

ECNiParisJuil2024 UPC Workshop

docimologie Bichat 11042024_IO_evp OK

ATELIER 11/4/2024 OK NCC (3 QUESTIONS) (KFP)

Énoncé du microDCP-[Key Features Problems]

Vous suiviez Monsieur A. 55 ans, que vous n'avez pas vu depuis 2 ans. Lors d'une consultation la pression artérielle est mesurée à 152/79 mmHg.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Vous lui demandez d'effectuer une auto mesure tensionnelle à domicile par un brassard.

Parmi les protocoles d'auto mesure suivants, lequel est correct ?

Commentaire pédagogique de correction:

L'automesure tensionnelle (AMT) est effectuée par le patient lui-même, à domicile, avec un appareil électronique validé au bras, en position assise après quelques minutes de repos. Le protocole de mesures recommandé en France est le suivant : 3 mesures le matin avant le petit-déjeuner et avant la prise des médicaments, 3 mesures le soir avant le coucher, 3 jours de suite (« règle des 3 »), en espaçant les mesures de quelques minutes entre les prises.

*Faux*A.

mesures matin et soir pendant 5 jours

*Faux*B.

mesures matin, midi et soir pendant 3 jours

*Valide*C.

mesures matin et soir pendant 3 jours

*Faux*D.

mesures matin et soir sur un jour de repos et un jour de semaine

*Faux*E.

mesures matin, midi et soir pendant 7 jours

QUESTION 2 (Type: QROC)

Il vous apporte son relevé d'automesures. Vous calculez la moyenne de toutes les mesures. A partir de quel seuil considérez vous qu'il a une HTA ?

Merci de mettre votre réponse en mmHg sous la forme PAS/PAD, en chiffre : par ex 111/52 ou 220/90

les seuils qui définissent une HTA sont 140/90 mmHg en mesure clinique, 135/85 mmHg en automesures, et sur une MAPA, 135/85 sur la moyenne diurne et 120/70 sur la moyenne nocturne.
Commentaire pédagogique de correction:

Toute valeur supérieure ou égale à ces seuils définit une HTA.

Réponses valides

135/85

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 3 (Type: QRP)

Vous confirmez qu'il a une HTA avec une moyenne en automesure à 146/74 mmHg.

Quel bilan de première intention faites-vous ? (5 réponses attendues)

Le bilan paraclinique initial minimal d'un patient hypertendu comprend :

- natrémie, kaliémie, créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire,
- glycémie à jeun,
- exploration d'une anomalie lipidique à jeun,

Commentaire pédagogique de correction: - recherche d'une protéinurie (rapport protéinurie/créatininurie),

- électrocardiogramme de repos.

Ce bilan permet de rechercher, avec un cout limité, les facteurs de risque associés (glycémie, bilan lipidique), des éléments de retentissement (ECG, fonction rénale), et des éléments qui pourraient orienter vers une HTA secondaire (kaliémie, fonction rénale)

*Faux*A.

NFS plaquettes

*Faux*B.

Troponine

*Faux*C.

Uricémie

*Valide*D.

Créatininémie

*Faux*E.

HbA1c

*Faux*F.

Echographie cardiaque

*Faux*G.

Rénine/aldostérone

*Valide*H.

ECG

*Faux*I.

Scintigraphie myocardique

*Valide*J.

Protéinurie

*Faux*K.

Doppler des artères rénales

*Valide*L.

Ionogramme sanguin

*Faux*M.

Dosage des métanéphrines urinaires

*Valide*N.

Glycémie à jeun

*Faux*O.

TSH

*Faux*P.

Score calcique coronaire

*Faux*Q.

NT-proBNP

*Faux*R.

Bilan hépatique

ECNiParisJuil2024 UPC Workshop docimologie Bichat 11042024_IO_evp OK ATELIER docimologie Bichat 11/4/2024 OK NCC (5 QUESTIONS) (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Un homme de 62 ans vient en consultation pour des difficultés mictionnelles, installées progressivement depuis au moins un an. Il est très gêné depuis 4 à 6 mois.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Chez ce patient, parmi les symptômes suivants, lequel (lesquels) vous oriente(nt) vers une anomalie de la phase de vidange ? (une ou plusieurs réponses)

Commentaire pédagogique de correction: Dans les symptômes du bas appareil urinaire, il faut distinguer les symptômes de la phase de vidange (dysurie retard au démarrage...) et les symptômes de la phase de remplissage (urgenterie, pollakiurie, nycturie)

*Faux*A.

nycturie

*Valide*B.

retard au démarrage

*Valide*C.

poussées abdominales pour uriner

*Valide*D.

jet haché

*Faux*E.

incontinence urinaire

QUESTION 2 (Type: QROC)

Quel est le diagnostic le plus probable chez ce patient ? (3 à 5 mots, pas de majuscule)

Commentaire pédagogique de correction: tableau typique et Dg le plus fréquent sur le contexte

Réponses valides

hypertrophie bénigne de la prostate;hypertrophie bénigne prostate;hypertrophie benigne prostate;hypertrophie benigne prostatique

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 3 (Type: QRP)

Vous suspectez une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).

Quels sont les 4 examens nécessaires pour confirmer votre diagnostic et évaluer son retentissement ?

Le diagnostic de l'HBP est clinique. La débitmétrie permet de mesurer objectivement la baisse du jet urinaire (normes pour un homme adulte > 15 ml/s). L'ECBU détecte une hématurie ou une infection

Commentaire pédagogique de correction: alors que la créatinine évalue le retentissement rénal. L'échographie permet la mesure du volume prostatique, vérifier l'absence de résidu post mictionnel et recherche la dilatation du haut appareil

urinaire.

Le PSA, l'IRM et les biopsies n'ont de place que dans le cancer de la prostate. Aucune place dans l'HBP.

La cytologie urinaire, uroscanner dans les tumeurs de vessie ou orientation diagnostique devant une hématurie mais pas dans l'HPB.

*Faux*A.

PSA

*Valide*B.

Créatininémie plasmatique

*Faux*C.

Protéinurie des 24h

*Valide*D.

ECBU

*Faux*E.

IRM prostatique

*Faux*F.

C reactive protein

*Valide*G.

Échographie vésicale avec mesure du résidu mictionnel

*Faux*H.

Uroscanner

FauxI.

Biopsies prostatiques

FauxJ.

Cytologie urinaire

ValideK.

Débitmétrie

FauxL.

Glycosurie

QUESTION 4 (Type: QRM)

Le patient est très gêné. Il réalise une débitmétrie qui montre un débit max à 9 ml/s (normale >15)

et un score IPSS à 28/35 (symptômes sévères). Le volume prostatique est estimé à 65cc avec un

résidu post mictionnel négligeable.

A quelles complications le patient est-il exposé ? (une ou plusieurs réponses)

La B (calculs rénaux) est fautive car les calculs de stase sont vésicaux et non rénaux.

Commentaire pédagogique de correction:

La (cancer) est fautive car l'HBP n'est pas une lésion pré néoplasique.

ValideA.

rétention aiguë d'urine

FauxB.

calculs rénaux

ValideC.

hématurie

*Valide*D.

infections urinaires

*Faux*E.

cancer de la prostate

QUESTION 5 (Type: QRM)

Vous confirmez une hypertrophie bénigne de la prostate non compliquée. Vous décidez de démarrer un traitement alpha-bloquant (alfuzozine).

Quelles sont les 3 informations concernant le traitement que vous donnez vous au patient ? (3 réponses attendues)

A est fausse car ce sont les inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5 qui peuvent faire baisser le PSA.

B est fausse car les alpha bloquants provoquent une hypotension orthostatique

Commentaire pédagogique de correction:

D est fausse car ce sont les inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5 qui peuvent provoquer des troubles de l'érection

F, G, I hors sujet

J est fausse car ce sont les anticholinergiques qui peuvent donner une sécheresse de la bouche (et de toutes les muqueuses)

*Faux*A.

Ils diminuent le taux de PSA

*Faux*B.

Ils peuvent entraîner une hypertension artérielle

*Valide*C.

Ils peuvent provoquer des éjaculations rétrogrades

*Faux*D.

Ils peuvent provoquer des troubles de l'érection

*Valide*E.

Ils améliorent le débit urinaire

*Faux*F.

Ils diminuent le risque de cancer de la prostate

*Faux*G.

Ils peuvent donner des bouffées de chaleur

*Valide*H.

Ils ont une action rapide

*Faux*I.

Ils ont un effet bradycardisant

*Faux*J.

Ils peuvent provoquer une sécheresse de la bouche

ECNiParisJuil2024 UPC OK ATELIER DP PNEUMO OK NCC (3 QUESTIONS) (KFP)

Énoncé du microDCP-[Key Features Problems]

Mme G., 67 ans, consulte car elle est fatiguée. Elle n'a pas d'antécédents. Elle ne prend aucun médicament. Elle n'a pas de saignement extériorisé.

L'hémogramme rapporte les résultats suivants :

Globules rouges 4,7 T/L

Hémoglobine 8,5 g/dL

Hématocrite 31,5%

CCMH 27 g/dL

VGM 67 fl

Plaquettes	550 G/L
Leucocytes	9,5 G/L
Polynucléaires neutrophiles	4,7 G/L
Polynucléaires éosinophiles	0,20 G/L
Polynucléaires basophiles	0,04 G/L
Lymphocytes	3,7 G/L
Monocytes	0,9 G/L

QUESTION 1 (Type: QRP)

Quels sont les 2 examens à prescrire en 1^{ère} intention devant ce bilan ?

Commentaire pédagogique de correction:

devant une anémie microcytaire et une thrombocytose, on doit évoquer une carence martiale ou un syndrome inflammatoire

FauxA.

Dosage des folates

FauxB.

Recepteur soluble de la transferrine

ValideC.

Ferritine

FauxD.

Réticulocytes

FauxE.

Haptoglobine

FauxF.

LDH

FauxG.

Electrophorèse de l'Hémoglobine

FauxH.

Vitamine B12

ValideI.

CRP

FauxJ.

TSH

FauxK.

Créatinine

FauxL.

Vitesse de sédimentation

QUESTION 2 (Type: QROC)

La ferritine est à 6 µg/l (N 15-120) et la CRP à 3mg/l. Quel est le mécanisme de cette anémie ? (2 mots maximum)

Commentaire pédagogique de correction: Anémie par carence martiale

Réponses valides

Carence martiale;Carence en fer;Anémie ferriprive;carence fer;Anemie ferriprive;Anemie feriprive

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 3 (Type: QRM)

Elle a une anémie par carence martiale. Quel(s) examen(s) est (sont) nécessaire(s) en première intention pour le diagnostic étiologique ? (une ou plusieurs réponses)

Commentaire pédagogique de correction: la première cause de saignement occulte après 50 ans est digestive (cancer colique). Les saignements gynécologiques surviennent avant la ménopause et sont difficilement occultes..

FauxA.

TDM abdominopelvien

ValideB.

Fibroscopie oesogastroduodenale

FauxC.

Vidéocapsule

ValideD.

Coloscopie totale

FauxE.

Hystérocopie

ECNiParisJuil2024 UPC OK ATELIER DP PNEUMO 13/02/24 OK NCC (5 QUESTIONS) (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Mme X, 60 ans, suivie depuis 12 ans pour une polyarthrite rhumatoïde actuellement en rémission, sous méthotrexate et prednisone 5mg/j, se présente à votre cabinet de médecine générale, pour des douleurs lombaires depuis 1 mois, avec une EVA à 3/10. Vous retrouvez une douleur élective à la palpation de la charnière thoraco-lombaire. Elle n'a pas de fièvre et est en bon état général.

Un cliché du rachis a été fait aux urgences où elle consulté la veille.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Quel est le diagnostic le plus probable pour expliquer le tableau clinique ?

Commentaire pédagogique de correction:

Les radiographies montrent une fracture vertébrale de L2 d'aspect typiquement cunéiforme (enfoncement du plateau antéro-supérieur), concordantes avec la localisation de la douleur de la patiente. Toutes les fractures vertébrales ne sont pas hyperalgiques, et nombreuses sont celles qui passent inaperçues.

*Faux*A.

Spondylodiscite

*Faux*B.

Métastase osseuse

*Faux*C.

Myélome

*Valide*D.

Fracture vertébrale

*Faux*E.

Lombalgie commune aiguë

QUESTION 2 (Type: QRP)

Vous diagnostiquez une fracture vertébrale de L2. Quels sont les 5 examens biologiques nécessaires en première intention pour le diagnostic étiologique de la fracture ?

hémogramme, CRP, électrophorèse des protéines sériques, calcémie, phosphatémie, créatininémie avec estimation de la clairance selon la formule CKD-EPI, 25-OH- vitamine D sont recommandés en 1^{ère} intention.

Commentaire pédagogique de correction: L'objectif du bilan biologique est de chercher des arguments pour les ostéopathies malignes (métastases, myélomes) ou les causes métaboliques

d'ostéopathie fragilisant les plus fréquentes (ostéoporoses dites secondaires : hyperparathyroïdie primaire, ostéomalacie, insuffisance rénale chronique).

*Valide*A.

Créatininémie

*Faux*B.

Procalcitonine

*Faux*C.

CA-153



*Valide*D.

NFS



*Faux*E.

1-25 OH vitamine D3



*Faux*F.

PTH



*Faux*G.

Transaminases



*Valide*H.

Phosphatémie



*Faux*I.

TSH



*Valide*J.

Calcémie



*Faux*K.

Calciurie



*Faux*L.

Protéinurie



*Valide*M.

Electrophorèse des protéines plasmatiques



*Faux*N.

Dosage des chaînes légères libres



*Faux*O.

Tryptase

QUESTION 3 (Type: QRM)

Quelles mesures antalgiques mettez vous en place ?

les AINS ne sont pas recommandés en 1^{ère} intention, notamment en co-prescription avec des corticoïdes. Le tramadol n'est pas recommandé en première intention dans les douleurs d'intensité faible (EN/EVA < 4/10).

Commentaire pédagogique de correction:

Le repos au lit strict n'a aucun intérêt en dehors des cas de fractures sur métastases osseuses avec épidurite, instables.

Le corset thoraco-lombaire avec appui sternal est un appareillage lourd, indiqué surtout dans les pathologies du rachis thoracique, et la

contention rachidienne n'est pas indiquée de façon consensuelle en dehors de la fracture vertébrale hyperalgique.



*Faux*A.

Repos au lit strict



*Faux*B.

corset thoraco-lombaire avec appui sternal



*Valide*C.

paracétamol



*Faux*D.

tramadol



*Faux*E.

AINS

QUESTION 4 (Type: QRU)

Vous la revoyez avec son bilan (créatininémie, EPP, NFS, calcémie, phosphatémie) qui est totalement normal. Le paracétamol l'a soulagée efficacement. Vous lui prescrivez une ostéodensitométrie. Celle-ci montre un T-score à -2.3 sur le rachis et -1.9 sur le col fémoral. Vous évaluez ses apports calciques à 600mg/J.

Quel traitement prescrivez vous ?

les apports calciques recommandés chez la femme ménopausée sont de 1 - 1,2g/jour.

Commentaire pédagogique de correction:

La supplémentation en vitamine D et en calcium est recommandée en cas d'apports calciques insuffisants et dans le cadre du traitement par corticoïdes.

Il y a une indication aux bisphosphonates si DMO < -1 en cas de fracture sévère (rachis ou col fémoral) et si DMO < -2 en cas de fracture périphérique.

*Faux*A.

Bisphosphonate

*Faux*B.

Bisphosphonate + calcium

*Valide*C.

Biphosphonates + calcium +vitamine D

*Faux*D.

Biphosphonate + vitamine D

*Faux*E.

Calcium + vitamine D

QUESTION 5 (Type: QRM)

Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque d'ostéoporose identifié(s) chez cette patiente ?

*Valide*A.

Age

*Valide*B.

Sexe



Valide C.

Corticothérapie au long cours



Valide D.

Polyarthrite rhumatoïde

ECNi Paris Juil 2024 UPC DP Chir Atelier 05/03/2024 OK NCC (3 QUESTIONS) (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Monsieur X âgé de 67 ans, tabagique à 40 Paquets-Années, consulte pour une claudication survenant dès 10 mètres de marche, avec une crampe au mollet droit, évoluant depuis 2 semaines.

Cliniquement le pouls poplité droit est aboli, avec un creux poplité comblé, alors que le pouls poplité gauche est ample, avec une masse battante. Les pouls distaux sont abolis à droite et seul le pouls pédieux est présent à gauche.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Quel diagnostic évoquez vous ?

A- Faux – Il ne s'agit pas d'une douleur brutale accompagnée d'impotence fonctionnelle du membre (Rang A)

B- Faux- On ne retrouve pas d'élément évocateur de thrombophlébite.

C- anévrysme poplité gauche très probable mais cet anévrysme poplité gauche est asymptomatique

Commentaire pédagogique de correction:

D- Vrai (Meilleure réponse)– La présence d'un anévrysme poplité palpable à gauche, et un creux poplité droit comblé

sont évocateurs d'anévrysme à droite (50% d'association), et la perte du pouls à ce niveau indique qu'il est compliqué de

thrombose. Le patient est ici symptomatique à droite, ce qui en fait la meilleure réponse.

E- Faux : Pas de signe d'ischémie critique : ni douleur de décubitus, ni trouble trophique – on ne retrouve pas d'élément clinique pour une origine cardiaque de l'embolie.



Faux A.

Ischémie aigue du membre inférieur droit par thrombose d'anévrysme poplité



Faux B.

Thrombose veineuse profonde par compression de la veine poplité droite

*Faux*C.

Anévrisme poplité gauche compliqué d'embolie distale itérative

*Valide*D.

Claudication sévère du membre inférieur droit par thrombose d'anévrisme poplité

*Faux*E.

Ischémie critique du membre inférieur droit par embolie d'origine cardiaque

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous suspectez une claudication du membre inférieur droit par thrombose d'anévrisme poplité.

Quel(s) examen(s) permet(tent) de confirmer le diagnostic ?

A- Faux - L'angio IRM n'est pas un examen pertinent car il analyse principalement le flux intravasculaire. (Rang B)

B- Vrai - L'échodoppler est un examen de première intention qui permet de confirmer le diagnostic en analysant le diamètre artériel

et le flux circulant intravasculaire.

Commentaire pédagogique de correction:

C- Faux - L'angioscanner thoraco-abdomino-pelvien ne permet pas d'analyser les membres inférieurs, mais peut faire parti du bilan

d'extension de la maladie à la recherche d'anévrisme aortique ou iliaque associé.

D- Faux - L'angiographie ne permet que de visualiser la portion circulante intravasculaire, et ne permet pas de visualiser la paroi artérielle, et son thrombus éventuel.

E- Vrai - C'est l'examen de référence qui permet le diagnostic et le bilan préopératoire.

*Faux*A.

Angio IRM des membres inférieurs

*Valide*B.

Echodoppler de l'aorte abdominale et des membres inférieurs

*Faux*C.

Angioscanner Thoraco-Abdomino-Pelvien

*Faux*D.

Angiographie des membres inférieurs



*Valide*E.

Angioscanner de l'aorte abdominale et des membres inférieurs

QUESTION 3 (Type: QRU)

Quelle est l'étiologie la plus probable des anévrismes poplités de ce patient ? :

A- Faux – La DFM n'atteint pas l'artère poplitée, mais plutôt les artères rénales, viscérales, et les troncs supra aortiques, chez la femme plus jeune (40 à 60 ans).

B- Faux – rare et pas de notion d'infection dans ce cas, notamment pas de signe évocateur d'endocardite associée.

Commentaire pédagogique de correction:

C- Vrai – La cause la plus fréquente, surtout dans ce contexte de facteurs de risques athéromateux : sexe masculin, âge > 65 ans, tabagisme.

D- Faux – pas de notion de traumatisme, et cause rarement bilatérale.

E- Faux – La Maladie de Horton provoque une dégénérescence anévrismale de l'aorte thoracique sans atteinte artérielle des membres inférieurs.



*Faux*A.

dysplasie fibro-musculaire



*Faux*B.

mycotique



*Valide*C.

athéromateuse



*Faux*D.

post-traumatique



*Faux*E.

maladie de Horton

ECNiParisJuil2024 UPC Atelier de docimologie 05/03/2024 (4 QUESTIONS) OK NCC (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Vous recevez en consultation une enfant de 2 ans pour augmentation du volume de l'abdomen. Elle n'a pas d'antécédent en dehors d'une hospitalisation pour bronchiolite à l'âge de 3 mois.

Vous constatez à l'examen clinique une hypertension artérielle devant une pression artérielle mesurée à 110/70 et vous palpez en flanc droit une masse fixe. Le reste de l'examen est sans particularité.

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel est l'examen complémentaire que vous prescrivez ?

2 mots maximum

Commentaire pédagogique de correction:

Une échographie abdominale: examen de 1ere intention dans l'exploration d'une masse abdominale chez l'enfant (rang B)

Il faut évoquer une tumeur dont un neuroblastome.

Réponses valides

échographie abdominale;echographie abdominale;echo abdominale;écho abdominale

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRM)

Quelles sont les 4 causes d'hypertension artérielle secondaire chez l'enfant que vous évoquez ?

Commentaire pédagogique de correction:

- Syndrome hémolytique et urémique: microangiopathie intrarénale, entraînant une HTA et une insuffisance rénale aiguë
- Les beta lactamines: non autre médicaments cf tableau
- L'hypovolémie: non, il faudrait une hypervolémie
- L'hyperglycémie: non
- Tumeur de Wilms: d'origine réno-vasculaire
- Le millepertuis: non, inducteur enzymatique
- Les digitaliques: non autre médicaments



*Valide*A.

Un syndrome hémolytique et urémique



*Valide*B.

Une coarctation de l'aorte



*Valide*C.

Une hypertension intracrânienne



*Faux*D.

La prise de beta lactamines



*Faux*E.

L'hypovolémie



*Faux*F.

L'hypocalcémie



*Faux*G.

L'hyperglycémie



*Valide*H.

Une tumeur de Wilms



*Faux*I.

La consommation de millepertuis



*Faux*J.

La prise de digitaliques

QUESTION 3 (Type: QZONE)

Vous faites une échographie abdominale puis un scanner abdominal.

Placez sur l'imagerie TDM les éléments anatomiques suivants :

- Aorte abdominale
- Psoas gauche
- Estomac
- Foie
- Rate
- Artère rénale droite principale

Commentaire pédagogique de correction: Présence d'une volumineuse masse entre le rein et le foie

Zones utilisées

#1

Marqueurs: 

#2

Marqueurs: 

#3

Marqueurs: 

#4

Marqueurs: 

#5

Marqueurs: 

#6

Marqueurs: 

A.

FOIE

Indispensable Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

B.

ESTOMAC

Indispensable Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #2

C.

RATE

Indispensable Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #3

D.

AORTE ABDOMINALE

Indispensable Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #4

E.

Artère rénale droite principale

Indispensable Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #5

F.

Psoas gauche

Indispensable Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #6

QUESTION 4 (Type: QRM)

La masse vue au scanner est un neuroblastome.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

A- Une part rénovasculaire est probable pour expliquer l'HTA

VRAI: par étirement du pédicule vasculaire rénal

B- Des douleurs d'origine tumorale peuvent expliquer l'HTA

VRAI

Commentaire pédagogique de correction:

C- Des métastases osseuses sont fréquentes au diagnostic

VRAI: autres sites métastatiques: moelle osseuse, foie et peau (syndrome de Pepper)

D- Le pronostic est indépendant de l'âge

FAUX: le pronostic est fonction de l'âge (de l'extension et de la biologie moléculaire (statut Nmyc))

E- L'alpha-fœto-protéine est un élément diagnostique

FAUX: l'alpha-fœto-protéine est un élément diagnostique de l'hépatoblastome

Valide A.

L'hypertension artérielle est d'origine rénovasculaire

Valide B.

Des douleurs d'origine tumorale peuvent expliquer l'HTA

Valide C.

Des métastases osseuses sont fréquentes au diagnostic

Faux D.

Le pronostic est indépendant de l'âge

Faux E.

L'alpha-fœto-protéine est un élément diagnostique

ECNi Paris Aout 2024 SQI (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QZONE)

Vous êtes amené à prendre en charge un homme de 49 ans, sans antécédent connu, pour fièvre à 39°C. Il se plaint par ailleurs de dorsalgies évoluant depuis 4 jours environ, d'aggravation progressive. Les hémocultures réalisées précédemment sont revenues positives à *Staphylococcus aureus*.

Dans ce contexte, vous avez demandé la réalisation d'une IRM dont voici une coupe :

Pointez l'anomalie compatible avec le tableau clinique du patient.

Zones utilisées

#1

Marqueurs:

A.

Pointez l'anomalie compatible avec le tableau clinique du patient.

Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

QUESTION 2 (Type: QROC)

Vous recevez aux urgences M. X âgé de 24 ans, adressé pour toux depuis 4 jours. Il est infecté par le VIH. Il n'a pas d'allergie médicamenteuse connue. Il est traité par abacavir, lamivudine et rilpivirine. Sa dernière charge virale, il y a 1 mois, est non détectable, et son dosage des lymphocytes T CD4 est à 470/mm³. Les constantes relevées aux urgences sont les suivantes : température 39.5°C, pression artérielle 109/69mmHg, fréquence cardiaque à 72/min, saturation en air ambiant à 99 %, fréquence respiratoire à 15/min. Votre examen clinique met en évidence un foyer de râles crépitants à droite.

La radiographie de thorax n'est pas contributive. Le patient bénéficie alors d'un scanner thoracique.

Quelle antibiothérapie proposez-vous en première intention ?

Commentaire pédagogique de correction:

Il s'agit d'un tableau pulmonaire aigu fébrile. Le scanner retrouve un foyer alvéolaire (PFLA). Il s'agit donc d'une pneumonie à pneumocoque. Le VIH est un facteur de risque d'infections à pneumocoque.

L'amoxicilline est le traitement de référence des infections à *Streptococcus pneumoniae* (hors méningite empirique)

Réponses valides

amox;amoxicilline;peni A;penicilline A

Propositions de réponses incomplètes

ECNiParisAout2024 mDP2 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez aux urgences M. Z, 42 ans, pour une arthralgie du genou droit évoluant depuis 3 jours. Il consomme de l'héroïne par voie intraveineuse. Il ne présente aucune allergie médicamenteuse.

À l'interrogatoire, il existe un fond douloureux permanent mais la douleur est plus importante en fin de nuit. Il n'y a pas de notion de traumatisme. Les constantes sont les suivantes :

température 38.7°C, pression artérielle 110/85mmHg, saturation à 98 % en air ambiant, fréquence respiratoire à 16/min et fréquence cardiaque à 75/min. Vous retrouvez un choc rotulien droit.

QUESTION 1 (Type: QRPL)

Vous suspectez une arthrite septique du genou. Quelle est votre prise en charge initiale ? (5 réponses attendues)

Le patient présente une gonalgie droite fébrile. Il faut en premier lieu éliminer l'arthrite septique qui est une urgence diagnostique et thérapeutique.

Commentaire pédagogique de correction:

La ponction articulaire permettra d'affirmer le caractère inflammatoire du liquide et probablement documentation microbiologique. Elle est à réaliser en urgence.

L'antibiothérapie sera débutée après les prélèvements.

*Valide*A.

Radio des genoux

*Faux*B.

IRM de genou en urgence

*Faux*C.

TEP scanner

*Faux*D.

Scanner du genou

*Faux*E.

Scanner thoracique

*Faux*F.

ETT

*Valide*G.

Hémocultures aéro-anaérobies

*Valide*H.

NFS

*Faux*I.

Antibiothérapie par oxacilline immédiate

*Valide*J.

CRP

*Faux*K.

Antibiothérapie immédiate par vancomycine

*Indispensable*L.

Ponction articulaire du genou

*Faux*M.

Hospitalisation en réanimation

*Faux*N.

Antibiothérapie par céfazoline immédiate

QUESTION 2 (Type: QZONE)

Vous souhaitez réaliser une ponction de genou.

Zones utilisées

#1

Marqueurs:

A.

Pointez la zone où vous allez effectuer le geste.

Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

QUESTION 3 (Type: QROC)

La cytologie du liquide articulaire de votre ponction de genou est la suivante : leucocytes 10 000/mm³ dont 90 % de polynucléaire neutrophile. Voici l'examen microscopique.

Quel agent infectieux suspectez vous ?

Argument de fréquence : le staph doré est le premier agent responsable d'arthrite

Commentaire pédagogique de correction:

Terrain : usager de drogue intraveineux : les 2 germes principaux impliqués sont le staph dorés et candida albicans

Cocci Gram + en amas = staphylocoque

Réponses valides

staphylococcus aureus;staphylococcus dore;staphylocoque dore;staphylocoque aureus;staph dore;staph aureus

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 4 (Type: QRM)

Après avoir réalisé votre ponction et des résultats, quelle (quelles) molécule(s) constitue(nt) une antibiothérapie adaptée ?

Commentaire pédagogique de correction:

Le traitement empirique de référence d'une arthrite septique à staphylocoque est la céfazoline ou une pénicilline du groupe M. Après obtention de l'antibiogramme et selon les résultats de l'hémoculture, vous adaptez votre antibiothérapie

Valide A.

Cefazoline

Valide B.

Cloxacilline

Faux C.

Amoxicilline-acide clavulanique

FauxD.

Ofloxacin

FauxE.

Rifampicine

QUESTION 5 (Type: QROC)

Les hémocultures et la ponction articulaire reviennent positives à *Staphylococcus aureus*. Quel examen morphologique vous paraît nécessaire ?

Réponses valides

echo coeur;echographie cardiaque;echographie cardiaque trans thoracique;echographie cardiaque trans oesophagienne;echo coeur trans thoracique;echo coeur trans oesophagienne;echo coeur transoesophagienne;echo coeur transthoracique;echo cardiaque transoesophagienne

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 6 (Type: QRM)

Vous avez instauré une antibiothérapie par CEFAZOLINE intraveineuse. Les hémocultures se négativent très rapidement et il n'existe aucun argument pour une endocardite infectieuse. Vous retenez le diagnostic d'arthrite à Staphylocoque doré du genou droit sur injection de drogue. Il s'agit d'un staphylocoque sauvage. Après 2 semaines d'évolution favorable, le patient peut quitter votre service. Quel(s) antibiotique(s) peut (peuvent) faire partie de votre traitement de relais ?

Commentaire pédagogique de correction:

Après avoir traité une bactériémie à Staphylocoque doré, vous prenez un relais par des antibiotiques à bonne pénétration ostéoarticulaire. Le traitement de choix est une relais PO. Pour le Staphylocoque doré : quinolones rifampicine sont les antibiotiques de référence en bithérapie

FauxA.

Amoxicilline

ValideB.

Rifampicine

ValideC.

Levofloxacin



FauxD.

Céfazoline



FauxE.

Azithromycine



FauxF.

Cloxacilline

ECNiParisAout2024 mDP1 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez en consultation de maladies infectieuses une femme de 52 ans, originaire de Côte d'Ivoire. Elle a pour principal antécédent une infection par le VIH de découverte récente, non traitée. Lors de votre consultation, elle vous rapporte qu'elle présente une toux sèche depuis environ 1 mois, associée à une dyspnée d'aggravation progressive. Elle est apyrétique. Il n'y a pas de perte de poids récente.

La charge virale est positive à 183000 copies/ml, le taux de lymphocytes T CD4 est à 10/mm³. Devant la dyspnée vous réalisez des gaz du sang artériel en air ambiant : pH à 7.39, pCO₂ à 39mmHg, pO₂ à 60mmHg.

Vous hospitalisez la patiente dans votre service et demandez la réalisation d'un scanner thoracique dont voici une coupe.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique concernant le tableau respiratoire présenté par la patiente ?

La patiente présente une infection respiratoire évoluant depuis 1 mois. Elle est immunodéprimée

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Le délai de 1 mois élimine la grippe et la pneumonie franche lobaire aigüe (< 1 semaine) Les images du scanner ne sont compatibles qu'avec une pneumocystose : verre dépoli bilatéral. Il n'y a ni caverne ni infiltrat apical en faveur d'une tuberculose.



FauxA.

Tuberculose



FauxB.

Pneumonie franche lobaire aiguë

Faux C.

Grippe

Valide D.

Pneumocystose pulmonaire

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous évoquez une pneumocystose pulmonaire.

Quel(s) examen(s) pouvez-vous réaliser chez cette patiente pour étayer votre hypothèse ?

Valide A.

Examen direct *Pneumocystis* sur expectoration induite

Faux B.

PCR *Pneumocystis* dans le sang

Faux C.

Examen cyto bactériologique des crachats

Faux D.

Lavage bronchoalvéolaire avec culture *Pneumocystis*

Valide E.

Beta D glucane sanguin

QUESTION 3 (Type: QRM)

L'examen direct des prélèvements respiratoires mettant en évidence des kystes de *Pneumocystis jirovecii*, vous retenez le diagnostic de pneumocystose

Quelle(s) modalité(s) de traitement proposez-vous ?

Commentaire pédagogique de correction:

le traitement de la pneumocystose est le cotrimoxazole. La PaO2 inférieure à 70 mmhg impose la prescription de prednisone

*Valide*A.

COTRIMOXAZOLE

*Valide*B.

PREDNISONNE

*Faux*C.

METRONIDAZOLE

*Faux*D.

FLUCONAZOLE

*Faux*E.

ALBENDAZOLE

ECNiParisJuil2024 UPC OK ATELIER DP 1_Traumatologie_15Janv2024 OK NCC (3 QUESTIONS) (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Vous recevez aux urgences une femme de 85 ans qui a chuté en trébuchant sur le trottoir en faisant ses courses. Elle a chuté en avant directement sur le poignet droit. Depuis sa chute elle présente une vive douleur du poignet droit associée à une déformation du poignet droit.

A l'accueil aux urgences, les constantes sont les suivantes : TA=155/82, FC=78/min, Saturation en O2=97% en AA et une évaluation de sa douleur côtée à 7/10.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Quel examen complémentaire radiologique décidez vous de réaliser en première intention ?

Commentaire pédagogique de correction: la RX du poignet déformé reste l'examen de base.

*Faux*A.

Un TDM du poignet droit

*Valide*B.

Une radiographie du poignet droit de face et profil

*Faux*C.

Une radiographie comparative des poignets

*Faux*D.

Une IRM du poignet droit

*Faux*E.

Une radiographie de la main droite

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous décidez de réaliser une radiographie du poignet droit de face. Quel(s) est (sont) l' (les) élément(s) indiqué(s) sur la radiographie qui est (sont) correctement désigné(s) ?

A = l'ulna

Commentaire pédagogique de correction:

D = le 1er métacarpien

*Faux*A.

A = La fibula

*Valide*B.

B = Le radius

*Valide*C.

C = Le capitatum

*Faux*D.

D = La première phalange du pouce droit



*Valide*E.

E = Le 5ème métacarpien

QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous complétez votre bilan radiologique par une incidence de profil. Quel est votre diagnostic ?





Commentaire pédagogique de correction: image typique

*Faux*A.

Fracture de Gérard-Marchant

*Valide*B.

Fracture de Pouteaux-Colle

*Faux*C.

Fracture de Goyrand Smith

*Faux*D.

Fracture du premier métacarpien

*Faux*E.

Entorse du poignet

ECNiParisJuil2024 UPC OK ATELIER REA
21/02/2024 OK NCC (8 QUESTIONS) (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Une patiente de 52 ans vient consulter pour des troubles de l'équilibre évoluant depuis 6 semaines. Elle a chuté récemment sans se blesser. S'y associe des brûlures des pieds et de la pulpe des doigts surtout sur la main droite.

Elle mesure 1,65 m, pèse 82 kg et présente un tabagisme actif à 12 PA. Ses antécédents sont : hystérectomie pour fibrome ; diabète de type 2 découvert il y a 10 ans sous régime seul. La patiente n'a pas connaissance d'éventuelles complications micro ou macro angiopathiques. La patiente ne connaît pas son résultat récent d'hémoglobine glyquée.

QUESTION 1 (Type: QRP)

Parmi les éléments suivants, quels sont les 2 compatibles avec une polyneuropathie chronique ?

-Polyneuropathie : atteinte bilatérale symétrique synchrone débutant et restant toujours prédominante aux pieds (longueur dépendante). Une fois que les troubles sensitifs atteignent les genoux, ils peuvent atteindre les mains. Un début simultané aux pieds et aux mains exclut une polyneuropathie.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

-La principale cause de polyneuropathie dans le monde est le diabète

-Chronique : plus de 6 mois.

*Faux*A.

Le début des troubles aux pieds et aux mains

*Valide*B.

Le caractère symétrique

*Valide*C.

La notion de diabète ancien

*Faux*D.

Le tabagisme actif

*Faux*E.

L'évolution des troubles depuis 6 semaines

QUESTION 2 (Type: QRPL)

Parmi les suivantes, quelles sont les trois localisations pouvant expliquer les troubles de cette patiente ?

La première étape devant une pathologie potentiellement neurologique est de rechercher les localisations possibles de la lésion sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Surtout ne pas commencer par évoquer un diagnostic mais bien par localiser. Ce n'est que dans un second temps que vous évoquerez les étiologies possibles

Trois possibilités : Non neurologique, neurologique central et neurologique périphérique. Pour neurologique central et périphérique il faut être encore plus précis.

-Neurologique central : cortex ? sous cortical ? cervelet ? tronc cérébral ? moelle épinière cervicale dorsale ou lombaire ?

-Neurologique périphérique : neuropathie motrice ou sensitive (déficit moteur ou sensitif pur...)?, atteinte radiculaire (syndrome douloureux sur un trajet radiculaire...), atteinte plexique (atteinte sensitive et motrice d'un voire 2 membres ne suivant pas un trajet radiculaire ou tronculaire), atteinte tronculaire (atteinte sensitive et/ou motrice sur un trajet tronculaire), polyneuropathie (atteinte sensitive voire sensitivo motrice longueur dépendante) ? atteinte radiculonévritique (atteinte mixte sensitive et motrice suivant certains trajets tronculaires et d'autres radiculaires ; la présentation classique mais pas du tout systématique est un déficit moteur proximal et déficit sensitif distal), atteinte de la jonction neuromusculaire (déficit moteur pur fluctuant avec fatigabilité), atteinte musculaire (déficit moteur pur souvent proximal des ceintures)

-Atteinte hémisphérique : non, troubles bilatéraux

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

-Atteinte de la moelle épinière : oui atteinte des cordons postérieurs au niveau cervical peut donner des troubles sensitifs aux quatre membres

-Atteinte du motoneurone : non, il y a des troubles sensitifs

-Atteinte du ganglion rachidien postérieur : oui, troubles sensitifs non longueur dépendants (ataxie proprioceptive possible)

-Syndrome de la queue de cheval : non, ce n'est pas la triade habituelle et il y a des symptômes aux membres supérieurs

-Polyradiculonévrite aiguë : non, évolution sur 6 semaines (par définition le Guillain Barré s'installe en 4 semaines maximum)

-Neuropathie démyélinisante : oui, il s'agit de neuropathies sensitives et/ou motrices non longueurs dépendantes

-Myasthénie : non, il n'y a pas de trouble sensitif dans les atteintes de la jonction neuromusculaire

-Atteinte du cervelet : non, il n'y a pas de trouble sensitif dans les atteintes du cervelet

Moralité, à l'issue de l'interrogatoire vous n'avez pas encore pu déterminer si l'atteinte était centrale ou périphérique mais vous avez restreint grandement les localisations possibles de la lésion responsable des symptômes (moelle épinière, neuropathie sensitive, neuropathie démyélinisante). Vous avez donc déjà exclu l'implication du diabète qui lui est responsable de polyneuropathies.



Faux A.

Atteinte hémisphérique encéphalique corticale



Faux B.

Atteinte hémisphérique encéphalique sous corticale



Valide C.

Atteinte de la moelle épinière



*Faux*D.

Atteinte des motoneurones périphériques

*Valide*E.

Atteinte des neurones sensitifs dans le ganglion rachidien postérieur

*Faux*F.

Atteinte radiculaire lombaire sévère de type syndrome de la queue de cheval

*Faux*G.

Polyradiculonévrite aiguë de Guillain Barré

*Valide*H.

Neuropathie démyélinisante

*Faux*I.

Myasthénie

*Faux*J.

Atteinte du cervelet

QUESTION 3 (Type: QRPL)

L'examen clinique de cette patiente montre :

- Marche talonnante
- Signe de Romberg positif non latéralisé majoré par la fermeture des yeux
- Force normale aux quatre membres
- Abolition des réflexes aux quatre membres
- Réflexe cutané plantaire en flexion bilatérale
- Sensibilité : erreurs au sens de position du gros orteil ; diminution de la pallesthésie (sensibilité vibratoire) aux pieds et aux mains; sensibilité à la pique diminuée jusqu'aux chevilles et aux poignets. Pas de niveau sensitif.

A l'issue de cet examen clinique, quelles sont les deux localisations qui restent possibles pour expliquer l'atteinte de cette patiente ?

Sur la base de l'examen clinique vous retenez

Commentaire pédagogique de correction: -Atteinte périphérique (réflexes abolis)

-Atteinte sensitive proprioceptive (ataxie majorée par la fermeture des yeux)

*Faux*A.

Atteinte hémisphérique encéphalique corticale

*Faux*B.

Atteinte hémisphérique encéphalique sous corticale

*Faux*C.

Atteinte hémisphérique encéphalique sous corticale

*Faux*D.

Atteinte de la moelle épinière

*Faux*E.

Atteinte des motoneurones périphériques

*Valide*F.

Atteinte des neurones sensitifs dans le ganglion rachidien postérieur

*Faux*G.

Atteinte radiculaire lombaire sévère de type syndrome de la queue de cheval

*Faux*H.

Polyradiculonévrite aigue de Guillain Barré

*Valide*I.

Neuropathie démyélinisante

*Faux*J.

Myasthénie

*Faux*K.

Atteinte du cervelet

QUESTION 4 (Type: QRPL)

Vous évoquez soit une atteinte des neurones sensitifs dans le ganglion rachidien postérieur (neuronopathie sensitive) soit une neuropathie démyélinisante.

Parmi les examens complémentaires suivants, quels sont les quatre qui peuvent vous orienter vers l'étiologie de l'atteinte de cette patiente ?

Causes que vous devez connaître de neuronopathie sensitive (surtout paranéoplasique d'un cancer du poumon à petites cellules) et de neuropathie démyélinisante (gammopathie monoclonale)

Commentaire pédagogique de correction:

L'ENMG fera la différence entre les deux localisations

La ponction lombaire recherchera des arguments pour une neuropathie démyélinisante (dissociation albuminocytologique) ou pour une neuronopathie (souvent augmentation des cellules et des protéines : méningite)

*Faux*A.

Dosage de l'urée et la créatinine

*Faux*B.

IRM cérébrale

*Faux*C.

Hémoglobine glyquée

*Valide*D.

Recherche de gammopathie monoclonale

*Faux*E.

IRM médullaire cervicale

*Valide*F.

Electroneuromyogramme

*Faux*G.

Bilan hépatique

*Valide*H.

Scanner thoraco-abdomino-pelvien

*Faux*I.

IRM lombaire

*Valide*J.

Etude du liquide cérébrospinal

QUESTION 5 (Type: QRU)

Une ponction lombaire est réalisée chez cette patiente dont les principaux résultats sont les suivants :

- 55 cellules de type lymphocytes ; 2 globules rouges
- Protéïnorachie 0,9 g/L ; glycorachie 4,2 mmol/L (glycémie 6,3 mmol/L)

Parmi les éléments suivants, lequel décrit le mieux les résultats de l'analyse du liquide cérébrospinal de cette patiente ?

Commentaire pédagogique de correction:

La présence de 55 cellules/mm³ dans le LCS va contre le diagnostic de neuropathie démyélinisante mais est en faveur d'une neuropathie sensitive

*Faux*A.

Dissociation albumino-cytologique

*Valide*B.

Méningite

*Faux*C.

Hypoglycorachie

*Faux*D.

Hémorragie méningée

*Faux*E.

Analyse du liquide cérébrospinal normale

QUESTION 6 (Type: QRU)

Compte tenu du résultat de cette ponction lombaire, quel est le diagnostic le plus probable pour expliquer l'atteinte de cette patiente ?

Commentaire pédagogique de correction: Le diagnostic le plus probable est une neuropathie sensitive paranéoplasique

*Faux*A.

Syphilis tertiaire

*Faux*B.

Carence en vitamine B12

*Valide*C.

Neuropathie sensitive paranéoplasique

*Faux*D.

Neuropathie démyélinisante

*Faux*E.

Diabète

QUESTION 7 (Type: QRM)

Si un électroneuromyogramme était réalisé chez cette patiente, quels résultats seraient possiblement attendus ? (une ou plusieurs réponses exactes)

Commentaire pédagogique de correction: La neuropathie sensitive est une atteinte des neurones sensitifs dans les ganglions rachidiens postérieurs entraînant une baisse homogène des amplitudes sensitives entre membres supérieurs et inférieurs (non longueur dépendante)

Les autres items correspondent à des signes de démyélinisation

*Indispensable*A.

Diminution des amplitudes de toutes les réponses sensitives



*Faux*B.

Présence de blocs de conduction



*Faux*C.

Diminution des amplitudes motrices aux membres inférieurs



*Faux*D.

Diminution des vitesses de conduction motrices



*Faux*E.

Allongement des latences distales et des ondes F

QUESTION 8 (Type: QROC)

L'électroneuromyogramme révèle une diminution des amplitudes de toutes les réponses sensitives, confirmant le diagnostic de neuropathie sensitive paranéoplasique.

Quel est le résultat biologique le plus utile que vous souhaiteriez chercher chez cette patiente ? (en 1 à 5 mots)

La principale cause de neuropathie sensitive que vous devez connaitre est la neuropathie sensitive paranéoplasique d'un cancer du poumon à petite cellules.

Commentaire pédagogique de correction:

La présence d'anticorps anti-HU dans cette pathologie est caractéristique

En synthèse, sans localisation initiale il était tentant de partir sur l'hypothèse d'une neuropathie diabétique alors que cela est totalement impossible

Réponses valides

Anticorps anti-HU

Propositions de réponses incomplètes

ECNiParisJuil2024 UPC OK Atelier
psychiatrie 05 12 2023 OK NCC + atelier
bichat pneumo etc (8 QUESTIONS) (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QROC)

Vous êtes interne dans un service de PMA. Vous recevez pour un bilan d'infertilité un couple.

La femme a 34 ans (poids : 39kg, taille : 172cm). A l'examen vous retrouvez une discrète hyperpilosité. Elle vous apporte un bilan endocrinologique récent réalisé en ville, qui montre une cortisolémie à 8h à 600 nmol/L, FSH et LH normales basses, oestradiol bas, prolactine normale, TSH normale, T4 normale et T3 basse.

L'homme a 36 ans (poids : 75kg, taille : 185cm), le spermogramme est sans anomalie.

Dans ce contexte quelle est l'étiologie la plus probable de cette infertilité ? Réponse en 2 mots.

Commentaire pédagogique de correction: BMI 13 avec anomalies endocriniennes banales dans l'anorexie mentale

Réponses valides

Anorexie mentale

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRP)

Vous voyez en consultation un jeune homme de 12 ans en bonne santé. Il était à jour de ses vaccins la dernière fois que vous l'avez vu à l'âge de 8 ans. Il n'a pas eu de vaccination depuis.

Quelle vaccination lui proposez vous pour mettre à jour son calendrier vaccinal ? (3 réponses attendues)

Commentaire pédagogique de correction: cf calendrier vaccinal

*Faux*A.

Oreillons

*Faux*B.

Pneumocoque

*Faux*C.

Hemophilus



*Valide*D.

Coqueluche



*Faux*E.

Rotavirus



*Faux*F.

Rougeole



*Faux*G.

SARS Cov-2



*Faux*H.

Grippe



*Faux*I.

Zona



*Valide*J.

Papillomavirus



*Faux*K.

Hépatite B



*Valide*L.

Diphthérie Tétanos Polio



*Faux*M.

Hépatite A



*Faux*N.

Rubéole

QUESTION 3 (Type: QRM)

Monsieur G, 35 ans, originaire du Maroc, arrivé en France depuis 6 mois, consulte pour altération de l'état général et toux productive.

Quelle(s) est (sont) la (les) anomalie(s) radiologique(s) visible(s) sur les coupes de son scanner ?

Commentaire pédagogique de correction: l'association de ces anomalies, prédominantes dans les lobes supérieures, est hautement évocatrices de tuberculose. Un isolement respiratoire est nécessaire. Les formes cavitaires sont souvent très bacillifères.



*Valide*A.

un bronchogramme aérique



*Faux*B.

une dissection aortique



*Valide*C.

une opacité excavée



*Faux*D.

un pneumothorax



*Valide*E.

des nodules et micronodules

QUESTION 4 (Type: QRM)

Monsieur A., 35 ans, né en France, sans antécédent, non fumeur, consulte début février pour asthénie, depuis 6 semaines. Il a perdu 5 kg. Il rapporte des sueurs nocturnes profuses qui l'obligent régulièrement à changer de pyjama. Sa température au cabinet est de 38°4 mais il ne l'a pas mesurée auparavant. L'examen physique est non contributif.

Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) qui peu(ven)t expliquer ce tableau ?

Commentaire pédagogique de correction: l'âge > 50 ans exclut le diagnostic d'artérite à cellules géantes.

Faux A.

Artérite à cellules géantes

Faux B.

Hépatite C

Valide C.

Lymphome de Hodgkin

Valide D.

Tuberculose

Faux E.

Grippe saisonnière

QUESTION 5 (Type: QZONE)

Un patient est adressé au SAU pour une colique néphrétique gauche.

Pointez la zone la plus douloureuse à l'ébranlement lors de l'examen clinique.

Commentaire pédagogique de correction:

Il s'agit de pointer la zone la plus douloureuse à l'ébranlement de la fosse lombaire point de départ de la douleur de colique néphrétique.

Zones utilisées

#1

Marqueurs:



A.

zone à pointer

Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

QUESTION 6 (Type: QRU)

Une femme de 52 ans vient vous voir parce qu'elle a reçu une lettre de l'Assurance Maladie à propos du cancer colorectal. Sa grand-mère a eu un cancer du côlon à 80 ans, sa

mère un cancer du sein à 60 ans. Elle-même est en bonne santé, sans antécédents. Elle n'a fait aucun examen depuis 5 ans.

Dans sa situation, quelle stratégie de dépistage des cancers est la plus adaptée ?

Cf recommandations

La mammographie de dépistage dans le cadre du dépistage organisé (femmes à risque modéré)

Ce dépistage est organisé et généralisé à l'ensemble des femmes à risque modéré de 50 à 74 ans révolus. Elles sont invitées par courrier adressé par l'organisme régional de dépistage départemental à se rendre dans un centre de dépistage pour pratique des mammographies bilatérales avec 2 incidences tous les 2 ans. Ce courrier s'accompagne d'une lettre d'information sur les bénéfices et les risques éventuels à se faire dépister et d'une ordonnance de mammographies. Le rôle du médecin généraliste, comme du gynécologue, est de compléter l'information délivrée par le courrier afin que ces femmes puissent prendre une décision éclairée.

Commentaire pédagogique de correction:

Les personnes à risque moyen sont les femmes et les hommes de 50 à 74 ans sans symptôme ou facteur de risque particulier. Elles sont éligibles au dépistage organisé. Le médecin traitant les informe de la procédure et, après décision éclairée, leur remet un kit de dépistage. Le **test immunologique de recherche de sang** occulte dans les selles est réalisé par le patient. Quel que soit le résultat, le laboratoire envoie un courrier de résultat à la personne dépistée et à son médecin dans un délai d'environ quinze jours. Si le test de dépistage est négatif alors il sera proposé à nouveau deux ans plus tard. Si le test est positif, le médecin traitant oriente le patient vers un gastroentérologue afin qu'une coloscopie soit réalisée. Si la coloscopie est normale, un test de dépistage sera proposé 5 ans plus tard. Le test de dépistage et son analyse par un laboratoire agréé sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais pour les patients.

FauxA.

Coloscopie, échographie mammaire, frottis cervical

ValideB.

Test immunologique de recherche de sang dans les selles, mammographie, test HPV

FauxC.

Coloscopie, mammographie, test HPV

FauxD.

Test immunologique de recherche de sang dans les selles, échographie mammaire, frottis cervical

FauxE.

Coloscanner, mammographie, test HPV

QUESTION 7 (Type: QRU)

Un patient de 34 ans se présente pour la dermatose faciale visible sur la photographie. Quel est votre diagnostic?

Commentaire pédagogique de correction: La présence de papules érythémateuses, de pustules et de télangiectasies (fines dilatations des capillaires) évoque la rosacée. Il n'y a pas de comédons ouverts ou fermés pour une acné

*Faux*A.

Acné

*Faux*B.

Lupus

*Faux*C.

Dermatomyosite

*Faux*D.

Dermite séborrhéique

*Valide*E.

Rosacée

QUESTION 8 (Type: QROC)

Cette lésion de la paupière chez un nourrisson de 3 mois grossit progressivement. Quel est votre diagnostic (un mot, pas d'accent, pas de majuscule)?

Diagnostic clinique (biopsie et imagerie généralement inutiles).

- Tuméfaction de consistance élastique (non dure) sans frémissement à la palpation ni souffle à l'auscultation.
- Taille, nombre et siège variables.

Commentaire pédagogique de correction: **Trois types cliniques d'hémangiome :**

- *Hémangiome superficiel* (= nodule ou une plaque rouge vif (figure 113.2), en relief, à surface tendue ou mamelonnée, sans vidange ni disparition complète à la pression.
- *Hémangiome profond* (ou sous-cutané) = tuméfaction bleutée ou de la couleur de la peau normale (imagerie parfois nécessaire : l'échographie-Doppler montre une tumeur richement vascularisée à flux rapide).
- *Hémangiome mixte* associe les composantes superficielle et profonde (figure 113.3).

Réponses valides

hemangiome;hémangiome;Héman giome;Hema ngiome

Propositions de réponses incomplètes

ECNiParisJuil2024 UPC OK

Atelier_Docimologie_OPH 18 01 2024 OK

NCC (8 QUESTIONS) (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Un patient de 34 ans consulte aux urgences ophtalmologiques pour un œil gauche rouge et douloureux depuis 2 jours. Il n'a pas d'antécédent général ni ophtalmologique particulier, il est originaire du Sénégal, et vit en France depuis 2 ans.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Quel est l'élément principal de l'anamnèse et/ou de l'examen clinique qui orientera le diagnostic étiologique devant tout œil rouge et douloureux ?

Commentaire pédagogique de correction:

La mesure de l'acuité visuelle est indispensable pour orienter le diagnostic et évaluer la sévérité de l'atteinte oculaire.

*Valide*A.

baisse d'acuité visuelle

*Faux*B.

amputation du champ visuel

*Faux*C.

paralyse oculo-motrice

*Faux*D.

céphalées pulsatiles

*Faux*E.

asthénie

QUESTION 2 (Type: QRM)

L'acuité visuelle est mesurée à 10/10^{ème} œil droit et 4/10^{ème} œil gauche.

Parmi les examens suivants, le(s)quel(s) est (sont) à réaliser dans le bilan de cet œil rouge et douloureux ?

L'angiographie à la fluorescéine est indiquée pour le bilan d'une atteinte rétinienne diagnostiquée au fond d'œil et n'est pas indiquée en première intention devant un œil rouge sans atteinte postérieure.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Le champ visuel est indiqué pour le bilan d'une amputation du champ visuel ou d'une atteinte du nerf optique et n'est pas indiqué en première intention devant un œil rouge sans atteinte postérieure.

L'échographie en mode B est indiquée pour le bilan d'une atteinte oculaire lorsque le fond d'œil n'est pas visible ou pour le bilan d'une tumeur oculaire. Elle n'est pas indiquée en première intention devant un œil rouge sans atteinte postérieure.

*Valide*A.

mesure de la pression intra-oculaire

*Valide*B.

instillation d'un collyre à la fluorescéine

*Faux*C.

angiographie à la fluorescéine

*Faux*D.

champ visuel

*Faux*E.

échographie en mode B

QUESTION 3 (Type: QROC)

Devant cette photographie du segment antérieur de l'œil gauche réalisée après instillation d'un collyre mydriatique, nommez l'anomalie pointée par la flèche ? 1 à 5 mots, en minuscule, sans accent, sans ponctuation

Réponses valides

synechie irido-cristallinienne;synechie irido cristallinienne;synechies irido-cristalliniennes;synechie postérieure;synechies;synéchies;synechies postérieures;synechies irido cristalliniennes

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 4 (Type: QRM)

Au total, l'examen à la lampe à fente retrouve un cercle périkératique, des synéchies irido-crystalliniennes et des précipités rétro-cornéens de l'œil gauche.

Le fond d'œil retrouve également une hyalite et une atteinte choroïdienne de l'œil gauche. L'examen clinique général est normal. Quel bilan étiologique de cette atteinte oculaire réalisez-vous en première intention ?

La PL et l'IRM cérébrale sont non indiquées en première intention en l'absence de signe neurologique

Commentaire pédagogique de correction:

Le PET-scanner est non indiqué en première intention

*Valide*A.

sérologie syphilitique

*Faux*B.

ponction lombaire

*Faux*C.

IRM cérébrale

*Valide*D.

radiographie ou scanner thoracique

*Faux*E.

PET-scanner

QUESTION 5 (Type: QRP)

Le patient signale une toux et une dyspnée d'effort depuis deux semaines. La radiographie thoracique est la suivante :

Quelle est la première étiologie à évoquer devant ce tableau ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

La radiographie montre des opacités nodulaires et micronodulaires de répartition asymétrique à prédominance lobaire inférieure gauche où elles sont confluentes (en rétrocardiaque). Caverne du LSG. Pas d'épanchement pleural. Pas d'adénomégalies hilaires.

Les étiologies de syphilis, toxoplasmose et maladie de Behçet ne sont pas évoquées en priorité car elles ne donnent pas classiquement d'atteinte pulmonaire micronodulaire.

La sarcoïdose peut en donner mais très asymétrique ici et beaucoup moins évocateur qu'une tuberculose.

*Valide*A.

tuberculose

*Faux*B.

sarcoïdose

*Faux*C.

syphilis

*Faux*D.

toxoplasmose

*Faux*E.

maladie de Behçet

QUESTION 6 (Type: QZONE)

Un scanner thoracique a été réalisé dans le bilan étiologique de cet œil rouge et douloureux et pour préciser les anomalies radiographiques. Pointez l'anomalie qui permet d'orienter le diagnostic vers une tuberculose.

Commentaire pédagogique de correction: Evocateur de cavité tuberculeuse

Zones utilisées

#1

Marqueurs: ●

A.

zone à sélectionner

Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

QUESTION 7 (Type: QRP)

Devant ce tableau, vous évoquez le diagnostic de tuberculose maladie. Les BK crachats reviennent positifs à Mycobacterium Tuberculosis. Vous isolez le patient et démarrez le traitement.

Quels sont les 3 facteurs favorisants de tuberculose maladie que vous devez rechercher impérativement ?

L'hépatite C fait partie du bilan mais n'est pas un facteur favorisant de tuberculose maladie.

Commentaire pédagogique de correction:

Le tabagisme n'est pas un facteur favorisant de tuberculose maladie.

*Valide*A.

dénutrition

*Valide*B.

précarité

*Valide*C.

co-infection VIH

*Faux*D.

hépatite C

*Faux*E.

tabagisme

QUESTION 8 (Type: QRP)

Vous avez dépisté une infection par le VIH. Quels sont les 3 éléments que vous devez prendre en compte dans le choix du traitement contre le VIH ?

Les antirétroviraux ont des doses standards quel que soit le poids.

Commentaire pédagogique de correction:

L'atteinte oculaire doit être prise en compte pour le choix du traitement antituberculeux mais pas du VIH.

*Valide*A.

les interactions médicamenteuses avec la Rifampicine

Valide B.

la fonction rénale

Valide C.

la co-infection avec le virus de l'hépatite B

Faux D.

le poids

Faux E.

l'atteinte oculaire

ECNiParisJuil2024 UPC OK Atelier 13/12/2022-OK NCC-2-KFP2-Chirurgie OK NCC (3 QUESTIONS) (KFP)

Énoncé du microDCP-[Key Features Problems]

Une femme âgée de 35 ans consulte pour une augmentation du volume abdominal avec une tuméfaction pelvienne à la palpation abdominale. Les Béta HCG sont négatifs.

QUESTION 1 (Type: QROC)

Citer UN des deux diagnostics les plus fréquents à évoquer ici ?

Il y a donc 2 bonnes réponses possibles et il vous est demandé d'en donner UNE.

2 mots maximum

Les deux tuméfactions pelviennes les plus fréquentes chez la femme sont (Masse pelvienne) (Distension abdominale) (Masse abdominale) :

Commentaire pédagogique de correction:

- Le fibrome utérin
- Le kyste de l'ovaire

Attention : ne pas oublier la grossesse à laquelle il faut toujours penser chez une femme en période d'activité génitale.

Réponses valides

kyste ovarien;kyste ovaire;Myome utérin;Myome utérus;Léiomyome;Fibrome utérin

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous évoquez un fibrome utérin ou un Kyste de l'ovaire. Dans ce contexte, sélectionnez 4 éléments à rechercher à l'interrogatoire et l'examen physique pour orienter votre diagnostic ?

- Ménorragies
- Métorragies
- Syndrome de masse pelvienne
- Dysménorrhée

Commentaire pédagogique de correction:

Examen physique

- Examen au speculum
- Toucher vaginal
- Examen abdominal

FauxA.

Rectorragies

ValideB.

Ménorragies

ValideC.

Palpation abdominale

ValideD.

Métrorragies

*Faux*E.

Palpation des seins

*Faux*F.

Palpation des aires ganglionnaire inguinales

*Valide*G.

Toucher vaginal

*Faux*H.

Toucher rectal

*Faux*I.

Bandelette urinaire

*Faux*J.

Pression artérielle et fréquence cardiaque

QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous vous orientez vers un kyste de l'ovaire suite à votre examen clinique.

Quel est l'examen complémentaire qui vous paraît le plus pertinent ?

Les kystes fonctionnels de l'ovaire constituent la plus fréquente des tuméfactions pelviennes de la femme en période d'activité génitale. Ils correspondent à des kystes folliculaires ou à des kystes lutéiniques (du corps jaune), liquidiens et uniloculaires à l'imagerie, dont la régression est le plus souvent spontanée.

Commentaire pédagogique de correction:

Les kystes organiques sont le plus souvent bénins. Ils ne régressent pas spontanément à la différence des kystes fonctionnels et peuvent comporter une composante tissulaire.

L'examen d'imagerie à réaliser en première intention est l'échographie pelvienne

Valide A.

Echographe abdomino-pelvienne

Faux B.

Scanner abdomino-pelvien

Faux C.

IRM pelvienne

Faux D.

Aucun de ces examens

ECNi Paris Juillet 2023 OK NCC (4 QUESTIONS) OK Atelier 14/03/2023 DP-1 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

On vous amène en consultation un enfant de 15 mois, fébrile et grognon depuis 48h.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Quels sont, parmi les suivants, les signes cliniques compatibles avec le diagnostic d'otite moyenne aiguë ?

Commentaire : fièvre, quelle qu'elle soit.

Commentaire pédagogique de correction:

B Aspect du tympan typique, et l'autre côté peut être normal (ou atteint aussi).

Otorrhée possible en cas d'OMA perforée, et alors le tympan n'est pas visible sans manœuvre d'aspiration préalable. Beaucoup de signes généraux associés sont possibles, y compris la perte d'appétit.

Valide A.

Fièvre > 38,5 °C



*Valide*B.

Tympan bombant et inflammatoire



*Valide*C.

Tympan controlatéral normal



*Valide*D.

Otorrhée profuse en cas de perforation tympanique



*Valide*E.

Perte d'appétit

QUESTION 2 (Type: QROC)

L'un des tympans est normal (photo).

De quel côté s'agit-il ? UN seul mot

Réponses valides

Tympan droit ; droit ; droite; tympan droit ; Droit ; Droite

Commentaire : triangle lumineux **antéro**-inférieur

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0:

QUESTION 3 (Type: QRM)

L'enfant présente une otite moyenne aiguë collectée unilatérale gauche, non compliquée, et n'a aucun facteur de risque particulier ni d'allergie. Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'une conjonctivite aiguë bilatérale. Quel va être le traitement que vous proposez ?

Ces items suivent directement la fiche LISA qui elle-même est extraite des recommandations du groupe de pathologie infectieuse pédiatrique. L'association OMA + : conjonctivite fait penser à une infection à Haemophilus, et donc poser l'indication de traitement par amoxicilline + acide clavulanique en 1^{ère} ligne. On y ajoute des antalgique / antipyrétique. Il n'y a pas d'indication de paracétèse à ce stade (pas de complication, pas de terrain particulier, pas d'échec de traitement, pas de douleur ou de fièvre incontrôlables).

Commentaire pédagogique de correction:

*Valide*A.

Avec une durée de traitement de 8 à 10 jours

*Faux*B.

Avec paracétèse pour adaptation secondaire de l'antibiothérapie

*Faux*C.

Amoxicilline orale à la dose de 80 à 90 mg/kg/j

*Valide*D.

Avec une dose totale journalière répartie en 2 ou 3 prises

*Valide*E.

Paracétamol oral à une dose adaptée au poids de l'enfant

QUESTION 4 (Type: QRM)

Parmi les germes suivants, quels sont les trois les plus fréquemment responsables d'otite moyenne aiguë ?

Commentaire : les trois germes les plus fréquents dans les OMA (cf. Collège) : Pneumocoque et Haemophilus (40% chaque), puis Moraxella.

Commentaire pédagogique de correction:

Pseudomas : rare et presque uniquement sur otite chronique agressive (cholestéatome). Très rarement les staphylocoques. Le streptocoque B hémolytique est responsable d'angines mais pas d'OMA. Les anaérobies (fusobactérium) sont rarement responsables d'OMA, et les deux autres (E Coli et C Diphtheriae) quasiment jamais.

*Faux*A.

Pseudomonas aeruginosa

*Valide*B.

Haemophilus influenzae



*Faux*C.

Staphylococcus aureus



*Valide*D.

Streptococcus pneumoniae



*Faux*E.

Streptococcus A hémolitic us



*Valide*F.

Moraxella catarrhalis



*Faux*G.

Staphylococcus epidermidis



*Faux*H.

Corynebacterium diphteriae



*Faux*I.

Fusobacterium necrophorum



*Faux*J.

Escherichia coli

ECNiParisJuillet2023 OK NCC (3
QUESTIONS) OK Atelier 14/03/2023-KFP-3
(KFP)

Énoncé du microDCP-[Key Features Problems]

Vous recevez en consultation d'anesthésie Mme A, 28 ans, dans le cadre de sa grossesse.

Elle est à 30 semaines d'aménorrhées ce jour. Sa grossesse est de déroulement normal.

Son obstétricien a donné son accord pour un accouchement par voie basse.

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel type d'anesthésie lui proposez-vous ?

Réponses valides

Anesthésie péridurale lombaire; Péridurale lombaire; Analgésie péridurale lombaire; anesthésie péridurale lombaire; péridurale lombaire; analgésie péridurale lombaire; Anesthésie peridurale lombaire; Peridurale lombaire; Analgesie peridurale lombaire; anesthésie peridurale lombaire; peridurale lombaire; analgesie peridurale lombaire

Référence : OIC-136-11-A

Commentaires :

Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie loco-régionale (ALR). Cette dernière comprend les blocs périphériques et l'anesthésie périmédullaire.

L'anesthésie périmédullaire correspond à une anesthésie autour de la moelle épinière. On distingue :

- La rachianesthésie : ponction unique L2/L3 ou L3/L4 allant jusqu'à l'espace sous-arachnoïdien (comme pour la ponction lombaire), puis injection des anesthésiques locaux. Elle est pratiquée pour les chirurgies pelviennes et des membres inférieurs.
- L'analgésie péridurale : mise en place d'un cathéter péridural (entre la dure-mère et le ligament jaune) à travers lequel les anesthésiques locaux sont injectés. Elle peut être réalisée au niveau lombaire comme thoracique. Son utilisation la plus fréquente est pour le travail obstétrical.

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0: péridurale; peridurale; Péridurale; Peridurale

QUESTION 2 (Type: QRM)

Mme A vous demande les complications potentielles de l'analgésie péridurale.

Quelles sont les complications possibles parmi les suivantes ? (5 réponses attendues)

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Référence : OIC-136-07-A *Commentaires* : Les complications et/ou événements indésirables de cette technique sont :

- Toxicité de l'anesthésique local (lors d'une injection intravasculaire accidentelle ou par dépassement des doses recommandées) engendrant une double toxicité systémique: neurologique, allant jusqu'à la crise convulsive généralisée, et cardiaque, pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque
- Hématome péri-dural le plus souvent favorisé par l'existence d'une coagulopathie préexistante
- Méningite ou un abcès péri-dural
- Hypotension par blocage sympathique engendrant une vasodilatation artério-veineuse.
- Niveau trop élevé du bloc
- Céphalées lorsqu'il s'est produit, lors de la pose de la péri-durale, une brèche dure-mérienne
- Difficultés mictionnelles allant jusqu'à la rétention aiguë d'urine
- Neuropathie par lésion mécanique directe ou toxique du nerf L'analgésie obstétricale ayant un niveau lombaire, si cette complication survient, il s'agira d'une paraplégie et non tétraplégie (complication rare).
- Analgésie insuffisante

*Faux*A.

Tétraplégie

*Valide*B.

Brèche dure-mérienne

*Faux*C.

Lombalgie chronique

*Valide*D.

Hématome péri-dural

*Faux*E.

Endométrite

*Faux*F.

Prééclampsie

*Valide*G.

Hypotension maternelle

FauxH.

Hémorragie de la délivrance

ValideI.

Méningite

ValideJ.

Analgésie insuffisante

QUESTION 3 (Type: QRM)

Mme A ne souhaite pas d'anesthésie péridurale (APD).

Que lui répondez-vous ?

Références : OIC-136-11-A, OIC-136-07-A, OIC-136-03-A Commentaires :

- A : la technique de référence en analgésie obstétricale est la péridurale lombaire
- B : une des contre-indications à l'ALR (quel qu'en soit sa technique) est le refus du patient
- C : même si lors de la consultation d'anesthésie, elle exprime son souhait d'accoucher sans APD, elle peut revenir sur sa décision à tout moment jusqu'à la naissance de l'enfant. De plus, en cas de complication, l'anesthésiste interviendra.
- E : Tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale, doit avoir une consultation pré-anesthésique

ValideA.

L'APD est la technique d'analgésie la plus efficace au cours du travail

ValideB.

Elle peut refuser l'APD

FauxC.

Si elle refuse, elle ne pourra pas solliciter l'anesthésiste lors de sa mise en travail

ValideD.

Les anesthésiques locaux ne traversent pas la barrière placentaire



*Valide*E.

La consultation pré-anesthésique est obligatoire

ECNiParisJuillet2023 OK NCC (4 QUESTIONS) OK Atelier 13/12/2022-OK-NCC1 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez en consultation madame A. 37 ans.

Elle se présente avec les résultats d'un test HPV montrant la présence d'un HPV 18.

Le résultat de la cytologie cervico-utérine reflexe réalisée est : LIEHG/HSIL (Lésion intra-épithéliale de haut grade).

Madame A. fume 10 cigarettes par jour. Elle est nulligeste et prend une contraception microprogestative.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Depuis 2019, concernant les modalités du programme de dépistage organisé des lésions précancéreuses du col utérin, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

Commentaire pédagogique de correction:



*Faux*A.

Examen cytologique par frottis cervico-utérin entre 20 et 30 ans et test HPV à partir de 30 ans



*Faux*B.

Examen cytologique par frottis cervico-utérin entre 15 et 25 ans et test HPV à partir de 25 ans



*Valide*C.

Examen cytologique par frottis cervico-utérin entre 25 et 30 ans et test HPV à partir de 30 ans



*Faux*D.

Examen cytologique par frottis cervico-utérin entre 25 et 35 ans et test HPV à partir de 35 ans



*Faux*E.

Examen cytologique par frottis cervico-utérin entre 20 et 30 ans et test HPV à partir de 30 ans

QUESTION 2 (Type: QROC)

Quel examen faut-il pratiquer chez cette patiente ?

Réponses valides

Colposcopie

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0:

QUESTION 3 (Type: QRM)

Quel(s) est (sont) le(s) produit(s) qui vont être appliqué(s) sur la muqueuse du vagin et du col utérin lors de la colposcopie qui va être réalisée ?

Commentaire pédagogique de correction:



*Faux*A.

Acide tranexamique

FAUX : Antifibrinolytique utilisé pour diminuer les saignements



*Valide*B.

Acide acétique



*Valide*C.

Vert d'indocyanine

FAUX : Marqueur fluorescent utilisé entre autres pour la détection des ganglions sentinelles en gynécologie



*Valide*D.

Lugol



*Faux*E.

Bleu patente

FAUX : Marqueur colorimétrique utilisé pour la détection des ganglions sentinelles axillaires en chirurgie du sein

QUESTION 4 (Type: QRU)

Vous avez réalisé une colposcopie et une biopsie du col utérin qui met en évidence une lésion intra-épithéliale de haut grade histologique. Vous posez une indication de conisation pour le traitement de cette lésion.

L'examen anatomopathologique de la pièce de conisation retrouve la présence d'un carcinome épidermoïde du col utérin de 6 mm atteignant la limite exocervicale.

Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention ?

Commentaire pédagogique de correction:



*Valide*A.

IRM abdomino-pelvienne



*Faux*B.

TEP-TDM



*Faux*C.

Scintigraphie osseuse



*Faux*D.

TDM thoraco-abdomino-pelvienne

 FauxE.

Echographie pelvienne

ECNiParisJuillet2023 OK NCC (3 QUESTIONS) OK Atelier 13/12/2022-OK NCC-2-KFP 1Chirurgie (KFP)

Énoncé du microDCP-[Key Features Problems]

Une femme âgée de 60 ans consulte pour des métrorragies alors qu'elle ne saignait plus du tout depuis 5 ans. L'échographie pelvienne retrouve un endomètre épaissi à 20 mm.

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel diagnostic devez-vous éliminer en priorité ? 4 mots maximum

Réponses valides

Cancer de l'endomètre; tumeur de l'endomètre; Cancer endomètre; tumeur endomètre; tumeur du corps utérin

Commentaire : des métrorragies post ménopausiques doivent faire évoquer en première intention un cancer de l'endomètre.

Item 300. Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

Rang A (connaître les circonstances de découverte du cancer du corps utérin)

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0:

QUESTION 2 (Type: QROC)

Vous suspectez un cancer de l'endomètre. Que décidez-vous de réaliser en consultation ?

Réponses valides

Biopsie d'endomètre; Biopsie d'endometre; biopsie d'endomètre; biopsie d'endometre;
Biopsie endomètre; Biopsie endometre; biopsie endomètre; biopsie endometre;

Commentaire : la biopsie est réalisée en consultation par voie vaginale à l'aide d'une pipelle de Cornier, sans anesthésie. Elle n'a de valeur que positive. Dans le cas contraire, il faudra réaliser une biopsie par hystérocopie, généralement sous anesthésie générale au bloc opératoire.

Item 300. Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

Rang A (savoir diagnostiquer cliniquement du cancer du corps utérin)

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0:

QUESTION 3 (Type: QRM)

La biopsie a confirmé un cancer de l'endomètre. Quels sont les 2 examens complémentaires que vous demandez parmi les suivants ?

Item 300. Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

Rang B. Connaître la stratégie d'exploration par imagerie d'une tumeur du corps utérin

Commentaire pédagogique de correction:

*Valide*A.

IRM abdomino-pelvienne

*Faux*B.

CA15.3

*Faux*C.

Scintigraphie osseuse



*Faux*D.

ACE



*Faux*E.

CA19.9



*Valide*F.

TEP-TDM



*Faux*G.

IRM cérébrale



*Faux*H.

Radiographie de thorax



*Faux*I.

Echographie hépatique



*Faux*J.

Alpha-foeto-protéine

ECNiParisJuillet2023 OK NCC (4 QUESTIONS) OK Atelier 03/04/2023- Dermato-Docimo-mDP1 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Une patiente de 27 ans vient vous voir pour la première fois en consultation de médecine interne pour le suivi d'une maladie lupique diagnostiquée l'année dernière, devant une atteinte cutanée typique et des arthralgies inflammatoires. Elle vous demande d'abord des informations générales concernant sa maladie.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Vous pouvez affirmer qu'elle est ? **(une ou plusieurs réponses exactes)**

A = lupus non spécifique d'organe

Commentaire pédagogique de correction:

C = lupus = auto-immun pas auto-inflammatoire

*Faux*A.

Spécifique d'organe

*Valide*B.

Chronique

*Faux*C.

Auto-inflammatoire

*Valide*D.

Rare

*Valide*E.

Plus fréquente chez les femmes

QUESTION 2 (Type: QRM)

Elle va bien depuis qu'elle prend de l'Hydroxychloroquine. L'interrogatoire ne retrouve pas de fièvre, de signe fonctionnel, et l'examen physique de la patiente est parfaitement normal.

Quel(s) élément(s) du bilan biologique est (sont) réalisé(s) pour le suivi ?

A = nécessaire pour suivi du myélome, mais pas ici

Commentaire pédagogique de correction:

D = on ne suit pas le bilan martial et inflammatoire au cours d'un lupus

*Faux*A.

Immuno-electrophorèse des protéines sériques (Immunofixation)

*Valide*B.

Dosage du complément

*Valide*C.

Anticorps anti-ADN natifs (double brin)

*Faux*D.

Ferritine

*Valide*E.

Bandelette urinaire

QUESTION 3 (Type: QRU)

Quelle atteinte d'organe de pronostic défavorable du lupus est la plus fréquente ? (QRU)

D et E : très rares au cours du lupus

Commentaire pédagogique de correction:

articulaire et cutané : pas/peu d'impact en terme pronostic, y compris fonctionnel pour les articulations

*Faux*A.

Articulaire

*Faux*B.

Cutanée

*Valide*C.

Rénale

FauxD.

Digestive

FauxE.

Oculaire

QUESTION 4 (Type: QRU)

Elle vous apporte le résultat du bilan de sa cousine, qui ne se plaint de rien, mais à qui le médecin traitant a prescrit un examen de dépistage, et qui montre la présence d'anticorps anti-nucléaire (1/320), de fluorescence homogène sans spécificité.

Vous voyez la cousine en consultation avec un examen physique, un bilan sanguin et urinaire complets intégralement normaux.

Quel diagnostic peut être posé ?

Commentaire pédagogique de correction:

Réponse : A = la présence d'AAN isolés dans la population générale se voit fréquemment, et il n'y a le plus souvent pas de connectivité associée (Ac NON spécifique).

C'est la clinique qui fait la maladie, pas un anticorps.

ValideA.

Absence de maladie auto-immune

FauxB.

Sclérodémie systémique débutante

FauxC.

Lupus systémique débutant

FauxD.

Connectivité mixte débutante

ECNiParisJuillet2024_UVSQ (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRM)

Des parents demandent des conseils pour les soins de leur fils de 16 ans qui semble présenter un trouble de l'usage de cannabis et qui vit chez eux. Quels soins peuvent leur être conseillés ? (une ou plusieurs bonnes réponses possible)

- 1- Auprès de leur Centre Médico-psychologique
- 2- Auprès de leur médecin généraliste
- 3- Auprès de l'ELSA (Equipe de Liaison en Soins Addictologiques)
- 4- Une hospitalisation libre en psychiatrie
- 5- En CSAPA (Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou en CJC (consultations jeunes consommateurs)

(Bonnes réponses : 2.5)

Commentaire pédagogique de correction:

Correction :

1F Le CMP n'est pas indiqué en cas de trouble addictifs sans comorbidité psychiatrique

3F : l'ELSA est indiquée si la personne est hospitalisée

4 F : il n'y a pas d'indication à une hospitalisation mais à des soins ambulatoires

*Faux*A.

Auprès de leur Centre Médico-psychologique

*Valide*B.

Auprès de leur médecin généraliste

*Faux*C.

Auprès de l'ELSA (Equipe de Liaison en Soins Addictologiques)

*Faux*D.

Une hospitalisation libre en psychiatrie

*Valide*E.

En CSAPA (Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou en CJC (consultations jeunes consommateurs)

QUESTION 2 (Type: QRU)

Vous recevez en consultation Madame B 67 ans a qui vous avez fait réaliser un scanner thoracique pour douleurs thoraciques évoluant depuis 5 mois, elle a aussi présenté des crachats hémoptoïques. Madame B est une comptable à la retraite, elle fume un demi paquet de cigarette depuis l'âge de 17 ans.

Le scanner thoracique retrouve les éléments suivants :

Parmi les examens suivants, lequel vous semble adapté en première intention pour faire le diagnostic histologique de cette lésion ?

Le diagnostic le plus probable est celui de cancer du poumon, la patiente a 66 ans et est tabagique à 25 PA. La lésion est supra centimétrique, de contours irréguliers et spiculés, avec rétraction pleurale. La patiente a présenté une douleur thoracique avec des crachats hémoptoïques

Cette lésion est facilement accessible par ponction transpariétale, elle est de grande taille, solide et périphérique. Le poumon sous-jacent ne semble pas pathologique.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Le dosage des marqueurs sériques n'est pas indiqué pour faire le diagnostic histologique d'un cancer du poumon

L'écho-endoscopie bronchique permet de réaliser des biopsies d'adénopathies para-trachéales et péri bronchiques proximales.

La médiastinoscopie permet est un geste chirurgicale permettant de biopsier des adénopathies para-trachéales et péribronchiques proximales.

La vidéothoracoscopie n'est pas l'examen diagnostic à proposer en première intention. En cas de résultat non contributif de la biopsie sous scanner un diagnostic par biopsies pulmonaires sous vidéothoracoscopie peut être envisagé.

FauxA.

L'écho-endoscopie bronchique

FauxB.

La vidéothoracoscopie

FauxC.

La médiastinoscopie

ValideD.

La ponction-biopsie transpariétale à l'aiguille

FauxE.

Le dosage de marqueurs tumoraux sériques

QUESTION 3 (Type: QROC)

Vous recevez en consultation une patiente de 35 ans se présentant pour douleurs thoraciques droites. La patiente n'est pas fumeuse, elle a comme antécédent une infertilité pour laquelle elle n'est pas suivie. Les douleurs thoraciques évoluent depuis plusieurs années et sont cycliques, elles ne sont pas apparues brutalement. Elles sont toujours du côté droit et cèdent spontanément après quelques jours.

Elle consulte aujourd'hui car les douleurs sont plus intenses et se sent essoufflée.

L'examen clinique retrouve une douleur thoracique majorée à l'inspiration et à la toux, la palpation du thorax est sans particularité, à l'auscultation il n'y a pas de murmure vésiculaire droit, l'auscultation de l'hémithorax gauche est normal. La tension est à 120/80, la SpO2 à 98%, la fréquence cardiaque à 90 bpm.

La radiographie thoracique est la suivante :

Quel diagnostic évoquez-vous ? (3 mots maximum)

L'examen clinique est en faveur d'un pneumothorax droit : Douleurs thoraciques se majorant à l'inspiration et à la toux, diminution du murmure vésiculaire.

Commentaire pédagogique de correction:

Le caractère cyclique de ces douleurs, l'âge de la patiente, son statut non tabagique, la latéralité et l'antécédent d'infertilité évoque le caractère cataménial.

Réponses valides

Pneumothorax cataménial;Pneumothorax sur endométriose

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: Pneumothorax

Poids (en Kg) 0.5: endométriose

QUESTION 4 (Type: QRM)

Vous recevez une patiente âgée de 18 ans pour anomalies de l'hémogramme, fait dans un contexte d'asthénie d'installation progressive.

A l'interrogatoire, elle n'a aucun antécédent personnel ni familial, elle n'a pas de plainte en dehors de l'asthénie. Vous constatez une pâleur cutanéomuqueuse et une tachycardie à 90 minutes au repos.

La température est à 37°C, La pression artérielle est à 110/80. Il n'y a pas d'autre symptôme.

L'hémogramme est le suivant : Hb 6.5 g/dL, VGM 68, CCMH 28 g/dL, leucocytes 7 G/L, PNN 4.5 G/L, lymphocytes 2,0 G/L, monocytes 0.5 G/L, plaquettes 600 G/L.

Quel(s) examens(s) prescrivez-vous ? (une ou plusieurs réponses possible)

Commentaire pédagogique de correction:

Le tableau est typique d'une anémie par carence martiale. Terrain : femme jeune, probable perte sanguine lors des règles, anémie profonde microcytaire et hypochrome, bien toléré car d'installation progressive. La thrombocytose est fréquente en cas de carence martiale. Le seul examen à faire est la ferritinémie qui sera effondrée. La CRP n'est pas utile car il n'y a pas de contexte inflammatoire. Le fer sérique seul ne peut être interprété. En l'absence de signe de mauvaise tolérance de l'anémie, il n'y a pas d'indication à une transfusion sanguine chez une femme jeune, la supplémentation martiale permettra la correction de l'anémie.

*Faux*A.

Réticulocytes

*Faux*B.

Fer sérique

*Valide*C.

Ferritinémie

*Faux*D.

CRP

*Faux*E.

Groupe sanguin

QUESTION 5 (Type: QRM)

Vous êtes médecin en réanimation infectieuse et vous avez dans votre service M. A., patient de 32 ans sans antécédent particulier, qui a présenté un tableau de choc septique sur une péritonite qui a été opérée en urgence. L'évolution est favorable sous antibiothérapie adaptée et support vasopresseurs par noradrénaline. Alors que les antibiotiques sont terminés, vous vous apprêtez à le sevrer en catécholamines, mais le patient redevient fébrile à 38,9°C et majore de nouveau ses besoins en noradrénaline. Vous réalisez des hémocultures, un traitement antibiotique large spectre, une imagerie de contrôle qui ne montre pas de complication au niveau de sa chirurgie digestive. Après 36h d'antibiothérapie, le laboratoire vous appelle pour vous informer de la présence d'une hémoculture qui pousse à levures à l'examen direct, la culture est en cours.

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) vraie(s) ? (une ou plusieurs bonne réponse possible)

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

*Il s'agit ici d'un patient présentant de multiples facteurs de risque de présenter une candidémie, à savoir le contexte de soins invasifs en réanimation, notamment après une chirurgie digestive. Sauf contextes particuliers, la grande majorité des fongémies correspondent à des candidémies (et donc à *Candida spp.*). Le traitement est à instaurer en urgence, en probabiliste, sans attendre l'identification, avec utilisation d'une échinocandine en première intention. Le bilan d'extension doit comporter une échographie cardiaque et un fond d'œil à minima.*

Faux A.

L'hémoculture poussant chez ce patient correspond très probablement à un cryptocoque dans ce contexte

Valide B.

L'hémoculture poussant chez ce patient correspond très probablement à un *Candida spp.* et est une urgence thérapeutique

Valide C.

Je démarre un traitement par échinocandine en IV

Valide D.

Une échographie trans-thoracique est indiquée

Faux E.

L'hémoculture poussant chez ce patient correspond très probablement à un *Candida spp.* et est une très probable contamination qui n'est pas à prendre en compte

ECNiParisJuillet2024_UVSQ (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez en consultation M. F, 45 ans, pour des lésions cutanées prurigineuses évoluant depuis plusieurs années qu'il n'a jamais traitées. Il a pour principaux antécédents un diabète de type 2 sous metformine, une hypertension artérielle sous bisoprolol et un alcoolisme chronique sevré actuellement suivi par un addictologue. Il n'a pas d'allergie connue.

Concernant ses lésions cutanées, elles sont apparues à la suite d'un licenciement. Il n'a pas retrouvé de travail depuis. Pas de nouveaux médicaments introduits à cette période. Les lésions cutanées ont débuté sur les coudes et les genoux puis se sont étendues (cf. image). Il dit que le cuir chevelu est également atteint. Les lésions ne sont ni prurigineuses ni douloureuses. Il n'y a pas de lésions muqueuses associées.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Parmi les propositions suivantes, laquelle correspond selon-vous au diagnostic du patient ?

Item 117 / Psoriasis

Rang A / Savoir diagnostiquer un psoriasis en plaque classique

Le patient a des plaques érythémato-squameuses bien limitées et ovalaires. La couche squameuse est épaisse et blanchâtre. Cliniquement, ces lésions sont évocatrices de psoriasis en plaque.

Par ailleurs, les plaques sont apparues après un épisode stressant et ils rapportent des facteurs de risque comme l'alcool et un traitement par beta-bloquant. Ces éléments renforcent le diagnostic de psoriasis en plaque.

Commentaire pédagogique de correction:

Concernant les autres propositions :

- Lichen plan : lésions de petites tailles, violines, brillantes, prédominant sur les membres avec prurit féroce. Pas compatible avec la clinique de l'image.

- Syphilis secondaire : lésions cuivrées, monomorphes avec une collerette desquamative. Pas compatible avec la clinique de l'image. Par ailleurs, éruption rapide de l'éruption, non compatible avec une dermatose chronique sur plusieurs années. De plus, pas de notion de rapport sexuel à risque.

- Dermate atopique : lésions érythémateuses, suintantes, mal limités prédominant sur les plis des coudes et des genoux ou le visage. Pas compatible avec la clinique de l'image.

- Pemphigus vulgaire : lésions érosives douloureuses ou bulles flasques. Atteinte muqueuses associée. Pas compatible avec la clinique de l'image

*Faux*A.

Lichen plan

*Faux*B.

Syphilis secondaire

*Faux*C.

Dermatite atopique

Valide D.

Psoriasis en plaque

Faux E.

Pemphigus vulgaire

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous effectuez les scores habituels du psoriasis : le DLQI est à 7/30 et le PASI à 8,2/72. Le psoriasis de votre patient n'est donc pas « modéré à sévère ». Vous souhaitez donc débiter par un traitement local par dermocorticoïdes.

Parmi les propositions suivantes, quelles consignes d'applications des dermocorticoïdes données-vous à votre patient ? (une ou plusieurs bonnes réponses possible)

Item 117 / Psoriasis

Rang B / Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique du psoriasis

Les dermocorticoïdes doivent être appliqués une fois par jour (effet « réservoir » de la couche cornée) pendant 1 à 3 semaines en traitement d'attaque puis deux fois par semaine en traitement d'entretien.

Commentaire pédagogique de correction:

Concernant la galénique, il faut privilégier la crème ou la pommade pour les lésions sèches. Il faut éviter la pommade dans les plis, car il y a un risque de macération. Pour le cuir chevelu, il faut plutôt des lotions ou des shampoings.

Pour augmenter l'efficacité des dermocorticoïdes, on peut réaliser une occlusion notamment sur les paumes et les plantes.

Bien sûr, il est possible d'associer les dermocorticoïdes aux autres traitements du psoriasis.

Valide A.

Les dermocorticoïdes peuvent être associés aux autres traitements du psoriasis

Faux B.

Les dermocorticoïdes ne doivent pas être appliqués en occlusion sur les mains



Faux C.

Les dermocorticoïdes en pommade doivent être appliqués sur le cuir chevelu



Valide D.

Les dermocorticoïdes peuvent être appliqués deux par semaine en traitement d'entretien



Faux E.

Les dermocorticoïdes doivent être appliqués plusieurs fois par jour

QUESTION 3 (Type: QRM)

Vous revoyez le patient en consultation 3 mois après l'introduction des dermocorticoïdes. Il vous dit que cela n'a pas marché et que les lésions se sont étendues.

Vous effectuez à nouveau les scores habituels du psoriasis : le DLQI est à 12/30 et le PASI à 17,4/72.

Quels sont les traitements systémiques que vous pouvez proposer à votre patient ? (une ou plusieurs bonnes réponses possible)

Item 117 / Psoriasis

Rang B / Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique du psoriasis

Les scores PASI et DLQI classent le patient en psoriasis « modéré à sévère », ce qui doit faire proposer un traitement systémique au patient.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Les traitements systémiques possibles en première ligne sont :

- Acitrétine

- Méthotrexate

- Ciclosporine

On peut également proposer une photothérapie (UVB ou PUVA).

Si échec ou intolérance de ces traitements à au moins deux agents systémiques, on proposera alors l'apremilast ou une biothérapie selon le profil du patient.

Dans le cas présent, le patient avait une contre-indication à la ciclosporine (HTA) mais il est possible de proposer le méthotrexate, l'acitrétine et la photothérapie. Si échec du méthotrexate et/ou de la photothérapie, on pourra alors lui proposer une biothérapie.

*Valide*A.

Méthotrexate

*Faux*B.

Ciclosporine

*Valide*C.

Acitrétine

*Faux*D.

Apremilast

*Faux*E.

Anti-TNF alpha

ECNiParisJuillet2024_UVSQ (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez aux Urgences Obstétricales le 2 janvier, Mme D, 36 ans, future primipare au terme de 29 semaines d'aménorrhée et 4 jours pour une fièvre à 39°6.

Elle présente comme antécédents une appendicectomie et des cystites à répétition.

Il s'agit de sa première grossesse. Elle est immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole. Le reste de ses sérologies retrouve : AgHBS négatif, VIH négatif, Syphilis négatif. Elle de groupe sanguin O rhésus positif. Le dépistage de la trisomie 21 était à 1/10000. La glycémie à jeun du premier trimestre était à 0.98g/l. Elle se plaint de céphalées. Elle tousse et est enrhumée. Elle n'a pas de douleur abdominale.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Dans le cadre de son suivi de grossesse, quel(s) examen(s) aurai(en)t pu lui être proposé(s) compte tenu des informations dont vous disposez ? (une ou plusieurs bonnes réponses possible)

Le dépistage du diabète gestationnel est réalisé sur facteurs de risque (Age \geq 35 ans, IMC \geq 25kg/m², Antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosomie, antécédent familial au 1^{er} degré de diabète de type 2) par une glycémie à jeun au premier trimestre. Si celle-ci est normale ($<$ 0.92g/l), le dépistage est complété par l'HGPO 75g entre 24 et 28SA. Dans ce dossier, la patiente a 36 ans. Sa glycémie du 1^{er} trimestre est pathologique. Elle a donc un diabète gestationnel dépisté dès le premier trimestre. Il n'y a pas lieu de confirmer le diagnostic par une HGPO.

L'ECBU est réalisé tous les mois car la patiente a un antécédent de cystites à répétitions.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Le génotypage du rhésus fœtal est réalisé au 1^{er} trimestre de la grossesse chez les patientes de rhésus négatif.

Le test ADNcT21 est proposé à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale est compris entre 1 pour 1 000 et 1 pour 51 à l'issue du dépistage par dosage des marqueurs sériques (à titre principal, dépistage combiné du premier trimestre) (rang B)

Le prélèvement vaginal à la recherche du streptocoque B est réalisée en fin de grossesse. Dans le référentiel, il est prescrit au 8^{ème} mois, entre 32 et 37SA.

Faux A.

Hyperglycémie orale provoquée par 75g de sucre

Valide B.

ECBU mensuel

Faux C.

Génotypage du rhésus fœtal

Faux D.

Recherche d'ADN libre circulant de la trisomie 21 (test ADNcT21)

Faux E.

Prélèvement vaginal à la recherche de streptocoque B

QUESTION 2 (Type: QRM)

Quel(s) examen(s) biologique(s) est (sont) à prescrire au cours de sa consultation d'urgence ? (une ou plusieurs bonnes réponses possible)

Devant une fièvre chez une femme enceinte, deux grandes étiologies sont à éliminer

- *la listéria par argument de gravité : Il s'agit d'une infection bactérienne. La bactérie est retrouvée dans les hémocultures, ce qui justifie leur réalisation devant toute fièvre > 38°5 chez la femme enceinte. Toute femme enceinte avec une fièvre est une listéria jusqu'à preuve du contraire, ce qui justifie la prescription d'une antibiothérapie probabiliste.*

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

- *La pyélonéphrite par argument de fréquence : ECBU systématique devant une fièvre chez une femme enceinte*

On réalise également une NFS et une CRP à la recherche d'une hyperleucocytose

La toux ne justifie pas à elle seule la réalisation d'ECBC

Le bilan hépatique n'est réalisé qu'en cas de point d'appel clinique : par exemple une suspicion de cholécystite ou d'angiocholite. Ici, la patiente ne présente pas de douleurs et n'est pas ictérique.

*Valide*A.

RT-PCR Grippe sur prélèvement nasal

*Valide*B.

Hémocultures

*Valide*C.

Examen cyto bactériologique des urines

*Faux*D.

Examen cyto bactériologique des crachats

*Faux*E.

Bilan hépatique complet : ASAT ALAT Gamma GT Phosphatases alcalines bilirubine libre et conjuguée

QUESTION 3 (Type: QRU)

Au cours de votre interrogatoire, la patiente vous explique que les invités du repas du Nouvel-AN ont la même symptomatologie qu'elle (fièvre avec rhinorrhée). Elle ne se plaint pas de brûlures mictionnelles.

Votre examen clinique est rassurant : l'abdomen est souple et dépressible, il n'y a pas de douleur à l'ébranlement des fosses lombaires. L'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité.

Le bilan réalisé met en évidence une hyperleucocytose à 16500 G/L avec une CRP à 5. La RT-PCR Grippe est positive. Vous avez prélevé les hémocultures. Le direct de l'ECBU est négatif. Il n'y pas d'hématurie microscopique ni de leucocyturie significative.

Sur le plan obstétrical, il n'y pas de contractions utérines, pas de perte de liquide, pas de métrorragies. L'échographie obstétricale est rassurante. Le rythme cardiaque fœtal est à 140 bpm bien oscillant et bien réactif.

Quelle est votre prescription prioritaire ?

La patiente présente une grippe : elle a une fièvre associée à une rhinorrhée avec une notion de contagé et un test PCR positif. La pyélonéphrite est peu probable car il n'y pas de douleur à l'ébranlement des fosses lombaires et le direct de l'ECBU est négatif. Le traitement de la grippe repose sur l'oseltamivir associée à des antipyrétiques type paracétamol car les AINS sont contre indiqués au cours de la grossesse (risque de fermeture du canal artériel du fœtus). Devant un diagnostic étiologique évident de fièvre, on peut éliminer la listéria et ne pas traiter par Amoxicilline la patiente. Enfin, il n'y pas de menace d'accouchement prématuré associée donc pas d'indication à une corticothérapie ou une tocolyse.

Commentaire pédagogique de correction:

[Connaître la prise en charge d'une fièvre au cours de la grossesse OIC-024-25-A A](#)

[Connaître le traitement symptomatique OIC-166-11-A RangA](#)

*Faux*A.

Antipyrétiques type anti inflammatoire non stéroïdiens

*Valide*B.

Oseltamivir ou Tamiflu®

*Faux*C.

Corticothérapie anténatale

*Faux*D.

Tocolyse

*Faux*E.

Amoxicilline

QUESTION 4 (Type: QROC)

Elle vous demande ce qu'elle aurait du faire pour éviter d'être infecté par la grippe. En dehors des mesures barrières, sur quelle prise en charge repose la prévention primaire de la grippe chez la femme enceinte ?

Rang A : La vaccination antigrippale est le meilleur moyen de se protéger pour la femme enceinte.

Commentaire pédagogique de correction:

[Connaître les indications du vaccin anti-grippal OIC-166-14-A Rang A](#)

Réponses valides

Vaccination antigrippale;Vaccination grippe;vaccin anti-grippe;vaccin grippe;vaccin anti-grippal;vaccination anti-grippale

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: vaccin

Poids (en Kg) 0.5: vaccination

ECNiParisJuillet2024-Caen-SQI (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRM)

Vous voyez en consultation une adolescente de 12 ans à la demande de ses parents qui s'inquiète de sa petite taille et de son absence de début de puberté. Quelles sont les propositions vraies concernant la puberté?

*Faux*A.

L'âge de maturité osseuse pour démarrer une puberté est de 10 ans chez la fille

*Faux*B.

La longueur utérine > 20 mm à l'échographie pelvienne est le témoin du démarrage pubertaire chez la fille

*Valide*C.

Dans une puberté précoce centrale les taux de LH et FSH augmentent sous stimulation par LH RH

*Faux*D.

La prémature thelarche doit être freinée médicalement

*Valide*E.

L'IRM cérébrale doit toujours être réalisée dans un trouble pubertaire (retard ou précocité)

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous suivez en consultation de pédiatrie un enfant de 12 mois pour son suivi régulier. Ses parents ont remarqué que leur enfant ne réagissait pas systématiquement lorsqu'ils essayaient d'interagir avec lui en lui donnant un jouet. Vous suspectez un trouble visuel chez cet enfant. À quel(s) âge(s) doit-on systématiquement réaliser un dépistage visuel ?

Valide A.

Naissance

Faux B.

3 mois

Valide C.

9 mois

Valide D.

2 ans

Faux E.

8 ans

QUESTION 3 (Type: QRU)

Un patient toxicomane IV de 25 ans vient consulter aux urgences pour altération de l'état général et fièvre. Il présente 40° de température, il frissonne, il est tachycarde à 120/mn avec une TA à 100/60 mmHg. A l'auscultation cardiaque, il présente un souffle diastolique au foyer aortique. Quelle est la proposition exacte concernant les microorganismes responsables d'endocardite infectieuse?

Faux A.

Staphylococcus aureus doit faire rechercher un foyer infectieux dentaire

Valide B.

Staphylococcus aureus doit faire rechercher une porte d'entrée cutanée

Faux C.

Streptococcus gallolyticus doit faire rechercher une porte d'entrée cutanée

*Faux*D.

Enterococcus faecalis doit faire rechercher une infection digestive

*Faux*E.

Candida albicans doit faire rechercher un intertrigo inter orteil

QUESTION 4 (Type: QRM)

Un homme de 35 ans est pris en charge aux urgences d'un hôpital ne disposant pas de coronarographie. Vous devez décider de réaliser une thrombolyse car le centre le plus proche est à plus de 2 heures. A propos des antiagrégants plaquettaires en association à une thrombolyse intraveineuse à la phase aigüe d'un syndrome coronarien aigu, quelles sont les réponses valides?

Commentaire pédagogique de correction:

*Faux*A. L'aspirine est contre-indiquée dans ce cas

*Faux*B. Le clopidogrel est contre-indiqué dans ce cas

*Valide*C.

Le ticagrelor est contre-indiqué dans ce cas

*Valide*D.

Le prasugrel est contre-indiqué dans ce cas

*Faux*E. Une association d'antiagrégants plaquettaires est contre-indiquée en cas de thrombolyse intraveineuse

QUESTION 5 (Type: QRM)

Un jeune patient de 10 ans vous est adressé en consultation pour une suspicion d'HTA de l'enfant. Il présente des chiffres tensionnels aux alentours de 135/85 mmHg de façon répétée. Vous retrouvez les mêmes chiffres lors de votre consultations. A propos l'hypertension artérielle (HTA) chez l'enfant, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

*Faux*A. La réalisation d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle chez l'enfant consiste à réaliser des mesures au domicile par les parents

*Faux*B. La prévalence de l'HTA chez l'enfant est de 8%

*Faux*C.

L'HTA est considérée comme essentielle jusqu'à la preuve du contraire

*Valide*D. Un bilan phospho-calcique fait partie des examens complémentaires simples dans la conduite diagnostique d'une HTA

*Faux*E. Une tension artérielle à 135/65 mmHg peut être considérée comme normale avant 18 ans

QUESTION 6 (Type: QRM)

Un patient de 70 ans est hospitalisé en cardiologie pour un premier épisode d'insuffisance cardiaque. Il est hypertendu et diabétique. Son BNP est à 4000. L'échographie cardiaque retrouve une FEVG à 35%. Vous arrivez à traiter la surcharge hydrique par diurétiques IV, et vous devez décider d'un traitement au long cours. Quels sont les traitements ayant l'AMM en cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée (<40%)?

*Valide*A.

Les IEC

*Valide*B.

Un ARNi

*Valide*C.

Les diurétiques de l'anse

*Valide*D.

L'ivabradine

*Valide*E.

Les inhibiteurs des SGLT2

QUESTION 7 (Type: QRM)

Un patient de 40 ans, tabagique actif, diabétique, hypertendu et en surcharge pondérale est hospitalisé pour un SCA ST- troponine +. Vous allez démarré un traitement alors qu'il est encore aux urgences de votre hôpital. À propos des anticoagulants en contexte de syndrome coronaire aigu (SCA) :

Commentaire pédagogique de correction:

*Faux*A. Les anticoagulants oraux directs (AODs) sont systématiquement indiqués à la phase aigüe d'un SCA.

*Valide*B. Les héparines parentérales (héparines de bas poids moléculaires ou HBPM, héparine non fractionnée ou HNF) sont systématiquement indiquées à la phase aigüe d'un SCA.

*Faux*C.

Aucun anticoagulant ne doit être administré à la phase aigüe d'un SCA.

*Faux*D.

Les anticoagulants oraux directs (AODs) sont systématiquement indiqués à la sortie de l'hôpital en relai de l'anticoagulation parentérale.

*Faux*E. Les anti-vitamines K (AVK) sont systématiquement indiqués à la sortie de l'hôpital en relai de l'anticoagulation parentérale.

QUESTION 8 (Type: QRM)

Un patient vient aux urgences de votre hôpital pour une sensation de palpitations irrégulières. Votre examen clinique est normal, et l'ECG confirme le diagnostic. Vous devez réaliser le bilan étiologique de cette FA. Quelles situations cliniques/biologiques peuvent déclenchées une fibrillation atriale?

*Faux*A.

Une hypothyroïdie

*Valide*B.

Le post-opératoire d'une chirurgie thoracique

*Valide*C.

Une péricardite

*Valide*D.

Un malaise vagal

*Faux*E.

Une hyperkaliémie

QUESTION 9 (Type: QRU)

Vous suivez en consultation pédiatrique un enfant de 12 ans pour un suivi classique. Vous lui trouvez à plusieurs reprises une tension artérielle à 135/90 mm Hg. En ce qui concerne les valeurs de pression artérielle, quelle est la formule permettant d'estimer la valeur du 95ème percentile de la tension artérielle systolique chez l'enfant?

*Faux*A. $100 + 3 \times \text{âge (en année)}$

*Valide*B. $100 + 2 \times \text{âge (en année)}$

*Faux*C. $90 + 3 \times \text{âge (en année)}$

*Faux*D. $90 + 2 \times \text{âge (en année)}$

*Faux*E. $100 + \text{âge (en année)}$

QUESTION 10 (Type: QRM)

Un patient toxicomane IV de 25 ans vient consulter aux urgences pour altération de l'état général et fièvre. Il présente 40° de température, il frissonne, il est tachycarde à 120/mn avec une TA à 100/60 mmHg. A l'auscultation cardiaque, il présente un souffle diastolique au foyer aortique. Parmi les manifestations cliniques suivantes, quelle(s) est(sont) celle(s) qui doi(ven)t vous faire évoquer une endocardite?

*Faux*A.

L'apparition d'un souffle éjectionnel chez une personne ayant un syndrome infectieux

*Valide*B.

L'apparition d'un souffle de régurgitation chez une personne ayant un syndrome infectieux

*Valide*C.

L'existence de lésions violacées et douloureuses localisées au niveau de la pulpe des doigts

*Valide*D.

Des nodules de Roth au fond d'œil

*Valide*E.

La survenue d'une hémiplégie chez un patient fébrile

QUESTION 11 (Type: QRM)

Vous voyez en consultation spécialisée un enfant de 5 ans pour une suspicion d'hypertension artérielle. Vous confirmez des chiffres de tension artérielle à 120/80 mmHg. Vous réalisez un examen clinique tout en interrogeant ses parents. Quel(s) est (sont) le (les) symptôme(s) devant amener à évoquer une hypertension artérielle en pédiatrie ?

*Faux*A.

Rhinorrhée

*Valide*B.

Anorexie

*Valide*C.

Enurésie

*Faux*D.

Infléchissement isolé de la croissance staturale

*Valide*E.

Paralysie faciale

QUESTION 12 (Type: QRM)

Vous êtes de garde aux urgences pédiatrique d'un CHG. Vous voyez en consultation Maxence, 2 mois. Ses parents l'amènent car depuis hier, il mange moins bien. Il semble plus gêné pour respirer depuis le matin et a vomi 2 fois. Vous constatez une fréquence cardiaque à

210/min, une tension artérielle à 70/45 mmHg, une fréquence respiratoire à 75/min, la température est à 38,2°C. Vous n'arrivez pas à prendre la saturation, mais ses lèvres sont cyanosées. Vous suspectez une bronchiolite en cette période épidémique. Toutefois, vous souhaitez éliminer un état de choc cardiogénique. Quels signes cliniques seraient en faveur d'un état de choc de type cardiogénique?

*Valide*A.

Des extrémités froides

*Faux*B.

Un teint rouge

*Faux*C.

Un pli cutané

*Valide*D.

Une hépatomégalie

*Faux*E.

Des pouls bondissants

QUESTION 13 (Type: QRM)

Une jeune fille de 10 ans vous est adressée en consultation spécialisée par son pédiatre référent en raison d'une suspicion d'une pathologie liée à une puberté précoce. Après l'avoir examiné et confirmé le diagnostic évoqué par son pédiatre, vous allez lancer un bilan étiologique à la recherche d'une cause à sa situation clinique. Les causes de puberté précoce peuvent être ?

*Faux*A.

Un syndrome de Klinefelter

*Valide*B.

Tumeur ovarienne

*Valide*C.

Un hamartome cérébral

*Faux*D.

Une maladie auto-immune

*Valide*E.

Idiopathique

QUESTION 14 (Type: QRM)

Un Homme de 35 ans, vient consulter pour une HTA résistante à une trithérapie anti-hypertensive. Il reste à 160/90 mmHg malgré une association bêta-bloquant, diurétique et IEC. Vous suspectez une HTA secondaire et allez démarrer un bilan biologique et paraclinique. Dans ce contexte d'HTA résistante, quel est le bilan paraclinique initial minimal d'un patient hypertendu ?

*Valide*A.

Une natrémie, kaliémie, créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire,

*Faux*B.

Un bilan thyroïdien

*Faux*C.

Une échographie cardiaque

*Valide*D.

Une glycémie à jeun

*Valide*E.

Une exploration d'une anomalie lipidique à jeun

QUESTION 15 (Type: QRM)

Un homme de 85 ans a été diagnostiqué avoir un adénocarcinome du pancréas. Une demande d'abstention thérapeutique a été demandée par le patient et par sa famille. Il est déjà hospitalisé en EHPAD. Concernant l'organisation des soins palliatifs en France :

*Faux*A. Les services hospitaliers avec Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) n'ont pas besoin des compétences d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

*Valide*B. Les Unités de Soins Palliatifs sont réservées aux situations palliatives les plus complexes.

*Valide*C. Un médecin traitant peut contacter directement une Equipe Mobile de Soins Palliatifs.

*Valide*D. Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) peut intervenir en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

*Faux*E. L'intervention de professionnels de soins palliatifs est indispensable pour tout patient en soins palliatifs.

QUESTION 16 (Type: QRU)

Un patient en fin de vie de 75 ans hospitalisé en service médecine générale se plaint d'être très algique sur des douleurs osseuses d'un myélome multiple. Vous vous posez la question de démarrer un traitement antalgique adapté à sa situation et son état clinique d'insuffisant rénal et hépatique. Concernant le surdosage en opioïde fort, cochez la réponse juste :

*Faux*A. L'antidote de la morphine est la nalbuphine.

*Faux*B. Un surdosage est suspecté quand le patient a une fréquence respiratoire $>$ ou $=$ à 10 et a des troubles de la conscience (patient somnolent ne répondant plus à la stimulation verbale).

*Faux*C. Contre-indique de façon définitive toute reprise de l'opioïde fort en question.

*Valide*D. Le myosis n'est pas un signe de surdosage.

*Faux*E. Un surdosage en opioïde fort est suspecté si le patient présente des hallucinations visuelles.

QUESTION 17 (Type: QRM)

Un Homme de 35 ans, vient consulter pour une HTA résistante à une trithérapie anti-hypertensive. Il reste à 160/90 mmHg malgré une association bêta-bloquant, diurétique et IEC. Vous suspectez une HTA secondaire et allez démarrer un bilan biologique et paraclinique. Dans ce contexte d'HTA résistante, quelles sont les causes secondaires d'HTA ?

*Valide*A.

Hyperplasie bilatérale des surrénales

*Faux*B.

Hypothyroïdie

*Valide*C.

Ingestion de réglisse

*Valide*D.

Pilule oestro-progestative

*Faux*E.

sténose unilatérale de l'artère rénale

QUESTION 18 (Type: QRM)

Vous prenez en charge un enfant pour une tuberculose diagnostiquée suite à une fièvre prolongée inexpliquée. Vous devez expliquer à ses parents la conduite à tenir par rapport à ce diagnostic. Concernant la tuberculose de l'enfant, quelle(s) est(sont la(es) réponse(s) exacte(s)?

*Faux*A. Chez l'enfant de moins de 2 ans non immunodéprimé, exposé à un cas de tuberculose pulmonaire supposée non multirésistante, le traitement prophylactique d'une ITL n'est pas nécessaire.

*Valide*B. Chez un enfant de plus de 5 ans immunocompétent, une radiographie de thorax normale et un test de l'immunité antimycobactérienne type IDR négatif, réalisé 10 semaines après le dernier contact avec le patient atteint de tuberculose maladie suffisent à arrêter la surveillance.

*Valide*C. Le traitement de la tuberculose-maladie non compliquée de l'enfant associe : une trithérapie : isoniazide + rifampicine + pyrazinamide pendant 2 mois puis une bithérapie : isoniazide + rifampicine pendant 4 mois.

*Faux*D. le complexe primaire associant nodule parenchymateux et adénopathie satellite est la forme radiographique la plus classique chez l'enfant.

*Valide*E. La procédure de déclaration obligatoire comporte 2 éléments : le signalement au centre de lutte anti-tuberculeuse et la notification anonyme à l'agence régionale de santé.

QUESTION 19 (Type: QRM)

Un enfant de 10 ans vient consulter en pédiatrie à la demande de son médecin traitant qui le suit depuis plusieurs années. Il lui trouve des chiffres un peu élevés et souhaite votre avis. Parmi les valeurs suivantes de tension artérielle systolique (TAS) selon l'âge, quelle(s) est (sont) celle(s) à considérer comme anormale en fonction de l'âge?

*Valide*A.

TAS à 110 mmHg à 3 ans

*Valide*B.

TAS à 110 mmHg à 4 ans

*Faux*C.

TAS à 110 mmHg à 6 ans

*Faux*D.

TAS à 120 mmHg à 13 ans

*Valide*E.

TAS à 135 mmHg à 15 ans

QUESTION 20 (Type: QRM)

Un homme de 76 ans présente un épisode de fibrillation atriale avec un score CHADS₂vasc à 5. Vous devez démarrer un traitement anticoagulant dès que possible. À propos des anticoagulants oraux, quelle est la réponse valide?

Commentaire pédagogique de correction:

*Faux*A.

La vitamine K (antagoniste des antivitamines K = AVK) est indiquée à la phase aiguë d'une hémorragie grave survenant sous AVK afin de stopper rapidement l'hémorragie



*Faux*B.

Les antivitamines K (AVK) ont un délai d'action très rapide (quelques heures).



*Faux*C.

Les anticoagulants oraux directs (AODs) présentent des interactions médicamenteuses avec les inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4



*Valide*D.

Les anticoagulants oraux directs (AODs) sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale sévère



*Faux*E.

Les antivitamines K (AVK) sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale sévère