

Onglet 1

[DP 2 : TOM](#)
[QI 11 : QROC](#)
[QI 21 : QRM](#)
[QI 12 QRPC](#)
[QI 13 QROC](#)
[QI 16 : QRPC](#)

[Camille](#)

[Louis](#)

[Elisa](#)

[DP7](#)

[MALO](#)

[Cardio](#)

[QI 5](#)

[RHUMATO](#)

[QROC 18](#)

[QI 19](#)

[ORTHO](#)

[KFP](#)

[PNEUMOLOGIE](#)

Manon :

2 QI cardio :

Q1)

A propos des endocardites infectieuses (une ou plusieurs réponses correctes) :

- A. Il y a 40 % de mortalité hospitalière.
- B. Le diagnostic repose notamment sur 3 paires d'hémocultures espacées d'au moins 1h sur les 24 premières heures, prélevées sur les cathéters déjà en place.
- C. Une ETO normale à 48h élimine le diagnostic.
- D. L'antibiothérapie probabiliste d'une EI sur valve native ou prosthétique >1 an repose sur AMOXICILLINE + OXACILLINE + GENTAMICINE.
- E. L'antibiothérapie de l'EI est bactéricide, à forte dose et dure 4 à 6 semaines en général.

Correction Q1) :

- A. La mortalité hospitalière des EI est de 15 à 30%.
- B. Le diag repose sur 3 paires d'hémocultures, espacées d'au moins 1h sur les 24 premières heures, jamais prélevées sur KT en place !!!! (sauf recherche d'infection sur voie avec pousse différentielle, mais vous n'aurez pas les 2 aux EDNs, dans le cadre d'une EI on recherche la bactériémie et on argumente avec les autres examens).
- C. Une ETT et/ou ETO normale n'écarte pas le diagnostic et sont à refaire à J7-J10.
- D. E. Antibiothérapie d'une EI = bactéricide, plusieurs molécules, forte dose, IV, 4 à 6 semaines minimum.

→ AtbT probabiliste sur valve native ou prosthétique de plus d'un an : AMOXICILLINE (pénicilline A contre bact G+) + OXACILLINE (Pénicilline M contre pénicillinase) + GENTAMICINE (aminoside contre G-) ou VANCOMYCINE (glycopeptide contre SARM) + GENTAMICINE si allergie aux pénicillines.

→ AtbT probabiliste sur EI non communautaire ou prosthétique de moins de 1 an : VACOMYCINE + GENTAMICINE + RIFAMPICINE.

→ Staph aureus ou à coagulase neg : OXACILLINE 6sem (+ genta 2 sem + rifam 6 sem si prothèse).

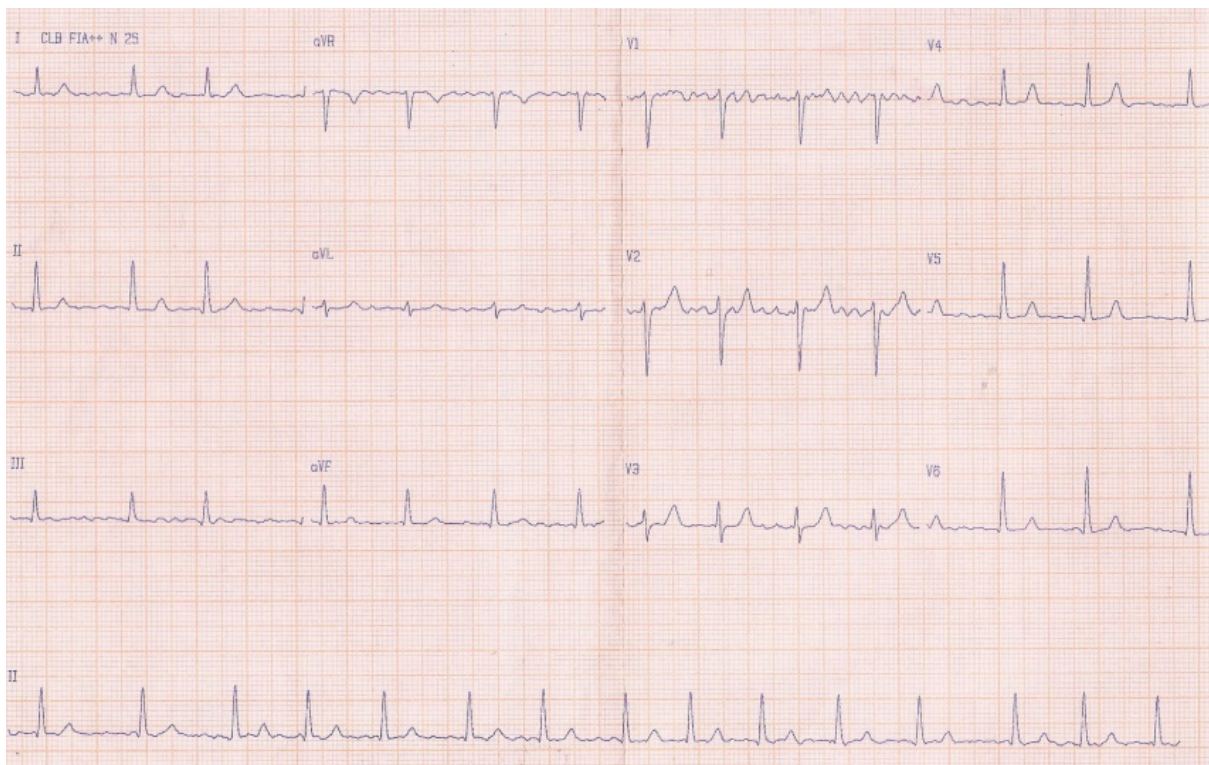
→ Strept oraux et du groupe D : péni G ou AMOX ou CEFTRIAXONE 4 sem ou 2 sel si GENTA

→ Entérocoque : AMOX + GENTA 6 sem ou AMOX + CEFTRIAXONE 6sem

→ Chir à distance ou aiguë si urgence.

→ prophylaxie dentaire : AMOX ou CLINDA (si allergie péni) 30 à 60 min avant le geste.

Q1 2) M. BEUZEC, 68 ans, 98kg pour 1m76, se présente aux urgences pour une sensation de dyspnée, des palpitations et surtout plusieurs épisodes de lipothymies et d'accès de faiblesse depuis "quelque temps". Aux urgences, un ECG est réalisé, que voici :



A propos de la prise en charge de ce patient (une ou plusieurs réponse(s) correcte(s)) :

- A. Sa pathologie est en lien fort avec son obésité.
- B. Il faudra lui faire un bilan biologique avec : ionogramme, bilan thyroïdien, NFS, créatininémie, bilan hépatique, hémocultures.
- C. Le bilan devra contenir une polygraphie nocturne.
- D. Le patient nécessite une mise sous anti agrégant plaquettaires immédiate.
- E. Le patient nécessite une cardioversion immédiate.

Correction :

- A. Vrai
- B. Pas besoin d'hémocultures car aucun signe infectieux qui aurait pu entraîner ou faire décompenser une FA. Le reste est systématique.
- C. Chez patient obèse avec découverte de FA, la recherche de SAS doit être systématique.
- D. Pas de mise sous AAP immédiate mais sous AOD ou HNF IV à TCA 2-3 pour relai AVK pour essayer la cardioversion à 3 semaines. En effet, nous ne savons pas quand la FA a commencé (la cardioversion immédiate étant possible que si la FA date de moins de 48h ou si nous sommes sûrs qu'il n'y a pas de thrombus dans le VG) et nous ne sommes pas dans une situation d'urgence immédiate.

1 DP rhumato

Q1) Un patient de 20 ans consulte aux urgences pour une lombalgie d'apparition brutale, à la suite d'un déménagement. Cette dernière est majorée au mouvement et le soir mais cède au repos. Le patient a comme antécédent une appendicectomie, sa sœur a une maladie de Crohn. Il fait de la natation et a un job étudiant dans un fast food, qui se passe bien.

A l'interrogatoire, il explique avoir peur de se retrouver en fauteuil comme son copain qui a eu très mal au dos, a dû se faire opérer et a maintenant perdu toute la force dans ses jambes.

A propos de ce patient, une ou plusieurs réponse(s) correcte(s) :

- A. Cette lombalgie est suspecte d'étiologie secondaire.
- B. Il s'agit de l'affection la plus invalidante du monde.
- C. Il y a des drapeaux jaunes.
- D. Il y a des drapeaux noirs.
- E. Il y a des drapeaux rouges.

Correction :

- A. Lombalgie mécanique typique du sujet jeune avec notion de traumatisme, douleur d'horaire mécanique, pas de déficit, pas de facteurs de risque ni de drapeaux rouges.
- B. Vrai, avec 20% de récurrence (texte collègue).
- C. Vrai. Drapeaux jaunes = indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée :
 - Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
 - Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave
 - Un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
 - Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.

- Manque de soutien social
- D. Faux. Drapeaux noirs = Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance:
- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
 - Insécurité financière.
 - Critères du système de compensation.
 - Incitatifs financiers.
 - Manque de contact avec le milieu de travail.
 - Durée de l'arrêt maladie
 - Bénéfice secondaire
 - Dureté du travail
- E. Faux : Drapeaux rouges indiquent une potentielle étiologie secondaire qui doit pousser à réaliser des examens secondaires :
- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
 - Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
 - Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
 - Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
 - Perte de poids inexplicée.
 - Antécédent de cancer.
 - Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
 - Déformation structurale importante de la colonne.
 - Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
 - Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
 - Fièvre.
 - Altération de l'état général

Q2) :

Votre examen ne retrouve pas de déficit sensitivo-moteur mais retrouve une contracture des muscles paravertébraux et une raideur rachidienne. Il n'y a pas d'autre douleur, ou symptôme. Vous souhaitez prescrire au patient, une ou plusieurs réponse(s) correcte(s) :

- A. Une radiographie du rachis.
- B. Un bilan biologique avec au minimum une NFS et une CRP.
- C. **Aucun examen.**
- D. Du repos avec un arrêt de travail et un arrêt de son sport (natation), avec pour conseil de bouger le moins possible.
- E. Un scanner.

Correction : Pas d'examen devant une lombalgie typique de moins de 6 semaines. Le seul traitement est l'antalgie et le mouvement. Attention, le repos peut chroniciser la pathologie !!

Q3) Votre prise en charge a bien soulagé votre patient. Vous le revoyez 5 ans plus tard, alors qu'il a 25 ans. Il présente à nouveau une lombalgie, d'aggravation progressive, depuis 3 ans. La douleur le gêne le matin avec un dérouillage d'environ 1h. Il est réveillé la nuit vers 5h. On ne retrouve pas d'altération de l'état général ni de fièvre. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

>> spondyloarthrite, spondyloarthrites, spondylarthrites, spodylarthrite, spondylarthrites ankylosante, spondylarthrites ankylosantes, spondylarthrite ankylosante

Correction : Ce patient de 25 ans présente une lombalgie évoluant depuis 5 ans, avec un horaire typiquement inflammatoire : douleur maximale le matin, avec un dérouillage d'environ une heure, et un réveil nocturne vers 5 h du matin, ce qui est très évocateur d'une douleur rachidienne inflammatoire. L'âge jeune, l'évolution chronique, l'horaire inflammatoire, ainsi que l'antécédent familial de pathologie inflammatoire digestive (maladie de Crohn chez sa sœur) orientent fortement vers le groupe des spondyloarthrites. L'absence de fièvre et d'altération de l'état général est classique dans les formes débutantes.

Il ne s'agit pas d'une lombalgie mécanique, car celle-ci est classiquement majorée à l'effort, calmée par le repos, sans réveil nocturne, et sans dérouillage prolongé. Il ne s'agit pas non plus d'une lombalgie infectieuse ou tumorale en l'absence de fièvre, d'AEG et de syndrome inflammatoire rapporté.

Q4) Vous diagnostiquez une spondylarthrite.
Quels sont les 2 examens de 1ère intention ?

A. Radiographie du rachis dorsal et lombaire de face et de profil

B. Scanner du rachis

C. Radiographie du bassin de face

D. Scintigraphie

E. IRM du rachis

Correction :

Dans une suspicion de spondylarthrite axiale chez un homme jeune avec lombalgies inflammatoires (dérouillage matinal > 1 h, réveils nocturnes, évolution chronique),

l'imagerie de première intention repose sur la radiographie standard, qui reste la porte d'entrée obligatoire en pratique.

La radiographie du bassin de face est l'examen clé initial, car elle permet de rechercher une sacro-iliite. C'est l'examen de référence initial recommandé.

La radiographie du rachis dorsal et lombaire de face et de profil est également un examen de première intention, car elle permet de rechercher des signes structuraux évocateurs (syndesmophytes, aspect en colonne de bambou) dans les formes évoluées. Elle fait partie du bilan standard initial.

L'IRM est indiquée en seconde intention, si les radiographies sont normales alors que la suspicion clinique reste forte, afin de rechercher une sacro-iliite infra-radiologique. Elle n'est donc pas l'examen de première intention.

Le scanner n'est pas un examen de première intention à cause de l'irradiation et de l'absence d'information sur l'inflammation active.

La scintigraphie est aujourd'hui abandonnée dans cette indication.

Q5) Quelles sont les deux anomalies que vous identifiez sur ces radiographies ?



A. Ostéophytes

B. Syndesmophytes

C. Coxite

D. Fusion de l'articulation sacro-iliaque

E. Érosion du plateau L4-L5

Correction :

Sur la radiographie du bassin de face, on observe une disparition des interlignes articulaires sacro-iliaques, avec un aspect de pont osseux entre le sacrum et les ailes iliaques, traduisant une fusion sacro-iliaque bilatérale. C'est une lésion typique des formes évoluées de la spondylarthrite, conséquence de l'inflammation chronique des enthèses sacro-iliaques, évoluant vers une ankylose.

Il ne s'agit pas d'une coxite, car les interlignes coxo-fémoraux restent respectés sans pincement concentrique.

Sur la radiographie du rachis, on observe des ponts osseux fins verticaux reliant les corps vertébraux entre eux, avec un aspect régulier, non massif, donnant l'aspect caractéristique de « colonne en bambou ». Ces ponts correspondent à des syndesmophytes, qui sont la traduction d'une ossification des enthèses des ligaments longitudinaux.

Il ne s'agit pas d'ostéophytes, qui sont des excroissances osseuses horizontales, volumineuses, typiques de l'arthrose et non des spondyloarthrites.

Il n'y a aucun argument radiologique pour une érosion isolée du plateau L4–L5, et ce type de lésion n'est pas évocateur en première intention de spondylarthrite.

Q6 :

Quels sont les deux traitements à administrer à la fin de cette première consultation ?

A. Corticoïdes

B. AINS

C. Antalgiques de palier 1

D. Méthotrexate

E. Anti-TNF

Correction :

La prise en charge initiale d'une spondylarthrite repose sur le traitement symptomatique de première ligne, associé à la rééducation et au maintien de l'activité physique.

Les AINS constituent le traitement de base de première intention. Ils ont un double effet antalgique et anti-inflammatoire, et c'est leur efficacité marquée qui est elle-même un argument diagnostique indirect de la spondylarthrite. La proposition B est donc vraie.

Les antalgiques de palier 1, comme le paracétamol, peuvent être associés pour améliorer le confort, même s'ils sont en général moins efficaces sur la composante inflammatoire. Ils font partie de la prise en charge initiale. La proposition C est donc vraie.

Les corticoïdes par voie générale ne sont pas un traitement de fond de la spondylarthrite et ne sont pas utilisés systématiquement.

Le méthotrexate est inefficace sur la spondylarthrite axiale pure.

Les anti-TNF sont indiqués en seconde intention, uniquement en cas d'échec des AINS bien conduits.

Q7)

Vous évoquez une spondylarthrite ankylosante. Sur quels paramètres évaluez-vous l'activité de la maladie ?

- A. Dosage de la créatinine
- B. Score ASDAS
- C. CRP
- D. DAS 28
- E. BASDAI

Correction :

L'activité de la spondylarthrite ankylosante correspond au degré d'inflammation évolutive de la maladie à un moment donné. Elle doit être évaluée de façon clinique et biologique, car elle conditionne directement les adaptations thérapeutiques, notamment l'introduction d'une biothérapie (anti-TNF, anti-IL17).

Le score BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) est un score purement clinique, basé sur 6 items évaluant la fatigue, les douleurs rachidiennes, les douleurs articulaires périphériques, l'inconfort des enthèses et la raideur matinale. Il est simple, validé et largement utilisé en pratique. La proposition E est donc vraie.

Le score ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*) est aujourd'hui le score de référence, car il combine des données cliniques et biologiques, notamment la CRP. Il permet une évaluation plus fine et plus objective de l'activité inflammatoire que le BASDAI seul. La proposition B est donc vraie.

La CRP est un marqueur biologique direct de l'inflammation, souvent élevées dans les formes actives de la spondylarthrite. Elle est intégrée dans le score ASDAS-CRP et constitue un paramètre fondamental de suivi. La proposition C est donc vraie.

Le DAS28 est un score utilisé exclusivement dans la polyarthrite rhumatoïde, basé sur 28 articulations périphériques. Il n'a aucune validité dans la spondylarthrite axiale. La proposition D est donc fausse.

Le dosage de la créatinine évalue la fonction rénale, utile avant certains traitements, mais ne renseigne absolument pas sur l'activité de la spondylarthrite. La proposition A est donc fausse

2 DP Manon psy :

DP1 - Q1 :

Un homme de 35 ans consulte en addictologie pour un trouble de l'usage de l'alcool. Il est professeur de psychologie en faculté mais il a toujours eu les plus grandes difficultés à prendre la parole en public. Depuis quelques années, il s'alcoolise avant de partir au travail afin de diminuer son anxiété à l'idée de donner cours et pour diminuer les crises d'angoisse qu'il peut avoir dans ces situations. De manière générale, il a toujours été sensible au jugement d'autrui.

Devant ce tableau clinique, quel trouble psychiatrique comorbide du trouble de l'usage d'alcool est le plus probable ? (une réponse attendue)

- A. Phobie scolaire
- B. Trouble de la personnalité évitante
- C. Phobie sociale
- D. Trouble de l'adaptation
- E. Trouble panique

Q2)

Le diagnostic de phobie sociale est confirmé.

Quel traitement médicamenteux de fond est indiqué chez ce patient ? (une seule réponse exacte)

- A. Anxiolytique non benzodiazépine type hydroxyzine à visée sédatrice et anxiolytique
- B. Traitement antabuse (disulfiram)
- C. Benzodiazépine
- D. LAROXYL (Amitriptyline)
- E. Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Q3)

Un traitement par inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline est prescrit (venlafaxine).

Quelles actions doivent systématiquement accompagner cette prescription ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- A. Prévenir le patient du risque de syndrome d'arrêt des antidépresseurs en cas d'arrêt brutal
- B. Prévenir le patient que le traitement sera poursuivi plus de 6 mois après rémission
- C. Réaliser un électrocardiogramme
- D. Déconseiller la conduite automobile pendant la durée du traitement
- E. Réaliser un bilan de la fonction rénale

DP2 - Q1) :

Une femme de 30 ans vous consulte, car elle se pose des questions sur sa consommation d'alcool. En semaine, elle déclare environ une demi bouteille de vin le soir quand elle cuisine. Le week-end, elle sort tous les samedis soirs avec ses amis et boit une dizaine de shots (demi bouteille de vodka). Le dimanche, elle se lève tard et a du mal à se motiver pour être active. Cette consommation s'est installée progressivement depuis ses 20 ans. Elle a même eu un avertissement au travail car elle est arrivée alcoolisée un vendredi matin.

Hypothèse:

Si vous pensez à un diagnostic d'usage nocif d'alcool

Information additionnelle:

Et que vous observez une anxiété généralisée croissante depuis environ 5 ans

Question:

Cette nouvelle information rend le diagnostic

- A. Très peu probable
- B. Peu probable
- C. Ni plus ni moins
- D. Probable
- E. Très probable

Q2)

Hypothèse:

Si vous pensez à un diagnostic de dépendance à l'alcool

Information additionnelle:

Et que la patiente boit en cachette

Question:

Cette nouvelle information rend le diagnostic

- A. Très peu probable
- B. Peu probable
- C. Ni plus ni moins
- D. Probable (0,5)
- E. Très probable

Q3)

Quelle est l'item sur lequel il ne faut pas oublier de questionner la patiente (réponse courte) :

>> Idées suicidaires

DP3) Q1):

Mme M., 29 ans se présente à votre cabinet de médecine générale pour tristesse de l'humeur. Elle vous précise que ses symptômes ne font que s'aggraver avec une perte

d'intérêt pour l'athlétisme qu'elle pratiquait au quotidien, des difficultés d'endormissement et des réveils précoces (ne dort que 4 heures par nuit). Elle se sent fatiguée, surtout au réveil mais également sur le reste de la journée. Cela impacte son appétit avec une perte d'appétit et de 5kg en 1 mois. Elle n'a pas d'antécédent personnel particulier. Sur le plan familial, elle vous rapporte que sa mère a déjà fait plusieurs épisodes dépressifs caractérisés et que sa tante maternelle s'est suicidée. Elle même a déjà fait 2 épisodes dépressifs caractérisés sur les 5 dernières années.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous proposer dans la situation de Mme M ?

- A. Dosage de la calcémie
- B. Dosage de la TSH
- C. Dosage de la CRP
- D. Créatinémie
- E. Scanner cérébral

Q2):

Vous avez prescrit un bilan biologique et, dans l'attente des résultats, vous avez prescrit de l'oxazepam à visée anxiolytique chez Madame M, âgée de 24 ans. Elle revient vous voir une semaine après avec les résultats de son bilan sanguin qui est normal. Vous évoquez donc l'hypothèse d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) d'intensité modérée. Quelle(s) est/sont la/les réponse(s) vraie(s) concernant l'EDC de Mme M. ?

- A. L'âge de Mme M. est classique pour un premier EDC
- B. Le fait qu'elle ait des antécédents familiaux de troubles dépressifs récurrents n'était pas un facteur de risque
- C. Etre un homme est un facteur de risque de mortalité dans les EDC.
- D. Elle fait partie des 10% de la population qui développent un EDC en France chaque année
- E. Les femmes sont 4 fois plus touchées que les hommes

Q3):

Concernant la prise en soins pharmacologiques de l'épisode dépressif caractérisé de Mme M. quelle(s) est/sont la/les réponse(s) vraie(s) ?

- A. Un traitement par lithium est recommandé
- B. Si vous prescrivez un antidépresseur, il faudra réévaluer l'efficacité du traitement à une semaine de l'introduction
- C. Si vous prescrivez un antidépresseur, l'arrêt pourra être discuté dès la rémission des symptômes
- D. Si vous prescrivez un antidépresseur, il est recommandé de prescrire un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- E. Le traitement par oxazépam que vous aviez initialement prescrit ne doit pas être arrêté

Q4)

Vous la revoyez en consultation 2 mois plus tard. Vous constatez une amélioration assez spectaculaire. Elle rentre dans votre cabinet en sifflotant, après avoir fait des blagues à toute la salle d'attente. Elle est maquillée, et parle de manière voluptueuse. Elle vous rapporte que depuis cinq jours ses idées morbides ont disparu et qu'elle a récupéré de l'entrain. A son travail, sa patronne lui a dit que cela faisait plaisir de la voir aussi productive. D'ailleurs, sa productivité s'étend dans sa vie personnelle car elle a rangé tout son dressing et sa cuisine ce matin, à 4h. Heureusement, grâce à votre traitement miracle, elle n'a plus besoin que de 3h de sommeil et elle ne se sent pas fatiguée ! Bien que vous n'objectiviez pas de conséquences délétères majeures vous ne comprenez pas cette amélioration subite. Quel épisode clinique est compatible avec la description ?

>> Épisode Hypomaniaque, Hypomanie, virage de l'humeur maniaque, Hypomaniaque, virage maniaque

DP 2 : TOM

Vous êtes interne aux urgences et recevez Mme V. pour détresse respiratoire aiguë. Il s'agit d'une patiente de 71 ans qui présente comme principaux antécédents un cancer du sein gauche traité par tumorectomie et radiothérapie il y a 20 ans ainsi qu'une hypertension artérielle ancienne pour laquelle elle est traitée par ramipril et amlodipine.

Dans le box, la patiente est angoissée et dyspnéique. L'auscultation retrouve un souffle systolique et des crépitations bilatéraux remontant jusqu'à mi-champs.

Ses constantes sont les suivantes : pression artérielle : 164/88 mmHg, saturation à 88% sous 5L aux lunettes, fréquence cardiaque : 92 bpm, température : 37,6°C.

Question 1 : QRPC

Parmi les examens suivants, quels sont les trois que vous réalisez en première intention ?

- A. électrocardiogramme
- B. angioscanner thoracique
- C. radiographie thoracique
- D. gazométrie artérielle
- E. D-dimères

Correction : A, C, D

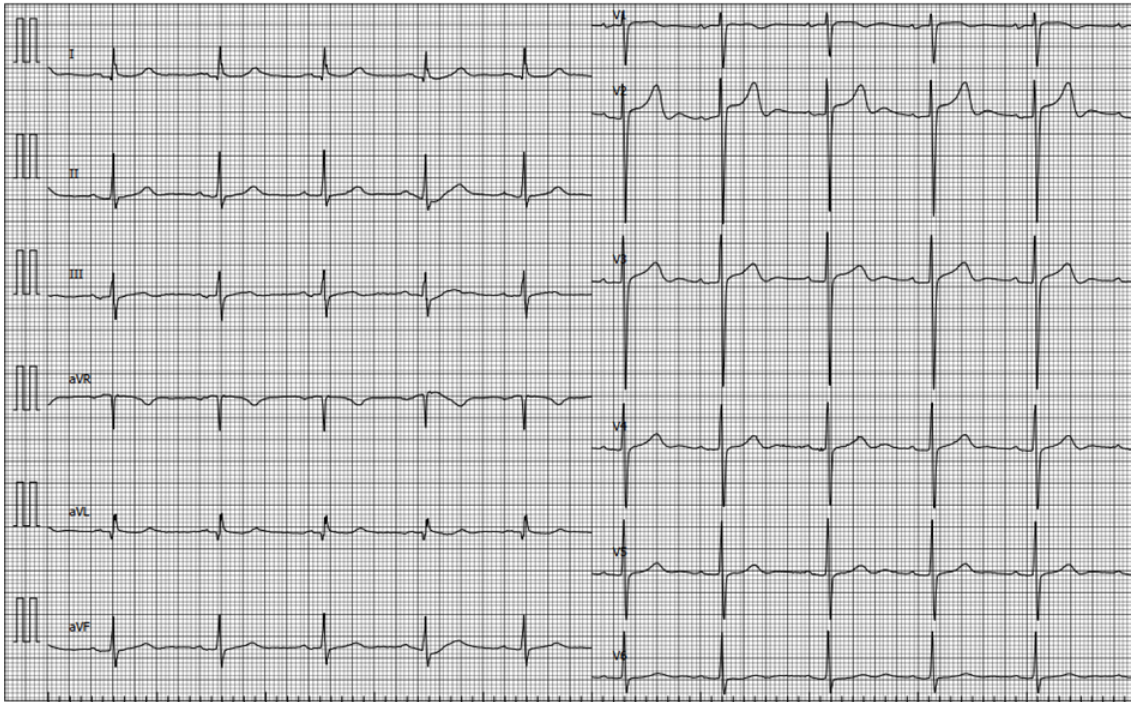
Face à cette situation de détresse respiratoire aiguë avec probable oedème aigu pulmonaire chez cette patiente qui présente des signes de décompensation cardiaque gauche (crépitations bilatéraux, oedèmes, etc) les 3 examens essentiels à demander sont : un électrocardiogramme, une radiographie thoracique, un gazométrie artérielle. Ceux-ci permettent de s'orienter rapidement sur l'étiologie de la détresse respiratoire aiguë et d'en évaluer la gravité.

- A. Un électrocardiogramme est un examen rapide et essentiel qui est à réaliser devant toute dyspnée aiguë à la recherche d'une origine cardiaque, d'autant plus que la patiente présente des signes d'insuffisance cardiaque gauche.
- B. L'angioscanner thoracique est indiqué en cas de forte suspicion d'embolie pulmonaire chez un patient stable ou en cas de suspicion de dissection aortique. Ici, en dehors de sa dyspnée, la patiente ne présente aucun symptômes évocateurs d'embolie pulmonaire (turgescence jugulaire, douleur thoracique, reflux hépatojugulaire, absence d'oedème et auscultation pulmonaire le plus souvent normale). De même l'absence de douleur thoracique rend très peu probable le diagnostic de dissection aortique.
- C. Une radiographie thoracique est un examen incontournable devant toute dyspnée et permet de s'orienter rapidement sur une étiologie.
- D. Une gazométrie artérielle est un examen rapide qui permet d'évaluer la fonction respiratoire et de rechercher des signes gravités : normo- ou hypercapnie témoin d'une faillite du système respiratoire.
- E. Les D-dimères sont utilisés afin de s'orienter en cas de suspicion d'embolie pulmonaire. Ils n'ont pas leur place dans un cas de détresse vitale comme celui-ci.

Question 2 : QRM

La radiographie thoracique montre des opacités alvéolo-interstitielles bilatérales compatibles avec un oedème aigu pulmonaire. Les résultats de la gazométrie artérielle sont les suivants : PaO₂ = 78 mmHg ; PaCO₂ = 44 mmHg ; lactates = 2,8 mmol/L.

L'électrocardiogramme est le suivant :



Quelles anomalies observez-vous sur l'électrocardiogramme de la patiente ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Fibrillation atriale
- B. Infarctus du myocarde en inférieur
- C. Hémibloc antérieur gauche
- D. Hypertrophie ventriculaire
- E. Aucune des propositions n'est exacte

Correction : D

Comme devant chaque ECG il faut savoir être méthodique dans son interprétation : (mnémotechnique : FRACHIR)

Fréquence : il faut diviser 300 par le nombre de grands carreaux entre chaque QRS. Ici on a entre 4 et 5 grands carreaux donc la fréquence est normale entre 75 et 60 bpm.

Rythme : on a un QRS après chaque onde P et une onde P avant chaque QRS, il est donc bien sinusal et régulier.

Axe : on regarde si DI et aVF sont tous deux positifs, ici c'est le cas donc l'axe est normal (c'est-à-dire que les QRS se propagent bien vers le bas et la gauche)

Conduction : on calcule le PR, inférieur à 200 ms (ou 1 grand carreau) et les QRS sont fins (inférieurs à 120 ms / 3 petits carreaux)

Hypertrophie : on utilise l'indice de Sokolow en additionnant l'onde S (celle qui va vers le bas) de V1 ou V2 à l'onde R (celle qui va vers le haut) de V5 ou V6. Il y a hypertrophie si la somme est supérieure à 35 mm (7 grands carreaux), ce qui est le cas ici.

Ischémie : on recherche principalement un décalage du segment ST ou des ondes Q de nécrose. Pas le cas ici.

Repolarisation : on analyse les ondes T. Physiologiquement elles sont négatives en aVR et parfois en V1. Des ondes T négatives ailleurs doivent faire rechercher un bloc de branche ou des signes d'ischémie principalement.

- A. Une fibrillation atriale se présente typiquement sous forme de tachycardie irrégulière à QRS fins avec disparition des ondes P. Ici elles sont bien visibles (DII notamment) et régulières.
- B. Le territoire inférieur correspond aux dérivations DII, DIII et aVF. Ici elles sont sans particularités, notamment sans décalage du segment ST.
- C. Un hémibloc antérieur gauche correspond à une déviation axiale gauche avec QRS fins. Pour rappel, une déviation axiale gauche est caractérisée par un aVF négatif associé à un DI positif.
- D. Comme vu précédemment, l'indice de Sokolow est positif, témoin de la compensation myocardique de l'hypertension artérielle de la patiente.

Question 3 : QRPL

Quelle prise en charge immédiate proposez-vous à cette patiente ? (5 propositions attendues)

- A. Intubation oro-trachéale
- B. Héparinothérapie préventive
- C. Transfert en salle de coronarographie
- D. Monitoring continu des constantes vitales
- E. Diurétique de l'anse par voie intraveineuse
- F. Benzodiazépines pour lutter contre l'agitation
- G. Dérivés nitrés par voie intraveineuse
- H. Ventilation non invasive
- I. Aspirine en dose de charge
- J. Antibiothérapie large spectre par voie intraveineuse

Correction : B, D, E, G, H

La prise en charge d'un OAP doit être parfaitement connue et consiste en :

Mise en condition du patient avec position demi-assise, pose d'une voie veineuse périphérique, monitoring continu des constantes vitales (scope), oxygénothérapie avec un objectif de Saturation > 90% et anticoagulation préventive.

Des dérivés nitrés en intraveineux si la PAS est supérieure à 100 mmHg et un diurétique de l'anse en intraveineux dont la posologie est plus forte en cas d'insuffisance rénale.

La ventilation non invasive en cas d'épuisement respiratoire, visible sous la forme d'une normo-/hypercapnie.

Les benzodiazépines sont à proscrire dans cette situation en raison de leur effet dépressur sur le système respiratoire.

L'aspirine en dose de charge et le transfert en salle de coronarographie correspondent à la prise en charge de l'infarctus du myocarde et ne sont à priori pas indiqués chez cette patiente sans signes ECG d'ischémie ni informations sur un dosage des troponines.

Question 4 : QRM

La patiente se stabilise grâce à votre prise en charge et vous souhaitez désormais caractériser le souffle entendu lors de votre auscultation que vous suspectez être à l'origine de cet épisode aigu.

Parmi les éléments suivants, lesquels vous orienteraient vers un souffle de rétrécissement aortique ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Souffle holosystolique
- B. Irradiation vers l'aisselle gauche
- C. Abolition du B2
- D. Tonalité râpeuse
- E. Mieux entendu au 2ème espace intercostal gauche

Correction : C, D

Les caractéristiques sémiologiques des souffles sont le point le plus important de tout l'item valvulopathies et doivent être bien compris et retenus. Les plus tombables étant ceux d'insuffisance aortique, mitrale et de rétrécissement aortique, il est nécessaire de bien savoir les différencier entre eux.

- A. Un souffle holosystolique correspond à un souffle entendu pendant toute la systole (c'est-à-dire entendu de la même manière et en continu pendant tout l'intervalle entre le B1 et le B2) et correspond à un souffle d'insuffisance mitrale (reflux de sang du ventricule gauche vers l'oreillette gauche sous l'effet de la contraction du ventricule gauche). Un souffle de rétrécissement aortique est classiquement méso-systolique (ou losangique) donc d'intensité croissante jusqu'au milieu de la systole.
- B. L'irradiation vers l'aisselle gauche est typique d'une insuffisance mitrale car se situant dans le prolongement du reflux sanguin. De la même manière, un rétrécissement aortique irradiera plutôt vers les carotides.
- C. Le B2 correspond au bruit entendu lors de la fermeture des valves d'éjections (pulmonaire et aortique) et l'abolition de celui-ci dans le cas d'un rétrécissement aortique traduit une atteinte sévère, la valve étant trop endommagée pour s'ouvrir et se fermer correctement.
- D. La tonalité râpeuse est également typique d'un souffle de rétrécissement aortique et s'explique par l'augmentation des vitesses d'éjection du sang au travers de l'orifice réduit de la valve sous la pression du ventricule gauche, contrairement au souffle d'insuffisance aortique ou mitrale qui est moins rapide et donc plus doux.
- E. Attention, il s'agit d'un piège difficile qu'il ne faut pas lire trop vite mais la localisation du foyer aortique se situe au 2ème espace intercostal DROIT et non gauche, qui correspond au foyer pulmonaire.

Question 5 : QRM

L'échocardiographie réalisée par la cardiologue confirme un rétrécissement aortique calcifié sévère et symptomatique sans autres anomalies associées. Le dossier de la patiente est discuté en réunion pluridisciplinaire et un remplacement valvulaire chirurgical simple par une prothèse biologique est décidé.

Parmi les examens suivants, lesquels feront partie du bilan pré-opératoire ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Échographie-doppler des troncs supra-aortiques
- B. Coronarographie
- C. IRM de l'aorte thoracique et abdominale
- D. Radiographie dentaire et des sinus
- E. Epreuve d'effort

Correction : A, B, D

Le bilan pré-opératoire des valvulopathies permet de s'assurer de l'absence de comorbidités importantes qui pourraient compromettre le geste, notamment des atteintes coronariennes méconnues ou une porte d'entrée infectieuse ORL.

- A. L'échographie-doppler des troncs supra-aortiques permet de rechercher une sténose carotidienne athéromateuse compromettant la perfusion cérébrale ou d'évaluer le risque d'AVC ischémique par rupture de plaque lors de l'intervention.
- B. Une coronarographie est un élément essentiel du bilan pré-opératoire en raison de la fréquence d'une atteinte coronarienne chez les patients âgés et cardiovasculaires. Chez un patient jeune et sans antécédents un coroscaner est parfois réalisé à la place.
- C. Une IRM de l'aorte thoracique et abdominale est utilisée afin de mesurer avec précision les dimensions de l'aorte en cas d'anomalies de celle-ci, notamment en cas de syndrome de Marfan chez un sujet plus jeune qui associe insuffisance aortique et dilatation de l'aorte ascendante, on réalise alors un changement de la valve et de la racine de l'aorte (procédure de Bentall)
- D. Une radiographie dentaire et des sinus permet de vérifier l'état ORL du patient afin de limiter le risque d'endocardite infectieuse en post-opératoire immédiat.
- E. **MZ.** Une épreuve d'effort est strictement contre-indiquée chez cette patiente qui a présenté un épisode de décompensation cardiaque sur son rétrécissement aortique.

Question 6 : QRM

La patiente est opérée avec succès et une prothèse biologique est implantée. Les suites opératoires sont normales et la patiente se prépare à rentrer chez elle. Avant de partir, vous souhaitez faire le point avec elle sur les suites de la prise en charge.

Quels éléments feront partie du suivi et de la prise en charge au long cours de cette patiente ?

- A. Suivi cardiologique annuel
- B. Anticoagulation pendant 3 mois suivant l'intervention
- C. Anticoagulation au long cours
- D. Suivi dentaire régulier
- E. Antibio prophylaxie par amoxicilline en cas de coloscopie

Correction : A, B, D

Dernière question sur la prise en charge et la surveillance des porteurs de valves dont le minimum à connaître se trouve dans ces différentes propositions.

- A. Un suivi cardiologique annuel afin de surveiller la bonne fonction de la valve et de dépister les facteurs de risques cardiovasculaires.
- B. D'après le collège de cardiologie, l'anticoagulation pendant seulement 3 mois en post-opératoire est indiquée en l'absence de fibrillation atriale.
- C. Une anticoagulation au long cours, notamment par AVK, est indiquée en cas de valve mécanique.
- D. Un suivi dentaire régulier est nécessaire en prévention de l'endocardite infectieuse.

- E. L'antibioprophylaxie concerne uniquement les gestes invasifs dentaires chez les patients à très haut risque. Cependant, il ne faut pas oublier de demander une coloscopie à la recherche d'une tumeur colique en cas d'endocardite infectieuse à germes digestifs (*Streptococcus gallolyticus/bovis* et *Enterococcus faecalis/faecium*)

QI 11 : QROC

Un patient de 52 ans éthylo-tabagique se présente aux urgences pour douleur abdominale aiguë transfixiante. La lipasémie est à 346 UI/L (norme : 10 - 70 UI/L), vous suspectez à juste titre une pancréatite aiguë.

Quel examen d'imagerie demandez-vous en première intention ?

Correction : échographie abdominale, échographie abdominale

Devant toute pancréatite aiguë il est impératif d'éliminer une origine biliaire en pratiquant une échographie abdominale dans les 48 premières heures. En cas de calculs vésiculaires ou de dilatation de la voie biliaire principale la prise en charge consiste en une cholécystectomie précoce en cas de pancréatite aiguë non grave et à distance selon l'état du patient si grave.

QI 21 : QRM

Parmi les psychothérapies suivantes, lesquelles sont indiquées dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Thérapie cognitivo-comportementale
- B. Thérapie systémique
- C. Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- D. Thérapie d'exposition prolongée
- E. Exposition et prévention de la réponse

Correction : A, C, D

Les différents types de psychothérapies sont difficiles à retenir mais il est intéressant de connaître les thérapies particulières pour les différents troubles anxieux.

- A. Une thérapie cognitivo-comportementale est une psychothérapie brève assez systématique dans les troubles anxieux et notamment dans le trouble de stress post-traumatique.
- B. La thérapie systémique est une psychothérapie de groupe qui vise à analyser les problèmes et les dysfonctions de chacun des membres du groupe. Elle est principalement utilisée au sein de la famille dans les troubles des conduites alimentaires.
- C. L'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) est une psychothérapie reconnue dans le traitement du trouble de stress post-traumatique qui vise, via des

mouvements oculaires, à repenser aux événements traumatiques pour les décharger de leur affect.

- D. La thérapie d'exposition prolongée consiste à replonger le patient (mentalement ou physiquement) à l'événement afin qu'il puisse y faire face et le surmonter.
- E. L'exposition et prévention de la réponse est un des traitements utilisé dans le trouble obsessionnel compulsif qui vise à exposer le patient à un stimulus anxieux et de l'empêcher de réaliser son rituel.

QI 12 QRPC

Parmi ces 5 propositions, quelles sont les 2 propositions correctes à propos des pathologies hémorroïdaires ?

- A. Les crises hémorroïdaires internes ont généralement une durée de 1 à 2 jours.
- B. La douleur est provoquée au toucher ou à l'appui lors d'une crise hémorroïdaire interne.
- C. Les crises hémorroïdaires internes s'accompagnent de saignements mélangés aux selles.
- D. La procidence du tissu hémorroïdaire dans la lumière de l'anuscope mais pas à l'extérieur qualifie un tissu hémorroïdaire de grade II.
- E. La douleur liée au thrombose hémorroïdaire externe est rythmée par la selle.

Correction: AD

A : Vrai

B: Faux il s'agit de la description d'une douleur lié à une thrombose hémorroïdaire externe

C: Faux: non mélangé aux selles

D: Vrai

E: faux provoqué au toucher ou à l'appui

QI 13 QROC

Vous recevez aux urgences un patient de 64 ans pour pesanteur abdominale évoluant depuis plusieurs jours. Il s'agit d'un patient sans antécédent particulier hormis une consommation éthylique chronique non sevrée (½ bouteille de vin rouge et deux whiskys par jour). Il ne prend aucun traitement.

A l'examen clinique vous diagnostiquez chez ce patient une ascite que vous ponctionnez à visée exploratrice.

L'examen du liquide d'ascite retrouve un taux de protides dans le liquides d'ascite de 15 g/L et un gradient d'albumine sang ascite de 18 g/L

Quelle pathologie évoquez-vous en première intention chez ce patient ?

Correction: cirrhose

Les deux causes les plus fréquentes d'ascite en France sont la cirrhose et la carcinose péritonéale.

Devant une ponction montrant un liquide transsudatif (< 25 g/L) et un gradient d'albumine sang-ascite > 11 g/L il faut évoquer la cirrhose en premier lieu (d'autant plus chez un patient éthylique chronique)

L'autre étiologie de liquide d'ascite transsudatif est le syndrome néphrotique mais dans ce cas le gradient d'albumine sang ascite est < 11 g/dL

QI 14

Devant une dysphagie quelle sont les éléments parmi ces propositions vous orientant vers une origine néoplasique (4 propositions attendues)

- A. Dysphagie prédominant initialement sur les liquides
- B. amaigrissement
- C. sensation de « ressaut » au passage de l'endoscope au niveau de la jonction œsogastrique
- D. antécédent de lupus
- E. tabagisme à 60 paquets années
- F. antécédent de RGO et d'obésité
- G. altération de l'état général

Correction: BEFG

- A. sur les solides pour l'orientation vers une origine néoplasique. Une dysphagie prédominante sur les liquides est qualifiée de dysphagie paradoxale et est plutôt évocatrice de troubles moteur
- B. vrai globalement cancer : AEG + amaigrissement : toujours vrai
- C. faux évocateur d'achalasia ou de troubles moteurs (pas forcément intuitif puisqu'on pourrait imaginer un ressaut sur le blocage lié à une tumeur mais c'est écrit tel quel dans le LISA)
- D. faux aucun rapport avec une origine néoplasique plutôt une cause de dysphagie fonctionnelle
- E. vrai fdr de carcinome épidermoïde ++
- F. vrai fdr d'adénocarcinome de l'oesophage
- G. vrai

QI 16 : QRPC

Un patient de 48 consulte aux urgences en raison d'un gonflement douloureux et chaud de la première métatarso-phalangienne. Il s'agit d'un patient sédentaire et en surpoids qui a déjà présenté plusieurs épisodes similaires par le passé. Vous suspectez une crise de goutte. Alors que vous vous dirigez vers le box du patient pour réaliser une ponction articulaire, l'infirmière vous interpelle et vous demande quel bilan biologique elle doit prélever.

Quels sont les 2 éléments indispensables qui doivent apparaître sur le bilan biologique du patient en plus de l'hémogramme ?

- A. Uricémie
- B. Urémie
- C. Créatininémie avec estimation du DFG
- D. Ionogramme sanguin
- E. Calcémie

Correction : A, C

Pour rappel, le diagnostic de goutte repose en grande partie sur les résultats de la ponction articulaire et sur l'analyse du terrain. Cependant, l'uricémie et la créatininémie avec estimation du DFG constituent les 2 examens complémentaires indispensables à réaliser lors d'une suspicion de goutte. Ceci fait même l'objet d'un objectif de connaissance spécifique de rang A dans le LiSA. Une question de ce type est donc tout à fait susceptible de compter dans la note minimale de 14/20 pour la validation du rang A.

- A. L'uricémie est bien l'un des deux examens à demander en cas de suspicion de goutte afin de mesurer la concentration d'acide urique dans le sang. Attention toutefois, ce taux peut être normal en cas d'accès goutteux, le surplus s'étant cristallisé sous forme d'urate monosodique dans les articulations.
- B. L'urémie correspond au dosage de l'urée sanguine, ce dernier doit vous permettre de bien retenir la différence entre les deux termes afin de ne pas vous faire avoir dans le futur.
- C. La créatininémie avec estimation du DFG est l'autre examen à demander afin de rechercher une insuffisance rénale qui pourrait contribuer à l'hyperuricémie et/ou contre-indiquer de futurs traitements médicamenteux.
- D. Bien que largement prescrit en complément d'un hémogramme ou d'une créatininémie, le ionogramme sanguin n'a pas de réel intérêt diagnostique dans cette situation.
- E. La calcémie est plutôt demandée en cas de chondrocalcinose articulaire, à la recherche notamment d'une hyperparathyroïdie primaire.

Maud :

DP Pneumo - Asthme :

Vous recevez en consultation un garçon de 8 ans pour essoufflement avec quintes de toux nocturnes.

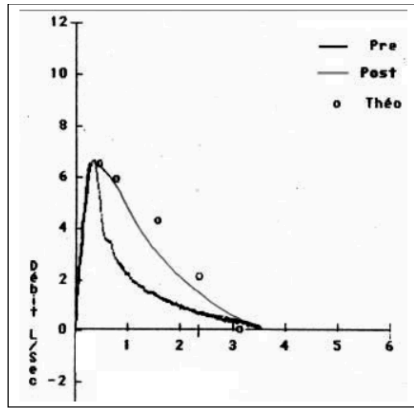
Il a pour antécédent plusieurs bronchiolites avant l'âge de 2 ans.

Il ne prend pas de traitement au quotidien.

Il est scolarisé en CE2, fait du football et a 2 sœurs en bonne santé.

Cliniquement, l'auscultation est claire et le patient est asymptomatique lors de sa visite au cabinet.

QRM 1 : Devant ces symptômes évocateurs d'asthme, vous adressez votre patient à un collègue afin de réaliser des explorations complémentaires.



	THEO	PRE	%	POST	%
CVF	3,18	3,51	110	3,55	112
VEMS	2,76	2,01	73	2,62	95
VEMS/CV	87	57		74	
DEM75	5,86	2,46	42	3,22	55
DEM50	4,26	1,14	27	1,62	38
DEM25	2,1	0,57	27	0,76	36
DPE	6,47	6,64	103	6,45	100
DEM2575	3,99	1,05	26	1,96	49

Sur ces explorations fonctionnelles respiratoires, quels éléments vous orientent vers une maladie asthmatique ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- A) Un VEMS pré-bronchodilatateur inférieur à 80%
- B) Une réversibilité significative avec une augmentation de plus de 200 ml du VEMS après la prise de bronchodilatateurs
- C) Un rapport VEMS/CVF calculé à 0,57 avant la prise de bronchodilatateurs
- D) Une courbe débit-volume concave pré-bronchodilatateur
- E) Toutes les propositions sont fausses

Correction :

L'asthme est caractérisé par une obstruction des voies aériennes **variable ET réversible**

Les éléments qui nous orientent vers une maladie asthmatique aux EFR sont :

- Un trouble ventilatoire obstructif avec rapport VEMS/CVF <0,7 (ici 0,57)
- Ce trouble est réversible avec une augmentation du VEMS après inhalation d'un BDCA de plus de 200ml **ET** de plus de 12% par rapport à la valeur initiale
- La réversibilité est complète quand le rapport VEMS/CVF se normalise (>0,7) ET le VEMS se normalise (>80%) après inhalation d'un BDCA

QRM 2 : Vous instaurez, en concertation avec le pneumologue, un traitement de fond pour l'asthme de ce patient. Malgré votre prise en charge, l'asthme reste non contrôlé, avec des quintes de toux nocturnes une fois par semaine et prise de bronchodilatateurs de courte durée d'action 3 fois par semaine. Que proposez-vous de mettre en œuvre pour améliorer le contrôle de l'asthme ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- A) La vérification de l'observance par un dosage plasmatique du traitement
- B) Un programme d'éducation thérapeutique pour permettre à l'enfant et sa famille de comprendre la maladie et les traitements
- C) La vérification de la technique d'inhalation, même si elle était correcte lors de la dernière consultation

- D) Effectuer des explorations fonctionnelles respiratoires afin d'évaluer l'évolution de l'obstruction
- E) Rechercher à l'interrogatoire une corticophobie qui pourrait freiner la prise du traitement de fond

Correction :

A chaque consultation avec un patient asthmatique, il faut :

- Evaluer le contrôle de l'asthme
- Réévaluer le traitement, avec vérification de l'observance, de la technique d'inhalation et recherche d'effets secondaires
- Prise en charge des facteurs favorisants

QRU 3 : Vous suspectez chez ce patient un asthme atopique lié aux pollens d'arbres. Quelle est la réponse exacte à propos de la suite de la prise en charge de ce patient ? (une seule réponse exacte)

- A) Vous prescrivez un dosage des IgE spécifiques
- B) L'enquête allergologique dans l'asthme est systématique
- C) Vous conseillez aux parents d'éviter les sorties à l'extérieur
- D) Vous proposez d'emblée une désensibilisation ou immunothérapie allergénique
- E) Toutes les propositions sont fausses

Correction :

L'enquête allergologique est systématique dans l'asthme avec la réalisation de prick-tests +++

DP HGE - Cirrhose, hématomèse, CHC :

Vous êtes interne aux urgences et recevez ce jour Mr T, patient de 62 ans, qui consulte pour des vomissements sanglants.

Le patient n'est pas connu de l'hôpital, vous dit n'avoir aucun antécédent et ne prend aucun traitement.

QRP 1 : Quels sont les 2 diagnostics à évoquer en priorité devant ce tableau ? (2 réponses exactes)

- A) Un ulcère gastro-duodénal
- B) Un endobrachyoesophage (ou oesophage de Barrett)
- C) Une rupture de varices oesophagiennes
- D) Un syndrome de Mallory-Weiss
- E) Un cancer gastrique

Correction :

Les deux diagnostics à évoquer en priorité et les plus urgents sont l'ulcère et la rupture de varices oesophagiennes.

QRM 2 : Vous examinez le patient. Il est conscient, cohérent et orienté, il ne présente pas de marbrures et ses extrémités sont chaudes.

Il vous avoue consommer plusieurs verres de vin à chaque repas et du whisky "de temps en temps".

Quels éléments cliniques vous orientent vers une insuffisance hépato-cellulaire ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- A) Un ictère conjonctival
- B) Une ascite abondante
- C) Des angiomes stellaires
- D) Une gynécomastie
- E) Une splénomégalie

Correction :

Signes d'insuffisance hépato-cellulaire :

- Angiomes stellaires prédominant partie supérieure du thorax
- Erythrose palmaire, ongles blancs
- Ictère conjonctival ou cutané
- Foëtor hepaticus
- Encéphalopathie débutante : inversion du rythme nyctéméral, astérixis
- Hypogonadisme : atrophie des OGE, gynécomastie, troubles du cycle ou de la libido

Signes d'hypertension portale :

- Ascite
- Circulation veineuse collatérale abdo
- Splénomégalie

QRM 3 : Vous retrouvez à l'examen clinique plusieurs signes d'insuffisance hépato-cellulaire et d'hypertension portale. En quoi va consister votre prise en charge aux urgences pour ce patient ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- A) Effectuer un bilan biologique avec NFS-plaquettes, TP/TCA/fibrinogène
- B) Prescrire une échographie abdominale
- C) Prescrire une endoscopie oeso-gastro-duodénale à réaliser sous 24h
- D) Prescrire des IPP et un analogue de la somatostatine
- E) Scoper le patient

Correction :

Prise en charge d'une hématomérose :

- Bilan biologique pour évaluer le retentissement : anémie ?
- Pas d'échographie abdominale dans l'hématomérose
- EOGD :
 - sous 24h dans tous les cas
 - sous 12h si suspicion d'hémorragie sur hypertension portale
 - dès que possible si choc hémorragique
- IPP à forte dose systématiques (arrêt après l'EOGD si la cause n'est pas un ulcère)
- Analogue de la somatostatine pour diminuer le gradient porto-cave si suspicion d'hémorragie sur hypertension portale
- Antibiothérapie par C3G en cas d'hémorragie digestive chez le cirrhotique

QROC 4 : Le gastro-entérologue réalise l'endoscopie haute et confirme le diagnostic de rupture de varices oesophagiennes. Le patient est hospitalisé et vous poursuivez le bilan de cet épisode d'hématémèse.

Biologiquement, on retrouve une Hb à 14 g/dL, des plaquettes à 325 G/L, un bilan hépatique perturbé avec notamment une bilirubine à 54 µmol/l, une hypoalbuminémie à 29 g/l, un TP à 52%, un TCA à 2.3 et une créatinine à 64 µmol/L

Mr T ne présente pas d'encéphalopathie mais présente une matité abdominale déclive modérée

Quel est le score de Child Pugh de ce patient ? (Réponse attendue avec une lettre + un chiffre)

Correction : B9, 9B, Child B9, Child-Pugh B9

- Bilirubine >50 : 3 points
- Albumine entre 28 et 35 : 2 points
- TP >50% : 1 point
- Ascite modérée : 2 points
- Absence d'encéphalopathie : 1 point

	1 point	2 points	3 points
Ascite	Absente	Modérée	Tendue réfractaire ou aux diurétiques
Bilirubine (µmol/l)	<35	35-50	>50
Albumine (g/l)	>35	28-35	<28
TP	>50%	40-50%	<40%
Encéphalopathie	Absente	Légère à modérée	Sévère

QRM 5 : L'état du patient évolue favorablement en hospitalisation. Le diagnostic de cirrhose Child B9 a été posé, le patient a bénéficié d'une échographie abdominale et d'une élastométrie. Son ascite a été traitée par ponction d'ascite et diurétiques. Que proposez-vous au patient pour la suite de sa prise en charge après le retour à domicile ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- A) Consultation en addictologie pour aide au sevrage
- B) Une échographie abdominale tous les 6 mois
- C) Un scanner abdominal annuel pour dépister un carcinome hépatocellulaire
- D) Un traitement par Bêta-bloquants
- E) Un traitement par Lactulose

Correction :

- Echographie tous les 6 mois dans le suivi d'un cirrhotique pour le dépistage du CHC
- Bêta-bloquants pour prévenir la progression des varices oesophagiennes

- Lactulose indiqué en cas d'encéphalopathie hépatique (ce qui n'est pas le cas de notre patient)
- Eviction de la cause : sevrage de l'alcool

QROC 6 : Vous perdez votre patient de vue pendant 3 ans.

Lors d'une énième garde aux urgences, vous recevez Mr T pour des douleurs abdominales fébriles ($T^{\circ} 39,2^{\circ}C$) avec tachycardie. A l'examen, l'abdomen est tendu et douloureux.

Quelle complication de la cirrhose évoquez-vous en première intention ? (pas d'abréviation autorisée)

Correction : Infection spontanée du liquide d'ascite, Infection du liquide d'ascite, infection liquide ascite, infection liquide d'ascite, infection ascite

QRU 7 : A partir de quel seuil de leucocytes peut-on poser le diagnostic d'infection spontanée du liquide d'ascite ? (une seule réponse exacte)

- A) 150/mm³
- B) 200/mm³
- C) 250/mm³
- D) 300/mm³
- E) Aucune de ces propositions n'est exacte

Correction : c'est le seuil de **PNN** >250/mm³ (et non de leucocytes !!)

Camille

QI cardio :

Question 1 : QRU

Vous recevez dans votre cabinet de médecine générale un patient de 56 ans que vous suivez pour une goutte sous allopurinol, ainsi qu'une hypertension artérielle, initialement sous règles hygiéno-diététiques, puis sous ramipril + amlodipine depuis 6 mois.

Depuis l'introduction de la bithérapie, les tensions mesurées au cabinet restent stables, en moyenne à 128/79 mmHg.

Vous retrouvez ce jour une tension mesurée à 187/109 mmHg puis à 182/101 mmHg au bras droit 5 minutes plus tard.

Votre patient se plaint uniquement de quelques céphalées d'intensité légères sur les 3 derniers jours, sans douleur thoracique, sans dyspnée et sans prise de psychostimulants notamment.

Comment qualifieriez-vous actuellement l'hypertension artérielle de ce patient?

- A) HTA grade 2
- B) HTA grade 3
- C) Urgence hypertensive
- D) HTA maligne
- E) Crise hypertensive

Correction : E

- Une HTA de grade 2 est définie par une PAS entre 160 et 179 mmHg et/ou une PAD entre 100 et 109 mmHg, sans atteinte d'organe cible.
- Une HTA de grade 3 est définie par une PAS ≥ 180 et/ou une PAD ≥ 110 de manière chronique, sans atteinte d'organe cible.
- Une crise hypertensive est une HTA de grade 3 aiguë/brutale, sans atteinte d'organe cible.
- L'urgence hypertensive est une HTA le plus souvent sévère ou d'installation rapide chez une personne normotendue, associée à une atteinte aiguë d'organes cibles. Il existe une mise en jeu du pronostic vital.
- L'HTA maligne est une HTA le plus souvent sévère associée à un œdème papillaire, visible au fond d'œil. L'HTA maligne est une urgence hypertensive

⇒ En clair, retenir que dans un QCM, s'il n'y a pas de fond d'œil de réalisé, il sera difficile de parler d'HTA maligne.

S'il y a une atteinte d'organes cibles, comme par exemple un infarctus du myocarde, un OAP, une encéphalopathie, un AVC, etc. alors on peut parler d'urgence hypertensive. Il n'y a également pas de seuil pour parler d'urgence hypertensive, elle sera souvent de grade 3 cependant.

Une HTA maligne est une urgence hypertensive.

La différence entre une HTA grade 3 et une crise hypertensive réside uniquement dans le caractère chronique ou aigu.

Question 2 : QROC

Une patiente de 68 ans, sans antécédent particulier, vous consulte ce jour pour une tension élevée au domicile. Son mari possède un tensiomètre pour suivre régulièrement l'équilibre de son hypertension artérielle essentielle actuellement traité par candesartan et amlodipine. Elle vous raconte avoir pris sa tension "juste pour essayer", tension qui est revenue à 156/96 mmHg. Elle ne présente aucun symptôme particulier.

La tension au cabinet est à 155/95 mmHg. Vous souhaitez confirmer une hypertension artérielle essentielle et éliminer un effet blouse blanche.

Comment allez-vous confirmer votre hypothèse diagnostique ? (réponse attendue en 1 à 5 mots, sans abréviation)

→ **Automesure tensionnelle à domicile**

Correction : C'est bien l'automesure tensionnelle à domicile (AMT) qui est recommandée en première intention, devant la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA).

L'AMT suit la "règle des 3" = 3 mesures le matin, 3 mesures le soir, pendant 3 jours consécutifs. Les mesures s'effectuent après 5 minutes au repos, chacune à 1-2 minutes d'intervalles, le matin 20 minutes après le lever mais avant toute ingestion de médicaments ou aliments, puis le soir dans l'heure précédant le coucher.

La MAPA, elle, se réalise sur 24 heures, que le patient passe de manière habituelle.

DP rhumato :

Une patiente de 72 ans consulte aux urgences ce samedi 24 janvier 2026 à 9h44 pour des douleurs aux épaules qui envahissent de plus en plus son quotidien.

Elle a pour antécédents principaux une gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale depuis 15 ans, ainsi qu'un syndrome anxiodépressif modéré diagnostiqué il y a 2 ans avec arrêt récent de son traitement par paroxétine.

Elle vous signale des douleurs majoritairement nocturnes qui la réveillent régulièrement, avec un enraidissement des épaules, parfois des hanches, pendant 3 heures environ le matin. Son médecin traitant lui a prescrit du paracétamol codéiné pour tenter de diminuer les douleurs, sans franc succès.

Elle explique également être particulièrement fatiguée depuis 3 mois, ce qui l'empêche d'aller se promener avec ses petits enfants le dimanche après-midi.

Question 1 : QROC

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? (réponse attendue en 1 à 5 mots, sans abréviation)

→ Pseudopolyarthrite rhizomélique

Correction : Des douleurs articulaires des ceintures, d'allure inflammatoire chez un patient âgé (++) entre 70 et 80 ans) doivent vous faire penser à une pseudopolyarthrite rhizomélique. Il existe de nombreux diagnostics différentiels, comme la polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé à début rhizomélique, qui est néanmoins moins fréquente.

Attention à ne pas conclure hâtivement à une omarthrose/coxarthrose même chez une patiente ayant pour antécédent une gonarthrose !

Vous débutez à présent l'examen clinique de la patiente.

Question 2 : QRPL

Quels éléments cliniques recherchez-vous pour conforter votre hypothèse diagnostique et déceler des signes d'urgence associés ? (5 réponses attendues)

- A) Des arthralgies bilatérales et symétriques des ceintures
- B) Une amaurose transitoire
- C) Un phénomène de Raynaud
- D) Des myalgies
- E) Des télangiectasies
- F) Une dyspnée
- G) Une diarrhée
- H) Une pustulose palmo-plantaire
- I) Une claudication de la mâchoire
- J) Des douleurs oculaires
- K) Des céphalées
- L) Une arthrite métacarpophalangienne

Correction : ABDIK

On vous demande de cocher les signes/symptômes habituellement retrouvés dans la PPR, mais aussi dans l'artérite à cellules géantes qui est associée dans 15% des cas à la PPR ! C'est une urgence thérapeutique et même fonctionnelle, donc toujours très important de les rechercher. Ce n'est pas une liste exhaustive, il y a d'autres signes comme le fameux "signe du peigne" qui est une hyperesthésie du cuir chevelu, souvent découverte lorsque le patient se coiffe.

⚠ Le moindre signe ophtalmologique doit faire redouter une complication ophtalmique grave et définitive et faire discuter une corticothérapie en urgence ⚠

Votre patiente présente des arthromyalgies bilatérales et symétriques des épaules et des hanches d'horaires inflammatoires, évoluant depuis 3 mois environ.

Elle présente également des céphalées temporales droite à prédominance nocturne et matinale, qu'elle qualifie de "plus intense que d'habitude", depuis 1 semaine. Elle rapporte aussi des douleurs au niveau de la mâchoire lors de certains repas, concomitantes à l'apparition des céphalées inhabituelles.

Il y a 3 jours, au réveil, elle a remarqué ne plus bien voir de l'œil droit, pendant quelques minutes avant un retour à la normale.

Question 3 : QROC

Quel diagnostic devez vous éliminer en urgence ? (réponse attendue en 1 à 5 mots, sans abréviation)

→ **Maladie de Horton/Artérite à cellules géantes**

Correction : C'est effectivement la sémiologie de l'artérite à cellules géantes, qui peut se compliquer sur le plan neurologique (AIT, AVC) par exemple.

A la palpation des artères temporales vous retrouvez une induration franche, douloureuse, avec un pouls faible à gauche ainsi qu'une abolition du pouls à droite.

Question 4 : QRU

Quel examen demandez-vous en urgence ? (1 seule réponse attendue)

- A) Angio-IRM cérébrale
- B) Échographie-doppler des artères temporales**
- C) TEP-scan au 18FDG
- D) Angio-TDM cérébrale
- E) Biopsie d'artère temporale

Correction : B

C'est une erreur de répondre "biopsie d'artère temporale". Ce n'est pas un examen d'urgence, et celle-ci est réalisable dans les 14 jours après introduction des corticoïdes qui ne doit SURTOUT PAS être retardé. De plus, c'est un examen invasif qui peut être évité si l'échodoppler retrouve un signe du halo qui a une spécificité de 100%, ce qui confirme donc notre diagnostic sans passer par la case biopsie.

Vous appelez immédiatement l'angiologue pour une échographie-doppler des artères temporales et des troncs supra-aortiques en urgence devant votre suspicion.

L'échographie-doppler retrouve un signe du halo bilatéral, ce qui confirme votre diagnostic d'artérite à cellules géantes.

Vous aviez introduit des corticoïdes à très fortes doses (1 mg/kg/jour de prednisone intraveineux puis per os) dès votre suspicion clinique.

La patiente est rassurée par votre prise en charge et vous demande si les corticoïdes ont des effets secondaires particuliers.

Question 5 : QRM

Parmi les effets secondaires suivants, lesquels peuvent être en rapport avec une corticothérapie prolongée ? (une ou plusieurs propositions exactes)

- A) Hypokaliémie
- B) Ostéoporose
- C) Cataracte postérieure sous-capsulaire
- D) Cataracte nucléaire
- E) Zona

Correction : ABCE

On retrouve de très nombreux effets secondaires possibles suite à une corticothérapie. Il existe certains moyens mnémotechniques pour essayer d'en retenir un maximum, comme "CORTICOIDE" = Cushing Ostéoporose/ostéonécrose épiphysaire Rétention hydrosodée Triglycérides Infections Cataracte/glaucome Orexigène/insomniant Insuffisance surrénalienne aiguë (si arrêt brutal) Diabète Estomac (ulcère)"

KFP MPR :

Vous recevez en consultation un patient de 39 ans pour le suivi annuel de sa spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique. Celui-ci dit se sentir mieux depuis l'introduction du traitement par ADALIMUMAB, un anti-TNF α , il y a 1 an.

Vous souhaitez objectiver cette amélioration par l'utilisation de scores validés.

Question 1 : QRPL

Parmi les scores suivants, lesquels sont validés dans l'évaluation globale et le suivi des spondylarthrites ? (3 réponses attendues)

- A) Le score BASDAI
- B) Le score DAS28
- C) Le score HAS BLED
- D) Le score PASI
- E) Le score de Child-Pugh
- F) Le score ASDAS
- G) Le score DLQI
- H) Le score NIHSS
- I) Le score BASFI

Correction : AFI

Les scores BASDAI et ASDAS sont des scores évaluant l'activité de la maladie. Le BASDAI est un autoquestionnaire, tandis que le ASDAS est un score clinicobiologique. Le score BASFI est utile pour évaluer le retentissement fonctionnel de la maladie, c'est également un autoquestionnaire.

- *Le score DAS28 est le score utilisé dans la polyarthrite rhumatoïde pour évaluer l'activité de la maladie.*
- *Le score HAS BLED évalue le risque hémorragique sous AVK.*
- *Le score PASI évalue la gravité d'un psoriasis selon la surface corporelle atteinte.*
- *Le score DLQI évalue l'altération de la qualité de vie dans le psoriasis.*
- *Le score de Child-Pugh évalue la sévérité d'une cirrhose.*
- *Le score NIHSS permet le diagnostic et l'évaluation de la gravité des AVC.*

Les résultats des scores vous orientent effectivement vers l'amélioration de la symptomatologie du patient.

Il vous rapporte cependant des douleurs au dos persistantes qui le déconcentrent au travail. Il est conseillé dans une banque avec un travail presque uniquement assis.

Son patron lui a parlé de mesures non pharmacologiques possibles qui lui permettraient d'être plus efficace au travail.

Question 2 : QRP

Parmi les éléments de prise en charge non pharmacologiques suivants, quels sont les 3 qui vous semblent importants à mettre en place en première intention chez ce patient ?

- A) Travail en extension du rachis avec un masso-kinésithérapeute
- B) Prescription de tramadol
- C) Activité physique adaptée
- D) Orthèse rachidienne
- E) Renforcement des érecteurs du rachis

Correction : ACE

Beaucoup de possibilités non pharmacologiques, il est important d'y penser !

Attention le tramadol est une prescription médicamenteuse.

Il est possible de prescrire une orthèse rachidienne (corset) à des patients atteints de SpA, mais ça sera plutôt en seconde voire troisième intention, après l'échec d'autres mesures.

Vous souhaitez lui prescrire des séances de masso-kinésithérapie.

Question 3 : QRPL

Quels sont les 4 éléments devant obligatoirement figurer sur l'ordonnance de masso-kinésithérapie ?

- A) Le nom et prénom du patient
- B) Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante
- C) La mention à domicile
- D) Les contre-indications éventuelles
- E) La date de la prescription
- F) La région ou la fonction à traiter
- G) Le nom du prescripteur uniquement
- H) La nature de la prescription

Correction : AEFH

Il y a également les coordonnées complètes du prescripteur et non pas son nom uniquement. La mention à domicile/ les contre-indications/les dimanches et jours fériés ne sont pas obligatoires. De plus, il n'est pas demandé de préciser le diagnostic, par souci de confidentialité (secret médical), mais seulement la zone à traiter.

Louis

DP cardio :

Question 1

Vous êtes interne aux urgences, vous voyez M J, 66 ans, qui consulte pour une douleur du membre inférieur droit d'apparition brutale. Le patient n'a pas d'antécédent en dehors d'une avulsion dentaire il y a 1 mois, sans antécédent cardiovasculaire, il est retraité et reste actif avec une pratique régulière de la randonnée. Les constantes sont : pression artérielle 139/85 mmHg, fréquence cardiaque 111 bpm, saturation en O₂ 96% en air ambiant, température 39°C. La jambe droite est froide, le patient présente une anesthésie des orteils droits, sans déficit moteur, les pouls tibial postérieur et pédieux droit ne sont pas retrouvés, le pouls poplité et fémoral droit sont présents. Pas d'anomalie à l'examen de la jambe gauche. Le reste de l'examen clinique retrouve un souffle aortique non présent dans les antécédents du patient, l'examen pulmonaire et abdominal ne présente pas d'anomalie.

QRP longues 1 : Que comprend la prise en charge immédiate de ce patient ? (5 réponses exactes)

- 1) Oxygénothérapie par voie nasale
- 2) échographie artérielle des membres inférieurs en urgence
- 3) instauration d'une antiagrégation plaquettaire
- 4) instauration d'une anticoagulation
- 5) amputation en urgence de la jambe droite
- 6) revascularisation en urgence de la jambe droite
- 7) antalgique de niveau 1
- 8) antalgique de niveau 3
- 9) Faire marcher le patient
- 10) réalisation d'un scanner en urgence

L'ischémie aiguë du membre inférieur droit du patient est prise en charge efficacement et il est maintenant hospitalisé.

QROC 2 : Quelle pathologie suspectez-vous en priorité comme pouvant être la cause de cette ischémie aiguë de membre ?

Endocardite infectieuse

Vous suspectez une endocardite infectieuse

QRM 3 : Quels examens complémentaires réalisez vous pour vous aider au diagnostic ?

- 1) hémocultures
- 2) examen cytobactériologique des urines
- 3) dosage des facteurs rhumatoïdes
- 4) échocardiographie
- 5) examen cytobactériologique des crachats

Les hémocultures sont prélevées puis une antibiothérapie probabiliste par ampicilline, ceftriaxone et gentamicine est mise en place, l'échocardiographie retrouve des

végétation sur la valve aortique. 2 hémocultures reviennent positives à *Streptococcus mitis* sensible à la pénicilline. Les facteurs rhumatoïdes reviennent négatifs, un ECG est réalisé et revient sans autre anomalie qu'une légère tachycardie.

QRM 4 : Concernant la suite de la prise en charge

- 1) Il manque des éléments pour poser le diagnostic d'endocardite infectieuse
- 2) Il faut changer l'antibiothérapie par une pénicilline G
- 3) La stérilisation des hémoculture fait partie des critères d'efficacité du traitement
- 4) Il existe une indication à une antibioprofylaxie en cas de soin dentaire

QROC 5 : Quel examen paraclinique permet le plus probablement d'identifier la porte d'entrée de cette endocardite infectieuse ?

Un panoramique dentaire

QI psychiatrie

QI 1 :

Vous recevez en consultation de médecine générale M. J, 24 ans, il est étudiant et vit chez ses parents dans une maison. Depuis 2 mois, ses parents le trouvent plus distant, ils vous disent que le patient reste dans sa chambre toute la journée, qu'il est toujours dans son lit, qu'il ne se lave plus et reste plusieurs jours sans se changer. "Lui qui était si joyeux, il a beaucoup d'amis mais ne veut plus voir personne" vous dit sa mère. Lors de l'entretien avec le patient, vous trouverez qu'il a le regard fixe, il ne bouge pas beaucoup et a peu d'expression faciale. Il s'exprime avec des réponses brèves, en creusant un peu, il vous dit avoir peur du retour du roi démon, et que seul lui pourra sauver le monde car il est le fils de dieu.

Quels éléments sémiologiques rencontrez-vous chez ce patient ?

- 1) délire somatique
- 2) alogie
- 3) logorrhée
- 4) incurie
- 5) catalepsie

QI 2 :

Concernant les troubles du comportement de l'enfant et l'adolescent

- 1) un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation doit conduire à une recherche de TDAH
- 2) Le trouble oppositionnel avec provocation se caractérise par des conduites bafouant les droits fondamentaux d'autrui et transgressant les normes sociales

- 3) Les patients atteints de trouble des conduites sont plus à risque de trouble anxieux et dépressif
- 4) Les patients atteints de trouble des conduites sont plus à risque de troubles abus de substance
- 5) Le début précoce (avant 10 ans) d'un trouble des conduites est un facteur de bon pronostic

Margaux

DP 1 cardio

Vous recevez en consultation de médecine générale une femme de 63 ans. Elle a pour antécédent un syndrome anxieux avec des troubles du sommeil traité par alprazolam et une hypercholestérolémie équilibrée sous statine.

Elle pèse 83kg pour 167 cm, avec un périmètre abdominal de 87 cm, elle a repris la marche depuis peu. Elle fumait environ 20 paquets d'année depuis 30 ans, sevré depuis 6 mois.

Elle est venue vous consulter il y a 8 jours pour un syndrome grippal traité par paracétamol avec persistance ce jour d'une rhinorrhée.

Elle vous explique qu'en allant promener son chien ce matin, elle a ressenti une douleur diffuse dans la poitrine qu'elle a du mal à vous décrire, cette douleur est intense et persiste depuis environ 3 heures et n'irradie pas. Elle vous décrit également des quintes de toux et une majoration de la douleur provoquées par l'inspiration profonde.

Les constantes sont: PA= 135/80 mmHg, FC= 78 bpm, apyrétique. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale.

Q1 quelle est votre conduite à tenir ?

A- vous demandez un dosage des troponines en urgence dans un laboratoire de ville

B- retour au domicile avec une prescription d'anti-inflammatoire

C- vous appelez le centre de régulation du SAMU

D- vous prescrivez une radiographie pulmonaire en urgence dans le centre de radiologie le plus proche

E- vous faites une échographie cardiaque au cabinet car vous avez le matériel à disposition

correction: C -> **douleur thoracique atypique chez une femme est un SCA jusqu'à preuve du contraire**, la CAT est l'appel du SAMU pour un transfert aux urgences, un ECG peut être fait en amont si il y a un appareil dans le cabinet.

Attention la douleur majorée à l'inspiration n'est absolument pas typique d'une douleur de SCA +++ mais plutôt à un diag différentiel, j'ai rajouté cette info avec le syndrome grippal qui selon moi sont des distracteurs car déjà tombé dans un DP de SCA des ECNs de 2021.

A retenir toute douleur thoracique même avec des atypies = transfert ou adressage aux URGENCES

Q2 En attendant l'arrivée du SAMU vous reprenez l'interrogatoire de la patiente, elle vous explique que la douleur est constrictive et diffuse dans tout le thorax sans irradiation, elle ne diminue pas en intensité et s'accompagne d'une sensation de sueurs froides. La douleur est légèrement augmentée par l'inspiration. Elle vous explique également que depuis plusieurs

semaines elle avait remarqué une douleur similaire mais moins intense déclenchée certaines activités comme la marche.

Quelles sont les caractéristiques qui sont en faveur d'un syndrome coronarien aigu ?

- A- La sensation de sueurs associées
- B- L'absence d'irradiation
- C- La majoration d'intensité à l'inspiration
- D- Le déclenchement lors d'un effort de marche
- E- Le caractère persistant

Correction: A, D, E -> Cliniquement un SCA peut s'accompagner de sensation de malaise vagal, ici la majoration d'intensité à l'inspiration n'est absolument pas typique comme expliqué précédemment, c'est le cas également de l'absence d'irradiation.

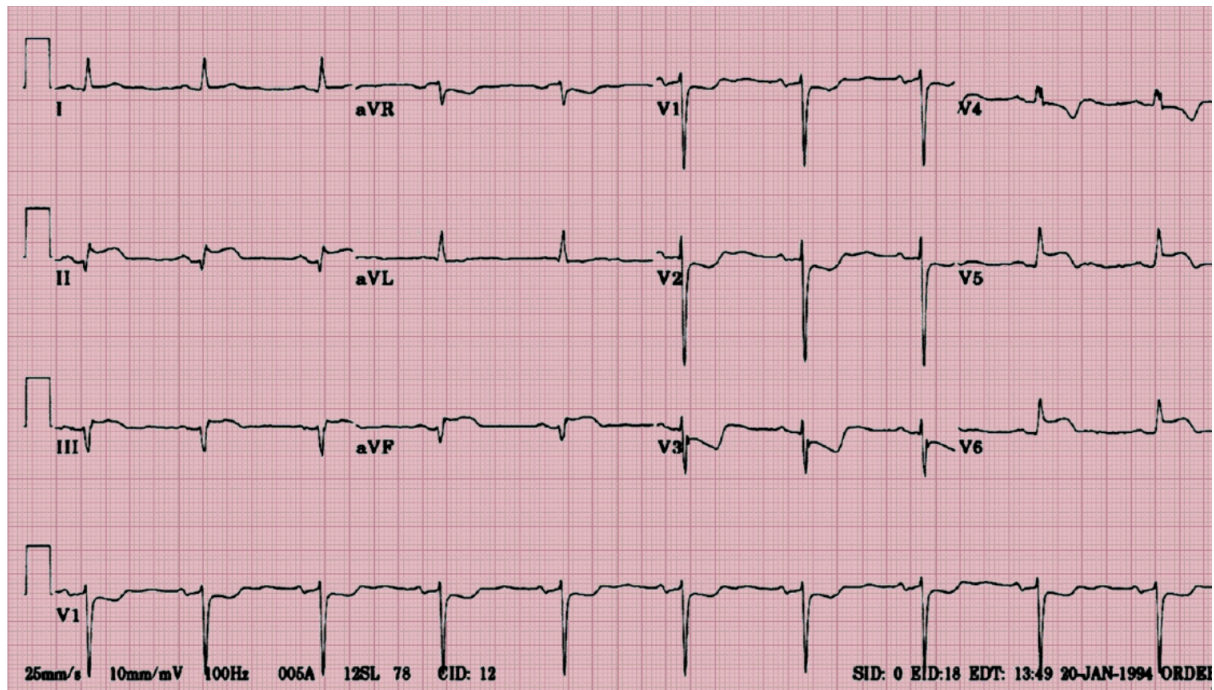
Mais attention aux EDNs les cas ne sont généralement pas typique avec des fois plusieurs diagnostics plausibles, il est important de hiérarchiser votre réflexion sur les hypothèses les plus graves et/ou les plus fréquentes en priorités.

Point annale:

->quand vous voyez en faveur: rechercher les signes qui renforce votre hypothèse diagnostique, ici quels sont les autres signes qui renforce votre hypothèse de SCA: sueur, à l'effort, persistance

->quand vous voyez orienté: recherche des signes spécifiques, seulement présent dans la maladie. Ici le symptôme qui signait un SCA à coup sûr était l'irradiation dans le bras gauche, mâchoire.

Q3 Le SMUR arrive sur place environ 10 minutes après l'appel, voici l'ECG réalisé: Quelle est votre interprétation de cet ECG ?



- A- Péricardite aiguë
- B- ondes Q de nécrose

C- SCA ST+ antéro-septal

D- SCA ST+ inféro-latéral

E- ces lésions ont pu être provoquées par une obstruction de l'artère interventriculaire antérieure

correction: D -> c'est difficile à apprendre mais cette question est déjà tombée plusieurs fois sur les territoires et les artères coronaires qui correspondent

Q4 il s'agit d'un infarctus du myocarde avec sus-décalage dans les territoires inféro-latéral. La patiente est transférée par le SMUR en salle de coronarographie en 15min, elle reçoit une double antiagrégation plaquettaire. Elle ne présente aucune contre-indication à la thrombolyse. Sur le trajet la douleur régresse spontanément, le tracé ECG reste inchangé. Quelles sont la ou les bonnes réponses ?

A- le délai n'est pas dépassé pour réaliser une angioplastie

B- Un pontage aorto coronaire sera réalisé en urgence

C- vous différez la prise en charge car la douleur a régressé spontanément

D- au vu de la régression de la douleur, un transfert en USIC pour dosage de troponine sera réalisé

E- une thrombolyse intraveineuse est la prise en charge la plus adaptée

correction: A -> Attention pour faire une angioplastie le délai est de **120 minutes à partir de la réalisation de l'ECG et non de l'apparition de la douleur** tho +++, ici le délai n'est pas dépassé donc la prise en charge correcte est l'angioplastie lors de la coro, un pontage sera réalisé au bloc opératoire et plutôt si le thrombus est proximal sur les troncs commun.

Q5 Une angioplastie (pose de stent) sur l'artère circonflexe est réalisée en salle de coronarographie. La patiente est ensuite transférée en USIC pour surveillance. Elle rentre à son domicile avec les traitements suivants: BB, Aspirine, statine, IEC (BASIC) + Prasugrel. Quelques mois plus tard, la patiente se présente aux urgences pour des palpitations et une dyspnée apparue brutalement depuis quelques jours. Les constantes sont: PA= 128/78 mmHg, FC= 178 bpm, FR= 16, SpO2= 98% en air ambiant. Vous réalisez un ECG qui retrouve une tachycardie à 180bpm irrégulière, le reste du bilan est normal. Vous concluez à une fibrillation atriale

Quelles sont les réponses qui entrent dans votre raisonnement immédiat? (5 bonnes réponses attendues)

A- Il s'agit d'une FA paroxystique

B- Vous ne pouvez pas catégoriser cette FA car il s'agit d'un premier épisode

C- Vous lancez une bio avec dosage de la kaliémie et de la TSH

D- Vous utilisez le CHA2DS2VA pour déterminer l'indication immédiate d'un anticoagulant

E- Vous remplacez l'aspirine par un anticoagulant oral direct

F- La stratégie thérapeutique initiale d'une FA repose sur un contrôle de la fréquence cardiaque et un contrôle du rythme

G- Vous réalisez une cardioversion électrique sous anesthésie générale

H- Vous arrêtez le traitement par BB

I- Vous réalisez une injection de digoxine en urgence

J- Vous organisez une ETT sans ETO dans les jours qui suivent

Correction: B,C,E,F,I

A- on parle de FA paroxystique si elle évolue depuis moins de 7 jours documenté et que ce n'est pas un premier épisode

B- vrai

C- vrai, **hypokaliémie** (facteur d'excitabilité myocardique) et une **hyperthyroïdie** (TSH systématique), on ajoute dans la biologie -> NFS, creat, BH

D- ATTENTION le **CHA2DS2VA est utilisé pour l'indication d'un anticoagulant À LONG TERME, toute découverte de FA doit être anticoagulée initialement !!!!**

E- vrai, indication d'anticoagulation curative (SCA récent + Stent + FA) -> stratégie : **AOD + Inhibiteur de P2Y12 (Prasugrel/Clopidogrel)**. On ne laisse pas l'Aspirine seule car elle est insuffisante pour prévenir le risque thromboembolique de la FA

F- vrai, contrôle de la fréquence -> soulager les symptômes et éviter la cardiomyopathie rythmique / contrôle du rythme -> tenter de restaurer et maintenir le rythme sinusal (cardioversion médicamenteuse ou électrique)

G- faux, patiente stable hémodynamiquement. La cardioversion électrique en urgence n'est réservée qu'aux FA mal tolérées (état de choc, OAP), elle est réalisée en second temps si la FA n'est pas revenu en rythme sinusal après introduction d'antiarythmique (digoxine, flecaine, sotalol) après 3 semaines d'anticoagulation ou une ETO normale de moins de 48h

H- non car le BB participe dans ce cas au contrôle de la fréquence cardiaque

I- vrai la digoxine est utilisé surtout dans des situations d'urgence pour contrôler la FC ici plus du BB

J- faux car l'ETO est indispensable pour programmer la cardioversion

Q6 Le traitement par aspirine est remplacé par un AOD, une injection de digoxine est réalisée et permet de rétablir une fréquence cardiaque à 110 bpm. Secondairement une cardioversion est organisée 5 jours plus tard après une ETO qui ne montrait aucun thrombus intracardiaque. Cette cardioversion permet à la patiente de retrouver un rythme sinusal. Un mois plus tard vous la voyez en consultation, son rythme est toujours sinusal et vous vous interrogez sur l'indication de l'AOD au long court pour contrôler le risque thromboembolique

Quel(s) élément(s) chez cette patiente vous permet de décider de poursuivre au long court l'AOD que vous avez introduit ? une ou plusieurs réponses

A- l'obésité

B- l'hypercholestérolémie

C- l'âge de la patiente

D- l'infarctus du myocarde

E- le tabagisme

Correction: D

C (Congestive heart failure) : 0

H (Hypertension) : 0

A (Age \geq 75) : 0

D (Diabetes) : 0

S (Stroke/AVC) : 0

V (Vascular disease) : 1 (Infarctus/Stent)

A (Age 65-74) : 0

Sc (Sex category) : 1 (Femme) (pas comptabilisée dans les nouvelles recommandations)

TOTAL = 2 points. L'indication est formelle (recommandée si ≥ 2 chez la femme).

Q7 Quel score avez-vous utilisé pour répondre à la question précédente ?

rep: CHA2DS2VA

DP2 pneumologie

Un homme de 75 ans, consulte au service des urgences pour dyspnée aiguë. Il a un tabagisme sévère depuis 2 ans et estimé à 75 paquets-années. Il pèse environ 90 kg pour 170 cm. Depuis 8 jours, il présente une aggravation de la toux et une expectoration sale. La dyspnée s'aggrave progressivement. A son arrivée, le patient est apyrétique. La fréquence cardiaque est à 110 bpm et la fréquence respiratoire est de 28/min. Il est somnolent, se réveillant à vos ordres. Il existe un encombrement bronchique majeur. L'auscultation objective des sibilants avec un freinage expiratoire, sans crépitation. Il n'y a pas de douleur thoracique.

Q1 Quels sont les signes cliniques spécifiques d'un trouble ventilatoire obstructif ? (5 réponses attendues)

- A- pouls paradoxal
- B- allongement du temps expiratoire
- C- respiration abdominale paradoxale
- D- sibilants
- E- tirage sus-claviculaire
- F- respiration lèvres pincées
- G- cyanose
- H- signe de Hoover
- I- thorax en tonneau

correction: B, D, F, H, I

Q2 Chez ce patient présentant des signes de détresse respiratoire aiguë, quel examen complémentaire sera le plus important pour évaluer la gravité de l'épisode ? (en 1 à 5 mots, sans abréviation)

réponse: Gazométrie artérielle, gaz des sangs, gaz du sang

Q3 Le gaz du sang artériel sous air montre : pH 7,21 ; PaO₂ 50 mmHg, PaCO₂ 75 mmHg, bicarbonates 29 mmol/L, SaO₂ 85%. Le reste du bilan biologique montre uniquement les anomalies suivantes : leucocytes 12 G/L ; polynucléaires neutrophiles 9 G/L ; CRP 35 mg/L ; d-Dimère à 650 µg/L. Voici la radiographie thoracique de ce patient.



Q4 Quelle est la bonne interprétation de l'état acido basique de ce patient? (une seule bonne réponse)

- A- Alcalose respiratoire sans hypoxémie et hypercapnie
- B- Alcalose respiratoire compensée avec hypoxémie
- C- Acidose respiratoire sans hypoxémie et hypocapnie
- D- Acidose respiratoire compensée avec hypoxémie
- E- Acidose respiratoire avec hypoxémie et hypercapnie

Correction: E

rappel pour interpréter une gazo:

- $\text{pH} < 7,35$ = acidose, $\text{pH} > 7,45$ = alcalose donc ici on est bien en acidose (non totalement compensée car sinon le pH aurait été dans les normes)
- $\text{PaCO}_2 < 35$ = hypocapnie, $\text{PaCO}_2 > 45$ = hypercapnie donc ici on est en hypercapnie et donc en acidose respiratoire
- $\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mmol/L}$ = diminués, $\text{HCO}_3^- > 26 \text{ mmol/L}$ = augmentés, donc ici plutôt augmenté en compensation partielle à l'acidose
- $\text{PaO}_2 < 60$ = hypoxémie

Donc nous sommes bien ici devant une acidose respi avec hypercapnie et hypoxémie

autre cas: effet shunt si $\text{PaCO}_2 + \text{PaO}_2 < 120 \text{ mmHg}$

Q5 Au vu de tous ces éléments, quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (une seule bonne réponse attendue)

- A- Embolie pulmonaire
- B- exacerbation d'asthme
- C- cancer broncho-pulmonaire
- D- exacerbation BPCO
- E- oedème aigue pulmonaire

Correction: D

Q6 Vous diagnostiquez une exacerbation de BPCO. Quels sont les éléments de votre prise en charge thérapeutique en urgence ?

- A- nébulisation de bronchodilatateur de courte durée d'action
- B- nébulisation de corticoïdes inhalés
- C- Corticothérapie systémique
- D- ventilation non invasive
- E- une antibiothérapie par augmentin est indiquée

Correction: A, C, D, E

La prise en charge typique d'une exacerbation de BPCO comprend:

- une oxygénothérapie si le patient à une saturation < 92%,
- un BDCA (diminue la bronchoconstriction) si possible en nébulisation car plus efficace,
- une CTC systémique (pour limiter l'inflammation et le bronchospasme),
- une VNI uniquement si le patient est en acidose respiratoire pour lutter contre l'hypercapnie
- une antibiothérapie est systématique si exacerbation sévère ou GOLD 4 par Augmentin, et si le patient est GOLD 3 avec une expectoration purulente on s'orienterait plutôt vers de l'amoxicilline. (En l'occurrence, en plus de présenter des expectorations sales, le patient est ici hypercapnique, polypnéique et désaturé, ce qui constituent des signes de gravité de l'exacerbation de BPCO.)

=> MAEL

KFP 1 MPR

Une femme de 45 ans, fonctionnaire, consulte chez son Médecin traitant pour une douleur persistante de la cheville droite. Elle a subi une entorse grave de la cheville il y a 3 mois, initialement traitée par une immobilisation plâtrée pendant 3 semaines.

Depuis environ un mois, elle décrit des douleurs à type de brûlures et picotements de manière quasi-permanente, exacerbées par l'appui et le simple contact des chaussures. Elle vous décrit également avoir l'impression que son pied droit transpire plus que son pied gauche. À l'examen clinique, vous notez :

- Un œdème diffus de la cheville.
- Une température cutanée augmentée par rapport au côté gauche.
- Une mobilité active et passive de la cheville limitée par la douleur, sans blocage mécanique.

La patiente ne présente pas de fièvre et l'état général est conservé.

QUESTION 1 (Format QROC)

Quel est le diagnostic le plus probable chez ce patient ?

Correction détaillée Q1 :

- **Réponse attendue : SDRC** (Syndrome Douloureux Régional Complexe) ou **SDRC de type 1** (le terme "Algodystrophie" est accepté mais moins actuel).

- **Analyse** : Le diagnostic est ici déduit par l'analyse croisée du terrain (post-traumatique), du délai de latence (phase d'état à 3 mois). Pour vous poser le diagnostic vous devez vous servir des critères de budapest : C'est la règle du "1-3-2" : 1 douleur démesurée, 3 catégories de symptômes rapportés, 2 catégories de signes constatés, le tout sans autre cause explicative

QUESTION 2 (QRM)

Vous souhaitez étayer votre diagnostic et éliminer des diagnostics différentiels. Parmi les propositions suivantes concernant les examens complémentaires dans le cadre d'un SDRC, lesquelles sont exactes ? (Cochez la ou les réponse(s) exacte(s))

- A. Un syndrome inflammatoire biologique est nécessaire pour confirmer le diagnostic.
- B. La radiographie standard peut montrer une déminéralisation osseuse hétérogène, dite "moucheté".
- C. Un pincement de l'interligne articulaire sur les clichés radiographiques est typique du SDRC.
- D. La scintigraphie osseuse aux biphosphonates peut montrer une hyperfixation aux trois temps (vasculaire, tissulaire et osseux).
- E. L'IRM est l'examen le plus précoce pour détecter l'œdème médullaire osseux.

Correction détaillée Q2 : B, D, E

- A. **Faux** : Un SIB est un critère d'exclusion diagnostique. Il doit rechercher la présence d'une arthrite -> ponction du liquide articulaire (mécanique – inflammatoire)
- B. **Vrai** : La radiographie peut révéler une déminéralisation osseuse "en taches" ou "pommelée" (aspect de "sucre mouillé").
- C. **Faux** : Le respect de l'interligne articulaire est fondamental en imagerie pour différencier le SDRC d'une arthrite ou d'une arthrose. Il est important de bien recueillir tout les signes négatifs à la Rx (érosion, pincement), car le SDRC est un diagnostique d'exclusion.
- D. **Vrai** : La scintigraphie osseuse montre classiquement une hyperfixation aux trois temps (vasculaire, tissulaire et osseux) en phase chaude.
- E. **Vrai** : L'IRM est l'examen le plus précoce et le plus sensible pour mettre en évidence l'œdème médullaire osseux régional. Il est plus précoce pour la détection que la scintigraphie osseuse.

QUESTION 3 : PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE (QRPL)

Concernant la stratégie thérapeutique globale du SDRC de cheville, quelles propositions sont exactes ?(Cochez la ou les réponse(s) exacte(s))

- A. Balnéothérapie pour favoriser la remise en charge progressive et la détente musculaire.
- B. Contre-indication absolue de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- C. Éducation thérapeutique du patient visant à expliquer la pathologie
- D. Immobilisation stricte de la cheville par plâtre jusqu'à disparition de l'œdème.
- E. Kinésithérapie active douce respectant le seuil douloureux.

- F. Mobilisations passives forcées sous antalgiques majeurs pour éviter la rétraction capsulo-ligamentaire.
 - G. Prise en charge psychologique pour limiter l'anxiété et le catastrophisme face à la douleur.
 - H. Prescription de paracétamol et opioïdes faibles
 - I. La patiente aurait dû bénéficier en prévention de Vitamine C (500mg/j)
 - J. Prescription de AINS à visée anti-inflammatoire
 - K. prescription d'opioïdes fort
-

CORRECTION DÉTAILLÉE

Réponses exactes : A, C, E, G, H, I

- A. Vrai** : La balnéothérapie est idéale en MPR car la poussée d'Archimède facilite la remise en charge infradouloureuse.
- B. Faux** : Le TENS est au contraire un outil antalgique non médicamenteux validé et recommandé dans le SDRC.
- C. Vrai** : L'éducation est cruciale pour que le patient ne "force" pas, ce qui aggraverait le syndrome.
- D. Faux** : L'immobilisation est un facteur de risque et d'entretien majeur du SDRC.
- E. Vrai** : La règle de la "non-douleur" est le pilier central du COFEMER.
- F. Faux : Contre-indication absolue.** Toute violence thérapeutique déclenche des poussées inflammatoires réflexes.
- G. Vrai** : La douleur chronique impacte le moral ; la prise en charge psychologique prévient le passage à la chronicité.
- H. Vrai** : Une antalgie efficace est nécessaire pour permettre la rééducation.
- I. Vrai** : La vitamine C a un effet préventif démontré sur la survenue du SDRC après fracture ou chirurgie des extrémités.
- J. Faux** : Le SDRC n'est pas une pathologie médiée par les prostaglandines. L'inflammation est locale, et non systémique, liée à la libération de peptides neurogènes. Il n'a pas montré de preuve d'efficacité par rapport aux autres techniques antalgiques.
- K. Faux** : risque de dépendance.
- L. Vrai** : Outils de neuro-réadaptation majeurs pour corriger la "distorsion" du schéma corporel au niveau cérébral.

-QROC. Orthopédie



Une patiente de 72 ans est admise aux urgences après une chute de sa hauteur sur la paume de la main gauche, le poignet en extension. À l'examen clinique lors de l'inspection, vous notez une déformation "en dos de fourchette" en vue de profil, une déformation « en baïonnette » en vue de face ainsi qu'une inclinaison radiale de la main. Il n'y a pas de trouble sensitivo-moteur distal.

Question : Quel est le diagnostic radiographie précis chez cette patiente ?

Correction : **Fracture de Pouteau-Colles** gauche ou fracture de l'extrémité inférieure du radius à bascule postérieure gauche

Analyse de la radiographie du poignet gauche :

1. **Fracture extra-articulaire :** Le trait de fracture siège au-dessous de l'interligne articulaire (métaphysaire).
2. **Bascule postérieure :** Sur le profil, l'épiphyse radiale est inclinée vers l'arrière
3. **Translation radiale :** Sur la face, l'épiphyse se déplace vers le dehors, créant l'aspect en baïonnette.
4. **Ascension de l'épiphyse radiale :** Entraîne un raccourcissement du radius, visible par l'horizontalisation de la ligne bi-styloïdienne.

-QRPL psychiatrie

Énoncé : Un homme de 52 ans, sans antécédent psychiatrique et médicale connue, est hospitalisé pour une agitation psychomotrice d'installation subaiguë (48 heures). Les constantes sont données : PA= 165/95 mmhg, FC= 110 bpm, température à 37,9, saturation en oxygène= 96%, FR= 17. Lors de votre Examen clinique, Il présente une désorientation temporo-spatiale, des propos décousus et des tremblements des extrémités au repos.

Question : Parmi les examens complémentaires suivants, lesquels font partie du bilan étiologique de première intention à réaliser de manière systématique ou prioritaire dans ce contexte ? (6 réponses exactes)

- A. Ponction lombaire avec étude biochimique et cytologique
- B. Glycémie capillaire
- C. Scanner cérébral sans injection
- D. Électroencéphalogramme (EEG)
- E. Bandelette urinaire
- F. Gaz du sang artériel
- G. Ionogramme sanguin, calcémie et fonction rénale
- H. Électrocardiogramme (ECG)
- I. Dosage de l'alcoolémie et bilan toxicologique urinaire
- J. Bilan hépatique complet et TP

Correction Détaillée

Réponses exactes : B, E, G, H, I, J

A (FAUX) : On ne réalise pas de PL sans avoir éliminé les causes de 1^e intention

B (VRAI) : Priorité absolue pour éliminer une **hypoglycémie**, urgence vitale évidente mimant un trouble psychiatrique.

C (FAUX) : Le patient ne présente pas de signe de localisation, pas de suspicion pour une HSA, pas de modification de l'état de conscience du patient n'argumentant pas la réalisation d'un TDMc

D (FAUX) : L'EEG n'est pas un examen de débrouillage aux urgences. Il est réservé à la recherche d'un état de mal non convulsif si le bilan initial est négatif.

E (VRAI) : Examen simple pour éliminer un **syndrome confusionnel sur infection urinaire**.

F (FAUX) : Pas systématique, le patient n'est pas en sepsis ou en choc.

G (VRAI) : Recherche de **troubles hydro-électrolytiques** (hyponatrémie, hypercalcémie)

H (VRAI) : Systématique pour : 1) rechercher une cause cardiaque à l'agitation, 2) disposer d'un **QT basal** avant toute prescription de neuroleptiques.

I (VRAI) : Le tableau (agitation, tremblements, HTA, sueurs/fièvre modérée) évoque un **pré-delirium tremens** ou une intoxication aiguë.

J (VRAI) : Indispensable pour éliminer une **encéphalopathie hépatique** (surtout si l'on suspecte une consommation d'alcool).

QRM Rhumatologie

Un homme de 65 ans, diabétique de type 2 et alcoolisme chronique, consulte aux urgences pour une douleur brutale du genou gauche évoluant depuis 24 heures. L'examen retrouve un genou inflammatoire, une fièvre à 38,8°C et une impotence fonctionnelle totale. La ponction articulaire du genou ramène un liquide trouble dont l'analyse montre :

- **Cytologie** : 85 000 éléments/mm³, dont 92 % de polynucléaires neutrophiles (PNN).
- **Examen direct** : Présence de nombreux cocci à Gram positif en amas.
- **Cristaux** : Absence de microcristaux.

Parmi les propositions suivantes concernant l'interprétation de ce bilan et la prise en charge immédiate, laquelle ou lesquelles est (sont) exacte(s) ?

- A. Le liquide est défini comme inflammatoire car le taux de PNN est supérieur à 50 %.
- B. La présence de cocci à Gram positif en amas, dans ce contexte, suggère fortement une infection à *Staphylococcus saprophyticus*.
- C. Le diagnostic d'arthrite septique est certain dès l'examen direct, il est inutile d'attendre la culture pour débiter l'antibiothérapie.
- D. Vous réalisez un examen cutané complet à la recherche de lésions de grattage ou d'un intertrigo.
- E. En cas de suspicion de SAMS, le traitement repose sur pénicilline M (type Oxacilline) ou C1G (céfazoline) pendant 4-6 semaines.

Correction Détaillée

Résumé : La présentation clinique est compatible avec une monoarthrite aiguë fébrile. À la biologie de la ponction synoviale on retrouve un caractère inflammatoire > 2000/mm et un examen direct montrant un CGP en amas orientant immédiatement vers la staphylococcus aureus.

EC : **Porte d'entrée** : Cutanée (psoriasis, plaie, perfusion) / **Localisations secondaires** : Risque majeur d'endocardite infectieuse (auscultation cardiaque, ETT/ETO)

Réponses exactes : C, D, E

A. FAUX : Un liquide est défini comme **inflammatoire** dès que le chiffre de leucocytes dépasse **2 000/mm³**. Le seuil de 50 % de PNN est habituel dans l'inflammation, mais c'est le compte cellulaire total qui définit la catégorie selon le COFER. Ici, à 85 000/mm³, il est "très inflammatoire" (évoquant une infection ou une poussée microcristalline majeure).

B. FAUX : La description morphologique "cocci à Gram positif en amas" est la signature bactériologique classique des staphylocoques (dont *S. aureus*). Dans ce contexte, on suspecte le *S.aureus* car il s'agit de la bactérie la plus prévalente. Le staphylocoque saprophyticus est le 2e germe d'infection urinaire causant majoritairement des cystites après une première relation sexuelle.

C. VRAI : L'arthrite septique est une **urgence thérapeutique**. Devant un tableau clinique évocateur et un examen direct positif, l'antibiothérapie doit être débutée immédiatement après les prélèvements (synoviaux et hémocultures), sans attendre la culture définitive.

D. VRAI : *Staphylococcus aureus* est un germe commensal de la peau. Ex : un intertrigo mycotique constitue une porte d'entrée probable aux germes commensales de la peau.

E. VRAI : l'antibiothérapie initiale contre le Staphylocoque repose sur une pénicilline M (Oxacilline ou Cloxacilline) ou une céphalosporine de 1ère ou 2ème génération (Céfazoline). L'adjonction d'un aminoside (Gentamicine) est recommandée pendant les 2 à 5 premiers jours pour obtenir une bactéricidie rapide et synergique en cas de forme grave (Sepsis, choc septique)

Elisa

DP7

Question 1 : QRM

Vous êtes médecin généraliste, vous recevez à votre cabinet Madame N, 25 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers, pour diarrhée évoluant depuis environ 3 mois, associée à des douleurs abdominales. Elle vous décrit l'émission de 3 à 4 selles molles par jour, parfois glairo-sanglantes. La patiente relève aussi la présence de rectorragies depuis quelques semaines. Elle rapporte une perte de poids de 5 kg depuis la dernière consultation il y a 6 mois.

Quelles sont les étiologies que vous suspectez à ce stade ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Maladie coeliaque
- B. Maladie de Crohn
- C. Pancréatite chronique
- D. Rectocolite hémorragique
- E. Colopathie fonctionnelle

Correction: B, D

- A. Faux. La maladie coeliaque se présente plutôt sous la forme de diarrhée par malabsorption (avec des selles grasses, malodorantes) et non par une diarrhée glairo sanglante, ni des rectorragies. A noter, un amaigrissement est possible dans le tableau clinique de maladie coeliaque.
- B. Vrai. La maladie de Crohn se présente typiquement par la triade douleurs abdominales + diarrhée + amaigrissement. La diarrhée est la plupart du temps exsudative (lésionnelle) avec de possibles selles glairo-sanglantes (engendrées par les lésions inflammatoires intestinales). Des rectorragies sont possibles selon la localisation de l'atteinte inflammatoire.
- C. Faux. La pancréatite chronique se manifeste par une diarrhée par malabsorption (stéatorrhée). Un amaigrissement reste possible dans ce tableau.
- D. Vrai. La rectocolite hémorragique se présente sous la forme d'une rectite avec rectorragies constantes et syndrome rectal, associé à un tableau de colite pouvant comprendre douleurs abdominales coliques, syndrome dysentérique (diarrhées glairo sanglantes) et amaigrissement.
- E. Faux. Une colopathie fonctionnelle ne se présenterait pas par des diarrhées glairo sanglantes ni par des rectorragies, il n'y aurait pas non plus d'amaigrissement associé.

Question 2 : QRPL

Vous vous orientez vers une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, quels examens complémentaires prescrivez-vous à ce stade ? (10 propositions attendues)

- A. Calprotectine fécale
- B. NFS
- C. Lipasémie
- D. Calcémie
- E. Ionogramme
- F. Albumine
- G. Créatinine
- H. Bilan hépatique
- I. Ferritine
- J. Iléo-coloscopie avec biopsies multiétagées
- K. Elastase fécale
- L. CRP
- M. Recherche de Clostridium difficile
- N. Électrophorèse des protéines sériques

Correction : A, B, E, F, G, H, I, J, L, M

Le bilan de première intention devant une suspicion de MICI comprend : Calprotectine fécale, NFS, CRP, Iono, Créat et DFG, Albumine, Bilan hépatique, Ferritine, Iléo-coloscopie (colon, rectum, iléon terminal) + biopsies étagées multiples en muqueuse pathologique et saine, et la recherche de C. difficile au diagnostic.

Les autres propositions étant ici des distracteurs.

Question 3 : QRM

Les résultats des biopsies intestinales sont en cours.

Quels éléments de la biopsie vous orienteraient vers une maladie de Crohn plutôt qu'une rectocolite hémorragique ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Présence de granulomes épidermoïdes sans nécrose caséuse

- B. Mucosécrétion très altérée
- C. Atteinte anopérinéale
- D. Lésions continues de la muqueuse colique
- E. Inflammation transmurale

Correction : A, C, E

- A. Vrai. Des granulomes épidermoïdes sans nécrose caséuse sont présents à l'histologie de la maladie de Crohn. Il n'y pas de granulome épidermoïde dans la RCH.
- B. Faux. La muco sécrétion est peu altérée dans la maladie de Crohn, au contraire de la RCH.
- C. Vrai. Une atteinte ano périnéale est présente dans 30% des cas de maladie de Crohn.
- D. Faux. Dans la maladie de Crohn les lésions inflammatoires sont discontinues contrairement à la RCH.
- E. Vrai. L'atteinte inflammatoire est transmurale dans la maladie de Crohn, alors qu'elle reste superficielle dans la RCH.

Question 4 : QRM

Les résultats de l'histologie et des examens complémentaires que vous avez demandés vous permettent de confirmer le diagnostic de maladie de Crohn chez votre patiente. Celle-ci vous interroge sur les différentes manifestations possibles de sa maladie.

Quels peuvent être les signes extra digestifs associés à la maladie de Crohn ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Erythème noueux
- B. Neuropathie périphérique
- C. Uvéite antérieure aiguë
- D. Angiodermite nécrotique
- E. Spondylarthropathie

Correction : A, C, E

- A. Vrai. L'érythème noueux est une des atteintes extra digestives des MICI. Ce type d'atteinte est associé aux poussées de MICI.
- B. Faux. Il n'y a pas de neuropathie périphérique associée aux MICI, il s'agit d'un distracteur.
- C. Vrai. L'uvéite antérieure aiguë est un signe extra-digestif classique des MICI qu'il convient de rechercher systématiquement. Ce type d'atteinte est associé aux poussées de MICI.
- D. Faux. Attention à ne pas confondre avec le *pyoderma gangrenosum* qui est bien un signe cutané des MICI.
- E. Vrai. Les spondylarthropathies sont des atteintes extra-digestives dont l'activité n'est pas corrélée à l'activité des poussées de la maladie.

Question 5 : QRM

Vous souhaitez dorénavant aborder avec la patiente les complications à court et long terme afin de mieux pouvoir les prévenir.

Parmi les éléments suivants, lesquels sont des complications potentielles de la maladie de Crohn ? (une ou plusieurs propositions attendues)

- A. Lymphome du grêle
- B. Cholangite biliaire primitive
- C. Fistule digestive

- D. Syndrome occlusif
- E. Adénocarcinome colique

Correction : C, D, E

- A. Faux. Le lymphome du grêle est une complication de la maladie coeliaque alors que l'adénocarcinome du grêle est bien une complication de la maladie de Crohn.
- B. Faux. Il ne faut pas confondre avec la cholangite sclérosante primitive qui est une complication des MICI, notamment de la rectocolite hémorragique.
- C. Vrai. Une fistule digestive est une complication de la maladie de Crohn en raison de l'inflammation transmurale principalement.
- D. Vrai. Un syndrome occlusif total ou partiel (syndrome de Koenig) peut survenir en raison des sténoses ou des abcès induits par la maladie de Crohn.
- E. Vrai. Le risque de développer un cancer du côlon est d'autant plus élevé que la maladie est ancienne et que l'atteinte est étendue. Pour rappel, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin est une indication à un dépistage individuel du cancer colorectal par coloscopie environ 6 à 8 ans après le début des symptômes.

QI 25- PSY

Quelle est la principale comorbidité du trouble du spectre autistique? (1 seule réponse attendue)

- A- Epilepsie
- B- Troubles anxieux
- C- Trouble du développement intellectuel
- D- Troubles du langage
- E- Troubles schizophrénique

Correction:

- A- Faux.
- B- Faux.
- C- Vrai. Dans l'ordre, les principales comorbidités du trouble du spectre autistiques sont le trouble du développement intellectuel (40%), le TDAH (30-40%), les troubles du langage (20%), l'épilepsie (20%). Viennent ensuite les tics, les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles développementaux des coordinations motrices, et des syndromes psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs, TOC....)
- E- Faux.

QI 28- Ortho

Une patiente de 62 ans consulte aux urgences après une chute sur le trottoir. Elle se plaint de sa cheville droite et rapporte avoir entendu un craquement lors de la chute.

Vous faites le diagnostic d'entorse de la cheville droite avec une sensibilité à la palpation de la malléole externe sur 8 cm, la palpation de la malléole interne est sans anomalie. Il n'y a pas de douleur à la palpation du 5e métatarsien. L'os naviculaire est sensible à la palpation du pied. La patiente peut faire plusieurs pas en plein appui malgré la douleur.

Combien de critères d'Ottawa relevez-vous dans cet énoncé ? (QROC, réponse attendue en un chiffre)

Réponse : 3

Correction: On note ici la présence de 3 critères d'Ottawa:

- L'âge de plus de 55 ans
- La sensibilité de la malléole externe sur plus de 6 cm
- La sensibilité à la palpation de l'os naviculaire

QI 15- HGE

Quelles hépatites sont à déclaration obligatoire? (Une ou plusieurs réponses attendues)

A- Hépatite A

B- Hépatite B aiguë

C- Hépatite B chronique

D- Hépatite C

E- Hépatite E

Correction: A, B

Les hépatites à déclaration obligatoire sont l'hépatite A (forcément aiguë) et l'hépatite B aiguë.

L'hépatite B chronique, tout comme l'hépatite C et l'hépatite E ne sont pas à déclaration obligatoire.

QI 17- Rhumato

Quels sont les examens biologiques à effectuer systématiquement dans le bilan de première intention d'ostéoporose? (QRPL, 7 réponses attendues)

A- Hémogramme

B- CRP

C- TSH

D- PTH

E- Electrophorèse des protéines sériques

F- Calcémie

G- Phosphatémie

H- Créatinémie

I- Coefficient de saturation de la transferrine

J- Testostérone

K- 25- OH vitamine D

L- 1,25-OH vitamine D

M- Cortisol de minuit

Correction: A, B, E, F, G, H, K

Le bilan de première intention d'ostéoporose comprend : Hémogramme, CRP, EPS, Calcémie, Phosphatémie, 25-OH-Vitamine D et Créatinémie avec estimation du DFG.

Dans un 2e temps, en fonction des données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des premiers résultats, des dosages biologiques permettant d'identifier une cause secondaire d'ostéoporose peuvent être réalisés: PTH, TSH, Cortisol minuit+- freinage minute +- cortisolurie des 24h avec créatinurie, coefficient de saturation de la transferrine, testostérone plasmatique.

MALO

Cardio

QI 5

Parmi ces 5 propositions, lesquelles sont des critères d'hospitalisation lors d'une péricardite aiguë ?

- A. modification ECG
- B. patient hyperalgique malgré une première dose d'AINS
- C. épanchement péricardique de 27 mm
- D. âge supérieur à 40 ans
- E. symptômes présents depuis plusieurs semaines

Correction : BCE

- A. faux il s'agit d'un signe typique de péricardite n'imposant pas nécessairement une hospitalisation.

Pour rappel : - l'ECG peut être normal

- anomalies diffuses non systématisées
- Stades précoces: sous décalage du PQ, tachycardie sinusale
- Evolution classique en 4 stades :
 - Stade 1 : sus-décalage du segment ST concave vers le haut, diffus, sans miroir, sans onde Q, ondes T positives le 1er jour
 - Stade 2 : ondes T plates entre la 24e et la 48e heure
 - Stade 3 : ondes T négatives la première semaine
 - Stade 4 : normalisation au cours du 1er mois

- B. vrai
- C. vrai hospitalisation si > 20 mm
- D. faux pas de critère d'âge
- E. vrai

RHUMATO

QROC 18



Quelle pathologie devez vous évoquer chez une femme de 70 ans présentant des douleurs de hanche d'horaire inflammatoire d'apparition rapide associé à cette radiographie de hanche ?

Correction: Rhumatisme à pyrophosphate de calcium, chondrocalcinose

QI 19

A propos de la polyarthrite rhumatoïde, quelles sont les propositions correctes parmi les suivantes ?

- A. Il s'agit du plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques

- B. Les douleurs articulaires sont d'horaire inflammatoire, d'évolution supérieur à 6 semaines, de topographie bilatéral et globalement symétrique
- C. La mesure de la CRP fait partie des paramètres d'évaluation de l'activité de la pathologie
- D. En l'absence de contre indication, le méthotrexate doit être initié le plus précocément possible
- E. Les formes sévères et invalidant permettent de bénéficier d'une prise en charge en ALD

Correction: ABCDE

ORTHO

KFP

Q1:

Vous recevez aux urgences une patiente de 82 ans qui a chuté de sa hauteur ce matin même, en glissant sur son tapis de salle de bain.

Elle a comme antécédent un diabète de type 2 non insulino requérant traité par METFORMINE, de l'hypertension artérielle traité par AMLODIPINE et une hypercholestérolémie sous ATORVASTATINE

Elle a été prise en charge par les pompiers qui décrivent une patiente hyperalgique avec déformation du membre inférieur droit.

Vous suspectez une fracture de l'extrémité proximale du fémur.

Que vous attendez-vous à retrouver à l'examen clinique ?

- A. une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit
- B. une position typique en raccourcissement du membre, abduction, rotation externe
- C. un clinostatisme
- D. un genu valgum
- E. une douleur isolé du genou droit

Vous réalisez une radiographie de hanche droite de face et de profil. Voici le cliché de face



D

QROC : Quelle est la classification Garden de cette fracture du col du fémur ?

Correction: Garden IV, Garden 4, 4, IV

Sur cette radio la fracture est complète avec déplacement complet → Garden IV

QRU 3: Concernant la prise en charge que vous allez proposer à cette patiente, quelle est la réponse correcte ?

- A. Vous allez proposer en première intention un traitement par ostéosynthèse
- B. Le risque d'ostéonécrose est important chez cette patiente
- C. Le recours aux dérivés morphiniques doit être évité dans un premier temps
- D. En cas d'arthroplastie de hanche la remise en charge s'effectuera dès la 3ème semaine post opératoire
- E. Il n'est pas nécessaire de prescrire un traitement par HBPM à dose isocoagulante en cas de remise en charge précoce

Correction B

- A: Faux. Chez le sujet âgé l'arthroplastie de hanche est le traitement de première intention
- B. Vrai. La patiente présente une fracture Garden 4-> le risque de nécrose est très important
- C. Faux. Ne pas hésiter à mettre des dérivés morphiniques si douleur
- D: Faux. Remise en charge précoce dès le premier jour post-op
- E: Faux. HBPM à dose préventive 30 jours

QROC: Quelle pathologie devez vous absolument suspecter et évaluer chez cette patiente au vu de la fracture et du mécanisme lésionnel ?

Correction: Ostéoporose

Fracture traumatisme à basse énergie chez la personne âgée → OSTÉOPOROSE à traquer

LÉA

PNEUMOLOGIE



Q1 1 (question d'annale) . Vous êtes interne en pneumologie à l'hôpital. Vous avez fait une aspiration bronchique pour l'exploration étiologique d'une pneumopathie excavée chez un patient âgé de 19 ans, originaire des Comores, sans antécédent particulier. Vous recevez les résultats suivants. Citer les 3 réponses justes, parmi ces propositions.

- A. Il s'agit dans ce cas d'une tuberculose bacillifère.
- B. Mycobacterium tuberculosis sera identifié en culture rapidement.
- C. Il peut s'agir d'une infection tuberculeuse latente.
- D. Un isolement respiratoire de type « air » doit être mis en place.
- E. Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire.

A. VRAI. L'examen présenté est un **examen direct**. Il présente des bacilles colorés par la coloration Ziehl-Nielsen.

Le terme bacillifère évoque une présence de **bacilles** dans les sécrétions respiratoires du patient. La présence de ces bacilles sur un **prélèvement** d'aspiration bronchique en est la preuve chez ce patient.

B. FAUX. Après l'examen direct, et ce même s'il est négatif, le prélèvement est mis en **culture**. Deux méthodes sont possibles :

- la culture sur milieu solide de Löwenstein-Jensen qui se positive en 2 à 4 semaines
- la culture sur milieu liquide, plus rapide avec des résultats obtenus en 1 à 2 semaines.

Dans tous les cas, ces temps de culture sont plus longs qu'en bactériologie standard (environ 48 h).

C. FAUX. La tuberculose latente n'est pas bacillifère.

D. VRAI. Le diagnostic positif de cette tuberculose bacillifère implique :

- la protection des contacts via la mise en place d'un isolement respiratoire **type air** (en plus des précautions standards) comprenant :
 - port d'un masque chirurgical par le patient,
 - port d'un masque FFP2 par le personnel soignant et les visiteurs.
- la déclaration obligatoire comprenant :
 - un signalement nominatif au CLAT pour l'enquête autour du cas,
 - une déclaration obligatoire sur formulaire anonyme à l'ARS à but épidémiologique.

E. VRAI. cf. explication à la D.

QCM 2. Concernant l'usage de tabac et la dépendance tabagique, quelles propositions sont vraies ?

- A. La nicotine est le principal agent responsable de la dépendance au tabac
- B. La dépendance tabagique selon la CIM-10 est définie par la présence d'au moins trois critères cliniques
- C. La dépendance tabagique selon la CIM-10 est définie par la présence d'au moins trois critères cliniques
- D. La tolérance fait partie des critères de dépendance tabagique CIM-10
- E. Le test de Fagerström permet de poser le diagnostic de dépendance tabagique

A. VRAI

B. FAUX. Par définition, l'usage nocif est un mode de consommation préjudiciable **sans** critères de dépendance

C. VRAI. La CIM-10 exige la présence d'au moins trois critères parmi ceux listés :

- Désir puissant ou compulsif de fumer
- Difficultés à contrôler l'usage de tabac (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'usage) ;
- Syndrome de sevrage à la diminution ou à l'arrêt
- Tolérance (augmentation des doses pour obtenir les mêmes effets)
- Abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'usage du tabac ou augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences nocives.

D. VRAI.

E. FAUX. Le test de Fagerström évalue l'intensité de la dépendance, mais ne pose pas le diagnostic de dépendance.

QCM 3. Chez un adulte asthmatique, concernant le diagnostic positif de l'asthme, quelle(s) proposition(s) est/sont exacte(s) ?

- A. Le diagnostic repose uniquement sur la clinique, sans nécessité d'exploration fonctionnelle respiratoire
- B. Un trouble ventilatoire obstructif est défini par un rapport VEMS/CVF < 0,7
- C. La réversibilité est définie par une augmentation du VEMS ≥ 200 mL ou ≥ 12 % après bronchodilatateur

- D. Un test de provocation bronchique à la méthacholine est indiqué en première intention chez tout patient
- E. Une spirométrie strictement normale élimine définitivement le diagnostic d'asthme

- A. FAUX.** Le diagnostic d'asthme repose sur des symptômes évocateurs **ET** la mise en évidence d'une obstruction bronchique réversible, ce qui nécessite des EFR.
- B. VRAI.** Le trouble ventilatoire obstructif est défini par un rapport VEMS/CVF < 0,7
- C. VRAI.** La réversibilité est définie par une augmentation du VEMS > 200 mL **et** > 12 % par rapport à la valeur initiale après bronchodilatateur
- D. FAUX.** Le test à la méthacholine n'est pas un examen de première intention ; il peut être discuté en cas de spirométrie normale avec forte suspicion clinique
- E. FAUX.** Une spirométrie normale n'élimine pas l'asthme, en raison du caractère variable et paroxystique de l'obstruction bronchique

QCM 4. Concernant le diagnostic et l'orientation étiologique d'un épanchement pleural liquidien, quelle(s) proposition(s) est/sont exacte(s) ?

- A. La radiographie thoracique de face peut montrer une opacité homogène décline à limite supérieure concave en haut
- B. Une déviation du médiastin vers le côté atteint oriente vers une atélectasie plutôt qu'une pleurésie
- C. Une ponction pleurale est indiquée systématiquement devant tout épanchement pleural liquidien
- D. Un liquide pleural d'aspect macroscopique lactescent oriente vers un chylothorax
- E. Un taux de protides < 25 g/L oriente vers un épanchement transsudatif.

- A. VRAI. L'épanchement pleural liquidien donne classiquement une opacité homogène décline, non systématisée, à limite supérieure concave en haut (ligne de Damoiseau)
- B. FAUX. Dans la **pleurésie**, la déviation médiastinale se fait vers le côté sain ; une déviation vers le côté atteint évoque plutôt une **atélectasie**
- C. FAUX. La ponction pleurale n'est pas systématique, notamment si l'épanchement est de faible abondance ou clairement lié à une insuffisance cardiaque régressive sous traitement
- D. VRAI.
- E. VRAI. Le dosage des protides permet de distinguer transsudat (< 25 g/L) et exsudat.
- Un taux de protides < 25 g/L oriente vers un épanchement transsudatif ;
 - tandis qu'un taux de protides > 35 g/L oriente vers un épanchement exsudatif.

QCM 5. Mr Z. présente une BPCO avec un VEMS/CVF = 30% et un VEMS = 41% de la valeur théorique (après bronchodilatation) et une insuffisance cardiaque droite. Quel est le score de GOLD de cette BPCO ?

- A. Stade 1
- B. Stade 2
- C. Stade 3
- D. Stade 4

E. Aucune des réponses précédentes n'est exacte
réponse C.

pneumologie (léa)

pneumologie (léa)

Q1 1. Vous êtes interne en pneumologie à l'hôpital. Vous avez fait une aspiration bronchique pour l'exploration étiologique d'une pneumopathie excavée chez un patient âgé de 19 ans, originaire des Comores, sans antécédent particulier. Vous recevez les résultats suivants. Citer les 3 réponses justes, parmi ces propositions.

- A. Il s'agit dans ce cas d'une tuberculose bacillifère.
- B. *Mycobacterium tuberculosis* sera identifié en culture rapidement.
- C. Il peut s'agir d'une infection tuberculeuse latente.
- D. Un isolement respiratoire de type « air » doit être mis en place.
- E. Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire.

A. VRAI. L'examen présenté est un **examen direct**. Il présente des bacilles colorés par la coloration Ziehl-Nielsen.

Le terme bacillifère évoque une présence de **bacilles** dans les sécrétions respiratoires du patient. La présence de ces bacilles sur un **prélèvement** d'aspiration bronchique en est la preuve chez ce patient.

B. FAUX. Après l'examen direct, et ce même s'il est négatif, le prélèvement est mis en **culture**. Deux méthodes sont possibles :

- la culture sur milieu solide de Löwenstein-Jensen qui se positive en 2 à 4 semaines
- la culture sur milieu liquide, plus rapide avec des résultats obtenus en 1 à 2 semaines.

Dans tous les cas, ces temps de culture sont plus longs qu'en bactériologie standard (environ 48 h).

C. FAUX. La tuberculose latente n'est pas bacillifère.

D. VRAI. Le diagnostic positif de cette tuberculose bacillifère implique :

- la protection des contacts via la mise en place d'un isolement respiratoire **type air** (en plus des précautions standards) comprenant :
 - port d'un masque chirurgical par le patient,
 - port d'un masque FFP2 par le personnel soignant et les visiteurs.
- la déclaration obligatoire comprenant :
 - un signalement nominatif au CLAT pour l'enquête autour du cas,
 - une déclaration obligatoire sur formulaire anonyme à l'ARS à but épidémiologique.

E. VRAI. cf. explication à la D.