

15

Réponse : E

- A : Les bêta-bloquants, notamment le **métoproterol** et le **propranolol**, sont un traitement de fond de la migraine !
- B : Bien qu'il existe un risque modéré de bradycardie chez le fœtus, ils restent utilisables chez la femme enceinte, notamment en cas d'HTA gravidique
- C : Ils masquent de nombreux symptômes de l'hypoglycémie mais **pas les sueurs**, bon à savoir !
- D : C'est un traitement de fond du QT long congénital, en **prévention des arythmies**

8	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les acrosyndromes trophiques : - Hématome digital spontané - Engelures - Syndrome de l'orteil bleu - Ischémie digitale permanente (pas forcément logique) - Nécrose digitale
9	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A savoir par cœur ! <ul style="list-style-type: none"> - Anévrysme de l'aorte abdominale de plus de 50 mm → chirurgie - Anévrysme de l'aorte abdominale asymptomatique de croissance > 10 mm/an → chirurgie
10	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquences de suivi de l'anévrysme de l'aorte abdominale asymptomatique : - Contrôle à 5 ans si le diamètre est compris entre 26 et 29 mm - Contrôle à 3 ans si le diamètre est compris entre 30 et 34 mm - Contrôle à 1 an si le diamètre est compris entre 35 et 39 mm - Contrôle à 6 mois si le diamètre est supérieur à 40 mm
11	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour faire simple, retenez : <ul style="list-style-type: none"> - Certains bêta-bloquants - Les antidiépresseurs tricycliques (ou imipraminiques) - Certains toxiques, tels que la cocaïne - Certains anti-arythmiques, notamment ceux dérivant de la quinine
12	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : Piège <ul style="list-style-type: none"> - On peut effectivement être confronté à une hyperkaliémie en cas d'intoxication aux digitaliques - Les sels de calcium (gluconate de calcium) seront alors contre-indiqués car source (comme leur nom l'indique) de calcium - Hors l'hypercalcémie est un facteur de mauvais pronostic car il potentialise la cardiotoxicité des digitaliques - On utilisera donc des sels de magnésium en cas d'hyperkaliémie menaçante compliquant une intoxication aux digitaliques
13	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • B : C'est discutable dans la mesure où la plupart des livres recommandent de ne pas utiliser les NACO chez un insuffisant rénal chronique sévère (clairance de la créatinine < 30 mL/min) ... <ul style="list-style-type: none"> - En fait, la HAS a publié un guide du bon usage des anticoagulants et si le dabigatran est effectivement contre-indiqué par une clairance de la créat < 30, l'apixaban et le rivaroxaban sont eux utilisables jusqu'à une clairance seuil de 15 - Je vous invite à consulter ce document qui, je pense, fait foi pour les ECN
14	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> • La conduite à tenir en cas de surdosage grave en AVK doit être connue, et diffère de celle d'un surdosage asymptomatique : <ul style="list-style-type: none"> - L'INR cible est < 1.5 - Les AVK doivent être stoppés et on apportera de la vitamine K (10 mg per os ou IV) et du PPSB (dose fonction de l'INR si disponible sinon 25 UI/kg) - INR à reconstruire 30 minutes plus tard, s'il est > 1.5 on réadmine du PPSB (pas de la vit K) puis reconstruire à 6-8 heures de l'INR - Traitement à visée hémostatique par ailleurs et transfusion de culots globulaires si besoin

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input type="checkbox"/> Connaissances	<input type="checkbox"/> Déduction
1	<input type="checkbox"/> Arg Fréquence	<input checked="" type="checkbox"/> Formulation
2	<input type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes	<input type="checkbox"/> 1ère idée
3	Réponse : C	<ul style="list-style-type: none">• A savoir par cœur !!!!! <input type="checkbox"/>- Valable pour les FA NON VALVULAIRES :<ul style="list-style-type: none">× Insuffisance Cardiaque : 1 point× HTA : 1 point× Age > 75 ans : 2 points× Diabète : 1 point× Stroke (AVC) ou embolie périphérique : 2 points× Vasculaire (athérosclérose) : 1 point× Age entre 65 et 74 ans : 1 point× Sexe féminin : 1 point (compte seulement si femme > 65 ans)× Si score ≥ 1 \rightarrow anticoagulation <input type="checkbox"/>
4	Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none">• Attention aux posologies, qui sont difficiles à retenir, mais très discriminantes si elles tombent :<ul style="list-style-type: none">- Posologie en cas de fonction rénale normale (posologie en cas de DFG compris entre 30 et 49) :<ul style="list-style-type: none">× Dabigatran : 150 mg x 2/j (110 mg x 2/j) <input type="checkbox"/>× Rivaroxaban : 20 mg x 1/j (15 mg x 1/j) <input type="checkbox"/>× Apixaban : 5 mg x 2/j (2.5 mg x 2/j) <input type="checkbox"/>
5	Réponse : C E	<ul style="list-style-type: none">• Critères pour poser le diagnostic de souffle fonctionnel <input type="checkbox"/> :• L'enfant est asymptomatique, sa saturation est normale, sa pression artérielle aussi, et ses pouls sont tous perçus <input type="checkbox"/>• Un souffle fonctionnel est systolique, d'allure éjectionnelle, bref, jamais frémissant. Il est maximal au bord gauche du sternum, n'irradie pas ou peu et se majore à l'effort ou en décubitus (augmentation du retour veineux).<ul style="list-style-type: none">- Son caractère variable selon le temps ou positionnel est très évocateur- Il n'est jamais diastolique !
6	Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none">• Pour que vous ayez au moins une fois entendu parler de cette classification...
7	Réponse : C D E	<ul style="list-style-type: none">• A et B : Ce sont bien au contraire des indications au port d'une contention élastique veineuse ! <input type="checkbox"/>
8	Réponse : A	<ul style="list-style-type: none">• A : Logique vu qu'on se situe près des organes génitaux externes... <input type="checkbox"/>• B, C, D et E : En fait les poses de voies jugulaires comme sous-clavières peuvent toutes deux se compliquer d'hémothorax et/ou pneumothorax <input type="checkbox"/>
9	Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none">• Les acrosyndromes vasomoteurs <input type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Paroxystiques : phénomène de Raynaud et érythermalgie- Permanents : acrocyanose et acrorhigose

QCM 14 Quelle est la conduite à tenir en cas d'hémorragie grave sous AVK ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Apport de 10 mg de vitamine K
- B - Apport de 5 mg de vitamine K
- C - INR cible inférieur à 2
- D - Apport de PPSB (facteurs vitamine K dépendants)
- E - Reconstruire l'INR à 30 minutes avec nouvel apport de PPSB et de vitamine K si INR cible non atteint

QCM 15 Concernant les bêta-bloquants, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Ils sont contre-indiqués en cas de migraine
- B - Ils sont contre-indiqués chez la femme enceinte
- C - Ils masquent tous les symptômes adrénnergiques d'hypoglycémie
- D - Ils sont contre-indiqués en cas de QT long congénital
- E - L'acébutolol a une activité sympathomimétique intrinsèque

QCM 7	Quelles propositions parmi les suivantes sont des acrosyndromes vasomoteurs ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Phénomène de Raynaud
B -	Acrocyanose
C -	Ischémie digitale permanente
D -	Engelures
E -	Erythermalgie
QCM 8	Quelles propositions parmi les suivantes sont des acrosyndromes trophiques ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Phénomène de Raynaud
B -	Acrocyanose
C -	Ischémie digitale permanente
D -	Engelures
E -	Erythermalgie
QCM 9	Quelles sont les indications chirurgicales d'un anévrysme de l'aorte abdominale asymptomatique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Diamètre supérieur à 40 mm
B -	Diamètre supérieur à 45 mm
C -	Diamètre supérieur à 50 mm
D -	Croissance de plus de 5 mm en un an
E -	Croissance de plus de 10 mm en un an
QCM 10	Quelles sont les modalités de surveillance d'un anévrysme de l'aorte abdominale asymptomatique non chirurgical ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Contrôle à 5 ans si diamètre compris entre 30 et 34 mm
B -	Contrôle à 3 ans si diamètre compris entre 34 et 39 mm
C -	Contrôle à 1 an si diamètre compris entre 40 et 44 mm
D -	Contrôle à 6 mois si diamètre supérieur à 45 mm
E -	Contrôles réalisés par échographie abdominale
QCM 11	Quels sont les médicaments ou toxiques à effet stabilisant de membrane ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Acébutolol
B -	Imipraminiques
C -	Cocaïne
D -	Dérivés de la quinine
E -	Halofantrine
QCM 12	Quels sont les éléments de la prise en charge thérapeutique d'une intoxication aux digitatiques ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Gluconate de calcium en cas d'hyperkaliémie menaçante associée
B -	Contre-indication aux catécholamines
C -	Atropine en cas de bradycardie sur troubles de la conduction
D -	Anticorps anti-digoxine
E -	Rééquilibration hydro-électrolytique et arrêt de tout traitement hyperkaliémiant
QCM 13	Quels anticoagulants parmi les suivants sont utilisables chez un insuffisant rénal chronique avec une clairance de la créatinine à 25 mL/min ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Dabigatran
B -	Rivaroxaban
C -	Enoxaparinux
D -	Héparine non fractionnée
E -	Warfarine

Questions isolées QCM N° 25

QCM 1 Quel est le score CHA₂DS₂-VASC d'une patiente de 76 ans, en fibrillation atriale, ayant pour principaux antécédents une hypertension artérielle et une insuffisance rénale chronique modérée ?

- A - 2
- B - 3
- C - 4
- D - 5
- E - 6

QCM 2 Suite du QCM 1 : Quels sont les traitements anticoagulants adaptés à cette patiente ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Dabigatran 110 mg 2 fois par jour
- B - Apixaban 2.5 mg 2 fois par jour
- C - Rivaroxaban 15 mg 1 fois par jour
- D - Warfarine ou fluindione si on opte pour les AVK
- E - Proposer de l'aspirine en cas de refus des anticoagulants

QCM 3 Quels éléments parmi les suivants ne sont pas en faveur du caractère fonctionnel d'un souffle cardiaque chez un jeune enfant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Dédoublement du B2 variable avec la respiration
- B - B3 audible
- C - Souffle diastolique
- D - Souffle disparaissant à l'orthostatisme
- E - Souffle irradiant dans le dos

QCM 4 Concernant la classification CEAP de l'insuffisance veineuse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - La lettre C désigne les signes cliniques
- B - Il existe 7 grades, allant de 0 à 6, pour désigner les signes cliniques d'insuffisance veineuse
- C - La lettre E désigne l'étiologie (congénitale, primaire, secondaire)
- D - La lettre A désigne l'anatomie (superficiel, profond, perforant)
- E - La lettre P désigne le mécanisme physiopathologique (reflux ou obstruction)

QCM 5 Quelles sont les contre-indications à la contention élastique aux membres inférieurs ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Syndrome post-thrombotique
- B - Lymphoedème
- C - Phlébite bleue
- D - Thrombose veineuse septique
- E - Arteriopathie oblitérante et IPS de repos < 0.6

QCM 6 Concernant les différentes voies veineuses centrales et leurs complications, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - La voie fémorale est la plus risque de complications infectieuses
- B - Seule la ponction jugulaire peut se compliquer d'un pneumothorax
- C - Seule la ponction sous-clavière peut se compliquer d'un pneumothorax
- D - Seule la ponction jugulaire peut se compliquer d'un hémothorax
- E - Seule la ponction sous-clavière peut se compliquer d'un hémothorax

8	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les porteurs de valves mécaniques de dernière génération, l'INR cible sera de 3 si au moins un des facteurs de risque parmi les suivants est présent ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Valve mécanique mitrale ou tricuspidé - Antécédent thrombo-embolique - Fibrillation atriale - Dilatation de l'OG > 50 mm - Sténose mitrale associée - FEVG < 35%
9	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retenez ces étiologies par cœur ☐ ! <ul style="list-style-type: none"> - Tout sus-décalage du segment ST n'est donc pas forcément synonyme de SCA...
10	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous l'aurez compris, la péricardite peut très bien s'inscrire dans un dossier transversal avec de la médecine interne et/ou de la néphrologie
11	<p>Réponse : A C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • B : C'est l'hypocalcémie qui est une cause de cardiomyopathie dilatée (carence en vitamine D) ☐
12	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • D et E : Rien à voir avec l'insuffisance cardiaque droite ! X <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Brugada → canalopathie de transmission autosomique dominante, à ne pas confondre avec la dysplasie arythmogène du VD qui elle est une cause possible d'insuffisance ventriculaire droite ☐ - Syndrome de Lown-Ganong-Levine → vous pouvez d'emblée oublier ça (tachycardie supraventriculaire avec PR court sans onde delta). Si vous n'avez jamais entendu parler de ça ne le cochez pas X
13	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • A, B, D : Ce sont des anti-arythmiques utilisables uniquement sur cœur sain ! ☐ <ul style="list-style-type: none"> - Message important : en cas d'insuffisance cardiaque, l'amiodarone est le seul anti-arythmique utilisable ☐ • C : Le vérapamil est chronotrope négatif et inotrope négatif. Il aggrave donc la dysfonction VG chez un insuffisant cardiaque ☐
14	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • D : Le diagnostic de l'amylose repose essentiellement et en première intention sur les biopsies de régions faciles d'accès : biopsie de glandes salivaires accessoires, biopsie de graisse sous-cutanée. Les biopsies myocardiques ne se feront donc pas en première intention et ne sont pas du tout indispensables au diagnostic d'une cardiopathie amyloïde ☐ • E : Les dépôts amyloïdes sont colorés par le rouge Congo donc « congophiles » ☐
15	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement médical de la cardiopathie amyloïde est délicat, les traitements classiques de l'insuffisance cardiaque étant mal tolérés ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Les traitements bradycardisants (béta-bloquants...) sont déconseillés - De même que les traitements inotropes négatifs (vérapamil...) - Les IEC et autres médicaments hypotenseurs sont aussi contre-indiqués en cas de dysautonomie (risque d'hypotension orthostatique majeure)

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée

1 Réponse : A B C E

- Question de cours, rien de plus à ajouter

2 Réponse : A B D

- C : Soins dentaires → streptocoques alpha-hémolytiques
- E : Cancer colo-rectal = un réflexe → le streptocoque du groupe D

3 Réponse : A B C

- Cardiopathies à très haut risque d'endocardite infectieuse (groupe A) :
 - Prothèses valvulaires, antécédent de plastic mitrale avec anneau prothétique
 - Antécédent d'endocardite infectieuse
 - Cardiopathies cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales

4 Réponse : D E

- Endocardite infectieuse dite certaine si :
 - Examen anatomopathologique positif ou PCR positive
 - 2 critères majeurs de Duke
 - 1 critère majeur + 3 critères mineurs de Duke
 - 5 critères mineurs de Duke

5 Réponse : C D E

- Cf recos 2015 de l'ESC : traitement probabiliste de l'EI chez le patient grave :
 - EI communautaire sur valve native ou prothèse > 12 mois : **Amoxicilline + Oxacilline + Gentamicine**
 - EI nosocomiale, liée aux soins ou prothèse < 12 mois : **Vancomycine + Gentamicine + Rifampicine**

6 Réponse : A B C D

- Endocardite à staphylocoque aureus sur valve native :
 - Souche méti-S : Oxacilline seule
 - Souche méti-R, allergie à la pénicilline : Vancomycine seule
 - Le cotrimoxazole + clindamycine est une alternative
- Endocardite à staphylocoque aureus sur valve prothétique :
 - Souche méti-S : Oxacilline + gentamicine + rifampicine
 - Souche méti-R, allergie à la pénicilline : Vancomycine + gentamicine + rifampicine

7 Réponse : E

- Le choix du type de prothèse est fonction de l'âge du patient et de la position de cette prothèse :
 - **En position aortique** : prothèse mécanique avant 60 ans ; bioprothèse après 65 ans (entre 60 et 65 ans les deux se discutent)
 - **En position mitrale** : prothèse mécanique avant 65 ans ; bioprothèse après 70 ans (entre 65 et 70 ans les deux se discutent)

QCM 12	Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les étiologies d'insuffisance cardiaque droite ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Pneumothorax compressif
B -	Asthme aigu grave
C -	Péricardite constrictive
D -	Syndrome de Brugada
E -	Syndrome de Lown-Ganong-Levine
QCM 13	Quels sont, parmi les propositions suivantes, les médicaments contre-indiqués dans l'insuffisance cardiaque ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Sotalol
B -	Flécaïne
C -	Vérapamil
D -	Disopyramide
E -	Digitaliques
QCM 14	Concernant l'amylose cardiaque, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	C'est une cause de microvoltage à l'ECG
B -	L'infiltration amyloïde myocardique est responsable de troubles conductifs
C -	A l'IRM le myocarde est tardivement et diffusément rehaussé par le gadolinium
D -	Son diagnostic repose sur les biopsies myocardiques
E -	Les dépôts amyloïdes ne sont pas colorés par le rouge Congo
QCM 15	Quels éléments, parmi les suivants, font partie du traitement médical classique de la cardiopathie amyloïde ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
B -	Béta-bloquants de l'insuffisance cardiaque
C -	Diltiazem ou Vérapamil
D -	Diurétiques de l'anse en cas de signes congestifs
E -	Anticoagulation en cas de fibrillation atriale

QCM 6	Quels sont les traitements d'une endocardite à staphylocoque ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Oxacilline seule en cas d'endocardite à staphylocoque sensible à la méticilline sur valve native
B -	Vancomycine seule en d'endocardite à staphylocoque résistant à la méticilline sur valve native
C -	Oxacilline + gentamicine + rifampicine en cas d'endocardite à staphylocoque sensible à la méticilline sur valve prothétique
D -	Vancomycine + gentamicine + rifampicine en cas d'endocardite à staphylocoque résistant à la méticilline sur valve prothétique
E -	Toutes les réponses précédentes sont fausses
QCM 7	Concernant le choix du type de prothèse valvulaire en fonction de l'âge, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Pour les prothèses en position aortique, on privilégiera les prothèses mécaniques avant l'âge de 65 ans
B -	Pour les prothèses en position aortique, on privilégiera les bioprothèses après l'âge de 70 ans
C -	Pour les prothèses en position mitrale, on privilégiera les prothèses mécaniques avant l'âge de 60 ans
D -	Pour les prothèses en position mitrale, on privilégiera les bioprothèses après l'âge de 65 ans
E -	Toutes les réponses précédentes sont fausses
QCM 8	Quel est l'INR cible d'un patient anticoagulé pour une valve mécanique mitrale (dernière génération) et ayant une fibrillation atriale ?
A -	INR cible à 2.5
B -	INR cible à 3
C -	INR cible à 3.5
D -	INR cible à 4
E -	INR cible à 4.5
QCM 9	Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les étiologies possibles de sus-décalage du segment ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Repolarisation précoce
B -	Péricardite
C -	Hyperkaliémie
D -	Anévrysme du ventricule gauche
E -	Syndrome de Brugada
QCM 10	Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les étiologies possibles de péricardite ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Polyarthrite rhumatoïde
B -	Maladie de Gougerot-Sjögren
C -	Hypothyroïdie
D -	Amylose cardiaque
E -	Anorexie mentale
QCM 11	Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les étiologies possibles de cardiomyopathies dilatées ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Fibrillation atriale
B -	Hypercalcémie
C -	Hémochromatose
D -	Carence en sélénium
E -	Carence en vitamine B1

Questions isolées QCM N° 24

QCM 1 Concernant l'épidémiologie de l'endocardite infectieuse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Les streptocoques alpha-hémolytiques ont une porte d'entrée essentiellement bucco-dentaire
- B - Une endocardite à streptocoque D doit faire rechercher un cancer colorectal
- C - L'endocardite infectieuse est une maladie rare mais grave
- D - Les streptocoques sont actuellement les premiers germes en cause
- E - Les staphylocoques sont actuellement les premiers germes en cause

QCM 2 Quelles sont les portes d'entrée habituelles des endocardites à staphylocoques ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Toxicomanie intra-veineuse
- B - Mal perforant plantaire
- C - Soins dentaires
- D - Hémodialyse
- E - Cancer colo-rectal

QCM 3 Quelles sont les cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse (groupe A) ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Prothèse valvulaire mécanique
- B - Bioprostthèse
- C - Plastie mitrale avec anneau prothétique
- D - Cardiomyopathie hypertrophique obstructive
- E - Rétrécissement mitral

QCM 4 Quels sont les critères permettant de considérer une endocardite comme certaine ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Existence de 2 critères majeurs de Duke + 3 critères mineurs
- B - Existence d'1 critère majeur de Duke + 5 critères mineurs
- C - Existence d'1 critère majeur de Duke + 1 critère mineur
- D - Existence de 2 critères majeurs de Duke sans critères mineurs
- E - Examen anatomo-pathologique d'une végétation positif

QCM 5 Quels sont les traitements probabilistes de l'endocardite infectieuse chez les patients graves ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - En cas d'endocardite infectieuse sur valve native, amoxicilline + acide clavulanique + gentamicine
- B - En cas d'endocardite infectieuse sur valve prothétique de plus de 12 mois, amoxicilline + acide clavulanique + gentamicine
- C - En cas d'endocardite infectieuse nosocomiale, vancomycine + gentamicine + rifampicine
- D - En cas d'endocardite infectieuse sur valve prothétique de moins de 12 mois, vancomycine + gentamicine + rifampicine
- E - La rifampicine, si elle est indiquée, sera débutée quelques jours après l'initiation des autres antibiotiques

	<ul style="list-style-type: none"> - $V_{max} > 4 \text{ m/s}$ - (Un petit dernier, moins connu : l'index de perméabilité < 0.25) - Savoir que le gradient moyen et les vitesses peuvent être normaux en cas de dysfonction VG importante donc pris en défaut
10	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : Souffle à maximum mésosystolique (souffle en losange au phonocardiogramme) <input checked="" type="checkbox"/> • D : Diastole longue = plus de volume à éjecter lors de la prochaine systole = plus de débit = plus de souffle <input checked="" type="checkbox"/>
11	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • D : La présence d'un seul FDRCV est suffisante pour poser l'indication de la coronarographie <input checked="" type="checkbox"/> - En pratique la coronarographie sera réalisée quasi-systématiquement car la plupart des patients valvulaires sont âgés et/ou vasculaires - Chez un jeune patient sans FDRCV, un coroscanner pourra suffire
12	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • D et E : Majoré à l'inspiration profonde car plus de retour veineux lorsqu'on inspire donc dilatation du VD et de l'anneau tricuspidien et majoration de la fuite <input checked="" type="checkbox"/> - C'est le fameux signe de Carvalho <input checked="" type="checkbox"/>
13	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan paraclinique minimal de toute HTA <input checked="" type="checkbox"/> : - ECG de repos <input checked="" type="checkbox"/> - Créatininémie + BU <input checked="" type="checkbox"/> - Explo d'une anomalie lipidique <input checked="" type="checkbox"/> - Glycémie à jeun <input checked="" type="checkbox"/>
14	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • $LDLc = \text{Cholestérol total} - HDLc + (\text{Triglycérides}/5)$ (unités en g/L) <input checked="" type="checkbox"/> - Valable si les TG sont < 4 g/L
15	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Question de cours - Les apolipoprotéines n'ont pas leur place dans un bilan de routine

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaisances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : A C D

- A et B : Les hypertension pulmonaire du groupe 1 sont de mécanisme précapillaire
 - Le seul groupe de mécanisme post-capillaire est le groupe 2
- E : L'hypertension pulmonaire post-embolique appartient au groupe 4

Réponse : C D E

- A : Souffle protodiastolique, allant decrescendo avec la diastole
- B : Maximal au 2^{ème} espace Intercostal droit (foyer aortique) et en latéro-sternal gauche (foyer aortique accessoire)

Réponse : A B C E

- Ces critères sont à connaître
 - × Toute l'Ao symptomatique (donc sévère) sera opérée
 - × Les l'Ao sévères asymptomatiques seront opérées si : FEVG < 50%, DTSVG > 50 mm, DTDVG > 70 mm, Marfan avec dilatation de l'aorte ascendante > 50 mm (voire > 45 mm), bicuspidie avec dilatation de l'aorte ascendante > 55 mm (voire > 50 mm), dilatation de l'aorte ascendante (hors bicuspidie et Marfan) > 55 mm

Réponse : B D E

- A : C'est une maladie génétique de transmission autosomique dominante
- C : Le prolapsus valvulaire mitral est fréquent dans la maladie de Marfan

Réponse : C

- A et B : Maladie de Barlow ou dégénérescence myxoïde : prédomine chez la jeune femme
 - Dégénérescence fibro-élastique : prédomine chez l'homme âgé
- E : Les valves sont flasques, redondantes, épaissies, ballonisées dans la maladie de Barlow (ou dégénérescence myxoïde)

Réponse : A B C D E

- Question de cours
 - La sémiologie des principaux souffles doit être parfaitement connue, car source potentielle de questions le jour J

Réponse : A B C D E

- L'ischémie myocardique peut donner tous les types d'insuffisance mitrale ! (Économie de neurones)

Réponse : C D E

- A et B : Une FEVG < 60% en présence d'une IM sévère asymptomatique sera une indication au traitement chirurgical, de même que l'apparition d'une fibrillation atriale

Réponse : A B E

- A savoir par cœur !!!!
 - Surface < 1 cm² ou < 0.6 cm²/m² de surface corporelle
 - Gradient MOYEN (pas maximal) VG-aorte > 40 mmHg

QCM 14

Concernant la formule de Friedewald, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - $LDLc = Cholestérol\ total - HDLc + (Triglycérides/4)$ (unités en g/L)
- B - Cette formule est applicable si les triglycérides sont < 4 g/L
- C - $LDLc = Cholestérol\ total - HDLc + (Triglycérides/5)$ (unités en g/L)
- D - Cette formule est applicable si les triglycérides sont < 5 g/L
- E - Toutes les réponses précédentes sont fausses

QCM 15

Concernant les apolipoprotéines, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - L'apolipoprotéine A1 évolue parallèlement aux taux d'HDLc
- B - L'apolipoprotéine B100 évolue parallèlement aux taux de LDLc
- C - L'apolipoprotéine A1 évolue parallèlement aux taux de LDLc
- D - L'apolipoprotéine B100 évolue parallèlement aux taux d'HDLc
- E - Leur dosage fait partie de l'exploration d'une anomalie lipidique de routine

QCM 7	Selon la classification de Carpentier, de quel(s) type(s) d'insuffisance mitrale l'ischémie myocardique peut-elle être la cause ?
A -	Insuffisance mitrale de type I
B -	Insuffisance mitrale de type II
C -	Insuffisance mitrale de type III
D -	Insuffisance mitrale de type I par dilatation annulaire
E -	Insuffisance mitrale de type II par rupture de piliers
QCM 8	Quelles sont les indications chirurgicales de l'insuffisance mitrale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisance mitrale sévère asymptomatique et FEVG < 50%
B -	L'apparition d'une fibrillation atriale compliquant une insuffisance mitrale sévère ne constitue pas une indication
C -	Insuffisance mitrale sévère asymptomatique et pression artérielle pulmonaire systolique > 50 mmHg au repos
D -	En cas d'insuffisance mitrale sévère asymptomatique avec anatomie favorable à une plastie mitrale et risque opératoire faible
E -	Un FEVG < 30% rend la chirurgie très risquée
QCM 9	Quels sont les critères échographiques du rétrécissement aortique serré ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Surface valvulaire aortique < 1 cm ²
B -	Surface valvulaire aortique < 0.6 cm ² /m ² de surface corporelle
C -	Gradient moyen entre le ventricule gauche et l'aorte > 30 mmHg
D -	Vitesse maximale trans-aortique > 5 m/s
E -	Index de perméabilité < 0.25
QCM 10	Quelles sont les caractéristiques du souffle de rétrécissement aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Souffle protosystolique
B -	Timbre dur et râpeux
C -	Maximum au 2 ^{ème} espace intercostal droit
D -	Renforcé après les diastoles longues
E -	Abolition du B2 en faveur du caractère serré
QCM 11	Quelles sont les indications à la coronarographie dans le bilan préopératoire du rétrécissement aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	En cas de dysfonction ventriculaire gauche systolique
B -	Chez les hommes de plus de 40 ans
C -	Chez les femmes ménopausées
D -	En présence d'au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaire
E -	En présence d'un angor
QCM 12	Quelles sont les caractéristiques du souffle d'insuffisance tricuspidale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Souffle holosystolique
B -	Maximal à la xiphoïde
C -	De timbre doux
D -	Majoré à l'inspiration profonde
E -	Majoré à l'expiration
QCM 13	Quels éléments font partie du bilan paraclinique minimal à prescrire devant toute découverte d'hypertension artérielle ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ionogramme plasmatique idéalement sans garrot
B -	Glycémie à jeun
C -	Exploration d'une anomalie lipidique
D -	Echocardiographie trans-oesophagienne
E -	Echocardiographie trans-thoracique

Questions isolées QCM N° 23

QCM 1 Concernant l'hypertension pulmonaire du groupe 1, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Elle est de mécanisme pré-capillaire
- B - Elle est de mécanisme post-capillaire
- C - Elle comprend l'hypertension artérielle pulmonaire liée à la prise de benfluorex
- D - Elle comprend l'hypertension artérielle pulmonaire liée au VIH
- E - Elle comprend l'hypertension artérielle pulmonaire post-embolique

QCM 2 Quelles sont les caractéristiques du souffle d'insuffisance aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Souffle holodiastolique
- B - Maximal au 2^{ème} espace intercostal gauche
- C - Pouvant irradier au foyer aortique accessoire
- D - Pouvant irradier en parasternal gauche
- E - Majoré à l'antéflexion

QCM 3 Quelles sont les indications chirurgicales dans l'insuffisance aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Insuffisance aortique sévère symptomatique
- B - Insuffisance aortique sévère asymptomatique et diamètre télesystolique ventriculaire gauche > 50 mm
- C - Insuffisance aortique sévère asymptomatique et diamètre télediastolique ventriculaire gauche > 70 mm
- D - Insuffisance aortique sévère asymptomatique et FEVG < 60%
- E - Association à un anévrisme de l'aorte ascendante > 55 mm en cas de valve aortique tricuspidé sans maladie de Marfan

QCM 4 Concernant la maladie de Marfan, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - C'est une maladie génétique de transmission autosomique récessive
- B - Le risque de dissection aortique en cas d'anévrisme est majoré au cours de la grossesse
- C - L'insuffisance mitrale par prolapsus valvulaire est rare
- D - Les sports de compétition sont contre-indiqués
- E - Les bêta-bloquants, ou le losartan en seconde intention, sont indiqués en prévention de la dilatation aortique

QCM 5 Concernant l'insuffisance mitrale dégénérative, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - La maladie de Barlow ou dégénérescence fibro-élastique prédomine chez la jeune femme
- B - La dégénérescence myxoïde prédomine chez l'homme âgé
- C - La rupture de cordage est plus fréquente dans la dégénérescence fibro-élastique
- D - La rupture de cordage est plus fréquente dans la dégénérescence myxoïde
- E - Les valves sont flasques, ballonisées et épaissies dans la dégénérescence fibro-élastique

QCM 6 Quelles sont les caractéristiques du souffle d'insuffisance mitrale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Souffle holosystolique
- B - Souffle en jet de vapeur
- C - Souffle d'intensité fixe quel que soit la durée de la diastole
- D - Irradié dans l'aisselle en cas de restriction de la petite valve mitrale
- E - Irradié le long du bord gauche du sternum en cas de prolapsus de la petite valve mitrale

8 Réponse : A C D

- Les **indications du bilan de thrombophilie**, à connaître par cœur ☐ :
 - Tout épisode de MTEV PROXIMALE, provoqué ou non, chez la femme en âge de procréer
 - 1^{er} épisode provoqué ou non de MTEV proximale avant 60 ans
 - Récidive provoquée ou non de MTEV proximale avant 60 ans
 - Récidive de TVP distale non provoquée avant 60 ans
 - Aucune indication après 60 ans

9 Réponse : A B C

- Dans un **premier temps**, on réalisera, à la recherche d'un **cancer** ☐ :
 - Examen clinique complet dont gynécologique chez la femme
 - NFS, CRP, RT, recherche de sang dans les selles
 - PSA après 40 ans chez l'homme
 - Mammographie et écho pelvienne chez la femme

10 Réponse : A B C E

- A : Cette anomalie correspond à un **infarctus pulmonaire** ☐
- D : Les opacités péri-hiliaires sont évocatrices d'**Insuffisance ventriculaire gauche** avec **œdème pulmonaire** ☐

11 Réponse : A B D

- C et D : Faites bien la différence entre effet espace mort et effet shunt ! (Bien comprendre la physiopathologie peut vous aider à mémoriser les choses)
 - **Effet espace mort** : **zones ventilées non perfusées**. C'est ce qui se passe localement dans le territoire artériel pulmonaire embolisé ☐
 - **Effet shunt** : **zones perfusées non ventilées** (ou pas assez ventilées). C'est ce qu'il se passe dans le reste du poumon lors de l'EP. Le sang est redirigé vers les territoires non embolisés mais il s'oxygène mal car les vitesses de circulation sont augmentées ☐
- E : Un **insuffisant respiratoire chronique** est naturellement hypercapnique. Une **normocapnie** chez un insuffisant respiratoire chronique sera donc un **équivalent d'hypocapnie**, et donc un signe potentiel d'EP ☐

12 Réponse : B C E

- A : Il existe une **bronchoCONSTRICTION** réflexe dans les territoires embolisés !

13 Réponse : A C

- B : Angioscanner thoracique si patient avec EP grave et transportable mais la scintigraphie pulmonaire n'est pas indiquée dans cette situation ☐
 - Pour l'EP grave, retenez : angioscanner thoracique si possible, sinon ETT (patient non transportable au scanner)
- D et E : En association à la fibrinolyse dans l'EP grave, on utilisera **l'héparine non fractionnée** et pas les HBPM ☐

14 Réponse : A B D E

- C : Les recommandations de 2014 de l'ESC sur l'embolie pulmonaire sont très claires ☐ :
 - Chez la femme enceinte, et malgré un risque de faux-positifs, les **D-dimères conservent leur valeur prédictive négative** (permettent d'éviter une irradiation si négatifs)

15 Réponse : A

- B : Le taux d'**antithrombine III** est influencé par la prise d'héparine ☐
- C : La mutation **G20210A** concerne le **facteur II** ☐
- D : C'est l'**allongement du TCA** qui fait suspecter la présence d'un anticoagulant circulant lupique, hors le TCA est allongé par la prise d'héparine... ☐
- E : Le taux de **facteur VII** est influencé par l'inflammation ☐

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : A B C D E

- Question de cours
 - Ce sont des pathologies qui se prêteraient bien à un dossier transversal d'hématolo (LMC) ou de néphro (syndrome néphrotique)
 - L'hémoglobinurie paroxystique nocturne est en revanche hors programme : savoir que ça existe c'est déjà bien

Réponse : A B D

- Score de Genève modifié et simplifié (préconisé par les recos les plus récentes)
 - Chaque item parmi les suivants vaut 1 point : âge > 65 ans ; antécédent de TVP/EP ; chir ou fracture du membre inférieur dans le mois ; cancer actif ou en rémission < 1 an ; douleur unilatérale d'un membre inf ; hémoptysie ; FC > 75 ; FC > 95 ; œdème unilatéral d'un membre inférieur
 - Score < 2 : faible proba (< 10% d'EP)
 - Score entre 2 et 4 : proba moyenne (30-40% d'EP)
 - Score > 4 : proba forte (> 60% d'EP)

Réponse : C

- Score sPESI à savoir
 - × Age > 80 ans ; cancer ; Insuffisance respi ou cardiaque chroniques ; FC > 110 ; PAS < 100 ; SaO2 < 90% → chaque item vaut 1 point
 - × sPESI ≥ 1 classe l'EP en risque intermédiaire

Réponse : A C D E

- B : La dose de tinzaparine (INNOHEP) est correcte mais contrairement à l'enoxaparine (LOVENOX) à dose curative, une seule injection par jour est nécessaire
 - Ce qui est en soi un avantage pour le patient (moins d'injections à subir)

Réponse : A C D E

- B : Cf QCM 4
- Vous l'aurez compris, les modalités d'anticoagulation de l'embolie pulmonaire non grave et celles de l'anticoagulation de la thrombose veineuse profonde sont identiques !

Réponse : B

- A bien retenir :
 - Pour une TVP proximale (de siège poplité ou supérieur) et/ou une EP, avec un facteur déclenchant transitoire et réversible (tel qu'une chirurgie orthopédique de hanche ou de genou), la durée de l'anticoagulation sera de 3 mois
- A

Réponse : B C D E

- A : Un antécédent de TIH de type 2 est une contre-indication absolue à l'utilisation d'HBPM (et d'HNF) !
- Les indications à la surveillance plaquettaire sous traitement par HBPM
 - Contexte chirurgical ou traumatique
 - Contexte non chirurgical et non traumatique mais exposition aux HBPM ou à l'HNF < 6 mois
 - Contexte non chirurgical et non traumatique mais patient avec comorbidités majeures

QCM 13 Quelle est la prise en charge d'une embolie pulmonaire grave ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Echocardiographie transthoracique si patient non transportable
- B - Angioscanner thoracique ou scintigraphie pulmonaire si patient transportable
- C - Altéplase 10 mg en bolus par voie intra-veineuse et relais par 90 mg sur 2 heures
- D - Association à l'héparine non fractionnée en seconde intention
- E - Association à l'héparine de bas poids moléculaire en première intention

QCM 14 Concernant la maladie thromboembolique chez la femme enceinte, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - L'embolie pulmonaire est la première cause de mortalité non obstétricale chez les femmes enceintes
- B - Le risque relatif d'évènement thromboembolique veineuse est multiplié par 5 pendant la grossesse
- C - Les D-dimères ne doivent pas être utilisés car leur valeur prédictive positive est mauvaise chez la femme enceinte
- D - Les héparines de bas poids moléculaire ont la préférence, comme chez les patients oncologiques
- E - Les antivitamine K sont responsables, entre autres, d'aplasie nasale chez le fœtus

QCM 15 Quelles sont les pathologies recherchées lors du bilan de thrombophilie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Déficits en protéine C et S, dont la recherche n'est pas influencée par la prise d'héparine
- B - Déficit en antithrombine III, dont la recherche est perturbée par la prise d'AVK
- C - Recherche d'une mutation G20210A du facteur V ou facteur V de Leiden
- D - La recherche d'un anticoagulant circulant lupique n'est pas perturbée par la prise d'héparine
- E - Le taux de facteur VIII n'est pas influencé par l'inflammation

QCM 7	Quelles sont les indications de surveillance des plaquettes chez un patient traité par héparine de bas poids moléculaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Antécédent de thrombopénie induite à l'héparine de type 2
B -	Contexte chirurgical
C -	Contexte traumatologique
D -	Antécédent d'exposition à l'héparine non fractionnée il y a 4 mois
E -	Existence de comorbidités majeures
QCM 8	Parmi les situations suivantes, lesquelles constituent une indication à la réalisation d'un bilan de thrombophilie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Premier épisode de thrombose veineuse profonde proximale avec facteur déclenchant majeur chez une femme de 32 ans
B -	Premier épisode de thrombose veineuse profonde distale, sans facteur déclenchant, chez un homme de 28 ans
C -	Deuxième embolie pulmonaire, avec facteur déclenchant retrouvé, chez une femme de 46 ans
D -	Deuxième embolie pulmonaire, sans facteur déclenchant retrouvé, chez un homme de 54 ans
E -	Deuxième épisode de thrombose veineuse profonde proximale, sans facteur déclenchant retrouvé, chez une femme de 63 ans
QCM 9	Quels examens, parmi les suivants, font partie du bilan systématique à réaliser face à une embolie pulmonaire idiopathique pour rechercher un cancer ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Recherche de sang dans les selles
B -	Mammographie chez la femme
C -	Echographie pelvienne chez la femme
D -	Coloscopie
E -	Scanner thoraco-abdomino-pelvien
QCM 10	Quelles sont les anomalies visibles à la radiographie thoracique en cas d'embolie pulmonaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Opacité triangulaire à base pleurale
B -	Atélectasie en bande
C -	Signe de Westermark
D -	Opacités alvéolaires péri-hiliaires
E -	Ascension d'une coupole diaphragmatique
QCM 11	Concernant la gazométrie artérielle dans l'embolie pulmonaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle peut être normale
B -	Elle peut retrouver un effet shunt avec $\text{PaO}_2 + \text{PaCO}_2 < 120 \text{ mmHg}$
C -	Cet effet shunt s'explique par l'existence de zones ventilées mais non perfusées
D -	Cet effet shunt s'explique par l'existence de zones perfusées mais non ventilées
E -	Une normocapnie chez un insuffisant respiratoire chronique doit être considérée comme un équivalent d'hypercapnie
QCM 12	Concernant la physiopathologie de l'embolie pulmonaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il existe une bronchodilatation réflexe dans les territoires embolisés
B -	L'embolie pulmonaire est en général bien tolérée jusqu'à 50% d'obstruction des territoires vasculaires d'aval
C -	Une pression artérielle pulmonaire systolique dépassant 50-55 mmHg lors d'une embolie pulmonaire est en faveur d'une hypertension pulmonaire déjà existante au préalable
D -	Le plus souvent l'arrêt cardio-respiratoire est dû à une fibrillation ventriculaire
E -	Le plus souvent l'arrêt cardio-respiratoire est dû à une dissociation électro-mécanique

Questions isolées QCM N° 22

QCM 1	Quels sont les facteurs de risque de la maladie thromboembolique veineuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Leucémie myéloïde chronique
B -	Hémoglobinurie paroxystique nocturne
C -	Maladie de Behçet
D -	Maladie de Crohn
E -	Syndrome néphrotique
QCM 2	Quels éléments font partie du score de Genève modifié et simplifié de l'embolie pulmonaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Age > 65 ans
B -	Hémoptysie
C -	Effet shunt gazométrique
D -	Cancer actif
E -	Insuffisance veineuse
QCM 3	Quels sont les éléments appartenant au score sPESI ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisance rénale chronique
B -	Age > 65 ans
C -	Fréquence cardiaque > 110 bpm
D -	Pression artérielle systolique < 90 mmHg
E -	Saturation en oxygène < 80%
QCM 4	Quelle(s) anticoagulation(s) pouvez-vous prescrire dans le traitement de l'embolie pulmonaire non grave, en l'absence d'insuffisance rénale ou de risque hémorragique élevé ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Fondaparinux 7.5 mg 1 injection sous-cutanée par jour (pour un poids compris entre 50 et 100 kg)
B -	Tinzaparine 175 UI/kg 2 injections sous-cutanées par jour
C -	Enoxaparine 100 UI/kg 2 injections sous-cutanées par jour
D -	Héparine non fractionnée, bolus intraveineux de 50 UI/kg puis relais par 500 UI/kg/jour
E -	Apixaban 10 mg per os 2 fois par jour en traitement d'attaque pour 7 jours puis relais par 5 mg 2 fois par jour
QCM 5	Quelle(s) anticoagulation(s) pouvez-vous prescrire dans le traitement de la thrombose veineuse profonde ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Fondaparinux 7.5 mg 1 injection sous-cutanée par jour (pour un poids compris entre 50 et 100 kg)
B -	Tinzaparine 175 UI/kg 2 injections sous-cutanées par jour
C -	Enoxaparine 100 UI/kg 2 injections sous-cutanées par jour
D -	Héparine non fractionnée, bolus intraveineux de 50 UI/kg puis relais par 500 UI/kg/jour
E -	Apixaban 10 mg per os 2 fois par jour en traitement d'attaque pour 7 jours puis relais par 5 mg 2 fois par jour
QCM 6	Quelle est la durée d'anticoagulation d'une thrombose veineuse profonde fémoro-poplitée droite au décours d'une chirurgie de hanche gauche ?
A -	6 semaines
B -	3 mois
C -	6 mois
D -	A vie
E -	Aucune des réponses précédentes

19. **Réponse : A B D**

- C : Faux, il est bien sensible aux dérivés nitrés !
- E : Si les bêta-bloquants sont effectivement contre-indiqués car ils aggravent le spasme, les inhibiteurs calciques sont eux justement indiqués

10. **Réponse : A B E**

- C, D : Le fondaparinux n'est pas indiqué dans le traitement du SCA avec sus-décalage du segment ST
 - Il est indiqué dans le SCA sans sus-décalage du segment ST, en cas de risque ischémique faible, à la dose d'une injection sous-cutanée par jour de 2.5 mg

11. **Réponse : C D**

- A et B : C'est l'inverse !
 - Le ténectéplase nécessite une seule injection en bolus, fonction du poids
 - L'altéplase nécessite un bolus initial puis un relais à la seringue électrique
- E : Seul le clopidogrel (le moins puissant des 3 inhibiteurs de P2Y12) peut être utilisé en cas de fibrinolyse (en association à l'aspirine et à l'HNF ou HBPM)

12. **Réponse : A B C D**

- Retenez bien les 4 bêta-bloquants utilisables dans l'insuffisance cardiaque !
- Nébivolol, bisoprolol, métaprolol et carvédilol

13. **Réponse : A B C D E**

- E : L'hémopéricarde est expliqué par la rupture de paroi libre, réalisant un tableau de tamponnade rapidement fatal, avec arrêt cardiaque par dissociation électro-mécanique

14. **Réponse : A B C**

- D : Les bêta-bloquants de l'insuffisance cardiaque sont utilisables dans l'insuffisance cardiaque CHRONIQUE, pas à la phase aiguë !
- E : Encore une fois, un patient avec SCA, instable, doit bénéficier d'une coronarographie, peu importe le délai estimé, pas d'une thrombolyse

15. **Réponse : B C D**

- A : Le sulfate de magnésium est le traitement de la torsade de pointe
- E : La flécaïne est un anti-arythmique de classe Ic réservé aux « coeurs sains » donc contre-indiqués si coronaropathie et/ou insuffisance cardiaque

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"/> X Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les xanthomes des plis palmaires sont pathognomoniques de la Dysbétalipoprotéinémie ! <input checked="" type="checkbox"/>
2	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Sd métabolique <input checked="" type="checkbox"/> = tour de taille anormal (> 94 cm chez l'homme, > 80 cm chez la femme) + 2 critères parmi : <ul style="list-style-type: none"> × HDLc abaissé (< 0.4 g/L chez l'homme, < 0.5 g/L chez la femme) × Hypertriglycéridémie (> 1.5 g/L) × Elévation de la GAJ ou diabète traité (> 1.10 g/L) × Elévation de la TA ou HTA traitée ($> 130/85$) × Le LDLc ne fait pas partie de ces critères
3	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Quatre causes à évoquer face à un hyperaldostéronisme secondaire <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - HTA rénovasculaire - HTA maligne - HTA sous pilule - Tumeur sécrétant de la rénine
4	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> IEC, ARA2, diurétiques et régime sans sel sont contre-indiqués en cas d'HTA gravidique ! <input checked="" type="checkbox"/>
5	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none"> A, B, C : Ces trois propositions sont en faveur d'un hyperaldostéronisme mais n'apportent pas d'informations sur son origine primaire ou secondaire ! <input type="checkbox"/> - Contrairement au rapport aldostérone/activité rénine plasmatique augmenté qui signe une dissociation aldostérone-rénine et donc un hyperaldostéronisme primaire (rénine basse car rétro-freinée)
6	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> A : Bon à savoir, le diagnostic de malignité du phéochromocytome n'est pas anatomopathologique. Seule la récidive après exérèse, et/ou l'existence d'une extension à distance, signeront son caractère malin <input checked="" type="checkbox"/> E : Tendance à l'hyperglycémie et la polyglobulie ! <input checked="" type="checkbox"/>
7	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> A : Triade de Ménard (classique mais rare) : Céphalées pulsatiles + sueurs + palpitations <input checked="" type="checkbox"/> B : Le phéochromocytome ne fait pas partie des NEM 1, qui associent les « 3 P » : <ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs hypophysaires (pituitaire) - Tumeurs pancréatiques - Tumeurs parathyroïdiennes
8	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> D : La présence de minimum 3 facteurs de risque cardiovasculaire est une indication à traiter d'emblée une HTA par médicaments <input checked="" type="checkbox"/>

QCM 14

Quels sont les éléments pouvant faire partie de la prise en charge thérapeutique d'un choc cardiogénique compliquant un infarctus du myocarde ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Contre-pulsion Intra-aortique
- B - Circulation extracorporelle (ECMO)
- C - Dobutamine à la seringue électrique
- D - Béta-bloquants de l'insuffisance cardiaque
- E - Thrombolyse intra-veineuse si impossibilité de réaliser une angioplastie dans les 90 minutes

QCM 15

Quels sont les éléments pouvant faire partie de la prise en charge thérapeutique d'une tachycardie ventriculaire soutenue à la phase aiguë d'un infarctus du myocarde ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Sulfate de magnésium
- B - Choc électrique externe en cas de mauvaise tolérance hémodynamique
- C - Amiodarone par voie intra-veineuse lente
- D - Béta-bloquant en seconde intention si l'hémodynamique est conservée
- E - Flécaïne en seconde intention

QCM 7	Concernant le phéochromocytome, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	La triade de Ménard associe céphalées, dyspnée et sueurs
B -	Associé à une tumeur hypophysaire, il faudra évoquer une néoplasie endocrinienne multiple de type 1
C -	Associé à un carcinome médullaire thyroïdien, il faudra évoquer une néoplasie endocrinienne multiple de type 2
D -	Son traitement chirurgical nécessite au préalable la restauration d'une volémie correcte
E -	L'usage de bêta-bloquants seuls est formellement contre-indiqué
QCM 8	Quelles sont les indications à initier d'emblée un traitement médicamenteux chez un patient hypertendu ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Hypertension artérielle sévère
B -	Patient diabétique de type 1
C -	Patient diabétique de type 2
D -	Existence de 2 facteurs de risque cardiovasculaire ou plus
E -	Syndrome métabolique
QCM 9	Concernant l'angor de Prinzmetal, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le tabagisme en est un facteur de risque majeur
B -	C'est une cause de mort subite
C -	Il n'est pas sensible à la trinitrine
D -	Le spasme peut être mis en évidence à la coronarographie par l'injection d'un dérivé ergoté
E -	C'est une contre-indication aux inhibiteurs calciques bradycardisants et aux bêta-bloquants
QCM 10	Quels éléments peuvent faire partie de la prise en charge initiale d'un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ticagrélor 2 cp de 90 mg per os
B -	Morphine 5 mg en bolus par voie intra-veineuse
C -	Fondaparinux 2.5 mg 1 injection sous-cutanée
D -	Fondaparinux 7.5 mg 1 injection sous-cutanée si le poids du patient est compris entre 50 et 100 kg
E -	Bivalirudine en bolus puis relais à la seringue électrique
QCM 11	Quelles sont les modalités de la thrombolyse dans le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ténectéplase un bolus par voie intra-veineuse puis relais à la seringue électrique
B -	Alteplase un bolus unique par voie intra-veineuse, fonction du poids du patient
C -	Toujours associée à une bi-antiagrégation plaquettaire et à une anticoagulation
D -	Peut être associée aux héparines de bas poids moléculaire ou aux héparines non fractionnées
E -	Peut être associée au ticagrélor ou au prasugrel
QCM 12	Quels sont les bêta-bloquants utilisables dans l'insuffisance cardiaque parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Métoprolol
B -	Carvédilol
C -	Bisoprolol
D -	Nébivolol
E -	Aténolol
QCM 13	Quelle(s) étiologie(s) devez-vous évoquer en présence de signes d'insuffisance cardiaque droite dans un contexte de syndrome coronarien aigu ?
A -	Rupture de la paroi libre du ventricule gauche
B -	Rupture du septum interventriculaire
C -	Infarctus étendu au ventricule droit
D -	Communication interventriculaire
E -	Hémopéricarde

Questions isolées QCM N° 21

QCM 1 Quelle(s) dyslipidémie(s) suspectez-vous chez un patient présentant des xanthomes des plis palmaires ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Hyperchylomicronémie
- B - Hypertriglycéridémie familiale
- C - Hypercholestérolémie familiale
- D - Dysbétalipoprotéinémie
- E - Aucune dyslipidémie en particulier

QCM 2 Quels éléments, parmi les suivants, appartiennent au syndrome métabolique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Tour de taille à 90 cm chez une femme
- B - HDL-cholestérol à 0.45 g/L chez une femme
- C - Glycémie veineuse à jeun à 1.15 g/L
- D - LDL-cholestérol à 1.8 g/L
- E - LDL-cholestérol à 2.1 g/L

QCM 3 Quelles sont les étiologies d'hyperaldostéronisme secondaire parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Syndrome de Liddle
- B - Hypertension artérielle rénovoascular
- C - Adénome de Conn
- D - Hypertension artérielle sous contraception oestroprogéstative
- E - Hypertension artérielle maligne

QCM 4 Quels sont les traitements de l'hypertension artérielle utilisables pendant la grossesse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Nicardipine
- B - Losartan
- C - Indapamide
- D - Ramipril
- E - Labétalol

QCM 5 Quelles sont les anomalies biologiques orientant vers l'origine primaire d'un hyperaldostéronisme ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Hypokaliémie
- B - Aldostérone plasmatique élevée
- C - Alcalose métabolique
- D - Rapport aldostérone/rénine active augmenté
- E - Nafrémie normale

QCM 6 Concernant le phéochromocytome, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Seules l'extension à distance et/ou la récidive après traitement permettent de poser le diagnostic de malignité
- B - C'est le plus souvent une tumeur bénigne
- C - Le paragangliome est un phéochromocytome extra-surrénalien
- D - La sécrétion de dopamine est en faveur d'une tumeur maligne
- E - Il existe une tendance à l'hypoglycémie et à l'anémie

8	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> Classification de Killip pour l'insuffisance ventriculaire gauche dans l'IDM : - Stade I : IDM non compliqué, absence de râles crépitants à l'auscultation pulmonaire - Stade II : Râles crépitants ne dépassant pas la moitié des champs pulmonaires - Stade III : Râles crépitants dépassant la moitié des champs pulmonaires ou OAP - Stade IV : Choc cardiogénique
9	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> C, D, E : Ces traitements ne font pas partie de la prise en charge INITIALE du SCA ST + (bien lire l'énoncé) ! - Les statines et IEC seront introduits à J1 en unité de soins intensifs - Les béta-bloquants à la phase aiguë du SCA ST + ne sont pas systématiques, ils sont réservés aux arythmies graves. En revanche, ils seront systématiques dans le post-infarctus
10	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> Le seuil des 120 minutes correspond, de façon très précise, au délai estimé entre le 1^{er} contact médical (réalisation de l'ECG) et le passage du guide dans la coronaire occluse - Ce n'est pas le début de la douleur qui doit être pris en compte mais bien l'heure du 1^{er} contact médical !
11	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> Attention à bien lire et comprendre la question ! En cas de complications mécaniques et/ou de choc cardiogénique une angioplastie sera toujours réalisée D : Attention, absence de contre-indications à la thrombolyse ne veut pas dire qu'on va en réaliser une ! <ul style="list-style-type: none"> - L'angioplastie devra toujours avoir la préférence, même chez un patient non contre-indiqué à la thrombolyse - Bien sûr l'absence de contre-indications (du moins absolues) à la thrombolyse est nécessaire pour en réaliser une
12	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Question de cours, rien de plus à ajouter Faites bien la distinction entre les troubles conductifs de l'IDM inférieur, de bon pronostic, avec ceux de l'IDM antérieur, de plus mauvais pronostic
13	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> C et D : C'est l'inverse ! <ul style="list-style-type: none"> - La petite valve mitrale est sous la dépendance du pilier mitral postéro-médial, vascularisé par la coronaire droite → dysfonction de ce pilier en cas d'IDM inférieur avec prolapsus de la petite valve - La grande valve mitrale est sous la dépendance du pilier mitral antéro-latéral, vascularisé par l'IVA → dysfonction de ce pilier en cas d'IDM antérieur avec prolapsus de la grande valve
14	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Question de cours. La prise en charge d'un patient en post-infarctus doit être bien connue
15	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> E : Proposition fumeuse X - Les vomissements ne contre-indiquent aucunement la thrombolyse intra-veineuse

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : B D

- Indications à réaliser une **coronarographie** dans les **24 heures** en cas de SCA non ST :
 - Elévation de la troponine
 - Modifications dynamiques de l'onde T ou du segment ST
 - Score de GRACE > 140

Réponse : B C D E

- Indications à réaliser une **coronarographie** dans les **72 heures** en cas de SCA non ST :
 - Diabète
 - Insuffisance rénale
 - FIEVG < 40%
 - Angor post-infarctus récent
 - Angioplastie coronaire récente
 - Pontage aorto-coronarien récent
 - Score de GRACE compris entre 109 et 140

Réponse : D E

- Indications à réaliser une **coronarographie** dans les **2 heures** en cas de SCA non ST :
 - Angor réfractaire ou persistant malgré traitement médical
 - Instabilité hémodynamique
 - Arythmies majeures
 - Angor rebelle avec OAP

Réponse : A B C D E

- Vous devez bien connaître les traitements du SCA en phase pré-hospitalière (avec les posologies)

Réponse : A

- Bien que peu spécifique en cas d'infarctus du myocarde, la **myoglobine** est précocement élevée, dès la première heure, alors que la troponine ultra-sensible n'est détectable que dès la 3^{ème} heure

Réponse : B

- A retenir !
 - La troponine reste élevée plusieurs jours après un infarctus du myocarde. Elle ne peut pas donc servir de marqueur diagnostique pour une récidive précoce de l'infarctus dans les jours qui suivent
 - En revanche, les **CPK-MB** ont une cinétique plus courte que la troponine et se négative donc rapidement après l'infarctus. Ce marqueur permettra donc de poser le diagnostic de récidive en cas de réascension

Réponse : A B C

- Dans l'infarctus du ventricule droit, le traitement reposera sur le **remplissage vasculaire**, pour augmenter la pré-charge et un traitement **Inotrope** (type dobutamine) pour améliorer la contractilité myocardique
 - Les **diurétiques**, qui diminuent la pré-charge, et les **béta-bloquants**, qui sont inotropes négatifs, sont donc contre-indiqués dans cette situation

QCM 13	Quels sont les mécanismes possibles d'insuffisance mitrale dans un contexte de syndrome coronarien aigu ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisances mitrales fonctionnelle et organique sont toutes les deux possibles
B -	Dilatation de l'anneau mitral par dysfonction systolique ventriculaire gauche
C -	Prolapsus de la petite valve mitrale au cours des infarctus antérieurs
D -	Prolapsus de la grande valve mitrale au cours des infarctus inférieurs
E -	Dysfonction ou rupture d'un pilier mitral
QCM 14	Quelles propositions exactes relatives au traitement médical du post-infarctus du myocarde ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Bi-antiagrégation plaquettaire pendant un an
B -	Eplérénone en cas de FEVG < 40% ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque
C -	Défibrillateur automatique implantable en prévention primaire en cas de FEVG < 35% à 6 semaines de l'infarctus du myocarde
D -	Anticalciques bradycardisants ou Iabradine en cas de contre-indication aux bêta-bloquants
E -	Statine avec objectif de LDLc < 1 g/L voire 0.7 g/L
QCM 15	Quelles sont les principales contre-indications à la thrombolyse intra-veineuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Trauma crânien récent
B -	Antécédent d'hémorragie méningée
C -	Disséction aortique
D -	Ulcère gastro-duodénal évolutif
E -	Vomissements

QCM 7	Concernant l'infarctus du ventricule droit, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	L'ECG retrouve un sus-décalage du ST en V3r et V4r
B -	Le traitement repose, entre autres, sur une expansion volémique
C -	Le traitement repose, entre autres, sur un traitement inotrope
D -	Le traitement repose, entre autres, sur l'utilisation de diurétiques
E -	Le traitement repose, entre autres, sur l'utilisation de bêta-bloquants
QCM 8	Concernant la classification de Killip, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle évalue la sévérité de l'insuffisance ventriculaire gauche
B -	Le stade I correspond à une absence de râles crépitants ou à des râles crépitants ne dépassant pas la moitié des champs pulmonaires
C -	L'œdème aigu pulmonaire correspond à un stade IV
D -	Le choc cardiogénique correspond à un stade IV
E -	Des râles crépitants dépassant la moitié des champs pulmonaires correspondent à un stade II
QCM 9	Quels éléments parmi les suivants font partie de la prise en charge initiale d'un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Aspirine per os ou par voie intra-veineuse directe, systématique
B -	Anticoagulation parentérale systématique
C -	Bêta-bloquant per os ou par voie intra-veineuse, systématique
D -	Inhibiteur de l'enzyme de conversion per os, systématique
E -	Statine per os, systématique
QCM 10	Quelles sont les indications à réaliser une angioplastie primaire dans le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Délai estimé entre le 1 ^{er} contact médical et le cathétérisme de l'artère occluse inférieur à 120 minutes
B -	Délai estimé entre le début de la douleur et le cathétérisme de l'artère occluse inférieur à 120 minutes
C -	Délai estimé entre le début de la douleur et l'arrivée en unité de soins intensifs de cardiologie inférieur à 120 minutes
D -	Délai estimé entre le 1 ^{er} contact médical et l'arrivée en unité de soins intensifs de cardiologie inférieur à 120 minutes
E -	Toutes les réponses précédentes sont fausses
QCM 11	Quelles situations parmi les suivantes vous feraient préférer la thrombolyse à l'angioplastie primaire dans le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Choc cardiogénique compliquant le syndrome coronarien aigu
B -	Complications mécaniques du syndrome coronarien aigu
C -	Douleur thoracique présente depuis plus de 12 heures
D -	Absence de contre-indications à la thrombolyse
E -	Toutes les réponses précédentes sont fausses
QCM 12	Concernant les troubles de la conduction rencontrés dans les infarctus du myocarde, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le bloc atrioventriculaire de l'infarctus du myocarde inférieur est de siège nodal le plus souvent
B -	Le bloc atrioventriculaire de l'infarctus du myocarde inférieur est de mécanisme nodal
C -	Le bloc atrioventriculaire de l'infarctus du myocarde inférieur répond bien à l'atropine
D -	Une sonde d' entraînement électrosystolique est souvent nécessaire dans les blocs atrioventriculaires de l'infarctus antérieur
E -	L'isoprénaline accélère le rythme cardiaque mais est pro-arythmogène

Questions isolées QCM N° 20

QCM 1	Quelles sont les indications à réaliser une coronarographie dans les 24 heures en cas de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A - B - C - D - E -	Score de GRACE compris entre 109 et 140 Elévation significative de la troponinémie Fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40% Modifications dynamiques du segment ST ou de l'onde T Angor post-infarctus récent
QCM 2	Quelles sont les indications à réaliser une coronarographie dans les 72 heures en cas de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A - B - C - D - E -	Score de GRACE < 109 Patient diabétique Insuffisance rénale chronique Angioplastie coronaire récente Antécédent de pontages coronariens
QCM 3	Quelles sont les indications à réaliser une coronarographie dans les 2 heures en cas de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A - B - C - D - E -	Score de GRACE > 140 Elévation significative de la troponinémie Modifications dynamiques du segment ST ou de l'onde T Troubles du rythme ventriculaire dangereux Angor réfractaire au traitement médical
QCM 4	Quels éléments parmi les suivants peuvent faire partie de la prise en charge initiale d'un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A - B - C - D - E -	Aspirine 250 mg par voie intra-veineuse directe Fondaparinux 2.5 mg 1 injection sous-cutanée chez les patients à bas risque ischémique Ticagrélor 180 mg ou prasugrel 60 mg, per os, chez les patients à haut risque ischémique Aténolol 100 mg per os Clopidogrel 600 mg per os chez les patients à bas risque ischémique
QCM 5	Quel est le marqueur de nécrose myocardique dont l'élévation est la plus précoce parmi les propositions suivantes ?
A - B - C - D - E -	Myoglobine CPK-MB Troponine ASAT LDH
QCM 6	Quel est le marqueur de nécrose myocardique utilisé pour diagnostiquer une récidive précoce d'infarctus du myocarde ?
A - B - C - D - E -	Myoglobine CPK-MB Troponine ASAT LDH

8 Réponse : A B

- C : L'épreuve d'effort sera négative s'il n'apparaît aucune modification électrique, aucune douleur thoracique, et que le patient a atteint au moins 85% de sa fréquence cardiaque maximale théorique (= 220 – âge) ☐
- D : Contrairement au sous-décalage, le sus-décalage du ST a une valeur **localisatrice** ☐
- E : Un RAo serré **asymptomatique** constitue justement une indication à l'épreuve d'effort pour démasquer un faux-asymptomatique ☐

9 Réponse : A B D E

- C : Extra-systoles **VENTRICULAIRES** menaçantes avec phénomène R sur T ☐

10 Réponse : B C D

- Les **4 tests de viabilité myocardique** ☐ :
 - Echographie de stress
 - IRM myocardique de stress avec gadolinium
 - PET-scanner
 - Scintigraphie au thallium 201 (pas au MIBI)

11 Réponse : A B E

- C : Les inhibiteurs calciques bradycardisants peuvent se substituer aux bêta-bloquants mais **pas s'y associer** (risque de bradycardie importante) ☐
- D : Après pose d'un stent nu dans l'angor stable, le clopidogrel sera poursuivi pendant **minimum 1 mois** en association avec l'aspirine, puis celle-ci sera poursuivie seule, à vie ☐

12 Réponse : D E

- A : Le coroscanner aura justement une très bonne VPN (sa limite étant plutôt sa VPP) ☐
- B : L'écho de stress à une valeur **localisatrice** : elle visualise quels segments du myocarde se contractent bien ou pas et donc quels territoires coronaires ☐
- C : L'IRM permet de calculer la FEVG, tout comme la **scintigraphie** ☐

13 Réponse : A B C E

- D : Pas forcément à retenir, mais pour que vous en ayez entendu parler au moins une fois :
 - La perméabilité coronaire à la coronarographie est estimée par la **classification TIMI**, allant de TIMI 0 (occlusion complète d'une coronaire avec absence de passage du produit de contraste) à TIMI 3 (flux coronaire normal)

14 Réponse : A B C D E

- N'oubliez pas que la coronarographie nécessite une **injection de produit de contraste iodé**, et donc les complications potentielles qui vont avec... ☐

15 Réponse : B C E

- A : La troponine ultra-sensible est dosable dès H3 ! ☐
- D : Ces notions sont très importantes à retenir ☐ :
 - La troponine est **spécifique du cardiomyocyte**, son élévation en signe la **souffrance** (et de façon proportionnelle qui plus est) !
 - En revanche qui dit souffrance myocardique ne dit **pas forcément cause coronarienne** (Tako-Tsubo, myocardites, état de choc...)

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"/> X Eliminer les incorrectes, <input type="checkbox"/> 1ère idée	
1	Réponse : A C <ul style="list-style-type: none">D et E : En toute logique, c'est l'inverse !<ul style="list-style-type: none">- Il suffit de savoir que la coronaropathie touche plus les hommes que les femmes <input type="checkbox"/>- 10% des femmes de 70 ans et 15% des hommes de 70 ans <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : A <ul style="list-style-type: none">Il faut juste avoir quelques notions simples d'anatomie coronaire :<ul style="list-style-type: none">- B : C'est l'interventriculaire antérieure (IVA) qui donne des branches septales et diagonales <input checked="" type="checkbox"/>- C et E : Le nœud AV et le nœud sinusal sont sous la dépendance de la coronaire droite, d'où leur atteinte classique dans les infarctus du myocarde inférieur <input checked="" type="checkbox"/>- D : Le tronc commun compte comme une double atteinte puisqu'il donne naissance à l'IVA et la circonflexe ! Donc lésions tronc commun + coronaire droite = statut tri tronculaire <input type="checkbox"/>	
3	Réponse : C D <ul style="list-style-type: none">Seuils de significativité d'une sténose coronarienne (rien de bien compliqué) :<ul style="list-style-type: none">- 50% pour le tronc commun <input checked="" type="checkbox"/>- 70% pour les autres troncs épicardiques (IVA, circonflexe, coronaire droite) <input checked="" type="checkbox"/>- (Ce seuil de 70% est également valable pour la carotide)	
4	Réponse : B C E <ul style="list-style-type: none">L'angor fonctionnel est un angor de cause non liée (ou non complètement liée) à une lésion coronaire :<ul style="list-style-type: none">- Les grandes bradycardies (BAV...) ou tachycardies (FA, hyperthyroïdie...) sont des causes classiques <input checked="" type="checkbox"/>- De même que l'insuffisance aortique sévère (mécanisme multiple) ou le rétrécissement aortique serré <input checked="" type="checkbox"/>- Les hypoxémies, anémies, la crise aiguë hypertensive, la CMH sont d'autres étiologies possibles <input checked="" type="checkbox"/>	
5	Réponse : A B C E <ul style="list-style-type: none">D : Une douleur angineuse typique cède spontanément en moins de 10 minutes après arrêt de l'effort, et en moins d'une minute après prise de trinitrine ! <input checked="" type="checkbox"/>	
6	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none">Rien de plus à ajouter pour la classification de la CCS :<ul style="list-style-type: none">- Cette classification est en fait la même que celle de la NYHA (il suffit de remplacer dyspnée par angor) <input checked="" type="checkbox"/>	
7	Réponse : C E <ul style="list-style-type: none">Les indications à déplster l'Ischémie myocardique silencieuse chez le diabétique sont les suivantes :<ul style="list-style-type: none">- Patient > 45 ans avec DT1 > 15 ans et au moins 2 FDRCV <input checked="" type="checkbox"/>- Patient > 45 ans avec DT1 et voulant reprendre une activité sportive <input checked="" type="checkbox"/>- Patient > 60 ans avec DT2 > 10 ans et au moins 2 FDRCV <input checked="" type="checkbox"/>- Patient diabétique avec atteinte vasculaire extracardiaque ou protéinurie isolée <input checked="" type="checkbox"/>- Patient diabétique avec microalbuminurie et au moins 2 FDRCV <input checked="" type="checkbox"/>	

QCM 13

Concernant la coronarographie, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Elle est réalisable par voie radiale ou fémorale
- B - Couplée à l'angiographie ventriculaire gauche, elle permet de rechercher des troubles de la cinétique segmentaire
- C - Couplée à l'angiographie ventriculaire gauche, elle permet de calculer la fraction d'éjection ventriculaire gauche
- D - Un flux TIMI 3 correspond à une occlusion complète d'une artère coronaire
- E - Les stents actifs ont actuellement la préférence par rapport aux stents nus

QCM 14

Quelles sont les complications possibles de la coronarographie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Infarctus du myocarde
- B - Maladie des embolies de cholestérol
- C - Nécrose tubulaire aiguë
- D - Pseudo-anévrisme
- E - Accident vasculaire cérébral

QCM 15

Concernant la troponine, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - La troponine ultrasensible est dosable dès la 6^{ème} heure
- B - Les bradycardies et tachycardies importantes peuvent être responsables d'une élévation de la troponine
- C - C'est une protéine spécifique du cardiomyocyte
- D - Son élévation n'est pas synonyme de souffrance myocardique
- E - Le syndrome de Tako-Tsubo est responsable d'une élévation de la troponine

QCM 7	Quelles sont les indications de dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse chez un patient diabétique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Patient diabétique de type 2, âgé de plus de 45 ans et présentant au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaire
B -	Patient diabétique de type 1, âgé de plus de 60 ans et voulant reprendre le sport
C -	Patient ayant un diabète de type 2 évoluant depuis plus de 10 ans et présentant au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaire
D -	Existence d'une microalbuminurie isolée
E -	Existence d'une atteinte vasculaire extracardiaque
QCM 8	Concernant l'électrocardiogramme d'effort, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il se réalise sur bicyclette ergométrique ou sur tapis roulant
B -	La présence d'un médecn est obligatoire pendant son déroulement
C -	Il sera négatif s'il n'apparaît aucun signe clinique ni aucune modification électrique et que le patient a obligatoirement atteint sa fréquence cardiaque maximale théorique
D -	Un sus-décalage apparaissant lors de l'épreuve d'effort n'aura pas de valeur localisatrice
E -	Un rétrécissement aortique serré asymptomatique est une contre-indication
QCM 9	Quels sont les critères de gravité d'une épreuve d'effort ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Examen positif pour une puissance < 60 Watts
B -	Sous-décalage diffus du segment ST
C -	Extra-systoles auriculaires menaçantes avec phénomène R sur T
D -	Faible augmentation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque
E -	Sous-décalage important du segment ST
QCM 10	Quels les tests permettant de rechercher une viabilité myocardique parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Electrocardiogramme d'effort
B -	Scintigraphie au thallium 201
C -	IRM avec injection de gadolinium
D -	Echographie de stress à la dobutamine
E -	Coroscanner
QCM 11	Quels éléments parmi les suivants peuvent faire partie du traitement médical de l'angor chronique stable ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ivabradine en association aux bêta-bloquants
B -	Lercanidipine en association aux bêta-bloquants
C -	Diltiazem en association aux bêta-bloquants
D -	Clopidogrel en association avec l'aspirine pendant minimum 1 an après la pose d'un stent nu
E -	Molsidomine, dont l'usage avec le sildénafil est contre-indiqué
QCM 12	Quelles sont les limites des examens suivants dans le diagnostic de la maladie coronarienne ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le coroscanner a une valeur prédictive négative médiocre
B -	L'échocardiographie de stress n'a pas de valeur localisatrice
C -	La scintigraphie myocardique ne permet pas de calculer la FEVG
D -	L'IRM de stress est un examen coûteux
E -	La scintigraphie myocardique est un examen coûteux

Questions isolées QCM N° 19

QCM 1 Concernant l'épidémiologie de la coronaropathie en France, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Elle est responsable de 45 000 à 50 000 décès par an
- B - Elle est responsable de 100 000 à 150 000 décès par an
- C - La mortalité annuelle de l'angor chronique stable est de 1%
- D - La prévalence de l'angor d'effort est de 10% chez les hommes de 70 ans
- E - La prévalence de l'angor d'effort est de 15% chez les femmes de 70 ans

QCM 2 Concernant l'anatomie du réseau coronaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - L'artère coronaire droite naît directement de l'aorte
- B - L'artère circonflexe donne des branches septales et diagonales
- C - L'artère vascularisant le nœud atrioventriculaire provient de l'interventriculaire antérieure
- D - Une atteinte du tronc commun et de la coronaire droite constitue une atteinte bi-ventriculaire
- E - L'artère vascularisant le nœud sinusal provient de l'artère circonflexe

QCM 3 Quels sont les seuils de significativité d'une sténose coronaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Sténose à 50% pour l'interventriculaire antérieure
- B - Sténose à 60% pour une diagonale
- C - Sténose à 70% pour la coronaire droite
- D - Sténose à 50% pour le tronc commun
- E - Sténose à 80% pour l'artère circonflexe

QCM 4 Quelles sont les étiologies d'angor fonctionnel parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Chimiothérapie par 5-fluorouracile
- B - Bloc atrioventriculaire complet
- C - Insuffisance aortique
- D - Angor de Prinzmetal
- E - Hyperthyroïdie

QCM 5 Quelles sont les caractéristiques d'une douleur angineuse typique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Douleur rétrosternale ou médiotoracique
- B - Douleur pouvant irradier dans les poignets
- C - Douleur classiquement constrictive
- D - Douleur cédant en moins de 10 minutes après la prise de trinitrine
- E - Douleur pouvant survenir en période postprandiale

QCM 6 Concernant la classification de la sévérité de l'angor de la Canadian Cardiovascular Society (CCS), quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - La classe I correspond à une absence de limitation des activités quotidiennes
- B - La classe II correspond à un angor survenant à la marche rapide ou en côte
- C - La classe III correspond à une limitation importante de la vie quotidienne
- D - La classe IV correspond à un angor à la moindre activité physique
- E - Cette classification est superposable à celle de la NYHA

8	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • E : La ventilation au bouche-à-bouche n'est pas obligatoire ! <input checked="" type="checkbox"/> - Elle ne doit pas être un frein à la réalisation du massage cardiaque, les réserves en oxygène étant suffisantes les premières minutes de l'arrêt <input type="checkbox"/> - Une ventilation artificielle sera en revanche systématiquement indiquée au-delà des premières minutes <input type="checkbox"/>
9	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • E : La recherche du pouls n'est pas conseillée en systématique ! <input type="checkbox"/> - Elle sera réservée aux professionnels (en carotidien ou en fémoral) et ne devra pas excéder les 10 secondes <input type="checkbox"/> - En pratique, un patient inconscient et ne respirant suffit à poser le diagnostic et débuter la réanimation cardio-pulmonaire <input type="checkbox"/>
10	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Question de cours - Bien retenir que les mesures au-delà de la 3^{ème} minute sont inutiles <input type="checkbox"/> - N'oubliez de pas jeter un œil à la fréquence cardiaque en même temps : une fréquence cardiaque ne s'élève pas alors que la tension chute peut être le reflet d'une dysautonomie (dysfonction du système nerveux autonome) <input type="checkbox"/>
11	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : Cela peut vous paraître paradoxalement mais c'est pourtant classique : <ul style="list-style-type: none"> - L'hypotension orthostatique dans le phéochromocytome s'explique par l'hypovolémie relative due à la vasoconstriction permanente sous l'effet de la noradrénaline <input type="checkbox"/>
12	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • B : Midodrine : agoniste alpha-adrénergique, c'est justement un traitement de l'hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> • C : Fludrocortisone : minéralocorticoïde, c'est justement un traitement de l'hypotension orthostatique <input type="checkbox"/>
13	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une pause sinusale pourra être incriminée comme cause de syncope si elle dure plus de 3 secondes <input type="checkbox"/> • Un Bloc de branche alternant ou bilatéral (coexistence d'un BBD et d'un BBG) ou un BBD avec hémibloc gauche alternant (HBAG et HPG en alternance) sont des blocs trifasciculaires, donc des troubles conductifs de haut degré <input type="checkbox"/>
14	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce sont toutes des causes cardiogéniques mécaniques de syncope mais il s'agit ici de cocher les plus fréquentes (ou évocatrices) <input type="checkbox"/> - Le myxome de l'OG est une rareté, si vous savez que ça existe c'est déjà très bien <input type="checkbox"/> - L'insuffisance aortique sévère est une cause peu fréquente de syncopes, et celles-ci surviennent très tardivement dans son évolution <input type="checkbox"/>
15	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de référence pour démasquer une cause vagale de syncope : tilt-test ou test d'inclinaison <input checked="" type="checkbox"/>

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg.Fréquence, Formulation, X Eliminer les incorrectes, L'erreure

Réponse : A B

- Rythmes choquables chez un patient en arrêt cardiorespiratoire (25 à 30% des cas) : la priorité est au choc électrique externe (et au massage bien sûr) !
 - Fibrillation ventriculaire
 - Tachycardie ventriculaire sans pouls
- Rythmes non choquables chez un patient en arrêt cardiorespiratoire (70 à 75% des cas) : l'injection d'adrénaline se fera d'emblée dès que le rythme a été analysé
 - Asystolie
 - Dissociation électro-mécanique
 - Troubles conductifs de haut degré

Réponse : C D E

- Cf QCM 2

Réponse : A C E

- A et B : Un massage cardiaque correctement réalisé se fait au rythme de 100 compressions par minute, avec 2 insufflations (si une ventilation est possible) toutes les 30 compressions
- D : L'amiodarone est recommandée en cas de rythme cardiaque choquable (TV sans pouls, FV) résistant à la défibrillation
 - Elle sera utilisée avant ou après le 3^{ème} choc électrique externe

Réponse : A B E

- Etiologies de dissociation électromécanique à QRS larges :
 - Hyperkaliémie
 - Intoxication par des médicaments à effet stabilisant de membrane : propranolol, antidépresseurs tricycliques, anti-arythmiques de classe I...

Réponse : B C D

- Etiologies de dissociation électromécanique à QRS fins :
 - Pathologie neurologique aiguë
 - Embolie pulmonaire (en l'absence de BBD bien entendu)
 - Tamponnade
 - Hypovolémie massive

Réponse : A C D E

- B : Le traitement de choix d'un SCA en arrêt cardiorespiratoire est la **coronarographie** en urgence pour angioplastie de la lésion coupable et non la thrombolyse intra-veineuse !
 - En revanche, la thrombolyse aura sa place dans l'embolie pulmonaire en arrêt cardiorespiratoire

Réponse : B C D

- Quelques notions d'épidémiologie bonnes à retenir et sans grandes difficultés
- A : L'incidence annuelle de la mort subite est d'environ 40 000 personnes
 - Même si vous ignorez le chiffre exact, 150 000 c'est beaucoup trop vous devez cocher faux (ou ne pas la cocher sur votre tablette)
 - Pour rappel il y a 100 000 infarctus du myocarde par an en France et 150 000 AVC...

QCM 13 Chez un patient hospitalisé pour syncope, quelles anomalies électrocardiographiques, si présentes, peuvent être retenues comme causes de cette syncope ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Bloc atrio-ventriculaire du 1^{er} degré isolé
- B - Bloc de branche droit complet et bloc atrio-ventriculaire du 2nd degré Mobitz 2
- C - Bloc de branche alternant
- D - Pauses sinusale répétées de plus de 3 secondes
- E - Fibrillation atriale isolée

QCM 14 Quelles sont les causes cardiaques « mécaniques » de syncope les plus fréquentes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Myxome de l'oreillette gauche
- B - Rétrécissement aortique serré
- C - Insuffisance aortique sévère
- D - Embolie pulmonaire
- E - Cardiomyopathie hypertrophique obstructive

QCM 15 Quels examens parmi les suivants permettront de rechercher une cause vasovagale en cas de syncope inexpliquée ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Echocardiographie trans-thoracique
- B - Etude électrophysiologique endocavitaire
- C - Test d'inclinaison
- D - Holter-ECG
- E - Epreuve d'effort

QCM 7	Concernant l'épidémiologie de la mort subite en France, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle concerne 150 000 personnes par an
B -	Elle est à prédominance masculine
C -	Elle survient le plus souvent à domicile et en présence d'un témoin
D -	Les cardiopathies ischémiques en sont la première cause
E -	Les cardiomyopathies hypertrophiques en sont la première cause
QCM 8	Concernant les arrêts cardio-respiratoires, quels sont les principaux facteurs de bon pronostic associés à la survie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un rythme initial choquable
B -	La survenue de l'arrêt dans un lieu public
C -	Un délai de no flow (période entre la survenue de l'arrêt et le début du massage) bref
D -	Un délai de low flow (période entre le début du massage et la reprise d'une activité circulatoire spontanée) bref
E -	Une ventilation au bouche-à-bouche la plus précoce possible
QCM 9	Quels sont les critères nécessaires et suffisants permettant de reconnaître un arrêt cardiaque ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Absence de conscience
B -	Patient ne bougeant pas
C -	Patient qui ne répond pas lorsqu'on l'appelle
D -	Respiration absente ou présence de gasps
E -	Abolition du pouls (carotidien ou fémoral)
QCM 10	Quels éléments parmi les suivants font partie de la définition d'une hypotension orthostatique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Baisse de la pression artérielle systolique > 30 mmHg en 1 à 3 minutes après la verticalisation
B -	Baisse de la pression artérielle systolique > 20 mmHg en 1 à 3 minutes après la verticalisation
C -	Baisse de la pression artérielle diastolique > 15 mmHg en 1 à 3 minutes après la verticalisation
D -	Baisse de la pression artérielle diastolique > 10 mmHg en 1 à 3 minutes après la verticalisation
E -	Toutes les réponses précédentes sont fausses
QCM 11	Quelles sont les étiologies d'hypotension orthostatique parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Phéochromocytome
B -	Dysautonomie diabétique
C -	Amylose AL
D -	Insuffisance surrénalienne
E -	Atrophie multi-systématisée
QCM 12	Quelles sont les principales causes médicamenteuses d'hypotension orthostatique parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Indapamide
B -	Midodrine
C -	Fludrocortisone
D -	Tamsulosine
E -	Halopéridol

Questions isolées QCM N° 18

QCM 1 Chez un patient en arrêt cardio-respiratoire, quels sont les rythmes cardiaques choquables parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Fibrillation ventriculaire
- B - Tachycardie ventriculaire sans pouls
- C - Asystolie
- D - Dissociation électro-mécanique
- E - Trouble conductif de haut degré

QCM 2 Chez un patient en arrêt cardio-respiratoire, quels sont les rythmes cardiaques non choquables parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Fibrillation ventriculaire
- B - Tachycardie ventriculaire sans pouls
- C - Asystolie
- D - Dissociation électro-mécanique
- E - Trouble conductif de haut degré

QCM 3 Concernant la réanimation cardio-pulmonaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Les compressions thoraciques sont effectuées au rythme de 100 par minutes
- B - Les compressions thoraciques sont effectuées au rythme de 150 par minutes
- C - L'adrénaline sera utilisée d'emblée si le rythme n'est pas choquable, à la dose de 1 mg
- D - L'amiodarone sera utilisée d'emblée si le rythme n'est pas choquable, à la dose de 300 mg
- E - La lidocaïne peut être une alternative à l'amiodarone

QCM 4 Quelles sont les causes de dissociation électromécanique à QRS larges ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Intoxication aux tricycliques
- B - Intoxication au propranolol
- C - Hypovolémie massive
- D - Tamponnade
- E - Hyperkaliémie

QCM 5 Quelles sont les causes de dissociation électromécanique à QRS fins ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Intoxication aux tricycliques
- B - Embolie pulmonaire
- C - Hypovolémie massive
- D - Tamponnade
- E - Hypokaliémie

QCM 6 Les associations suivantes entre un traitement de l'arrêt cardio-respiratoire et son indication sont-elles justes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Alcalinisation plasmatique et intoxication par des médicaments à effet stabilisant de membrane
- B - Thrombolyse Intra-veineuse et syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du ST
- C - Thrombolyse Intra-veineuse et embolie pulmonaire prouvée ou fortement suspectée
- D - Atropine et bloc de conduction nodal de haut degré
- E - Sulfate de magnésium et torsade de pointe

8	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> Ces posologies sont (malheureusement) à bien connaître : <ul style="list-style-type: none"> - Clopidogrel : 600 mg de dose de charge, 75 mg/j de dose d'entretien - Prasugrel : 60 mg de dose de charge, 10 mg/j de dose d'entretien - Ticagrélor : 180 mg de dose de charge, 90 mg 2 fois par jour de dose d'entretien 																											
9	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> Retenez la règle du « 3-5-7 » : <ul style="list-style-type: none"> - Aspirine arrêtée 3 jours avant - Clopidogrel et ticagrélor arrêtés 5 jours avant - Prasugrel arrêté 7 jours avant 																											
10	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Question de cours - Argatroban : inhibiteur direct de la thrombine, antidote des TIH - Bivalirudine : inhibiteur direct de la thrombine, utilisable dans les SCA ST + 																											
11	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Retenez bien ces contre-indications du prasugrel ! Le prasugrel est l'inhibiteur de P2Y12 ayant le plus de contre-indications ! 																											
12	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> A : L'insuffisance rénale sévère est une contre-indication absolue à l'usage des HBPM ! D : Ne confondez pas les indications à contrôler l'activité anti-Xa avec les indications à contrôler les plaquettes sous HBPM : <ul style="list-style-type: none"> - Le contexte chirurgical ou traumatologique est une indication à contrôler les plaquettes pour dépister une éventuelle thrombopénie induite à l'héparine 																											
13	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> D et E : Le fondaparinux est utilisable dans le SCA sans sus-décalage du segment ST à la dose de 2.5 mg, 1 injection sous-cutanée par jour (contrairement aux doses employées dans l'EP ou la TVP, qui sont de 7.5 mg pour un poids compris entre 50 et 100 kg, 5 mg si poids inférieur à 50 kg et 10 mg si poids supérieur à 100 kg) 																											
14	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Le tableau qui suit provient de la HAS, il est à apprendre PAR CŒUR ! <table border="1" data-bbox="288 1286 1256 1779"> <thead> <tr> <th>INR (mesure)</th> <th>mesure fonctionnelle (mesure INR)</th> <th>mesure INR (mesure)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INR < 4</td> <td>* Pas de saut de prise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 < INR < 6</td> <td>* Pas d'apport de vitamine K</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 < INR < 10</td> <td>* Saut d'une prise</td> <td>* Pas de saut de prise</td> </tr> <tr> <td></td> <td>* Pas d'apport de vitamine K</td> <td>* Pas d'apport de vitamine K</td> </tr> <tr> <td>INR > 10</td> <td>* Arrêt du traitement</td> <td>* Saut d'une prise</td> </tr> <tr> <td></td> <td>* 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A)</td> <td>Un avis spécialisé est recommandé (ex. cardiologue en cas de prothèse valvulaire mécanique) pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique).</td> </tr> <tr> <td></td> <td>* Arrêt du traitement</td> <td>* Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé</td> </tr> <tr> <td></td> <td>* 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> Cf QCM 14 	INR (mesure)	mesure fonctionnelle (mesure INR)	mesure INR (mesure)	INR < 4	* Pas de saut de prise		4 < INR < 6	* Pas d'apport de vitamine K		6 < INR < 10	* Saut d'une prise	* Pas de saut de prise		* Pas d'apport de vitamine K	* Pas d'apport de vitamine K	INR > 10	* Arrêt du traitement	* Saut d'une prise		* 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A)	Un avis spécialisé est recommandé (ex. cardiologue en cas de prothèse valvulaire mécanique) pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique).		* Arrêt du traitement	* Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé		* 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A)	
INR (mesure)	mesure fonctionnelle (mesure INR)	mesure INR (mesure)																										
INR < 4	* Pas de saut de prise																											
4 < INR < 6	* Pas d'apport de vitamine K																											
6 < INR < 10	* Saut d'une prise	* Pas de saut de prise																										
	* Pas d'apport de vitamine K	* Pas d'apport de vitamine K																										
INR > 10	* Arrêt du traitement	* Saut d'une prise																										
	* 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A)	Un avis spécialisé est recommandé (ex. cardiologue en cas de prothèse valvulaire mécanique) pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique).																										
	* Arrêt du traitement	* Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé																										
	* 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A)																											

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"/> X Eliminer les incorrectes
1	Réponse : A C E	<ul style="list-style-type: none"> B : Ils ont un effet parasympathomimétique (ils miment l'action du système nerveux parasympathique), ce qui explique leur action chronotrope négative <ul style="list-style-type: none"> - Un effet parasympatholytique (ou sympathomimétique) serait chronotrope positif 			
2	Réponse : D E	<ul style="list-style-type: none"> A : ATTENTION bien lire la question, le sous-décalage du ST cupuliforme n'est pas un signe d'intoxication mais d'IMPREGNATION aux digitaliques B et C : L'intoxication aux digitaliques est une cause d'hyperkaliémie <ul style="list-style-type: none"> - Retenez par ailleurs qu'il existe deux troubles ioniques potentialisant la cardiotoxicité d'un surdosage en digitaliques : l'hypokaliémie et l'hypercalcémie 			
3	Réponse : A	<ul style="list-style-type: none"> A : Sous l'action natriurétique des diurétiques de l'anse, la charge sodée arrivant dans le tube contourné distal est responsable d'une sécrétion de rénine et donc d'une sécrétion de l'aldostérone, visant à réabsorber le sodium en aval. D'où hypokaliémie (un K+ perdu pour un Na+ réabsorbé) et alcalose métabolique (réabsorption de HCO3- accompagnant la réabsorption de Na+) B : Ils agissent sur le versant luminal de la branche ASCENDANTE de l'anse de Henlé C : Au contraire ! <ul style="list-style-type: none"> - Les diurétiques de l'anse sont les seuls médicaments dont on va augmenter la posologie proportionnellement à la gravité de l'insuffisance rénale D et E : Ils sont hypocalciémiants, donc hypercalciurants (contrairement aux thiazidiques) et pourvoeure d'alcalose métabolique 			
4	Réponse : B C D E	<ul style="list-style-type: none"> A : acidose à trou anionique normal (acidose hyperchloraémique) par acidose tubulaire distale hyperkaliémique (de type 4) (cf cours de néphro) C : Le syndrome de Liddle est une hyperactivation constitutionnelle du canal ENaC dans le tube collecteur, réabsorbant un Na+ et laissant fuir un K+. C'est ce canal qui est mis en jeu par l'aldostérone. L'amiloride va directement agir sur ce canal (contrairement aux diurétiques épargneurs de K+) pour l'antagoniser 			
5	Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none"> Retenez bien ces effets indésirables, qui sont un peu moins connus que l'hypokaliémie ou l'hyponatrémie Les diurétiques de l'anse et les thiazidiques sont contre-indiqués chez les patients ayant présenté des crises de goutte <ul style="list-style-type: none"> - Dans cette situation, seuls les diurétiques épargneurs de potassium sont utilisables 			
6	Réponse : B C E	<ul style="list-style-type: none"> A : L'action de l'aspirine sur la plaquette est irréversible ! C : Le syndrome de Widal associe asthme, polypose sinusoïdale et intolérance à l'aspirine D : Un antécédent de gastro-duodénal devra faire discuter l'indication de l'aspirine mais en cas de nécessité, elle pourra être utilisée en association à un inhibiteur de la pompe à proton. En revanche l'ulcère gastro-duodénal évolutif est lui une contre-indication absolue ! 			
7	Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none"> Trois inhibiteurs du récepteur P2Y12 à l'ADP : <ul style="list-style-type: none"> - Clopidogrel et Prasugrel (les thiénopyridines) - Ticagrélor (famille des CPTP) 			

QCM 13

Quelles sont les posologies correctes parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Enoxaparine à dose curative : 100 UI/kg 2 injections par jour
- B - Enoxaparine à dose préventive : 0.4 mL 1 injection par jour en cas de risque thrombotique important
- C - Tinzaparine à dose curative : 175 UI/kg 1 injection par jour
- D - Fondaparinux dans le syndrome coronarien avec sus-décalage du ST : 1 injection de 7.5 mg par jour (poids compris entre 50 et 100 kg)
- E - Fondaparinux dans le syndrome coronarien sans sus-décalage du ST : 1 injection de 7.5 mg par jour (poids compris entre 50 et 100 kg)

QCM 14

Quelle est votre conduite à tenir face à un patient anticoagulé pour une fibrillation atriale, ayant un INR mesuré à 5 pour une cible à 2.5 et étant asymptomatique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Arrêt du traitement par AVK
- B - Saut de prise
- C - Pas d'apport de vitamine K
- D - Vitamine K 1 à 2 mg per os
- E - Vitamine K 5 mg per os

QCM 15

Quelle est votre conduite à tenir face à un patient anticoagulé pour une fibrillation atriale, ayant un INR mesuré à 7 pour une cible à 2.5 et étant asymptomatique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Arrêt du traitement par AVK
- B - Saut de prise
- C - Pas d'apport de vitamine K
- D - Vitamine K 1 à 2 mg per os
- E - Vitamine K 5 mg per os

QCM 7	Concernant les inhibiteurs des récepteurs P2Y12, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le clopidogrel est une thiénopyridine
B -	Le prasugrel est une thiénopyridine
C -	Le ticagrélor est une thiénopyridine
D -	Le prasugrel appartient à la famille des CPTP
E -	Le ticagrélor appartient à la famille des CPTP
QCM 8	Concernant les posologies des inhibiteurs des récepteurs P2Y12, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Clopidogrel, dose de charge de 600 mg puis relais par 75 mg par jour
B -	Prasugrel, dose de charge de 90 mg puis relais par 10 mg par jour
C -	Prasugrel, dose de charge de 60 mg puis relais par 10 mg par jour
D -	Ticagrélor, dose de charge de 180 mg puis relais par 90 mg par jour
E -	Ticagrélor, dose de charge de 90 mg puis relais par 10 mg par jour
QCM 9	Lorsque cela est nécessaire, dans quel(s) délai(s) doit-on interrompre les traitements antiagrégants plaquettaires avant un geste à risque hémorragique important, et en l'absence d'angioplastie coronaire récente ? (Une ou plusieurs réponses)
A -	Arrêt de l'aspirine 5 jours avant le geste
B -	Arrêt du ticagrélor 5 jours avant le geste
C -	Arrêt du prasugrel 5 jours avant le geste
D -	Arrêt du clopidogrel 3 jours avant le geste
E -	Arrêt du ticagrélor 7 jours avant le geste
QCM 10	Quelles molécules parmi les suivantes sont des anti-GPIIb/IIIa ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Argatroban
B -	Abciximab
C -	Tirofiban
D -	Bivalirudine
E -	Eptifibatide
QCM 11	Quelles sont les contre-indications spécifiques du prasugrel ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire
B -	Cirrhose Child C
C -	Age > 75 ans
D -	Poids < 60 kg
E -	Toutes les réponses précédentes sont vraies
QCM 12	Quelles sont les indications à contrôler l'activité anti-Xa sous anticoagulation par héparine de bas poids moléculaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisance rénale sévère
B -	Sujet âgé ou enfant
C -	Patient obèse ou cachectique
D -	En contexte chirurgical ou traumatologique
E -	Hémorragies ou thromboses sous traitement par HBPM

Questions isolées QCM N° 17

QCM 1	Concernant les digitaliques, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ce sont des inhibiteurs de la pompe Na/K
B -	Ils ont un effet parasympatholytique
C -	C'est le seul traitement inotrope positif par voie orale existant
D -	Ils sont responsables d'un allongement du QT
E -	Ils sont responsables d'un raccourcissement du QT
QCM 2	Quels sont les signes possibles d'intoxication aux digitaliques ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Sous-décalage cupuliforme du segment ST
B -	Hypercalcémie
C -	Hypokaliémie
D -	Douleurs abdominales et vomissements
E -	Dyschromatopsie
QCM 3	Concernant les diurétiques de l'anse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ils sont responsables d'un hyperaldostéronisme secondaire
B -	Ils agissent sur le versant luminal de la branche descendante de l'anse de Henlé
C -	Ils sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale chronique sévère
D -	Ils sont hypocalcüriants
E -	Ils sont pourvoeureurs d'acidose métabolique
QCM 4	Concernant les diurétiques épargneurs de potassium, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ils sont responsables d'urie acidose à trou anionique augmenté
B -	Ils sont responsables d'une acidose à trou anionique normal
C -	L'amiloride est efficace dans le syndrome de Liddle
D -	La spironolactone est responsable d'une gynécomastie douloureuse chez certains patients
E -	L'éplerénone a moins d'effets indésirables anti-androgéniques que la spironolactone
QCM 5	Concernant les effets indésirables des diurétiques, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Les thiazidiques ont un effet hyperglycémiant
B -	Les diurétiques de l'anse ont un effet hyperglycémiant
C -	Les thiazidiques ont un effet hyperuricémiant
D -	Les diurétiques de l'anse ont un effet hyperuricémiant
E -	Les diurétiques de l'anse peuvent être ototoxiques à fortes doses
QCM 6	Quelles sont les propositions exactes relatives à l'aspirine ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Son action au niveau plaquettaire est réversible
B -	À faible dose il existe surtout une inhibition du thromboxane A2
C -	Elle est contre-indiquée en cas de syndrome de Widal
D -	Un antécédent d'ulcère gastro-duodénal est une contre-indication absolue
E -	L'aspirine peut avoir un effet bronchoconstricteur

10	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le souffle de CIA est un souffle systolique peu intense, éjectionnel, maximal au foyer pulmonaire et irradiant dans le dos. Il existe souvent un dédoublement large et fixe du B2 (non variable avec la respiration) <input checked="" type="checkbox"/>
11	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> A : C'est une HTA aux membres supérieurs avec abolition des pouls aux membres inférieurs qui devra faire suspecter le diagnostic <input checked="" type="checkbox"/> E : Elle n'est pas précocement cyanogène contrairement à la tétralogie de Fallot, par exemple <input checked="" type="checkbox"/>
12	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> La tétralogie de Fallot associe, comme son nom l'indique, 4 anomalies : <ul style="list-style-type: none"> Une sténose pulmonaire <input checked="" type="checkbox"/> Responsable d'une hypertrophie du ventricule droit <input checked="" type="checkbox"/> Avec une dextroposition aortique (aorte à cheval entre le VG et le VD) <input checked="" type="checkbox"/> Et une communication interventriculaire <input checked="" type="checkbox"/> La cyanose est précoce mais classiquement absente en salle de naissance. Elle apparaît dans un délai variable (jours ou semaines) selon l'importance du shunt <input checked="" type="checkbox"/>
13	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> E : La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant la grossesse est responsable d'une fermeture précoce du canal artériel chez le fœtus, avec hypertension pulmonaire et insuffisance cardiaque droite <input checked="" type="checkbox"/> - Ils constituent donc un traitement de la persistance du canal artériel chez un prématuré (et non une cause) - La fermeture peut sinon être réalisée par cathétérisme
14	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> D et E : Très important à retenir pour la communication interventriculaire : <ul style="list-style-type: none"> - Les petites CIV, celles qui sont restrictives, sont celles qui « soufflent » le plus, car le gradient entre les deux ventricules est élevé et sont les moins graves <input checked="" type="checkbox"/> - Ce sont les CIV larges, avec souffle peu intense car les pressions interventriculaires s'égalisent, qui sont les plus graves <input checked="" type="checkbox"/> - D'où l'ancienne formule « beaucoup de bruit pour rien »
15	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Ces 5 associations sont toutes vraies mais les plus importantes à retenir sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - L'association entre syndrome de Turner et coarctation aortique - L'association entre trisomie 21 et canal atrioventriculaire (complet ou partiel) - (La trisomie 21 est responsable de nombreuses cardiopathies malformatives mais le canal atrioventriculaire est en première position)

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"/> X Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ere idée	
1	Réponse : A B E <ul style="list-style-type: none">D : Un dédoublement du B2 variable avec la respiration, le long du bord gauche du sternum, est physiologique et peut être présent chez l'enfant <input checked="" type="checkbox"/>- En revanche un dédoublement du B2 large et fixe sera anormal et orientera vers une communication inter-auriculaire ou un bloc de branche droit <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : B <ul style="list-style-type: none">Les cardiopathies congénitales ne sont donc pas une pathologie rare <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Réponse : A B C E <ul style="list-style-type: none">D : La douleur (thoracique ou autre) est une plainte qui concerne l'enfant d'âge verbal, capable de se plaindre... <input checked="" type="checkbox"/>	
4	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none">Tous ces critères doivent être bien connus <input checked="" type="checkbox"/> !L'enfant est asymptomatique, sa saturation est normale, sa pression artérielle aussi, et ses pouls sont tous perçus <input checked="" type="checkbox"/>Un souffle fonctionnel est systolique, d'allure éjectionnelle, bref, jamais frémissant. Il est maximal au bord gauche du sternum, n'irradie pas ou peu et se majore à l'effort ou en décubitus (augmentation du retour veineux).<ul style="list-style-type: none">- Son caractère variable selon le temps ou positionnel est très évocateur- Il n'est jamais diastolique !	
5	Réponse : A B C <ul style="list-style-type: none">Cf QCM 4	
6	Réponse : A B E <ul style="list-style-type: none">Cf QCM 4	
7	Réponse : D <ul style="list-style-type: none">Attention à toujours bien lire l'énoncé, n'allez pas trop vite ! Ici on vous demande de cocher les réponses INEXACTES ! <input checked="" type="checkbox"/>Les circonstances favorisantes du souffle anorganique sont la fièvre, l'anémie, l'effort, l'hyperthyroïdie ou encore certaines anomalies morphologiques telles que la scoliose et le thorax en entonnoirLa prévalence des souffles cardiaques chez l'enfant est très importante (30 à 50%), l'immense majorité étant fonctionnelle	
8	Réponse : A B C D <ul style="list-style-type: none">La troponine et le NT-proBNP n'ont pas leur place dans cette indication<ul style="list-style-type: none">- L'examen maître est bien sûr l'échographie cardiaque trans-thoracique <input checked="" type="checkbox"/> !	
9	Réponse : C D E <ul style="list-style-type: none">A et B : La prépondérance électrique est ventriculaire droite : aspect d'hypertrophie ventriculaire droite avec ondes R prédominantes dans les dérivations droites et ondes S prédominantes dans les dérivations gauches <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- Elle s'accompagne d'ondes T négatives dans le précordium droit <input checked="" type="checkbox"/>- Ces éléments anormaux chez un adulte sont physiologiques chez un enfant	

QCM 14 Concernant le souffle de communication interventriculaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Souffle holosystolique maximal à la pointe du cœur
- B - Souffle holosystolique maximal au 4^{ème} espace intercostal gauche
- C - Souffle souvent frémissant, irradiant classiquement en rayon de roue
- D - Le risque d'hypertension pulmonaire est très faible en cas de communication interventriculaire restrictive
- E - Son intensité est inversement corrélée à la gravité de la malformation

QCM 15 Parmi les associations suivantes, lesquelles sont justes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Cardiopathie d'Ebstein et exposition In utero au lithium
- B - Canal atrio-ventriculaire complet et trisomie 21
- C - Coarctation aortique et syndrome de Turner
- D - Persistance du canal artériel et rubéole congénitale
- E - Tétralogie de Fallot et trisomie 21

QCM 7	Concernant les souffles anorganiques chez les enfants, quelles sont les réponses inexactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	La fièvre est une circonstance favorisante du souffle innocent
B -	L'hyperthyroïdie est une circonstance favorisante du souffle innocent
C -	La scoliose est une circonstance favorisante du souffle innocent
D -	Environ 10 à 30% des enfants d'âge scolaire sont porteurs d'un souffle anorganique
E -	Environ 30 à 50% des enfants d'âge scolaire sont porteurs d'un souffle anorganique
QCM 8	Quelle est votre prise en charge en cas de souffle isolé chez un nouveau-né à la maternité ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Examen clinique complet
B -	Electrocardiogramme
C -	Radiographie thoracique de face
D -	Echocardiographie trans-thoracique
E -	Troponinémie et dosage du NT-proBNP
QCM 9	Quelles sont les particularités de l'électrocardiogramme normal chez le jeune enfant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Prépondérance électrique ventriculaire gauche
B -	Ondes T négatives dans le précordium gauche
C -	Arythmie sinusal respiratoire
D -	Délai PR plus court
E -	Fréquence cardiaque âge-dépendante
QCM 10	Quelles sont les caractéristiques du souffle de communication interauriculaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Souffle diastolique peu intense
B -	Souffle systolique peu intense
C -	Maximal au foyer apexien
D -	Accompagné d'un dédoublement du B2 large et fixe
E -	Irradiant dans le dos
QCM 11	Concernant la coarctation préductale aortique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle doit être suspectée en cas d'asymétrie tensionnelle entre les deux bras
B -	Elle doit être suspectée en cas d'abolition des pouls fémoraux
C -	Elle représente une élévation de la post-charge ventriculaire gauche
D -	Le souffle de coarctation aortique est audible en sous-claviculaire gauche ou dans le dos
E -	C'est une cardiopathie précocement cyanogène
QCM 12	Concernant la tétralogie de Fallot, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	La cyanose est habituellement présente dès la naissance
B -	Elle comprend une hypertrophie ventriculaire gauche
C -	Elle comprend une sténose aortique
D -	Elle comprend une communication interventriculaire
E -	Elle comprend une dextroposition de l'aorte
QCM 13	Concernant la persistance du canal artériel, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il est responsable d'un shunt gauche-droit
B -	Ce n'est pas une cardiopathie initialement cyanogène
C -	Le souffle lié à la persistance du canal artériel est généralement continu
D -	Le souffle lié à la persistance du canal artériel est généralement systolo-diastolique
E -	Elle peut être due à la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens par la mère pendant la grossesse

Questions isolées QCM N° 16

QCM 1 Quelles sont les particularités de l'auscultation cardiaque normale chez l'enfant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Rythme cardiaque physiologiquement plus rapide que chez l'adulte
- B - Arythmie sinusale respiratoire très fréquente avec accélération du pouls à l'inspiration
- C - Arythmie sinusale respiratoire très fréquente avec accélération du pouls à l'expiration
- D - Dédoubllement du B2 large et fixe
- E - B3 surajouté au foyer apexien

QCM 2 Quelle est la prévalence des cardiopathies congénitales dans la population générale ?

- A - Inférieure à 0,5%
- B - Comprise entre 1 et 2%
- C - Comprise entre 2 et 5%
- D - Comprise entre 5 et 10%
- E - Supérieure à 10%

QCM 3 Quels sont les symptômes devant faire suspecter une cardiopathie chez un nourrisson, parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Difficultés à la prise alimentaire
- B - Retard de croissance staturo-pondérale
- C - Cyanose
- D - Douleurs thoraciques
- E - Polypnée

QCM 4 Quels sont, entre autres, les critères permettant de retenir le diagnostic de souffle fonctionnel anorganique ou innocent chez un enfant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Absence de symptômes cardiovasculaires
- B - Saturation en oxygène normale
- C - Pression artérielle normale
- D - Tous les pouls sont perçus
- E - Toutes les réponses précédentes sont vraies

QCM 5 Quels sont, entre autres, les critères permettant de retenir le diagnostic de souffle fonctionnel anorganique ou innocent chez un enfant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Souffle jamais diastolique
- B - Souffle jamais frémissant
- C - Majoré par l'effort physique
- D - Majoré à l'orthostatisme
- E - Toutes les réponses précédentes sont vraies

QCM 6 Quels sont, entre autres, les critères permettant de retenir le diagnostic de souffle fonctionnel anorganique ou innocent chez un enfant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Souffle n'irradiant pas ou peu
- B - Souffle proto- ou mésosystolique
- C - Souffle maximal au foyer aortique
- D - Souffle maximal au foyer pulmonaire
- E - Souffle de timbre doux, parfois musical

Réponse : B C

- Rythme régulier bradycarde, avec une activité ventriculaire dissociée de l'activité auriculaire
 - Chacune des deux activités est ordonnée mais ne coïncide plus avec l'autre
 - Le rythme est très lent mais les QRS relativement fins, difficile de dire où a lieu l'échappement. La prise conjointe de médicaments bradycardisants est possible
- → Bloc atrioventriculaire du 3^{ème} degré !

8	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> Sur cet ECG, on voit que le rythme est sinusal (chaque QRS précédé d'une onde P) mais pas régulier (du moins pas tout le temps régulier). Il existe deux pauses, sans onde P visible, avec une reprise de l'activité à un rythme sinusal. En poussant l'analyse plus loin, on voit que l'intervalle RR de la pause et le double de l'intervalle RR de base. Ceci est de la dysfonction sinusal, et plus précisément un bloc sino-atrial de type 2 ☐ : - Il existe une absence intermittente d'onde P ! - Sur un ECG de BSA de type 3, il n'y aurait aucune onde P visible avec échappement le plus souvent jonctionnel
9	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> Les ondes F en toit d'usine à 300 bpm sont bien visibles sur ce tracé, le flutter ne fait aucun doute ☐ Le rythme régulier est aux alentours de 75 bpm, on est donc en face d'un flutter en conduction 4/1 ☐ - Un flutter en conduction 2/1 aurait une fréquence de 150 bpm - Un flutter en conduction 3/1 aurait une fréquence de 100 bpm
10	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Le rythme est régulier, sinusal avec des QRS fins. Mais on visualise une onde P non conduite après chaque QRS. Il existe donc un bloc de conduction atrio-ventriculaire 2/1 (2 ondes pour un seul QRS) : - Le bloc AV 2/1 est un peu particulier. Il peut aussi bien correspondre à un bloc AV du 2^{ème} degré Mobitz 1 avec onde P immédiatement bloquée sans allongement du PR progressif ou à bloc AV du 2^{ème} degré Mobitz 2 ☐
11	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> Rythme irrégulier avec allongement progressif de l'espace PR jusqu'à ce qu'une onde P soit bloquée (juste après l'onde T du 4^{ème} QRS) - = BAV II Mobitz 1 (périodes de Luciani-Wenckebach) ☐
12	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> Tracé de tachycardie à QRS larges régulière (donc une tachycardie ventriculaire jusqu'à preuve du contraire) avec 3 QRS « bizarre » qui se baladent au milieu de la TV. En fait ces 3 QRS correspondent à des anomalies pathognomoniques d'une TV et permettent notamment de faire la différence entre une authentique TV et une tachycardie supraventriculaire avec bloc de branche ☐ - Le premier QRS est un complexe de fusion : il correspond à la fusion entre un QRS fin sinusal et un QRS de la TV - Les deux autres QRS sont des complexes de capture : QRS fins précédés d'une onde P (« capturés » par l'onde P)
13	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> Tracé difficile de tachycardie atriale focale en conduction 2/1, pour que vous en ayez vu une au moins une fois : - On visualise 2 types d'ondes P, de morphologie différente mais d'activité organisée : les ondes P conduites avant chaque QRS et les ondes P faisant suite aux QRS, déformant les ondes T - L'activité ventriculaire est par ailleurs régulière, les QRS sont fins, ce n'est pas une FA
14	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> A bien graver dans votre mémoire, la tachycardie jonctionnelle ☐ : - Tachycardie régulière à QRS fins - Ondes P rétrogrades visibles dans les dérivations frontales

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : B C D

- A : Les nœuds sinusal et atrio-ventriculaire sont le plus souvent vascularisés par des branches de l'artère coronaire droite (d'où les troubles conductifs de bon pronostic dans les infarctus du myocarde inférieur)
 - En revanche le faisceau de His est sous la dépendance de l'artère interventriculaire antérieure
- E : Les branches droite et gauche sont **peu sensibles** aux effets du système nerveux autonome (contrairement au nœud sinusal et au nœud AV)

Réponse : A B C

- D : C'est l'**hyperthyroïdie** qui est une cause de dysfonction sinusale
 - L'**hyperthyroïdie** donne des troubles du rythme (FA)
- E : Ce sont les **inhibiteurs calciques bradycardisants** (vérapamil, diltiazem) qui sont pourvoyeurs de dysfonction sinusale

Réponse : C D

- A et B : C'est l'inverse (cf QCM 1)
- E : C'est l'**hyperkaliémie** et non l'hypokaliémie
 - Retenez que l'**hypokaliémie** rend le cœur hyperexcitable (troubles du rythme) et que l'**hyperkaliémie** rend le cœur hypo excitable (troubles de conduction)

Réponse : A B C D E

- Rien de plus à ajouter, c'est une question de cours

Réponse : A C D

- B et E : La fibrillation atriale et le flutter atrial sont de **début et de fin progressifs**, et non brutaux
 - Un **début et une fin brutaux** sont en faveur d'une tachycardie jonctionnelle ou ventriculaire
- Le flutter atrial a le plus souvent une fréquence ventriculaire de 150 bpm due à une conduction en 2 pour 1 sur une activité auriculaire à 300 bpm

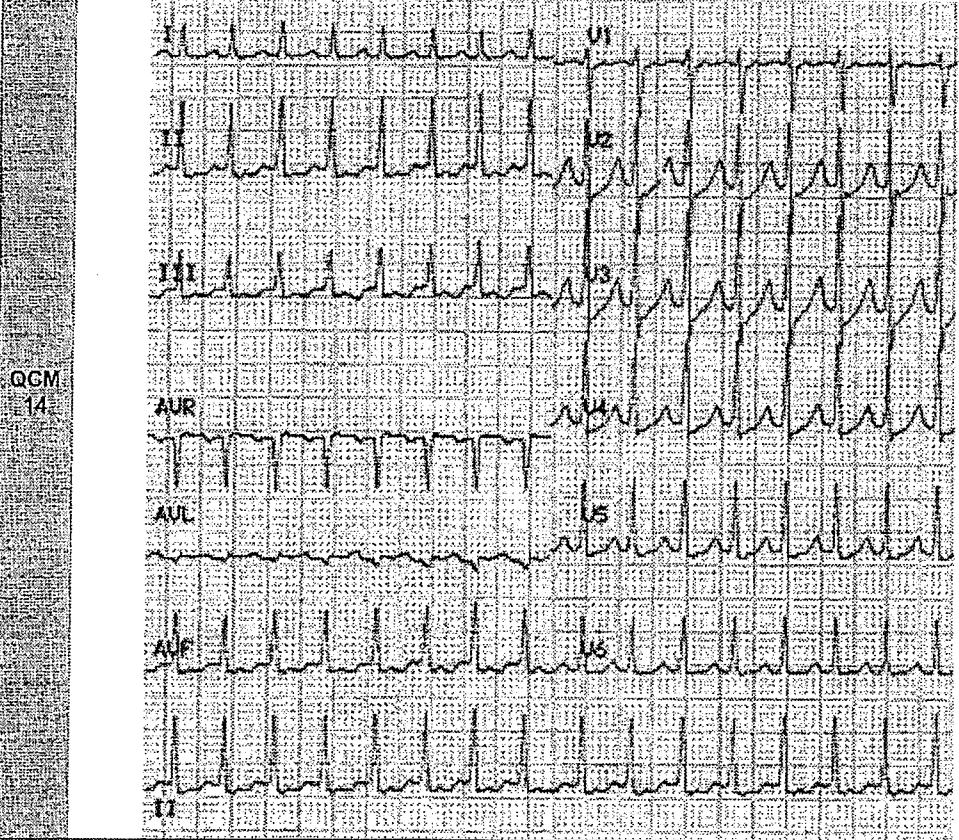
Réponse : A B

- A et B : Ces médicaments **ralentissent la conduction** dans le nœud atrioventriculaire en augmentant sa période réfractaire. L'influx va donc emprunter préférentiellement le faisceau accessoire en shuntant le nœud AV et son effet ralentisseur physiologique. En cas de troubles du rythme supraventriculaire, la conduction ventriculaire sera donc en 1/1

Réponse : B C D E

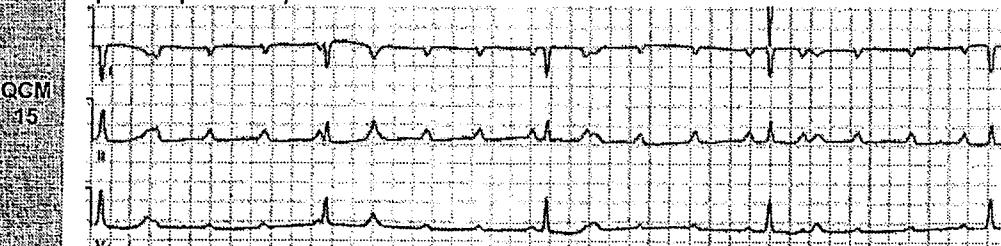
- A : Pour faire simple, le réglage d'un pacemaker est exprimé par 3 lettres :
 - La première correspond à la cavité stimulée (A = oreillette ; V = ventricule ; D = oreillette et ventricule, les deux)
 - La seconde correspond à la cavité détectée (ou écoutée) (A = oreillette ; V = ventricule ; D = oreillette et ventricule, les deux)
 - La troisième lettre correspond à la réponse du pacemaker quand il détecte une activité (I = inhibition du pacemaker ; T = stimulation (trigger) ; D = inhibition et stimulation, les deux)
- Un pacemaker réglé en VVI stimule le ventricule, écoute le ventricule, et est inhibé quand il détecte une activité spontanée dans le ventricule.

Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

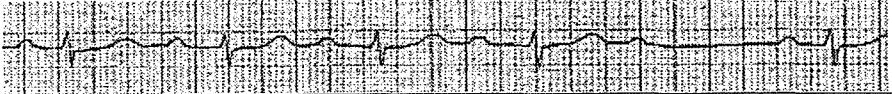
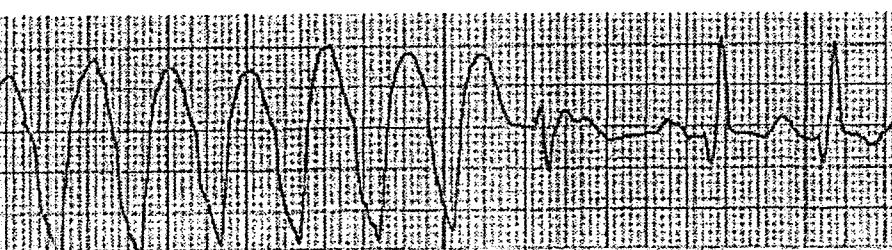
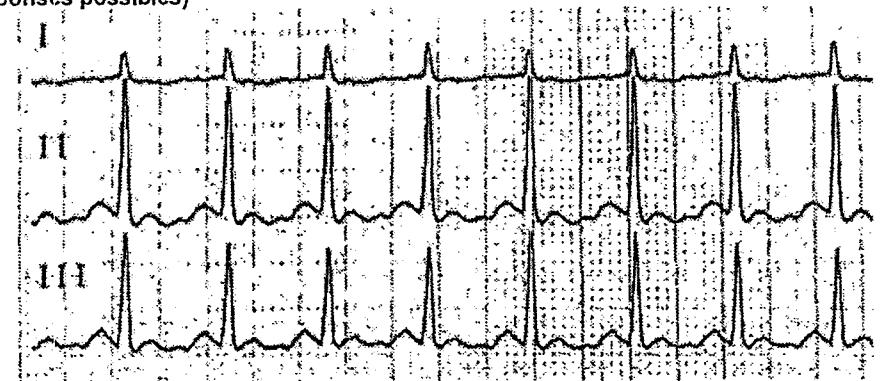


- A - Tachycardie jonctionnelle
- B - Tachycardie sinusale
- C - Tachycardie ventriculaire
- D - Fibrillation atriale
- E - Flutter atrial

Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)



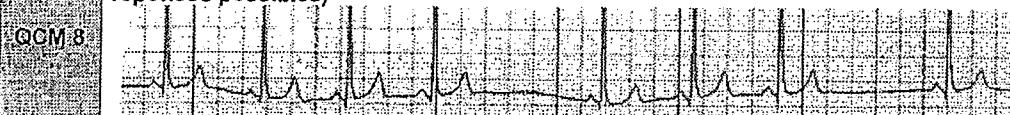
- A - Bradycardie sinusale
- B - Dissociation atrioventriculaire
- C - Bloc atrioventriculaire complet
- D - Bloc atrioventriculaire du 2nd degré Mobitz 1
- E - Bloc atrioventriculaire du 2nd degré Mobitz 2

QCM 11	<p>Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p> 
	<p>A - Bloc atrioventriculaire du 1^{er} degré B - Bloc atrioventriculaire du 2nd degré Mobitz 1 C - Bloc atrioventriculaire du 2nd degré Mobitz 2 D - Bloc sino-atrial de type II E - Bloc sino-atrial de type III</p>
QCM 12	<p>Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p> 
	<p>A - On visualise 2 complexes de capture B - On visualise 2 complexes de fusion C - On visualise un complexe de capture D - On visualise un complexe de fusion E - Toutes les réponses précédentes sont fausses</p>
QCM 13	<p>Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p> 
	<p>A - Tachycardie régulière à QRS fins B - Tachycardie jonctionnelle C - Tachycardie atriale focale en conduction 2 pour 1 D - Flutter atrial en conduction 2 pour 1 E - Fibrillation atriale lente</p>

QCM 7	Concernant les pacemakers, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
-------	--

- A - Un pacemaker réglé en VVI stimule le ventricule quand il détecte une activité atriale spontanée
- B - Un pacemaker nécessite un suivi régulier annuel
- C - L'usage du four à micro-onde à proximité n'est pas contre-indiqué
- D - Il est recommandé d'utiliser l'oreille contro-latérale au pacemaker pour téléphoner
- E - L'IRM n'est plus une contre-indication absolue actuellement

QCM 8	Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
-------	---



- A - Dysfonction sinusale
- B - Bloc sino-auriculaire de type I
- C - Bloc sino-auriculaire de type II
- D - Bloc sino-auriculaire de type III
- E - Toutes les réponses précédentes sont fausses

QCM 9	Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
-------	---



- A - Fibrillation atriale à grandes mailles
- B - Flutter atrial en conduction 4/1
- C - Flutter atrial en conduction 3/1
- D - Tachycardie atriale focale 3/1
- E - Flutter atrial à conduction variable

QCM 10	Concernant le tracé ci-dessous, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
--------	---



- A - Bloc atrio-ventriculaire du 3^{ème} degré
- B - Bloc sino-atrial en conduction 2 pour 1
- C - Bloc atrio-ventriculaire du 2nd degré Mobitz 1 possible
- D - Bloc atrio-ventriculaire du 2nd degré Mobitz 2 possible
- E - Aucune anomalie n'est visible sur ce tracé

Questions isolées QCM N° 15

QCM 1	Concernant les voies de conduction intracardiaque, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le nœud atrioventriculaire est le plus souvent vascularisé par une branche de l'interventriculaire antérieure
B -	Le nœud sinusal est le plus souvent vascularisé par une branche de l'artère coronaire droite
C -	Le nœud atrioventriculaire a une fréquence d'échappement de 40-50 bpm
D -	Les branches droite et gauche ont une fréquence d'échappement inférieure à 30 bpm
E -	Les branches droite et gauche sont très sensibles aux effets du système nerveux autonome
QCM 2	Quelles sont les étiologies de dysfonction sinusal parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Hypertension intracrânienne
B -	Hypothermie
C -	Acidose respiratoire sévère
D -	Hyperthyroïdie
E -	Inhibiteurs calciques type dihydropyridines
QCM 3	Quelles sont les étiologies classiques de bloc atrio-ventriculaire parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Infarctus du myocarde inférieur pour les blocs atrio-ventriculaires de siège hissien ou infra-hissien
B -	Infarctus du myocarde antérieur pour les blocs atrio-ventriculaires de siège nodal
C -	Endocardite bactérienne de la valve aortique
D -	Maladie de Lyme
E -	Hypokaliémie
QCM 4	Quelles sont les étiologies classiques de bloc de branche parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Cœur pulmonaire chronique pour les blocs de branche droits
B -	Cœur pulmonaire aigu pour les blocs de branche droits
C -	Infarctus du myocarde antérieur pour les blocs de branche gauches
D -	Antidépresseurs tricycliques
E -	Les anti-arythmiques de classe I, inhibiteurs du courant sodique
QCM 5	Concernant les palpitations, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un mode de début brutal est évocateur, entre autres, de tachycardie jonctionnelle
B -	Un mode de début brutal est évocateur, entre autres, de fibrillation atriale
C -	Une tachycardie régulière à 150 bpm est en faveur d'un flutter atrial en conduction 2 pour 1
D -	Un mode de fin brutal est évocateur, entre autres, de tachycardie ventriculaire
E -	Des modes de début et de fin brutaux sont en faveur, entre autres, d'un flutter atrial
QCM 6	Quels sont les médicaments contre-indiqués dans le syndrome de Wolff-Parkinson-White ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Digitaliques
B -	Vérapamil
C -	Amiodarone
D -	Flécaïne
E -	Propafenone

Réponse : A B C D E

- C : N'oubliez pas que les premières causes d'insuffisance cardiaque droite sont les cardiopathies gauches, par augmentation des pressions pulmonaires puis des pressions à droite !
- A noter que dans le rétrécissement mitral, le ventricule gauche est indemne.

Réponse : E

10. • Economie de neurones : aucun traitement n'a prouvé son efficacité dans l'insuffisance cardiaque diastolique ! Donc **aucune thérapie codifiée** !

Réponse : B C E

11. • A et B : L'obésité et l'OAP flash sont des causes de faux-négatifs
- D : Aucun rapport, proposition fumeuse !
 - E : La cirrhose hépatique et l'insuffisance rénale sont des causes de faux-positifs

Réponse : A B C D

12. • A : AINS formellement contre-indiqués chez les insuffisants cardiaques !!
- B et C : Inhibiteurs calciques à tropisme cardiaque ayant une action inotrope négative donc contre-indiqués en cas de dysfonction systolique
 - D : Flécaïne, anti-arythmique de classe IC, uniquement utilisable sur cœur sain

Réponse : B D

13. • A : Attention l'aténolol n'est pas un bêta-bloquant de l'insuffisance cardiaque !
- Pour rappel ce sont le nébivolol, le carvédilol, le métaprolool et le bisoprolol qui ont prouvé leur efficacité
 - Ainsi que les IEC et les inhibiteurs des minéralocorticoïdes
 - Les diurétiques et les digitaliques sont des traitements purement symptomatiques

Réponse : A B C E

14. • A, B et C : On se trouve en situation de prévention secondaire (FV sans cause ressuscitée) donc indication à un DAI quel que soit la FEVG
- D et E : En prévention primaire, le seuil de FEVG posant l'indication d'un DAI est $\leq 35\%$
 - A B C D E

Réponse : B C D

15. • A : Le **rythme sinusal** est une condition requise pour la resynchronisation biventriculaire
- E : Contrairement au DAI où 3 mois de traitement optimal sont requis, ici ce n'est pas le cas. Retenez bien cette nuance !

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : B C D

- A : Elle concerne 1 à 2% de la population soit 500 000 à 1 million de patients en France
- E : L'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquente

Réponse : A D E

- Le diagnostic d'insuffisance cardiaque repose sur :
 - Des signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque (dyspnée d'effort, crépitaux, OMI...)
 - Une dysfonction VG (avec ou sans altération de la FEVG) à l'ETT
 - Eventuellement une réponse au traitement symptomatique de l'insuffisance cardiaque, dans les cas douteux (diurétiques)

Réponse : A B C D E

- C : Une altération de la fonction systolique sera toujours accompagnée d'une altération de la fonction diastolique (gêne au remplissage du VG par augmentation du volume résiduel télesystolique)
- L'inverse n'étant pas vrai : une dysfonction diastolique peut exister isolément sans atteinte systolique associée (insuffisance cardiaque dite systolique)

Réponse : A B D

- E : L'orthopnée, dyspnée en décubitus horizontal, est un signe d'insuffisance cardiaque gauche
- Le signe de Harzer est la palpation des battements cardiaques dans le creux épigastrique, traduisant une dilatation du ventricule droit

Réponse : A B C D

- E : Une hyponatrémie sera certes présente, mais ce sera une **hyponatrémie dite de dilution**, en rapport avec une augmentation du secteur extra-cellulaire (rétention hydro-sodée)
- Une **hyponatrémie euvolémique** signifie qu'il existe une hyperhydratation intra-cellulaire isolée, avec un secteur extra-cellulaire normal (exemple type : la sécrétion inappropriée d'ADH)

Réponse : C

- C'est pour cette raison que tout patient avec **insuffisance cardiaque systolique** doit bénéficier d'une **coronarographie**
- Une exception, les patients jeunes sans FDRCV, avec cardiomyopathie dilatée familiale, pour lesquels un coroscanner pourra être suffisant

Réponse : B C D E

- A : C'est la carence en vitamine B1 (ou thiamine) ou Béribéri
- Les insuffisances cardiaques à haut débit sont en fait des insuffisances cardiaques secondaires au haut débit (augmentation du retour veineux dans les fistules artéio-veineuses, hyper débit dans les hyperthyroïdies)

Réponse : A B C D E

- Retenez surtout l'**amylose**, pathologie très à la mode actuellement pour les dossiers :
 - Elle est responsable d'une **cardiopathie restrictive** par dépôts amyloïdes dans le myocarde
 - L'atteinte myocardique conditionne le pronostic de cette maladie
- Ne confondez pas **restriction** (pathologie du myocarde) et **constriction** (pathologie du péricarde)

QCM 14 Quelles situations, parmi les suivantes, justifient de la pose d'un défibrillateur automatique implantable chez un patient insuffisant cardiaque ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Arrêt cardiaque ressuscité sur fibrillation ventriculaire sans cause réversible avec FEVG, conservée et espérance de vie > 1 an
- B - Arrêt cardiaque ressuscité sur fibrillation ventriculaire sans cause réversible, avec FEVG ≤ 50% et espérance de vie > 1 an
- C - Arrêt cardiaque ressuscité sur fibrillation ventriculaire sans cause réversible, avec FEVG ≤ 35% et espérance de vie > 1 an
- D - En prévention primaire chez un patient avec FEVG ≤ 50% restant symptomatique malgré 3 mois de traitement médical optimal et avec une espérance de vie > 1 an
- E - En prévention primaire chez un patient avec FEVG ≤ 35% restant symptomatique malgré 3 mois de traitement médical optimal et avec une espérance de vie > 1 an

QCM 15 Quels critères sont nécessaires pour poser l'indication d'une resynchronisation biventriculaire chez un patient insuffisant cardiaque ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Rythme cardiaque sinusal ou non
- B - Espérance de vie > 1 an
- C - Bloc de branche gauche avec QRS ≥ 120 ms ou bloc de branche de droit avec QRS ≥ 150 ms
- D - Patient symptomatique NYHA II-IV
- E - Malgré 3 mois minimum de traitement médical optimal

QCM 7 Quelles sont les principales causes d'insuffisance cardiaque à débit élevé ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Carence en vitamine B6 ou béribéri
- B - Hyperthyroïdie
- C - Maladie de Paget
- D - Fistule artéio-veineuse
- E - Anémie importante

QCM 8 Quelles sont les étiologies d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire préservée ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Péricardite constrictive
- B - Maladie de Fabry
- C - Cardiopathies ischémiques
- D - Amylose cardiaque
- E - Hémochromatose

QCM 9 Quelles sont les étiologies d'insuffisance cardiaque droite ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Tumeurs carcinoides
- B - Dysplasie arythmogène du ventricule droit
- C - Rétrécissement mitral
- D - Fibrose pulmonaire idiopathique
- E - Péricardite constrictive

QCM 10 Quels sont les traitements ayant prouvé leur efficacité dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- B - Antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II
- C - Diurétiques de l'anse
- D - Béta-bloquants de l'insuffisance cardiaque
- E - Aucun des traitements précédents n'a fait ses preuves

QCM 11 Concernant le BNP et le NT-proBNP, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - L'obésité est une cause de faux positifs
- B - L'œdème pulmonaire aigu flash est une cause de faux négatifs
- C - Un taux de BNP > 400 pg/mL ou un taux de NT-proBNP > 2000 pg/mL chez un patient dyspnéique sont en faveur d'une insuffisance cardiaque
- D - La fibrillation atriale est une cause de faux négatifs
- E - La cirrhose hépatique est une cause de faux positifs

QCM 12 Quels sont, parmi les suivants, les médicaments contre-indiqués chez un patient insuffisant cardiaque ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Ibuprofène
- B - Vérapamil
- C - Diltiazem
- D - Flécaïne
- E - Ivabradine

QCM 13 Quels sont les traitements ayant démontré une diminution de la mortalité dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche altérée ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Béta-bloquants de l'insuffisance cardiaque type aténolol
- B - Antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes
- C - Digitaliques
- D - Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- E - Diurétiques de l'anse

Questions isolées QCM N°14

QCM 1	Concernant l'épidémiologie de l'insuffisance cardiaque de l'adulte en France, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle concerne 3 à 4 millions de personnes en France
B -	Sa prévalence est de 10% chez les patients âgés de plus de 70 ans
C -	C'est la première cause d'hospitalisation après 65 ans
D -	Elle est responsable de plus de 30 000 décès par an
E -	C'est la maladie chronique la plus fréquente
QCM 2	Concernant la définition de l'insuffisance cardiaque proposée par l'European Society of Cardiology (ESC) ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle repose sur la présence, entre autres, de signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque
B -	Elle nécessite la mise en évidence d'une altération de la fraction d'éjection ventriculaire gauche
C -	Elle peut s'appliquer chez des patients asymptomatiques
D -	Elle peut reposer sur la réponse au traitement symptomatique de l'insuffisance cardiaque
E -	Elle peut reposer sur une altération de la fonction diastolique ventriculaire gauche sans dysfonction systolique
QCM 3	Concernant la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le volume d'éjection systolique dépend de la précharge, de la postcharge et de la contractilité myocardique
B -	Le débit cardiaque est le produit du volume d'éjection systolique par la fréquence cardiaque
C -	Une altération de la fonction systolique s'accompagne toujours d'une altération de la fonction diastolique
D -	L'altération de la fonction diastolique peut être due à un défaut de relaxation du myocarde
E -	L'altération de la fonction diastolique peut être due à une mauvaise compliance du myocarde
QCM 4	Quels signes, parmi les suivants, sont des signes possibles d'insuffisance cardiaque droite ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Œdèmes des membres inférieurs
B -	Cytolyse hépatique prédominant sur les ASAT
C -	Cytolyse hépatique prédominant sur les ALAT
D -	Signe de Harzer
E -	Orthopnée
QCM 5	Quels sont les signes possiblement en relation avec une insuffisance cardiaque congestive très avancée ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Cachexie et fonte musculaire
B -	Dyspnée de Cheynes-Stokes
C -	Oligurie par bas-débit rénal
D -	Anasarque
E -	Hyponatrémie euvolémique
QCM 6	Quelle est la première cause d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche altérée ?
A -	Cardiopathies valvulaires
B -	Hypertension artérielle
C -	Cardiopathies ischémiques
D -	Cardiomyopathies dilatées
E -	Cardiomyopathies rythmiques

Réponse : B C

- Les caractéristiques auscultatoires des principaux souffles doivent être connues (source inépuisable de questions)
- **Souffle de rétrécissement aortique** :

 - Maximum mésosystolique (souffle en losange)
 - Dur, râpeux, irradiant dans les vaisseaux du cou
 - Maximum au foyer aortique (2^{ème} espace intercostal droit)
 - L'abolition du B2 est en faveur de son caractère serré

Réponse : A B C D E

- Ce sont tous des souffles systoliques, à retenir !

Réponse : A B C E

- A : L'indice de Lewis est également un indice d'HVG
 - Retenez juste son nom, vous n'avez pas besoin de savoir le calculer
- D : L'HVG électrique en cas de RAo sera de **type systolique** (surcharge barométrique) avec des ondes T négatives et un sous-décalage du segment ST dans le précordium gauche (comme pour l'HTA)
 - Les HVG de **type diastolique** (surcharge volumétrique) compliquent les insuffisances mitrales ou aortiques par exemple

Réponse : A D

- **A savoir par cœur !!!!**
 - Surface < 1 cm² ou < 0.6 cm²/m² de surface corporelle
 - Gradient MOYEN (pas maximal) VG-aorte > 40 mmHg
 - Vmax > 4 m/s
 - (Un petit dernier, moins connu : l'index de perméabilité < 0.25)
- Savoir que le gradient moyen et les vitesses peuvent être normaux en **cas de dysfonction VG importante donc pris en défaut**

Réponse : B C D E

- A et B : Pour choisir entre les deux propositions, il suffit de retenir que c'est **l'angor d'effort** (de mécanisme multiple) qui est la manifestation la plus fréquente d'un RAo symptomatique

Réponse : E

- Survie moyenne d'un patient avec RAo symptomatique non opéré
 - En cas d'angor : 5 ans
 - En cas de syncope : 3 ans
 - En cas d'insuffisance cardiaque : 2 ans
 - En cas d'OAP : 6 mois

Réponse : D E

- A, B et C : Le TAVI consiste à implanter une bioprothèse aortique, le plus souvent par voie fémorale (la voie radiale ne convient pas car le cathéter est trop gros), au sein de la valve native. Il n'y a donc pas d'exérèse de la valve native, celle-ci est laissée en place

Réponse : B

- Face à un patient avec RAo serré mais déclarant être asymptomatique, on réalisera une **épreuve d'effort** (qui n'est pas contre-indiquée dans cette situation précise) afin de démasquer un patient éventuellement **falsement asymptomatique**. Auquel cas ce dernier relèverait d'une prise en charge chirurgicale à court terme. Si le patient est réellement asymptomatique, la chirurgie ou une surveillance seront à discuter au cas par cas

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<p><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"/> 1ère idée</p>
1	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none">• Une insuffisance mitrale sévère ou massive (grade IV) est définie par une surface de l'orifice régurgitant $> 0.4 \text{ cm}^2$ ou un volume régurgitant $> 60 \text{ mL}$ <input checked="" type="checkbox"/>- Elle est également définie par une fraction de régurgitation $> 60\%$ à la ventriculographie <input checked="" type="checkbox"/>
2	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none">• E : Oui ce seront des extra-systoles ventriculaires gauche, en provenance du pilier mitral <input checked="" type="checkbox"/>
3	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none">• La coronarographie n'est pas systématique dans le bilan pré-opératoire d'une chirurgie valvulaire mais ses indications sont tellement larges qu'en pratique elle sera réalisée quasiment tout le temps :- Suspicion de cardiopathies ischémique associée <input checked="" type="checkbox"/>- Homme de plus de 40 ans et femme ménopausée <input checked="" type="checkbox"/>- Dysfonction VG systolique <input checked="" type="checkbox"/>- Existence d'au moins un facteur de risque cardiovasculaire <input checked="" type="checkbox"/>
4	<p>Réponse : A C D E</p> <ul style="list-style-type: none">• Retenez bien ces critères ! <input checked="" type="checkbox"/>- En cas de FEVG $< 30\%$, le remplacement valvulaire mitral est très à risque et devra être discuté au cas par cas- En revanche, la plastie mitrale reste indiquée (si réalisable) en cas de FEVG $< 30\%$
5	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none">• B et C : En cas d'hypertension pulmonaire avec pression artérielle pulmonaire systolique $> 50 \text{ mmHg}$ au repos <input checked="" type="checkbox"/>• D : La plastie mitrale reste envisageable malgré une FEVG $< 30\%$ (en fonction bien sûr de l'anatomie du patient et de son risque opératoire) <input checked="" type="checkbox"/>• E : La transplantation cardiaque pourra justement être indiquée dans cette situation <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Ce ne serait pas très logique de cocher vrai cette proposition quand on sait que la transplantation cardiaque est souvent le traitement de dernier recours des insuffisances cardiaques terminales <input checked="" type="checkbox"/>
6	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none">• Le RAo est actuellement la valvulopathie la plus fréquente en France, dont la première étiologie est dégénérative, c'est la maladie de Monckeberg <input checked="" type="checkbox"/>• La première étiologie congénitale est la bicuspidie aortique <input checked="" type="checkbox"/>• L'étiologie rhumatismale a quasiment disparu en France, on la rencontre encore dans les populations originaires des zones d'endémie <input checked="" type="checkbox"/>
7	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none">• D et E : La loi de Frank-Starling établit la corrélation positive entre augmentation du volume téldiastolique ventriculaire gauche (ou pré-charge) et l'augmentation de l'inotropisme <input checked="" type="checkbox"/>- L'hypertrophie concentrique ventriculaire gauche, destinée à maintenir un débit et des tensions pariétales normaux en réponse à l'augmentation de la post-charge, s'explique par la loi de Laplace ($T = P \times d/2e$) <input checked="" type="checkbox"/>

QCM 13 Quelle est la survie moyenne spontanée d'un patient avec rétrécissement aortique sévère non opéré ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - En cas d'œdème aigu pulmonaire : 5 ans
- B - En cas d'insuffisance cardiaque : 3 ans
- C - En cas de syncope : 2 ans
- D - En cas d'angor : 6 mois
- E - Toutes les réponses précédentes sont fausses

QCM 14 Concernant l'implantation percutanée d'une valve aortique (TAVI), quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - L'exérèse de la valve aortique native se fait par voie percutanée
- B - Une bioprothèse ou une valve mécanique peuvent être utilisées
- C - La voie d'abord radiale doit être préférée si possible
- D - Elle s'adresse à des patients avec sténose aortique serrée symptomatique mais récusés pour la chirurgie conventionnelle
- E - Elle est également réalisable par voie apicale

QCM 15 Quelle va être votre conduite à tenir face à un patient asymptomatique ayant un rétrécissement aortique serré ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Proposer une chirurgie de remplacement valvulaire aortique d'emblée
- B - Réalisation d'une épreuve d'effort pour s'assurer que le patient est réellement asymptomatique
- C - Proposer une valvuloplastie aortique percutanée d'emblée
- D - Proposer une implantation percutanée de valve aortique (TAVI) d'emblée
- E - Toutes les réponses précédentes sont fausses

QCM 6	Concernant l'épidémiologie du rétrécissement aortique en France, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	C'est la seconde valvulopathie la plus fréquente
B -	La maladie de Monckeberg reste rare
C -	L'étiologie congénitale la plus fréquente est le diaphragme sous-valvulaire
D -	L'étiologie dégénérative est la plus fréquente
E -	L'étiologie rhumatismale est en recrudescence ces dernières années
QCM 7	Concernant la physiopathologie du rétrécissement aortique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	La sténose aortique représente une augmentation de la post-charge
B -	La fonction systolique du ventricule gauche est précocement altérée
C -	La fonction diastolique du ventricule gauche est précocement altérée
D -	L'hypertrophie du ventricule gauche s'explique par la loi de Frank-Starling
E -	L'hypertrophie du ventricule gauche s'explique par la loi de Laplace
QCM 8	Quelles sont les caractéristiques du souffle de rétrécissement aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Souffle holosystolique
B -	Timbre dur et râpeux
C -	Abolition du B2 en faveur d'une sténose aortique serrée
D -	Maximal au 2 ^{ème} espace intercostal gauche
E -	Irradiant dans le creux axillaire gauche
QCM 9	Quels sont les diagnostics différentiels du souffle de rétrécissement aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Souffle de communication interventriculaire
B -	Souffle de rétrécissement pulmonaire
C -	Souffle d'insuffisance mitrale
D -	Souffle de cardiomyopathie hypertrophique obstructive
E -	Toutes les réponses précédentes sont vraies
QCM 10	Quelles sont les anomalies observables à l'ECG en de rétrécissement aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Augmentation de l'indice de Lewis
B -	Augmentation de l'indice de Cornell
C -	Dissociation auriculo-ventriculaire avec échappement ventriculaire lent
D -	Hypertrophie ventriculaire gauche avec ondes T positives et amples en V5-V6
E -	Allongement du PR > 200 ms
QCM 11	Quels sont les critères échographiques affirmant le caractère serré d'un rétrécissement aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Surface valvulaire < 1 cm ²
B -	Surface valvulaire < 0.6 cm ²
C -	Gradient maximal ventricule gauche-aorte > 40 mmHg
D -	Vitesse maximale trans-aortique > 4 m/s
E -	Vitesse maximale trans-aortique < 4 m/s
QCM 12	Concernant les signes fonctionnels possibles du rétrécissement aortique serré, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Syncope d'effort survenant chez 75% des patients
B -	Angor d'effort présent dans environ 2/3 des cas
C -	Syncope à l'emporte-pièce devant faire rechercher un bloc atrioventriculaire de haut degré
D -	Le caractère symptomatique d'un rétrécissement aortique serré est une contre-indication absolue à la réalisation d'une épreuve d'effort
E -	Un rétrécissement aortique lâche n'entraîne pas de symptômes

Questions isolées QCM N° 13

QCM 1	Concernant la quantification de l'insuffisance mitrale, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	La méthode de la PISA (Proximal Isovelocity Surface Area) est la méthode de référence pour quantifier l'importance de la fuite mitrale à l'échographie-doppler
B -	Un volume régurgitant ≥ 50 mL correspond à une fuite mitrale massive (grade IV)
C -	Une surface d'orifice régurgitant ≥ 30 mm ² correspond à une fuite mitrale massive (grade IV)
D -	La ventriculographie permet également de quantifier l'importance de l'insuffisance mitrale
E -	Une fraction de régurgitation $> 60\%$ correspond à une fuite mitrale massive (grade IV)
QCM 2	Concernant le prolapsus valvulaire mitral, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il peut être associé à une maladie de Marfan
B -	Il peut être associé à une communication inter-auriculaire
C -	Il peut être associé à une maladie d'Ehler-Danlos
D -	Un clic méso- ou télésystolique peut être audible au foyer apexien
E -	Il peut se manifester par des extra-systoles ventriculaires à retard droit
QCM 3	Quelles sont les indications de la coronarographie dans le bilan pré-opératoire d'une chirurgie d'insuffisance mitrale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Systématiquement réalisée dans le cadre du bilan pré-opératoire
B -	Homme âgé de plus de 40 ans
C -	Homme âgé de plus de 50 ans
D -	Femme ménopausée
E -	Patient présentant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire
QCM 4	Quelles sont les indications chirurgicales de l'insuffisance mitrale chronique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV symptomatique avec FEVG $> 30\%$
B -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV asymptomatique et FEVG comprise entre 30% et 50%
C -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV asymptomatique et FEVG comprise entre 30% et 60%
D -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV asymptomatique, FEVG $> 30\%$ et diamètre télésystolique ventriculaire gauche > 40 mm en cas de prolapsus valvulaire
E -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV asymptomatique, FEVG $> 30\%$ et diamètre télésystolique ventriculaire gauche > 45 mm hors prolapsus valvulaire
QCM 5	Quelles sont les indications chirurgicales de l'insuffisance mitrale chronique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV asymptomatique, FEVG $> 30\%$ et apparition d'une fibrillation atriale
B -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV asymptomatique, FEVG $> 30\%$ et pression artérielle pulmonaire systolique > 35 mmHg au repos
C -	Insuffisance mitrale de grade III ou IV asymptomatique, FEVG $> 30\%$ et pression artérielle pulmonaire systolique > 45 mmHg au repos
D -	Le remplacement valvulaire et la plastie mitrale ne sont pas ou peu réalisables en cas de dysfonction ventriculaire gauche avec FEVG $< 30\%$
E -	En cas de FEVG $< 30\%$, la transplantation cardiaque est contre-indiquée

8	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan pré-op des valvulopathies, à savoir par cœur : - La coronarographie (d'indication quasi-systématique) - L'écho-doppler des TSAO (systématique) - La consultation ORL et stomatologique (systématique) - La RT voire les EFR - ETO, TDM, ou IRM en cas dilatation de l'aorte ascendante ou avant un TAVI - La ventriculographie peut être intéressante pour obtenir une FEVG de référence mais n'est pas systématique
9	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces critères sont à connaître ! × Toute IAO symptomatique (donc sévère) sera opérée × Les IAO sévères asymptomatiques seront opérées si : FEVG < 50%, DTSVG > 50 mm, DTDVG > 70 mm, Marfan avec dilatation de l'aorte ascendante > 50 mm (voire > 45 mm), bicuspidie avec dilatation de l'aorte ascendante > 55 mm (voire > 50 mm), dilatation de l'aorte ascendante (hors bicuspidie et Marfan) > 55 mm
10	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • E : Cf explication sur la physiopathologie de l'IAO dans le QCM 2 • Les IEC (ou les autres vasodilatateurs artériels) diminueront la post-charge et donc favoriseront une éjection aortique physiologique aux dépens de la fuite diastolique • Les béta-bloquants et le losartan ont prouvé leur efficacité dans le ralentissement de la progression de la dilatation aortique
11	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : Le rétrécissement aortique calcifié est la valvulopathie la plus fréquente en France • B et C : IM dystrophique = IM dégénérative
12	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A et B : En tout logique, la régurgitation de l'insuffisance mitrale a lieu pendant la systole ventriculaire donc c'est la position des valves à ce moment qui nous intéresse • C et D : Le type I correspond à un jeu valvulaire normal (dilatation annulaire ou perforation valvulaire) - Le type II correspond à un jeu valvulaire excessif (prolapsus, rupture de cordage...)
13	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous l'aurez compris, l'ischémie myocardique donne toutes les variétés d'insuffisances mitrales possibles : - Fonctionnelle, par dilatation de l'anneau sur dysfonction VG - Organique, par atteinte d'un pilier par exemple - Type I par dilatation annulaire, type II par rupture ou dysfonction d'un pilier, type III par traction (tenting) sur remodelage ventriculaire gauche
14	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : On a vu que c'était la description d'un souffle d'IAO • B et C : Essayez de vous représenter la fuite mitrale en cas de prolapsus de la petite valve, le flux sera dirigé vers les veines pulmonaires droites, donc irradiation vers le sternum - Pour le prolapsus de la grande valve c'est donc l'inverse, flux dirigé vers les veines pulmonaires gauches dont plutôt vers l'aisselle
15	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • C et D : En cas d'hypertrophie ventriculaire gauche, la pointe du cœur sera sous-diaphragmatique, et en cas d'hypertrophie ventriculaire droite, elle sera sus-diaphragmatique - C'est de la vieille sémiologie radiologique, mais qui peut toujours faire l'objet de questions intéressantes

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg. Fréquence, Formulation, X Eliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : A B C

1. • D et E : La prévalence de la bicuspidie aortique dans la population générale est de 1% (ce qui est loin d'être négligeable)

Réponse : A C D

2. • B : Question de bon sens : si la fuite a lieu en diastole, alors plus la diastole se prolonge plus la fuite sera importante
- Ceci explique la mauvaise tolérance aux bêta-bloquants (qui rallongent la diastole) en cas d'IAo importante
- E : Pression artérielle pulsée et pression artérielle différentielle sont des synonymes désignant l'écart entre la pression systolique et la pression diastolique. La pression artérielle pulsée (ou différentielle) est augmentée dans les IAO importantes, par augmentation du volume éjecté à la systole (augmentation de la pression systolique) et fuite dans le VG en diastole (diminution de la pression diastolique)
- Encore une fois, la physiopathologie n'est pas à négliger quand vous travaillez vos cours !

Réponse : B D

3. • A : Le souffle sera d'autant plus court que la fuite est importante
- B : foyer aortique secondaire
- E : Souffle majoré à l'antéflexion ou en orthostatisme et à l'expiration profonde

Réponse : B C D E

4. • A : Le pouls paradoxal de Kussmaul est la baisse de la pression systolique à l'inspiration profonde (et donc de la perception du pouls). On rencontre ce signe dans les tableaux d'adiastolie aiguë où le VD comprime le VG lors du retour veineux (EP, tamponnade...) via le septum paradoxal. Rien à voir avec l'insuffisance aortique donc !

Réponse : C D E

5. • A et B : L'indice de Cornell est une alternative à l'indice de Sokolow-Lyon pour le diagnostic d'HVG :
- Amplitude de R en aVL + amplitude de S en V3 > 20 mm (femme) ou > 28 mm (homme)

Réponse : A B D

6. • C : La méthode de Simpson permet le calcul de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG)

Réponse : A C D

7. • E : En cas d'insuffisance cardiaque globale compliquant une insuffisance aortique, la survie moyenne n'excède pas un an
- De la même façon la survie d'un patient avec rétrécissement aortique au stade d'insuffisance cardiaque est de 2 ans en moyenne

QCM 13 Concernant l'Ischémie myocardique et l'insuffisance mitrale, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - L'ischémie myocardique est responsable d'insuffisances mitrales aigües et chroniques
- B - L'ischémie myocardique est responsable d'insuffisances mitrales organiques et fonctionnelles
- C - L'ischémie myocardique est responsable d'insuffisances mitrales de type I de Carpentier
- D - L'ischémie myocardique est responsable d'insuffisances mitrales de type II de Carpentier
- E - L'ischémie myocardique est responsable d'insuffisances mitrales de type III de Carpentier

QCM 14 Quelles sont les caractéristiques du souffle d'insuffisance mitrale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Souffle à maximum protodiastolique allant decrescendo
- B - Irradiant dans l'axillaire en cas de prolapsus de la petite valve mitrale
- C - Irradiant vers le sternum en cas de prolapsus de la grande valve mitrale
- D - Timbre en jet de vapeur
- E - D'intensité fixe quel que soit la durée de la diastole

QCM 15 Quels sont les anomalies observables à la radiographie thoracique en cas d'insuffisance mitrale importante ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Double contour de l'arc inférieur droit
- B - Convexité de l'arc moyen gauche
- C - Cardiomégalie avec pointe sus-diaphragmatique
- D - Cardiomégalie avec pointe sous-diaphragmatique
- E - Dilatation des artères pulmonaires en cas d'hypertension pulmonaire

QCM 7	Concernant l'insuffisance aortique chronique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	En cas d'insuffisance aortique symptomatique, la mortalité annuelle est de 10 à 20% en l'absence de traitement adéquat
B -	C'est une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse du groupe A
C -	C'est une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse du groupe B
D -	La bicuspidie est un facteur de progression rapide de l'insuffisance aortique
E -	La survie moyenne en cas d'insuffisance aortique compliquée d'insuffisance cardiaque globale est de 3 à 5 ans
QCM 8	Quels sont, parmi les suivants, les éléments faisant partie du bilan préopératoire classique d'une insuffisance aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ventriculographie systématique pour mesure de référence de la FEVG
B -	Coronarographie d'indication large
C -	Echographie trans-oesophagienne systématique
D -	Echographie des troncs supra-aortiques systématique
E -	Angioscanner aortique systématique
QCM 9	Quelles sont les indications opératoires d'une insuffisance aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisance aortique sévère symptomatique
B -	Insuffisance aortique sévère asymptomatique et FEVG \leq 60%
C -	Insuffisance aortique sévère asymptomatique et diamètre télésystolique ventriculaire gauche $>$ 55 mm
D -	Insuffisance aortique sur bicuspidie et anévrysme de l'aorte ascendante \geq 50 mm (voire \geq 45 mm si haut risque de dissection)
E -	Insuffisance aortique sur maladie de Marfan et anévrysme de l'aorte ascendante \geq 55 mm (voire \geq 50 mm si haut risque de dissection)
QCM 10	Quels éléments, parmi les suivants, font partie de la prise en charge médicale d'une insuffisance aortique en attente de la chirurgie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	IEC ou ARA II indiqués en cas de dysfonction ventriculaire gauche associée
B -	IEC ou ARA II indiqués en cas d'hypertension artérielle associée
C -	Diurétiques indiqués en cas de signes congestifs
D -	Béta-bloquants ou losartan indiqués en cas de maladie de Marfan avec dilatation de l'aorte ascendante associée
E -	Les bêta-bloquants peuvent être mal tolérés dans les insuffisances aortiques importantes
QCM 11	Concernant l'épidémiologie de l'insuffisance mitrale chronique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	C'est la valvulopathie la plus fréquente
B -	L'insuffisance mitrale dystrophique est la première étiologie d'insuffisance mitrale
C -	L'insuffisance mitrale dégénérative est la première étiologie d'insuffisance mitrale
D -	La dégénérescence myxoïde prédomine chez les femmes d'âge jeune
E -	La dégénérescence fibroélastique est plus fréquente que la dégénérescence myxoïde et prédomine chez les hommes âgés
QCM 12	Concernant la classification de Carpentier des insuffisances mitrales, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle tient compte de la position des valves lors de la systole ventriculaire
B -	Elle tient compte de la position des valves lors de la diastole ventriculaire
C -	Le type I correspond à un jeu valvulaire exagéré
D -	Le type II correspond à un jeu valvulaire normal
E -	Le type III correspond à un jeu valvulaire restrictif

Questions isolées QCM N° 12

QCM 1	Concernant l'épidémiologie de l'insuffisance aortique chronique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	En France, l'étiologie dégénérative est la plus fréquente
B -	Dans les pays en voie de développement, l'étiologie rhumatismales est la plus fréquente
C -	La bicuspidie aortique est l'étiologie congénitale la plus fréquente
D -	La prévalence de la bicuspidie aortique est d'environ 10% dans la population générale
E -	La prévalence de la bicuspidie aortique est d'environ 5% dans la population générale
QCM 2	Concernant la physiopathologie de l'insuffisance aortique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	La régurgitation pendant la diastole est responsable d'une augmentation de la précharge et donc de l'inotropisme dans un premier temps
B -	Plus la diastole est courte plus la régurgitation est importante
C -	L'angor fonctionnel est en partie expliqué par une baisse de la pression artérielle diastolique
D -	L'angor fonctionnel est en partie expliqué par l'hypertrophie ventriculaire gauche
E -	Il existe une diminution de la pression artérielle pulsée et un élargissement de la pression artérielle différentielle au cours des insuffisances aortiques importantes
QCM 3	Quelles sont les caractéristiques du souffle d'insuffisance aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Souffle à maximum protodiastolique, d'autant plus prolongé que la fuite est importante
B -	Irradiant le long du bord gauche du sternum
C -	Irradiant dans les carotides, comme le souffle de rétrécissement aortique
D -	Timbre doux, humé et aspiratif
E -	Majoré par le décubitus dorsal et l'expiration profonde
QCM 4	Quels signes parmi les suivants sont en faveur d'une insuffisance aortique volumineuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Pouls paradoxal de Kussmaul
B -	Pistol-shot à l'auscultation de la région sous-clavière droite
C -	Roulement de Flint à l'auscultation du foyer mitral
D -	Élargissement de la pression artérielle différentielle
E -	Signe de Musset
QCM 5	Quelles sont les anomalies électrocardiographiques observables en cas d'insuffisance aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Indice de Cornell supérieur à 20 mm chez l'homme
B -	Indice de Cornell supérieur à 28 mm chez la femme
C -	Hypertrophie ventriculaire gauche avec ondes T positives en V5 et V6
D -	Extra-systole ventriculaire, qui est un élément de mauvais pronostic
E -	Fibrillation atriale, qui est un élément de mauvais pronostic
QCM 6	Quelles sont les méthodes permettant de quantifier l'importance de la fuite aortique à l'échographie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Méthode de la PISA (Proximal Isovelocity Surface Area)
B -	Mesure de la largeur du jet de régurgitation à l'origine ou vena contracta
C -	Méthode de Simpson
D -	Mesure de la vitesse télediastolique dans l'isthme aortique
E -	Toutes les réponses précédentes sont fausses

11 Réponse : A B C D E

- But de ces 2 protocoles : qu'il n'y ait pas de thrombus intra-cardiaque au moment de la cardioversion → sinon embolisation +++
- **Protocole long avant cardioversion :**
 - 3 semaines d'anticoagulation EFFICACE, pas d'ETO obligatoire
 - Cardioversion
 - 4 semaines d'anticoagulation après
- **Protocole court :**
 - ETO pour éliminer présence d'un thrombus, sous anticoagulation efficace (mais pas pendant 3 semaines)
 - Cardioversion dans les 24h qui suivent l'ETO si absence de thrombus
 - 4 semaines d'anticoagulation après
- Après cardioversion, anticoagulation de **4 semaines pour TOUS** (quel que soit le CHADS-VASc), ensuite on discute la poursuite du traitement anticoagulant selon le CHADS-VASc et le risque hémorragique
- D : Attention la **flécaïne** sera réservée aux FA survenant sur cœur « **sain** » : absence de dysfonction VG et absence de coronaropathie

12 Réponse : A E

- A : L'auricule est le principal lieu de formation des thrombi dans la FA, sa fermeture permet de se passer des anticoagulants lorsqu'ils sont **formellement contre-indiqués** (risque hémorragique majeur) et que la FA est très emboligène (CHADS-VASc à 4 ou plus)
- E : L'aspirine permettra diminuer un peu le risque embolique de la FA (sans toutefois être aussi efficace qu'une anticoagulation)

13 Réponse : B E

- Chez un coronarien sans insuffisance cardiaque, le **sotalol** (anti-arythmique appartenant à la classe III de la classification de Vaughan-Williams) est utilisable
 - Tout comme l'**amiodarone** (appartenant aussi à la classe III)
 - Les autres anti-arythmiques sont contre-indiqués

14 Réponse : E

- Chez un patient insuffisant cardiaque, le seul anti-arythmique utilisable est l'**amiodarone** !
 - Tous les autres sont contre-indiqués !

7 Réponse : B

- A savoir par cœur !!!!! ☺
 - Valable pour les FA NON VALVULAIRES :
 - × Insuffisance cardiaque clinique ou FEVG < 45% : 1 point
 - × HTA : 1 point
 - × Age ≥ 75 ans : 2 points
 - × Diabète : 1 point
 - × Stroke (AVC) ou embolie périphérique : 2 points
 - × Vasculaire (athérosclérose) : 1 point
 - × Age entre 65 et 74 ans : 1 point
 - × Sexe féminin : 1 point (compte seulement si femme > 65 ans)
- Si score ≥ 1 → anticoagulation ☺

8 Réponse : E

- Cette patiente a bénéficié d'une **plastie mitrale**, sa FA est donc considérée comme **valvulaire** ! ☺
 - Donc le score CHA₂DS₂-VASC ne s'applique pas chez elle, elle sera anticoagulée d'emblée
 - Idem si elle avait eu une prothèse valvulaire (mécanique ou biologique), ou un rétrécissement mitral

9 Réponse : D

- Cf QCM 7
- Attention : l'ischémie aiguë mésentérique sur FA emboligène compte comme une embolie périphérique et vaut donc 2 points dans le score de CHA₂DS₂-VASC
 - Ne comptez pas comme « Stroke » les seuls AVC ! ☺

10 Réponse : C D

- Score hémorragique HAS-BLED ☺ :
 - HTA (Systolique > 160 mmHg) : 1 point
 - Anomalie rénale et/ou hépatique : 1 ou 2 points si les deux sont présentes
 - Stroke ou embolies périphériques : 1 point (pas 2 comme dans le CHA₂DS₂-VASC)
 - Bleeding : atod de saignement : 1 point
 - Labile INR : 1 point
 - Elderly : âge > 65 ans (1 point)
 - Drugs : Antiagrégant ou AINS / Alcool : 1 ou 2 points

11 Réponse : A B D

- Attention aux posologies, qui sont difficiles à retenir, mais très discriminantes si elles tombent :
 - Posologie en cas de fonction rénale normale (posologie en cas de DFG compris entre 30 et 49) :
 - × Dabigatran : 150 mg x 2/j (110 mg x 2/j) ☺
 - × Rivaroxaban : 20 mg x 1/j (15 mg x 1/j) ☺
 - × Apixaban : 5 mg x 2/j (2.5 mg x 2/j) ☺

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"/> 1ere idée	
1	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none">D : D'une manière générale, toute cardiopathie peut donner de la FA <input checked="" type="checkbox"/>- Une FA prolongée peut être responsable d'une tachycardiomyopathie (cardiopathie dilatée sur troubles du rythme chroniques) <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : B C D <ul style="list-style-type: none">A et B : Une FA est dite paroxystique si elle se réduit en moins de 7 jours, mais le plus souvent, elle se réduira en 48h <input checked="" type="checkbox"/>C et D : Une FA est dite persistante si elle se réduit en plus de 7 jours ou qu'elle nécessite un geste de réduction <input checked="" type="checkbox"/>E : Une FA est dite permanente si la tentative de cardioversion a échoué ou si une cardioversion n'est pas envisagée (FA acceptée) <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none">Toute cardiopathie peut, au cours de son évolution naturelle, être responsable de FA <input checked="" type="checkbox"/>- Donc quand on vous demande quelles sont les causes cardiaques de FA, cochez large ! <input checked="" type="checkbox"/>	
4	Réponse : A B C E <ul style="list-style-type: none">A : Hypovolémie : étiologie fréquente en réanimation <input checked="" type="checkbox"/>La plus fréquente des étiologies extra-cardiaques étant bien sûr l'hyperthyroïdie <input checked="" type="checkbox"/>Alcoolisation aiguë = « FA du samedi soir »D : Ce sera l'hypokaliémie, pas l'hyperkaliémie <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- Les hypokaliémies donnent surtout des troubles du rythme (FA, torsade de pointes...)- Les hyperkaliémies donnent surtout des troubles conductifs (BAV, blocs de branche...)	
5	Réponse : C <ul style="list-style-type: none">A : Une TSH seule est suffisante en première intention pour rechercher une hyperthyroïdie (aussi vrai pour une hypothyroïdie) <input checked="" type="checkbox"/>B : L'échocardiographie est systématique dans le bilan de FA ! <input checked="" type="checkbox"/>D et E : Seulement dans des circonstances particulières, absolument pas en systématique	
6	Réponse : B D <ul style="list-style-type: none">A : La FA n'est pas une cause de syncope en elle-même. En présence d'une syncope chez un patient en FA, il va falloir rechercher l'une des pathologies suivantes <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- Syndrome de Wolff-Parkinson-White : l'existence d'un faisceau accessoire à période réfractaire courte conduit en ventriculaire l'activité auriculaire anarchique en shuntant le noeud AV (et donc son effet naturellement freinateur de l'activité auriculaire) = Super Wolff- Maladie rythmique auriculaire : FA associée à une dysfonction sinusale, bloc sino-atrial- BAV complet + FA = FA lente et régulière, avec trémulations de la ligne de baseE : Attention une FA peut être conséquence mais pas cause d'embolie pulmonaire <input checked="" type="checkbox"/> !	

QCM 12	Quelles sont les modalités d'une cardioversion de fibrillation atriale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Anticoagulation systématique encadrant la procédure de cardioversion
B -	Anticoagulation efficace pendant minimum 3 semaines avant la réduction sauf si une échographie trans-oesophagienne préalable est réalisée ou que la fibrillation atriale a débuté il y a moins de 48 heures
C -	Anticoagulation efficace pendant 4 semaines dans les suites de la réduction, quel que soit le score CHA ₂ DS ₂ -VASc
D -	La cardioversion médicamenteuse peut faire appel à la flécaïne
E -	La cardioversion électrique se fait sous anesthésie générale
QCM 13	Quelle(s) option(s) peut-on proposer à un patient ayant une fibrillation atriale permanente, non valvulaire à haut risque emboligène et chez qui les anticoagulants sont formellement contre-indiqués ?
A -	Fermeture percutanée de l'auricule gauche
B -	Mise en place d'un filtre cave
C -	Ablation des foyers de fibrillation atriale
D -	Ablation de l'isthme cavo-tricuspidien
E -	Aspirine à dose anti-agrégante
QCM 14	Vous avez réduit la fibrillation atriale d'un patient coronarien, sans insuffisance cardiaque. Vous souhaitez instaurer un traitement anti-arythmique en prévention des récidives. Le(s)quel(s) pouvez-vous choisir ?
A -	Flécaïne
B -	Sotalol
C -	Hydroquinidine
D -	Propafénone
E -	Amiodarone
QCM 15	Vous avez réduit la fibrillation atriale d'un patient insuffisant cardiaque. Vous souhaitez instaurer un traitement anti-arythmique en prévention des récidives. Le(s)quel(s) pouvez-vous choisir ?
A -	Flécaïne
B -	Sotalol
C -	Hydroquinidine
D -	Propafénone
E -	Amiodarone

QCM 7 Vous voyez en consultation une patiente de 67 ans en fibrillation atriale. Elle présente comme antécédents une hypertension artérielle et une dyslipidémie. L'échocardiographie réalisée retrouvait une FEVG à 45%. Quel est le score CHA₂DS₂-VASC de cette patiente ?

- A - 2
- B - 3
- C - 4
- D - 5
- E - Le score CHA₂DS₂-VASC n'est pas applicable chez cette patiente

QCM 8 Vous voyez en consultation une patiente de 46 ans en fibrillation atriale. Elle présente comme seul antécédent une maladie de Barlow traitée par remplacement valvulaire, avec une échocardiographie récente qui ne retrouvait pas d'altération de la fraction d'éjection ventriculaire gauche. Quel est le score CHA₂DS₂-VASC de cette patiente ?

- A - 1
- B - 2
- C - 3
- D - 4
- E - Le score CHA₂DS₂-VASC n'est pas applicable chez cette patiente

QCM 9 Un homme de 73 ans a présenté une ischémie mésentérique aiguë de mécanisme embolique par fibrillation atriale. Il présente comme principaux antécédents un diabète, une dyslipidémie, une hypertension artérielle. Il n'a jamais présenté d'accident ischémique cérébral et l'échographie cardiaque retrouvait une FEVG à 55%. Quel est son score CHA₂DS₂-VASC ?

- A - 2
- B - 3
- C - 4
- D - 5
- E - Le score CHA₂DS₂-VASC n'est pas applicable chez ce patient

QCM 10 Quels sont, parmi les suivants, les éléments appartenant au score HAS-BLED ? (Une ou plusieurs réponses possibles ?)

- A - Hypertension artérielle (pression artérielle systolique \geq 140 mmHg et/ou diastolique \geq 90 mmHg), valant 1 point
- B - Stroke (AVC), valant 2 points
- C - Antécédent de saignement, valant 1 point
- D - INR labile, valant 1 point
- E - Diabète (type 1 ou 2), valant 1 point

QCM 11 Concernant l'usage des anticoagulants oraux directs dans la fibrillation atriale, quelles sont les options valables parmi les suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Rivaroxaban 20 mg 1 comprimé par jour, en l'absence de risque hémorragique et d'insuffisance rénale
- B - Dabigatran 150 mg 2 comprimés par jour, en l'absence de risque hémorragique et d'insuffisance rénale
- C - Apixaban 5 mg 1 comprimé par jour, en l'absence de risque hémorragique et d'insuffisance rénale
- D - Rivaroxaban 15 mg 1 comprimé par jour, en cas de risque hémorragique élevé ou de clairance de la créatinine comprise entre 30 et 49 mL/min
- E - Apixaban 2.5 mg 1 comprimé par jour, en cas de risque hémorragique élevé ou de clairance de la créatinine comprise entre 15 et 49 mL/min

Questions isolées QCM N° 11

QCM 1	Concernant la fibrillation atriale, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle concerne 500 000 à 750 000 patients en France
B -	Elle est à la fois cause et conséquence de dilatation atriale
C -	Elle ne se complique pas d'embolies dans la circulation pulmonaire
D -	Elle peut être à la fois cause et conséquence d'insuffisance cardiaque
E -	Sa prévalence à 60 ans est de 1%
QCM 2	Concernant la fibrillation atriale, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Une fibrillation atriale est dite paroxystique si elle se réduit spontanément en moins de 48 heures
B -	Une fibrillation atriale est dite paroxystique si elle se réduit spontanément en moins de 7 jours
C -	Une fibrillation atriale est dite persistante si elle se réduit spontanément en plus de 7 jours
D -	Une fibrillation atriale est dite persistante si elle est réduite par une cardioversion électrique ou médicamenteuse
E -	Une fibrillation atriale est dite permanente uniquement après échec d'au moins 2 tentatives de cardioversion
QCM 3	Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les causes cardiaques de fibrillation atriale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Embolie pulmonaire
B -	Insuffisance tricuspidienne
C -	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée
D -	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée
E -	Communication inter-auriculaire
QCM 4	Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les causes extracardiaques de fibrillation atriale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Hypovolémie
B -	Phéochromocytome
C -	Alcoolisation aiguë
D -	Hyperkaliémie
E -	Syndrome des apnées du sommeil
QCM 5	Quels éléments, parmi les suivants, font partie du bilan paraclinique minimal à réaliser face à la découverte d'une fibrillation atriale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Dosage de T3, T4 et TSH
B -	Echocardiographie si point d'appel à l'examen clinique et/ou au reste du bilan
C -	Ionogramme plasmatique et fonction rénale
D -	Alcoolémie
E -	Recherche de toxiques dans les urines
QCM 6	Dans quelle(s) circonstance(s) une fibrillation atriale peut-elle être responsable de syncopes ?
A -	La fibrillation atriale est une cause classique de syncope
B -	Syndrome de Wolff-Parkinson-White
C -	En cas d'association à un flutter auriculaire atypique
D -	Maladie rythmique de l'oreillette
E -	Embolie pulmonaire

8 Réponse : A C E

- Sus-décalage en V2 V3 VF (inférieur) et V5 V6 (latéral bas)
 - Et miroir en D1 VL (latéral haut)
 - Cet ECG et la douleur thoracique pose le diagnostic de **SCA ST +** → revascularisation en urgence !

9 Réponse : D E

- A et B : Propositions complètement erronées, **rythme sinusal !**
- C et D : HVD car augmentation de la flèche R dans le précordium droit (V1 à V3) et présence d'une flèche S importante dans le précordium gauche (V5 et V6)
- E : Cf triangle d'Einthoven :
 - QRS isoélectrique en D2 donc axe des QRS perpendiculaire à D2 (soit à +150° soit à -30°)
 - QRS négatifs en D1 donc axe à +150°

10 Réponse : B

- ESV bigéminées car présence d'une ESV pour chaque QRS
- Ce ne sont pas des extra-systoles atriales car elles sont larges
- E : Elles ne sont pas menaçantes car ne tombent pas sur le sommet de l'onde T précédente (absence de phénomène R sur T)
- Elles ont un aspect de bloc de branche droit (ou **retard droit**) (bien visible en V1), il existe donc un retard de dépolarisation du VD, ce qui s'explique par le fait qu'elles naissent dans le VG.

11 Réponse : A B C D

- Association d'un bloc de branche droit, d'un BAV 1 (allongement constant de chaque espace PR) et hémbloc antérieur gauche (QRS déviés au-delà de -30°)
 - Ceci constitue un équivalent de **Bloc trifasciculaire** et peut-être le signe d'un bloc atrioventriculaire complet paroxystique, sous-jacent, surtout s'il existe une notion de syncope.

12 Réponse : B C D E

- ECG de **torsade de pointes** !
 - Le tracé donne l'impression de s'enrouler autour de la ligne isoélectrique
- La torsade de pointe survient sur un allongement du QT préalable. Le traitement consiste donc à accélérer le **rythme** du patient (sonde d' entraînement, Isoprénaline) car le QT raccourcit avec la tachycardie et à charger le patient en **magnésium et potassium** (hypokaliémie et hypomagnésémie sont des facteurs d'allongement du QT)
- Le choc électrique externe est contre-indiqué

13 Réponse : A D E

- L'énoncé pose d'emblée le diagnostic d'**hypercalcémie** sur probable pathologie osseuse maligne.
- A l'ECG, **raccourcissement du QT et tachycardie sinusale** :
 - **Hypercalcémie** menaçante donc car existence d'un retentissement électrocardiographique → indication à une prise en charge réanimatoire

14 Réponse : A C

- ECG **strictement normal** !
 - Les ondes Q petites et fines en V5-V6 sont physiologiques, elles correspondent à la dépolarisation du septum interventriculaire

15 Réponse : E

- On peut visualiser un discret **allongement du segment QT** sur cet ECG (voir en D2 la distance entre l'onde T et le QRS) mais sans pouvoir calculer le QT corrigé avec précision c'est difficile
 - Dans tous les cas, le tableau de la patiente doit vous faire penser à une **hypocalcémie** sur **hypoparathyroïdie** post-thyroidectomie, avant même de lire l'ECG

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg.Fréquence, Formulation, Eliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : A E

- B et C : Les territoires latéraux à l'ECG :
 - Latéral haut : exploré par D1 et VL
 - Latéral bas : exploré par V5 et V6
- D : Territoire antéroseptal : V1 à V3 ; Territoire antéroseptoapical : V1 à V4

Réponse : A B D

- C : A retenir, les 3 anomalies ioniques allongeant le segment QT :
 - Hypocalcémie
 - Hypokaliémie
 - Hypomagnésémie
- L'hypercalcémie (et l'hyperkaliémie) raccourcissent le QT
- E : Toujours se méfier des propositions contenant des « uniquement », « jamais », « toujours » ...
 - Tous comme les autres anti-arythmiques, l'amiodarone allonge le segment QT

Réponse : B D E

- ECG typique d'un **syndrome de Brugada** !
 - Mémorisez bien l'aspect des **dérivations V1 et V2**
 - Aspect de BBD incomplet avec sus-décalage du segment ST
- E : Une seule chose à retenir pour le test à l'ajmaline : on peut l'utiliser à visée diagnostique pour le syndrome de Brugada

Réponse : A B C E

- A : Les ondes P sont souvent bien visualisées en D2
- ECG de **Bloc de branche gauche complet**, avec **déviation axiale gauche** (QRS positifs en VL, négatifs en D2)
 - QRS larges (> 120 ms), négatifs en V1 \rightarrow BBG
- E : Ne pas oublier qu'un BBG peut être un équivalent de ST+ en cas de douleurs thoraciques

Réponse : B E

- ECG typique d'une **hypokaliémie**, compliquant les vomissements abondants :
 - Sous-décalage du segment ST, aplatissement des ondes T et apparition d'une onde U (pas vraiment visible ici) et **allongement du QT**
 - \rightarrow Risque de TV/torsade de pointes puis FV
- D : Fausse pour deux raisons :
 - Le sous-décalage du ST est ici lié à l'hypokaliémie
 - Et le sous-décalage cupuliforme des digitaliques n'est **pas un signe d'intoxication** mais seulement d'imprégnation !

Réponse : A C D E

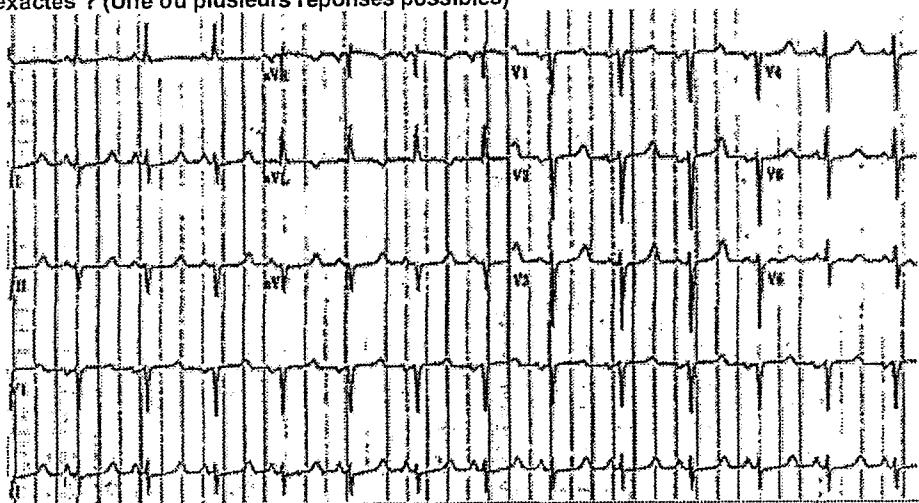
- Séquence classique : patient en rétention aiguë d'urines \rightarrow IRA obstructive \rightarrow Hyperkaliémie
- B : L'amplitude des QRS et la repolarisation en latéral ne sont pas typiques d'un **Bloc de branche gauche classique**
 - D'où la description « en lame de sabre » des QRS dans l'hyperkaliémie
- Hyperkaliémie avec signes ECG = Hyperkaliémie menaçante = **Gluconate de calcium IV**

Réponse : C D E

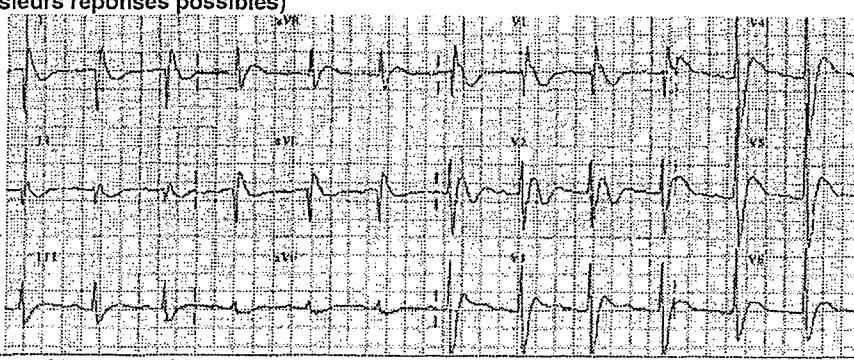
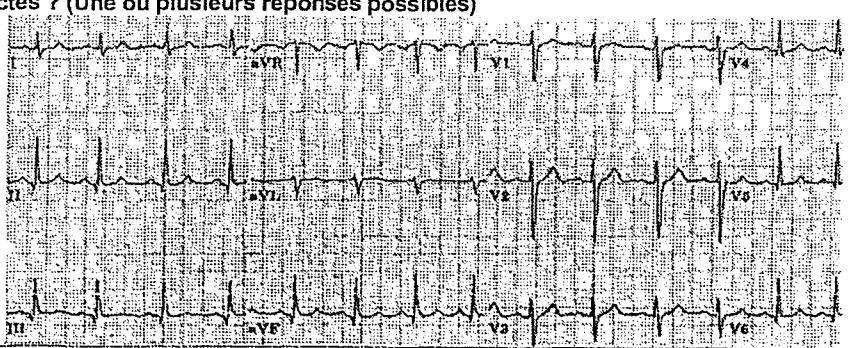
- Attention à la formulation de la question, on demande de cocher les réponses **inexactes**
- Ondes P amples > 2.5 mV = **Hypertrophie auriculaire droite** = Onde P dite **pulmonaire**
 - Onde P mitrale ou HAG si onde P large > 120 ms

Une patiente de 45 ans, en post-opératoire d'une thyroïdectomie totale, se plaint de paresthésies et crampes diffuses. L'ECG suivant est réalisé, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

QCM
5

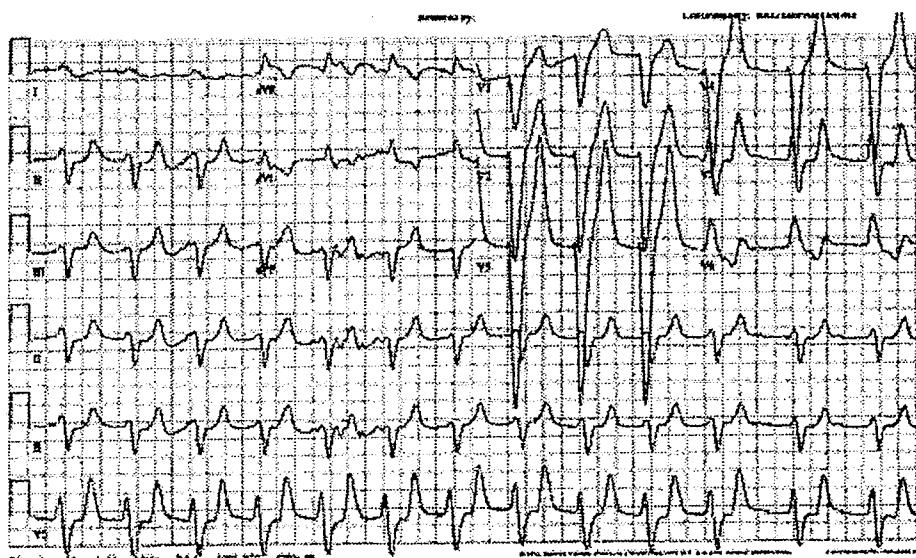


- A - Bloc de branche gauche complet
- B - Fibrillation atriale
- C - Absence d'anomalies visibles sur l'ECG
- D - L'ensemble du tableau est en faveur d'une hypokaliémie
- E - L'ensemble du tableau est en faveur d'une hypocalcémie

QCM 12	<p>Ce rythme est retrouvé chez un patient inconscient. Quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p> 
	<p>A - Fibrillation ventriculaire B - Torsade de pointe C - Choc électrique externe à réaliser en urgence D - Pose d'une sonde d' entraînement électrosystolique et isoprénaline pour accélérer la fréquence cardiaque E - Recharge en potassium et magnésium par voie IV</p>
QCM 13	<p>Un patient de 69 ans est hospitalisé pour une altération de l'état général avec douleurs osseuses diffuses, constipation opiniâtre et syndrome polyuro-polydipsique. L'ECG suivant est réalisé dès son arrivée, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p> 
	<p>A - Segment QT raccourci B - ECG en faveur d'une hyperkaliémie sévère C - Segment QT allongé D - ECG en faveur d'une hypercalcémie sévère E - Indication à une prise en charge en secteur réanimatoire</p>
QCM 14	<p>Une patiente de 27 ans est admise aux urgences pour un malaise sans perte de connaissance sur son lieu de travail. Son ECG est le suivant, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p> 
	<p>A - Rythme régulier et sinusal B - Ondes Q de nécrose dans le territoire inférieur C - Ondes Q septales en V5-V6 D - Hypertrophie ventriculaire gauche modérée E - Inversion d'électrodes</p>

Un patient de 78 ans est admis aux urgences pour une chute de sa hauteur avec impossibilité de se relever. Il a passé environ 4 heures au sol et, à son arrivée, se plaint d'un besoin d'uriner irrépressible et douloureux. L'examens clinique vous constatez que votre patient est en rétention urinaire aiguë. L'ECG qui suit a été réalisé à son admission, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

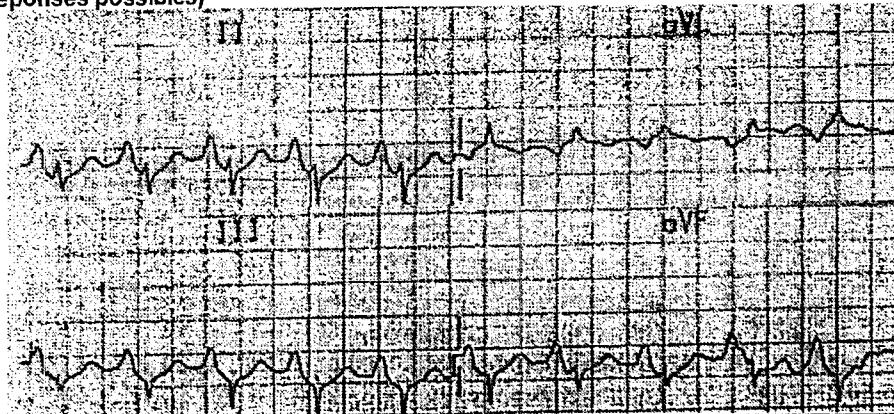
QCM
6



- A - Elargissement des QRS en lame de sabre
- B - Aspect de bloc de branche gauche typique
- C - Ondes T amples et pointues et absence d'ondes P visibles
- D - Le gluconate de calcium est indiqué en urgence
- E - La rétention aiguë d'urines peut expliquer les anomalies observées sur cet ECG

QCM
7

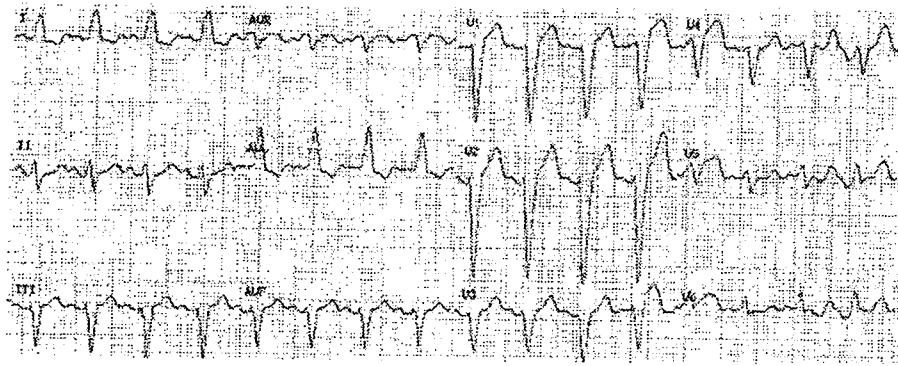
Concernant l'ECG ci-dessous, quelles sont les réponses inexactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)



- A - Hypertrophie auriculaire droite
- B - Onde P pulmonaire
- C - Hypertrophie auriculaire gauche
- D - Onde P mitrale
- E - Onde P d'aspect normal

L'ECG suivant a été réalisé chez une patiente de 72 ans dans le cadre d'un bilan pré-opératoire d'une chirurgie de gonarthrose, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

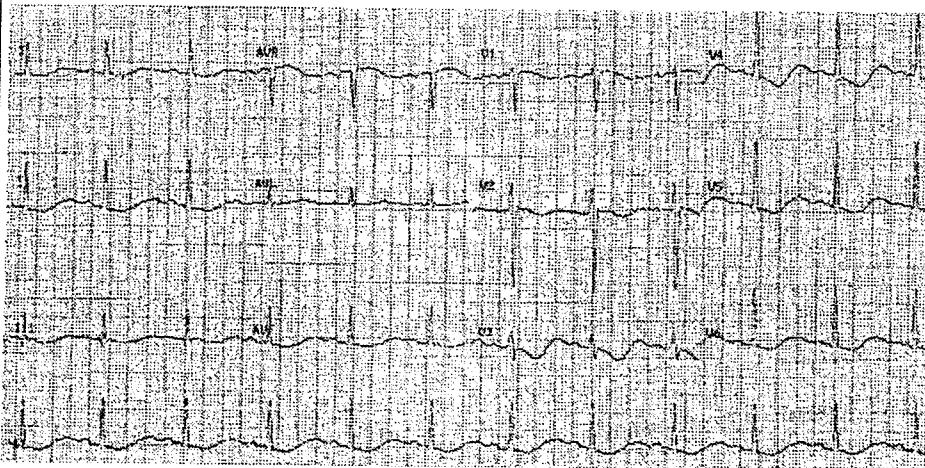
QCM
4



- A - Rythme sinusal et régulier
- B - Aspect de bloc de branche gauche complet
- C - Déviation axiale gauche au-delà de -30°
- D - Aspect de bloc de branche droit complet
- E - Face à une douleur thoracique, un tel ECG pourrait être en faveur d'un infarctus

Une patiente de 22 ans est admise aux urgences pour des vomissements incoercibles. L'ECG suivant est réalisé à son arrivée, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

QCM
5



- A - Intervalle PR > 120 ms
- B - Intervalle QT allongé
- C - On évoque en priorité une hypercalcémie
- D - Le sous-décalage cupuliforme du segment ST peut faire suspecter une intoxication aux digitaliques
- E - Cette patiente est exposée à un risque de fibrillation ventriculaire

Questions isolées QCM N° 10

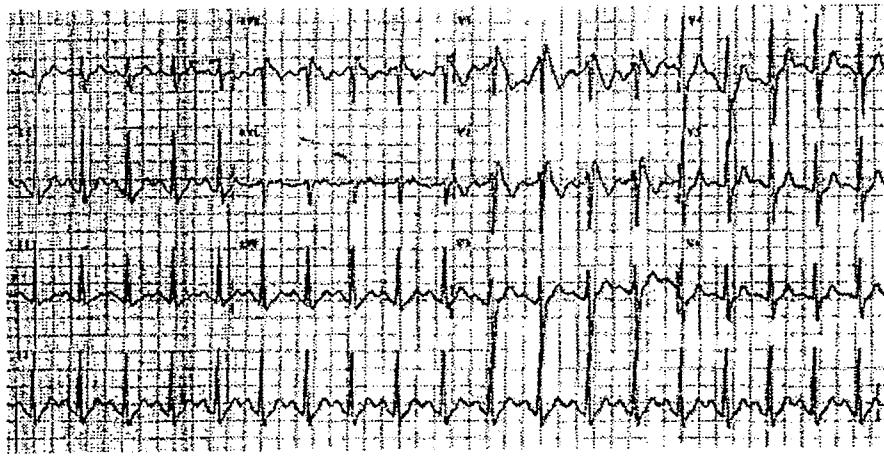
QCM 1 Concernant les territoires électriques à l'ECG, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - La paroi postérieure du ventricule gauche est explorée par V7, V8 et V9
- B - La paroi latérale haute du ventricule gauche est explorée par V5 et V6
- C - La paroi latérale basse du ventricule gauche est explorée par D1 et VL
- D - Le territoire antéroseptal du ventricule gauche est exploré par V1, V2, V3 et V4
- E - La paroi inférieure du ventricule gauche est explorée par D2, D3 et VF

QCM 2 Concernant l'intervalle QT à l'ECG, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - L'intervalle QT se raccourcit avec l'augmentation de la fréquence cardiaque
- B - L'intervalle QT est corrigé par la formule de Bazett
- C - L'hypokaliémie, l'hypomagnésémie et l'hypercalcémie sont des facteurs allongeant le QT
- D - Les macrolides et les fluoroquinolones sont des médicaments allongeant le QT
- E - L'amiodarone est le seul anti-arythmique à ne pas allonger le QT

QCM 3 Un jeune homme de 27 ans est admis pour des syncopes à répétition. L'ECG réalisé est le suivant, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)



- A - Aspect de bloc de branche gauche incomplet
- B - Sus-décalage du segment ST en V1 et V2
- C - ECG caractéristique d'une dysplasie arythmogène du ventricule droit
- D - ECG caractéristique d'un syndrome de Brugada
- E - En cas de doute diagnostique, un test à l'ajmaline pourra être indiqué

9	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les péricardites néoplasiques représentent 30% des tamponnades <input checked="" type="checkbox"/> ! • Viennent ensuite les péricardites idiopathiques (ou virales, bénignes) (15%) <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'absolu, le risque pour une péricardite bénigne d'évoluer en tamponnade est très faible, mais la péricardite bénigne est la plus fréquente, et de loin, des péricardites et donc en deuxième position des causes de tamponnade
10	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • B : Le NT-proBNP n'a pas sa place dans cette indication, si une myocardite est associée, c'est la troponine qui fera le diagnostic <input checked="" type="checkbox"/> • E : Pas de bilan auto-immun initialement mais dans un second temps, sur point d'appel <input checked="" type="checkbox"/>
11	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> • A bien retenir, les indications d'hospitalisation d'une péricardite <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Péricardite avec fièvre > 38° - Péricardite hyperalgique - Epanchement > 20 mm ou tamponnade - Non-amélioration malgré 7 jours de traitement anti-inflammatoire - Myocardite associée (troponine positive) - Péricardite sous anticoagulants - Péricardite post-traumatique - Immunosuppression - Péricardite liée à une cause particulière suspectée (néoplasie, tuberculose)
12	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cf QCM 12
13	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • C : C'est 1 mg de colchicine par jour, pas 10 mg ! <ul style="list-style-type: none"> - 10 mg est une dose toxique pour le patient - La colchicine est un médicament à manier avec précautions, si vous n'êtes pas sûrs de la dose, ne cochez pas car c'est un zéro potentiel au QCM si la réponse est aberrante comme ici <input checked="" type="checkbox"/>
14	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : Dans le foie cardiaque, la cytolysé prédomine classiquement sur les ASAT <input checked="" type="checkbox"/> • B : Comme vu précédemment, elle fait le plus souvent suite à une chirurgie cardiaque <input checked="" type="checkbox"/> • D : Le dip plateau est une anomalie observée au cathétérisme cardiaque droit <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Il se manifeste par une ascension précoce et en plateau de la courbe des pressions de remplissage du VD, traduisant la perte de compliance des cavités droites, liée à la constriction péricardique
15	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : C'est une coupe transversale passant par le VG, ou coupe petit axe <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - La coupe grand axe est à gauche • Cette IRM est typique d'une myocardite, avec rehaussement sous-épicardique au gadolinium, sans systématisation artérielle <input checked="" type="checkbox"/> • Et encore une fois, aidez-vous des données de l'énoncé. Si on vous parle de sarcoïdose, ce n'est pas innocent... <input type="checkbox"/>

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, **Déduction**, **Arg Fréquence**, **Formulation**, **Éliminer les incorrectes**, **1ere rédaction**

Réponse : A B C E

- Face à une douleur augmentée à l'inspiration ou la toux, on peut évoquer :
 - Les douleurs d'origine pleurale (pleurésie, infarctus pulmonaire...)
 - La péricardite (les plus sèches étant souvent les plus douloureuses)
 - Les douleurs pariétales (fractures costales, névralgie intercostale...)

Réponse : B C E

- 2
- B et C : Oui c'est moins classique que pour la douleur angineuse mais la péricardite peut être soulagée par la prise de trinitrine (par diminution des contraintes pariétales et des frottements avec le péricarde), de même que les spasmes œsophagiens (par relaxation de la musculature lisse)
 - D : Le syndrome de Tietze est une inflammation des articulations sterno-costales

Réponse : D

- 3
- Le **sous-décalage** du segment est **diffus**, concave vers le haut, donc très évocateur de péricardite aiguë
 - Il n'est pas uniquement présent en inféro-latéral, mais aussi en antérieur (regardez V3 et V4)
 - De plus on peut voir un discret sous décalage du segment PQ sur V3 et V4

Réponse : B E

- 4
- Attention l'**asymétrie tensionnelle** ne sera présente que si la dissection s'est étendue aux troncs supra-aortiques !
 - D : Le **signe de De Bakey** se voit dans les anévrismes de l'aorte abdominale
 - Si à la palpation on peut placer la main entre le rebord costal et la masse, alors l'anévrisme est certainement de siège sous-rénal

Réponse : A B C D E

- 5
- Toutes ces complications sont possibles dès lors que la dissection de l'aorte s'étend à une de ses branches (dont font partie les coronaires) et/ou à la valve aortique

Réponse : B C D E

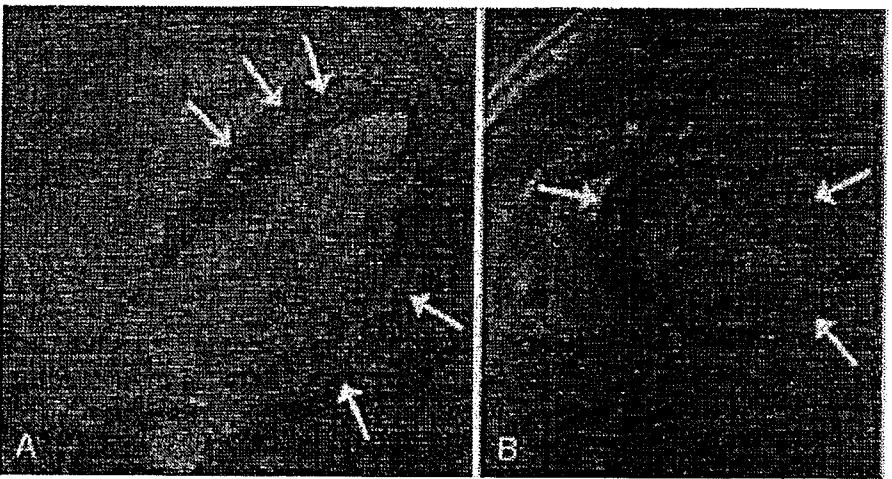
- 6
- A : C'est la classification de Stanford (celle qu'il faut retenir)
 - La dissection de **type A** est une urgence chirurgicale, son pronostic étant très sévère !

Réponse : A B C

- 7
- Contrairement à la dissection aortique de type A, la **type B** peut être simplement traitée médicalement (anti-hypertenseurs)
 - Elle est également accessible à un traitement par cathétérisme endovasculaire
 - Son pronostic est moins sévère que celui de la dissection type A

Réponse : A B C D

- 8
- E : C'est la **chirurgie cardiaque** qui est la première cause de péricardite constrictive actuellement
 - La tuberculose étant en seconde position

QCM 12	<p>Quelles sont les indications à hospitaliser un patient pour une péricardite aiguë ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p>
A - B - C - D - E -	<p>Péricardite sous antiagrégants plaquettaires Péricardite survenant après un traumatisme thoracique Non-amélioration après 3 jours de traitement anti-inflammatoire bien conduit Immunosuppression Elévation de la CRP > 50 mg/L</p>
QCM 13	<p>Quels éléments font partie de la prise en charge thérapeutique d'une péricardite aiguë bénigne ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p>
A - B - C - D - E -	<p>Aspirine 1 g 3 fois par jour pendant minimum 15 jours L'ibuprofène peut être utilisé à la place de l'aspirine Colchicine 10 mg par jour en association à l'aspirine Inhibiteur de la pompe à proton systématique Corticothérapie en cas de contre-indication au traitement par aspirine ou AINS, en association à la colchicine</p>
QCM 14	<p>Concernant la péricardite constrictive, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p>
A - B - C - D - E -	<p>Elle peut être responsable d'une cytolysé hépatique prédominant sur les ALAT Elle fait le plus souvent suite à une péricardite tuberculeuse Elle peut se manifester par une anasarque Un aspect de dip plateau à l'échographie sera très évocateur Son traitement fait appel à la décortication péricardique</p>
QCM 15	<p>Cette IRM a été réalisée chez un homme de 23 ans admis pour douleur thoracique et dyspnée, et ayant comme principal antécédent une sarcoïdose, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)</p> 
A - B - C - D - E -	<p>L'image de droite représente une coupe « grand axe » C'est une IRM avec injection de gadolinium Foyers de rehaussement sous épicardiques au niveau des parois du ventricule gauche Aspect en faveur d'une myocardite, compliquant possiblement sa sarcoïdose Aspect en faveur d'une pathologique ischémique</p>

QCM 5	Quelles sont les complications possibles d'une dissection aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Insuffisance aortique massive
B -	Syndrome coronarien aigu
C -	Hémotorax ou hémomédiastin
D -	Tamponnade par hémopéricarde
E -	Accident vasculaire cérébral
QCM 6	Concernant la dissection aortique de type A, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle intéresse l'aorte ascendante selon la classification de De Bakey
B -	Sa prise en charge comprend un contrôle tensionnel strict avec pression systolique cible < 120 mmHg
C -	Le contrôle tensionnel se fera au mieux par un bêta-bloquant
D -	Sa mortalité en l'absence de traitement adéquat est de 1% par heure le premier jour
E -	Son traitement repose sur une chirurgie en urgence
QCM 7	Concernant la dissection aortique de type B, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle n'intéresse pas l'aorte ascendante selon la classification de Stanford
B -	Sa prise en charge comprend un contrôle tensionnel strict avec pression systolique cible < 120 mmHg
C -	Le contrôle tensionnel se fera au mieux par un bêta-bloquant
D -	Sa mortalité en l'absence de traitement adéquat est de 1% par heure le premier jour
E -	Son traitement repose sur une chirurgie en urgence
QCM 8	Concernant la péricardite, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Les péricardites idiopathiques ou virales sont les plus fréquentes
B -	Le principal risque évolutif des péricardites idiopathiques est la récidive
C -	Le syndrome de Dressler survient classiquement à 2-16 semaines de l'infarctus
D -	Le syndrome de Dressler comprend, entre autres, un allongement du QT
E -	La chirurgie cardiaque est actuellement la deuxième cause péricardite constrictive
QCM 9	Quelle est la première cause de tamponnade parmi les propositions suivantes ?
A -	Péricardite idiopathique
B -	Péricardite virale
C -	Péricardite liée au VIH
D -	Péricardite tuberculeuse
E -	Péricardite néoplasique
QCM 10	Quels examens biologiques parmi les suivants font partie du bilan initial d'une suspicion de péricardite ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Troponinémie
B -	NT-proBNP
C -	Ionogramme plasmatique
D -	Urémie, créatininémie
E -	Anticorps anti-nucléaires
QCM 11	Quelles sont les indications à hospitaliser un patient pour une péricardite aiguë ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Péricardite sous anticoagulants
B -	Elévation de la troponine
C -	Epanchement péricardique supérieur à 1 cm
D -	Epanchement péricardique supérieur à 3 cm
E -	Fièvre supérieure à 39°C

Questions isolées QCM N° 9

QCM 1

Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les pathologies responsables d'une douleur thoracique classiquement exacerbée par l'inspiration profonde et la toux ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Pleurésie purulente
- B - Infarctus pulmonaire
- C - Péricardite aiguë
- D - Dissection aortique
- E - Névralgie intercostale

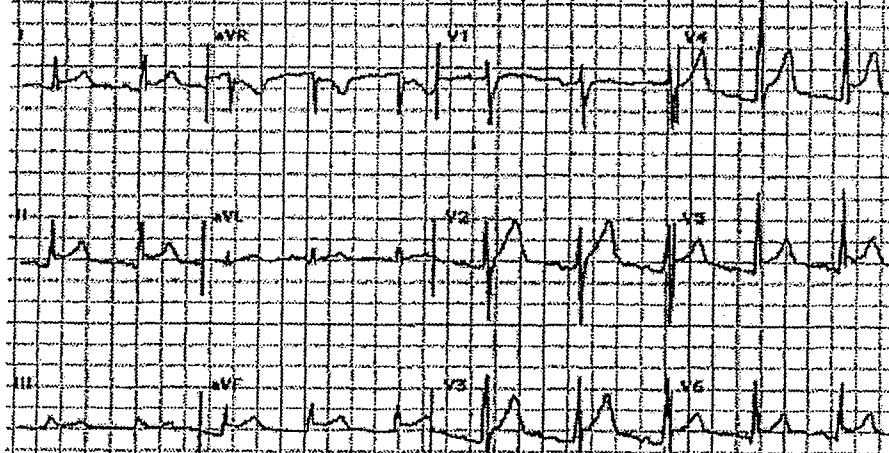
QCM 2

Quels sont les causes de douleur thoracique pouvant être soulagée par la trinitrine ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Dissection aortique
- B - Péricardite aiguë
- C - Spasme œsophagien
- D - Syndrome de Tietze
- E - Angor d'effort

QCM 3

L'ECG suivant a été réalisé chez un patient de 54 ans admis pour douleur thoracique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)



- A - ECG strictement normal
- B - Sus-décalage du segment ST systématisé en Inféro-latéral
- C - Syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST
- D - ECG en faveur d'une péricardite aiguë
- E - Repolarisation précoce

QCM 4

A l'examen clinique d'un patient admis pour douleur thoracique, quels éléments seront en faveur d'une dissection aortique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Une asymétrie tensionnelle aux deux bras > 10 mmHg pour la systolique
- B - Une asymétrie tensionnelle aux deux bras > 20 mmHg pour la systolique
- C - Une asymétrie tensionnelle aux deux bras > 30 mmHg pour la systolique
- D - Un signe de De Bakey
- E - Un souffle d'insuffisance aortique

Réponse : B E

- Le score sPESI est à connaître, il évalue le risque de mortalité d'une embolie pulmonaire et la classe en risque intermédiaire s'il existe au moins un des items suivants ☐ :
- Age > 80 ans
 - Cancer
 - Insuffisance cardiaque
 - Insuffisance respiratoire chronique
 - FC > 110 bpm
 - PA systolique < 100 mmHg
 - SaO₂ < 90%

Réponse : B D E

- A : La dose de fondaparinux dans l'embolie pulmonaire est de 7.5 mg pour un poids compris entre 50 et 100 kg (5 mg si < 50 kg, 10 mg si > 100 kg) ☐
- C : L'enoxaparine (LOVENOX) nécessite deux injections quotidiennes ! Contrairement à la tinzaparine (INNOHEP) ☐

Réponse : A B C D E

- Ces anomalies ne sont pas spécifiques de l'EP et traduisent la souffrance ventriculaire droite (cœur pulmonaire aigu) ☐

Réponse : B

- Les durées du traitement par anticoagulant de la MTEV sont à connaître ☐ :
- TVP distale isolée : 6 semaines
 - TVP proximale ou EP avec FDR transitoires majeurs et réversibles : 3 mois
 - TVP proximale ou EP idiopathique : 6 mois
 - MTEV et cancer : jusqu'à rémission
 - MTEV et thrombophilie : à discuter au cas par cas

Réponse : E

- Cf QCM 12

Réponse : C

- Les HBPM auront la préférence en cas de MTEV sur terrain néoplasique, pendant minimum 6 mois (période pour laquelle elles ont prouvé leur supériorité sur les AVK) et idéalement au long cours jusqu'à rémission ☐

Réponse : A B C E

- Les ulcères artériels et veineux s'opposent point par point ☐ !
- **Ulcère artériel** ☐ :
- Souvent multiple, creusant, à l'emporte pièce
 - Très douloureux, la peau péri-ulcéruse est pâle, froide, des pouls sont abolis
 - De topographie suspendue ou distale, mettant à nu les structures sous-jacentes
- **Ulcère veineux** ☐ :
- Souvent unique, non creusant
 - Indolore ou peu douloureux, la peau péri-ulcéruse est normale, les pouls sont conservés
 - Il existe des varices
 - De topographie péri-malléolaire pouvant aller jusqu'au tiers inférieur du mollet
 - L'atrophie blanche de Millian complique les insuffisances veineuses anciennes, elle fait le lit de l'ulcère veineux

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

1 Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : C E

- A et B : Incidence annuelle de 100 000 cas par an
- C et D : Avec une mortalité de 5 000 à 10 000 décès par an

Réponse : A C E

- TVP proximales (les plus à risque d'EP) :
 - Poplitées, fémorales, iliaques, cave
- TVP distales (de siège infra-poplité) :
 - Tibiales, péronières, solaires, gastrocnémiennes

Réponse : C D E

- A et B : Ce sont des facteurs déclenchants **transitoires mineurs** de MTEV
- C, D, E : Ce sont les 3 facteurs de risque **transitoires majeurs** à retenir :
 - Chirurgie orthopédique, abdominale lourde, carcinologique ou neurochirurgie
 - Fracture de membre inférieur < 3 mois, immobilisation par attelle ou plâtre prolongée
 - Immobilisation, alitement > 3 jours

Réponse : D

- A : Dilatation NON variqueuse des veines superficielles
- B : Cette douleur est spontanée mais d'apparition brutale
- C : Le cordon induré palpable se rencontre dans les thromboses veineuses superficielles, dans les TVP la veine thrombosée n'est pas palpable (car profonde)
- E : L'œdème de la TVP prend le godet

Réponse : A B C D E

- Ce sont les **principales causes de faux-positifs** des D-dimères :
 - Pour la grossesse, les dernières recommandations préconisent de continuer à utiliser les D-dimères, leur négativité éventuelle permettant d'éliminer une embolie pulmonaire et donc une irradiation inutile de la mère et du fœtus

Réponse : B D

- Les **indications du bilan de thrombophilie**, à connaître par cœur :
 - Tout épisode de MTEV PROXIMALE, provoqué ou non, chez la femme en âge de procréer
 - 1^{er} épisode provoqué ou non de MTEV proximale avant 60 ans
 - Récidive provoquée ou non de MTEV proximale avant 60 ans
 - Récidive de TVP distale non provoquée avant 60 ans
 - Aucune indication après 60 ans

Réponse : C

- En effet, une EP silencieuse est présente chez la moitié des patients ayant une TVP proximale !
 - En pratique cela ne change rien à la prise en charge, car les traitements de la TVP proximale et de l'EP sont identiques

Réponse : A C D E

- B : L'augmentation des D-dimères est une **constante dans la CIVD**, c'est d'ailleurs un critère diagnostique
- D : Bien que les D-dimères soient souvent faussement positifs chez la femme enceinte, ils permettent d'éviter une irradiation en cas de négativité, et gardent ainsi leur indication

QCM 14 Quel(s) anticoagulant(s) faut-il privilégier pour traiter une MTEV dans un contexte néoplasique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Nouveaux anticoagulants oraux
- B - Antivitamine K
- C - Héparine de bas poids moléculaire
- D - Héparine non fractionnée
- E - Fondaparinux

QCM 15 Quelles sont les particularités de l'ulcère d'origine veineuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Il peut être précédé par une atrophie blanche de Milian
- B - Il est indolore, non creusant
- C - Il est souvent unique, et volumineux
- D - Il est suspendu, de siège péri-malléolaire
- E - Il est polycyclique, avec des contours en carte de géographie

QCM 7	Quelle est la prévalence de l'embolie pulmonaire asymptomatique chez les patients porteurs de TVP proximale ?
A -	Moins de 10%
B -	15 à 30%
C -	40 à 50%
D -	60 à 75%
E -	Plus de 80%
QCM 8	Concernant les D-dimères, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ce sont des produits de dégradation de la fibrine
B -	Ils sont par définition normaux en cas de coagulation intra-vasculaire disséminée
C -	Ils peuvent être élevés en cas de dissection aortique
D -	Ils conservent leur indication chez la femme enceinte
E -	Leur seuil de positivité chez les patients âgés de plus 50 ans peut être fixé à (âge du patient x 10)
QCM 9	Quels sont les éléments du score sPESI dans l'embolie pulmonaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Age > 70 ans
B -	Cancer, insuffisance cardiaque ou respiratoire chronique
C -	Fréquence cardiaque > 120 bpm
D -	Pression artérielle systolique < 110 mmHg
E -	Saturation en O2 < 90%
QCM 10	Quels éléments parmi les suivants peuvent faire partie de la prise en charge d'une embolie pulmonaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Fondaparinux 2.5 mg une injection sous-cutanée par jour
B -	Tinzaparine 175 UI/kg une injection sous-cutanée par jour
C -	Enoxaparine 100 UI/kg une injection sous-cutanée par jour
D -	Rivaroxaban 15 mg 2 fois par jour en traitement d'attaque pendant 3 semaines
E -	Altéplase 10 mg en bolus avec relais par 90 mg sur 2 heures
QCM 11	Quels signes peuvent être retrouvés à l'ECG dans un contexte d'embolie pulmonaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	ECG strictement normal
B -	Tachycardie sinusale
C -	Aspect S1Q3
D -	Bloc de branche droit complet ou incomplet
E -	Ondes T négatives de V1 à V4
QCM 12	Quelle est la durée d'anticoagulation recommandée pour une TVP distale isolée au décours d'une immobilisation par plâtre ?
A -	3 semaines
B -	6 semaines
C -	3 mois
D -	6 mois
E -	Aucune des réponses précédentes
QCM 13	Quelle est la durée d'anticoagulation recommandée pour une embolie pulmonaire survenue dans un contexte néoplasique ?
A -	3 semaines
B -	6 semaines
C -	3 mois
D -	6 mois
E -	Aucune des réponses précédentes

Questions isolées QCM N° 8

QCM 1	Concernant l'épidémiologie de la maladie thromboembolique veineuse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Son incidence annuelle est de 50 000 cas environ
B -	Son incidence annuelle est de 150 000 cas environ
C -	Elle est la cause de 5 000 à 10 000 décès par an
D -	Elle est la cause de 15 000 à 20 000 décès par an
E -	Sa prévalence augmente avec l'âge
QCM 2	Concernant les thromboses veineuses profondes (TVP), quelles sont les réponses exactes ?
A -	Les TVP de siège poplité font partie des TVP proximales
B -	Les TVP de siège poplité font partie des TVP distales
C -	Les TVP de siège gastrocnémienne font partie des TVP distales
D -	Les TVP de siège soléaire font partie des TVP proximales
E -	Les TVP de siège soléaire font partie des TVP distales
QCM 3	Quels sont les facteurs de risque transitoires et majeurs de la maladie thromboembolique veineuse, parmi les propositions suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Grossesse et post-partum
B -	Contraception orale oestroprogestative
C -	Immobilisation pendant plus de 3 jours
D -	Fracture de membre inférieur dans les 3 mois qui précédent
E -	Chirurgie orthopédique lourde récente
QCM 4	Quels sont les signes cliniques évocateurs de thrombose veineuse profonde ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Dilatation variqueuse des veines superficielles
B -	Douleur spontanée du membre inférieur d'apparition progressive
C -	Palpation d'un cordón veineux induré
D -	Signes inflammatoires locaux
E -	Œdème unilatéral ne prenant pas le godet
QCM 5	Quelles sont les causes habituelles de faux-positifs des D-dimères ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Age > 80 ans
B -	Syndrome inflammatoire
C -	Chirurgie récente
D -	Grossesse
E -	Cancer évolutif
QCM 6	Quelles sont les indications du bilan de thrombophilie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Tout épisode de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) chez la femme en âge de procréer
B -	Un premier épisode d'embolie pulmonaire ou de TVP proximale non provoqué avant l'âge de 60 ans
C -	Un premier épisode d'embolie pulmonaire ou de TVP proximale non provoqué avant l'âge de 65 ans
D -	Pas d'indication en cas de premier épisode de TVP distale non provoqué avant l'âge de 60 ans
E -	Indication en cas de récidive provoquée ou non de MTEV proximale avant l'âge de 65 ans

14 Réponse : B

- Rythme de surveillance des AAA asymptomatiques, fonction de leur diamètre :
- Entre 26 et 29 mm : contrôle à 5 ans
- Entre 30 et 34 mm : contrôle à 3 ans
- Entre 35 et 39 mm : contrôle à 1 an
- Plus de 40 mm : contrôle tous les 6 mois

15 Réponse : A B C D E

- Toujours penser à l'anévrisme de l'artère poplité chez un patient ayant un AAA
- Un pouls poplité trop bien perçu ou trop facilement perçu est suspect !

7 Réponse : A B C E

- A : C'est l'examen de première intention
- B et C : Dans le but de rechercher des FDRCV associés et d'autres localisations de la maladie athéromateuse (bilan d'extension) (ces examens sont systématiques)
- D : Seulement si l'on envisage une **revascularisation** au stade d'ischémie d'effort
- E : Cet examen permettra de confirmer que les douleurs de marche sont bien dues à l'AOMI, et pas à une autre cause potentiellement responsable (ex : douleur de sciatique)

8 Réponse : A C

- A et B : Une ischémie **critique ou chronique permanente** doit évoluer depuis **AU MOINS 15 jours**, sinon on s'orientera vers une ischémie aigüe !
- D : La pression mesurée au premier orteil sera < 30mmHg
- E : La TcPO₂ est justement indiquée à ce stade :
 - Sa valeur normale est supérieure à 60 mmHg
 - Au-dessus de 35 mmHg, l'artériopathie est bien compensée
 - En dessous de 35 mmHg, il existe une hypoxie tissulaire

9 Réponse : A B C D

- C : Oui l'antiagrégant plaquettaire est indiqué au **stade 2 de l'AOMI** (ischémie d'effort), pas avant, à bien retenir !
- E : Une simple anticoagulation préventive sera initiée, ne confondez pas avec **l'ischémie AIGUE de membre**, où l'obstruction est brutale et due à un thrombus, et le traitement anticoagulant permettra de limiter son extension

10 Réponse : B D

- A : Aucun examen ne retardera la prise en charge, le diagnostic d'ischémie aigüe est **CLINIQUE** :
 - Membre froid, pâle, douloureux, avec abolition d'un ou plusieurs pouls
- B et C : C'est l'HNF qui est préconisée dans cette indication (intervention chirurgicale rapide)
- E : **Pas de place pour l'angioscanner**, c'est l'artériographie qui guidera le geste ! Encore une fois, aucun examen ne doit retarder la prise en charge → risque d'amputation majeur !

11 Réponse : E

- L'HAS recommande un dépistage **ciblé, opportuniste et unique** de l'AAA dans les cas suivants :
 - Homme de 65 à 75 ans ancien fumeur ou fumeur actuel
 - Homme de 50 à 75 ans avec antécédent familial d'AAA
 - Pas d'indication chez les femmes d'après la HAS
 - Dépistage réalisé par écho-doppler

12 Réponse : A B D

- C et D : Les femmes sont beaucoup moins concernées par les AAA, néanmoins le risque de rupture sera plus important, à diamètre égal, chez elles.
- E : Tous ces facteurs de risque sont justes sauf un, le diabète !
 - Paradoxalement, le diabète est ici **plutôt protecteur**, car la rigidité artérielle (médiacallose) dont il est responsable a tendance à s'opposer à la dilatation des parois de l'artère

13 Réponse : A C E

- Ce sont les 3 Indications à opérer un AAA, retenez-les bien :
 - Tout AAA **symptomatique**, en urgence
 - AAA **asymptomatique de plus de 50 mm**
 - Et/ou AAA **asymptomatique dont la croissance est > 10 mm/an**

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 type="checkbox"/> 1ere idée	
1	Réponse : A C E <ul style="list-style-type: none">Les questions d'épidémiologie peuvent être très difficiles le jour J. Plus vous en savez mieux c'est !B : 10% des patients artériopathes nécessiteront un geste de revascularisation, 3% seront amputés <input checked="" type="checkbox"/>D : La prévalence des lésions carotidiennes significatives chez les patients AOMI dépend de l'âge <input type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">Elle est faible avant 50 ans et atteint 20% après 70 ans <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : A B <ul style="list-style-type: none">Première cause de mortalité chez les patients AOMI : les cardiopathies ischémiques (50% des cas) (logique si vous aviez coché que la prévalence de la coronaropathie en cas d'AOMI est 50% <input type="checkbox"/>)Les cancers liés au tabagisme (principal FDR d'AOMI) occupent le second rang (25%) <input checked="" type="checkbox"/>Viennent ensuite les AVC (15%) et les AAA (5 à 10%) <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Réponse : A D E <ul style="list-style-type: none">L'IPS est égal au rapport entre la pression systolique à la cheville et celle au bras. Vous devez savoir comment le calculer <input type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">On retiendra la pression la plus élevée des deux bras pour ce calcul, que ce soit le bras droit ou gauche, peu importe	
4	Réponse : A B C <ul style="list-style-type: none">Les seuils d'IPS à connaître <input type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">IPS > 1.3 : médiacalcose (diabète, insuffisance rénale chronique). Une AOMI peut être masquée : réaliser un IPS avec mesure de la pression au gros orteil au lieu de la cheville, si cet IPS est < 0.6 → AOMIEntre 0.9 et 1.3 : IPS normalEntre 0.75 et 0.9 : AOMI bien compenséeEntre 0.4 et 0.75 : AOMI peu compenséeIPS < 0.4 : AOMI avec refentissement sévère	
5	Réponse : B <ul style="list-style-type: none">La classification de Leriche et Fontaine est historique et actuellement remplacée par une classification à 3 stades : stade asymptotique, ischémie d'effort, ischémie critique. Néanmoins elle est encore présente dans les livres et certains dossiers, donc il est bon d'en avoir entendu parler au moins une fois :<ul style="list-style-type: none">Stade 1 : abolition de pouls sans symptômes <input checked="" type="checkbox"/>Stade 2 : claudication d'effort pour un périmètre de marche faible (IIA) ou important (IIB) <input checked="" type="checkbox"/>Stade 3 : claudication de repos <input checked="" type="checkbox"/>Stade 4 : troubles trophiques voire gangrène <input checked="" type="checkbox"/>	
6	Réponse : B C D E <ul style="list-style-type: none">A : Bien que ce soit tentant de le cocher, l'IPS ne fait pas partie du bilan minimal obligatoire face à la découverte d'une HTA ! (Au même titre que le fond d'œil, ou l'échocardiographie) <input checked="" type="checkbox"/>	

QCM 13 Quelles sont les indications au traitement chirurgical de l'anévrisme de l'aorte abdominale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Tout anévrisme symptomatique
- B - Anévrisme asymptomatique de plus de 40 mm
- C - Anévrisme asymptomatique de plus de 50 mm
- D - Anévrisme asymptomatique dont la croissance est supérieure à 0.5 cm par an
- E - Anévrisme asymptomatique dont la croissance est supérieure à 1 cm par an

QCM 14 Quel est le rythme de surveillance d'un anévrisme de l'aorte abdominale mesuré à 32 mm ?

- A - Echo-doppler de l'aorte abdominale à 5 ans
- B - Echo-doppler de l'aorte abdominale à 3 ans
- C - Echo-doppler de l'aorte abdominale à 1 an
- D - Echo-doppler de l'aorte abdominale à 6 mois
- E - Toutes les réponses précédentes sont fausses

QCM 15 Concernant les anévrismes de l'artère poplité, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Ils sont associés à un anévrisme de l'aorte abdominale dans 30% des cas
- B - Son principal risque évolutif est l'ischémie (aigüe ou critique) du membre inférieur
- C - Une prise en charge chirurgicale est indiquée lorsque son diamètre dépasse 20 mm
- D - Une prise en charge chirurgicale est indiquée lorsqu'il existe un thrombus intra-anévrismal important
- E - Une prise en charge chirurgicale est indiquée lorsqu'il existe une dégradation du lit vasculaire d'aval

QCM 7	Au stade d'ischémie d'effort, quelles sont les examens indiqués, parmi les suivants ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Echo-doppler artériel des membres inférieurs
B -	Glycémie à jeun et exploration d'une anomalie lipidique
C -	Echo-doppler des troncs supra-aortiques et de l'aorte abdominale
D -	Angioscanner des membres inférieurs ou angioIRM selon disponibilité
E -	Test de marche sur tapis roulant en cas de doute diagnostique
QCM 8	Concernant l'AOMI au stade d'ischémie critique, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle est définie par des douleurs de décubitus ou des troubles trophiques évoluant depuis plus de 15 jours
B -	Elle est définie par des douleurs de décubitus ou des troubles trophiques évoluant depuis moins de 15 jours
C -	La pression systolique mesurée à la cheville est inférieure à 50 mmHg par définition
D -	La pression systolique mesurée au premier orteil est normale par définition
E -	La mesure transcutanée de la pression en oxygène n'est pas indiquée à ce stade
QCM 9	Concernant la prise en charge thérapeutique d'un patient présentant une AOMI, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un inhibiteur d'enzyme de conversion sera indiqué dès le stade d'AOMI asymptomatique même en l'absence d'hypertension
B -	Une statine sera indiquée dès le stade d'AOMI asymptomatique même en l'absence de dyslipidémie
C -	Un antiagrégant plaquettaire sera indiqué dès le stade d'ischémie d'effort
D -	Au stade d'ischémie critique, l'objectif sera de sauver le membre
E -	Au stade d'ischémie critique, une anticoagulation curative sera initiée dans l'attente de la revascularisation
QCM 10	Concernant l'ischémie aiguë de membre inférieur, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Son diagnostic repose sur l'écho-doppler en urgence
B -	L'anticoagulation fait appel en première intention à l'héparine non fractionnée avec bolus initial et relais par 500 UI/kg/jour
C -	L'anticoagulation fait appel en première intention à l'héparine de bas poids moléculaire type enoxaparine 100 UI/kg 2 injections par jour
D -	La désobstruction à la sonde de Fogarty est la technique de référence en cas d'embolie sur artère saine
E -	L'angio-scanner permettra de guider la prise en charge
QCM 11	Quelles sont les indications du dépistage ciblé de l'anévrisme de l'aorte abdominale selon la HAS ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Homme âgé de 60 à 70 ans et tabagique actif
B -	Homme âgé de 60 à 70 ans et tabagique sévré
C -	Femme âgée de 65 à 75 ans et tabagique active
D -	Femme âgée de 65 à 75 ans et tabagique active
E -	Homme âgé de 50 à 75 ans avec antécédent familial d'anévrisme de l'aorte abdominale
QCM 12	Concernant l'anévrisme de l'aorte abdominale, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Sa définition est une dilatation focale et permanente de l'aorte, avec perte de parallélisme des parois, dont le diamètre est supérieur à 1.5 fois le diamètre d'amont
B -	Il est dit à croissance rapide s'il augmente de plus de 1 cm par an
C -	A diamètre égal, le risque de rupture est plus important chez l'homme
D -	A diamètre égal, le risque de rupture est plus important chez la femme
E -	Le tabagisme, l'âge, le sexe masculin, les antécédents familiaux et le diabète en sont les principaux facteurs de risque

Questions isolées QCM N° 7

QCM 1	Concernant l'épidémiologie de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Sa prévalence est supérieure à 20% chez les plus de 70 ans
B -	10% des patients présentant une AOMI seront amputés
C -	Un patient artériopathie sur deux est coronarien
D -	Un patient artériopathie sur trois présente des lésions carotidiennes avec sténose significative
E -	Son origine est le plus souvent athéromateuse
QCM 2	Concernant la mortalité chez les patients atteints d'AOMI, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle est élevée, à hauteur de 50% à 10 ans
B -	Les cardiopathies ischémiques sont la première cause de mortalité chez ces patients
C -	Les cancers liés au tabagisme sont la première cause de mortalité chez ces patients
D -	Les accidents vasculaires cérébraux sont la seconde cause de mortalité chez ces patients
E -	Les anévrismes de l'aorte abdominale sont la seconde cause de mortalité chez ces patients
QCM 3	Concernant l'indice de pression systolique (IPS), quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Pour le calculer, on utilisera la pression systolique la plus élevée au deux bras
B -	Pour le calculer, on utilisera la pression systolique la plus faible au deux bras
C -	Pour le calculer, on utilisera la moyenne des pressions systoliques aux deux bras
D -	On aura besoin d'un doppler dont la sonde pourra être placée en regard de l'artère pédieuse
E -	On aura besoin d'un doppler dont la sonde pourra être placée en regard de l'artère tibiale postérieure
QCM 4	Concernant l'indice de pression systolique (IPS), quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un IPS supérieur à 1.3 est le témoin d'une incompressibilité des artères
B -	Un IPS supérieur à 1.3 doit faire mesurer la pression artérielle au premier orteil
C -	Un IPS > 1.3 est un marqueur de risque cardio-vasculaire, au même titre qu'un IPS < 0.9
D -	Un IPS compris entre 0.6 et 0.9 correspond à une AOMI bien compensée
E -	Un IPS < 0.6 correspond à une AOMI avec retentissement sévère
QCM 5	Concernant l'ancienne classification de Leriche et Fontaine, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle comprend 5 stades de gravité croissante
B -	Le stade 1 correspond à une AOMI asymptomatique
C -	Les stades 2 et 3 correspondent à une ischémie d'effort survenant pour des périodes de marche respectivement faible et importante
D -	Le stade 4 correspond à une ischémie critique ou ischémie permanente chronique
E -	Le stade 5 correspond à l'apparition de troubles trophiques
QCM 6	Quelles sont les indications à rechercher une AOMI au stade asymptomatique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Lors du bilan minimal face à la découverte d'une hypertension artérielle
B -	Tout diabétique à partir de 40 ans
C -	Toute personne de plus de 50 ans ayant des facteurs de risque d'athérosclérose
D -	Tout sujet de plus de 70 ans
E -	En cas d'autre localisation athéromateuse

13	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> Avant de rechercher un hyperaldostéronisme, quelques règles doivent être respectées pour que les dosages puissent être interprétables <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Régime normosodé, kaliémie et kaliurèse normalisées Antagonistes des minéralocorticoïdes et inhibiteurs de la rénine arrêtés depuis au moins 6 semaines Diurétiques, bêta-bloqueurs, IEC et ARA 2 arrêtés depuis au moins 2 semaines Les inhibiteurs calciques et les alpha-bloquants peuvent être maintenus
14	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> A : Il existe souvent une part d'hypovolémie chez les patients très hypertendus, à cause de la natriurèse de pression. Cette déshydratation active le SRAA et constitue alors un véritable cercle vicieux. Ce processus peut être corrigé par l'apport modéré de sérum salé isotonique, en l'absence bien sûr d'OAP associé ! (La physiopathologie est votre amie) <input checked="" type="checkbox"/> C : Dans l'OAP hypertensif, ce sont les dérivés nitrés qui auront la préférence, et non les diurétiques, toujours à cause de cette part d'hypovolémie <input checked="" type="checkbox"/> D : Dans le phéochromocytome, les bêta-bloquants seuls sont effectivement contre-indiqués, mais le labétalol est un bêta-bloquant particulier car il possède aussi un effet alpha-bloquant <input checked="" type="checkbox"/> E : En cas de dissection aortique, les bêta-bloquants auront la préférence car ils diminueront les contraintes sur la paroi aortique et donc la progression de la dissection <input checked="" type="checkbox"/>
15	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Attention à bien lire la question, il s'agit ici de cocher les traitements contre-indiqués dans l'HTA gravidique ! <input checked="" type="checkbox"/> Il faut bien comprendre que l'HTA gravidique est une réponse adaptée de l'organisme à l'hypoperfusion fœtale par trouble de la placentation, elle doit donc être respectée tant que c'est possible <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> A : Le régime sans sel va aggraver l'hypovolémie et réduire la perfusion fœtale <input checked="" type="checkbox"/> B et C : Ces médicaments sont néphrotoxiques pour les fœtus !! Zéro si cochés aux ECN <input checked="" type="checkbox"/> D : Même principe que le régime sans sel ! <input checked="" type="checkbox"/>

7 Réponse : B C D E

- L'HTA du sujet de plus de 80 ans, quelques particularités à connaître ☐ :
 - Toujours se méfier de l'hypotension orthostatique
 - Le plus souvent systolique isolée, on visera une TA cible < 150 mmHg (et non < 140 mmHg)
 - On évitera le régime sans sel, on n'utilisera pas plus de 3 antihypertenseurs
 - Les dihydropyridines sont à privilégier (peu d'effets secondaires, baisse des résistances artérielles), de même que les diurétiques thiazidiques
 - On évaluera fréquemment les fonctions cognitives

8 Réponse : A B C E

- B et C : La réglisse et le pastis sans alcool contiennent de la glycyrrhizine, qui possède un effet minéralocorticoïde indirect responsable d'un pseudo-hyperaldostéronisme ☐
 - L'alcool est également pourvoyeur d'HTA ☐
- D : Ce sont les œstrogènes de synthèse qui sont incriminés dans l'HTA ☐

9 Réponse : A

- Les bêta-bloquants ne doivent jamais être prescrits seuls dans le phéochromocytome, en effet ils sont responsables d'une aggravation de l'HTA par levée du frein sur les récepteurs alpha-adrénergiques ☐
 - Donc il faut toujours les associer à des alpha-bloquants,
 - Ou alors utiliser un bêta-bloquant avec propriétés alpha-bloquantes (Labétalol)

10 Réponse : A C D E

- A : Le phéochromocytome est très souvent responsable d'une déshydratation et donc d'une activation du SRAA avec perte de potassium ☐ dans les urines et réabsorption de sodium pour maintenir la volémie
 - Il est donc très fréquent de trouver une hypokaliémie chez ces patients (comme dans les autres causes de déshydratation extra-cellulaire)
- B : Rien à voir, le mécanisme de l'HTA dans le SAOS est central, via l'hypercapnie
- C et D : Ce sont des pseudo-hyperaldostéronismes (tableaux d'HTA avec hypokaliémie à aldostérone basse). Le syndrome de Liddle est dû à une hyperactivation constitutive d'un canal eNaC, le même canal mis en jeu par l'aldostérone pour réabsorber du sodium contre du potassium ☐

11 Réponse : B C E

- A et B : A bien retenir, il faut au moins un diurétique thiazidique à dose optimale dans la trithérapie ☐
- D : C'est avant tout un souci d'observance du traitement ou des règles hygiéno-diététiques (alcool, automédication...) ☐
- E : Oui d'une manière générale on cherchera toujours à authentifier une HTA résistante par des mesures à domicile, celles au cabinet étant insuffisantes

12 Réponse : A B C D

- E : Le MIBG est un traceur qu'on utilise pour les scintigraphies myocardiques ou des parathyroïdes ☐
 - Dans le phéochromocytome, la scintigraphie au MIBG (ou à l'octréotide = somatostatine) permettra de visualiser les localisations ectopiques, extra-surrénaliennes (ou le scanner et l'IRM sont pris en défaut)

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"/> 1ère idée	
1	Réponse : B D E <ul style="list-style-type: none">A : Elle concerne 12 millions de personnes en France soit environ 20% des français <input type="checkbox"/>C : Elle est plus fréquente chez la FEMME, le sujet noir, l'obèse et le consommateur de sel <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- La sédentarité et la consommation d'alcool sont également des facteurs de risque <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none">Rien à ajouter de plus, vous devez retenir ces valeurs par cœur <input checked="" type="checkbox"/>- Pour ceux qui ne l'ont pas remarqué la MAPA des 24h est la moyenne des MAPA sommeil et éveil (la MAPA éveil comptant pour 2/3 de la moyenne puisqu'on passe les 2/3 de la journée éveillé...)	
3	Réponse : B C E <ul style="list-style-type: none">A : La règle des 3 ne porte pas forcément très bien son nom :<ul style="list-style-type: none">- Elle consiste en 3 mesures matin et soir (pas le midi) pendant 3 jours <input checked="" type="checkbox"/>D : Attention, il n'est pas recommandé pour les travailleurs de réaliser les automesures le weekend, le but étant d'obtenir des valeurs aussi représentatives que possible de la vie courante. En effet le weekend, période habituellement plus calme et moins stressante que la semaine, les chiffres peuvent être faussement rassurants <input checked="" type="checkbox"/>	
4	Réponse : A B <ul style="list-style-type: none">A savoir par cœur ! Le bilan paraclinique minimal face à toute HTA <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- ECG de repos- Exploration d'une anomalie lipidique- Kaliémie sans garrot (ou ionogramme plasmatique en pratique)- BU et créatininémie avec calcul du DFG- Glycémie à jeun	
5	Réponse : A B C D <ul style="list-style-type: none">E : Une protéinurie à plus de 300 mg sur 24 heures définit une maladie rénale associée <input checked="" type="checkbox"/><ul style="list-style-type: none">- C'est la microalbuminurie (30-300 mg/24h) qui définit une atteinte d'organes cibles- Faites bien la distinction entre maladie d'organe (IDM, AVC, maladie rénale) et atteinte d'organes cibles (atteinte paraclinique ou infraclinique par l'HTA) <input checked="" type="checkbox"/>	
6	Réponse : E <ul style="list-style-type: none">La classification de Kirkendall fait la distinction entre rétinopathie due à l'HTA et rétinopathie due à l'artérioscléroseSignes d'HTA <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- Stade 1 : Rétrécissement artériel diffus- Stade 2 : Exsudats cotonneux, hémorragies- Stade 3 : Oedème papillaireSignes d'artériosclérose <input checked="" type="checkbox"/>:<ul style="list-style-type: none">- Stade 1 : Signe du croisement- Stade 2 : Rétrécissement artériel localisé- Stade 3 : Thrombose vasculaire ou pré-thrombose, engainement artériel	

QCM 13	Quelles sont les précautions à prendre avant d'effectuer des dosages à la recherche d'un hyperaldostéronisme ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Apport sodé normalisé pendant les 3 jours qui précèdent les dosages
B -	Arrêt des inhibiteurs de l'enzyme de conversion depuis au moins 6 semaines
C -	Arrêt des antagonistes minéralocorticoïdes depuis au moins 6 semaines
D -	Les bêta-bloquants peuvent être maintenus
E -	Les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II peuvent être maintenus, contrairement aux IEC
QCM 14	Concernant la prise en charge des urgences hypertensives, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un remplissage vasculaire même modéré sera contre-indiqué systématiquement
B -	Il est raisonnable de viser une baisse de 25% de la tension artérielle sur une période de 2 heures
C -	En cas d'œdème aigu du poumon associé, les diurétiques auront la préférence
D -	En cas de phéochromocytome, les bêta-bloquants type labétalol seront contre-indiqués
E -	En cas de dissection aortique associée, la nicardipine (LOXEN [®]) ou l'urapidil (EUPRESSYL [®]), par voie parentérale, auront la préférence
QCM 15	Concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle gravidique, quels sont les éléments parmi les suivants, qui sont contre-indiqués ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Régime pauvre en sel
B -	TraITEMENT par inhibiteur de l'enzyme de conversion
C -	TraITEMENT par antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II
D -	TraITEMENT par diurétique
E -	TraITEMENT par inhibiteur calcique

QCM 6	Concernant la classification de Kirkendall de la rétinopathie hypertensive, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le stade I correspond à un signe du croisement
B -	Le stade II correspond à un rétrécissement artériel diffus
C -	Le stade III correspond à des hémorragies rétiennes ou des exsudats cotonneux
D -	Le stade III correspond à une thrombose vasculaire avec engainement artériel
E -	Toutes les réponses précédentes sont fausses
QCM 7	Concernant l'hypertension artérielle chez un sujet âgé de plus de 80 ans, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	L'hypertension artérielle est fréquemment diastolique isolée
B -	Une pression artérielle systolique inférieure à 150 mmHg sera visée, sans hypotension orthostatique associée
C -	Un régime pauvre en sel n'est pas recommandé
D -	On ne prescrira pas plus de 3 anti-hypertenseurs
E -	Les dihydropyridines sont intéressantes dans ce contexte
QCM 8	Quelles causes iatrogènes ou toxiques d'hypertension artérielle connaissez-vous ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
B -	Bâtons de réglisse
C -	Pastis avec ou sans alcool
D -	Contraception à base d'œstrogènes naturels
E -	Sevrage en opiacés
QCM 9	Que pouvez-vous suspecter en priorité face une hypertension artérielle s'aggravant sous β-bloquants ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Phéochromocytome
B -	Syndrome de Cushing
C -	Coarctation aortique
D -	Hyperthyroïdie
E -	Hyperaldostéronisme primaire
QCM 10	Quelles causes secondaires d'hypertension artérielle peuvent être responsables d'une hypokaliémie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Phéochromocytome
B -	Syndrome d'apnées du sommeil
C -	Syndrome de Cushing
D -	Syndrome de Liddle
E -	Contraception à base d'œstrogènes de synthèse
QCM 11	Concernant l'hypertension artérielle résistante, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle est définie par une HTA résistante à une trithérapie contenant un inhibiteur de l'enzyme de conversion associée à des règles hygiéno-diététiques bien suivies
B -	Elle est définie par une HTA résistante à une trithérapie contenant un diurétique thiazidique associée à des règles hygiéno-diététiques bien suivies
C -	Elle doit faire rechercher une cause secondaire d'HTA
D -	Elle est le plus souvent due à un hyperaldostéronisme passé inaperçu
E -	Elle nécessite systématiquement une confirmation par MAPA ou automesures tensionnelles
QCM 12	En cas de suspicion de phéochromocytome, quel(s) examen(s) pouvez-vous prescrire à visée diagnostique ?
A -	Scanner ou IRM des surrenales
B -	Scintigraphie à l'octréotide
C -	Dosage urinaire des dérivés méthoxylés
D -	Scintigraphie au MIBG
E -	Scintigraphie au MIBI

Questions isolées QCM N° 6

QCM 1	Concernant l'épidémiologie de l'hypertension artérielle, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle concerne environ 10% des français
B -	Sa prévalence est supérieure à 50% chez les plus de 80 ans
C -	Elle est plus fréquente chez l'homme et le sujet noir
D -	Elle est plus fréquente chez les obèses
E -	C'est la plus fréquente des maladies chroniques
QCM 2	Concernant la définition de l'hypertension artérielle, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Au cabinet, elle est définie par une pression systolique ≥ 140 mmHg et/ou une pression diastolique ≥ 90 mmHg
B -	A l'automesure, elle est définie par une pression systolique ≥ 135 mmHg et/ou une pression diastolique ≥ 85 mmHg
C -	A la mesure ambulation de pression artérielle (MAPA), elle est définie par une pression systolique moyenne des 24h ≥ 130 mmHg et/ou une pression diastolique moyenne des 24h ≥ 80 mmHg
D -	A la mesure ambulation de pression artérielle (MAPA), elle est définie par une pression systolique moyenne à l'éveil ≥ 135 mmHg et/ou une pression diastolique moyenne à l'éveil ≥ 85 mmHg
E -	A la mesure ambulation de pression artérielle (MAPA), elle est définie par une pression systolique moyenne pendant le sommeil ≥ 120 mmHg et/ou une pression diastolique moyenne pendant le sommeil ≥ 70 mmHg
QCM 3	Quelles sont les modalités de réalisation de l'automesure tensionnelle à domicile ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Mesure standardisée selon la « règle des 3 » : 3 mesures matin, midi et soir, pendant 3 jours
B -	Préférer la mesure au bras à celle au poignet
C -	En cas de mesure au poignet, le brassard sera à hauteur du cœur
D -	Les personnes travaillant en semaine peuvent réaliser les automesures pendant le weekend
E -	Certains appareils possèdent une fonction de mémorisation des mesures tensionnelles
QCM 4	Quels sont les éléments du bilan paraclinique de première intention de toute hypertension artérielle ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	ECG 12 dérivations de repos
B -	Kallérite sans garrot
C -	Fond d'œil
D -	Bandollette urinaire +/- créatininémie
E -	Echographie cardiaque
QCM 5	Quelles sont les atteintes d'organes cibles secondaires à l'hypertension artérielle ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Hypertrophie ventriculaire gauche ≥ 125 g/m ² chez un homme
B -	Hypertrophie ventriculaire gauche ≥ 110 g/m ² chez une femme
C -	Une épaisseur intima-média carotidienne mesurée à plus de 0.9 mm
D -	Une vitesse d'onde de pouls carotido-fémorale > 12 m/s
E -	Protéinurie des 24 heures supérieure à 300 mg

Réponse : A C E

- A savoir !
 - **La surveillance des transaminases est systématique** : arrêter le traitement si ALAT et/ou ASAT > 3N
 - **La surveillance des CPK n'est pas systématique**, le dosage se faisant sur points d'appel (myalgies par exemple) ou sur terrain particulier favorisant la rhabdomolyse (hypothyroïdie, association à d'autres hypolipémiants, patient âgé...) ☐

9	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Il s'agit ici de rechercher une cause secondaire de dyslipidémie ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - TSH seule (pas la T4 en première intention) → hypothyroïdie - Glycémie à jeun → DT2 - Créatinine, DFG, protéinurie → maladie rénale chronique - Bilan hépatique complet → cholestase, stéatose hépatique (retentissement de la dyslipidémie)
10	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Rétenez les principaux chefs de file ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Thiazidiques, β-bloquants (d'autant plus si associés) - Rétinoïdes, œstrogènes, corticoïdes - Immunosuppresseurs - Anti-protéases (VIH) - Psychotropes
11	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> A savoir par cœur ☐ ! Pour fixer une cible de LDLc en prévention primaire, on prendra en compte les FDRCV suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Homme > 50 ans ou femme > 60 ans - Antécédent familiaux d'IDM ou mort subite (avant 55 ans chez un parent du 1^{er} degré masculin, avant 65 ans chez un parent du 1^{er} degré féminin) - Tabagisme actif ou sevré < 3 ans - HTA traitée ou non - DT2 traité ou non - HDLc < 0.4 g/L quel que soit le sexe - Si HDLc > 0.6 g/L → facteur protecteur, retirer un FDR parmi les précédents
12	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none"> Patient en prévention primaire, présentant au moins 3 facteurs de risque CV : LDLc < 1.3 g/L <ul style="list-style-type: none"> - 0 FDRCV → LDLc < 2.2 g/L ☐ - 1 FDRCV → LDLc < 1.9 g/L ☐ - 2 FDRCV → LDLc < 1.6 g/L ☐ - ≥ 3 FDRCV → LDLc < 1.3 g/L ☐ - Prévention secondaire → LDLc < 1.0 g/L voire < 0.7 g/L ☐
13	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les recommandations ESC de 2012 diffèrent de celles de l'AFSSAPS, il est bon d'en avoir entendu parler au moins une fois ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Risque CV très élevé (prévention secondaire, SCORE > 10%) → LDLc < 0.7 g/L - Risque CV élevé (SCORE compris entre 5 et 10%) → LDLc < 1 g/L - Risque CV modéré (SCORE compris entre 1 et 5%) → LDLc < 1.15 g/L - Risque CV faible (SCORE < 1%) → LDLc < 1.6 g/L D : Ce sera 0.7 g/L et pas 1 g/L selon les recos ESC en prévention secondaire
14	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> B : Les fibrates sont des AGONISTES des récepteurs PPAR-α ☐ (la pharmacologie ça discrimine...) C : Les fibrates sont déconseillés en association aux statines (contre-indicative relative sauf pour le gemfibrozil, qu'il est absolument contre-indiqué d'associer aux statines) <ul style="list-style-type: none"> - Mais l'ézetimibe peut être utilisé en association avec les statines en cas d'échec de celle-ci, ou alors utilisé seul en cas de contre-indications ou intolérance aux statines ☐ - L'ézetimibe est un inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol alimentaire ☐

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"/> Éliminer les incorrectes, <input type="checkbox"/> 1ere idée	
1	Réponse : B E <ul style="list-style-type: none">• Chez un patient indemne de FDRCV, un bilan lipidique normal est <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- LDLc < 1.6 g/L (4.1 mmol/L)- HDLc > 0.4 g/L (1 mmol/L) (chez la femme, HDLc > 0.5 g/L)- Triglycérides < 1.5 g/L (1.7 mmol/L)	
2	Réponse : B C D E <ul style="list-style-type: none">• A connaître par cœur, les Indications du bilan lipidique en prévention primaire <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- DT2, pas le DT1- HTA, tabagisme, obésité ou tour de taille > 94 cm (homme) ou > 80 cm (femme)- Insuffisance rénale chronique, maladie CV, maladie inflammatoire chronique- ATCD familiaux de dyslipidémie ou maladie CV précoce- Homme de plus de 40 ans, femme de plus de 50 ans- Traitement par corticoïdes, rétinoïdes, ou anti-VIH	
3	Réponse : C D E <ul style="list-style-type: none">• Cf QCM 3	
4	Réponse : D <ul style="list-style-type: none">• Attention à toujours bien lire les énoncés, on vous demande ici de cocher les réponses INEXACTES X (une question de ce genre était présente dans les QI aux ECN de 2016...) <input checked="" type="checkbox"/>	
5	Réponse : A C E <ul style="list-style-type: none">• Les signes cliniques d'hypercholestérolémie (inconstants) <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Arc cornéen ou gérontoxon (non significatif après 50 ans)- Xanthélasmas (dépôts sur les paupières)- Xanthomes tendineux (tendons des extenseurs, tendon d'Achille)- Xanthomes des plans cutanés (fesses, mains)- Xanthomes tubéreux	
6	Réponse : B C <ul style="list-style-type: none">• Les signes cliniques d'hypertriglycéridémie (inconstants également) <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Hépatomégalie stéatosique- Splénomégalie- Xanthomes cutanés éruptifs (épargnent la face, non prurigineux, non douloureux)- Lipémie rétinienne	
7	Réponse : C D <ul style="list-style-type: none">• Hypercholestérolémie polygénique <input checked="" type="checkbox"/> : prévalence de 1 à 2%<ul style="list-style-type: none">- Pas de caractère familial marqué, les complications CV sont plus tardives que dans les formes familiales monogéniques- A <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>• Dyslipidémie combinée familiale <input checked="" type="checkbox"/> : prévalence de 1%, révélation à l'âge adulte avec plusieurs phénotypes variables dans le temps et chez un même sujet (HyperTG isolée, hypercholestérolémie isolée, dyslipidémie mixte)	
8	Réponse : A <ul style="list-style-type: none">• Hypercholestérolémie familiale monogénique homozygote <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Exceptionnelle (1 / 1 000 000) mais gravissime- Transmission autosomique dominante- Infarctus précoces avant l'âge de 20 ans en l'absence de prise en charge	

QCM 13	Concernant les niveaux de LDLc d'après les recommandations ESC de 2012, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un patient dont le SCORE est $\geq 20\%$ doit avoir un LDLc $< 0.7 \text{ g/L}$ ou réduit d'au moins 50%
B -	Un patient dont le SCORE est compris entre 10 et 20% doit avoir un LDLc $< 1 \text{ g/L}$
C -	Un patient à risque moyen doit avoir un LDLc $< 1.15 \text{ g/L}$
D -	Un patient ayant comme antécédent un infarctus du myocarde doit avoir un LDLc $< 1 \text{ g/L}$ ou $< 0.7 \text{ g/L}$
E -	Un patient dont le SCORE est $< 1\%$ doit avoir un LDLc $< 1.6 \text{ g/L}$
QCM 14	Concernant les médicaments hypolipémiants, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Les statines sont des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase
B -	Les fibrates sont des antagonistes des récepteurs nucléaires PPAR- α
C -	L'ézétimibe et les fibrates sont contre-indiqués en association avec les statines
D -	Les fibrates sont le traitement médicamenteux de première intention des hypertriglycéridémies sévères isolées réfractaires aux règles hygiéno-diététiques
E -	La colestyramine est une résine échangeuse d'ions séquestrant les acides biliaires
QCM 15	Concernant la surveillance d'un patient traité par statine, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Une surveillance du bilan hépatique pendant le traitement est systématique
B -	Une surveillance des CPK pendant le traitement est systématique
C -	Un taux de CPK ≥ 5 fois la normale devra faire arrêter le traitement
D -	Un taux de CPK ≥ 3 fois la normale devra faire arrêter le traitement
E -	5 à 10% des patients traités par statines sont concernés par les myalgies

QCM 7	Quels sont les types de dyslipidémie primitive les plus fréquents, parmi les suivants ?
A -	Hypercholestérolémies familiales monogéniques par mutation du gène du récepteur du LDLc
B -	Hypercholestérolémies familiales monogéniques par mutation du gène de l'apoB
C -	Hypercholestérolémies polygéniques
D -	Dyslipidémie combinée familiale
E -	Dysbétalipoprotéinémie
QCM 8	Quelle dyslipidémie, parmi les suivantes, est la plus grave sur le plan cardio-vasculaire ?
A -	Hypercholestérolémie familiale monogénique de forme homozygote
B -	Hyperchylomicroémie
C -	Dysbétalipoprotéinémie
D -	Hypercholestérolémie familiale monogénique de forme hétérozygote
E -	Hypertriglycéridémie familiale
QCM 9	Quel est le bilan paraclinique minimal face à une découverte de dyslipidémie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	TSH et T4
B -	Glycémie à jeun
C -	Créatininémie et calcul de la clairance
D -	Protéinurie
E -	Transaminases, gamma-GT et phosphatases alcalines
QCM 10	Quelles sont les causes possibles de dyslipidémie secondaire, parmi les suivantes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Ciclosporine, sirolimus ou évérolimus
B -	β-bloquants
C -	Inhibiteurs des protéases
D -	Diurétiques thiazidiques
E -	Diurétiques de l'anse
QCM 11	Quels sont les facteurs de risque cardiovasculaire à prendre en compte pour l'objectif de LDLc à en prévention primaire, selon les recommandations de l'AFSSAPS de 2005 ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Homme de plus de 55 ans
B -	Femme de plus de 65 ans
C -	Diabète de type 2 non traité
D -	Hypertension artérielle non traitée
E -	Un HDLc > 0.6 g/L sera un facteur protecteur
QCM 12	Un patient de 57 ans présente une hypercholestérolémie isolée (LDLc à 1.75 g/L et HDLc à 0.3 g/L), un diabète de type 2 traité par metformine et une hypertension artérielle traitée par IEC. Quel sera son seuil de LDLc selon les recommandations de l'AFSSAPS de 2005 ?
A -	Le LDLc devra être < 2.2 g/L
B -	Le LDLc devra être < 1.9 g/L
C -	Le LDLc devra être < 1.6 g/L
D -	Le LDLc devra être < 1.3 g/L
E -	Le LDLc devra être < 1 g/L voire 0.7 g/L

Questions isolées QCM N° 5

QCM 1	Quelles sont les valeurs normales du bilan lipidique chez un homme sans facteurs de risque cardio-vasculaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	LDL-cholestérol < 1.4 g/L
B -	Triglycérides < 1.5 g/L
C -	Triglycérides < 4 g/L
D -	HDL-cholestérol > 0.6 g/L
E -	HDL-cholestérol > 0.4 g/L
QCM 2	Quelles sont les indications à réaliser un bilan lipidique en prévention primaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Diabète de type 1
B -	Diabète de type 2
C -	Hypertension artérielle
D -	Insuffisance rénale chronique
E -	Maladie inflammatoire chronique
QCM 3	Quelles sont les indications à réaliser un bilan lipidique en prévention primaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Homme de plus de 50 ans
B -	Femme de plus de 60 ans
C -	Tabagisme actif
D -	Traitement par rétinoïdes
E -	Un bilan lipidique de dépistage ne sera pas recommandé après 80 ans
QCM 4	Concernant l'exploration d'une anomalie lipidique (EAL), quelles sont les réponses inexactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle sera réalisée après 12 heures de jeûne
B -	Un aspect clair ou limpide du sérum après décantation sera en faveur d'une hypercholestérolémie
C -	Un aspect opalescent ou lactescent du sérum après décantation sera en faveur d'une hypertriglycéridémie ou d'une dyslipidémie mixte
D -	Le calcul du LDLc se fera selon la formule de Fredrickson
E -	Le calcul du LDLc se fera selon la formule de Friedewald
QCM 5	Quels sont, parmi les suivants, les signes cliniques possibles d'hypercholestérolémie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Arc coméen
B -	Xanthomes cutanés éruptifs
C -	Xanthélasmas
D -	Lipémie rétinienne
E -	Xanthomes tendineux
QCM 6	Quels sont, parmi les suivants, les signes cliniques possibles d'hypertriglycéridémie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Xanthomes des plans cutanés
B -	Splénomégalie
C -	Hépatomégalie stéatosique
D -	Gérontoxon
E -	Xanthélasmas

15

Réponse : A B C

- **Très haut risque CV** :
 - Prévention secondaire
 - DT 1 ou 2 avec un FDR associé ou une atteinte d'organe cible (microalbuminurie)
 - IRC sévère (DFG < 30)
 - SCORE > 10%
- **Haut risque CV** :
 - Un seul FDR isolé mais fort (hypercholestérolémie familiale, HTA sévère...)
 - DT 1 ou 2 isolé
 - IRC modérée (30 < DFG < 60)
 - SCORE > 5% et < 10%

8	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout diabétique est considéré d'emblée à haut risque cardio-vasculaire • Pour les valeurs cibles d'HbA1c, il existe un mémo sur le site de la HAS qui résume bien les dernières recommandations : <ul style="list-style-type: none"> - Chez la plupart des DT2, HbA1c cible $\leq 7\%$ - En cas de DT2 nouvellement diagnostiquée chez un patient sans atteinte CV et espérance de vie > 15 ans, viser 6.5% - En cas de comorbidités importantes, de complications macrovasculaires importantes, viser 8%
9	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le premier facteur de risque d'infarctus du myocarde est l'hypercholestérolémie • Le premier facteur de risque d'AOMI est le tabagisme • Le premier facteur de risque d'AVC est l'hypertension artérielle <ul style="list-style-type: none"> - Retenez bien ces 3 associations
10	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cf QCM 9
11	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cf QCM 9
12	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • A : Le SCORE évalue le risque de mortalité CV à 10 ans contrairement au modèle de Framingham qui évalue le risque d'évènements CV à 10 ans • E : Le SCORE prend en compte : l'âge, le sexe, le cholestérol total, le tabagisme, la pression artérielle systolique, le HDLc (mais pas le LDLc)
13	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • A, B, C : En effet ces sous-groupes de patients sont d'emblée considérés à haut risque CV et devront bénéficier d'une prise en charge agressive de leurs FDRCV • D et E : Les seuils du SCORE : <ul style="list-style-type: none"> - Risque faible $< 1\%$ - Risque modéré entre 1 et 5% - Risque élevé entre 5 et 10% - Risque très élevé $\geq 10\%$
14	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • A et B : Il faut privilégier les graisses mono ou poly-insaturées aux graisses saturées <ul style="list-style-type: none"> - Retenez que « saturé c'est pas bien » si vous confondez les deux • C : Ce qui équivaut à 30 minutes d'activité physique modérée 5 jours sur 7 • D : Pour les gens qui n'ont pas forcément le temps pour pratiquer une activité physique en semaine (même de la marche) il y a la solution de pratiquer une activité (plus intense mais plus courte) le weekend (par exemple un footing)

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, X
Éliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : A

- B : Le risque de rupture d'une plaque athéromateuse est maximal quand celle-ci est jeune et peu remaniée
- C et D : La localisation la plus fréquente est l'aorte abdominale
- E : Polyathérome = au moins 2 territoires atteints

Réponse : A C E

- A : Ce qui explique pourquoi les patients artériopathes ne meurent pas le plus souvent de leur artériopathie mais d'**infarctus du myocarde**
- B : Si la coronaropathie est présente chez un artériopathe sur deux, l'inverse n'est pas vrai : 20% des coronariens présentent une AOMI
- D : Actuellement la mortalité cardiovasculaire occupe le **second rang** en France, grâce à l'amélioration de la prise en charge depuis une trentaine d'années

Réponse : B

- Retenez qu'on va de la tête aux pieds !
 - La priorité va aux carotides : risque de bas débit cérébral peropératoire en cas sténose significative puis ensuite aux coronaires
 - Astuce : dans ce genre de QCM on peut procéder par élimination, ici la proposition « membres inférieurs » est placée en dernier à 4 reprises, on peut donc éliminer celle où elle est première, si ce QCM pose problème

Réponse : B C

- A : C'est la première cause de décès évitables !
- C, D, E : Le tabac est le premier facteur de risque d'**artériopathie des membres inférieurs**,
 - Le second facteur de risque d'infarctus du myocarde après les dyslipidémies
 - (Le premier facteur de risque d'AVC est l'HTA)

Réponse : A C

- B : L'effet pro-athéromateux est **dose-dépendant**
- D : Chez les 18-34 ans, il existe **50% de fumeurs** !
- E : La contraception oestroprogestative est contre-indiquée de manière **absolue** après 35 ans chez les fumeuses
 - Avant 35 ans, cette contre-indication est seulement relative

Réponse : D E

- A savoir par cœur !
 - IDM ou mort subite chez un parent **masculin** du premier degré avant l'âge de **55 ans**
 - IDM ou mort subite chez un parent **féminin** du premier degré avant l'âge de **65 ans**
 - (Voir AVC avant l'âge de 45 ans chez un parent du premier degré)

Réponse : D

- A savoir ! Le **syndrome métabolique** nécessite obligatoirement un tour de taille > 102 cm (homme) ou > 96 cm (femme) (voire 94 cm et 80 cm dans les recos européennes) + 2 critères parmi :
 - TG > 1.5 g/L
 - HDLc < 0.4 g/L (homme) ou < 0.5 g/L (femme)
 - Tension artérielle ≥ 130/85 mmHg ou HTA traitée
 - Glycémie à jeun ≥ 1.10 g/L ou DT2 traité

QCM 14

Quelle(s) règle(s) hygiéno-diététique(s) parmi les suivantes pouvez-vous recommander à un(e) patient(e) en prévention primaire du risque cardio-vasculaire ?

- A - Préférer les acides gras saturés aux acides gras insaturés
- B - Préférer les acides gras insaturés aux acides gras saturés
- C - Recommander au moins 150 minutes d'activité physique modérée par semaine
- D - Recommander au moins 75 minutes d'activité physique intense par semaine
- E - Limiter sa consommation quotidienne d'alcool à 20 g/j si c'est homme, 10 g/j si c'est une femme

QCM 15

Concernant les niveaux de risque cardio-vasculaire en prévention primaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Un diabétique de type 1, tabagique actif et hypertendu est à très haut risque
- B - Un diabétique de type 2, tabagique actif et hypertendu est à très haut risque
- C - Une jeune femme présentant une hypercholestérolémie familiale isolée est à haut risque
- D - Un insuffisant rénal chronique dont le DFG est compris entre 60 et 90 mL/min/m² est à haut risque
- E - Un diabétique de type 2 présentant une microalbuminurie sans autre facteur de risque ou atteinte d'organe cible est à haut risque

QCM 7	Quels sont les critères définissant le syndrome métabolique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un tour de taille \geq 90 cm chez l'homme et \geq 80 cm chez la femme est un critère indispensable
B -	Tension artérielle \geq 140/90 mmHg
C -	LDLc $>$ 1.60 g/L
D -	Triglycérides $>$ 1.50 g/L
E -	Glycémie à jeun \geq 1.26 g/L à deux reprises
QCM 8	Concernant le diabète, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il existe 2 000 000 de diabétiques en France
B -	10 à 15% sont diabétiques de type 1
C -	85 à 90% sont diabétiques de type 2
D -	Un diabétique de type 2 sans comorbidité majeure aura une HbA1c cible \leq 7% voire \leq 6.5%
E -	Un diabétique de type 2 avec un antécédent d'infarctus du myocarde compliqué d'une insuffisance cardiaque séquellaire aura une HbA1c cible \leq 8%
QCM 9	Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire suivants, lequel est le plus fortement associé à l'infarctus du myocarde ?
A -	Hypertension artérielle
B -	Hypercholestérolémie
C -	Tabagisme actif
D -	Diabète
E -	Hypertriglycéridémie
QCM 10	Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire suivants, lequel est le plus fortement associé à l'artériopathie des membres inférieurs ?
A -	Hypertension artérielle
B -	Hypercholestérolémie
C -	Tabagisme actif
D -	Diabète
E -	Hypertriglycéridémie
QCM 11	Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire suivants, lequel est le plus fortement associé aux accidents vasculaires cérébraux ?
A -	Hypertension artérielle
B -	Hypercholestérolémie
C -	Tabagisme actif
D -	Diabète
E -	Hypertriglycéridémie
QCM 12	Concernant le modèle SCORE, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il évalue le risque d'événements cardiovasculaires à 10 ans
B -	Il évalue le risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans
C -	Il existe une version pour les populations à bas risque (par exemple la France)
D -	Il prend en compte, entre autres, l'âge et le sexe
E -	Il prend en compte, entre autres, le HDLc et le LDLc
QCM 13	Concernant le modèle SCORE, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il ne s'adresse pas aux patients en prévention secondaire
B -	Il ne s'adresse pas aux patients diabétiques
C -	Il ne s'adresse pas aux patients insuffisants rénaux
D -	Un SCORE \geq 5% mais $<$ 10% indique un risque cardiovasculaire global modéré
E -	Un SCORE \geq 10% indique un risque cardiovasculaire global élevé

Questions isolées QCM N° 4

QCM 1	Concernant l'athérosclérose, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	La strie lipidique, lésion initiale, est présente dès l'enfance
B -	Le risque de rupture d'une plaque athéromateuse augmente à mesure qu'elle vieillit
C -	Sa localisation la plus fréquente est carotidienne
D -	Sa localisation la plus fréquente est coronarienne
E -	Un malade est dit polyathéromateux s'il présente aux moins 3 territoires artériels atteints
QCM 2	Concernant l'épidémiologie de la maladie athéromateuse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses exactes)
A -	Chez un patient présentant une artériopathie des membres inférieurs, l'atteinte coronaire est présente dans 50% des cas
B -	Chez un patient coronarien, une artériopathie des membres inférieurs sera présente dans 50% des cas
C -	Chez un patient coronarien, une sténose carotidienne sera présente dans 20% des cas
D -	La mortalité cardio-vasculaire est actuellement la première cause de mortalité en France
E -	L'incidence des maladies cardio-vasculaires est 5 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme
QCM 3	Chez un patient polyathéromateux, hors urgence, quel est l'ordre de réparation chirurgicale de ses lésions ?
A -	Coronaires, carotides, aorte abdominale puis membres inférieurs
B -	Carotides, coronaires, aorte abdominale puis membres inférieurs
C -	Aorte abdominale, coronaires, carotides puis membres inférieurs
D -	Aorte abdominale, carotides, coronaires puis membres inférieurs
E -	Membres inférieurs, aorte abdominale, coronaires puis carotides
QCM 4	Concernant le tabagisme en France, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	C'est la deuxième cause de mortalité évitable en France après l'alcool
B -	On lui attribue près de 73 000 décès par an dont un quart sont de cause cardio-vasculaire
C -	C'est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde
D -	C'est le premier facteur de risque d'accident vasculaire cérébral
E -	C'est le deuxième facteur de risque d'artériopathies des membres inférieurs
QCM 5	Concernant le tabagisme en France, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Il est responsable d'une diminution du taux de HDL-cholestérol
B -	Son effet pro-athéromateux est indépendant de la dose
C -	Il favorise également le spasme coronaire
D -	La prévalence du tabagisme chez les 18-34 ans est de 25%
E -	La contraception oestroprogestative est contre-indiquée de manière absolue chez la fumeuse active
QCM 6	Quels sont les éléments parmi les suivants à prendre en compte pour l'évaluation du risque cardio-vasculaire d'un patient ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Mort subite dans la famille à tout âge
B -	Infarctus du myocarde chez la mère avant l'âge de 55 ans
C -	Infarctus du myocarde chez le père avant l'âge de 60 ans
D -	Infarctus du myocarde chez la sœur avant l'âge de 65 ans
E -	Infarctus du myocarde chez le frère avant l'âge de 55 ans

8 Réponse : B C E

- A : C'est une hypertrophie auriculaire GAUCHE
- B : Oui, c'est l'hypertrophie auriculaire droite
- D : Les ondes T négatives sont plutôt localisées en antéro-septal (V1 à V3), trouble de la repolarisation sur le bloc de branche droit

9 Réponse : C

- La sclérodermie est la première connectivité responsable d'HTAP (groupe 1) , notamment dans sa forme limitée (ancien CREST syndrome)
 - D'où l'importance de systématiquement rechercher des arguments en sa faveur à l'examen clinique : phénomène de Raynaud, calcinose sous-cutanée...

10 Réponse : B C D

- A : Dyspnée d'effort présente chez l'enfant en âge de se plaindre mais pas **chez un nouveau-né**
- D et E : Le syndrome d'Eisenmenger est lié à une HTAP évoluée (fixée, irréversible) compliquant une cardiopathie congénitale avec shunt initialement gauche-droite (CIV, CIA...). L'élévation des pressions pulmonaires est responsable d'une inversion de ce shunt (→ droite-gauche) avec apparition d'une cyanose

11 Réponse : A B D E

- C : Stade 2 : dyspnée pour la montée de plus de 2 étages ou la marche rapide à plat ou la marche en côte
 - Stade 3 : dyspnée pour la montée de moins de 2 étages ou à la marche en terrain plat
- E : Oui elle est peu reproductible mais reste la référence en cardiologie

12 Réponse : B

- A retenir, les valeurs de BNP et NT-proBNP (le NT-proBNP étant fonction de l'âge) :
 - BNP < 100 → IC peu probable ; BNP > 400 → IC très probable
 - IC très probable si : NT-proBNP > 450 (âge < 50 ans) ; NT-proBNP > 900 (âge entre 50 et 75 ans) ; NT-proBNP > 1800 (âge > 75 ans)

13 Réponse : A B C

- A : Penser au « pseudo-asthme cardiaque » chez un patient âgé qui présente un tableau de crise d'asthme ! Les sibyllants signent l'œdème interstitiel en début d'OAP
- E : Classiquement l'auscultation pulmonaire est normale en cas d'EP !

14 Réponse : B C D E

- A : La pneumopathie d'inhalation est classiquement localisée au lobe inférieur droit, du fait de la verticalité de la bronche souche droite par rapport à la gauche, rendant la descente d'un corps étranger plus facile de ce côté

15 Réponse : A B C D E

- N'oubliez pas les causes extra-cardiaques et extra-respiratoires de dyspnée telles que :
 - Les pathologies neuromusculaires comme la myasthénie
 - Les dyspnées liées à une atteinte neurologique centrale
 - Les dyspnées liées à une cause métabolique (acidocétose, consommation de toxiques...)

16 Réponse : B C

- Parmi les signes de détresse respiratoire, on peut distinguer les **signes de lutte** et les **signes de faillite** :
 - **Signes de lutte** : polypnée superficielle, tirage des muscles respiratoires accessoires
 - **Signes de faillite** : respiration abdominale paradoxale (faillite de la pompe ventilatoire), cyanose (hypoxie), atteinte neurologique de l'hypercapnie (asterixis ou flapping tremor, troubles de la vigilance...)

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg.Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ere idée

Réponse : A B D E

- C : La prévalence est de 1.5/100 000 habitants mais la prédominance est féminine (sex ratio 2/1)
- Attention à bien distinguer l'HTAP de l'hypertension pulmonaire (HTP) :
 - L'HTAP constitue le groupe 1 des HTP
 - Mais par abus de langage on a tendance à utiliser le terme d'HTAP pour désigner toutes les hypertensions pulmonaires

Réponse : B

- Le diagnostic d'HTP nécessite un cathétérisme droit pour objectiver une pression artérielle pulmonaire moyenne ≥ 25 mmHg au REPOS (pas à l'effort)
- L'échographie peut permettre de suspecter le diagnostic en estimant la pression artérielle pulmonaire systolique (≥ 35 mmHg) et en retrouvant des signes de cœur pulmonaire mais l'examen de référence reste le cathétérisme droit

Réponse : A B C D E

- Question de cours
- Tout comme l'épidémiologie, la physiopathologie est tombable aux ECN et susceptible de faire la différence entre les étudiants !
 - Essayez toujours d'avoir des notions de physiopathologie pour chaque cours.
 - D'une part on apprend plus facilement ce que l'on comprend, et d'autre part vous aurez des questions dessus, parfois assez pointues (cf IECN 2016)

Réponse : A B E

- Pression capillaire pulmonaire (Pcap) = Pression artérielle pulmonaire d'occlusion (PAPO)
 - Pcap ou PAPO > 15 mmHg = post-capillaire = groupe 2
 - Elles sont liées à une maladie du cœur gauche

Réponse : D E

- Classification à connaître :
 - A : l'HTP du VIH appartient au groupe 1, c'est une HTAP
 - B et C : l'HTP secondaire aux maladies respiratoires est du groupe 3, l'HTP post-embolique est du groupe 4
 - D : Le groupe 2 comprend les HTP secondaires aux maladies du cœur gauche. L'ablation de FA peut se compliquer d'une sténose des veines pulmonaires et d'une hypertension pulmonaire séquellaire. (Mais si vous ne le savez pas, en voyant FA il faut penser cœur gauche donc groupe 2)
 - E : Les HTP du groupe 5 sont de mécanisme mal connu ou non expliqué, la sarcoidose en fait partie

Réponse : A C E

- Il s'agit en fait des signes d'insuffisance cardiaque droite (cœur pulmonaire) :
 - Tout comme l'EP, la dyspnée sans anomalie auscultatoire pulmonaire est assez évocatrice
 - B et C : le choc en dôme de Bard est la palpation des battements cardiaques déviée à gauche par dilatation du VG et abaissement de la pointe (donc pas un signe d'IVG mais d'IVD). Ne pas confondre avec le signe de Harzer : palpation des battements dans le creux xiphoïdien, signant une dilatation du VD
 - D : Le galop audible sera un galop droit, donc localisé à la xiphoïde, et pas à la pointe (galop gauche)

QCM 13 Quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer chez une patiente de 52 ans dyspnéique, avec des crépitaux bilatéraux à l'auscultation pulmonaire ?

- A - Pneumopathie d'inhalation
- B - Pneumopathie interstitielle diffuse
- C - Syndrome de détresse respiratoire aiguë
- D - Oedème aigu du poumon
- E - Pneumopathie infectieuse

QCM 14 Quelles pathologies parmi les suivantes sont des causes de dyspnée à auscultation pulmonaire normale ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Tamponnade cardiaque
- B - Hypertension artérielle pulmonaire
- C - Embolie pulmonaire
- D - Acidocétose diabétique
- E - Syndrome de Guillain-Barré

QCM 15 Parmi les signes de détresse respiratoire suivants, lesquels sont des signes de lutte ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Respiration abdominale paradoxale
- B - Polypnée superficielle
- C - Tirage sus-sternal et inter-costal
- D - Flapping tremor
- E - Cyanose

QCM 7	Quel(s) signe(s) pouvez-vous retrouver à l'ECG en faveur d'un cœur pulmonaire ?
A -	Des ondes P bifides et larges de plus de 120 ms en D2
B -	Des ondes P amples de plus de 2.5 mV en D2
C -	Des signes d'hypertrophie ventriculaire droite
D -	Des ondes T négatives dans le territoire latéral
E -	Un bloc de branche droit complet ou non
QCM 8	Quelle est la première connectivité responsable d'hypertension artérielle pulmonaire ?
A -	Lupus systémique
B -	Polyarthrite rhumatoïde
C -	Sclérodermie
D -	Maladie de Gougerot-Sjögren
E -	Dermatomyosite
QCM 9	Concernant l'hypertension pulmonaire chez l'enfant, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Chez le nouveau-né, elle pourra être suspectée face à une cyanose réfractaire à l'oxygénothérapie ou une dyspnée d'effort
B -	Chez l'enfant plus âgé, elle pourra être suspectée face à des syncopes à répétition ou des troubles du comportement
C -	L'hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né a un pronostic favorable le plus souvent
D -	Le syndrome d'Eisenmenger est secondaire à une hypertension pulmonaire fixée avec shunt gauche-droite s'étant inversé en shunt droite-gauche
E -	Le syndrome d'Eisenmenger est secondaire à une hypertension pulmonaire fixée avec shunt droite-gauche s'étant inversé en shunt gauche-droite
QCM 10	Concernant la classification de la NYHA, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Le stade 1 correspond à une absence de dyspnée pour des efforts habituels de la vie courante
B -	Le stade 2 correspond à une dyspnée pour la montée de plus de 2 étages et la marche rapide à plat
C -	Le stade 3 correspond à une dyspnée pour la montée de moins de 2 étages et la marche en côte
D -	Le stade 4 correspond à une dyspnée de repos ou à une orthopnée
E -	La classification NYHA est peu reproductible
QCM 11	Quels seuils de BNP ou NT-proBNP parmi les suivants sont en faveur d'une insuffisance cardiaque comme cause de dyspnée aiguë ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	BNP > 100 pg/mL
B -	BNP > 400 pg/mL
C -	NT-proBNP > 100 pg/mL avant 50 ans
D -	NT-proBNP > 450 pg/mL entre 50 ans et 75 ans
E -	NT-proBNP > 900 pg/mL après 75 ans
QCM 12	Quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer chez un patient de 63 ans dyspnéique, avec des sibillants diffus à l'auscultation pulmonaire ?
A -	Œdème aigu pulmonaire
B -	Crise d'asthme
C -	Exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive
D -	Hémorragie intra-alvéolaire
E -	Embolie pulmonaire

Questions isolées QCM N° 3

QCM 1	Concernant l'épidémiologie de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	C'est une maladie rare et grave
B -	Son évolution en l'absence de traitement est systématiquement fatale
C -	Sa prévalence est de 1.5/100 000 habitants avec une prédominance masculine
D -	L'HTAP idiopathique est associée à un taux de survie de plus de 80% à un an du diagnostic
E -	L'HTAP idiopathique est associée à un taux de survie de moins de 50% à 3 ans du diagnostic
QCM 2	Concernant la définition de l'hypertension pulmonaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Sa définition est échographique
B -	Sa définition repose sur un cathétérisme droit
C -	Elle est définie par une pression artérielle pulmonaire moyenne à l'effort ≥ 35 mmHg
D -	Elle est définie par une pression artérielle pulmonaire moyenne à l'effort ≥ 25 mmHg
E -	Elle est définie par une pression artérielle pulmonaire moyenne à l'effort ≥ 15 mmHg
QCM 3	Concernant la physiopathologie de l'hypertension artérielle pulmonaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elle est caractérisée par l'existence d'une hypertension pulmonaire précapillaire sans anomalie parenchymateuse pulmonaire ou cause thrombo-embolique
B -	Que l'HTAP soit idiopathique, héritée ou associée, les lésions histologiques sont les mêmes
C -	Il existe, entre autres, un remodelage vasculaire avec vasoconstriction et prolifération endothéiale
D -	L'augmentation des résistances vasculaires pulmonaires constitue une augmentation de la post-charge ventriculaire droite
E -	L'HTAP appartient au groupe 1 de la classification des hypertension pulmonaires
QCM 4	Concernant les hypertension pulmonaires d'origine post-capillaire, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elles sont définies par une pression capillaire > 15 mmHg
B -	Elles sont définies par une pression artérielle pulmonaire d'occlusion > 15 mmHg
C -	Elles sont définies par une pression capillaire < 15 mmHg
D -	Elles sont définies par une pression artérielle pulmonaire d'occlusion < 15 mmHg
E -	Les hypertension pulmonaires du groupe 2 sont les seules à être post-capillaires
QCM 5	Concernant la classification des hypertension pulmonaires, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	L'hypertension pulmonaire associée au VIH appartient au groupe 5
B -	Les hypertension pulmonaires du groupe 3 sont pré-capillaires et post-emboliques
C -	Les hypertension pulmonaires du groupe 4 sont pré-capillaires et secondaires à une maladie respiratoire chronique et/ou une hypoxémie
D -	Une ablation de fibrillation atriale peut se compliquer d'une hypertension pulmonaire du groupe 2
E -	La sarcopodose peut être à l'origine d'une hypertension pulmonaire du groupe 5
QCM 6	Quels éléments parmi les suivants peuvent vous amener à suspecter une hypertension artérielle pulmonaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Dyspnée d'effort inexpliquée
B -	Choc en dôme de Bard
C -	Signe de Harzer
D -	Galop audible à la pointe du cœur
E -	Eclat du B2

8 Réponse : A C D E

- B : L'anticoagulation en cas de thrombose de prothèse fait appel à l'héparine non fractionnée ☐ :
 - Dont la demi-vie est courte et qui ainsi pourra être stoppée si une chirurgie est envisagée ☐
 - Retenez que chez les patients instables et/ou susceptibles de subir une intervention ou un geste invasif rapidement, on utilisera l'HNF.

9 Réponse : B C D E

- A : Le radio-cinéma de valve n'est pas systématique, contrairement à l'ETT, mais uniquement réalisé si suspicion de dysfonction de prothèse ☐
- L'échographie à 3 mois est un élément essentiel ☐ !
- L'ECG, la RT et une NFS font également partie de ce bilan de surveillance
- Un suivi ORL et dentaire sera réalisé tous les 6 mois, en prévention du risque d'endocardite infectieuse (groupe A à haut risque)

10 Réponse : A B C

- Chez les porteurs de valves mécaniques de dernière génération, l'INR cible sera de 3 si au moins un des facteurs de risque parmi les suivants est présent ☐ :
 - Valve mécanique mitrale ou tricuspidé
 - Antécédent thrombo-embolique
 - Fibrillation atriale
 - Dilatation de l'OG > 50 mm
 - Sténose mitrale associée
 - FEVG < 35%

11 Réponse : A

- Aucun facteur de risque thrombo-embolique chez ce patient et valve de dernière génération :
 - INR cible compris entre 2 et 3 → 2.5 ☐
 - L'hypertension artérielle est présente dans les scores CHADS-VASc et HAS-BLED, mais n'est pas prise en compte pour fixer l'INR cible chez un porteur de valve mécanique

12 Réponse : B

- La position mitrale, la FA, l'antécédent d'ischémie aiguë de membre et la dysfonction VG < 35% sont des facteurs de risque thromboembolique. Elle en présente donc au moins un :
 - Son INR cible sera compris entre 2.5 et 3.5 → 3 ☐

13 Réponse : E

- Après remplacement valvulaire aortique par bioprothèse, on recommande 3 mois d'aspirine à 75 mg le temps que la prothèse s'endothélialise ☐

14 Réponse : C

- Après remplacement valvulaire mitral par bioprothèse ou plastie mitrale, on recommande 3 mois d'anticoagulation curative par AVK, avec INR cible à 2.5, le temps que l'endothélialisation se fasse ☐

15 Réponse : A C E

- A et B : Endocardite post-opératoire précoce car survenant à moins de 12 mois de l'intervention ☐
- Pronostic sévère avec souvent nécessité d'une seconde intervention pour poser une nouvelle prothèse
- D : C'est le traitement probabiliste d'une endocardite post-op tardive (> 12 mois) ou sur valves natives

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="radio"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> X Éliminer les incorrectes, <input type="checkbox"/> 1ère idée	
1	Réponse : C D <ul style="list-style-type: none">Les valves mécaniques de dernière génération sont les valves à doubles ailettes et ce sont les moins thrombogènes <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Elles durent toute une vie, nécessitent une anticoagulation par AVK à vie, les AOD n'ayant pas l'AMM dans cette indication- Elles sont également responsables d'un gradient modéré trans-valvulaire ainsi que d'une hémolyse intra-vasculaire	
2	Réponse : A B C D <ul style="list-style-type: none">A : Oui, une anticoagulation curative sera prescrite pour 3 mois après bioprothèse ou plastie mitrale (en cas de rythme sinusal) (3 mois d'aspirine en cas de bioprothèse aortique) <input checked="" type="checkbox"/>D et E : La position mitrale, de même que le jeune âge, la grossesse, le diabète ou l'insuffisance rénale sont des facteurs de dégénérescence de la bioprothèse <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Réponse : D E <ul style="list-style-type: none">A et B : Valve mécanique avant 60 ans en position aortique et avant 65 ans en position mitrale. Retenez bien qu'une valve biologique dégénérera plus vite en position mitrale qu'en position aortique, d'où ce décalage de 5 ans pour la position mitrale <input type="checkbox"/>C : Le désir de grossesse incite plutôt à l'emploi d'une bioprothèse car on cherchera à éviter une anticoagulation durant la grossesse (effets tératogènes des AVK, nécessité d'injections quotidiennes si HBPM) <input checked="" type="checkbox"/>E : Ce sont des facteurs de risque de dégénérescence de bioprothèse <input checked="" type="checkbox"/>	
4	Réponse : A C <ul style="list-style-type: none">Age > 65 ans en position aortique et > 70 ans en position mitrale pour les bioprothèses <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Entre 60 et 65 ans pour la position aortique, et 65 ans et 70 ans pour la position mitrale, il n'existe pas de consensus pour privilégier un type de prothèse à un autre. Le choix se fera avec le patient, en fonction de ses désirs, de ses antécédents...	
5	Réponse : C <ul style="list-style-type: none">Attention à la formulation, question au singulier donc une seule réponse attendue <input checked="" type="radio"/>Les complications thrombo-emboliques sont les complications les plus fréquentes des valves mécaniques, d'où l'importance d'une anticoagulation dans les objectifs <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- Les embolies concernent le plus souvent la circulation cérébrale <input checked="" type="checkbox"/>	
6	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none">B et C : Ces deux éléments peuvent orienter à tort vers une endocardite infectieuse ! <input checked="" type="checkbox"/>La thrombose obstructive de prothèse est une urgence, la mortalité avoisinant les 30% dans les formes aiguës	
7	Réponse : A B E <ul style="list-style-type: none">Une anémie hémolytique est fréquente chez les patients porteurs de valve cardiaque <input checked="" type="checkbox"/> :<ul style="list-style-type: none">- La présence de schizocytes (hématies fragmentées) signe son caractère mécanique- C'est une anémie régénérative (élévation des réticulocytes)- Les LDH et la bilirubine libre sont aussi augmentés- L'haptoglobine est effondrée	

QCM 13 Concernant le remplacement valvulaire aortique par bioprothèse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Aucune anticoagulation curative n'est nécessaire après la chirurgie
- B - Une anticoagulation par AVK est nécessaire pour une durée de 6 semaines
- C - Une anticoagulation par AVK est nécessaire pour une durée de 3 mois
- D - Une anti-agrégation par aspirine est nécessaire pour une durée de 6 semaines
- E - Une anti-agrégation par aspirine est nécessaire pour une durée de 3 mois

QCM 14 Concernant le remplacement valvulaire mitral par bioprothèse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Aucune anticoagulation curative n'est nécessaire après la chirurgie
- B - Une anticoagulation par AVK est nécessaire pour une durée de 6 semaines
- C - Une anticoagulation par AVK est nécessaire pour une durée de 3 mois
- D - Une anti-agrégation par aspirine est nécessaire pour une durée de 6 semaines
- E - Une anti-agrégation par aspirine est nécessaire pour une durée de 3 mois

QCM 15 Vous suspectez une endocardite chez un patient à 7 mois d'un remplacement valvulaire mitral par prothèse mécanique. Les hémocultures ont été réalisées, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - C'est une endocardite post-opératoire précoce
- B - C'est une endocardite post-opératoire tardive
- C - Son pronostic est très sévère avec une mortalité pouvant atteindre 50%
- D - A visée probabiliste, on pourra instaurer amoxicilline + oxacilline + gentamicine
- E - A visée probabiliste, on pourra instaurer vancomycine + gentamicine + rifampicine

QCM 7	Quels éléments parmi les suivants sont en faveur d'une anémie hémolytique mécanique sur prothèse valvulaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Élévation des réticulocytes
B -	Augmentation des LDH
C -	Augmentation de l'haptoglobine
D -	Présence d'acanthocytes
E -	Présence de schizocytes
QCM 8	Quels éléments parmi les suivants peuvent faire partie de la prise en charge d'une thrombose obstructive de prothèse valvulaire ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Hospitalisation en réanimation et éventuelle chirurgie de remplacement valvulaire
B -	Anticoagulation par héparine de bas poids moléculaire
C -	Radio-cinéma de prothèse sous amplificateur de brillance
D -	Echocardiographie trans-thoracique
E -	Echocardiographie trans-oesophagienne
QCM 9	Quels éléments parmi les suivants font partie de la surveillance d'un patient porteur d'une valve artificielle ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Radio-cinéma de prothèse tous les ans
B -	Echocardiographie trans-thoracique post-opératoire de référence à 3 mois puis annuelle
C -	INR mensuel à l'équilibre si le patient est anticoagulé pour une valve mécanique
D -	Suivi trimestriel par le médecin traitant
E -	Suivi annuel par le cardiologue
QCM 10	Quels facteurs de risque thromboembolique chez un patient porteur de valve mécanique sont à prendre en compte pour établir son INR cible ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Position mitrale de la valve mécanique
B -	Position tricuspidale de la valve mécanique
C -	Sténose mitrale associée
D -	Hypertension artérielle
E -	Dysfonction ventriculaire gauche avec FEVG < 50%
QCM 11	Un patient de 67 ans a bénéficié d'un remplacement valvulaire par valve à doubles ailettes pour un rétrécissement aortique serré. Ayant pour seul antécédent une hypertension artérielle, quel sera son INR cible ?
A -	INR cible à 2,5
B -	INR cible à 3
C -	INR cible à 3,5
D -	INR cible à 4
E -	INR cible à 4,5
QCM 12	Une patiente de 57 ans est porteuse d'une valve mécanique de dernière génération en position mitrale. Elle présente comme principaux antécédents une fibrillation atriale emboligène compliquée d'une ischémie aiguë du membre inférieur droit et une insuffisance cardiaque systolique avec FEVG à 30%. Quel sera son INR cible ?
A -	INR cible à 2,5
B -	INR cible à 3
C -	INR cible à 3,5
D -	INR cible à 4
E -	INR cible à 4,5

Questions isolées QCM N° 2

QCM 1	Concernant les valves mécaniques, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A	Les valves mécaniques actuellement utilisées sont à bille
B	Les valves mécaniques actuellement utilisées sont à disque basculant
C	Les valves mécaniques actuellement utilisées sont à doubles ailettes
D	Elles durent théoriquement toute la vie du patient
E	Elles nécessitent une anticoagulation curative à vie par AVK ou anticoagulants oraux directs
QCM 2	Concernant les bioprothèses, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A	Une anticoagulation curative est nécessaire en post-opératoire d'une pose de bioprothèse mitrale
B	Elles sont le plus souvent d'origine animale, constituant ainsi une xénogreffe
C	Leur durée de vie est en moyenne de 8 à 20 ans
D	La position mitrale est un facteur de dégénérescence de la bioprothèse
E	La position aortique est un facteur de dégénérescence de la bioprothèse
QCM 3	Quelles sont parmi les propositions suivantes les indications d'un remplacement valvulaire par valve mécanique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A	Age < 65 ans pour une valve en position aortique
B	Age < 60 ans pour une valve en position mitrale
C	Désir de grossesse
D	Patient déjà sous anticoagulant pour une autre cause (fibrillation atriale par exemple)
E	Insuffisance rénale et hyperparathyroïdie
QCM 4	Quelles sont parmi les propositions suivantes les indications d'un remplacement valvulaire par bioprothèse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A	Incapacité à comprendre et gérer un traitement anticoagulant au long cours
B	Age > 65 ans pour une bioprothèse en position mitrale
C	Age > 65 ans pour une bioprothèse en position aortique
D	Age > 60 ans pour une bioprothèse en position mitrale
E	Age > 60 ans pour une bioprothèse en position aortique
QCM 5	Quelle est la complication la plus fréquente des prothèses valvulaires mécanique ?
A	Désinsertion de prothèse
B	Endocardite infectieuse
C	Complication thrombo-embolique avec embolie cérébrale
D	Thrombose obstrutive de prothèse
E	Complication thrombo-embolique avec infarctus splénique
QCM 6	Quels éléments parmi les suivants peuvent être présents en cas de thrombose obstrutive de prothèse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A	Anémie hémolytique
B	Fébricule
C	Syndrome inflammatoire
D	Choc cardogénique réfractaire
E	Mort subite

Réponse : B D E

- A et B : Elles sont **positives dans 90% des cas environ**, ce qui est cohérent avec l'item E du QCM 1
- C : Elles ne doivent pas être prélevées via une voie existante, compte tenu du risque de contamination de celle-ci, donc pas au travers d'un cathéter, mais sur une **voie directe**

Réponse : A B D

- Il existe **2 critères majeurs** de Duke :
 - **Hémocultures positives** : 2 hémocultures pour un germe typique, ou hémocultures positives persistantes, ou 1 hémoculture pour Coxiella (ou une sérologie positive)
 - **Démonstration échographique** de l'EI ou **APPARITION d'un souffle de régurgitation** (la modification ne suffit pas)
- La fièvre est un critère mineur (cf QCM suivant)

Réponse : A B C D E

- Les **5 critères mineurs** de Duke :
 - Fièvre > 38°C
 - Terrain prédisposant : cardiopathie à risque, toxicomanie
 - Complication vasculaire : AVC, anévrysme mycotique...
 - Complication immunologique : faux panaris, glomérulonéphrite...
 - Arguments microbiologiques ne répondant pas aux critères majeurs : par exemple 1 seule hémoculture positive pour un germe typique

Réponse : C D E

- Cf recos 2015 de l'ESC : **traltement probabiliste** de l'EI chez le patient grave :
 - EI communautaire sur valve native ou prothèse > 12 mois : Amoxicilline + Oxacilline + Gentamicine
 - EI nosocomiale, liée aux soins ou prothèse < 12 mois : Vancomycine + Gentamicine + Rifampicine

Réponse : A C D

- **Endocardite à entérocoques** : un point essentiel à retenir, les **entérocoques résistent aux C3G** mais sont sensibles à l'amoxicilline (état sauvage)
 - Première intention : Amoxicilline + gentamicine (Rifampicine réservée aux endocardites à staph sur valve prothétique)
 - Amoxicilline + ceftriaxone est une option valable (durée plus longue)
 - Allergie ou résistance à l'amoxicilline : Vancomycine + gentamicine

Réponse : B D

- **Endocardite à staphylocoque aureus sur valve native** :
 - Souche méti-S : Oxacilline seule
 - Souche méti-R, allergie à la pénicilline : Vancomycine seule
 - Le cotrimoxazole + clindamycine est une alternative

Réponse : C D E

- **Indications chirurgicales de l'EI** :
 - Résistance au traitement médical : insuffisance cardiaque, sepsis non contrôlé, endocardite fongique, lésions para-annulaires sévères
 - Cœur gauche : végétation > 15 mm en prévention primaire ou > 10 mm si embolies
 - Cœur droit : indications plus restreintes, végétation > 20 mm et manifestations emboliques

Réponse : A B D E

- **Prophylaxie de l'EI** chez les patients du groupe A, seulement en cas de soins dentaires invasifs :
 - 2 g d'amoxicilline PO une heure avant le geste
 - Ou 600 mg de clindamycine PO si allergie
 - Pas de seconde dose après le geste

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg. Fréquence, Formulation, Eliminer les incorrectes, 1ère idée

Réponse : C D

- A : L'incidence de l'endocardite infectieuse (EI) ne diminue pas !
- B et C : Les **staphylocoques** sont désormais les premiers germes responsables d'EI
- E : Les endocardites à hémocultures négatives représentent **5 à 10% des endocardites**
 - 20 à 30% ça fait beaucoup et ça doit vous faire cocher faux
 - Pour chaque item, il est important d'avoir quelques notions d'épidémiologie parce que vous aurez des questions là-dessus le jour J

Réponse : A D E

- B : Les bactéries du groupe HACEK ne sont pas diagnostiquées par des sérologies (contrairement aux germes intracellulaires type Bartonelle ou chlamydia) mais nécessitent des temps de culture **plus longs**, comme les streptocoques déficients, et donc de **prévenir le laboratoire de bactériologie**
- C : L'endocardite fongique est majoritairement représentée par **Candida** (toxicomanie IV)

Réponse : D

- La fièvre est le plus constant des symptômes en cas d'EI :
 - Elle est présente dans **90%** des cas environ

Réponse : A B

- A retenir, les cardiopathies à **haut risque** du groupe A :
 - Prothèses valvulaires (y compris homogreffe), antécédent de plastie mitrale avec anneau prothétique
 - Antécédent d'endocardite infectieuse
 - Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales
 - Ce sont ces cardiopathies (et uniquement celles-ci) qui relèvent d'une antibioprophylaxie en cas de soins dentaires invasifs

Réponse : A C D

- A retenir, les cardiopathies à **risque moins élevé** du groupe B :
 - Valvulopathies : IA > IM > RA
 - Prolapsus et/ou épaissement valvulaire
 - Bicuspidie aortique
 - Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf CIA
 - CMH obstructive
 - Ces cardiopathies ne relèvent pas d'une antibioprophylaxie en cas de soins dentaires

Réponse : B

- Portes d'entrée des EI à **streptocoques alpha-hémolytiques** :
 - Soins dentaires, extractions, détartrages
 - Foyers infectieux ORL, sinusite chronique
 - (D'où un bilan ORL et stomato systématique avant chirurgie valvulaire)

Réponse : A B C E

- Portes d'entrée des EI à **staphylocoques aureus** :
 - Iatrogénie (cathétérisme, chirurgie cardiaque...)
 - Cutanée par toxicomanie IV, mal perforant plantaire, infections cutanées (furoncle, abcès...)
- D : Pour le cancer colique, c'est le streptocoque du groupe D ; l'association entre les deux est très fréquente

QCM 14 Quelles sont les indications chirurgicales dans l'endocardite infectieuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Dans l'endocardite du cœur gauche, végétation de diamètre > 20 mm en prévention primaire du risque embolique
- B - Dans l'endocardite du cœur gauche, végétation de diamètre > 15 mm en cas de manifestation embolique
- C - Dans l'endocardite du cœur gauche, végétation de diamètre > 15 mm en prévention primaire du risque embolique
- D - Dans l'endocardite du cœur gauche, végétation de diamètre > 10 mm en cas de manifestation embolique
- E - Dans l'endocardite du cœur droit, végétation de diamètre > 20 mm en cas de manifestation embolique

QCM 15 Quelles sont les modalités de l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- A - Antibioprophylaxie réservée aux cardiopathies à haut risque du groupe A
- B - Antibioprophylaxie uniquement indiquée en cas de soins dentaires avec manipulation de la région gingivale ou apicale de la dent (actes invasifs type extraction dentaire)
- C - Prise per os, dans l'heure précédent le geste, d'un gramme d'amoxicilline
- D - Prise per os, dans l'heure précédent le geste, de 600 mg de clindamycine en cas d'allergie aux pénicillines
- E - Il n'existe pas d'indications à une seconde dose après le geste à risque

QCM 7	Quelles sont les portes d'entrée les plus fréquents des endocardites à staphylocoque aureus ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Toxicomanie intra-veineuse
B -	Cathéter de dialyse
C -	Mal perforant plantaire
D -	Cancer colique
E -	Furonculose
QCM 8	Concernant les hémocultures dans les endocardites infectieuses, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Elles seront positives dans environ 50% des cas
B -	Elles seront positives dans environ 90% des cas
C -	Elles doivent être prélevées au travers d'un cathéter
D -	Elles doivent être réalisées en milieux aérobie et anaérobre
E -	Elles seront réalisées avant tout traitement antibiotique
QCM 9	Quels éléments parmi les suivants font partie des critères majeurs de Duke ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Positivité de deux hémocultures pour un germe typique d'endocardite infectieuse
B -	Positivité d'une hémoculture pour Coxiella burnetti
C -	Modification d'un souffle de régurgitation valvulaire
D -	Apparition d'un nouveau souffle de régurgitation valvulaire
E -	Fièvre > 38°C
QCM 10	Quels éléments parmi les suivants font partie des critères mineurs de Duke ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Terrain prédisposant à l'endocardite infectieuse
B -	Anévrismes mycotiques
C -	Faux panaris d'Osler
D -	Glomérulonéphrite septique
E -	Une seule hémoculture positive pour un germe typique d'endocardite infectieuse
QCM 11	Quel est le traitement probabiliste d'une endocardite infectieuse chez le patient grave ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Amoxicilline + acide clavulanique + gentamicine en cas d'endocardite sur valve native
B -	Amoxicilline + acide clavulanique + rifampicine + gentamicine en cas d'endocardite sur valve prothétique de moins de 12 mois
C -	Amoxicilline + oxacilline + gentamicine en cas d'endocardite sur valve native
D -	Amoxicilline + oxacilline + gentamicine en cas d'endocardite sur valve prothétique de plus de 12 mois
E -	Vancomycine + gentamicine + rifampicine en cas d'endocardite nosocomiale
QCM 12	Quel est le traitement d'une endocardite à entérocoque sur valve prothétique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Amoxicilline + gentamicine
B -	Amoxicilline + gentamicine + rifampicine
C -	Ceftriaxone + amoxicilline
D -	Vancomycine + gentamicine en cas d'allergie ou résistance aux pénicillines
E -	Ceftriaxone + gentamicine + rifampicine
QCM 13	Quel est le traitement d'une endocardite à staphylocoque aureus sur valve native ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Oxacilline + gentamicine en cas de souche sensible à la méticilline
B -	Oxacilline seule en cas de souche sensible à la méticilline
C -	Vancomycine + gentamicine en cas de souche résistante à la méticilline ou d'allergie aux pénicillines
D -	Vancomycine seule en cas de souche résistante à la méticilline ou d'allergie aux pénicillines
E -	Aucune des réponses précédentes

Questions isolées QCM N° 1

QCM 1	Concernant l'épidémiologie de l'endocardite infectieuse, quelles sont les réponses exactes ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Son incidence est en cours de diminution
B -	Les streptocoques oraux sont les premiers germes responsables
C -	Les staphylocoques sont les premiers germes responsables
D -	Les endocardites surviennent sur valves natives dans environ 50% des cas
E -	Les endocardites sont à hémocultures négatives dans 20 à 30% des cas
QCM 2	Quelles sont les hypothèses à évoquer en cas d'hémocultures négatives ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Un traitement antibiotique préalable
B -	Bactéries du groupe HACEK dont le diagnostic nécessite des sérologies
C -	Endocardite fongique dont le principal germe en cause est <i>Aspergillus fumigatus</i>
D -	Endocardite à <i>Coxiella burnetti</i> ou <i>Bartonella</i> qui sont des germes intracellulaires
E -	Un streptocoque déficient dont la culture est difficile et nécessite de prévenir le bactériologue
QCM 3	Quel est le symptôme le plus constant dans les endocardites infectieuses ?
A -	Splénomégalie
B -	Apparition ou modification d'un souffle
C -	Purpura vasculaire
D -	Fièvre
E -	Arthralgies
QCM 4	Quelles propositions parmi les suivantes font partie des cardiopathies à haut risque (groupe A) d'endocardite infectieuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Antécédent d'endocardite infectieuse
B -	Antécédent de plastie mitrale avec anneau prothétique
C -	Rétrécissement aortique
D -	Maladie de Barlow
E -	Cardiomyopathie hypertrophique obstructive
QCM 5	Quelles propositions parmi les suivantes font partie des cardiopathies à risque moins élevé (groupe B) d'endocardite infectieuse ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Bicuspidé aortique
B -	Antécédent de plastie mitrale avec anneau prothétique
C -	Insuffisance aortique
D -	Maladie de Barlow
E -	Communication inter-auriculaire
QCM 6	Quelles sont les portes d'entrée les plus fréquentes des endocardites à streptocoques alpha-hémolytiques ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
A -	Digestive
B -	Buccodentaire
C -	Cutanée
D -	Urologique
E -	Gynécologique

SOMMAIRE
QUESTIONS ISOLEES QCM

QUESTIONS ISOLEES	THEME	PAGE	
1. CIGM	QUESTION	INTITULE	
1.1	149	Endocardite Infectieuse	191
1.2	150	Surveillance des porteurs de valves et prothèses vasculaires	196
1.3	199/222	Hypertension artérielle pulmonaire de l'enfant et de l'adulte / Dyspnée aigüe et chronique	201
1.4	218/219	Athérome / Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention	206
1.5	220	Dyslipidémies	212
1.6	221	Hypertension artérielle de l'adulte	218
1.7	223	Arteriopathie oblitérante de l'abdomen, des artères viscérales et des membres inférieurs; anévrismes	224
1.8	224/225	Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire / Insuffisance veineuse chronique	230
1.9	228/233	Douleur thoracique aigüe et chronique / Péritardite aigüe	235
1.10	229	Électrocardiogramme: Indications et interprétations	240
1.11	230	Fibrillation atriale	249
1.12	231	Valvulopathies	255
1.13	231	Valvulopathies	260
1.14	232	Insuffisance cardiaque de l'adulte	265
1.15	234/235	Troubles de la conduction intracardiaque / Palpitations	270
1.16	236	Souffle cardiaque chez l'enfant	277
1.17	326	Prescriptions et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant	282
1.18	327/337	Arrêt cardio-respiratoire / Malaise / perte de connaissance chez l'adulte	287
1.19	334	Syndromes coronariens aigus	292
1.20	334	Syndromes coronariens aigus	297
1.21		Entrainement 1 sur tous les items de la spécialité	302
1.22		Entrainement 2 sur tous les items de la spécialité	307
1.23		Entrainement 3 sur tous les items de la spécialité	312
1.24		Entrainement 4 sur tous les items de la spécialité	317
1.25		Entrainement 5 sur tous les items de la spécialité	322

TRAINING BOOK QCM

Stratégie et méthodologie pour réussir les QCM à l'ECN

Cardiologie

Jeremy BRUNEL

Editions Vernazobres Grego



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

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 passible des peines
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

AVRIL 2017 - ISBN : 978-2-8183-1616-0

11- Réponse : A C

- Il faut 2 EEG plats de 30 minutes à 4 heures d'intervalle
- La présence d'un diabète insipide ne fait pas partie des critères

12- Réponse : B E

- Le diabète insipide est source de déshydratation intracellulaire par défaut d'ADH, donc d'hypernatrémie
- C'est le contraire du SIADH, les urines sont donc diluées
- L'apport d'ADH exogène corrige le problème, *a contrario* du diabète insipide néphrogénique où le rein est insensible à l'ADH

13- Réponse : A

- L'ADH est sécrétée par la posthypophyse

14- Réponse : B

- Antagoniste morphinique

15- Réponse : A D

- La carotide commune droite née du tronc brachiocephalique branche de l'aorte, de même que l'artère sous-clavière droite
- Les artères vertébrales naissent des artères sous-clavières

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

- Connaisances, Déduction, Atg Fréquence, Formulation,
 Eliminer les incorrectes, 1^{re} idée

1- Réponse : D

- Pour la thrombolyse intra-artérielle et la thrombectomie, le délai va jusqu'à 6 heures

2- Réponse : C D

- Une PL négative à J4 est fiabie, avant, elle doit être réalisée de nouveau

3- Réponse : A C D

- Chez l'adulte, cortico si *Streptococcus pneumoniae* ou *Neisseria meningitidis*
- Chez l'enfant, cortico si *Streptococcus pneumoniae* ou *Hæmophilus influenzae*
- Chez les 2, cortico si tuberculose neuro-méningée

4- Réponse : A B C D

- Il faut à tout prix éviter les opioïdes dans le traitement de la migraine, risque de dépendance et d'accoutumance avec état de mal migraineux et céphalée médicamenteuse
- Il faut également éviter les opioïdes dans les céphalées en général

5- Réponse : A B C D

- Phase ascendante rapide, atteinte respiratoire (syndrome restrictif ou pneumopathie d'inhalation), syndrome bulbaire, dysautonomie (dont trouble de la conduction cardiaque)

6- Réponse : A B D E

- Le pouls est normal, sinon il faut rechercher une cause vasculaire

7- Réponse : C

- L'étiologie post-traumatique est de loin la plus fréquente

8- Réponse : C

- Ce signe permet de comprimer le trou de conjugaison et de sensibiliser une névralgie cervico-brachiale
- La tête du patient est en rotation externe du côté de la douleur et le médecin effectue une pression axiale sur la tête

9- Réponse : B C D

- Le nerf facial traverse la glande parotide, mais ne l'innervé pas

10- Réponse : C

- Le nerf facial sort du tronc cérébral par le conduit auditif interne

QCM 14 Quel est l'antidote de la morphine ?

- A - Flumazénil
- B - Nalaxone
- C - Atropine
- D - Protamine
- E - Gluconate de calcium

QCM 15 Quelles sont les branches directes de l'aorte ?

- A - Carotide commune gauche
- B - Carotide commune droite
- C - Artère sous-clavière droite
- D - Artère sous-clavière gauche
- E - Artère vertébrale gauche

QCM 7 Quelle est la principale cause d'algoneurodystrophie ?

- A - Hypothyroïdie
- B - Grossesse
- C - Post-traumatique
- D - Post-AVC
- E - Idiopathique

QCM 8 Quel est le nom du signe qui consiste à reproduire une douleur de névralgie cervico-brachiale, par la pression de la tête du patient lors de la rotation externe de celle-ci, homolatérale à la douleur ?

- A - Patte
- B - Jobe
- C - Spurling
- D - Lhermitte
- E - Hawkins

QCM 9 Quelles sont les glandes innervées par le nerf facial ?

- A - Glande parotide
- B - Glande lacrymale
- C - Glande nasale
- D - Glande sous-mandibulaire
- E - Aucune

QCM 10 Quel orifice est pénétré par le nerf facial au niveau du rocher ?

- A - Le foramen lacéré
- B - Le trou déchiré
- C - Le conduit auditif interne
- D - Le foramen jugulaire
- E - La foramen magnum

QCM 11 Quels sont les critères de mort cérébrale ?

- A - Glasgow 3 sans ventilation spontanée et absence de réflexe du TC
- B - Un EEG de 30 minutes plat aréactif
- C - Arrêt circulatoire à l'angioscanner cérébral
- D - Diabète insipide central
- E - Aucune proposition n'est exacte

QCM 12 A propos du diabète insipide central :

- A - Les urines sont concentrées
- B - Arrêt de la polyurie lors du test à l'ADH
- C - Absence d'arrêt de la polyurie lors du test à l'ADH
- D - Hyponatrémie secondaire
- E - Hypernatrémie secondaire

QCM 13 Quelles sont les hormones sécrétées par l'adénohypophyse ?

- A - ADH
- B - GH
- C - FSH
- D - TSH
- E - LH

Questions isolées QCM N°25

ENTRAÎNEMENT 5

QCM 1 Quel est le délai théorique pour proposer une thrombolyse intra-artérielle ?

- A - 4 h 30
- B - 5 h 00
- C - 5 h 30
- D - 6 h 00
- E - 6 h 30

QCM 2 Concernant la PCR HSV dans le LCR :

- A - Elle se négative après 4 jours de traitement
- B - Il faut toujours re-contrôler la PL à la fin du traitement
- C - La seule indication d'une 2^{ème} PL à J4 est la négativité de la 1^{ère} PCR
- D - La négativité de la PL à J4 doit faire arrêter le traitement
- E - La négativité de la PL à J4 ne doit pas faire arrêter le traitement

QCM 3 Quelles sont les indications à la corticothérapie dans la méningite ?

- A - Chez l'adulte, si *Streptococcus pneumoniae*
- B - Chez l'adulte, si *Listeria meningitidis*
- C - Chez l'enfant, si *Hæmophilus influenzae*
- D - Chez l'adulte, si tuberculose neuro-méningée
- E - Chez l'adulte, si *Hæmophilus influenzae*

QCM 4 Quels sont les traitements possibles de la crise de migraine ?

- A - Paracétamol
- B - AINS
- C - Triptans
- D - Aspirine
- E - Tramadol

QCM 5 Quels sont les critères de transfert en Réanimation d'un Guillain-Barré ?

- A - Phase ascendante rapide
- B - Tirage intercostal
- C - Trouble de la conduction cardiaque
- D - Signe d'hypercapnie
- E - Paralysie faciale

QCM 6 Quels sont les signes d'algoneurodystrophie ?

- A - Syndrome douloureux régional
- B - Signes vasomoteurs
- C - Diminution du pouls en distalité du membre
- D - Signes trophiques
- E - Douleurs péri-articulaires et osseuses

6- Réponse : B C E

- Crise tonique, atonique, myoclonique, tonico-clonique et absence ☐

7- Réponse : A C

- De transmission autosomique récessive ☐

8- Réponse : A B C D E

- Et également ostéo-articulaire
- Les atteintes rénales, cardiaques, ostéo-articulaires et l'hémolyse sont rares ☐

9- Réponse : A B C E

- Atteinte hépatique : hépatomégalie, hépatite aiguë, cirrhose progressive
- Troubles neurologiques : syndrome parkinsonien, tremblement postural et intentionnel (« tremblement en battement d'aile »), dystonie focale (« rire sardonique ») ou généralisée, troubles cérébelleux ☐
- Troubles psychiatriques : changement du comportement, altération des performances scolaires

10- Réponse : B C D E

- Le sommeil paradoxal est prédominant en fin de nuit, donc les troubles du comportement prédominent en fin de nuit ☐
- Le patient agit dans son rêve qui explique son comportement

11- Réponse : D

- < 15 si niveau inférieur au niveau collège ☐

12- Réponse : A C D

- Le fentanyl est un analgésique opioïde
- Le kétoprofène est un AINS et ne fait pas partie de la classe des AINS X

13- Réponse : B D E

- Augmentation de répétitions CAG du gène codant la protéine huntingtine sur le chromosome 4. Plus le nombre de répétitions est élevé, plus la maladie commence tôt et est de pronostic sévère ☐

14- Réponse : B C E

- 10 jours pour une intervention chirurgicale X

15- Réponse : C

- Indispensable à savoir ☐

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM – COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg. Fréquence, Formulation,
 Eliminer les incorrectes, 1^{re} idée

1- Réponse : A B D E G

Alteinte intra-axiale (tronc cérébral)	Sclérose en plaques
	Syringobulbie
	Tumeur intra-axiale
	Infarctus latéro-bulbaire
Angle ponto-cérébelleux	Neurinome du VIII
	Autres tumeurs (méningiome, cholestéatome, etc.)
	Anévrisme de l'artère basilaire
	Zona (ganglion de Gasser)
Base du crâne	Tumeur locale (extension d'un cancer du cavum, méningiome, notamment du sinus caverneux, etc.)
	Méningite carcinomateuse ou méningite infectieuse
	Fractures (base du crâne ou d'un sinus, massif facial)
	Thrombose veineuse du sinus caverneux
	Microangiopathie du nerf V (diabète, Gougerot-Sjögren, sclérodermie, etc.)

2- Réponse : B C D

- Une maladie de Basedow : biologie thyroïdienne et auto-anticorps (seule étiologie d'exophtalmie bilatérale)
- Une fistule carotido-caverneuse, une thrombose du sinus caverneux : IRM cérébrale en urgence, artériographie cérébrale en complément
- Une tumeur de l'orbite : IRM

3- Réponse : B C D

- Uvéo-parotidite bilatérale (à type d'uvéite antérieure) + fièvre + paralysie faciale uni ou bilatérale

4- Réponse : A D

- Une diplopie verticale le plus souvent, maximale ou accrue dans le regard vers le haut
- Un ptosis
- Un strabisme externe (œil en abduction)
- Une paralysie de l'adduction (droit médial), de l'élévation (droit supérieur et oblique inférieur) et de l'abaissement (droit inférieur) du globe
- Une mydriase aréflexique

5- Réponse : B E

- Une diplopie horizontale maximale ou accrue dans le regard en dehors
- Un strabisme interne (œil en adduction)
- Une paralysie de l'abduction

QCM 14 Quelles sont les principales contre-indications à la thrombolyse ?

- A - Patient sous antiagrégant plaquettaire
- B - Patient sous AVK
- C - NIHSS > 22
- D - Antécédent de chirurgie générale il y a 1 mois
- E - Infarctus cérébral sur endocardite infectieuse

QCM 15 Quel est le délai théorique pour proposer une thrombolyse IV lors d'un AVC ?

- A - 2 h 30
- B - 3 h 30
- C - 4 h 30
- D - 5 h 30
- E - 6 h 30

QCM 7	Quelles sont les caractéristiques génétiques de la maladie de Wilson ?
A -	Mutation du gène ATPB7
B -	Mutation du gène ATPB22
C -	Mutation localisée sur le chromosome 7
D -	Mutation localisée sur le chromosome 4
E -	Aucune proposition n'est exacte
QCM 8	Quelles sont les atteintes possibles de la maladie de Wilson ?
A -	Atteinte hépatique
B -	Hémolyse
C -	Atteinte rénale
D -	Atteinte cardiaque
E -	Atteinte neurologique
QCM 9	Quelles sont les caractéristiques de la maladie de Wilson ?
A -	Tremblement postural et intentionnel
B -	Altération des performances scolaires
C -	Dystonie focale
D -	Mouvements choréiques
E -	Troubles cérébelleux
QCM 10	A propos des troubles du comportement en sommeil paradoxal :
A -	Ils surviennent préférentiellement en début de nuit
B -	Ils surviennent préférentiellement en fin de nuit
C -	Il existe une prédominance masculine
D -	Le comportement moteur est élaboré et généralement agressif
E -	Il faut envisager un traitement par clonazépam
QCM 11	Quel est le seuil pathologique du score BREF chez de niveau collège ou plus ?
A -	< 13
B -	< 14
C -	< 15
D -	< 16
E -	< 17
QCM 12	Quels sont les analgésiques de paier 1 ?
A -	Aspirine
B -	Kétoprofène
C -	Paracétamol
D -	Néfopam
E -	Fentanyl
QCM 13	A propos de la maladie de Huntington :
A -	Elle est liée à l'expansion de triplet CGG
B -	Elle est liée à l'expansion de triplet CAG
C -	L'anomalie est située sur le chromosome 7
D -	L'anomalie est située sur le chromosome 4
E -	Plus le nombre de triplets est élevé, plus la maladie débute tôt

Questions isolées QCM N°24

ENTRAÎNEMENT 4

QCM 1 : Quelles sont les étiologies de névralgies faciales secondaires ?

- A - Sclérose en plaques
- B - Anévrisme de l'artère basilaire
- C - Infarctus cérébelleux
- D - Méningite carcinomateuse
- E - Neurinome du VIII

QCM 2 : Quelles sont les étiologies à évoquer devant une diplopie + exophthalmie associée ?

- A - Maladie de Hashimoto
- B - Une thrombose du sinus caverneux
- C - Une fistule carotido-caverneuse
- D - Une maladie de Basedow
- E - Aucune proposition n'est exacte

QCM 3 : Quelles sont les caractéristiques du syndrome de Heerfordt ?

- A - Arthralgies
- B - Fièvre
- C - Parotidite bilatérale
- D - Paralysie faciale
- E - Uvête antérieure unilatérale

QCM 4 : Quels signes retrouve-t-on lors d'une atteinte du III dans sa forme complète ?

- A - La diplopie est le plus souvent verticale
- B - Un strabisme interne
- C - Un myosis aréflexique
- D - Une paralysie de l'élévation du globe
- E - Un ptosis

QCM 5 : Quels signes retrouve-t-on lors d'une atteinte du VI ?

- A - Une diplopie verticale maximale dans le regard vers le haut
- B - Une diplopie horizontale maximale dans le regard en dehors
- C - Un strabisme externe
- D - Une paralysie de l'adduction
- E - Une paralysie de l'abduction

QCM 6 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des crises épileptiques généralisées ?

- A - Epilepsie à paroxysme rolandique
- B - Crise atonique
- C - Crise myoclonique
- D - Epilepsie temporo-mésiale
- E - Epilepsie-absence atypique

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Eliminer les incorrectes, 1^{re} Idée

1- Réponse : A C	<ul style="list-style-type: none">• L'HTIC est source de trouble visuel via l'œdème papillaire de stase <input type="checkbox"/>
2- Réponse : A B E	<ul style="list-style-type: none">• Le méningiome et le neurinome sont des tumeurs extra-médullaires intradurales <input checked="" type="checkbox"/>
3- Réponse : E	<ul style="list-style-type: none">• C'est la description d'une compression de niveau C8-D1 car signe de Claude Bernard-Horner <input type="checkbox"/>
4- Réponse : C	<ul style="list-style-type: none">• Description typique d'une compression de niveau lombo-sacrée <input checked="" type="checkbox"/>
5- Réponse : E	<ul style="list-style-type: none">• 7 semaines pour une lombalgie simple et 6 semaines si radiculopathie associée <input type="checkbox"/>
6- Réponse : D	<ul style="list-style-type: none">• A savoir <input type="checkbox"/>
7- Réponse : C D	<ul style="list-style-type: none">• Points de détail du cours, mais qui peuvent faire gagner de précieux points le jour du concours <input type="checkbox"/>
8- Réponse : A B C E	<ul style="list-style-type: none">• A évoquer devant un syndrome périphérique associé à des signes de carence en hormone gonadotrope ++ <input checked="" type="checkbox"/>
9- Réponse : C E	<ul style="list-style-type: none">• Opiacés, anticholinestérasiques, organophosphorés <input type="checkbox"/>
10- Réponse : C E	<ul style="list-style-type: none">• Gravité ++ si trouble de la déglutition ou atteinte diaphragmatique (avec toux inefficace notamment) <input checked="" type="checkbox"/>
11- Réponse : B D	<ul style="list-style-type: none">• Pas d'atteinte du nerf optique, donc pas de trouble de l'acuité visuelle• Les nerfs sont intègres, pas d'amyotrophie, pas d'atteinte de la musculature pupillaire <i>a contrario</i> du Lambert-Eaton <input type="checkbox"/>
12- Réponse : A D	<ul style="list-style-type: none">• Les autres AINS sont aussi efficaces, mais n'ont pas l'AMM <input type="checkbox"/>
13- Réponse : B C	<ul style="list-style-type: none">• Les triptans doivent être pris le plus précocement après le début de la céphalée, jamais avant <input checked="" type="checkbox"/>• Les AINS eux peuvent être pris dès le début de l'aura dans le but de diminuer l'intensité de la céphalée à venir
14- Réponse : A	<ul style="list-style-type: none">• C'est même un test diagnostique <input checked="" type="checkbox"/>
15- Réponse : B C E	<ul style="list-style-type: none">• Larmoiement, congestion nasale, injection conjonctivale, œdème palpébral, signe de Claude Bernard Horner, sudation. <input type="checkbox"/>• Ainsi que bien sûr une douleur atroce toujours du même côté, strictement unilatérale centrée sur l'œil.

QCM 14 Quel est le traitement de l'hémicrânie paroxystique ?

- A - Indométacine
- B - Carbamazépine
- C - Vérapamil
- D - Corticoïdes
- E - Triptan

QCM 15 Quels signes cliniques sont retrouvés dans une algie vasculaire de la face ?

- A - Diplopie
- B - œdème palpébral
- C - Myosis
- D - Sécheresse oculaire
- E - Congestion nasale

QCM 7	Quelles anomalies peut-on retrouver à la biologie dans un syndrome de Guillain-Barré ?
A -	Thrombopénie
B -	Leucocytose
C -	Lymphopénie
D -	Anomalie hépatique
E -	Neutropénie
QCM 8	A propos de la maladie de Kennedy :
A -	Elle est de transmission autosomique dominante
B -	Elle est liée à l'X
C -	On retrouve un syndrome périphérique
D -	On retrouve un syndrome pyramidal
E -	On retrouve une atteinte de l'axe gonadotrope
QCM 9	Quels médicaments peuvent être responsables d'un myosis ?
A -	Aténolol
B -	Atropine en collyre
C -	Tramadol
D -	Kétoprofène
E -	Pyridostigmine
QCM 10	Quels sont les signes de gravité de la myasthénie ?
A -	Fréquence respiratoire 15/minut
B -	Diplopie
C -	Fausses routes
D -	Régurgitations nasales
E -	Toux inefficace
QCM 11	Quels signes cliniques sont retrouvés dans une myasthénie ?
A -	Amyotrophie
B -	Diplopie
C -	Baisse de l'acuité visuelle
D -	Ptosis
E -	Myosis
QCM 12	Quels AINS ont l'AMM dans le traitement de la crise migraineuse ?
A -	Ibuprofène
B -	Naproxène
C -	Diclofénac
D -	Kétoprofène
E -	Indoméfaccine
QCM 13	A propos du traitement de la crise migraineuse avec aura :
A -	Les AINS ne doivent être pris que lorsque la céphalée débute
B -	Les triptans ne doivent être pris que lorsque la céphalée débute
C -	Les AINS peuvent être pris dès le début de l'aura en dehors de toute céphalée
D -	Les triptans peuvent être pris dès le début de l'aura en dehors de toute céphalée
E -	Aucune proposition n'est exacte

Questions isolées QCM N°23

ENTRAÎNEMENT 3

QCM 1 Quelles sont les causes de trouble visuel transitoire ?

- A - Signe d'Uthoff
- B - NOIAA
- C - HTIC
- D - OVCR
- E - Aucune proposition n'est exacte

QCM 2 Quelles sont les causes intramédullaires de compression médullaire lente ?

- A - Astrocytome
- B - Cavernome
- C - Neurinome
- D - Méningiome
- E - Ependymome

QCM 3 Une paraplégie spastique + névralgie cervico-brachiale et signe de

QCM 3 Claude Bernard-Horner correspondent à quelle niveau de compression médullaire ?

- A - Entre C1 et C4
- B - Entre C5 et D1
- C - Moelle dorsale
- D - Moelle lombo-sacrée
- E - Autre réponse

QCM 4 La paralysie des quadriceps avec disparition des ROT rotuliens, mais ROT

QCM 4 achilléens vifs et signe de Babinski bilatéral + troubles sphinctériens, correspond à quel niveau de compression médullaire ?

- A - Entre C1 et C4
- B - Moelle dorsale
- C - Moelle lombo-sacrée
- D - Cône terminal
- E - Autre réponse

QCM 5 Dans la radiculopathie, le scanner lombaire est préconisé au-delà de quelle durée

QCM 5 en cas de persistance des symptômes, malgré un traitement médical ?

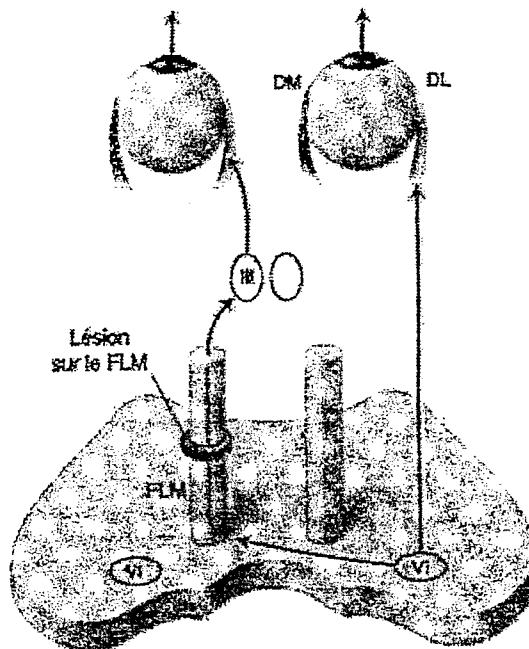
- A - 2 semaines
- B - 3 semaines
- C - 4 semaines
- D - 5 semaines
- E - 6 semaines

QCM 6 Parmi ces maladies auto-immunes, laquelle est essentiellement pourvoyeuse de neuropathie sensitive ?

- A - LED
- B - Dermatomyosite
- C - Polyarthrite rhumatoïde
- D - Maladie de Gougerot-Sjögren
- E - Maladie de Biermer

10- Réponse : B

- Le faisceau cortico-nucléaire est l'équivalent du faisceau pyramidal, mais au niveau du tronc cérébral pour les paires crâniennes, il ne chemine donc pas dans la moelle spinale
- Les voies cordonales postérieures décussent au niveau bulbaire
- Les voies spinothalamiques croisent à chaque niveau médullaire

11- Réponse : C**12- Réponse : A,B,E**

- Le quadriceps est L2-L3-L4

13- Réponse : C,D,E

- Tenseur du fascia lata (abduction de hanche)
- Moyen et petit fessier, jambier antérieur

14- Réponse : A,C,D,E

- Avec aussi les moyen et petit fessiers

15- Réponse : B,D

- Le drop attack est un symptôme compatible avec un AIT, et doit bien sûr faire entreprendre tout le bilan d'AVC.

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 type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : A C D		<ul style="list-style-type: none">Le SIADH est une hyperhydratation intracellulaire avec secteur extracellulaire normal et urine relativement trop concentrée par rapport à l'excès d'eauLe maximum de dilution du rein est de 60 mosmol/L, si un patient est en hyponatrémie, cela veut dire qu'il est en surcharge hydrique, le rein devrait alors diluer les urines au maximum pour éliminer un maximum d'eau. Dans le SIADH, l'excès d'ADH fait que le rein réabsorbe le rein malgré l'excès d'eau, et donc les urines sont concentrées, soit > 100 mosmol/L <input type="checkbox"/>
2- Réponse : B C D E		<ul style="list-style-type: none">Pour le pied creux, penser au pied creux de Charcot-Marie-Tooth <input type="checkbox"/>
3- Réponse : E		<ul style="list-style-type: none">A savoir <input type="checkbox"/>
4- Réponse : A C E		<ul style="list-style-type: none">Il y a également le réflexe oculo-cardiaque. Important à savoir lors de l'évaluation d'un patient comateux <input type="checkbox"/>
5- Réponse : A D		<ul style="list-style-type: none">Avec aussi le réflexe cornéen, oculo-céphalogyre horizontal (attention à ne pas exécuter si doute sur une lésion rachidienne cervicale) <input type="checkbox"/>Les réflexes du mésencéphale sont : RPM direct et consensuel, réflexe oculo-céphalogyre vertical
6- Réponse : D		<ul style="list-style-type: none">Donc toute lésion médullaire au-dessus de C4 est source d'insuffisance respiratoire aiguë <input type="checkbox"/>
7- Réponse : A B		<ul style="list-style-type: none">C7 pour le réflexe tricipital et C8-D1 pour le réflexe cubito-pronateur <input type="checkbox"/>
8- Réponse : A B C D		<ul style="list-style-type: none">SPPORT : Sein, Prostate, Poumon, Os, Rein, Thyroïde <input type="checkbox"/>
9- Réponse : A B C		<ul style="list-style-type: none">La prostate est source de métastase ostéo-condensante, ce sont les métastases ostéolytiques qui sont sources d'hypercalcémie <input checked="" type="checkbox"/>On peut également ajouter la thyroïde et le rein

QCM 14 Quels sont les muscles à explorer lors de l'étude de la racine S1 ?

- A - Soleaires
- B - Jambier antérieur
- C - Fléchisseur du gros orteil
- D - Pédieux
- E - Jumeaux

QCM 15 Un drop-attack est :

- A - Un dérobement des membres inférieurs avec perte de connaissance
- B - Un dérobement des membres inférieurs sans perte de connaissance
- C - Caractéristique du territoire carotidien
- D - Caractéristique du territoire vertébro-basilaire
- E - Une crise d'épilepsie

QCM 7 Une atteinte de la racine C6 peut provoquer :

- A - Une douleur au niveau du pouce
- B - Une abolition du ROT stylo-radial
- C - Une abolition du ROT tricipital
- D - Une abolition du ROT cubito-pronateur
- E - Un signe de Claude Bernard-Horner

QCM 8 Quels sont les cancers solides ostéophiles ?

- A - Sein
- B - Prostate
- C - Poumon
- D - Thyroïde
- E - Côlon

QCM 9 Quels sont les cancers solides source de métastases hypercalcémiantes ?

- A - Poumon
- B - Sein
- C - Testicule
- D - Prostate
- E - Côlon

QCM 10 Concernant les voies longues médullaires :

- A - Le faisceau cortico-nucléaire chemine le long de la moelle épinière, en position antérolatérale
- B - Le faisceau spinothalamique chemine le long de la moelle épinière, en position antérolatérale
- C - Le faisceau spinothalamique décusse au niveau du bulbe
- D - Les voies coronales postérieures croisent à chaque étage médullaire
- E - Aucune proposition n'est exacte

QCM 11 Lors d'une ophtalmoplégie internucléaire droite, quelles sont les structures ne communiquant plus ?

- A - Le noyau du VI gauche et le noyau du III gauche
- B - Le noyau du VI droit et le noyau du III droit
- C - Le noyau du VI gauche et le noyau du III droit
- D - Le noyau du VI droit et le noyau du III gauche
- E - Aucune proposition n'est exacte

QCM 12 Quels sont les muscles à explorer lors de l'étude de la racine L3 ?

- A - Psoas
- B - Adducteurs
- C - Moyen fessier
- D - Tenseur du fascia lata
- E - Quadriceps

QCM 13 Quels sont les muscles à explorer lors de l'étude de la racine L5 ?

- A - Iliaque
- B - Interosseux
- C - Péroniers antérieurs
- D - Extenseur du gros orteil
- E - Moyen fessier

Questions isolées QCM N°22

ENTRAÎNEMENT 2

QCM 1 Quels sont les critères de SIADH ?

- A - Hyponatrémie
- B - Déshydratation extracellulaire
- C - Osmolarité urinaire > 100 mosmol/L
- D - Secteur extracellulaire normal
- E - Hypernatrémie

QCM 2 Parmi les signes suivants, quels sont ceux évocateurs d'une pathologie nerveuse périphérique ?

- A - Réflexe cutané plantaire en extension
- B - Réflexe cutané plantaire indifférencié
- C - Amyotrophie
- D - Fasciculation
- E - Pieds creux

QCM 3 Quelle est la plus grande cause de neuropathie dans le monde ?

- A - Alcool
- B - Diabète
- C - Iatrogène
- D - Insuffisance rénale
- E - Lèpre

QCM 4 Quels sont les réflexes du bulbe ?

- A - Réflexe de toux
- B - Réflexe oculo-céphalique horizontal
- C - Réflexe de ventilation spontanée
- D - Réflexe photomoteur
- E - Réflexe de déglutition

QCM 5 Quels sont les réflexes du pont ?

- A - Le réflexe naso-palpébral
- B - Le réflexe oculo-céphalique vertical
- C - Le réflexe cornéen
- D - Le réflexe oculo-calorique vestibulaire
- E - Le réflexe oculo-cardiaque

QCM 6 A quel niveau se situe le centre phrénique du diaphragme ?

- A - Bulbe
- B - C1
- C - T4
- D - C4
- E - C8

14- Réponse : C D E

- Hypersensibilité aux interférons ou à l'albumine humaine
- Troubles dépressifs graves ou idées suicidaires (le plus important à retenir)
- Epilepsie non contrôlée
- Insuffisance hépatique
- Grossesse et allaitement

15- Réponse : E

- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Il faut lutter contre la fièvre dès et la maintenir en dessous de 38°C.
- C'est surtout les variations brutales de température qui sont pourvoyeuses de crise épileptique plus que la fièvre elle-même (comme mettre l'enfant dans un bain d'eau froide).

8- Réponse : A B D

- Une syncope d'origine cardiaque est convulsive après environ 30 secondes d'hypoperfusion

9- Réponse : C

- Aucun intérêt à refaire une PL lors des poussées, de même que le suivi des bandes oligoclonales qui ne se négativeront pas
- Elle doit être réalisée si suspicion de LEMP à la recherche du virus JC, notamment si traitement par natalizumab

10- Réponse : B D E

- Ne pas confondre NORB et ophtalmoplegie internucléaire, pas de trouble de l'acuité visuelle ou du champ visuel ici
- Le trouble se révèle en abduction par défaut de communication entre les noyaux oculomoteurs, la convergence est quant à elle conservée, témoignant de l'intégrité du noyau du 3

11- Réponse : C E

- Ainsi qu'ophtalmoplegie internucléaire et atteinte du noyau du VI
- La diplopie est binoculaire

12- Réponse : B C D E

- Idéalement 48 heures avant les bolus. Avec plaquettes et glycémie aussi

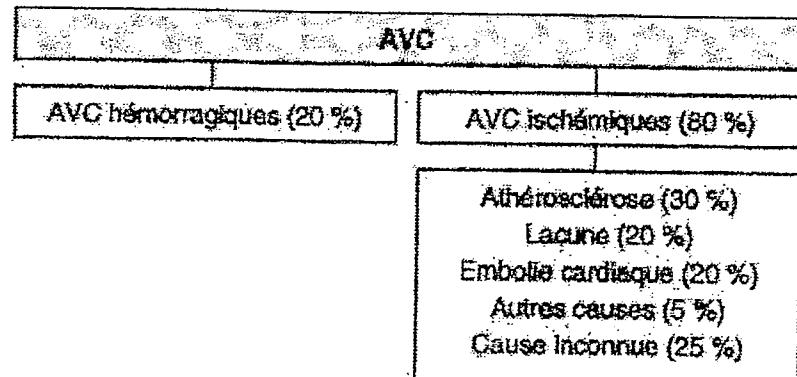
13- Réponse : B C D E F

- Cardiovasculaire (HTA, athérosclérose accélérée, décompensation insuffisance cardiaque, hyperlipidémie avec baisse HDL et hypertriglycéridémie)
- Osseuses (ostéoporose et ostéonécrose cortisoniques)
- Rebond (réapparition/majoration symptôme à l'arrêt)
- Troubles hydro-électrolytiques : rétention hydrosodée et hypokaliémie
- Infectieuses (réactivation tuberculose, ostéomyélite ancienne, attention avec herpès et zona)
- Cutanées (atrophie cutanée, retard cicatrisation, ecchymoses, acné, hirsutisme, faciès cushingoïde, myopathie prox, amyotrophie, fragilisation tendineuse)
- Ophtalmo (glaucome aigu ou chronique à angle ouvert, cataracte)
- Insomnie et troubles neuropsychiques : (sur terrain prédisposé : syndrome dépressif, névrose, psychose), agitation, excitation psychomotrice, décompensation psychotique
- Diabète : cortico-induit transitoire ou aggravation ou révélation d'un diabète préexistant
- Estomac : troubles dyspeptiques bénins, UGD si association aux AINS, pancréatite aiguë, perfusion sur diverticulose colique
- Sevrage : en cas d'interruption brutale : asthénie inhabituelle, arthromyalgies, hypo TA, baisse de la thyroïde

STRATEGIE QCM – COMMENTAIRES

QCM Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation,
 Éliminer les incorrectes, 1^{re} idée

1- Réponse : A C D E G



2- Réponse : A C D E

- Elle est moins fréquente chez les patients en surcharge pondérale

3- Réponse : B C E

- CADASIL veut dire : Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy
- C'est donc une artériopathie cérébrale de transmission autosomique dominante source de micro-infarctus sous-cortical et leuco-encéphalopathie

4- Réponse : B C

- Et il y a également le vasospasme cérébral

5- Réponse : A D

- Les corticoïdes sont délétères dans cette indication
- C'est l'hyponatrémie et non l'hypernatrémie

6- Réponse : B E

- Patient Glasgow 12 à 7 avec ou sans déficit moteur

7- Réponse : A B D

- La perte de connaissance est prolongée, plusieurs dizaines de minutes, sans souvenir de l'épisode

QCM 14 Quelles sont les contre-indications aux interférons ?

- A - Syndrome pseudo-grippal
- B - Syndrome dépressif
- C - Rougeur aux points d'injection
- D - Epilepsie non contrôlée
- E - Insuffisance hépatique

QCM 15 Quel bilan est à effectuer devant une convulsion hyperthermique de l'enfant simple ?

- A - Imagerie cérébrale
- B - EEG
- C - PL
- D - Bilan métabolique et génétique
- E - Aucune proposition n'est exacte

QCM 7	Devant une perte de connaissance, quels arguments sont en faveur d'une crise d'épilepsie ?
A -	Morsure du bord latéral de la langue
B -	Début soudain sans prodromes
C -	Perle de connaissance brève
D -	Pas de souvenir de la crise
E -	Aucune proposition n'est exacte
QCM 8	Quelles propositions sont exactes ?
A -	L'hypoglycémie n'est jamais syncopale
B -	Une syncope à l'effort justifie un avis cardiological dans les 24 heures
C -	Toute perte de connaissance convulsive est épileptique
D -	L'hypotension postprandiale est fréquente chez le sujet âgé
E -	Aucune proposition n'est exacte
QCM 9	Dans quelle situation réaliserez-vous une nouvelle PL dans l'évolution d'une SEP ?
A -	Lors des poussées
B -	Jamais
C -	En cas de suspicion de LEMP
D -	A distance afin d'évaluer l'efficacité du traitement sur la baisse des bandes oligo-clonales
E -	Systématiquement à 3 mois
QCM 10	Une ophtalmopégie internucléaire correspond à :
A -	Une altération du champ visuel
B -	Une diplopie
C -	Un trouble de la verticalité
D -	Une lésion de la bandelette postérieure
E -	Une lésion du faisceau longitudinal médian
QCM 11	D'une manière générale, quels sont les troubles ophtalmologiques pouvant être observés dans la SEP ?
A -	Ophtalmie sympathique
B -	Paralysie supra-nucléaire progressive
C -	Nystagmus
D -	Diplopie monoculaire
E -	NORB
QCM 12	Quel bilan réalisez-vous avant des bolus de corticoïdes ?
A -	Echographie cardiaque
B -	ECBU
C -	Ionogramme sanguin
D -	NFS
E -	CRP
QCM 13	Quels sont les effets indésirables des corticoïdes ?
A -	Hyperkaliémie
B -	Hypokaliémie
C -	Cataracte
D -	Ostéoporose
E -	Infections

Questions isolées QCM N°21

ENTRAÎNEMENT 1

QCM 1 A propos des étiologies des AVC :

- A - 80% des AVC sont ischémiques
- B - 40% des AVC sont lacunaires
- C - 20% des AVC sont d'origine embolique cardiaque
- D - 20% des AVC sont d'origine hémorragique
- E - 30% des AVC sont d'origine athérosclérotique

QCM 2 A propos de la dissection des artères cervico-encéphaliques :

- A - C'est la cause la plus fréquente des infarctus cérébraux du sujet jeune
- B - Il existe un risque d'embole distal
- C - Elle est plus fréquente chez les patients en surcharge pondérale
- D - Les céphalées sont périorbitaires sur une dissection carotidienne
- E - Elle peut s'associer à une paralysie des paires crâniennes

QCM 3 A propos du syndrome CADASIL :

- A - Il est de transmission autosomique récessive
- B - Il est de transmission autosomique dominant
- C - On retrouve des micro-infarctus sous-corticaux
- D - On retrouve des microhémorragies sous-corticales
- E - On retrouve une leuco-encéphalopathie

QCM 4 Dans quelles conditions le traitement de l'hémorragie méningée peut être retardé ?

- A - Signe de focalisation
- B - Trouble de la conscience
- C - Troubles neurovégétatifs sévères
- D - Trouble de la repolarisation à l'ECG
- E - Aucune des propositions n'est exacte

QCM 5 A propos des complications de l'hémorragie méningée :

- A - L'hydrocéphalie concerne 20% des patients
- B - Les corticoïdes peuvent être utilisés devant une HTIC
- C - L'hypernatrémie est une complication possible
- D - Une anosmie est possible pour les anévrismes de la communicante antérieure
- E - Aucune des propositions n'est exacte

QCM 6 Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont grade 4 de la classification WFNS ?

- A - Patient Glasgow 13 sans déficit moteur
- B - Patient Glasgow 12 sans déficit moteur
- C - Patient Glasgow 14 avec déficit moteur
- D - Patient Glasgow 6 sans déficit moteur
- E - Patient Glasgow 8 avec déficit moteur

9- Réponse : B E

- Le scanner est peu sensible peu spécifique
- L'EEG est sensible peu spécifique
- L'IRM est sensible moins spécifique

10- Réponse : B C D

- L'instauration des antiviraux n'a pas supprimé les séquelles avec toujours 6% de décès et 7% de séquelles

11- Réponse : A D

- Les autres surviennent plutôt à un stade avancé de la maladie, en dehors de la neuronopathie non évoquée

12- Réponse : A C D E

- Elle évolue vers un tableau de paraparésie spastique avec des troubles sensitifs modérés et des troubles sphinctériens
- Le différentiel doit être fait avec des atteintes médullaires zostériennes, herpétiques, CMV, et aussi toxoplasmose et lymphome

13- Réponse : A C D

- Le LCS est normal dans 80% des cas
- Elle évolue vers un syndrome démentiel sous-cortical

14- Réponse : B D E

- Les manifestations principales sont la fièvre et la céphalée
- Le syndrome méningé n'est présent que dans moins de 40% des cas
- *A contrario*, une culture négative ne veut pas toujours dire que l'infection n'est pas active

15- Réponse : D

- Devant une infection à CMV la rétinite doit toujours être recherchée, et devant une rétinite le CMV doit être recherché

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input checked="" 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	<ul style="list-style-type: none">• Dans 95% des cas <input checked="" type="checkbox"/>
2- Réponse : B C D	<ul style="list-style-type: none">• 93% pour la fièvre, Quasi constant pour les troubles de la vigilance, et 92% pour les manifestations épileptiques souvent temporales partielles <input checked="" type="checkbox"/>• Le syndrome méningé est présent dans moins de 50% des cas, et l'hémiplégie possible dans les formes sévères
3- Réponse : A B D E	<ul style="list-style-type: none">• Pas d'atteinte encéphalique pour le méningocoque <input checked="" type="checkbox"/>• Pour les autres l'encéphalite est temporaire non nécrosante <i>a contrario</i> de l'encéphalite herpétique
4- Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none">• Le plus souvent aiguë ou subaiguë <input checked="" type="checkbox"/>• Association de troubles amnésiques souvent hippocampique (donc trouble de stockage et amnésie antérograde) <input checked="" type="checkbox"/>• De crises d'épilepsie partielles complexes temporales et de troubles psychiatriques et cognitifs
5- Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none">• Et surtout synthèse intra-thécale d'anticorps <input checked="" type="checkbox"/>
6- Réponse : C D	<ul style="list-style-type: none">• Antirécepteur du N-méthyl-D-aspartate (NMDA) <input checked="" type="checkbox"/>• Anti-canaux potassiques voltage-dépendant (VGKC)
7- Réponse : B D	<ul style="list-style-type: none">• Touche plus souvent la femme aux alentours de 30 ans <input checked="" type="checkbox"/>• Association de dyskinésies bucco-linguo-faciales, de mouvements dystoniques, d'une dysautonomie• D'origine paranéoplasique dans plus de la moitié des cas : tératome de l'ovaire et testiculaire
8- Réponse : A B C D	<ul style="list-style-type: none">• Touche plus souvent l'homme aux alentours de 60 ans• Association de crises toniques, de myoclonies, souvent d'une hyponatrémie <input checked="" type="checkbox"/>• Moins souvent paranéoplasique

QCM 14 Quelles sont les caractéristiques de l'infection à cryptocoque ?

- A - Elle est non fébrile
- B - L'examen direct du LCS à l'encre de Chine doit être demandé
- C - Le syndrome méningé est au 1^{er} plan
- D - L'hyperprotéinorachie du LCS est modérée
- E - Une culture positive prouve toujours la présence d'une infection active

QCM 15 Devant une infection à CMV, quelle complication doit impérativement être recherchée ?

- A - Un syndrome de la queue de cheval
- B - Une atteinte du nerf optique
- C - Une atteinte du nerf facial
- D - Une rétinite
- E - Une méningo-radiculite

QCM 7	Quelles sont les caractéristiques de l'encéphalite à anticorps anti-NMDA ?
A -	Prédominance masculine
B -	Dyskinésies bucco-linguo-faciales
C -	Mouvements choréiques
D -	Souvent d'origine paranéoplasique
E -	Epilepsie absence
QCM 8	Quelles sont les caractéristiques de l'encéphalite à anticorps anti-VGKC ?
A -	Prédominance masculine
B -	Prédominance chez le sujet âgé
C -	Crises toniques
D -	Hyponatrémie fréquente
E -	Hyperkaliémie fréquente
QCM 9	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) est (sont) le (les) plus spécifique(s) pour le diagnostic de méningo-encéphalite herpétique ?
A -	Scanner cérébral
B -	PCR HSV
C -	EEG
D -	IRM cérébrale
E -	Anticorps HSV dans le sang et le LCS
QCM 10	Quelles sont les séquelles possibles après une méningo-encéphalite herpétique ?
A -	Syndrome de Kleine-Levin
B -	Epilepsie
C -	Syndrome de Korsakoff
D -	Syndrome de Kluver et Bucy
E -	Syndrome de Marchiava-Bignami
QCM 11	Quelles neuropathies périphériques surviennent préférentiellement au stade précoce de l'infection à VIH ?
A -	Polyradiculoneuropathies aiguës
B -	Myélo-radiculopathie
C -	Polyneuropathies axonales
D -	Mono-neuropathie
E -	Neuronopathie
QCM 12	A propos de la myéopathie à VIH :
A -	La forme chronique est la plus fréquente
B -	Elle prédomine à l'étage cervical
C -	Elle prédomine à l'étage thoracique
D -	Elle correspond à une dégénérescence vacuolaire de la substance blanche
E -	Une myéopathie à CMV doit être éliminée
QCM 13	A propos de l'encéphalite à VIH :
A -	Elle débute de manière insidieuse par un syndrome dépressif
B -	Elle évolue vers un syndrome démentiel de type cortical
C -	Les troubles de la mémoire sont fréquents
D -	A l'IRM les lésions prédominent dans les lobes frontaux et pariétaux
E -	Le LCS est habituellement pathologique

Questions isolées QCM N°19

QCM 1 Quel type d'Herpesviridæ est le plus souvent responsable de méningo-encéphalite ?

- A - Type 1
- B - Type 2
- C - Type 3
- D - Type 5
- E - Type 6

QCM 2 Quelles manifestations cliniques sont les plus fréquentes dans la méningo-encéphalite herpétique ?

- A - Syndrome méningé
- B - Syndrome infectieux
- C - Troubles de la vigilance
- D - Manifestations épileptiques
- E - Hémiplégie

QCM 3 Quelles sont les autres étiologies possibles d'encéphalite temporaire ?

- A - VZV
- B - Mononucléose
- C - Méningocoque
- D - Légionellose
- E - Fièvre Q

QCM 4 Quelles sont les caractéristiques de l'encéphalite auto-immune ?

- A - Evolution chronique
- B - Amnésie antérograde
- C - Crise d'épilepsie généralisée
- D - Crise d'épilepsie partielle complexe
- E - Troubles psychiatriques

QCM 5 Quelles sont les caractéristiques du LCR dans l'encéphalite auto-immune ?

- A - Méningite à lymphocytes
- B - Méningite à RNN
- C - Normoprotéinorachie
- D - Normoglycorachie
- E - Hyperprotéinorachie

QCM 6 Quel(s) est (sont) l' (les) anticorps impliqué(s) dans l'encéphalite auto-immune ?

- A - Anti-Hu
- B - Anti-Yo
- C - Anti-NMDA
- D - Anti-VGKC
- E - Anti-Mitochondrie

10. Réponse : A B C E

ANTIEPILEPTIQUES COURANTS	VOIE	SPECTRE D'ACTIVITÉ			
		CGT	ABSENCES	MYOCLONIES	CP
Valproate de sodium (DEPAKINE [®])	PO, IV	X	X	X	X
Lamotrigine (LAMICTAL [®])	PO	X	X	X	X
Lévétiracélam (KEPPRA [®])	PO, IV	X	X	X	X
Benzodiazépines (RIVOTRIL [®] , URBANYL [®] , VALIUM [®])	PO, IV, IM, IR	X	X	X	X
Ethosuximide (ZARONTIN [®])	PO	0	X	0	0
Carbamazépine (TEGRETOL [®])	PO, IV	X	Aggravant	Aggravant	X
Oxcarbazépine (TRILEPTAL [®])	PO	0	Aggravant	Aggravant	X
Topiramate (EPITOMAX [®])	PO	X	0	0	X
Zonisamide (ZONEGRAN [®])	PO	X	0	0	X
Lacosamide (VIMPAT [®])	PO, IV	0	0	0	X
Eslicarbazépine (ZEBINIX [®])	PO	0	Aggravant	Aggravant	X
Pérampanel (FYCOMPA [®])	PO	0	0	0	X
Phénytoïne (DI-HYDANT [®])	PO, IV, IM	X	Aggravant	Aggravant	X
Phénobarbital (GARDENAL [®] , ALEPSAL [®])	PO, IV, IM	X	0	X	X

- Il faut connaître les principaux antiépileptiques

11. Réponse : A D E

- Cf. question 10

12. Réponse : B

- 2-3 ans sans crise ☐
- L'arrêt du traitement se fera toujours de manière progressive, ne jamais arrêter un traitement brutalement +++

13. Réponse : C D

- La conduite des poids lourds et des véhicules de transport en commun n'est possible qu'après un recul sans crise de 10 ans sans traitement
- Elle est possible pour les autres véhicules après avis de la commission médicale du permis de conduire si l'épilepsie est stabilisée depuis 12 mois, selon le syndrome
- C'est au malade de faire les démarches et non au médecin ; c'est au médecin d'informer le malade (et seulement lui) ☐

14. Réponse : A C D

- Carbamazépine, oxcarbazépine, eslicarbazépine, phénytoïne et phénobarbital ☐
- Car ce sont des inducteurs enzymatiques

15. Réponse : A B D

- Le symptôme principal est une confusion mentale d'intensité variable (du simple ralentissement idiomoteur à la stupeur) pouvant persister des heures et des jours :
 - Etat de mal épileptique-absence : association à des myoclonies périoculaires ou buccales (50% des cas) ; il survient à tout âge, plus souvent chez les sujets âgés
 - Etats de mal épileptiques partiels complexes (rares) : la confusion mentale est le symptôme isolé, rarement associé à des épisodes de mâchonnements incongrus
 - EEG : activité paroxystique continue d'apparence généralisée ou focale
- L'injection IV d'une benzodiazépine normalise l'EEG et fait disparaître dans les secondes qui suivent la confusion ☐
- L'œdème cérébral peut apparaître après 30 minutes de crises convulsives X

5-Réponse : A C D

- L'une des formes les plus sévères des épilepsies infantiles. Il est classé dans les épilepsies généralisées symptomatiques ou cryptogéniques ; âge de début avant 8 ans, pic de fréquence entre 3 et 5 ans. Il est caractérisé par une triade :
 - Des crises aussi évocatrices par leur type (**crises toniques, crises atoniques, absences atypiques**) que par leur survenue quotidienne et leur coexistence chez un même patient
 - Des troubles mentaux, retard intellectuel, troubles de la personnalité, troubles caractériels et parfois comportements autistiques ou prépsychotiques
 - Un **EEG intercritique** : pointes-ondes lentes (rythme de 1,5 à 2 par seconde) en bouffées bi-synchrones plus ou moins symétriques, très nombreuses, sur un rythme de fond ralenti à l'état de veille. S'ajoutent pendant le sommeil des décharges de rythmes rapides recrutant correspondant à des **crises toniques pathognomoniques** au cours du sommeil
- Le syndrome de Lennox-Gastaut est **cryptogénique ou symptomatique** d'une atteinte cérébrale congénitale ou acquise ; il peut faire suite à un syndrome de West. Le pronostic est sévère ; les différents traitements ne sont souvent que transitoirement efficaces. Seuls certains cas cryptogéniques traités précocement peuvent évoluer sans séquelle. Des périodes cycliques d'aggravation et de rémission sont fréquentes, indépendamment du traitement choisi ☐

6-Réponse : B C E

- D'excellent pronostic, elles surviennent après 1 an ; elles résultent d'une susceptibilité génétique âge-dépendante à la fièvre :
- Crises bilatérales, cloniques ou tonico-cloniques durant moins de 15 minutes, ne se répétant pas au cours d'un même épisode fébrile, sans signe de localisation critique ou postcritique
- Typiquement dans les 24 heures après l'installation de la fièvre, lors de l'acmé ou de la défervescence thermique ; fièvre virale dans 95% des cas
- **EEG sans intérêt** dans cette situation
- L'administration d'antipyrrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C est la mesure préventive essentielle. Un traitement antiépileptique n'est indiqué que dans de rares cas, au-delà de la 3^{ème} convulsion fébrile. Le risque d'épilepsie ne dépasserait pas 2,4% des cas ☐

7-Réponse : B D

- L'épilepsie à paroxysme nécessite rarement un traitement, sauf si les crises sont fréquentes et gênantes X
- Pour les autres il faut traiter la cause et non l'épilepsie qui est un symptôme dans ce cas

8-Réponse : B D

- L'épilepsie absence, myoclonique juvénile bénigne et à paroxysme rolandique ne nécessite pas d'imagerie cérébrale, à condition qu'elles s'intègrent parfaitement dans le syndrome propre à chacune X

9-Réponse : A B C D

- La décision d'un traitement se fait classiquement après la survenue de 2 crises espacées d'au moins 24 heures ☐
- Cependant dans certaine circonstance et notamment devant une CGTC, le traitement peut être instauré dès la 1^{ère} crise
- Attention, l'absence de facteur déclenchant est primordiale ++

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM : Connaissances, Déduction, Arg/Fréquence, Formulation, Eliminer les incorrectes, 1^{ère} idée

1- Réponse : A+B+D

- Survenue chez des enfants indemnes de toutes lésions cérébrales anciennes ou évolutives
- Crises partielles simples de la région bucco-faciale : clonies d'une hémiface, paresthésies de la langue ou des gencives, hyper-salivation, impossibilité de parler, l'enfant restant conscient pendant toute la crise, elles peuvent s'étendre au membre supérieur ou se généraliser secondairement
- Crises très liées au sommeil, attirant l'attention de l'entourage par des bruits de gorge
- EEG intercritique : pointes centro-temporales lentes bi-phasiques, rythme de fond normal
- La disparition des crises après 16 ans est la règle

2- Réponse : B+E

- Description typique d'une crise d'épilepsie temporelle mésiale, c'est l'épilepsie partielle la plus fréquente de l'adulte donc à savoir
- Perte de contact pendant la crise donc partielle complexe

3- Réponse : B+C+D

- Antécédent de convulsions fébriles compliquées
- Atrophie hippocampique à l'IRM

4- Réponse : B+C+D

- Rare (3 pour 10 000 naissances), il apparaît entre le 4^{ème} et le 7^{ème} mois et se manifeste par une triade :
 - Des crises : spasmes infantiles, en salves, 3 fois plus souvent en flexion qu'en extension
 - Une régression psychomotrice : enfant indifférent, ne sourit plus, n'apprend plus rien et perd même ensuite ses acquisitions antérieures
 - Un EEG pathognomonique : l'hypsarythmie (ondes très amples, très lentes, pointes sans régularité, diffuses, permanentes, interrompues lors des spasmes par un aplatissement transitoire)
- Le syndrome de West est primitif 1 fois sur 3 : le pronostic n'est pas forcément péjoratif, si le traitement est entrepris tôt. S'il est secondaire, le plus souvent à une encéphalopathie fixée, déjà responsable d'un retard psychomoteur, quelques fois une maladie métabolique ou une phacomatose (maladie de Bourneville), le pronostic est très sévère

QCM 13 : A propos de la conduite automobile :

- A - La conduite des poids lourds est possible sous traitement efficace depuis plus de 2 ans
- B - La conduite de voitures légères est possible sous traitement efficace depuis plus de 6 mois
- C - La conduite de voitures légères est possible sous traitement efficace depuis plus d'1 an
- D - C'est au malade de faire les démarches
- E - C'est au médecin de faire les démarches

QCM 14 : Quels antiépileptiques contre-indiquent la pilule ?

- A - Carbamazépine
- B - Lévétiracétam
- C - Phénobarbital
- D - Phénytoïne
- E - Valproate de sodium

QCM 15 : A propos de l'état de mal épileptique non convulsif :

- A - Le symptôme principal est la confusion mentale
- B - L'état de mal épileptique-absence s'associe à des myoclonies périoculaires ou buccales dans 50% des cas
- C - L'état de mal épileptique partiel complexe s'associe fréquemment à des mâchonnements ou automatismes
- D - L'injection IV d'une benzodiazépine fait disparaître la confusion en quelques secondes
- E - Après une demi-heure de crise, un œdème cérébral peut apparaître

QCM 6	A propos de la convulsion fébrile simple :
A -	Elle survient après 2 ans
B -	Elle se traduit par une crise généralisée de moins de 15 minutes
C -	Elle survient typiquement dans les 24 heures après l'installation de la fièvre
D -	Un EEG doit être demandé systématiquement
E -	Elle résulte d'une susceptibilité génétique âge-dépendante à la fièvre
QCM 7	Parmi les propositions suivantes, lesquelles constituent une indication à un traitement épileptique ?
A -	Epilepsie traumatique en phase aiguë
B -	Epilepsie myoclonique juvénile bénigne
C -	Epilepsie métabolique
D -	Epilepsie absence
E -	Epilepsie à paroxysme rolandique
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, lesquelles ne nécessitent pas une imagerie cérébrale ?
A -	Crise partielle simple isolée
B -	Epilepsie à paroxysme rolandique
C -	Crise généralisée tonico-clonique isolée
D -	Epilepsie absence
E -	Aucune proposition n'est exacte
QCM 9	Quelles sont les indications à un traitement sur une 1 ^{ère} crise généralisée tonico-clonique ?
A -	Absence de facteur déclenchant
B -	Paroxysmes EEG intercritique
C -	Personne âgée
D -	A la demande du malade
E -	Autre réponse
QCM 10	Quel(s) traitement(s) est (sont) efficace(s) sur les absences ?
A -	Valproate de sodium
B -	Lévétiracétam
C -	Ethosuximide
D -	Oxcarbazépine
E -	Topiramate
QCM 11	Quel(s) traitement(s) est (sont) efficace(s) sur les CGTC ?
A -	Lamotrigine
B -	Ethosuximide
C -	Oxcarbazépine
D -	Carbamazépine
E -	Phénobarbital
QCM 12	A partir de quand peut-on envisager l'arrêt du traitement antiépileptique ?
A -	1-2 ans
B -	2-3 ans
C -	3-4 ans
D -	4-5 ans
E -	Traitement à vie

Questions isolées QCM N°12

QCM 1 Quels sont les caractères de l'épilepsie à paroxysme rolandique ?	
A -	Survient chez des enfants indemnes de toutes lésions cérébrales
B -	Paresthésies de la langue et des gencives
C -	Crise survenant essentiellement au réveil
D -	Pointes centro-temporales lentes bi-phasiques à l'EEG
E -	L'épilepsie est résolutive en général après 14 ans
QCM 2	Mme E, 24 ans, vous consulte avec sa mère pour perte de contact récidivante. En effet, celle-ci vous explique ressentir par moment comme une gêne épigastrique, puis être comme dans un rêve. Sa mère ayant assisté à différents épisodes vous explique que, pendant ces épisodes, sa fille a le regard fixe au loin, qu'elle ne répond plus quand elle lui parle, elle frotte également son t-shirt avec sa main, tandis que l'autre main semble complètement rigide.
Quel est votre diagnostic ?	
A -	Crise d'épilepsie partielle simple
B -	Crise d'épilepsie partielle complexe
C -	Crise d'épilepsie généralisée
D -	Absence atypique
E -	Epilepsie temporal mésiale
QCM 3	A propos de l'épilepsie temporelle mésiale :
A -	On retrouve des antécédents de convulsions fébriles simples dans l'enfance
B -	Les crises débutent pendant l'adolescence ou chez l'adulte jeune
C -	La crise secondairement généralisée est rare
D -	L'évolution se fait par crises sur plusieurs jours entrecoupés d'intervalles libres
E -	L'IRM montre une atrophie para-hippocampique
QCM 4	A propos du syndrome de West :
A -	Il apparaît entre 4 et 7 ans
B -	Les crises se traduisent par des spasmes, 3 fois plus fréquent en flexion qu'en extension
C -	L'enfant perd ses acquisitions antérieures
D -	On retrouve une hypersynchronie à l'EEG
E -	Le syndrome de West est idiopathique dans 60% des cas
QCM 5	A propos du syndrome de Lennox-Gastaut :
A -	Il débute avant 8 ans
B -	Chez un même patient on retrouve des crises atoniques et myocloniques par exemple
C -	Pendant le sommeil on retrouve des crises toniques pathognomoniques
D -	Il peut faire suite au syndrome de West
E -	C'est une épilepsie primaire

10- Réponse : A B C D	<ul style="list-style-type: none"> Activité localisée à l'EEG. L'activité diffuse se retrouve dans les crises généralisées <input checked="" type="checkbox"/>
11- Réponse : A C D	<ul style="list-style-type: none"> Les tumeurs d'évolution lentes et de localisation corticale sont les plus pourvoyeuses de crises épileptiques (type méningiome++) <input checked="" type="checkbox"/> La neuro-cysticercose est la cause principale d'épilepsie en zone tropicale ++ <input checked="" type="checkbox"/>
12- Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none"> L'hyperglycémie avec effet osmotique L'hypocalcémie <input checked="" type="checkbox"/>
13- Réponse : A C D	<ul style="list-style-type: none"> La prédominance est féminine Les critères qui ne sont pas en faveur du diagnostic sont : le début tardif après 8 ans, le sexe masculin, la résistance initiale au traitement, et la photosensibilité <input checked="" type="checkbox"/>
14- Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none"> Ce syndrome épileptique répond très bien au traitement par monothérapie, mais marqué par une récidive quasi systématique > 90% à l'arrêt du traitement <input checked="" type="checkbox"/>
15- Réponse : A C D	<ul style="list-style-type: none"> C'est une crise partielle qui survient essentiellement à l'endormissement, sans trouble de la conscience. <input checked="" type="checkbox"/> Elle débute entre 3 et 13 ans. <input checked="" type="checkbox"/>

6- Réponse : C E

- Crise généralisée sans trouble de la conscience
- Stimulation lumineuse intermittente
- Les myoclonies de l'endormissement sont physiologiques, et vous avez sûrement déjà ressenties ces secousses musculaires lorsque vous vous endormez. Pour la petite histoire ces myoclonies s'expliqueraient par un endormissement « trop » rapide, le cerveau ne sachant pas comment interpréter ce relâchement soudain, il envoie des décharges au niveau musculaire pour s'assurer que vous n'êtes pas mourant

7- Réponse : A

- Début et fin brutal, pointes ondes 3 Hz, c'est un EEG typique d'épilepsie absence, à savoir

8- Réponse : B E

- Absence non isolée, symptômes associés
- Moins de 3 Hz à l'EEG
- S'associe à des crises toniques et atoniques

9- Réponse : C D **Crises partielles simples et localisation corticale de la décharge épileptique**

Symptômes et signes cliniques simples	Valeur localisatrice
Paresthésies unilatérales avec marche Bravais-jacksonienne (progression somatotopique)	Cortex somato-sensitif primaire controlatéral (berge postérieure du sillon central)
Secousses cloniques ou contraction tonique unilatérale avec marche Bravais-jacksonienne (progression somatotopique)	Cortex somato-sensitif primaire controlatéral (berge antérieure du sillon central)
Hallucinations visuelles élémentaires unilatérales (flashes lumineux colorés souvent mobiles)	Cortex visuel primaire controlatéral
Hallucinations auditives élémentaires unilatérales (sifflements ou bruits de moteur)	Cortex auditif primaire controlatéral (gyrus temporal transverse)
Hallucinations vestibulaires (sensation de rotation ou de tangage ou de roulis)	Cortex vestibulaire (gyrus temporal supérieur, gyrus angulaire, opercule pariétal), pas de valeur latéralisatrice
Hallucinations olfactives	Cortex orbito-frontal ou noyau amygdalien, pas de valeur latéralisatrice
Hallucinations gustatives	Région insulo-operculaire plutôt antérieure, pas de valeur latéralisatrice
Etat de rêve (hallucination visuelle complexe de scène avec composante mnésique) et sensation de déjà vu et déjà vécu (illusion de familiarité)	Région temporelle interne (amygdale, hippocampe), pas de valeur latéralisatrice

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">• Il faut impérativement différencier crise épileptique et l'épilepsie• Toute personne lambda peut être amenée à faire un jour ou l'autre une crise d'épilepsie, alors que l'épilepsie est une maladie chronique dont l'expression symptomatique est la crise épileptique <input checked="" type="checkbox"/>• Pour parler d'épilepsie, il faut une symptomatologie clinique, donc au moins une crise épileptique et un EEG confirmant la maladie <input checked="" type="checkbox"/>
2- Réponse : A,B,C		<ul style="list-style-type: none">• 2 pics de fréquence, avant 10 ans et après 60 ans• L'activité est dite intercritique lorsqu'elle survient à l'EEG en dehors de toute symptomatologie clinique <input checked="" type="checkbox"/>• Elle est dite critique lorsqu'une crise en résulte, l'activité se répète alors de manière rythmique et sur une durée prolongée (quelques minutes ou secondes) <input checked="" type="checkbox"/>• L'activité intercritique est essentiellement paroxystique, mais plus fréquente
3- Réponse : A,C,D		<ul style="list-style-type: none">• Un syndrome épileptique peut correspondre à plusieurs types de crises• La crise généralisée résulte de l'hyperexcitabilité synchrone de l'ensemble du cerveau, une hyperexcitabilité qui s'étend à l'ensemble du neurone correspond à une crise partielle secondairement généralisée <input checked="" type="checkbox"/>
4- Réponse : A,C,E		<ul style="list-style-type: none">• La phase tonique (10 à 20 secondes) : cri profond, abolition de la conscience (yeux révulsés), contraction tonique soutenue de l'ensemble de la musculature squelettique, d'abord en flexion puis en extension ; apnées avec cyanose, troubles végétatifs importants (tachycardie, augmentation de la tension artérielle, mydriase, rougeur du visage, hypersécrétion bronchique et salivaire) ; morsure latérale de langue possible <input checked="" type="checkbox"/>• Les symptômes sont dus à une décharge adrénégique
5- Réponse : A,B,D		<ul style="list-style-type: none">• La phase postcritique est marquée par une hypotonie (épuisement neuronal) <input checked="" type="checkbox"/>• Polypointes ondes à l'EEG ou tracé rapide

QCM 7	Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) qui permet(tent) d'éliminer une cause secondaire de constipation ?
A -	Endoscopie oeso-gastro-duodénale
B -	Temps de transit colique
C -	TSH
D -	Glycémie à jeun
E -	Coloscopie totale
QCM 8	Parmi les marqueurs suivants recherchés en anatomo-pathologie, le(s)quel(s) caractérisent(s) un cancer colo-rectal ?
A -	CK 7 +
B -	CK 7 -
C -	CK 20 +
D -	CK 20 -
E -	TTF 1 +
QCM 9	Parmi les éléments histologiques suivants, le(s)quel(s) est (sont) caractéristique(s) d'une maladie de Crohn ?
A -	Perte de substance muqueuse
B -	Abcès cryptiques
C -	Infiltration lympho-plasmocytaire du chorion
D -	Granulome épithélioïde et giganto-cellulaire
E -	Atteinte transmurale
QCM 10	Parmi les classes antibiotiques suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) recommandée(s) lors d'une infection de liquide d'ascite ?
A -	Aminosides
B -	Macrolides
C -	Fluoroquinolones
D -	Bêta-Lactamines
E -	Dérivés imidazolés
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) signe(s) évocateur(s) de fistule colo-vaginale ?
A -	Infections urinaires polymicrobiennes
B -	Emission de gaz par le vagin
C -	Infections vaginales récidivantes
D -	Pneumaturie
E -	Salpingites récidivantes
QCM 12	A quel(s) stade(s) de l'hémochromatose les saignées sont-elles indiquées ?
A -	Stade 1
B -	Stade 2
C -	Stade 3
D -	Stade 4
E -	Stade 5
QCM 13	Concernant la prophylaxie primaire de rupture de varices œsophagiennes, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	En l'absence de VO sur le bilan initial, on ne préconise aucune surveillance
B -	En cas de VO grade I, on propose une surveillance endoscopique/2 ans
C -	En cas de VO grade II, on propose une surveillance endoscopique seule
D -	En cas de VO grade II, on propose des bêta-bloquants
E -	La ligature endoscopique n'est pas recommandée en prophylaxie primaire

Questions isolées QCM N° 23

QCM 1 Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) possible(s) d'une hémorragie diverticulaire ?

- A - Traitement endoscopique
- B - Colectomie segmentaire
- C - Embolisation sélective
- D - Antibiotoprophylaxie
- E - Intervention de Hartmann

QCM 2 Concernant les besoins en fer, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - La carence en fer est fréquente
- B - Les besoins sont d'1 mg chez l'homme et 0.5 mg chez la femme en période d'activité génitale
- C - L'alimentation normale apporte environ 10 à 15 mg de fer
- D - 80 % du fer est absorbé
- E - Une anémie ferrifive peut être liée à un saignement occulte

QCM 3 Parmi les propositions suivantes, quel(s) peu(ven)t être le(s) mode(s) de découverte d'un cancer colo-rectal ?

- A - Diarrhée
- B - Constipation
- C - Syndrome rectal
- D - Douleurs abdominales
- E - Hémorragie digestive

QCM 4 Concernant la maladie de Wilson, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle touche le sujet âgé
- B - C'est une maladie incurable
- C - La cuprémie est effondrée
- D - L'anneau de Kayser-Fleischer est caractéristique
- E - C'est une maladie autosomique dominante

QCM 5 Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) le(s) anomalie(s) échographique(s) focale(s) liquidiennie(s) pure(s) qui peu(ven)t être retrouvée(s) lors d'une hépatomégalie ?

- A - Kyste biliaire
- B - Angiome
- C - Abcès amibien
- D - Amylose
- E - Kyste hydatique

QCM 6 Concernant l'ischémie Intestinale chronique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle est le plus souvent d'origine athéromateuse
- B - Elle provoque des douleurs abdominales chroniques
- C - Elle touche les sujets jeunes
- D - Le diagnostic est le plus souvent aisé
- E - Elles peuvent évoluer vers l'ischémie intestinale aiguë

QCM 11 Quelles(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - 40% des épilepsies sont de causes génétiques
- B - Les tumeurs d'évolution rapide sont les plus pourvoyeuses d'épilepsie
- C - L'AVC hémorragique en phase aiguë est plus pourvoyeur de crise épileptique que l'AVC ischémique
- D - La cicatrice corticale est une des causes les plus fréquentes d'épilepsie
- E - Le paludisme est la cause principale d'épilepsie dans les zones tropicales

QCM 12 Quelles sont les causes métaboliques possibles d'épilepsie ?

- A - Hypoglycémie
- B - Hyperglycémie
- C - Hypercalcémie
- D - Déficit en vitamine B6
- E - Déficit en vitamine A

QCM 13 A propos de l'épilepsie absence syndromique :

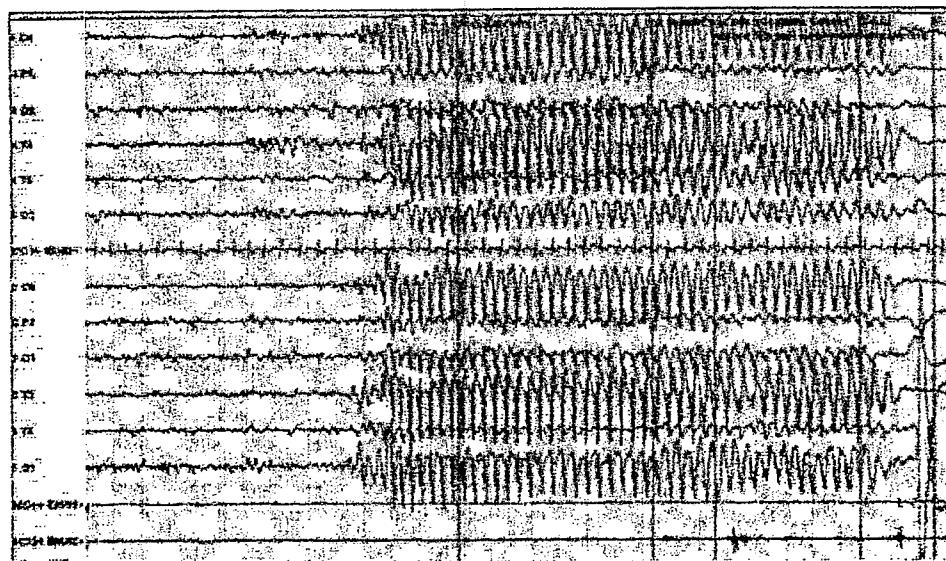
- A - Survient essentiellement entre 3-12 ans
- B - La prédominance est masculine
- C - 40% évolue vers une crise généralisée tonico-clonique
- D - Elles sont provoquées par l'hyperpnée
- E - La présence d'une photosensibilité n'est pas un critère en faveur du diagnostic

QCM 14 A propos de l'épilepsie myoclonique juvénile bénigne :

- A - Elle débute à l'adolescence
- B - Elle est favorisée par les réveils brusques
- C - L'arrêt du traitement est la règle après 16 ans
- D - 2 gènes majeurs sont impliqués situés sur le bras cour du 6 et long du 15
- E - Elle est facilement contrôlée par une bithérapie

QCM 15 A propos de l'épilepsie à paroxysme rolandique :

- A - Elle est 2 fois plus fréquente que l'épilepsie absence
- B - Elle débute entre 6-13 ans
- C - Elle est à prédominance masculine
- D - Lors des crises il est impossible pour l'enfant de parler
- E - On retrouve une perte de conscience



Quelle est votre interprétation ?

- A - Absence typique
- B - Absence atypique
- C - Epilepsie myoclonique généralisée
- D - Epilepsie à paroxysme rolandique
- E - Crise généralisée tonico-clonique

QCM 8 A propos de l'absence atypique :

- A - La rupture de contact est isolée
- B - Sur le plan EEG les décharges ont un début et une fin progressive
- C - Les décharges sont supérieures à 3 Hz
- D - Elles s'associent à des crises myocloniques et tonico-clonique
- E - Elles sont retrouvées dans le syndrome de Lennox-Gastaut

M. P. vous explique avoir brutalement ressenti des fourmis dans la main droite qui se sont progressivement étendues à tout le membre supérieur droit et la région buccofaciale.

QCM 9 L'épisode a duré une trentaine de secondes avant de se résoudre entièrement. Vous suspectez une crise épileptique partielle, d'après les données cliniques, où situez-vous le foyer lésionnel ?

- A - Gyrus temporal transverse gauche
- B - Opercule pariétal
- C - Berge postérieure du sillon central gauche
- D - Cortex somato-sensitif primaire gauche
- E - Région Insulo-operculaire

QCM 10 A propos des crises focales :

- A - On retrouve des signes cliniques déficitaires après la crise
- B - L'EEG peut rester normal au cours d'une crise
- C - Les crises temporales sont les crises partielles les plus fréquentes de l'adulte
- D - Des signes de focalisation lente thêta ou delta sont en faveur d'un processus lésionnel
- E - On retrouve une activité diffuse à l'EEG

Questions isolées QCM N°11

QCM 1 Quelles(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Il faut au moins une crise épileptique pour parler d'épilepsie
- B - La présence d'anomalies EEG typiques suffisent à définir l'épilepsie
- C - La crise épileptique concerne le patient épileptique
- D - Les crises épileptiques ont un caractère stéréotypé chez un même malade
- E - Pour être considérées comme des événements distincts, l'intervalle entre 2 crises doit être d'au moins 24 heures

QCM 2 Quelles(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - La prévalence de l'épilepsie est de 0,5%
- B - Environ 50% des épilepsies débutent avant 10 ans
- C - L'EEG est le seul examen complémentaire utile au diagnostic positif
- D - L'activité EEG dite intercritique est symptomatique
- E - L'activité EEG dite intercritique se répète de façon rythmique sur une durée prolongée

QCM 3 Quelles(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Les crises peuvent être activées par une privation de sommeil
- B - Un syndrome épileptique correspond à un type de crise
- C - Les signes moteurs et les troubles de la conscience sont au 1^{er} plan dans les crises généralisées
- D - La clonie correspond à une secousse musculaire segmentaire répétitive et rythmique
- E - On parle de crise généralisée lorsque l'hyperexcitation neuronale s'étend en quelques secondes à l'ensemble du cerveau

QCM 4 Quels signes sont retrouvés lors de la phase tonique de la crise généralisée tonico-clonique ?

- A - Cri profond
- B - Myosis
- C - Tachycardie
- D - Contraction tonique en extension puis en flexion
- E - Hyper-salivation

QCM 5 A propos de la crise généralisée tonico-clonique :

- A - En phase postcritique le sujet ne garde aucun souvenir de sa crise
- B - Une luxation postérieure de l'épaule doit être recherchée
- C - La phase postcritique est marquée par une hypertonie résiduelle
- D - Le retour à l'état antérieur peut prendre plusieurs heures
- E - La phase tonique est marquée par des pointes ondes à l'EEG

QCM 6 A propos de la crise myoclonique généralisée :

- A - On retrouve des troubles de la conscience
- B - Elle peut être provoquée par une stimulation lumineuse continue
- C - Elles surviennent essentiellement le matin après le réveil
- D - Les myoclonies de l'endormissement en font partie
- E - L'EEG est caractérisé par des polypointes-ondes généralisées

8- Réponse : B C

- Pas d'anti-vertigineux, la thérapeutique consiste en une manipulation physique dénommée manœuvre de Sémont

9- Réponse : D

- Question de connaissance simple

10- Réponse : A C D

- L'épreuve test l'intégrité d'un vestibule un par un, si le test est normal alors le vestibule est intact et il faut chercher ailleurs, notamment un AVC
- Une céphalée associée à des vertiges impose de rechercher un AVC

11- Réponse : A B G E

- L'anxiété est majeure dans une névrite vestibulaire d'où l'intérêt des benzodiazépines et antihistaminiques
- L'acétyl-leucine est un anti-vertigineux

12- Réponse : A B C E

- La posturographie explore les 3 systèmes en même temps, puisqu'ils sont tous impliqués dans le maintien de la posture
- La voie vestibulo-spinale, permet de maintenir les muscles paravertébraux sous tension appropriée à la posture. Une atteinte vestibulaire dérègle ce système et entraîne notamment des douleurs cervicales, d'où l'intérêt des potentiels évoqués myogéniques. C'est une manière indirecte d'explorer les vestibles

13- Réponse : A C D

- Un nystagmus qui apparaît pendant le mouvement n'a pas de valeur

14- Réponse : C D

- Connaissance

15- Réponses : A B C D

- Connaissance

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM – COMMENTAIRES

Connaissances, Déduction, Arg.Fréquence, Formulation,
 Eliminer les incorrectes, 1^{re} idée

1- Réponse : A-C-D

- Le saccule informe notamment sur les mouvements linéaires verticaux, et l'utricule sur les mouvements linéaires horizontaux

2- Réponse : C-D

- 3 systèmes
- Le système oculaire est le plus important
- Les systèmes sont complémentaires
- La voie opto-cinétiques permet notamment aux yeux de suivre instantanément lors des mouvements de la tête (principe du test d'Halmagy)

3- Réponse : A-C-E

- VPPB : système otolithique
- Névrite vestibulaire : système nerveux

4- Réponse : A-B-D

- La clinique permet de trancher dans 2/3 des cas
- Les lipothymies sont parfois dénommées vertige par les patients, il faut approfondir l'interrogatoire et détecter les faux vertiges

5- Réponse : A-C

- Le signe de Romberg est positif
- Les lunettes de Frenzel inhibe la fixation oculaire et permet de mieux apprécier un nystagmus vestibulaire

6- Réponse : B-C

- Syndrome vestibulaire central :
 - Impression de déséquilibre
 - Nystagmus multiple ou pur
 - Syndrome disharmonieux
 - Signes neurologiques associés

7- Réponse : A

- Les autres propositions correspondent au nystagmus vestibulaire périphérique

QCM 13 A propos du VPPB :

- A - Le vertige est souvent violent, sans symptôme associé
- B - Il est rarement invalidant
- C - Le nystagmus apparaît avec un temps de latence
- D - Il représente le tiers des causes de vertiges
- E - Aucune des propositions précédentes n'est exacte

QCM 14 Quelles étiologies de grand vertige spontané récurrent connaissez-vous ?

- A - Névrite vestibulaire
- B - La labyrinthite infectieuse
- C - La maladie de Ménière
- D - Neurinome du VIII
- E - VPPB

QCM 15 Quelles étiologies de grand vertige unique connaissez-vous ?

- A - Traumatisme du rocher
- B - Labyrinthite infectieuse
- C - Syndrome de Wallenberg
- D - AVC cérébelleux
- E - AVC sylvien

QCM 7 A propos du nystagmus vestibulaire central :

- A - Il est non inhibé par la fixation oculaire
- B - Il est unidirectionnel
- C - Le nystagmus est rapidement épuisable
- D - Il n'est jamais vertical pur
- E - Il croît quand le regard est dirigé du côté de la phase rapide

QCM 8 Vous recevez Mme V. en urgence pour vertige apparu en plein milieu de la nuit. Elle s'est réveillée brutalement et tout tournait autour d'elle pendant environ

40 secondes. Depuis, elle n'ose plus bouger la tête de peur que les vertiges reviennent.

Quelles propositions sont exactes ?

- A - Vous suspectez une névrite vestibulaire
- B - Vous suspectez un VPPB
- C - Vous confirmez le diagnostic par la manœuvre de Dix et Hallpike
- D - Vous confirmez le diagnostic avec une vestibulographie
- E - Vous prescrivez des anti-vertigineux

QCM 9 Quelle est la localisation préférentielle des cupolithiases dans le VPPB ?

- A - Canal semi-circulaire latérale
- B - L'utricule
- C - Saccule
- D - Canal semi-circulaire postérieur
- E - Canal semi-circulaire antérieur

QCM 10 A propos de la névrite vestibulaire :

- A - Il est souvent de nature virale
- B - Une surdité de perception est fréquente
- C - La station debout est difficilement maintenue
- D - L'absence de déficit vestibulaire à l'épreuve calorique doit faire rechercher un AVC
- E - On retrouve fréquemment une céphalée associée

QCM 11 Quelles thérapeutiques peuvent s'avérer utiles dans la névrite vestibulaire ?

- A - Antihistaminique
- B - Acétyl-Scycine
- C - Antiémétique
- D - Antipsychotique
- E - Benzodiazépine

QCM 12 A propos des examens spécialisés :

- A - La vidéo-nystagmographie permet une exploration dynamique
- B - L'épreuve calorique est la seule épreuve qui interroge chaque vestibule de manière isolée
- C - La posturographie permet une étude isolée du système proprioceptif
- D - La verticale subjective apporte des arguments en faveur d'une pathologie otolithique
- E - Les potentiels évoqués myogéniques explorent la fonction otolithique par le biais des potentiels myogéniques du muscle sternocléidomastoidien

Questions isolées QCM N°10

QCM 1 : A propos du système vestibulaire :

- A - Utricule et saccule constituent le système otolithique
- B - Les canaux semi-circulaires renseignent sur les mouvements linéaires
- C - Les canaux semi-circulaires renseignent sur les mouvements circulaires
- D - L'information de pesanteur est apportée par l'utricule et saccule
- E - Aucune des propositions n'est exacte

QCM 2 : A propos de l'équilibre :

- A - Il est sous la dépendance de 2 systèmes
- B - Le système vestibulaire est le plus important
- C - Le système proprioceptif est le moins important
- D - Les voies opto-cinétiques permettent une harmonie entre le système vestibulaire et visuel
- E - Chaque système est indépendant

QCM 3 : Quelle étiologie de vertige résulte d'une atteinte du système cupule/endolymphe ?

- A - Maladie de Ménière
- B - VPPB
- C - Infection
- D - Névrite vestibulaire
- E - Ototoxicité

QCM 4 : A propos des vertiges :

- A - C'est un symptôme banal mettant rarement en cause une maladie grave
- B - Les examens complémentaires des fonctions vestibulaires sont rarement nécessaires
- C - Les lipothymies sont des équivalents de vertige
- D - Le diagnostic de vertige est fondé sur l'illusion de déplacement dans l'espace
- E - Aucune des propositions n'est exacte

QCM 5 : A propos de l'examen vestibulaire :

- A - Le test de Fukuda est positif si $>30^\circ$
- B - La manœuvre de Romberg est négative
- C - Un nystagmus est dit pendulaire lorsque les 2 secousses sont de même vitesse
- D - Les lunettes de Frenzel majorent le vertige
- E - Aucune des propositions n'est exacte

QCM 6 : A propos du syndrome vestibulaire central :

- A - Le nystagmus est essentiellement horizonto-rotatoire
- B - Le vertige s'exprime principalement sous la forme d'une sensation de déséquilibre
- C - Il doit faire pratiquer un examen neurologique approfondi
- D - Des signes auditifs sont fréquents
- E - Aucune des propositions n'est exacte

9- Réponse : B E

- La sécheresse buccale est au contraire un effet anticholinergique
- Les autres signes font parties du syndrome nicotinique

10- Réponse : A D E

- Le traitement de fond permet de diminuer la fréquence des crises, comme la corticothérapie inhalé dans l'asthme mais le traitement des symptômes doit faire appel aux anticholinestérasiques, comme la Ventoline[®] dans l'asthme
- Azathioprine surtout et mycophénolate mofétil sont utilisés comme immunosuppresseur

11- Réponse : C E

- Par crise myasthénique on entend risque vital, et non une simple poussée de symptômes. La crise myasthénique est potentiellement mortelle
- Le traitement ne fait donc pas appel aux anticholinestérasique dans ce cas

12- Réponse : A B D E

- Le déficit moteur est à prédominance proximale comme dans la myasthénie, là où la densité musculaire est la plus importante

13- Réponse : B

- Le potentiel d'action au repos est diminué
- L'incrément est toujours supérieur à 100%
- Pas de trouble des vitesses de propagation, ni de bloc de conduction, le nerf est intégrer

14- Réponse : A C E

- Bactérie du genre *Clostridium*. Attention, c'est la toxine bactérienne qui est en cause et non la bactérie en elle-même
- Le profil ENMG est similaire au Lambert-Eaton, c'est un bloc pré-synaptique

15- Réponse : B C E

- Et Myasthénie congénitale d'origine génétique (rare).

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances, D Déduction, B Arg Fréquence, F Formulation,
X Eliminer les incorrectes, I 1^{re} Idée

1- Réponse : C E

- C'est une maladie auto-immune avec bloc pré-synaptique
- Les hommes sont plus fréquemment touchés après 60 ans
- La myasthénie est plus fréquente chez l'adulte mais peut survenir à tout âge X

2- Réponse : A E

- Bloc pré-synaptique I
- Surtout chez les sujets de plus de 40 ans
- Le syndrome est isolé dans 15% des cas

3- Réponse : B C

- Le ptosis est habituellement asymétrique
- Les PEV sont normaux dans la myasthénie, car les voies nerveuses sont intègres, c'est une maladie du bloc neuromusculaire et non du nerf X

4- Réponse : A D

- C'est une maladie potentiellement mortelle, donc non bénigne ☐
- Pas de trouble dysautonomique dans la myasthénie, mais risque de détresse respiratoire mortelle I
- La grossesse n'influe pas en elle-même sur la myasthénie, c'est le *post-partum* qui est une phase à risque

5- Réponse : A D E

- Les thymomes peuvent être bénins comme malins
- Une affection thyroïdienne est retrouvée dans 15% des cas X

6- Réponse : A C D E

- La fréquence des crises est plus élevée II

7- Réponse : B C D E

- Survient chez 10 à 25% d'enfants de mères myasthéniques X
- Les symptômes durent généralement entre 2 à 3 semaines mais peuvent aller jusqu'à 15 semaines

8- Réponse : C D

- Traitement symptomatique I
- Ils agissent par blocage réversible
- La posologie doit toujours être progressive quel que soit l'âge, le risque étant la crise cholinergique X

QCM 14 A propos du botulisme :

- A - Il survient après ingestion de conserve avariée
- B - La bactérie en cause est du genre *Hæmophilus*
- C - Les symptômes surviennent 12 à 35 heures après l'ingestion
- D - L'ENMG est similaire à la myasthénie
- E - Le déficit moteur est à prédominance proximale

QCM 15 Quelles autres causes d'anomalies de la transmission neuromusculaire connaissez-vous ?

- A - Intoxication à la vitamine A
- B - Intoxication au magnésium
- C - Traitement par D-pénicillamine
- D - Traitement par quinine
- E - Venins de serpents

QCM 7	A propos de la myasthénie néonatale :
A -	Elle survient chez 2% des enfants de mère myasthénique
B -	Les symptômes se manifestent dans les 24 premières heures
C -	Les symptômes peuvent se prolonger jusqu'à 15 semaines
D -	Ces formes nécessitent un traitement anticholinestérasique
E -	On retrouve notamment des troubles de la succion
QCM 8	A propos des anticholinestérasiques :
A -	Ils font parties des traitements de fond
B -	Ils agissent par blocage irréversible de l'acétylcholinestérase
C -	Leur durée d'action est de 4-5 heures
D -	Leur efficacité est moindre dans les formes anti-MuSK
E -	Une posologie d'emblée maximale est préconisée chez le patient jeune
QCM 9	Quels signes font partie de l'effet muscarinique ?
A -	Fasciculations
B -	Hypersudation
C -	Sécheresse buccale
D -	Crampes musculaires
E -	Hypersécrétion bronchique
QCM 10	A propos du traitement de fond :
A -	La corticothérapie peut transitoirement aggraver la maladie
B -	Le traitement de fond permet de se passer des anticholinestérasiques
C -	Le cyclophosphamide est fréquemment utilisé dans la myasthénie
D -	Une hyperplasie thymique chez un sujet de < 40 ans doit faire proposer une thymectomie
E -	Un thymome chez un sujet de > 40 ans doit faire proposer une thymectomie
QCM 11	Quel(s) traitement(s) est (sont) utilisable(s) lors d'une poussée évolutive ?
A -	Bolus d'anticholinestérasique
B -	Bolus de méthylprednisolone
C -	Echanges plasmatiques
D -	Azathioprine
E -	Immunoglobulines polyvalentes
QCM 12	Quels signes cliniques sont compatibles avec un Lambert-Eaton ?
A -	Amyotrophie musculaire
B -	Impuissance
C -	Déficit moteur à prédominance distale des membres inférieurs
D -	Réflexes facilités et apparaissant après un effort musculaire
E -	Troubles de la motricité pupillaire
QCM 13	A propos de l'ENMG dans le Lambert-Eaton :
A -	Le potentiel d'action musculaire au repos est normal
B -	L'amplitude du potentiel d'action augmente de plus de 100% après tétranisation
C -	L'incrément est toujours supérieur à 10%
D -	Les vitesses de propagation sont ralenties
E -	On retrouve un bloc de conduction

Questions isolées QCM N°8

QCM 1 : A propos de la myasthénie :

- A - C'est une maladie auto-immune avec bloc post-synaptique
- B - Il n'y a pas de myasthénie chez l'enfant
- C - Elle est plus fréquente chez la femme entre 20 et 30 ans
- D - Le sex-ratio est de 1 au-dessus de 60 ans
- E - Le thymus a une responsabilité importante dans la maladie

QCM 2 : A propos du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton :

- A - C'est une maladie auto-immune avec anticorps anti-canaux calcique voltage-dépendants
- B - On retrouve un bloc pré-synaptique
- C - Il se retrouve surtout chez le sujet de plus de 60 ans
- D - Le syndrome est isolé dans 50% des cas
- E - Les syndromes paranéoplasiques représentent la majorité des étiologies

QCM 3 : A propos de manifestations oculaires et palpébrales :

- A - Le ptosis est habituellement symétrique
- B - Ptosis et diplopie sont augmentés par la fatigue, la lumière ou la fixation d'un objet
- C - La musculature pupillaire est indemne dans la myasthénie
- D - La musculature pupillaire est indemne dans le Lambert-Eaton
- E - Les PEV sont anormaux dans une diplopie myasthénique

QCM 4 : A propos de l'évolution de la myasthénie :

- A - L'évolution est difficile à prévoir et à schématiser
- B - La myasthénie est une maladie bénigne
- C - Le risque majeur est la dysautonomie
- D - Le post-partum aggrave la myasthénie dans 30% des cas
- E - La grossesse améliore la myasthénie dans 30% des cas

QCM 5 : A propos des pathologies associées :

- A - Une hyperplasie thymique est associée dans 65% des cas
- B - Le thymome est par définition malin
- C - Une affection thyroïdienne est retrouvée dans 50% des cas
- D - Les thymomes doivent être opérés
- E - Une anémie macrocytaire doit faire rechercher une maladie de Biermer

QCM 6 : A propos de la forme avec anti-MuSK :

- A - L'atteinte bulbaire est plus fréquente que dans les autres formes
- B - La fréquence des crises est moins élevée
- C - Il n'y a pas de pathologie thymique associée à cette forme
- D - On retrouve une atrophie des muscles d'innervation bulbaire
- E - Les crises sont plus graves

8- Réponse : A B C D E

- Toutes ces céphalées peuvent avoir une présentation brutale ou progressive X
- L'hémorragie méningée se présente rarement sous une forme progressive
- La thrombophlébite cérébrale se présente rarement sous une forme brutale

9- Réponse : A B D E

- C'est un diagnostic d'élimination
- L'œdème papillaire peut à terme être source d'atrophie optique et de cécité ☐
- L'imagerie cérébrale est normale, le diagnostic est évoqué devant des pressions d'ouverture élevées à la PL ☐
- Les PL soustractive, l'acétazolamide et la perte de poids font partie du traitement

10- Réponse : A C D E

- La perte du caractère postural doit faire rechercher une complication telle qu'une thrombophlébite cérébrale, ou un hématome sous-dural ☐
- Le diagnostic est fait à l'IRM qui montre un rehaussement intense des méninges après injection de gadolinium

11- Réponse : B D E

- Céphalées invalidantes chez un patient de plus de 50 ans, avec signe du peine, CRP élevée, cholestase anictérique, et amaurose fugace, doit faire suspecter en 1^{er} lieu une maladie de Horton ☐
- Le risque de cécité est important, il faut démarer des bolus de corticoïdes sans attendre
- Le dosage ferrétine confirmera l'anémie d'origine probablement inflammatoire ☐
- La maladie de Horton peut également toucher les artères coronaires, il faut donc rechercher une douleur thoracique dans le bilan de la maladie ☐

12- Réponse : B E

- Le sex-ratio est de 1 ☐
- Elle est améliorée par l'activité physique
- L'intensité est faible à modérée

13- Réponse : B D

- Les crises sont brèves 2 à 45 minutes ☐
- Le sex-ratio est de 7 femmes pour 1 homme
- Ces céphalées répondent très bien à l'indométacine qui est un test diagnostique

14- Réponse : C

- Névralgie d'Arnold ou du nerf grand occipital
- C'est un diagnostic rare mais sur-diagnostiqué
- La description clinique est ici typique ☐

15- Réponse : E

- Même s'il existe une origine à la névralgie, on parle néanmoins dans ce cas de névralgie primaire et non secondaire. X
- Le geste chirurgical permettant la décompression est la technique de Janetta.

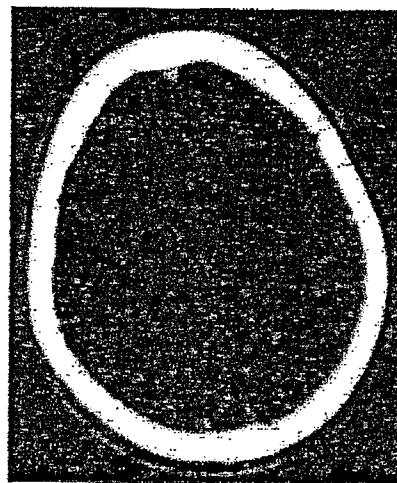
CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM – COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaisances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> X Eliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{re} idée	
1- Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none">Toute céphalée récente doit être considérée comme secondaire, ainsi que toute céphalée nouvelle chez un patient céphalalgique chronique ++ <input checked="" type="checkbox"/>	
2- Réponse : C E	<ul style="list-style-type: none">Ce sont les 2 étiologies principales à évoquer devant une céphalée en coup de tonnerre <input checked="" type="checkbox"/>	
3- Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none">Les céphalées variant avec la position, doivent faire évoquer des céphalées en rapport avec une hyperpressionDans l'hémorragie méningée, la stagnation du sang dans les citermes de la base, favorisée par la position allongée, va entraîner une augmentation de la pression intracrânienne et donc de la douleur <input type="checkbox"/>	
4- Réponse : A D	<ul style="list-style-type: none">Cette diplopie n'est pas localisatrice, elle est classiquement retrouvée dans l'HTIC comme dans l'hypotension intracrânienne post-PL par exemple <input checked="" type="checkbox"/>	
5- Réponse : A C D	<ul style="list-style-type: none">Les céphalées occipitales sont plus communes dans les dissections vertébrales XL'acouphène pulsatile est notamment retrouvé dans les dissections carotidiennes proches du rocherUne dissection carotidienne associe un syndrome de Claude Bernard-Horner homolatérale à la dissection par lésion du nerf sympathique <input type="checkbox"/>	
6- Réponses : A B D E	<ul style="list-style-type: none">Céphalées nouvelles et persistantes dans le <i>post-partum</i>, doit faire réaliser un scanner, notamment à la recherche d'une thrombophlébite cérébrale <input checked="" type="checkbox"/>Pas d'hyperdensité, en faveur d'un processus hémorragique, ni d'hypodensité parenchymateuse en faveur d'un processus ischémiqueSigne du delta, signant le diagnostic de thrombophlébite cérébrale, il faut hospitalisez la patiente et débutez une anticoagulation curative en urgence	
7- Réponse : A C D	<ul style="list-style-type: none">La céphalée dure entre 5 minutes et plusieurs heuresLa PL est normal, le diagnostic est radiologique montrant une vasoconstriction des artères cérébralesIl faut débuter un traitement par nimodipine X	

QCM 11	<p>Vous recevez M. C., 65 ans, pour céphalées invalidantes. Il se plaint de céphalées depuis maintenant 3 mois, de localisation temporaire, sans photo-phonophobie. Il décrit également des douleurs du scalp lorsqu'il se coiffe, et récemment d'une amaurose fugace.</p> <p>Il vous tend un bilan prescrit par son médecin généraliste :</p> <p>Hb : 11 g/dL, Ht : 35% ; leucocytes : 8 G/L, CRP : 150 ; GGT : 90 ; PAL : 140 ; ALAT : 35 ; ASAT : 40 ; bilirubine totale : 13 umol/L.</p> <p>Quelle est votre prise en charge ?</p>
	<p>A - Vous demandez un scanner cérébral en urgence</p> <p>B - Vous démarrez des boîtes de corticoïdes</p> <p>C - Vous suspectez une anémie alcoolique</p> <p>D - Vous demandez un dosage de la ferritine</p> <p>E - Vous recherchez une douleur thoracique</p>
QCM 12	<p>A propos de la céphalée de tension épisodique :</p> <p>A - Elle est plus fréquente chez la femme</p> <p>B - Les crises peuvent durer jusqu'à 7 jours</p> <p>C - L'intensité est modérée à sévère</p> <p>D - Elle entrave l'activité physique</p> <p>E - Le stress peut déclencher les crises</p>
QCM 13	<p>A propos de l'hémicrâne paroxystique :</p> <p>A - Les crises durent quelques heures</p> <p>B - Il existe une prépondérance féminine</p> <p>C - Des signes neurovégétatifs sont présents</p> <p>D - La fréquence est d'environ 5 à 30 par jour</p> <p>E - Toutes les propositions précédentes sont fausses</p>
QCM 14	<p>Un patient se plaint de douleurs à type de décharges électriques, siégeant dans la région occipitale à droite et irradiant vers le vertex. Ses accès douloureux sont déclenchés par les mouvements de la tête et du cou.</p> <p>Lors de votre examen clinique, vous reproduisez la douleur en exerçant une pression à la base du crâne, au niveau de la naissance des cheveux.</p> <p>Quel est votre diagnostic ?</p>
	<p>A - Céphalée de tension</p> <p>B - Hémicrâne paroxystique</p> <p>C - Névralgie d'Arnold</p> <p>D - <i>Hemicrania continua</i></p> <p>E - Névralgie du trijumeau</p>
QCM 15	<p>Quelle artère comprime fréquemment le nerf trijumeau, impliqué dans la névralgie du trijumeau ?</p> <p>A - Artère basilaire</p> <p>B - Artère cérébrale postérieure</p> <p>C - Artère cérébelleuse antéro-inférieure</p> <p>D - Artère cérébelleuse postéro-inférieure</p> <p>E - Artère cérébelleuse supérieure</p>

Mme T., 35 ans, vient d'accoucher il y a 2 semaines, malheureusement, elle se plaint de céphalées d'intensité progressive apparues il y a 1 semaine. Vous ne notez pas de déficit sensitivomoteur, les paupières ciliennes sont intactes. Néanmoins, devant ces céphalées nouvelles, vous décidez de prescrire, à tort ou à raison, un scanner cérébral.

QCM 6



Qu'en concluez-vous ?

- A - Il n'existe pas de signe hémorragique
- B - Il n'existe pas de signe en faveur d'un AVC ischémique
- C - Vous rassurez la patiente, et prévoyez une consultation de contrôle si les douleurs persistent
- D - Vous décidez d'hospitaliser la patiente
- E - Le scanner est réalisé avec injection

QCM 7 A propos du syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible :

- A - C'est une cause fréquente de céphalée en coup de tonnerre
- B - La céphalée dure généralement moins de 5 min
- C - Elle peut s'associer à des crises comitiales et des déficits focaux
- D - La vasoconstriction est réversible en 3 mois
- E - Un traitement par nicardipine est indiqué

QCM 8 Quelles sont les causes possibles de céphalées brutales ?

- A - Hémorragie méningée
- B - La thrombophlébite cérébrale
- C - AVC ischémique
- D - Nécrose pituitaire
- E - Dissection cervicale

QCM 9 A propos de l'HTIC idiopathique :

- A - Elle concerne essentiellement la jeune femme obèse
- B - La cécité est une des complications possibles
- C - L'imagerie cérébrale montre des ventricules dilatés
- D - La PL soustractive fait partie du traitement
- E - La composition du LCS est normale

QCM 10 A propos de l'hypotension intracrânienne :

- A - Un traumatisme rachidien mineur peut être en cause
- B - La céphalée apparaît essentiellement en position couchée
- C - C'est une céphalée typiquement posturale
- D - Une thrombose veineuse cérébrale est une des complications possibles
- E - Le blood patch est le traitement de référence

Questions isolées QCM N°6

QCM 1 : Quels sont les profils de céphalées évoquant une origine secondaire ?

- A - Céphalées chroniques quotidiennes
- B - Céphalées récentes d'aggravation progressive
- C - Céphalées chroniques paroxystiques
- D - Céphalées récentes à début soudain
- E - Céphalées nouvelles

QCM 2 : Vers quelles étiologies vous oriente une céphalée de survenue brutale à l'effort ou orgasmique ?

- A - Thrombophlébite cérébrale
- B - Hématome sous-dural
- C - Syndrome de vasoconstriction réversible
- D - Maladie de Horton
- E - Hémorragie méningée

QCM 3 : Quelles sont les étiologies de céphalées s'aggravant en position allongée ?

- A - Méningo-encéphalite
- B - HTIC
- C - Anévrisme intracrânien
- D - Hémorragie méningée
- E - Sinusite bloquée

QCM 4 : Que vous évoque une céphalée associée à une diplopie du VI ?

- A - HTIC
- B - Syndrome de vasoconstriction réversible
- C - Dissection carotidienne
- D - Hypotension intracrânienne
- E - Maladie de Horton

QCM 5 : Quels sont les signes en faveur d'une dissection carotidienne ?

- A - Céphalées rétro-orbitaires
- B - Céphalées occipitales
- C - Enophthalmie homolatérale
- D - Acouphènes pulsatiles
- E - Enophthalmie controlatérale

SOMMAIRE QUESTIONS ISOLEES QCM

80	Anomalie de la vision d'apparition brutale	185
86	Trouble aigu de la parole, Dysphonie	191
89	Déficit neurologique récent	197
90	Déficit moteur et/ou sensitif des membres	203
93	Radiculalgies et syndromes canalaire	209
98	Céphalée aigüe et chronique chez l'adulte et l'enfant	215
94	Neuropathies périphériques	221
96	Myasthénie	227
99	Paralysie faciale	233
101	Vertige	239
103	Epilepsies de l'enfant et de l'adulte	245
103	Epilepsies de l'enfant et de l'adulte	251
105	Mouvements anormaux	257
106	Confusion, démences	263
107	Trouble de la marche et de l'équilibre	269
108	Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte	275
108	Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte	281
115	Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap courant	287
164	Infection à herpes virus et VIH	293
165		
296	Tumeurs intracrâniennes	299
	Entraînement 1 sur tous les items de la spécialité	305
	Entraînement 2 sur tous les items de la spécialité	311
	Entraînement 3 sur tous les items de la spécialité	317
	Entraînement 4 sur tous les items de la spécialité	323
	Entraînement 5 sur tous les items de la spécialité	327

TRAINING BOOK QCM

Stratégie et méthodologie pour réussir les QCM à l'ECN

Neurologie

Saer ABU-ALRUB

 **Editions Vernazobres-Grego**

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

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.

FEV. 2017 - ISBN : 978-2-8183-1604-7

14	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none">• Les complications de l'ulcère gastro-duodénal sont :<ul style="list-style-type: none">- Hémorragie digestive haute- Cancérisation (☒ seulement pour l'ulcère gastrique !)- Sténose pyloro-bulbaire- Perforation
15	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none">• Les mutations identifiées dans l'hémochromatose sont :<ul style="list-style-type: none">- C828Y (☒ la plus fréquente)- H63D- Autres mutations

8	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Les patients à risque moyen de cancer colorectal correspondent à la population générale âgée de plus de 50 ans. • Le dépistage de masse comprend <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Toucher rectal annuel - Hémoccult tous les 2 ans de 50 à 74 ans, avec coloscopie totale si le test est positif. 						
9	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cirrhose est une définition histologique <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Désorganisation de l'architecture hépatique - Fibrose annulaire - Nodules d'hépatocytes en amas appelés nodules de régénération (<input checked="" type="checkbox"/> et pas dégénération) - +/- Stéatose, infiltrat inflammatoire ou signes spécifiques de la maladie causale • Elle peut être causée par toutes les maladies chroniques du foie • <input checked="" type="checkbox"/> Elle survient généralement après 10 à 20 ans d'évolution de la maladie (même si cela dépend en réalité de la maladie en question) 						
10	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les signes fonctionnels du cancer de l'œsophage sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Dysphagie prédominant sur les solides, puis totale, d'évolution progressive sans intervalle libre - Douleurs interscapulaires (en cas d'envahissement médiastinal) ou solaires (en cas d'envahissement du plexus cœliaque) - Dysphonie par atteinte du récurrent gauche (<input checked="" type="checkbox"/> le droit n'est pas au contact de l'œsophage) - Toux à la déglutition par atteinte du récurrent ou fistule oeso-trachéale - Hypersialorrhée, toux fétide. 						
11	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retenir le tableau suivant concernant les étiologies de malabsorption <input checked="" type="checkbox"/> : <table border="1" data-bbox="254 1040 1221 1242"> <thead> <tr> <th data-bbox="254 1040 576 1090">Malabsorption pré-entérocytaire</th><th data-bbox="576 1040 934 1090">Malabsorption entérocytaire</th><th data-bbox="934 1040 1221 1090">Malabsorption post-entérocytaire</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="254 1090 576 1242"> Insuffisance pancréatique exocrine Cholestase prolongée Pullulation microbienne du grêle </td><td data-bbox="576 1090 934 1242"> Maladie cœliaque Giardiose Grêle court, grêlite radique Maladie de Crohn Déficit immunitaire commun variable </td><td data-bbox="934 1090 1221 1242"> Lymphangiectasie primitive Lymphangiectasie secondaire : lymphome, tuberculose, carcinose péritonéale... </td></tr> </tbody> </table>	Malabsorption pré-entérocytaire	Malabsorption entérocytaire	Malabsorption post-entérocytaire	Insuffisance pancréatique exocrine Cholestase prolongée Pullulation microbienne du grêle	Maladie cœliaque Giardiose Grêle court, grêlite radique Maladie de Crohn Déficit immunitaire commun variable	Lymphangiectasie primitive Lymphangiectasie secondaire : lymphome, tuberculose, carcinose péritonéale...
Malabsorption pré-entérocytaire	Malabsorption entérocytaire	Malabsorption post-entérocytaire					
Insuffisance pancréatique exocrine Cholestase prolongée Pullulation microbienne du grêle	Maladie cœliaque Giardiose Grêle court, grêlite radique Maladie de Crohn Déficit immunitaire commun variable	Lymphangiectasie primitive Lymphangiectasie secondaire : lymphome, tuberculose, carcinose péritonéale...					
12	<p>Réponse : B E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement de la giardiose est le suivant : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement curatif : Métronidazole ou Albendazole en deuxième intention - Traitement préventif : hygiène de l'eau de boisson et des aliments, et lavage des mains. Les kystes sont résistants à la chloration, aux ultraviolets et à la congélation, mais sont sensibles à l'ébullition (<input checked="" type="checkbox"/> méthode à privilégier) 						
13	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les diagnostics différentiels à éliminer devant un ictère sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Hypothyroïdie (teint cireux) - Mélanodermie - Prise de carotène • <input checked="" type="checkbox"/> La cholestase est une étiologie d'ictère et pas un diagnostic différentiel ! 						

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"/> 1ère idée	
1	Réponse : A B <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'hémorroïdectomie pédiculaire est l'intervention la plus réalisée en France pour traiter les hémorroïdes Elle vise à enlever les trois paquets hémorroïdaires, et se pratique sous anesthésie générale Le délai moyen de cicatrisation est long La douleur est généralement importante et est traitée par morphiniques et AINS, <input type="checkbox"/> d'où le développement d'alternatives mieux tolérées (Anopexie ou ligatures sous Doppler) 	
2	Réponse : B C D E <ul style="list-style-type: none"> Les pseudo-kystes ont toutes les caractéristiques d'une image liquide en imagerie <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Homogènes - Hypoéchogènes - Hyperdenses au scanner - Hypointense en T1 à l'IRM - Hyperintense en T2 	
3	Réponse : B C <ul style="list-style-type: none"> Question d'anatomie sur le pédicule hépatique. Les éléments à connaître sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - La veine porte en arrière - Le canal cystique à droite - L'artère hépatique à gauche 	
4	Réponse : A B D E <ul style="list-style-type: none"> Le diverticule de Zenker est une cause de dysphagie haute chez la personne âgée Il siège à la face postérieure de la jonction pharyngo-cesophagienne <input checked="" type="checkbox"/> On retrouve souvent des régurgitations alimentaires parfois déclenchées par une pression cervicale Le diagnostic est fait sur le transit-oeso-gastro-duodénal, <input checked="" type="checkbox"/> la FOGD est normale contre-indiquée en cas de suspicion de diverticule de Zenker. Les traitements possibles sont : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement chirurgical - Traitement endoscopique par marsupialisation 	
5	Réponse : A D <ul style="list-style-type: none"> Question très spécialisée, à la frontière de l'hépato-gastro et de la médecine interne. Les connectivites responsables de troubles moteurs de l'œsophage sont : <ul style="list-style-type: none"> - Sclérodermie (<input checked="" type="checkbox"/> en pratique, la principale à connaître) - Dermatopolymyosite - Connectivite mixte (anciennement syndrome de Sharp) 	
6	Réponse : C <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La ponction d'ascite se fait en un point situé à la jonction du tiers externe et du tiers moyen de la ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et l'ombilic, en pleine matité. 	
7	Réponse : A C <ul style="list-style-type: none"> Les facteurs de risque relèvent du bon sens <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Volume herniaire important - Antécédents d'étranglement ou d'engouement - Contenu digestif ou vésical - Orifice étroit 	

QCM 10	Concernant la symptomatologie du cancer de l'œsophage, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il peut exister une dysphonie par atteinte du récurrent droit
B -	Il peut exister des douleurs solaires en cas d'envahissement du plexus cœliaque
C -	Il peut exister une dysphagie prédominant sur les liquides
D -	Il peut exister une toux à la déglutition
E -	Il peut exister une hypersialorrhée
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) de malabsorption entérocytaire ?
A -	Maladie de Crohn
B -	Maladie cœliaque
C -	Lymphangiectasie primitive
D -	Insuffisance pancréatique exocrine
E -	Cholestase prolongée
QCM 12	Concernant le traitement médicamenteux de la Giardiose, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Le traitement médicamenteux repose sur le Praziquantel
B -	Le traitement médicamenteux repose sur le Métronidazole
C -	Le traitement préventif repose sur la lutte contre la transmission sexuelle
D -	Le traitement préventif repose sur la congélation de l'eau
E -	Le traitement préventif repose sur l'ébullition de l'eau
QCM 13	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) différentiel(s) à éliminer devant un ictere ?
A -	Hyperthyroïdie
B -	Acanthosis nigricans
C -	Prise de carotène
D -	Mélanodermie
E -	Cholestase
QCM 14	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) d'un ulcère gastro-duodénal ?
A -	Cancérisation
B -	Sténose
C -	Fistule
D -	Perforation
E -	Hémorragie
QCM 15	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) mutation(s) identifiées concernant l'hémochromatose ?
A -	Delta F508
B -	H63D
C -	C282Y
D -	NOD 2
E -	HLA DQ8

	<p>Concernant l'image suivante :</p> 
QCM 6	<p>A quel(s) niveau(x) pouvez-vous réaliser une ponction d'ascite ?</p>
	<p>A - Point 1 B - Point 2 C - Point 3 D - Point 4 E - Point 5</p>
QCM 7	<p>Parmi les proposition(s) suivante(s), quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque d'étranglement hermiaire ?</p>
	<p>A - Volume hermialaire important B - Collet large C - Antécédent d'étranglement D - Absence de régime sans résidu E - Hernie présente depuis longtemps</p>
QCM 8	<p>Concernant le dépistage du cancer colo-rectal chez la population à risque moyen, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?</p>
	<p>A - Il repose uniquement sur la clinique B - L'hémoccult est annuel C - Le toucher rectal est annuel D - L'hémoccult a lieu tous les deux ans E - Le toucher rectal a lieu tous les deux ans</p>
QCM 9	<p>Concernant la cirrhose, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?</p>
	<p>A - Il s'agit d'une définition histologique B - Toutes les maladies chroniques du foie peuvent en être la cause C - On retrouve sur l'histologie des nodules d'hépatocytes appelés nodules de dégénération D - La cirrhose intervient généralement après 10 à 20 ans d'évolution E - Il est impossible de déterminer la maladie causale à partir de l'histologie</p>

Questions isolées QCM N° 25

QCM 1	Concernant l'hémarroïdectomie pédiculaire, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'agit du traitement chirurgical contre les hémarroïdes le plus réalisé en France
B -	Les plexus hémarroïdaires externes et internes sont enlevés en trois paquets
C -	Il se pratique sous anesthésie locale
D -	Le délai de cicatrisation est court
E -	Les suites sont généralement peu douloureuses
QCM 2	Concernant l'aspect des pseudo-kystes pancréatiques en imagerie, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Ils sont hyperéchogènes
B -	Ils sont hypodenses au scanner
C -	Ils sont homogènes
D -	Ils sont hypointenses en IRM T1
E -	Ils sont hyperintenses en IRM T2
QCM 3	Concernant les propositions suivantes sur le pédicule hépatique, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Le cholédoque est situé à gauche
B -	La veine porte est en arrière
C -	Le canal cystique est à droite
D -	La veine hépatique est à gauche
E -	L'artère hépatique est en avant
QCM 4	Concernant le diverticule de Zenker, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il est responsable d'une dysphagie haute
B -	Il siège à la face postérieure de la jonction pharyngo-cesophagienne
C -	Il est diagnostiquée par la fibroscopie oeso-gastro-duodénale
D -	On retrouve souvent des régurgitations alimentaires
E -	Le traitement peut être chirurgical
QCM 5	Parmi les connectivites suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) à l'origine de troubles moteurs de l'œsophage ?
A -	Sclérodermie
B -	Lupus
C -	Syndrome de Gougerot-Sjögren
D -	Connectivité mixte
E -	Polyarthrite rhumatoïde

12	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un ictere chez un patient ayant un cancer du foie primitif ou secondaire peut traduire ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Une compression de la VB par une métastase ou la tumeur primitive - Un stade très avancé de localisations multifocales avec insuffisance hépatique • <input checked="" type="checkbox"/> Dans les deux cas, les traitements et explorations invasifs ne sont pas indiqués. • <input checked="" type="checkbox"/> Les possibilités thérapeutiques sont nulles, et l'urgence est d'assurer le confort du patient.
13	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • La classification de Lauren est une classification utilisée pour le cancer de l'estomac. • Elle comprend trois types ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - ☐ Type intestinal, le plus fréquent : forme macroscopiquement ulcérée avec cellules tumorales bien différenciées, se développant lentement et ayant tendance à former des glandes - Type diffus : Cellules peu différenciées, avec macroscopiquement un aspect de tube rigide blanchâtre et à l'examen histologique un aspect de bagues à chaton - Type mixte : diffus et intestinal
14	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le SII étant une maladie multifactorielle et difficile à traiter, ☐ de nombreuses approches alternatives et complémentaires sont utilisables, avec un bénéfice clinique dans quelques études randomisées : hypnose, acupuncture, relaxation, sophrologie, réflexologie, yoga, mais aussi groupe de parole au sein de l'association des patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable (APSSI) ou recours à un psychiatre en cas de symptômes psychologiques au premier plan.
15	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cancers responsables de métastases hépatiques sont ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Côlon-rectum - Estomac - Œsophage - Pancréas - Sein - Poumon - Mélanome

6	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les contre-indications à la PBH par voie trans-pariétale sont ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - TP < 50 % - Allongement du TCA - Thrombopénie < 60 000/mm³ - Ascite Dans ce cas, en cas de nécessité d'une PBH, on utilisera la voie trans-jugulaire ! 																		
7	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement antibiotique dans une diarrhée aiguë se justifie en cas de ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome cholérique avec signes de gravité - Syndrome dysentérique ☐ Le traitement est toujours probabiliste, adapté secondaire à l'antibiogramme Discordance entre le référentiel d'hépato-gastro, qui propose en traitement probabiliste une fluoroquinolone (Ciprofloxacine) +/- Mésronidazole en cas de séjour en zone endémique d'ambibiase, et le Pilly, qui laisse le choix entre Fluoroquinolone ou Macrolide (Azithromycine). Dans tous les cas, les macrolides sont l'antibiothérapie de première intention des diarrhées et colites à Campylobacter. 																		
8	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none"> La classification de Truelove et Witts est utilisée dans les colites aiguës graves. Les critères sont rappelés dans le tableau ci-dessous ☐ : <p style="text-align: center;">Tableau 1. Classification de Truelove et Witts</p> <table border="1" data-bbox="258 872 1135 1083"> <thead> <tr> <th>Pourcentage</th> <th>Légère</th> <th>Sévère</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'évacuations/jour</td> <td>≤ 4 peu sanglantes</td> <td>≥ 5 sanglantes</td> </tr> <tr> <td>Température vésicale</td> <td>Absence de fièvre</td> <td>≥ 37,5°C ou ≥ 37,8°C 2/j/4</td> </tr> <tr> <td>Fréquence cardiaque</td> <td>Absence de tachycardie</td> <td>≥ 90/min</td> </tr> <tr> <td>Taux d'hémoglobine</td> <td>Absence d'anémie</td> <td>< 75 % de la valeur normale</td> </tr> <tr> <td>Vitesse de sédimentation</td> <td>< 30</td> <td>≥ 30</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Le pourcentage est due moyenne dans les situations intermédiaires</p>	Pourcentage	Légère	Sévère	Nombre d'évacuations/jour	≤ 4 peu sanglantes	≥ 5 sanglantes	Température vésicale	Absence de fièvre	≥ 37,5°C ou ≥ 37,8°C 2/j/4	Fréquence cardiaque	Absence de tachycardie	≥ 90/min	Taux d'hémoglobine	Absence d'anémie	< 75 % de la valeur normale	Vitesse de sédimentation	< 30	≥ 30
Pourcentage	Légère	Sévère																	
Nombre d'évacuations/jour	≤ 4 peu sanglantes	≥ 5 sanglantes																	
Température vésicale	Absence de fièvre	≥ 37,5°C ou ≥ 37,8°C 2/j/4																	
Fréquence cardiaque	Absence de tachycardie	≥ 90/min																	
Taux d'hémoglobine	Absence d'anémie	< 75 % de la valeur normale																	
Vitesse de sédimentation	< 30	≥ 30																	
9	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Les anomalies à rechercher pour documenter un syndrome carentiel sont ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Anémie - Hypoalbuminémie - Hypocalcémie - Diminution du TP ou allongement du TCA (par malabsorption de la vitamine K) - Déficits en fer (ferritinémie), B9, B12 - Hypolipidémie... 																		
10	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les caractéristiques de la thrombose hémorroïdaire externe sont les suivantes ☐ : <ul style="list-style-type: none"> - Douleur anale aiguë vive et non rythmée par la défécation - Tuméfaction de la marge anale : dure, bleue et douloureuse, taille cerise +/- œdème périhémoroidaire - Résolution spontanée en quelques semaines ou élimination du caillot par excision - Peut laisser une cicatrice appelée marisque 																		
11	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ 5 % des polypes adénomateux se transformeront un jour en cancer ! 																		

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<p><input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input checked="" 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"/> 1ère idée</p>
1	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les règles de répartition du greffon sont les suivantes <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Isogroupe ABO (compatibilité HLA maximale et cross-match négatif pour toutes les transplantations sauf hépatiques) - Durée d'ischémie froide la plus courte possible - Score MELD du receveur : risque vital d'autant plus engagé que le score est élevé - Durée d'attente - Compatibilité HLA parfaite non nécessaire pour transplanter - Sérologies CMV du donneur et du receveur
2	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les examens possibles dans une angiocholite sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Echographie abdominale : montrant une dilatation de la VBP > 8 mm +/- calcul hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur +/- vésicule pathologique +/- abcès hépatiques - TDM abdominale : montrant les mêmes signes mais plus sensibles - Bili-IRM <input checked="" type="checkbox"/> La CPRE n'est utilisée que dans un but thérapeutique !
3	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La vérification de l'éradication d'H Pylori est systématique. <input checked="" type="checkbox"/> En effet, le taux d'échec est de 20 %, ce qui justifie sa réalisation systématique Elle se fait 4 semaines après le traitement d'éradication, par : <ul style="list-style-type: none"> - Test respiratoire en cas d'ulcère duodénal - Fibroscopie avec biopsies gastriques en cas d'ulcère gastrique, <input checked="" type="checkbox"/> en raison du risque de cancérisation
4	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le traumatisme du pancréas survient assez souvent suite à une chute à vélo sur le guidon, un traumatisme du volant lors d'un accident de la route ou autres compressions à grande vitesse de l'isthme pancréatique sur le rachis La douleur pancréatique est typique, la lipasémie et l'amylasémie sont augmentées, la ponction de l'hémopéritoine riche en amylase L'échographie est peu contributive, <input checked="" type="checkbox"/> le scanner doit être fait à la recherche de complications : hématome, fracture ou contusion L'IRM pancréatique peut évaluer les lésions du canal de Wirsung Les complications sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique - Pseudo-kystes - Fistules pancréatiques - Fréquentes lésions duodénales associées.
5	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Attention, ici on demandait les affections extra-digestives <input checked="" type="checkbox"/> : on ne pouvait donc pas accepter la diverticulite droite <input checked="" type="checkbox"/> ! Les étiologies principales sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Urinaires : pyélonéphrite ou colique néphrétique - Gynécologiques : GEU, salpingite aiguë, torsion d'annexe - Pulmonaires : pneumopathie de la base droite - Systémiques : Purpura rhumatoïde

QCM 14	Parmi les thérapeutiques alternatives suivantes, laquelle (lesquelles) peu(vent) avoir une utilité dans le traitement du syndrome de l'intestin irritable ?
A -	Groupe de parole
B -	Hypnose
C -	Relaxation
D -	Sophrologie
E -	Acupuncture
QCM 15	Parmi les cancers suivants, lequel (lesquels) est (sont) responsable(s) de métastases hépatiques ?
A -	Côlo-rectal
B -	Prostate
C -	Testicule
D -	Endomètre
E -	Poumon

QCM 7	Concernant l'antibiothérapie devant une diarrhée, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle est justifiée dans la plupart des cas
B -	Le traitement probabiliste repose sur les C3G
C -	L'antibiothérapie est secondairement adaptée à l'antibiogramme
D -	En cas de voyage en zone d'endémie d'ascariose, on donnera un traitement par Métronidazole
E -	Les diarrhées à Campylobacter se traitent par macrolides
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) critère(s) de la classification de Truelove et Witts ?
A -	Nombre de selles par jour
B -	Caractère hémorragique ou non des selles
C -	Température vespérale
D -	Fréquence respiratoire
E -	Hémoglobine
QCM 9	Parmi les examens suivants, lequel (lesquels) peu(vent) être prescrit(s) à la recherche d'un syndrome parentiel ?
A -	Albuminémie
B -	NFS-plaquettes
C -	TP
D -	TSH
E -	Coprologie fonctionnelle
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) caractéristique(s) d'une thrombose hémorroïdaire externe ?
A -	Douleur anale rythmée par la selle
B -	Tuméfaction de la marge anale
C -	Résolution spontanée en quelques semaines
D -	Hémorroïdes extériorisées avec saignement séro-hémorragique
E -	Episode pouvant laisser une cicatrice
QCM 11	Quel(s) est (sont) le(s) pourcentage(s) de transformation d'un polype adénomateux colique en cancer ?
A -	1 %
B -	2 %
C -	5 %
D -	15 %
E -	25 %
QCM 12	Parmi les propositions suivantes concernant un ictere révélant un cancer du foie, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	L'ictère peut être lié à une compression de la voie biliaire par une métastase ou la tumeur primitive
B -	L'ictère peut être lié à un stade très avancé du cancer
C -	Le diagnostic se fait par ponction biopsie
D -	Le traitement est chirurgical
E -	L'urgence est le confort du patient
QCM 13	Concernant la classification de Lauren, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle est employée pour les tumeurs céphaliques
B -	Elle est employée pour les tumeurs gastriques
C -	La forme intestinale comprend des cellules bien différenciées
D -	La forme intestinale est la plus fréquente
E -	La forme diffuse présente un aspect de « bagues à chaton » à l'examen histologique

Questions isolées QCM N° 24

QCM 1 Parmi les propositions suivantes concernant les règles de répartition du greffon dans la greffe d'organe, quelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- A - Plus le score de MELD est bas, plus la priorité est élevée
- B - La compatibilité HLA parfaite est nécessaire pour transplanter
- C - La compatibilité Rhésus est nécessaire pour transplanter
- D - La durée d'ischémie froide doit être la plus courte possible
- E - La transplantation se fait idéalement isogroupe ABO

QCM 2 Concernant l'imagerie de l'angiocholite, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - L'échographie abdominale permet de voir la dilatation de la voie biliaire périphérique
- B - L'échographie abdominale permet d'observer d'éventuels abcès hépatiques
- C - Le scanner abdominal est moins sensible que l'échographie abdominale
- D - La CPRE est parfois utilisée pour le diagnostic
- E - La bilir-IRM permet de visualiser les voies biliaires

QCM 3 Concernant la vérification de l'éradication d'*Helicobacter Pylori*, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle ne doit être effectuée qu'en cas de reprise de la symptomatologie initiale
- B - Elle se fait 4 semaines après l'éradication d'HP
- C - Le taux d'échec d'éradication d'HP est de 20 %
- D - Elle se fait par test respiratoire en cas d'ulcère gastrique
- E - Elle se fait par biopsies gastriques en cas d'ulcère gastrique

QCM 4 Concernant les traumatismes pancréatiques, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Le mécanisme lésionnel par chute à vélo sur le guidon est évocateur
- B - La lipasémie est souvent augmentée
- C - L'échographie est l'examen de première intention
- D - Le scanner est l'examen de première intention
- E - Ce traumatisme peut se compliquer de pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique

QCM 5 Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) différentiel(s) extra-digestif(s) de l'appendicite ?

- A - Diverticulite colique droite
- B - Pyélonéphrite aiguë
- C - Grossesse extra-utérine
- D - Sclérodermie
- E - Purpura thrombotoïde

QCM 6 Parmi les propositions, quelle(s) est (sont) la (les) contre-indication(s) à la biopsie hépatique par voie transpariéale ?

- A - TCA < 1
- B - TP < 50 %
- C - Ascite abondante
- D - Thrombopénie
- E - Maladie de Willebrand

11	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> On demandait ici les signes évocateurs de fistule colo-vaginale, à ne pas confondre avec les fistules colo-vésicales <input checked="" type="checkbox"/>. Les signes de fistule colo-vaginale sont : <ul style="list-style-type: none"> - Infections vaginales récidivantes et polymicrobiennes - Emission de gaz/matières par le vagin.
12	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Les saignées sont indiquées à partir du stade 2 (encore asymptomatique mais augmentation de la ferritine ET du CST) <input checked="" type="checkbox"/> Attention : le stade 5 n'existe pas. <p>Rappel des différents stades de l'hémochromatose :</p> <pre> graph LR A[Prédisposition génétique] --> B[CST ↑] B --> C[Ferritine ↑] C --> D["Expression clinique modérée : arthropathie, asthénie"] D --> E["Expression clinique sévère : Cirrhose, CHC, cardiopathie, diabète, Hypogonadisme"] E --> F[Stade 0] F --> G[Stade 1] G --> H[Stade 2] H --> I[Stade 3] I --> J[Stade 4] </pre>
13	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> La prophylaxie primaire de rupture de VO repose sur les principes suivants <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - En l'absence de VO : surveillance endoscopique/3 ans - En cas de VO grade I : surveillance endoscopique/2 ans - En cas de VO grade II ou III : Bêta-bloquants non cardio-sélectifs à vie sans surveillance endoscopique, et ligature endoscopique comme alternative ou en cas de bêta-bloquants contre-indiqués.
14	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> La cholestase chronique provoque une malabsorption de la vitamine K <input checked="" type="checkbox"/>. Ainsi, on peut en déduire facilement les anomalies du bilan d'hémostase <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - TP diminué, INR augmenté - TCA augmenté - Diminution des facteurs de la coagulation vitamine K dépendant (rappel : II, VII, IX, X) sans anomalie des autres facteurs (en particulier le V) en l'absence d'insuffisance hépatocellulaire à l'origine de cette cholestase.
15	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement endoscopique dans les tumeurs de l'œsophage : <ul style="list-style-type: none"> - Peut être utilisé en curatif <input checked="" type="checkbox"/> pour les tumeurs limitées à la muqueuse ou les lésions pré-cancéreuses : mucosectomie avec analyse histopathologique, réalisée dans un centre expert. - Peut être utilisé en palliatif <input type="checkbox"/> : prothèse œsophagienne pour permettre une nutrition entérale suffisante.

5	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> La réponse était dans la question : on demandait les anomalies liquidaines pures, donc toutes les lésions kystiques <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Kyste biliaire - Kyste hydatique - Polykystose hépatorénale <input checked="" type="checkbox"/> Ces lésions sont à ne pas confondre avec les lésions tissulaires (tumeurs bénignes ou malignes, primitives ou secondaires) et mixtes (abcès), ni avec les causes d'hépatomégalie homogène (parmi lesquelles l'amylose).
6	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> L'ischémie intestinale chronique est une cause de douleurs abdominales chroniques <input checked="" type="checkbox"/> Elle est le plus souvent consécutive à une artérite oblitérante athéromateuse (moins souvent inflammatoire ou radique) Le diagnostic est difficile : <ul style="list-style-type: none"> - Douleurs abdominales chroniques - Peur alimentaire - Perte de poids ou dénutrition <input checked="" type="checkbox"/> Elle touche les patients âgés et polyvasculaires Elle peut devenir permanente (syndrome de menace), voire évoluer vers l'ischémie intestinale aiguë
7	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Devant une constipation, il faudra s'acharner à éliminer une cause secondaire : <ul style="list-style-type: none"> - Biologie : NFS, ionogramme, calcémie, TSH, glycémie à jeun, CRP... - Coloscopie totale, <input checked="" type="checkbox"/> surtout si signes d'alarmes ou âge > 45 ans <input checked="" type="checkbox"/> Les explorations fonctionnelles comme le temps de transit ou la manométrie différencient les différentes causes de constipation primitive (constipation de transit ou constipation terminale)
8	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Devant des métastases hépatiques, il peut parfois être difficile de retrouver le cancer primitif. On peut pour cela s'aider du profil des marqueurs, afin de différencier un primitif d'origine pulmonaire ou d'origine colo-rectale. Ainsi, en cas de cancer colo-rectal, on retrouve <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - CK 7 - - CK 20 + - TTF-1 - <input checked="" type="checkbox"/> Le profil est inversé pour les cancers pulmonaires !
9	<p>Réponse : A C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas de maladie de Crohn, on retrouve en histologie <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Perte de substance muqueuse - Distorsions glandulaires - Infiltration lympho-plasmocytaire du chorion pouvant être transmurale, souvent sous la forme de nodules lymphoïdes - Granulome épithélioïde giganto-cellulaire sans nécrose caséuse, <input checked="" type="checkbox"/> en pratique rarement présent.
10	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les schémas possibles sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Céfotaxime 1 g x4/j IV - Amoxicilline-acide clavulanique, 1g-0.125 g x3/j avec relais oral - Ofloxacine 200 mg x2/j per os ou IV Attention : les aminosides sont contre-indiqués en cas d'infection de liquide d'ascite : risque de syndrome hépato-rénal !

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<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 type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Les traitements d'une hémorragie diverticulaire sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Traitement endoscopique par sclérose lors d'une coloscopie totale après préparation, à privilégier dans la plupart des cas - Angio-TDM abdomino-pelvienne pour embolisation sélective - Chirurgie d'hémostase en dernière intention : colectomie segmentaire à privilégier à la colectomie totale On éliminera de toute façon une autre étiologie d'hémorragie digestive par endoscopie oeso-gastro-duodénale et anuscopie après stabilisation hémodynamique
2	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les besoins en fer sont d'1 mg chez l'homme adulte, et 2 mg chez la femme en période d'activité génitale (plus élevés en raison des saignements menstruels <input type="checkbox"/>) Une alimentation équilibrée apporte 10 à 15 mg, dont 5 à 10 % sont absorbés Une carence en fer peut être liée à : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Un saignement occulte (digestif +++), à évoquer systématiquement et le plus fréquent chez l'adulte. - Une carence alimentaire (régime végétalien) ou liée à une augmentation des besoins (grossesse, croissance, menstruations abondantes...) - D'autres causes : malabsorption, dons de sang trop fréquent...
3	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les modes de révélation d'un cancer colo-rectal sont très nombreux <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Altération de l'état général - Troubles du transit d'apparition récente (alternance d' diarrhée-constipation évocatrice) - Syndrome rectal (épreintes, ténèses, faux besoins) - Rectorrhagies - Douleurs abdominales, syndrome de Konig - Syndrome anémique par saignement digestif chronique - Complication révélatrice : occlusion, endocardite, MTEV, dépression, métastase, perforation... <input checked="" type="checkbox"/> Il faudra donc évoquer le diagnostic devant tout symptôme digestif récent chez un patient ayant des facteurs de risque (et au premier rang : âge > 50 ans)
4	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> La maladie de Wilson est une maladie autosomique récessive, touchant le sujet jeune Les dépôts de cuivre sont à l'origine d'un anneau de Kayser-Fleischer (<input checked="" type="checkbox"/> anneau vert péri-cornéen), de manifestations neuro-psychiques, d'hépatopathie chronique ou aiguë, d'hémolyse La cuprémie et la céroléoplasminémie sont effondrées, le cuivre libre et la cuprurie augmentée <input checked="" type="checkbox"/> C'est une maladie curable : chélateurs du cuivre (D-pénicillamine à vie), sans oublier le conseil génétique pour le patient et les apparentés.

QCM 14	Quel(s) est (sont) le(s) anomalie(s) du bilan d'hémostase en cas de cholestase chronique ?
A -	Augmentation du TP
B -	Diminution du TP
C -	Augmentation de l'INR
D -	Diminution du facteur V
E -	Diminution du facteur VII
QCM 15	Concernant le traitement endoscopique des tumeurs de l'œsophage, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'adresse aux tumeurs limitées à la muqueuse
B -	Il s'adresse aux tumeurs localement invasives
C -	Il n'a pas d'intérêt concernant les lésions pré-cancéreuses
D -	Il est systématiquement curatif
E -	Le traitement standard consiste en une mucosectomie totale

13	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • ☐ L'ascite de la cirrhose est fréquente, et est un signe de gravité de la cirrhose • Elle révèle souvent la maladie hépatique • ☐ Il faut rechercher un facteur déclenchant devant une poussée : infection, hémorragie, poussée de la maladie insuffisance rénale • Elle peut se compliquer d'une péritonite bactérienne par translocation intestinale ou enseignement du liquide par voie directe ou hématogène • Le liquide non infecté est pauvre en leucocytes et en protéines ($> 25 \text{ g/L}$)
14	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations HAS 2007 ☐ : une antibioprophylaxie par Norfloxacine est recommandée devant une ascite avec protides $< 10 \text{ g/L}$ en prévention de l'infection du liquide d'ascite.
15	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ivresse pathologique correspond à un tableau prolongé, récidivant, avec : <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes excito-moteurs - Symptômes hallucinatoires, délirants - Dangerosité pour le patient ou son entourage. • ☐ Elle est plus fréquente en cas de troubles de la personnalité ou de trouble cérébral organique associé. • Elle est à ne pas confondre avec l'ivresse simple, qui est la manifestation comportementale de l'alcool en trois phases : excitation, incoordination, coma

6	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le CHC représente 90 % des tumeurs primitives du foie <input checked="" type="checkbox"/> Il survient sur un foie cirrhotique, ou rarement sur une hépatite B sans cirrose Il touche surtout les hommes : Sex ratio entre 2 et 4 Son pronostic est mauvais : 15 % de survie à 3 ans, 60 % à 5 ans en cas de traitement précoce <input type="checkbox"/> Il dépend de nombreux facteurs : TNM, Child Pugh, âge, comorbidités...
7	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> Le tabac est le facteur de risque commun à tous les cancers œsophagiens. <input checked="" type="checkbox"/> Attention à bien connaître les différents facteurs de risque du carcinome épidermoïde (alcool-tabagisme +++) et de l'adénocarcinome (RGO et endobrachyoœsophage +++)
8	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Après une splénectomie (suite à un cancer de la queue du pancréas ou un traumatisme abdominal), le traitement consiste à <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Antibioprophylaxie par Pénicilline V (Oracilline) au long cours - Vaccination pneumocoque tous les 5 ans (en théorie : désormais, seule la primo-vaccination est réalisée et cela suffit pour une protection au long cours), et grippale annuelle +/- méningocoque et Haemophilus - Surveillance régulière du taux de plaquettes (risque de thrombocytose) - Port d'une carte et éducation thérapeutique : consultation rapide en cas de fièvre.
9	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> On peut se passer d'imagerie dans les cas suivants <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Défense en FID - ET leucocytose > 10.10^9 cellules/L - ET CRP > 8 mg/L - Chez un homme jeune (en pratique, moins de 30 ans) <input checked="" type="checkbox"/> Chez toutes les autres catégories de patients : imagerie (par échographie ou scanner selon la disponibilité et les cas) En cas de symptômes atypiques : syndrome appendiculaire incomplet, diagnostic douteux (pas de fièvre ou fièvre trop élevée, pas de défense), on réalise de préférence une imagerie par scanner.
10	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Les causes de pancréatite aiguë maligne sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Adénocarcinome de la tête du pancréas - Ampullome vaterien - Tumeur intra-pancréatique mucineuse et papillaire (TIPMP)
11	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement de la cholécystite aiguë repose sur les principes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Remplissage vasculaire adapté - <input checked="" type="checkbox"/> Antibiothérapie à large spectre, probabiliste puis secondaire adaptée, intra-veineuse - Antalgiques intra-veineux (n'oubliez pas qu'il s'agit d'une urgence chirurgicale : le patient doit être à jeun ! <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> Cholécystectomie en urgence - +/- traitement d'un calcul de la voie biliaire principale chirurgicalement ou endoscopiquement, dans le même temps ou secondairement par CPRE avec drain cholédocien laissé en place.
12	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les facteurs de risque de RGO sont <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Perméabilité de la barrière œsogastrique (hernie hiatale, hypotonie du SIO) - Augmentation de la pression abdominale (obésité, grossesse, constipation, toux chronique) - Défaut de compensation du RGO physiologique (hyposialorrhée, troubles moteurs) - Facteurs aggravants (alimentation trop riche, médicaments, SNG, grossesse)

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<p><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"/> 1ère idée</p>
1	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les complications pulmonaires de la cirrhose sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Hydrothorax hépatique : transsudat pleural > 500 mL, surtout du côté droit, avec un liquide citrin pauvre en protides, traité comme une poussée d'ascite (restriction sodée + diurétiques) et drainage pleural contre-indiqué - Syndrome hépato-pulmonaire : hypoxémie et dilatation vasculaire intrapulmonaire, souvent découverte lors du bilan pré-greffe et traité par transplantation +/- oxygénothérapie - Hypertension porto-pulmonaire = hypertension portale + HTAP, traitée par prostacycline et arrêt des bêta-bloquants (transplantation contre-indiquée)
2	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les vomissements du premier trimestre : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Sont fréquents - <input type="checkbox"/> Sont physiologiques si ils n'entraînent pas d'AEG - Disparaissent spontanément et peuvent précéder le diagnostic de grossesse - Peuvent évoluer vers l'hyperemesis gravidarum, forme la plus grave avec déshydratation, pertes ioniques, dénutrition +/- cytolyse et cholestase <input checked="" type="checkbox"/> • Les vomissements du troisième trimestre sont soit non liés à la grossesse, soit rarement, provoqués par une stéatose hépatique gravidique ou une prééclampsie.
3	<p>Réponse : B E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les troubles liés à une constipation terminale sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Anisme ou dyssynergie périnéale : pas de relaxation du sphincter anal à l'exonération - Mégarectum : diamètre rectal > 6.5 cm avec fécalome fréquent <input type="checkbox"/> - Troubles de la sensibilité rectale : augmentation du seuil de perception rectale - Troubles de la statique pelvienne : rectocèle (descente de la paroi antérieure rectale contre la paroi vaginale postérieure) ou prolapsus rectal (extériorisation de la paroi rectale par l'anus).
4	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le bilan d'une pancréatite chronique consiste en : <ul style="list-style-type: none"> - Une NFS à la recherche d'un VGM augmenté ou d'une thrombopénie en faveur d'une origine alcoolique <input checked="" type="checkbox"/> - Un bilan hépatique à la recherche d'une cholestase par compression de la voie biliaire principale - <input type="checkbox"/> Une glycémie à jeun et une hémoglobine glycosylée recherchant un diabète compliquant la pancréatite • <input checked="" type="checkbox"/> La lipasémie est normale en dehors des poussées et n'a pas d'intérêt pour le suivi. L'amylasémie n'a plus d'indication
5	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attention, ici on parlait bien de l'imputabilité intrinsèque <input checked="" type="checkbox"/> ! • L'imputabilité intrinsèque est constituée de <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Critère chronologique : délai d'apparition cohérent, arrêt de l'effet indésirable à l'arrêt du médicament et reprise lors d'une éventuelle prescription ultérieure - Critère sémiologique : mécanisme d'action plausible, pas de diagnostic différentiel possible, explorations complémentaires prouvant la cause médicamenteuse... • L'imputabilité extrinsèque correspond au caractère « notoire » de l'effet indésirable : mentionné dans la littérature, dans les RCP...

QCM 14	Parmi les propositions suivantes, à partir de quel seuil de protides une antibiothérapie prophylaxie est recommandée lors de l'ascite de la cirrhose ?
A -	< 5 g/L
B -	< 10 g/L
C -	< 15 g/L
D -	< 20 g/L
E -	< 25 g/L
QCM 15	Concernant l'ivresse pathologique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle est plus fréquente en cas de troubles de la personnalité
B -	Elle est plus fréquente en cas de trouble cérébral organique associé
C -	Le tableau est transitoire, en trois phases
D -	Elle aboutit souvent au coma alcoolique
E -	Le tableau est volontiers récidivant

QCM 7	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque commun(s) à tous les cancers œsophagiens ?
A -	Tabac
B -	HPV
C -	RGO
D -	Alcool
E -	Consommation de nitrites
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, quelle est la conduite à tenir après splénectomie ?
A -	Antibioprophylaxie par Augmentin au long cours
B -	Vaccination contre le pneumocoque et la grippe annuellement
C -	Carte et éducation thérapeutique
D -	Extraits pancréatiques protégés
E -	Surveillance du taux de plaquettes
QCM 9	Parmi les propositions suivantes, chez quelle(s) catégorie(s) de patient peut-on se passer d'imagerie pour affirmer le diagnostic d'appendicite ?
A -	Femme jeune
B -	Homme jeune
C -	Patient ne présentant pas d'hyperleucocytose
D -	Personne âgée
E -	Fièvre > 39.5 °C
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) maligne(s) de pancréatite aiguë ?
A -	Adénocarcinome de la tête du pancréas
B -	Ampullome Vatérien
C -	Tumeur intra-pancréatique mucineuse et papillaire
D -	Adénome mucineux
E -	Carcinome hépato-cellulaire
QCM 11	Concernant le traitement de la cholécystite aiguë, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Une cholécystectomie est réalisée à froid
B -	Une antibiothérapie est réalisée après réception des résultats bactériologiques
C -	Les antalgiques sont prescrits per os
D -	Un calcul de la voie biliaire principale peut être traité chirurgicalement ou endoscopiquement
E -	Un drain cholédochien peut être laissé en place
QCM 12	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) aggravant un RGO ?
A -	Médicaments
B -	Sonde naso-gastrique
C -	Grossesse
D -	Position penchée en avant
E -	Alimentation trop riche
QCM 13	Concernant l'ascite de la cirrhose, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle est rare
B -	C'est un signe de gravité de la cirrhose
C -	Elle survient le plus souvent spontanément
D -	Elle peut se compliquer d'une péritonite bactérienne spontanée
E -	Le liquide d'ascite non infecté est pauvre en leucocytes

Questions isolées QCM N° 22

QCM 1

Concernant les complications pulmonaires de la cirrhose, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - L'hydrothorax hépatique est généralement un exsudat
- B - Le drainage pleural est contre-indiqué lors d'un hydrothorax hépatique
- C - Le syndrome hépato-pulmonaire est traité par transplantation hépatique
- D - Le syndrome hépato-pulmonaire correspond à une hypercapnie
- E - Il peut exister une hypertension porto-pulmonaire

QCM 2

Concernant les vomissements lors de la grossesse, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Ils surviennent souvent au deuxième trimestre
- B - Ils sont rares
- C - Ils précèdent parfois le diagnostic de la grossesse
- D - L'hyperemesis gravidarum est la forme la plus typique
- E - Au troisième trimestre, ils sont le plus souvent liés à la grossesse

QCM 3

Concernant les causes de constipation terminale, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - L'anisme correspond à une absence de contraction du sphincter anal à l'exonération
- B - Un mégarectum peut provoquer un fécalome
- C - Un rectocèle est un trouble de la sensibilité pelvienne
- D - La constipation fonctionnelle est le plus fréquemment à l'origine d'une constipation terminale
- E - Un prolapsus rectal correspond à une extériorisation de la paroi rectale par l'anus

QCM 4

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) au bilan biologique d'une pancréatite chronique en dehors des poussées ?

- A - Lipasémie
- B - NFS
- C - Bilan hépatique
- D - Glycémie à jeun
- E - Amylaseémie

QCM 5

Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) critère(s) d'imputabilité intrinsèque d'une origine médicamenteuse à une diarrhée ?

- A - Lien chronologique
- B - Effet indésirable bien connu dans la littérature
- C - Arrêt de la diarrhée à l'arrêt du médicament
- D - Rôle pharamodynamique vraisemblable
- E - Effet mentionné dans le VIDAL

QCM 6

Concernant l'épidémiologie du carcinome hépato-cellulaire du foie, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Il représente 90 % des tumeurs primitives du foie
- B - La pancréatite est un facteur de risque
- C - Son pronostic est très bon
- D - Son pronostic dépend du score de Child Pugh
- E - Il touche surtout les hommes

12	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échographie peut retrouver : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Un foie irrégulier - Une dysmorphie avec atrophie de certains secteurs et hypertrophie d'autres secteurs (lobe gauche ++) - Ascite - Splénomégalie - Voies de dérivation (circulation veineuse collatérale) - Au doppler, flux sanguin inversé dans la veine porte. • <input checked="" type="checkbox"/> Les varices œsophagiennes sont retrouvées sur l'endoscopie œsophago-gastro-duodénale et ne peuvent pas être diagnostiquées par une échographie abdominale
13	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différents laxatifs sont : <ul style="list-style-type: none"> - Laxatifs osmotiques : utilisés en première intention, risque de ballonnement, diarrhée - Laxatifs émollients : peuvent provoquer une pneumopathie huileuse chez la personne âgée - Laxatifs de lest (supplémentation en fibres) : généralement bien tolérés - Laxatifs stimulants : peuvent lésier les plexus nerveux et provoquer la maladie des laxatifs (maladie psychiatrique avec risque d'hypokaliémie et déshydratation) et mélanose colique - Suppositoires et microlavements : utilisés pour les constipations terminales
14	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les étiologies de diarrhée sécrétoire sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Colites de n'importe quelle cause : maladie de Crohn - Colites microscopiques - Parasitoses chroniques (Giardiose) - Tumeurs endocrines sécrétant de la gastrine, du VIP... • <input checked="" type="checkbox"/> L'hyperthyroïdie est une cause de diarrhée motrice • <input checked="" type="checkbox"/> La maladie cœliaque est une cause de diarrhée par malabsorption
15	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie curative du cancer colique consiste en une héicolectomie avec exclusion tumorale (marges > 5 cm), <input checked="" type="checkbox"/> après préparation colique et antibiothérapie péri-opératoire • Elle se fait par laparotomie médiane avec exploration de la cavité péritoneale et prélèvements microbiologiques et cytologiques • Avec une ligature première des vaisseaux nourriciers • <input checked="" type="checkbox"/> Le curage ganglionnaire avec envoi en anapath est systématique • <input checked="" type="checkbox"/> La pièce est mobilisée en dernier et envoyée en anatomopathologie • La continuité est si possible réalisée en un temps (dans le cas contraire, pose de stomie)

6	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Devant un polytraumatisme stable hémodynamiquement, on prescrira en urgence : <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Echographie abdominale au lit du patient Radiographie de thorax de face (dans le cadre du polytraumatisme et pour le bilan pré-opératoire) Radiographie de bassin de face Devant un polytraumatisme instable, on ne prescrira qu'une TDM corps entier en extrême urgence.
7	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> La stéatorrhée se voit dans les diarrhées chroniques par malabsorption (pancréatite chronique ++) Son diagnostic repose sur <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> La clinique : selles graisseuses, en « tâche d'huile » La biologie : dosage des graisses dans les selles prélevées trois jours d'affilée et Elastase fécale.
8	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le cancer colo-rectal est une cause d'occlusion basse par obstruction Le degré de dilatation du côlon d'amont et la souffrance du côlon droit sont appréciés sur la TDM abdomino-pelvienne en urgence En l'absence de signes de gravité, on propose un traitement médical : sonde gastrique en aspiration et traitement symptomatique <input checked="" type="checkbox"/> En cas de souffrance du côlon, on réalise en urgence une colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale Si l'occlusion ne cède pas sous traitement médical, on peut proposer un traitement endoscopique (endoprothèse transtumorale), ou colostomie d'amont de la tumeur. <input checked="" type="checkbox"/> La coloscopie est de toute façon contre indiquée en cas d'occlusion (risque de perforation colique)
9	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le vaccin contre l'hépatite A est un vaccin inactivé (<input checked="" type="checkbox"/> erreur dans le collège qui affirme que c'est un vaccin vivant atténué) Il est indiqué à partir de 1 an, principalement chez les personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Voyageurs en zone d'endémie Patients atteints d'une hépatopathie chronique <input checked="" type="checkbox"/> Deux injections à 6-12 mois d'intervalle par voie sous-cutanée confèrent une immunité durable pour plus de 95 % des patients.
10	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Les deux causes les plus fréquentes d'hépatomégalie homogène sont : <ul style="list-style-type: none"> Stéatose Cirrhose hépatique, quelle qu'en soit la cause.
11	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les complications principales du kyste hydatique lié à <i>echinococcus granulosus</i> sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Angiocholite Rupture péritonéale ou pleurale (avec épanchement) Abcès (surinfection du kyste) Compression extrinsèque par le kyste des vaisseaux (hypertension portale, œdème des membres inférieurs, phlébite par compression de la VCI) ou des voies biliaires (ictère) Réaction allergique ou anaphylaxie, <input checked="" type="checkbox"/> surtout si fissure du kyste.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<p>■ Connaissances, □ Déduction, □ Arg Fréquence, ⚡ Formulation, X Éliminer les incorrectes, □ 1ère idée</p>
1	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les principaux questionnaires pour dépister une addiction à l'alcool sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Le test AUDIT-C (composé de trois questions) - Le questionnaire DETA (composé de quatre questions) <input checked="" type="checkbox"/> Le MMSE se rapporte aux troubles cognitifs, le questionnaire de Fagerstrom à la dépendance tabagique, la grille AGGIR à l'autonomie de la personne âgée
2	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> La douleur hépatique (vue dans une colique hépatique, une angiocholite ou une cholangiectasie) : <ul style="list-style-type: none"> - Est épigastrique (<input checked="" type="checkbox"/> dans 2/3 des cas) ou touche l'hypochondre droit - Irradié vers l'épaule droite - Est d'apparition brutale ou rapidement progressive, évolue sur un mode spastique, intense, paroxystique - Entraîne une inhibition respiratoire - Peut être accompagnée de nausées et vomissements - <input checked="" type="checkbox"/> Dure < 6 heures dans le cas d'une colique hépatique, peut durer > 6 heures dans une cholangiectasie
3	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les complications mécaniques de l'ascite sont de deux ordres <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée qui peut être liée à l'ascite ou à un hydrothorax, le plus souvent droit (du côté du foie <input type="checkbox"/>), réactionnel. Dans les deux cas, il s'agit d'un syndrome restrictif, et une ponction évacuatrice doit être effectuée en urgence - Hernies ombilicales ou pariétales, qui peuvent s'étrangler ou se rompre pour la hernie ombilicale (<input type="checkbox"/> en cas d'ascite tendue ou de fragilité cutanée)
4	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les principaux syndromes familiaux pouvant entraîner des cancers gastriques sont : <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome HNPCC (<input checked="" type="checkbox"/> attention aux autres cancers du spectre, en particulier les cancers gynécologiques chez les femmes de la famille) - Mutation du gène de la Cadhérine E (CDH 1) - Polyposis adénomateuse familiale (PAF) - Autres formes familiales (même en l'absence de mutation, un antécédent de cancer gastrique au premier degré augmente le risque pour les apparentés) On proposera donc une consultation d'oncogénétique aux patients suivants <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents familiaux ou personnels de cancers digestifs ou gynécologiques (sur au moins deux générations susceptibles : plusieurs cas dont un découvert avant 50 ans, ou 3 cas quel que soit l'âge) - Survenue d'un adénocarcinome gastrique avant 40 an
5	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les personnes âgées sont plus à risque de mourir d'une diarrhée infectieuse en raison <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Des accidents de déshydratation pendant la diarrhée - Des conséquences à moyen terme d'une hypoperfusion des organes vitaux (pic de mortalité à J8-J10) - Des formes graves de colites à Clostridium difficile <input checked="" type="checkbox"/> L'infection à rotavirus se voit surtout chez l'enfant <input checked="" type="checkbox"/> Les colites à Cryptosporidium se voient chez le sujet immunodéprimé et/ou infecté par le VIH

QCM 14	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) de diarrhée sécrétoire ?
A -	Colite microscopique
B -	Giardia intestinalis
C -	Hyperthyroïdie
D -	Maladie cœliaque
E -	Maladie de Crohn
QCM 15	Concernant le traitement chirurgical d'un cancer colique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il se fait après préparation colique
B -	Le curage ganglionnaire est systématique
C -	Les marges de colectomie sont de 1 cm
D -	La pièce opératoire doit être mobilisée en dernier
E -	La continuité est rétablie en un temps si possible

QCM 7	Parmi les examen(s) suivant(s), le(s)quel(s) est (sont) spécifique(s) d'une stéatorrhée ?
A -	Elastase 1-fécale
B -	Dosage de graisse dans les selles
C -	Test respiratoire au glucose
D -	Test au rouge carmin
E -	Temps de transit colique
QCM 8	En cas de syndrome occlusif lié à un cancer colo-rectal, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une occlusion basse par strangulation
B -	Le diagnostic est porté sur la coloscopie en urgence
C -	Le diagnostic est porté sur le scanner abdomino-pelvien
D -	Le traitement est toujours chirurgical
E -	Le traitement est parfois endoscopique
QCM 9	Parmi les propositions suivantes concernant le vaccin contre l'hépatite A, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	C'est un vaccin vivant
B -	Il s'administre par voie intra-dermique
C -	Il est réservé aux enfants < 1 an
D -	Il est contre-indiqué chez les patients porteurs d'une hépatite chronique
E -	Il consiste en deux injections
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) d'hépatomégalie homogène ?
A -	Cirrhose
B -	Métastases hépatiques
C -	Stéatose
D -	Polykystose hépatique
E -	Carcinome hépato-cellulaire
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) le(s) complication(s) possible de l'hydatidose ?
A -	Angiocholite
B -	Rupture péritonéale
C -	Syndrome occlusif
D -	Diarrhée chronique
E -	Réaction allergique
QCM 12	Parmi les propositions suivantes, quel(s) aspect(s) l'échographie abdominale peut-elle retrouver en cas de cirrhose hépatique ?
A -	Varices œsophagiennes
B -	Atrophie hépatique
C -	Ascite
D -	Splénomégalie
E -	Circulations veineuse colatérale
QCM 13	Concernant les laxatifs, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Les laxatifs osmotiques sont utilisés en première intention
B -	Les laxatifs émollients sont susceptibles de léser les plexus nerveux
C -	Les laxatifs stimulants peuvent provoquer la maladie des laxatifs
D -	Les suppositoires et microlavements sont utilisés pour la constipation grêlique
E -	Les laxatifs stimulants peuvent provoquer une pneumopathie huileuse

Questions isolées QCM N° 21

QCM 1 Parmi les questionnaires suivants, lequel (lesquels) permet(tent) de dépister une addiction à l'alcool ?

- A - Fagerstrom
- B - MMSE
- C - AUDIT-C
- D - DETA-CAGE
- E - AGGIR

QCM 2 Concernant la douleur hépatique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle peut toucher l'épigastre
- B - Elle est paroxystique
- C - Elle n'irradie pas
- D - Elle entraîne une augmentation de la fréquence respiratoire
- E - Elle est d'installation brutale ou rapidement croissance

QCM 3 Concernant les complications mécaniques d'une ascite, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle peut entraîner un syndrome obstructif
- B - En cas de troubles respiratoires, une ponction évacuatrice est indiquée
- C - L'hydrothorax est le plus souvent du côté droit
- D - Elle peut provoquer des hernies ombilicales ou pariétales
- E - Les hernies ombilicales ne s'étranglent jamais

QCM 4 Dans quelle(s) situation(s) un patient atteint d'un adénocarcinome gastrique peut-il se voir proposer une consultation oncogénétique ?

- A - Biopsies recherchant Hélicobacter Pylori négatives
- B - Patient non-fumeur
- C - Patient ayant des antécédents familiaux de cancer digestif ou gynécologique
- D - Patient atteint avant 75 ans
- E - Patient atteint avant 40 ans

QCM 5 Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) de mortalité par diarrhée infectieuse chez la personne âgée ?

- A - Accidents de déshydratation
- B - Colite à Cryptosporidium
- C - Conséquences à moyen terme de l'hypoperfusion des organes vitaux
- D - Colite à rotavirus
- E - Formes graves de colites à Clostridium Difficile

QCM 6 Devant un traumatisme fermé de l'abdomen dans le cadre d'un polytraumatisme, quel(s) examen(s) préconisez-vous en extrême urgence devant un patient stable hémodynamiquement ?

- A - Radiographie du rachis
- B - TDM corps entier
- C - Echographie abdominale
- D - Radiographie de bassin de face
- E - Radiographie de hanche de profil

11	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les causes de pancréatite aiguë sont les suivantes <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Migration d'un calcul biliaire dans la VBP Alcoolisme chronique et important Tumeurs malignes ou bénignes Post-opératoire Post-CPRE Métaboliques : hypertriglycéridémie (> 10 mmol/L), hypercalcémie Médicamenteuses Infectieuses Auto-immune Canalaires Génétiques Idiopathiques
12	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Question difficile concernant une cause rare de pancréatite aiguë. On peut citer <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Bactéries : Mycoplasme Pneumoniae, C. Jejuni, Légionnelle Leptospirose Virus : Oreillons, Rubéole, CMV Parasites : Ascaridiose Chez le sujet VIH + : CMV, Cryptococcose, Toxoplasmose, M. Avium...
13	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Devant une pancréatite aiguë, on évoquera toutes les autres causes de douleurs épigastriques importantes <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Ulcère perforé Infarctus du myocarde (inférieur++) ou mésentérique Péritonite biliaire Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale
14	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement doit être symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation, mise à jeun Antalgiques de niveau adapté (<input checked="" type="checkbox"/> AINS contre-indiqués !) Perfusion pour rééquilibration électrolytique +/- SNG (<input checked="" type="checkbox"/> seulement en cas de vomissements abondants) Surveillance clinique et biologique <input type="checkbox"/> Le traitement doit être également étiologique : <ul style="list-style-type: none"> Sevrage alcoolique TraITEMENT d'une lithiasis vésiculaire...
15	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La nutrition artificielle est TOUJOURS préférentiellement entérale plutôt que parentérale Dans le cas de la PA, elle est mise en place pendant la durée prévisible du jeûne On y associera les mesures habituelles : <ul style="list-style-type: none"> Débit lent Position semi-assise pour prévenir la pneumopathie d'inhalation... <input checked="" type="checkbox"/> Il ne s'agit pas de la même sonde que la SNG d'aspiration.

7	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none"> Le scanner doit être réalisé à 48-72 heures des premiers symptômes Il doit être idéalement réalisé avec injection (en l'absence d'insuffisance rénale) Il permet de visualiser : <ul style="list-style-type: none"> La nécrose pancréatique ou extra-pancréatique Les complications de la pancréatite Il permet d'établir le score de Balthazar 																					
8	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> Le score de Balthazar est rappelé ci-dessous : <table border="1" data-bbox="319 524 1135 987"> <thead> <tr> <th data-bbox="319 524 727 567">Scanner</th> <th data-bbox="727 524 1230 567">Scanner avec injection</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="319 567 727 633">Stade A Pancréas normal</td><td data-bbox="727 567 1230 633">0 pt Pas de nécrose</td></tr> <tr> <td data-bbox="319 633 727 698">Stade B Élargissement de la glande</td><td data-bbox="727 633 1230 698">1 pt Nécrose < tiers de la glande</td></tr> <tr> <td data-bbox="319 698 727 785">Stade C Infiltration de la graisse Péapancréatique</td><td data-bbox="727 698 1230 785">2 pts Nécrose > 1/3 et < 1/2</td></tr> <tr> <td data-bbox="319 785 727 850">Stade D Une coulée de nécrose</td><td data-bbox="727 785 1230 850">3 pts Nécrose > 1/2 glande</td></tr> <tr> <td data-bbox="319 850 727 987">Stade E Plus d'une coulée de nécrose ou présence de bulles au sein du pancréas ou d'une coulée de nécrose</td><td data-bbox="727 850 1230 987">4 pts</td></tr> </tbody> </table> <p>Total des 2 colonnes (maximum: 10 pts)</p> <table border="1" data-bbox="319 1031 1135 1170"> <tbody> <tr> <td data-bbox="319 1031 606 1074">Points 0-3</td> <td data-bbox="606 1031 863 1074">3 % mortalité</td> <td data-bbox="863 1031 1135 1074">8 % pancréatite sévère</td> </tr> <tr> <td data-bbox="319 1074 606 1118">Points 4-6</td> <td data-bbox="606 1074 863 1118">6 % mortalité</td> <td data-bbox="863 1074 1135 1118">35 % pancréatite sévère</td> </tr> <tr> <td data-bbox="319 1118 606 1170">Points 7-10</td> <td data-bbox="606 1118 863 1170">17 % mortalité</td> <td data-bbox="863 1118 1135 1170">92 % pancréatite sévère</td> </tr> </tbody> </table>	Scanner	Scanner avec injection	Stade A Pancréas normal	0 pt Pas de nécrose	Stade B Élargissement de la glande	1 pt Nécrose < tiers de la glande	Stade C Infiltration de la graisse Péapancréatique	2 pts Nécrose > 1/3 et < 1/2	Stade D Une coulée de nécrose	3 pts Nécrose > 1/2 glande	Stade E Plus d'une coulée de nécrose ou présence de bulles au sein du pancréas ou d'une coulée de nécrose	4 pts	Points 0-3	3 % mortalité	8 % pancréatite sévère	Points 4-6	6 % mortalité	35 % pancréatite sévère	Points 7-10	17 % mortalité	92 % pancréatite sévère
Scanner	Scanner avec injection																					
Stade A Pancréas normal	0 pt Pas de nécrose																					
Stade B Élargissement de la glande	1 pt Nécrose < tiers de la glande																					
Stade C Infiltration de la graisse Péapancréatique	2 pts Nécrose > 1/3 et < 1/2																					
Stade D Une coulée de nécrose	3 pts Nécrose > 1/2 glande																					
Stade E Plus d'une coulée de nécrose ou présence de bulles au sein du pancréas ou d'une coulée de nécrose	4 pts																					
Points 0-3	3 % mortalité	8 % pancréatite sévère																				
Points 4-6	6 % mortalité	35 % pancréatite sévère																				
Points 7-10	17 % mortalité	92 % pancréatite sévère																				
9	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> L'infection d'une coulée de nécrose représente 50 à 80 % des décès liés à la pancréatite aiguë Une coulée de nécrose est caractérisée par l'absence de prise de contraste sur le scanner Elle intervient le plus souvent à J21, et se caractérise par un malade devenant septique (fièvre, élévation des leucocytes et de la CRP) et dont l'état s'aggrave (défaillance multiviscérale) On retrouve parfois des bulles d'air dans les coulées de nécrose sur le scanner La ponction pancréatique est réalisée par voie échographique ou scannographique L'antibiotthérapie est probabiliste après les prélèvements infectieux. 																					
10	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les critères en faveur d'une origine lithiasique correspondent au score de Blamey : <ul style="list-style-type: none"> Sexe féminin Âge > 50 ans Phosphatases alcalines > 2.5 N ALAT > ASAT, ou ALAT > 2-3 N Amylase > 13 N On peut rajouter à ces critères tous les autres facteurs de risque de lithiasis biliaire (obésité, multiparité, antécédents personnels ou familiaux), un pic d'hypertransaminasémie très précoce et très transitoire... 																					

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, Déduction, Arg.Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	Réponse : A E <ul style="list-style-type: none">Le diagnostic de certitude de la pancréatite aiguë repose sur la présence de deux éléments :- Douleur typique de pancréatite aiguë- Elévation > 3 N de la lipasémie	
2	Réponse : B C E <ul style="list-style-type: none">La douleur abdominale de pancréatite aiguë est retrouvée dans 90 % des casElle touche l'épigastre, l'hypochondre droit ou tout l'abdomenElle est transfixanteSon début est rapidement progressifElle est prolongéeIl existe une position antalgique en chien de fusilElle est très intense	
3	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none">X L'échographie n'a aucun intérêt pour le diagnostic positif de la pancréatite aiguëCependant, elle doit être systématiquement réalisée afin de mettre en évidence une lithiasis vésiculaire ou pancréatique qui signeraient le diagnostic étiologique.Elle peut également retrouver des éléments qui signent l'inflammation du pancréas : nécrose ou augmentation de la taille de celui-ci	
4	Réponse : B <ul style="list-style-type: none">On distingue :<ul style="list-style-type: none">- Les pancréatites œdémateuses, bénignes, qui représentent 70- 80 % des cas. Ces malades doivent être hospitalisés en médecine- Les pancréatites graves (20-30 %) qui doivent être hospitalisés en unité de soins continus, voire soins intensifsLa mortalité globale est de 3-5 %, et atteint 20 % dans les formes graves.X Il n'y a pas de corrélation entre la valeur de la lipasémie et la gravité de la pancréatite	
5	Réponse : A C E <ul style="list-style-type: none">Le SIRS est défini par l'association d'au moins deux des conditions suivantes :- Température < 36°C ou > 38°C- Fréquence cardiaque > 90/mn- Leucocytose > 12 000/mm³ ou < 4000/mm³- Fréquence respiratoire > 20/mn ou PaCO₂ < 32 mmHgCette question peut revenir dans un dossier de réanimation, d'infectiologie ou de n'importe quelle spécialité médicale... Le score remplace de plus celui de Ranson pour évaluer la gravité d'une PA, sa définition est donc bien à connaître !	
6	Réponse : A B E <ul style="list-style-type: none">Attention, on demandait bien ici les complications précoce !On peut retrouver :<ul style="list-style-type: none">- Complications infectieuses : SIRS, sepsis, sepsis sévère, choc septique- Défaillance multi-viscérale : SDRA, insuffisance rénale, CIVD, choc- Atteinte cutanée- Manifestations neuro-psychiatriques- Ulcère de stress- Rupture d'un organe creux- Pseudo-anévrysme...X Les autres complications citées (pseudo-kyste et surinfection d'une coulée de nécrose) surviennent à plusieurs semaines de la phase précoce.	

QCM 14	Concernant le traitement de la pancréatite aiguë bénigne, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	La reprise de l'alimentation se fait dans les premières heures
B -	Le traitement associe antalgiques et AINS
C -	La sonde naso-gastrique est systématique
D -	Le traitement étiologique est entrepris en parallèle
E -	Un scanner est systématiquement réalisé à J20
QCM 15	Concernant la nutrition artificielle lors d'une pancréatite aiguë sévère, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle doit être mise en place pour la durée prévisible du jeûne
B -	Elle doit être mise en place de préférence par voie parentérale
C -	Elle est administrée par la sonde d'aspiration gastrique
D -	Elle est associée à une antibiothérapie systématique
E -	Le patient doit être en position semi-assise

QCM 7	Concernant le scanner dans la pancréatite aiguë, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il est facultatif
B -	Il est réalisé sans injection
C -	Il permet de calculer le score de Ranson
D -	Il permet de visualiser les complications de la pancréatite
E -	Il est réalisé à 24 heures de l'admission
QCM 8	Concernant le score de Balthazar, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Un stade A correspond à un élargissement de la glande
B -	Un stade B correspond à un élargissement de la glande
C -	Un stade C correspond à une coulée de nécrose
D -	Une nécrose > la moitié de la glande vaut 6 points
E -	Il est sur 15 points en tout
QCM 9	Concernant l'infection de nécrose pancréatique, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	On note une prise de contraste anormalement élevée d'une partie du pancréas
B -	Elle est caractérisée par un syndrome inflammatoire à la fin de la première semaine
C -	L'antibiothérapie est probabiliste avant même tout prélèvement
D -	Une suspicion d'infection de nécrose doit conduire à une ponction sous scanner
E -	Elle est responsable de la plupart des décès liés à la PA
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) celle(s) qui est (sont) en faveur de l'origine lithiasique d'une pancréatite ?
A -	ASAT > ALAT
B -	Age jeune
C -	Sexe féminin
D -	Phosphatases alcalines > 2.5 N
E -	Pic précoce des transaminases
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque de pancréatite aiguë en dehors de l'origine alcoolique ou lithiasique ?
A -	Tumeur pancréatique
B -	Pancréatite post-opératoire
C -	Hypertriglycéridémie
D -	Hypocalcémie
E -	Pancréatite infectieuse
QCM 12	Parmi les agents infectieux suivants, lequel (lesquels) est (sont) responsable(s) de pancréatite aiguë ?
A -	Oreillons
B -	Oxyurose
C -	Ascaridiose
D -	Toxoplasmose
E -	Gonocoque
QCM 13	Parmi les propositions suivantes quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) différentiel(s) de la pancréatite aiguë ?
A -	Colique néphrétique
B -	Infarctus mésentérique
C -	Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale
D -	Angiocholite aiguë
E -	Infarctus splénique

Questions isolées QCM N° 20

QCM 1	Concernant le diagnostic de la pancréatite aiguë, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Il se base sur la clinique Il se base sur le scanner Il se base sur un contexte d'alcoolisme chronique Il se base sur l'échographie Il se base sur la biologie
QCM 2	Concernant la douleur typique de la pancréatite aiguë, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Elle est rarement retrouvée Elle est transfixante Elle est de début brutal Elle est fugace Elle est très intense
QCM 3	Quel(s) est (sont) élément(s) en faveur d'une pancréatite aiguë sur l'échographie abdominale réalisée en urgence ?
A - B - C - D - E -	Inflammation pancréatique Augmentation de la taille du pancréas Lithiase pancréatique Lithiase biliaire Nécrose pancréatique
QCM 4	Concernant la gravité de la pancréatite aiguë, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	La mortalité globale de la PA est de 10 % La PA est bénigne dans 80 % des cas La PA est traitée en ambulatoire dans 50 % des cas Les malades atteints d'une pancréatite aiguë grave doivent être hospitalisés en hépato-gastro-entérologie Une lipase > 6 N signe la gravité de la pancréatite
QCM 5	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) définit(sen)t un syndrome de réponse inflammatoire systémique au cours de la pancréatite aiguë ?
A - B - C - D - E -	Température < 36°C Saturation < 95 % Fréquence cardiaque > 90/mm TAS < 90 mmHg Leucocytose > 12 000/mm ³
QCM 6	Quelle(s) complication(s) peu(ven)t survenir à la phase précoce d'une pancréatite aiguë ?
A - B - C - D - E -	Syndrome de détresse respiratoire aiguë Insuffisance rénale Surinfection d'une coulée de nécrose Rupture d'un pseudo-kyste Coagulation intra-vasculaire disséminée

11	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Concernant la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal : <ul style="list-style-type: none"> - La douleur est épigastrique <input checked="" type="checkbox"/> de début brutal - On ne retrouve pas de fièvre ni d'hyperleucocytose dans les premières heures - La contracture est généralisée ou se limite à la région épigastrique - La percussion retrouve un tympanisme traduisant un pneumopéritoine, retrouvé également sur le scanner - <input checked="" type="checkbox"/> Attention : l'endoscopie est formellement contre-indiquée dans ce contexte ! - Le traitement est chirurgical
12	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> Concernant la péritonite diverticulaire : <ul style="list-style-type: none"> - On retrouve une douleur en fosse iliaque gauche - Associée à un syndrome infectieux majeur : fièvre élevée et hyperleucocytose - La contracture peut être localisée ou généralisée - <input checked="" type="checkbox"/> Le scanner met en évidence un pneumopéritoine volumineux et bilatéral avec liquide intra-abdominal, infiltration de la graisse périsigmoïdienne et iléus paralytique du grêle - Le traitement est chirurgical
13	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> La péritonite post-opératoire peut être difficile à diagnostiquer, car la douleur, l'iléus et le syndrome inflammatoire qui signent le diagnostic sont habituels après chirurgie <input checked="" type="checkbox"/> On doit y penser devant une fièvre dans un contexte post-opératoire, tout en n'oubliant pas les nombreux diagnostics différentiels (infection urinaire, infection pulmonaire...) Elle est parfois révélée par des troubles extradigestifs Le scanner abdominal avec opacification digestive prudente fait le diagnostic en cas de doute. Elle nécessite un traitement chirurgical
14	<p>Réponse : B E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement de la péritonite primaire est le suivant : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Traitement médical par antibiothérapie probabiliste - <input type="checkbox"/> Traitement selon la porte d'entrée : ciblant les entérobactéries chez un patient ayant une infection d'ascite, ciblant les staphylocoques, les BGN et les Candida chez un patient en dialyse péritonale (en cas d'absence de réponse à 48 heures, on doit discuter l'ablation du cathéter)
15	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Devant l'absence d'amélioration des symptômes, on doit évoquer <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Conséquences toxiniques du sepsis (SDRA, Nécrose tubulaire aiguë) - Lâchage de suture - Abcès (pariétaux, sous phrénaire, du Douglas) - Complications de décubitus : infection urinaire, MTEV, veinite - Insuffisance de traitement : antibiothérapie inadaptée, posologie insuffisance - Décompensation d'une comorbidité

6	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> L'appendicite pelvienne est caractérisée par : <ul style="list-style-type: none"> Douleurs hypogastriques droites Signes urinaires (pollakiurie, dysurie) Signes rectaux (ténesmes, faux besoins) A l'examen, douleur +/- défense hypogastrique et douleur au toucher rectal On recherchera par l'examen clinique et les examens complémentaires (BU, ECBU, Echographie) une affection urinaire ou gynécologique. 						
7	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Le plastron appendiculaire est une infiltration inflammatoire diffuse, mal limitée, de la région péri-appendiculaire Il s'agit d'une péritonite localisée qui se caractérise par : <ul style="list-style-type: none"> Douleurs diffuses de la FID avec sensation d'empâtement douloureux Palpation retrouvant une masse douloureuse et mal limitée de la FID avec le reste de l'abdomen souple et sans défense. Syndrome infectieux marqué. Le scanner affirme le diagnostic Le traitement repose sur l'antibiothérapie IV en hospitalisation X L'appendicectomie est programmée ultérieurement (2 à 4 mois plus tard) 						
8	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les complications post-chirurgicales sont rares. Les principales sont ☐ : <ul style="list-style-type: none"> Abcès de paroi/abcès sous phrénaire/abcès du Douglas Iléus post-opératoire pouvant être prolongé Hématome intra-abdominal Fistule grêlique Péritonite postopératoire par lâchage de moignon Complications de décubitus : infection urinaire, veinite, MTVE... Citons également les complications tardives : occlusion sur bride, éventration, stérilité tubaire par adhérences... 						
9	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> Les péritonites primaires sont dues à une infection spontanée monobactérienne du péritoine d'origine hématogène ou par translocation Les causes principales sont ☐ : <ul style="list-style-type: none"> Infection d'ascite chez le cirrhotique Infection à staphylocoque (et pas à streptocoque ☐) chez les patients en dialyse péritonale Péritonite spontanée à pneumocoque (attention : déficit immunitaire !) 						
10	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les causes de péritonite secondaire (c'est-à-dire liées à la diffusion d'une infection abdominale ou à la perforation d'un viscère digestif) sont résumées sur le tableau suivant ☐ : <table border="1" data-bbox="284 1431 1161 1708"> <thead> <tr> <th data-bbox="284 1431 571 1497">Infection/perforation Intra-abdominale</th><th data-bbox="571 1431 858 1497">Post-opératoire</th><th data-bbox="858 1431 1161 1497">Post-traumatique</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="284 1497 571 1708"> Appendicite Diverticulite Ulcère gastro-duodénal Cholécystite Infarctus mésentérique Maladie de Crohn ou RCH Perforation tumorale ou diastatique en amont d'un obstacle </td><td data-bbox="571 1497 858 1708"> Désunion anastomotique Contamination peropératoire </td><td data-bbox="858 1497 1161 1708"> Plaie pénétrante Traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive Perforation endoscopique ou corps étranger </td></tr> </tbody> </table>	Infection/perforation Intra-abdominale	Post-opératoire	Post-traumatique	Appendicite Diverticulite Ulcère gastro-duodénal Cholécystite Infarctus mésentérique Maladie de Crohn ou RCH Perforation tumorale ou diastatique en amont d'un obstacle	Désunion anastomotique Contamination peropératoire	Plaie pénétrante Traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive Perforation endoscopique ou corps étranger
Infection/perforation Intra-abdominale	Post-opératoire	Post-traumatique					
Appendicite Diverticulite Ulcère gastro-duodénal Cholécystite Infarctus mésentérique Maladie de Crohn ou RCH Perforation tumorale ou diastatique en amont d'un obstacle	Désunion anastomotique Contamination peropératoire	Plaie pénétrante Traumatisme fermé avec perforation ou ischémie digestive Perforation endoscopique ou corps étranger					

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	■ Connaissances, □ Déduction, ■ Arg Fréquence, ⚡ Formulation, X Éliminer les incorrectes, ☐ 1ère idée
1	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'appendicite est l'urgence chirurgicale la plus fréquente : 130 000 appendicectomies par an • Elle représente 30 % des interventions de chirurgie abdominale • Le pic d'incidence est entre la 2^{ème} et la 3^{ème} décennie. • Les âges extrêmes (sujet âgé et enfant < 3 ans) sont moins touchés par l'appendicite mais sont plus exposés au risque de complication (70 à 80 % de perforation chez l'enfant, 30 % chez la personne âgée)
2	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'appendicite est une inflammation aiguë de l'appendice, accompagnée d'une réaction péritonéale. • Cette inflammation est liée à l'obstruction de l'appendice par : <ul style="list-style-type: none"> - Une hyperplasie lymphoïde - Une tumeur appendiculaire - Un stercolithe - Un bouchon muqueux - Un corps étranger - Un parasite (ascaris) - Une hypertrophie pariétale (dans le cadre d'une MCI par exemple) • On peut également distinguer les obstacles selon leur localisation : endoluminale, pariétale, caecale.
3	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les éléments en faveur du diagnostic sur l'échographie sont : <ul style="list-style-type: none"> - Diamètre de l'appendice augmenté (> 8 mm) - Paroi appendiculaire > 3 mm - Aspect en cocarde - Epanchement ou abcès péri-appendiculaire - ☐ Stercolithe appendiculaire • X L'adénolymphite mésentérique est au contraire un diagnostic différentiel de l'appendicite.
4	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'appendicite sous-hépatique réalise un tableau de cholécystite aiguë □ : <ul style="list-style-type: none"> - Douleur de l'hypochondre droit - Fièvre - Défense • L'échographie permet de confirmer le diagnostic et éliminer la cholécystite.
5	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'appendicite rétrocaecaile se voit lorsque l'appendice est situé en arrière du caecum et en avant du muscle psoas ☐. • On retrouve : <ul style="list-style-type: none"> - Des douleurs lombaires droites - Une position antalgique en psoïtis (cuisse fléchie sur le tronc) - Pas de défense en fosse iliaque droite (douleur provoquée lorsqu'on soulève la jambe du plan du lit) • Le diagnostic est confirmé par le scanner.

QCM 14	Concernant le traitement de la péritonite primaire, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il est chirurgical
B -	Il est médical
C -	L'antibiothérapie devra être d'emblée adaptée au germe en cause
D -	En cas de patient en dialyse péritonéale, l'ablation du cathéter doit être immédiate
E -	En cas d'infection d'ascite, l'antibiothérapie doit cibler les entérobactéries
QCM 15	Devant l'absence d'amélioration des symptômes après traitement chirurgical d'une péritonite secondaire, quelle(s) cause(s) évoquez-vous ?
A -	Lâchage de suture
B -	Conséquences toxiniques du sepsis
C -	Infection urinaire
D -	Phlébite
E -	Antibiothérapie inadaptée

QCM 7	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) concerne(nt) le plastron appendiculaire ?
A -	Il s'agit d'une infiltration inflammatoire bien limitée
B -	Il s'agit d'une péritonite localisée
C -	Il provoque une sensation d'empâtement douloureux
D -	L'échographie fait le diagnostic
E -	Le traitement est chirurgical
QCM 8	Parmi les complications suivantes concernant les complications de la chirurgie appendiculaire, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elles sont fréquentes
B -	On peut retrouver un hématome de paroi
C -	On peut retrouver un abcès intra-abdominal
D -	On peut retrouver un abcès du Douglas
E -	On peut retrouver un iléus prolongé
QCM 9	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) une (des) cause(s) de péritonite primaire ?
A -	Infection d'ascite
B -	Appendicite
C -	Péritonite spontanée à pneumocoque
D -	Infection à streptocoque par l'intermédiaire d'un cathéter péritonéal
E -	Infarctus mésentérique
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) une (des) cause(s) de péritonite secondaire ?
A -	Appendicite
B -	Cholécystite
C -	Diverticulite
D -	Infection à levures
E -	Maladie de Crohn
QCM 11	Concernant la péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodénal, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	On retrouve généralement une fièvre précoce et élevée
B -	La douleur est hypogastrique
C -	Le scanner retrouve un pneumopéritoine
D -	Le diagnostic est porté sur l'endoscopie
E -	L'interrogatoire doit rechercher la prise récente d'AINS
QCM 12	Concernant la péritonite diverticulaire, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	On retrouve une douleur de la fosse iliaque gauche
B -	L'examen peut retrouver une contracture généralisée
C -	La température est généralement peu élevée
D -	Le pneumopéritoine est le plus souvent absent sur le scanner
E -	On retrouve une accélération du transit
QCM 13	Concernant la péritonite post-opératoire, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Son traitement est médical
B -	Elle est de diagnostic facile
C -	Elle est parfois révélée par des troubles extra-digestifs
D -	Elle doit être évoquée devant une fièvre après chirurgie
E -	En cas de doute le scanner avec opacification digestive fait le diagnostic

Questions isolées QCM N° 19

QCM 1

Parmi les propositions suivantes concernant l'épidémiologie de l'appendicite, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Il s'agit de la deuxième urgence chirurgicale la plus fréquente, derrière l'étranglement herniaire
- B - Elle représente 30 % des interventions de chirurgie abdominale
- C - Elle survient le plus souvent entre la deuxième et la troisième décennie
- D - Les complications sont plus fréquentes chez les enfants de moins de trois ans
- E - L'indice de perforation est de 80 % chez le sujet âgé

QCM 2

Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) peut (peuvent) obstruer l'appendice ?

- A - Stercoïlite
- B - Corps étranger
- C - Bouchon muqueux
- D - Parasite
- E - Cancer colo-rectal

QCM 3

Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) l'élément (les éléments) en faveur du diagnostic d'appendicite sur l'échographie abdominale ?

- A - Appendice diminuée de volume
- B - Aspect en cocarde
- C - Epanchement péri-appendiculaire
- D - Stercoïlite appendiculaire
- E - Adénolymphite mésentérique

QCM 4

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) concerne(nt) une appendicite sous-hépatique ?

- A - Douleurs de l'hypochondre droit
- B - Psoriasis
- C - Occlusion importante
- D - Signes fonctionnels urinaires
- E - Diagnostic différentiel à réaliser avec la cholecystite

QCM 5

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) concerne(nt) une appendicite rétrocœcale ?

- A - Douleurs de l'épigastre
- B - Psoriasis
- C - Occlusion importante
- D - Signes fonctionnels urinaires
- E - Diagnostic réalisé sur l'échographie

QCM 6

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) concerne une appendicite pélvienne ?

- A - Douleurs de l'épigastre
- B - Psoriasis
- C - Occlusion importante
- D - Signes fonctionnels urinaires
- E - Signes rectaux

14	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'y a qu'une seule situation où on peut se passer de coloscopie totale pour explorer une hémorragie digestive basse : hémorragie minime chez un sujet jeune, et dont la cause est clairement proctologique. <input checked="" type="checkbox"/> Dans toutes les autres situations, une coloscopie totale si possible après préparation colique bien conduite sera nécessaire. De la même façon, tout patient se présentant pour un saignement digestif doit être hospitalisé, en dehors de l'hémorragie minime proctologique du sujet jeune.
15	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les principes du traitement sont les suivants <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement vaso-actif par Somatostatine ou Terlipressine - Et hémostase endoscopique par ligature ou sclérose de VO - Antibiotoprophylaxie en prévention de l'infection de liquide d'ascite souvent associée - Prévention de l'encéphalopathie hépatique par laxatifs osmotiques - Préventions des complications de sevrage - IPP forte doses systématisques IV Après un premier échec, on réalisera une deuxième hémostase endoscopique Après un deuxième échec, on posera le diagnostic d'hémorragie réfractaire qui est une indication à une anastomose porto-cave percutanée (TIPS) en urgence

9	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Concernant l'épidémiologie des hémorragies digestives : <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Elles sont plus fréquentes chez l'homme avant 80 ans, et surviennent en moyenne à l'âge de 70 ans Les hémorragies digestives basses représentent 20 % des causes, et augmentent nettement avec l'âge. Elles sont constituées des hématémèses (émission de sang à l'occasion d'effort de vomissement), des rectorragies (extériorisation de sang rouge par l'anus) et de méléna (émission de sang noir, digéré, nauséabond par l'anus) Soyez logiques et méfiez-vous des explications « bidons » dans les énoncés : les saignements utérins chez une femme ne sont, par définition, pas des hémorragies digestives ! <input type="checkbox"/>
10	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Concernant la localisation des hémorragies digestives et leur symptomatologie <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Les hématémèses sont toujours d'origine haute (en amont de l'angle de Treitz) Le méléna peut être d'origine haute ou basse (mais la plupart de temps en amont de l'angle colique droit) Les rectorragies sont habituellement d'origine basse, mais peuvent provenir de l'œsophage ou de l'estomac en cas de saignement abondant (le sang n'a pas le temps d'être digéré <input type="checkbox"/> X attention donc avant de conclure trop rapidement à une origine basse !)
11	<p>Réponse : A B E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les causes de saignement en provenance du grêle sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Angiodysplasies Ulcérations, favorisées par la prise d'AINS Diverticule de Meckel Tumeurs bénignes ou malignes Diverticules Maladie de Rendu-Osler
12	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'endoscopie doit être réalisée en urgence, mais toujours après stabilisation hémodynamique (en pratique : dans les 24 heures) Ses objectifs sont : <ul style="list-style-type: none"> Faire le diagnostic lésionnel Evaluer la poursuite ou le risque de récidive Réaliser au besoin un geste d'hémostase Le patient doit, au mieux, être à jeun, mais on peut réaliser une perfusion d'erythromycine ou des lavages par sonde-naso-gastriques afin de vider l'estomac Il faudra toujours être vigilant concernant la protection des voies aériennes supérieures.
13	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas de saignement massif et d'endoscopie non contributive, on privilégierra l'angio-scanner, puis l'artériographie pour traiter la cause du saignement <input type="checkbox"/> En cas de saignement à débit faible, la scintigraphie aux hématies marquées peut aider au diagnostic En cas de saignement non mis en évidence par le couple endoscopie oeso-gastro-duodénale + coloscopie totale, on pourra réaliser une exploration du grêle par vidéo-capsule et/ou entéroscopie.

Réponse : A D E

- Les causes d'occlusions mécaniques par strangulation et obstruction sont rappelées dans le tableau ci-dessous :

Strangulation	Obstruction
Occlusion haute	
Bride cicatricielle	Sténose inflammatoire
Etranglement herniaire	Tumeur du grêle
Volvulus du grêle	Carcinose péritonéale
Invagination intestinale aiguë	Bézoard
	Entérite radique
	Iléus biliaire
	Parasitose
	Compression extrinsèque
	Hématome pariétal
Occlusion basse	
Volvulus du côlon pelvien ou du caecum	Cancer colo-rectal
	Fécalome
	Sténose inflammatoire
	Syndrome d'Ogilvie

Réponse : C

- L'ASP n'a normalement plus d'indication dans l'occlusion colique, et ne doit plus être réalisé.
- Cependant, son interprétation est toujours présente dans le référentiel (y compris dans la partie « points clés » !), et la question est facile à poser en QCM.
- Retenez donc qu'en **cas d'occlusion haute** :
 - Les niveaux hydro-aériques sont multiples, centraux, plus larges que haut
 - On peut voir des valvules conniventes (fines incisures allant d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté)
- **En cas d'occlusion basse** :
 - Les niveaux hydro-aériques sont rares, périphériques plus haut que large
 - On voit des hastrulations : larges incisures asymétriques n'allant pas d'un bord à l'autre du côlon dilaté.
- Attention dans ce genre de question à bien prendre les propositions une par une et à ne pas vous emmêler les pinceaux

Réponse : B C D

- Le **syndrome d'Ogilvie** est une **pseudo-occlusion colique aiguë**
- Il survient typiquement chez un homme de plus de soixante ans, dans un contexte médical ou chirurgical sévère
- La distension abdominale est majeure et diffuse, le ventre tympanique avec arrêt des matières et des gaz, silence auscultatoire.
- Il n'y a pas de signes péritonéaux
- Il peut se compliquer d'insuffisance respiratoire, de perforation du caecum et de choc hypovolémique ou septique
- Le scanner est systématique pour éliminer une étiologie organique
- Le traitement médical repose sur la correction des facteurs favorisants +/- mise en place d'un tube de Faucher +/- Néostigmine en IV lente
- En deuxième intention, on réalisera une coloscopie d'excavation
- En dernière intention, le traitement chirurgical par colectomie totale sera requis.

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"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée								
1	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Devant une occlusion, il faut déterminer la gravité de celle-ci et chercher des arguments étiologiques. • Les trois questions à se poser sont donc <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il des signes de choc ou de souffrance intestinale ? (diagnostic de gravité) - Quel est le niveau anatomique de l'occlusion ? (diagnostic étiologique) - Quel est le mécanisme de l'occlusion ? (diagnostic étiologique) 								
2	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Devant un obstacle organique, il faut déterminer si celui-ci est intraluminal, pariétal ou extraluminal. • Les causes d'obstacle intraluminal sont <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Bézoard - Calcul (iléus biliaire) - Parasite (ascariase) - Fécalome • <input checked="" type="checkbox"/> Les autres propositions correspondaient à des obstacles pariétaux ou extraluminaux 								
3	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> La plupart des affections aiguës peut être responsable d'occlusion fonctionnelle par iléus réflexe ! • Il faut ajouter aux iléus réflexes les causes d'occlusions fonctionnelles par ralentissement du transit. • Les principales étiologies de syndrome occlusif sont rappelées dans le tableau ci-dessous : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Obstacle organique</th><th>Occlusion fonctionnelle</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intraluminal (Bézoard, calcul, parasite, fécalome)</td><td>Iléus réflexe (toute affection aiguë, traumatisme)</td></tr> <tr> <td>Pariétal (tumoral, inflammatoire, hématome...)</td><td>Pseudo-obstruction intestinale (métabolique, médicamenteuse, liée à une maladie générale, Syndrome d'Ogilvie)</td></tr> <tr> <td>Extraluminal (brides, volvulus, hernie, carcinose péritonéale...)</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Obstacle organique	Occlusion fonctionnelle	Intraluminal (Bézoard, calcul, parasite, fécalome)	Iléus réflexe (toute affection aiguë, traumatisme)	Pariétal (tumoral, inflammatoire, hématome...)	Pseudo-obstruction intestinale (métabolique, médicamenteuse, liée à une maladie générale, Syndrome d'Ogilvie)	Extraluminal (brides, volvulus, hernie, carcinose péritonéale...)	
Obstacle organique	Occlusion fonctionnelle								
Intraluminal (Bézoard, calcul, parasite, fécalome)	Iléus réflexe (toute affection aiguë, traumatisme)								
Pariétal (tumoral, inflammatoire, hématome...)	Pseudo-obstruction intestinale (métabolique, médicamenteuse, liée à une maladie générale, Syndrome d'Ogilvie)								
Extraluminal (brides, volvulus, hernie, carcinose péritonéale...)									
4	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les arguments en faveur d'une occlusion par strangulation sont <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Début brutal et sans prodrome - <input checked="" type="checkbox"/> Douleur vive - Vomissements précoces - Météorisme discret - Silence auscultatoire - Rétention général important pouvant aller jusqu'au choc hypovolémique. 								
5	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans une occlusion par obstruction, on peut retrouver <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - L'apparition de l'occlusion est progressive, avec parfois apparition ou aggravation d'une constipation - On peut noter un syndrome de Koenig en cas d'obstruction grêlique (douleurs abdominales cédant brutalement avec gargouillement associé à une débâcle hydro-aérique) - Vomissements tardifs - Etat général longtemps conservé - Météorisme diffus avec parfois un hyperpéristaltisme - Bruits hydro-aériques conservés. 								

QCM 14

Dans quelle(s) situation(s) peut-on se passer d'une coloscopie totale dans une hémorragie digestive basse ?

- A - Saignement minime sans retenantissement
- B - Cause proctologique formellement identifiée chez un sujet jeune
- C - Cause proctologique formellement identifiée chez un sujet âgé
- D - Antécédents d'ulcère gastro-duodénal et syndrome dyspepsique
- E - Cirrhose hépatique

QCM 15

Concernant le traitement des hémorragies liées à une rupture des varices œsophagiennes, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Le traitement repose sur les médicaments vaso-actifs par voie veineuse
- B - L'antibioprophylaxie est optionnelle
- C - La prévention de l'encéphalopathie hépatique se fait par la prescription de laxatifs
- D - Le traitement est associé à une hémostase endoscopique
- E - Un premier échec d'hémostase endoscopique requiert la pause d'anastomose porto-cave percutanée (TIPS) en urgence

QCM 7	Concernant la radiographie par abdomen sans préparation (ASP) dans une occlusion, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	En cas d'occlusion haute, les niveaux hydro-aériques sont plus hauts que larges
B -	En cas d'occlusion haute, les niveaux hydro-aériques sont rares
C -	En cas d'occlusion basse, on note des hastrations coliques
D -	En cas d'occlusion basse, les niveaux hydro-aériques sont plus larges que haut
E -	En cas d'occlusion basse, on note des valvules conniventes
QCM 8	Parmi les propositions suivantes concernant le syndrome d'Ogilvie, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une pseudo-occlusion grêlique aiguë
B -	Elle survient souvent chez un homme de plus de soixante ans
C -	La distension abdominale est majeure
D -	Le scanner est systématique
E -	Le traitement est chirurgical
QCM 9	Concernant l'épidémiologie des hémorragies digestives, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Les hémorragies basses représentent 80 % des hémorragies digestives
B -	Les hémorragies basses sont plus fréquentes chez la femme, du fait du nombre de saignements utérins
C -	L'âge médian des patients hospitalisés pour hémorragie digestive est de 70 ans
D -	Les hémorragies digestives basses sont situées en aval de l'angle de Treitz
E -	Les hémorragies digestives sont à différencier des hématémèses
QCM 10	Parmi les étiologies d'hémorragie digestive suivantes, laquelle (lesquelles) peu(ven)t être responsable(s) de rectorragie ?
A -	Rupture de varices œsophagiennes
B -	Ulcère gastro-duodénal
C -	Cancer colo-rectal
D -	Angiodysplasies du grêle
E -	Diverticule colique
QCM 11	Parmi les proposition(s) suivante(s), quelle(s) est (sont) l(es) étiologie(s) d'hémorragie provenant de l'intestin grêle ?
A -	Angiodysplasies
B -	Maladie diverticulaire
C -	Grêlite radique
D -	Grêlite ischémique
E -	Ulcérations
QCM 12	Concernant l'endoscopie oeso-gastro-duodénale pour réaliser le diagnostic d'hémorragie digestive, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle doit être réalisée le plus vite possible
B -	Elle permet d'évaluer le risque de récidive hémorragique
C -	Le patient doit être à jeun
D -	Elle doit être réalisée en protégeant les voies aériennes supérieures
E -	Elle permet de réaliser si besoin un geste hémostatique
QCM 13	En dehors de l'endoscopie, quel(s) examen(s) peu(ven)t permettre de localiser le saignement lors d'une hémorragie digestive ?
A -	Angio-scanner
B -	Artériographie
C -	Scintigraphie aux hématies marquées
D -	TEP-Scanner
E -	Echographie abdominale

14	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tumeurs endocrines peuvent se diagnostiquer devant : <ul style="list-style-type: none"> - Un syndrome hormonal : insulînome provoquant des hypoglycémies <input checked="" type="checkbox"/> , gastrinome (syndrome de Zollinger Ellison) associant ulcères duodénaux et diarrhée, VIPome... - Un syndrome de masse (en plus de 50 % de ces tumeurs ne sont pas sécrétantes) - Un bilan génétique familial (5 à 20 % de ces tumeurs s'intègrent dans le cadre d'une néoplasie endocrinienne multiple) - Une découverte fortuite • <input checked="" type="checkbox"/> Le bilan biologique standard inclut le dosage sérique de la chromogranine, et l'exploration du syndrome hormonal en fonction de la symptomatologie • Le bilan d'imagerie fait appel au scanner à l'écho-endoscopie (examen de référence) et à la scintigraphie à l'octréotide en complément.
15	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les TIPMP sont des tumeurs kystiques liées à la prolifération de l'épithélium canalaire pancréatique <input checked="" type="checkbox"/> • Elles peuvent toucher le canal pancréatique principal ou ses branches • Elles peuvent se révéler fortuitement (cas le plus fréquent) ou par une crise de pancréatite aiguë • <input checked="" type="checkbox"/> Elles sont à haut risque de dégénérescence • Le bilan d'imagerie comporte scanner, écho-endoscopie et CPRM permettant la cartographie des lésions • Elles se traitent par résection pancréatique ou simple surveillance selon les cas.

Questions isolées QCM N° 18

QCM 1	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) question(s) importante(s) à se poser devant un syndrome occlusif ?
A - B - C - D - E -	Y a-t-il des bruits hydroaériques ? Y a-t-il des signes de choc ou de souffrance intestinale ? Quel est le niveau anatomique de l'occlusion ? Quel est le mécanisme de l'occlusion ? Les vomissements sont-ils fécaloïdes ?
QCM 2	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) d'obstacle organique intraluminal ?
A - B - C - D - E -	Cancer Maladie de Crohn Brides post-opératoires Fécalome Parasitose
QCM 3	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) une (des) cause(s) d'occlusion fonctionnelle ?
A - B - C - D - E -	Prise de médicaments Diabète Hypothyroïdie Colique néphrétique Traumatisme du bassin
QCM 4	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) en faveur d'une occlusion par strangulation ?
A - B - C - D - E -	Occlusion d'apparition progressive Douleur peu importante Météorisme important Silence auscultatoire Vomissements précoces
QCM 5	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) en faveur d'une occlusion par obstruction ?
A - B - C - D - E -	Phase pré-occlusive Vomissements tardifs Bruit hydro-aériques non perçus Etat général conservé Syndrome de Koenig
QCM 6	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) d'occlusion par strangulation ?
A - B - C - D - E -	Bride cicatricielle Iléus biliaire Cancer colo-rectal Volvulus du grêle Invagination intestinale

7	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les marqueurs sanguins à rechercher selon les cas sont : <ul style="list-style-type: none"> - CA 19.9 : aucun intérêt pour le diagnostic, ni sensible ni spécifique, peut être utile pour le suivi sous traitement - <input checked="" type="checkbox"/> Marqueurs de cholestase : Gamma GT, Phosphatases Alcalines - <input checked="" type="checkbox"/> Marqueurs de diabète : glycémie à jeun, HbA1C
8	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échographie, souvent premier examen prescrit, a une bonne performance en général (mais celle-ci est diminuée en cas de cancer de la queue du pancréas ou de surcharge pondérale) • <input checked="" type="checkbox"/> Le scanner est l'examen de référence. Il recherche : <ul style="list-style-type: none"> - Des signes directs : masse hypodense, mal limitée - Des signes indirects : dilatation de la voie biliaire ou du canal pancréatique - Des signes de résécabilité : signes d'envahissement vasculaire, veineux, rétropéritonéal - Des signes de métastases secondaires : hépatiques, pulmonaires, ganglionnaires...
9	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les indications de confirmation histologique sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement par radio ou chimiothérapie - Tumeur non résecable - Traitement néoadjuvant avant un geste chirurgical - Doute diagnostique • <input checked="" type="checkbox"/> Elle n'est pas indiquée dans les cas où un traitement chirurgical est envisagé.
10	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les complications d'un adénocarcinome pancréatique sont : <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie digestive par ulcérations duodénales - Compression des organes de voisinage : <input checked="" type="checkbox"/> voies biliaires, duodénum - Envahissement des vaisseaux mésentériques - <input checked="" type="checkbox"/> Métastases - Insuffisance pancréatique endocrine ou exocrine - Infiltration des plexus nerveux cœliaques
11	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> La survie à 5 ans est, tous stades confondus, de 5 % • Elle atteint 20-30 % en cas de résection R0 • Au total, moins de 20 % des tumeurs pancréatiques sont ré sécables • La survie à moyen terme est en amélioration grâce aux progrès de la chimiothérapie, l'amélioration des soins de support et une meilleure sélection des patients pour la chirurgie <input checked="" type="checkbox"/>
12	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le premier temps de la chirurgie est exploratoire • <input checked="" type="checkbox"/> En cas de tumeur de la tête, on réalise une duodéno-pancréatectomie céphalique avec triple anastomose digestive, biliaire et pancréatique • En cas de tumeur de la queue, on réalise une spléno-pancréatectomie gauche (<input checked="" type="checkbox"/> en n'oubliant pas la prophylaxie post-splénectomie !) • Dans tous les cas, la pièce de résection doit être envoyée en anatomopathologie • Le traitement chirurgical est le plus souvent suivi d'un traitement adjuvant par chimiothérapie +/- radiothérapie
13	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les traitements utilisables à visée antalgique dans le cancer du pancréas sont (recommandations HAS 2010) <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques « classiques » de palier 1, 2 et 3 - Traitements utiles contre les douleurs neuropathiques : Prégabaline, Amitriptyline... - Co-antalgiques : AINS, anti-spasmodiques, corticoïdes... - Radiothérapie à visée antalgique - Alcoolisation du plexus cœliaque par voie endoscopique en dernière intention.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Les différentes tumeurs du pancréas sont ☐ : <ul style="list-style-type: none"> Adénocarcinome pancréatique, la plus fréquente des tumeurs pancréatiques (≈ 90 % des tumeurs solides). Son sex ratio est 1, son âge de survenue est situé entre 60 et 70 ans et sa prévalence a beaucoup augmenté ces dernières années Tumeurs endocrines du pancréas, deuxième cause de tumeur solide du pancréas Tumeurs kystiques du pancréas, pouvant être malignes ou bénignes. 	
2	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les principaux facteurs de risque sont : <ul style="list-style-type: none"> ☒ Pancréatite chronique Tabac Antécédents familiaux (surtout au premier degré) Diabète ✗ Le rôle de l'alcool n'est pas formellement prouvé comme facteur de risque indépendant (mais il favorise la pancréatite chronique) 	
3	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> Les tumeurs bénignes pancréatiques à risque de dégénérescence sont ☒ : <ul style="list-style-type: none"> TIPMP Cyladénome mucineux ✗ Les autres tumeurs citées ne sont pas à risque de cancer 	
4	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de dépistage de la population générale de l'adénocarcinome Celui-ci pourrait être proposé dans les situations suivantes ☐ : <ul style="list-style-type: none"> TIPMP Formes héréditaires de cancer du pancréas Pancréatite chronique ⚡ héréditaire Les modalités de dépistage restent à définir 	
5	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> L'adénocarcinome ductulaire provient des canaux excréteurs Il s'agit d'une tumeur exocrine qui peut être solide ou liquide ☒ Sa localisation préférentielle est au niveau de la tête (60 % contre 15 % pour corps, 10 % pour queue et 15 % pour une tumeur diffuse) Il peut être d'extension ☐ : <ul style="list-style-type: none"> Loco-régionale Lymphatique Hématogène 	
6	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ La triade caractéristique du cancer de la tête du pancréas est la suivante : <ul style="list-style-type: none"> Ictère Douleur Altération de l'état général Les symptômes peuvent être atypiques : pancréatite aiguë, angiocholite, occlusion... On retrouve parfois un cancer métastatique à sa découverte : hépatomégalie signant des métastases hépatiques Le cancer favorise par ailleurs les phénomènes thrombotiques (y penser devant une EP ou une phlébite du membre inférieur inexplicable) et la dépression ✗ Le diabète est plus volontiers un mode de révélation d'un cancer de la tête du pancréas 	

QCM 14 Parmi les propositions suivantes concernant les tumeurs endocrines pancréatiques, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

- A - Un insulinome peut être responsable de diabète
- B - Un syndrome de Zollinger-Ellison peut être responsable de diarrhée
- C - La plupart des tumeurs endocrines provoquent un syndrome hormonal
- D - La chromogranine est un marqueur général de ces tumeurs
- E - Le scanner abdominal est l'examen d'imagerie de référence

QCM 15 Concernant les TIPMP, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Ce sont des tumeurs solides
- B - Elles atteignent systématiquement le canal pancréatique principal
- C - Elles sont à bas risque de dégénérescence
- D - La CPRM permet une cartographie des lésions
- E - Il se traite par surveillance ou résection pancréatique

QCM 7		Parmi les marqueurs sanguins suivants, lequel (lesquels) peu(ven)t s'élever en cas d'adénocarcinome pancréatique ?
A - Lipasémie B - CA 19.9 C - Gamma GT D - Calcémie E - Glycémie à jeun		
QCM 8		Concernant l'aspect en imagerie d'un adénocarcinome pancréatique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - Les performances de l'échographie pour le cancer de la tête du pancréas sont proches de celle du scanner B - Le scanner retrouve une masse hyperdense et bien limitée C - Le scanner peut retrouver une dilatation de la voie biliaire D - Le scanner est aussi utile pour le bilan d'extension E - L'échographie permet d'évaluer l'envahissement vasculaire		
QCM 9		Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) nécessite(nt) une confirmation histologique d'un adénocarcinome pancréatique ?
A - Tumeur résécable volumineuse B - Traitement par radio ou chimiothérapie C - Doute diagnostique D - Traitement néoadjuvant E - Résection impossible		
QCM 10		Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) possible(s) d'une tumeur pancréatique ?
A - Hémorragie digestive B - Compression du jéjunum C - Envahissement de l'artère gastrique D - Insuffisance pancréatique endocrine E - Infiltration des plexus nerveux hypogastriques		
QCM 11		Parmi les propositions suivantes concernant le pronostic de l'adénocarcinome pancréatique, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A - La survie tous stades confondus est de 5 % à 5 ans B - La survie tous stades confondus est de 15 % à 5 ans C - En cas de résection R0, la survie à 5 ans est de 20 à 30 % D - La survie à moyen terme est en amélioration E - Plus de 50 % des tumeurs sont ré sécables au diagnostic		
QCM 12		Parmi les propositions suivantes concernant le traitement chirurgical de l'adénocarcinome pancréatique, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A - On réalise une spléno-pancréatectomie en cas de tumeur de la tête B - On réalise une duodéno-pancréatectomie céphalique en cas de tumeur de la queue C - On réalise une triple anastomose : digestive, biliaire et pancréatique D - Il peut se compliquer d'hémorragie digestive E - Il est souvent suivi d'une chimiothérapie adjuvante		
QCM 13		Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) utilisable(s) à visée antalgique dans le cancer du pancréas ?
A - Antalgiques de palier 3 B - Anti-épileptiques C - Radiothérapie D - Alcoolisation du plexus coeliaque E - Chimiothérapie		

Questions isolées QCM N° 17

QCM 1	Concernant l'épidémiologie des tumeurs pancréatiques, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	La plupart des tumeurs pancréatiques sont bénignes
B -	Le sex-ratio des tumeurs pancréatiques est proche de 1
C -	L'incidence de l'adénocarcinome du pancréas a augmenté ces dernières années
D -	Les tumeurs endocrines sont la troisième cause de tumeur solide du pancréas
E -	Les tumeurs kystiques sont toujours bénignes
QCM 2	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque d'adénocarcinome pancréatique ?
A -	Tabagisme
B -	Alcoolisme
C -	Pancréatite chronique
D -	Infection à Helicobacter Pylori
E -	Antécédents familiaux au premier degré
QCM 3	Parmi les tumeurs pancréatites bénignes suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) à risque de dégénérescence cancéreuse ?
A -	Cystadénome mucineux
B -	Cystadénome séreux
C -	TIPMP
D -	Insulinome
E -	Gastrinome
QCM 4	Dans quelle(s) situation(s) serait-il licite de proposer un dépistage de l'adénocarcinome du pancréas ?
A -	Aucune situation
B -	Patient diabétique
C -	Patient atteint d'une TIPMP
D -	Pancréatite aiguë
E -	Forme héréditaire de cancer du pancréas
QCM 5	Parmi les propositions suivantes concernant l'adénocarcinome, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il est le plus souvent localisée à la queue du pancréas
B -	Il provient des canaux excréteurs
C -	C'est une tumeur endocrine
D -	Il peut être solide ou liquide
E -	Il ne métastase jamais
QCM 6	Parmi les propositions suivantes, quel(s) peu(ven)t être le mode de révélation d'une tumeur de la tête du pancréas ?
A -	Douleur
B -	Phlébite sans facteur déclenchant
C -	Dépression
D -	Hépatomégalie
E -	Diabète

12	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le CHC peut maintenant être diagnostiqué sur l'imagerie aux conditions suivantes (critères de Barcelone) : <ul style="list-style-type: none"> Patient atteint de cirrhose ou de fibrose anormale Nodule de plus de 1 cm de diamètre TDM ou IRM avec injection montrant un rehaussement artériel et un wash-out au temps portal ou veineux Pour les lésions de moins de 10 mm l'imagerie doit être refaite à 3 mois Dans les autres cas, la biopsie est requise Attention, celle-ci présente de nombreuses contre-indications liées à la maladie, surtout par voie trans-pariétale : ascite abondante, troubles de l'hémostase... 	
13	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les traitements curatifs du CHC sont : <ul style="list-style-type: none"> Transplantation hépatique Résection chirurgicale Destruction locale par radiofréquence, alcoolisation, cryothérapie Les autres traitements sont à visée palliative. 	
14	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> La transplantation est indiquée selon les critères de Milan : <ul style="list-style-type: none"> Une tumeur de moins de 5 cm Ou trois tumeurs de moins de 3 cm En l'absence de thrombose portale ou sus-hépatique La transplantation hépatique sera discutée en RCP 	
15	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les facteurs pronostiques relèvent de la logique : <ul style="list-style-type: none"> Etat général du patient et comorbidités Sévérité de la maladie chronique du foie et hypertension portale Nombre de nodules Taille des plus gros nodules Invasion vasculaire macroscopique Analyse histologique en cas de PBH réalisée 	

6	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adénome hépato-cellulaire <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Est une tumeur rare, bénigne et essentiellement rencontrée chez la femme - Elle est favorisée par la prise prolongée de contraceptifs oraux - Elle peut se compliquer d'hémorragie, nécrose, rupture ou transformation maligne - Elle est typiquement hypervasculaire en imagerie, la biopsie permet d'en confirmer le diagnostic. - Le traitement repose sur la résection des tumeurs de grande taille et l'arrêt des contraceptifs oraux.
7	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les abcès hépatiques sont d'origine portale <input checked="" type="checkbox"/>, hépatique ou biliaire • Ils se présentent cliniquement sous la forme d'un syndrome septique et de douleurs hépatiques • Sur le scanner, ils se présentent sous la forme d'images de petite ou grande taille, uniques ou multiples, homogènes et hypodenses. • La ponction (sous échographie) permet de confirmer le diagnostic et de vider la collection. • <input type="checkbox"/> La sérologie d'amibiase sera effectuée en fonction du contexte.
8	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par ordre de fréquence décroissante, les cancers les plus souvent responsables de métastases hépatiques sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Adénocarcinomes du tube digestif et du pancréas (colo-rectal +++) - Cancer du sein - Carcinomes anaplasiques (bronchiques ++) - Mélanomes malins - Tumeurs endocrines.
9	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Les métastases hépatiques constituent le site métastatique le plus fréquent • <input checked="" type="checkbox"/> Elles représentent 70 % des tumeurs hépatites malignes • Elles peuvent être uniques ou multiples • On distingue les métastases <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Synchrones : découvertes en même temps que le cancer primitif (lors du bilan d'extension) - Métachrones : découvertes à distance de la découverte du primitif (lors de la surveillance) - Révélatrices : découvertes avant le cancer primitif et devant faire rechercher celui-ci.
10	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les métastases hépatiques sont des nodules hypoéchogènes, hypodenses et ne se rehaussent pas au temps artériel • Elles ont le plus souvent une capsule • <input checked="" type="checkbox"/> Le caractère multiple des lésions est en faveur du diagnostic. • <input checked="" type="checkbox"/> Elles ne nécessitent pas de biopsie dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Tumeur primitive connue et récente - ET nodules hépatiques développés après le diagnostic de la tumeur primitif - ET aspect compatible avec le diagnostic.
11	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les causes principales de carcinome hépato-cellulaire (CHC) sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Cirrhose et toutes ses étiologies (Hépatites virales, alcool, NASH, hémochromatose...) - Hépatite chronique B au stade de cirrhose ou non. • <input checked="" type="checkbox"/> Les autres causes sont rarissimes.

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"/> 1ère idée
1	Réponse : A E <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Les tumeurs bénignes du foie ne donnent pas de manifestation clinique, d'anomalie des tests hépatique ou de syndrome inflammatoire en dehors des rares tumeurs très volumineuses ou compliquées • <input checked="" type="checkbox"/> Elles sont le plus souvent découvertes fortuitement, à l'occasion d'un examen fait pour une autre raison, ou dans le contexte de dépistage d'une tumeur maligne.
2	Réponse : C D <ul style="list-style-type: none"> • Concernant les kystes biliaires simples <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit d'une cavité liquide pure dont la paroi est invisible à l'imagerie - Ils peuvent être multiples (mais > 5, sinon on parle de polykystose hépatique) - Le diagnostic est sur l'imagerie, où le kyste est homogène, anéchogène, hypodense sur le scanner, hyperintense en T2 - Ils ne contiennent aucune paroi ni cloison - Ils ne nécessitent aucun traitement et aucune surveillance
3	Réponse : A C E <ul style="list-style-type: none"> • Les tumeurs se présentant sous forme de nodules hépatiques kystiques (aspect anéchogène arrondi, régulier et bien limité) sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Kystes biliaires - Cystadénome - Abcès - Kystes parasitaires (kyste hydatique +++) - Polykystose hépatique ou hépato-rénale - Cystadénocarcinome (attention : tumeur maligne !) - Métastases kystiques • <input checked="" type="checkbox"/> Attention donc aux diagnostics différentiels avant d'affirmer l'hypothèse, de loin la plus probable, de kyste biliaire.
4	Réponse : A B D E <ul style="list-style-type: none"> • L'hémangiome : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Est la tumeur mésenchymateuse hépatique la plus fréquente - Elle est asymptomatique hors complications (rares) - Elle est hyperéchogène, bien limitée, hypodense prenant le contraste en motte de façon centripète - <input checked="" type="checkbox"/> La biopsie est contre-indiquée ! - Elle ne nécessite qu'une abstention thérapeutique sans surveillance.
5	Réponse : C E <ul style="list-style-type: none"> • L'hyperplasie nodulaire focale : <ul style="list-style-type: none"> - Est une tumeur rare - Est une tumeur bénigne, <input checked="" type="checkbox"/> atteignant presque uniquement la femme et presque toujours de diagnostic fortuit - Le diagnostic est fait sur l'imagerie avec injection de produit de contraste qui montre un aspect de cicatrice centrale <input checked="" type="checkbox"/> - Il n'y a pas de risque de transformation, elle ne nécessite ni traitement ni surveillance

QCM 14

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) une (des) indication(s) à une transplantation hépatique ?

- A - CHC unique de moins de 4 cm
- B - 5 CHC de moins de 1 cm
- C - 3 CHC de 2, 3 et 4 cm
- D - 3 CHC de 2, 2.5 et 3 cm
- E - 1 CHC de 3 cm

QCM 15

Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) pronostique(s) du carcinome hépato-cellulaire ?

- A - Etat général du patient
- B - Score de Child-Pugh élevé
- C - Nodules de grande taille
- D - Nodules peu différenciés
- E - Invasion vasculaire macroscopique

QCM 7	Concernant les abcès amibiens ou bactériens, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Ils peuvent être d'origine lymphatique, artérielle ou biliaire On note habituellement un syndrome septique Ils apparaissent sous la forme d'images de petite ou grande taille, uniques ou multiples Le diagnostic se fait sur l'imagerie La sérologie d'amibiase est systématique
QCM 8	Parmi les cancers suivants, lequel (lesquels) est (sont) responsable(s) de métastases hépatiques ?
A - B - C - D - E -	Adénocarcinome du tube digestif Glioblastome cérébral Mélanome malin Carcinome bronchique Cancer de la prostate
QCM 9	Concernant les métastases hépatiques, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Il s'agit du site métastatique le plus fréquent Elles représentent 20 % des tumeurs hépatiques malignes Une métastase métachrone est découverte en même temps que le cancer primitif Une métastase révélatrice est découverte avant le cancer primitif Elles peuvent être uniques ou multiples
QCM 10	Concernant les métastases hépatiques, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Elles sont hyperéchogènes Elles ont une paroi Elles ne se rehaussent pas au temps artériel Leur caractère unique est en faveur du diagnostic La biopsie est nécessaire dans tous les cas
QCM 11	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) un (des) facteur(s) de risque de carcinome hépato-cellulaire ?
A - B - C - D - E -	Cirrhose hépatique Hépatite B sans cirrhose hépatique Syndrome métabolique Tabagisme VIH
QCM 12	Concernant le diagnostic du carcinome hépato-cellulaire, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Il nécessite une confirmation histologique Il peut être porté sur l'imagerie devant une image typique survenant sur foie sain Il peut être porté sur l'imagerie devant une image de moins de 10 mm de diamètre Il peut être porté sur l'imagerie devant un rehaussement artériel et un wash-out portal Il peut être porté sur une IRM ou une TDM injectée
QCM 13	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) traitement curatif(s) du carcinome hépato-cellulaire ?
A - B - C - D - E -	Transplantation hépatique Résection chirurgicale Chimio-embolisation Destruction locale Chimiothérapie

Questions isolées QCM N° 16

QCM 1 | Concernant les tumeurs bénignes du foie non infectieuses non compliquées, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elles sont asymptomatiques
- B - Elles peuvent perturber le bilan hépatique
- C - Elles peuvent être à l'origine de syndrome inflammatoire
- D - Elles se compliquent fréquemment
- E - Elles sont souvent découvertes fortuitement

QCM 2 | Concernant les kystes biliaires, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Ils peuvent être liquidiens ou contenir une composante solide
- B - Leur paroi est visible à l'imagerie
- C - Ils sont parfois multiples
- D - Leur contenu est anéchogène
- E - Ils nécessitent une simple surveillance

QCM 3 | En dehors des kystes biliaires, quel(s) nodule(s) hépatique(s) kystique(s) peu(vent) se présenter sous un aspect anéchogène arrondi bien limité ?

- A - Abcès
- B - Hémangiome
- C - Kyste parasitaire
- D - Adénome
- E - Cystadénome

QCM 4 | Concernant l'hémangiome, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - C'est la tumeur mésenchymateuse la plus fréquente
- B - Elle est le plus souvent asymptomatique
- C - Elle est hypodense sans prise de contraste
- D - La biopsie est contre-indiquée
- E - Elle ne nécessite ni traitement ni surveillance

QCM 5 | Concernant l'hyperplasie noduleuse focale, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - C'est une tumeur fréquente
- B - C'est une tumeur maligne
- C - Elle atteint surtout la femme
- D - Elle est caractérisée par une cicatrice périphérique
- E - Elle ne nécessite ni traitement ni surveillance

QCM 6 | Concernant l'adénome hépato-cellulaire, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - C'est une tumeur rare
- B - C'est une tumeur maligne
- C - Elle atteint surtout la femme
- D - Elle est hypervasculaire en imagerie
- E - Elle ne nécessite ni traitement ni surveillance

11	<p>Réponse : A C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le cancer de l'œsophage est le 4^{ème} cancer digestif, avec 5000 nouveaux cas par an en France <input checked="" type="checkbox"/> On observe ces dernières années une baisse de la prévalence tous types histologiques confondus. Cependant, l'adénocarcinome œsophagien est en augmentation du fait de ses facteurs de risque La survie est actuellement faible, <input type="checkbox"/> à cause des comorbidités des patients atteints (alcool et tabac) et d'une maladie souvent découverte à un stade avancé.
12	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Les facteurs de risque de l'adénocarcinome de l'œsophage sont : <ul style="list-style-type: none"> - Reflux gastro-œsophagien chronique - Endobrachyoesophage - Surpoids - Sexe masculin - Âge > 50 ans - Tabac - Race blanche. <input checked="" type="checkbox"/> HPV est un facteur de risque de cancer épidermoïde de l'œsophage.
13	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'endobrachyoesophage (EBO) ou métaplasie de Barrett est le principal facteur de risque d'adénocarcinome de l'œsophage Toutefois, le risque d'évolution vers un adénocarcinome reste faible <input checked="" type="checkbox"/> On propose une surveillance endoscopique tous les 5, 3 ou 2 ans avec biopsie systématique pour surveiller l'apparition d'une dysplasie de bas ou de haut grade Une dysplasie de bas grade contrôlée une deuxième fois sous IPP à double dose nécessite un traitement Une dysplasie de haut grade nécessite un traitement endoscopique
14	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Question difficile et assez spécialisée. Les colorations sont identiques à celles utilisées lors de la colposcopie à la recherche d'un cancer du col utérin (rappelez-vous de vos cours de gynéco !) <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Le lugol recherche le carcinome épidermoïde (zones iodo-négatives) - La coloration au bleu de toluidine après acide acétique recherche les zones acidophiles - La coloration à l'indigo-carmin permet de mieux visualiser le relief.
15	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les soins communs à tous les patients correspondent aux soins de support <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Suivi nutritionnel - Prise en charge de la douleur - Prise en charge psychologique - Prise en charge du terrain : sevrage alcoololo-tabagique, kinésithérapie respiratoire - Prise en charge sociale <input checked="" type="checkbox"/> Les autres traitements sont loin d'être systématiques : plus de 50 % des patients a une contre-indication à la résection chirurgicale !

6	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'EOGD est systématique. Les biopsies doivent être multiples (> 8) en muqueuse saine et pathologique • Elle retrouve dans le cas d'un adénocarcinome gastrique une tumeur bourgeonnante, dure <input checked="" type="checkbox"/>, ulcérée, saignant au contact, antrale dans 40 % des cas. • <input checked="" type="checkbox"/> Les biopsies sont systématiques à la recherche d'<i>Helicobacter Pylori</i> • Attention à bien biopsier également les ulcères gastriques (et à contrôler leur cicatrisation après coup !)
7	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> • On réalisera systématiquement : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne qui sera la base du bilan d'extension - Un bilan de l'état général du patient : état nutritionnel systématiquement, évaluation cardiological et pulmonaire en fonction du terrain • Les examens optionnels sont : <ul style="list-style-type: none"> - Echo-endoscopie en cas de tumeur superficielle ou de limite <input type="checkbox"/> - Marqueurs tumoraux : ACE, CA 19.9 (utiles pour le suivi, aucun intérêt au diagnostic) - TDM cérébrale et scintigraphie osseuse sur signes d'appel
8	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les principes du traitement curatif sont les suivants <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement chirurgical dès que possible, associé à un curage ganglionnaire (gastrectomie totale ou des 4/5 pour les cancers de l'anse) - +/- chimiothérapie néoadjuvante à partir du stade II - +/- radio-chimiothérapie adjuvante en cas de N+ (à discuter au cas par cas pour les N1) • <input checked="" type="checkbox"/> Tous stades confondus, le pronostic reste mauvais avec une survie à 5 ans de 15 % • Le pronostic dépend principalement de l'envahissement ganglionnaire.
9	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Les tumeurs stromales sont des tumeurs conjonctives par mutation du gène c-kit • Leur potentiel évolutif est incertain : elles peuvent atteindre une très grande taille par extension vers la lumière digestive ou la cavité abdominale • Elles sont le plus souvent asymptomatiques (on peut retrouver des douleurs ou une pesanteur abdominale, une masse abdominale palpable, un syndrome occlusif...) • Le diagnostic est fait sur l'EOGD et l'écho-endoscopie • Le seul critère formel de malignité est la survenue de métastases • Le traitement est chirurgical dès que possible, ou médical (Imatinib) en cas de tumeur inopérable.
10	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les lymphomes digestifs sont des tumeurs du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) • Les facteurs de risque sont <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Infection par <i>Helicobacter pylori</i>, EBV - Immunodépression - Maladie cœliaque • La clinique est aspécifique, le diagnostic se fait sur l'endoscopie avec biopsies et recherche d'HP <input type="checkbox"/> • Le bilan d'extension correspond à celui commun à tous les lymphomes (cf. référentiel d'Hématologie) • L'éradication d'<i>Helicobacter Pylori</i> est un traitement suffisant dans 70 % des cas.

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"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les types histologiques sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Tumeur épithéliale maligne (adéno-carcinome) Tumeur épithéliale bénigne Tumeur endocrine Lymphome non hodgkinien Tumeur sous-muqueuse (dont les tumeurs stromales ou GIST)
2	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> L'adénocarcinome gastrique est la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde Il est en diminution depuis 50 ans dans les pays occidentaux <input checked="" type="checkbox"/> L'âge moyen est de 70 ans avec une nette prédominance masculine En France il est au cinquième rang des cancers avec environ 7000 nouveaux cas par an
3	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> La diminution de la prévalence ces dernières années s'explique par <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> La diminution de la prévalence de l'infection à H. Pylori La meilleure conservation des aliments La réduction de la consommation en sel
4	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les facteurs de risque sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Alimentation riche en sel et nitrates Tabac Facteurs génétiques : antécédent familial, syndrome HNPCC, mutation du gène de la E-cadherine Gastrites chroniques atrophiques : HP, maladie de Biermer Ulcère gastrique Antécédent de gastrectomie Polypes gastriques adénomateux Maladie de Ménétrier <input checked="" type="checkbox"/> Les facteurs protecteurs sont : <ul style="list-style-type: none"> Consommation de vitamine C Consommation de fruits et légumes frais
5	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Les points d'appels sont peu spécifiques et tardifs : <ul style="list-style-type: none"> En regard de la tumeur : syndrome ulcéreux, dyspeptique, anorexie, syndrome obstructif, masse épigastrique Signes généraux : altération de l'état général, amaigrissement, asthénie, anémie Complication : hémorragie digestive occulte ou extériorisée, péritonite Méタstase révélatrice : ganglion de Troisier, métastase hépatique, ovarienne, carcinose péritonéale Syndrome paranéoplasique : phlébite, acanthosis nigricans

QCM 14

Concernant les colorants utilisés lors de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - La coloration au lugol met en évidence l'adénocarcinome
- B - La coloration au lugol met en évidence le carcinome épidermoïde
- C - La coloration indigo-carmine permet une meilleure vision du relief
- D - La coloration au bleu de toluidine après acide acétique recherche des lésions acido-négatives
- E - La coloration au bleu de toluidine après acide acétique recherche des lésions iodo-négatives

QCM 15

Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) commun(s) à tous les patients atteints d'un cancer de l'œsophage ?

- A - Traitement chirurgical
- B - Stent œsophagien
- C - Support nutritionnel
- D - Prise en charge de la douleur
- E - Sevrage alcoololo-tabagique

QCM 7	Concernant le bilan complémentaire du cancer gastrique, quel(s) examen(s) est (sont) obligatoire(s) ?
A - B - C - D - E -	TDM thoraco-abdomino-pelvienne Echo-endoscopie Marqueurs tumoraux TDM cérébrale Bilan nutritionnel
QCM 8	Concernant le traitement de l'adénocarcinome gastrique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Il est dès que possible chirurgical Une gastrectomie des 4/5 est proposée pour les cancers de l'anse Une radiothérapie néo-adjuvante est proposée en cas de N+ Le pronostic dépend de la taille de la tumeur Tous stades confondus, le pronostic est plutôt bon
QCM 9	Concernant les tumeurs stromales (GIST), quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Ce sont des tumeurs épithéliales Elles peuvent être de très grande taille Elles sont le plus souvent asymptomatiques Le seul critère formel de malignité est la survenue de métastases Leur traitement est médical
QCM 10	Concernant les lymphomes digestifs, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Ils sont favorisés par Helicobacter Pylori Ils sont favorisés par la maladie de Biermer Le diagnostic de certitude se fait sur le TEP-TDM Il s'agit le plus souvent de lymphomes du manteau Le traitement est chirurgical
QCM 11	Concernant l'épidémiologie du cancer de l'œsophage, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	L'incidence annuelle en France est d'environ 5000 cas par an L'incidence annuelle en France est d'environ 50000 cas par an L'incidence globale est en diminution L'incidence des adéno-carcinomes est en augmentation Le pronostic est grave
QCM 12	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque de l'adénocarcinome de l'œsophage ?
A - B - C - D - E -	Reflux gastro-œsophagien Tabagisme Infection à HPV Surpoids Âge > 50 ans
QCM 13	Concernant la surveillance d'un patient atteint d'EBO, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Tout patient atteint de RGO doit bénéficier d'une endoscopie oeso-gastro-duodénale tous les 5 ans La progression générale d'une métaplasie de Barrett (EBO) vers un adéno-carcinome est élevée Une surveillance en cas d'EBO par endoscopie est souhaitable En cas d'EBO prouvé histologiquement, on ne réalise pas de biopsie sur l'endoscopie de contrôle Une dysplasie de bas grade ne nécessite aucun traitement

Questions isolées QCM N° 15

QCM 1	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) le(s) type(s) histologique(s) pouvant provoquer une tumeur de l'estomac ?
A -	Adénocarcinome
B -	Tumeur endocrine
C -	Carcinome épidermoïde
D -	Lymphome
E -	Tumeur stromale
QCM 2	Concernant l'épidémiologie de l'adénocarcinome de l'estomac, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'agit de la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde
B -	L'incidence est en augmentation
C -	L'Europe est une zone à haut risque de cancer
D -	L'âge de survenue est aux alentours de 70 ans
E -	C'est le deuxième cancer en prévalence en France
QCM 3	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) explique(nt) la diminution de la prévalence du cancer gastrique ces dernières années dans les pays occidentaux ?
A -	Diminution de la prévalence de l'infection à <i>Campylobacter jejuni</i>
B -	Diminution de la prévalence du tabagisme
C -	Réduction de la consommation en sel
D -	Meilleure conservation des aliments
E -	Nourriture moins épicee que dans les pays à haut risque
QCM 4	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque d'adénocarcinome gastrique ?
A -	Alimentation riche en nitrates
B -	Alimentation riche en vitamine C
C -	Alimentation riche en fruits et légumes
D -	RGO
E -	Ulcère gastrique
QCM 5	Concernant les circonstances de découvertes de l'adénocarcinome gastrique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Les signes d'appels sont souvent précoces
B -	On peut retrouver parfois une masse épigastrique
C -	Une carence martiale doit faire évoquer le diagnostic
D -	Un ganglion de Troisier doit faire évoquer le diagnostic
E -	Une dysphagie avec sensation de satiété précoce doit faire évoquer le diagnostic
QCM 6	Concernant l'endoscopie oeso-gastro-duodénale dans les cancers de l'estomac, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	On peut s'en passer en cas de diagnostic clinique certain
B -	Une seule biopsie suffit la plupart du temps
C -	Elle retrouve en cas de cancer une tumeur bourgeonnante, molle et saignant au contact
D -	Dans 2/3 des cas, la tumeur est antrale
E -	Les biopsies à la recherche d'H. Pylori sont systématiques

Réponse : D E

- Quelques rappels concernant le **traitement du cancer-rectal** ☐ :
 - Les tumeurs du tiers supérieur se traitent de la même façon qu'un cancer-colique
 - Les tumeurs du tiers moyen se traitent par résection antérieure avec exérèse totale du méso-rectum et anastomose colo-anale
 - Les tumeurs du tiers inférieur se traitent comme pour le tiers moyen, sauf si le cancer est à moins de 1 cm de la ligne pectinée (sphincter anal) : amputation abdomino-périnéale avec sigmoïdostomie iliaque définitive (☐ penser à la prise en charge psychologique +++)
 - Un traitement néoadjuvant par radiothérapie ou radio-chimiothérapie est indiqué en cas de tumeur T3, T4, N+ ou M+, sauf en cas de tumeur du tiers supérieur
 - Un traitement adjuvant est indiqué si N+ : radiochimiothérapie en l'absence de radiothérapie néo-adjuvante, chimiothérapie seule sinon.

12	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bilan pré-thérapeutique du cancer du rectum consiste en : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Coloscopie totale - Scanner thoraco-abdomino-pelvien - Echo-endoscopie rectale - IRM pelvienne • <input checked="" type="checkbox"/> La scintigraphie osseuse et le TEP-TDM ne sont pas d'indication systématique et sont discutés au cas par cas 																																				
13	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • De très nombreux tableaux sont possibles, de la découverte fortuite à l'Hémoccult jusqu'à une complication grave du cancer ! • C'est pourquoi il faudra l'évoquer devant tout signe digestif d'apparition récente chez un patient de plus de 50 ans. • <input checked="" type="checkbox"/> On se méfiera particulièrement des « pièges » diagnostiques : <ul style="list-style-type: none"> - Anémie ferriprive - Maladie thrombo-embolique (penser à un cancer devant une embolie pulmonaire !) - Endocardite à Streptococcus Gallolyticus... 																																				
14	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappel de la classification TNM du cancer colorectal, qui fait partie de celles au programme <input checked="" type="checkbox"/> : <p>TUMOR (T) : TUMEUR PRIMITIVE</p> <table> <tr> <td data-bbox="344 850 390 883">Tx</td><td data-bbox="405 850 1058 883">Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 894 390 926">T0</td><td data-bbox="405 894 778 926">Pas de signes de tumeur primitive</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 929 390 961">Tis</td><td data-bbox="405 929 1126 961">Carcinome <i>in situ</i> : intra-épithéial ou envahissant la lamina propria</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 963 390 996">T1</td><td data-bbox="405 963 839 996">Tumeur envahissant la sous-muqueuse</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1007 390 1040">T2</td><td data-bbox="405 1007 793 1040">Tumeur envahissant la musculeuse</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1051 390 1083">T3</td><td data-bbox="405 1051 1164 1105">Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et périrectaux non péritonealisés</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1116 390 1148">T4a</td><td data-bbox="405 1116 876 1148">Tumeur perforant le péritoine viscéral</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1151 390 1183">T4b</td><td data-bbox="405 1151 1179 1183">Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures</td></tr> </table> <p>NODES LYMPHATIQUES (N) : METASTASES LYMPHATIQUES</p> <table> <tr> <td data-bbox="344 1220 390 1253">Nx</td><td data-bbox="405 1220 1171 1253">Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1264 390 1296">N0</td><td data-bbox="405 1264 869 1296">Pas de métastase ganglionnaire régionale</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1307 390 1340">N1a</td><td data-bbox="405 1307 937 1340">Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1342 390 1375">N1b</td><td data-bbox="405 1342 1020 1375">Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1386 390 1418">N1c</td><td data-bbox="405 1386 1186 1451">Nodule(s) tumoraux, c-à-d satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonealisés péricoliques ou périrectaux sans métastase ganglionnaire régionale</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1462 390 1494">N2a</td><td data-bbox="405 1462 1005 1494">Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1505 390 1538">N2b</td><td data-bbox="405 1505 1065 1538">Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux</td></tr> </table> <p>MÉTASTASES À DISTANCE (M)</p> <table> <tr> <td data-bbox="344 1590 390 1623">M0</td><td data-bbox="405 1590 748 1623">Pas de métastases à distance</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1634 390 1666">M1a</td><td data-bbox="405 1634 1186 1688">Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional)</td></tr> <tr> <td data-bbox="344 1699 390 1732">M1b</td><td data-bbox="405 1699 975 1732">Métastases dans plusieurs organes ou péritoneales</td></tr> </table>	Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive	T0	Pas de signes de tumeur primitive	Tis	Carcinome <i>in situ</i> : intra-épithéial ou envahissant la lamina propria	T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse	T2	Tumeur envahissant la musculeuse	T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et périrectaux non péritonealisés	T4a	Tumeur perforant le péritoine viscéral	T4b	Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures	Nx	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales	N0	Pas de métastase ganglionnaire régionale	N1a	Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional	N1b	Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux	N1c	Nodule(s) tumoraux, c-à-d satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonealisés péricoliques ou périrectaux sans métastase ganglionnaire régionale	N2a	Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux	N2b	Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux	M0	Pas de métastases à distance	M1a	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional)	M1b	Métastases dans plusieurs organes ou péritoneales
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive																																				
T0	Pas de signes de tumeur primitive																																				
Tis	Carcinome <i>in situ</i> : intra-épithéial ou envahissant la lamina propria																																				
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse																																				
T2	Tumeur envahissant la musculeuse																																				
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et périrectaux non péritonealisés																																				
T4a	Tumeur perforant le péritoine viscéral																																				
T4b	Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures																																				
Nx	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales																																				
N0	Pas de métastase ganglionnaire régionale																																				
N1a	Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional																																				
N1b	Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux																																				
N1c	Nodule(s) tumoraux, c-à-d satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonealisés péricoliques ou périrectaux sans métastase ganglionnaire régionale																																				
N2a	Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux																																				
N2b	Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux																																				
M0	Pas de métastases à distance																																				
M1a	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional)																																				
M1b	Métastases dans plusieurs organes ou péritoneales																																				

	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> Rappel des trois niveaux de risque de cancer colo-rectal <input checked="" type="checkbox"/> : 																
7	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau de risque</th> <th>Moyen</th> <th>Clévé</th> <th>Très élevé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Personnes concernées</td><td> <p>Population générale : ▪ 50/74 ans, ▪ sans symptôme</p> </td><td> <p>Antécédent d'adénome avancé* (AA) ou de CCR ▪ personnel ▪ familial : un parent 1^{er} degré <65 ans ou deux parents 1^{er} degré (quel que soit l'âge)</p> <p>Antécédent personnel de MCI (mauve inflammation chronique intestinale) :</p> </td><td> <p>Prédisposition héréditaire : ▪ polyposie adénomateuse familiale ▪ cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).</p> </td></tr> <tr> <td>Risque de cancer colorectal vie entière</td><td>3 à 4 %</td><td>4 à 10 %</td><td>40 à 100 %</td></tr> <tr> <td>% des cancers colorectaux diagnostiqués</td><td>≈ 80 %</td><td>15 à 20 %</td><td>1 à 3 %</td></tr> </tbody> </table>	Niveau de risque	Moyen	Clévé	Très élevé	Personnes concernées	<p>Population générale : ▪ 50/74 ans, ▪ sans symptôme</p>	<p>Antécédent d'adénome avancé* (AA) ou de CCR ▪ personnel ▪ familial : un parent 1^{er} degré <65 ans ou deux parents 1^{er} degré (quel que soit l'âge)</p> <p>Antécédent personnel de MCI (mauve inflammation chronique intestinale) :</p>	<p>Prédisposition héréditaire : ▪ polyposie adénomateuse familiale ▪ cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).</p>	Risque de cancer colorectal vie entière	3 à 4 %	4 à 10 %	40 à 100 %	% des cancers colorectaux diagnostiqués	≈ 80 %	15 à 20 %	1 à 3 %
Niveau de risque	Moyen	Clévé	Très élevé														
Personnes concernées	<p>Population générale : ▪ 50/74 ans, ▪ sans symptôme</p>	<p>Antécédent d'adénome avancé* (AA) ou de CCR ▪ personnel ▪ familial : un parent 1^{er} degré <65 ans ou deux parents 1^{er} degré (quel que soit l'âge)</p> <p>Antécédent personnel de MCI (mauve inflammation chronique intestinale) :</p>	<p>Prédisposition héréditaire : ▪ polyposie adénomateuse familiale ▪ cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).</p>														
Risque de cancer colorectal vie entière	3 à 4 %	4 à 10 %	40 à 100 %														
% des cancers colorectaux diagnostiqués	≈ 80 %	15 à 20 %	1 à 3 %														
	VL Forzy - Opaline 62 - Octobre 2015																
8	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les facteurs de risque de transformation sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Taille du polype > 1 cm Composante cellulaire du polype de type villeux Degré de dysplasie Nombre de polypes (> 2) Base large d'implantation. <input checked="" type="checkbox"/> Les polyypes hyperplasiques ne sont pas à risque de dégénérescence 																
9	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La coloscopie totale avec biopsies est l'examen de référence pour le diagnostic de tumeur bénigne ou maligne du côlon. Elle se pratique le plus souvent sous anesthésie générale Elle doit être précédée par un lavage colique complet par 3 à 4 litres de solution contenant du PEG ou du phosphate de sodium Le risque de transmission d'agents infectieux est désormais nul grâce à une réglementation stricte de décontamination et désinfection Le risque de perforation est d'environ 1/1000. 																
10	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout polyype découvert au cours d'une coloscopie doit être traité par ablation <input checked="" type="checkbox"/>. La mucosectomie peut permettre de décoller un polyype sessile plus facilement, alors que les polyypes pédiculés sont tous retirés par polypectomie endoscopique <input checked="" type="checkbox"/> Les risques de cette polypectomie sont hémorragie et perforation L'étude anatomo-pathologique du polype est fondamentale : en cas de type histologique défavorable, on peut indiquer une résection colique segmentaire complémentaire. 																
11	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La PAF est une maladie autosomique dominante à pénétrance complète Elle est à l'origine de 1 % des CCR Dans sa forme classique, on compte de 100 à plus de 1000 polyypes, avec une cancérisation inévitable. <input checked="" type="checkbox"/> Le seul traitement est la colectomie totale ou la coloproctectomie vers 15-25 ans D'autres tumeurs digestives et extra-digestives sont fréquemment associées : adénomes duodénaux, tumeurs desmoides... 																

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input checked="" 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"/> 1ère idée	
1	Réponse : B D <ul style="list-style-type: none"> Les hernies crurales représentent 10 % des hernies de l'aine Elles surviennent presque toujours chez la femme, et sont parfois de diagnostic difficile en cas de surcharge pondérale La tuméfaction est située en-dessous de la ligne de Malgaigne et en dedans des vaisseaux iliaques externes (et non des vaisseaux épigastriques <input checked="" type="checkbox"/>) 	
2	Réponse : C D E <ul style="list-style-type: none"> Les symptômes d'une hernie étranglée sont <input checked="" type="checkbox"/>: <ul style="list-style-type: none"> Douleur de survenue brutale de l'aine, permanente. +/- signes occlusifs : nausées, vomissements, arrêt des gaz et des matières, ballonnement abdominal A l'examen : tuméfaction inguinale douloureuse, non expansive et non impulsive à la toux, irréductible 	
3	Réponse : B C E <ul style="list-style-type: none"> Les hernies suivantes doivent être opérées : <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Toute hernie crurale Toute hernie inguinale chez un enfant de plus de six mois Chez l'adulte, en cas de hernie inguinale difficile à réduire ou douloureuse, si le risque anesthésique est acceptable Chez l'adulte, en cas de hernie inguinale asymptomatique et de patient demandant une chirurgie, sous réserve que le risque anesthésique soit acceptable 	
4	Réponse : A C D E <ul style="list-style-type: none"> Les étapes sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> Abord par laparotomie ou laparoscopie Dissection du cordon spermatique et du sac herniaire Réintégration du contenu herniaire dans la cavité péritonéale Réfection pariétale avec ou sans tension par mise en place d'un matériel prothétique <input checked="" type="checkbox"/> en conditions d'asepsie stricte et antibioprophylaxie Fermeture 	
5	Réponse : A B <ul style="list-style-type: none"> Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont : <ul style="list-style-type: none"> L'hématome, devant rapidement être évacué si il est important L'infection (<input checked="" type="checkbox"/> à évoquer surtout après pose de prothèse ++) <input checked="" type="checkbox"/> La section du canal déférent est une complication per-opératoire et non post-opératoire 	
6	Réponse : A D E <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le cancer colo-rectal touche 40 000 nouveaux patients par an. C'est le troisième cancer le plus fréquent après celui du sein et celui de la prostate Son incidence est en augmentation ces 20 dernières années <input checked="" type="checkbox"/> Il est la deuxième cause de mortalité par cancer après le cancer du poumon. 	

QCM 14	Concernant la classification TNM du cancer colo-rectal, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Une tumeur envahissant la muscleuse classe T2 Une tumeur > 5 cm classe T3 La présence de deux ganglions métastatiques classe N1 La présence de trois ganglions métastatiques classe N2 La présence d'une métastase à distance classe M2
QCM 15	Parmi les propositions suivantes concernant le traitement du cancer rectal, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Une tumeur du tiers supérieur du rectum nécessite une radiothérapie néo-adjuvante Une tumeur du tiers moyen se traite par résection et exérèse partielle du méso-rectum Une tumeur du tiers inférieur située à plus de 1 cm de la ligne pectinée est traitée par amputation abdomino-périnéale Une tumeur du tiers inférieur située à moins de 1 cm de la ligne pectinée est traitée par amputation abdomino-périnéale Une tumeur du tiers moyen ou du tiers inférieur N+ nécessite une radiothérapie ou radio-chimiothérapie néoadjuvante

QCM 7	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) à un risque élevé de cancer colo-rectal ?
A -	Patient tabagique
B -	Antécédent personnel de cancer colorectal
C -	Antécédent familial de cancer colorectal avant 75 ans
D -	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
E -	Polypose adénomateuse familiale
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque de transformation d'un polype en cancer colo-rectal ?
A -	Dysplasie de haut grade
B -	Composante cellulaire de type tubuleux
C -	Polype > 1 cm
D -	Polypes multiples
E -	Polype hyperplasique
QCM 9	Concernant la coloscopie totale, quel(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Elle se pratique sous anesthésie loco-régionale
B -	Elle ne nécessite aucune pré-médication particulière
C -	Le risque de transmission d'agents infectieux est important
D -	Le risque de perforation colique est d'environ 1/1000
E -	Elle est désormais supplantée par le colo-scanner
QCM 10	Concernant la conduite à tenir devant la découverte d'un polype à la coloscopie, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Tout polype doit être traité par ablation
B -	La mucosectomie peut permettre une ablation plus facile du polype
C -	Les principaux risques de la polypectomie sont l'hémorragie et l'infection
D -	En cas d'histologie favorable, on propose une résection colique complémentaire
E -	Les marges d'excérèse du polype sont de 5 cm de part et d'autre du colon
QCM 11	Concernant la polypose adénomateuse familiale (PAF), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une maladie autosomique récessive
B -	On trouve généralement à la coloscopie entre 10 et 50 polypes
C -	En l'absence de colectomie préventive, la cancérisation est inévitable
D -	Contrairement au syndrome HNPCC, elle ne touche que le côlon
E -	La colectomie totale ou la coloproctectomie est indiquée dès 15-25 ans
QCM 12	Parmi les propositions suivantes, quel(s) examen(s) est (sont) indiqué(s) systématiquement dans le bilan d'extension d'un cancer du rectum ?
A -	Echo-endoscopie
B -	TEP-TDM
C -	Scanner thoraco-abdomino-pelvien
D -	IRM pelvienne
E -	Scintigraphie osseuse
QCM 13	Parmi les propositions suivantes, quel(s) peu(ven)t être le(s) point(s) d'appel d'un cancer colorectal ?
A -	Syndrome occlusif
B -	Hémorragie digestive
C -	Abcès digestif
D -	Anémie ferriprive
E -	Embolie pulmonaire

Questions isolées QCM N°14

QCM 1 Concernant les hernies crurales, quel(s) est (sont) le(s) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Elles sont situées au-dessus de la ligne de Malgaigne
- B - Elles représentent 10 % des hernies de l'aine
- C - Elles surviennent le plus souvent chez un homme
- D - Le diagnostic peut être difficile en cas de surcharge pondérale
- E - Les vaisseaux épigastriques sont en dehors de la hernie

QCM 2 Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) symptôme(s) d'une hernie étranglée ?

- A - Tuméfaction apparaissant au moindre effort de poussée
- B - Diarrhée
- C - Ballonnement abdominal
- D - Tuméfaction douloureuse
- E - Nausées, vomissements

QCM 3 Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) l'indication (les indications) de traitement chirurgical d'une hernie inguinale ?

- A - Hernie inguinale chez un sujet âgé et altéré
- B - Hernie crurale asymptomatique
- C - Hernie inguinale étranglée
- D - Hernie inguinale chez un enfant de moins de six mois
- E - Hernie inguinale chez un patient demandant à être opéré

QCM 4 Parmi les propositions suivantes concernant le traitement d'une hernie, quelle(s) est (sont) la(s) étape(s) opératoire(s) ?

- A - Dissection du cordon spermatoire et du sac herniaire
- B - Détorsion de l'anse digestive atteinte
- C - Réintégration du contenu herniaire dans la cavité péritonéale
- D - Réfection pariétale avec ou sans tension
- E - Fermeture

QCM 5 Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) post-opératoire(s) la (les) plus fréquente(s) après cure de hernie inguinale ?

- A - Hématome
- B - Infection
- C - Récidive de la hernie
- D - Cancérisation des aînées digestives réintégrées
- E - Section du canal déférent

QCM 6 Concernant l'épidémiologie des tumeurs du côlon et du rectum, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Il s'agit de la deuxième cause de mortalité par cancer
- B - Son incidence est en diminution
- C - Son incidence reste stable ces 20 dernières années
- D - Il touche 40 000 nouveaux patients par an
- E - Il est plus fréquent que le cancer du poumon

12	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ L'infection à <i>C. difficile</i> est fréquente (le portage simple concerne 2 % de la population) Elle touche surtout les sujets > 60 ans, ayant eu un traitement antibiotique depuis 4 à 9 jours, en hospitalisation La clinique associe fièvre, douleur abdominale, diarrhée non sanglante verdâtre (☒ mais doit être évoquée devant toute diarrhée en hospitalisation) Le diagnostic se fait sur la recherche de toxines A et B ou en endoscopie Les complications sont : <ul style="list-style-type: none"> - Translocations bactériennes et sepsis - Colectasie +/- perforation - Récidive Le traitement associe un isolement de contact, l'arrêt de l'antibiotique responsable et une antibiothérapie par Métronidazole ou Vancomycine Per os.
13	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> La fièvre typhoïde est causée par <i>Salmonella typhi</i> ou <i>paratyphi</i>, des BGN de transmission féco-orale On distingue ☒ : <ul style="list-style-type: none"> - La phase d'invasion : fièvre, douleurs abdominales et inconfort de la FID, céphalées, pouls dissocié - La phase d'état : diarrhée liquidienne fébrile, fièvre en plateau à 40°C, pouls dissocié, Tuphos... La confirmation diagnostique se fait par la coproculture et les hémocultures. ✗ La sérologie n'a aucun intérêt. ☒ C'est un germe à déclaration obligatoire Le traitement associe hospitalisation pour isolement entérique, traitement symptomatique et antibiothérapie par fluoroquinolones pendant 5 jours
14	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> Le choléra est un BGN à transmission interhumaine ou hydrique L'infection à <i>Vibrio Cholerae</i> est le plus souvent asymptomatique, parfois pauci-symptomatique ☒ En cas de choléra déclaré, on retrouve une diarrhée afécale liquidienne « eau de riz » abondante et des vomissements abondants Le diagnostic se fait sur la coproculture en milieu sélectif La complication majeure est une déshydratation avec choc hypovolémique C'est un germe à déclaration obligatoire Le traitement associe une hospitalisation par réhydratation et isolement de contact et une antibiothérapie par Macrolides
15	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Concernant le traitement symptomatique de la diarrhée, on distingue ☒ : <ul style="list-style-type: none"> - Les ralentisseurs du transit (Lopéramide Imodium[®]), contre-indiqués en cas de diarrhée hémorragique ou de fièvre élevée - Les anti-sécrétaires (Racécadotril Tiorfan[®]) - Les probiotiques et produits inertes (Diosmectite Smecta[®]) utiles pour réduire la diarrhée de la diarrhée.

6	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez un nourrisson, les signes évoquant une déshydratation sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Apathie - Difficulté au réveil avec gémissements - Comportement inhabituel - Tachypnée - Dépression des fontanelles
7	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les indications à une coproculture sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Syndrome dysentérique, diarrhée hémorragique - Terrain à risque - Retour de voyage - Diarrhée post-antibiotiques - Diarrhée depuis > 3 jours - Contexte de TIAC - Existence de complications
8	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les germes systématiquement recherchés sont : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Campylobacter</i> - <i>Yersinia Enterocolitica</i> - <i>Shigella</i> - <i>Salmonella</i> • <input checked="" type="checkbox"/> Attention, tous les autres germes devront faire l'objet d'une demande spécifique !
9	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> • En l'absence de signes de gravité, on proposera <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement ambulatoire - Réhydratation par voie orale, avec maintien de l'alimentation - Règles d'hygiène : lavage des mains fréquents - Traitement symptomatique par antalgiques, anti-spasmodiques, anti-émétiques, anti-sécrétoire
10	<p>Réponse : A C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les germes à rechercher chez un patient atteint par le VIH sont <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - En cas de lymphocytes CD4 < 200/mm³ : <i>Cryptosporidium</i>, <i>Microsporidium</i> - En dessous de 100 CD4/mm³ : <i>CMV</i> - Dans un contexte de rapports sexuels anaux ou en présence d'une rectite : <i>HSV</i>, <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Nesseria Gonorrhoea</i> et <i>Treponema pallidum</i>. • <input checked="" type="checkbox"/> L'infection à <i>Clostridium</i> est plus fréquente chez les patients hospitalisés, traités par antibiothérapie ou par chimiothérapie
11	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> La colite ischémique survient chez un patient âgé aux facteurs de risque cardiovasculaires • La clinique associe une douleur abdominale, une diarrhée impérieuse avec des rectorragies, un fébricule +/- abdomen chirurgical • <input checked="" type="checkbox"/> Le diagnostic est confirmé par la coloscopie prudente avec insufflation minime, qui montre un œdème érythème, puis ulcération, puis nécroses, prédominant au niveau du côlon gauche • Le traitement médical associe un contrôle hémodynamique, une antibiothérapie probabiliste IV, un traitement étiologique +/- traitement chirurgical par résection du segment nécrosé + colostomie.

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 type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'OMS <input checked="" type="checkbox"/> : une diarrhée est définie par trois selles très molles à liquide par jour. Une diarrhée aiguë dure moins de deux semaines. La plupart du temps, celle-ci est due à une infection, de début soudain et dure moins d'une semaine.
2	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le syndrome dysentérique correspond à une diarrhée organique avec lésion de la muqueuse intestinale par production d'une cytotoxine • <input checked="" type="checkbox"/> Il s'agit d'une diarrhée glairo-sanglante associée à des douleurs abdominales, un syndrome rectal (épreintes, ténèses, faux besoin), une fièvre fréquente. • Ses complications sont : <ul style="list-style-type: none"> - Colectasie - Perforation-péritonite - Hémorragie digestive - <input checked="" type="checkbox"/> Translocation bactérienne et complications septiques systémiques - Déshydratation (plus rare que dans le syndrome cholériforme)
3	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Il s'agit d'une diarrhée sécrétoire sans lésion de la muqueuse intestinale • La diarrhée est hydrique, abondante, associée à des vomissements et à des douleurs abdominales discrètes • Les complications sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Déshydratation - Troubles ioniques : hypernatrémie ou hyponatrémie, hypokaliémie, acidose métabolique par perte de bicarbonates...
4	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> • On recense environ un épisode digestif aigu par an et par habitant dans les pays développés • <input checked="" type="checkbox"/> La plupart durent moins de 24 heures et ne donnent pas lieu à une consultation médicale • 5 % de la population consulte un médecin pour une diarrhée aiguë, avec un pic hivernal • 1 % de ces diarrhées est hémorragique • Un tiers de ces diarrhées donne lieu à un arrêt de travail prescrit par le médecin généraliste.
5	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les complications imposant l'hospitalisation (et donc à rechercher systématiquement) relèvent de la logique <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Terrains à risque : immunodéprimés, âges extrêmes, tares associées, grossesse - Fièvre > 39°C (ou hypothermie), syndrome septique (frissons) - Choc septique - Déshydratation (quantifier la perte de poids !) - Syndrome dysentérique - Toucher rectal douloureux - Méteorisme abdominal, défense - Diarrhée évoluant depuis > 1 semaine - Réhydratation orale <input checked="" type="checkbox"/> impossible.

QCM 14 | Concernant le choléra, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Il est de transmission interhumaine ou hydrique
- B - La symptomatologie de l'infection à *Vibrio Cholerae* est toujours bruyante
- C - La diarrhée est glairo-sanglante
- D - Le traitement est uniquement symptomatique
- E - Il se traite par fluoroquinolones

QCM 15 | Concernant les traitements symptomatiques de la diarrhée aiguë, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Le Lopéramide est un antisécrétoire
- B - Le Racécadotril est un anti-sécrétoire
- C - Les anti-sécrétaires sont contre-indiqués en cas de diarrhée hémorragique
- D - Les ralentisseurs du transit sont contre-indiqués en cas de diarrhée hémorragique
- E - Certains probiotiques peuvent réduire la durée de la diarrhée

QCM 7	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) l(es) indication(s) de coproculture au cours d'une diarrhée aiguë ?
A -	Syndrome dysentérique
B -	Diarrhée au retour de voyage
C -	Diarrhée post-antibiotiques
D -	Diarrhée évoluant depuis plus de 72 heures
E -	Diarrhée au cours d'une toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, quel(s) germe(s) est (sont) systématiquement recherché(s) sur une coproculture ?
A -	<i>E. Coli</i> O157-H7
B -	<i>Clostridium Difficile</i>
C -	<i>Campylobacter</i>
D -	<i>Staphylococcus Aureus</i>
E -	<i>Yersinia enterocolitica</i>
QCM 9	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) s'applique(nt) au traitement d'une diarrhée sans signe de gravité ?
A -	Traitemennt par anti-spasmodiques
B -	Règles d'hygiène
C -	Antibiothérapie probabiliste
D -	Arrêt temporaire de l'alimentation
E -	Réhydratation intra-veineuse
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, quel(s) germe(s) pathogène(s) est (sont) plus fréquent(s) chez un patient infecté par le VIH que dans la population générale ?
A -	<i>Cryptosporidium</i>
B -	<i>Clostridium Difficile</i>
C -	<i>Microsporidium</i>
D -	CMV
E -	<i>Chlamydia Trachomatis</i> dans un contexte de rapports sexuels anaux
QCM 11	Concernant la colite ischémique, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle survient chez un patient âgé ayant de nombreux facteurs de risque cardio-vasculaires
B -	Elle est à l'origine de syndrome cholériforme
C -	La coproculture fait le diagnostic
D -	Les lésions muqueuses prédominent au niveau du côlon gauche
E -	Le traitement peut être chirurgical
QCM 12	Concernant la colite à <i>Clostridium Difficile</i> , quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il peut exister un portage sain
B -	Elle survient généralement après 4 à 9 jours d'antibiotiques
C -	On retrouve fréquemment de la fièvre
D -	Le diagnostic se fait sur l'examen parasitologique des selles
E -	Elle ne récidive pas après traitement
QCM 13	Concernant la fièvre typhoïde, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'un cocci gram -
B -	La phase d'invasion inclut une fièvre, des douleurs abdominales et un pouls dissocié
C -	Le diagnostic se fait sur la sérologie
D -	C'est un germe à déclaration obligatoire
E -	Le traitement est probabiliste par fluoroquinolones

14

Réponse : A B C D

- Les causes de pullulation microbienne sont :
 - Achlorhydrie gastrique, déficit en immuno-globulines
 - Troubles moteurs primitifs (pseudo-obstruction intestinale chronique) ou secondaires (sclérodermie, amylose, diabète) de l'intestin
 - Cause anatomique favorisant la stase de l'intestin : anse borgne, diverticulose, obstruction chronique
- Pour faire simple : retenez que tout ce qui ralentit le transit et favorise la stase intestinale favorise la pullulation microbienne

15

Réponse : A C D

- La diarrhée sécrétoire est typiquement abondante, hydrique, source d'une fuite importante de potassium et de bicarbonates (attention à l'hypokaliémie)
- Les causes principales sont :
 - Colites quelle qu'en soit la cause : maladie de Crohn, colite microscopique
 - Parasitoses chroniques : Giardiose, Cryptosporidium... à évoquer, surtout chez un immuno-déprimé.
 - Causes plus rares : tumeurs endocrines sécrétant de la gastrine, du VIP

Questions isolées QCM N° 12

QCM 1	Parmi les propositions suivantes concernant la définition de la diarrhée aiguë, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	On parle de diarrhée à partir de 4 selles très molles à liquides par jour
B -	On parle de diarrhée à partir de 6 selles très molles à liquides par jour
C -	Une diarrhée aiguë évolue depuis moins de deux semaines
D -	Une diarrhée aiguë évolue depuis moins d'un mois
E -	Une diarrhée aiguë dure dans la majorité des cas moins d'une semaine
QCM 2	Parmi les propositions suivantes concernant le syndrome dysentérique, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une diarrhée organique avec lésion de la muqueuse intestinale
B -	La diarrhée est le plus souvent hydrique et abondante
C -	Elle peut se compliquer de septicémie
D -	La déshydratation est fréquente
E -	Le syndrome rectal est fréquent
QCM 3	Parmi les propositions suivantes concernant le syndrome cholériforme, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une diarrhée sécrétoire
B -	Il s'agit d'une diarrhée hydrique abondante
C -	Les douleurs abdominales sont le plus souvent intenses
D -	Elle peut se compliquer d'hypocalcémie
E -	Elle est rarement associée à des vomissements
QCM 4	Concernant l'épidémiologie de la diarrhée aiguë, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	La plupart des épisodes de diarrhée aiguë entraînent une consultation médicale
B -	La diarrhée hémorragique représente 10 % des diarrhées aiguë
C -	Un arrêt de travail est prescrit dans les deux tiers des cas
D -	Le pic épidémiologique est estival
E -	La plupart des épisodes de diarrhée aiguë sont brefs
QCM 5	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) signe(s) de gravité imposant une hospitalisation et la prescription d'examens complémentaires devant une diarrhée aiguë ?
A -	Diarrhée aiguë chez un enfant
B -	Syndrome dysentérique
C -	Réhydratation intra-veineuse impossible
D -	Etat de choc
E -	Terrain à risque
QCM 6	Chez un enfant pas encore en âge de parler, quel(s) signe(s) évocateur(s) d'une déshydratation recherchez-vous ?
A -	Fontanelle tendue
B -	Agitation
C -	Cris vigoureux
D -	Tachypnée
E -	Apathie

	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les signes d'examen à chercher sont résumés dans le tableau ci-dessous ☐ : 														
9	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Signes</th><th>Syndrome recherchés</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Glossite</td><td>Carence en micronutriments</td></tr> <tr> <td>Anomalies des phanères ou hyperpigmentation cutanée</td><td>Carence en micronutriments</td></tr> <tr> <td>Dermatite herpétiforme</td><td>Maladie cœliaque</td></tr> <tr> <td>Hématomes et hémorragies pour des traumatismes mineux</td><td>Carence en vitamine K</td></tr> <tr> <td>Urticaires pigmentaires chronique</td><td>Mastocytose</td></tr> <tr> <td>Polyadénopathie</td><td>Lymphome, infection pour le VIH ou mycobactériose</td></tr> </tbody> </table>	Signes	Syndrome recherchés	Glossite	Carence en micronutriments	Anomalies des phanères ou hyperpigmentation cutanée	Carence en micronutriments	Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque	Hématomes et hémorragies pour des traumatismes mineux	Carence en vitamine K	Urticaires pigmentaires chronique	Mastocytose	Polyadénopathie	Lymphome, infection pour le VIH ou mycobactériose
Signes	Syndrome recherchés														
Glossite	Carence en micronutriments														
Anomalies des phanères ou hyperpigmentation cutanée	Carence en micronutriments														
Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque														
Hématomes et hémorragies pour des traumatismes mineux	Carence en vitamine K														
Urticaires pigmentaires chronique	Mastocytose														
Polyadénopathie	Lymphome, infection pour le VIH ou mycobactériose														
<p>Goître</p> <p>Hypotension orthostatique sans tachycardie compensatrice</p> <p>Flushs</p>															
<p>Hyperthyroïdie ou cancer médullaire de la thyroïde</p> <p>Dysautonomie primitive ou secondaire (diabète +++)</p> <p>Syndrome carcinoïde</p>															
<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les examens biologiques en première intention sont : <ul style="list-style-type: none"> Recherche d'un syndrome carentiel ☐: NFS, ionogramme, dosage du calcium, phosphore, magnésium, ferritinémie, vitamines B12 et folates, bilan d'hémostase, électrophorèse des protéines sériques Recherche d'une étiologie : TSH, bilan hépatique, sérologie VIH... Les autres examens seront prescrits en fonction du contexte (type de diarrhée) et des résultats des premiers examens (malabsorption ou non) 															
<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> La maladie de Whipple est une maladie infectieuse causée par <i>Tropheryma Whippleii</i> ☐ Elle associe une polyarthrite et une diarrhée chronique avec malabsorption Les atteintes neurologiques sont plus rares On trouve fréquemment de la fièvre, une altération de l'état général, une polyadénopathie Le diagnostic est fait sur la présence de la bactérie dans la PCR dans le sang et la muqueuse duodénale Le traitement repose sur une antibiothérapie au long cours. 															
<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ Chez un patient touché par le VIH, les causes de diarrhée chronique sont nombreuses : <ul style="list-style-type: none"> Infections par des parasitoses digestives (cryptosporidiose), mycobactéries (<i>mycobacterium avium</i>), virus (CMV, VIH lui-même) Tumeurs : lymphome intestinal, maladie de Kaposi Médicaments : anti-protéases 															
<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ Les médicaments doivent systématiquement être évoqués devant une diarrhée chronique. Parmi les médicaments induisant une diarrhée, les principaux sont : <ul style="list-style-type: none"> Laxatifs, à ne jamais négliger Colchicine Biguanides (☒ première cause de diarrhée du diabétique) Antibiotiques AINS Magnésium Les autres médicaments cités étaient inducteurs de constipation 															

5	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Le principal but du traitement est le soulagement des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie • Celui-ci repose sur <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques : antispasmodiques, pansements gastro-intestinaux, médicaments agissant sur la sensibilité viscérale (antidépresseurs tricycliques ou ISRS) - Régulateurs du transit : laxatifs ou antidiarrhéiques selon le phénotype prédominant - Médicaments ou aliments agissant sur le microbiote : les microbiotiques peuvent être utiles, les antibiotiques ne sont pas recommandés en l'absence de pullulation microbienne documentée. - Prise en charge psychologique et médecines alternatives : peuvent être utiles, surtout chez les patients ayant des symptômes en relation avec le stress - Règles hygiéno-diététiques
6	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques de la diarrhée motrice sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Le temps de transit (pouvant être évalué par le test au rouge carmin) est inférieur à 6 heures - Les selles sont fréquentes, relativement peu abondantes - Les selles sont postprandiales précoces, impérieuses - On note la présence d'aliments non digérés du précédent repas - Elle est calmée par le jeûne et les ralentisseurs nocturnes - <input checked="" type="checkbox"/> On ne retrouve pas de selles nocturnes, mais fréquemment une selle matinale.
7	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les étiologies de diarrhée motrice sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Troubles fonctionnels intestinaux : 80 % des diarrhées motrices - Hyperthyroïdie (et non hypothyroïdie <input checked="" type="checkbox"/>) - Tumeurs sécrétrices de substances vaso-actives (cancer de la thyroïde) - Grêle court - Dysautonomie : diabète, amylose, maladie de Parkinson...
8	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout est vrai ! • Les diarrhées par malabsorption sont rares dans la vraie vie, mais fréquentes aux ECN. • Les causes principales sont : <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance pancréatique exocrine - Cholestase prolongée - Pullulation microbienne du grêle - <input checked="" type="checkbox"/> Maladie cœliaque - Giardiose - <input checked="" type="checkbox"/> Maladie de Crohn - Autres causes plus rares : grêle court, DICV, lymphangiectasies...

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<p><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"/> 1ère idée</p>
1	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Le syndrome de l'intestin irritable touche 10 à 15 % de la population mondiale <input checked="" type="checkbox"/> Un tiers des sujets consultent un médecin pour ce motif Parmi eux, 70 % de femmes <input checked="" type="checkbox"/> Il peut apparaître au décours d'une gastro-entérite aiguë, ou dans certains cas faire suite à une MICE considérée en rémission Il existe trois phénotypes cliniques : <ul style="list-style-type: none"> - Constipation prédominante - Diarrhée prédominante - Symptômes alternants
2	<p>Réponse : B E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le mode évolutif du SII est caractéristique et rassurant <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Diminution des symptômes pendant les vacances et les week-ends - Recrudescence des symptômes pendant les périodes de stress - Modification des symptômes selon le régime alimentaire - Evolution longue sans aggravation <input checked="" type="checkbox"/> On ne retrouve pas d'argument pour une organicité : <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'AEG, de perte de poids - Pas de symptômes nocturnes - Pas de modification récente des symptômes - Examen clinique en général en normal, en particulier le toucher rectal
3	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> Certains signes peuvent être associés au SII : <ul style="list-style-type: none"> - Céphalées - Lombalgie - Asthénie chronique - Fibromyalgie... <input checked="" type="checkbox"/> Ces signes sont subjectifs, et l'examen clinique ne retrouve généralement aucune anomalie
4	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Les indications de la coloscopie au cours du SII sont assez larges : <ul style="list-style-type: none"> - Antécédent familial de cancer ou d'adénomes colo-rectaux - Âge > 50 ans - Symptômes récents ou récemment modifiés - Résistance au traitement symptomatique - Signes d'alarme : hémorragie digestive patente ou latente, anomalies de l'examen clinique, altération de l'état général...

QCM 14

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) peu(vent) induire une pullulation microbienne chronique du grêle ?

- A - Achlorhydrie gastrique
- B - Troubles moteurs primitifs de l'intestin
- C - Troubles moteurs secondaires de l'intestin
- D - Cause anatomique favorisant la stase dans l'intestin
- E - Maladie de Crohn

QCM 15

Concernant la diarrhée sécrétoire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Elle est typiquement abondante
- B - Elle peut être à l'origine d'une hyperkaliémie
- C - La maladie de Crohn en est une des causes possibles
- D - Une infection par Giardia intestinalis en est une des causes possibles
- E - La maladie cœliaque en est une des causes possibles

QCM 7	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) de diarrhée motrice ?
A - Troubles fonctionnels intestinaux B - Colite microscopique C - Maladie de Whipple D - Insuffisance pancréatique exocrine E - Hypothyroïdie	
QCM 8	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) de diarrhée par malabsorption ?
A - Maladie cœliaque B - Insuffisance pancréatique exocrine C - Maladie de Crohn D - Pullulation microbienne du grêle E - Cholestase prolongée	
QCM 9	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) signe(s) d'examen à rechercher devant une diarrhée chronique ?
A - Dermatite herpétiforme en lien avec un lymphome B - Goître en lien avec une hyperthyroïdie C - Anomalie des phanères en lien avec une carence en vitamine K D - Glossite en lien avec une carence en micro-nutriments E - Polyadénopathie périphérique en lien avec une infection par le VIH	
QCM 10	Parmi les examens biologiques suivants, lequel (lesquels) est (sont) à prescrire en première intention devant une diarrhée chronique ?
A - Peptide VIP B - Fécalogramme C - Electrophorèse des protéines sériques D - Elastase fécale E - NFS-Plaquettes	
QCM 11	Concernant la maladie de Whipple, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - Elle associe une polyarthrite et une diarrhée chronique B - Les atteintes neurologiques sont fréquentes C - Il s'agit d'une maladie infectieuse D - Le diagnostic peut être posé sur les biopsies duodénales E - Le traitement repose sur une corticothérapie au long cours	
QCM 12	Chez un patient séropositif pour le VIH, quelle(s) peu(ven)t être la (les) cause(s) de diarrhée chronique ?
A - Co-infection avec le VHB B - Parasitose digestive C - Iatrogénie médicamenteuse D - Infection par le CMV E - Cancer du col de l'utérus associé	
QCM 13	Parmi les médicaments suivant, lequel (lesquels) est (sont) responsable(s) de diarrhée chronique ?
A - Colchicine B - Opiacés C - Sels de calcium D - Antibiotiques E - Biguanides	

Questions isolées QCM N° 11

QCM 1	Parmi les propositions suivantes concernant le syndrome de l'intestin irritable (SII), laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il est fréquent dans la population générale
B -	Il touche principalement les femmes
C -	Il apparaît parfois au décours d'une gastro-entérite aiguë
D -	Sa physiopathologie est multifactorielle
E -	Il existe deux phénotypes cliniques du SII
QCM 2	Parmi les propositions suivantes concernant les symptômes du SII, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Les symptômes sont souvent nocturnes
B -	Les symptômes diminuent pendant les vacances et les week-ends
C -	L'évolution est souvent chronique avec périodes de poussées
D -	Le régime alimentaire n'influence pas les symptômes
E -	L'examen clinique est le plus souvent normal
QCM 3	Quel(s) signe(s) extra-digestif(s) peu(vent) être associé(s) au SII ?
A -	Céphalées
B -	Syndrome méningé
C -	Fièvre
D -	Fibromyalgie
E -	Par définition, aucun signe extra-digestif n'est associé au SII
QCM 4	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) indication(s) à une coloscopie au cours du SII ?
A -	Âge > 50 ans
B -	Symptômes d'apparition récente
C -	Amalgrissement
D -	Ballonnemement abdominal
E -	Diarrhée chronique
QCM 5	Parmi les propositions suivantes concernant l'évolution du SII, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	L'espérance de vie d'un patient qui a un SII est inférieure à la population générale
B -	L'objectif principal du traitement est l'amélioration de la qualité de vie
C -	L'objectif principal du traitement est la prévention d'une occlusion intestinale
D -	Les alternatives thérapeutiques non médicamenteuses n'ont aucune indication
E -	Les antibiotiques au long cours peuvent être utiles
QCM 6	Parmi les propositions suivantes concernant la diarrhée motrice, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Les selles sont souvent abondantes
B -	Les selles sont indépendantes des repas
C -	On retrouve parfois des aliments non digérés du précédent repas
D -	Le temps de transit est diminué
E -	Les selles nocturnes sont fréquentes

15

Réponse : A B C D E

- Les principes du traitement de la constipation sont les suivants :
 - ① Règles hygiéno-diététiques et prise en charge psychologique : systématiques
 - ② Laxatifs : osmotiques en première intention
 - Laxatifs par voie rectale en cas de constipation distale
 - Les laxatifs de lest, émollients sont utilisables en deuxième intention
 - Colokinétiques également en deuxième intention après échec des laxatifs osmotiques
 - Les laxatifs stimulants ont des effets secondaires qui les font réserver à des situations particulières et rares
 - Le traitement chirurgical est exceptionnel : utilisable lors d'un rectocèle ou d'inertie colique résistant à tous les autres traitements.

10	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les colites microscopiques débutent habituellement après 50 ans, touchant principalement les femmes ayant un terrain dysimmunitaire +/- facteur médicamenteux déclenchant • Leur définition est histologique <input checked="" type="checkbox"/> . On distingue : <ul style="list-style-type: none"> - La colite lymphocytaire - La colite collagène • Elles peuvent avoir un mode d'apparition progressif ou brutal. • Le tableau clinique consiste en une diarrhée sécrétoire, avec des impériosités et parfois un amaigrissement • Leur traitement est symptomatique • La colite s'atténue au bout de quelques années • <input checked="" type="checkbox"/> Il n'y a pas de risque de cancer colo-rectal.
11	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> La constipation touche 15 à 20 % de la population • <input type="checkbox"/> La prédominance est féminine, en raison du rôle des hormones sexuelles (progestérone) • Elle correspond à une insatisfaction du malade à la défécation (selles peu fréquentes, difficulté pour exonérer ou les deux) • Elle peut être : <ul style="list-style-type: none"> - Occasionnelle : Grossesse, alitement, voyage - Secondaire (liée à une cause organique) - Idiopathique
12	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dyschésie correspond à un trouble de l'évacuation rectale <input checked="" type="checkbox"/> . • Elle peut être liée : <ul style="list-style-type: none"> - A un dysfonctionnement des sphincters de l'anus entraînant un défaut d'ouverture du canal anal lors de la poussée - A des troubles de la statique pelvienne postérieure - A une altération de la sensation de besoin exonérateur due à une hyposensibilité rectale (syndrome de la queue de cheval) ou à un mégarectum
13	<p>Réponse : A C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les examens utiles sont : <ul style="list-style-type: none"> - Temps de transit colique des marqueurs radio-opaques - Manométrie ano-rectale - Rectographie dynamique (défécographie) - Manométrie colique - Rectoscopie avec effort de poussée • <input checked="" type="checkbox"/> La coloscopie sera utile pour trouver une origine organique à la constipation
14	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> En cas de constipation de transit (la plus fréquente) : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Le temps de transit est ralenti - La manométrie ano-rectale est normale • En cas de constipation distale : <ul style="list-style-type: none"> - On retrouve un ralentissement segmentaire recto-sigmoïdien sur le temps de transit. - Celui-ci peut toutefois être normal aux stades précoce - La manométrie ano-rectale, rectographie dynamique et rectoscopie avec efforts de poussée peuvent être utile pour déterminer l'étiologie de cette constipation

7	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Concernant la biologie de la RCH : <ul style="list-style-type: none"> On trouve un syndrome inflammatoire pendant les poussées, qui peut devenir chronique On peut trouver une anémie par carence martiale (inflammation + hémorragies digestives) Il y a également fréquemment une hypoalbuminémie par exsudation Par contre, il n'existe pas de syndrome de malabsorption (pas d'atteinte grêlique) Le profil immunologique est évocateur : ASCA négatifs, pANCA positifs. La coproculture avec recherche des toxines de C. difficile et parasitologie des selles doit être réalisée pour éliminer d'éventuels diagnostics différentiels. 																		
8	<p>Réponse : B</p> <ul style="list-style-type: none"> L'endoscopie dans la RCH retrouve : <ul style="list-style-type: none"> Des lésions continues sans intervalle de peau saine, touchant toujours le rectum et jamais l'iléon Des lésions superficielles monomorphe : muqueuse congestive et friable, perte de la muco-sécrétion, ulcération superficielle pouvant parfois aller jusqu'à toucher la muscleuse Limite nette entre la muqueuse saine et la muqueuse pathologique En microscopie : atteinte superficielle muqueuse avec inflammation et infiltration du chorion, abcès cryptiques peu fréquents et X pas de granulome épithélioïde. 																		
9	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none"> Le traitement de la RCH repose sur les principes suivants : <ul style="list-style-type: none"> Son objectif est de traiter les poussées et prévenir les rechutes afin d'éviter la chirurgie Les poussées sont traitées par dérivés 5-amino-salicylés en première intention, si besoin corticoïdes systémiques puis anticorps monoclonaux anti-TNF alpha ou anti-intégrines Le traitement d'entretien repose sur les dérivés 5-amino-salicylés en première intention, puis sur les immuno-supresseurs et immuno-modulateurs (Azathioprine, anti-TNF alpha) La chirurgie concerne 15 % des malades et consiste en l'ablation du côlon et du rectum. Elle concerne les patients en échec du traitement médical ou ayant des lésions préneoplasiques ou néoplasiques. 																		
	<p>Rappel sur les différences entre maladie de Crohn et RCH :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="288 1155 470 1188">Différence</th> <th data-bbox="470 1155 833 1188">Maladie de Crohn</th> <th data-bbox="833 1155 1226 1188">RCH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="288 1188 470 1394" style="text-align: center;">Clinique</td> <td data-bbox="470 1188 833 1394"> <ul style="list-style-type: none"> Sténose Fistule Abcès Localisation : anale, iléon, grêle, estomac, colique </td> <td data-bbox="833 1188 1226 1394"> <ul style="list-style-type: none"> Pas de sténose ou de fistule ou d'abcès Localisation : colique </td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1394 470 1503" style="text-align: center;">Anapath</td> <td data-bbox="470 1394 833 1503">Granulome épithélioïde, fissure transmurale</td> <td data-bbox="833 1394 1226 1503">Atteinte plutôt superficielle</td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1503 470 1612" style="text-align: center;">Score de poussée</td> <td data-bbox="470 1503 833 1612" style="text-align: center;">Best</td> <td data-bbox="833 1503 1226 1612" style="text-align: center;">Truelove et Witts</td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1612 470 1645" style="text-align: center;">Biologie</td> <td data-bbox="470 1612 833 1645" style="text-align: center;">ASCA positifs</td> <td data-bbox="833 1612 1226 1645" style="text-align: center;">ANCA positifs</td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1645 470 1725" style="text-align: center;">Endoscopie</td> <td data-bbox="470 1645 833 1725">Ulcération aphtoïde, lésions discontinues et profondes</td> <td data-bbox="833 1645 1226 1725">Lésions continues et superficielles</td> </tr> </tbody> </table>	Différence	Maladie de Crohn	RCH	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> Sténose Fistule Abcès Localisation : anale, iléon, grêle, estomac, colique 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de sténose ou de fistule ou d'abcès Localisation : colique 	Anapath	Granulome épithélioïde, fissure transmurale	Atteinte plutôt superficielle	Score de poussée	Best	Truelove et Witts	Biologie	ASCA positifs	ANCA positifs	Endoscopie	Ulcération aphtoïde, lésions discontinues et profondes	Lésions continues et superficielles
Différence	Maladie de Crohn	RCH																	
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> Sténose Fistule Abcès Localisation : anale, iléon, grêle, estomac, colique 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de sténose ou de fistule ou d'abcès Localisation : colique 																	
Anapath	Granulome épithélioïde, fissure transmurale	Atteinte plutôt superficielle																	
Score de poussée	Best	Truelove et Witts																	
Biologie	ASCA positifs	ANCA positifs																	
Endoscopie	Ulcération aphtoïde, lésions discontinues et profondes	Lésions continues et superficielles																	

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 type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La maladie de Crohn touche environ une personne sur 1000 (autant que la RCH) Elle peut débuter à tout âge, son pic de fréquence est entre 20 et 30 ans Elle peut atteindre tous les segments du type digestif, de la bouche à l'anus <input checked="" type="checkbox"/> Sa physiopathologie est complexe et met en jeu une prédisposition génétique, des facteurs environnementaux et des anomalies de la réponse immunitaire Tous ces facteurs aboutissent à une réaction inflammatoire intestinale dérégulée.
2	<p>Réponse : A B C</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Les segments les plus souvent touchés par la maladie de Crohn sont : <ul style="list-style-type: none"> - Iléon terminal - Côlon - Anus
3	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Plusieurs maladies peuvent avoir une présentation similaire à une poussée de maladie de Crohn : <ul style="list-style-type: none"> - Iléites infectieuses : Yersinia, Campylobacter, Salmonella. <input type="checkbox"/> En pratique, devant une iléite aiguë fébrile, on réalisera systématiquement une coproculture, avec instauration fréquente d'un traitement antibiotique. Le diagnostic de maladie de Crohn sera fait rétrospectivement - Tuberculose - Cancer ulcéreux de l'intestin grêle : lymphome ou adénocarcinome. <input checked="" type="checkbox"/> Par définition, une colite touche le côlon et n'est donc pas responsable d'une iléite isolée.
4	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les facteurs prédictifs de survenue de complications sont <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Lésions ano-périnéales précoces - Recours précoces à la corticothérapie - Âge de début précoce - Tabagisme actif.
5	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le traitement chirurgical a des indications de plus en plus restreintes. Il est indiqué en cas de complications (sténose ou fistule) La chirurgie doit se limiter à l'ablation des segments d'intestin malades <input checked="" type="checkbox"/> Malgré tout, 50 % des patients seront opérés dans les 10 ans suivant le diagnostic de maladie de Crohn
6	<p>Réponse : A C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> La RCH est aussi fréquente que la maladie de Crohn et se définit par : <ul style="list-style-type: none"> - Atteinte rectale constante, avec extension colique d'amont sans intervalle sain - Pas de lésion de l'iléon <input checked="" type="checkbox"/> Pas de lésion ano-périnéale <input checked="" type="checkbox"/> On l'évoque devant un syndrome dysentérique chronique (évacuations aéfcales glairo-sanglantes, ténèses et épreintes) Il est souvent associé avec la cholangite sclérosante primitive Le tabac est un facteur protecteur de la maladie.

QCM 14	Concernant la différence entre une constipation de transit et une constipation distale, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Le temps de transit colique est normal dans la constipation de transit La manométrie ano-rectale est normale dans la constipation de transit Le temps de transit colique montre un ralentissement recto-sigmoïdien dans une constipation distale La rectoscopie peut montrer une procidence rectale intra-anale expliquant une constipation distale Un trouble de la statique rectale provoque une constipation de transit
QCM 15	Concernant le traitement de la constipation, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A - B - C - D - E -	Il repose en première intention sur les laxatifs osmotiques Les règles hygiéno-diététiques sont systématiques Les colokinétiques peuvent être utilisés en deuxième intention Les laxatifs stimulants ne sont pas indiqués en première intention Le traitement chirurgical est exceptionnel

QCM 7	Concernant la biologie de la RCH, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	On peut trouver un syndrome de malabsorption
B -	Une carence martiale est possible
C -	Les ASCA sont le plus souvent positifs
D -	Les pANCA sont souvent positifs
E -	Une coproculture doit être systématiquement réalisée
QCM 8	Concernant l'endoscopie de la RCH, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	On trouve une atteinte transmurale
B -	Il existe une limite nette entre la muqueuse saine et la muqueuse pathologique
C -	Les abcès cryptiques sont fréquents
D -	Il n'y a pas de perte de la muco-sécrétion
E -	Les ulcéractions ne touchent jamais la muscleuse
QCM 9	Concernant le traitement de la RCH, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il a pour objectif de traiter les poussées et de prévenir les rechutes
B -	Les anti-intégrines sont utilisés en première intention pour les poussées
C -	Les dérivés 5-amino-salicylés sont utilisés en première intention comme traitement d'entretien
D -	Le traitement chirurgical doit être le plus économique possible
E -	Le traitement chirurgical concerne une minorité des malades
QCM 10	Concernant les colites microscopiques, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elles débutent habituellement après 50 ans
B -	Leur définition repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et scannographiques
C -	Elles sont à risque de cancer colo-rectal
D -	Elles peuvent débuter de façon aiguë
E -	Leur traitement est chirurgical
QCM 11	Concernant la constipation, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Elle concerne 50 % de la population
B -	Elle touche plus les femmes, car elles sont davantage soumises au stress que les hommes
C -	Elle correspond à des selles peu fréquentes ou difficiles à évacuer
D -	Elle peut être occasionnelle, secondaire ou idiopathique
E -	L'alimentation est une cause de constipation occasionnelle
QCM 12	Concernant les troubles de l'évacuation rectale (dyschésie), quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Le nombre de selles hebdomadaires est quasiment toujours diminué
B -	Elle peut être la conséquence d'un dysfonctionnement des sphincters de l'anus
C -	Elle peut être la conséquence d'une altération de sensation de besoin exonérateur
D -	Elle peut être liée à des troubles de la statique pelvienne antérieure
E -	Elle peut être due à un micro-rectum
QCM 13	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) les examen(s) utile(s) pour comprendre le mécanisme d'une constipation idiopathique en l'absence d'amélioration par les mesures hygiéno-diététiques et les laxatifs ?
A -	Temps de transit colique
B -	Coloscopie totale
C -	Manométrie ano-rectale
D -	Rectographie dynamique
E -	Manométrie colique

12	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sevrage alcoolo-tabagique est (évidemment) une priorité <input checked="" type="checkbox"/> • Le sevrage en alcool : <ul style="list-style-type: none"> - Diminue les douleurs dans un cas sur deux - Influence favorablement les traitements associés - Peut être obtenu chez plus de la moitié des patients • Le sevrage en tabac : <ul style="list-style-type: none"> - Divise par deux le risque de pancréalite aiguë - Limite le risque de décès par cancer ou affection cardio-vasculaire
13	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement de la douleur est complexe. On distingue : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement médical : antalgiques de palier 1 ou 2 (<input checked="" type="checkbox"/> on réserve les paliers 3 aux poussées hyperalgique pour ne pas favoriser une addiction supplémentaire), anti-inflammatoires et antalgiques type pré gabapline pour les douleurs permanentes - Traitement endoscopique : sphinctérotomie +/- prothèse pancréatique - Traitement chirurgical : dérivation du canal pancréatique principal • <input checked="" type="checkbox"/> Les traitements endoscopiques et chirurgicaux sont efficaces dans 80 % des cas
14	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> Le traitement des pseudo-kystes est endoscopique en première intention • Il consiste à un drainage à travers la papille principale ou une paroi digestive par écho-endoscopique • <input checked="" type="checkbox"/> Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas d'échec du traitement.
15	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pancréalite chronique est un facteur de risque connu d'adénocarcinome pancréatique • <input checked="" type="checkbox"/> Cependant, le risque absolu est < à 5 % et ne justifie pas de surveillance particulière.

Questions isolées QCM N° 10

QCM 1	Concernant la maladie de Crohn, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle peut toucher tous les segments du pic digestif
B -	Elle est deux fois plus fréquente que la recto-colite hémorragique
C -	Son pic de fréquence est entre 40 et 60 ans
D -	Elle met en jeu une réaction inflammatoire dérégulée
E -	Elle peut débuter à tout âge
QCM 2	Parmi les segments du tube digestif suivant, lequel (lesquels) est (sont) le(s) plus souvent touché(s) lors d'une maladie de Crohn ?
A -	Anus
B -	Iléon terminal
C -	Côlon
D -	Œsophage
E -	Jéjunum
QCM 3	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) peu(veut) provoquer une îleïte terminale en dehors de la maladie de Crohn ?
A -	Tuberculose
B -	Yersiniose
C -	Adénocarcinome du grêle
D -	Lymphome du grêle
E -	Colite ischémique
QCM 4	Parmi les propositions suivantes concernant la maladie de Crohn, lequel (lesquels) est (sont) un (des) facteur(s) prédictif(s) de survenue de complications ?
A -	Traitements par anti-TNF alpha
B -	Âge de début tardif
C -	Granulome épithélioïde sur les biopsies
D -	Tabagisme actif
E -	Recours précoce à la corticothérapie
QCM 5	Concernant le traitement chirurgical de la maladie de Crohn, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Il doit être entrepris le plus tôt possible
B -	Il doit se limiter à l'ablation des segments malades
C -	Il est envisagé au stade des complications
D -	Il n'est pas indiqué en cas de sténose colique
E -	90 % des malades seront opérés dans les dix ans suivant le diagnostic
QCM 6	Concernant la recto-colite hémorragique, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il ne provoque pas de lésions ano-périnéales
B -	Le tabagisme exerce un effet aggravant sur la RCH
C -	L'atteinte rectale est constante
D -	On doit évoquer le diagnostic devant un syndrome dysentérique chronique avec épreintes et ténèses
E -	Il est fréquemment associé avec la cholangite sclérosante primitive

7	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les causes d'hémorragie digestive dans une PC sont : <ul style="list-style-type: none"> - Wirsungorragie secondaire à une érosion vasculaire - Pseudo-kyste ou rupture d'un pseudo-anévrisme - Hypertension portale segmentaire présente chez 10 % des patients - <input type="checkbox"/> Autres causes liées au terrain (OH +++) : rupture de varices œsophagiennes due à une cirrhose...
8	<p>Réponse : B E</p> <ul style="list-style-type: none"> Les examens d'imagerie utiles au diagnostic de PC sont : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Le scanner sans et avec injection de produit de contraste en première intention, pour montrer les calcifications (cliché sans injection), éliminer les diagnostics différentiels et diagnostiquer des complications - L'échographie peut être utile mais ne voit pas le pancréas dans au moins un tiers des cas - La cholangio-pancréatographie par résonance magnétique est un examen de référence pour une cartographie canalaire biliaire et pancréatique. Elle ne visualise cependant pas les calcifications, et mal les anomalies parenchymateuses - L'écho-endoscopie peut être utile au début de l'évolution de la maladie. - <input checked="" type="checkbox"/> Le cliché d'abdomen sans préparation n'a aucun intérêt
9	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> L'imagerie classique d'une PC est la suivante <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - A la phase précoce, signes d'inflammation au cours des poussées aiguë - A la phase chronique : <input checked="" type="checkbox"/> calcifications pancréatiques (pathognomoniques !), anomalies du Wirsung (dilatations, irrégularité de calibre et parenchymateuses) et parenchymateuses (fibrose) - Le pancréas, initialement augmenté de volume, s'atrophie par la suite.
10	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> Le diagnostic repose sur un faisceau d'argument cliniques, biologiques et scannographiques : <ul style="list-style-type: none"> - Anomalies canalaire typiques - Calcifications pancréatiques - Insuffisance pancréatique exocrine - <input checked="" type="checkbox"/> La preuve histologique n'est que rarement recherchée • Le diagnostic est donc difficile au début de la maladie <input type="checkbox"/> • <input checked="" type="checkbox"/> Une lipase > 3 N et/ou des pseudo-kystes peuvent se voir dans une pancréatite aiguë et ne signent pas la pancréatite chronique.
11	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"> Entre 0 et 5 ans d'évolution : <ul style="list-style-type: none"> - <input checked="" type="checkbox"/> Douleurs pancréatiques - Complications précoces : poussées de pancréatite aiguë, pseudo-kystes, épanchement des séreuses... • Entre 5 et 10 ans d'évolution : <ul style="list-style-type: none"> - Raréfaction des douleurs pancréatiques - Diminutions des complications précoces • Après 10 ans d'évolution : <ul style="list-style-type: none"> - Complications tardives : insuffisance pancréatique endocrine et exocrine - Mortalité à 10 ans = 20 %, liée au terrain

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<p><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"/> 1ère idée</p>
1	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> La pancréatite chronique est une inflammation chronique du pancréas • Elle aboutit à une fibrose progressive du parenchyme pancréatique, puis à une destruction plus ou moins complète de la glande • Elle affecte d'abord le tissu exocrine, puis endocrine • Au stade initial, la maladie se caractérise par des douleurs chroniques qui représentent la principale traduction clinique de la maladie, et des poussées de pancréatite aiguë
2	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pancréatite chronique touche 25 personnes pour 100 000 habitants dans les pays occidentaux • Elle touche 8 hommes pour 2 femmes • L'âge moyen au premier symptôme est de 40 ans • <input checked="" type="checkbox"/> L'alcool représente le principal facteur de risque (70-85 % des pancréatite chronique)
3	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> L'alcool est la principale étiologie de la pancréatite chronique • La PC apparaît généralement après 10-15 ans d'intoxication alcoolique d'où le pic de fréquence vers 40 ans) • On considère qu'il faut consommer 100 à 150 g d'alcool pur par jour pour développer une PC (10-15 verres de vin, de bière ou d'alcool fort) • Moins de 5 % des consommateurs excessifs d'alcool développeront cependant une PC • <input checked="" type="checkbox"/> Le tabac est associé dans 80 % des cas
4	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une poussée douloureuse est expliquée par <input type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Une obstruction canalaire liée à la PC - Une poussée de pancréatite aiguë - Un pseudo-kyste et ses complications : compression, rupture, hémorragie intra-kystique
5	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> • La douleur pancréatique est <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> - Epigastrique <input checked="" type="checkbox"/> - Transfixante à irradiation postérieure - Intense, permanente - Augmentée par les repas, diminuée par l'antéflexion et les AINS - A type de broiement - Elle évolue par poussée - Elle disparaît après 10-20 ans d'évolution • Toutes ces propositions désignent une douleur typique. Celle-ci peut être très polymorphe et différente d'un patient à l'autre.
6	<p>Réponse : D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le pseudo-kyste est une collection liquidienne contenant du suc pancréatique ou de la nécrose pancréatique calcifiée <input checked="" type="checkbox"/> • Il complique 20 à 40 % des PC • Il peut se former suite à une poussée aiguë ou par rétention canalaire • Il peut rester stable, régresser ou se compliquer • Il est hypoéchogène à l'échographie, comme toute collection liquidienne <input checked="" type="checkbox"/>

QCM 14	Parmi les propositions suivantes concernant le traitement des pseudo-kystes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il repose en première intention par un traitement endoscopique
B -	Il repose en première intention par un traitement chirurgical
C -	Il consiste à exciser le pseudo-kyste
D -	Il consiste à drainer le pseudo-kyste
E -	Il est fait le plus souvent par voie transcutanée
QCM 15	Quelle surveillance proposez-vous chez un patient atteint de PC vis-à-vis du risque accru d'adénocarcinome du pancréas ?
A -	Echographie annuelle
B -	TDM tous les 6 mois
C -	TDM tous les ans
D -	Dosage régulier du CA 19-9
E -	Aucune surveillance particulière

QCM 7	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) l(es) étiologie(s) possible(s) d'une hémorragie digestive chez un patient atteint de PC ?
A -	Wirsungorragie secondaire à une érosion vasculaire
B -	Pseudo-kyste
C -	Hypertension portale
D -	Cirrhose associée à la PC
E -	Syndrome de Zollinger-Ellison
QCM 8	Parmi les propositions suivantes concernant l'imagerie de la PC, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle repose en première intention sur l'Abdomen sans préparation pour montrer les calcifications pancréatiques
B -	Elle repose en première intention sur le scanner abdominal
C -	Les calcifications se voient particulièrement bien sur un cliché injecté
D -	Le pancréas est vu dans 80 % des échographies
E -	L'écho-endoscopie peut être utile au début de l'évolution de la maladie
QCM 9	Parmi les propositions suivantes concernant l'imagerie de la PC, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Au stade précoce, on note de nombreuses calcifications
B -	Le parenchyme est le plus souvent normal
C -	Les calcifications sont pathognomoniques de la PC
D -	On note des anomalies canalaire (dilatation, irrégularité de calibre)
E -	A la phase chronique, le parenchyme est systématiquement diminué de volume
QCM 10	Concernant le diagnostic de la PC, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Le diagnostic est facilement fait aux stades précoce de la maladie
B -	Une preuve histologique à la recherche de fibrose doit être systématiquement recherchée
C -	Le diagnostic repose sur un faisceau d'argument cliniques, biologiques et scannographiques
D -	Le diagnostic repose sur une lipasémie > 3 N
E -	Le diagnostic est fait sur la présence d'un pseudo-kyste en imagerie
QCM 11	Concernant l'évolution de la PC, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Les cinq premières années correspondent à une douleur chronique
B -	Les poussées de pancréatite aiguë augmentent au cours de l'évolution
C -	Les douleurs pancréatiques diminuent au cours de l'évolution
D -	Les pseudo-kystes disparaissent généralement après 15 ans d'évolution
E -	La mortalité est de 80 % à 20 ans chez les patients ayant une PC alcoolique
QCM 12	Concernant le sevrage alcoololo-tabagique dans la PC, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Il est nécessaire
B -	Le sevrage alcoolique échoue dans moins de la moitié des patients atteints de PC
C -	L'arrêt de l'alcool diminue les douleurs chez un patient atteint de PC
D -	L'arrêt du tabac n'a pas d'incidence sur le risque de poussée de pancréatite aiguë
E -	Le sevrage alcoolique influence favorablement les traitements endoscopiques ou chirurgicaux
QCM 13	Concernant le traitement de la douleur chronique, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Il repose sur les antalgiques de palier 3 (morphiniques)
B -	Les douleurs permanentes peuvent être traitées par anti-inflammatoires
C -	Les traitements chirurgicaux sont peu efficaces
D -	Le traitement endoscopique peut consister à une sphinctérotomie endoscopique
E -	La prise en charge de la douleur est souvent complexe

Questions isolées QCM N° 9

QCM 1 | Concernant la pancréatite chronique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- A - Il s'agit d'une infection chronique du pancréas
- B - Elle affecte d'abord le tissu endocrine, puis exocrine
- C - Au stade initial, la maladie est caractérisée par des poussées de pancréatite aiguë
- D - La pancréatite chronique aboutit à une destruction plus ou moins complète de la glande pancréatique
- E - La principale traduction clinique de la maladie consiste en des douleurs chroniques

QCM 2 | Concernant l'épidémiologie de la pancréatite chronique, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- A - Elle touche principalement les hommes
- B - Le sex-ratio est de 1
- C - L'alcool est le principal facteur de risque
- D - L'âge moyen au premier symptôme est de 60 ans
- E - L'âge moyen au premier symptôme est de 40 ans

QCM 3 | Concernant la pancréatite chronique et l'alcool, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- A - Le tabac est également associé dans 80 % des cas
- B - Il faut redouter un cancer du pancréas devant une pancréatite chronique après > 60 ans
- C - Elle peut apparaître à partir de 3 verres d'alcool par jour pendant 10 à 15 ans
- D - Plus de 25 % des consommateurs d'alcool vont développer une pancréatite chronique
- E - A quantité égale, le risque est plus élevé chez les consommateurs de whisky que chez les consommateurs de bière

QCM 4 | Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) explique(nt) une poussée douloureuse chez un patient atteint de PC ?

- A - Apparition d'un diabète
- B - Obstruction canalaire
- C - Compression par un pseudo-kyste
- D - Poussée de pancréatite aiguë
- E - Malabsorption des vitamines liposolubles

QCM 5 | Concernant la douleur liée à une PC, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle est transfixante
- B - Elle est hypogastrique
- C - Elle est augmentée par l'antéflexion et calmée par les repas
- D - Elle disparaît après 3-5 ans d'évolution
- E - Elle évolue par poussées

QCM 6 | Parmi les propositions suivantes concernant les pseudo-kyste, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- A - Ils se forment systématiquement à l'occasion d'une poussée aiguë
- B - Ils compliquent 5 à 10 % des PC
- C - Il s'agit d'une collection biliaire au contact du pancréas
- D - Il peut rester stable, régresser ou se compliquer
- E - Ils sont hyperéchogènes en imagerie