de douleur thoracique (mais de douleurs abdominales) <input checked="" type="checkbox"/> .- La pancréatite aiguë et l'abcès sous-phrénique donnent des douleurs d'origine abdominale projetées <input checked="" type="checkbox"/> .- Le syndrome de Boerhaave <input checked="" type="checkbox"/> correspond à l'exceptionnelle rupture de la paroi œsophagienne.

5- Réponse : A B C D E

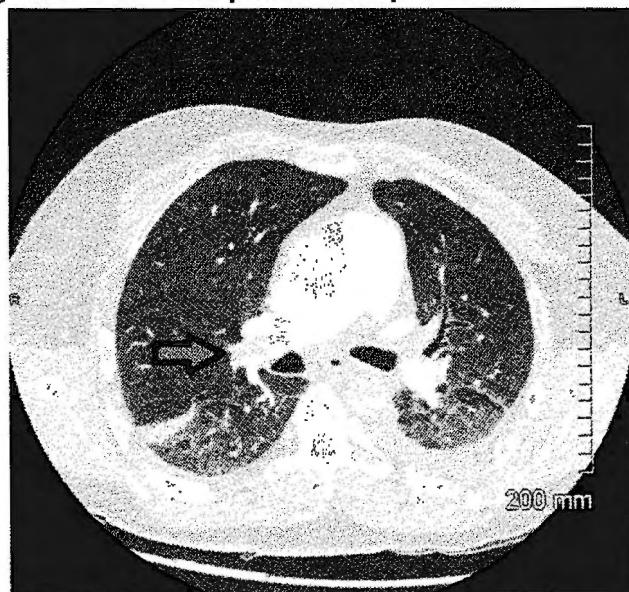
- L'antalgique de 1^{re} intention est la **morpheine** à partir du 6^e mois de grossesse si la douleur est importante. Le **kétoprofène** est contre-indiqué (risque de fermeture prématurée du canal artériel).
- Le risque de lithiasse urinaire est accru pendant la grossesse en raison de modifications physiologiques :
 - Hypotonie des cavités pyélocalicielles à partir du 2^e trimestre
 - Hypercalciurie physiologique
 - Glycosurie physiologique augmentant le risque d'infection urinaire (en favorisant l'adhésion des bactéries à l'urothélium).
- Le calcul ne doit être traité qu'après l'accouchement, et la lithotripsie est contre-indiquée pendant la grossesse.
- L'examen de référence est l'**échographie** des voies urinaires.
- En cas de CNA compliquée, la sonde JJ doit être changée toutes les 6 semaines jusqu'à l'accouchement.

6- Réponse : B D E

- L'anévrisme carotidien supra-clinoïdien se traduit cliniquement par une **ophtalmoplégie douloureuse** :
 - Céphalée liée à l'augmentation de la pression intracrânienne
 - Paralysie du III (le nerf oculomoteur commun se situe dans le sinus caverneux à proximité de l'anévrisme) :
 - ✗ Ptosis
 - ✗ Mydriase
 - ✗ Diplopie
 - ✗ Strabisme divergent par diminution du tonus du muscle droit médial (innervé par le III) et conservation du tonus du muscle droit latéral (innervé par le VI).

7- Réponse : B D

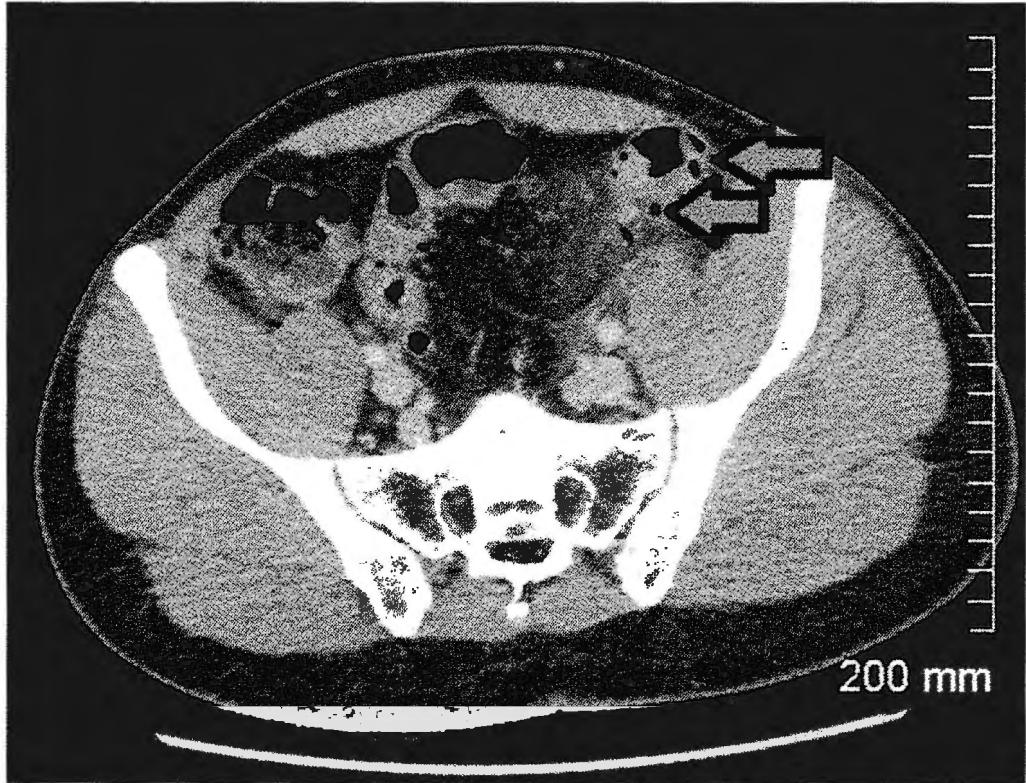
- Cette image est un scanner thoracique avec **injection de produit de contraste** (les artères pulmonaires sont très rehaussées après prise de contraste) en coupe axiale. On parle aussi d'**angioTDM thoracique**.
- Ce cliché met en évidence une **absence d'opacification de l'artère pulmonaire droite** : il permet de faire le diagnostic d'**embolie pulmonaire proximale**.



- Il n'y a pas de signe en faveur d'une dissection aortique (faux-chenal) ✗, ni en faveur d'une péricardite (épanchement péricardique) ✗.

8- Réponse : A B D

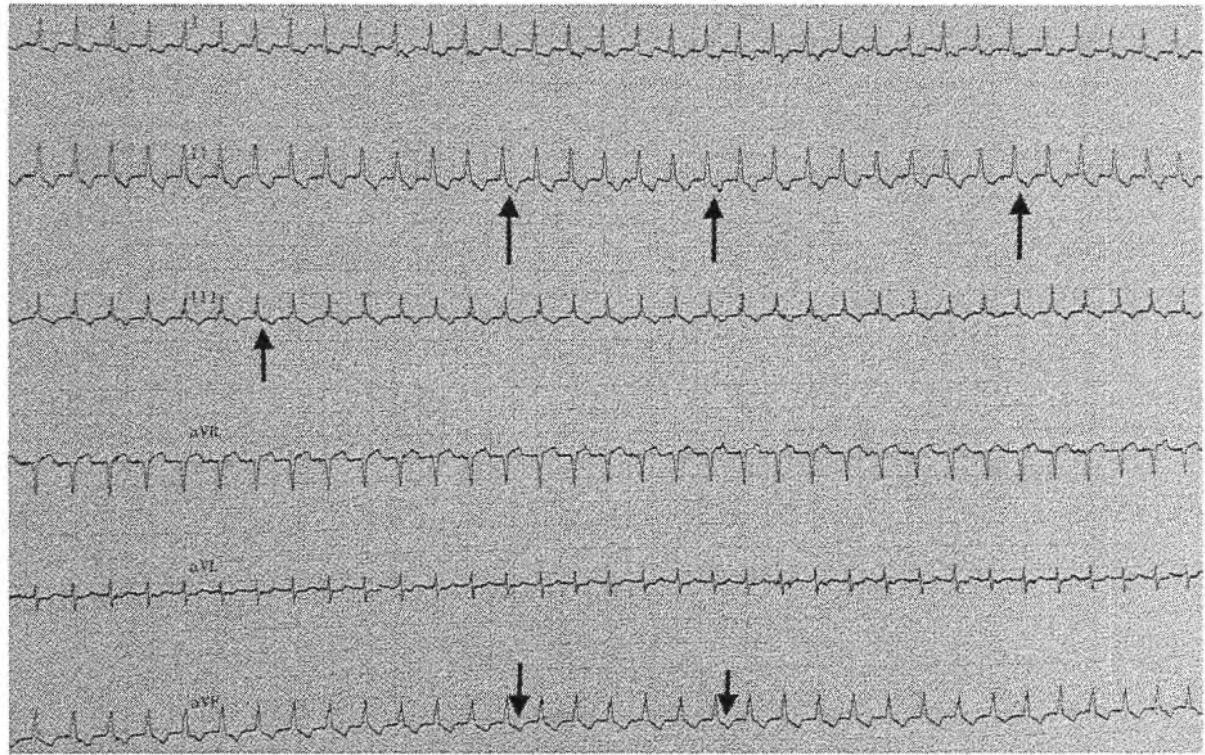
- Ce scanner représente une diverticulite sigmoïdienne :
 - Présence de **diverticules multiples**
 - **Infiltration de la graisse péri-colique** (plages denses péri-coliques)
 - **Epaississement de la paroi colique.**



- Les principales complications de la diverticulite sigmoïdienne sont les suivantes :
 - **Abcès**
 - **Péritonite**
 - **Fistules**, dont les plus fréquentes sont :
 - × **Fistule colo-vaginale** : risque d'infections vaginales récidivantes
 - × **Fistule colo-vésicale** : risque d'infections urinaires récidivantes .
- La colite aiguë grave est une complication des MCI .

9- Réponse : C

- Cet ECG met en évidence :
 - L'absence de rythme sinusal mais la présence d'ondes P rétrogrades en dérivations inférieures (DII, DIII, aVF) (flèches sur l'ECG ci-dessous) et d'un rythme ventriculaire régulier => **en faveur d'une origine jonctionnelle**
 - Une fréquence ventriculaire à environ 200/min => **tachycardie**
 - Des complexes QRS fins et d'aspect normal => **origine supra-ventriculaire**



- Il s'agit donc d'une tachycardie jonctionnelle (ou tachycardie de Bouveret) de tableau typique :
 - Absence d'antécédent cardiaque
 - Clinique dominée par les palpitations, récidivantes
 - Avec un début et une fin bien délimités dans le temps
 - Avec une durée variable (de quelques minutes à quelques jours).
- Cette crise de tachycardie jonctionnelle se traite par **blocage transitoire du nœud atrioventriculaire (NAV)**, induit par une hypertonie vagale importante et brève. 2 moyens principaux sont possibles pour bloquer la NAV :
 - Mancœuvres vagales
 - Médicaments : ATP (Striadyne®), diltiazem ou vérapamil (inhibiteurs calciques bradycardisants).

10- Réponse : C D

- Les caractéristiques du liquide articulaire lors d'une arthrite septique sont les suivantes **CD** :
 - Liquide articulaire jaune et fluide
 - Liquide contenant plus de 2000 leucocytes/mm³
 - Le liquide peut être **citrin** (infection débutante) ou **puriforme** (infections constituées)
 - Le liquide est le plus souvent à **prédominance de polynucléaires neutrophiles** (> 90 % des cas), mais peut être aussi à prédominance lymphocytaire ou encore polymorphe (arthrites virales ou tuberculeuses)
 - Le diagnostic de l'arthrite septique est fait sur **l'analyse du liquide de ponction** **1** (identification du germe à l'examen direct ou à la culture). L'arthrite septique est une urgence diagnostique pouvant entraîner la mort si elle n'est pas prise en charge : **tout genou inflammatoire doit être immédiatement ponctionné** de principe, afin d'éliminer cette étiologie, confirmer la nature inflammatoire du liquide, et aider au diagnostic étiologique (recherche de microcristaux en faveur d'une arthrite microcristalline par exemple).

11- Réponse : B E

- Les critères d'urgence chirurgicale dans la GEU **E** sont les suivants :
 - **Défense abdominale**
 - **Hémopéritoine à l'échographie**
 - **Instabilité hémodynamique.**
- Il existe d'autres indications chirurgicales **non considérées comme des « urgences absolues » X** :
 - Taux de β-HCG > 5000 UI/L
 - Patiente douloureuse
 - Refus de la patiente ou contre-indication du traitement médicamenteux
 - Suivi difficile

12- Réponse : B

- Les éléments qui seraient en faveur d'un HRP **B** seraient :
 - **Age > 35 ans**
 - **Primiparité**
 - **Hémorragie peu abondante de sang noirâtre incoagulable**
 - **Douleur utérine brutale permanente**
- La présentation en siège du fœtus **X** est un élément en faveur d'un placenta prævia.

13- Réponse : A C E

- **PRESSION ARTERIELLE**
 - = RVP/débit cardiaque
 - = RVP / (Fc x VES)
 - = RVP / (Fc x pré-charge x post-charge x inotropisme) **1**.
- La pression artérielle ne dépend ni de la concentration d'hémoglobine **X**, ni de la SaO₂ **X**.

14- Réponse : B E

- Les éléments en faveur d'un asthme aigu grave sont les suivants :
- **F_c > 120/min**
 - **Agitation**
 - **DEP < 50 % de la meilleure valeur du patient**
 - **Ne parle plus qu'avec des mots**
 - **SpO₂ < 90 % en AA**

15- Réponse : A

- Les valeurs normales de la fréquence cardiaque chez un enfant de 8 mois sont : **120 ± 30 bpm**.
- La limite supérieure est 150 bpm
 - 180 bpm est une tachycardie, 140 bpm est une fréquence normale pour l'âge.
- Les valeurs normales de la pression artérielle systolique chez un enfant de 8 mois sont > **70 mmHg**.
- Des valeurs de 71 et 85 mmHg sont normales pour l'âge.
- Les valeurs normales de la fréquence respiratoire chez un enfant de 8 mois sont : **25 ± 5 cycles/min**.
- Une fréquence respiratoire à 28 cycles/min est donc normale pour l'âge.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS	DETAILS
ATCD	Antécédent
BPM	Battements par minute
BZD	Benzodiazépines
CGTC	Crise généralisée tonico-clonique
CNAJ	Colique néphrétique aiguë
CRPV	Centre régional de pharmacovigilance
DEP	Débit expiratoire de pointe
EAL	Exploration d'anomalies lipidiques
EP	Embolie pulmonaire
ESV	Extrasystole ventriculaire
Fr.	Fréquence cardiaque
FOGD	Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
FR	Fréquence respiratoire
FV	Fibrillation ventriculaire
GEA	Gastroentérite aiguë
GEU	Grossesse extra-utérine
HAS	Haute Autorité de Santé
Hb/Ht	Hémoglobine/hématocrite
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HD	Hémorragie digestive
HM	Hémorragie méningée
HRP	Hématome rétropéritonéal
HTAG	Hypertension artérielle gravidique
HTIC	Hypertension intracrânienne
HVG	Hypertrophie ventriculaire gauche
IDM	Infarctus du myocarde
IM	Insuffisance mitrale OU voie intra-musculaire
IV	Voie intra-veineuse
les étapes	Artère interventriculaire antérieure
IVA	Voie intra-veineuse à la seringue électrique
IVSE	Liquide cérebro-spinal
LCS	Maladies inflammatoires chroniques intestinales
MICI	Maladies thrombo-emboliques veineuses
MTEV	Pression artérielle systolique/diastolique
PAS/PAD	Produits de contraste iodés
PCI	

Ce fichier a été initialement diffusé via le groupe Télégram " La Faille " à but non lucratif

PE	Pré-éclampsie
PNO	Pneumothorax
PO	Per Os
RAC	Rétrécissement aortique calcifié
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RVP	Résistances vasculaires périphériques
T°	Température corporelle
TDM	Tomodensitométrie (scanner)
TIH	Thrombopénie induite par l'héparine
TV	Tachycardie ventriculaire
TVP	Thrombose veineuse profonde
VES	Volume d'éjection systolique
VPP/VPN	Valeur prédictive positive/négative

Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres "exclusifs"

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme 424-Editions VG sur Telegram (même les boomers qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)