

QCMs TOUR DE PRINTEMPS

Bonjour à toutes et à tous, avec le Dr STEVIC et le Pr Cour, nous avons essayé de réaliser plusieurs vignettes cliniques afin d'introduire chacun des topos que nous ferons pendant le tour d'Été. Ces vignettes cliniques sont accompagnées de QCM. Ceux-ci ne sont pas forcément des entraînements parfaits aux QCM de l'EDN car abordent beaucoup de points de cours en même temps. Ainsi, il ne faut pas vous inquiéter si vous les trouvez difficiles, ils le sont pour la plupart. Cependant, aucun n'est hors programme (rang de connaissances A et B). Ils sont là pour vous faire travailler et progresser et non pour vous évaluer.

Bon courage :)

Yann et Hugo

1. QCM

Réanimateur, Vous êtes appelé à l'UHCD pour un avis à propos d'un patient de 40 ans, aux antécédents uniquement de BPCO. Il est hospitalisé pour un tableau de détresse respiratoire aiguë d'installation progressive à la suite d'un syndrome grippal ayant débuté il y a 10 jours pour lequel le patient s'est automédiqué par AINS.

La PCR grippe est positive. La PCR COVID est négative. Il était initialement stable avec une saturation à 97% sous 4L d'O₂ aux lunettes. Mais depuis ce matin, le patient se dégrade, les signes de lutte sont de plus en plus importants, et sa saturation atteint 92% sous masque haute concentration à 15 L/min.

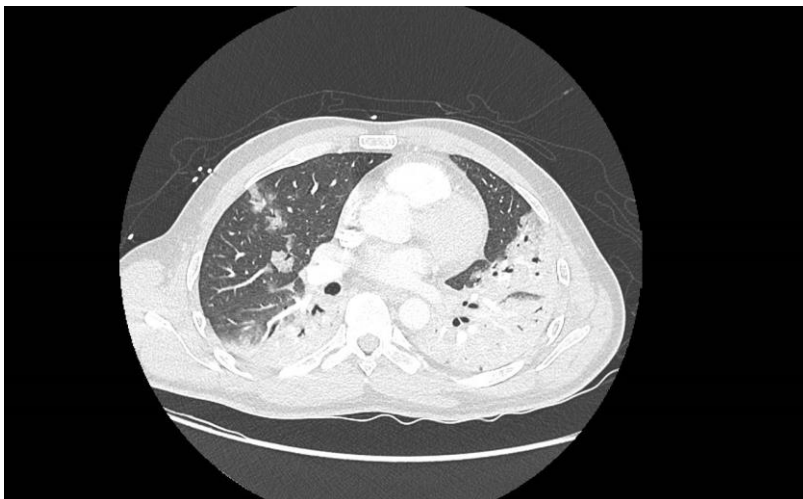
Le patient ouvre les yeux lorsque vous rentrez dans la chambre, serre la main à la demande, mais ne sait plus vous dire quel jour de la semaine nous sommes, ni depuis quand il est hospitalisé.

Vous remarquez qu'il sue à grosses gouttes, qu'il présente un tirage sus-claviculaire et intercostal, et l'abdomen se creuse à l'inspiration.

La Pression artérielle est à 82/45 mmHg, associée à une tachycardie à 126 bpm. Il présente des marbrures des genoux, remontant jusqu'à mi-cuisse. Le temps de recoloration cutané est de 4 secondes. Il est fébrile à 40°C.

Le GDS demandé en urgence retrouve : pH = 7,28, PaO₂ = 50 mmHg, PaCO₂ = 80 mmHg, HCO₃⁻ = 36 mmol/L, Lactate artériel = 2,9 mmol/L.

Voici les images du scanner réalisé à votre demande devant la dégradation de son état.





- A. Le scanner met en évidence une embolie pulmonaire proximale pouvant expliquer la dégradation rapide
- B. Il existe probablement une pneumopathie bilatérale, prédominant à gauche, surinfectant l'infection grippale
- C. Le diagnostic de grippe grave étant posé, il n'est pas nécessaire d'introduire un antibiotique
- D. Le patient est hypercapnique
- E. La mécanique ventilatoire du patient vous inquiète énormément et vous fait craindre un recours à l'intubation dans les heures qui suivent
- F. L'échographie cardiaque au lit du patient peut s'avérer utile pour dépister une éventuelle part cardiaque à cet état de choc
- G. L'antibiothérapie à privilégier dans ce cas-là est C3G et ROVAMYCINE
- H. L'oxygénothérapie n'aurait pas dû être introduite à un tel débit car cela peut dégrader l'état respiratoire du patient

I. Le pH acide n'est pas un signe de gravité, les BPCO sévères ont souvent une acidose respiratoire chronique tolérée en raison de l'hypercapnie

2. QROC

Interne de garde, vous êtes appelé en service d'orthopédie pour un patient de 63 ans, opéré d'une PTH gauche il y a 7 jours. Il présente une confusion et des troubles de conscience (Glasgow = 12), des marbrures des genoux remontant jusqu'à mi-cuisse, un TRC à 5 secondes. Il a de la fièvre à 39°C.

Ses constantes sont : PA = 95/39 mmHg (PAM = 58 mmHg), FC = 130 bpm, SpO2 = 89%, FR = 20/min.

L'auscultation pulmonaire ne retrouve pas de foyer auscultatoire. Le patient ne présente ni toux ni expectorations.

L'examen de la hanche ne retrouve pas d'augmentation de volume, d'hématome, de saignement ni d'écoulement purulent. Aucun remplissage n'a été effectué pour le moment. Selon l'anamnèse et les renseignements cliniques, quel type de choc vous semble le plus probable chez ce patient ?

3. ZAP

Vous êtes radiologue de garde et vous interprétez les images du scanner abdomino pelvien avec injection de produit de contraste présenté ci-dessous.

Voici la demande d'imagerie du médecin urgentiste : patient de 76 ans, aux antécédents d'artériopathie des membres inférieurs, et cardiopathie stentée non suivie, se présentant pour douleur lombaire brutale, en état de choc, à son arrivée, avec hypotension réfractaire au remplissage vasculaire.

La biologie montre une hyperlactatémie à 4,3 mmol/L, une acidose métabolique non compensée et une insuffisance rénale aiguë avec créatinine à 263 umol/L et une urée à 12 mmol/L, sans notion de néphropathie antérieure.

Pas de tableau digestif associé, abdomen souple, BHA perçus.

Suspicion de PNA obstructive grave ?

Pointer sur cette coupe de scanner la lésion à l'origine de l'état du patient



4. QCM

De garde au SMUR, vous intervenez sur un AVP haute cinétique, un camion a percuté sur le côté gauche une voiture. La vitesse des véhicules lors de l'accident est estimée à 80 km/h.

Le conducteur est décédé avant même l'arrivée de votre équipe. Vous vous concentrez sur M J., 25 ans, se trouvant à la place du passager. Les airbags se sont déclenchés et la désincarcération de M J. a été longue et compliquée.

Vous suspectez une contusion thoracique, un traumatisme crânien, plus ou moins du rachis, et une fracture ouverte déplacée du membre inférieur droit. Il n'existe pas de saignement extériorisé évident.

Voici les constantes de M J. :

FC = 150 bpm, PA = 90/55 (PAM = 67) mmHg, SpO₂ = 96%, FR = 15 cycles/min.

Sur le plan neurologique, M J. est Glasgow 13, sans déficit neurologique évident, il est très agité et douloureux malgré l'instauration de doses conséquentes de morphine.

La tension continue de chuter après 1,5 L de remplissage par du NaCl 0,9%.

- A. L'état du patient nécessite le recours à une intubation orotrachéale sur les lieux de la prise en charge
- B. Même si M J. avait été stable et rassurant sur le plan clinique, il aurait dû être rapproché le plus rapidement possible au déchocage d'un trauma center
- C. L'état hémodynamique du patient justifie la pose d'une VVC pour introduire la noradrénaline avant le transport du patient vers le déchocage.
- D. Il faut éviter de toucher à la fracture du membre inférieur et déplacer le patient tel quel
- E. Un examen neurologique exhaustif normal permettra d'éliminer une lésion médullaire et de lever la rectitude cranio-caudale mise en place

5. QRU (1 best answer)

Vous êtes maintenant le médecin de garde au déchocage pour ce même patient qui vous est amené par le SMUR. Il est intubé-ventilé, sous sédations. Ses besoins en noradrénaline se sont majorés pour obtenir une PAM supérieure à 65 mmHg. Il reste tachycarde 120 bpm. La saturation en oxygène est à 92% avec une fraction inspirée en O₂ réglée sur le respirateur à 50%. Lors du transport, le médecin du SAMU vous indique qu'il a développé une anisocorie avec mydriase aréactive droite.

Le bodyscanner réalisé en urgence retrouve un hématome extradural en temporal gauche avec effet de masse sur la ligne médiane, ainsi qu'un volet costal, une fracture instable du rachis en T11-T12 avec recul du mur postérieur, et une fracture ouverte de la diaphyse tibiale droite.

- A. Vous le poussez vers le bloc pour fixer la fracture du rachis
- B. Vous le poussez vers le bloc pour drainer l'hématome extradural
- C. Vous le poussez en réanimation pour initier un traitement par Mannitol IV, et stabiliser son état hémodynamique avant prise en charge opératoire
- D. Vous le poussez vers le bloc pour ostéosynthèse du membre inférieur
- E. Vous initiez une antibiothérapie par Augmentin IV

6. QCM

Réanimateur de garde, vous êtes appelé en urgence pour une suspicion de choc anaphylactique chez une patiente de 40 ans, obèse, hypertendue, suivie pour une cardiopathie ischémique et hospitalisée depuis aujourd'hui pour une cholécystite. Mme. N. a été tachycarde à 180 bpm, suivi rapidement d'une bradycardie à 40 bpm, associée à une PAS à 80 mmHg et une PAD = 40 mmHg (PAM = 53 mmHg). Vous notez également l'apparition d'une désaturation sévère à 70% de SpO2 et l'auscultation retrouve une abolition complète bilatérale du murmure vésiculaire associé à des sibilants expiratoires. L'infirmier vous précise que les événements sont arrivés juste après qu'il a eu branché la perfusion d'Amoxicilline-Acide Clavulanique.

Quelles propositions sont vraies (2 réponses seulement)

- A. Il s'agit d'une réaction de Grade II selon la classification de Ring et Meisner
- B. Il faut de toute urgence injecter 0,5 mg d'adrénaline en intra musculaire
- C. L'absence d'un rash cutané éliminerait l'hypothèse du choc anaphylactique
- D. Si Mme N a déjà été traitée par Augmentin auparavant, il ne peut pas s'agir d'une allergie à ces molécules
- E. Vous associez à votre traitement par adrénaline, un remplissage vasculaire par solutés cristalloïdes et un aérosol de bêta-2-mimétique

7. QCM

Vous recevez aux urgences M G., 88 ans. Il a comme antécédent un tabagisme sevré il y a trois ans, une hypertension artérielle et un adénocarcinome du poumon en cours de traitement. Cela fait quelques semaines que M G. rapporte des épisodes de fourmillements du bras gauche et des mouvements incontrôlables de la main pendant quelques minutes. Lorsque vous rentrez dans le box, monsieur M G. présente une crise tonico-clonique généralisée avec perte de contact. Sa femme, présente depuis le début, vous dit qu'il a ressenti les mêmes symptômes au bras juste avant que la crise généralisée se déclare. La crise n'a toujours pas cessé après deux injections de clonazépam IV (la crise dure depuis plus de 10 min).

- A. Vous réalisez immédiatement une ponction lombaire
- B. Vous débutez un antiépileptique de longue durée d'action au pousse seringue électrique (de type lévétiracetam, fosphénytoïne ...) après réalisation d'une dose de charge intraveineuse
- C. Si la crise ne cède pas malgré l'antiépileptique de longue durée d'action, il faudra discuter une anesthésie générale avec intubation et une admission en réanimation
- D. Etant donné la durée de la crise, vous craignez des lésions cérébrales irréversibles
- E. L'examen paraclinique le plus urgent est l'EEG percritique

8. QCM

Vous êtes anesthésiste au bloc opératoire de chirurgie viscérale. Vous recevez Mme. P., 37 ans, en consultation dans le cadre d'une cholécystectomie programmée pour dans 3 semaines, sous coelioscopie. Elle n'a aucun antécédent particulier en dehors d'une hypercholestérolémie sous statine et d'un tabagisme non sevré.

- A) La consultation pré-anesthésie doit être faite par le médecin anesthésiste, mais la visite pré-anesthésique pourra être réalisée par l'IADE.
- B) Vous prescrivez une NFS et un bilan de coagulation de manière systématique avant toute chirurgie
- C) Si la cholécystectomie avait dû être réalisée en urgence, seulement la visite pré-anesthésie aurait été nécessaire
- D) Une induction classique pour une anesthésie générale comporte comme molécule : un hypnotique, un morphinique et un curare
- E) Si Mme P. est enceinte de plus de 20 SA, toute anesthésie générale nécessitera une induction en séquence rapide

9. QCM

Anesthésiste au bloc d'urgence, vous prenez en charge M. L. pour une fracture du poignet. Vous souhaitez réaliser une anesthésie locorégionale (ALR) seule pour la réalisation de cette opération. Il n'a aucun antécédent. Son dernier repas date d'il y a 4h.

- A) Etant donné le contexte urgent et la possibilité de réaliser le geste sous ALR, il n'est pas nécessaire d'attendre les 6h de jeûne préopératoire chez M. L.
- B) Une ALR seule permet de se passer de consultation pré-anesthésique.
- C) Même réalisé sous ALR, M. L. devra quand même passer en salle de surveillance post-interventionnelle (réveil) après l'opération. SSPI = Salle de réveil ?
- D) Si une anesthésie locale simple avait suffi, la présence d'un anesthésiste n'aurait pas été nécessaire
- E) L'injection d'anesthésiques locaux peut se compliquer de trouble du rythme cardiaque

10. TCS

Vous, réanimateur, êtes appelé par l'interne de garde pour un homme de 50 ans ayant présenté un malaise. Les paramètres vitaux disponibles au moment de l'appel sont : pression artérielle systolique 85 mmHg, fréquence cardiaque 110/min. Des marbrures sont décrites au niveau des 2 genoux.

Question 10.1.

Si vous pensez à un choc cardiogénique
Et que l'ECG montre un Bloc de Branche Gauche;
Votre hypothèse initiale devient

- A. improbable
- B. peu probable
- C. Ni plus ou moins probable

D. Probable

E. Certaine

Question 10. 2.

Si vous pensez à un choc septique

Et que la pression artérielle diastolique est à 60 mmHg

Votre hypothèse initiale devient

A. improbable

B. peu probable

C. Ni plus ou moins probable

D. Probable

E. Certaine

Question 10. 3.

Si vous pensez à un choc anaphylactique

Et que des crépitants sont audibles aux deux bases pulmonaires

Votre hypothèse initiale devient

F. improbable

G. peu probable

H. Ni plus ou moins probable

I. Probable

J. Certaine

11,12 et 13 Interne aux urgences, un externe vient vous parler d'un patient de 72 ans se présentant aux urgences pour des douleurs thoraciques constrictives rétrosternales et dyspnée. Ses antécédents sont un ulcère gastro-duodénale (H.Pylori traité), une hypertension artérielle, un diabète non insulino-dépendant, une dyslipidémie, un tabagisme à 60 PA (sevrage 5 ans auparavant). Il ne présente pas d'allergie. Ses traitements : Bisoprolol, Indapamide, Metformine, Glicazide, Macrogol, Paracétamol. Ses constantes: FC 123 bpm, TA 85/45 mmHg, PAM 58 mmHg SaO₂ 93% sous 15L/min, FR à 34/min, T°C 36,8°C. L'examen clinique retrouve un patient Glasgow 9 (Y2M6V1), agité, tachypnéique avec un tirage sus-sternal et sus-claviculaire et des crépitants diffus bilatéraux. Il présente de plus des marbrures franches avec extrémités froides, un TRC à 5s et des œdèmes des membres inférieurs importants avec un foie cardiaque et une turgescence jugulaire.

(QROC) Quel est le diagnostic le plus probable ?

(QROC) : Quels sont les 2 examens avec l'intérêt diagnostique le plus important ?

Vos propositions thérapeutiques de première intention ?

A) Remplissage vasculaire

B) Dobutamine

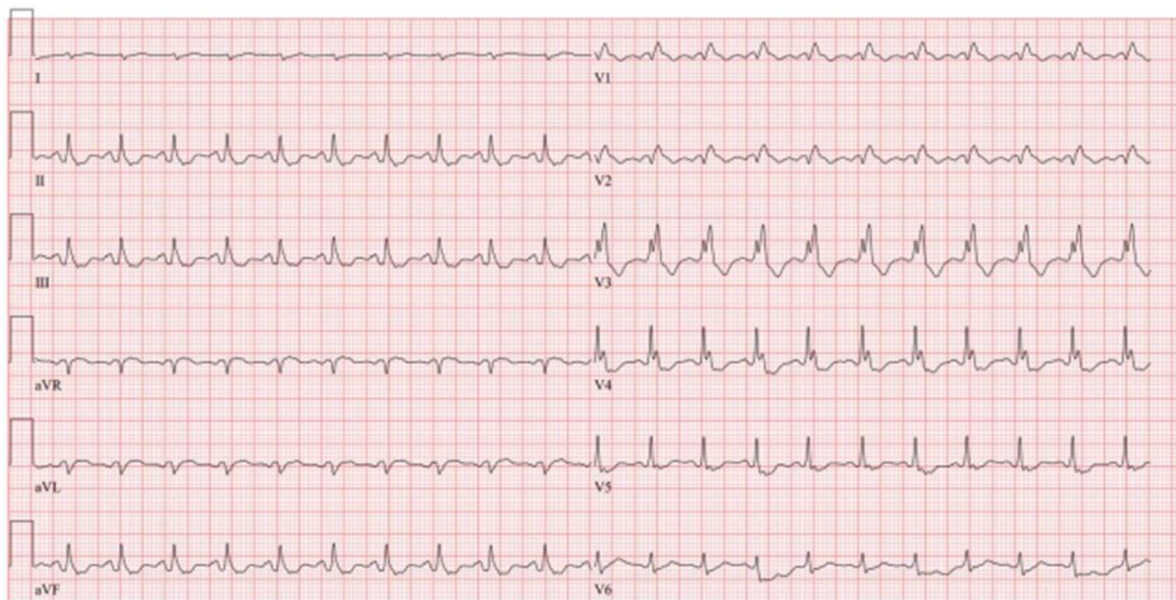
C) Noradrénaline

D) Dérivés nitrés

E) Intubation oro-trachéale

14, 15 et 16 Vous prenez en charge au SAU une patiente de 28 ans se présentant pour une douleur thoracique médio-thoracique brutale. Son seul antécédent d'intérêt est un fibrome utérin de 10cm orienté sur l'hypochondre droit et un surpoids. Son seul traitement est une contraception oestro-progestative. Ses constantes sont une FC à 148/min, une TA à 80/46mmHg (PAM = 57 mmHg), elle est Glasgow 13 (Y3M6V3) avec une FR à 37/min. L'examen clinique retrouve un murmure vésiculaire clair bilatéral et symétrique, des oedèmes des membres inférieurs avec reflux hépato-jugulaire et turgescence jugulaire, elle présente des marbrures stade 2 avec un TRC à 4s.

Vous réalisez cet ECG



(QROC) Votre principale hypothèse diagnostic et son stade ?

Quels examens complémentaires sont pertinents chez cette patiente à ce stade ?

- A) Scintigraphie pulmonaire
- B) Gazométrie artérielle
- C) Angioscanner thoracique
- D) ETT
- E) D-dimères

(QROC) Vous trouvez sur l'ETT une dilatation des cavités droites avec un $VD > VG$ et une augmentation des pressions pulmonaires.

Une échographie 4 points de débrouillage retrouve une thrombose en regard de la veine poplitée

Quelle thérapeutique discutez-vous en urgence ?

17 (QROC) Un jeune patient de 18 ans se présente au SAU pour une douleur thoracique brutale. Il dit se sentir de plus en plus dyspnéique. Il rapporte un effort intense de toux sur un syndrome grippal récent. Ses constantes sont une FC à 112/min, une TA à 120/65mmHg (PAM : 83mmHg), une FR à 35/min, une T° à 36,2°C, une SpO2 à 81% en AA. Il est polypnéique avec un balancement thoraco-abdominale. L'auscultation retrouve une abolition totale du murmure vésiculaire à droite.

Soudainement, le patient perd connaissance et vous remarquez sur le SCOPE une bradycardie à 22/min

Quel geste thérapeutique réalisez-vous en urgence ?

18 et 19 Vous prenez en charge une patiente de 47 ans présentant depuis quelques jours une douleur thoracique avec une dyspnée. Cette dyspnée est progressivement croissante avec une orthopnée. Les douleurs thoraciques sont majorées à l'inspiration profonde et diminuées à l'antéflexion. Ses ATCDs sont un adénocarcinome mammaire en 2023 traité par radiochimiothérapie en cours d'immunothérapie. Ses constantes sont une FC à 112/min, une TA à 91/54mmHg (PAM : 66mmHg), une FR à 28/min, une T° à 38,1°C, une SpO2 à 90% en AA. L'examen clinique retrouve une polypnée superficielle avec un léger tirage intercostal. La patiente est tachycarde, les bruits du cœur sont assourdis avec un léger frottement. Elle présente des œdèmes des membres inférieurs avec une importante turgescence jugulaire. Elle est légèrement marbrée avec un TRC allongé à 4s.

(QROC) Quelle est votre suspicion diagnostique ?

(QROC) Quel est l'examen le plus pertinent pour avancer rapidement le diagnostic ?

20, 21 et 22 Vous êtes appelés en service pour un patient de 63 ans hospitalisé en infectiologie depuis 1 jour pour une dermohypodermite infectieuse non nécrosante traitée par Amoxicilline. Ses ATCDs est un diabète de type II, pas d'hospitalisation récente, il est autonome au domicile, pas d'antibiothérapie récente.

La raison de l'appel : une détresse respiratoire chez un patient fébrile avec apparition de marbrures au tour infirmier de 0h. A l'arrivée, il présente des frissons importants, des marbrures étendues des membres inférieurs, une T° à 34,2°C, G14, des douleurs intenses sur membre inférieur droit. Ses constantes, une tachycarde à 132/min, une TA à 88/41mmHg (PAM : 55mmHg), une SpO2 à 87% en AA (93% sous 5L/min), une FR à 28/min. Votre examen clinique retrouve quelques crépitations sur la zone démarquée de DHBNN.

(QROC) Quel est votre diagnostic ?

Votre prise en charge thérapeutique de première intention ?

- A) Antibiothérapie IV par Amoxicilline/Acide clavulanique + Aminoside
- B) Antibiothérapie IV par C3G + Aminoside
- C) Remplissage vasculaire par solutés cristalloïdes 20-30mL/kg
- D) Introduction de noradrénaline
- E) Hémocultures
- F) Appel des chirurgiens pour préparation bloc opératoire excision des tissus nécrotiques

Devant le risque élevé de sepsis et malgré une prise en charge optimale, vous anticipez une évolution défavorable de la situation.

Quels sont les mécanismes physiopathologiques du choc septique ?

- A) Il existe une hyperlactatémie réfractaire, reflet de la diminution de l'oxygénation des tissus
- B) Le débit cardiaque est systématiquement effondré
- C) Les résistances vasculaires sont effondrées
- D) L'augmentation majeure de la post-charge cardiaque explique l'effondrement du débit cardiaque
- E) Il existe une hypovolémie efficace par augmentation de la perméabilité capillaire

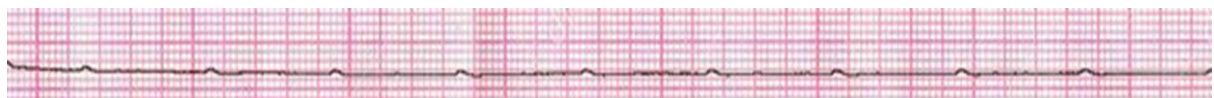
23

Vous prenez en charge au service d'accueil des urgences un patient de 67 ans admis au SAUV pour un trouble de conscience et des céphalées

L'IOA vous transmet ses constantes : T° : 35,8°C, FC : 98/min, TA : 98/63mmHg, SpO2 : 92% en AA. Le patient est G13.

On vous appelle brutalement pour un arrêt cardiorespiratoire chez ce patient

Le tracé de scope est le suivant



Quels éléments font partie votre prise en charge de première intention ?

- A) Injection bolus d'adrénaline 1 mg
- B) Injection bolus d'adrénaline 0,1 mg
- C) Choc électrique externe
- D) Massage cardiaque externe à 100-120 compressions/min
- E) Ventilation au BAVU

24 Vous prenez en charge un patient de 62 ans aux urgences pour hématomèse. Ses ATCDs sont un cirrhose éthylique B9 avec hypertension portale non sevrée en OH, une BPCO, une cardiopathie ischémique stentée sur IVA sous KARDEGIC. Ses traitements : Propanolol, Rifaximine. Ses constantes sont une TA à 100/56 mmHg (PAM : 71 mmHg), une FC à 112/min, une FR à 24/mi, une SpO2 à 95% en AA, une température à 37,4°C. Son examen clinique : des légères marbrures grade I, un abdomen distendu mais dépressible et indolore avec une circulation collatérale et des angiomes stellaires, une mâtité abdominale ++. La biologie retrouve une Hb : 6,2g/dL, des plaquettes à 105G/L, des leucocytes à 9G/L, un TP à 23% et un FV à 57% .

Vos axes de prise en charge devant cette hémorragie digestive ?

- A) Antibiothérapie préventive par Céfotaxime
- B) Mise en place d'un bolus de Pantoprazole suivie d'une mise en place en continue
- C) Mise en place d'un vasopresseur par Sandostatine ou Octréotide
- D) Demander une FOGD en urgence absolue <2h
- E) Mise en place de 2 CGR et de 2PFC