

ECNiParisJuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez aux urgences Mme C, âgée de 23 ans, accompagnée par les pompiers. Sa sœur l'accompagne et vous explique « depuis 3 semaines, elle n'est plus elle-même. Habituellement, elle est discrète et calme ; là elle parle sans cesse, et se querelle avec sa famille, ainsi qu'avec ses voisins, qui se sont plaint de tapage nocturne à plusieurs reprises ». Elle ne lui connaît aucun antécédent médical.

Lors de l'entretien, Mme C est très maquillée. Le contact initial est familier, voire jovial, inadapté à une consultation médicale. Elle vous explique « se sentir au mieux, n'avoir rien à faire à l'hôpital ». Elle parle fort et vite. Vous avez du mal à suivre son raisonnement. Elle vous décrit avoir de grandes missions pour le monde, qu'elle ne peut pas vous confier.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Quel diagnostic évoquez-vous ?

*Faux*A.

Épisode psychotique bref

*Faux*B.

Hypomanie

*Faux*C.

Épisode maniaque sans caractéristique psychotique

*Faux*D.

Épisode psychotique d'un trouble bipolaire

*Valide*E.

Épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques inaugural d'un trouble bipolaire

QUESTION 2 (Type: QRM)

Quel est le bilan étiologique nécessaire ?

*Valide*A.

Imagerie cérébrale

*Faux*B.

Bilan lipidique

*Valide*C.

Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines.

*Valide*D.

TSH

*Faux*E.

Ponction lombaire

QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous décidez d'hospitaliser cette patiente. Quelle modalité d'hospitalisation devez-vous mettre en place ?

Commentaire pédagogique de correction:

Commentaires Absence de conscience des troubles et tableau clinique aigu sévère (nécessitant soins et surveillance). Pas de trouble sévère à l'ordre public ni de menace à la sécurité des personnes.

*Faux*A.

Une hospitalisation en soins psychiatriques libres (SPL)

*Valide*B.

Une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers (SPDT)

*Faux*C.

Une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU)

*Faux*D.

Une hospitalisation en soins sans consentement en péril imminent (SPPI)

*Faux*E.

Une hospitalisation en soins sans consentement à la demande de représentant d'État (SPDRE)

QUESTION 4 (Type: QRM)

Parmi les traitements suivants, lesquels sont utilisables comme traitement de fond pour Mme C ?

Commentaire pédagogique de correction: Commentaires femme en âge de procréer donc contre indication aux dérivés du valproate de sodium

*Faux*A.

Loxapine

*Valide*B.

Quetiapine

*Valide*C.

Sels de lithium

*Faux*D.

Haloperidol

*Inacceptable*E.

Dérivés du valproate de sodium

QUESTION 5 (Type: QRM)

Vous optez pour les sels de lithium. Quelles sont les contre-indications absolues à éliminer ?

*Valide*A.

Insuffisance rénale

*Faux*B.

Hypothyroïdie

*Faux*C.

Hyperthyroïdie



*Valide*D.

Régime sans sel



*Faux*E.

Association à un inhibiteur de l'enzyme de conversion

ECNiParisJuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez le bilan biologique d'une femme de 42 ans que vous aviez vue en consultation pour une asthénie inhabituelle alors qu'elle n'a aucun antécédent familiaux ou personnels en dehors d'une hystérectomie pour fibrome.

L'interrogatoire et l'examen physique n'avaient apporté aucun élément d'orientation.

Les résultats de ce bilan sont les suivants :

Leucocytes= $7350/\text{mm}^3$

Polynucléaires neutrophiles= $4650/\text{mm}^3$

Lymphocytes= $1900/\text{mm}^3$

Hémoglobine= $7,4 \text{ g/dL}$

VGM= $78\mu^3$

Plaquettes= $486\ 000/\text{mm}^3$

CRP= 3mg/L . Ionogramme et créatinine normaux.

Ferritinémie= $18\mu\text{g/L}$

QUESTION 1 (Type: QRP)

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les 2 propositions vraies (2 réponses seulement) ?

*Valide*A.

Il y a une anémie microcytaire

*Faux*B.

Il y a une anémie inflammatoire

*Valide*C.

Il y a une anémie ferriprive

*Faux*D.

La valeur du VGM est en faveur d'une hémolyse

*Faux*E.

Il y a une dénutrition protéino-énergétique

QUESTION 2 (Type: QRU)

2°) Parmi les examens complémentaires suivants, quel est celui qui est indiqué chez cette patiente (une seule réponse) ?

Commentaire pédagogique de correction: à la recherche d'une lésion provoquant un saignement occulte

*Faux*A.

TEP-scanner

*Faux*B.

Myélogramme

*Faux*C.

Fibroscopie bronchique

*Valide*D.

Fibroscopie digestive haute

*Faux*E.

Hystérographie

QUESTION 3 (Type: QRPL)

Vous constatez que la patiente a perdu 5kg en 3 mois, passant de 57Kg à 52Kg (Taille=164 cm). Son IMC est actuellement à 19,3. Pourtant, elle indique avoir un très bon appétit. Elle signale une tendance à avoir des diarrhées.

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les 4 propositions vraies ?

Commentaire pédagogique de correction: amaigrissement paradoxal : hyperthyroïdie, diabète, taenia, malabsorption.

*Valide*A.

Elle présente 1 critère phénotypique de dénutrition.

*Faux*B.

Ce tableau est évocateur d'une hypothyroïdie

*Faux*C.

La valeur de son IMC est un critère phénotypique de dénutrition.

*Faux*D.

En l'absence du dosage de l'albuminémie, il est impossible de conclure à l'existence d'une dénutrition.

*Valide*E.

il faut prescrire une glycémie.

*Valide*F.

Le tableau clinique est compatible avec un syndrome de malabsorption.

*Faux*G.

Il faut l'adresser à un confrère gastro-entérologue pour faire une coloscopie en première intention.

*Valide*H.

L'ensemble du tableau clinique et biologique est compatible avec le diagnostic de maladie coeliaque.

*Faux*I.

L'ensemble du tableau clinique et biologique évoque le diagnostic de maladie de Crohn.

*Faux*J.

L'ensemble du tableau clinique est évocateur d'un cancer de l'estomac

*Faux*K.

L'ensemble du tableau clinico-biologique est évocateur d'un cancer du col de l'utérus

*Faux*L.

il faut réaliser un dépistage du cancer du colon par hemoccult

QUESTION 4 (Type: QROC)

Vous suspectez une maladie coeliaque. Quel est l'aspect histologique typique de la maladie coeliaque sur une biopsie duodénale (2 mots séparés sans majuscule)

Réponses valides

atrophie villositaire

Propositions de réponses incomplètes

ECNiParisJuillet2024Besançon (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QZONE)

Une patiente de 72 ans est adressée aux Urgences pour un gonflement et des douleurs de l'ensemble du poignet droit évoluant depuis deux jours, entraînant une impotence fonctionnelle majeure. Des radiographies sont réalisées. Sur l'extrait ci-dessous, pointez le curseur sur la principale anomalie pouvant expliquer le tableau clinique.

Commentaire pédagogique de correction:

Calcification du ligament triangulaire du carpe, étiologie classique de mono-arthrite aiguë, notamment du poignet, chez la femme âgée

Zones utilisées

#1

Marqueurs:

A.

Zone 1

Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

QUESTION 2 (Type: QROC)

Quel est le traitement médicamenteux de première intention dans la spondyloarthrite, en l'absence de contre-indication ?

Réponses valides

anti-inflammatoire non stéroïdien;anti-inflammatoires non stéroïdiens;AINS

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 3 (Type: QRM)

Une patiente de 74 ans sans antécédents, ayant présenté une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus à la suite d'une chute de sa hauteur, a bénéficié d'une ostéodensitométrie. Les résultats sont les suivants : au rachis, Z-score à 0,0 et T-score à -2,3. Au col fémoral, Z-score à 1,0 et T-score à -1,4. Le bilan biologique est normal. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

Valide A.

Il existe une indication à la mise en place d'un traitement de fond anti-ostéoporotique

Valide B.

La fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus est une fracture sévère

Valide C.

Le Z-score correspond à l'écart-type par rapport à une population de même âge et sexe



*Faux*D.

L'ostéodensitométrie de la patiente est normale



*Faux*E.

L'ostéodensitométrie n'était pas indiquée, au vu de l'antécédent de fracture de fragilité

QUESTION 4 (Type: QRU)

Un patient de 80 ans, aux antécédents d'asthme allergique, d'hypertension artérielle, d'arthrose diffuse et de tabagisme sévère à 20 paquets-années vous consulte pour des lombalgies aiguës il y a deux jours, à la suite d'un effort de jardinage. Il n'y a pas d'altération de l'état général, pas de fièvre. La douleur est purement mécanique, sans irradiation dans les membres inférieurs. La marche reste possible, mais douloureuse. Quel examen d'imagerie devez-vous prescrire en première intention ?

Commentaire pédagogique de correction: Ici, l'âge du patient est un drapeau rouge. Il faut donc réaliser un examen d'imagerie. En première intention, les radiographies permettent de rechercher des fractures vertébrales d'origine ostéoporotique.



*Faux*A.

Aucun



*Valide*B.

Radiographies du rachis lombaire



*Faux*C.

Scanner du rachis lombaire



*Faux*D.

IRM du rachis lombaire



*Faux*E.

Ostéodensitométrie

ECNiParisJuillet2024Besançon (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QROC)

Un patient se présente aux urgences avec des troubles de la conscience, en effet il est confus à la parole, n'ouvre les

Réponses valides

10;Dix

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QZONE)

Un jeune patient se présente aux urgences pour un tableau de douleur thoracique brutale associée à une dyspnée. Dans le bilan de cette douleur thoracique est réalisée une radiographie pulmonaire de face. Quelle est la zone pathologique ?

Zones utilisées

#1

Marqueurs: ●

A.

Zone pathologique

Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

QUESTION 3 (Type: QRM)

Quels sont les éléments qui font partis du toxidrome anticholinergique ?

Faux A.

Un myosis

Valide B.

Une sécheresse des muqueuses

Faux C.

Un coma calme

Valide D.

Une rétention aiguë d'urine



*Valide*E.

Une hyperthermie

QUESTION 4 (Type: QRM)

Lors de la prise en charge d'un adulte brûlé, quelles sont les réponses vraies quand à la classification des degrés de brûlure ?



*Valide*A.

La brûlure de premier degré équivaut à un coup de soleil.



*Faux*B.

Le degré de brûlure est proportionnel à la douleur du patient.



*Faux*C.

Seul le 3ème degré ne cicatrise pas.



*Valide*D.

Le 2ème degré est divisé en deux sous parties.



*Valide*E.

Le 3ème degré équivaut à une destruction complète du derme.

ECNiParisJuillet 2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous êtes de garde aux urgences pédiatriques et vous consultez le dossier du prochain patient à voir. Il s'agit d'un enfant de 4 ans pour lequel l'infirmière du Poste d'Accueil et d'Orientation a indiqué sur le motif de consultation "oedème palpébral". Il est également indiqué qu'il n'a pas d'antécédents particuliers rapportés par les parents.

QUESTION 1 (Type: QRP)

Sans autres informations pour l'instant que le motif, quelles sont les 4 hypothèses les plus probables en terme de fréquence parmi les suivantes ?

Les pathologies les plus fréquentes pourvoyeuses d'œdème palpébral chez un enfant sans antécédent sont

- allergiques
- infectieuses
- néphrologiques

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

L'insuffisance cardiaque est bien sûr possible chez les enfants sans ATCD mais se révélera de façon EXCEPTIONNELLE par des œdèmes comme motif de survenue. Il s'agit en effet de situation aiguës qui se révéleront par des signes d'insuffisance cardiaque G ou de défaillance circulatoire. Les œdèmes étant une présentation avant tout de l'insuffisance rénale chronique

De même, des causes de cirrhose sont possible chez les enfants (généralement non alcooliques :-)) mais les œdèmes quand ils sont présents n'apparaissent pas comme ça du jour au lendemain chez un enfant sans ATCD

Ces deux hypothèses (cardio, hépatique) ne sont bien sûr pas impossibles, mais pas dans les quatre premières à évoquer en terme de fréquence

Les éléments sémiologiques en faveur d'un chalazion ou d'une dacryocystite ne sont pas des œdèmes.

*Faux*A.

Pathologie cardiaque

*Valide*B.

Allergie

*Valide*C.

Conjonctivite infectieuse

*Valide*D.

Ethmoidite

*Faux*E.

Pathologie hépatique

*Faux*F.

Dacryocystite

*Faux*G.

Chalazion



*Valide*H.

Pathologie rénale

QUESTION 2 (Type: QRM)

Avant de rentrer dans le box, vous jetez un coup d'oeil sur les paramètres vitaux. Vous retrouvez les valeurs suivantes : FC 95/min, FR 24/min, PA 95/55 mmHg, SaO₂ 98%, Temp : 36°7. Poids 20kg.

En rentrant dans le box vous apercevez l'enfant qui s'est endormi. La mère vous explique que ces oedèmes se sont installés assez rapidement sur les dernières heures. En dehors de l'ouverture des paupières qui est un peu plus difficile son fils ne se plaint d'aucun autre symptôme au niveau oculaire : "pas de gêne ou douleur, pas de modification au niveau des yeux"

Parmi les hypothèses que vous avez considérées comme les plus probables, laquelle ou lesquelles restent possibles compte tenu de ces informations ?

La conjonctivite infectieuse s'accompagne d'autres signes fonctionnels ou objectifs (écoulement) que simplement des oedèmes

Commentaire pédagogique de correction:

L'ethmoidite est une maladie infectieuse (fièvre) quasi tout le temps vue au stade unilatéral et avec comblement de l'angle interne de l'oeil (point de départ de l'oedème dans l'histoire de la maladie) non comblé ici.

Difficile à ce stade avec les éléments disponibles de faire la part des choses entre allergie et pathologie rénale



*Faux*A.

Ethmoidite



*Valide*B.

Allergie



*Faux*C.

Conjonctivite infectieuse



*Valide*D.

Pathologie rénale

QUESTION 3 (Type: QROC)

A l'issu de votre examen clinique il vous reste deux hypothèses privilégiées: un phénomène allergique ou un syndrome oedémateux en lien avec une pathologie rénale.

Quel examen biologique vous permettra de discriminer les deux hypothèses ?

Commentaire pédagogique de correction:

Idéalement sur une bandelette urinaire (résultat immédiat) et surtout avant de mettre en route des corticoïdes pour une supposée allergie !!

Réponses valides

protéinurie

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 4 (Type: QRP)

La bandelette urinaire retrouve "+++" de protéinurie sans hématurie détectée. Vous envisagez l'hypothèse d'un syndrome néphrotique. Quels sont les 2 résultats compatibles avec cette hypothèse parmi les suivants ?

> 50 mg/kg/24h

Commentaire pédagogique de correction: > 200 mg/mmol

> 2 g/g

*Valide*A.

Rapport protéinurie sur créatininurie à 354 mg/mmol

*Faux*B.

Protéinurie à 200 mg/L

*Valide*C.

Protéinurie à 1,8 g / 24h

*Faux*D.

Protéinurie à 1,5 g/g

*Faux*E.

Protéinurie à 1g

QUESTION 5 (Type: QRM)

La protéinurie est de débit néphrotique puisque elle est dosée à 452 mg/mmol/ Vous évoquez avant tout l'hypothèse d'un syndrome néphrotique idiopathique.

Le reste de votre examen clinique ne retrouve aucune anomalie en dehors du syndrome oedémateux

Quelles informations vous manquent avant de pouvoir prendre la décision d'un traitement par corticoïdes ?

La probabilité diagnostique sera suffisamment élevée pour débiter un traitement si

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

- vous confirmez le syndrome néphrotique (albuminémie)
- vous vérifiez qu'il n'y a pas d'insuffisance rénale organique (créatininémie)
- vous vérifiez que le complément est normal

La biopsie n'a d'indication dans cette situation que si l'enfant ne se met pas en rémission sous CT (la probabilité est tellement forte avec les éléments fournis ci dessus + dans l'observation que l'on peut se permettre de faire un test thérapeutique sans biopsie)

*Valide*A.

le dosage de l'albuminémie

*Faux*B.

Le résultat du ionogramme sanguin

*Valide*C.

Le dosage du complément

*Faux*D.

Le résultat de la biopsie rénale

*Valide*E.

Le résultat de la créatininémie

ECNiParisJuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Interne de garde aux urgences (juillet 2024), vous voyez un homme de 48 ans qui consulte pour dyspnée, qui évolue depuis 72 heures. Il rapporte également une toux, des frissons et une douleur basi-thoracique droite rythmée par les mouvements respiratoires et la toux. Il a

comme seul antécédent une hypertension artérielle traitée par Amlodipine. Il ne rapporte pas d'intoxication alcool-tabagique. Il n'a pas voyagé à l'étranger récemment.

Les paramètres vitaux à l'arrivée aux urgences sont les suivants :

Tension artérielle 112/68 mmHg, fréquence cardiaque 98/minutes, fréquence respiratoire 32/minutes, température 38,6°C, SpO2 82% en air ambiant (puis 95% sous 9L/minutes au masque à moyenne concentration)

L'examen physique retrouve :

Taille 180 cm Poids 80 kg

Le patient est polypnéique avec un tirage sus claviculaire et intercostal. L'auscultation pulmonaire retrouve un souffle tubaire en base droite.

L'examen cardiovasculaire est sans particularité.

Le patient est ralenti avec un score de Glasgow calculé à 13, sans signe déficit neurologique focal. Il n'y a pas de syndrome méningé.

Le reste de l'examen physique est normal.

L'électrocardiogramme réalisé montre :

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel est votre diagnostic le plus probable ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Le diagnostic de pneumonie aiguë communautaire repose sur l'association de signes fonctionnels respiratoires (toux, expectoration, dyspnée, douleur thoracique voire détresse respiratoire aiguë), de signes cliniques pulmonaires (râles bronchiques, foyer de crépitations avec diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation et matité à la percussion), d'une fièvre et d'une imagerie thoracique objectivant l'atteinte parenchymateuse alvéolaire.

Vous ne disposez pas (encore) de radiographie à ce stade, mais l'ensemble des éléments de l'anamnèse (dyspnée, toux, douleur basi thoracique, frissons) et de l'examen physique (souffle tubaire localisé, fièvre, sepsis, signes d'insuffisance respiratoire) sont en faveur de ce diagnostic et vous n'avez aucun élément en faveur d'un diagnostic différentiel.

Réponses valides

XX

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRU)

Quels sont les critères de gravité observés chez le patient ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Les critères de gravité doivent être recherchés dès que le diagnostic de pneumonie aiguë communautaire est suspecté. Le patient présente ici de nombreux signes de gravité : troubles de conscience, sepsis, polypnée et signes d'insuffisance

respiratoire (tirage intercostal et sus claviculaire), hypoxémie. Le patient n'a pas de marbrures dans l'énoncé. L'hypertension artérielle non compliquée isolée n'est pas un signe de gravité.

Pour rappel, voici les signes de gravité d'une pneumonie aiguë communautaire :

Terrain

- Âge physiologique > 65 ans
- Comorbidité : maladie pulmonaire chronique, diabète déséquilibré, insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique chronique, maladie cérébrovasculaire, malnutrition
- Déficit immunitaire : cancer, lymphome, leucémie, VIH, splénectomie, chimiothérapie, traitement immunosuppresseur
- Situation sociale : hospitalisation au cours de l'année, isolement, vie en institution, conditions socio-économiques défavorables

Signes cliniques

- Atteinte des fonctions supérieures (altération de la conscience)
- PAS < 90 mmHg ou PAD < 60 mmHg
- FC > 120 bpm
- FR > 30 cycles/min
- Hypothermie < 35 °C ou hyperthermie > 40 °C
- Pneumonie d'inhalation ou sur obstacle bronchique
- Atteinte radiologique plurilobaire
- qSOFA ≥ 2 (sepsis probable)

Complications

- Complications extrapulmonaires : pleurésie, méningoencéphalite, péricardite, arthrite, abcès, excavation
- Complications générales : bactériémie, sepsis, choc septique
- Nécessité de recours à la ventilation mécanique ou aux vasopresseurs

Signes biologiques de gravité

- PaO₂ < 60 mmHg ou PaO₂/FiO₂ < 250
- PaCO₂ > 50 mmHg
- Acidose : pH < 7,35
- Leucopénie < 4 G/l, hyperleucocytose > 30 G/l ou neutropénie < 1 000/mm³
- Anémie < 9 g/dl ou thrombopénie < 100 G/l
- Atteinte rénale aiguë

La présence d'un seul de ces critères nécessite une hospitalisation et la présence d'un choc septique ou d'une insuffisance respiratoire aiguë justifie une prise en charge en soins continus ou réanimation.

Le score quick SOFA (qSOFA) a été développé pour identifier rapidement les patients suspects d'infection à risque de développer un sepsis. Il est défini par trois items :

- Fréquence respiratoire ≥ 22 cycles/min ;
- Pression artérielle systolique ≤ 100 mmHg
- Score de Glasgow < 15.

Un qSOFA ≥ 2 permet de suspecter le diagnostic de sepsis. Ici il est à 2 (et non 3 !).

Valide B.

Polypnée

Faux C.

Score Quick SOFA à 3

Faux D.

Marbrures

Faux E.

Antécédent d'hypertension artérielle

QUESTION 3 (Type: QRM)

Quels examens complémentaires demandez-vous en urgence ?

Les examens complémentaires d'urgence face à une suspicion de pneumonie aiguë communautaire sont les suivants :

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

- *A visée diagnostique :*
 - *Imagerie thoracique : radiographie thoracique de face en première intention +++ . Le scanner thoracique n'est à réserver qu'en cas de doute diagnostique (radiographie peu contributive) ou pour rechercher des complications locales (abcès, pleurésie ...)*
 - *Bilan microbiologique (diagnostique étiologique) : hémocultures, antigénuries légionnelle et pneumocoque, biologie moléculaire (PCR virales et germes atypiques) sur écouvillon nasopharyngé, examen cyto bactériologique des crachats si possible. La réalisation d'examen plus invasif (lavage bronchoalvéolaire) sera discuté au cas par cas selon le terrain du patient, l'évolution clinique du patient et les résultats des examens non invasifs.*
- *Evaluation de la gravité*
 - *Gaz du sang artériel avec lactate en cas de détresse respiratoire aiguë*
 - *Retentissement sur les autres organes : NFS Plaquettes, ionogramme sanguin, urée et créatinine, bilan hépatique, hémostase.*

Valide A.

Radiographie thoracique

Valide B.

Gaz du sang artériel avec dosage des lactates

Valide C.

Bilan microbiologique (hémocultures, antigénuries légionnelle et pneumocoque, examen cyto bactériologique des crachats si possible)



FauxD.

Scanner thoracique



FauxE.

Echographie cardiaque transthoracique.

QUESTION 4 (Type: QRM)

La radiographie thoracique réalisée montre :

Quel(s) antibiotique(s) instaurez-vous en urgence ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

*L'antibiothérapie probabiliste a pour but de cibler les micro-organismes les plus fréquents. Elle est donc par définition de spectre large en cas de pneumonie grave et devra par la suite être adaptée. Le patient n'a pas de facteur de risque l'exposant à des germes particuliers (nécessitant par exemple de couvrir le *Pseudomonas aeruginosa*). Il n'y a pas de choc septique, donc pas d'indication à élargir le spectre par aminosides (d'autant plus que le patient a une pneumonie communautaire sans facteur de risque de germes résistants).*



FauxA.

Amoxicilline



IndispensableB.

Céphalosporine de troisième génération (Céfotaxime ou Ceftriaxone)



FauxC.

Aminosides (amikacine ou gentamicine)



FauxD.

Pipéracilline – Tazobactam



IndispensableE.

Macrolides (ex : spiramycine) ou fluoroquinolones (ex : lévofloxacine)

QUESTION 5 (Type: QRM)

Chez ce patient, quels sont les germes potentiellement responsables ?

Les germes les plus fréquents des pneumonies aiguës communautaires sont les suivants :

- Streptococcus pneumoniae : pneumocoque, responsable de 30 à 60 % des pneumonies documentées à lui seul
- Haemophilus influenzae, particulièrement chez les patients souffrant de BPCO
- Certaines entérobactéries (Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Proteus sp.)
- Staphylococcus aureus, particulièrement en surinfection de grippe

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

- Certaines bactéries intracellulaires (Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae). La légionellose présente très souvent des signes de gravité et doit donc être systématiquement évoquée (et traitée) en cas de pneumonie aiguë communautaire grave.

- Les virus respiratoires (grippe, VRS, métapneumovirus, SARS-CoV-2, etc.) : ils seraient à l'origine de près de la moitié des pneumonies communautaires. En revanche, il n'y a pas de grippe en juillet en France métropolitaine !

Le Pseudomonas aeruginosa est un bacille gram négatif non fermentant qui touche plus spécifiquement les patients avec des pathologies respiratoires chroniques (dilatation des bronches, BPCO sévère, mucoviscidose), les patients immunodéprimés et/ou en cas d'exposition récente à des antibiotiques de large spectre. Il ne sera couvert qu'en cas de facteur de risque.

Les entérocoques sont responsables d'infections à point de départ urinaire ou digestive le plus souvent, et ne font pas partie des germes responsables de pneumonies aiguës communautaires.

Indispensable A.

Streptococcus pneumoniae

Indispensable B.

Legionella pneumophila

Faux C.

Enterococcus faecalis

Faux D.

Grippe

Faux E.

Pseudomonas aeruginosa

ECNi Paris Juillet 2024 - Nantes - KFP - Rhumatologie (KFP)

Énoncé du microDCP - [Key Features Problems]

Une femme de 52 ans consulte pour des douleurs articulaires aux mains, évoluant depuis 4 mois. Elle n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux notables et fume environ 10 cigarettes par jour depuis 35 ans. Elle travaille dans une usine agroalimentaire. Les douleurs ont débuté de manière spontanée, affectant principalement les articulations interphalangiennes proximales des 2ème et 3ème doigts de la main droite. Elle rapporte que ces douleurs évoluent par poussées depuis 3 à 4 ans, touchant initialement les interphalangiennes distales qui ne sont plus douloureuses à présent. Elle ressent un dérouillage matinal d'environ 30 minutes et une aggravation des douleurs à l'effort. La patiente mentionne également des réveils nocturnes occasionnels sans horaire précis, ainsi qu'un gonflement des doigts l'empêchant de porter des bagues. Lors de l'examen, une synovite de la 3ème articulation interphalangienne proximale droite est constatée.

QUESTION 1 (Type: QRPL)

Au vu du tableau clinique, quels sont les 4 examens complémentaires biologiques à demander en priorité à visée étiologique?

Commentaire pédagogique de correction:

Ce tableau clinique d'arthralgies avec synovite doit faire suspecter une maladie auto-immune. Il faut donc réaliser un bilan immunologique à la recherche d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une connectivite. De même, il est important d'objectiver un éventuel syndrome inflammatoire. Le HLAB27 n'a aucun intérêt diagnostique dans ce tableau aspécifique et périphérique. La maladie de Lyme donne plutôt des monoarthrite. L'uricémie n'est pas à prescrire en première intention au vu de l'atteinte des mains prédominante et du terrain (femme sans antécédent). Les sérologies virales sont plutôt à demander dans le cadre d'un bilan pré-thérapeutique.

*Faux*A.

ANCA

*Faux*B.

ASCA

*Valide*C.

Facteur rhumatoïde

*Faux*D.

TSH

*Faux*E.

NFS

*Faux*F.

HLAB27

*Valide*G.

CRP

*Faux*H.

Calcémie

*Faux*I.

Phosphatémie

*Faux*J.

Ferritinémie

*Faux*K.

Uricémie

*Faux*L.

Créatininémie

*Valide*M.

Anticorps anti-nucléaire

*Faux*N.

Sérologie de Lyme

*Faux*O.

Sérologie VIH

*Faux*P.

Sérologie hépatite B

Valide Q.

Anticorps anti-CCP

Faux R.

Sérologie hépatite C

Faux S.

PTH

Faux T.

Vitamine D

QUESTION 2 (Type: QROC)

L'ensemble du bilan biologique est normal (bilan inflammatoire, auto-immun). Vous réalisez des radiographies des mains de face. Au vu de cette radiographie, quelle hypothèse principale évoquez-vous ?

Commentaire pédagogique de correction:

On voit sur cette radio des aspects typiques d'une arthrose digitale avec des pincements, géodes et ostéophytes notamment des IPD. L'atteinte plus sévère de l'IPD du 5ème rayon fait évoquer une forme érosive. Il existe un respect des MCP et du poignet avec une atteinte horizontale des IPD et IPP assez caractéristiques également.

Réponses valides

arthrose digitale;arthrose des doigts;arthrose des interphalangiennes proximales

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: arthrose

QUESTION 3 (Type: QRM)

Vous évoquez donc une arthrose digitale. Parmi ces propositions concernant la prise en charge de cette pathologie, quelle(s) est/sont la/les réponse(s) vraie(s) ?

Commentaire pédagogique de correction:

il n'y a pas de traitements de fond médicamenteux de l'arthrose validé. Les traitements sont donc locaux avec orthèse, AINS et possibles injections intra-articulaires

Faux A.

Les traitements de fonds de l'arthrose digitales ont prouvé leur efficacité



*Valide*B.

Les AINS en topiques locaux sont à privilégier dans cette localisation



*Valide*C.

Des injections intra-articulaires de corticoïdes peuvent être proposées



*Valide*D.

Les orthèses digitales de repos peuvent avoir une action antalgique



*Faux*E.

Une supplémentation en collagène de type 2 est conseillée

ECNiParisJuillet2024Besançon (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QROC)

Vous recevez Léa aux urgences le 10/01/2024. Elle est âgée de 19 mois. Ses parents ont consulté le médecin traitant la semaine précédente pour une toux fébrile qui a été traitée par AINS et Paracétamol. Ils consultent ce jour aux urgences devant une asthénie, des vomissements, des geignements qui semblent liés à des douleurs abdominales et une perte de poids.

Votre externe vous parle du dossier et suspecte une gastro-entérite aiguë, vous êtes d'ailleurs en plein pic épidémique.

Compte tenu de la perte de poids (estimée à 16%), vous demandez un bilan biologique dont les premiers résultats s'affichent à l'instant.

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Acidocétose diabétique devant :

Commentaire pédagogique de correction:

- le contexte clinique
- l'acidose métabolique profonde
- l'hypocapnie pour tenter de compenser l'acidose

- l'hyperglycémie > 3 g/L

Réponses valides

Acidocétose diabétique

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QROC)

Vous recevez Noah aux urgences. Il est âgé de 15 ans et présente une toux fébrile depuis plusieurs jours. Il a déjà consulté son médecin traitant qui a prescrit de l'Amoxicilline il y a 72h. Noah a de la fièvre malgré cela, tousse toujours et se plaint de douleurs thoraciques diffuses.

Vous réalisez une radiographie thoracique.

Quel est votre diagnostic ?

Réponses valides

Pleuropneumopathie gauche;Epanchement pleural gauche sur pneumopathie

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.8: Epanchement pleural gauche

QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous êtes appelé en salle de naissance pour évaluer un nouveau-né. Il s'agit d'une césarienne en urgence à terme pour anomalies du rythme cardiaque fœtal. La sage-femme vous dépose le nouveau-né sur la table d'examen.

Il ne réagit pas, a les 4 membres étendus, ses mouvements respiratoires sont irréguliers, sa fréquence cardiaque est à 110 bpm et il est globalement pâle.

A combien cotez-vous son score d'Apgar ?

Absence de réaction = 0

4 membres étendus = pas de flexion = 0

Mouvements respiratoires irréguliers = 1

Commentaire pédagogique de correction:

Fréquence cardiaque > 100 bpm = 2

Globalement pâle = 0

--> score à 3

*Faux*A.

0

*Faux*B.

1

*Faux*C.

2

*Valide*D.

3

*Faux*E.

4

QUESTION 4 (Type: QRM)

Quel est le mécanisme de l'anémie dans le syndrome hémolytique et urémique et quel bilan réalisez-vous pour la caractériser ?

A : faux, les rectorragies ne sont pas systématiques et l'anémie n'est pas liée à ce mécanisme en premier

B : faux, mécanique

Commentaire pédagogique de correction:

C : vrai, le SHU est une MAT et sa triade comporte l'anémie hémolytique mécanique, la thrombopénie et l'insuffisance rénale aiguë

D : faux, bilan d'anémie carencielle ou inflammatoire

E : vrai, bilan d'hémolyse

*Faux*A.

Anémie secondaire aux rectorragies

*Faux*B.

Anémie hémolytique auto-immune

*Indispensable*C.

Anémie hémolytique mécanique



*Faux*D.

NFS-plaquettes, fer sérique, ferritinémie, CRP, VS



*Indispensable*E.

NFS-plaquettes, recherche de schizocytes, haptoglobine, bilirubine, LDH

ECNiParisJuillet2024 (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Un homme de 32 ans sans antécédent est sorti de l'océan Atlantique au mois de juillet par le nageur-sauveteur de la plage où vous vous reposez. Il gît inconscient au sol. Vous notez une cyanose généralisée.

QUESTION 1 (Type: QRP)

Quelles sont les deux critères manquant au diagnostic d'arrêt cardiocirculatoire ?

Commentaire pédagogique Le diagnostic d'arrêt cardiaque est posé chez un patient inconscient sans mouvements qui ne répond pas à l'appel et en de correction: respire pas ou respire mal (gasp). La recherche de pouls qui est source de perte de temps et d'erreur est inutile.



*Valide*A.

Absence de réponse verbale



*Faux*B.

Présence d'une mydriase bilatérale



*Faux*C.

Présence de crises convulsives anoxiques



*Faux*D.

Absence de pouls carotidien



*Valide*E.

Respiration inefficace

QUESTION 2 (Type: QRU)

Quelle est la cause présumée de cet arrêt cardiocirculatoire ?

Commentaire pédagogique de correction:

Le contexte (baignade) et la présentation clinique (cyanose généralisée) évoque un arrêt non cardiaque d'origine hypoxique sur noyade.

*Faux*A.

Un malaise vagal dans l'eau froide

*Faux*B.

Un trouble du rythme cardiaque

*Faux*C.

Une crise convulsive

*Valide*D.

Une hypoxémie profonde sur noyade

*Faux*E.

Une hémorragie méningée massive

QUESTION 3 (Type: QRP)

Quelles sont les trois actions immédiates faisant partie de la chaîne de survie ?

Commentaire pédagogique de correction:

La chaîne de survie comprend l'appel à l'aide précoce, le massage cardiaque précoce, le choc électrique précoce quand indiqué, et la réanimation spécialisée précoce. L'insufflation (bouche-à-bouche) ne doit pas faire interrompre le massage cardiaque externe (si un seul sauveteur). En présence de plusieurs sauveteurs, elle peut être réalisée notamment dans un contexte d'arrêt cardiaque post-anoxique et chez l'enfant.

*Faux*A.

Mettre le patient en position latérale de sécurité

*Valide*B.

Faire appeler les secours

*Valide*C.

Faire chercher un défibrillateur

*Valide*D.

Débuter le massage cardiaque externe

*Faux*E.

Pratiquer le bouche-à-bouche

QUESTION 4 (Type: QRP)

Vous débutez le massage cardiaque externe immédiatement. Le nageur-sauveteur est formé aux gestes de premier secours et vous propose de réaliser un bouche-à-bouche.

Quelles sont les deux propositions vraies concernant la réanimation cardiopulmonaire élémentaire chez ce patient ?

Commentaire pédagogique de correction:

La réanimation cardiopulmonaire élémentaire ou non spécialisée associe le massage cardiaque externe au rythme de 100 compressions/min, la pratique de deux insufflations toutes les 30 compressions après libération des voies aériennes, et la recherche d'un pouls avec analyse du rythme et choc électrique le cas échéant toutes les deux minutes.

*Valide*A.

Le rythme des compressions thoraciques est de 100 par minute

*Valide*B.

Le nageur-sauveteur réalise deux insufflations toutes les 30 compressions

*Faux*C.

Les compressions sont interrompues à chaque phase d'insufflation

*Faux*D.

Le nageur-sauveteur surveille les pupilles du patient en dehors des insufflations

*Faux*E.

Le pouls carotidien est cherché toutes les 30 secondes

QUESTION 5 (Type: QRP)

Une équipe médicale préhospitalière arrive sur les lieux 7 minutes plus tard. Le patient est toujours en état de mort apparente. L'électrocardioscope (une seule dérivation) vous montre le tracé suivant :

Quelles sont les deux propositions vraies parmi les suivantes. Vous identifiez :

Commentaire pédagogique de correction: Il s'agit d'un rythme sans pouls ou dissociation électro-mécanique. Ce rythme est fréquent au décours d'un arrêt cardiaque anoxique. Il ne s'accompagne d'aucune contraction cardiaque efficace. Ce n'est pas un rythme choquable.

*Faux*A.

Un rythme idioventriculaire accéléré

*Faux*B.

Une fibrillation ventriculaire à grandes mailles

*Faux*C.

Une asystolie

*Valide*D.

Un rythme sans pouls

*Valide*E.

Un rythme non choquable

QUESTION 6 (Type: QRM)

Quelle va être la conduite à tenir du médecin de l'équipe préhospitalière face à ce rythme sans pouls ?

Commentaire pédagogique de correction: L'arrêt cardiaque post-anoxique nécessite la mise sous ventilation mécanique invasive en oxygène pur dès que possible. Le rythme sans pouls comme l'asystolie requièrent l'injection d'Adrénaline intraveineuse et ne sont pas des rythmes choquables.

*Valide*A.

Mise sous ventilation mécanique invasive

*Valide*B.

Injection intraveineuse d'Adrénaline



FauxC.

Injection intraveineuse d'anti-arythmique



FauxD.

Injection intraveineuse d'Atropine



FauxE.

Choc électrique externe

ECNiParisJuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez en consultation une femme de 53 ans pour des douleurs articulaires touchant les mains et les pieds, évoluant depuis 9 mois. Elle présente dans ses antécédents une hypertension artérielle sous valsartan 80mg/jour. Pour ses douleurs, elle prend en alternance lors des phases les plus douloureuses de la prednisone 20mg/jour ou du kétoprofène 200mg/jour sur des périodes de 7 à 14 jours avec une efficacité partielle.

A l'examen clinique, vous retrouvez un gonflement douloureux des articulations métacarpo-phalangiennes 2 droite et 3 gauche, une douleur à la mobilisation et à la palpation des deux poignets ainsi qu'un squeeze test positif aux 2 pieds. Le reste de l'examen clinique est normal

Le bilan biologique retrouve les éléments suivants : hémoglobine 13.5 g/dL, VGM 88 fL, plaquettes 350 G/L, ionogramme plasmatique normal, CRP 40 mg/L. Les facteurs anti-nucléaires sont positifs (1/160) sans spécificité et les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés sont à 48UI/L (NI<10).

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel est votre diagnostic (un à cinq mots) ?

Commentaire pédagogique de correction:

Commentaire : arthralgies distales et symétriques avec synovites cliniques et anti CCP positif = polyarthrite rhumatoïde.

Réponses valides

Polyarthrite rhumatoïde;polyarthrite rhumatoïde immunopositive;PR;PR immunopositive

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRU)

Le patient vous rapporte cette radiographie de ses mains.

Sur cette radiographie, quelle(s) est(sont) la(les) lésion(s) que vous notez ?

- A. Non, pas de pincement médio-carpien sur cette radiographie (rang A).
- B. Non, présence d'érosion, avec communication articulaire, sans géode (qui évoquerait une cause mécanique) (Rang A).
- C. Non, un pincement, sans ankylose (Rang A).
- D. Oui (Rang A).
- E. Non, os sésamoïde, physiologique (Rang A).

Commentaire pédagogique de correction:

*Faux*A.

Un pincement médio-carpien droit

*Faux*B.

Une géode de la base de la 1ère phalange du 2ème rayon droit

*Faux*C.

Une ankylose de la 3ème métacarpienne gauche

*Valide*D.

Des érosions de la tête métacarpienne du 3ème rayon gauche

*Faux*E.

Des calcifications en regard de la 1ère métacarpo-phalangienne droite et gauche

QUESTION 3 (Type: QRU)

Concernant la prise en charge médicamenteuse de cette patiente, quelle(s) est/sont la/les réponse(s) exactes :

A. Non, l'hydroxychloroquine, en particulier en monothérapie, n'est pas un traitement de fond efficace de la polyarthrite rhumatoïde (rang A).

Commentaire pédagogique de correction:

B. Oui, c'est le traitement de fond de première ligne recommandée en l'absence de contre-indication (Rang A).

C. Non, les corticoïdes ne sont pas un traitement de fond de la PR mais peuvent être prescrit dans les premières semaines de l'introduction du traitement de fond dans l'attente de l'efficacité de celui-ci (Rang A).

D. Non, Le traitement par bDMARD ne sera envisagé qu'en cas d'échec du traitement fond conventionnel (Rang A).

E. Non, idem question D (Rang A).

*Faux*A.

Vous allez débiter un traitement de fond par Hydroxychloroquine par voie orale

*Valide*B.

Vous allez débiter un traitement de fond par méthotrexate par voie orale

*Faux*C.

Vous allez débiter un traitement de fond par corticostéroïdes (0,2-0,3mg/kg) par voie orale

*Faux*D.

Vous allez débiter un traitement de fond par biothérapie (anti-TNF alpha) par voie sous-cutanée

*Faux*E.

Vous allez débiter un traitement de fond par l'association méthotrexate par voie orale + anti-TNF alpha par voie sous-cutanée

ECNiParisJuillet2024 (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QROC)

Un patient de 75 ans, ayant comme principaux antécédents un diabète de type 2, une hypertension artérielle, une cardiopathie ischémique et une insuffisance rénale sévère, se présente aux urgences pour des douleurs intenses de la main droite avec un gonflement de plusieurs articulations, prédominant sur la 2ème métacarpienne. Quelle pathologie évoquez-vous (un à cinq mots) ?

Commentaire pédagogique de correction:

Présence de tophi visibles sous la peau, en regard de la MCP 2, de l'IPP2 et des IPD 2 et 3, confirmant le diagnostic de goutte tophacée.

Réponses valides

goutte;goutte tophacée;polyarthrite goutteuse

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRM)

Concernant la gonarthrose, quelle(s) est/sont la/les réponse(s) exactes

A. Le genu varum favorise l'arthrose fémoro-tibiale médiale tandis que le genu valgum favorise la gonarthrose fémoro-tibiale latérale (Rang A).

B. Une rupture de kyste peut mimer une phlébite du membre inférieur (Rang A).

Commentaire pédagogique de correction:

C. Dans l'arthrose, il n'y a pas d'érosion marginale mais des géodes sous-chondrales (Rang A).

D. C'est le retentissement clinique qui guide l'indication de la pose d'une prothèse et non pas la sévérité radiographique (Rang B).

E. La chondrocalcinose articulaire peut favoriser la survenue d'une arthrose rapidement destructrice comme au genou et à la hanche (Rang B).



Valide A.

Un trouble de la statique de type genu varum favorise la gonarthrose fémoro-tibiale médiale.



Faux B.

La rupture d'un kyste poplité peut parfois mimer un tableau d'ischémie aiguë de membre inférieur.



Faux C.

Sur les radiographies, l'arthrose se manifeste par un pincement de l'interligne localisé et des érosions marginales.



Faux D.

Une prothèse totale n'est proposée qu'en cas d'arthrose terminale sur la radiographie.



Valide E.

Une gonarthrose destructrice rapide doit faire évoquer une chondrocalcinose articulaire associée.

ECNiParisAout2024_GO_mDP1 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Mme B âgée de 20 ans consulte son gynécologue pour une 1^{ère} prescription de contraception. Elle est en couple de 6 mois et utilise actuellement contraception mécanique.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Sur quel(s) élément(s) insistez-vous lors de votre interrogatoire avant le choix du type de contraception ?

*Faux*A.

Antécédent personnel de migraine sans aura

*Valide*B.

Antécédent personnel de thrombose veine profonde

*Faux*C.

Antécédent familial de cancer du sein

*Valide*D.

Antécédent personnel de lupus

*Valide*E.

Antécédent personnel de diabète de type 1 compliqué

QUESTION 2 (Type: QRM)

La patiente ne présente pas d'antécédent personnel particulier. Dans ces antécédents familiaux, on retrouve un cancer du sein chez sa tante maternelle à l'âge de 60 ans, une sclérose en plaque chez sa mère.

Quel(s) type(s) de contraception pouvez-vous proposer à votre patiente ?

*Valide*A.

Une pilule oestro-progestative

*Valide*B.

Un dispositif intra-utérin au cuivre

*Valide*C.

Un implant progestatif

*Valide*D.

Un anneau vaginal oestro-progestatif

*Valide*E.

Une pilule microprogestative

QUESTION 3 (Type: QRU)

La patiente choisit une pilule oestroprogestative.

Quel bilan prescrivez-vous avant la prescription de la contraception ? (1 seule réponse possible)

*Faux*A.

Bilan de thrombophilie

*Faux*B.

Bilan glucido-lipidique

*Faux*C.

Echographie mammaire

*Faux*D.

Frottis cervico-utérin

*Valide*E.

Aucun

QUESTION 4 (Type: QRM)

Quelle(s) mesure(s) préventive(s) proposez-vous à la patiente ?

*Valide*A.

Un prélèvement vaginal à la recherche de *Chlamydiae trachomatis*

*Valide*B.

Une sérologie VIH

*Valide*C.

Une sérologie syphilis

*Faux*D.

Une sérologie Chlamydiae trachomatis

*Valide*E.

Une contraception d'urgence

QUESTION 5 (Type: QRM)

Votre patiente demande ce qu'elle doit faire en cas d'oubli de pilule. Que lui expliquez-vous ?

*Valide*A.

Si < 12 heures, prendre le comprimé oublié

*Faux*B.

Si < 12 heures, prendre la contraception d'urgence

*Faux*C.

Si < 12 heures, démarrer une nouvelle plaquette

*Valide*D.

Si > 12 heures, prendre la contraception d'urgence

*Valide*E.

Si > 12 heures, se protéger avec des préservatifs pendant 7 jours

SQI_ECNiParisJuillet2024_Faculté de Médecine de Nancy (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRM)

Vous êtes interne aux urgences. Monsieur T, 30 ans, a été amené par les pompiers suite à un appel d'une personne s'inquiétant de son état de santé. Celle-ci vous explique qu'elle le voit dormir dans sa rue depuis plusieurs jours malgré le grand froid. Après réalisation d'un examen somatique normal, sans difficulté physique ou psychique, vous souhaitez évaluer sa situation sociale. Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?

*Valide*A.

Vous utiliser le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'examens de Santé)

référentiel p99

*Valide*B.

Vous l'interrogez sur ses conditions de vie et de logement

*Valide*C.

Vous l'interrogez sur sa couverture maladie

*Faux*D.

Vous évaluez son accès aux technologies de communication

*Faux*E.

Vous l'informez de la possibilité de faire une demande d'allocation adulte handicapé uniquement si taux d'incapacité supérieur à 80%

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous suspectez chez un enfant de 7 ans, que vous recevez en consultation, un Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Parmi les signes et symptômes suivants, le(s)quel(s) vous font évoquer une syndrome d'inattention ?

*Valide*A.

Il oublie régulièrement ses affaires dans le bus

*Valide*B.

Il détourne la tête de sa copie lorsqu'un bruit extérieur survient dans la classe

*Faux*C.

Il ne peut pas attendre son tour pour prendre la parole

cet item correspond à de l'impulsivité

*Valide*D.

Il remet tout au lendemain

*Faux*E.

Il a tendance à ne pas regarder en traversant la route

cet item correspond à de l'impulsivité

QUESTION 3 (Type: QRM)

Monsieur Z. 31 ans, est pris en charge pour une tumeur germinale non séminomateuse de bon pronostic par Bléomycine, Etoposide et Cisplatine. Quel(s) est (sont) le (les) effet(s) indésirable(s) potentiel(s) du traitement ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Cisplatine : Néphropathie immuno-allergique; Bléomycine : Choc anaphylactique ; Cystite hémorragique ; Cyclophosphamide et Ifosfamide ; Syndrome hémolytique et urémique ; Mytomyicine et gemcitabine ; Encéphalopathie métabolique : Ifosfamide

*Valide*A.

Néphropathie immuno-allergique

*Faux*B.

Encéphalopathie métabolique



*Faux*C.

Syndrome hémolytique et urémique



*Valide*D.

Choc anaphylactique



*Faux*E.

Cystite hémorragique

ECNiParisJuillet2024 (KFP)

Énoncé du microDCP-[Key Features Problems]

Vous êtes de garde au SAMU. Vous êtes appelé pour un homme de 65 ans qui vient de tomber d'une échelle, de 3 mètres de hauteur. Il est tétraplégique:

- aucune motricité aux membres inférieurs,
- aux membres supérieurs, le dernier métamère sain est C7.
- Il persiste une épargne sensitive partielle en sous-lésionnel (le tact épicrotique est anormal, mais non complètement aboli).

Il est conscient, orienté. Pas de plaie ou de notion de traumatisme crânien. Pas de plaie, d'ecchymose ou de déformation des membres.

Ce patient a 65 ans. 90 kg pour 168 cm. Il a des antécédents de tabagisme actif à 30 AP.

QUESTION 1 (Type: QRU)

Comment cotez-vous l'état neurologique de ce patient sur l'échelle de déficience ASIA, aussi appelée échelle de Frankel?

Commentaire:

rang A

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

L'échelle de déficience ASIA, aussi connue sous le nom d'échelle de Frankel, doit être maîtrisée. C'est elle qui vous permet très simplement, en quelques mots, d'expliquer à votre interlocuteur au téléphone quel est l'état neurologique d'un blessé médullaire (paraplégie complète sensitive et motrice / atteinte motrice complète avec préservation sensitive partielle/ atteinte motrice partielle sans ou avec motricité utile sous-lésionnelle / absence de déficit moteur).



*Faux*A.

ASIA (Frankel) A



*Valide*B.

ASIA (Frankel) B

*Faux*C.

ASIA (Frankel) C

*Faux*D.

ASIA (Frankel) D

*Faux*E.

ASIA (Frankel) E

QUESTION 2 (Type: QRM)

Comme indiqué plus haut, le dernier métamère sain est C7. Parmi les propositions suivantes, certaines ne permettent pas de tester à la racine C7. Lesquelles?

Commentaire: rang A

Commentaire pédagogique de correction: Révision d'anatomie. C'est l'extension du coude (triceps brachial) qui permet de tester la racine C7.

*Valide*A.

Extension du poignet.

*Valide*B.

Interosseux.

*Faux*C.

Extension du coude.

*Valide*D.

Pince pouce-index.

*Valide*E.

Abduction de l'épaule.

QUESTION 3 (Type: QRPL)

Parmi les propositions suivantes, lesquelles correspondent aux deux situations les plus probables de risque vital pour ce patient dans les prochaines heures. ?

Commentaire:

rang B (QRM)

Dans les heures suivant la prise en charge d'un patient pour une lésion médullaire haute, le risque vital est lié:

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

- à l'épuisement respiratoire. Il s'agit d'un patient de 65 ans, tabagique, en surpoids, qui n'a plus de muscles intercostaux et qui ne respire donc plus qu'avec le diaphragme et les muscles respiratoires accessoires. La détresse respiratoire est probable. Il faut l'anticiper.
- au risque de choc. Ce patient n'a plus de vasomotricité périphérique; il est donc vasoplégique. La moindre mobilisation de ce patient peut conduire à un arrêt cardio-circulatoire.

*Faux*A.

Arrêt cardiaque.

*Faux*B.

Plaie de la rate.

*Faux*C.

Choc hémorragique.

*Valide*D.

Détresse respiratoire.

*Faux*E.

Hématome extra-dural.

*Valide*F.

Choc secondaire à une vasoplégie.

*Faux*G.

Hématome sous-dural aigu.

*Faux*H.

Embolie pulmonaire.

FauxI.

Pneumothorax.

FauxJ.

Fracture du bassin

ECNiParisJuillet 2024 (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Un patient de 59 ans, traité pour dépression depuis 4 ans par valpromide, consulte aux urgences. Pas de voyage à l'étranger récent, pas de pratique sexuelle à risque. Sept jours auparavant, apparaissent une fièvre à 40°C et des céphalées frontales. Il reçoit un traitement symptomatique de la fièvre lorsqu'il consulte une première fois après 4 jours de fièvre. C'est l'apparition d'hallucinations visuelles qui déclenche son recours aux urgences.

Ses constantes sont les suivantes : A l'examen clinique, il a toujours des céphalées frontales et il a effectivement des hallucinations visuelles (il voit les murs et le sol bouger) et il est confus. Sa pression artérielle est mesurée à 135/85 mm Hg ; fréquence respiratoire = 18 /minute et température = 38,5°C.

Il n'a pas de déficit moteur et pas de raideur de nuque. L'examen des pupilles est normal et il n'y a pas de morsure de langue. L'auscultation cardiaque est normale. Il n'y a pas d'éruption cutanée. L'hémogramme réalisé 2 jours avant son recours aux urgences indique 6,19 G leucocytes dont 71% de PNN, 13,6 g/dL d'Hb et plaquettes =198 G/L.

QUESTION 1 (Type: QRP)

Parmi les prescriptions suivantes, quelles sont les 2 prioritaires ?

Commentaire pédagogique de correction:

L'association de troubles neurologiques et de fièvre évoque une méningo-encéphalite. Une ponction lombaire est indiquée et dans son cas, il n'y a pas de contre-indication à la réaliser en urgence.

ValideA.

Hémoculture

ValideB.

Ponction lombaire

FauxC.

Tomodensitométrie cérébrale avec injection de produit de contraste

*Faux*D.

IRM encéphalique

*Faux*E.

Electroencéphalogramme

QUESTION 2 (Type: QRU)

Après un bilan d'admission et une ponction lombaire, une IRM encéphalique en séquence T2 est effectuée rapidement (photo).

Vers quel diagnostic ce résultat d'imagerie oriente-il en priorité?

Commentaire pédagogique de correction:

L'hypersignal en séquence T2 est très évocateur d'une encéphalite. Une telle atteinte temporale est d'ailleurs évocatrice d'une méningoencéphalite herpétique

*Faux*A.

Abcès cérébral

*Faux*B.

Kyste cérébral

*Faux*C.

Méningite

*Valide*D.

Méningo-encéphalite

*Faux*E.

Tumeur cérébrale

QUESTION 3 (Type: QRM)

Les résultats de l'analyse du LCS sont les suivants : la glycorachie est mesurée à 2,85 mmol/L et il n'y a pas eu de mesure simultanée de la glycémie. La protéinorachie est mesurée à 1,25 g/L.

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Commentaire pédagogique de correction: Les informations du LCS sont tout à fait compatibles avec une méningoencéphalite à liquide clair. En première intention et a fortiori lorsqu'on est en difficulté pour interpréter la glycorachie, on cible à la fois l'herpès et la listeria

*Valide*A.

Amoxicilline intraveineux

*Faux*B.

Ceftriaxone intraveineux

*Faux*C.

Dexaméthasone intraveineux

*Indispensable*D.

Aciclovir intraveineux

*Faux*E.

Cotrimoxazole intraveineux

QUESTION 4 (Type: QRP)

Le patient est en fait suivi pour le VIH ; son traitement antirétroviral est efficace et son taux de CD4 mesuré à 657/ μ L ; sa sérologie CMV est positive en Ig G. Il s'avère aussi que le patient a résidé pendant 6 mois en Afrique Centrale, il y a 5 ans.

Dans ce contexte de méningo-encéphalite à liquide clair, quels sont les 3 examens étiologiques vous paraissent pertinents ?

Le taux de CD4 est supérieur à 100/ μ L ; il n'y a donc pas lieu d'évoquer une encéphalite à CMV.

Commentaire pédagogique de correction:

Le séjour en Afrique est trop ancien pour suspecter un paludisme grave, auquel des troubles neurologiques pourraient être associés. L'hémogramme d'admission ne montre aucune signe associé à un paludisme qui évoluerait depuis plusieurs jours: anémie, thrombopénie.

*Faux*A.

Goutte épaisse

Indispensable B.

PCR HSV dans le LCS

Valide C.

PCR VZV dans le LCS

Faux D.

PCR CMV dans le LCS

Valide E.

PCR entérovirus dans le LCS

ECNiParisAout2024_GO_mDP3 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous recevez en consultation pour la première fois madame T, elle est âgée de 23 ans. Elle vient ce jour car elle a depuis 4 jours constaté l'apparition de lésions au niveau vulvaire. Elle a 39°C et a des difficultés à uriner.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Concernant l'épidémiologie de l'infection à HSV, quelles propositions sont exactes ?

Faux A.

L'infection à HSV2 survient dans près de 80% des cas entre les âges de 1 et 4 ans

Faux B.

L'infection à HSV2 touche près de 40% des adultes immunocompétents

Faux C.

L'infection à HSV2 touche près de 40% des adultes immunodéprimés

*Faux*D.

L'infection à HSV2 touche exclusivement la région génitale

*Valide*E.

L'infection à HSV2 peut survenir au niveau de la sphère orale

QUESTION 2 (Type: QRM)

Quelles caractéristiques cliniques vous orienteraient vers le diagnostic d'infection à HSV chez madame T ?

*Valide*A.

Antécédent d'infection à HSV

*Valide*B.

Lésions ulcérées recouvertes d'un exsudat blanchâtre

*Valide*C.

Adénopathies inguinales bilatérales

*Valide*D.

Rétention aigue d'urine liées aux douleurs

*Faux*E.

Apyrexie

QUESTION 3 (Type: QRM)

L'aspect clinique est en faveur d'une infection à HSV. Quels examens prescrivez - vous pour confirmer le diagnostic ?

*Faux*A.

Sérologies HSV1 et HSV2



*Faux*B.

PCR HSV urinaire



*Faux*C.

PCR HSV sur prélèvement vaginal et des lésions



*Faux*D.

Prélèvement vaginal simple



*Valide*E.

Aucun examen n'est nécessaire pour confirmer le diagnostic

ECNiParisJuil2024 UPC OK Ateliers bis docimologique-23-24 OK NCC (3 QUESTIONS) (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Une patiente ventilée en réanimation depuis 5 jours pour une pneumopathie infectieuse présente une désaturation brutale (SpO₂ 79% sous ventilation mécanique en FiO₂ 100%).

Une radiographie thoracique est immédiatement effectuée

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel est votre diagnostic (deux mots maximum, hors pneumopathie infectieuse)

Commentaire pédagogique de correction:

Pneumothorax gauche complet, complication classique de la ventilation mécanique, caricatural sur la RX.

Réponses valides

pneumothorax gauche

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous diagnostiquez un pneumothorax gauche.

Quelles sont les 5 anomalies de l'examen clinique compatibles avec ce contexte clinique et radiologique ?

Commentaire pédagogique de correction: Syndrome de condensation à droite et syndrome d'épanchement pleural gazeux gauche. Pour rappel, les vibrations vocales ne sont pas évaluables chez cette patiente intubée.

*Valide*A.

Crépitants à droite

*Faux*B.

Sibilants à droite

*Valide*C.

Matité à la percussion à droite

*Faux*D.

Tympanisme à la percussion à droite

*Valide*E.

Diminution du murmure vésiculaire à gauche

*Faux*F.

Matité à la percussion à gauche

*Valide*G.

Tympanisme à la percussion à gauche

*Valide*H.

Asymétrie d'ampliation thoracique

FauxI.

Diminution du murmure vésiculaire à droite

QUESTION 3 (Type: QRM)

La situation se dégrade rapidement avec SpO₂ à 71% sous 100% FiO₂.

Quelle est votre attitude en urgence ?

Commentaire pédagogique de correction:

Exsufation de sauvetage et drainage pleural dans la foulée indispensable (pneumothorax induit par la ventilation)

FauxA.

Réalisation d'un scanner thoracique

FauxB.

Fibro aspiration bronchique

ValideC.

Exsufation pleurale à l'aiguille

ValideD.

Drainage pleural

FauxE.

Chirurgie thoracique

ECNiParisAout2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous revoyez en consultation une patiente de 63 ans pour l'apparition depuis 6 mois d'une asthénie modérée.

Ses antécédents comportent une hypothyroïdie sur thyroïdite de Hashimoto, une dyslipidémie, une hypertension artérielle chronique ainsi que des douleurs lombaires étiquetées mécaniques secondaires à un canal lombaire rétréci. Son traitement au long cours comprend

lévothyroxine, valsartan / hydrochlorothiazide et atorvastatine. Elle prend de façon occasionnelle du paracétamol et de l'ibuprofène lors d'accès douloureux lombaires.

La patiente décrit une asthénie ayant restreint sa pratique sportive mais ne l'empêchant pas de travailler, ainsi qu'une perte de poids de 3 kg en 6 mois. Elle pèse actuellement 57 kg pour 164 cm. La pression artérielle est de 130/80 mmHg, la fréquence cardiaque de 80 bpm, la saturation en oxygène en air ambiant de 97%, la température à 37°4 C. La patiente ne signale pas de trouble digestif. L'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité.

Elle vous rapporte les résultats des examens que vous lui avez prescrits lors de la dernière consultation et vous interroge sur une anomalie décrite sur l'examen suivant.

QUESTION 1 (Type: QZONE)

Indiquer l'anomalie présente sur l'examen suivant.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Il s'agit d'une électrophorèse des protéines sériques/plasmatiques (EPS/EPP) montrant un pic d'allure monoclonale (pic à bande étroite) dans la zone des gammaglobulines (zone à droite de l'image). On note autour du pic qu'il existe des gammaglobulines. L'albumine est précédée à gauche de la préalbumine.

Zones utilisées

#1

Marqueurs:

A.

Anomalie

Indispensable Coefficient/Pondération: 1

Zones ciblées valides: Zone #1

Commentaire pédagogique de correction du marqueur:

Il s'agit d'une électrophorèse des protéines sériques/plasmatiques (EPS/EPP) montrant un pic d'allure monoclonale (pic à bande étroite) dans la zone des gammaglobulines (zone à droite de l'image). On note autour du pic qu'il existe des gammaglobulines. L'albumine est précédée à gauche de la préalbumine.

QUESTION 2 (Type: QROC)

Quel est l'examen à réaliser en priorité afin d'avancer dans l'enquête étiologique ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

L'immunofixation ou immunoélectrophorèse des protéines sériques est l'examen-clé car il permet de confirmer la présence d'une immunoglobuline monoclonale et de typer l'isotype : chaîne lourde (G,A,M,D,E) et chaîne légère (kappa ou lambda). Cela orientera l'enquête étiologique en priorité vers une recherche de myélome si IgG, IgA (IgD, IgE très rares) ou un lymphome B indolent type Waldenströmsi IgM.

Réponses valides

immunoélectrophorèse sérique; immunofixation sérique; immunoélectrophorèse sanguine; immunofixation sanguine; immunofixation des protéines sériques; immunoélectrophorèse des protéines sériques

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: immunofixation

Poids (en Kg) 0.5: immunoélectrophorèse

QUESTION 3 (Type: QRPL)

Voici l'ensemble des résultats des examens biologiques que vous avez demandés :
hémoglobine 102 g/L, VGM 89 fl, CCMH 33 g/dL, plaquettes 239 G/L, polynucléaires neutrophiles 3,0 G/L, lymphocytes 1,5 G/L, créatinine 210 µmoles/L, urée 12 mmol/L, protidémie 82 g/L, natrémie 136 mmol/L, kaliémie 5,2 mmol/L, albuminémie 32 g/L, ASAT 24 Ui/L (normes, 17-27), ALAT 26 Ui/L (11-26), PAL 120 Ui/L (35-105), GGT 98 Ui/L (5-55) ; présence d'une gammopathie monoclonale IgA lambda évaluée à 9.2 g/L sur l'électrophorèse des protéines plasmatiques et l'immunofixation sérique. La TSH est normale. Les résultats du bilan lipidique complet sont dans les cibles souhaitées.

Quels nouveaux examens complémentaires vous semblent pertinents à ce stade ?

Commentaire pédagogique de correction:

Le bilan doit comprendre les analyses permettant de diagnostiquer un éventuel myélome symptomatique devant la présence d'une gammopathie monoclonale IgA lambda (ici, myélogramme, calcémie, protéinurie des 24h, dosage des CLL sériques). Le myélogramme est l'examen médullaire de choix pour le diagnostic de myélome (vs. BOM). L'échographie réno-vésicale est nécessaire pour s'assurer de l'absence de cause obstructive à l'insuffisance rénale. Les réticulocytes sont indiqués compte tenu de l'anémie normocytaire. La ferritinémie est seulement indiquée dans l'exploration d'une anémie microcytaire. L'immunophénotypage lymphocytaire sanguin n'a pas d'intérêt (lymphocytes dans les normes, suspicion de myélome et non de lymphome B indolent).

Le scanner TAP n'a pas d'intérêt (pas d'adénopathie ou splénomégalie dans le myélome) et nécessiterait probablement une injection de produit de contraste, ici contre-indiquée (insuffisance rénale).

Indispensable A.

Calcémie

Indispensable B.

Protéinurie des 24 heures

Valide C.

Myélogramme

Inacceptable D.

Scanner thoraco-abdomino-pelvien

FauxE.

Immunophénotypage lymphocytaire sanguin

ValideF.

Dosage des chaînes légères libres sériques

ValideG.

Echographie réno-vésicale

FauxH.

Ferritinémie

ValideI.

Réticulocytes

FauxJ.

Biopsie ostéo-médullaire

QUESTION 4 (Type: QROC)

Voici les résultats d'une partie des examens complémentaires demandés : calcémie 2.21 mmol/L, phosphorémie 0.94 mmol/L, CRP 4 mg/L ; chaînes légères libres sériques kappa 17 mg/L (normes, 3.3-19.4), lambda 98 mg/L (normes, 5.7-26.3). Le scanner corps entier faible dose et le TEP-scanner ne révèlent pas d'anomalie. Le myélogramme montre une moelle riche avec des lignées myéloïde et lymphoïde bien représentées ; pas de signe de dysmyélopoïèse ; pas d'excès de blastes ; lymphocytes, 12% ; plasmocytes, 12%.

Quel est votre diagnostic précis ?

Les critères diagnostiques sont ici réunis pour parler de **myélome symptomatique** devant :

- la présence d'une gammopathie monoclonale sanguine (**ici IgA**) et/ou urinaire
- une plasmocytose médullaire > 10% (**ici 12%**)
- **et** la présence d'au moins un symptôme "CRAB" (hypercalcémie, insuffisance rénale, anémie, lésions osseuses) ou "SLiM" (60% ou plus de plasmocytose médullaire, ratio de CLL impliquées/non impliquées > 100, présence de 2 lésions ou plus focales sur IRM ou TEP-scanner) (**ici anémie à 10.2, insuffisance rénale avec créatinine à 210**)

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Réponses valides

myelome symptomatique;myelome multiple symptomatique

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: myelome

Poids (en Kg) 0.5: myelome multiple

QUESTION 5 (Type: QRU)

La bandelette urinaire montre une protéinurie à 3 croix, sans sang ni nitrite ou cétone. La protéinurie des 24h est évaluée à 3 g. L'ECBU est stérile. L'échographie réno-vésicale montre des reins de taille normale sans dilatation des cavités pyélocalicelles, sans anomalie vésicale. La recherche de protéinurie de Bence-Jones est négative. L'électrophorèse des protéines urinaires est en cours.

Quelle est la complication rénale à évoquer en priorité devant l'ensemble des données cliniques et biologiques ?

La tableau rénal associe une insuffisance rénale et une protéinurie significative d'allure glomérulaire (2 g/24h, bandelette urinaire positive en faveur d'une albuminurie, contexte de gammopathie lambda, hypoalbuminémie sans syndrome inflammatoire ni histoire digestive) en faveur d'une amylose AL.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

La néphropathie à cylindres myéломateux est la première cause d'atteinte rénale mais la bandelette urinaire ne détecte pas les chaînes légères et la recherche de protéinurie de Bence-Jones est négative.

Le syndrome de Fanconi donne un tableau de tubulopathie proximale avec insuffisance rénale associée notamment à une hypokaliémie, hypophosphorémie (absentes ici).

*Valide*A.

Amylose AL

*Faux*B.

Néphropathie à cylindres myéломateux

*Faux*C.

Syndrome de Fanconi

*Faux*D.

Néphroangiosclérose

*Faux*E.

Néphropathie secondaire à l'ibuprofène

QUESTION 6 (Type: QROC)

Quel examen est à réaliser en première intention pour le diagnostic rénal suspecté ?

Le diagnostic d'amylose est anatomopathologique. Il faut une biopsie d'un tissu atteint où seront identifiés des dépôts amyloïdes.

Le premier examen à réaliser est la BGSA car elle a une bonne rentabilité diagnostique, elle est simple à réaliser et source de moins de complications que la PBR par exemple.

Commentaire pédagogique de correction: La PBR est indiquée en cas de syndrome de néphropathie glomérulaire mais à l'exception des quatre cas suivants :

- syndrome néphrotique pur chez un enfant âgé de 1 à 10 ans,
- rétinopathie diabétique au fond d'œil sans hématurie chez un patient ayant un diabète connu,
- **amylose documentée sur une biopsie non rénale (glandes salivaires),**
- glomérulopathie héréditaire déjà documentée dans la famille.

Réponses valides

biopsie des glandes salivaires accessoires;BGSA

Propositions de réponses incomplètes

ECNiParisAout2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

M. B, 26 ans, d'origine caucasienne, se présente aux urgences pour une dyspnée d'effort évoluant depuis 2 semaines et ne cessant de se majorer, associée depuis 2 jours à une fièvre à 39°C. Il n'existait aucun autre symptôme auparavant.

On note dans ses antécédents un tabagisme actif évalué à 20 PA, une consommation de cannabis quotidienne et une méningite virale dans l'enfance. Il ne prend pas de traitement au long cours. Il rapporte par ailleurs des conduites sexuelles à risque.

L'examen clinique retrouve : saturation en oxygène à 95% en air ambiant, fréquence cardiaque 90 bpm, pression artérielle 130/70 mmHg, température 38.9°C, fréquence respiratoire 19/minute, diminution du murmure vésiculaire en base droite.

QUESTION 1 (Type: QROC)

La radiographie thoracique prescrite est ci-jointe. Comment interprétez-vous la principale anomalie de cette radiographie en dehors de l'épanchement pleural droit ?

Il existe un épanchement pleural droit et un élargissement médiastinal qui explique le tableau clinique.

La radiographie thoracique met en évidence une **opacité**:

Commentaire pédagogique de correction:

- A limite externe nette convexe vers le poumon
- Se raccordant en pente douce avec le médiastin
- A limite interne non visible car non discernable des éléments du médiastin
- De tonalité hydrique comme le reste du médiastin

Il n'existe pas d'autre anomalie majeure.

Réponses valides

élargissement du médiastin;pathologie médiastinale;gros médiastin;élargissement médiastinal

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRU)

Le patient présente par ailleurs un comblement des creux sus-claviculaires, le reste de l'examen clinique est normal. Au vu de la radiographie, de l'anamnèse et des symptômes, quel diagnostic vous paraît le plus vraisemblable?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

La radiographie thoracique a mis en évidence un élargissement du médiastin qui peut être compatible avec une tuberculose maladie chez un patient avec des conduites sexuelles à risque d'infection par le VIH, ou une hémopathie (lymphome ou leucémie aigue lymphoblastique avec localisation médiastinale).

L'examen clinique suggère la présence d'un syndrome cave supérieur avec le comblement des creux sus-claviculaires.

La présence d'un cave supérieur permet de retenir en priorité la suspicion d'hémopathie.

*Faux*A.

Pneumopathie atypique

*Faux*B.

Pneumopathie franche lobaire aigue

*Faux*C.

Tuberculose maladie

*Faux*D.

Pneumothorax

*Valide*E.

Hémopathie

QUESTION 3 (Type: QRU)

Les premiers résultats biologiques retrouvent :

- Hémoglobine 90 g/L, VGM 90 fL, polynucléaires neutrophiles 0.3 G/L, plaquettes 55 G/L
- Créatinine 60 $\mu\text{mol/L}$, CRP 60 mg/L, le ionogramme sanguin est par ailleurs normal.

Au vu de ce tableau clinique, radiologique et biologique, quelle hémopathie vous paraît la plus probable ?

Il existe une pathologie médiastinale associée à une pancytopénie chez un jeune patient, le plus probable est qu'il ait une leucémie aigue lymphoblastique (responsable de la pancytopénie) avec une localisation extra-médullaire médiastinale.

Commentaire pédagogique de correction:

Les lymphomes de localisation médiastinale peuvent être associés à un envahissement médullaire mais cette présentation est plus rare et la pancytopénie n'est en général pas aussi profonde.

Les syndromes myéloprolifératif et myélodysplasique ne sont pas associés à des pathologies médiastinales.

Les syndromes myéloprolifératifs ne sont pas responsables de pancytopénie.

*Faux*A.

Lymphome de Hodgkin

*Valide*B.

Leucémie aigue lymphoblastique

*Faux*C.

Lymphome non hodgkinien

*Faux*D.

Syndrome myéloprolifératif

*Faux*E.

Syndrome myélodysplasique

QUESTION 4 (Type: QRM)

Vous proposez un myélogramme car vous suspectez une leucémie aiguë lymphoblastique. Quel(s) type(s) d'examen(s) souhaitez-vous faire pour étayer le diagnostic ?

Pour le diagnostic de leucémie aigue, les examens cytologiques (morphologie des cellules), phénotypiques (type de cellules), moléculaires (mutations) et cytogénétiques (anomalies chromosomiques) permettent de classer au mieux la maladie.

Commentaire pédagogique de correction:

Les examens moléculaires et cytogénétiques donnent des informations pronostiques fondamentales et guident l'utilisation des traitements.

L'immunohistochimie correspond à une technique d'anatomopathologie de marquage des cellules.

*Indispensable*A.

Cytologie

*Faux*B.

Immunohistochimie



Valide C.

Cytogénétique



Valide D.

Biologie moléculaire



Valide E.

Phénotypage

QUESTION 5 (Type: QROC)

Le myélogramme a confirmé le diagnostic de leucémie aigüe lymphoblastique avec 40% de blastes au niveau médullaire, et la biopsie de la masse médiastinale a confirmé la localisation médiastinale de la leucémie aigüe.

Vous débutez un traitement par corticothérapie et hyperhydratation. Six heures après le début de ce traitement, le bilan biologique retrouve : hémoglobine 80 g/L, VGM 90 fl, réticulocytes 65 G/L, plaquettes 55 G/L, polynucléaires neutrophiles 0,3 G/L, créatinine 145 $\mu\text{mol/L}$, phosphore 1.56 mmol/L, calcémie 2.12 mmol/L, acide urique 560 micromol/L (normes 200-420), CRP 100 mg/L, triglycérides 2.5 mmol/L, ferritine 450 $\mu\text{g/L}$, TP 75%, TCA 1.26, fibrinogène 2.1g/L, LDH 650 UI/L (normes 120-246).

Quelle complication craignez-vous ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Le syndrome de lyse tumorale peut être spontané avant tout traitement, ou induit ou aggravé par une corticothérapie ou une chimiothérapie qui va être responsable d'une lyse accrue des cellules tumorales. Il est plus fréquent dans les hémopathies agressives (lymphome agressif et leucémies aigües) et doit être systématiquement recherché. Le bilan biologique met en évidence une insuffisance rénale aigüe (créatinine passant de 60 à 145), hyperphosphorémie, une hyperuricémie, une hypocalcémie et une augmentation des LDH compatibles avec un syndrome de lyse tumorale.

Réponses valides

syndrome de lyse tumorale; syndrome de lyse; lyse tumorale

Propositions de réponses incomplètes

ECNiParisJuillet2024 (SIQ)

Séquence de Questions Isolées

QUESTION 1 (Type: QRU)

Vous êtes interne aux urgences et prenez en charge un patient de 75 ans pour troubles de la vigilance.

Vous savez juste qu'il s'agit d'un patient diabétique de type 2 sous metformine, habituellement bien équilibré.

L'interrogatoire n'est pas possible.

Devant l'altération de la vigilance vous demandez un ionogramme sanguin et une gazométrie artérielle dont les résultats sont ci-dessous :

- GdS : pH 7,10 pO₂ 100mmHg pCO₂ 18mmHg Bicarbonates 8mmol/L
- Ionogramme sanguin: Na : 140mM, K + 4 mmol/L Chlore 105mmol/L

Quelle est votre hypothèse privilégiée ?

FauxA.

Acidose respiratoire sur exacerbation de BPCO

FauxB.

Acidose respiratoire sur oedème aigu pulmonaire

FauxC.

Acidose métabolique sur insuffisance rénale

FauxD.

Acidose métabolique sur diarrhées

ValideE.

Acidose métabolique avec intoxication à la metformine

QUESTION 2 (Type: QRU)

Vous êtes néphrologue à l'hôpital et on vous sollicite au sujet de M. G 75 ans, pour insuffisance rénale aiguë dans un contexte de diarrhées.

On vous explique que sur le plan clinique le patient présente : une pression artérielle à 111/57mmHg, avec épreuve d'hypotension orthostatique positive, une FC 108bpm.

Absence d'œdème, pas de turgescence jugulaire, l'auscultation pulmonaire est normale.

Pas d'autre signe particulier.

Une échographie rénale a été faite et ne montre pas d'anomalie.

Sur le plan biologique :

- Biochimie sanguine : Urée 23mM, créatinine 200 μ M Na 132mM, K⁺ 4.2mM, réserve alcaline 30mM
- Ionogramme urinaire : Na 20mM; K⁺ 32mM, Urée 300mM, créatinine 8mmol/L
- Protéinurie < 0.05g/L
- ECBU : GR <5000/mL, GB <5000/mL Culture stérile

Avec l'ensemble de ces informations, quel traitement proposez vous pour traiter cette insuffisance rénale ?

*Faux*A.

Diurétiques de l'anse

*Valide*B.

Hydratation extracellulaire par un soluté de NaCl 0.9%

*Faux*C.

Dérivation des urines par pose d'une sonde urétérale

*Faux*D.

Surveillance simple exclusivement

*Faux*E.

Hydratation extracellulaire par un soluté de NaCl 0.9% et adjonction de diurétiques de l'anse

QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous recevez en consultation d'urgence une jeune patiente de 25 ans, pour une insuffisance rénale aiguë.

Elle décrit une fatigue depuis 1 mois, avec apparition récente d'une éruption cutanée sur le visage et d'une arthrite du poignet gauche.

Les paramètres vitaux sont les suivants : PA 145/85mmHg, FC 101bpm, SpO₂ 98% en air.

L'examen clinique objective en plus de l'arthrite et de l'éruption cutanée, de légers œdèmes des membres inférieurs.

Le bilan montre (les normes du laboratoire sont entre parenthèses) :

- échographie rénale : normale
- ionogramme sanguin : Na 135mM (134-142mmol/L), K+ 4,2mM (3,5-4,5mM), RA 25mM (22-28mmol/L), Calcium 2,35mM (2,10-2,5mM), Phosphates 0,90mM (0,75-1,2mM)
- urée 16mM, Créatinine 210μM
- ionogramme urinaire : Na 90mM, K+ 35mM, urée 80mM, Créatinine 8mM
- ECBU GR 150 000/mL GB <5000/mL Culture stérile
- Protéinurie 2,2g/g dont 1,8g/g d'albuminurie

Parmi les propositions suivantes, laquelle est juste concernant le type de néphropathie suspectée ?

*Valide*A.

Néphropathie glomérulaire

*Faux*B.

Néphropathie vasculaire aiguë

*Faux*C.

Néphropathie tubulo-interstitielle

*Faux*D.

Néphropathie micro-cristalline

*Faux*E.

Néphropathie obstructive

QUESTION 4 (Type: QROC)

Monsieur N. âgé de 35 ans est adressé au SAU pour le bilan d'une douleur de type colique néphrétique droite.

La douleur est apparue il y a 5h est se majore avec une irradiation vers les organes génitaux. Elle est très intense.

Le bilan biologique réalisé comporte:

NFS

CRP= 10 mg/L

Ionogramme sanguin: Na 137 mM K 4 mM Cl 112mM Bic 30mM

Urée: 6 mM

Créatinine plasmatique: 80 μ M

Bandelette urinaire négative

Quel examen biologique de première intention est manquant?

Réponses valides

Calcémie;Calcium;Calcium plasmatique;Ca²⁺

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 5 (Type: QRM)

Vous venez de diagnostiquer une polykystose rénale autosomique dominante à votre patient M X âgé de 50 ans. Il y a deux semaines il a eu une douleur du flanc droit avec de la fièvre et il a remarqué des urines rouges.

Quels diagnostics parmi les suivants vous évoquez?

*Valide*A.

Hémorragie intrakystique

*Valide*B.

Pyélonéphrite aigue

*Valide*C.

Lithiase urinaire compliquée

*Faux*D.

Thrombose de l'artère rénale

*Faux*E.

Thrombose de la veine rénale

ECNiParisJuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous voyez en consultation de médecine générale un patient de 62 ans, que vous suivez depuis peu.

Il n'a pas d'antécédent particulier, mise à part une hypertension artérielle diagnostiquée il y a 5 ans, pour laquelle il est traité par de l'amlodipine 5mg par jour.

Il vient avec les résultats d'un bilan biologique de vous avez demandé à titre systématique lors de la précédente consultation.

Voici les résultats de son bilan (les normes du laboratoire sont notées entre parenthèses):

- NFS : Hb 10g/dL (12-16) , VGM 85fL (80-100), Leucocytes 8 G/L (4-10) dont 4 G/L de PNN (1,5-7), Plaquettes 320G/L(150-400)
- Ionogramme : Na 137mM (136-144), K⁺ 4,2mM (2,5-5), Bicarbonates 27mM (22-31)
- Urée 12mM (3-7), Créatinine 220µM (45-80), DFG estimé par CKD-EPI : 27mL/min/1,73m²
- Bilan phosphocalcique : Calcium total 2,10mM(2,2-2,55), Phosphates 2mmol/L (0,80-1.45)

Sur le plan clinique, votre patient n'a pas de signe fonctionnel. L'examen est sans particularité.

La pression artérielle en consultation est mesurée à 137/82mmHg à plusieurs reprises. Le poids est de 73kg pour un 1.78m

QUESTION 1 (Type: QRP)

Parmi les propositions suivantes lesquelles vous orienteraient vers une insuffisance rénale chronique ? (3 bonnes réponses)

*Faux*A.

Une créatininémie antérieure normale

*Valide*B.

La présence de reins de petite taille à l'échographie

*Faux*C.

Un ionogramme urinaire d'allure fonctionnelle

*Valide*D.

La présence d'une hypocalcémie

*Valide*E.

La présence d'une anémie

*Faux*F.

La présence d'une protéinurie

*Faux*G.

La présence d'une hématurie

QUESTION 2 (Type: QRU)

Vous prescrivez donc des examens complémentaires pour investiguer cette insuffisance rénale.

Il se trouve que le patient n'a jamais fait d'examen biologique avant ce bilan.

Vous demandez une échographie rénale qui objective des reins de 8cm chacun, avec une différenciation cortico-médullaire, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Vous demandez une analyse d'urine qui montre :

- Protéinurie 2g/g , albuminurie 1,3g/g
- ECBU : GR 60 000/mL, GB 5000/mL, culture stérile
- Ionogramme urinaire : Na 80mM; K+ 35mM, Urée 200mM, Créatininurie 7mM

Parmi les propositions suivantes, laquelle correspond au tableau néphrologique global ?

*Faux*A.

Insuffisance rénale aiguë glomérulaire

*Valide*B.

Insuffisance rénale chronique glomérulaire

*Faux*C.

Insuffisance rénale chronique tubulo-interstitielle

*Faux*D.

Insuffisance rénale aiguë tubulo-interstitielle

*Faux*E.

Insuffisance rénale chronique obstructive

QUESTION 3 (Type: QRU)

Vous concluez donc à une insuffisance rénale chronique, sur une néphropathie glomérulaire.

En réinterrogeant spécifiquement le patient, il vous apprend qu'il lui ait déjà arrivé d'avoir des épisodes d'urines rouges, généralement après un épisode infectieux respiratoire.

Il ne s'en était jamais inquiété car cela rentrait spontanément dans l'ordre.

Quel est le syndrome glomérulaire présenté par le patient ?

*Valide*A.

Syndrome des hématuries macroscopiques récidivantes

*Faux*B.

Syndrome de glomérulonéphrite aiguë

*Faux*C.

Syndrome néphrotique

*Faux*D.

Syndrome néphritique

*Faux*E.

Syndrome de glomérulonéphrite rapidement progressive

QUESTION 4 (Type: QRU)

Le patient est adressé à un néphrologue pour suite de la prise en charge.

Après réalisation d'un biopsie rénale, on confirme le diagnostic de néphropathie à dépôts mésangiaux d'IgA.

Parmi les traitements suivants, lequel doit absolument figurer sur l'ordonnance de sortie du patient ?

*Faux*A.

Corticoïdes

*Faux*B.

Spirolactone (anti-aldostérone)

*Valide*C.

Inhibiteur de l'enzyme de conversion

*Faux*D.

Bétabloquant

*Faux*E.

Antivitamine K

QUESTION 5 (Type: QROC)

Vous débutez donc un traitement par ramipril 5mg par jour (Inhibiteur de l'enzyme de conversion).

Dans le cadre de la surveillance de ce traitement vous prescrivez un bilan biologique à J10 pour vérifier la tolérance.

Que devez vous mesurer lors de cette prise de sang absolument en plus de la créatininémie ? (1 mot)

Réponses valides

kaliémie;kaliemie;potassium;potasium;K+;K

Propositions de réponses incomplètes

ECNiParisjuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous êtes le dermatologue d'avis et êtes appelé en urgence par les soins intensifs pour une patiente de 28 ans qui "a son visage qui se décolle".

La patiente a été transférée d'un autre hôpital pour défaillance multiviscérale (hépatique, cardiaque et respiratoire). Elle s'était présentée il y a 3 jours aux urgences pour des douleurs abdominales et fièvre.

Elle est pharmacienne et n'a pas d'antécédent particulier.

Elle est inconsciente, intubée et ventilée quand vous la voyez mais l'anamnèse des urgences ne rapporte pas de prise médicamenteuse.

Cliniquement la patiente présente de larges plages de décollement cutané sur le visage, le cou et le tronc avec un aspect en linge mouillé et un signe de Nikolsky positif. Les muqueuses conjonctivales, orales et génitales sont atteintes.

QUESTION 1 (Type: QRM)

Quel avis donnez vous au réanimateur? (3 réponses attendues)

*Faux*A.

Ce n'est pas une toxidermie car il n'y a pas de médicament retrouvé à l'anamnèse

on ne peut pas exclure ce diagnostic et se baser sur les données seules de l'interrogatoire devant la gravité et la présentation clinique typique

*Valide*B.

Il faut faire une biopsie cutanée en urgence

*Valide*C.

Le signe de Nikolsky correspond à un décollement de la peau provoqué par un frottement appuyé sur peau saine

*Valide*D.

Une cause infectieuse est possible chez cette patiente

diag différentiel à évoquer staphylococcal scaled skin syndrome

QUESTION 2 (Type: QROC)

L'atteinte cutanée dépasse les 30% de la surface corporelle. L'analyse histologique montre une nécrose kératinocytaire sur toute la hauteur de l'épiderme. L'immunofluorescence directe est négative.

Quel est votre diagnostic ?

Réponses valides

Syndrome de Lyell ou nécrolyse épidermique toxique;nécrolyse épidermique toxique;Syndrome de Lyell ;necrolyse épidermique toxique;Lyell;necrolyse epidermique toxique;nécrolyse epidermique toxique

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.3: toxidermie

QUESTION 3 (Type: QRM)

Vous portez le diagnostic de syndrome de Lyell. Les parents de la patiente vous rapporte que la patiente a pris du paracetamol une semaine avant de consulter aux urgences.

Quelle(s) est/sont les proposition(s) juste(s) concernant le diagnostic nosologique?

*Valide*A.

Si la patiente avait eu moins de 10% de la surface corporelle atteinte on aurait posé un diagnostic de syndrome de Stevens-Johnson

*Faux*B.

L'imputabilité intrinsèque se déterminera sur entre autre avec une revue de la littérature scientifique sur le médicament imputable

FAUX, l'imputabilité intrinsèque évalue chez un patient donné le lien de causalité entre ses prises médicamenteuses, sa clinique et la chronologie des événements, l'imputabilité extrinsèque se base sur la littérature scientifique et les données de la pharmacovigilance

*Valide*C.

Le syndrome de Lyell est lié à une hypersensibilité retardée



FauxD.

On pratique une réintroduction du médicament imputable pour avoir le diagnostic

1. FAUX, *non justifié et très risqué*



FauxE.

Le délai entre la prise de paracétamol et les symptômes cutanées exclue son imputabilité

délai entre 7 à 21 jours

ECNiParisJuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Un patient de 67 ans se présente à votre consultation. Il a été envoyé par sa femme qui s'inquiète d'une tache dans son dos. Il ne sait pas depuis combien de temps elle est là.

Il est retraité, il a vécu 20 ans en Afrique pour son travail dans l'import-export. Il a pratiqué pendant des années la voile. Il a du diabète traité et contrôlé. Son père a eu plusieurs carcinomes basocellulaires cutanés.

Voici une photo de la lésion que vous mesurez à 1,5cm de grand axe:



QUESTION 1 (Type: QRU)

Quel diagnostic évoquez-vous ? (une seule réponse attendue)

Commentaire pédagogique de correction:

lésion pigmenté asymétrique, hétérochrome, d'apparition récente chez un patient âgé avec photoexposition

*Valide*A.

Un mélanome superficiel extensif

*Faux*B.

Un naevus mélanocytaire

*Faux*C.

Un carcinome basocellulaire

*Faux*D.

Un carcinome épidermoïde

*Faux*E.

Une kératose séborrhéique

QUESTION 2 (Type: QRP)

Sur quels critères pensez vous à ce diagnostic ? (4 réponses attendues)

Commentaire pédagogique de correction: Règle ABCDE

*Valide*A.

La forme de la lésion

*Valide*B.

La couleur de la lésion

*Valide*C.

La photoexposition passée

*Valide*D.

La taille de la lésion

*Faux*E.

L'antécédent du carcinome basocellulaire chez le père

QUESTION 3 (Type: QRM)

L'histologie confirme l'exérèse complète d'un mélanome superficiel extensif invasif avec un indice de Breslow à 0.8 mm. Concernant le pronostic de ce patient, quelles sont les bonnes réponses ?

*Valide*A.

Il présente un risque de récurrence de ce mélanome dans le futur

*Faux*B.

Ce cas de mélanome a peu de risque de métastase à distance

*Faux*C.

Le patient n'a pas de risque de développer un deuxième mélanome

*Valide*D.

Une surveillance au long terme chez lui est nécessaire

ECNiParisJuillet2024 (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Vous êtes interne aux urgences et vous voyez arriver à 22h, un patient de 53 ans pour des douleurs abdominales et un épisode de vomissements verdâtres.

Il est très inquiet car son père est mort d'un cancer du colon et était suivi pour une rectocolite hémorragique.

Il vous explique que ses douleurs évoluent depuis 24h, sont sus ombilicales en coup de poignard irradiant dans le dos.

Vous prescrivez une prise de sang :

Leucocytes 15G/L dont 90% de polynucléaires neutrophiles

Hémoglobine 10g/dl

ALAT 5N ASAT 4N

Bilirubinémie à 20mcmol/L

CRP 85mg/L

Lipasémie à 10N

QUESTION 1 (Type: QRU)

Quel diagnostic posez vous ?

Commentaire pédagogique de correction: clinique typique et lipase >3N, cytolyse hépatique associée, pas de fièvre.

*Valide*A.

Pancréatite aiguë

Devant une douleur épigastrique transfixiante et une lipasémie augmentée, le diagnostic de PA est classique

*Faux*B.

Colite aiguë grave

*Faux*C.

Poussée de maladie de Crohn

*Faux*D.

Perforation d'un cancer du colon

*Faux*E.

Cholecystite aiguë

QUESTION 2 (Type: QRM)

Vous diagnostiquez une pancréatite aiguë.

Le patient a une tension à 130/80mmHg, une fréquence cardiaque à 85bpm, une saturation en air ambiant à 98% en oxygène, une température à 36,8° et une fréquence respiratoire à 15/mn.

Quelle prise en charge organisez vous aux urgences ?

Commentaire pédagogique de correction: Patient stable avec CRP < 100, pas de motif à réanimation. Un unique vomissement, pas de SNG d'aspiration. Pas d'antibiothérapie préventive

*Faux*A.

Transfert en réanimation

absence de critère de sévérité

*Valide*B.

Enoxaparine à dose préventive

*Faux*C.

Pose d'une SNG d'aspiration

*Faux*D.

Ceftriaxone et Metronidazole

absence de sepsis

*Valide*E.

Mise à jeun

QUESTION 3 (Type: QRP)

Le patient vous questionne sur l'origine de sa pathologie.

Quelles sont les deux principales causes de pancréatite aiguë à évoquer chez ce patient?

Commentaire pédagogique de correction:

Deux principales causes de PA le contexte de RCH peut s'accompagner de Pancréatite auto-immune de type 2, rare, et non proposé

*Faux*A.

Maladie de Crohn avec atteinte pancréatique

*Valide*B.

Pancréatite aiguë biliaire

*Faux*C.

Cancer du pancréas

*Faux*D.

Pancréatite aiguë iatrogène

*Valide*E.

Pancréatite aiguë alcoolique

QUESTION 4 (Type: QRM)

Avant de transférer le patient en service de médecine, vous souhaitez compléter le bilan à visée étiologique, que réalisez vous ?

Commentaire pédagogique de correction: L'échographie hépatique et des voies biliaires doit être réalisée dans les 48h, si possible aux urgences. Le dosage des triglycérides et de la calcémie doit aussi être fait précocement car risque de normalisation avec le jeun.

*Faux*A.

IRM pancréatique

*Faux*B.

Alcoolémie

*Valide*C.

Échographie hépatique et des voies biliaires

*Valide*D.

Exploration des anomalies lipidiques

*Faux*E.

Dosage de la vitamine D

QUESTION 5 (Type: QRM)

L'échographie décrit une vésicule lithiasique et le radiologue a pu visualiser un calcul enclavé dans le cholédoque.

Vous avez diagnostiqué une pancréatite aiguë biliaire.

Il vous demande quelle est la suite de la prise en charge?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Dans une PA, indication à un scanner AP à 72h du début de la douleur (le patient consulte à 24h). Nécessité d'une prise en charge de la pathologie lithiasique biliaire par CPRE pour extraction du calcul et cholecystectomie. La PCC est indépendante d'une pathologie lithiasique. Mise sous antibiothérapie uniquement si angiocholite et ce n'est pas le cas ici.

*Faux*A.

indication à une bi antibiothérapie Ceftriaxone et Metronidazole devant le calcul enclavé

*Valide*B.

indication à un scanner abdominopelvien à visée pronostique à 72H du début des douleurs

*Faux*C.

Contre indication au paracetamol du fait des perturbations du bilan hépatique

absence d'Insuffisance hépatocellulaire nécessité d'une prise en charge antalgique précoce

*Valide*D.

Indication à réaliser une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique

*Valide*E.

Indication à une cholecystectomie rapidement en cas de bonne évolution de la pancréatite aiguë

ECNiParisjuillet2024 (MDP)

Énoncé du Mini Dossier Clinique Progressif

Vous prenez en charge aux urgences un homme de 28 ans originaire du Pakistan se présentant pour toux évoluant depuis plusieurs semaines et une altération de l'état général. Il est arrivé en France quelques mois auparavant. Il n'a jamais consulté pour ce motif.

Il n'a pas d'antécédent, il ne prend pas de traitement au long cours.

Ses paramètres vitaux à l'arrivée retrouvaient : TA 124/75 mmHg, FC 81 bpm, SpO2 98% en AA.

QUESTION 1 (Type: QRP)

Vous évoquez une tuberculose maladie. Quels signes peuvent vous orienter vers ce diagnostic ? (2 réponses attendues)

*Valide*A.

Description de crachats hémoptoïques à l'interrogatoire

*Faux*B.

Présence d'une hépatomégalie à l'examen clinique

*Valide*C.

Sueurs nocturnes

*Faux*D.

Présence de sibilants auscultatoires bilatéraux

*Faux*E.

Toux à prédominance nocturne

QUESTION 2 (Type: QRP)

Vous suspectez une tuberculose maladie devant cette toux sans crachats hémoptoïque évoluant depuis plus de 2 mois, des sueurs nocturnes et une perte de poids non quantifiée mais décrite comme importante. Une radiographie thoracique montre une opacité arrondie avec hyperclarté en son sein, lobaire supérieure gauche.

Quel(s) examen(s) complémentaires demandez-vous en première intention ? (3 réponses attendues)

*Faux*A.

Angioscanner thoracique

pas d'indication à une injection absence d'hémoptoïe. éventuellement TDM thoracique sans injection

*Valide*B.

BK crachats

*Valide*C.

NFS

lymphome à éliminer bilan pre fibro éventuel et pré thérapeutique traitement anti BK

*Valide*D.

sérologie VIH

indiquée dans ce contexte de précarité et suspicion de BK (Formes plus sévère en cas de VIH de tuberculose)

*Faux*E.

fibroscopie bronchique avec aspiration bronchique

pas en première intention d'abord crachats

QUESTION 3 (Type: QRP)

Vous décidez d'hospitaliser le patient. Quelles mesures doivent être mises en place par le médecin hospitalier ? 2 réponses attendues

*Faux*A.

Prescription d'un port du masque FFP2 pour le patient

masque chirurgical

*Valide*B.

Répéter les prélèvements respiratoires (x3)

*Valide*C.

Hospitalisation en médecine avec isolement respiratoire

*Faux*D.

Signalement à l'ARS dès la suspicion de tuberculose

uniquement après début de traitement anti-tuberculeux ou confirmation diag



FauxE.

Vaccination par le BCG des cas contacts

QUESTION 4 (Type: QRU)

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire bacillifère est porté. Quel traitement proposez vous?

ValideA.

Quadrithérapie isoniazide rifampicine ethambutol pyrazinamide pendant 2 mois puis bithérapie par isoniazide rifampicine pendant 4 mois

FauxB.

Quadrithérapie isoniazide rifampicine ethambutol pyrazinamide pendant 6 mois

FauxC.

Quadrithérapie isoniazide rifampicine ethambutol pyrazinamide pendant 4 mois puis bithérapie par isoniazide rifampicine pendant 2 mois

FauxD.

Quadrithérapie isoniazide rifampicine ethambutol pyrazinamide pendant 3 mois puis bithérapie par isoniazide rifampicine pendant 3 mois

FauxE.

Bithérapie par isoniazide rifampicine pendant 9 mois

DP_ECNiParisJuillet2024_Faculté de Médecine de Nancy (DP)

Énoncé du Dossier Clinique Progressif

Vous accueillez en unité de soins intensifs cardiologiques M. G 67 ans dont le seul antécédent et une chirurgie de remplacement valvulaire prothétique mécanique il y a quatre ans pour une insuffisance aortique dégénérative. Il n'a pas d'allergie et n'a pas voyagé. A l'arrivée dans le service il vous présente son ordonnance.

QUESTION 1 (Type: QROC)

Quel type d'anticoagulant devez-vous retrouver sur l'ordonnance du patient vu ses antécédents (1 à 3 mots) ?

Commentaire pédagogique de correction:

Réponses valides

Anti-vitamine K ;anti-vitamine K ;anti-vitamines K ;Anti-vitamines K ;AVK;warfarine;acénocoumarol

Propositions de réponses incomplètes

QUESTION 2 (Type: QRU)

Le patient ne prend que des antivitamines K comme traitement habituel sous la forme de warfarine dont la posologie est adaptée à l'INR mensuel. Lors du contrôle du mois dernier, l'INR était mesuré à 3.5. Il ne présentait aucun signe hémorragique. Il n'avait pourtant rien changé de ses habitudes, notamment alimentaires et n'avait pris aucun médicament supplémentaire. **Quelle adaptation de la posologie de warfarine a dû réaliser le patient ?**

Commentaire pédagogique de correction: L'objectif pour une valve prothétique mécanique aortique est en général d'avoir un INR entre 2 et 3.

*Faux*A.

pas de changement de la posologie de base

*Faux*B.

administration de vitamine K per os

*Faux*C.

administration de PPSB IV

*Faux*D.

augmenter la posologie de base

*Valide*E.

diminuer la posologie de base

QUESTION 3 (Type: QRPL)

Vous constatez que le patient, conformément aux informations reçues via son médecin traitant, a diminué la posologie de sa warfarine de 5 à 4mg par jour avec un contrôle une semaine plus tard à 2.7. L'externe vous interroge sur le fonctionnement des AVK. **Sélectionnez dans la liste ci-dessous les 4 facteurs de la coagulation dont la synthèse hépatique est inhibée par la warfarine et les AVK en général :**

Commentaire pédagogique de correction:

*Faux*A.

facteur I

*Indispensable*B.

facteur II

*Faux*C.

facteur III

*Faux*D.

facteur IV

*Faux*E.

facteur V

*Faux*F.

facteur VI

*Indispensable*G.

facteur VII

*Faux*H.

facteur VIII

*Indispensable*I.

facteur IX

*Indispensable*J.

facteur X



*Faux*K.

facteur XI



*Faux*L.

facteur XII

QUESTION 4 (Type: QROC)

Le patient vous explique maintenant le motif de son hospitalisation. Depuis quelques semaines, il ressent une asthénie inhabituelle et des frissons. Il a donc consulté son généraliste qui vous l'adresse suite à un malaise au cabinet. Le médecin décrit dans son courrier une syncope brutale avec perte de connaissance de quelques secondes suivie d'un retour à la normale. Le généraliste évoque dans son courrier une possible pathologie cardiaque. Au début de votre interrogatoire, le patient présente une nouvelle syncope brutale. L'ECG percritique est le suivant

Quel diagnostic électrocardiographique reprenez-vous (2 à 6 mots)?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Ce qui est marquant ici c'est 1/ la présence de symptômes 2/ la dissociation complète entre auricules et ventricules avec un échappement à QRS larges. Toutes les ondes P sont bloquées et les QRS semblent se comporter de manière indépendantes

Réponses valides

BAV 3 ;BAV III;BAV complet;BAV du 3e degrés ;Bloc auriculoventriculaire de niveau 3 ;Bloc auriculoventriculaire du troisième degrés ;Bloc auriculoventriculaire du 3e degré ;Bloc auriculoventriculaire complet

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: BAV

QUESTION 5 (Type: QRPL)

Vous constatez un BAV du 3^e degrés/complet symptomatique responsable de syncopes à l'emporte-pièce. Le patient est installé en box et scopé. Entre les syncopes, il n'existe aucun autre signe fonctionnel cardiologique. Les thérapeutiques médicamenteuses n'ont pas d'effet et vous êtes amené à mettre en place une sonde d'entraînement électrosystolique avant d'évoquer la pose d'un stimulateur cardiaque définitif.

Vous reprenez l'interrogatoire du patient qui vous décrit une altération de l'état général ces dernières semaines avec des frissons.

Ses constantes à l'entrées sont les suivantes

- Température 39.3°C
- Glasgow 15 en dehors des malaises mais perte de connaissance complète lors des syncopes
- Pression artérielle 144/68mmHg et fréquence cardiaque à 64/minute mais hypotension et bradycardie lors des épisodes de syncopes
- FR 18 par minute et SpO2 97% en air ambiant
- pas de marbrure et diurèse conservée

L'examen clinique général est pauvre avec uniquement un souffle systolique 2/6 connu du patient au foyer aortique sans autre anomalie cardiologique. Vous constatez cependant l'existence de lésions cutanées présentes depuis plusieurs jours selon le patient.

La biologie prélevée à l'entrée est la suivante :

- Hémoglobine 9.7g/dL VGM 101 fL plaquette 535G/L GB 13.2 G/L PNN 11.7 G/L INR 2.2
- Na 144 mmol/L K 4.5 mmol/L urée 5.7 mmol/L Créatinine 97 µmol/L CRP 147 mg/L
- troponine dans la normale NTproBNP 1745 pg/mL
- Hémodcultures en cours

Vous évoquez une endocardite infectieuse. L'échocardiographie retrouve une végétation valvulaire prothétique aortique. Vous confirmez l'existence d'un abcès paravalvulaire à l'origine des troubles de conduction. Vous projetez une prise en charge chirurgicale mais avant cela vous proposez de débiter une antibiothérapie probabiliste.

Sélectionnez dans la liste ci-dessous les 3 pathogènes ou groupes de pathogènes à cibler en priorité vu le contexte :

patient communautaire ++. Certes pose de prothèse mécanique mais il y a largement plus d'un an. Pas de contexte hospitalier/nosocomial/associé aux soins récent donc on évoque les germes communautaires en premier.

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Valide A.

Enterococcus faecalis et faecium

Faux B.

HACEK

Faux C.

Coxiella burnetti

Faux D.

Candida albicans

Faux E.

Escherichia coli

Faux F.

Tropheryma whipplei

Faux G.

Bartonella henselae

Valide H.

Staphylococoques sensibles à la méticilline



*Faux*I.

Staphylococoques résistants à la méticilline



*Valide*J.

Streptococoques oraux et du groupe bovis

QUESTION 6 (Type: QRU)

Vous reprenez le diagnostic d'endocardite valvulaire prothétique aortique communautaire compliquée d'un abcès paravalvulaire à l'origine d'un BAV complet. Vous soupçonnez l'un des trois groupes de germes les plus fréquents : staphylococoques sensibles à la méticilline, streptococoques oraux/digestifs ou entérocoques.

Sélectionnez parmi les options suivantes l'association d'antibiotiques qui vous semble la plus pertinente pour le traitement probabiliste de cette endocardite encore non documentée.

Commentaire pédagogique de correction:



*Faux*A.

amoxicilline + oxacilline + vancomycine



*Faux*B.

vancomycine + gentamicine + rifampicine



*Faux*C.

amoxicilline + ceftriaxone



*Valide*D.

oxacilline + gentamicine + amoxicilline



*Faux*E.

oxacilline + gentamicine + rifampicine

QUESTION 7 (Type: QRM)

Une antibiothérapie est débutée (oxacilline + gentamicine + amoxicilline). Le patient bénéficie d'un remplacement valvulaire bioprothétique en urgence concomitant de la pose

d'un système de stimulation cardiaque permanent. L'évolution post-opératoire est bonne. A son réveil, le patient vous interroge sur la chirurgie et sur le type de matériel utilisé pour la confection de sa bioprothèse.

Dans la majorité des cas, quels matériaux de xéno greffes sont utilisés pour les bioprothèses cardiaques ?

Commentaire pédagogique de correction:

*Valide*A.

péricarde bovin

*Faux*B.

péricarde caprin

*Faux*C.

péricarde ovin

*Valide*D.

péricarde porcine

*Faux*E.

péricarde canin

QUESTION 8 (Type: QROC)

Vous expliquez au patient que sa prothèse est constituée de tissus d'origine porcine. L'infirmière vous transfère un appel de la microbiologie car les prélèvements peropératoires sont positifs. Votre amie microbiologiste vous adresse les photos de la coloration de Gram.

Quel est le pathogène le plus probable à ce stade ?

Cocci Gram + en amas = staphylocoque

Commentaire pédagogique de correction:

Tous les staphylocoques sont possibles mais le plus fréquent reste *Staphylococcus aureus*

Réponses valides

Staphylococcus aureus ;Staphylococoque doré

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: Staphylococoque

QUESTION 9 (Type: QROC)

Vous suspectez un *Staphylococcus aureus* ce qui vous est confirmé l'après-midi même. Vous y ajoutez de la rifampicine et de faibles doses de gentamicine conformément aux recommandations internationales. Deux jours plus tard, l'évolution est favorable. Vous décidez d'introduire de l'héparine non fractionnée par voie IV car l'INR est mesuré à 1 malgré la poursuite de la warfarine.

Comment expliquer cette inefficacité des AVK (3 à 5 mots)?

Commentaire pédagogique de correction:

Réponses valides

interaction médicamenteuse avec la rifampicine ;induction enzymatique de la rifampicine

Propositions de réponses incomplètes

Poids (en Kg) 0.5: rifampicine

Poids (en Kg) 0.5: interaction médicamenteuse

Poids (en Kg) 0.5: induction enzymatique

QUESTION 10 (Type: QRU)

Vous soupçonnez une interaction médicamenteuse entre la rifampicine et les AVK. Votre infirmière prépare et installe le PSE d'héparine non fractionnée. L'activité antiXa est dans la norme 6h après l'introduction du traitement. Le lendemain vous recevez l'antibiogramme de la souche de *Staphylococcus aureus* en cause dans l'endocardite du patient.

Vous identifiez un SARM. Vous proposez de poursuivre l'association rifampicine/gentamicine mais de remplacer la cloxacilline par une autre molécule par voie IV.

Laquelle a votre préférence ?

Commentaire pédagogique de correction:

 **FauxA.**

clindamycine

*Valide*B.

vancomycine

*Faux*C.

tétracycline

*Faux*D.

linézolide

*Faux*E.

cotrimoxazole

QUESTION 11 (Type: QRU)

Vous proposez un switch de la cloxacilline par de la vancomycine en parallèle de l'association rifampicine et gentamicine. Vous confirmez le portage de SARM par le patient. Quelle précaution complémentaire devez-vous préconiser à votre équipe ?

Commentaire pédagogique de correction:

*Faux*A.

air

*Faux*B.

goutelette

*Valide*C.

contact

*Faux*D.

renforcée

QUESTION 12 (Type: QRM)

Vous proposez un switch de la cloxacilline par de la vancomycine en parallèle de l'association rifampicine et gentamicine. Vous prescrivez des précautions complémentaires contact.

Vu l'association d'antibiotiques actuelle, quelle toxicité devez-vous particulièrement surveiller ?

l'association vancomycine et gentamicine décuple le risque de complication rénale

Commentaire pédagogique de correction:

*Faux*A.

ototoxicité

*Faux*B.

hépatotoxicité

*Valide*C.

néphrotoxicité

*Faux*D.

hématotoxicité

*Faux*E.

cytotoxicité