

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet 1

Un jeune homme de 19 ans présente des adénopathies médiastinales découvertes devant un état fébrile au long cours. Des biopsies chirurgicales par médiastinoscopie sont effectuées.

Question N°1

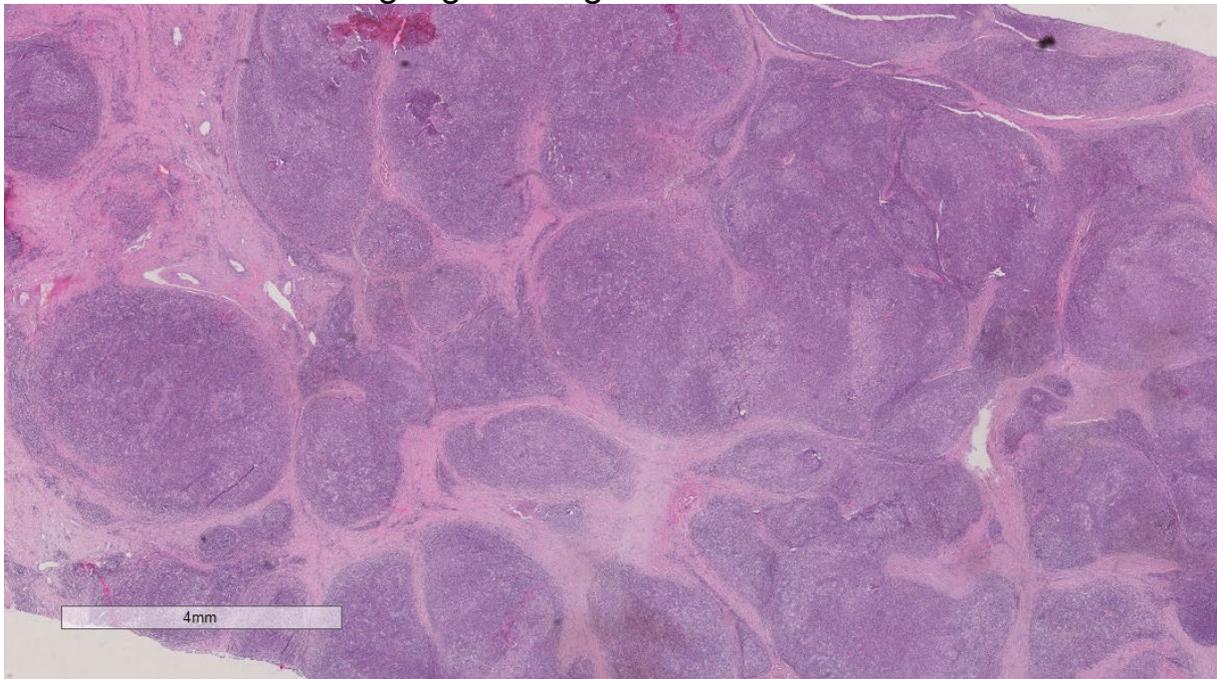
Détailler la prise en charge adaptée des prélèvements communiqués immédiatement dans le service d'Anatomie Pathologique.

Question N°2

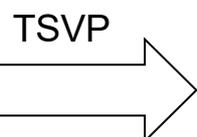
Préciser les principales étiologies qui doivent être évoquées

Question N°3

Voici l'aspect histologique représentatif d'une coupe colorée par l'hématéine éosine du ganglion au grossissement x 10.

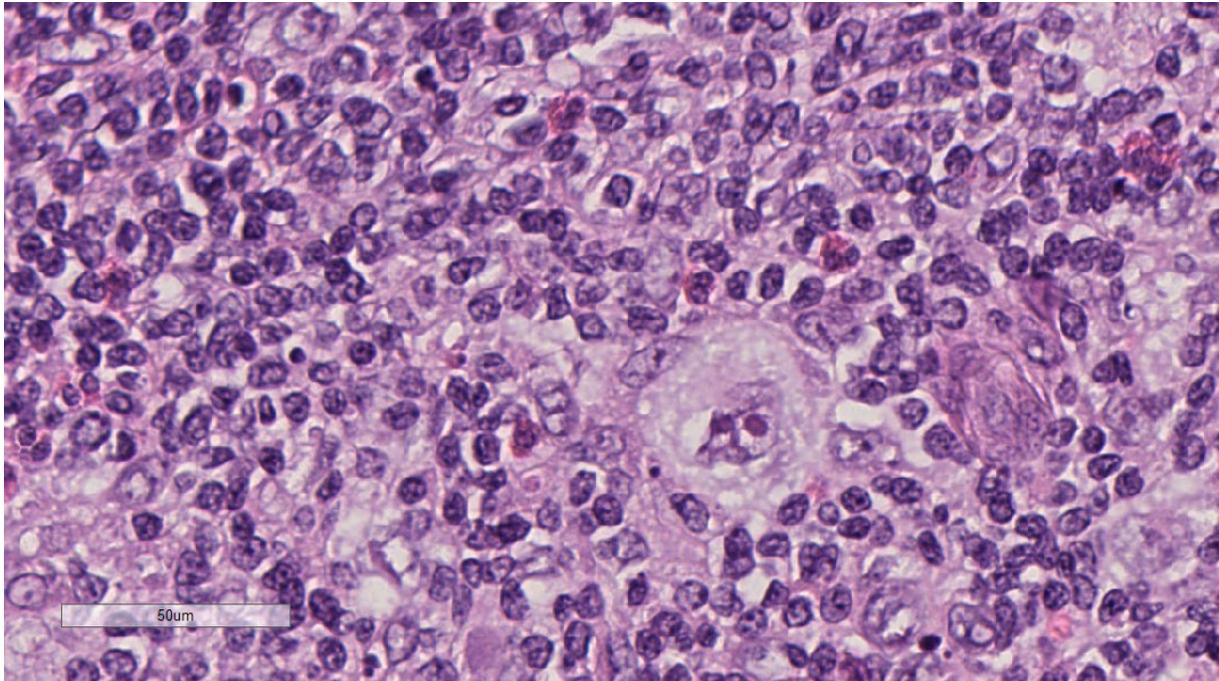


Veillez décrire les principaux aspects observés :



Question N°4

Voici l'aspect histologique des mêmes coupes au fort grossissement (x 40).



Citer les populations cellulaires présentes

Question N°5

Détailler les techniques complémentaires que vous initiez pour confirmer votre diagnostic histologique.

Question N°6

Quelle est la conclusion de votre compte rendu anatomopathologique?

SUJET 2

Quelles sont les données indispensables devant figurer dans un compte-rendu anatomopathologique d'une pièce opératoire d'un cancer infiltrant du sein ?

SUJET 3 QCM

Vous diagnostiquez un carcinome mammaire infiltrant : les récepteurs aux oestrogènes, à la progestérone et HER2 sont négatifs (triple négatif).

Parmi les propositions suivantes, la ou lesquelles sont exactes :

- A : Il s'agit d'une forme de carcinome généralement agressif
- B : Ce type nécessite toujours une chimiothérapie
- C : Il pourrait s'agir d'un carcinome adénoïde kystique
- D : le carcinome tubuleux est le plus souvent un triple négatif
- E : Ce phénotype peut correspondre à un sous-type moléculaire basal-like

ANESTHESIE REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet : 1

Vous voyez en consultation pré-anesthésie un homme de 80 ans, barbu, pour chirurgie réglée de résection transurétrale de prostate. L'intervention est prévue dans 8 jours.

Ses antécédents :

- Hypertension artérielle,
- Arythmie chronique par fibrillation auriculaire,
- Infections urinaires multiples dans les derniers mois.

Son traitement habituel :

- Rivaroxaban (xarelto ®) 1 cp/jour
- Bisoprolol (bisocce ®) 2.5 mg/jour
- Valsartan (tareg ®) 40 mg/jour

A l'examen clinique, il mesure 172 cm, pèse 90 kg. Pas d'essoufflement. Activité physique limitée par une douleur de hanche droite. Il ne se plaint pas de reflux oesophagien. Tension Artérielle : 130/75 mmHg. Fréquence cardiaque : 75/min, irrégulière. Clairance de la créatinine à 70 ml/min/m² il y a 6 mois (formule MDRD).

Question N° 1 :

Calculez son indice de masse corporelle.

Question N° 2 :

Quels sont les items du score de Lee. Quel est le score de Lee de ce patient ?

Question N° 3 :

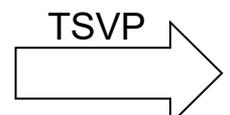
Citez les explorations préopératoires complémentaires indispensables.

Question N° 4 :

Quelles consignes lui donnez-vous pour la gestion de ses traitements habituels ? justifiez vos décisions.

Question N° 5 :

Quels sont les critères de ventilation difficile au masque que vous identifiez chez ce patient ? quels autres critères recherchez-vous ?



Question N° 6 :

Quels sont les critères d'intubation difficile que vous recherchez chez ce patient ?

Question N° 7 :

Quelles consignes pour le jeûne pré-opératoire donnez-vous au patient ?

Question N° 8 :

Quelles sont les contre-indications à la rachianesthésie ?

Vous décidez de réaliser une rachianesthésie pour le geste opératoire avec 10 mg de bupivacaine (injection unique). Dix minutes plus tard, le patient présente une Pression Artérielle Moyenne à 50 mmHg.

Question N° 9 :

Citez les vasopresseurs que vous pourriez utiliser ?

Le patient est en salle de surveillance post-interventionnelle. Il présente une confusion-agitation.

Question N° 10 :

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Sujet : 2

Vous voyez en consultation pré-anesthésique aux urgences une femme de 75 ans pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur gauche pour laquelle une indication de prothèse de hanche est prévue. La fracture est secondaire à une chute accidentelle.

Antécédents

- Hypertension artérielle. Suivi cardiologique il y a 1 mois avec échocardiographie normale.
- Pas d'autre antécédent

Son traitement habituel :

- Amlodipine (Amlor ®) 5 mg/jour

A l'interrogatoire, la patiente est autonome, fait son jardinage. **A l'examen clinique**, vous ne retrouvez pas de signe prédictif de ventilation au masque ou d'intubation difficiles. La patiente n'est pas à jeun.

Bilan biologique réalisé aux urgences :

- Numération sanguine normale.
- Bilan d'hémostase normal.
- Groupe sanguin / RAI déterminés.
- ECG normal.
- Ionogramme, urée, créatininémie : pas d'anomalie.

Question N° 1 :

Du point de vue anesthésique, sous quel délai pouvez-vous réaliser l'anesthésie ?

Vous réalisez une anesthésie générale avec une induction en séquence rapide. L'intubation trachéale est réalisée sans complication.

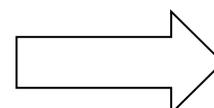
Question N° 2 :

Quels sont les 5 principaux critères d'une bonne antibioprophylaxie ?

Question N° 3 :

Quelles sont les 2 mesures de précaution à prendre avant la pose du ciment pour la prothèse ?

TSVP



A J3 dans le service d'orthopédie (4^{ème} jour d'hospitalisation au total), la patiente présente une gêne respiratoire avec une polypnée à 27/min et une saturation à 90% sous masque à haute concentration. La pression artérielle moyenne est de 53 mmHg, et la fréquence cardiaque à 95/min. Sa température est à 38.4°C.

Question N° 4 :

Le diagnostic retenu est une pneumopathie post-opératoire. Quelles étaient les autres hypothèses diagnostiques ?

Question N° 5 :

Quelles sont les grandes lignes de votre prise en charge thérapeutique immédiate ?

L'évolution est défavorable sous traitement avec une hypoxémie persistante et l'apparition d'une agitation. La lactatémie est à 3.4 mmol/L. Vous placez la patiente sous ventilation mécanique invasive. Le ratio PaO₂/FiO₂ post-intubation est mesuré à 145.

Question N° 6 :

Comment adaptez-vous votre antibiothérapie ?

Question N° 7 :

Comment réglez-vous les paramètres du ventilateur ?

BIOLOGIE MEDICALE (médecin)

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Un homme âgé de 25 ans, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales et vomissements. Il a perdu 5 kg depuis 2 mois, malgré un appétit conservé. Il vous explique qu'il boit beaucoup plus que d'habitude en plus d'avoir des urines plus importantes.

Antécédents personnels et familiaux: sans particularité

Il pèse 70 kg pour 1m80, TA 100/70 mmHg, Fréquence Cardiaque 105/minute.

Question N° 1 :

Vous suspectez un diabète. Quelle(s) analyse(s) demandez-vous en première intention devant cette hypothèse ?

- A/ Glycosurie
- B/ Glycémie capillaire
- C/ Corps cétoniques
- D/ Peptide C
- E/ Insulinémie

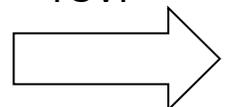
Question N° 2 :

La glycémie capillaire est à 22 mmol/L (4 g/L). La bandelette urinaire montre: glucose +++, cétone +++, hématies +

Parmi les items suivants, quel est(ont) celui(ceux) qui doi(ven)t être obligatoirement demandé(s) pour confirmer l'hypothèse diagnostique ?

- A/ HbA_{1c}
- B/ Insulinémie
- C/ peptide C
- D/ bêta-hydroxybutyrate
- E/ Glycémie veineuse

TSVP



Question N° 3 :

Parmi les items ci-dessous, quel(s) est(sont) celui(ceux) qui peut(peuvent) rendre le résultat d'une bandelette urinaire positif ?

- A/ Activité physique
- B/ Orthostatisme prolongé
- C/ Fièvre
- D/ Insuffisance cardiaque
- E/ Infection urinaire

Question N° 4 :

Quelle(s) analyse(s) biologique(s) demandez-vous dans le cadre du bilan étiologique du diabète ?

- A/ HbA_{1c}
- B/ Anticorps anti-nucléaires
- C/ Anti-GAD (Glutamate Decarboxylase)
- D/ Anti-IA2 (Islet Antigen 2)
- E/ Anti-TPO (ThyroPerOxydase)

Question N° 5 :

La glycémie veineuse est à 5 g/L (27.5 mmol/L). Vous faites hospitaliser le patient pour initier la prise en charge thérapeutique avec l'insulinothérapie. Les anticorps anti-GAD sont positifs. Vous cherchez de manière systématique les signes d'(une)autre(s) maladie(s) autoimmune(s), laquelle (lesquelles) ?

- A/ Maladie coeliaque
- B/ Thyroïdite de De Quervain
- C/ Maladie d'Addison
- D/ Hypophysite
- E/ Maladie de Cushing

Question N° 6 :

Toujours dans l'hypothèse d'une maladie autoimmune associée au diabète de type 1, quel(s) examen(s) est(sont) à envisager selon la présence de signes cliniques évocateurs ?

- A/ Anticorps anti-thyroglobuline
- B/ Anticorps anti-thyropéroxidase
- C/ Anticorps anti-21 hydroxylase
- D/ Anticorps anti-transglutaminase
- E/ Anticorps anti-CCP (Peptide Cyclique Citrulliné)

Question N° 7 :

Le patient a un fils âgé de 5 ans et vous demande quel est le risque pour son fils de développer un diabète. A propos des aspects génétiques du diabète, quelles propositions sont correctes ?

- A/ Le risque de développer un diabète de type 2 (DT2) dans la population générale est compris entre 2 et 4%
- B/ Les antécédents familiaux sont fréquents dans le diabète de type 1 mais pas de type 2
- C/ La concordance chez des jumeaux monozygotes est plus importante pour le DT2 que pour le DT1
- D/ Une positivité des anti-GAD est retrouvée chez 5% des apparentés du 1er degré des sujets DT1
- E/ Un individu ne possédant aucun haplotype HLA en commun avec son frère ou sa sœur malade a un risque de développer un diabète égal à celui de la population générale

Question N° 8 :

Le diabète insulino dépendant de type 1 est caractérisé par, indiquez la ou les proposition(s) juste(s) ?

- A/ Un début insidieux et lent
- B/ Une résistance à l'insuline
- C/ Une cétose inaugurale
- D/ Des antécédents familiaux fréquents
- E/ Une association avec les gènes HLA-DR

Sujet : 2

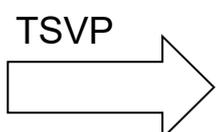
Madame A., 68 ans, consulte son médecin traitant pour fatigue.

Elle a comme antécédent une hypertension artérielle traitée depuis longtemps.

Depuis quelques mois, elle se plaint d'asthénie et de difficulté à sortir de chez elle en raison de troubles de l'équilibre. Récemment sont apparues des brûlures de l'estomac indépendantes de l'alimentation.

A l'examen, il existe une pâleur importante et un subictère. La tension artérielle est à 11/9. Le médecin remarque une langue décapillée. Elle n'a pas de prothèse dentaire.

L'hémogramme montre :



- Globules rouges : 1,450 T/L
- Hémoglobine : 6,8 g/dL
- Hématocrite : 19,5 %
- VGM : 133 fL
- CCMH : 34,9 %
- Réticulocytes : 14,5 G/L
- Plaquettes : 90 G/L
- Globules blancs : 3,6 G/L
- Polynucléaires neutrophiles 74%
- Polynucléaires éosinophiles 1%
- Polynucléaires basophiles 0%
- Lymphocytes 23%
- Monocytes 2%

Question N° 1 :

Décrire et interpréter l'hémogramme

Question N° 2 :

Quel élément manque sur l'analyse de cet hémogramme ?

Question N° 3 :

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques à la lecture de l'hémogramme seul (au moins 3) ?

Question N° 4 :

En tenant compte de la clinique, quelle est la cause la plus probable ?

Question N° 5 :

Pour confirmer cette hypothèse, si vous réalisez un myélogramme, qu'en attendez-vous ?

Question N° 6 :

Quels autres examens biologiques sont à prescrire dans un but étiologique ?

Question N° 7 :

Si la patiente a une biopsie gastrique, quelles anomalies sont à rechercher ?

Sujet : 3

Mme M, 54 ans, consulte pour des douleurs symétriques des genoux, des poignets, des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes des mains, ainsi que des métatarso-phalangiennes des pieds. Ces douleurs se sont installées depuis 2 mois et réveillent la patiente. Elles s'accompagnent d'un dérouillage matinal d'une heure et s'estompent dans l'après-midi. La malade ne présente pas de fièvre et n'a pas noté d'altération de l'état général.

Question N° 1 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question N° 2 :

Quelles recherches immunologiques doivent être réalisées pour aider à ce diagnostic ?

Question N° 3 :

En dehors de l'immunologie, quels examens biologiques ou non préconisez-vous pour conforter le diagnostic ?

Question N° 4 :

Parmi les auto-anticorps recherchés lequel est le plus spécifique ? Est-il utile de le doser au cours du suivi ?

Question N° 5 :

Décrire la prise en charge thérapeutique de première et deuxième intention de cette pathologie.

Question N° 6 :

En cas d'échappement thérapeutique aux thérapies de seconde intention, quels dosages biologiques peuvent être réalisés ?



Sujet : 4

Question N° 1 :

A propos de l'Arthrite de l'enfant, indiquez la ou les proposition(s) juste(s)

A - Il est indispensable d'inoculer 1 flacon d'hémoculture avec le liquide articulaire au lit du patient.

B - Il est indispensable de faire des hémocultures.

C - *Kingella kingae* est souvent isolé dans cette situation.

D - *Serratia sp* est souvent isolé dans cette situation.

E - *Listeria monocytogenes* est souvent isolé dans cette situation.

Question N° 2 :

Devant une expectoration positive à l'Auramine (2 Bacilles Acido Alcoolo Résistants (BAAR) / Champs) : indiquez la ou les proposition(s) juste(s) ?

A - Je déclenche une PCR (Polymerase Chain Reaction) pour savoir s'il s'agit de *Mycobacterium complexe tuberculosis*.

B- Je déclenche une PCR pour savoir s'il s'agit de *Mycobacterium complexe tuberculosis* résistant à la Rifampicine .

C - Je ne fais pas de PCR car les Mycobactéries atypiques ne donnent pas des examens directs positifs en BAAR .

D - Je me contente de ce résultat et ne prévois pas de mise en culture .

E - Je choisis la PCR parce qu'elle est plus sensible que la culture

Sujet : 5

Un usager de drogues sous traitement substitutif pour une dépendance aux opiacés est pris en charge pour son hépatite chronique C au sein d'un CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)

Question N° 1 :

Quel est le marqueur virologique à rechercher témoin d'une infection active par le VHC (Virus de l'Hépatite C) et par quelle technique ?

Question N° 2 :

Quelles sont les principales complications de l'infection chronique par le VHC ?

Question N° 3 :

Quelles sont les bases thérapeutiques de la prise en charge de l'hépatite C ?

Question N° 4 :

Quelle est la surveillance virologique de l'efficacité du traitement antiviral ?

Question N° 5 :

Que doit-on craindre, concernant l'hépatite C, chez ce type de patient ?

ONCOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Une femme de 45 ans, consulte pour une masse de 3 cm dans le sein gauche, bonnet 90 A. La biopsie conclut à un carcinome canalaire infiltrant de grade 3 HER2 amplifié et récepteurs hormonaux négatifs. Pas d'antécédents personnels ou familiaux relevants.

A l'examen clinique, on palpe une masse de 3 cm au niveau du quadrant supéro-interne, avec adénopathie axillaire gauche de 2 cm dure.

La mammographie/échographie montre une masse de 3 cm unique, avec plusieurs adénopathies axillaires gauches dont la nature ne fait aucun doute.

Un PET scan montre un hypermétabolisme mammaire et axillaire typique. Pas de métastases à distance.

Une chimiothérapie première a été faite, suivie par une tumorectomie avec curage axillaire gauche. L'histologie montre la persistance d'un cancer invasif de 15 mm, R0, Her2 positif, 1 ganglion envahi sur 7 examinés.

Question 1 :

Quels traitements complémentaires proposez-vous ?

Une femme de 52 ans ménopausée, a bénéficié d'un traitement conservateur pour un cancer du sein gauche, diagnostique lors d'un dépistage. L'histologie montre un carcinome canalaire infiltrant de 15 mm, R0, N0, RE 80%, RP 60%, ki67 25%, HER2 amplifié.

Question 2 :

Quels traitements complémentaires proposez-vous ?

Une femme de 65 ans a été opérée en 2014 pour un carcinome canalaire infiltrant du sein droit, pT1cpN0, hormonosensible HER 2 négatif. Traitement complémentaire par radiothérapie. Hormonothérapie par antiaromatase en cours.

T.S.V.P.

En juillet 2019, apparition d'une toux, état général conservé. Bilan biologique dans la norme. CA15-3 normal. Le scanner TAP objective plusieurs nodules pulmonaires, dont le plus volumineux mesure 20 mm, avec des lésions lytiques osseuses non menaçantes. La biopsie pulmonaire conclut à un diagnostic de cancer compatible avec une rechute de son cancer mammaire RH+ Her2 négatif.

Question 3 :

Quel(s) traitement(s) médicamenteux prescrivez-vous à cette patiente ?

Sujet : 2

Une femme de 50 ans se présente aux urgences pour ménorrhagies abondantes évoluant depuis plusieurs semaines. Son dernier suivi gynécologique a été réalisé il y a plus de 5 ans. L'examen gynécologique retrouve un col exophytique et la biopsie met en évidence une lésion infiltrante.

Question 1

Quels sont les types histologiques les plus fréquents ?

L'examen gynécologique met en évidence une lésion d'environ 3 cm sans atteinte vaginale ni des paramètres.

Question 2

Quels examens d'imagerie prescrivez-vous ?

Les examens confirment que la lésion mesure 3 cm et reste confinée au niveau du col utérin.

Question 3

En fonction de l'envahissement ganglionnaire à l'imagerie quelle classification FIGO proposeriez-vous ?

1. Si pas d'envahissement ganglionnaire
2. Si envahissement pelvien
3. Si envahissement lombo aortique

Cette patiente ne présente pas d'envahissement ganglionnaire à l'imagerie.

Question 4

De quelle information complémentaire avez-vous besoin pour orienter la stratégie thérapeutique ?
Comment obtenez-vous cette information ?

Question 5

Dans le cas d'une patiente présentant une lésion de moins de 4 cm confinée au col utérin avec un envahissement d'un ganglion pelvien sans atteinte ganglionnaire lombo-aortique,

Quelles sont les étapes indispensables dans le cadre du parcours de soin de la patiente préalables à la mise en œuvre du traitement ?

Question 6

Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous ?

Question 7

Si une chimiothérapie est indiquée,
Quel est son objectif
Quelle(s) drogue(s) utiliser ?
Quelle dose et quel schéma d'administration

Sujet N° 3 :

Un homme âgé de 62 ans présente un antécédent d'adénocarcinome rénal à cellules claires de grade III de Furhman.

Dans le cadre du suivi systématique, alors qu'il est asymptomatique et en bon état général, un scanner TAP réalisé 4 ans plus tard, retrouve un nodule pulmonaire isolé de 20 mm de diamètre. La biopsie du nodule pulmonaire confirme la métastase du cancer du rein connu.

Question 1 :

Quels examens proposez-vous en première intention ?

Question 2 :

Quels facteurs de risque recherchez-vous ?

Le bilan réalisé confirme la présence d'une métastase unique de 20 mm du cancer du rein connu. La biologie est normale.

T.S.V.P.

Question3

A/ A quel groupe pronostique appartient ce patient ?

B/ Quelles options thérapeutiques peuvent être envisagées lors de la discussion en RCP ?

Un an plus tard, le scanner retrouve une évolution avec apparition de multiples métastases pulmonaires. L'état général et le bilan biologique restent corrects.

Question 4

Quel traitement proposez-vous, à quelle posologie ?

Question 5

Précisez les effets secondaires potentiellement attendus de ces traitements

Deux ans plus tard, le patient présente une nouvelle progression métastatique.

Question 6 :

Quel(s) traitement(s) de seconde ligne peuvent être proposés ?

MEDECINE CARDIOVASCULAIRE

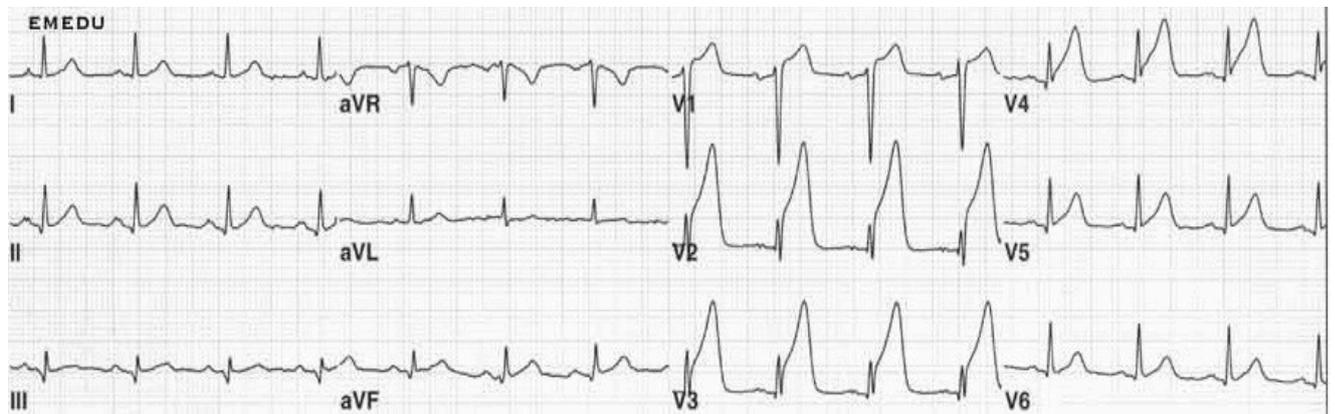
Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : 1

Mr X, 48 ans, tabagique, appelle le SAMU pour une douleur thoracique évoluant depuis 1h30. Il habite à 45 minutes environ de votre unité de cardiologie interventionnelle.

Les constantes à domicile sont une tension artérielle à 105/80 à et un pouls à 100/min, l'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Son poids est 100kg pour une taille de 1,73m.

L'ECG réalisé à domicile est le suivant:



Question N° 1 :

Quel est votre diagnostic ?

Quelle conduite à tenir initiale doit être mise en place ?

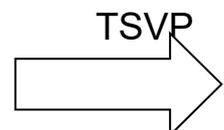
Question N° 2 :

Quelles complications devez vous craindre ?

Question N° 3 :

A la coronarographie on retrouve une lésion monotronculaire avec une occlusion de l'IVA proximale traitée par désobstruction et mise en place d'un stent actif.

A J2 la tension artérielle est 120/70 et la fréquence cardiaque à 80/min, il est en classe Killip I. L'échocardiographie retrouve une fraction d'éjection à 30%. Quel traitement médicamenteux proposez vous ?



Question N° 4 :

Au contrôle échocardiographique à J5 , l'état clinique est stable; on retrouve une fraction d'éjection à 25% et un thrombus apical.

- a) Quelle est votre attitude thérapeutique ?
- b) Quelles autres mesures envisagez vous en vue de sa sortie ?

Question N° 5 :

Au décours de cet épisode aigu, quand prévoyez vous de revoir le patient, quels examens complémentaires demandez vous et qu'en attendez vous ?

Question N° 6 :

Au terme de votre bilan la fraction d'éjection est 29%. Quelle est votre stratégie thérapeutique ?

Sujet : 2

Une femme de 80 ans, obèse (90kg, 163cm), BPCO, diabétique et hypertendue traitée est hospitalisée en raison d'une dyspnée d'installation progressive et œdèmes des membres inférieurs. Elle dort assise depuis deux jours. Cliniquement elle présente une diminution du murmure vésiculaire avec des râles sibilants expiratoires bilatéraux, une turgescence jugulaire, des œdèmes bi-malléolaires prenant le godet, absence de souffle cardiaque, la fréquence cardiaque est à 110 bpm, la TA est à 170/90mmHg. Saturation en air 88%, température corporelle 37°2.

Son traitement comprend : Amlodipine 10mg/j, Gliclazide 60mg, Metformine 850mg X 2/j, Pravastatine 20mg/j, Lévothyrox 75µg/j.
Radiographie de thorax: au lit, de mauvaise qualité montrant un petit épanchement pleural droit et une trame vasculaire augmentée
ECG : tachycardie sinusale, HVG électrique

Une échocardiographie réalisée par le médecin urgentiste retrouve une contractilité ventriculaire gauche normale avec une FEVG à 60%, absence d'épanchement péricardique.

Question N° 1 :

Quelles sont les hypothèses diagnostiques possibles à ce stade ?

Les examens biologiques retrouvent une hémoglobine à 12g/dl, leucocytes à 10 000/mm³, Plaquettes 180 000/mm³, créatininémie à 115 µmol/L, natrémie 135 mmol/L, kaliémie à 4,2 mmol/L, glycémie à 7,8 mmol/L, BNP : 1200 pg/mL, TSHus : 2,4 mUI/L, DDimères 400 µg/L (normale <500µg/L), CRP 3mg/L, troponinémie HS 20ng/L stable à 6 heures d'intervalle (norme <15).

Question N° 2 :

Quel est le principal diagnostic à retenir et sur quels arguments positifs?

Question N° 3 :

Quel traitement mettez-vous en place dans l'immédiat ?

Question N° 4 :

Votre échocardiographie retrouve une fraction d'éjection VG à 60%. Quels sont les éléments échocardiographiques que vous allez rechercher pour étayer votre diagnostic principal à ce stade ?

Question N° 5 :

D'une façon générale, quels facteurs déclenchants doit on rechercher systématiquement dans cette situation ?

Question N° 6 :

La situation clinique s'améliore avec votre traitement.

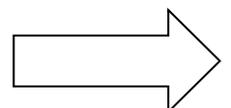
A- Quelle(s) classe(s) thérapeutique(s) a (ont) prouvé leur intérêt dans cette pathologie ?

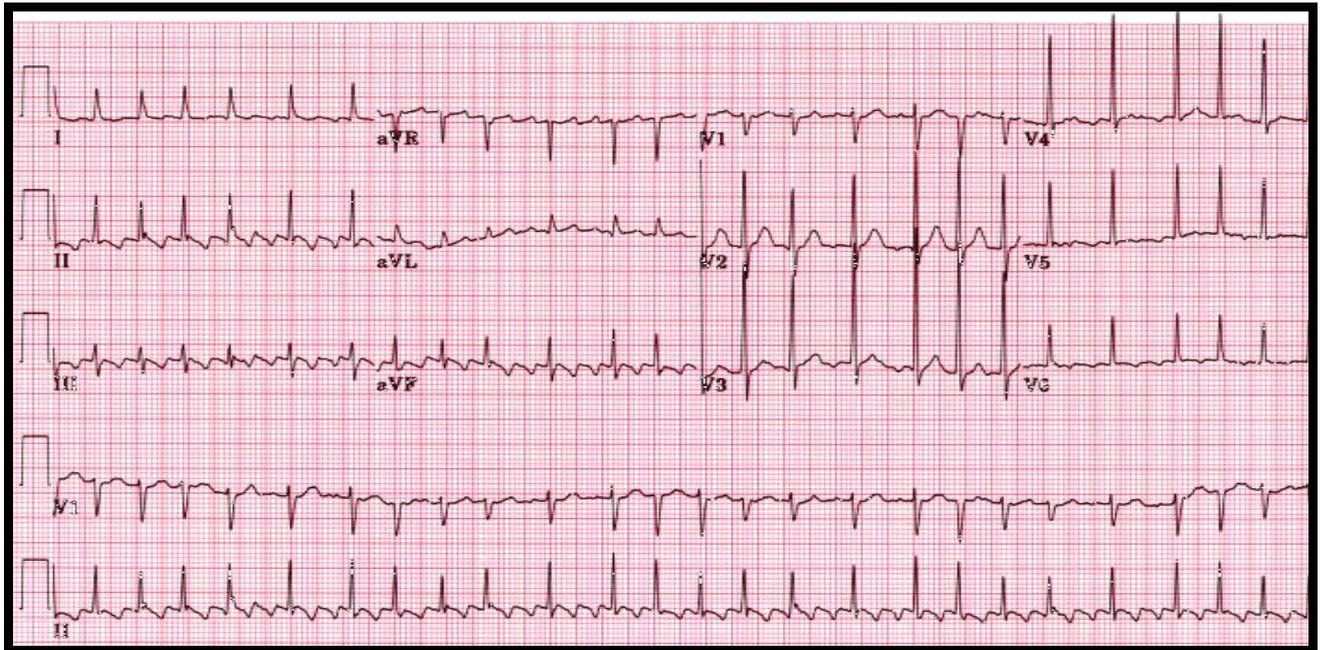
B- Quels sont les axes thérapeutiques complémentaires à la sortie de l'hôpital ?

Question N° 7 :

Elle est vue en consultation dans le service des urgences 6 mois plus tard pour palpitations depuis quinze jours, sans signe de décompensation cardiaque. Un ECG est réalisé, quelle est votre hypothèse diagnostique et sur quels arguments?

TSVP





Question N° 8 :

Quels examens complémentaires biologiques indispensables demandez-vous dans l'immédiat ?

Question N° 9 :

Le bilan biologique est normal, elle n'est pas hospitalisée, quels traitements ambulatoires prescrivez-vous ?

Question N° 10 :

En cas de persistance du trouble du rythme symptomatique, quel est le projet thérapeutique à privilégier ?

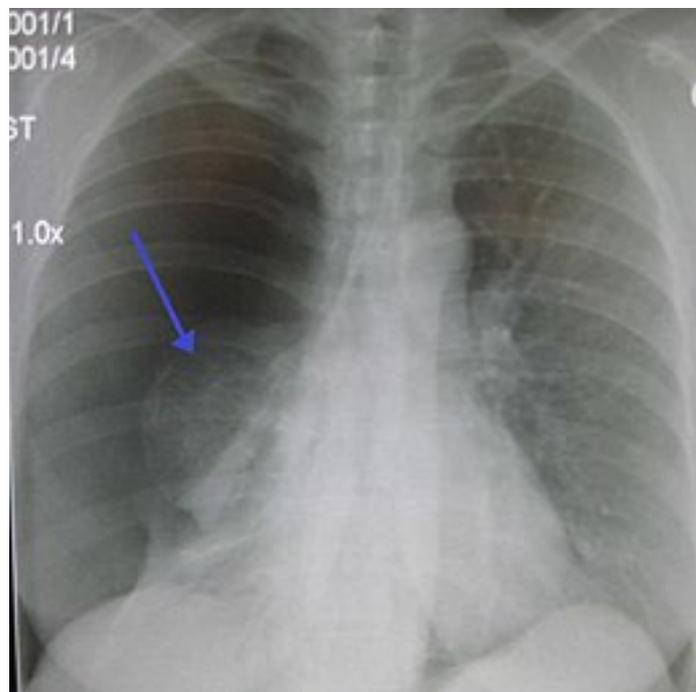
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet : 1

Une jeune femme de 25 ans se présente aux urgences pour dyspnée aiguë et douleur thoracique droite ; ci-dessous sa radio du thorax.



Question N° 1 :

Quel diagnostic évoquez vous ?

Question N° 2 :

Faut il réaliser des examens complémentaires ?

Question N° 3 :

Quel geste devez vous pratiquer en urgence ?

Décrivez en les modalités pratiques.



Question N° 4 :

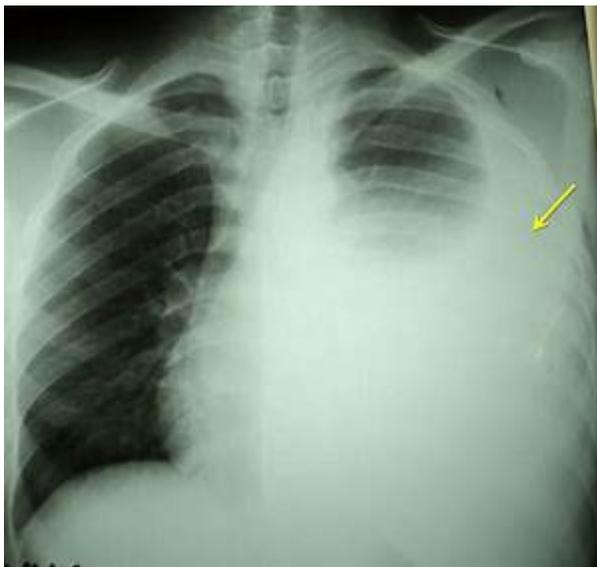
Quels facteurs de risque devez vous rechercher à l'interrogatoire ?

Question N° 5:

Quelle stratégie thérapeutique doit on proposer sachant que la patiente évoque plusieurs épisodes douloureux de ce type à minima ?

Sujet : 2

Un patient de 75 ans consulte aux urgences pour dyspnée d'apparition progressive ; il présente une altération modérée de l'état général associé à un fébricule à 38° récent ; dans ses antécédents on note un tabagisme à 50 PA, une coronaropathie stentée ; ci-dessous la radio thoracique faite aux urgences :



Question N° 1 :

Quels diagnostics évoquez vous ?

Question N° 2 :

Quel examen non invasif au lit du malade peut confirmer votre diagnostic ?

Question N° 3 :

Quel geste diagnostique et symptomatique entreprenez vous ?
Détaillez les éléments que vous en attendez.

Question N° 4 :

Selon l'analyse du liquide quels sont les différentes hypothèses étiologiques ?

Question N° 5 :

L'analyse du liquide ne révèle que des cellules inflammatoires ; quelles explorations complémentaires peuvent vous faire avancer dans le diagnostic et le traitement ? Décrivez les .

Sujet : 3

Un homme de 40 ans, à métier stressant, sportif, pratiquant régulièrement le football, présente brutalement une douleur aigue au membre inférieur droit.

Cette douleur s'accompagne d'une chute pendant son travail où il était en station debout.

La douleur est intense. Il est immédiatement transféré aux urgences.

Vous notez l'absence de pouls fémoral droit et la présence d'un souffle diastolique au deuxième espace intercostal droit.

Question N° 1 :

vous notez une différence tensionnelle entre le membre supérieur droit qui est à 180/120 et le membre supérieur gauche à 80/60.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

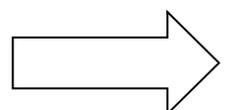
Question N° 2 :

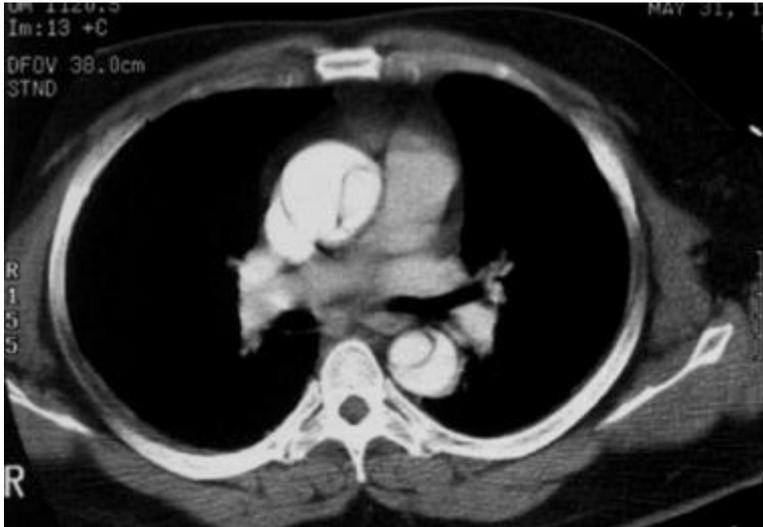
Un scanner avec injection de produit de contraste est réalisé.

Interprétez.

Quelle est la classification selon Stanford et DeBakey de cette dissection ?

TSVP





Question N° 3 :

Un complément d'imagerie par échocardiographie est demandé. Que recherchez-vous ?

Question N° 4 :

Une chirurgie en urgence est décidée. Décrivez les stratégies possibles de canulation artérielle pour la mise en place de la circulation extracorporelle, leurs avantages et inconvénients.

Question N° 5 :

L'intervention de référence pour le traitement d'une dissection aortique aigue de type A étant le remplacement de l'aorte ascendante, énumérez les facteurs pouvant faire décider un remplacement concomitant de la racine aortique.

Question N° 6 :

L'intervention de référence pour le traitement d'une dissection aortique aigue de type A étant le remplacement de l'aorte ascendante, énumérez les facteurs pouvant faire décider un remplacement concomitant de l'aorte horizontale.

Question N° 7 :

Enumérez les critères de gravité d'une dissection aortique aigue de type B de Stanford faisant discuter l'indication d'un traitement par TEVAR selon les recommandations ESC 2014.

Question N° 8 :

Quelles sont les indications de la chirurgie de Tirone David dans une dissection aortique type A ?

Question N° 9 :

En cas de dilatation de l'anneau aortique avec valve calcifiée, quelle chirurgie proposez-vous ?

DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet 1

Mr B 42 ans consulte en dermatologie pour une lésion de l'épaule droite apparue il y a plus de 2 ans. A l'examen, le patient est blond aux yeux bleus, Il n'a pas la peau pigmentée et prend des coups de soleil s'il ne se protège pas. Il pratique le cyclotourisme intensément tous les week-ends, n'utilise pas de crème solaire mais porte de manière systématique une casquette. Il présente 18 nævus sur la peau, répartis de manière homogène sur le dos, tous sont arrondis, marron clair, monochromes, mesurant chacun entre 3 et 4 mm de diamètre.

La lésion de l'épaule droite est pigmentée, plane, mesure 10 mm de diamètre et est dichrome. Mr B. ne se souvient pas l'avoir vue changer mais son épouse signale qu'elle s'est agrandie.

Question N° 1

Quel est le phototype de ce patient selon Fitzpatrick ?

Question N° 2

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité chez ce patient sur cette lésion pigmentée de l'épaule droite ?

Question N° 3

Quelles sont les 2 règles diagnostiques que vous pouvez utiliser pour évaluer cette lésion ?

Question N°4

L'examen dermoscopique ne permet pas de trancher ; quelle doit être la suite de prise en charge rapide ?

Question N°5

Quels sont les éléments histopathologiques qui doivent impérativement figurer sur le compte-rendu pour confirmer le diagnostic et guider la suite de prise en charge ?

T.S.V.P.



SUJET 2

Un patient de 80 ans se présente en consultation avec une érythrodermie.

Question N°1

Quelle est la définition d'une érythrodermie ?

Question N°2

Quelles sont les 5 principales causes de l'érythrodermie de l'adulte ?

Question N°3

Quels sont les critères cliniques de gravité d'une érythrodermie ?

Question N°4

Quels sont les examens complémentaires que vous demandez pour apprécier la gravité immédiate de l'érythrodermie ?

Question N°5

L'examen histopathologique montre un infiltrat mononucléé du derme superficiel avec une topographie périvasculaire prédominante, un oedème du derme superficiel et moyen, sans atypie mais avec quelques cellules de grande taille, une hyperkératose orthokératosique et une spongiose modérée.

Ce résultat vous oriente-t-il vers l'un des diagnostics évoqués à la question 2 ?

Question N°6

Vous retrouvez des signes de gravité ; décrivez les grandes lignes des mesures immédiates de prise en charge que vous décidez ?

SUJET 3

M. P 46 ans est adressé par son médecin traitant pour prise en charge de lésions du dos et des coudes évoluant depuis plusieurs années, dont l'aspect et la sévérité sont stables depuis plusieurs mois. Il a pour principaux antécédents une hypertension artérielle, une hypertriglycéridémie et un diabète de type II. Il pèse 104 Kg pour 1m70 et fume 6 cigarettes par jour. Il reçoit au long cours un traitement par aténolol, fénofibrate et sulfamide hypoglycémiant. Ce patient a jusqu'à présent été uniquement traité par topiques associant betaméthasone et dérivés de la vitamine D.

Question N°1

Il s'agit en fait d'un psoriasis vulgaris, décrivez l'aspect clinique des lésions observées.

Question N°2

Citez les éléments de sémiologie unguéale que vous recherchez à l'examen clinique ?

Question N°3

Y a-t-il dans cette observation, des facteurs aggravants / inducteurs accessibles à une correction ? si oui, le (les)quel(s) ?

Question N°4

Dans le psoriasis en général, quel(s) est (sont) le (les) molécules (formulées en DCI) ou procédures que vous pouvez proposer en traitement systémique de première intention ?

Question N°5

Parmi ces traitements, certains sont-ils contre-indiqués ou nécessitent des précautions d'emploi dans le cas particulier de ce patient ? précisez la raison

Question N°6

Quels sont les 2 scores utilisés pour mesurer la sévérité d'un psoriasis cutané ?



SUJET 4

Question N°1

Quel est le traitement de première intention de la pemphigoïde bulleuse ?

Question N°2

Détaillez les étapes de la désinfection que vous mettez en œuvre avant une biopsie cutanée :

Question N°3

L'aciclovir topique a prouvé son efficacité dans la prévention des récurrences locales de l'infection à HSV2 : vrai ou faux ?

Question N°4

L'amoxicilline par voie orale est un traitement de première intention acceptable de l'érysipèle aigu non compliqué : vrai ou faux ?

Question N°5

Quel est le traitement médicamenteux de première intention d'un zona de la racine S1 apparu il y a 24h chez un patient de 72 ans ? (citez 1 molécule, DCI)

Question N°6

Quelle atteinte systémique devez-vous rechercher plus spécifiquement face à une atteinte unguéale sévère de psoriasis ?

Question N°7

Quels sont les examens biologiques nécessaires à la surveillance d'un traitement par disulone ?

Question N°8

Que signifie l'acronyme du syndrome PHACE ?

Question N°9

Que suspectez-vous devant une plaque violine papuleuse d'extension rapide survenant sur une zone de lymphoedème post radiothérapie pour cancer du sein ? (1 seule réponse)

Question N°10

Quelles sont les 3 lésions cutanées qui peuvent faire évoquer un syndrome de Muir-Torre ?

Question N°11

Un hémangiome infantile immature mixte non segmentaire de la fontanelle impose-t-il une échographie transfontanellaire ?

Question N°12

L'érysipèle est souvent bilatéral : vrai ou faux ?

Question N°13

L'érysipèle est une dermo épidermite : vrai ou faux ?

Question N°14

l'érysipèle est parfois du à pseudomonas aeruginosa : vrai ou faux ?

Question N°15

l'érysipèle est immunisant : vrai ou faux ?

Question N°16

l'érysipèle se diagnostique grâce à une biopsie : vrai ou faux?

Question N°17

Quelles sont les 3 formes cliniques graves de psoriasis ?

Question N°18

Citez 4 formes graves de toxidermie

Question N°19

Quelle prise en charge chirurgicale proposez-vous à un homme de 42 ans présentant un mélanome Breslow 0,7mm, non ulcéré, non régressif, index mitotique nul ?

Question N°20

Proposez-vous des examens complémentaires d'imagerie à ce patient sachant que l'examen clinique est normal ?

Question N°21

Quel est le traitement systémique de première ligne d'un lupus érythémateux chronique discoïde (molécule, doses et modalités pratique) ?

Question N°22

Devant un ulcère de jambe ancien citez les 4 principaux éléments cliniques qui orientent vers une transformation en carcinome épidermoïde ?

ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Cas clinique 1 :

Isabelle, 16 ans, consulte car elle n'a pas encore eu ses règles. Elle a un frère et une sœur aînés qui n'ont pas de problème particulier; sa sœur a été réglée à 13 ans. La mère d'Isabelle a également été réglée à 13 ans; elle est actuellement âgée de 47 ans et a toujours des cycles réguliers. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux particuliers. Le père d'Isabelle a 48 ans; il est suivi pour un diabète de type 2 et n'a pas d'autre antécédent personnel ou familial particulier. Isabelle est scolarisée en 4^e, bonne élève, en club de natation. Elle a eu de nombreuses otites de la petite enfance avec ablation des végétations et pose de drains tympaniques vers l'âge de 4 ans pour otite séreuse.

À l'examen, on note:

- 40 kg, 1,45 m ;
- Pilosité pubienne P4 et développement mammaire bilatéral S3 ;
- Nombreux nævi cutanés

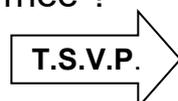
Questions :

- 1- Comment caractérisez-vous cette aménorrhée ?
- 2- Le résultat du bilan biologique est le suivant :

- FSH : 72 UI/l ; (N : 1- 4)
- oestradiol : 15 pg/ml ;
- prolactinémie : 10 ng/ml ; (N : 5-20)
- testostéronémie : 0,2 ng/ml (N : 0,15-0,5)

Comment interpréter ces résultats (préciser comment chaque dosage aide au diagnostic étiologique) ?

- 3- Quel diagnostic évoquez-vous en priorité, et sur quels arguments ?
- 4- Que demandez-vous pour le confirmer ?
- 5- Quels sont les risques auxquels est exposée Isabelle dans l'avenir ?
- 6- Quel traitement proposez-vous pour traiter cette aménorrhée ?

T.S.V.P. 

- 7- Le bilan a mis en évidence une hypothyroïdie. Est-ce une association attendue chez cette patiente ?

Isabelle a maintenant 23 ans et désire une grossesse. La TSH est à 3,5 mU/l sous lévothyrox 75 µg par jour (N 0,3-4.5). Elle a arrêté sa pilule oestroprogestative depuis 6 mois et n'a pas eu de règles.

- 8- Quelles sont vos propositions médicales et thérapeutiques ?
9- Dans l'hypothèse d'une grossesse, quels examens sont à prévoir au courant du 1^{er} trimestre ?

Cas Clinique 2 :

Pauline, 28 ans, est coiffeuse. Elle a un fils de 6 ans et un autre de 6 mois. Elle fume un demi paquet de cigarettes par jour et prend une contraception par ADEPAL.

Antécédents : -Vitiligo -Coliques néphrétiques il y a trois ans.

Depuis un mois, elle a maigri de 7 kg, elle tremble, elle a toujours chaud, son mari la trouve insupportable, son travail l'épuise, elle a un larmoiement, des picotements oculaires et une diplopie dans le regard vers le haut. Elle a présenté récemment un urticaire.

A l'examen clinique, le cœur est rapide à 130/mn, la TA à 14/8. Elle présente un tremblement, une hyperréflexie, un gros goitre soufflant bilatéral. L'examen ophtalmologique note un important œdème palpébral, une exophtalmie mesurée à 30 mm à droite et 25 mm à gauche (N < à 23), un regard vers le haut difficile et douloureux, une hypertonie oculaire à 24 mmHg (N < à 20), une diminution de l'acuité visuelle à 4/10 à droite et 7/10 à gauche après correction, l'absence d'atteinte cornéenne.

Biologie :

NF : Hb = 15.1 g ; Ht = 46% ; CCMH = 33% ; GR = 6.05 M/mm³ ; VGM = 77
Leucocytes = 4500 neutros = 1400 lymphos = 2400 monos = 600 éosinos = 100

Transaminases SGPT = 93 U/l (N < à 40) Transaminases SGOT = 34 U/l (N < à 40)

T4 libre = 89 pmol/l (12-22)

TSHus < à 0.01 mU/l

Question 1 :

Quel diagnostic étiologique vous paraît le plus probable pour l'hyperthyroïdie ?

Question 2 :

Quel examen complémentaire demandez-vous pour le confirmer ?

Question 3 :

Que pensez-vous du VGM à 77, des neutrophiles à 1400 et des transaminases élevées ? Faut-il explorer ces anomalies ? Cela va-t-il modifier votre attitude thérapeutique ?

Question 4 :

Que dites-vous à la patiente au sujet de sa contraception ?

Question 5 :

Quel facteur favorisant voyez-vous à cette poussée d'hyperthyroïdie ?

Question 6 :

Que pensez-vous de l'urticaire ?

Question 7 :

Vous prescrivez du carbimazole, et, 15 jours plus tard, elle présente un prurit et des arthralgies. Que faites-vous ?

Question 8 :

Concernant l'ophtalmopathie, reprenez-vous des éléments de gravité ? Si oui lesquels ?

Question 9 :

Que peut-on envisager dans l'immédiat ?

Après un mois de traitement par antithyroïdiens de synthèse, la TSH us est inférieure à 0,01 mU/l, la T4L est à 6 pmol/l (N : 12-22) et la patiente va bien. Il persiste un volumineux goitre soufflant prédominant à droite. L'ophtalmopathie est en nette amélioration avec retour à une acuité visuelle normale des deux côtés.

Question 10 :

Comment peut-on interpréter ces résultats ?

Question 11 :

Que faites-vous dans l'immédiat sur le plan thérapeutique ?

Question 12 :

La patiente s'interroge sur son avenir en particulier pour une nouvelle grossesse à moyen terme. Que lui dites-vous ?

Question 13 :

Elle a entendu parler de l'iode radioactif. A quelles conditions ce traitement pourrait-il être envisagé ?



Cas Clinique 3 :

Monsieur K, 59 ans, vient vous consulter à votre cabinet pour la première fois dans le cadre de la découverte récente d'une glycémie veineuse à 1,80 g/l à deux reprises à jeun. Le poids du patient est de 92Kg pour une taille d'1.74m. Le patient n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux notables. Le patient ne prend pas de traitement. On note à l'interrogatoire une sédentarité favorisée par un travail dans une épicerie, où il passe la plupart du temps assis à la caisse. Il vous dit n'avoir guère le temps de manger lors de repas dédiés mais plutôt de grignoter ce qui lui fait envie dans l'épicerie tout au long de la journée. Le patient a d'ailleurs pris 3 kg sur la dernière année.

Question 1 :

Quels conseils hygiéno-diététiques lui donnez-vous ?

Question 2 :

Quel objectif d'HbA1c proposez-vous à ce patient ? Justifiez votre réponse.

Question 3 :

Monsieur K a bien suivi vos conseils portant sur les règles hygiéno-diététiques. Malheureusement l'HbA1c est supérieure à l'objectif fixé et vous décidez d'initier un traitement pharmacologique. Par quelle classe thérapeutique débutez-vous ? Comment le prescrivez-vous et quels conseils donnez-vous au patient sur ce traitement ?

Question 4 :

Vous revoyez le patient plusieurs années plus tard alors qu'il était perdu de vue avec une trithérapie antidiabétique orale (metformine, sulfamide hypoglycémiant et gliptines) et une HbA1c à 10%. Vous décidez d'un traitement injectable. Sur quels éléments cliniques et anamnestiques vous orientez-vous vers la prescription d'une insulinothérapie basale ou vers celle d'un analogue de GLP-1 ?

Question 5 :

Lors du bilan des complications, la microalbuminurie est mesurée à 200mg/24h. Quels éléments clinico-biologiques vous orientent vers une néphropathie diabétique ?

Question 6 :

Il vous raconte qu'il s'est endormi au volant de sa voiture. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et quels autres signes cherchez-vous pour vous orienter ?

Question 7 :

Malgré votre prise en charge, l'équilibre du diabète n'est pas optimal et l'IMC du patient atteint 39 kg/m². Il souhaite une chirurgie bariatrique et vous lui rappelez les conditions pour sa réalisation. Quelles sont-elles ?

Question 8 :

Dans le bilan pré-chirurgical, vous recherchez une ischémie myocardique silencieuse. Quel(s) moyen(s) vous paraît(ssent) le(s) plus pertinent(s) pour cette recherche dans le cas de ce patient ?

Question 9 :

Le patient est opéré d'un bypass gastrique. Comment gérez-vous le traitement du diabète dans les suites immédiates de la chirurgie ?

GYNECOLOGIE MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet : 1

Mme S se présente à votre consultation. Elle est âgée de 26 ans, en couple depuis 1 an et vient pour un projet de grossesse. Elle est en aménorrhée depuis 3 mois;

Question N° 1 :

Quels signes recherchez-vous à l'interrogatoire?

Question N° 2 :

Mme S. revient vous voir très inquiète avec un résultat de FSH à 45 que vous lui avez prescrit.

Quel est votre diagnostic?

Question N° 3 :

Elle n'a aucun antécédent notable personnel.

Que recherchez-vous à l'interrogatoire sur les antécédents familiaux?

Question N° 4 :

Quels examens génétiques prescrivez-vous pour le diagnostic étiologique?

Question N° 5 :

Quelle prise en charge peut être proposée pour le projet de grossesse?

Question N° 6 :

Que prescrivez-vous systématiquement comme traitement au long cours en dehors du projet de grossesse?

Pour protéger contre quel risque?



Sujet : 2

Une jeune fille de 19 ans vous consulte car elle est en aménorrhée depuis 6 mois après l'arrêt de sa pilule. Elle n'a pas d'antécédent particulier personnel et familial. Elle a eu ses premières règles à l'âge de 14 ans. Elle avait des cycles irréguliers longs avant la mise sous pilule donnée à l'âge de 15 ans initialement pour des règles douloureuses puis à visée contraceptive. Elle a eu l'occasion d'avoir des rapports pas toujours protégés.

Question N° 1 :

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques à ce stade ?

Question N° 2 :

Vous continuez l'interrogatoire et l'examinez. Elle pèse 60 kg pour 1.66. Elle n'a pas de signes d'hypercorticisme. Elle a fait quelques séances de laser pour une hyper-pilosité au niveau de la lèvre supérieure et du menton dans l'année qui précède.

Devant ce tableau clinique, quelles sont les deux étiologies qui vous apparaissent les plus probables ?

Question N° 3 :

Que demandez-vous comme examens ? Justifiez brièvement.

Question N° 4 :

Vous avez décidé de faire un test au duphaston qui est positif et de demander un bilan pendant les règles qui suivent le test au duphaston. Vous trouvez ci-dessous les résultats de ce bilan :

E2 55 pg/ml (N début de cycle 20-60 pg/ml) , Testostérone totale : 0.71 ng/ml (N< 0.6 ng/ml), FSH : 4 mUI/ml (N 3-12) ; LH 12 mUI/ ml (N : 3-10), PRL 25 ng/ml (N < 26 ng/ml) 17OH prog 2.2 ng/ml (N< 2 ng/ml)

TSVP

Devant ces résultats un test au synacthène serait-il utile ?

Justifiez et expliquez les conséquences en cas d'un test pathologique en vue d'un désir de grossesse.

Question N° 5 :

Vous recevez le résultat du test au synacthène qui est finalement normal (17OH P =3 ng/ml après synacthène). La patiente vous rapporte l'échographie pelvienne qui révèle un compte de follicules antraux augmenté (50 sur les deux ovaires)

Quel est votre diagnostic ? Rappelez les éléments du diagnostic.

Question N° 6 :

La patiente souhaite une contraception.

Quels sont les éléments cliniques importants à recherche lors de votre consultation avant de prescrire une contraception et pour guider votre choix de contraception ?

Question N° 7 :

Quelques années plus tard alors qu'elle a 26 ans, elle vient vous voir car elle est maintenant en couple et a un projet parental. Elle a arrêté sa pilule il y a un an et a toujours une spanioménorrhée.

Que demandez vous comme examens au sein de couple et dans quels buts ?

Question N° 8 :

Elle revient avec le bilan prescrit : les trompes sont perméables et vous découvrez au bilan du conjoint une oligoasthénospermie sévère en l'absence d'épisode fébrile.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

Sujet : 3

Patiente âgée de 28 ans 3ème geste nullipare d'origine asiatique, consulte pour une hémorragie génitale depuis 2 jours. Elle n'a pas de moyen de contraception et décrit un retard de règle de deux semaines. Elle dit avoir réalisé un test urinaire de grossesse qui était positif.

Question N° 1 :

Décrivez le déroulement de votre interrogatoire et votre examen clinique.

Question N° 2 :

Quels sont les examens complémentaires à réaliser en premier lieu ?

Question N° 3 :

Quels sont les possibilités diagnostiques, détaillez les arguments cliniques et paracliniques en faveur de chacune de ces possibilités.

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Vous recevez aux urgences de gynécologie une jeune femme de 29 ans nulligeste sans antécédent qui consulte pour des douleurs pelviennes évoluant depuis 5 jours, associées à des métrorragies et des brûlures mictionnelles, elle est apyrétique sa pression artérielle est normale. L'examen clinique retrouve une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite sans défense. L'examen au spéculum montre des traces de sang dans le vagin, le col est d'aspect normal. Vous retrouvez une douleur à la mobilisation utérine

Question N° 1 :

Quels examens complémentaires demandez-vous dans ce contexte ?

Question N° 2 :

Quels sont les 3 germes les plus fréquents responsables d'infection génitale haute ?

Question N° 3 :

Quelle prise en charge proposez-vous ?

Vous la revoyez 3 jours plus tard avec des douleurs persistantes et de la fièvre à 38°5, les autres constantes sont normales. Les examens montrent une masse latéro-utérine hétérogène de 3,5 cm à droite

Question N° 4 :

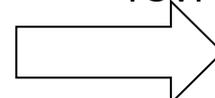
Quel est votre diagnostic ?

Question N° 5 :

Quels sont les 2 types de traitement que vous pouvez proposer ?

L'évolution a été favorable. Quelques mois plus tard, elle revient en consultation. Elle s'inquiète car depuis qu'elle a arrêté de fumer il y a deux mois elle n'a pas vu ses règles. L'échographie pelvienne montre un embryon avec activité cardiaque dans la trompe droite. Vous retrouvez une défense en fosse iliaque droite.

TSVP



Question N° 6 :

Quels sont les facteurs de risque de grossesse extra-utérine présentés par cette patiente ?

Question N° 7 :

Quel bilan biologique proposez-vous ?

Question N° 8 :

Quel traitement proposez-vous ?

Question N° 9 :

Quelle surveillance biologique instaurez-vous ?

Sujet : 2

Mme M, âgée de 39 ans, nullipare, vous consulte pour un début de grossesse. Elle est à 7 semaines d'aménorrhée. Elle pèse 70 kg pour 1m56. Elle est hôtesse de caisse en supermarché. Elle fume 10 cigarettes par jour. Elle a une hypertension artérielle connue depuis 10 ans traitée par Inhibiteur de l'angiotensine II. Les chiffres tensionnels sont bien équilibrés. Elle est suivie régulièrement par un cardiologue.

La tension artérielle est mesurée à 140 / 80 mmHg en consultation.

Question N° 1 :

Quelle prise en charge de l'hypertension artérielle proposez-vous ?

La patiente s'inquiète du risque de trisomie 21 en raison de son âge.

Question N° 2 :

Quelles informations lui donnez-vous ?

Le risque est évalué à 1/130.

Question N° 3 :

Que proposez-vous ?

La grossesse évolue favorablement jusqu'à 30 SA. Elle consulte aux urgences d'une maternité de niveau I pour des métrorragies et des douleurs abdominales.

Question N° 4 :

Quels éléments diagnostics allez-vous rechercher ?

L'enregistrement du rythme cardiaque foetal à l'admission vous est donné ci-dessous et le bilan biologique initial montre les éléments suivants :

Hb : 10.3 g/dL

Plaquettes : 90 000/mm³

Fibrinogène : 1g/L

TP : 60%

Globules blancs : 12300/mm³

ASAT : 27 UI/L

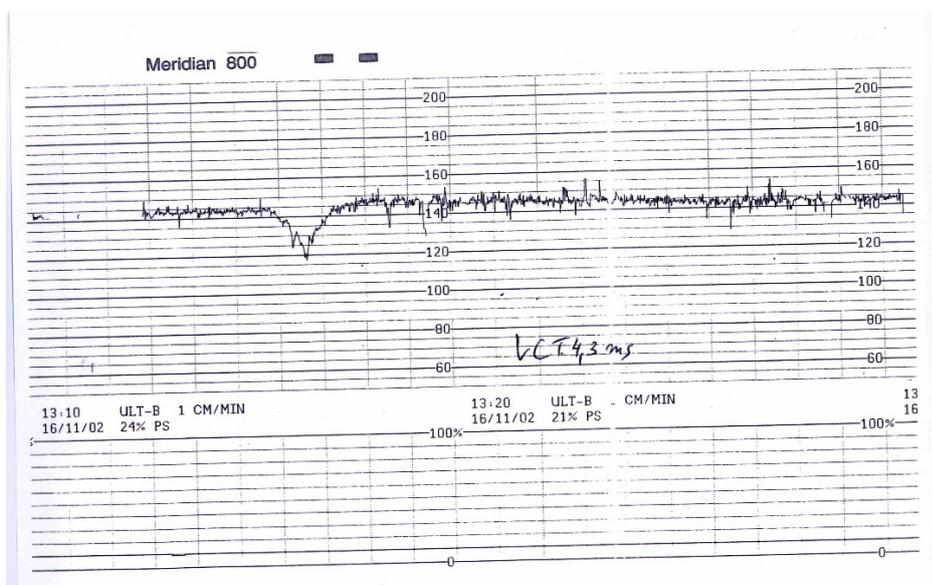
ALAT : 25 UI/L

Créatininémie : 80 µmol/L

Ratio protéinurie/créatininurie : 0.80 g/g

Question N° 5 :

Quelle est votre prise en charge ? Justifiez.



TSVP

Sujet : 3

Mme V, nullipare, 29 ans, accouche à 41 SA par ventouse sous péridurale. Le nouveau-né pèse 4200g. Au décours de l'accouchement, à 20 min de la délivrance, les pertes sont à 600 cc.

Question N° 1 :

Quelle est votre prise en charge immédiate et initiale ?

Malgré votre prise en charge, à 30 min, les saignements se poursuivent et sont à 1L au total. La fréquence cardiaque est 126 battements par min. La tension artérielle est à 110/70 mmHg.

Question N° 2 :

Que faites-vous ?

Les saignements se poursuivent.

Question N° 3 :

Quelles sont vos alternatives stratégiques ?

HEPATOLOGIE-GASTRO-ENTEROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Une femme de 37 ans présente depuis une semaine une diarrhée faite de dix selles sanglantes par jour, des douleurs abdominales modérées, une température à 38,1°C, une asthénie importante. Elle ne prend aucun médicament et n'a jamais fumé. Sa consommation d'alcool est festive et modérée. Elle n'a aucun antécédent personnel ou familial.

Question N°1

Sur quels éléments cliniques appréciez-vous la gravité du tableau ?

Question N°2

Les examens biologiques montrent :

Hb : 9,5 g/dl, VGM 90 μ 3, plaquettes : 350000/ml, Leucocytes : 11000/dl, CRP : 73 mg/L, Albumine : 29 g/L, Créatinine : 60 μ mol/L.

Sur quels éléments biologiques appréciez-vous la gravité du tableau ?

Question N°3

Quels diagnostics évoquez-vous devant ce tableau ?

Question N°4

Quelle(s) complication(s) aiguë(s) cherchez-vous et par quel examen complémentaire ?

Question N°5

Quels examens microbiologiques demandez-vous devant ce tableau et quels germes cherchez-vous ?

Question N°6

Les examens microbiologiques sont négatifs. La recto-sigmoïdoscopie montre des ulcérations superficielles étendues, occupant 20% de la surface, sans intervalle sain. La limite supérieure des lésions n'est pas vue.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?



Question N°7

Quelles mesures thérapeutiques prenez-vous en urgence ?

Question N°8

Vous avez mis en place le traitement selon les règles habituelles. Le 4^{ème} jour, il n'y a pas d'amélioration des paramètres clinico-biologiques.

Quelles sont les options thérapeutiques?

Sujet N°2

Un homme de 55 ans vient aux urgences pour œdème des membres inférieurs et ascite. Ses antécédents sont : une toxicomanie intra veineuse pendant l'adolescence, une intoxication alcoolique (5 unités d'alcool par jour depuis une trentaine d'années, un tabagisme actif (25 paquets/années. L'examen clinique montre une température à 36,1°C, un ictère conjonctival, des angiomes stellaires sur le thorax, une circulation veineuse collatérale.

Question N°1

Quelles complications cherchez-vous en urgence ?

Question N°2

Comment cherchez-vous ces complications ?

Question N°3

Quelles causes de décompensation de cette cirrhose évoquez-vous ?

Les résultats biologiques sanguins sont les suivants : Hb : 11,5 g/DL, VGM : 103 μ 3, leucocytes : 12500 /ml, plaquettes : 65000/ml ; TP : 60%, Facteur V : 60% ; Albumine : 29 g/L ; clairance de la créatinine : 80 ml/min ; ASAT : 3 LSN (limite supérieure de la normale) ; ALAT : 1,5 LSN ; GGT : 25 LSN ; phosphatases alcalines : 1,5 LSN. Bilirubine totale : 35 μ mol/l.

Dans l'ascite : Taux de polynucléaires neutrophiles : 387 /ml. Protides : 12 g/L.

Question N°4

Quel diagnostic urgent faites-vous (une seule réponse autorisée) ?

Quelles mesures thérapeutiques prenez-vous en rapport avec ce diagnostic ?

Sur quel critère vérifiez-vous son efficacité ?

Question N°5

Quelles sont les causes de cette cirrhose et comment les diagnostiquez-vous ?

L'évolution est favorable. L'ascite a régressé complètement.
L'endoscopie oeso-gastro-duodénale montre des varices oesophagiennes grade II sans signe rouge.

Question N°6

En prophylaxie primaire de l'hémorragie par rupture de varices, quels traitements proposez-vous ?

En prophylaxie secondaire (après une première rupture), quels traitements proposez-vous ?

Une échographie montre un nodule de 3 cm du segment du segment VI, une thrombose segmentaire de la veine porte.

Question N°7

Quel diagnostic évoquez-vous en premier (une réponse) ? Comment le confirmez-vous ?

Question N°8

Le diagnostic confirmé, quelles propositions thérapeutiques pour ce nodule doivent être discutées en RCP ?

La cirrhose reste compensée. La sérologie virale C et l'ARN sont positifs.

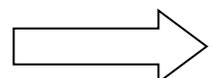
Question N°9

Quels traitements proposez-vous ?

Quelle durée ?

Comment vérifiez-vous son efficacité ?

TSVP



Sujet N°3

Un homme de 66 ans se présente à votre consultation. Il est hypertendu, diabétique, et il a fumé 30 paquets années, non sevré. Il a eu un stent coronaire pour lequel il est sous aspirine depuis moins de six mois. Sa mère a eu un cancer de l'endomètre à 45 ans, sa sœur a eu des polypes coliques adénomateux à plusieurs reprises. Il a noté une modification récente de son transit avec une selle tous les trois jours depuis trois mois.

Question N°1

Vous lui proposez une coloscopie que le patient refuse. Lui proposez-vous une recherche de saignement par test enzymatique dans les selles ?

Si oui, ou si non, pourquoi ?

Finalement, vous l'avez convaincu de faire une coloscopie.

Question N°2

Quelles informations lui donnez-vous avant la réalisation de cet examen ?

Question N°3

Faut-il prendre des précautions vis-à-vis du traitement par aspirine ?

La coloscopie montre une tumeur bourgeonnante de l'angle colique droit. Les biopsies montrent que c'est un adénocarcinome lieberkühnien.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne montre aucune métastase à distance.

Question N°4

Quel traitement proposez-vous ?

L'examen anatomo-pathologique confirme un adénocarcinome de stade pT3N1MXR0.

Question N°5

Que veut-dire pT3N1MXR0 ?

Question N°6

Quel traitement proposez-vous à ce stade : nature et durée ?

Question N°7

Quel examen biologique spécifique demandez-vous avant de débiter ce traitement ?

Question N°8

L'histoire de ce malade vous évoque-t-elle une forme particulière de cancer colique ?

Lequel, pourquoi ?

Comment la chercher et dans quel cadre ?

HEMATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet 1

Bénédicte, 18 ans, consulte son médecin traitant car elle se sent fatiguée et essoufflée quand elle monte les deux étages de son immeuble. A l'examen clinique, le médecin retrouve une pâleur, un subictère conjonctival et une splénomégalie avec une cicatrice au niveau de l'hypochondre droit. Il n'y a pas d'adénopathie, pas d'hépatomégalie. Le médecin lui prescrit un bilan biologique.

NFS :

Leucocytes	7,32 x10 ⁹ /L
Erythrocytes	3,23 x10 ¹² /L
Hémoglobine	10,6 g/dL
Hématocrite	29,6%
VGM	92 fL
TCMH	32,8 pg/cell
CCMH	35,8 g/dl
Plaquettes	170 x10 ⁹ /L

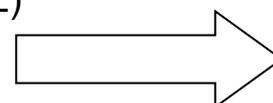
Polynucléaires neutrophiles	4,61 x10 ⁹ /L
Polynucléaires éosinophiles	0,17 x10 ⁹ /L
Polynucléaires basophiles	0,07 x10 ⁹ /L
Lymphocytes	2,03 x10 ⁹ /L
Monocytes	0,44 x10 ⁹ /L

Réticulocytes 314 x10⁹/L

Cf annexe 1. Images du frottis sanguin.

Bilirubine totale	40 µmol/L
Bilirubine libre	35 µmol/L
Haptoglobine	<0.1 g/L (0.48-1.3 g/L)
LDH	1000 UI/L (300-610 UI/L)

T.S.V.P.



QUESTION N°1

Analysez les différentes anomalies du bilan biologique et du frottis sanguin.

QUESTION N°2

Quel examen biologique prescrivez-vous en première intention ?
Décrivez simplement son principe.

QUESTION N°3

Cet examen est négatif. Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

QUESTION N°4

Quel bilan biologique prescrivez-vous pour confirmer cette hypothèse ?

QUESTION N°5

Quelle intervention chirurgicale a eu Bénédicte ? Pour quelle raison ?

SUJET 2

Guy, âgé de 57 ans, vient consulter aux urgences. Il se plaint d'une fatigue croissante depuis plusieurs semaines. Il est maintenant dyspnéique au moindre effort. L'examen clinique ne retrouve pas de splénomégalie, ni d'hépatomégalie, ni d'adénopathie. Il a des gingivorragies et des ecchymoses depuis 2 jours.

Température = 37,5°C ; pression artérielle = 123/75 mmHg ; fréquence respiratoire = 15/min ; fréquence cardiaque = 120/min.

Le bilan biologique montre :

Leucocytes	1,6 x10 ⁹ /L
Hématies	1,65 x10 ¹² /L
Hémoglobine	4,8 g/dL
Hématocrite	14%
VGM	85 fL
TCMH	29 pg/cell
CCMH	34 g/dL
Plaquettes	19 x10 ⁹ /L
Réticulocytes	54 x10 ⁹ /L
Schizocytes	<0,5%

QUESTION 1

Quelles sont les anomalies de cet hémogramme ?

QUESTION N°2

A ce stade, quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

QUESTION N°3

Quels bilans biologiques complémentaires faut-il réaliser en première intention ?

QUESTION N°4

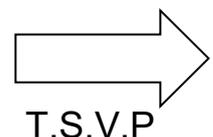
Après examen microscopique (**cf Annexe 2**) des cellules médullaires de ce patient, quel est votre diagnostic ? Justifiez.

QUESTION N° 5

Quelle complication est fréquente dans cette pathologie ?

QUESTION N° 6

Quel traitement spécifique mettez-vous en place ?



SUJET 3

Une femme jeune de 19 ans consulte son médecin généraliste pour des difficultés respiratoires avec une toux sèche, une perte de 6 kg en 2 mois, et des sueurs nocturnes. Elle est apyrétique. Il lui fait faire une radiographie thoracique.

Cf Radiographie de thorax : Annexe 3

QUESTION N°1

Interprétez la radiographie thoracique.

QUESTION N°2

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

QUESTION N°3

Quel bilan biologique de première intention réalisez-vous ?

QUESTION N°4

La biopsie de la masse médiastinale a été effectuée.

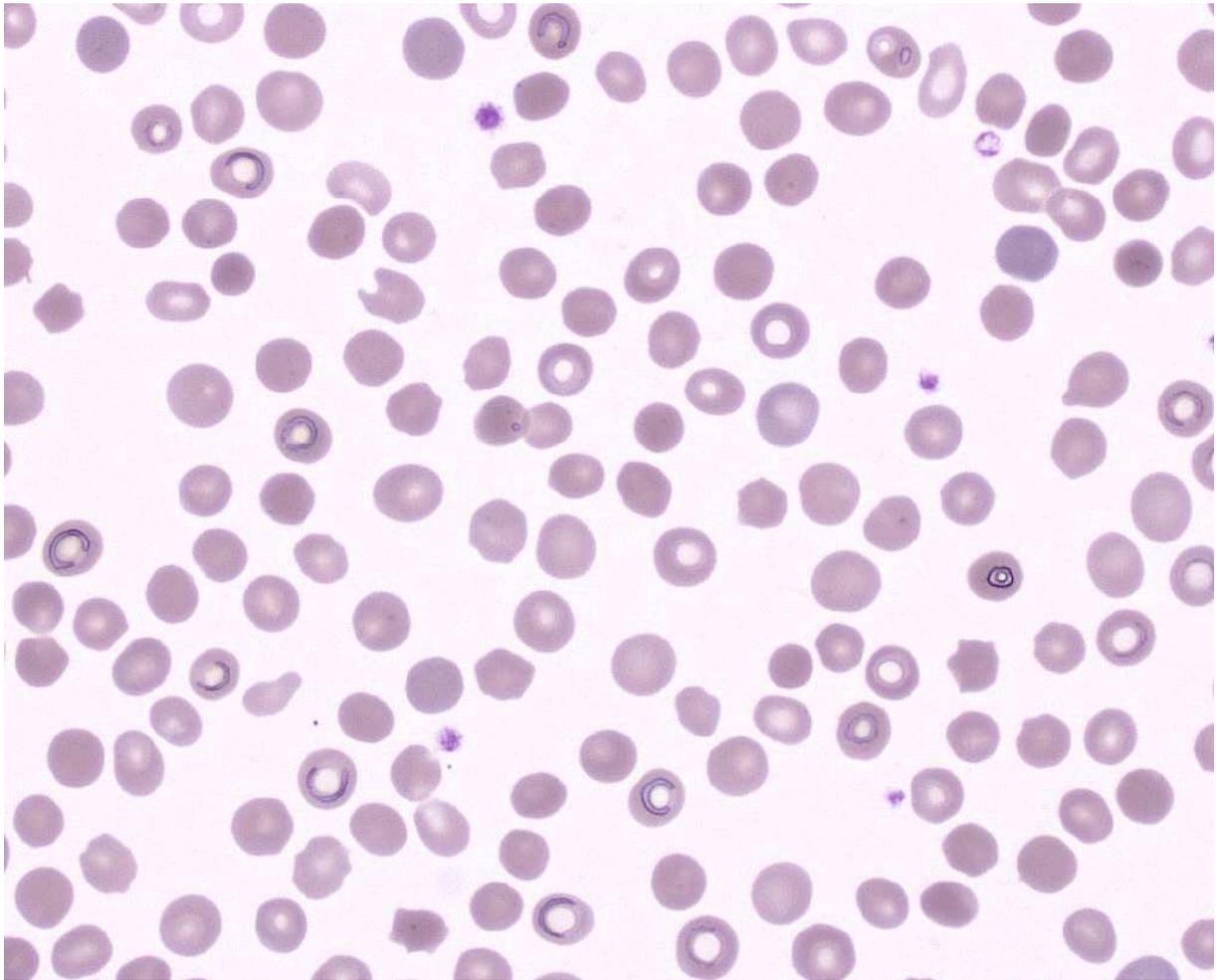
L'examen histologique retrouve, sur un fond inflammatoire polymorphe, de grandes cellules CD20-, CD30+, CD15+.

Quel est votre diagnostic ? Quel est votre bilan pré-thérapeutique ?

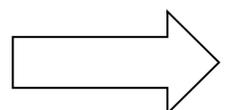
QUESTION N°5

Quels éléments guident votre démarche thérapeutique ?

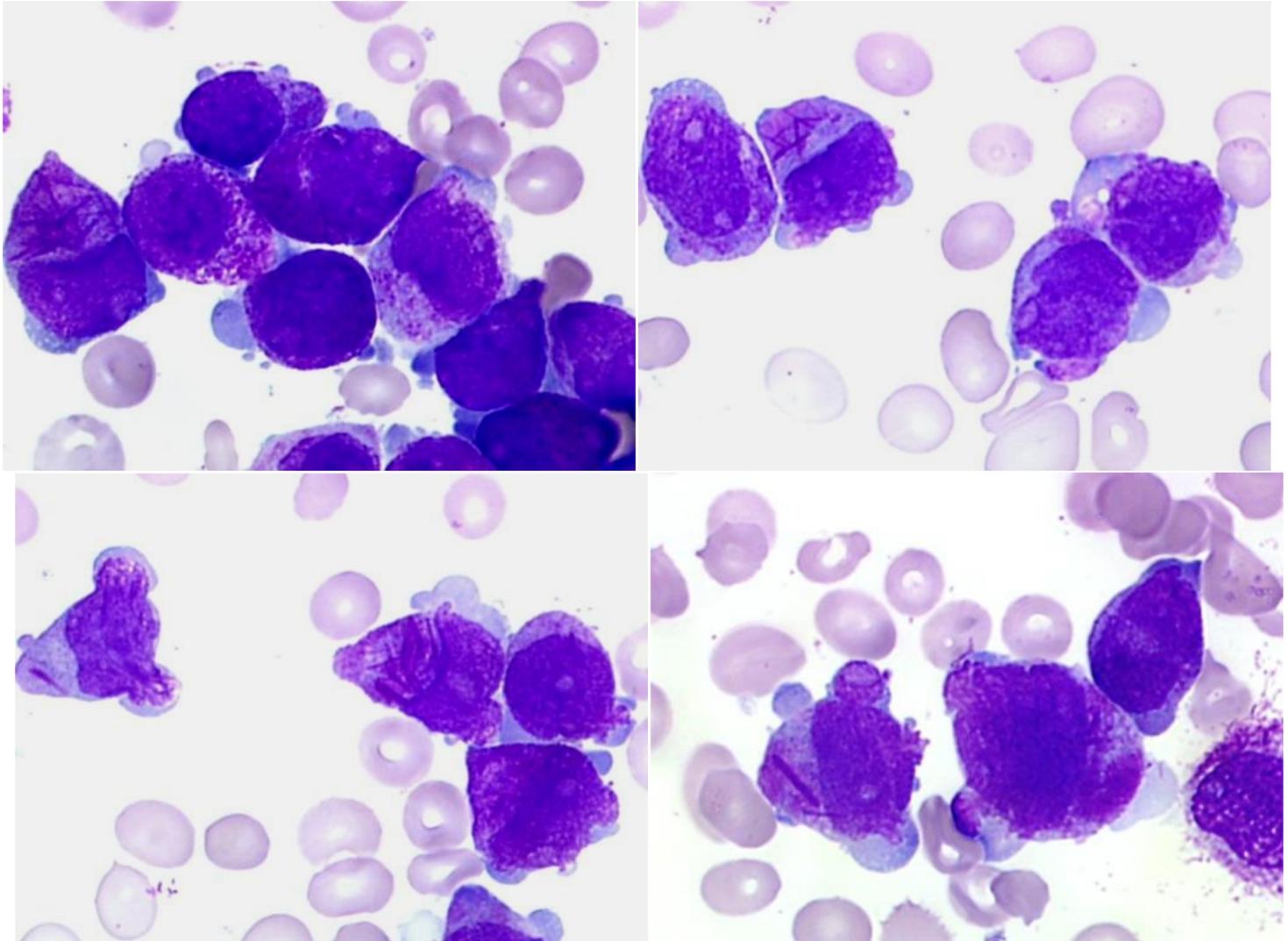
ANNEXE N° 1 :



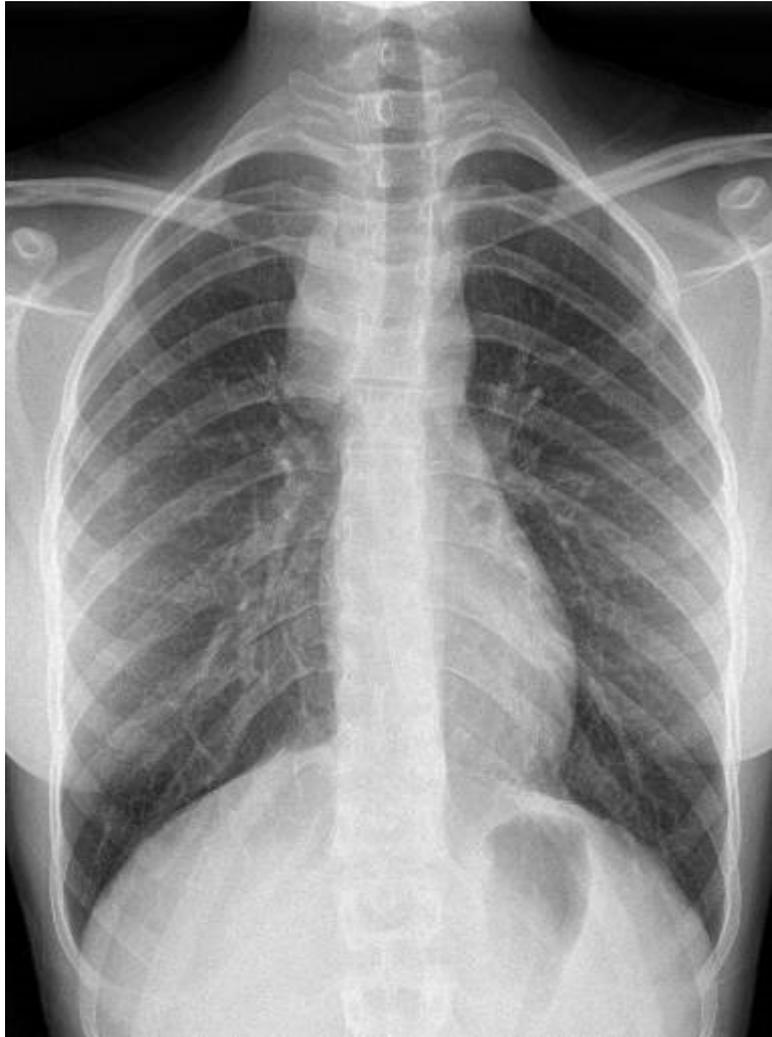
T.S.V.P



ANNEXE 2



ANNEXE N° 3



MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Tous les sujets sont à traiter

Sujet N°1

Vous êtes le médecin du travail de Monsieur S., 38 ans, droitier, qui vous est adressé par son médecin traitant dans le cadre d'un arrêt de travail depuis 3 semaines pour épicondylite du coude droit.

Monsieur S. est peintre ravaleur ragréeur. Son travail consiste à préparer les façades des bâtiments : nettoyage manuel à la brosse, décapage au grattoir ou à la spatule, sablage. Ensuite, il enduit les surfaces préparées puis les peint au rouleau. Il travaille comme salarié dans l'entreprise actuelle, en contrat à durée indéterminée (CDI) depuis 5 ans.

Vous interrogez Monsieur S. Il vous décrit des douleurs du compartiment externe du coude droit irradiant vers le versant radial de l'avant-bras, majorées par les mouvements de flexion-extension lorsqu'il brosse ou décape les murs, surtout s'il s'agit de travaux de ponçage fins et délicats (barreaux de balcons, ornements...).

Monsieur S. vous précise qu'il s'agit du troisième épisode d'épicondylite depuis le début de l'année. Il vous indique par ailleurs qu'il pratique le tennis à un très bon niveau et qu'il a déjà consulté son médecin traitant l'été dernier pour un épisode similaire de "tennis elbow" (épicondylite) du même coude, survenu à l'occasion d'un tournoi interclub.

Monsieur S. vous interroge quant à la possibilité de reconnaître cette affection dans le cadre d'une maladie professionnelle car un de ses collègues qui occupe un poste de travail similaire a pu bénéficier de cette reconnaissance l'an dernier.

Question 1 :

Enumérez les familles de facteurs de risque de troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs.



Question 2 :

Quels seraient les avantages de la reconnaissance en maladie professionnelle pour Monsieur S. ?

Question 3 :

D'après le Tableau 57 B ci-joint, une demande de reconnaissance en maladie professionnelle est-elle justifiée ? Justifiez.

Tableau n° 57. Modifié par **Décret n°2012-937 du 1er août 2012 - art. 1**

Affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- B - Coude		
Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination.

Question 4 :

Concernant le certificat médical initial pour la déclaration en maladie professionnelle, précisez qui le rédige, détaillez son contenu, précisez qui l'envoie, à qui et dans quel délai.

Question 5 :

Après discrète amélioration de son état de santé, vous proposez à Monsieur S. de tenter une reprise du travail à temps partiel thérapeutique. Précisez qui le prescrit, quelles en sont les conditions, qui en définit la mise en place ?

Question 6 :

Monsieur S. a finalement été reconnu en maladie professionnelle selon le Tableau 57B droit. Après plusieurs semaines d'une prise en charge médicale adaptée, la symptomatologie de Mr S. ne s'améliore plus. Devant la stabilité de son état clinique, le certificat médical final conclut à une "consolidation avec séquelles". Le médecin conseil de la Caisse de l'Assurance maladie fixe le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) à 4 %. Expliquez ce que cela implique pour Mr S.

Question 7 :

Après échec de la reprise du travail à temps partiel thérapeutique, vous envisagez de mobiliser les outils et acteurs du maintien en emploi. Quels sont-ils ?

Question 8 :

Après échec des mesures de maintien en emploi, Monsieur S. relève-t-il d'une rente d'invalidité, en sachant qu'il n'a aucune autre problématique de santé ? Justifiez.



Sujet N°2

Madame le Dr G. 33 ans est cardiologue en clinique. Elle réalise des coronarographies dans le cadre de son activité professionnelle salariée et est donc exposée aux rayonnements ionisants.

Question 1 :

Selon la réglementation, quel(s) type(s) de visite(s) en santé au travail doi(ven)t être organisée(s) concernant les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants. Définir le type de suivi et la périodicité selon les catégories ?

A l'occasion de la visite périodique, le médecin du travail va notamment lui remettre les résultats de sa surveillance dosimétrique et vérifier l'état vaccinal. Elle est classée en catégorie A.

Question 2 :

Quels sont les seuils de dose réglementaires « corps entier » à ne pas dépasser pour les catégories A/B/public ?

Question 3 :

Quels sont les moyens de surveillance dosimétrique individuels vis-à-vis des rayonnements ionisants ?

Question 4 :

Quelles sont les vaccinations obligatoire(s) et recommandée(s) pour le Dr G ?

A l'occasion de cette visite médicale le Dr G fait part de son désir de grossesse.

Question 5 :

Quels sont les risques professionnels auxquels le Dr G est exposée et pouvant amener à des aménagements en cas de grossesse ?

Question 6 :

Quels recommandation(s) et aménagement(s) préconisez-vous concernant le risque d'exposition aux rayonnements ionisants pendant la période de grossesse ?

Une heure après s'être piquée au niveau du pouce droit avec un cathéter souillé de sang lors d'une coronarographie, le Dr G se présente spontanément dans le service de santé au travail, conformément à la procédure de l'établissement, pour la prise en charge d'un accident exposant au sang.

Question 7 :

Quelle est la conduite à tenir (immédiate et suivi) lors de la survenue d'un accident exposant au sang ?

MEDECINE INTERNE ET IMMUNOLOGIE CLINIQUE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Un patient de 48 ans a réalisé une prise de sang à l'occasion d'un bilan pré-opératoire d'une hernie inguinale non compliquée. Il vous consulte pour la découverte d'une hyperferritinémie à 1500 µg/L (normale 30-300 µg/L). Il n'a pas d'antécédent notable en dehors d'une consommation éthylique (4 verres d'alcool par jour). Il pèse 95 kg pour une taille d'1m70.

L'examen clinique est normal en dehors d'arthralgies diffuses.

Question N° 1 :

Quelles étiologies peuvent être responsables d'une hyperferritinémie ?

Question N° 2 :

Quels examens complémentaires biologiques réalisez-vous à visée étiologique ?

Le coefficient de saturation de la transferrine est à 63%.

Question N° 3 :

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question N° 4 :

Quel examen complémentaire permettra d'affirmer ce diagnostic ?
Qu'en attendez-vous ?

Le diagnostic suspecté à la question 3 est confirmé.

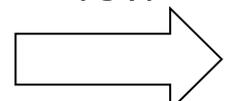
Question N° 5 :

Quels examens complémentaires vous permettent de préciser le retentissement de la maladie ?

Question N° 6 :

Quelle prise en charge proposez-vous ? Précisez les modalités et les objectifs.

TSVP



Sujet : 2

Une jeune femme de 26 ans est hospitalisée pour un purpura des membres inférieurs évoluant depuis 24 heures. Elle est afebrile, la Pression Artérielle est à 120/80, le pouls à 87 bpm.

Elle a un syndrome de Raynaud, fume 10 cigarettes par jour. Elle ne prend aucun médicament en dehors d'une contraception par micro-progestatifs. Elle n'a pas voyagé récemment.

A l'examen vous notez des bulles hémorragiques intra-buccales et une épistaxis bilatérale. Elle présente un purpura ecchymotique généralisé.

Le bilan réalisé en urgence trouve :

Hémoglobine : 12,2 g/dL ; Leucocytes : 5600 /mm³, formule sanguine normale ; VGM : 92 fl ; Plaquettes : 6000 /mm³ ; créatinine : 56 µmol/L ; TCA : normal ; TP : 100% ; fibrinogène : 3,1 g/L.

CRP : 2,9 mg/L

Question N° 1 :

Quels autres signes de gravité sont à rechercher dans cette situation ?

Question N° 2 :

Il n'y a pas d'autre signe de gravité, quelle est votre prise en charge en urgence ?

Question N° 3 :

Quels sont les examens complémentaires que vous demandez à visée étiologique ?

Question N° 4 :

L'ensemble de ces examens est négatif, en dehors d'ACAN positifs au 1/320, sans spécificité (anti-ENA et anti-DNA négatifs). Quel diagnostic retenir ?

Question N° 5 :

Dans cette pathologie, quelles sont les indications du myélogramme ?

Question N° 6 :

Après votre traitement initial, la patiente sort de votre service avec 90000 plaquettes/mm³. Vous la revoyez 4 mois plus tard en consultation : elle est asymptomatique et le contrôle des plaquettes est à 45000/mm³. Quelle attitude thérapeutique préconisez-vous ?

Après 12 mois d'évolution, elle est à nouveau vue en urgence avec un syndrome hémorragique et des plaquettes à 10 000/mm³. Malgré le traitement d'urgence bien conduit, il persiste une thrombopénie inférieure à 20000 /mm³.

Question N° 7.

A quel stade de la maladie se trouve la patiente ?

Quelles sont les possibilités thérapeutiques à envisager dans ce contexte ?

MEDECINE NUCLEAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

I- CARDIOLOGIE

Question N° 1 :

Un patient de 60 ans fait une épreuve d'effort et sa fréquence cardiaque atteint 120 battements par minute. Il ne ressent comme symptôme qu'une dyspnée importante. Son ECG montre une tachycardie sinusale sans autre signe.

Que doit-on conclure de cette épreuve d'effort ? Justifier.

Question N° 2 :

Un patient de 50 ans, diabétique et obèse, doit passer une scintigraphie myocardique mais ne parvient pas à réaliser d'effort sur bicyclette ergométrique.

Quel(s) type(s) d'épreuve(s) pharmacologique(s) peut-on lui proposer ?

Quelles principales contre-indications doit-on préalablement rechercher ?

Question N° 3 :

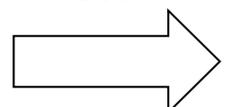
Un patient porteur d'un bloc de branche gauche fait une scintigraphie myocardique d'effort. À l'effort, on constate une hypofixation septale qui disparaît au repos.

Que doit-on en conclure ?

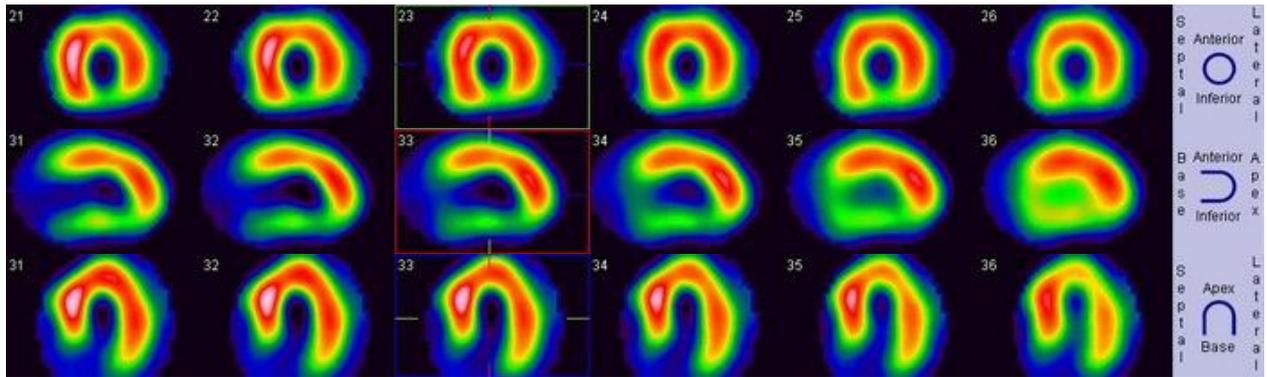
Question N° 4 :

Un patient diabétique sans antécédent cardiaque connu réalise une scintigraphie myocardique de dépistage systématique. Cet examen est réalisé à la tétréosmine technétée, après épreuve pharmacologique (négative cliniquement et électriquement) puis trois heures plus tard au repos. On obtient les images suivantes :

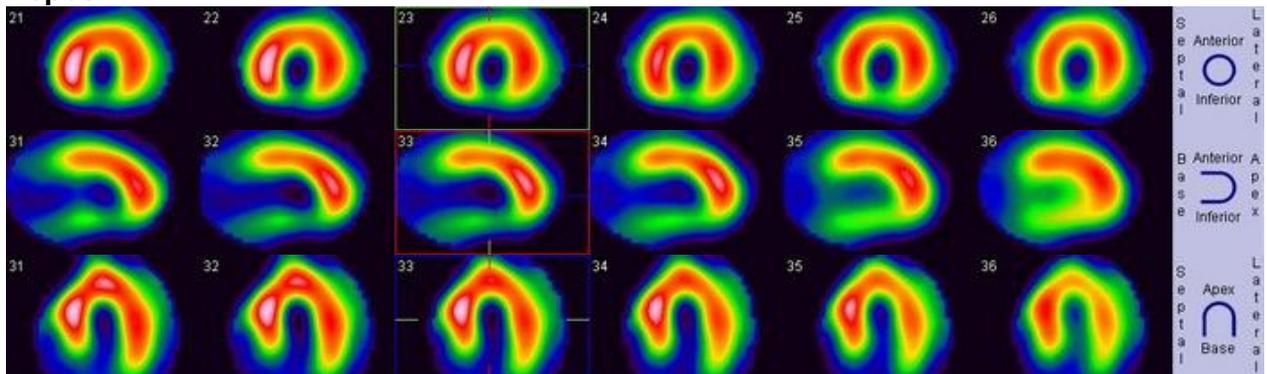
TSVP



Stress



Repos



Décrivez ces images

Donnez la conclusion de votre compte rendu.

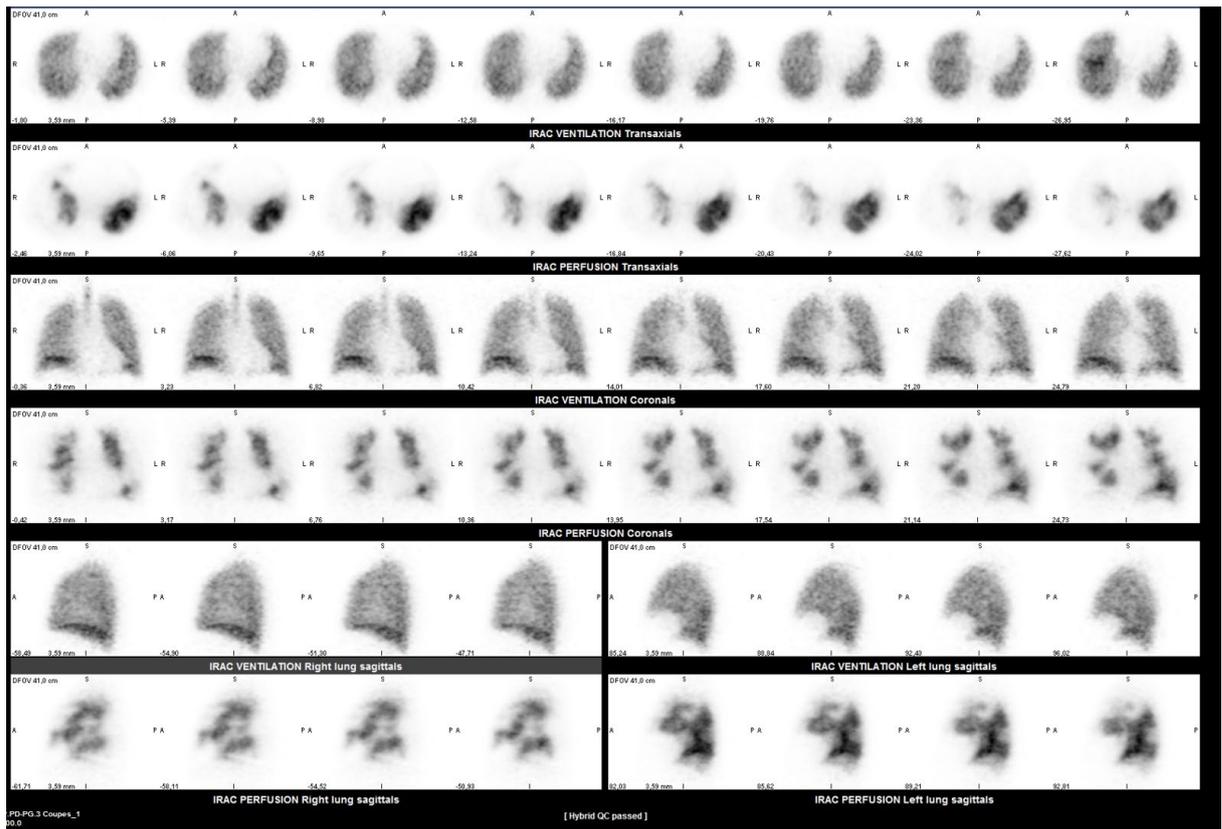
II- PNEUMOLOGIE

Question N° 1 :

Quels sont les avantages du krypton par rapport aux aérosols technétiés pour la réalisation d'une scintigraphie pulmonaire de ventilation ?

Question N° 2 :

Un patient ayant autrefois fait deux épisodes d'embolie pulmonaire est pris en charge pour exploration d'une hypertension artérielle pulmonaire. Une tomoscintigraphie de ventilation et de perfusion est réalisée alors que le patient est en état stable depuis 3 mois. On obtient les images suivantes :



Que doit-on conclure ?

Question N° 3 :

Citer le nom de l'étude sur laquelle sont basés les critères d'interprétation pour le diagnostic d'embolie pulmonaire en imagerie planaire.

III- ONCOLOGIE

Question N° 1 :

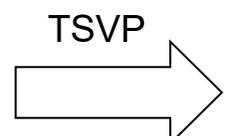
Pourquoi le ^{18}F -FDG est-il généralement très capté par les cancers ?
Détaillez les mécanismes physiopathologiques en jeu.

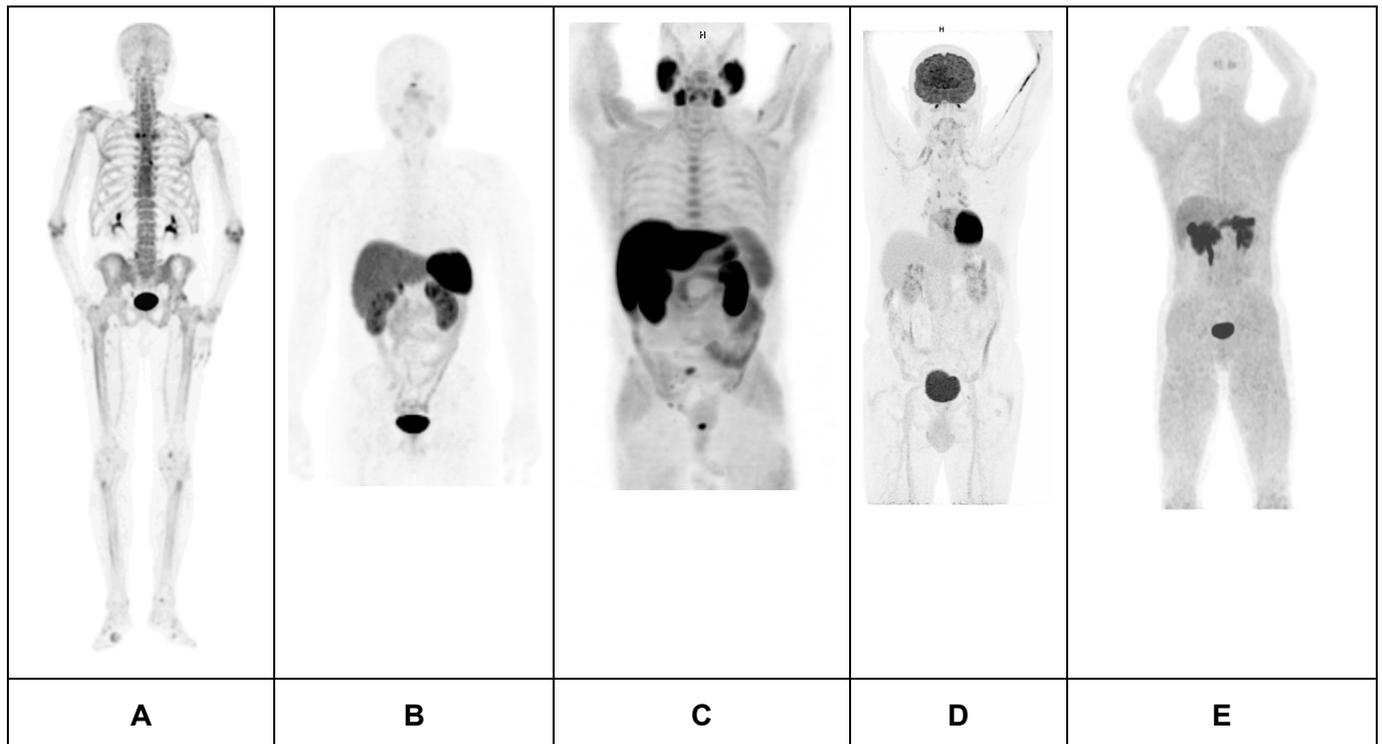
Question N° 2 :

Qu'est-ce qui limite le développement des traceurs marqués au carbone-11 ?

Question N° 3 :

Pour chacun des examens ci-dessous, acquis en TEP, indiquez le traceur utilisé :





Question N° 4 :

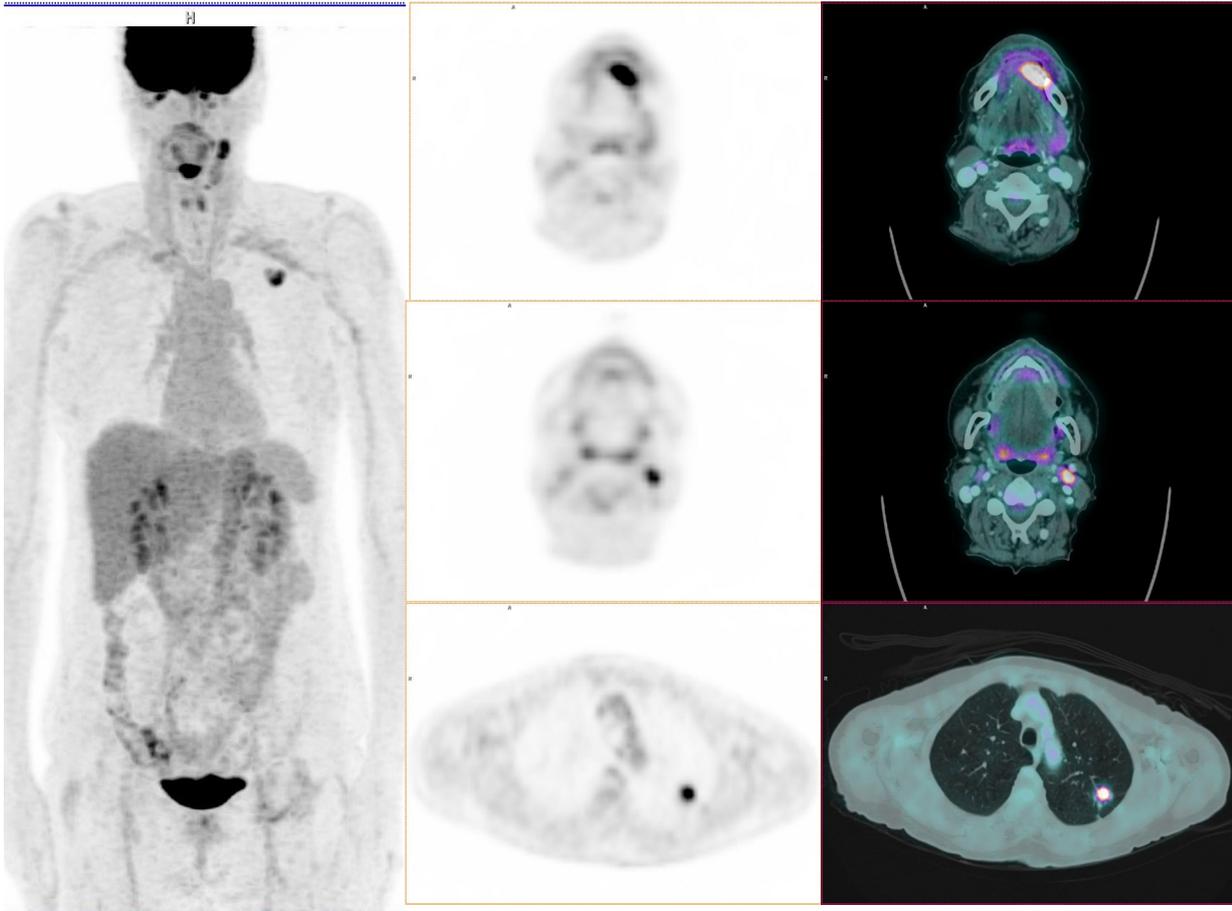
Quelles sont les principales indications actuelles de la TEP à la ^{18}F -FDOPA ?

Question N° 5 :

Citez et décrivez les critères d'interprétation de la TEP au ^{18}F -FDG dans l'évaluation de la réponse thérapeutique des lymphomes de Hodgkin.

Question N° 6 :

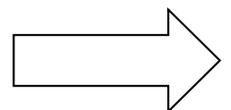
Un patient alcoolo-tabagique est exploré par TEP au ^{18}F -FDG pour carcinome de 2,5 cm de de la cavité orale. Comment doit-on interpréter les images suivantes à l'étage thoracique ?



Question N° 7 :

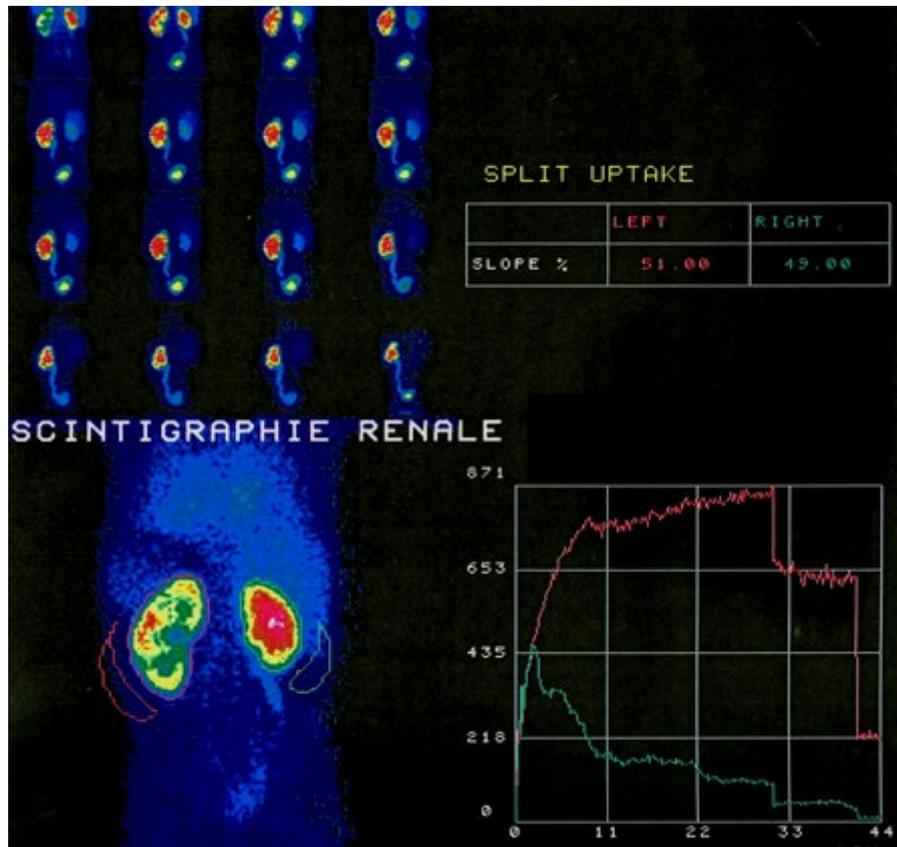
Un cancer de la thyroïde métastasé, autrefois bien différencié, devient anaplasique. Comment évoluent généralement les fixations de l'iode-131 d'une part et du ^{18}F -FDG d'autre part en pareil cas ?

TSVP



IV-URO-NÉPHROLOGIE

Chez un enfant suivi pour un syndrome de la jonction pyélocalicielle gauche, on réalise une scintigraphie rénale avec épreuve pharmacologique :



La fonction relative est de 49% à droite et 51% à gauche.

Question N° 1 :

Quel(s) médicament(s) radiopharmaceutique(s) a(ont) pu être utilisé(s) pour cet examen ?

Question N° 2 :

Quelle est l'épreuve pharmacologique réalisée ? En préciser les modalités pratiques de réalisation.

Question N° 3 :

Quelle est votre conclusion clinique ? Vous préciserez notamment s'il y a une indication opératoire.

V- HÉMATOLOGIE

Question N° 1 :

Que doit-on injecter pour réaliser une scintigraphie splénique ?

VI-OSTÉOARTICULAIRE

Un patient de 79 ans, suivi pour cancer de la prostate, traité par hormonothérapie, est exploré pour le bilan d'une gonalgie gauche. La scintigraphie osseuse donne les résultats suivants :



Question N° 1 :

Quel est le radiopharmaceutique utilisé ?

Question N° 2 :

Quel est son mécanisme de fixation ?

Question N° 3 :

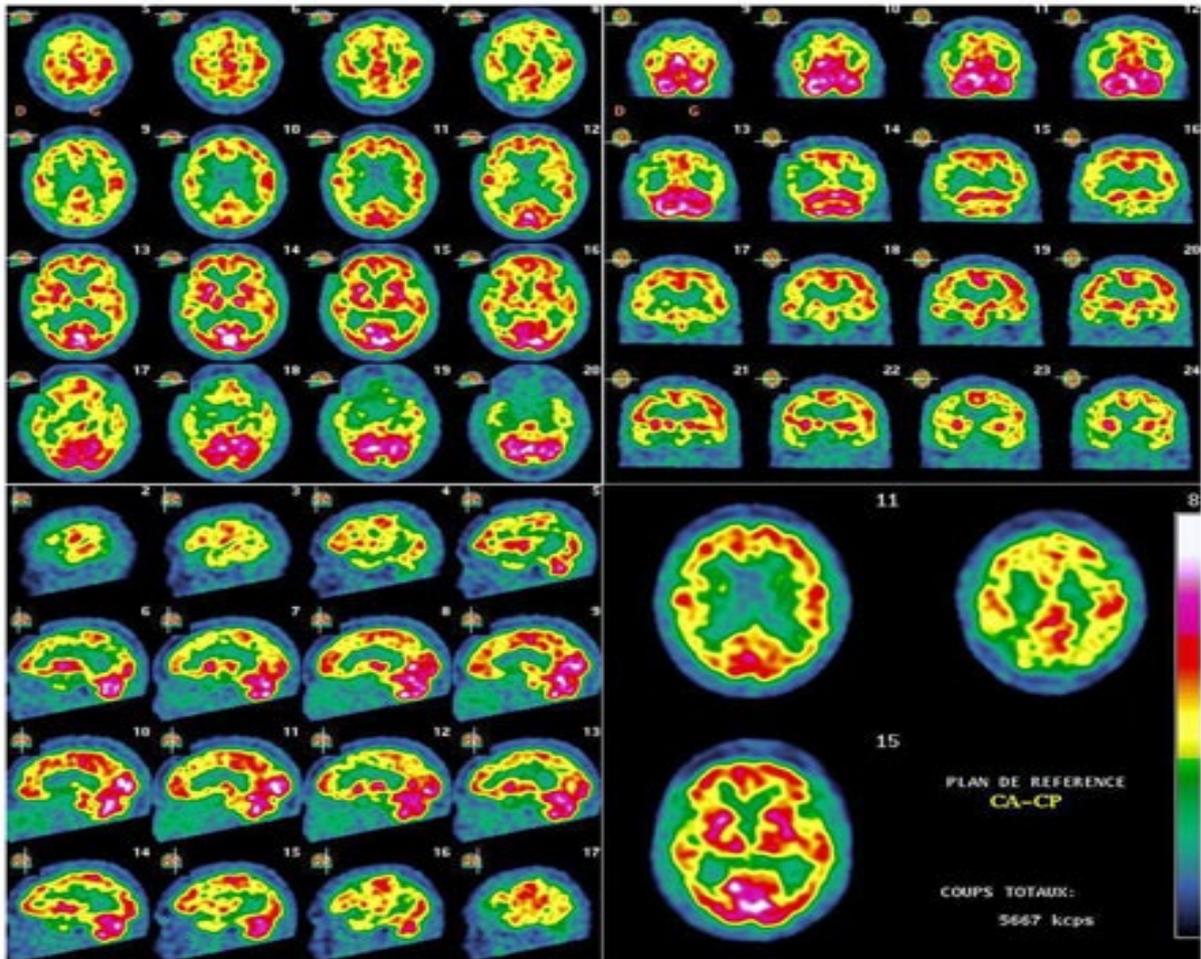
Quel est le diagnostic le plus probable pour ce patient ?

Question N° 4 :

Quel est l'ordre de grandeur de la dose reçue lors de cet examen ?

VII- NEUROLOGIE

Une patiente de 74 ans est explorée par scintigraphie cérébrale de perfusion pour l'exploration de troubles mnésiques :



Question N° 1 :

Décrivez cette image.

Question N° 2 :

Par la suite, l'entourage rapporte des hallucinations visuelles et des chutes. Quels sont les deux diagnostics à évoquer ?

Question N° 3 :

Quel(s) examens(s) de médecine nucléaire pouvez-vous proposer pour faire le diagnostic différentiel entre les deux ?

NEPHROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques **Tous les sujets doivent être traités**

DOSSIER 1

Un patient de 62 ans, caucasien, consulte pour l'apparition en quelques semaines d'œdèmes des membres inférieurs invalidants. Ses antécédents se résument à un tabagisme à 30 paquets/année sevré depuis 5 ans et une HTA depuis quelques mois non traitée. Pas d'antécédent familial de maladie rénale ni de diabète. Il ne prend aucun traitement. Pas de notion de voyage à l'étranger.

Examen clinique :

- Poids 92 kg (+ 11 kg en 3 mois), Taille 1,79m, PA 170/100 mmHg, Fréquence cardiaque: 80 bpm.
- Volumineux oedèmes des 2 membres inférieurs et des lombes, blancs, mous, prenant le godet. Oedèmes des paupières.
- Diminution du murmure vésiculaire et matité des 2 bases pulmonaires.
- Absence de turgescence jugulaire, de reflux hépatojugulaire, d'hépatalgie, d'hépatomégalie ou d'ascite.
- Présence d'une hernie inguinale gauche réductible indolore.

Une bandelette urinaire est réalisée et trouve Prot ++++ et Sang ++. Le bilan biologique est le suivant



Numération globulaire

Analyseur Sysmex XE 5000

Hématies	4.96	Téra/L	4.50-6.50
Hémoglobine	15.1	g/dL	13.0-17.0
Hématocrite	44.6	%	40.0-54.0
VGM	89.9	fL	82.0-98.0
TCMH	30.4	pg	>27.0
CCMH	33.9	%	31.5-36.5
IDR	12.9		<16.0

Plaquettes

Plaquettes	219	Giga/L	150-400
VPM	10.1	fL	8.0-13.0

Leucocytes

9.3	Giga/L	4.0-10.0
-----	--------	----------

Formule leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles	71.8	%	6.69	Giga/L	1.50-7.00
Polynucléaires éosinophiles	1.8	%	0.17	Giga/L	0.00-0.50
Polynucléaires basophiles	0.2	%	0.02	Giga/L	0.00-0.20
Lymphocytes	17.8	%	1.66	Giga/L	1.50-4.00
Monocytes	8.4	%	0.78	Giga/L	0.20-1.00

Glycémie à jeun	4,3 mmol/l
Créatinine	150 µmol/L
Urée	12 mmol/l
DFG CKD épi	42 ml/min/1,73 m ²

Biochimie générale

Sodium	140	mmol/L	132-146
<i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>			
Potassium	4.4	mmol/L	3.5-5.0
<i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>			
Chlore	107	mmol/L	99-109
<i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>			
Réserve alcaline	30	mmol/L	20-31
<i>Enzymologie (Advia XPT Siemens)</i>			

Biochimie générale – urines	
Créatinine	2600 µmol /L (294 mg/L)
Protéines	3,3 g/L (5,5 g/24h)

Protéines plasmatiques <i>Spectrophotométrie Biuret (Advia XPT Siemens)</i>	41	g/L
Albumine <i>Colorimétrie Pourpre de Bromocrésol (Advia XPT Siemens)</i>	16	g/L

Biochimie générale - Urines

Sodium <i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>	38	mmol/L
Potassium <i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>	17	mmol/L
Chlore <i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>	34	mmol/L
Glucose <i>Enzymologie (Advia XPT Siemens)</i>	<0.20	mmol/L
Urée <i>Enzymologie - Uréase (Advia XPT Siemens)</i>	182	mmol/L

La cytologie urinaire montre 52 hématies/mm³ sans leucocyturie ni germe.

Question 1

Définissez en argumentant le syndrome néphrologique de ce patient.

Question 2

Définissez l'état d'hydratation.

Question 3

Caractérissez l'insuffisance rénale de ce patient en argumentant.

Question 4

Quelles sont les 3 néphropathies à évoquer en priorité. (Points négatifs si plus de 3 propositions)



Question 5

Quels examens biologiques à visée étiologique prescrivez-vous ?

Question 6

Un seul examen permet de confirmer le diagnostic étiologique, lequel?
Quelles précautions prenez-vous au préalable ?

Question 7

Vous disposez du résultat d'une biopsie rénale :

L'examen en microscopie optique montre des lésions diffuses glomérulaires caractérisées par un épaissement de la membrane basale avec des spicules sur le versant externe, sans prolifération endo-capillaire ni extra-capillaire, sans synéchie floculo-capsulaire. Il existe une fibrose interstitielle modérée, pas de lésion d'artériosclérose. Quel diagnostic évoquez-vous ? Qu'attendez-vous de l'immunofluorescence ?

Question 8

Compte tenu du terrain, des explorations complémentaires à visée étiologique sont nécessaires, lesquelles ?

Question 9

Quelles mesures thérapeutiques à visée symptomatique mettez-vous en œuvre ?

DOSSIER 2

Un homme de 51 ans consulte aux urgences pour céphalées, évoluant depuis quelques semaines, dans un contexte de "surmenage" professionnel selon lui, partiellement soulagées par paracétamol à doses usuelles. Il n'a pas d'antécédents connus, et n'a pas de suivi médical. Il fume un demi paquet de cigarettes par jour depuis 30 ans, ne fait pas de sport. Il travaille en restauration en collectivité. Au plan familial, on note le décès brutal de son père à 50 ans, de cause inconnue. Sa mère âgée de 75 ans est en bonne santé. Il a deux filles de 30 et 25 ans.

Sa tension est de 169/101, son pouls à 75 battements par minute. Il pèse 65 kg pour 1m75. L'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité. Il n'a pas d'oedèmes des membres inférieurs. Une Bandelette Urinaire retrouve: protéines: traces, globules rouges: traces, leucocytes:0, nitrites: négatif

Le bilan biologique de l'entrée retrouve :



Biochimie générale

Sodium	138	mmol/L	132-146
<i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>			
Potassium	4.6	mmol/L	3.5-5.0
<i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>			
Chlore	108	mmol/L	99-109
<i>Potentiométrie indirecte (Advia XPT Siemens)</i>			
Réserve alcaline	23	mmol/L	20-31
<i>Enzymologie (Advia XPT Siemens)</i>			
Urée	▲ 15.6	mmol/L	2.5-7.5
<i>Enzymologie (Advia XPT Siemens)</i>			
Créatinine	▲ 259	μmol/L	55-96
<i>Enzymologie (Advia XPT Siemens)</i>			

DFG CKD epi

24 ml/min/1,73 m²

Numération globulaire

Analyseur Sysmex XE 5000

Hématies	▼ 4.21	Téra/L	4.50-6.50
Hémoglobine	14.0	g/dL	13.0-17.0
Hématocrite	41.5	%	40.0-54.0
VGM	▲ 98.6	fL	82.0-98.0
TCMH	33.3	pg	>27.0
CCMH	33.7	%	31.5-36.5
IDR	12.6		<16.0

Plaquettes

Plaquettes	208	Giga/L	150-400
VPM	10.8	fL	8.0-13.0

Leucocytes

9.1	Giga/L	4.0-10.0
-----	--------	----------

Question 1

Une échographie puis un scanner abdominal ont été réalisés aux urgences pour l'exploration de cette insuffisance rénale (images ci-dessous). Quel est votre diagnostic?



Question 2

Quelle étiologie à ses céphalées faut-il éliminer en première intention ?

Question 3

Quel(s) examen(s) prescrivez-vous pour l'exploration de ses céphalées?

T.S.V.P.

Question 4

Quel est le risque (en %) pour chacune de ses filles d'être atteinte?

Question 5

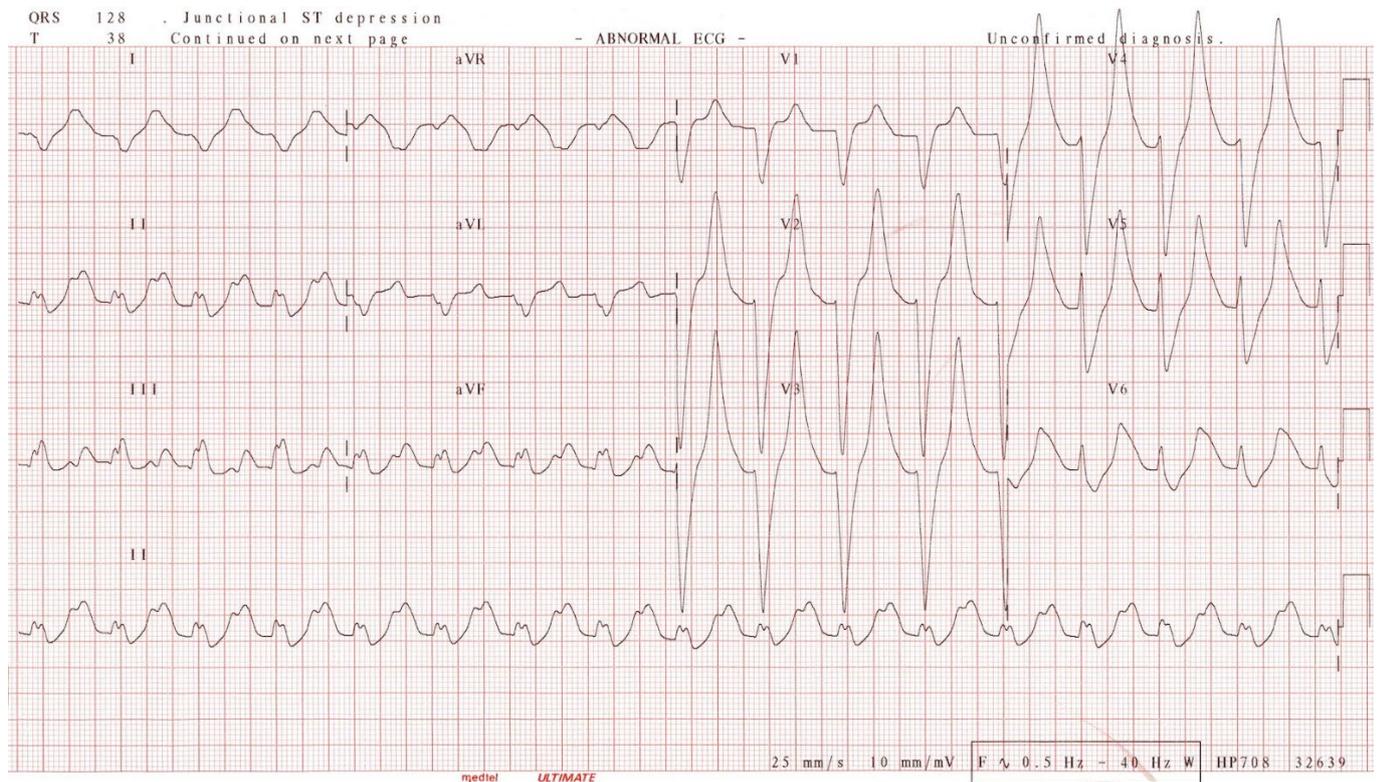
L'examen que vous avez demandé est normal. Quelle est votre prise en charge de l'hypertension?

Question 6

Il revient trois mois plus tard aux urgences pour une douleur lombaire gauche d'apparition brutale il y a une semaine, accompagnée d'une hématurie macroscopique. La température est à 38,1°C, le bilan biologique des urgences montre une hémoglobine à 9,5g/dL, des leucocytes à 7 G/L, une CRP à 23 mg/L (N<5), la bandelette urinaire ne montre ni leucocytes ni nitrites. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question 7

Dans l'année qui suit, la fonction rénale continue de se dégrader. Il se présente un week-end aux urgences pour malaise. Le bilan biologique sanguin montre: K=6.6 mmol/L, HCO₃⁻=17mmol/L, créatinine=750µmol/L. Sa tension est à 165/95, sa saturation est à 93% en air ambiant, il a pris 2 kg, il est dyspnéique et l'auscultation retrouve des crépitants des bases. Un ECG a été réalisé (image ci-dessous). Quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) mettez-vous en œuvre?



Question 8

Le patient est désormais en hémodialyse chronique. Quels sont les principaux éléments de surveillance pendant la séance de dialyse ?

Question 9

Quels signes vous font évoquer une sténose de la veine de drainage de la fistule artério-veineuse ?

Question 10

Quelques mois plus tard, le patient est greffé et le post-transplantation immédiat se passe bien. Il sort à J8, sa créatinine est de 132 μ moles/L. Son traitement immunosuppresseur associe des corticoïdes, du tacrolimus (anticalcineurine) et du mycophénolate mofétil (cellcept). A trois mois de la greffe, il consulte en urgence pour fièvre à 38.5°C. Quels diagnostics évoquez-vous?

NEUROCHIRURGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet : 1

Un patient de 50 ans est admis aux urgences pour des céphalées inhabituelles d'installation progressive, s'aggravant le matin, à l'origine de nausées. Depuis 2 jours, il décrit une baisse de la force musculaire hémicorporelle gauche brachio faciale et une vision double dans le regard latéral gauche essentiellement. A l'examen, le patient est somnolent (les yeux sont fermés spontanément) mais les ouvre et serre la main après stimulation uniquement, il ne sait pas donner sa date de naissance. Vous constatez une anisocorie droite supérieure à gauche. Il n'a pas d'antécédent notable en dehors d'un cancer de prostate traité médicalement.

Question N° 1 :

Décrivez la sémiologie clinique présentée par ce patient.

Question N° 2 :

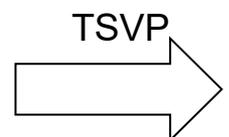
Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

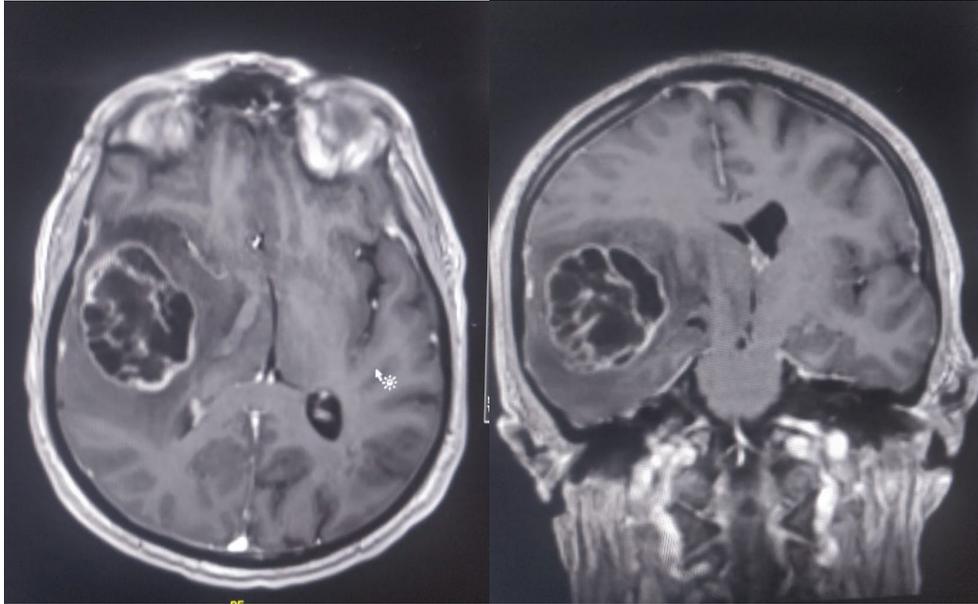
Question N° 3 :

Quel bilan faites-vous en urgence ?

Question N° 4 :

Vous avez obtenu le bilan d'imagerie suivant. Décrivez-le. Quelle est votre hypothèse diagnostique ?





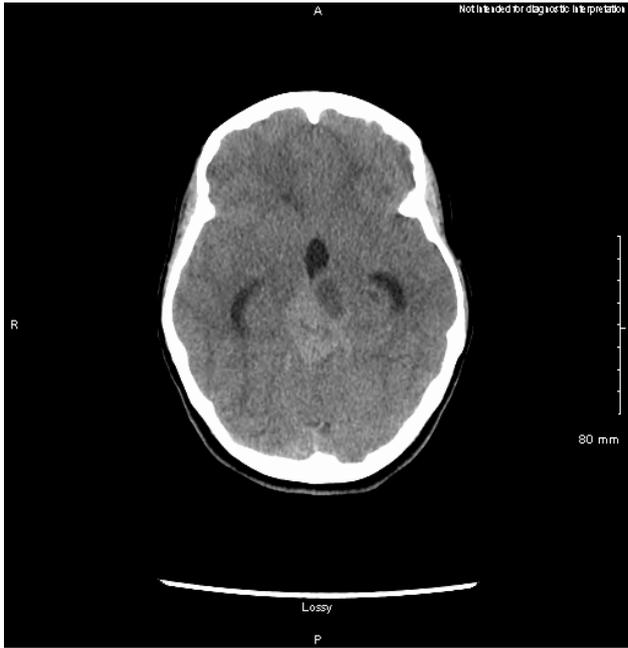
Question N° 5 :

Que proposez-vous comme traitement ? Justifiez.

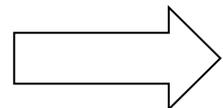
Sujet : 2

Une diplopie ennuyeuse

Une jeune fille de 13 ans vous est adressée en consultation par son médecin traitant pour une vision double évoluant depuis 2 mois avec des céphalées qui la réveillent en fin de nuit. S'y associent des nausées et des vomissements. Aucun antécédent notable n'est relevé. Le médecin traitant a prescrit un scanner qui vous est amenée par la patiente.



TSVP



Votre examen clinique est le suivant :

Il n'existe pas de trouble de la conscience ni des fonctions supérieures

Il existe au testing au doigt une paralysie de l'élévation du regard.

Il existe également un élargissement du polygone de sustentation.

Vous ne relevez aucun déficit des voies longues ni de syndrome cérébelleux.

Question N° 1 :

Quelle sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N° 2 :

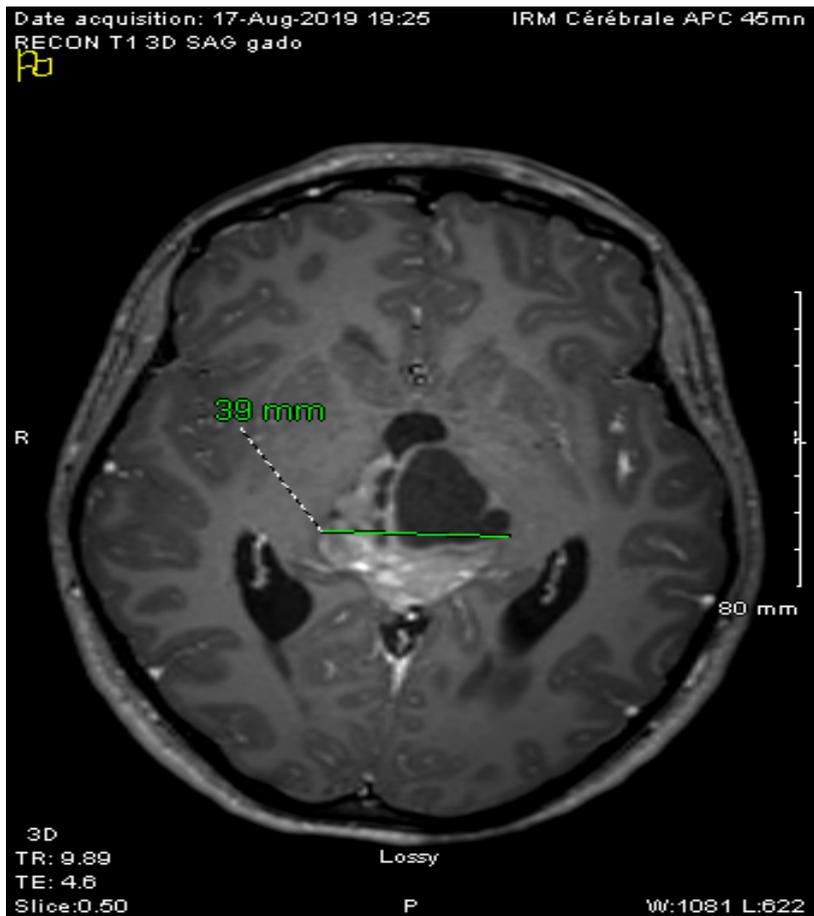
Quels examens complémentaires vous manquent-ils ?

Question N° 3 :

Quels sont les différents processus physiopathologiques pour expliquer le syndrome de Parinaud et/ou la diplopie ?

Question N° 4 :

Une fois les examens complémentaires que vous avez fait réaliser en urgence obtenus et après avoir hospitalisé l'enfant dans votre service, quelle va être votre prise en charge symptomatique en urgence ? Quelles sont les options et techniques neurochirurgicale que vous discuterez dans ce cas précis ?



TSVP

Question N° 5 :

Quelles est l'histologie principale pour laquelle un traitement chimiothérapique sera indiqué en première intention ?

Question N° 6 :

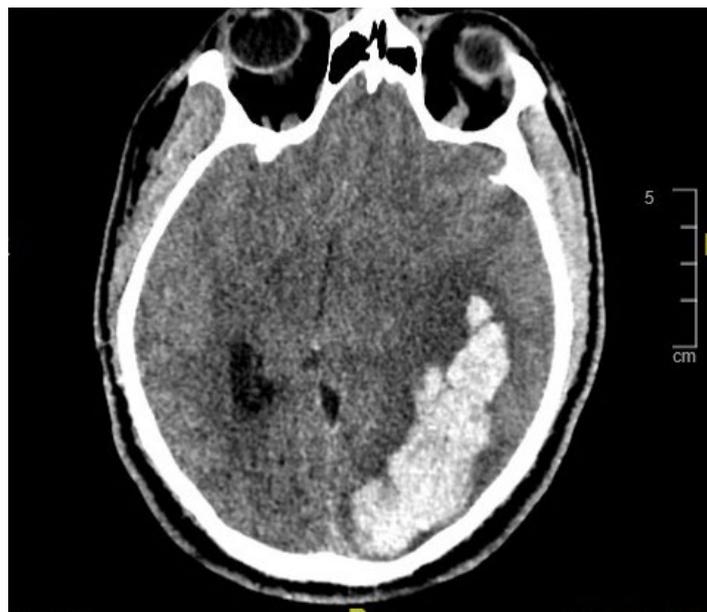
Vos examens complémentaires ne vous permettent pas de conclure quant à une quelconque histologie. Quelles sont les 3 stratégies diagnostiques qui sont indiquées dans ce cas ?

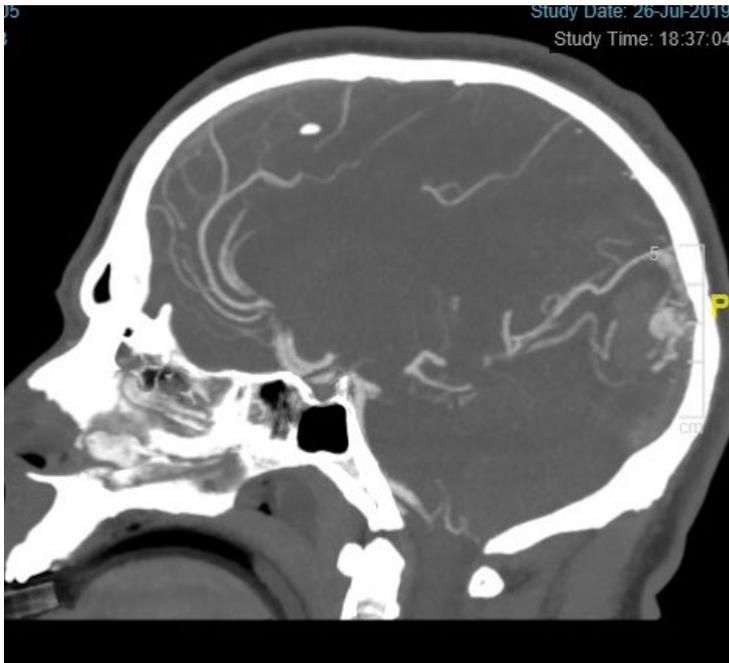
Question N° 7 :

Vous décidez d'opter pour un abord chirurgical à ciel ouvert. Quelles sont les 3 voies d'abord principales que vous pourriez réaliser dans ce cas présent ?

Sujet : 3

Patient de 33 ans, sans antécédent, est adressé aux urgences par le SAMU pour un malaise avec perte de connaissance brutale dans la rue et crise convulsive généralisée. Il est pris en charge sur place, intubé ventilé, Score de Glasgow à 4, mydriase gauche et hypertension artérielle systolique à 180 mm de Hg. Voici le scanner cérébral à son arrivée ainsi que l'angioscanner.





Question N° 1 :

Quels sont les arguments cliniques en faveur d'un accident vasculaire hémorragique ?

Question N° 2 :

Décrivez les 2 images et donnez votre hypothèse principale.

Question N° 3 :

Dans ce contexte, faut-il faire une angiographie tétrapédiculaire ?

Question N° 4 :

Quelle est votre stratégie thérapeutique en urgence ?

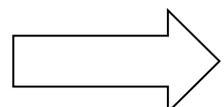
Question N° 5 :

En cas de majoration post opératoire de la pression intra crânienne, quelles sont les options thérapeutiques ?

Sujet : 4

Un patient de 30 ans, sportif est victime d'une chute en montagne alors qu'il faisait du VTT, avec un impact crânien sans perte de connaissance, casqué. Il a pu regagner son domicile avec des cervicalgies intenses, et des dysesthésies dans les 2 derniers rayons digitaux de la main gauche. Il consulte le lendemain soir vers 22 heures aux urgences et vous êtes appelé après le bilan radiologique ci-joint.

TSVP



L'examen clinique est normal en dehors d'une hyperesthésie des 2 derniers doigts de la main gauche et de la face médiane de l'avant-bras.

Question N° 1 :

Que vous évoque le tableau clinique ?

Question N° 2 :

Que recherchez-vous malgré tout à l'examen clinique ?

Question N° 3 :

Décrivez le bilan scannographique ci joint brièvement



Question N° 4 :

Est-il nécessaire de faire une IRM en urgence ? Justifiez.

Question N° 5 :

Quelle mesure prenez-vous lors de l'arrivée de ce patient dans votre service ?

Question N° 6 :

Vous décidez d'un abord chirurgical antérieur pour réduction, et arthrodèse et ostéosynthèse de C7-T1. Quels sont les risques chirurgicaux liés à la voie d'abord que vous expliquez au patient ?

NEUROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS DOIVENT ÊTRE TRAITES

Sujet N° 1 PARKINSON

Homme de 47 ans vous consulte pour des douleurs, une sensation de raideur et un tremblement du membre supérieur droit depuis environ 6 mois.

Antécédent de dépression traitée par Inhibiteur de recapture de la sérotonine (IRS) depuis l'âge de 40 ans avec notion de prise de neuroleptiques. Hypertension artérielle essentielle traitée depuis 3 ans par inhibiteur de l'enzyme de conversion.

Le patient a consulté un rhumatologue qui n'a pas identifié de cause rhumatologique à la douleur.

Il vient donc consulter pour rechercher une éventuelle cause neurologique

Question N° 1 :

Enumérer les 3 principaux symptômes qui caractérisent un syndrome parkinsonien .

Question N° 2 :

Quelles sont les caractéristiques cliniques de chacun de ces trois symptômes ?

Question N° 3 :

L'examen clinique met en évidence un syndrome parkinsonien prédominant à droite.

Citer les principales causes possibles de syndrome parkinsonien chez ce patient .



Question N° 4 :

L'examen clinique met en évidence un syndrome parkinsonien prédominant à droite. Quels examens complémentaires demandez-vous ? Et justifiez votre choix.

Question N° 5 :

Le patient a été mis sous agoniste dopaminergique avec une réponse faible au traitement. A l'interrogatoire, le patient signale des vertiges en position debout et une dysurie. L'examen clinique met en évidence une hypotension orthostatique à pouls constant. Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question N°6

Quels autres symptômes allez-vous rechercher ?

Question N°7

Quels examens complémentaires demandez-vous? Que recherchez-vous ?

Sujet N° 2 SEP

Mme S, 31 ans, présente des paresthésies des 2 membres inférieurs depuis 15 jours. Tout a débuté par des sensations désagréables dans les pieds, qui se sont étendues en une semaine à l'ensemble des membres inférieurs. Depuis lors elle a noté une tendance à uriner plus souvent et avec urgence autant le jour que la nuit.

Dans ses antécédents, vous retrouvez la notion d'une baisse d'acuité visuelle de l'œil gauche il y a 2 ans, durant une semaine qui ne l'a pas amenée à consulter. Elle a par ailleurs un psoriasis depuis 5 ans. Au plan familial, sa mère de 65 ans est atteinte de polyarthrite rhumatoïde, son père est décédé d'un AVC à 69 ans l'an dernier.

Cliniquement vous notez une marche raide. Au plan du lit, il existe une hypoesthésie des pieds, une spasticité modérée des membres inférieurs, les ROT sont très vifs aux membres inférieurs.

Vous suspectez une sclérose en plaques

Question N°1

A quoi correspond selon vous l'épisode visuel il y a 2 ans, quels peuvent en être les signes ?

Question N°2

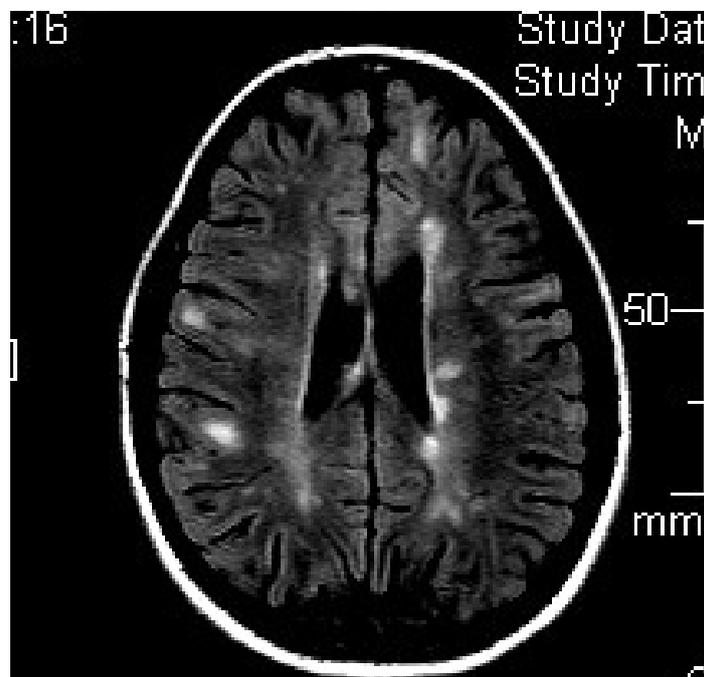
Quels sont les examens qui sont utiles aux diagnostics positif et différentiels d'une sclérose en plaques ?

Question N°3

Quelles seront les conditions nécessaires ou utiles pour que vous reteniez un diagnostic de SEP chez cette patiente (hormis l'exclusion des diagnostics différentiels) ?

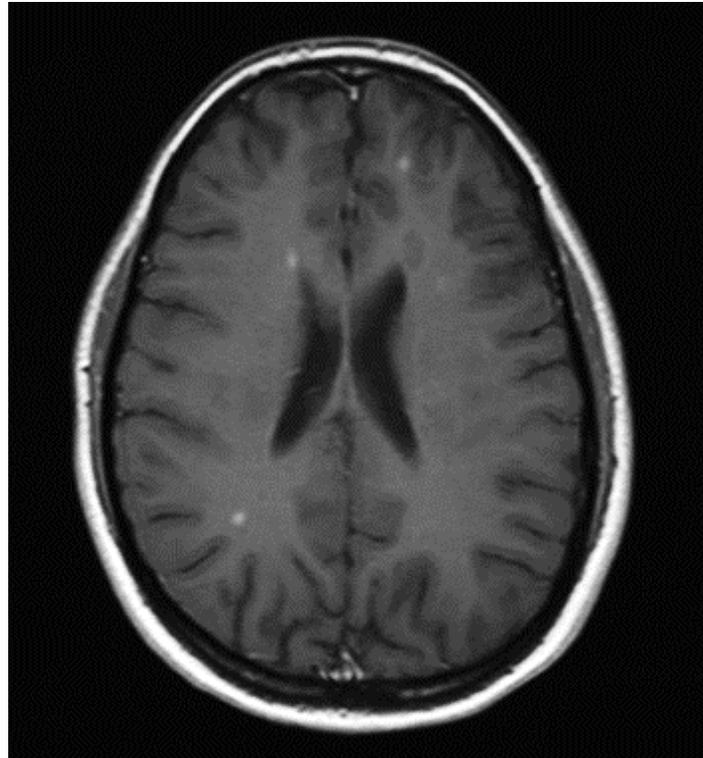
Question N°4

Commentez cette IRM



Question N°5

Commentez cette autre image d'IRM



Question N°6

Vous décidez de traiter cette poussée. Quel bilan pré-thérapeutique prévoyez-vous ?

Question N7

Vous décidez de traiter cette poussée. Rédigez votre ordonnance avec nom du médicament, posologie, voie d'administration, durée ?

Sujet 3 VASCULAIRE

Une femme de 27 ans, sans antécédent, est amenée par les pompiers pour un trouble de la vigilance. Son compagnon n'arrive pas à la réveiller ce matin et signale qu'elle était céphalalgique et ralentie depuis une semaine, au point qu'elle n'était pas allée travailler depuis 2 jours.

A l'arrivée elle est apyrétique, normotendue, la glycémie capillaire est normale.

Elle est somnolente, éveillable, confuse, sans asymétrie motrice ni sensitive.

Vous demandez une imagerie en urgence. La voici :

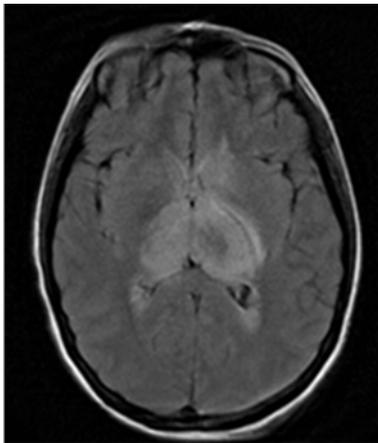


image 1

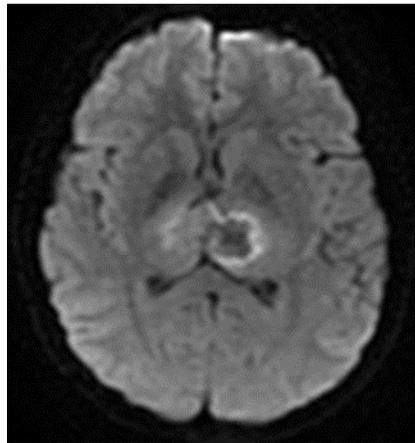


image 2

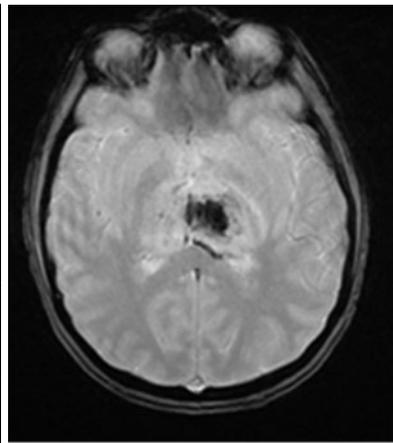


image 3

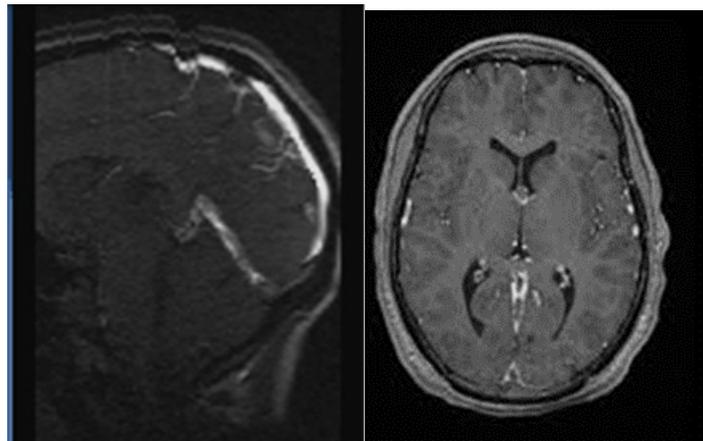


Image 4

image 5



Question 1

Nommez les séquences

Question 2

Décrivez les anomalies

Question 3

Quel est votre diagnostic ?

Question 4

Quel traitement instaurez-vous?

Question 5

Prescrivez-vous un anti-épileptique ?

Question 6

Quelles causes recherchez-vous ?

Sujet 4 COGNITIF

Un homme de 79 ans, avec des antécédents de diabète sucré, hypertendu, vient seul, à son initiative, en consultation pour une plainte de mémoire. Il se dit autonome pour les activités quotidiennes, il dit prendre régulièrement les médicaments : furosemide, simvastatine, metformine, et occasionnellement du zopiclone.

A l'interrogatoire il dit qu'il oublie les dates des rendez-vous, qu'il lui arrive d'oublier ce qu'il est venu chercher dans une pièce, et qu'il a un peu moins de dynamisme et plaisir au quotidien.

Question 1 :

Quel bilan proposez-vous en première intention?

Question 2:

Quels arguments avez-vous à ce stade en faveur d'une maladie Alzheimer ?

Question 3:

Quels arguments avez-vous à ce stade contre une démence de type Alzheimer ?

Question 4:

Quelles autres hypothèses diagnostiques peuvent être à l'origine de sa plainte ?

Le bilan initial a été rassurant.

Deux ans après, le patient se présente aux Urgences pour une chute.

Le bilan aux Urgences élimine un AVC ; l'entourage dit que le patient a eu plusieurs chutes, sans perte de connaissance, mais dont il ne se souvient pas et il aurait fait plusieurs erreurs dans la prise de ses médicaments. L'examen neurologique est normal, mais le MMSE =24/30. L'IRM cérébrale décrit une atrophie diffuse, avec des hyper signaux FLAIR diffus de la substance blanche.

Question 5:

Quelles sont les causes possibles de ses chutes ?

Le bilan neuropsychologique a trouvé un trouble de la mémoire épisodique touchant le stockage, avec des discrets troubles attentionnels et exécutifs. Il n'y a pas de fluctuations, pas d'hallucinations.

Question 6:

Au vu de cette évolution et de ces résultats du bilan complémentaire, quelles hypothèses diagnostiques avez-vous avec quels arguments ?

OPHTALMOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Tous les sujets sont à Traiter

SUJET N°1 :

Un homme de 65 ans consulte pour baisse d'acuité visuelle bilatérale avec phénomène de halos lors de la conduite nocturne.

Il vous explique que sa mère, qui habite à l'étranger est morte aveugle à 80 ans.

Sa chirurgie de la cataracte avait été un échec, et elle présentait souvent des douleurs oculaires récurrentes.

Il souffre en outre d'un adénome de prostate traité par TAMSULOSINE (Alphabloquant) depuis 3 ans.

Après réfraction la meilleure acuité visuelle corrigée obtenue chez votre patient est de 7/10^{èmes} faible Œil Droit avec +5 (-1.5 90°), Parinaud 3 avec addition + 2.75 Dioptries/ 5/10^{èmes} faible Œil Gauche avec +6 (-2.5 à 100°), Parinaud 4f avec addition + 2.75 Dioptries.

En Lampe à Fente vous mettez en évidence une cataracte nucléaire dense bilatérale prédominant à gauche.

Question N° 1 :

Quels autres éléments recherchez-vous lors de l'examen clinique ?

Question N° 2 :

Quelle pathologie évoquez-vous en priorité ?

Question N° 3 :

Citez les examens complémentaires utiles au diagnostic de cette pathologie cornéenne et les résultats attendus.



Question N° 4 :

Quelles précautions spécifiques pré et post-opératoires prenez vous si vous décidez d'opérer l'œil gauche ?

Vous êtes amenés à réaliser chez ce patient une greffe de cornée, du fait d'une décompensation endothéliale persistante

Question N°5 :

Listez les différentes techniques chirurgicales possibles (avantages, inconvénients), et laquelle privilégiez-vous ? NB Ne pas dépasser 2 lignes par technique

SUJET N° 2 :

Un médecin généraliste souhaite vous adresser un bébé de 12 mois qui présente un reflet oculaire blanchâtre unilatéral

Question N° 1 :

Quel est le terme exact correspondant à la description du médecin généraliste et sous quel délai examinez-vous cet enfant ?

Question N° 2 :

Qu'est-il important de rechercher à l'interrogatoire ?

Question N° 3 :

Quels sont tous les diagnostics étiologiques que vous évoquez ?

SUJET N° 3 :

Mme A, 68 ans, présente un flou visuel unilatéral gauche depuis 15 jours.

L'examen ophtalmologique retrouve une acuité visuelle gauche à 2/10 et un fond d'oeil montrant des hémorragies rétiniennes disséminées dans les 4 quadrants, des dilatations veineuses et un oedème papillaire. La PIO est normale, sous collyre analogues de prostaglandines

Question N° 1 :

Quel est votre diagnostic de l'épisode en cours ?

Question N° 2 :

Quel élément essentiel de l'examen en lampe à fente n'est pas mentionné ?
Que recherchez vous en particulier ?

Question N° 3 :

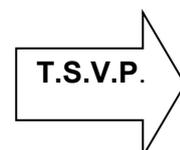
Quelles anomalies de l'OCT peuvent rendre compte de la baisse d'acuité visuelle ?

Question N°4 :

Après traitement approprié, la vision s'améliore. La patiente revient en urgence 2 mois après la fin du traitement, avec des douleurs oculaires intenses et baisse d'acuité visuelle gauche. Que redoutez vous ?

Question N° 5 :

Lister les principaux éléments du traitement de cette complication ?



SUJET N° 4 :

Mr E , 22 ans, se présente au service d'accueil et d'urgences après participation à une manifestation violente sur la voie publique.
Le patient est confus, mais à l'interrogatoire, il rapporte une exposition aux gaz lacrymogènes, avec douleur, larmolement et photophobie.

L'urgentiste objective une baisse d'acuité visuelle et une rougeur oculaire bilatérales. Il vous adresse le patient pour prise en charge spécialisée, et vous précise que l'examen neurologique et l'imagerie cérébrale sont sans particularité.

Question N° 1 :

Quelle est votre conduite à tenir immédiate sur le plan ophtalmologique ?

Votre examen en lampe à fente retrouve une asymétrie avec à droite :

- hypotonie marquée
- chémosis hémorragique

Question N° 2 :

Que redoutez-vous ?

Question N° 3 :

Votre conduite à tenir :

Une semaine après la prise en charge initiale, l'acuité visuelle s'est améliorée et la PIO normalisée.

Un mois plus tard, le patient vous consulte en urgence pour baisse d'acuité visuelle ipsi latérale.

Question N° 4 :

Quels sont les diagnostics à évoquer ?

Dix ans plus tard, après des complications et interventions itératives à droite, il présente une baisse d'acuité visuelle controlatérale avec rougeur, douleur.
Dans ce contexte, quel diagnostic éliminer ?

Question N° 5 :

Quel en est le mécanisme ? (1 ligne maxi)

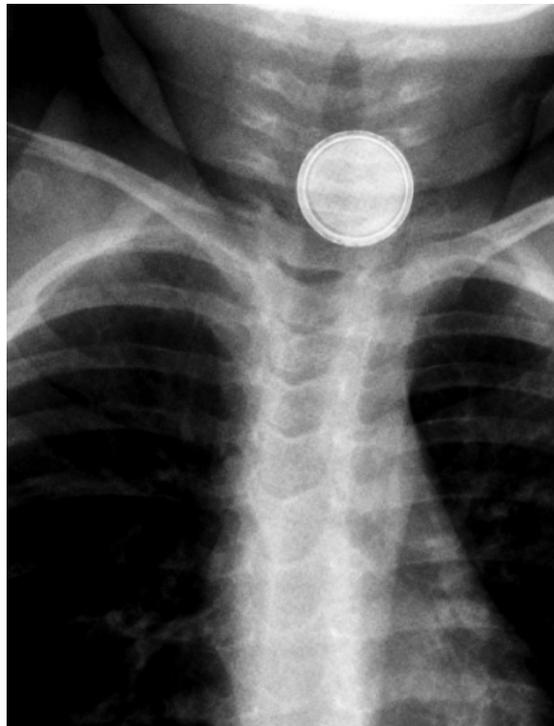
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE-CHIRURGIE
CERVICO -FACIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques
TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Matéo 2 ans vient aux urgences accompagné par ses parents. Son grand frère l'a vu avaler un morceau de jouet cassé il y a une heure.

Voici la radio réalisée aux urgences :



Question 1 :

Quel corps étranger suspectez-vous ? sur quel argument ?

Question 2 :

Où est situé ce corps étranger ?

Question 3 :

L'enfant a fini son dernier repas juste avant l'ingestion : quelle est votre attitude thérapeutique ?



Sujet 2

Kylian, 5 ans, est adressé par son pédiatre pour des otites multi-récurrentes avec otite séro-muqueuse ancienne connue, ronflement et retard de langage. Il a été opéré d'une communication interventriculaire à la naissance.

L'examen met en évidence une otite séro-muqueuse bilatérale.

Voici l'examen de son pharynx



Question 1

Quels éléments recherchez-vous à l'examen clinique et à l'interrogatoire ?

Question 2

À quel syndrome pensez-vous ?

Question 3

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Sujet : 3

Une patiente de 35 ans consulte en urgence pour une baisse d'audition de l'oreille gauche associée à un acouphène de tonalité aigue survenue le matin en se réveillant. Elle a présenté une rhinopharyngite aigue il y a une semaine. L'examen otoscopique est normal. Elle n'a pas d'antécédent particulier. L'audiométrie réalisée en urgence montre une surdité de perception de l'oreille gauche de 35dB sur toutes les fréquences explorées. Le seuil d'intelligibilité en audiométrie vocale est de 40dB.

Question 1 :

Donnez les résultats attendus des tests acoumétriques.

Question 2 :

Citer les explorations audiologiques qui peuvent orienter vers une atteinte rétrocochléaire et donner les résultats.

Question 3 :

Devant une surdité brusque à priori idiopathique, quel est le diagnostic différentiel principal ?

Question 4 :

Quel examen complémentaire en dehors de ceux déjà cités est indispensable à demander devant ce tableau clinique ? Rédiger l'ordonnance.

Question 5 :

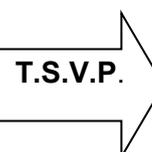
L'examen vestibulaire sous videonystagmoscopie ne montre pas de nystagmus spontané. Quel(s) test(s) clinique(s) permet(tent) de révéler un déficit vestibulaire unilatéral ?

Question 6 :

Le diagnostic différentiel que vous évoquiez à la question 3 a été confirmé. Citer les différentes stratégies thérapeutiques à discuter ?

Question 7 :

Vous revoyez le patient un an après avec une cophose unilatérale gauche et une audition normale à droite. Quelle(s) solution(s) de réhabilitation auditive peuvent être envisagées ?



Sujet : 4

Vous êtes de garde aux urgences. Un homme de 58 ans se présente aux urgences avec une épistaxis abondante évoluant depuis 1h à son domicile. Il a comme antécédents notables une hypertension artérielle sous traitement, une arythmie cardiaque/ fibrillation auriculaire sous Coumadine.

Question 1 :

Quels sont les deux premiers gestes que vous faites faire au patient ?

Question 2 :

Quelle est la région anatomique du nez la plus fréquemment à l'origine d'une épistaxis ?

Question 3 :

Malgré la prise en charge initiale et prise de glaçons, le saignement persiste à droite. Votre examen ne vous permet pas de localiser le saignement.

Quel geste effectuez vous?

Question 4 :

Les constantes prises par l'IDE sont les suivantes :

TA 13/9, pouls 80 bpm, SaO₂ 97% en air ambiant, Température 36,9 °C.
Le bilan biologique que vous avez demandé est le suivant:

Hb 10,2 g/dL, INR à 6, Quelles sont des deux mesures que vous mettez en place en rapport avec le résultat du bilan biologique?

Question 5 :

Les mesures que vous avez prises dans les questions 3 et 4 ne permettent pas de contrôler le saignement : quels sont les 3 traitements possibles en seconde ligne?

Question 6 :

Le patient revient vous consulter 5 mois plus tard pour des douleurs fébriles de l'hémi-face gauche avec mouchage purulent évoluant depuis 24h.

Par argument de fréquence, quel est votre diagnostic?

Question 7 :

Quels sont les 3 éléments essentiels du traitement dans l'immédiat?

Question 8 :

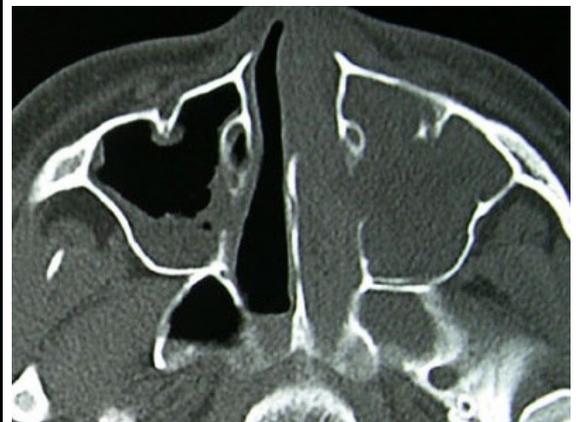
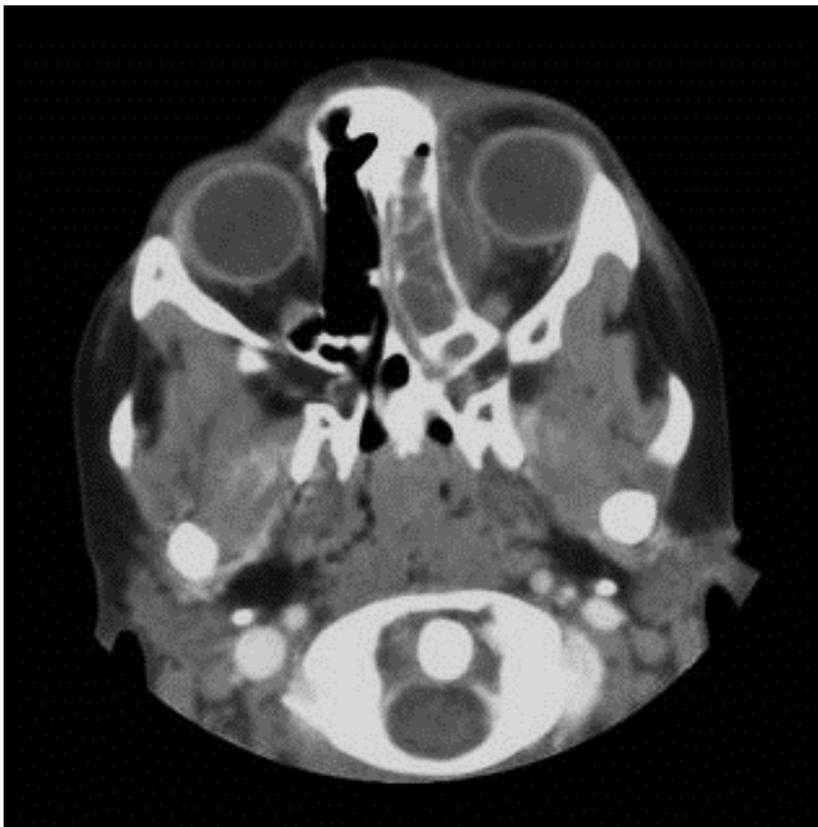
Quel bilan complémentaire est à effectuer au décours du traitement?

Question 9 :

Le patient revient 24h après le début du traitement, les douleurs ont augmenté, la fièvre persiste et depuis ce matin il a un œdème palpébral inflammatoire.

Quel examen demandez vous en urgence?

Question 10 : Voici les images



Question 11 :

Quelles sont les complications possibles de cette infection ?

Question 12 :

Quel est votre traitement?

PEDIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Un nourrisson, âgé de 8 mois, arrive aux urgences amené par ses parents pour fièvre depuis quelques heures, pleurs incessants et perte d'appétit. Il n'a pas d'antécédent particulier. A l'examen, on note une fièvre à 39°C, un météorisme abdominal et il est hypotonique. La fréquence cardiaque est à 190/mn, la fréquence respiratoire à 40/mn, et le poids à 9,2 kg. Le dernier poids dans le carnet de santé est de 9,1 kg la semaine précédente.

Question N° 1 :

A ce stade, comment évaluez-vous la gravité hémodynamique?

Question N° 2 :

L'examen ORL est normal tout comme l'auscultation pulmonaire. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N° 3 :

L'enfant présente des mouvements anormaux à type de secousses cloniques des 4 membres avec révulsion oculaire. Quelles sont les hypothèses diagnostiques que vous évoquez en premier lieu?

Question N° 4 :

La convulsion dure depuis 6 mn. En sachant qu'il n'a pas de voie d'abord veineuse, quelle est votre attitude thérapeutique (avec posologie pour les médicaments) ?

Question N° 5 :

La crise s'arrête. Quelles mesures de surveillance mettez-vous en place ?

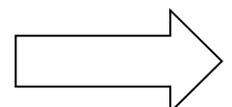
Question N° 6 :

Quels autres signes cliniques recherchez-vous ?

Question N° 7 :

Quel examen complémentaire devez-vous faire à visée diagnostique ?
Quelles en sont les contre-indications ?

TSVP



Question N° 8 :

L'enfant a un teint gris. Sans attendre le résultat de votre examen paraclinique, quelle est votre attitude thérapeutique (avec posologie pour les médicaments) ?

Sujet : 2

Vous êtes d'astreinte dans une maternité de type IIa. Pierre est un nouveau-né né à 36 SA par voie basse spontanée, liquide amniotique clair, de quantité normale. Il s'agit d'une mère âgée de 35 ans, primipare primigeste. La grossesse s'est déroulée normalement. Le prélèvement vaginal fait à 35 SA révèle une culture positive à streptocoque B. Le score d'Apgar est coté à 8/10/10. Le poids de naissance est de 2800g. Vous êtes appelé(e) en salle de naissance à 20 minutes de vie car Pierre présente une détresse respiratoire.

Question N° 1 :

Comment évaluez-vous cliniquement la gravité de la détresse respiratoire en salle de naissance ?

Question N° 2 :

La saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls, en air ambiant est à 85 %. Quelle est votre prise en charge immédiate de ce nouveau-né ? Détaillez.

Question N° 3 :

La détresse respiratoire est persistante. A ce stade quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

Question N° 4 :

Vous décidez d'hospitaliser ce nouveau-né en néonatalogie au sein de votre établissement. Rédigez votre feuille de prescription d'admission en détaillant les examens complémentaires ainsi que le traitement.

Question N° 5 :

Sachant que le prélèvement vaginal est positif à streptocoque B, vous rappelez la salle de naissance pour obtenir des détails sur le risque infectieux. Quels sont les éléments précis que vous demandez à la sage-femme ?

Question N° 6 :

Alors que l'enfant était stable sous lunettes à 28% de FiO₂ (mélangeur), il se dégrade brutalement : désaturation franche à 75 % avec discret ralentissement de la fréquence cardiaque. Quelle est la complication que vous évoquez, ainsi que la prise en charge immédiate ?

Question N° 7 :

Votre prise en charge a été efficace. L'enfant est maintenant transféré en niveau III à la suite de cette dégradation. La maman voudrait allaiter son bébé. Quels conseils lui donneriez-vous pour la mise en place de l'allaitement ?

Question N° 8 :

Quels conseils donneriez-vous aux parents, à la sortie de néonatalogie, pour éviter le risque de mort inattendue du nourrisson ?

Sujet : 3

Jules, 7ans, est adressé aux urgences pour des douleurs des membres inférieurs et une éruption cutanée survenue depuis quelques heures. Il n'a pas d'antécédent particulier et n'a pas eu de traumatisme récent. A l'examen clinique, l'abdomen est sensible et il présente des pétéchies.

Question N° 1 :

Quel élément clinique primordial fait défaut dans cette observation ?

Question N° 2 :

Devant cette éruption pétéchiale, quels critères cliniques de gravité recherchez-vous ?

Question N° 3 :

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

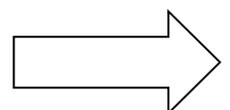
Question N° 4 :

Quel est l'examen paraclinique à faire en premier lieu ?

Question N° 5 :

Cet examen est normal et il n'a pas de fièvre. Quel diagnostic retenez-vous ?

TSVP



Question N° 6 :

Quelles sont les caractéristiques des pétéchiés du diagnostic évoqué?

Question N° 7 :

Quelles consignes de surveillance donnez-vous à court terme?

Question N° 8 :

Il revient quelques jours plus tard pour des douleurs abdominales paroxystiques et des vomissements.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question N° 9 :

Quel est le principal mécanisme de cette complication?

Question N° 10 :

Quel examen complémentaire est nécessaire pour affirmer votre diagnostic ?

Question N° 11 :

Cet examen est normal. Donnez les principes de la prise en charge ultérieure de cet enfant sachant qu'il continue à vomir?

PNEUMOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

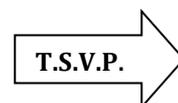
Vous voyez pour la première fois en consultation Mr R., âgé de 65 ans, diagnostiqué BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), fumeur actif à 30 PA, adressé par son médecin traitant pour aggravation progressive de sa dyspnée. Il est traité par indacatérol en monothérapie. Il n'est pas exacerbateur fréquent.

Question N°1 :

Quelle est la définition spirométrique de la BPCO ?

Question N°2 :

Chez ce patient, qui reste essoufflé malgré son traitement, le test de marche de 6 min réalisé en air ambiant montre une distance parcourue de 300 m, la saturation en O₂ (SpO₂) passe de 96% au repos à 90 % en fin de test avec une dyspnée qui passe de 2 à 7 sur l'échelle visuelle analogique.



Ses EFR sont les suivantes :

	<i>Théorique</i>	<i>Mesuré</i>	<i>%</i>
RAW.....[KPA*S/L]	0.30	1.01	335.7
SR AW.....[KPA*S]	1.18	6.56	557.3
S AW.....[1/(KPa*s)]	3.33	0.99	29.8
SG AW.....[1/(KPA*S)]	0.85	0.15	17.9
SR.....[KPA*S]	1.18	5.82	495.1
R.....[KPA*S/L]	0.30	0.89	298.3
VGT.....[L]	3.35	6.17	184.6
VR.....[L]	2.42	4.94	203.9
CPT.....[L]	5.94	6.72	113.0
VR % CPT.....[%]	40.87	73.56	180.0
VGT % CPT.....[%]	58.29		
VRE.....[L]	0.92	1.23	133.9
CV IN.....[L]	3.36	1.78	52.8
CV MAX.....[L]	3.36	1.78	52.8
VEMS.....[L]	2.52	0.67	26.7
VEMS % CVP.....[%]		50.38	
VEMS % CV MAX.....[%]	74.79	37.92	50.7
CVP.....[L]	3.25	1.34	41.1
DEM 75.....[L/S]	6.43	0.68	10.5
DEM 50.....[L/S]	3.69	0.40	10.8
DEM 25.....[L/S]	1.12	0.24	21.6
DEP.....[L/s]	7.19	1.62	22.5
DEPM 25/75.....[L/S]	2.90	0.38	13.2
VIMS.....[l]		1.46	
DEM 50 % DIM 50.....[%]		19.00	
T IN.....[s]		0.72	
T TOT.....[s]		2.10	
TIN/TTOT.....		0.34	
Substance			
Dose			
TLCO SB....[mmol/min/kPa]	7.53	1.55	20.5
VA.....[L]	5.79	3.79	65.4
TLCO/VA..[mmol/min/kPa/l]	1.27	0.41	32.2
Hb.....[g/100ml]		12.60	
TLCOc SB..[mmol/min/kPa/l]	7.53	1.77	23.6
TLCOc/VA..[mmol/min/kPa/l]	1.27	0.47	37.0

Interprétez ces EFR

Question N°3 :

Que proposez-vous pour explorer cette dyspnée d'effort ?

Question N°4 :

**Le bilan montre que l'origine de la dyspnée est principalement respiratoire.
Quelle est votre attitude vis à vis du traitement inhalé de la BPCO ?**

Question N°5 :

Que proposez-vous comme prise en charge non médicamenteuse ?

Question N°6 :

Que peut-on conseiller à titre préventif ?



Sujet : 2

Question N°1 :

Vous suivez Madame X, âgée de 68 ans, pour un adénocarcinome pulmonaire métastatique sous pembrolizumab en 1^{ère} ligne. Quelles sont les conditions pour pouvoir lui prescrire du pembrolizumab en monothérapie en 1^{ère} ligne ?

Question N°2 :

Madame X est traitée depuis 6 mois. Elle décrit l'apparition progressive d'une dyspnée d'effort associée à une toux sèche. La SpO2 est à 88% en air ambiant. Ses activités de la vie quotidienne sont très limitées. L'auscultation pulmonaire est normale. Elle est aapyrétique ; il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique. Quelle pathologie devez-vous évoquer ?

Question N°3 :

Quels examens proposez-vous pour étayer votre hypothèse ? Quelles mesures thérapeutiques proposez-vous si le diagnostic est confirmé ?

Question N°4 :

Madame X a retrouvé son état respiratoire de base. Six mois plus tard, alors qu'une deuxième ligne de traitement par chimiothérapie a été débutée en raison d'une progression tumorale, Madame X se présente aux urgences pour une douleur thoracique brutale associée à une dyspnée aiguë. L'examen clinique objective une sensibilité du mollet droit. L'ECG s'inscrit en rythme sinusal à 110/min, sans signe ischémique. Les radiographies thoraciques ne sont pas modifiées par rapport à celles effectuées une semaine auparavant. Quel examen proposez-vous en première intention et pourquoi ?

Question N° 5 :

Le diagnostic le plus probable étant confirmé, quelle est la durée du traitement que vous entreprenez ?

Sujet : 3

Mme H., 45 ans, tabagique à 30 paquets-années, est amenée aux urgences pour hémoptysie. Elle ne rapporte aucun antécédent médical particulier.

Question N°1 :

Quels critères de gravité de l'hémoptysie recherchez-vous ?

Question N°2 :

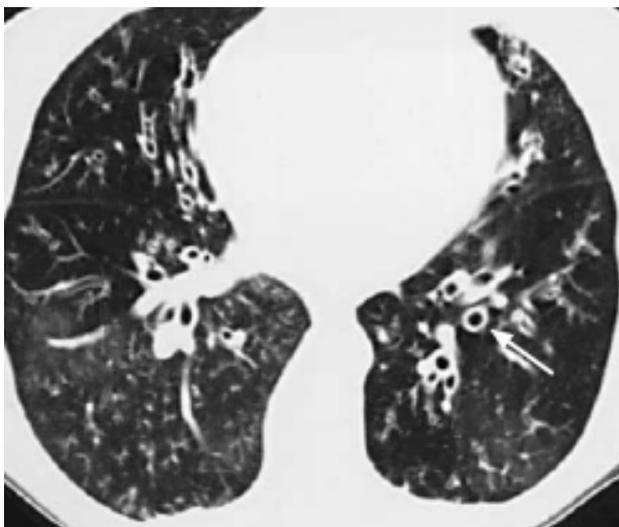
Quel examen initial à visée diagnostique et étiologique demandez-vous ?

Question N°3 :

La patiente présente une hémoptysie de moyenne abondance. Quelles sont les 4 principales étiologies à évoquer ?

Question N° 4 :

Voici une coupe de son scanner thoracique. Quel est votre diagnostic principal ?



T.S.V.P.

Question N°5 :

Vous avez mis en place une voie veineuse et une oxygénothérapie. La patiente continue à cracher du sang malgré un traitement vasoconstricteur, quel est le traitement de choix à ce stade? (une seule réponse)

Sujet : 4

Monsieur A, 35 ans, artisan boulanger depuis l'âge de 17 ans, se présente aux urgences vers minuit pour difficultés importantes à respirer depuis 3 jours alors qu'il est rentré de vacances depuis 5 jours. Il est inquiet. Ses symptômes ont été suffisamment sévères cette nuit pour le conduire aux urgences. Il a repris le travail depuis 2 jours.

A l'interrogatoire, le patient n'avait jamais consulté pour des problèmes respiratoires. Cependant, depuis 3 ans, il a informé son médecin traitant qu'il a le nez qui coule, éternue en salves et a les yeux rouges et larmoyant fréquemment, un peu plus au travail. Parfois il est essoufflé avec des sifflements respiratoires, mais n'en pas parlé à son médecin. Il était vraiment bien pendant les vacances.

Le patient n'a pas de fièvre et n'expectore pas. Il n'a pas de douleur thoracique.

Le patient a fumé entre 5 et 10 cigarettes par jour de l'âge de 18 ans à 26 ans. Le patient n'a pris aucun traitement.

Le patient reprend sa respiration à chaque phrase. Il existe un tirage respiratoire. La fréquence respiratoire est à 20. Il existe des sibilants dans les deux plages pulmonaires, en particulier en expiration.

Question N°1 :

Quel est le diagnostic le plus vraisemblable (une seule réponse)?

Question N°2 :

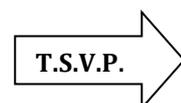
Quels sont les trois examens complémentaires principaux que vous demandez en urgence ?

Question N°3 :

Quel traitement proposez-vous en urgence ?

Question N°4 :

Quelles sont les modalités de surveillance du traitement ?



Question N°5 :

Quel est traitement proposez-vous lorsque le patient quitte les urgences après amélioration de son état clinique?

Question N°6 :

Le patient est revu en consultation pneumologique 15 jours plus tard. Il juge son état bien meilleur mais n'a pas encore repris le travail. Comment apprécier l'état respiratoire du patient ?

Question N°7 :

Quel est le bilan étiologique à faire chez ce patient en précisant les conséquences éventuelles socio-professionnelles ?

GENETIQUE MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet 1

Madame Agnès B., âgée de 45 ans, mère d'un fils de 18 ans et d'une fille de 16 ans, vous est adressée en consultation d'onco-génétique pour un antécédent personnel de cancer du sein à l'âge de 38 ans. On note dans ses antécédents familiaux, une de ses deux tantes paternelles décédée d'un cancer de l'ovaire survenu à 50 ans. Une sœur mère d'un enfant et âgée de 35 ans est actuellement indemne de pathologie tumorale.

Question N° 1 :

Dessinez l'arbre généalogique de cette famille.

Question N° 2

Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments ?

Question N°3

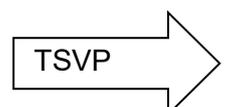
Quels sont les gènes qu'il vous paraît indispensable d'analyser chez cette patiente ?

Question N° 4

Dans l'hypothèse où une mutation pathogène a été identifiée chez la patiente, quelle démarche génétique proposez-vous pour ses enfants ? pour sa sœur ?

Question N°5

Quelles sont les recommandations, concernant la prise en charge de Me Agnès B du fait de la découverte de l'anomalie génétique ?



Sujet 2

L'exploration d'un patient atteint d'une dystrophie musculaire congénitale de type IA (DMC1A), maladie génétique de transmission autosomique récessive montre dans le gène *LAMA2* les trois variations hétérozygotes suivantes (transcrit NM_000426.3):

c.1467G>A / p.Lys489=

c.2461A>C / p.Thr821Pro

c.8244+1G>A

Question N° 1

Définissez la classification en 5 groupes des variants de séquence.

Question N°2

Quels arguments pouvez-vous collecter pour évaluer la pathogénicité des variants ci-dessus ?

Question N°3

Le gène *LAMA2* code la Merosine qui est exprimée dans les fibroblastes cutanés. Quel test fonctionnel proposeriez-vous pour évaluer l'effet de la variation c.8244+1G>A ? Quel résultat attendez-vous ?

Question N°4

Ce test pourrait-il aider pour définir le caractère pathogène des autres variants ?

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ensemble des cas est à traiter

Cas 1

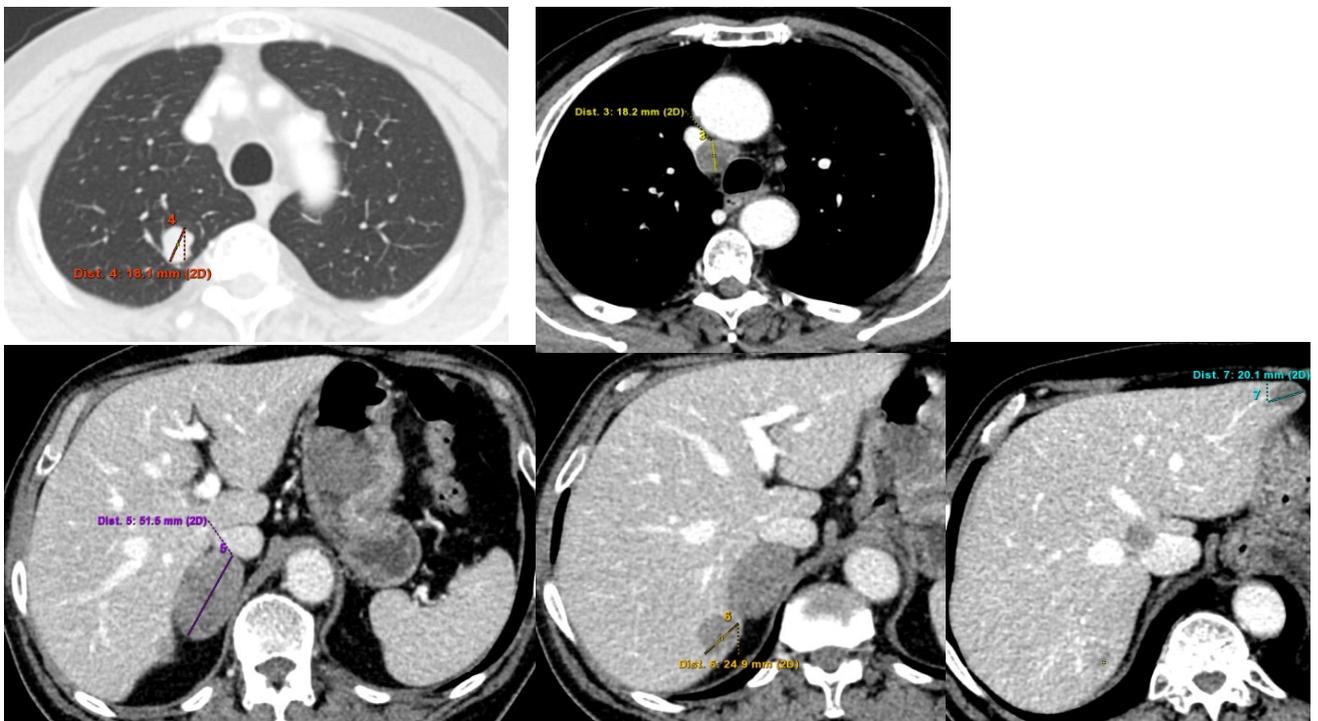
Quelles sont les 4 séquences d'IRM à réaliser en urgence chez un patient présentant une suspicion d'AVC de moins de 4 heures ?

Cas 2

Devant une épaule douloureuse chronique non traumatique, quels sont les éléments échographiques à rechercher ?

Cas 3

Voici un patient présentant un cancer digestif avec extension métastatique. Il s'agit de son examen TDM baseline de début de traitement par chimiothérapie. On vous demande une évaluation selon RECIST 1.1.



TSVP
→

Question N° 1 :

combien de lésions cibles choisissez-vous ?

Question N° 2 :

quels diamètres mesurez-vous sur les lésions viscérales ? et ganglionnaires ?

Question N° 3 :

Y a-t-il des lésions non cibles sur les coupes scannographiques présentées ?

Question N° 4 :

comment calculez-vous la valeur finale RECIST1.1 ?

Question N° 5 :

définissez la notion d'examen NADIR et de maladie en progression

Cas 4

Question N° 1 :

Pour l'examen scanner : quelles sont les recommandations actualisées ?

A : concernant l'injection de produit de contraste iodé par voie intraveineuse: quelle est la valeur seuil de la fonction rénale la contre indiquant

B: concernant l'irradiation quelle est la valeur seuil des Niveau de Référence Diagnostique (NRD) et en quelle unité pour une acquisition scanner de type TAP ?

Question N° 2 :

Chez les patients diabétiques ayant une insuffisance rénale chronique avec un DFG à 50 ml/min/1.73m² traités par biguanides devant bénéficier d'un scanner injecté, quelle précaution prendrez-vous ?

Question N° 3 :

Citez une contre-indication absolue à l'examen IRM ?

Question N° 4 :

Concernant le coefficient apparent de diffusion ADC en IRM, quelle est la réponse vraie ?

A. Il diminue dans l'accident ischémique aigu (œdème intracellulaire) et augmente en cas d'œdème extracellulaire

- B.** Son calcul nécessite au moins 3 acquisitions à différentes valeurs de b
- C.** Son calcul nécessite une acquisition pondérée en T1
- D.** Son calcul nécessite une acquisition en spin écho
- E.** Il est toujours anormal en présence d'hyperintensité sur l'image de diffusion $b=1000 \text{ s/mm}^2$

Question N° 5 :

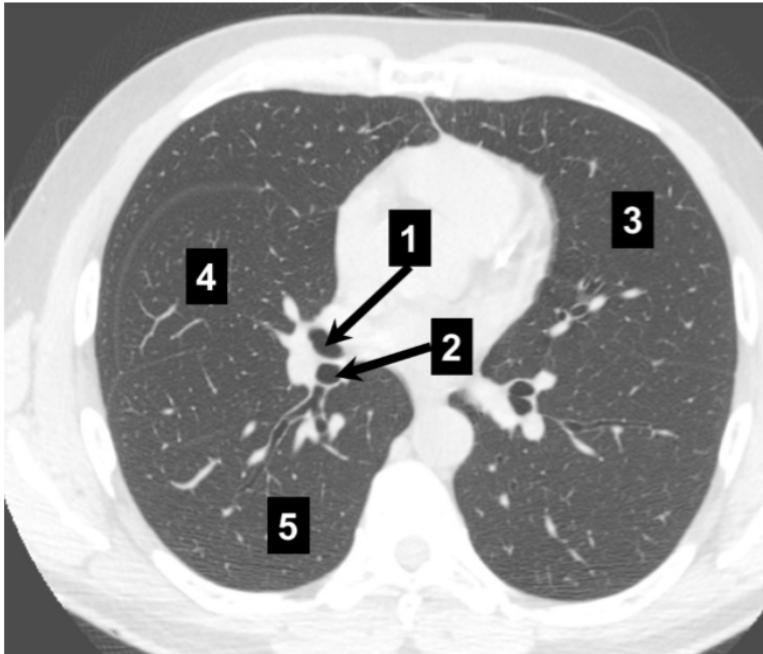
Concernant l'examen TDM, quelles sont les propositions exactes ?

- A.** L'effet de volume partiel entraîne des fausses mesures de densité
- B.** La diminution de l'épaisseur des coupes permet de limiter l'effet de volume partiel
- C.** La diminution de l'épaisseur des coupes permet de réduire le bruit sur l'image
- D.** Une calibration régulière du scanner est nécessaire pour s'assurer que l'eau reste mesurée à 0 unités Hounsfield
- E.** Toutes les réponses précédentes sont fausses

Cas 5

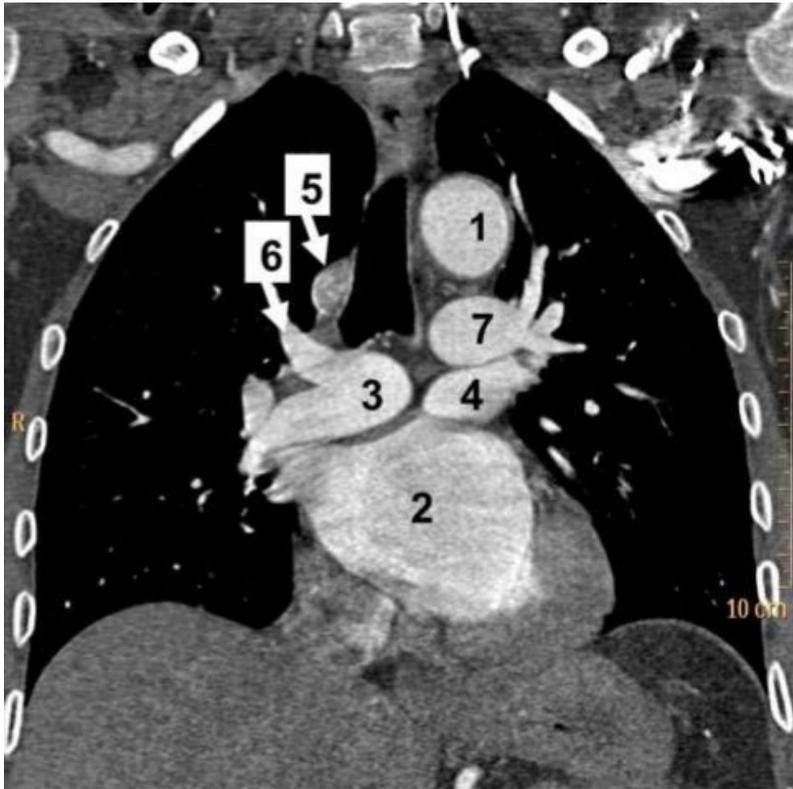
Question N° 1 :

Annotez les structures anatomiques identifiées



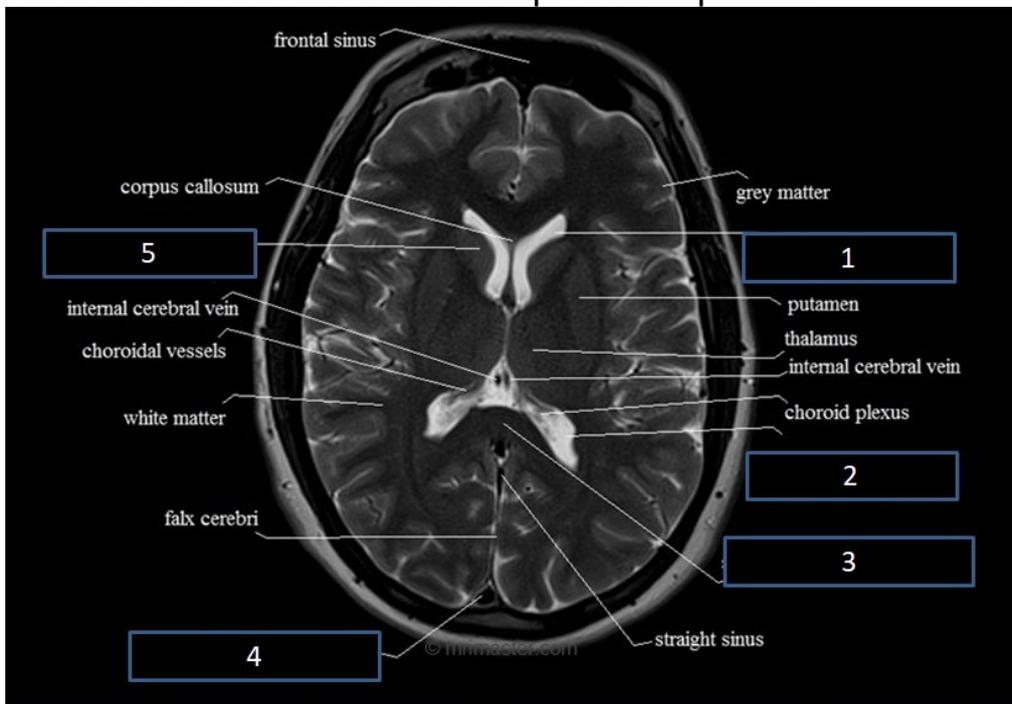
Question N° 2 :

Annotez les structures anatomiques fléchées



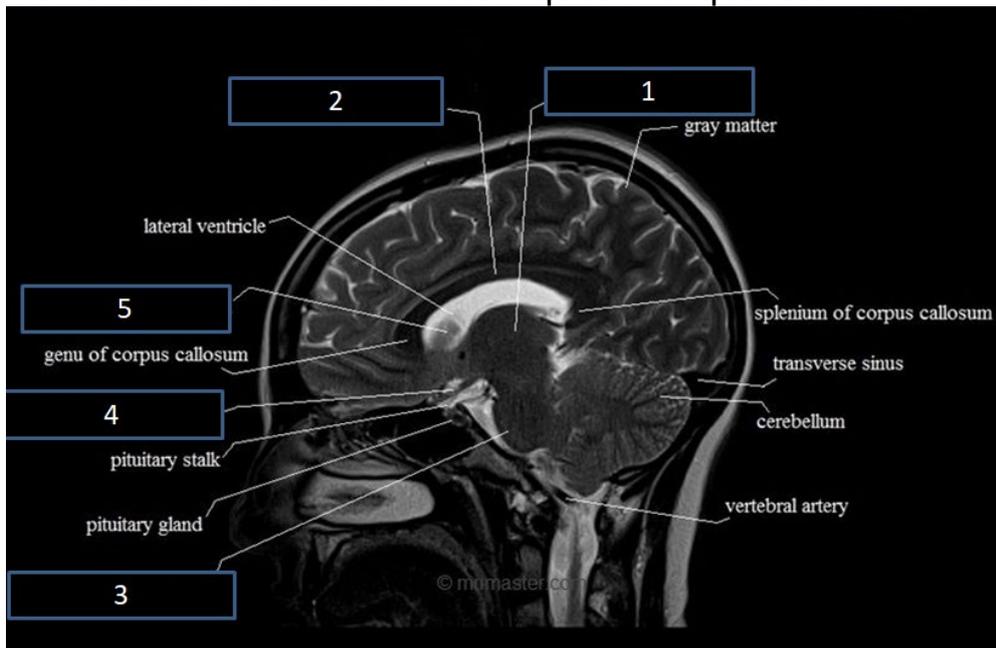
Question N° 3 :

Annotez les structures anatomiques manquantes



Question N° 4 :

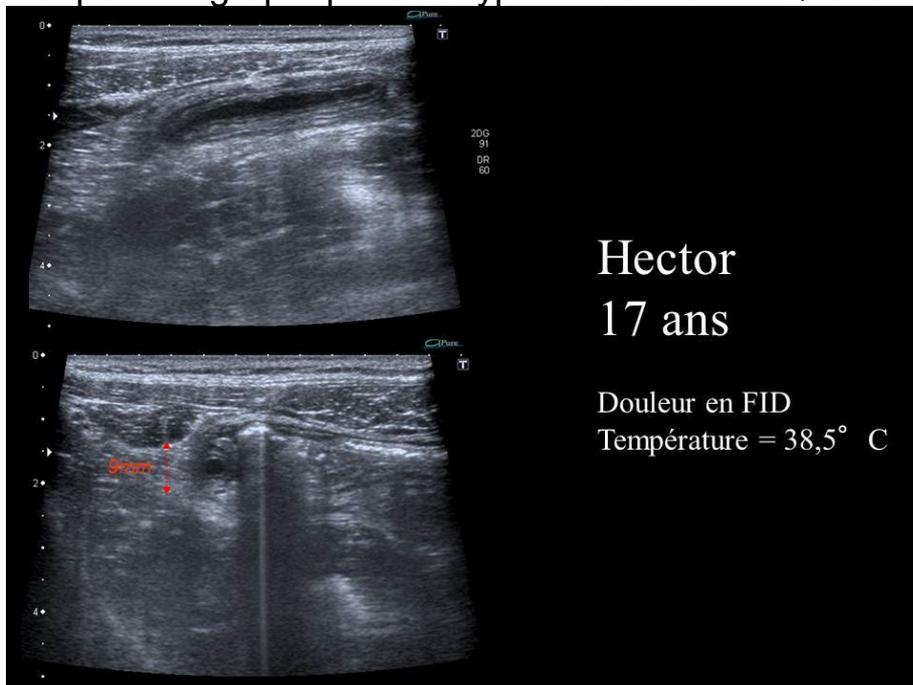
Annotez les structures anatomiques manquantes



Cas 6

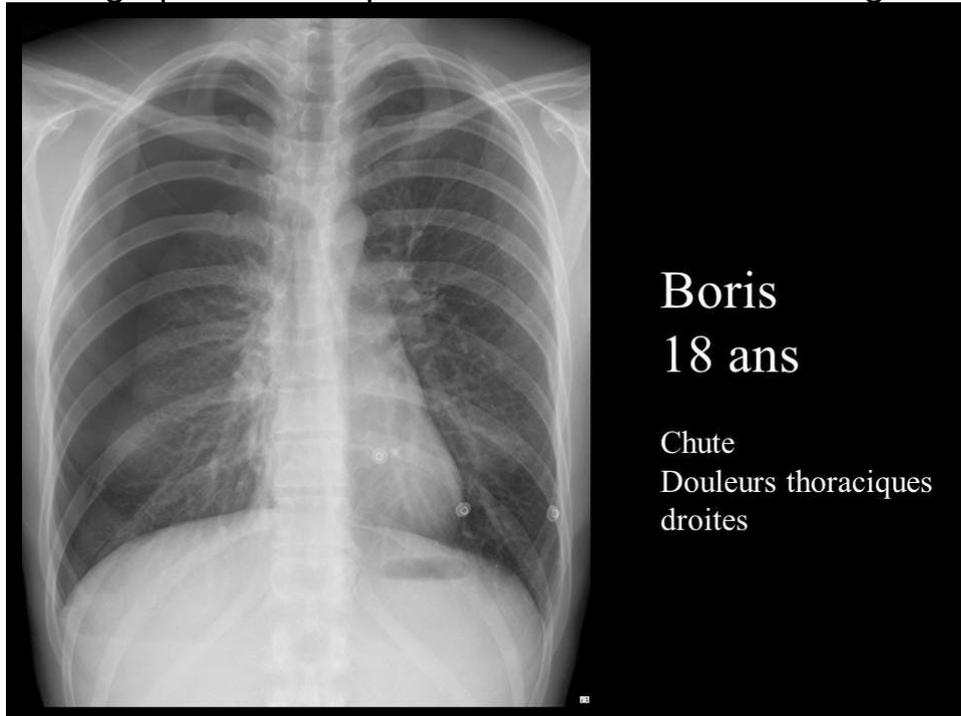
Question N° 1 :

Coupe échographique de l'hypochondre droit. Quel est votre diagnostic?



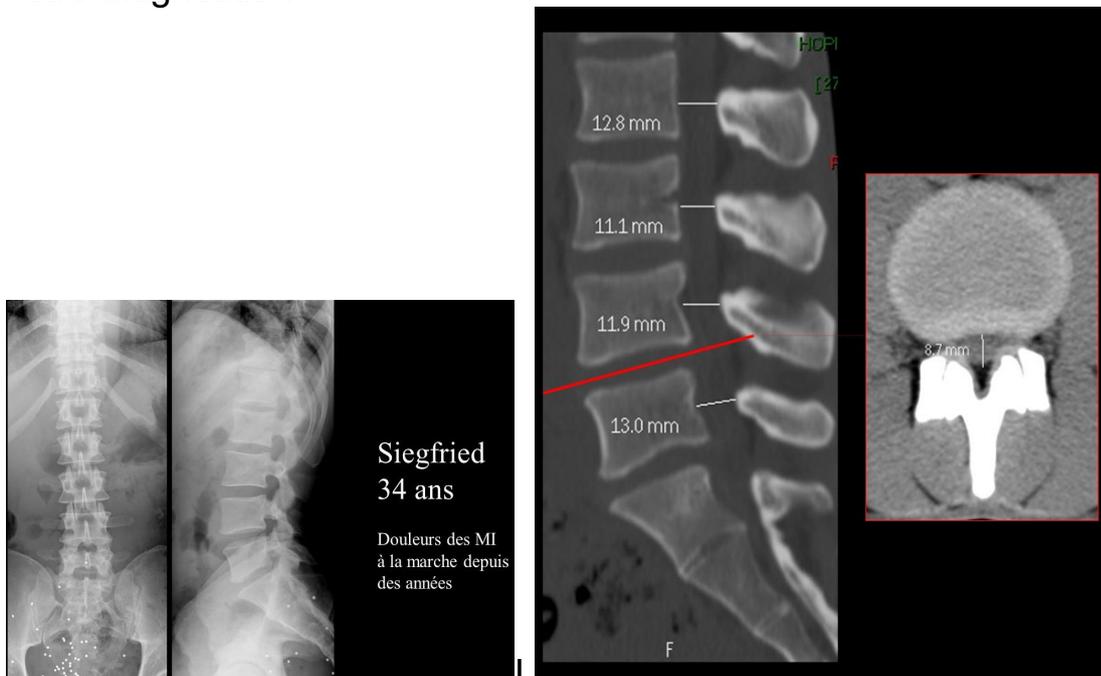
Question N° 2 :

Radiographie thoracique de face. Quel est votre diagnostic ?



Question N° 3 :

Radiographie rachis lombaire face et profil et Scanner lombaire. Quel est votre diagnostic ?



Question N° 4 :

Monsieur X, 54 ans, hypertendu traité, se présente aux urgences pour douleur thoracique aiguë. L'ECG est sans particularité, le premier dosage de troponine est négatif. L'échocardiographie retrouve un épanchement péricardique. Le scanner suivant est pratiqué. Quel est le diagnostic précis ? Quelle est la conduite à tenir ?



Question N° 5 :

A propos de l'embolie pulmonaire, cochez la ou les proposition(s) exacte(s)

- A** - Son diagnostic nécessite une acquisition TDM synchronisée à l'ECG
- B** - L'embolie pulmonaire grave s'associe classiquement à un collapsus des cavités droites
- C** - Une hypertrophie du ventricule droit doit faire suspecter une hypertension artérielle pulmonaire chronique
- D** - Elle s'associe toujours à un infarctus pulmonaire
- E** - Des disparités de calibre sur l'arbre artériel pulmonaire font évoquer une forme chronique (HTAP postembolique)

Question N° 6 :

Sur l'IRM (séquence T2, axiale) présentée, comment classez-vous ce cancer du rectum selon la classification TNM ?



Question N° 7 :

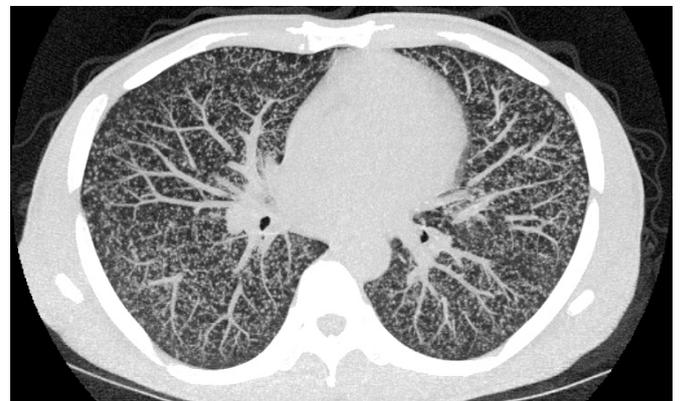
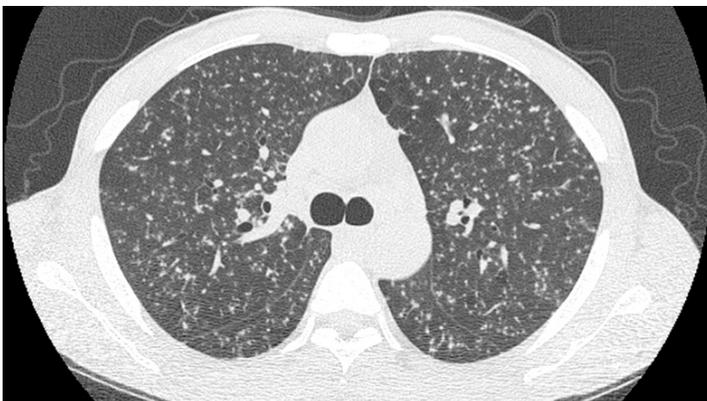
Patient arrivant aux urgences pour dyspnée, toux, fièvre et altération de l'état général depuis plusieurs mois.

Sur cet examen TDM thoracique.

A : A quel post traitement correspond l'image de droite ?

B : Quelle est la distribution des micronodules ?

C : quelle est votre première hypothèse ?



Cas 7

Mme Xréalise une mammographie systématique dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Dans ses antécédents personnels, on note un tabagisme à 20 PA, une hypertension artérielle modérée traitée par lercanidipine, et un cancer du sein chez une cousine germaine ainsi que chez sa tante, toutes deux du côté maternel. Elle a présenté une phlébite sous plâtre à l'âge de 20 ans suite un accident de la voie publique. Elle pèse 80kg pour 166cm. Son dernier examen gynécologique remonte à un mois et était normal (frottis sp).

Question N° 1 :

Quel est le principal facteur de risque chez cette patiente ?

Question N° 2 :

A partir de quel âge une femme sans atcd familial est concernée par le dépistage systématique de cancer du sein ?

Question N° 3 :

Quels sont les 4 principaux signes mammographiques suspects de cancer du sein ?

Question N° 4 :

Pour cette patiente, le radiologue qui a effectué la mammographie conclut à un cliché BI- RAD 4. Quel en est la signification?

Question N° 5 :

La mammographie effectuée chez votre patiente montre une image suspecte dans le quadrant supéro-externe du sein droit. L'échographie mammaire décrit une zone un peu irrégulière de 7 à 8 mm de grand axe, sans adénopathie visible. Toutefois, la palpation est entièrement normale, et les seins sont faciles à examiner. Quelle sera votre attitude diagnostique ?

Cas 8

Question N° 1 :

Quel protocole d'exploration au scanner d'une masse surrénalienne de découverte fortuite chez l'adulte

Question N° 2 :

Si le patient a une insuffisance rénale sévère, quelle imagerie alternative proposez et technique

Question N° 3 :

Quelles les deux masses surrénaliennes plus fréquentes ?

Question N° 4 :

Quels sont les deux premiers diagnostics à évoquer devant des lésions surrénaliennes bilatérales?

Question N° 5 :

Concernant la biopsie surrénalienne : quelle est la précaution en sus du bilan habituel de coagulation

MEDECINE INTENSIVE - REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet

Un homme de 68 ans, aux antécédents de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est adressé aux urgences en raison d'une majoration importante de sa dyspnée et d'une altération fébrile de l'état général. Il présente depuis 48 heures des douleurs de l'hémi-thorax droit et une hyperthermie à 38.3°C.

Son tabagisme est estimé à 68 paquets-années; ses antécédents sont marqués par de fréquentes bronchites, une pneumopathie à pseudomonas aeruginosa 6 mois auparavant, une hypertension artérielle.

Son médecin traitant le traite par amoxicilline/acide clavulanique depuis 3 jours.

A l'arrivée aux urgences : Fréquence cardiaque à 108/minute, Pression artérielle systémique à 140/85 mm Hg, Fréquence respiratoire à 30/minute, Diminution du murmure vésiculaire plus marquée en regard du poumon droit, et une saturation en oxygène à 86 % en air ambiant. Il est fébrile à 38.2°C.

Question N° 1

Quels examens complémentaires demandez-vous en première intention?

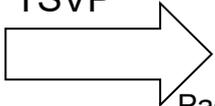
Question N° 2

Interprétez les gaz du sang réalisés à l'admission, avant l'administration d'oxygène :

PaO₂ = 50 mm Hg (6.6 kPa) ;
PaCO₂ = 68 mm Hg (9.0 kPa);
pH = 7.35 ; Bicarbonates = 30 mmol/l

Question N° 3

Interprétez la radiographie thoracique debout de face (ANNEXE JOINTE), en énonçant en particulier les signes positifs et négatifs importants.

TSVP 

Question N°4

Quels sont pour vous les 2 diagnostics les plus probables ? Justifiez votre réponse.

Question N°5

Quelle est votre prise en charge ?

Le patient s'aggrave malgré votre prise en charge, avec une fréquence respiratoire à 36/min. Son score de Glasgow est à 13.

De nouveaux gaz du sang, avec débit d'oxygène 2 l/min, montrent :

PaO₂ = 54 mm Hg (7.1 kPa) ;

PaCO₂ = 76 mm Hg (10.1 kPa);

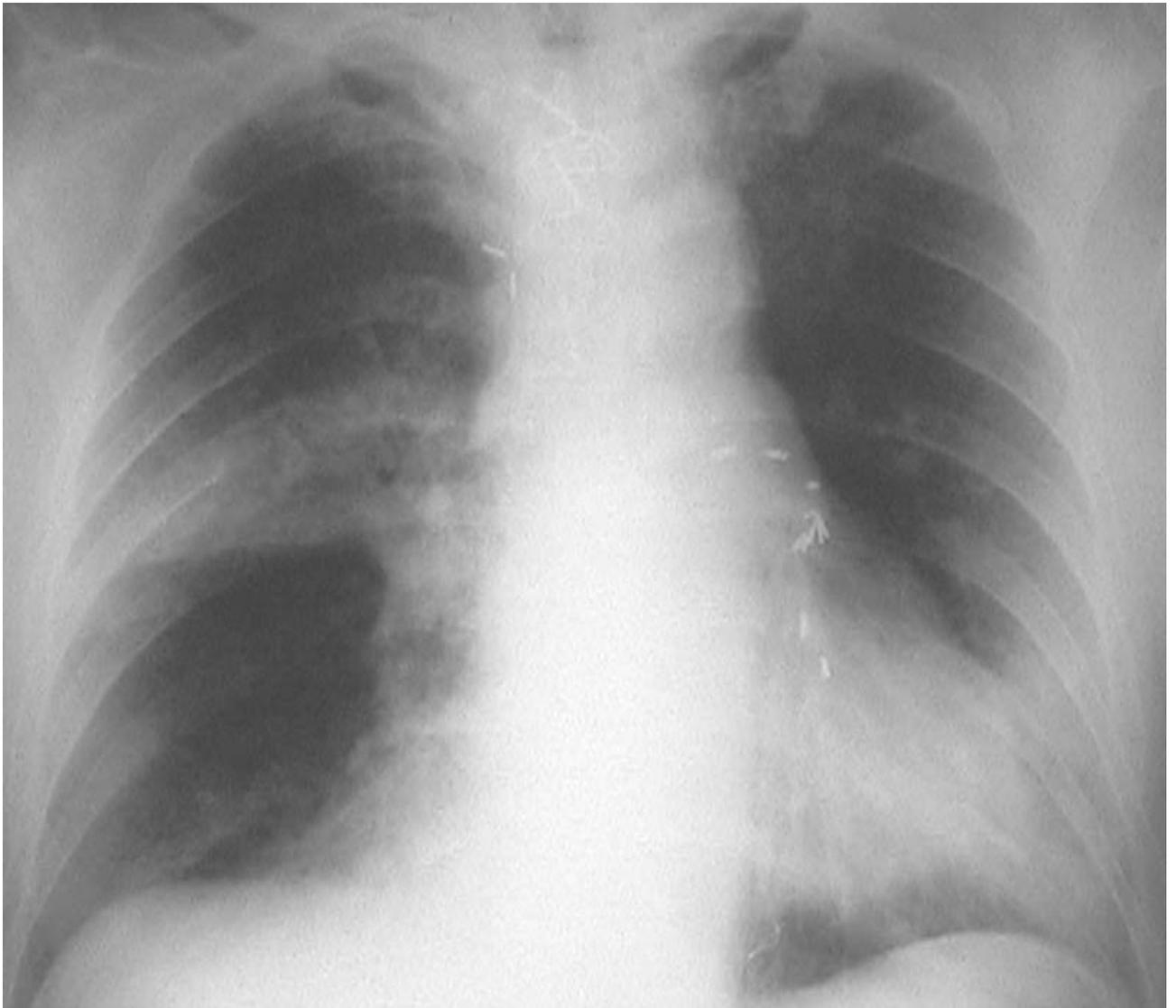
pH = 7.28 ; Bicarbonates = 30 mmol/l

Question N°6

Que faut-il mettre en place ? Quels en sont les objectifs et les principes d'application ?

ANNEXE

Radiographie thoracique



MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet 1:

Monsieur P. 45 ans, viticulteur, salarié de la coopérative viticole du Libournais, a fait une chute de son tracteur, responsable d'une impotence fonctionnelle de l'épaule droite, côté dominant. Ses antécédents sont constitués d'un diabète non insulino-dépendant équilibré sous Metformine. Son IMC est à 38,3 kg/m². Il est admis aux urgences. Les radiographies éliminent toute fracture et toute luxation de l'épaule. L'examen physique et l'échographie évoquent une rupture des tendons sus et sous épineux.

Question N° 1 :

Quels sont les tests cliniques orientant vers une rupture des tendons du sus-épineux et du sous-épineux. ?

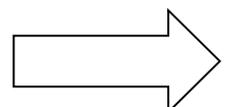
Il est immobilisé par un coude au corps pendant 60 jours.

Revu par le chirurgien à J60 post-traumatique, il présente des douleurs du moignon de l'épaule droite, évaluée à 6/10 à l'évaluation visuelle analogique de la douleur, sous un traitement de Paracétamol (1g, trois fois par jour). Ses amplitudes d'élévation antérieure dans le plan de l'omoplate sont, en actif de 60° et en passif de 90°. Compte tenu du jeune âge et de l'activité de monsieur P., son chirurgien décide de l'opérer ; il réalise une acromioplastie et une réparation par suture des 2 tendons sous arthroscopie.

Question N°2

Exposez le principe de la réparation chirurgicale, pour en déduire les contraintes de la rééducation post-opératoire initiale

TSVP



45 jours après sa chirurgie, l'élévation antérieure passive dans le plan de l'omoplate est à 60° et l'élévation antérieure active est mesurée à 45°.

Question N°3

Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?

Question N° 4

Quels examens complémentaires urgents demandez-vous pour préciser votre diagnostic ?

Les examens que vous venez de demander écartent une affection aigue.

Question N°5

Quel est votre diagnostic ?

Question N°6

Quels sont les facteurs qui ont favorisé cette complication, chez ce patient ?

Question N° 7

Face à ce tableau, que proposez-vous au patient comme modalité et comme contenu de prise en charge ?

Question N° 8

Quelles informations donnez-vous au patient, quant à son retour à sa participation socio-professionnelle ?

Question N° 9

Parmi les déficiences séquellaires possibles, quelle la plus probable ?

Au 6ème mois post-opératoire, le médecin conseil consolide les lésions.

Question N° 10

Quelles sont les conséquences pratiques pour le patient ?

Question N°11

Déroulez les différentes éventualités pour permettre un retour à l'emploi

Il a récupéré un état indolore à la fois en spontané et dans les activités courantes de la vie journalière. Il a une élévation antérieure à 150°, une limitation en rotation externe à 30°. Sa fonction des membres supérieurs est normale en coordination et force jusqu'au plan de la table. Il est déficitaire au membre supérieur droit pour les activités de force, au-delà de ces amplitudes.

Parmi les postes professionnels suivants, quels sont les plus adaptés, dans une logique de moyen et long terme ?

Question N° 12

Parmi les postes professionnels suivants, quels sont les plus adaptés, dans une logique de moyen et long terme ?

SUJET 2

Monsieur Christian B..., 55 ans, présentant une Hypertension artérielle de longue date, a été victime il y a 1 mois d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique gauche d'origine athéromateuse. Après avoir séjourné en Neurologie, il arrive en unité de Médecine Physique et Réadaptation, pour poursuite de prise en charge avant retour à domicile. Ce patient vivait auparavant avec son épouse dans une échoppe de plain pied à Montpellier. Il est salarié dans un laboratoire pharmaceutique (visiteur médical)

A l'examen, vous retrouvez une hémiplégie droite sensitivo-motrice spastique à prédominance crurale. Par ailleurs, il présente des douleurs au niveau de l'épaule et du poignet, continues à recrudescence nocturne. Le patient a du mal à rester en position assise (a tendance spontanément à s'effondrer du côté droit mais est capable de se redresser quand vous lui demandez). Les aides-soignantes vous disent être obligées d'utiliser le lève-malade pour le faire passer du lit au fauteuil. Par ailleurs, vous notez un langage oral pauvre avec une fluence diminuée, un léger manque du mot et des difficultés d'initiation de la parole.

Question N°1

Suivant la description clinique présentée, quel est le territoire vasculaire concerné par l'AVC ?

Question N° 2

D'après l'énoncé, quelles sont les deux principales limitations d'activité présentées par le patient ?

Question N° 3

Quel syndrome évoquez-vous devant les signes présentés par le patient au niveau de son membre supérieur droit, en sachant que vous retrouvez également un important œdème de la main ?

Question N°4

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) vous paraît(s)ent, à ce stade, nécessaires pour explorer ce syndrome douloureux du membre supérieur droit ?

Question N°5

Quel(s) traitement(s) physique(s) proposeriez-vous, à ce stade, pour lutter contre ce syndrome douloureux du membre supérieur droit ?

Question N°6

Le déficit moteur est coté à 0 / 5 au niveau des fléchisseurs dorsaux et plantaires de la cheville, 3 / 5 au niveau des fléchisseurs de hanche et à 2 / 5 au niveau des extenseurs du genou. Décrivez le détail du testing moteur correspondant à cette dernière cotation (2/5) ?

Question N°7

Il existe une hypertonie spastique au niveau de la loge postérieure de jambe droite prédominant nettement sur le soleus par rapport aux gastrocnémiens. Quelle manœuvre clinique vous permet de distinguer la participation de ces 2 groupes musculaires dans la l'hypertonie de la loge postérieure de jambe ?

Question N°8

La spasticité au niveau de ce triceps sural droit est jugée intense et invalidante. Vous évoquez néanmoins la possibilité d'une rétraction musculo-tendineuse sous-jacente. Quel geste proposez-vous pour distinguer la part rétractile de la part hypertonique à ce niveau, avant de proposer un traitement ?

Question N°9

La spasticité est considérée comme prédominante par rapport à la rétraction. Quel traitement proposez-vous en première intention ?

Question N°10

Quelle(s) mesure(s) physique(s) envisagez-vous en complément du traitement précédent ?

Question N°11

Vous envisagez un programme de rééducation visant à améliorer la commande motrice du côté hémiparétique. Quels sont les grands principes actuels de cette rééducation qui vise à solliciter la plasticité cérébrale de récupération ?

Question N012

Chez ce patient, citez 3 techniques actuelles qui pourraient être proposées pour favoriser la reprise de la marche ?

Question N°13

A deux mois de l'AVC, le patient qui bénéficie maintenant d'une prise en charge en hôpital de jour dans votre centre, présente toujours d'importantes difficultés à la marche. Vous retrouvez notamment, un défaut de flexion de hanche lors de la phase oscillante, un défaut de verrouillage du genou droit et un varus équin spastique distal lors de la phase d'appui. Vous décidez de prescrire une grande orthèse dynamique sur mesure pour aider votre patient. Quels sont les grandes règles de prescription de cet appareillage ?

Question N°14

Le patient s'est amélioré. Il marche avec cette orthèse et une canne tripode. Le membre supérieur est fonctionnel et non douloureux. Il doit quitter définitivement le centre la semaine prochaine. Vous décidez de lui prescrire des séances de kinésithérapie qu'il réalisera en ville. Quels sont les éléments indispensables qui doivent figurer sur l'ordonnance de ce patient ?

Question N°15

Vous décidez de préciser les objectifs des séances de kinésithérapie qui seront réalisées en ville. Décrivez les.

Question N° 16

En revanche, le patient conserve un langage peu fluent avec un manque du mot, sans troubles de la compréhension. Vous lui prescrivez de l'orthophonie. Décrivez les éléments obligatoires de cette prescription.

Question N°17

L'épouse du patient vous pose la question du coût des soins que vous lui prescrivez, ainsi que des médicaments prescrits au décours de son AVC. Quelle mesure avez-vous prise pour garantir le remboursement de ces soins ?

Question N°18

L'épouse du patient vous interroge sur l'intérêt d'ouvrir un dossier auprès de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées). Quelles sont les principales prestations auxquelles le patient pourrait avoir droit après évaluation de la commission de la MDPH ?

RHUMATOLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet : 1

Vous voyez en consultation une patiente âgée de 78 ans, autonome, qui s'est fracturée le col fémoral droit en glissant dans sa salle de bain, 4 mois après la mise en place d'une prothèse de hanche.

Elle vous rapporte dans ses antécédents : un cancer du sein il y a 12 ans traité par chirurgie, radiothérapie et inhibiteur d'aromatase, sans récurrence à ce jour, une fracture de l'avant-bras droit à 55 ans, une thrombophlébite post-opératoire après une hystérectomie totale à l'âge de 48 ans, une cataracte non encore opérée, une HTA traitée et équilibrée. La patiente mesure 1,60 m pour 45 kg.

Question N° 1 :

Quels facteurs de risque de fracture ostéoporotique retrouvez-vous chez cette patiente ?

Question N° 2 :

Quels autres facteurs de risque de fracture ostéoporotique recherchez-vous à l'interrogatoire ?

A l'examen clinique, vous constatez une cyphose dorsale, sans scoliose. Il n'y a pas de douleur du rachis à la palpation.

Question N° 3 :

Quels éléments cliniques pourraient être en faveur de fractures vertébrales ostéoporotiques chez cette patiente ?

Question N° 4 :

Quel bilan complémentaire de première intention demandez-vous ?

L'ensemble du bilan confirme l'ostéoporose avec 2 fractures vertébrales avec un Tscore à -1,5 DS en lombaire et à -3,0 DS à la hanche gauche.

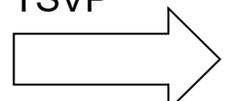
Question N° 5 :

Comment interprétez-vous ces résultats ?

Question N° 6 :

Quelles mesures hygiéno-diététiques et générales préconisez-vous pour la prise en charge de cette ostéoporose?

TSVP



Question N° 7 :

Quels traitements de l'ostéoporose discutez-vous ? Argumentez.
Lequel retenez-vous pour cette patiente ?

Question N° 8 :

Quel bilan pré-thérapeutique réalisez-vous ?

Question N° 9 :

De quelles complications du traitement informez-vous la patiente ?

Sujet : 2

Vous voyez en consultation un homme de 46 ans pour un genou gauche chaud et douloureux depuis quelques jours. Il est réveillé la nuit avec une raideur de son genou prolongée le matin. Il pèse 98 kg pour 1,72 m, fume 1 paquet par jour depuis l'âge de 18 ans, et boit régulièrement 1 à 2 bières par jour.

Dans ses antécédents on retrouve une colique néphrétique, un diabète traité par Metformine, une HTA traitée par diurétique.

L'examen retrouve une raideur du genou, un épanchement intra-articulaire.

Question N° 1 :

Devant cette suspicion de monoarthrite, quels diagnostics évoquez-vous ? Argumentez.

Question N° 2 :

La radiographie des genoux est normale.

Quel examen réalisez-vous en première intention ?

Qu'en attendez-vous ?

En reprenant l'interrogatoire, il ne s'agit pas du premier épisode. Il a déjà présenté des épisodes d'orteil en saucisse et vous trouvez des lésions cutanées de psoriasis. Vous évoquez un rhumatisme psoriasique.

Question N° 3 :

Quelles sont les lésions de psoriasis préférentiellement associées au rhumatisme psoriasis ?

Question N° 4 :

Quels autres signes cliniques rhumatologiques recherchez-vous dans ce contexte ?

Question N° 5 :

Quels autres signes cliniques extra-articulaires recherchez-vous dans ce contexte ?

Question N° 6 :

Quels signes radiographiques caractéristiques du rhumatisme psoriasique recherchez-vous au niveau de ses avant-pieds ?

Vous le revoyez 3 mois plus tard avec un tableau d'oligo-arthrite persistante malgré un traitement anti-inflammatoire et des lésions de psoriasis cutané en poussée malgré un traitement local. Vous confirmez le diagnostic de rhumatisme psoriasique.

Question N° 7 :

Quel traitement de première intention mettez-vous en place, et après quel bilan pré-thérapeutique ?

Question N° 8 :

Quelle surveillance de ce traitement préconisez-vous ?

Ce traitement n'est que partiellement efficace à 4 mois.

Question N° 9 : De quelles autres possibilités thérapeutiques disposez-vous ?

UROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques **Tous les sujets doivent être traités**

Sujet N° 1

Vous recevez un patient de 59 ans qui vous consulte car, « *j'ai des problèmes urinaires* », dit-il.

Il se plaint spontanément de se lever trois fois par nuit. Il consulte un urologue pour la première fois.

Question N°1 :

Décrivez votre interrogatoire.

Question N°2 :

Décrivez votre examen clinique.

Ce sont surtout les levers la nuit qui le gênent mais il rapporte des envies pressantes et un jet plutôt faible le matin.

Question N°3 :

Définissez la nycturie

Question N°4 :

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Question N° 5 :

Quels traitements de première intention sont possibles et quelles informations sur leurs effets secondaires donnez-vous au patient ?

Le patient revient après trois mois et sa situation urinaire ne s'est pas améliorée sous traitement bien conduit. Il se lève toujours 3 fois par nuit.

Question N° 6 :

Quels examens et/ou explorations demandez- vous ?



Sujet N° 2 :

Vous recevez un patient de 72 ans, fumeur à 30 PA qui vient aux urgences pour un premier épisode d'hématurie macroscopique avec rétention aigüe d'urines douloureuse.

Il a un antécédent d'angioplastie (stent) il y a 10 ans pour un syndrome coronarien. Il est sous acide acétylsalicylique, bêta-bloquant et statine.

Question N°1 :

Que faites-vous en urgence ?

Question N°2 :

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N°3 :

Quels examens complémentaires prévoyez-vous ?

La résection endoscopique d'une tumeur de vessie que vous avez diagnostiquée montre qu'il s'agit d'un carcinome urothélial pT1G3 (localisation unique, résection complète, muscle vu).

Question N°4 :

Quelle stratégie mettez-vous en oeuvre ?

Sujet N°3 :

Un patient de 55 ans vous est adressé par son médecin traitant pour un bilan prostatique. Son père est décédé d'un cancer de la prostate l'année précédente. Son taux de PSA qui est le premier de sa vie est de 4.2 ng/ml (N<4 ng/ml)

Question N°1 :

Quelles sont les conditions pour qu'un cancer de prostate soit considéré comme héréditaire?

Cet homme n'a aucun symptôme du bas appareil urinaire

Question N°2 :

Décrivez votre prise en charge immédiate

Un mois plus tard, un nouveau PSA est à 5.4 ng/ml dans le même laboratoire.

Question N°3 :

Que proposez-vous ?

Question N°4 :

Dans le cancer de la prostate, qu'est-ce que le groupe 3 ISUP 2016 ?



Sujet N° 4 :

Un homme de 55 ans, actif, cadre supérieur, consulte aux urgences de votre hôpital pour douleur lombaire droite depuis 24 h résistante au paracétamol auto prescrit.

Il n'a pas de fièvre.

Il est sous anticoagulant au long cours (fluindione, Previscan™) pour AC/FA, fumeur.

Pas d'antécédent chirurgical notable.

Question N°1 :

Par votre interrogatoire vous recherchez des informations supplémentaires, lesquelles ?

Question N°2 :

Quels examens complémentaires demandez-vous aux urgences ?

Question N°3 :

Décrivez le traitement médical de la colique néphrétique simple ?

Vous revoyez le patient en consultation 10 jours après cet épisode, bien calmé par le traitement antalgique qu'il poursuit toujours. Il vient avec son imagerie de contrôle.

Il a un calcul radio opaque de l'uretère pelvien de 4,5 mm, 900 UH sans dilatation rénale sus-jacente.

Question N°4 :

Quelle stratégie de prise en charge proposez-vous pour le court et moyen terme?

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

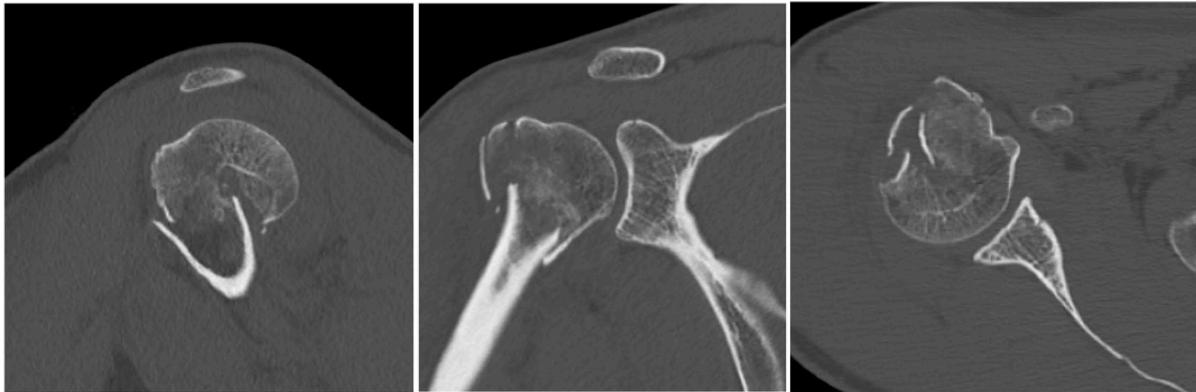
TOUS LES SUJETS DOIVENT ETRE TRAITES
Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : Epaule

Monsieur X, âgé de 42 ans, droitier, sans antécédent notable, ouvrier viticole, est hospitalisé en urgence après avoir chuté en moto alors qu'il rentrait du travail. Il a été pris en charge initialement par les pompiers. En box d'examen, il se présente en attitude des traumatisés du membre supérieur et se plaint de l'épaule. Du fait de la cinétique potentiellement haute de l'accident, il est d'emblée envoyé au scanner pour réaliser un bodyscanner.

Question N° 1:

Vous disposez de l'iconographie suivante. Quel est votre diagnostic ?



Question N° 2:

Quels sont les éléments radiographiques à prendre en compte pour évaluer le risque de nécrose d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus (en général) ?

Question N° 3:

Quel traitement proposez-vous dans le cas de Monsieur X ? Discuter votre choix thérapeutique ?

Vous avez perdu de vue Monsieur X. Il revient 6 ans plus tard, après avoir chuté sur crise comitiale. Il se plaint cette fois-ci de l'épaule gauche. Vous disposez de la radiographie suivante.





Question N° 4:

Quel signe clinique recherchez-vous en faveur du diagnostic que vous retenir ?

Question N° 5:

Quelle est votre attitude thérapeutique pour Monsieur X ?

Question N° 6:

48h plus tard, Monsieur X revient aux urgences pour son épaule gauche à nouveau douloureuse, avec le bras en écharpe. Il avait retiré son attelle initiale car ne la supportait pas.

Il est réalisé un scanner, dont voici une coupe.



Monsieur X est repris au bloc opératoire, et reste instable.
Quels sont les traitements possibles

Question N° 7:

Vous avez à nouveau perdu de vue Monsieur X. Il a une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, avec difficulté à élever le bras au-dessus de l'horizontale. Il est douloureux. Sa radiographie est la suivante. Quel est votre diagnostic ? Que proposez-vous ?



Sujet : Genou

Madame F. âgée de 78ans se présente aux urgences de votre établissement pour fièvre à 38°5.

Elle présente dans ses antécédents médicaux, une hypertension artérielle, une AC/FA traitée par ELIQUIS et CORDARONE. Sur le plan morphologique, elle mesure 1,65 m et pèse 90 kg.

Sur le plan chirurgical, elle avait présenté il y a 15 ans une fracture de l'extrémité supérieure du tibia traitée sans complication à l'époque (voie antérieure) et de façon plus récente il y a 10 jours la réalisation d'une prothèse totale de genou, posée par voie latérale dans votre établissement.



L'examen aux urgences met en évidence l'aspect cicatriciel suivant (photo1) et la radiographie du genou est la suivante (photo2).



Photo 1

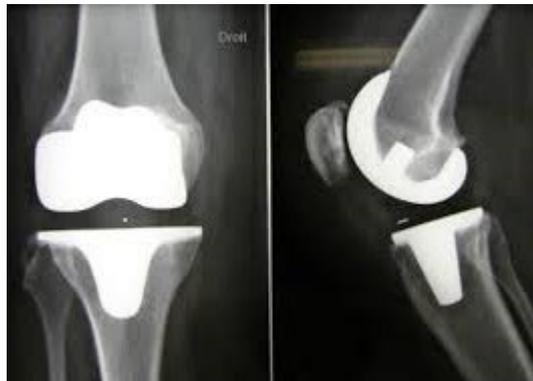


Photo 2

Le bilan biologique effectué aux urgences montre une CRP à 95 mg/l, la numération plaquettaire montre 12000 GB avec 85% de polynucléaires neutrophiles et des plaquettes à 450 000/mm³. Le bilan d'hémostase montre une activité anti-Xa à 300 ng/ml.

Un prélèvement par écouvillon a été effectué sur la cicatrice 48 heures auparavant et le résultat du laboratoire est *Staphylocoque aureus* méthicilline sensible.

Question N° 1:

Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

Question N° 2:

Quel geste pouvez-vous proposer pour confirmer votre diagnostic ?

Question N° 3:

Quelle prise en charge médicale est nécessaire en urgence ?

Question N° 4:

Quel vont être les difficultés chirurgicales que vous anticipez ?

Question N° 5:

Quels temps chirurgicaux doivent être absolument réalisés ?

Question N° 6:

Quelles informations principales donnez-vous à la patiente et à sa famille ?

Question N° 7:

Comment gérez-vous le traitement médical ?

Sujet : Rachis

Femme de 75 ans en bon état générale est tombée cette nuit dans les escaliers sans perte de connaissance.

Elle est transportée par les pompiers aux urgences.

Elle présente une plaie frontale, une douleur cervicale. Son examen neurologique est normal.

Son traitement habituel est : Aspégic 500mg/jour

Question N° 1:

Quels sont les 3 clichés radio de débrouillage que vous demandez ?

Question N° 2:

Quelle est la fracture du rachis qu'il faut suspecter.

Question N° 3:

Dans ce contexte

Quels examens d'imagerie complémentaire demandez-vous ?

Question N° 4:

L'imagerie confirme l'hypothèse initiale que vous avez faite en urgence ?

Quelles mesures immédiates prenez-vous ?

Question N° 5:

Décrivez les deux principales classifications utilisées pour décrire cette lésion, quel est l'intérêt de chacune d'entre elle ?

Question N° 6:

Quels sont les traitements possibles, donner les avantages et inconvénients de chacun

Question N° 7:

Quelles sont les deux principales techniques chirurgicales que l'on peut proposer

T.S.V.P.

Sujet : Tumeurs

M H, patient âgé de 78 ans, en bon état général, présente des douleurs de cuisse gauche depuis 3 semaines

Question N° 1:

Quels sont les éléments de l'examen clinique qui vous orienteraient vers une origine radriculaire de la douleur?

Question N° 2

Voici la radiographie : décrivez-la :



Question N° 3

Voici sa radiographie 3 semaines plus tard. Quel est le diagnostic ?



Question N° 4

Le bilan retrouve une lésion primitive pulmonaire et vous envisagez un traitement chirurgical de la fracture. Quels éléments doivent être vérifiés auparavant ?

Question N° 5

.Le bilan précédent ne retrouvant pas d'autres anomalies, quelles sont les différentes options de traitement chirurgical ? Les décrire succinctement

Sujet : Hanche

Madame M. 65 ans, autonome en bon état général, présente suite à un accident domestique un traumatisme du membre inférieur droit à type de fracture sur prothèse totale de hanche.

Question 1.

Décrire la classification de Vancouver

Question 2.

Décrivez la radiographie ci jointe et indiquez le type fracturaire selon Vancouver



Question 3.

Quelle prise en charge chirurgicale proposez-vous ? Précisez votre argumentaire.

Question 4

Dans quelles circonstances faudrait-il changer le cotyle



Sujet : Orthopédie pédiatrique

Enfant de douze ans aux urgences pédiatriques suite à une chute de balançoire sur la main droite en hyperextension avec impotence fonctionnelle et un coude déformé

Une radio du coude a été réalisée (ci-joint)



Question N° 1

Quel est votre diagnostic ? Et comment classez –vous ce type de fracture ?

Question N°2

Quelles sont les complications précoces d'une telle fracture ?

Question N°3

Quel traitement proposez-vous ?

Question N°4

Est-il nécessaire de proposer une immobilisation post-opératoire et si oui laquelle ?

Question N°5

Quelles sont les complications secondaires et tardives d'une telle fracture ? Les citer.

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE
Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ENSEMBLE DES SUJETS EST A TRAITER

Sujet : 1

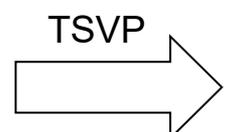
une étude a étudié l'effet de l'activité physique sur la fonction cognitive chez l'adulte âgé à risque de maladie d'Alzheimer. Les participants étaient recrutés à l'hôpital royal de Perth en Australie et étaient répartis aléatoirement pour recevoir soit un programme de 24 semaines d'exercices physiques soit les soins habituels (groupe contrôle). L'effet était mesuré par l'évolution des fonctions cognitives à 18 mois évaluées par l'échelle ADAS-Cog. Cette échelle donne un score allant de 0 à 70, les scores les plus élevés indiquant un trouble cognitif.

Référence JAMA 2008 300(9) :1027-1037

Question N° 1 :

Quel est le type de l'étude ?

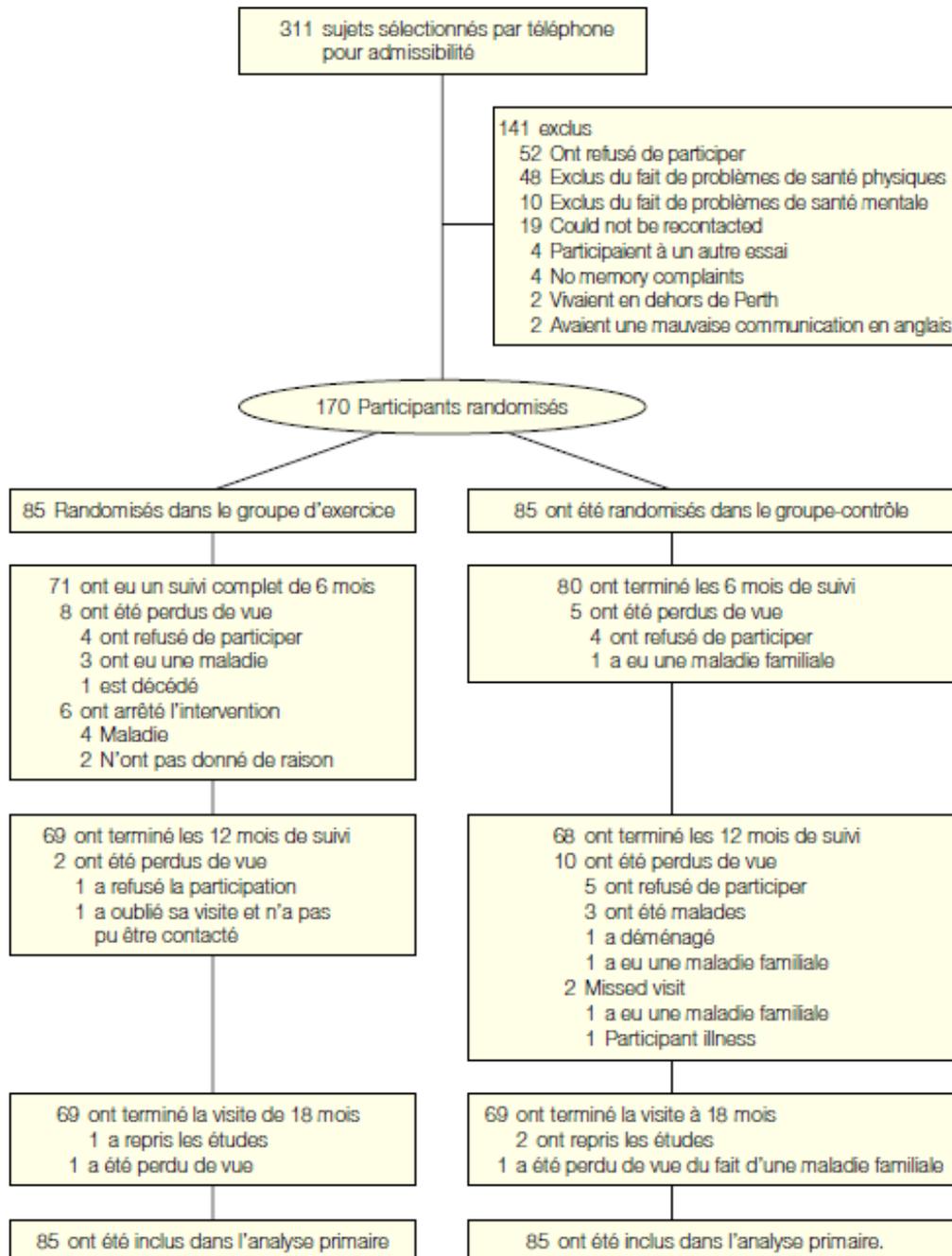
Quelles sont les caractéristiques de cette étude ?



Question N° 2 :

La figure ci-dessous représente la distribution par groupe des participants à cette étude.

Figure. Distribution des participants de la sélection à la fin de l'évaluation finale du suivi



Le nombre de cas complets peut varier selon le point final (to the end point) à cause de données manquantes.

Comment s'appelle cette figure ?

Question N° 3 :

Combien de patients ont été randomisés ?

Question N° 4 :

L'analyse principale a-t-elle été faite en intention de traiter ? Justifier
Quel biais permet de prévenir l'analyse en Intention de traiter ?

Question N° 5 :

Le tableau suivant représente les caractéristiques des patients, par groupe, au début de l'étude.

Tableau 1. Caractéristiques de ligne de base des participants à l'essai

	Exercice (n = 85)	Contrôle (n = 85)
Age, écart type (DS), années	68.6 (8.7)	68.7 (8.5)
Femmes, Nombre (%)	42 (49.4)	44 (51.8)
Niveau d'étude, écart type (DS), années	12.1 (3.4)	12.6 (3.2)
Marié ou de facto, Nombre (%)	58 (68.2)	61 (71.8)
Facteurs de risque, Nombre (%)		
Gros fumeur depuis toujours ^a	21 (24.7)	21 (24.7)
Fumeur habituel	1 (1.2)	1 (1.2)
Maladie cardiaque	8 (9.4)	10 (11.8)
Hypertension	30 (35.3)	30 (35.3)
Arthrite	41 (48.2)	33 (38.8)
Asthme	18 (21)	20 (23.5)
Score de santé et santé mentale, écart type (DS)		
BDI	3.6 (3.5)	4.1 (2.8)
PCS	48.5 (9.4)	49.4 (8.7)
MCS	48.4 (7.0)	48.1 (5.5)

Discutez le fait qu'aucun test statistique de comparaison des caractéristiques entre les deux groupes n'ait été réalisé.

Question N° 6 :

Quel était le pourcentage de femmes dans le groupe contrôle de cette étude ?

Question N° 7 :

Certains patients de l'étude ont été perdus de vue (cf Figure), quelle stratégie statistique a été nécessaire pour les inclure dans l'analyse principale ?

Question N° 8 :

Dans cette étude, les participants connaissaient leur appartenance au groupe activité physique ou au groupe contrôle mais le personnel recherche en charge de l'évaluation cognitive à 18 mois n'était pas informé du groupe du patient.

Quel biais était prévenu par cette méthodologie ?



Question N° 9 :

Dans une analyse en intention de traiter, les participants du groupe « Exercice physique » se sont améliorés de 0,26 points (intervalle de confiance 95 %, -0,89 à 0,54) et ceux du groupe de soins habituels se sont détériorés de 1,04 points (intervalle de confiance 95 %, de 0,32 à 1,82) sur l'échelle ADAS-Cog. La différence absolue de la mesure du résultat entre les groupes était de -1,3 points (intervalle de confiance 95 %, de -2,38 à - 0,22).

Discutez la significativité statistique du résultat. Justifiez votre réponse. Quelle est la conclusion de l'étude ?

Question N° 10 :

Les auteurs avaient défini la différence minimale cliniquement significative à 2,5 points d'ADAS Cog. Considérant cette nouvelle information, que pouvez-vous conclure ?

Sujet : 2

Un homme de 87 ans est adressé au service des Urgences pour altération de l'état général, désorientation et confusion. Il est vu par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation à 7h du matin qui note une température à 39°2 ainsi qu'une tachycardie (100/mn).

Dans ses antécédents on retient un diabète de type 2, une BPCO, une insuffisance cardiaque.

Il est ensuite vu par l'interne de garde qui prescrit un bilan sanguin et des hémocultures. Il pose le diagnostic d'une pyélonéphrite et institue une bi-antibiothérapie injectable par betalactamine (céfotaxime 2g x3/j) associée à un aminoside (**amikacine 2g x3/j** soit environ 6 fois la dose conseillée dans ce contexte), la fonction rénale étant normale (MDRD 57ml/min - poids 70kg). La prescription se fait sous format papier, car le service des urgences n'est pas relié au logiciel de prescription informatisée.

L'interne cherche à hospitaliser le patient mais ne trouve pas de lit disponible et le garde dans les urgences, en attente d'une place. Il prévient le cadre du service, qui lui dit qu'il se charge du placement.

L'interne présente ensuite le cas au senior des urgences qui valide oralement la prise en charge. A cette heure, il y a 20 patients dans la salle d'attente et les box sont tous occupés, l'interne part vite s'occuper des autres patients.

Vers 4h du matin soit 21h plus tard, le senior fait le point et se rend compte que le patient est toujours en attente d'une place. Il se renseigne sur l'absence de placement, le cadre avoue avoir oublié le patient car il a été occupé par des problèmes de remplacement d'une infirmière malade qui n'a pas pris son poste. Le senior consulte son dossier et vérifie la prescription, le patient a reçu 2 doses de chaque antibiotique.

Il arrête immédiatement la prescription d'amikacine et demande un dosage plasmatique au laboratoire : **40.3mg/L** (Normale <2.5mg/L). Quelques jours plus tard, la fonction rénale se dégrade et le patient décède après qu'il soit décidé de ne pas entreprendre d'épuration extra rénale.

Question N° 1 :

Citez l'évènement indésirable lié aux soins et sa cause immédiate ?

Question N° 2 :

Comment allez-vous analyser cet Evènement indésirable ?

Question N° 3 :

Identifiez le ou les facteurs liés aux professionnels qui peuvent avoir contribué à cet évènement ?

Question N° 4 :

Identifiez les facteurs liés à l'environnement qui peuvent avoir contribué à cet évènement ?

Question N° 5 :

Quels sont les facteurs liés à l'équipe qui peuvent avoir contribué à cet évènement ?

Question N° 6 :

Devez-vous signaler aux responsables de l'établissement cet évènement ? et pourquoi ?

Question N° 7 :

Devez-vous informer la famille du patient ?



Sujet : 3

Dans votre établissement, exclusivement MCO, une comptabilité analytique par séjour est en place et vous produisez régulièrement les tableaux coût / case mix (TCCM) par GHM.

Question N° 1 :

Décrivez succinctement l'intérêt du tableau coût / case mix (TCCM)

Question N° 2 :

Quels sont les types de charges analysées et citer au moins un exemple pour chaque type

Charges directes : coût du personnel, médicament affecté individuellement, dispositifs médicaux, ...)

Question N° 3 :

Décrivez brièvement la méthode de construction du tableau coût / case mix (TCCM)

Question N° 4 :

Quel indicateur allez-vous utiliser pour vérifier cette affirmation ?
Comment le calculez-vous ?

Question N° 5 :

Vous savez que le poste de diététicienne de l'établissement n'est plus pourvu depuis plusieurs mois.

Par quel mécanisme cette vacance de poste peut influencer sur les recettes de l'établissement ?

Question N° 6 :

L'âge a-t-il un rôle sur le niveau de sévérité des GHM ? Explicitez.

CHIRURGIE VASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet N° 1 :

Vous voyez en consultation un homme âgé de 65 ans en bon état général pour un anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale dépisté à l'écho doppler mesurant 57 mm de diamètre antéro postérieur.

Question N° 1 :

Décrivez votre examen clinique complet et le bilan pré opératoire que vous prescrivez

Question N° 2 :

Vous avez décidé de traiter ce patient avec une endoprothèse aorto bi iliaque. Quel est le matériel nécessaire pour cette intervention: consommable, implants et équipement biomédical

Question N° 3 :

Rédigez votre compte rendu opératoire en détaillant bien les différentes étapes de la procédure

Question N° 4 :

1 heure après l'intervention vous êtes appelé par la salle de réveil, le patient présente une ischémie aigue sévère du membre inférieur droit. A l'examen clinique vous retrouvez un pouls fémoral droit, détaillez votre prise en charge.

Question N° 5 :

A la visite des 5 ans, l'angioscanner montre une augmentation du diamètre de l'anévrisme traité avec une volumineuse endofuite de type IA en rapport avec une évolution anévrysmale du collet. Quels sont les possibilités thérapeutique dans ce cas ?

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet 1

AVP scooter, casqué, contre VL, 16 ans, 90 kg 1m75
ramassé par SAMU, conditionné avec collier cervical, coquillé, Glasgow
15

TA 130 / 70 Pouls 120, reçoit 250 cc de Ringer pendant le transport,.

A l'arrivée à l'hôpital :

stable sur plan hémodynamique, il présente des douleurs de la cuisse
droite, des douleurs thoraciques à droite.

Il présente par ailleurs des douleurs abdominales diffuses.

Question N° 1

Détaillez votre examen clinique en tant que chirurgien viscéral.

Question N° 2

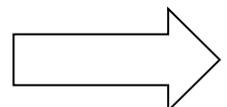
Quels sont les examens para-cliniques que vous demandez en sachant
que le scanner n'est pas immédiatement disponible ?

Question N° 3

Au terme du bilan réalisé, le patient présente une fracture déplacée du
fémur droit, et reste stable sur le plan hémodynamique.

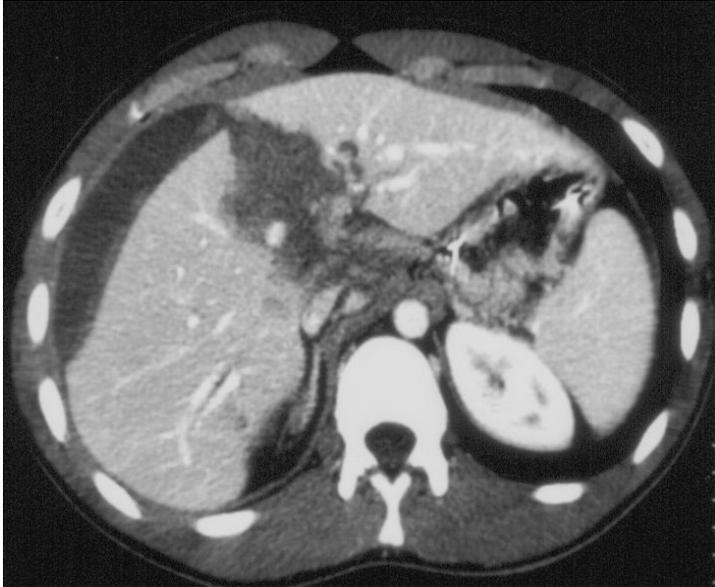
Un body-scanner est réalisé qui montre essentiellement un
épanchement péritonéal modéré, l'absence de pneumopéritoine :
quelles sont les étiologies les plus fréquentes de cet épanchement ?

TSVP



Question N° 4

Voici l'image radio clé :



Quel est votre diagnostic ?

Question N° 5

Quelle est votre prise en charge, le patient restant stable sur le plan hémodynamique, et sa tachycardie a répondu au remplissage ?

Question N° 6

La prise en charge abdominale et orthopédique initiale a été complète. Après une phase d'amélioration transitoire, le patient se dégrade brutalement 36 heures après sa prise en charge initiale. Il présente une dégradation sur le plan hémodynamique avec une douleur abdominale croissante et une défense généralisée.

Une nouvelle imagerie est réalisée qui montre une majoration de l'épanchement abdominal sans saignement actif sur le foie associé avec un pneumopéritoine.

Le patient est pris au bloc en état de choc : Décrivez votre stratégie opératoire.

Question N° 7

Le bilan lésionnel per-op met en évidence : une reprise du saignement hépatique et une plaie du grêle.

Quel est votre attitude chirurgicale ?

Question N° 8

Six mois après, le patient présente une éventration : quelle est votre prise en charge ?

Sujet 2

Une patiente hystérectomisée diabétique de 71 ans présente des douleurs abdominales diffuses avec contracture généralisée avec hyperthermie à 39.

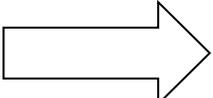
Sur le plan biologique, elle présente une hyperleucocytose à 18 000 , une CRP à 253, des troubles ioniques témoin d'une déshydratation avec une créatinine à 230.

Question N° 1

Quel(s) examen(s) demandez-vous et qu'en attendez-vous ?

Question N° 2

Quels diagnostics évoquez-vous ?

TSVP 

Question N° 3

Le scanner met en évidence un épaississement pariétal du colon gauche, un épanchement péritonéal et un pneumopéritoine.

Quelle est votre prise en charge pré-opératoire ?

Question N° 4

Vous opérez cette patiente par laparotomie, et vous retrouvez :
Un épanchement péritonéal stercoral diffus, des fausses membranes diffuses associées à une perforation centimétrique de la charnière recto-sigmoïdienne avec un colon sigmoïde très épaissi.

Quelle est votre stratégie opératoire ?

Question N° 5

Quelles sont les complications chirurgicales potentielles de votre geste ?

Question N° 6

On retrouve sur la pièce de résection colique un adénocarcinome colique : quelle est votre conduite à tenir à court et à long terme ?

MEDECINE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ensemble des sujets est à traiter

Sujet : 1

Un homme de 25 ans, réfugié originaire d'Afrique noire en France depuis 6 mois et titulaire de l'Aide Médicale d'Etat, se présente aux urgences pour douleurs abdominales diffuses depuis 48 heures avec asthénie, et vertiges. L'interrogatoire par l'intermédiaire d'un interprète ne retrouve pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux notables ni de prise de médicament. Le patient a vomi la veille et reste nauséux. L'infirmière d'accueil note un poids de 58 kilos, une taille de 1,76m, température 36°7 Pression artérielle 106/80 mmHg, Fréquence cardiaque 96/min, dextro supérieur 25mmol/l

A l'examen clinique vous remarquez l'existence d'un pli cutané et d'un pantalon trop large par rapport aux habitudes antérieures du patient, une fréquence respiratoire à 25/ min sans autres anomalies à l'auscultation pulmonaire ou cardiaque. Les bruits du cœur sont réguliers. Pas de souffle à l'auscultation des axes artériels. L'abdomen est souple à la palpation sans défense ni contracture. L'examen neurologique est normal. Les aires ganglionnaires sont libres. La thyroïde n'est pas palpable. Le bilan biologique montre : Numération Formule Sanguine : Hb 12g/dl Hématocrite 48% plaquettes 230000/mm³ Globules blancs 5600/mm³, urée sanguine 18mmoles/l créatinémie 250μmol/l, Kaliémie 4,2mmol/l, natrémie 145mmol/l, glycémie 28mmol/l, La bandelette urinaire retrouve corps cétoniques+++ , glycosurie+++ Les Gaz du sang montrent PH 7,28 CO₃H⁻ 16meq/l SaO₂ 98%, PaO₂ : 96mmHg PaCO₂ : 30mmHg.

Question 1 :

Quelle est votre hypothèse diagnostique et sur quels éléments justifiez vous votre réponse ?

Question 2 :

Quelles sont les anomalies du bilan biologique et comment les interprétez vous ?

Question 3 :

Quel est le terme sémiologique d'une fréquence respiratoire élevée ?

Quelle est la valeur d'une fréquence respiratoire normale ?

Comment expliquer chez ce patient l'augmentation de la fréquence respiratoire ?

Question 4 :

Quelle est la prise en charge thérapeutique aux urgences durant les 6 premières heures ?

Question 5 :

Quatre heures plus tard le ionogramme sanguin montre Na⁺ 140mEq/l, K⁺ 2,8 mEq/l créatininémie 130μmol/l.

Quelle est la nouvelle anomalie biologique apparue chez ce patient et le risque encouru ?

Comment l'apprécier ?

Sujet : 2

Vous recevez aux urgences un homme de 77 ans pour une douleur du membre inférieur droit fébrile traité depuis 3 jours par amoxicilline (Clamoxyl®) 500 mg 3 fois par jour par son médecin traitant sans amélioration selon sa fille qui l'accompagne. Sa jambe est très œdématisée et érythémateuse et vous notez un intertrigo entre le 2^{ème} et le 3^{ème} orteil. Mr X. vit seul à domicile sans aide en dehors du passage quotidien de ses enfants, malgré des troubles de la mémoire de plus en plus gênants. Sa fille souhaiterait le passage d'une infirmière mais Mr X. refuse estimant ne pas en avoir besoin. Il sort de moins en moins dans le quartier pour faire ses courses du fait de difficultés à la marche depuis sa fracture du col du fémur.

A l'examen clinique, en dehors de l'érythème de la jambe droite, il est fébrile à 38,6°C, il mesure 172 cm pour 91 Kg.

Son traitement comprend par ailleurs :

- hydrochlorothiazide et enalapril (Co-renitec®) 20mg/12,5mg pour une hypertension artérielle ancienne
- warfarine (Coumadine®) pour une phlébite poplitée gauche compliquée d'une embolie pulmonaire en post-opératoire de sa fracture du col du fémur 2 mois auparavant
- fraction flavonoïque purifiée (Daflon®) pour une insuffisance veineuse
- zopiclone (Imovane®) et clorazepate dipotassique (Tranxène®) 20mg depuis le décès de sa femme il y a 2 ans
- hydroxyzine (Atarax®) 25mg pour se détendre

- esomeprazole (Inexium®) 20mg
- ibuprofène (Nurofen®) 200mg et chondroïtine sulfate sodique (Structum®) pour les douleurs des genoux liées à une gonarthrose

Question N° 1 :

Parmi les propositions suivantes, quel(s) facteur(s) de risque indépendant(s) d'érysipèle retrouvez-vous chez votre patient ?

- A. Hypertension artérielle
- B. Age
- C. Insuffisance veineuse
- D. Intertrigo inter-orteil
- E. Prise régulière d'AINS (ibuprofène)

Question N° 2 :

Quel(s) facteur(s) a (ont) pu participer à l'évolution défavorable ?

- A. La prise d'ibuprofène
- B. La prise de warfarine
- C. La prise d'ésoméprazole
- D. La mauvaise observance thérapeutique
- E. La posologie de l'amoxicilline inadaptée

Question N° 3 :

Vous hospitalisez Mr X pour prise en charge.

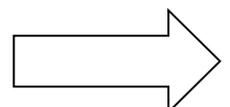
Quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) en plus de l'antibiothérapie mettez-vous en place ?

- A. Anti-agrégation plaquettaire
- B. Poursuite des AINS à visée antalgique
- C. Bas de contention dès l'amélioration des douleurs
- D. Décubitus strict jusqu'à régression des signes cliniques
- E. Betaméthasone (Diprosone®) en application locale

Question N° 4 :

Il présente une diarrhée 48h après son admission. Quelle étiologie faut-il évoquer en priorité ?

TSVP



Question N° 5 :

Quel examen complémentaire non invasif doit être effectué pour confirmer cette étiologie ?

Question N° 6 :

Vous profitez de cette hospitalisation pour réévaluer les différents traitements du patient.

Quel(s) traitement(s) vous semble(nt) inapproprié(s) chez Mr X ?

- A. Enalapril
- B. Fraction flavonoïque purifiée
- C. Zopiclone
- D. Clorazepate dipotassique
- E. Ibuprofène

Question N° 7 :

A quel(s) risque(s) expose(nt) la prise régulière d'ibuprofène chez votre patient ?

- A. Risque hémorragique
- B. Risque d'ulcère gastro-duodéal
- C. Risque d'insuffisance rénale chronique
- D. Risque d'insuffisance rénale aiguë
- E. Risque d'HTA

Question N° 8 :

Voici l'ordonnance actuelle de votre patient. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est (sont) exacte(s) ?

Identification du prescripteur (nom, prénom et adresse) Docteur ASTONJON P. 264 rue de Brouse. 30004 TATAOULETE	Identification de la structure (adresse postale du cabinet de soins/établissement n° AM, FINESS ou SIRET) Médecine Générale RPPS 13 M 2049 5500 221
---	--

Identification du patient (à compléter par le prescripteur) [REDACTED] (secours)

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

- 1) Hydrochlorothiazide + enalapril 12,5mg/20mg : Sep matin
- 2) Metoprolol Sup : Sep soir à adapter à TAVK
- 3) Dafalgan 500mg : Sep midi - Sep soir
- 4) Lipidore : Sep avec coucher.
- 5) Hydroxyzine 25mg : Sep j.
- 6) Escimeprazole 20mg : Sep le matin
- 7) Stratum 500mg : 1 gel matin et soir.
- 8) Ibuprofène 200mg : Sep matin et soir

Pour 3 mois

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

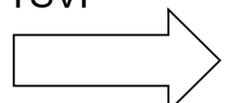
- A. Il s'agit d'une ordonnance bizona
- B. Tous les médicaments peuvent être délivrés au patient pour 3 mois
- C. L'absence de la date de réalisation de l'ordonnance empêche la délivrance du traitement
- D. Les médicaments prescrits dans le cadre du haut doivent être les médicaments d'affections exonérantes du ticket modérateur
- E. Ce type d'ordonnance permet la prescription d'opioïdes

Question N° 9 :

Parmi les propositions suivantes concernant le zopiclone, laquelle ou lesquelles est (sont) exacte(s) ?

- A. Le zopiclone est un stupéfiant

TSVP



- B. Le zopiclone doit être prescrit sur une ordonnance sécurisée
- C. La durée de prescription de zopiclone ne peut dépasser 4 semaines
- D. La prescription initiale du zopiclone est réservée aux neurologues et aux psychiatres
- E. Il faut surveiller le taux de plaquettes tous les mois

Question N° 10 :

Concernant les médicaments génériques, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

- A. Ce sont les seuls médicaments qui doivent être prescrits en DCI (dénomination commune internationale)
- B. Le tiers payant s'applique en cas de dispensation de génériques
- C. Les pharmaciens peuvent les substituer aux princeps
- D. Le prescripteur peut s'opposer à la substitution d'un princeps par un générique par le pharmacien
- E. Le patient peut s'opposer à la substitution d'un princeps par un générique par le pharmacien

Sujet : 3

Une femme de 82 ans, comptable à la retraite, est admise aux urgences pour une chute à domicile. Il existe un traumatisme crânien avec plaie du cuir chevelu et un traumatisme facial.

Son mari rapporte qu'il a retrouvé son épouse face contre terre. Elle était consciente, mais, n'arrivait pas à se relever seule. Elle serait restée plus d'une heure à terre.

Le mari dit aussi que son épouse était très active jusqu'à récemment, mais que depuis 6 mois environ, elle est fatiguée, n'a plus d'appétit et a maigri de plusieurs kilos sur 5 mois (poids de forme à 60 Kg, poids actuel à 53 Kg). Depuis quelques jours, elle a des difficultés à monter les marches qui mènent à sa maison. Elle ne sort presque plus.

– Antécédents :

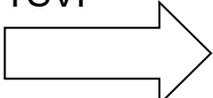
- Hypertension artérielle depuis plus de 10 ans

- Syndrome anxio-dépressif
- Diabète de type 2 depuis 5 ans (dernière hémoglobine glyquée à 5,8%)
- Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée sans suivi cardiologique récent (dernière consultation il y a 3 ans)
- Surdité appareill e
- Traitement à domicile :
 - Perindopril 5 mg : 2/jour
 - furosemide 40mg: 1/jour
 - escitalopram (SEROPLEX®) 10 mg/jour
 - gliclazide (DIAMICRON®) LM 60 mg/jour
 - zopiclone (Imovane®) 3,75 mg : 1 le soir
 - paracétamol 1g : 3 fois/j
- Habitus :
 - Consommation régulière de boissons alcoolis es (1 à 2 verres de vin à table + un apéritif le soir)

A l'examen physique, la patiente est d sorient e dans le temps et l'espace. Le discours n'est pas adapté (se croit à son domicile, parle de sa maman). Elle ne se souvient pas de sa chute et de ses circonstances. La température est à 37,2  C. La plaie du cuir chevelu est propre mais nécessite d'être sutur e. L'abdomen est souple et indolore. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. La tension artérielle est mesur e à 110/60 mmHg en position couch e et il existe un pli cutané. L'examen neurologique ne retrouve pas de signe de focalisation. Elle s'est endormie une fois durant votre examen. Son mari considère « qu'elle n'est pas comme d'habitude » ; il ne rapporte pas de trouble de la mémoire antérieure.

Paraclinique

- Biologie : leucocytes 6G/L, CRP 3 mg/L, hémoglobine 11,5 g/dL, créatinine 100  mol/L, natrémie 123 mEq/L, kaliémie 4,0 mEq/L
- Scanner cérébral : Pas d'hémorragie intracérébrale, pas de lésion traumatique décelable, pas de lésion ischémique récente, atrophie cortico-sous corticale diffuse. Pas de lésion osseuse du massif facial.
- ECG : rythme sinusal régulier, pas de troubles de la repolarisation, QRS fins
- Radiographie de thorax : Non centr e, au lit, mal inspir e, pas de surcharge vasculaire ni de foyer parenchymateux évident

TSVP


Question N°1:

Quels sont les cinq principaux facteurs de risque de chute que vous retrouvez dans l'observation de la patiente (en dehors de l'âge) ?

Important : ne donner que 5 réponses

Question N°2:

Quel syndrome neurologique présente la patiente ?

Sur quels arguments ?

Ne pas recopier les éléments de l'observation

Question N°3:

Elle est hospitalisée en médecine polyvalente.

Quels arguments avez-vous ou allez-vous rechercher pour poser le diagnostic de dénutrition ?

Question N°4:

La patiente récupère son état neurologique antérieur.

Quels sont les consignes de soins (hors médicaments) que vous donnez à l'équipe para-médicale (infirmières et aides-soignantes) pour prévenir la dépendance iatrogène (c'est-à-dire induite par l'hospitalisation) ?

Important : ne donner que 5 réponses

Question N°5:

Au cours de l'hospitalisation, vous découvrez une fracture-tassement vertébrale lombaire ancienne. Le bilan est en faveur d'une ostéoporose primaire (ostéoporose d'involution), confirmée à la densitométrie osseuse.

Quel bilan devez-vous réaliser avant d'initier un traitement par biphosphonates ?

Sujet : 4

Homme de 67 ans, retraité, fumeur (50 paquet-année), sous IRBESARTAN depuis 10 ans pour hypertension artérielle, sans suivi pneumologique. Il se présente aux urgences pour dyspnée fébrile d'apparition brutale la veille au soir avec douleur basithoracique droite. L'examen clinique retrouve une hyperthermie à 39°5C, une pression artérielle à 170/100 mm Hg, une fréquence cardiaque à 105/mn, une fréquence respiratoire à 26/mn. Pas de sueurs, pas de cyanose, pas de confusion. La saturation de l'oxygène en air ambiant est à 86 %. L'auscultation retrouve un foyer de crépitations de la base droite, une toux productive avec des crachats verdâtres. L'électrocardiogramme montre un rythme sinusal sans anomalie de la repolarisation.

Question N° 1 :

Avant toute imagerie, quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

Question N° 2 :

Quel est le germe le plus probable dans ce cas clinique ?

Question N° 3 :

Sur quels arguments ?

Question N° 4 :

Quels examens demandez-vous en première intention ?

Question N° 5 :

Sur quels critères décidez-vous d'hospitaliser le patient ?

Question N° 6 :

Quel traitement antibiotique prescrivez-vous en première intention ? Précisez la voie d'administration, le rythme d'administration, et la posologie

Question N° 7 :

Quelles sont les autres mesures thérapeutiques à instaurer en première intention ?

A 72h d'antibiothérapie bien conduite, votre patient reste fébrile, présente un syndrome confusionnel avec hyponatrémie et atteinte hépatique.

Question N° 8 :

Quel diagnostic devez-vous évoquer ?

Question N° 9 :

Quelle classe d'antibiotiques proposez-vous alors ?

L'évolution du patient est favorable, il regagne son domicile.

Question N° 10 :

Quelles mesures de surveillance et de prévention préconisez-vous au patient ?

3 mois plus tard, le patient revient aux urgences pour une hémoptysie et une perte de poids de 5 kilos.

Question N° 11 :

Dans le contexte, quelle hypothèse principale doit-elle être évoquée ?

PSYCHIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques L'ensemble des sujets est à traiter

Sujet : 1

Vous êtes praticien hospitalier dans un service de psychiatrie adulte. Vous avez été appelé(e) pour réaliser l'examen d'entrée d'un patient. Vous lisez au préalable le dossier de ce patient et vous comprenez que ce jeune homme de 25 ans a été amené par la police aux urgences car il voulait agresser le gérant des pompes funèbres avec un grand sabre tout en criant et en tenant des propos incohérents.

Vous retrouvez également dans ce dossier un courrier récent mentionnant que le patient souffre de schizophrénie et qu'il a bénéficié de plusieurs hospitalisations avec une bonne réponse aux traitements mais avec un arrêt rapide du suivi après chaque hospitalisation.

L'équipe infirmière vous rappelle et vous demande de venir tout de suite car le patient est agité.

A votre arrivée dans l'unité vous entrez dans la chambre du patient. Ce dernier fait les cent pas, il crie de toutes ses forces et dit qu'il veut sortir de l'hôpital. Il explique qu'on ne comprend pas l'enjeu et qu'il faut qu'il sorte immédiatement pour finir son combat contre "l'armée du mal venant de l'au-delà".

Question N° 1 :

A votre avis quelle est la modalité d'hospitalisation de ce patient ?

Pouvez-vous préciser son cadre légal ?

Qu'est ce qui justifie cette modalité d'hospitalisation ?

Question N° 2 :

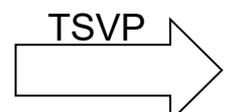
Quelle est votre conduite à tenir pour cette situation aiguë ?

Question N° 3 :

Quel examen paraclinique doit être réalisé avant l'introduction du traitement médicamenteux dans cette situation aiguë ?

Que recherchez-vous ?

Vous revoyez le patient le lendemain matin. Votre prise en charge a été efficace, vous voyez alors ce patient en entretien.



Le patient vous dit alors qu'il est hospitalisé par erreur, il explique en effet être un prophète comme Mahomet, Moïse, Jésus, Jacob et Isaïe. Il interrompt brusquement sa liste pour vous demander si vous connaissez Isaïe. Il vous décrit Isaïe comme étant petit (montre une taille avec ses doigts) et bleu. Il s'arrête brusquement puis reprend la parole au bout d'une minute pour vous dire qu'il vient de demander à Isaïe s'il pouvait enlever le voile devant vos yeux pour vous permettre de voir l'au-delà mais qu'il a refusé. Il revient sur les faits qui l'ont amené à l'hôpital et explique qu'il a vu la réalité s'ouvrir en deux et qu'il a pu voir l'au-delà où une guerre se prépare. Les esprits de l'au-delà lui ont expliqué pendant de nombreuses heures qu'il devait protéger la réalité, il est alors sorti avec son sabre pour mener cette guerre.

Question N° 4 :

Faites l'analyse sémiologique du texte

Question N° 5 :

Quelle prise en charge organisez-vous durant cette hospitalisation ?

Question N° 6 :

L'observance du patient a toujours été problématique.

Comment pouvez-vous adapter sa prise en charge ?

Sujet : 2

Vous êtes psychiatre de garde aux urgences. Vous recevez Quentin, 15 ans, amené par sa mère. Cette dernière vous explique avoir été appelée dans l'après-midi par l'infirmière du lycée car Quentin aurait fait un malaise en classe. Paniqué, il aurait soudainement interrompu le professeur pour lui dire qu'il ne se sentait pas bien et qu'il pensait qu'il lui arrivait quelque chose de grave. L'infirmière aurait constaté une pâleur, des sueurs et des tremblements. Lorsque la mère de Quentin est venue le chercher, elle a trouvé son fils épuisé. Celle ci vous semble très inquiète. Quentin est assis en salle d'attente, il semble angoissé mais n'est pas agité. L'examen physique réalisé est normal.

Question N° 1 :

Quelles sont les premières mesures de votre prise en charge ?

Question N° 2 :

Quel(s) est (sont) le(s) argument(s) qui vous oriente(nt) vers le diagnostic d'attaque de panique ?

Quentin s'apaise finalement. Votre examen vous permet d'écarter une cause non-psychiatrique à ses symptômes.

Au cours d'un entretien plus approfondi, vous apprenez que Quentin est fils unique et que ses parents se sont séparés il y a deux ans. En larmes, il vous explique qu'il n'en est pas à son premier épisode de poussée d'angoisse subite : « *D'habitude, je me débrouille pour qu'on ne les remarque pas. Sinon, les gens de la classe se moquent de moi. Il n'y a que ma copine qui est au courant.* » Quentin a arrêté le judo depuis la rentrée car il n'y prend plus plaisir et de peur de faire ces « crises » en public, la 4ème en 3 semaines. Il dit ne plus beaucoup sortir de chez lui, et préférer regarder des vidéos sur internet. Ses résultats scolaires sont stables.

Question N° 3 :

Quels sont les deux diagnostics psychiatriques que vous pouvez évoquer à ce stade ? Lequel est le plus probable (justifier).

Question N° 4 :

Inquiet, Quentin vous demande un traitement qui puisse le guérir. Que proposez-vous ?

Suite à vos explications, Quentin s'effondre. Il explique qu'il ne pourra pas attendre plus longtemps, et qu'il ne supportera pas une nouvelle crise d'angoisse. Il ajoute : « *Je préfère encore mourir plutôt que d'avoir à vivre encore ça* ».

Question N° 5 :

Que recherchez-vous après ces propos tenus ?

Votre examen confirme la gravité de la situation, vous posez une indication d'hospitalisation. Vous en informez les parents qui refusent la prise en charge malgré les risques et votre insistance. Les manifestations d'anxiété de Quentin se majorent rapidement devant le refus des parents.

Question N° 6 :

Quelle attitude adoptez vous (une seule réponse possible) ?

GERIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Une patiente de 91 ans vous est adressée par son médecin traitant, dans le service d'accueil des urgences dans lequel vous travaillez. Elle présente depuis 48 heures un tableau clinique associant agitation, hétéro-agressivité envers son auxiliaire de vie qu'elle semble ne plus reconnaître. Elle ne sait pas où elle se trouve et ne peut pas vous donner la date du jour. Ses propos sont incohérents.

Question N° 1 :

Vous suspectez un syndrome confusionnel. Quels sont les éléments dans l'énoncé en faveur du diagnostic ?

Question N°2

Quels autres éléments cliniques recherchez-vous en faveur du diagnostic de confusion selon le DSM-5 ?

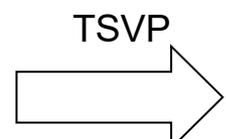
Question N°3

Quelles sont les formes cliniques de confusion que vous connaissez ?

Question N°4

Vous avez joint le médecin traitant qui vous a précisé les antécédents de la patiente : hypertension artérielle, diabète de type 2, incontinence urinaire, dépression. Son traitement actuel associe : hydrochlorothiazide + valsartan (COTAREG ®), paroxétine (DEROXAT ®), oxybutynine (DITROPAN ®), oméprazole (MOPRAL ®), gliclazide (DIAMICRON ®), hydroxyzine (ATARAX ®). L'hydroxyzine a été introduite depuis quelques jours, après plusieurs essais infructueux de traitements pour ses troubles du sommeil.

Détaillez les facteurs précipitants de la confusion, à la lumière de ces nouvelles informations, et détaillez les causes de chaque facteur précipitant.



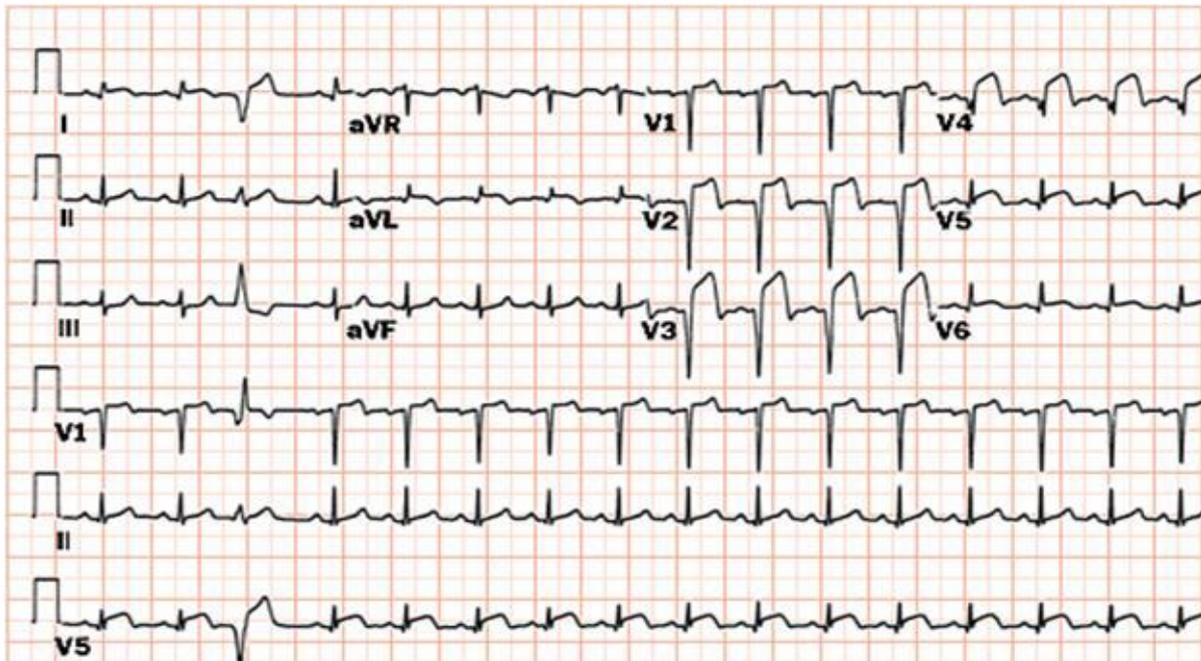
Question N°5

Les constantes de la patiente sont les suivantes : T° = 36.8 °C ; PA = 102/65 mmHg ; pouls 95 / min régulier. L'examen neurologique est considéré comme normal. L'auscultation cardiopulmonaire est normale.

Comment complétez-vous votre examen dans le box des urgences ? Justifiez.

Question N°6

L'infirmière vous apporte l'ECG de votre patiente, présenté ci-dessous. Quelle est votre interprétation du tracé ?



Question N°7

Quel est votre diagnostic ?

Question N°8

Compte-tenu de l'ensemble de l'observation, quels examens biologiques demandez-vous en urgence ?

Question N°9

Après une prise en charge adaptée de la pathologie cardiaque, votre patiente est transférée dans votre unité de gériatrie aiguë. Vous avez corrigé tous les troubles somatiques. Néanmoins, elle est toujours confuse, très agitée et anxieuse.

Après 48 heures passées dans le service et la mise en œuvre de mesures non-médicamenteuses habituelles, l'équipe soignante de votre service vous demande de prescrire un traitement. Sur quels arguments décideriez-vous de l'introduction d'un traitement médicamenteux ?
Quelle classe thérapeutique et selon quelles modalités ?

Question N°10

Vous revoyez la patiente en consultation six mois après la guérison de son syndrome confusionnel. Elle est accompagnée de sa fille, qui s'inquiète d' « oublis fréquents de rendez-vous » et la trouve triste. Elle n'a pas repris ses activités de loisirs et sort moins de chez elle. Quel(s) diagnostic(s) syndromique(s) évoquez-vous avec ces éléments.

MEDECINE D'URGENCE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet : Médecine d'urgence 2019

Cas 1.

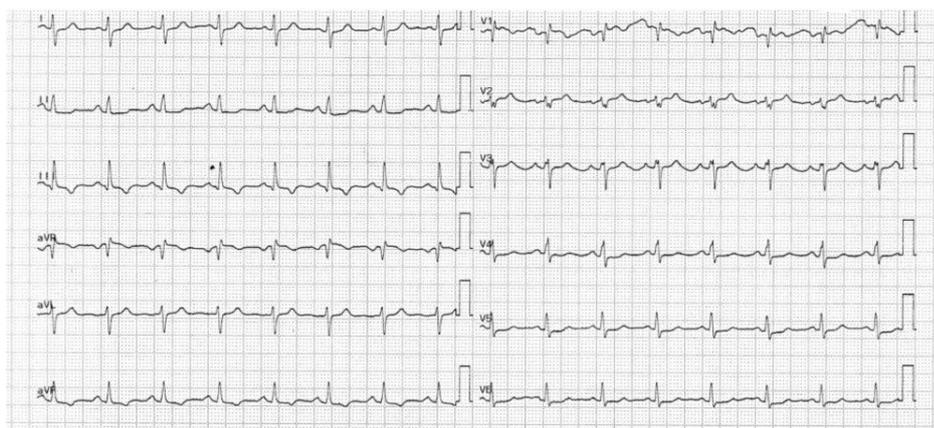
Une patiente de 37 ans se présente aux urgences pour "malaise". Elle n'a aucun antécédent médical. Elle a eu une césarienne pour sa seconde grossesse (naissances en 2002 et 2008). Elle ne prend aucun médicament en dehors d'une contraception orale. Elle n'a pas de facteur de risque cardiovasculaire connu.

A son arrivée, l'infirmière d'accueil note un score de Glasgow à 15, une pression artérielle à 115/75 mm Hg, une fréquence cardiaque à 90/minute, une saturation artérielle (SpO₂) à 96% à l'air ambiant, une fréquence respiratoire à 18/minute.

L'interrogatoire fait apparaître une douleur du mollet depuis plusieurs jours, une dyspnée à l'effort et une 'gêne' basithoracique droite. Vous suspectez une embolie pulmonaire.

Question N° 1 :

Quels signes en faveur du diagnostic sont présents sur cet ECG ? Quels autres signes avez-vous recherchés ?



Question N°2 :

Vous voulez écarter le diagnostic. Quel examen pratiquez-vous ?

La probabilité étant jugée modérée et le résultat de l'examen normal, est-ce suffisant pour écarter le diagnostic ?



Question N° 3 :

Vous voulez confirmez le diagnostic. Quel examen pratiquez-vous ?
La probabilité étant jugée modérée et le résultat de l'examen positif, est-ce suffisant pour débiter le traitement ?

Question N° 4 :

Le diagnostic étant confirmé, vous devez évaluer le risque chez cette patiente. Quels critères cliniques reprenez-vous pour évaluer ce risque ?

Question N° 5 :

Quels examens biologiques sont nécessaires pour évaluer ce risque ?

Question N° 6 :

Quel critère d'imagerie est nécessaire pour évaluer ce risque ?

Question N°7 :

Quel traitement de première intention proposez-vous ?

Question N°8 :

La patiente s'aggrave brutalement.

Quels critères font décider d'une fibrinolyse ?

Question N° 9 :

Quelles contre-indications devez-vous rechercher ?

La patiente continue de s'aggraver. Son score de Glasgow est à 14, sa pression artérielle à 85/45 mm Hg, sa fréquence cardiaque à 115/minute, sa saturation veineuse (SpO₂) à 92% à l'air ambiant, sa fréquence respiratoire à 24/minute...

Question N° 10 :

Faut-il envisager un remplissage vasculaire ? Justifiez.

Cas 2.

Vous recevez un appel au SAMU pour un patient de 27 ans qui a fait une chute de trois étages d'un échafaudage. Il parle, il bouge les quatre membres, il n'a pas de saignement visible.

Question N°1 :

Faut-il envoyer un SMUR d'emblée ? Justifiez

Le chef d'agrès vous donne le bilan suivant : score de Glasgow à 15, pression artérielle à 105/45 mm Hg, fréquence cardiaque à 110/minute, saturation (SpO2) à 94% à l'air ambiant, fréquence respiratoire à 18/minute, probables fractures du fémur et du bras et douleur vive du rachis et du bassin

Question N°2 :

Parmi ces informations, lesquelles vous mettent en alerte sur la gravité du patient ?

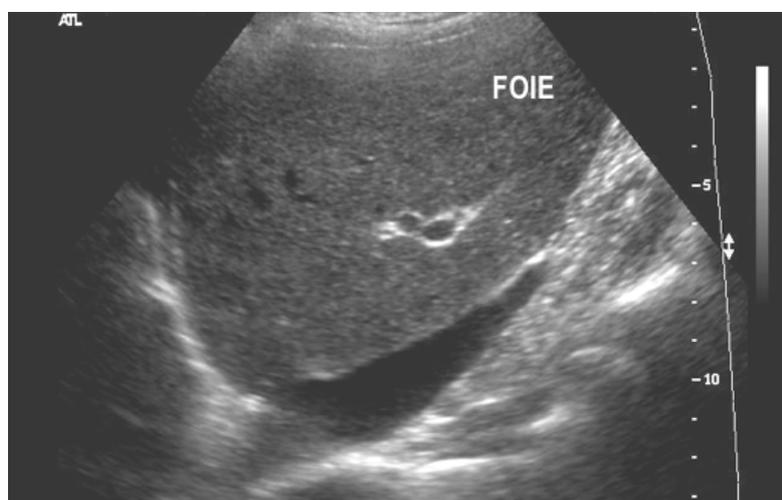
Votre examen initial fait apparaître : score de Glasgow à 13, pression artérielle à 95/45 mm Hg, fréquence cardiaque à 115/minute, saturation (SpO2) à 94% à l'air ambiant, fréquence respiratoire à 20/minute ; vous confirmez les fractures (fermées) du fémur et du bras et suspectez fortement des fractures du rachis lombaire et du bassin

Question n° 3 :

Que recherchez-vous à l'examen neurologique ?

Question N°4 :

Voici l'image que vous obtenez à l'échographie d'urgence. Quelle information apporte-t-elle ?



T.S.V.P.

Question N°5 :

Quels objectifs de pression artérielle (systolique) vous fixez-vous ?

Question N°6 :

Comment gérez-vous le remplissage vasculaire (produit et volume) ?

Question N°7 :

En cas d'inefficacité du remplissage vasculaire quelle stratégie thérapeutique proposez-vous ?

Question N°8 :

Quel traitement pharmacologique spécifique de l'hémorragie doit être introduit au plus vite ?

Question N°9 :

Pourquoi le contrôle de la température doit-il être débuté d'emblée ?

Question N°10 :

En quoi le traumatisme du bassin influence-t-il l'orientation hospitalière du patient ?