

# ECNiParisJuillet2024Nice (DP)

## Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Vous êtes le Neurologue de Garde un jeudi soir, il est 20h00.

Votre premier patient est Mme J., 32 ans, droitère. Elle vous est amenée en ambulance accompagnée de sa sœur pour un déficit hémicorporel gauche au réveil de sa sieste à 15h00. Cette patiente n'a pas d'antécédent, si ce n'est qu'elle vous signale une chute à vélo il y a une semaine avec un discret traumatisme crânien (casquée). Elle ne suit aucun traitement régulier en dehors d'une contraception orale.

Depuis 2 jours, elle a décrit des cervicalgies droites importantes partiellement soulagées à la prise de paracétamol.

Quand vous la voyez aux urgences, vous constatez un déficit moteur de l'hémicorps gauche, ainsi qu'une hypoesthésie. La patiente ne vous regarde absolument pas quand vous vous tenez à sa gauche et dit ne pas comprendre pourquoi sa sœur l'a amenée aux urgences car « tout va bien ». Il existe une chute labiale à gauche, une chute de la paupière droite et une anisocorie avec myosis à droite.

### QUESTION 1 (Type: QRM)

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant l'analyse sémiologique ?

**Commentaire pédagogique** Les 3 principales étiologies du syndrome de Claude Bernard Horner que vous devez connaître pour les EDN sont les pathologies de la terminaison de la carotide interne, le syndrome de Wallenberg et le syndrome de Pancoast Tobias

*Valide*A.

héminégligence gauche

*Valide*B.

paralysie faciale centrale gauche

*Faux*C.

paralysie faciale périphérique droite

*Faux*D.

paralysie faciale périphérique gauche

*Valide*E.

syndrome de Claude Bernard-Horner droit

QUESTION 2 (Type: QRU)

Quel examen réalisez-vous en urgence en première intention dans ce contexte ?

*Faux*A.

angioscanner des troncs supra-aortiques

*Faux*B.

artériographie cérébrale

*Valide*C.

IRM cérébrale non injectée

*Faux*D.

IRM cérébrale injectée

*Faux*E.

tomodensitométrie en céphalique injectée non injecté

QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous disposez maintenant de cet examen :

Qu'en concluez-vous ?

*Faux*A.

AVC hémorragique fronto-pariétal gauche

*Faux*B.

AVC ischémique carotidien droit

*Valide*C.

AVC ischémique sylvien profond droit

*Faux*D.

AVC ischémique sylvien superficiel droit

*Faux*E.

AVC ischémique sylvien total droit

#### QUESTION 4 (Type: QRU)

Que voyez-vous sur cette séquence ?

**Commentaire pédagogique de correction:** C'est la séquence TOF

*Valide*A.

occlusion de l'artère carotide interne droite

*Faux*B.

occlusion de l'artère carotide interne gauche

*Faux*C.

occlusion de l'artère cérébrale moyenne droite

*Faux*D.

occlusion de l'artère cérébrale moyenne gauche

*Faux*E.

absence d'anomalie

#### QUESTION 5 (Type: QRU)

Vous concluez donc qu'il s'agit d'un AVC ischémique sylvien profond droit, constitué en FLAIR, sur potentielle occlusion de la carotide interne droite. Lors du bilan étiologique, vous réalisez cette séquence IRM :

Que concluez-vous ? (QRU)

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

La séquence STIR permet de supprimer du signal de la graisse (inversion-récupération). Elle est particulièrement intéressante en locomoteur (infiltration métastatique, œdème médullaire post-traumatique notamment). Dans le cas présent, c'est la séquence de choix devant une suspicion de dissection des vaisseaux à destinée cérébrale

*Faux*A.

Hypersignal T2 carotidien gauche

*Valide*B.

Hypersignal T1 STIR carotidien droit

*Faux*C.

Hypersignal T1 STIR carotidien gauche

*Faux*D.

Hypersignal T1 STIR vertébral droit

*Faux*E.

Hypersignal T2 carotidien droit

#### QUESTION 6 (Type: QRU)

Quel est votre diagnostic étiologique à ce stade ?

**Commentaire pédagogique de correction:** Pathologie non exceptionnelle, assez régulièrement révélée par un traumatisme : fléau cervical, manipulation « énergétique » du rachis, traumatisme direct, etc...

*Faux*A.

artériosclérose carotidienne droite

*Valide*B.

dissection carotidienne droite

*Faux*C.

embolie carotidienne droite

*Faux*D.

fistule carotido-jugulaire droite

*Faux*E.

thrombophlébite cérébrale droite

#### QUESTION 7 (Type: QRM)

Quelle prise en charge lui proposez-vous à ce stade ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

Il existe une revue de la Bibliothèque Cochrane de 2010 qui compare anticoagulation et anti-agrégation dans cette indication. Elle ne montre pas de différence, mais souligne la médiocre qualité méthodologique des études analysées. Une étude randomisée de 2014 ne montre aucune différence entre les 2 groupes. Là encore, la méthodologie est précaire

*Faux*A.

contrôle tensionnel pour un objectif de 140/90 mmHg

*Valide*B.

dose de charge de 300 mg d'aspirine

*Valide*C.

repos strict en décubitus dorsal (30° maximum)

*Faux*D.

thrombolyse IV

*Faux*E.

thrombectomie

QUESTION 8 (Type: QRM)

Vous ne réalisez donc pas de thrombolyse intraveineuse du fait du caractère déjà constitué de la lésion en FLAIR. Vous hospitalisez votre patiente pour surveillance et introduisez un traitement par anti-agrégation plaquettaire.

Quelle(s) est (sont) indications formelles d'anticoagulation curative, en urgence ou en prévention secondaire, dans les suites d'un AVC ischémique ?

C : après stabilisation de l'AVC et vérification de l'absence de transformation hémorragique.

**Commentaire pédagogique de correction:**

Aussi indiqué dans les AVC sur FOP en cas de fermeture non réalisée

*Faux*A.

AVC ischémique au décours d'une thrombolyse intraveineuse

*Faux*B.

AVC ischémique chez un patient porteur d'une polyglobulie

Valide C.

AVC ischémique d'origine cardio-embolique sur fibrillation auriculaire

Faux D.

AVC ischémique sur sténose serrée d'un vaisseau à destinée cérébrale en attente de chirurgie

Valide E.

thrombophlébite cérébrale dès la phase aiguë

## ECNi Paris juillet 2024 Nice (SIQ)

### Séquence de Questions Isolées

#### QUESTION 1 (Type: QRPL)

Vous voyez aux urgences un homme de 65 ans qui consulte pour fièvre et frissons évoluant depuis 48 heures. Il vous précise qu'il n'a pas réussi à joindre son hématologue qui le suit pour une leucémie aiguë. Il est à 6 jours de sa dernière cure de chimiothérapie, administrée via un cathéter central (PICC line). Ses constantes sont les suivantes : PA : 110-65 mm Hg, pouls : 110 bpm, température auriculaire : 39,6°C, SpO<sub>2</sub> : 92% en air ambiant, glycémie capillaire : 1,8 g/L. Il est asthénique, en bon état général. Vous constatez quelques hématomes superficiels. L'orifice du cathéter veineux est inflammatoire, avec un écoulement sale. Le reste de votre examen est sans particularité. L'hémogramme réalisé à l'arrivée montre 200 PNN/L.

Vous décidez de débiter une antibiothérapie probabiliste après prélèvements. Quels examens prévoyez-vous ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

La porte d'entrée la plus probable est l'infection du cathéter, à confirmer par hémocultures sur cathéter et en périphérie. Le différentiel de temps de pousse (2 heures) est en faveur de l'infection du cathéter. Les germes les plus fréquemment en cause sont les BGN, incluant *P. aeruginosa* et les cocci à Gram positif (*S. aureus* et Staphylocoques à coagulase négative surtout)

Faux A.

angioscanner thoraco-abdominal

Faux B.

antigénémie *Aspergillus*



*Faux*C.

antigénurie Légionelle



*Faux*D.

antigénurie Pneumocoque



*Faux*E.

cliché thoracique



*Faux*F.

coproculture



*Faux*G.

échocardiographie



*Faux*H.

écouvillonnage buccal



*Faux*I.

écouvillonnage rectal



*Faux*J.

examen cyto bactériologique des urines



*Faux*K.

examen parasitologique des selles



*Valide*L.

hémocultures en périphérie

Valide M.

hémocultures via le cathéter

Faux N.

PCR Covid

Faux O.

PCR Multiplex sur prélèvement pharyngé

Faux P.

recherche de *C. difficile* dans les selles

Faux Q.

recherche de toxines de *C. difficile* dans les selles

## QUESTION 2 (Type: QRPL)

Vous voyez aux urgences un homme de 53 ans qui consulte pour des céphalées insupportables, résistant à tout ce qu'il a essayé (paracétamol, ibuprofène, tramadol). Il n'a pas d'antécédent notable en dehors d'une intoxication éthylo-tabagique active. Les céphalées siègent sur l'hémicrâne gauche et évoluent par poussées depuis 3 jours. L'œil gauche est inflammatoire et larmoie. La pupille est en myosis. Il présente également un écoulement nasal clair. Le reste de l'examen est sans anomalie significative.

Quel traitement de première intention lui proposez-vous ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Le sumatriptan n'a l'AMM en France qu'en SC. Le zolmitriptan en spray nasal à l'AMM européenne, mais n'est pas disponible en France. Une revue de la bibliothèque Cochrane ne recommande que les formes SC ou en spray de triptans.

B, K, L et M : traitement de fond (vérapamil PO)

Faux A.

kétoprofène injectable

Faux B.

lithium



*Faux*C.

méthylprednisolone IV

*Faux*D.

morphine en titration

*Valide*E.

O<sub>2</sub> au masque facial

*Faux*F.

paracétamol injectable

*Faux*G.

sumatriptan per os

*Valide*H.

sumatriptan SC

*Faux*I.

zolmitriptan en spray nasal

*Faux*J.

zolmitriptan PO

*Faux*K.

topiramate

*Faux*L.

valproate



*Faux*M.

vérapamil IVD

### QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous voyez aux urgences un homme de 56 ans qui consulte pour une douleur rétrosternale, irradiant vers la nuque et le dos. Il présente des nausées, des sueurs froides et des éructations. Il a des antécédents d'HTA et de dyslipidémie traitées. Il présente également une intoxication éthylo-tabagique active. Votre première hypothèse est une dissection aortique. Vous prescrivez donc un angioscanner thoraco-abdominal. Les premiers résultats montrent une créatinine à 160 micromol/L, ce qui lui donne un DFG à 45 mL/min/m<sup>2</sup>.

Quelle est votre prochaine décision ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

L'angioscanner est réalisable à ce niveau de DFG. Les recommandations sont d'assurer une hydratation correcte en péri-procédure (par voie IV) et d'arrêter si possible provisoirement les traitements néphrotoxiques. Tout retard diagnostique, et donc thérapeutique est préjudiciable pour le patient (mortalité augmentant de 1% par heure)



*Faux*A.

hydratation suffisante et réalisation de l'angioscanner thoraco-abdominal dans 24 heures



*Faux*B.

réalisation de l'angioscanner thoraco-abdominal puis transfert en néphrologie pour dialyse



*Valide*C.

réalisation urgente de l'angioscanner thoraco-abdominal



*Faux*D.

transfert en cardiologie pour réalisation d'une échographie trans-œsophagienne



*Faux*E.

transfert dans un autre établissement équipé pour la réalisation d'angio IRM aortique

### QUESTION 4 (Type: QRPL)

Vous prenez en charge aux urgences un homme de 67 ans pour détresse ventilatoire aiguë. Les troubles évoluent depuis le matin. Il est porteur d'une cardiopathie ischémique stentée. Il est hypertendu et rapporte une intoxication éthylo-tabagique active. Son traitement habituel associe bisoprolol, énalapril, spironolactone, furosémide, formotérol-budésonide et baclofène. Il avoue avoir arrêté ses traitements « parce qu'il en avait marre d'être malade ». Quand vous l'examinez, il est assis au bord de son brancard, jambes pendantes et refuse catégoriquement de s'allonger, car « il ne respire à peu près bien que comma ça ». Vous percevez de gros râles bronchiques diffus et quelques râles crépitants aux bases. Les constantes relevées à l'entrée

sont les suivantes : PA : 180-110 mm Hg, pouls : 110 bpm, irrégulier, température auriculaire : 38,2°C, FR : 28/min, SpO<sub>2</sub> : 86% en air ambiant. L'IDE vous tend l'ECG qu'elle vient d'enregistrer, montrant une fibrillation atriale et des ondes T négatives en latéral haut et bas. Votre première impression est une poussée d'insuffisance cardiaque congestive.

Quels éléments plaident en faveur de ce diagnostic ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

C'est un tableau clinique d'asthme cardiaque, fréquent chez les patients bronchopathes porteurs d'une cardiopathie. Les râles crépitants ne sont pas spécifiques de l'insuffisance cardiaque congestive, et d'observent notamment lors de la BPCO

*Faux*A.

antécédent d'éthylisme chronique

*Faux*B.

antécédent de tabagisme

*Valide*C.

cardiopathie connue

*Faux*D.

éthylisme chronique

*Valide*E.

fibrillation atriale

*Valide*F.

orthopnée

*Faux*G.

râles bronchiques

*Faux*H.

râles crépitants

*ValideI.*

rupture thérapeutique

*FauxJ.*

tabagisme

*FauxK.*

température

#### QUESTION 5 (Type: QRU)

Monsieur M, 86 ans, vient d'être hospitalisé en gériatrie pour exploration de troubles cognitifs et agitation rendant le maintien à domicile impossible. Il est par ailleurs diabétique et hypertendu. Son traitement actuel inclut metformine, dapagliflozine, périndopril, hydrochlorothiazide et rispéridone.

Vous avez lui avez prescrit cet examen devant des douleurs abdominales diffuses, nausées, arrêt des matières et des gaz depuis 24 heures :

Au vu de cet examen, quelle est l'hypothèse la plus probable ?

**Commentaire pédagogique de correction:** Le syndrome d'Ogilvie est une complication classique des anti-psychotiques (effet atropinique)

*FauxA.*

occlusion sur bride

*FauxB.*

occlusion sur cancer rectal

*FauxC.*

syndrome d'Ogilvie

*FauxD.*

volvulus de l'estomac

*ValideE.*

volvulus du sigmoïde

QUESTION 6 (Type: QRM)

Concernant l'information du patient, Quelle(s) est(sont) l'(es) information(s) exacte(s) ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Pour qu'un acte médical soit licite, celui-ci doit être réalisé dans un but médical et avec le consentement éclairé du patient. Ce consentement à l'acte est une décision qui appartient au patient et à lui seul, exception faite de situations particulières d'urgences. Pour que le patient puisse donner un consentement éclairé, il doit être parfaitement informé des soins qui vont lui être proposés. Ceux-ci ne doivent pas engendrer de risques disproportionnés pour le patient.

Le médecin doit indiquer au patient le rapport bénéfice/risque de chaque thérapeutique possible et essayer de lui expliquer quels sont les soins les plus appropriés.

*Valide*A.

après avoir reçu une information claire, loyale et appropriée, le patient doit donner son consentement "libre et éclairé" aux soins

*Valide*B.

toutes les personnes impliquées dans la prise en charge du patient doivent donner une information claire, loyale et compréhensible au patient

*Valide*C.

le patient a accès à son dossier médical

*Valide*D.

le patient doit recevoir les soins les plus appropriés à son état sans lui faire courir de risques disproportionnés

*Faux*E.

le médecin n'est pas dans l'obligation d'indiquer les rapports bénéfices risques de l'ensemble des thérapeutiques possibles

QUESTION 7 (Type: QRPL)

Vous prenez en charge aux urgences un homme de 63 ans qui présente une hémiparésie droite proportionnelle et une aphasia, évoluant depuis 3 heures. Il est hypertendu, traité par périndopril, hydrochlorothiazide et nicardipine. Sa femme vous précise qu'il n'est pas très attentif à son traitement. Outre l'hémiparésie et l'aphasia, inchangées, vous constatez une PA à 210/120 mm Hg à droite et 190/110 à gauche ainsi qu'une tachycardie irrégulière à 120 bpm. L'ECG que vous avez réalisé met en évidence une fibrillation atriale. Vous disposez de cet examen :

Vous attendez le médecin d'astreinte en neuro-vasculaire.

Que décidez-vous en attendant ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Vous êtes dans les délais pour la réalisation d'une thrombolyse IV et/ou d'une angioplastie. Dans tous les cas, la PA doit être contrôlée. Il s'agit d'une urgence hypertensive impliquant l'administration du traitement par voie IV, à posologie modulée, donc au pousse seringue électrique exclusivement. L'aténolol existe effectivement en IV, indiqué dans les syndromes coronariens aigus. Il est administré en bolus IV.

*Faux*A.

vous débutez un traitement par amiodarone

*Faux*B.

vous débutez un traitement par aspirine et clopidogrel

*Faux*C.

vous débutez un traitement par aspirine et ticagrélor

*Faux*D.

vous débutez un traitement par aténolol injectable

*Faux*E.

vous débutez un traitement par héparine sodique

*Valide*F.

vous débutez un traitement par nicardipine au pousse seringue électrique

*Faux*G.

vous le renvoyez passer un angioscanner thoraco-abdominal

*Faux*H.

vous lui administrez son traitement anti-hypertenseur personnel



FauxI.

vous débutez un traitement par aspirine



FauxJ.

vous vérifiez les D-dimères

#### QUESTION 8 (Type: QRPL)

Vous voyez aux urgences un homme de 65 ans qui consulte pour fièvre et frissons évoluant depuis 48 heures. Il vous précise qu'il n'a pas réussi à joindre son hématologue qui le suit pour une leucémie aiguë. Il est à 6 jours de sa dernière cure de chimiothérapie, administrée via un cathéter central (PICC line). Ses constantes sont les suivantes : PA : 110-65 mm Hg, pouls : 110 bpm, température auriculaire : 39,6°C, SpO<sub>2</sub> : 92% en air ambiant, glycémie capillaire : 1,8 g/L. Il est asthénique, en bon état général. Vous constatez quelques hématomes superficiels. L'orifice du cathéter veineux est inflammatoire, avec un écoulement sale. Le reste de votre examen est sans particularité. L'hémogramme réalisé à l'arrivée montre 200 PNN/L.

Vous décidez de débiter une antibiothérapie probabiliste après prélèvements. Le patient ne se connaît pas d'allergie. Quelles molécules, seules et/ou en association, allez-vous débiter chez lui ?

Vous êtes confronté(e) à un patient hospitalisé, en aplasie fébrile post-chimiothérapie, avec un point d'appel clinique très probablement en rapport avec une infection sur cathéter. Votre antibiothérapie probabiliste initiale doit donc cibler les BGN, et notamment *P. aeruginosa* et les cocci à gram positif, notamment *S. aureus* potentiellement méti-R.

**Commentaire pédagogique de correction:**

Les aminosides sont indiqués en cas de sepsis ou de choc septique ou de contamination par des bactéries multi-résistantes. Il n'y a pas d'argument ici.

Les pénèmes sont indiqués en cas de bactéries multi-résistantes.

Amoxicilline-ac. clavulanique et ciprofloxacine seraient utilisable chez un patient fébrile avec une aplasie attendue courte et un traitement ambulatoire



FauxA.

amikacine



FauxB.

amoxicilline



FauxC.

amoxicilline-ac. clavulanique



*Faux*D.

aztréonam



*Valide*E.

céfépime



*Faux*F.

ceftazidime



*Faux*G.

ceftriaxone



*Faux*H.

ciprofloxacine



*Valide*I.

daptomycine



*Faux*J.

gentamicine



*Faux*K.

imipénème



*Faux*L.

lévofloxacine



*Faux*M.

méropénème





Valide N.

pipéracilline-tazobactam



Faux O.

rovamycine



Valide P.

vancomycine

#### QUESTION 9 (Type: QRU)

Vous recevez en consultation de gériatrie Mr C, 78 ans, adressé par son médecin traitant pour plainte mnésique. Le patient est un ancien journaliste sportif, pratique régulièrement du foot, et adore aller au stade. Il a comme antécédents une insuffisance rénale chronique stade 3B et une hypertension artérielle. Son traitement actuel comporte bisoprolol, amlodipine et dapagliflozine. Le patient a depuis 4-5 mois des difficultés à discuter avec ses amis lors des matchs de foot et au stade. Ses amis ne l'invitent plus jouer car il joue souvent en solitaire n'écoutant pas leurs appels. L'examen neurologique est sans particularité.

Quelle hypothèse évoquez-vous en première intention dans ce contexte ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

L'installation insidieuse affecte les 2 oreilles de manière à peu près symétrique. La gêne est surtout ressentie pour les fréquences aiguës avec une altération de la discrimination du langage. Les premiers symptômes sont les difficultés à comprendre ses interlocuteurs dans les situations bruyantes (difficulté à suivre une conversation de groupe), ou, de façon plus générale, dans un milieu bruyant. C'est le classique « signe du cocktail », conduisant le patient à faire souvent répéter ses interlocuteurs et à moins participer aux discussions



Faux A.

aphasie



Faux B.

maladie cérébrovasculaire



Faux C.

maladie d'Alzheimer



Valide D.

presbyacousie



Faux E.

schwanome de l'acoustique

QUESTION 10 (Type: QRU)

Vous recevez aux urgences une patiente de 82 ans, aux lourds antécédents : sténose aortique serrée en attente de TAVI, insuffisance cardiaque et coronaropathie stentée.

Elle a présenté depuis 2 jours 3 épisodes de syncope à l'emporte-pièce.

Depuis 10 jours, sa dose de furosémide de l'anse a été augmentée du fait d'une majoration de sa dyspnée.

Elle présente devant vous une sensation de lipothymie, sans perte de connaissance.

Vous la scopez rapidement.

Voici les premières données du scope :

Quelle est votre prochaine décision ?

Lisez bien le texte !

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

C'est une torsade de pointe symptomatique. Il faut la supplémer en  $MgSO_4$  et KCl (mais pas en IVD !!!) et accélérer sa fréquence cardiaque par isoprénaline, mais pas en IVD. En cas d'échec : mise en place d'un entraînement électro-systolique trans-thoracique. Le choc électrique n'est justifié que si la torsade de pointe dégénère en fibrillation ventriculaire

*Faux*A.

amiodarone IV

*Faux*B.

choc électrique externe

*Faux*C.

KCl en IVD

*Faux*D.

isoprénaline en IVD

*Valide*E.

sulfate de magnésium IVD

QUESTION 11 (Type: QRM)

Vous prenez en charge aux urgences une femme de 32 ans pour allégation de viol, dans le cadre d'un possible syndrome de soumission chimique. Quelle(s) est(sont) l'(es) information(s) exacte(s) ?

A- La garantie scientifique signifie que les conditions de prélèvement et de leur conservation doivent être respectés (congélation, étiquetage, conservation à l'abri de la lumière, séchage). La garantie juridique nécessite l'apposition immédiate de scellés et la réalisation de prélèvements en double exemplaire pour une éventuelle contre-expertise ultérieure

B- Seuls les prélèvements médico-légaux nécessitent d'être réalisés en double exemplaire pour une éventuelle contre-expertise ultérieure

**Commentaire pédagogique de correction:**

C- Béta-HCG sont recherchés immédiatement et à J15 de l'examen. Si l'agression est très récente, les B-HCG peuvent se positiver plus tardivement que le jour de l'examen

D- Les prélèvements médico-légaux incluent des prélèvements toxicologiques. Les prélèvements médicaux recherchent uniquement des pathologies infectieuses ou une grossesse évolutive

E- Seuls les prélèvements médico-légaux doivent être scellés. Les scellés seront brisés ultérieurement par le laboratoire qui procédera à l'expertise. Cette apposition de scellés permet une garantie juridique : aucun prélèvement ne peut être retiré, modifié voire ajouté entre l'examen et l'analyse sans détruire ce scellé

*Valide*A.

les prélèvements médico-légaux nécessitent une garantie scientifique et juridique

*Faux*B.

les prélèvements médicaux sont à réaliser en double exemplaire

*Valide*C.

les dosages de béta HCG sont réalisés immédiatement et à J15

*Faux*D.

les prélèvements médicaux incluent des prélèvements à la recherche de toxiques

*Faux*E.

les prélèvements médicaux et médico-légaux doivent être immédiatement scellés à l'issue de l'examen

#### QUESTION 12 (Type: QRPL)

Vous voyez aux urgences un homme de 53 ans qui consulte pour des céphalées insupportables, résistant à tout ce qu'il a essayé (paracétamol, ibuprofène, tramadol). Il n'a pas d'antécédent notable en dehors d'une intoxication éthylo-tabagique active. Les céphalées siègent sur l'hémicrâne gauche et évoluent par poussées depuis 3 jours. L'œil gauche est inflammatoire et larmoyant. La pupille est en myosis. Il présente également un écoulement nasal

clair. Le reste de l'examen est sans anomalie significative. De quels examens avez-vous besoin avant de débiter son traitement ?

Lisez bien le texte.

**Commentaire pédagogique de correction:**

Dans le contexte de prise de paracétamol, la vérification des tests hépatiques n'était pas injustifiée s'il y avait eu un possible surdosage.

Les triptans sont de puissants vasoconstricteurs et sont donc contre-indiqués en cas de pathologie vasculaire artérielle (SCA, AVC, HTA non contrôlée)

*Faux*A.

alcoolémie

*Faux*B.

ASAT-ALAT

*Faux*C.

bilirubines

*Faux*D.

CRP

*Faux*E.

ECG

*Faux*F.

gamma GT

*Faux*G.

gazométrie artérielle

*Faux*H.

IRM encéphalique



*FauxI.*

NT-proBNP



*FauxJ.*

PCT



*FauxK.*

TDM encéphalique



*FauxL.*

troponine I



*ValideM.*

aucun

## ECNiParisAout2024 (SIQ)

### Séquence de Questions Isolées

#### QUESTION 1 (Type: QRU)

Madame C vient en consultation avec les résultats de son dernier bilan biologique qui retrouve :

Hémoglobine = 10,2g/dL, VGM 72 fL, réticulocytes 35000/mm<sup>3</sup>, plaquettes 267000/mm<sup>3</sup>

Quel examen complémentaire prescrivez-vous en première intention dans le cadre du bilan étiologique de cette anémie ? (une seule bonne réponse)

On suspecte en 1er lieu une carence martiale devant cette anémie microcytaire arégénérative.

**Commentaire pédagogique de correction:**

Il faudra donc réaliser en 1er lieu : Ferritine et CRP, afin d'estimer vers quel type de carence martiale on s'oriente.



*FauxA.*

Electrophorèse des protéines sériques



*ValideB.*

Ferritine

*Faux*C.

TSHus

*Faux*D.

Vitamine B12

*Faux*E.

Récepteur soluble de la Transferrine

#### QUESTION 2 (Type: QRM)

Madame G. est amenée aux urgences par les pompiers pour une chute survenue à son domicile. C'est son aide-ménagère qui a appelé les pompiers car Madame G. ne lui a pas ouvert la porte. Elle a été retrouvée allongée sur le côté près de son lit et dit être tombée la veille au soir en allant se coucher. Elle est apyrétique et ne présente pas de signes de détresse hémodynamique à son arrivée au SAU.

Quels examens complémentaires prescrivez-vous en première intention ? (une ou plusieurs bonne(s) réponse(s))

*Valide*A.

ECG

*Faux*B.

EEG

Uniquement en cas de signe d'appel en faveur d'une épilepsie, pas en 1<sup>è</sup> intention

*Valide*C.

Glycémie

*Faux*D.

Ponction lombaire

Uniquement en cas d'argument en faveur d'une méningite, ici pas de fièvre et pas le diagnostic le plus probable, en 1<sup>è</sup> intention

*Valide*E.

Ionogramme sanguin avec CPK

Station au sol prolongé, donc on ajoute des CPK pour dépister une rhabdomyolyse

QUESTION 3 (Type: QRM)

Parmi les anomalies biologiques suivantes, lesquelles peuvent être à l'origine d'un syndrome confusionnel? (une ou plusieurs bonne(s) réponse(s))

Toutes ces perturbations font partie du bilan de 1<sup>è</sup> intention face à un syndrome confusionnel.

**Commentaire pédagogique de correction:**

Les troubles de la kaliémie entraînent en 1<sup>er</sup> lieu des troubles du rythme ou de conduction, pouvant ensuite éventuellement entraîner une confusion mais de manière indirecte !

*Valide*A.

Hypernatrémie

*Valide*B.

Hyponatrémie

*Faux*C.

Hyperkaliémie

*Valide*D.

Hypercalcémie

*Valide*E.

Hypoglycémie

QUESTION 4 (Type: QRP)

Vous voyez en consultation Monsieur D. 85 ans, pour prise en charge d'un ulcère du dos du pied évoluant depuis 2 mois. Il a pour antécédent une hypertension artérielle traité par Amlodipine (inhibiteur calcique) et un diabète de type 2 sous Metformine (biguanide). Cet ulcère est douloureux. La douleur est aggravée lorsque le patient a les jambes allongées.

La plaie présente cet aspect :

Parmi les éléments suivants, lesquelles sont exactes ? (deux propositions justes)

*Faux*A.

La plaie est suspendue

*Valide*B.

La plaie est nécrotique

*Faux*C.

L'anamnèse évoque un ulcère d'origine veineuse

Dans ce cas l'ulcère serait moins douloureux, autour de la cheville jusqu'au 1/3 inférieur de la jambe, avec fond fibrineux sans nécrose

*Valide*D.

Les douleurs de décubitus sont en faveur d'une origine artérielle à cet ulcère

toutes les caractéristiques en faveur sont présentes : douleur importante et de décubitus, nécrose associée à l'ulcère

*Faux*E.

L'aspect clinique est compatible avec une angiodermite nécrotique

Dans ce cas on aurait :

- Douleur paroxystique et intense
- Localisation au tiers moyen de jambe, face antéro-externe le plus souvent, ainsi que la face postérieure de la jambe en regard du tendon d'Achille -> aspect "suspendu"
- Berges de plaie saines

QUESTION 5 (Type: QRM)

Monsieur H. 88 ans, est hospitalisé pour une pneumopathie aigue communautaire. Alors que l'évolution respiratoire est favorable, Monsieur L. est encore très asthénique et les soignants vous rapportent qu'il ne mange quasiment rien de ses plateaux repas.



Son poids est de 62 kg alors qu'il pesait 69 kg le mois dernier. Son bilan biologique du jour retrouve une albuminémie à 28 g/L.

Parmi les affirmations suivantes lesquelles sont exactes ? (une ou plusieurs bonne(s) réponse(s))

*Valide*A.

Ce patient présente une dénutrition sévère

Vrai par la perte de poids >10% en 1 mois et l'albumine >30 g/L

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368\\_recommandations\\_denutrition\\_pa\\_cd\\_20211110\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)

*Faux*B.

Vous ne pouvez pas conclure sur l'état nutritionnel du patient car vous ne pouvez pas calculer son IMC (indice de masse corporelle)

faux, cf. correction sur dénutrition sévère.

Les critères d'IMC sont <22 pour dénutrition, <20 pour sévère

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368\\_recommandations\\_denutrition\\_pa\\_cd\\_20211110\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)

*Faux*C.

Vous prescrivez une nutrition entérale le plus rapidement possible

pas en lè intention chez la personne âgée ! (risque de pneumopathie d'inhalation notamment)

*Valide*D.

Une alimentation enrichie doit être prescrite

*Valide*E.

Des compléments nutritionnels oraux doivent être prescrits

QUESTION 6 (Type: QRM)

Monsieur X. 82 ans consulte aux urgences pour dyspnée et œdème des membres inférieurs. L'examen clinique révèle un tableau de décompensation cardiaque globale. Parmi les propositions suivantes lesquelles est peuvent constituer un facteur déclenchant à cette décompensation cardiaque ? (une ou plusieurs bonne(s) réponse(s))

*Valide*A.

Une anémie

*Valide*B.

Une pneumopathie infectieuse

*Valide*C.

Une embolie pulmonaire

*Valide*D.

Une fibrillation atriale

*Faux*E.

Une rétention aigue d'urine

Si elle se complique d'une infection urinaire dans un second temps elle peut en être la cause, mais sinon pas de rapport direct entre les 2

#### QUESTION 7 (Type: QRP)

Parmi les propositions suivantes concernant les escarres, lesquelles sont exactes ? (deux bonnes réponses)

*Valide*A.

La dénutrition est un facteur de risque d'escarre

*Valide*B.

La dénutrition participe au retard de cicatrisation de ces plaies



*Faux*C.

Une escarre ne peut survenir que chez un patient grabataire

faux, par exemple chez des patient très dénutris ou en post-opératoire avec une autonomie préservée



*Faux*D.

Il faut plusieurs jours d'immobilisation pour constituer une escarre

un seul jour voire quelques heures peuvent suffire selon les ressources du patient (dénutrition, fragilité cutanée ...)



*Faux*E.

Un contact osseux signe une escarre de stade 3

stade 4

#### QUESTION 8 (Type: QRM)

Monsieur H., 93 ans est hospitalisé dans votre service en post-opératoire d'une fracture de l'humérus gauche pour lequel il a été opéré la veille. Il est traité par Amlodipine, Setraline, Bisoprolol, Apixaban et Hydroxyzine. Vous souhaitez lui prescrire des antalgiques.

Parmi les propositions suivantes lesquelles sont exactes ? (une ou plusieurs bonne(s) réponse(s))



*Valide*A.

Il faut privilégier les antalgiques de palier 3 à ceux de paliers 2



*Faux*B.

Un antalgique de palier 2 aura moins d'effets indésirables qu'un antalgique de palier 3



*Faux*C.

Les antalgiques de palier 3 sont contre-indiqués à partir d'une insuffisance rénale de stade IV



*Valide*D.

L'Acupan est contre-indiqué chez ce patient, car il augmenterait une charge anticholinergique déjà trop élevée

*Valide*E.

L'échelle verbale simple sera la meilleure échelle d'évaluation de la douleur chez M H

#### QUESTION 9 (Type: QRM)

Parmi les éléments suivants, lesquels sont pourvoyeurs de rétention aigue d'urines ? (une ou plusieurs bonne(s) réponse(s))

*Valide*A.

Fécalome

*Valide*B.

Prolapsus génital

*Faux*C.

Traitement anticoagulant

aucun effet anticholinergique ou direct sur la miction / constipation

*Valide*D.

Traitement morphinique

*Valide*E.

Infection urinaire

#### QUESTION 10 (Type: QRM)

Parmi les éléments suivants, lesquels sont des facteurs prédisposants de chutes ? (une ou plusieurs bonne(s) réponse(s))

**Commentaire pédagogique de correction:**

Ici 2 : facteurs prédisposants, 3 : facteurs précipitants

*Faux*A.

Hypotension orthostatique

facteur précipitant (3 de Bouchon)

*Valide*B.

Maladie à Corps de Lewy

vrai par les troubles exécutifs, sensoriels et moteurs qu'elle peut entraîner

*Valide*C.

Cataracte

vrai, cause sensorielle

*Valide*D.

Gonarthrose

vrai, cause rhumatologique

*Faux*E.

Hypoglycémie

facteur précipitant (3 de Bouchon)

## ECNiParisJuillet2024 (DP)

### Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Vous recevez en consultation Mme X, jeune femme de 20 ans pour un tableau de douleurs articulaires symétriques des poignets et des chevilles évoluant depuis une semaine. Il s'agit d'une femme sans antécédent particulier, originaire de la région Provence Alpes Côte d'Azur, travaillant en tant qu'artisan boulangère. Elle ne fume pas, ne consomme pas d'alcool de manière régulière et ne déclare aucune consommation de toxiques. Elle n'a pas de frères et sœurs. Elle a un compagnon en bonne santé. Elle a également à son domicile un chat qui est présent depuis 1 an. Elle est G0P0.

## QUESTION 1 (Type: QRM)

Quels éléments sémiologiques vous orienteraient vers une atteinte articulaire inflammatoire (une ou plusieurs réponses possibles) ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

Les réveils nocturnes au changement de position sont plus volontiers évocateurs de douleurs d'horaire mécanique. Le dérouillage matinal de quelques minutes peut se rencontrer dans les douleurs mécaniques et est caractéristique d'un horaire inflammatoire au-delà de 30 minutes. Les douleurs inflammatoires sont classiquement améliorées par l'exercice physique et sont maximales en début de journée/au petit matin. Les douleurs mécaniques, aggravées par l'activité physique de la journée, sont plus intenses le soir.

*Faux*A.

Présence de réveils nocturnes au changement de position

*Valide*B.

Présence de réveils nocturnes de deuxième partie de nuit

*Faux*C.

Présence d'un dérouillage matinal de 15 minutes

*Faux*D.

Présence de douleurs calmées par le repos

*Faux*E.

Présence de douleurs maximales en fin de journée

## QUESTION 2 (Type: QRM)

Elle vous décrit depuis une semaine l'apparition de douleurs articulaires touchant les articulations des poignets et des chevilles de manière bilatérale. Ces douleurs sont volontiers présentes au repos et perturbent largement le sommeil de la patiente avec des réveils précoces vers 4h du matin associés à une raideur articulaire limitant ses mobilisations pendant une heure environ. Elle a pris en auto médication un comprimé d'IBUPROFENE 400 mg qui a semblé l'avoir soulagée. Elle a également noté dans le même temps des lésions des membres inférieurs qu'elle a pris en photo (cf image suivante).

Quelle ou quelles pathologie(s) peuvent rendre compte des lésions présentées sur la photographie?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Il s'agit d'une image typique d'érythème noueux. La présence d'une fièvre avec arthralgies et érythème noueux peuvent tout à fait se voir au cours de pathologies comme la tuberculose, les streptococcies, les yersimoses, les infections à Chlamydia. Au cours des pathologies non infectieuses, les médicaments, la maladie de Behçet, les maladies inflammatoires du tube digestif et notamment la maladie de Crohn peuvent rendre compte de ce type de présentation.

Valide A.

Tuberculose

Valide B.

Infection streptococcique

Faux C.

Granulomatose avec polyangéite

Faux D.

Artérite à cellules géantes

Valide E.

Maladie de Behçet

QUESTION 3 (Type: QROC)

En se focalisant sur les signes extra articulaires, vous ne notez pas d'aphtes. Vous mettez en évidence une fièvre mesurée à 39°C. Elle n'a pas d'odynophagie et son streptoTest est négatif. Vous demandez une radiographie de thorax qui est la suivante (cf image suivante).

Quel est le diagnostic le plus probable (un seul mot) ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Il s'agit ici d'un syndrome de Löfgren (prononcer l'œufgraine). Il s'agit d'une forme aiguë de sarcoïdose. Elle peut être incomplète. Le syndrome de Löfgren permet de se passer de preuve histologique pour le diagnostic de sarcoïdose. Son pronostic est bon et permet généralement de rassurer les patients.

Sur cette radiographie de thorax de face, on pouvait identifier des adénopathies hilaires (beaucoup plus spécifiques que les simples adénopathies médiastinales) bilatérales symétriques.

*Réponses valides*

Sarcoïdose;Lofgren;Löfgren;Lofgrën;Sarcoidose

*Propositions de réponses incomplètes*

QUESTION 4 (Type: QRM)

L'annonce de votre diagnostic de sarcoïdose inquiète la patiente. Vous la rassurez en lui expliquant que dans la plupart des cas, l'atteinte est spontanément résolutive après traitement symptomatique et qu'elle ne requiert pas d'investigations supplémentaires. Quels éléments explicatifs concernant la sarcoïdose pouvez-vous lui donner ?

*Faux*A.

Il s'agit d'une pathologie plus fréquente chez les patients d'origine caucasienne

Le syndrome de Löfgren est plus fréquent chez les caucasiens mais la forme chronique de la sarcoïdose est plus fréquente chez les patient d'origine Africaine ou Caribéenne.

*Valide*B.

Plus de la moitié des cas sont spontanément résolutifs

Le pronostic de la sarcoïdose est habituellement excellent avec deux tiers de rémissions spontanées sans traitement

*Faux*C.

Il existe un pic de fréquence avant 15 ans et après 60 ans

La sarcoïdose a deux pics de fréquence. Entre 20 et 30 ans et autour de 50 ans. Les cas diagnostiqués avant 15 ans et après 60 ans sont plus rares.

*Valide*D.

Il s'agit d'une pathologie plus fréquente chez les patients d'origine africaine

*Valide*E.

L'atteinte thoracique est l'atteinte la plus fréquente

L'atteinte thoracique concerne 90% des patients environ.

QUESTION 5 (Type: QRM)

Vous lui proposez un traitement par anti inflammatoires non stéroïdiens. Quels éléments de prise en charge ajoutez-vous ?



*Valide*A.

Un arrêt de travail

L'arrêt de travail compte tenu des symptômes est justifié et habituellement prescrit au cours du syndrome de Löfgren.



*Faux*B.

Un traitement par inhibiteur de la pompe à protons

Cette patiente jeune sans antécédents médicaux particuliers ou co médication particulière ne requiert pas de prophylaxie.



*Faux*C.

Un traitement antibiotique par amoxicilline pour couvrir une éventuelle infection à streptocoque

Aucun élément ne justifie ici la prescription d'une antibiothérapie



*Valide*D.

Un traitement anti-inflammatoire prescrit à la dose minimale efficace

C'est une règle pour les traitements anti inflammatoires et antalgiques en général. A l'inverse, pour d'autres traitements, on ciblera plutôt la dose maximale tolérée comme les statines par exemple.



*Faux*E.

Aucune des propositions ci-dessus

## ECNiParisSept2024\_UVSQ\_infectio (MDP)

### Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous êtes interne aux urgences et vous voyez Mme B., patiente de 35 ans, qui se présente aux urgences pour un tableau de fièvre depuis 48 heures.

Elle présente comme antécédent principal un rein unique sur une malformation congénitale, sans insuffisance rénale associée, elle ne prend aucun traitement. Elle ne fume pas, ne rapporte pas de consommation d'alcool ou de toxiques, n'a pas effectué de voyage récent. Elle est mariée et rapporte des relations sexuelles non protégées avec son mari uniquement.

L'histoire de la maladie débute il y a 48 heures par une sensation de brûlures mictionnelles suivies dans les heures qui suivent d'un tableau de douleurs abdominales, quelques frissons, et une prise de température objectivant une fièvre à 39,1°C. Elle n'a pas d'autres signes fonctionnels. Devant la persistance des signes, elle consulte aux urgences. A l'arrivée elle est fébrile à 38,8°C, la pression artérielle est à 123/76mmHg, pouls à 90bpm, saturation à 98% en air ambiant. L'examen clinique rapporte principalement une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite sans autre anomalie par ailleurs.

#### QUESTION 1 (Type: QRM)

Devant ce tableau, quel bilan paraclinique proposez-vous dans un premier temps ? 1 ou plusieurs réponses possibles

**Commentaire pédagogique de correction:**

*La patiente présente un tableau clinique de pyélonéphrite probable avec une fièvre, des frissons, des douleurs abdominales qui peuvent s'intégrer dans ce tableau, des signes fonctionnels urinaires, une douleur de l'ébranlement de la fosse lombaire droite. L'ECBU est l'examen principal à réaliser dans ce contexte. Le bilan rénal fait partie des examens biologiques « de routine » chez un patient venant aux urgences pour un tableau fébrile, recommandé dans les pyélonéphrites à risque de complication, encore plus dans ce contexte chez une patiente présentant un rein unique qui peut présenter une insuffisance rénale dans un contexte de sepsis. Les Beta HCG sont importantes car elle rapporte des relations sexuelles sans mention de contraception : une grossesse changerait la prise en charge (voir chapitre pyélonéphrite gravidique).*

*L'ECBC et la radiographie thoracique n'ont pas leur place dans un tableau de sepsis avec présence d'un point d'appel clinique évident.*

Valide A.

Créatininémie

Valide B.

Beta HCG

Valide C.

Examen cyto bactériologique des urines

Faux D.

Radiographie thoracique

Faux E.

Examen cyto bactériologique des crachats

#### QUESTION 2 (Type: QRU)

Vous réalisez un bilan qui retrouve : GB à 11G/L dont 9G/L de PNN, CRP à 131mg/l. Il n'y a pas d'insuffisance rénale. Les hémocultures sont en cours, l'ECBU rapporte  $10^6$

leucocytes/mL avec un examen direct retrouvant de nombreux bacilles gram négatif, la culture bactériologique est en cours. Vous évoquez le diagnostic de pyélonéphrite aiguë à risque de complication. Vous décidez d'introduire le traitement antibiotique. La patiente n'a pas d'allergie.

Parmi les molécules suivantes, laquelle introduisez-vous chez cette patiente ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

*La patiente présente un tableau de pyélonéphrite aiguë à risque de complication qui nécessite un traitement probabiliste en première intention après réalisation des prélèvements. La molécule recommandée dans ce contexte est une Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération parentérale.*

FauxA.

Amoxicilline

FauxB.

Amoxicilline – acide clavulanique

FauxC.

Céfixime

ValideD.

Céfotaxime

FauxE.

Cotrimoxazole

### QUESTION 3 (Type: QRP)

Un traitement par Céfotaxime est démarré devant cette pyélonéphrite à risque de complication et la patiente est hospitalisée en service de médecine polyvalente. L'évolution est favorable avec une disparition rapide de la fièvre, la patiente s'améliore franchement sur le plan des signes fonctionnels. Une imagerie a été réalisée et ne retrouve pas de complication à type d'abcès ou d'obstruction des voies urinaires.

La culture de l'ECBU revient positive à *Escherichia coli* à  $10^5$  UFC/mL avec l'antibiogramme qui est le suivant :

Amoxicilline	Sensible
Amoxicilline – acide clavulanique	Sensible
Ticarcilline	Sensible
Pipéracilline - Tazobactam	Sensible
Céfotaxime	Sensible
Acide nalidixique	Résistant

Cotrimoxazole	Sensible
Mécillinam	Sensible

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les 3 bonnes réponses ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

*Escherichia coli* est une entérobactérie du groupe 1, sensible à l'Amoxicilline à l'état naturel (ou sauvage). Les entérobactéries étant des gram négatifs, elles sont résistantes aux antibiotiques qui ont une action anti gram positif exclusif, tels que les glycopeptides (Vancomycine, Teicoplanine). Les mécanismes habituels de résistance aux bêta-lactamines des entérobactéries correspondent le plus souvent à des mécanismes enzymatiques (pénicillinases, céphalosporinases, bêta-lactamase à spectre élargi). La production de la PLP2a est un mécanisme retrouvé chez les staphylocoques. Ici, nous devons relayer la patiente par Amoxicilline, molécule de premier choix sur les pyélonéphrites à germes sensibles à l'Amoxicilline dans le relais per os. Il existe un risque de sélection de résistance mais qui ne doit pas nous empêcher de traiter par les antibiotiques recommandés en première intention. L'acide nalidixique correspond à une molécule testée sur les antibiogrammes, correspondant, en cas de résistance, à un premier niveau de résistances sur les fluoroquinolones, qu'il faut alors éviter.

Valide A.

*Escherichia coli* est une entérobactérie du groupe 1 et est donc sensible à l'Amoxicilline à l'état sauvage

Faux B.

*Escherichia coli* est une bactérie pouvant produire une PLP2a la rendant résistante aux pénicillines

Valide C.

*Escherichia coli* est naturellement résistant aux glycopeptides

Valide D.

Il ne faut pas prescrire de fluoroquinolones chez cette patiente car l'*Escherichia coli* de l'ECBU montre un premier niveau de résistance aux quinolones

Faux E.

Il ne faut pas prescrire d'Amoxicilline chez cette patiente car il y a un risque de sélection de bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE)

QUESTION 4 (Type: QRU)

Devant la stabilité clinique de la patiente, l'absence de fièvre et un état général favorable, vous décidez de la faire rentrer à la maison avec un antibiotique per os.

Parmi les molécules suivantes, quelle sera l'antibiotique de relais préférentiel chez cette patiente ?

Commentaire pédagogique de correction:

L'amoxicilline est la molécule de relais de première intention dans les pyélonéphrites avec souche sensible à l'antibiogramme.

Valide A.

Amoxicilline

Faux B.

Pivmécillinam

Faux C.

Ofloxacine

Faux D.

Cotrimoxazole

Faux E.

Amoxicilline – acide clavulanique

## ECNiParisSept2024\_UVSQ (MDP)

### Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Monsieur M., âgé de 65 ans vient consulter pour une élévation des globules rouges.

Il est adressé par son médecin traitant, le bilan a été fait à titre systématique.

Ce patient est hypertendu et ancien fumeur à 30 paquets-années, sevré depuis 1 an.

A l'interrogatoire, il existe un antécédent de thrombose de la veine poplitée gauche après un trajet en voiture.

A l'examen clinique, le patient a un IMC à 32kg/m<sup>2</sup>, l'état général est conservé, il existe un prurit, aggravé par la douche, avec des lésions de grattage, la rate est palpable en fin d'expiration, les conjonctives sont érythémateuses.

L'hémogramme est le suivant : Hb 19 g/dL, hématocrite 58%, plaquettes 500 G/L, leucocytes 12 G/L, PNN 9 G/L, lymphocytes 2,5 G/L, monocytes 0.5 G/L

QUESTION 1 (Type: QRPL)

Quels sont les 5 éléments qui vous orientent vers une polyglobulie primitive (polyglobulie de Vaquez) plutôt qu'une polyglobulie secondaire ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Devant une polyglobulie, les éléments cliniques en faveur de l'origine primitive sont : un antécédent thrombotique, un prurit notamment aquagénique, des signes d'hyperviscosité, une splénomégalie et l'absence d'argument pour une polyglobulie secondaire. Les signes biologiques en faveur de l'origine primitive sont la thrombocytose et la leucocytose à PNN, car la polyglobulie est liée à une atteinte de la cellule souche hématopoïétique.

*Valide*A.

antécédents de thrombose veineuse

*Valide*B.

prurit aquagénique

*Valide*C.

splénomégalie

*Valide*D.

thrombocytose

*Valide*E.

polynucléose neutrophile

*Faux*F.

antécédent de tabagisme

*Faux*G.

HTA

*Faux*H.

surpoids

*Faux*I.

érythème conjonctival

*Faux*J.

hématocrite > 55%

## QUESTION 2 (Type: QRP)

Quels sont les 3 examens complémentaires à prescrire en priorité pour confirmer qu'il s'agit d'une polyglobulie primitive ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

Le diagnostic positif de polyglobulie primitive repose sur l'association de critères majeurs et mineurs. Les critères majeurs sont retrouvés par 1) l'hémogramme (hémoglobine supérieure à 165 g/l (homme) ou 160 g/l (femme) à l'hémogramme, ou Ht > 49 % chez l'homme, > 48 % chez la femme, ou augmentation de la masse sanguine 2) la biopsie ostéoméduillaire retrouvant un aspect compatible avec un SMP, 3) la présence d'une mutation du gène JAK2. Le critère mineur est une concentration sanguine d'érythropoïétine (EPO) basse.

*Valide*A.

dosage sanguin de l'érythropoïétine

*Valide*B.

recherche de mutation du gène JAK2

*Valide*C.

biopsie ostéo-médullaire

*Faux*D.

échographie abdominale

*Faux*E.

caryotype sanguin

*Faux*F.

culture des progéniteurs érythroblastiques

*Faux*G.

myélogramme

*Faux*H.

recherche de mutation BCR-ABL

*Faux*I.

D-Dimères

*Faux*J.

dosage sanguin des LDH

*Faux*K.

gaz du sang

*Faux*L.

dosage des réticulocytes

*Faux*M.

mesure isotopique du volume globulaire

### QUESTION 3 (Type: QRU)

Les examens complémentaires ont confirmé le diagnostic de polyglobulie primitive. Peu après le diagnostic, le patient a fait une embolie pulmonaire. Il est actuellement traité par myélofreinateur (cytoréducteur) et anti-vitamine K (AVK) à dose curative. Il se présente aux urgences 3 mois après cet épisode d'EP pour une dyspnée d'effort d'installation rapide et un épisode de lipothymie. A l'examen clinique, le patient est pâle, la fréquence cardiaque est à 110/min, la saturation en O<sub>2</sub> à 100% en air ambiant, la pression artérielle à 100/60. Il existe une douleur épigastrique. Au toucher rectal, vous retrouvez des traces de méléna.

Quel examen faites-vous en priorité ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

Le patient présente un syndrome anémique (dyspnée d'effort, lipothymie, tachycardie) et une suspicion d'hémorragie digestive. Tous les examens proposés ont un intérêt dans la prise en charge, l'INR est prioritaire pour déterminer s'il existe un surdosage et démarrer en urgence les mesures correctives le cas échéant.

*Faux*A.

hémogramme

*Valide*B.



INR

*Faux*C.

ECG

*Faux*D.

Groupe sanguin

*Faux*E.

fibroscopie gastrique

QUESTION 4 (Type: QRU)

L'INR est à 8, confirmant un surdosage en AVK, et l'hémogramme a mis en évidence une anémie à 7g/dL en lien avec une hémorragie digestive haute. Vous avez mis en place les mesures correctives adaptées et vous avez décidé de transfuser le patient en concentrés de globules rouges (CGR). La recherche d'agglutines irrégulières est négative.

Quel type de CGR choisissez-vous ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Les CGR phénotypés sont préconisés chez les patients polytransfusés dans le cadre de l'hémoopathie. La polyglobulie primitive n'est pas une hémoopathie nécessitant des transfusions itératives, le patient est ici transfusé pour un accident hémorragique en lien avec le traitement anticoagulant. Les CGR compatibles sont utilisés en cas de RAI positives. L'irradiation des CGR permettant l'inactivation des lymphocytes T résiduels et est réservé aux contextes d'immunodépression profonde de type greffe.

*Valide*A.

CGR standards

*Faux*B.

CGR irradiés

*Faux*C.

CGR compatibles

*Faux*D.

CGR phénotypés

ECNiParisJuillet2024 - Questions isolées  
(SIQ)

## Séquence de Questions Isolées

### QUESTION 1 (Type: QRU)

Un patient de 85 ans est amené par les sapeurs-pompiers pour un malaise survenu sur la voie publique. Alors qu'il courait pour attraper le bus, il a présenté un malaise sans prodrome, brutal, avec perte de connaissance. D'après les témoins, il est revenu à lui en moins d'une minute sans qu'aucune thérapeutique ne soit entreprise de leur part.

Dans ses antécédents, vous notez une HTA traitée par amlodipine et une notion de "souffle au cœur" d'après le patient. Il a un suivi médical assez irrégulier.

A l'examen clinique, la pression artérielle est à 140/85 mmHg, la fréquence cardiaque à 75/min et la saturation en oxygène à 99% en air ambiant. A l'auscultation, vous percevez un souffle systolique maximal au foyer aortique, irradiant dans les 2 carotides, avec abolition de B2. Il ne présente pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche. L'auscultation pulmonaire est normale. L'examen neurologique est sans anomalie. Il présente une petite plaie du scalp suite à son malaise.

Quel diagnostic vous semble le plus probable compte tenu des éléments cliniques à votre disposition ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

Chez un patient présentant une syncope, notamment à l'effort, il faut toujours évoquer une étiologie cardiologique. La présence d'un souffle systolique aortique avec irradiation bi-carotidienne évoque un rétrécissement aortique. L'abolition de B2 évoque le caractère serré et la syncope la caractère symptomatique.

*Faux*A.

accident ischémique transitoire sur sténose carotidienne

*Valide*B.

rétrécissement aortique serré syncopal

*Faux*C.

insuffisance mitrale

*Faux*D.

insuffisance aortique aiguë

*Faux*E.

malaise vagal

### QUESTION 2 (Type: QRM)

Une patiente de 62 ans est hospitalisée dans votre service dans le cadre d'une fièvre. Elle est porteuse d'une prothèse valvulaire aortique biologique depuis 5 ans.

Les 3 paires d'hémocultures prélevées reviennent toutes positives à cocci gram positif en amas (délai de positivité < 12h). Une ETO a été réalisée et retrouve une masse vibratile appendue à la valve aortique biologique, évocatrice d'une végétation, sans autre anomalie visible.

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

*Valide*A.

l'endocardite infectieuse est certaine

*Faux*B.

vous suspectez un germe de la famille des streptocoques

*Faux*C.

vous attendez l'identification finale du germe avant d'introduire une antibiothérapie

*Valide*D.

la patiente est porteuse d'une cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse

*Faux*E.

l'antibiothérapie est à poursuivre durant 7 jours au total

## ECNiParisJuillet2024 (SIQ)

### Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRP)

**Une toxidermie de type "pustulose exanthématique aiguë généralisée" 3 réponses vraies attendues**

*Faux*A. Est la plus fréquente des toxidermies

il s'agit de toxidermies rares

*Faux*B.

Le délai entre le début de la prise médicamenteuse et le début des signes est de plus de 15 jours

1 à 11 jours

*Valide*C.

Est souvent due aux antibiotiques

*Valide*D. Peut s'associer à une fièvre

*Valide*E. Touche les grands plis

QUESTION 2 (Type: QRP)

Concernant la prise en charge de cet ulcère de jambe chronique malléolaire interne non douloureux chez une patiente de 70 ans. les pouls périphériques sont percus. 3 réponses vraies.

**Commentaire pédagogique de correction:**

Il s'agit d'ulcère veineux. le tissu du fond de l'ulcère est majoritairement du tissu de granulation (tissu de bourgeonnement); il n'y a donc pas d'indication à une détersion quotidienne mais au contraire il faut respecter l'épidermisation sans détersion.

*Valide*A. Vérification du statut vaccinal tétanique

*Valide*B. Compression veineuse multicouche

*Valide*C. pansement hydrocellulaires

*Faux*D. prévention de l'eczéma par antibiothérapie prophylactique au long cours

*Faux*E.

prélèvement bactériologique

QUESTION 3 (Type: QRM)

**Quel(s) est (sont) la (les) cause(s) possible(s) de purpura vasculaire nécrotique des membres inférieurs ?**

*Valide*A. Cryoglobulinémie

*Faux*B.

Thrombopénie

purpura non vasculaire

*Valide*C.

Embolies de critaux de cholesterol

*Valide*D. Purpura rhumatoide

*Valide*E. Purpura fulminans

QUESTION 4 (Type: QROC)

Quel est votre diagnostic ?

*Réponses valides*

dermatite atopique;eczema atopique

*Propositions de réponses incomplètes*

*Poids (en Kg) 0.5: eczema*

*Poids (en Kg) 0: eczema de contact*

*Poids (en Kg) 0: psoriasis*

*Poids (en Kg) 0: impetigo*

QUESTION 5 (Type: QRM)

**Un prurit sine materia peut être dû à**

*Valide*A. Une cholestase hépatique

*Valide*B. Une insuffisance rénale terminale

*Faux*C. Une infection à herpès virus

*Valide*D. Une infection parasitaire

*Valide*E. Une Grossesse

# ECNiParisJuillet2024 (DP)

## Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Un patient de 64 ans se présente aux urgences de votre hôpital (un centre hospitalier disposant d'une salle de coronarographie), pour une douleur thoracique constrictive évoluant depuis environ 5 heures, survenue au repos et irradiant dans les 2 avant-bras. Il est fumeur (35 paquets-années) et présente une notion de dyslipidémie sous régime seul. Il n'a pas d'autre antécédent notable.

### QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel examen paraclinique réalisez-vous sans délai pour votre patient ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

L'ECG est l'examen à pratiquer sans délai devant toute douleur thoracique (à partir du moment où le patient consulte pour douleur thoracique, le délai pour la réalisation de l'ECG doit être < 10 min selon les recommandations européennes)

### Réponses valides

ECG;électrocardiogramme;electrocardiogramme;Electrocardiogramme;un électrocardiogramme;un electrocardiogramme;un Electrocardiogramme;un ECG

### Propositions de réponses incomplètes

### QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous avez réalisé l'ECG suivant.

Concernant l'ECG, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

*Valide*A.

le rythme est sinusal

*Valide*B.

il s'agit d'un syndrome coronarien aigu (SCA) avec sus-décalage du segment ST dans le territoire inférieur

*Faux*C.

il s'agit d'un syndrome coronarien aigu (SCA) avec sus-décalage du segment ST dans le territoire antérieur

*Faux*D.

il s'agit d'un syndrome coronarien aigu (SCA) sans sus-décalage du segment ST

*Faux*E.

il s'agit d'une péricardite aigue

### QUESTION 3 (Type: QRP)

L'examen clinique retrouve des bruits de cœur réguliers, sans souffle cardiaque audible. La pression artérielle est à 130/80 mmHg, la fréquence cardiaque à 80/min et la saturation en O<sub>2</sub> à 98%. Il ne présente pas de signe d'insuffisance cardiaque.

Quelle est votre stratégie thérapeutique ? (4 réponses exactes)

*Valide*A.

introduction d'un traitement anticoagulant par héparine

*Valide*B.

introduction d'un traitement par aspirine

*Faux*C.

introduction d'un traitement par coumadine

*Faux*D.

thrombolyse intra-veineuse

*Valide*E.

réalisation d'une coronarographie en urgence

*Faux*F.

introduction de furosémide

Faux G.

introduction de flécaine

Valide H.

introduction d'un traitement inhibiteur du récepteur P2Y12

#### QUESTION 4 (Type: QZONE)

Le patient a eu sa coronarographie. Celle-ci retrouve un statut monotronculaire avec occlusion de l'artère coronaire droite proximale traitée par la mise en place d'un stent pharmaco-actif. Le patient remonte enUSIC.

24h après sa remontée, il présente une détresse respiratoire brutale, avec fréquence respiratoire à 30/min, tirage sus-claviculaire et désaturation à 80% en air ambiant. La pression artérielle est à 110/85 mmHg avec une fréquence cardiaque à 130/min.

Vous auscultez le patient.

Placez sur le schéma suivant les 4 foyers auscultatoires.

#### Zones utilisées

#1

Marqueurs: 

#2

Marqueurs: 

#3

Marqueurs: 

#4

Marqueurs: 

A.

Foyer mitral



Coefficient/Pondération: 1

**Zones ciblées valides:** Zone #1

B.

Foyer aortique

Coefficient/Pondération: 1

**Zones ciblées valides:** Zone #2

C.

Foyer tricuspide

Coefficient/Pondération: 1

**Zones ciblées valides:** Zone #3

D.

Foyer pulmonaire

Coefficient/Pondération: 1

**Zones ciblées valides:** Zone #4

QUESTION 5 (Type: QRU)

A l'auscultation cardiaque, vous percevez un souffle systolique au foyer mitral (qui n'était pas présent à son admission), irradiant dans le creux de l'aisselle et des crépitations bilatérales jusqu'aux 2/3 des champs.

Vous suspectez un œdème aigu du poumon.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

*Valide*A.

insuffisance mitrale aiguë sur rupture de pilier mitral ou dysfonction de pilier mitral

*Faux*B.

communication interventriculaire post-infarctus

*Faux*C.

insuffisance aortique aiguë

*Faux*D.

rupture de la paroi libre du ventricule gauche

*Faux*E.

rétrécissement mitral

QUESTION 6 (Type: QRM)

Vous suspectez une insuffisance mitrale aigue sur rupture de pilier mitral.

Quel examen complémentaire réalisez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

*Faux*A.

un angioscanner thoracique

*Valide*B.

une échographie transthoracique

*Faux*C.

une IRM myocardique

*Faux*D.

une ventriculographie

*Faux*E.

une radiographie thoracique

## ECNiParisSeptembre2024\_Dijon (SIQ)

### Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRM)

Madame S. 25 ans a été prise en soin aux Urgences dans la nuit pour les troubles de conscience, avec un coma calme hypotonique. Elle est toujours en cours de surveillance et de traitement quand vous la voyez le matin pour un avis addictologique. Elle vous dit qu'elle consomme de l'héroïne par voie intraveineuse, et qu'hier soir elle a fait une soirée où elle a consommé également de l'alcool. Elle est sous benzodiazépines au long cours avec parfois des prises surnuméraires.

Quelle(s) est/sont la/les proposition(s) vraie(s) ?



*Valide*A.

Madame S. a présenté une overdose/surdose aux opioïdes.

Vrai, coma calme hypotonique avec myosis serré en tête d'épingle, d'autant plus vrai que prise d'alcool et des BZD (dépresseurs centraux potentialisant l'action des opioïdes), rang A



*Valide*B.

Il est tout à fait adéquat de proposer un suivi en consultation d'addictologie même en cas de refus de l'objectif d'abstinence par l'usager.

Vrai, la réduction des risques et des dommages fait partie des missions de l'addictologue, rang A



*Valide*C.

Vous posez des questions sur sa manière de s'injecter, sur l'utilisation du matériel d'injection.

Vrai, la réduction des risques et des dommages fait partie des missions de l'addictologue, rang A



*Faux*D.

Vous prévenez la police et l'employeur de la patiente puisqu'elle consomme des substances illicites.

Faux +++, secret médical, rang A



*Valide*E.

Vous conseillez vivement la prescription de la Naloxone injectable à la sortie de la patiente.

Vrai, l'antidote devrait être prescrite à tout usager des opioïdes, rang B

## QUESTION 2 (Type: QRM)

André, âgé de 65 ans, alcoolique chronique, consulte son médecin suite à l'apparition subite d'une fièvre élevée (40°C) associée à une douleur thoracique, une dyspnée et des expectorations purulentes rouillées. L'auscultation révèle des râles crépitants. Le pouls est à 150/min et la fréquence respiratoire à 35/min.

Quelle doit être la prise en charge diagnostique et thérapeutique ?

**Commentaire pédagogique de correction:** Il s'agit d'une Pneumonie aigue communautaire , forte suspicion de PFLA à pneumocoque. Contexte : sujet éthylique chronique. CRB 65 >0 : hospitalisation recommandée.

Valide A.

Prescription d'une radiographie thoracique

La radio thoracique est indispensable au diagnostic de PAC

Valide B.

Prescription d'hémocultures

Les hémocultures et ECBC sont recommandés chez patients pris en charge à l'hôpital

Valide C.

Prescription d'un ECBC

Faux D.

Prescription d'azithromycine monothérapie en première intention

en première intention on s'oriente vers un pneumocoque donc amoxicilline ou amox + ac clavulanique (macrolides : si échec à 48h ou en association aux beta-lactamines si forme d'emblée sévère pour traitement legionellose ou germes atypiques (*Mycoplasma* ou *Chlamydomphila pneumoniae*))

Faux E.

Privilégier le traitement du patient en ambulatoire

Score CRB65>0 => hospitalisation

QUESTION 3 (Type: QRM)

Monsieur K. 45 ans est victime d'un accident de la voie publique. Il s'agit d'un choc frontal à haute cinétique. Le conducteur du véhicule arrivant en face s'est endormi et a dévié sur la voie utilisée par Monsieur K. Il ne survit pas à l'accident. Une autopsie médico-légale est demandée.

**Commentaire pédagogique de correction:**

L'autopsie médico-légale est réalisée à la demande de la justice : procureur de la république ou juge d'instruction selon le cadre de l'enquête en cours. La justice paye pour la réalisation de l'AML.

Aucun refus n'est possible, même pour des raisons religieuses ou convictions personnelles. L'inscription au RNR n'empêche pas la réalisation de l'autopsie dans le cadre médico-légal.

Le protocole de l'AML est un protocole complet et systématique qui vise en premier lieu à rechercher des indices de crime ou de délit : le corps devient une « pièce de procédure » pour l'enquête en cours, l'AML permet d'étudier le corps et de mettre en évidence des preuves éventuelles, utiles à l'enquête en cours.

*Faux*A.

L'autopsie médico-légale est réalisée à la demande la famille

*Valide*B.

L'autopsie médico-légale est utile pour rechercher les indices de crime ou délit

*Faux*C.

L'autopsie médico-légale sera orientée sur les parties du corps qui semblent les plus atteintes par les blessures

*Faux*D.

L'autopsie médico-légale ne sera pas réalisée si Monsieur K est inscrit au registre national des refus

*Valide*E.

L'autopsie médico-légale est payée par la justice

#### QUESTION 4 (Type: QRU)

Un patient présente une rhinite allergique aux acariens. Il présente des symptômes environ une semaine par mois lorsqu'il dort dans des hôtels avec de la moquette. Lorsqu'il dort à l'hôtel, il est réveillé par cette rhinite. En revanche la rhinite ne le gêne pas dans ses activités quotidiennes ou sportives.

Quelle est la proposition vraie ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

*Valide*A.

Le patient présente une rhinite intermittente et sévère

*Faux*B.

Le patient présente une rhinite intermittente et légère

Faux C.

Le patient présente une rhinite persistante et légère

Faux D.

Le patient présente une rhinite persistante sévère

#### QUESTION 5 (Type: QZONE)

Vous suspectez une allergie alimentaire à la cacahouète chez un enfant de 5 ans qui a présenté urticaire diffuse, asthme et hypotension après consommation d'un cookie au beurre de cacahouète lors d'un goûter d'anniversaire.

Pointer la zone correspondant au test allergologique utile dans cette situation pour confirmer votre diagnostic.

Ici la réaction décrite est une **hypersensibilité de type I (allergie immédiate)**. Deux types de tests cutanés sont utiles dans cette situation **les prick tests** ou les **intradermoréactions (IDR) à lecture immédiate**. Mais les IDR ne sont réalisables qu'avec des produits injectables et stériles. Donc pour les tests cutanés de l'allergie alimentaire immédiate, seul des prick tests sont possibles (soit prick avec un extrait commercial standardisé d'arachide, soit avec l'aliment natif)

A : Il s'agit de prick tests : on dépose une goutte de l'allergène standardisé (ou l'aliment lui-même) sur l'avant-bras, puis on introduit une petite quantité de l'allergène dans l'épiderme en piquant à travers la goutte (avec une microlance ou une aiguille). On réalise également un contrôle positif (goutte d'histamine) et un contrôle négatif (goutte de sérum physiologique). On réalise la lecture à 15 minutes.

Les prick sont utilisés pour les allergies alimentaires mais aussi respiratoires, médicamenteuses.

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

B : il s'agit d'IDR. Les IDR consistent à injecter l'allergène en intradermique et à effectuer soit une lecture immédiate à 15 minutes (exploration des HS de type I avec urticaire profonde associant oedème local, erythème et prurit), soit une lecture retardée (exploration des HS de type IV avec erythème infiltré et souvent prurigineux à 48h).

Les IDR sont utilisées pour les allergies médicamenteuses et aux venins d'hyménoptères.

C : il s'agit de patch test : utile pour les réactions retardées. Ils sont réalisés le plus souvent dans le dos du patient, l'allergène à tester est placé dans une petite cupule occlusive qui est laissée 48h en place.

#### Zones utilisées

#1

Marqueurs: ●

A.

Réponse A

**Indispensable** Coefficient/Pondération: 1

**Zones ciblées valides:** Zone #1

QUESTION 6 (Type: QRM)

Vous recevez aux urgences une patiente de 30 ans présentant un syndrome dépressif évoluant depuis trois mois, non amélioré malgré la mise en place d'un traitement antidépresseur adapté. Dans ce contexte, la patiente et sa famille s'interroge sur l'existence d'un trouble bipolaire.

Quelle(s) caractéristique(s) pouvant faire évoquer un trouble bipolaire recherchez-vous chez cette patiente ?

FauxA.

Un épisode dépressif caractérisé de début progressif

*Il conviendra de rechercher plutôt un épisode dépressif caractérisé de début aigu ou brutal*

ValideB.

Un antécédent familial de trouble de l'humeur

*L'étiopathogénie du trouble bipolaire implique des facteurs génétiques avec une héritabilité importante, devant faire rechercher les antécédents familiaux de trouble de l'humeur*

ValideC.

Un épisode dépressif avec caractéristiques mélancoliques

*Les caractéristiques mélancoliques ou saisonnières de l'épisode dépressif doivent faire évoquer un trouble bipolaire*

ValideD.

L'apparition d'une agitation sous traitement antidépresseur

*Une réponse inadéquate au traitement antidépresseur : réponse partielle, aggravation des symptômes, agitation, ou « virage » de l'humeur, doivent faire évoquer un trouble bipolaire*

FauxE.

Un épisode dépressif caractérisé après 25 ans

*Le trouble bipolaire est une pathologie du sujet jeune, avec un début typiquement entre 15 et 25 ans*

QUESTION 7 (Type: QRM)

Monsieur A., 60 ans, consulte les urgences pour des céphalées depuis 3 jours. Il s'automédique depuis 1 semaine par des anti-inflammatoires pour des douleurs dentaires. L'examen neurologique ne retrouve pas de déficit sensitivo-moteur. Le patient a 37,4° de température. Un scanner cérébral avec injection est réalisé.

Quelle(s) est (sont) la ou les propositions vraies ?

FauxA.

C'est un scanner cérébral en coupe coronale

*Faux, il s'agit d'une coupe axiale ou transverse*

FauxB.

C'est un scanner cérébral en fenêtre parenchymateuse sans injection de produit de contraste

*Faux il s'agit d'une coupe injectée (le sinus sagittal, les plexus choroïdes et les branches de l'artère cérébrale moyenne sont rehaussés)*

ValideC.

Devant une lésion en cocarde, les trois principales hypothèses à évoquer sont la métastase cérébrale, l'abcès cérébral, une tumeur gliale de grade 4 (glioblastome)

FauxD.

L'absence de syndrome inflammatoire biologique élimine l'abcès cérébral

*Faux, un abcès cérébral ne s'accompagne pas toujours d'un syndrome inflammatoire biologique*

ValideE.

La séquence de diffusion en IRM permet de faire le diagnostic différentiel entre une tumeur et un abcès cérébral.

QUESTION 8 (Type: QROC)

Vous êtes le médecin généraliste d'un patient de 54 ans pour lequel a été réalisé une biopsie ganglionnaire. La conclusion du compte-rendu d'anatomie et cytologie pathologiques stipule



"Présence, au sein d'un parenchyme ganglionnaire d'architecture préservée, de nombreux granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse visualisée sur ce prélèvement biopsique. L'ensemble du tableau lésionnel est à confronter aux données clinico-radiologiques".

Quelle est votre première hypothèse diagnostique ?

***Réponses valides***

sarcoidose

***Propositions de réponses incomplètes***

QUESTION 9 (Type: QRM)

Vous recevez en consultation M H, 88 ans. Vous lui annoncez la présence d'une cataracte aux deux yeux. M H vous pose beaucoup de questions, vous essayez de lui donner des informations sur sa pathologie.

Quelles sont propositions vraies que vous pourrez répéter à M H ?

*Faux*A.

Il s'agit d'une opacification de la zonule, structure soutenant le cristallin

faux : opacification du cristallin et non pas de la zonule. Rang A

*Valide*B.

La chirurgie de la cataracte est la chirurgie la plus fréquente toutes chirurgies confondues en France

*Valide*C.

Cette pathologie est le plus souvent liée à l'âge

*Valide*D.

Cette pathologie peut entraîner une diplopie monoculaire

*Faux*E.

Une modification de la perception des couleurs est décrite du fait de modifications rétiniennes associées

faux. Modification de la perception des couleurs oui, mais du fait de l'opacification du cristallin, il devient alors de plus en plus jaunissant, entraînant un jaunissement des couleurs.

QUESTION 10 (Type: QZONE)

Entourer la structure touchée en cas de glaucome primitif à angle ouvert sur cette rétinophotographie.

**Commentaire pédagogique de correction:** Le glaucome touche le nerf optique (ou papille optique).

**Zones utilisées**

#1

**Marqueurs:** ●

A.

Réponse

**Indispensable** Coefficient/Pondération: 1

**Zones ciblées valides:** Zone #1

QUESTION 11 (Type: QRM)

Un patient de 55 ans, sous anticoagulants oraux pour une fibrillation atriale se présente aux urgences avec une cruralgie inflammatoire, non déficitaire, sans trouble sphinctérien, évoluant depuis 8 jours, à prédominance nocturne, qui résiste aux AINS per os.

Quelles sont les réponses vraies ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

Tableau de cruralgie symptomatique avec drapeaux rouges (douleur inflammatoire, résistance AINS) donc bilan imagerie obligatoire (TDM ou IRM lombaire, au mieux injectée) pour éliminer hématome psoas, spondylodiscite avec épidurite, tumeur compressive, etc.). Le Lyme peut donner des tableaux lomboradiculaires atypiques, souvent inflammatoire, à rechercher si le bilan initial est négatif. La fracture ostéoporotique et le CLE donnent des douleurs mécaniques.

*Valide*A.

Il peut s'agir d'un hématome du psoas

*Valide*B.

Il peut s'agir d'une méningo-radiculite de Lyme

*Faux*C.

Il peut s'agir d'un tassement ostéoporotique

*Faux*D.

Il peut s'agir d'un canal lombaire décompensé

*Faux*E.

Aucune imagerie n'est nécessaire, à part des radiographies lombaires et du bassin

#### QUESTION 12 (Type: QRM)

A propos de ce tracé ECG, il est vrai que:

**Commentaire pédagogique de correction:** *Extrasystoles ventriculaires bigéminées à retard gauche*

*Valide*A.

Les extrasystoles sont monomorphes.

*Faux*B.

Il s'agit d'extrasystoles atriales.

*Valide*C.

Il s'agit d'extrasystoles ventriculaires bigéminées.

*Valide*D.

Les extrasystoles présentent un retard gauche.

*Faux*E.

Il s'agit d'une fibrillation atriale.

#### QUESTION 13 (Type: QRM)

Mr M, 54 ans, aux antécédents de trouble schizophrène, vous est adressé pour un tableau d'ischémie des 4èmes et 5èmes orteils du pied gauche. Il a pour antécédents une thrombose porte, ainsi qu'une embolie pulmonaire compliquée d'une hypertension pulmonaire post-embolique sans facteur déclenchant, il y a environ 5 ans. Vous réalisez chez lui un bilan biologique dont voici les résultats : Hb = 13 g/dl, plaquettes = 350 Giga/ml, TCA non allongé,

absence d'anticoagulant circulant lupique, Anticorps Anti Beta2GP1 et anticardiolipine fortement positifs en IgG, négatifs en IgM, absence de déficit en protéines C, S et antithrombine, absence de mutation des facteurs II et V Leiden.

Quelle est l'étiologie la plus probable de ses événements thrombo-emboliques ?

*Valide*A.

Thrombophilie acquise

*Faux*B.

Thrombophilie constitutionnelle

*Faux*C.

Traitements antipsychotiques

*Faux*D.

Syndrome des antiphospholipides triple positifs

*Valide*E.

Syndrome des antiphospholipides double positifs

QUESTION 14 (Type: QRM)

Vous prenez en charge une patiente de 74 ans, qui a des antécédents d'HTA bien contrôlée sous perindopril, d'éthylisme chronique et de troubles du comportement alimentaire à type de boulimie. Elle présente depuis environ 3 mois un ralentissement de sa marche avec un ralentissement des mouvements prédominant discrètement au niveau de l'hémicorps droit gênant la réalisation des gestes fins. L'examen retrouve un syndrome akinéto-rigide prédominant à droite, il n'y a pas de syndrome pyramidal ou cérébelleux, pas de tremblement. L'examen oculomoteur retrouve une discrète paralysie dans le regard vers le bas.

Parmi ces éléments, lequel ou lesquels sont exacts ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Devant un syndrome extrapyramidal une kinésithérapie sera toujours indiquée s'il y a une gêne pour le patient. De la même manière un traitement médicamenteux doit être proposé devant la gêne. Pas d'agonistes dopaminergiques ici car il y a des antécédents de troubles addictifs. Le diagnostic de Parkinson est incertain devant les troubles oculomoteurs et nécessite une IRM cérébrale. L'absence de tremblement peut toutefois être absent lors du début d'une MPI est ne permet pas de réfuter le diagnostic. Ici, c'est le trouble oculomoteur qui doit faire remettre en cause le diagnostic.

*Valide*A.

Une kinésithérapie est indiquée

*Valide*B.

On peut proposer un traitement par L-DOPA

*Valide*C.

Il est nécessaire de réaliser une IRM

*Faux*D.

On peut proposer un traitement par agonistes dopaminergiques

*Faux*E.

Le diagnostic de maladie de parkinson idiopathique est réfuté sur l'absence de tremblement

#### QUESTION 15 (Type: QRM)

Vous recevez en consultation, Mme H 40 ans pour un bilan d'hypokaliémie. Elle travaille comme aide-soignante. Elle ne prend que du DIFFU-K dans son traitement.

Sa pression artérielle est à 101/66mmHg.

Son ionogramme sanguin est le suivant : Natrémie 135mmol/L, Kaliémie 3,5mmol/L, Chlorémie 110mmol/L, bicarbonatémie 32mmol/L, calcémie 2,20mmol/L, phosphatémie 1,10mmol/L, créatinine 70 $\mu$ mol/L, débit de filtration glomérulaire 90ml/min/1,73m<sup>2</sup>

Son ionogramme urinaire des 24h est le suivant : natriurèse 120mmol , kaliurèse 30mmol, chlorurie 40mmol.

Quelles sont les hypothèses possibles de son hypokaliémie ?

**Commentaire pédagogique de correction:**

*Faux*A.

Prise de réglisse

Fausse. HTA dans ce cas là

*Faux*B.

Vomissements

Fausse. Chlorurie <10 mmol/L, avec perte extra rénal de chlore

*Faux*C.

Prise de laxatifs

Fausse. La kaliurèse serait adaptée et < 20mmol/24h

*Valide*D.

Prise de diurétiques

*Valide*E.

Maladie de Gitelman

QUESTION 16 (Type: QRU)

Vous prenez en charge une patiente de 24 ans qui présente des douleurs abdominales en fosse iliaque droite depuis 48 h. Elle est fébrile. L'examen gynécologique est normal. Vous vous orientez vers une appendicite aiguë.

Quel examen d'imagerie prescrivez-vous en première intention chez cette patiente pour étayer votre hypothèse ?

*Faux*A.

scanner abdominopelvien sans injection

FAUX (imagerie de seconde intention)

*Faux*B.

scanner abdominopelvien avec injection

FAUX (imagerie de seconde intention)

*Valide*C.

échographie abdominopelvienne

*Faux*D.

IRM abdominale

*Faux*E.

radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

#### QUESTION 17 (Type: QRM)

Vous prenez en charge un patient de 57 ans. Il a présenté ce jour à 13h06, brutalement, devant son épouse, un déficit hémicorporel droit. Il est aphasique. Il dévie la tête à gauche. Son score NIH est coté à 21 par l'urgentiste. Une IRM est réalisée.

Il est 16h37. Quelle(s) thérapeutique(s) pouvez-vous envisager ?

**Commentaire  
pédagogique de  
correction:**

Les réponses A, B, C, et D se rapportent à la prise en charge d'un AVC ischémique. L'IRM montre ici un AVC hémorragique hémisphérique gauche. Il ne faut pas entreprendre une revascularisation et diminuer la tension pour limiter au maximum l'augmentation de taille de l'hématome.

*Faux*A.

Fibrinolyse IV seule

*Faux*B.

Thrombectomie mécanique seule

*Faux*C.

Traitement combiné (associant fibrinolyse IV et thrombectomie mécanique)

*Faux*D.

Respect de la poussée tensionnelle jusqu'à 185/110

*Valide*E.

Contrôle de la poussée tensionnelle si  $> 140/90$

#### QUESTION 18 (Type: QRM)

Concernant le bilan de coagulation suivant :

PI Activité du complexe prothrombinique 78 %

PI Temps de céphaline avec activateur : Malade 45 s / Témoin 30 s

PI Fibrinogène 3,0 g/L

Quelle(s) est (sont) la (les) hypothèse(s) possible(s) ?

*Ici, fibrinogène normal, TP normal, allongement isolé du TCA.*

**Commentaire pédagogique de correction:** *Déficit isolé en facteur V à Diminution du TP et allongement du TCA.*

*Clopidogrel à traitement antiagrégant sans impact sur le bilan de coagulation.*

*Faux*A.

Un déficit isolé en facteur V

*Valide*B.

Une hémophilie A

*Faux*C.

Un traitement par clopidogrel

*Valide*D.

Un déficit en facteur XI

*Valide*E.

Un anticoagulant circulant de type lupique

QUESTION 19 (Type: QRM)

Concernant la protection sociale, la consommation médicale et l'économie de la santé, veuillez cocher la ou les réponse(s) vraie(s) :

*Valide*A.

La protection sociale est organisée selon quatre niveaux en France : la Sécurité sociale, les régimes complémentaires, le régime d'assurance-chômage et l'aide sociale relevant de l'Etat et des collectivités.

*Faux*B.



Le régime général de la Sécurité sociale comprend 3 branches : maladie, famille et vieillesse

Faux. Le régime général de la Sécurité sociale comprend 4 branches : maladie, famille, vieillesse et recouvrement



*Faux*C.

La protection sociale est financée majoritairement par la Contribution Sociale Généralisée (CSG)

Faux. La protection sociale est financée majoritairement par les cotisations sociales



*Faux*D.

La participation forfaitaire de 1 euro peut être prise en charge par un organisme complémentaire d'Assurance maladie

Faux. La participation forfaitaire de 1 euro ne peut pas être prise en charge par un organisme complémentaire d'Assurance maladie



*Valide*E.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dépassait les 200 milliards d'euros en 2020

Vrai. La consommation de soins et de biens médicaux était de 209,2 milliards d'euros en 2020

QUESTION 20 (Type: QRU)

Vous voyez en consultation Mr T, 54ans, diabétique de type 2 depuis 5ans.

Il était traité par METFORMINE 850mgx3/j, SEMAGLUTIDE 1mg/sem et GLICLAZIDE 120mg/j.

Malgré ce traitement, son diabète n'était pas bien équilibré.

Il a été hospitalisé récemment dans votre service, où son traitement a été modifié. Il est maintenant sous Insuline Glargine 24UI/j + Insuline lispro 12UI/repas + METFORMINE 850mgx3/j + SEMAGLUTIDE 1mg/sem.

Le patient trouve les injections d'insuline pluriquotidiennes contraignantes, et voudrait avoir des informations sur la pompe à insuline.

Que pouvez-vous lui dire?

**Commentaire pédagogique de correction:**

Les pompes à insuline sont toujours remplies avec uniquement de l'insuline rapide. C'est la diffusion en continu de cette insuline par le système de pompe qui fait office d'insuline lente. Ce système est pris en charge pour les patients diabétiques de type 1 ou 2 indifféremment. La pompe à insuline étant une méthode de délivrance sous-cutanée d'insuline, elle peut donner des lipodystrophies, tout comme le schéma basal/bolus.

*Faux*A.

Les pompes à insuline sont remplies avec de l'insuline lente

*Faux*B.

Un patient diabétique de type 2 ne peut pas avoir de pompe à insuline

*Valide*C.

La pompe à insuline doit être posée dans un centre expert

*Faux*D.

La pompe à insuline ne peut pas donner de lipodystrophies

## ECNiParisJuillet2024 (MDP)

### Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Mr R. âgé de 25 ans, se présente aux urgences pour douleur. Il a depuis ce matin une douleur lombaire gauche d'apparition brutale irradiant dans les organes génitaux. Il n'a pas d'antécédent en dehors d'une appendicectomie, et d'une allergie à la pénicilline. Les constantes sont normales. A l'examen clinique, vous retrouvez une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire, la BU montre une croix de sang.

#### QUESTION 1 (Type: QRU)

Devant ces premiers éléments cliniques, quel est le diagnostic le plus probable ?

- Pyélonéphrite aigue gauche : pas brutale, fièvre, SFU, BU négative mais mauvaise valeur prédictive négative

- Colique néphrétique gravidique gauche : femme enceinte

**Commentaire pédagogique de correction:**

- Pyélonéphrite obstructive gauche : idempyelo

- Torsion du cordon spermatique gauche : pas les signes cliniques, mais en pratique il faut avoir le reflexe d'examiner les testicules chez un homme jeune avec douleur dans les OGE

*Faux*A.

Pyélonéphrite aigue gauche

*Faux*B.

Rupture de kyste hémorragique gauche

*Faux*C.

Infarctus rénal gauche

*Valide*D.

Colique néphrétique gauche

*Faux*E.

Torsion du cordon spermatique gauche

### QUESTION 2 (Type: QRM)

D'après votre hypothèse diagnostique, quelle va être votre prise en charge ? Cochez la ou les bonnes réponses

- Introduction d'un traitement par anti-inflammatoire: KETOPROFENE 100mg IV x 3/24H

**Commentaire pédagogique de correction:** - Introduction d'un traitement par Morphine : que si échec de l'AINS

- Restriction hydrique obligatoire : n'a pas fait preuve de son efficacité.

*Indispensable*A.

Introduction d'un traitement par anti-inflammatoire

*Indispensable*B.

Introduction d'un traitement antalgique par Paracétamol

*Faux*C.

Introduction d'un traitement par Morphine

*Indispensable*D.

Pose d'une perfusion pour un traitement intra veineux

*Faux*E.

Restriction hydrique

### QUESTION 3 (Type: QRM)

De manière générale, quelles sont la ou les causes de colique néphrétique ?

**Commentaire pédagogique de correction:** *Les causes de colique néphrétique sont : les compressions extrinsèques, les atteintes endo-luminale (calcul), pariétale (tumeur, sténose, Syndrome de la jonction pyélo-urétérale)*

*Indispensable*A.

Maladie lithiasique

*Indispensable*B.

Ligature urétérale

*Indispensable*C.

Syndrome de la jonction pyélo-urétérale

*Indispensable*D.

Tumeur de la voie excrétrice supérieure

*Indispensable*E.

Tumeur du rétro-péritoine

QUESTION 4 (Type: QRU)

Votre prise en charge a permis une disparition de la douleur.

Le bilan biologique que vous aviez fait était normal et vous autorisez la sortie du patient.

Il revient 7 jours plus tard aux urgences pour l'apparition de fièvre depuis 48h avec une altération de l'état général malgré la poursuite du traitement anti inflammatoire et antalgique. Il a fait un scanner en ville qui retrouve la présence d'un calcul urétéral gauche.

Cliniquement on retrouve une douleur lombaire gauche augmentée à la percussion.

Les constantes sont les suivantes : T39°, FC 110/min, TA 90/60 mmHg. La BU est positive.

Dans ce contexte quel est le diagnostic le plus probable ? Cochez la bonne réponse.

*SEPSIS : sepsis + 1 critère : Lactate > 2, Hypotension PAM < 65mmhg ou Systolique < 90 ou Diastolique < 4, Dysfonction d'organe (respiratoire, rénale, coagulopathie)*

**Commentaire pédagogique de correction:**

*CHOC SEPTIQUE : Sepsis qui ne répond pas au remplissage vasculaire*

*Pyélonéphrite obstructive = calcul + fièvre*

*Faux*A.

Choc septique sur infection urinaire masculine

*Faux*B.

Choc septique sur une pyélonéphrite aiguë

*Faux*C.

Pyélonéphrite aiguë compliquée d'un sepsis

*Valide*D.

Pyélonéphrite obstructive compliquée d'un sepsis

*Faux*E.

Pyélonéphrite obstructive compliquée d'un choc septique

#### QUESTION 5 (Type: QRM)

Quelle est la suite de votre prise en charge ?

Pyélonéphrite obstructive, urgence vitale ; prise en charge médico-chirurgicale :

**Commentaire pédagogique de correction:**

Médicale : Hydratation IV + double antibiothérapie IV dès la suspicion diagnostique, ARRET des AINS +++, prise en charge de la douleur par antalgiques palier 1 et 2,

Chirurgicale : Drainage de la voie excrétrice en urgence par une sonde JJ ou à défaut néphrostomie. On ne traite jamais la cause de la compression en 1ère intention devant une colique néphrétique compliquée.

*Faux*A.

Hospitalisation en maladie infectieuse

*Faux*B.

Réalisation d'une lithotritie extra corporelle

*Faux*C.

Drainage de la voie excrétrice par pose d'une sonde vésicale

*Indispensable*D.

Drainage de la voie excrétrice par pose d'une endo-prothèse urétérale



*Indispensable*E.

Bloc opératoire en urgence

## ECNiParisJuillet2024 (KFP)

### Énoncé du microDCP-[Key Features Problems]

Un homme de 35 ans vous consulte pour une tuméfaction sous-mandibulaire droite survenue alors qu'il mangeait. Il vous confie la photographie qu'il a prise lors de l'évènement.

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel est votre diagnostic (deux mots) ?

#### *Réponses valides*

hernie salivaire;Hernie Salivaire;Hernie salivaire

#### *Propositions de réponses incomplètes*

*Poids (en Kg) 0.5: hernie*

QUESTION 2 (Type: QRPL)

A l'examen clinique, quels sont les 3 signes cliniques à rechercher en faveur d'une lithiase salivaire chez ce patient ?



*Faux*A.

La présence de pus au niveau du canal de Sténon droit



*Faux*B.

Une odynophagie



*Faux*C.

Une percussion douloureuse de la dent 46

*Valide*D.

Une inflammation (whartonite) du canal de Wharton

*Faux*E.

Un trouble de l'articulé dentaire

*Valide*F.

La palpation d'un calcul dans le plancher buccal

*Faux*G.

Une xerostomie

*Faux*H.

Un comblement vestibulaire

*Valide*I.

Une hypertrophie douloureuse de la glande sous-mandibulaire

*Faux*J.

Une paralysie faciale

### QUESTION 3 (Type: QRM)

A propos de la prise en charge de ce patient, quelles sont les propositions correctes.

*Valide*A.

L'échographie cervicale est l'examen de première intention chez ce patient

*Faux*B.

La survenue d'une sialadénite nécessitera un drainage chirurgical rapide



*Valide*C.

Un calcul de petite taille (< 4mm) peut être extrait par sialendoscopie



*Faux*D.

Une alimentation pauvre en calcium permet de prévenir la récurrence



*Faux*E.

La lithotripsie extra-corporelle est le traitement de première intention

## ECNiParisJuillet2024 (MDP)

### Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

QUESTION 1 (Type: QRU)

Mme A, 80 ans va être opérée prochainement d'une tumorectomie du sein droit. La mammographie a mis en évidence un foyer de micro-calcifications étendues de 40 mm du quadrant supéro externe. La macrobiopsie a révélé un carcinome canalaire in situ de haut grade. Elle vit à domicile avec son mari, est autonome et est sous antivitamine K au long cours (previscan).

Parmi les éléments suivants, lequel n'est d'aucune utilité pour la prise en charge de son cancer du sein compte tenu des informations dont vous disposez?

**Commentaire pédagogique de correction:** La patiente a un diagnostic de cancer du sein in situ, le risque métastatique est nul



*Faux*A.

Bilan d'hémostase



*Faux*B.

Consultation avec son cardiologue dans le cadre d'un bilan pré chirurgical



*Valide*C.

Bilan d'extension avec scanner thoraco-abdominal



*Faux*D.

Consultation avec un onco-gériatre avant la chirurgie



*Faux*E.



## IRM mammaire

### QUESTION 2 (Type: QRP)

La patiente a bénéficié d'une tumorectomie du sein. Le compte-rendu anatomopathologique final a retrouvé:

- un foyer de carcinome canalaire in situ en marge de sain
- un foyer de carcinome canalaire infiltrant de 20 mm, grade SBR 2, récepteurs aux estrogènes positifs, récepteur à la progestérone négatif, HER2 négatif, marges d'excision saines.

Du fait de la découverte du foyer de carcinome infiltrant, elle a bénéficié d'un ganglion sentinelle qui n'a pas mis en évidence d'envahissement ganglionnaire.

Quels sont les traitements adjuvants qui seront potentiellement proposés à la patiente? (3 réponses possibles)

*Valide*A.

Radiothérapie adjuvante

*Faux*B.

Traitement adjuvant par inhibiteur de tyrosine kinase anti EGFR

*Valide*C.

Hormonothérapie adjuvante par anti-estrogènes (tamoxifène)

*Valide*D.

Hormonothérapie adjuvante par inhibiteurs de l'aromatase

*Faux*E.

Thérapie ciblée: trastuzumab

### QUESTION 3 (Type: QRU)

La patiente a finalement refusé tous les traitements complémentaires, par crainte des effets secondaires.

Deux ans après ce diagnostic, un scanner thoraco abdomino-pelvien est réalisé à l'occasion d'une altération de son état général. Celui-ci montre des lésions hépatiques, osseuses évocatrices de métastases. La patiente présente des douleurs importantes.

En accord avec la patiente, vous décidez de mettre en place un traitement antalgique, des compléments alimentaires, et de débiter un traitement par hormonothérapie (anti aromatases + inhibiteurs de CDK4/6).

Elle est aussi prise en charge par la psychologue.

Parmi les propositions suivantes, laquelle définit le mieux les soins dont elle bénéficie?

*Faux*A.

La patiente reçoit des traitements curatifs

*Faux*B.

La patiente reçoit des traitements curatifs et des soins de support

*Faux*C.

La patiente reçoit uniquement des soins de support

*Valide*D.

La patiente reçoit des traitements palliatifs et des soins de support

*Faux*E.

La patiente reçoit uniquement des traitements palliatifs

QUESTION 4 (Type: QROC)

L'état général s'est progressivement amélioré sous traitement. Elle sort de chez elle, peut s'occuper de ses petits-enfants mais décrit quand même une asthénie et une réduction de ses activités par rapport à sa situation antérieure. A combien évaluez-vous son Performans Status (PS)? Elle est alitée moins de 50% du temps.

*Réponses valides*

1;un

*Propositions de réponses incomplètes*

QUESTION 5 (Type: QRM)

En reprenant l'interrogatoire de la patiente, elle vous explique qu'elle s'inquiète pour ses enfants car il y a beaucoup de cas de cancers dans sa famille. En effet, sa soeur a eu diagnostic de cancer de l'ovaire à 55 ans et en est décédée. Elle a une nièce maternelle à qui l'on vient de découvrir un cancer du sein bilatéral à 35 ans. Elle décrit aussi un cas de cancer chez un oncle maternel, il s'agissait d'un cancer du poumon dans un contexte tabagique.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont correctes?

*Faux*A.

L'histoire familiale est évocatrice d'un syndrome de Lynch

*Indispensable*B.

L'histoire familiale est évocatrice d'un syndrome de prédisposition génétique dû à des mutations de BRCA1 ou BRCA2

*Valide*C.

Une consultation d'oncogénétique doit être proposée à la patiente

*Valide*D.

Le cas de cancer du poumon rentre dans le spectre du syndrome de prédisposition génétique dû à des mutations de BRCA1 ou BRCA2

*Valide*E.

En cas de mutation BRCA1/2 constitutionnelle, les hommes ne sont pas à risque de cancer du sein

## ECNiParisJuillet2024Besançon (SIQ)

### Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRM)

Une patiente âgée de 85 ans vous est adressée en consultation pour une tumeur du rein métastatique, quels sont les facteurs de mauvais pronostics au bilan biologique ?

*Faux*A.

Neutropénie

Neutrophiles augmentés

*Valide*B.

LDH augmentés

*Faux*C.

Insuffisance rénale

*Faux*D.

Hypocalcémie

Hypercalcémie

*Valide*E.

Anémie

QUESTION 2 (Type: QRM)

Quels sont les contre-indications de le Lithotritie Extra Corporelle dans la prise en charge des lithiases urinaires urétérales :

*Valide*A.

Sténose urétérale en aval du calcul

*Valide*B.

Grossesse

*Faux*C.

Prothèse de hanche du côté de la lithiase

*Valide*D.

Anévrisme de l'aorte

*FauxE.*

Un calcul supérieur à 10 mm

QUESTION 3 (Type: QRM)

Un patient de 45 ans vient vous voir pour des troubles de l'érection associés à une baisse de la libido, sans autres troubles du bas appareil urinaire, quel bilan lui demandez-vous en première intention ?

*ValideA.*

Bilan lipidique

*FauxB.*

PSA

45 ans et pas de troubles du bas appareil urinaire

*ValideC.*

Testostéronémie totale

Vrai car baisse de la libido, recherche d'un déficit androgénique

*ValideD.*

Testostéronémie biodisponible

Vrai car baisse de la libido, recherche d'un déficit androgénique

*FauxE.*

FSH

QUESTION 4 (Type: QRM)

Vous examinez un patient de 20 ans, il présente un tableau d'orchyépидидymite, quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous en première intention :

*Faux*A.

Sérologie VHA

*Faux*B.

Echographie scrotale

A faire si mauvaise évolution > 24h

*Faux*C.

PCR Chlamydia et Gonocoque en milieu de jet

PCR à faire sur le 1er jet d'urine

*Faux*D.

Hémocultures

Si fièvre ou BGN dans les urines

*Valide*E.

ECBU

## ECNiParisJuillet2024Besançon (SIQ)

### Séquence de Questions Isolées

#### QUESTION 1 (Type: QRM)

Une patiente âgée de 85 ans vous est adressée en consultation pour une tumeur du rein métastatique, quels sont les facteurs de mauvais pronostics au bilan biologique ?

*Faux*A.

Neutropénie

Neutrophiles augmentés

*Valide*B.

LDH augmentés

*Faux*C.

Insuffisance rénale

*Faux*D.

Hypocalcémie

Hypercalcémie

*Valide*E.

Anémie

QUESTION 2 (Type: QRM)

Quels sont les contre-indications de le Lithotritie Extra Corporelle dans la prise en charge des lithiases urinaires urétérales :

*Valide*A.

Sténose urétérale en aval du calcul

*Valide*B.

Grossesse

*Faux*C.

Prothèse de hanche du côté de la lithiase

*Valide*D.

Anévrisme de l'aorte

*Faux*E.

Un calcul supérieur à 10 mm

QUESTION 3 (Type: QRM)

Un patient de 45 ans vient vous voir pour des troubles de l'érection associés à une baisse de la libido, sans autres troubles du bas appareil urinaire, quel bilan lui demandez-vous en première intention ?

*Valide*A.

Bilan lipidique

*Faux*B.

PSA

45 ans et pas de troubles du bas appareil urinaire

*Valide*C.

Testostéronémie totale

Vrai car baisse de la libido, recherche d'un déficit androgénique

*Valide*D.

Testostéronémie biodisponible

Vrai car baisse de la libido, recherche d'un déficit androgénique

*Faux*E.

FSH

QUESTION 4 (Type: QRM)

Vous examinez un patient de 20 ans, il présente un tableau d'orchyépидidymite, quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous en première intention :

*Faux*A.

Sérologie VHA



*Faux*B.

Echographie scrotale

A faire si mauvaise évolution > 24h

*Faux*C.

PCR Chlamydia et Gonocoque en milieu de jet

PCR à faire sur le 1er jet d'urine

*Faux*D.

Hémocultures

Si fièvre ou BGN dans les urines

*Valide*E.

ECBU

## ECNiParisJuillet2024Besançon (SIQ)

### Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRM)

A propos de cet ECG, cochez la(les) réponse(s) vraie(s) ?

*Faux*A.

Sus Décalage du Segment ST dans le territoire antérieur

*Faux*B.

Présence d'un miroir inférieur

*Faux*C.

L'artère coupable est probablement l'interventriculaire antérieure

*Valide*D.

Rythme sinusal

*Valide*E.

Sus Décalage du Segment ST dans le territoire inféro-latéral

#### QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous voyez en consultation un patient de 85 ans qui a perdu connaissance en montant ses escaliers ce matin. Il déclare une dyspnée au stade IV de la NYHA. A l'auscultation vous constatez un souffle systolique râpeux, maximum le long du bord sternal droit, irradiant aux carotides. Cochez-la(les) réponse(s) vraie(s).

*Faux*A.

Il s'agit d'une insuffisance mitrale sévère

*Faux*B.

Le B2 doit être présent

*Faux*C.

En échographie, le Volume Régurgitée en PISA doit être supérieur à 60 ml

*Valide*D.

En échographie, la mesure du gradient moyen entre ventricule gauche et l'aorte paraît primordiale

*Valide*E.

Il s'agit d'un Rétrécissement Aortique serré

#### QUESTION 3 (Type: QRM)

Cochez-la(les) indications de mise en place d'un Défibrillateur Automatique Interne.

*Faux*A.

En prévention secondaire après un BAV complet dégénératif

*Valide*B.

En prévention secondaire après une tachycardie ventriculaire soutenue

*Faux*C.

En prévention secondaire après une torsade de pointe chez un patient en BAV type 3

*Faux*D.

En prévention secondaire après une fibrillation ventriculaire à la phase aiguë d'un Syndrome Coronaire Aigu

*Valide*E.

En prévention primaire en cas de FEVG à 25% sous traitement maximal toléré chez un patient au stade III de la NYHA porteur d'une cardiomyopathie dilatée

#### QUESTION 4 (Type: QRM)

A propos de cet ECG réalisé chez un patient de 70 ans, diabétique, présentant des palpitations depuis 3 semaines, cochez

*Valide*A.

Fibrillation Atriale

*Faux*B.

On peut envisager une cardioversion électrique en rythme sinusal d'emblée

*Valide*C.

On doit introduire une anticoagulation curative

*Valide*D.

On peut envisager une stratégie de contrôle de fréquence par Bêta Bloquant dans un 1<sup>er</sup> temps



*Faux*E.

Il s'agit d'une Tachycardie par réentrée intra nodale