

Epreuve de Compo DCP P3 du 08/03/2017

DP 1

Vous êtes appelé auprès d'une jeune vacancière estivale de 14 ans, admise aux urgences pour une fièvre et des vomissements d'apparition brutale il y a quelques heures. Lors de votre examen elle présente une grande asthénie, une température à 39,7°C, accompagnée d'un érythème diffus. Elle a une fréquence respiratoire à 45/mn sans signes de lutte ni anomalie auscultatoire, une fréquence cardiaque à 150/mn, un temps de recoloration cutanée de 2 secondes, saturation transcutanée en oxygène = 97% et TA = 130/85 mmHg, elle n'a pas uriné depuis 12 heures. Elle pèse 50 kg.

Question 1 - Question à réponses multiples

Devant ce tableau clinique quel(s) est(sont) le(s) signe(s) de gravité ?

Proposition A

existence de vomissements

Proposition B

fièvre à 39,7°C

Proposition C

fréquence cardiaque à 150/mn

Proposition D

temps de recoloration cutané de 2 secondes

Proposition E

absence d'urines depuis 12 heures

Question 2 - Question à réponses multiples

Comment qualifiez-vous l'état hémodynamique de cette patiente ?

Proposition A

état de choc décompensé

Proposition B

état de choc compensé

Proposition C

défaillance multi-viscérale

Proposition D

tachycardie sinusale provoquée par la fièvre

Proposition E

hypoperfusion périphérique

Question 3 - Question à réponses multiples

Quel(s) est(sont) le(s) mécanisme(s) physiopathologique(s) possible(s) de la polypnée chez cette enfant dans ce contexte d'état de choc ?

Proposition A

compensation d'une acidose lactique

Proposition B

état de stress

Proposition C

infection respiratoire

Proposition D

compensation d'une hypocapnie

Proposition E

hyperthermie

Question 4 - Question à réponses multiples

Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en urgence ?

Proposition A

paracétamol par voie IV

Proposition B

solution de cristalloïdes 20 ml/kg en bolus IV

Proposition C

oxygénothérapie par voie nasale

Proposition D

réhydratation IV par un soluté hydro-électrolytique à 150 ml/kg/24h

Proposition E

injection IV de furosémide

Question 5 - Question à réponses multiples

Quel(s) élément(s) de surveillance clinique vous permet(tent) d'évaluer l'efficacité du remplissage en cours chez cette adolescente ?

Proposition A

diminution de la fréquence cardiaque

Proposition B

reprise de la diurèse

Proposition C

diminution du temps de recoloration cutanée

Proposition D

diminution de la fièvre

Proposition E

augmentation de la tension artérielle

Question 6 - Question à réponses multiples

A la fin du remplissage vous constatez que la fréquence cardiaque est maintenant à 100/mn, la fréquence respiratoire à 35/mn, la TA 120/85 mmHg. Que décidez-vous ?

Proposition A

poursuite d'un monitoring des constantes vitales

Proposition B

réhydratation IV avec 150 ml/kg/24h de soluté hydro-électrolytique

Proposition C

injection sous cutanée d'adrénaline en urgence

Proposition D

prescription d'un second remplissage de 10 ml/kg en bolus

Proposition E

initiation d'un traitement par inotrope en intra veineux

Question 7 - Question à réponses multiples

A l'issue de votre examen clinique, vous n'identifiez aucun point d'appel à cette fièvre. Quelle(s) hypothèse(s) étiologique(s) évoquez-vous chez cette jeune fille sans antécédent connu ?

Proposition A

choc anaphylactique

Proposition B

fièvre inaugurale d'une pathologie inflammatoire

Proposition C

infection bactérienne sévère

Proposition D

grippe

Proposition E

maladie métabolique décompensée

Question 8 - Question à réponses multiples

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) à visée étiologique est(sont) indispensable(s) avant le début du traitement antibiotique chez cette jeune fille suspecte d'infection bactérienne ?

Proposition A

ponction lombaire

Proposition B

examen cytobactériologique des crachats

Proposition C

hémocultures

Proposition D

test de diagnostic rapide d'infection à streptocoque du groupe A

Proposition E

gaz du sang

Question 9 - Question à réponses multiples

Quelle antibiothérapie IV probabiliste prescrivez-vous, la bandelette urinaire étant négative ? (une ou plusieurs bonnes réponses)

Proposition A

ciblent *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* et *Proteus mirabilis*

Proposition B

ciblent *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* et *Staphylococcus aureus*

Proposition C

ciblent les germes intracellulaires

Proposition D

ciblent les bactéries anaérobies

Proposition E

ciblent *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

Question 10 - Question à réponses multiples

En l'absence d'amélioration, vous transférez la patiente en réanimation. En la voyant, le réanimateur lui pose la(es) question(s) oubliée(s) lors de votre interrogatoire, dont la(es) réponse(s) constituera(ont) la(es) clef(s) du diagnostic. Quelle(s) est(sont) cette(ces) question(s) ?

Proposition A

antécédents de chirurgie abdominale

Proposition B

antécédents atopiques

Proposition C

exposition prolongée au soleil

Proposition D

port d'un tampon périodique

Proposition E

vaccinations à jour contre le pneumocoque

Question 11 - Question à réponses multiples

La patiente a un antécédent d'appendicectomie à l'âge de 6 ans et elle porte un tampon périodique.
Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

Proposition A

scarlatine

Proposition B

choc toxinique staphylococcique

Proposition C

coup de chaleur lié à l'exposition au soleil

Proposition D

salpingite

Proposition E

abcès intra-abdominal

Question 12 - Question à réponses multiples

Le diagnostic d'un choc toxique staphylococcique sensible à la méthicilline est établi. Quelle(s) adaptation(s) de l'antibiothérapie effectuez-vous ?

Proposition A

prescription d'amoxicilline

Proposition B

prescription d'amoxicilline + acide clavulanique

Proposition C

prescription d'azythromycine

Proposition D

prescription de vancomycine

Proposition E

prescription de céfotaxime

Question 13 - Question à réponses multiples

Vous revoyez cette adolescente une semaine après sa sortie d'hospitalisation. Sa mère vous sollicite pour mettre à jour son calendrier vaccinal. La lecture du carnet vous fournit les informations suivantes :

Avant l'âge de 1 an : BCG et 3 vaccins pentavalents

A 18 mois : un vaccin pentavalent

A 2 ans : vaccin rougeole-oreillons-rubéole

A 6 et 11 ans : un vaccin diphtérie-tétanos-polio

Quel(s) vaccin(s) lui conseillez-vous ?

Proposition A

vaccination contre le méningocoque B en 2 injections à 1 mois d'intervalle

Proposition B

vaccination contre le papillomavirus en 4 injections à 6 mois d'intervalle

Proposition C

vaccination contre l'hépatite virale B en 2 injections à 6 mois d'intervalle

Proposition D

vaccination contre le méningocoque A et C en 1 injection

Proposition E

rattrapage de la vaccination contre Rougeole Oreillon Rubeole en 2 injections à 1 mois d'intervalle

Question 14 - Question à réponses multiples

La mère de la patiente vous réclame un certificat médical descriptif de la maladie destiné au médecin de la compagnie d'assurance qui a pris en charge son rapatriement

Proposition A

le secret médical existe entre vous et ce médecin

Proposition B

le secret médical existe entre vous et cette mère

Proposition C

le médecin de l'assurance est ajouté dans les destinataires du compte rendu d'hospitalisation

Proposition D

le certificat est remis à la mère qui le transmettra au médecin de l'assurance

Proposition E

le certificat ne peut pas être délivré

Question 15 - Question à réponses multiples

La mère de la patiente qui est au deuxième trimestre de sa grossesse s'inquiète sur la nécessité de vaccinations pour protéger son enfant à venir. Que lui conseillez-vous ?

Proposition A

faire un rappel DTPCa avant la fin de la grossesse

Proposition B

vacciner la mère contre la grippe au troisième trimestre de la grossesse

Proposition C

débuter la vaccination du nouveau-né dès le deuxième mois, sauf s'il est allaité au sein

Proposition D

vacciner contre la coqueluche le père et la fratrie s'ils ne sont pas à jour

Proposition E

vacciner la mère contre la varicelle si elle n'est pas déjà immunisée

Médecin de garde aux urgences, vous voyez en consultation une femme de 25 ans, d'origine marocaine, sans antécédent particulier en dehors d'un tabagisme actif de l'ordre de 10 paquets années. Elle vous signale l'apparition d'une tuméfaction basi-cervicale gauche. En l'interrogeant, vous apprenez qu'elle s'en est aperçue il y a plusieurs semaines mais qu'elle ne s'est pas inquiétée. Elle vient aux urgences car depuis quelques jours elle est essoufflée notamment en position allongée.

Votre examen retrouve une patiente à l'état général discrètement altéré (score OMS à 1), apyrétique. Vous notez des adénopathies cervicales à gauche. Il existe une circulation veineuse collatérale thoracique. Elle pèse 50 kg pour 159 cm. Elle pesait 57 kg six mois auparavant.

La TA est à 130/70 mm Hg, la saturation en oxygène en air ambiant est à 90%. La température est à 37,2°C. L'hémogramme retrouve : hémoglobine 11 g/dL, VGM 83 fL, plaquettes 510 G/L, leucocytes 8,1 G/L, polynucléaires neutrophiles 4,9 G/L, polynucléaires éosinophiles 0,2 G/L, lymphocytes 2,5 G/L, monocytes 0,5 G/L.

La radiographie pulmonaire de face montre un élargissement du médiastin supérieur.

Question 1 - Question à réponses multiples

Quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) prenez-vous en urgence ?

Proposition A

position semi-assise

Proposition B

anticoagulation à visée préventive par héparine de bas poids moléculaire

Proposition C

Furosémide par voie intraveineuse

Proposition D

morphiniques par voie intraveineuse continue

Proposition E

antibiothérapie

Question 2 - Question à réponses multiples

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

Proposition A

sarcoïdose

Proposition B

lymphome B diffus à grandes cellules

Proposition C

maladie de Hodgkin

Proposition D

tuberculose

Proposition E

goitre

Question 3 - Question à réponses multiples

Comment faites-vous le diagnostic le plus rapidement possible ?

Proposition A

cytoponction ganglionnaire cervicale gauche

Proposition B

biopsie médiastinale sous scanner

Proposition C

biopsie ganglionnaire cervicale gauche sous échographie

Proposition D

biopsie ostéomédullaire

Proposition E

immunophénotypage des lymphocytes circulants

Question 4 - Question à réponses multiples

Vous débutez une corticothérapie après la biopsie ganglionnaire. Cette biopsie permet de porter le diagnostic de lymphome B diffus à grandes cellules. La malade est stabilisée par votre traitement symptomatique. Comment complétez-vous le bilan de ce lymphome ?

Proposition A

biopsie ostéomédullaire

Proposition B

scanner thoraco abdomino pelvien

Proposition C

tomographie par émission de positons (TEP) au fluoro-désoxy-glucose

Proposition D

ponction lombaire

Proposition E

scintigraphie osseuse

Question 5 - Question à réponses multiples

Vous décidez en réunion de concertation pluridisciplinaire d'un traitement par polychimiothérapie de type Rituximab, Doxorubicine, Vindésine, Cyclophosphamide, Bléomycine et Prednisone. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) supplémentaire(s) vous paraît(paraissent) nécessaire(s) avant de débiter le traitement ?

Proposition A

épreuves fonctionnelles respiratoires

Proposition B

échographie cardiaque avec mesure de la fraction d'éjection ventriculaire

Proposition C

IRM du rachis

Proposition D

sérologie hépatite B

Proposition E

dosage pondéral des immunoglobulines

Question 6 - Question à réponses multiples

Quelle(s) complication(s) liée(s) à ce traitement pourriez-vous observer ?

Proposition A

mucite

Proposition B

cardiomyopathie

Proposition C

fibrose pulmonaire

Proposition D

hématotoxicité

Proposition E

hypothyroïdie

Question 7 - Question à réponses multiples

Concernant le Rituximab, vous diriez que :

Proposition A

c'est un anticorps monoclonal reconnaissant l'antigène de surface CD30

Proposition B

il expose à des réactivations virales

Proposition C

il peut donner des neutropénies retardées

Proposition D

sa toxicité la plus fréquente est une réaction à la première perfusion (relargage cytokinique)

Proposition E

il est conjugué à un radio-isotope

Question 8 - Question à réponses multiples

A J11, la patiente vous appelle car elle est fébrile avec plusieurs pics de température à 39°C et des frissons. L'hémogramme réalisé le matin du même jour (J11) montre : leucocytes 0,5 G/L, plaquettes 45 G/L et hémoglobine 6,5 g/dL. Vous êtes son médecin traitant et elle vous appelle. Que faites-vous ?

Proposition A

vous organisez une hospitalisation à domicile afin d'administrer une antibiothérapie par gentamicine et cefotaxime par voie intraveineuse

Proposition B

vous l'hospitalisez en urgence

Proposition C

vous prescrivez deux hémocultures à quatre heures d'intervalle et hospitalisez la patiente si elles reviennent positives

Proposition D

vous lui dites de reconrôler le lendemain matin et de vous rappeler si la fièvre persiste

Proposition E

vous prescrivez une corticothérapie, car il s'agit probablement d'une fièvre spécifique liée à son lymphome

Question 9 - Question à réponses multiples

Le médecin traitant a fait hospitaliser la patiente en urgence dans le service d'hématologie. Son examen clinique est normal en dehors d'une fièvre à 38°C. Que convient-il de faire ?

Proposition A

la placer en isolement protecteur

Proposition B

administrer une antibiothérapie à large spectre sans attendre le résultat des prélèvements

Proposition C

réaliser des hémocultures

Proposition D

pratiquer un ECBU

Proposition E

réaliser une ponction lombaire

Question 10 - Question à réponses multiples

Vous décidez de transfuser cette patiente. Décrivez votre démarche.

Proposition A

groupage ABO, Rhésus D par deux techniques différentes sur deux prélèvements différents

Proposition B

la patiente n'ayant jamais été transfusée, la recherche d'agglutinines irrégulières est inutile

Proposition C

vérification ultime au lit du malade effectuée par le médecin prescripteur

Proposition D

transfusion d'un concentré plaquettaire d'aphérèse

Proposition E

transfusion de deux culots globulaires déleucocytés

Question 11 - Question à réponses multiples

Votre traitement permet d'obtenir une réponse complète. Vous la perdez de vue mais 6 ans plus tard, elle revient vous voir pour une discrète asthénie. Votre examen clinique est normal et l'hémogramme fait en ville montre : hémoglobine 9 g/dL, VGM 102 fL, globules rouges 2,1 T/L, réticulocytes 1%, plaquettes 120 G/L, leucocytes 2,5 G/L, polynucléaires neutrophiles 1 G/L, polynucléaires éosinophiles 0,1 G/L, monocytes 0,3 G/L, lymphocytes 1,1 G/L, blastes 3%. Quelle(s) interprétation(s) en donnez-vous ?

Proposition A

pancytopénie

Proposition B

carence en folates

Proposition C

macrocytose

Proposition D

anémie hémolytique

Proposition E

présence de blastes fréquente après chimiothérapie

Question 12 - Question à réponses multiples

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) faites-vous ?

Proposition A

biopsie ostéomédullaire

Proposition B

myélogramme

Proposition C

caryotype médullaire

Proposition D

TEP au fluoro-désoxy-glucose

Proposition E

étude des progéniteurs érythroïdes avec et sans érythropoïétine

Question 13 - Question à réponses multiples

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Proposition A

leucémie aiguë myéloïde

Proposition B

syndrome myélodysplasique

Proposition C

maladie de Biermer

Proposition D

anémie hémolytique autoimmune

Proposition E

rechute du lymphome

Question 14 - Question à réponses multiples

Le myélogramme met en évidence une moelle de richesse normale avec des signes de dysplasie sur les trois lignées. Le pourcentage de blastes médullaires est de 8%. Sur quels critères évaluez-vous le pronostic de cette hémopathie ?

Proposition A

nombre de cytopénies

Proposition B

nombre de lignées dysplasiques

Proposition C

pourcentage de blastes médullaires

Proposition D

pourcentage de blastes sanguins

Proposition E

type d'anomalies cytogénétiques

DP 3

Un homme âgé de 64 ans vous apporte les résultats du dosage de l'antigène spécifique de la prostate total (PSAt) que vous lui avez prescrit. Son taux de PSAt est de 11,4 ng/ml pour une norme du laboratoire inférieure à 4 ng/ml.

Il a comme seul antécédent un diabète de type 2 bien équilibré par le régime.

A l'interrogatoire, il indique se lever 3 fois par nuit et avoir un débit urinaire diminué.

Il n'a jamais eu d'infection urinaire.

Le toucher rectal montre une prostate irrégulière, dure sur l'ensemble du lobe droit.

Question 1 - Question à réponses multiples

Vous suspectez un cancer de la prostate. Vous adressez le patient à un urologue pour la réalisation de ponctions biopsies de la prostate. Ces dernières seront réalisées :

Proposition A

par voie périnéale

Proposition B

sous antibioprofylaxie

Proposition C

sous contrôle échographique

Proposition D

après réalisation d'une IRM

Proposition E

dans les deux lobes prostatiques

Question 2 - Question à réponses multiples

Quel(s) est (sont) le(s) type(s) histologique(s) fréquent(s) du cancer de la prostate ?

Proposition A

Adénocarcinome

Proposition B

Carcinome urothélial

Proposition C

Carcinome épidermoïde

Proposition D

Carcinome papillaire

Proposition E

Sarcome

Question 3 - Question à réponses multiples

L'analyse histologique des ponctions biopsies prostatiques montre un adénocarcinome de la prostate siégeant au niveau de la partie moyenne et de la base du lobe droit de la prostate de score 7 (3+4) de Gleason.

Dans quel groupe de risque de progression classez-vous ce cancer ?

Proposition A

Risque faible

Proposition B

Risque modéré

Proposition C

Risque intermédiaire

Proposition D

Risque sévère

Proposition E

Risque élevé

Question 4 - Question à réponses multiples

Quel(s) examen(s) demandez-vous dans le cadre du bilan d'extension ?

Proposition A

Une radiographie pulmonaire

Proposition B

Une scintigraphie osseuse

Proposition C

Une IRM prostatique

Proposition D

Une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne

Proposition E

Un PET-scan à la choline

Question 5 - Question à réponses multiples

Le bilan d'extension est négatif. Le patient vous interroge sur les options thérapeutiques. Quelle(s) est (sont)-elle(s) ici ?

Proposition A

Surveillance active

Proposition B

Radiothérapie externe associée à une hormonothérapie

Proposition C

Curiethérapie et hormonothérapie

Proposition D

Hormonothérapie isolée

Proposition E

Prostatectomie radicale avec curage ganglionnaire

Question 6 - Question à réponses multiples

La réunion de concertation recommande la réalisation d'une intervention chirurgicale.

Le patient vous interroge concernant les effets secondaires potentiels de la chirurgie. Quel(s) est (sont) - il(s)?

Proposition A

L'éjaculation rétrograde

Proposition B

L'incontinence fécale

Proposition C

La dysfonction érectile

Proposition D

L'incontinence urinaire

Proposition E

La sténose de l'anastomose vésico-urétrale

Question 7 - Question à réponses multiples

Deux mois après la chirurgie, le patient se plaint de fuites d'urine et de brûlures mictionnelles. Il est apyrétique.

Un examen cyto bactériologique des urines est pratiqué et trouve un *Escherichia coli* à 10^5 UFC/ ml et une leucocyturie à 10^4 /ml.

Il s'agit :

Proposition A

d'une infection urinaire nosocomiale

Proposition B

d'une colonisation bactérienne des urines

Proposition C

d'une bactériurie chronique

Proposition D

d'une infection du bas appareil urinaire

Proposition E

d'une infection du site opératoire

Question 8 - Question à réponses multiples

Alors que l'infection urinaire cède rapidement sous antibiothérapie adaptée, persistent les fuites d'urine.

Quels sont les différents types d'incontinence urinaire de l'homme ?

Proposition A

incontinence urinaire d'effort

Proposition B

incontinence urinaire par regorgement

Proposition C

incontinence urinaire par urgenturie

Proposition D

incontinence urinaire mixte

Proposition E

incontinence urinaire double

Question 9 - Question à réponses multiples

A trois mois de la chirurgie, il porte des protections en permanence dans la journée, qu'il change 3 fois par jour et aucune la nuit. La situation est identique à celle de sa sortie de l'hôpital et aucune thérapie n'a été envisagée dans l'intervalle.

Vous prescrivez :

Proposition A

une IRM pelvienne

Proposition B

une uréthro-cystographie rétrograde et mictionnelle

Proposition C

une échographie vésicale avec mesure du résidu post-mictionnel

Proposition D

une fibroscopie uréthro-vésicale

Proposition E

un examen cytbactériologique des urines

Question 10 - Question à réponses multiples

A l'échographie vésicale, il n'y a pas de résidu post-mictionnel et les urines sont stériles à l'examen cyto-bactériologique des urines.

Comme traitement de première intention, vous proposez :

Proposition A

des anticholinergiques

Proposition B

des alpha-bloquants

Proposition C

de la rééducation périnéo-sphinctérienne

Proposition D

la pose d'une bandelette sous-urétrale

Proposition E

la pose d'un sphincter urinaire artificiel

Question 11 - Question à réponses multiples

Vous revoyez le patient 10 mois après la chirurgie. La rééducation périnéo-sphinctérienne n'a permis que d'améliorer très partiellement la situation. Le nombre de protections nécessaire est de deux par jour. Vous prescrivez :

Proposition A

un bilan urodynamique

Proposition B

une uréthro-cystographie rétrograde et mictionnelle

Proposition C

une tomodensitométrie abdomino-pelvienne

Proposition D

une fibroscopie uréthro-vésicale

Proposition E

un examen cytobactériologique des urines

Question 12 - Question à réponses multiples

Le bilan urodynamique est en faveur d'une incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne. La fibroscopie est normale.

Quelles sont vos propositions thérapeutiques ?

Proposition A

Poser un sphincter urinaire artificiel

Proposition B

Prendre des anticholinergiques

Proposition C

Réaliser des injections intradétrusoriennes de toxine botulique

Proposition D

Poser des ballonnets péri-urétraux

Proposition E

Poser une bandelette sous-urétrale

Question 13 - Question à réponses multiples

En parallèle, vous poursuivez la surveillance du cancer de la prostate. Cette dernière comporte systématiquement :

Proposition A

un toucher rectal

Proposition B

un dosage du PSA total sérique

Proposition C

une IRM pelvienne

Proposition D

une scintigraphie osseuse

Proposition E

une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne

Une patiente de 29 ans, sicilienne, secrétaire, consulte pour des douleurs des articulations des mains. Elle n'a ni antécédents médicaux ni chirurgicaux. Elle a deux enfants de 2 et 5 ans en bonne santé. Le premier est scolarisé, le second est gardé en crèche.

L'histoire remonte au mois de décembre, il y a 3 mois, où sont apparues des douleurs des doigts, avec pour certains un aspect boudiné ayant imposé l'ablation d'une bague en urgence. Elle signale que de façon concomitante à ces douleurs des mains, elle a présenté une éruption sur le visage et le torse, prurigineuse, ayant régressé en 3 semaines sans traitement. Durant l'hiver précédent et le dernier, les doigts sont devenus blancs à plusieurs reprises durant quelques minutes. Elle est asthénique et le matin elle note une raideur matinale de 45 minutes environ touchant surtout les mains et les poignets.

Vous l'examinez et vous notez :

- une pâleur cutanée assez marquée
- une tuméfaction douloureuse des articulations métacarpophalangiennes 2 à droite et 3 et 4 à gauche, des interphalangiennes proximales 4 à droite et 2 à gauche, du poignet gauche, de la cheville droite, un choc rotulien au niveau du genou droit
- la tension artérielle est normale, l'examen pulmonaire est sans particularité, vous entendez un souffle systolique d'intensité 1/6 de façon diffuse.
- le poids est de 58 kg pour une taille de 1,72 m. L'index de masse corporelle est à 19,6 kg/m²

Question 1 - Question à réponses multiples

A ce stade de votre démarche diagnostique quel(s) est(sont) le(s) grand(s) syndrome(s) et symptôme(s) que vous pouvez isoler?

Proposition A

Un syndrome anémique

Proposition B

Un syndrome sec

Proposition C

Une polyarthrite

Proposition D

Une photosensibilité

Proposition E

Un syndrome de Raynaud

Question 2 - Question à réponses multiples

La patiente vous montre les résultats biologiques suivants prescrits la semaine précédente par un confrère :

- hémoglobine : 89 G/l, VGM : 75 fl, thrombocytes : 522 G/l, leucocytes : 11 G/l
- vitesse de sédimentation (VS) : 52 mm à la première heure, C réactive protéine (CRP) : 35 mg/l
- électrophorèse des protéines sériques : aire des gammaglobulines augmentée, homogène
- anticorps antinucléaires (ACAN): positifs au 1/320 de type homogène, facteurs rhumatoïdes négatifs

Au vu de ces examens vous pensez à (une ou plusieurs réponses possibles)?

Proposition A

Un probable myélome du fait des résultats de la VS et de l'électrophorèse des protéines sériques

Proposition B

Une anémie d'origine possiblement inflammatoire

Proposition C

Une thrombocytose d'origine possiblement inflammatoire

Proposition D

Une microcytose possiblement par thalassémie

Proposition E

Un probable syndrome myéloprolifératif avec hyperleucocytose et thrombocytose

Question 3 - Question à réponses multiples

A ce stade de votre démarche diagnostique, parmi les examens complémentaires suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) qui vous manque(nt) absolument ?

Proposition A

Recherche de l'antigène HLA B27

Proposition B

Recherche d'anticorps anti-CCP

Proposition C

Recherche de protéinurie

Proposition D

Dosage du C3, du C4 et du CH50

Proposition E

Recherche d'anticorps anti-ADN natif

Question 4 - Question à réponses multiples

A ce stade de votre démarche diagnostique, parmi les clichés radiographiques suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) que vous devez demander ?

Proposition A

Radiographies des mains et poignets de face

Proposition B

Radiographies des poignets de profil

Proposition C

Radiographies du rachis cervical de profil en flexion

Proposition D

Radiographies des avant-pieds de F et $\frac{3}{4}$

Proposition E

Radiographie de thorax F et P

Question 5 - Question à réponses multiples

Le deuxième prélèvement biologique, réalisé à votre demande cette fois-ci, confirme le syndrome inflammatoire biologique, montre l'absence d'anomalie rénale et hépatique, la négativité des sérologies des hépatites B et C, la présence d'anticorps anti-CCP (trois fois la normale), la confirmation d'ACAN homogènes à faible taux (1/320), et de facteurs rhumatoïdes (2,5 fois la normale), l'absence d'anticorps anti-ADN natif. La radiographie de thorax ainsi que celles des mains, pieds, poignets, genoux sont normales.

A ce stade de votre démarche diagnostique, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

Proposition A

Vous retenez le diagnostic de lupus érythémateux disséminé

Proposition B

Vous ne retenez encore aucun diagnostic car la pathologie est à un stade trop précoce

Proposition C

Vous ne retenez encore aucun diagnostic car il vous manque des examens complémentaires importants

Proposition D

Vous retenez le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde

Proposition E

Vous retenez le diagnostic de polyarthrite à parvovirus B19

Question 6 - Question à réponses multiples

Vous avez retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Parmi les éléments suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) que vous allez utiliser pour évaluer l'activité de la maladie aujourd'hui et la suivre ensuite ?

Proposition A

Le nombre d'articulations douloureuses

Proposition B

Le taux des anticorps antiCCP

Proposition C

Le nombre d'articulations gonflées

Proposition D

La CRP

Proposition E

Le taux du facteur rhumatoïde

Question 7 - Question à réponses multiples

Parmi les attitudes thérapeutiques suivantes, la(les)quelle(s) vous paraît(ssent) adaptée(s) à ce stade ?

Proposition A

Prednisone en prise quotidienne en monothérapie

Proposition B

Méthotrexate quotidien

Proposition C

Hydroxychloroquine (Plaquénil*) 2 comprimés/ soit 400 mg/jour avec 5 mg/jour de prednisone

Proposition D

Méthotrexate hebdomadaire

Proposition E

Anti-TNF-alpha en monothérapie

Question 8 - Question à réponses multiples

Vous avez débuté un traitement reposant sur 15 mg par semaine de méthotrexate per os et 7 mg/j de prednisonne dégressif sur 8 semaines. Quelle sera votre surveillance biologique dans les 3 mois à venir (une ou plusieurs bonnes réponses) ?

Proposition A

Numération Formule Sanguine bimensuelle puis mensuelle

Proposition B

Protéinurie à la bandelette hebdomadaire

Proposition C

Transaminases bimensuelles puis mensuelles

Proposition D

Electrophorèse des protides mensuelle

Proposition E

Facteurs rhumatoïdes et anti-CCP à 1 mois et 3 mois

Question 9 - Question à réponses multiples

Vous revoyez la patiente 3 mois plus tard. Elle vous dit avoir bien pris et bien supporté son traitement. Elle va beaucoup mieux, ne souffre que de 2 articulations suivant un horaire inflammatoire. A l'examen, seules ces 2 articulations sont douloureuses à la pression et le siège de synovite (genou gauche et MCP2 gauche). Biologiquement, la Numération Formule Sanguine, les transaminases et la fonction rénale sont normales, la VS est à 22 mm, la CRP à 14 mg/L. Le DAS28 - à 5,2 au début - est maintenant à 3,9.

Parmi les attitudes thérapeutiques suivantes, la(les)quelle(s) vous paraît(ssent) adaptée(s) à ce stade ?

Proposition A

Continuer le méthotrexate en monothérapie à la même dose puisque l'amélioration est nette

Proposition B

Continuer le méthotrexate en monothérapie à la même dose puisque l'amélioration est nette, mais augmenter la prednisone pour les 2 synovites résiduelles

Proposition C

Arrêter le méthotrexate pour débiter le léflunomide

Proposition D

Augmenter la posologie du méthotrexate per os

Proposition E

Passer le méthotrexate par voie sous cutanée

Question 10 - Question à réponses multiples

Vous revoyez la patiente 2 mois plus tard après 4 semaines de méthotrexate en sous cutané à 15 mg/semaine puis 4 semaines à 20 mg/semaine. Elle se trouve un peu mieux, d'ailleurs son DAS28 est à 3,6. L'examen retrouve les 2 mêmes articulations douloureuses et gonflées. La tolérance clinique et biologique reste bonne. La VS est à 18 et la CRP à 12 mg/L.

Parmi les attitudes thérapeutiques suivantes, la(les)quelle(s) vous paraît(ssent) adaptée(s) à ce stade ?

Proposition A

Arrêter le méthotrexate pour débiter le léflunomide (Arava*)

Proposition B

Continuer le méthotrexate en monothérapie à la même dose

Proposition C

Ajouter au méthotrexate à la même dose de la ciclosporine

Proposition D

Ajouter au méthotrexate à la même dose de l'azathioprine (Imurel*) et de l'hydroxychloroquine (Plaquénil*)

Proposition E

Ajouter au méthotrexate à la même dose, un biomédicament

Question 11 - Question à réponses multiples

Vous avez décidé de débiter un anti-TNF-alpha. Avant de débiter ce traitement, la patiente doit systématiquement :

Proposition A

Consulter un gynécologue si elle n'en a pas consulté dans l'année

Proposition B

Consulter un ophtalmologue si elle n'en a pas consulté dans l'année

Proposition C

Consulter un dentiste si elle n'en a pas consulté dans l'année

Proposition D

Consulter un cardiologue

Proposition E

Avoir un examen cutané

Question 12 - Question à réponses multiples

Toujours avant de débuter ce traitement, vous prescrivez (une ou plusieurs réponses) :

Proposition A

Un test sanguin de détection de la tuberculose latente

Proposition B

Une sérologie HIV après accord de la patiente

Proposition C

Une sérologie parvovirus

Proposition D

Une échographie cardiaque

Proposition E

Une vaccination anti-pneumococcique

Question 13 - Question à réponses multiples

Vous avez débuté le traitement d'association 15 mg/semaine de méthotrexate et un anti-TNF-alpha. Vous revoyez la patiente 3 mois plus tard. La tolérance au traitement a été très bonne, tant d'un point de vue clinique que biologique. L'efficacité est excellente avec une disparition des douleurs, des synovites, une CRP à 2 mg/L, un DAS28 à 2.

La patiente et son époux sont très satisfaits, et ils envisagent d'avoir un 3ème enfant.

Concernant la grossesse, parmi les réponses suivantes, quelle(s) est(sont) celle(s) que vous pouvez retenir ?

Proposition A

Elle est déconseillée en raison du risque de transmission de la maladie à l'enfant

Proposition B

Elle impose un arrêt du méthotrexate, pendant au moins un cycle menstruel sous couvert d'une contraception efficace

Proposition C

Elle est déconseillée en raison du risque de déclenchement d'une nouvelle poussée de la maladie

Proposition D

Il est souhaitable de la différer après une rémission d'au moins 6 mois

Proposition E

Elle est possible avec le traitement actuel

Question 14 - Question à réponses multiples

Après cette discussion avec vous, le couple décide de repousser son projet de grossesse. Vous maintenez donc le traitement à l'identique et leur demandez de revoir la patiente dans 3 mois.

A ce terme, la rémission complète étant toujours votre objectif, vous évaluez la patiente avec :

Proposition A

Le nombre d'articulations gonflées

Proposition B

La radiographie de thorax à 6 mois

Proposition C

La CRP

Proposition D

Le taux d'anticorps anti-CCP

Proposition E

Les radiographies des mains poignets et pieds à 6 mois

DP 5

Un homme de 28 ans (pesant 65 kg pour 1m75) se présente aux urgences polyvalentes pour une baisse d'acuité visuelle unilatérale droite depuis 2 à 3 jours. Il ne parle pas le français ni l'anglais, l'interrogatoire est donc limité dans un premier temps.

Question 1 - Question à réponses multiples

Si cette baisse d'acuité visuelle droite était isolée sans douleur, on pourrait évoquer ?

Proposition A

Glaucome aigu à angle fermé

Proposition B

Cataracte compliquant un diabète

Proposition C

Chorio-rétinite infectieuse

Proposition D

Neuropathie optique dans le cadre d'un syndrome de démyélinisation

Proposition E

Uvéite antérieure aiguë

Question 2 - Question à réponses multiples

Toujours dans ce contexte d'informations cliniques pauvres, l'absence de rougeur pourrait faire en outre évoquer ?

Proposition A

Abcès de cornée

Proposition B

Décollement de rétine impliquant la macula

Proposition C

Occlusion de la branche temporale supérieure de l'artère centrale de la rétine

Proposition D

Occlusion de la veine centrale de la rétine

Proposition E

Sclérite dans le cadre d'une maladie de Behçet

Question 3 - Question à réponses multiples

L'ami du patient est enfin arrivé aux urgences, et il peut traduire ce que dit le patient. Quelle(s) serait(ent) la (les) question(s) pertinente(s) sur ses antécédents à lui poser dans ce contexte ?

Proposition A

Avez-vous subi un traumatisme récent ?

Proposition B

De quel pays êtes-vous originaire ?

Proposition C

Etes-vous vacciné contre le trachome ?

Proposition D

Avez-vous eu des douleurs articulaires ?

Proposition E

Etes-vous diabétique ?

Question 4 - Question à réponses multiples

Quelles informations complémentaires utiles au diagnostic faut-il, en outre, rechercher ?

Proposition A

L'œil droit est-il douloureux ?

Proposition B

La baisse d'acuité visuelle a-t-elle été précédée de myodésopsies ?

Proposition C

La baisse d'acuité visuelle est-elle associée à des métamorphopsies ?

Proposition D

Avez vous tendance à saigner facilement ?

Proposition E

Avez-vous déjà eu des épisodes de baisse d'acuité visuelle ?

Question 5 - Question à réponses multiples

L'ensemble de l'interrogatoire permet d'apprendre les éléments suivants : le patient est d'origine syrienne, arrivé en France il y a 6 mois, il a parfois des douleurs articulaires, il a déjà eu un épisode d'œil rouge et douloureux il y a 8 mois, il n'y a pas de notion de traumatisme récent. Parmi les signes cliniques suivants, tous observables sans matériel spécialisé, lesquels vous orienteraient vers une uvéite antérieure aiguë ?

Proposition A

Présence d'un cercle de rougeur périkeratique

Proposition B

Ptosis

Proposition C

Déformation pupillaire

Proposition D

Enophtalmie

Proposition E

Myosis

Question 6 - Question à réponses multiples

L'ophtalmologue de garde a pu examiner le patient. Il a conclu à une uvéite antérieure aiguë droite, sans anomalie du segment postérieur, devant :

Proposition A

Un phénomène de Tyndall

Proposition B

Une kératite ponctuée superficielle

Proposition C

Des précipités rétro-cornéens

Proposition D

Des synéchies irido-cristalliniennes

Proposition E

Un hypopion

Question 7 - Question à réponses multiples

L'acuité visuelle de l'œil droit a été mesurée à 4/10 de loin (Parinaud 3 de près) contre 10/10 (Parinaud 2 de près) à gauche. Ce patient est par ailleurs emmétrope pour les deux yeux. Dans ce contexte d'uvéïte antérieure aiguë droite sans anomalie du segment postérieur, quelles peuvent être les explications de la baisse d'acuité visuelle ?

Proposition A

Déformation de la cornée par astigmatisme aigu

Proposition B

Perte de transparence de l'humeur aqueuse

Proposition C

Œdème de cornée par hypertonie oculaire due à l'inflammation

Proposition D

Blocage des capacités accommodatives

Proposition E

Œdème de la couche des fibres optiques

Question 8 - Question à réponses multiples

L'ensemble des données du patients apporte désormais les éléments suivants : uvéite antérieure aiguë droite, sans anomalie postérieure, mais compliquée d'un hypopion, dans un contexte de douleurs articulaires. Quelles sont les étiologies à évoquer en priorité en fonction de l'ensemble de ces données ?

Proposition A

Adénovirose

Proposition B

Arthrite juvénile

Proposition C

Herpès

Proposition D

Spondylarthrite ankylosante

Proposition E

Maladie de Behçet

Question 9 - Question à réponses multiples

Après avoir complété l'examen clinique et réalisé un bilan biologique et radiologique, le diagnostic d'uvéite antérieure aiguë liée à une spondylarthrite ankylosante est retenu. Quelles sont les grandes lignes du traitement pour les 24 premières heures ?

Proposition A

Ponction d'humeur aqueuse à visée anti-inflammatoire et antalgique

Proposition B

Collyre pilocarpine 2% toutes les heures

Proposition C

Collyre à l'atropine 1% toutes les 6 heures

Proposition D

Collyre corticoïde (dexaméthasone) toutes les heures

Proposition E

Collyre à bases de prostaglandines toutes les heures

Question 10 - Question à réponses multiples

A propos des collyres corticoïdes, ils peuvent être responsables de :

Proposition A

Déséquilibre rapide d'un diabète insulino-dépendant

Proposition B

Glaucome aigu par fermeture de l'angle

Proposition C

Augmentation de la pression intra-oculaire

Proposition D

Aggravation d'un herpès cornéen sous-jacent

Proposition E

Apparition d'une cataracte en cas de traitement prolongé

Question 11 - Question à réponses multiples

A propos des collyres mydriatiques, quelles sont les propositions exactes ?

Proposition A

Le collyre à l'atropine a des propriétés parasympatholytiques

Proposition B

Le collyre à base de dérivés d'adrénaline a des propriétés parasympathomimétiques

Proposition C

Le collyre à l'atropine a des propriétés cycloplégiques

Proposition D

Le collyre à l'atropine peut être prescrit en cas d'adénome prostatique

Proposition E

Les collyres mydriatiques sont contre-indiqués en cas d'angle irido-cornéen étroit

Question 12 - Question à réponses multiples

Quelles sont les évolutions ou complications possibles à court terme de cette uvéite antérieure aiguë ?

Proposition A

Décollement de rétine aigu rhégmato-gène

Proposition B

Glaucome néovasculaire

Proposition C

Hypertonie oculaire

Proposition D

Surinfection bactérienne intraoculaire

Proposition E

Uvéite à bascule

Question 13 - Question à réponses multiples

Le patient s'est rapidement amélioré en 48h de collyre à l'atropine 1% (1 goutte/6h) et collyre corticoïde (dexaméthasone, 1 goutte/h pendant 48 h, puis toutes les 4h). Au 4^{ème} jour, la pression intraoculaire est mesurée à 35 mmHg du côté droit contre 12 mm Hg à gauche. Quelles sont les options thérapeutiques ?

Proposition A

Trabéculéctomie en urgence

Proposition B

Ponction de chambre antérieure à visée évacuatrice

Proposition C

Bêta-bloquant *per os*

Proposition D

Inhibiteur de l'anhydrase carbonique *per os* et/ou en collyre

Proposition E

Collyres agonistes alpha2-adrénergiques

Question 14 - Question à réponses multiples

L'hypertonie oculaire est réfractaire à tous les traitements médicaux et l'angle iridocornéen est resté ouvert, il n'y a pas de blocage pupillaire. Vous envisagez un geste chirurgical pour réduire la pression intraoculaire. Quelles procédures parmi les suivantes pourraient être efficaces dans ce contexte particulier ?

Proposition A

Iridotomie périphérique au Laser YAG

Proposition B

Trabéculéctomie

Proposition C

Sclérectomie profonde

Proposition D

Vitrectomie

Proposition E

Kératoplastie transfixiante

Une patiente de 57 ans se présente aux urgences pour survenue d'une douleur abdominale aiguë. Ses antécédents sont marqués par un diabète non insulino-dépendant traité par règles hygiéno-diététiques. Son poids est de 79kg pour 1m58. Elle est suivie pour une hypertension artérielle essentielle bien équilibrée sous traitement, une hypothyroïdie supplémentée et surveillée régulièrement. Elle n'a pas d'autre antécédent médico-chirurgical.

La douleur a débuté brutalement quelques heures après un repas de famille, elle siège au niveau de l'hypochondre droit. Rapidement croissante, elle gêne la respiration de la patiente.

A l'examen clinique, la patiente est apyrétique (T° 37,3). Elle localise la douleur au niveau de l'hypochondre droit. A la palpation, vous retrouvez une douleur provoquée de l'hypochondre droit, augmentée à l'inspiration profonde.

Le bilan biologique montre :

Lipasémie 76 UI/l (normale < à 190)

ASAT 15UI/l (normale <40)

ALAT 9UI/l (normale <40)

GGT 59UI/l (normale 8 à 61)

Phosphatases alcalines 117UI/l (normale 40 à 129)

Bilirubinémie totale : 4.1 μ mol/l (normale <5)

Leucocytes : 8.890 /mm³ (4.000 à 10.000)

Glycémie 1,20 g/l

Question 1 - Question à réponses multiples

Parmi les examens morphologiques suivants, quel est le premier examen à demander pour confirmer l'origine biliaire de la douleur ?

Proposition A

L'échographie abdominale

Proposition B

La tomodensitométrie abdomino-pelvienne

Proposition C

La cholangio-IRM

Proposition D

La radiographie d'abdomen sans préparation

Proposition E

La cholangiographie intra-veineuse

Question 2 - Question à réponses multiples

A propos du conduit cholédoque :

Proposition A

Il naît de la jonction du conduit cystique et du conduit hépatique commun

Proposition B

Il rejoint le conduit pancréatique à sa terminaison

Proposition C

Il s'abouche distalement dans l'ampoule hépato-pancréatique (de Vater)

Proposition D

Il est vascularisé par des branches de l'artère hépatique propre

Proposition E

Dans le ligament hépato-duodéal, il est situé derrière la veine porte

Question 3 - Question à réponses multiples

La patiente bénéficie d'une échographie en urgence. Concernant cette échographie vésiculaire :



Proposition A

Il existe un ou plusieurs calculs biliaires

Proposition B

La paroi vésiculaire a une épaisseur normale

Proposition C

Le foie est hétérogène

Proposition D

Le liquide vésiculaire est hypoéchogène

Proposition E

La douleur au passage de la sonde d'échographie en regard de la vésicule biliaire, oriente vers l'origine vésiculaire de la douleur

Question 4 - Question à réponses multiples

L'échographie abdominale a montré une vésicule non tendue, aux parois non épaissies, contenant de multiples calculs infra-centimétriques. Les voies biliaires intra-hépatiques n'ont pas été visualisées. Le diamètre du canal cholédoque est normal. Le pancréas n'est pas visualisé. Sous traitement antalgique (Paracétamol IV), la douleur cède 3 heures après son début. Il n'y a pas de fièvre, ni d'ictère cutanéomuqueux.

Quel diagnostic retenez-vous ?

Proposition A

Colique hépatique

Proposition B

Angiocholite aiguë

Proposition C

Cholécystite aiguë lithiasique

Proposition D

Hydrocholécyste

Proposition E

Pancréatite aiguë

Question 5 - Question à réponses multiples

Dans ce cas précis, citer le(s) facteur(s) de risques que présente la patiente en faveur d'une pathologie lithiasique

Proposition A

Diabète

Proposition B

Obésité

Proposition C

Hypertension artérielle

Proposition D

Hypothyroïdie

Proposition E

Le sexe féminin

Question 6 - Question à réponses multiples

La douleur ayant cédé sous antalgiques aux urgences, quelle prise en charge proposez-vous ?

Proposition A

Une hospitalisation avec antibiothérapie intra-veineuse

Proposition B

Une abstention thérapeutique

Proposition C

Une intervention pour cholécystectomie en urgence

Proposition D

Une cholécystectomie programmée

Proposition E

Un drainage percutané radiologique de la bile vésiculaire

Question 7 - Question à réponses multiples

La patiente rentre à domicile avec un rendez-vous de consultation externe avec un chirurgien. Une semaine plus tard, avant son rendez-vous, elle présente une douleur aiguë intense de siège épigastrique. La patiente se présente aux urgences à nouveau. Elle décrit la douleur comme transfixiante et prend une attitude antalgique en chien de fusil. L'examen physique à l'admission ne montre pas de défense abdominale, mais réveille une nette douleur provoquée au niveau épigastrique.

T° 37°3 ; pouls 115 bpm ; TA 115/65

Dans ce contexte, quel diagnostic évoquez-vous ?

Proposition A

Un ulcère gastrique aigu

Proposition B

Une angiocholite aiguë

Proposition C

Une récurrence de colique hépatique

Proposition D

Une pancréatite aiguë

Proposition E

Une colique néphrétique

Question 8 - Question à réponses multiples

Le bilan biologique effectué en urgence montre :

ASAT 87UI/l (normale <40)

ALAT 98UI/l (normale <40)

GGT 78UI/l (normale 8 à 61)

Phosphatases alcalines 165UI/l (normale 40 à 129)

Bilirubinémie totale : 4.8 $\mu\text{mol/l}$ (normale <5 $\mu\text{mol/l}$)

Leucocytes : 13.800 /mm³ (4.000 à 10.000)

Glycémie 1.4g/l

TP 87% ; TCA 32 (témoin 30)

En complétant son bilan en urgence, parmi les examens para-cliniques suivants, le(s)quel(s) retenez vous comme utile(s) pour confirmer le diagnostic de pancréatite aiguë ?

Proposition A

Lipasémie

Proposition B

Tomodensitométrie abdomino-pelvienne

Proposition C

Cholangio-IRM

Proposition D

Dosage sanguin de la troponine

Proposition E

Amylasémie

Question 9 - Question à réponses multiples

A propos du pancréas :

Proposition A

Le pancréas est un organe rétropéritonéal

Proposition B

Le col (isthme) du pancréas est en rapport avec le pédicule vasculaire mésentérique inférieur

Proposition C

La face antérieure du corps du pancréas est en rapport avec la bourse omentale

Proposition D

L'artère splénique vascularise la queue du pancréas

Proposition E

Les coulées de nécrose pancréatique se développent le long des fascias d'accolement

Question 10 - Question à réponses multiples

Dans le cadre du bilan d'extension et du pronostic de la pancréatite aiguë en général, quel(s) examen(s) complémentaire(s) parmi les suivants vous semble(nt) pertinent(s) ?

Proposition A

La tomodensitométrie abdomino-pelvienne

Proposition B

l'échographie abdominale

Proposition C

La glycémie

Proposition D

La numération formule sanguine

Proposition E

La C Reactive Protein (CRP)

Question 11 - Question à réponses multiples

Une tomodensitométrie est réalisée à 72 heures. Sur cette acquisition à la phase portale après injection de produit de contraste iodé quelle(s) est(sont) la(es) proposition(s) exacte(s) ?



Proposition A

Il existe une nécrose du corps du pancréas

Proposition B

Il existe une collection péri pancréatique

Proposition C

Il existe une thrombose de la veine rénale gauche

Proposition D

Il existe une lithiase biliaire

Proposition E

Il permet seul de calculer le score de sévérité TDM (CTS)

Question 12 - Question à réponses multiples

Il s'agit d'une pancréatite classée score de sévérité TDM (CTSI) 7 sur la tomодensitométrie. La patiente est apyrétique. Il n'y a pas de signes de défaillance hémodynamique. Dans le cas précis, quel(les) mesure(s) thérapeutique(s) vous semble(nt) pertinente(s) ?

Proposition A

Hospitalisation en réanimation

Proposition B

Alimentation sans sucre

Proposition C

Antibiothérapie intraveineuse probabiliste à large spectre

Proposition D

Prévention des complications thrombo-emboliques

Proposition E

Drainage radiologique de la coulée de nécrose vue en prévention d'une infection

Question 13 - Question à réponses multiples

Quel(les) est(sont) la(les) complication(s) précoce(s) de la pancréatite aiguë ?

Proposition A

Le syndrome de détresse respiratoire aigu

Proposition B

Une perforation digestive

Proposition C

La surinfection de la coulée de nécrose

Proposition D

Une insuffisance rénale aiguë

Proposition E

Une hémorragie interne par érosion artérielle

Question 14 - Question à réponses multiples

Grâce au traitement institué, l'évolution clinique est favorable. La douleur régresse, l'état hémodynamique reste stable, la patiente est apyrétique depuis son admission en hospitalisation. Le bilan biologique s'améliore avec une normalisation du bilan hépatique et de la lipasémie dès le 6^{ème} jour.

Que proposez vous concernant la suite de la prise en charge ?

Proposition A

Vous reprenez une réalimentation sans graisse progressivement

Proposition B

Vous poursuivez un traitement antibiotique prolongé probabiliste pour éviter une infection de la coulée de nécrose

Proposition C

Vous programmez une cholécystectomie pour mettre la patiente à l'abri d'une récurrence de pancréatite

Proposition D

Vous prévoyez un geste de résection pancréatique pour ablation de la nécrose encore présente

Proposition E

Vous programmez une sphinctérotomie par voie endoscopique

Question 15 - Question à réponses multiples

Une fois l'épisode aigu résolu, la patiente est opérée comme prévu. En préopératoire, le bilan hépatique est normalisé. La cholecystectomie est effectuée par voie laparoscopique. Au cours de cette intervention une cholangiographie est réalisée.

Concernant cette cholangiographie quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?



Proposition A

Une cholangiographie peropératoire est réalisée avec injection de gadolinium car la patiente est diabétique

Proposition B

Le cathéter permettant l'injection du produit de contraste est placé dans le conduit cystique

Proposition C

Les voies biliaires intra hépatiques ne sont pas opacifiées

Proposition D

Il existe plusieurs images lacunaires dans le cholédoque correspondant à des calculs

Proposition E

Les calculs de la voie biliaire principale doivent être extraits car ils peuvent être responsables d'une angiocholite aiguë

--- Fin de copie ---