

QCM en

IMAGERIE

Mickael TORDJMAN

Interne en Radiologie

- **15 cas cliniques** validés par des spécialistes
- **250 QCM** corrigés et commentés
- Le **visuel** important « qui tombe »

ÉDITION 2016

Nouveau programme ECNI

Éditions Médiciline

599 rue de la Nivelles - 45200 Amilly

contact@mediciline.com

www.mediciline.com

ISBN 978-2-915220-58-2

© 2015 Éditions Médiciline, première édition

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants-droit ou ayants-cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivant du Code Pénal.

PRÉFACE

La radiologie est aujourd'hui au centre de la prise en charge de tous les patients et couvre ainsi un grand nombre de domaines : de l'angioscanner pour l'embolie pulmonaire à l'IRM pour l'Accident Vasculaire Cérébral, en passant par l'échographie dans l'insuffisance rénale aiguë ou encore l'essor du coroscanner pour les ischémies coronaires...

Des connaissances de plus en plus poussées de cette spécialité, aussi bien en radiologie standard, scanner, IRM qu'en échographie sont ainsi nécessaires à tous les médecins, actuels et futurs, tant ces outils sont omniprésents dans la pratique quotidienne.

Ce livre de QCM est donc un outil indispensable pour tous les étudiants qui préparent l'ECNi, tant par la qualité de sa rédaction que par sa proximité avec les patients que nous traitons tous les jours dans la vie réelle et donc avec la banque de dossiers d'internat.

Je ne saurais trop vous recommander d'abuser de cet ouvrage très bien construit pour vous préparer efficacement à l'ECNi d'une part, mais également à un certain nombre de situations fréquentes auxquelles vous serez confrontées dans votre pratique future.

Dr Alexis FLORET, Chef de Clinique Assistant de radiologie.

L'AUTEUR :

Mickael TORDJMAN

Interne en Radiologie à Paris, arrivé 752^e à l'ECN 2014

AUTRES OUVRAGES

AUX ÉDITIONS MÉDICILLINE

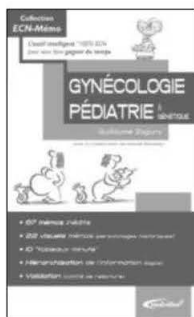
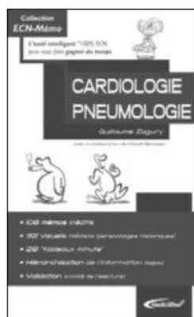
• Collection ECN Mémo

L'outil intelligent "100% ENC" pour vous faire gagner du temps. Une nouvelle collection adaptée au programme et à la nouvelle philosophie ENC : plus de longues listes à apprendre. En 2014, tous les étudiants ont approximativement la même base de connaissances avec environ 325 fiches de synthèse (soit personnelles, soit achetées dans le commerce). L'étape suivante consiste à structurer logiquement cette information, puis ensuite la retenir... Cet ouvrage est l'outil idéal pour décupler votre potentiel mnésique, de façon extrêmement efficace et 100% opérationnelle. Tout a été fait pour vous faire gagner du temps en ne vous proposant que des mémos à impact testés (l'auteur est un ancien conférencier d'internat) et répondant au cahier des charges d'un bon mémo (utilité, homogénéité, court,...).

2 exemples :

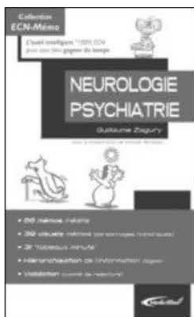
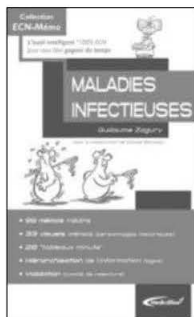
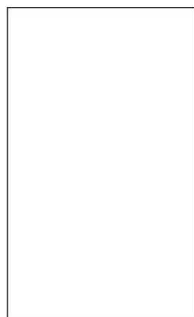
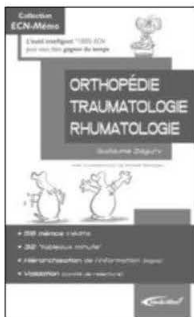
- Sérologie pour dater une infection ancienne : IgG (infection ancienne) penser : "GOLD" (IgG=Old, par suite IgM = Infection récente).
- Diabète type 1, les 4 axes du traitement : " DIDS" : Diététique (GLP 50%-30% 20%) - Insuline (1 U/kg/Jr) - Discipline (horaires réguliers,...) - Surveillance An/Sem/Tri/M/Jr).

Sachez sélectionner les 10 mémos adaptés à votre niveau et personnalité (de très nombreux mémos visuels ont été incorporés) et vous avez de l'or entre les mains.



Ouvrages disponibles
en librairie
et sur

www.medicilline.com



• Collection Doc Protocoles

«Une image vaut 1000 mots»

Forte de ce constat, une équipe multidisciplinaire (médecins spécialistes, photographe, informaticiens), sous la direction du Pr Safran et du Dr Georget, nous propose cette collection unique en son genre.

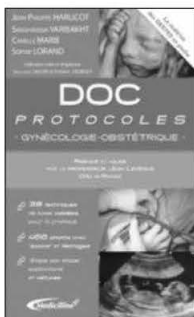
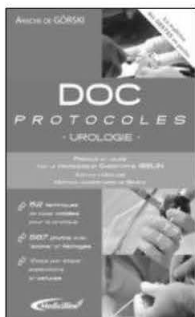
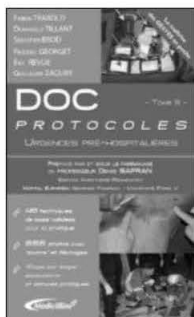
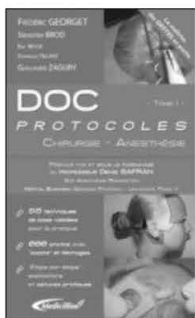
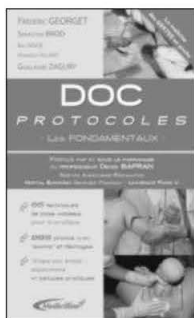
Deux priorités constantes pour cette équipe :

- validation scientifique du travail,
- gain de temps pour l'utilisateur.

Ainsi, dans l'optique d'une utilisation "opérationnelle", notre objectif sera atteint si, à travers ces ouvrages, vous gagnez en assurance :

- avoir le "film en tête" si vous réalisez le geste pour la première fois,
- affiner les détails si vous révisez la technique ("See it, Do it, Teach it").

Ouvrages disponibles en librairie
et sur www.medicilline.com



« Doc Protocoles » existe également en application (Apple & Android)



VOTRE AVIS EST IMPORTANT

Si vous avez une suggestion, une idée de projet éditorial papier ou numérique, n'hésitez pas à nous contacter de façon à voir comment aider à concrétiser ce projet dans les meilleurs délais.

contact@Medicilline

guillaumez888@hotmail.com

AVERTISSEMENTS

Malgré tout le soin que nous avons apporté à l'élaboration de cet ouvrage, une erreur est toujours possible. Les informations publiées dans cet ouvrage ne sauraient engager la responsabilité des auteurs.

Copyright : Toute utilisation de mémos de cet ouvrage doit se faire après acceptation des éditions Medicilline.

SOMMAIRE

Cas clinique n° 1	11
Cas clinique n° 2	23
Cas clinique n° 3	35
Cas clinique n° 4	47
Cas clinique n° 5	57
Cas clinique n° 6	69
Cas clinique n° 7	81
Cas clinique n° 8	95
Cas clinique n° 9	105
Cas clinique n° 10	119
Cas clinique n° 11	131
Cas clinique n° 12	143
Cas clinique n° 13	155
Cas clinique n° 14	167
Cas clinique n° 15	181
Bonus questions isolées.....	193
Sommaire de l'imagerie.....	215

DÉDICACES

À ma copine pour son soutien inconditionnel, son aide précieuse et bien plus encore.

À mes parents et mes sœurs.

À tous les fans de Bob Dylan, tongs jaunes, luxation d'épaule, basketball, Justin Bieber, éclair, Hermione Granger, Roi Lyon, d'animaux, de potins ou de bouffe.

Aux anesthésistes surbookés, à la team Branville-promo ECN 2016, team EVG London, au voleurs de Bourillon, aux rescapés de la radiologie, à la team 15^e, la team P1 Larib.

Aux parisiens, lyonnais, toulousains et même aux reims(ois ?). Aux expat'.

Aux équipes de Radiologie Poissy et Louis Mourier.

Au Dr Alexis Floret pour sa relecture et sa préface.

Aux avocats, dentistes, commerciaux, opticiens, orthophonistes, biologistes, ingénieurs ou communicatifs.

Aux couples Nounous, Ninous...

À mes chers co-internes, passés et présents, qu'ils changent de spécialité ou pas.

À Jonathan Taieb et à Médicilline pour cette collection.

Mickael Tordjman

À SAVOIR :

- Pour chaque cas clinique (**cf. ci-contre**) sont indiqués en première page le niveau de difficulté, sur une échelle de 3, ainsi que le degré de « tombabilité » (thermomètre) sur une échelle de 5.
- Le concours se déroulera sur tablette tactile avec déroulement progressif du cas clinique, réponses à fournir sans possibilité de lire le cas en intégralité et de revenir sur les réponses précédentes. L'idée est de réaliser le cas en conditions réelles sans le lire dans son intégralité mais question par question.

Difficulté : 1 2 3



Monsieur H., 41 ans, consulte aux urgences à 23 h pour une céphalée apparue à 5 h 20 ce jour, intense d'emblée non soulagée par la prise de paracétamol.

À l'interrogatoire, vous retrouvez des antécédents d'insuffisance rénale chronique chez son père dont il ne connaît pas la cause, et d'un décès par hyperuricémie chez son grand-père paternel.

Fin connaisseur de la sémiologie neurologique, vous évoquez d'emblée une hémorragie méningée.

QCM I

À l'examen clinique, vous recherchez :

- A - Un signe de Brudzinski
- B - Un signe de la sonnette
- C - Une raideur méningée
- D - Des troubles oculomoteurs
- E - Un syndrome de Terson au fond d'œil

QCM 2

Quelle est la cause la plus fréquente d'hémorragie méningée non traumatique ?

- A - Un anévrisme mycotique
- B - Une malformation artérioveineuse
- C - Une rupture d'anévrisme intracranien
- D - Une fistule ostéo-durale
- E - Une thrombose veineuse cérébrale

QCM 3

Vous remarquez l'existence d'un ptosis droit à l'examen clinique, avec mydriase homolatérale et une diplopie. Vous évoquez :

- A - Un anévrisme situé au niveau de l'artère communicante postérieure
- B - Un anévrisme situé au niveau de l'artère communicante antérieure
- C - Une paralysie du VI homolatérale à l'anévrisme
- D - Une paralysie du III controlatérale à l'anévrisme
- E - Un signe clinique localisateur

L'imagerie suivante est fournie :



QCM 4

Vous relevez au scanner :

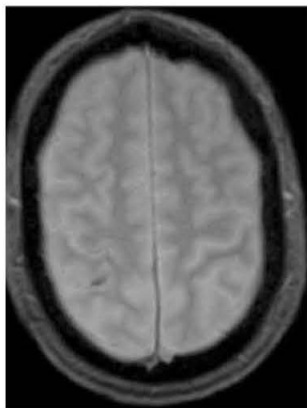
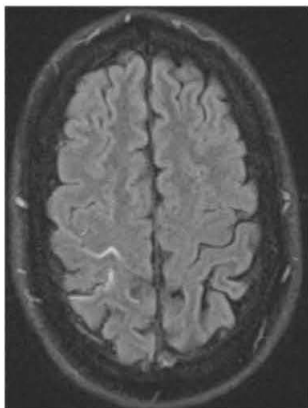
- A - Une hyperdensité spontanée des espaces sous-arachnoïdiens (vallées sylviennes, citernes de la base)
- B - Une fracture de la voûte crânienne
- C - Une hydrocéphalie aiguë
- D - Un AVC ischémique sylvien superficiel droit compliquant l'hémorragie
- E - Un scanner normal

QCM 5

En première intention, si vous vouliez réaliser un examen d'imagerie plus sensible, vous auriez fait :

- A - Une IRM avec séquence FLAIR
- B - Une ponction lombaire
- C - Une artériographie diagnostique
- D - Une échographie transfontanellaire
- E - Aucun examen, le diagnostic est clinique car urgent

Voici les images de l'IRM demandée (à tort ou à raison) :



QCM 6**Vous notez :**

- A - Un hypersignal T1 des sillons de la convexité
- B - Un hypersignal T2 FLAIR des sillons de la convexité
- C - Une déviation de la ligne médiane
- D - Une hydrocéphalie aiguë
- E - Une IRM normale

QCM 7**Quels traitements de l'anévrisme peuvent être effectués ?**

- A - Médicamenteux : inhibiteur calcique
- B - Neuroradiologie Interventionnelle : pose d'un clip
- C - Mise en place de coils
- D - Neurochirurgie
- E - Surveillance rapprochée et traitement si récurrence

QCM 8

Quelle sont les mesures associées au traitement spécifique de l'anévrisme ?

- A - Hospitalisation en réanimation
- B - Nicardipine
- C - Prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique
- D - Anticoagulation par Lovenox 100 UI/kg x 2/ jour en prévention de l'embolie pulmonaire
- E - Mise en place de bas de contention veineux

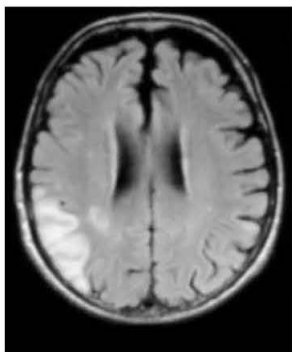
QCM 9

Quelles complications sont à craindre ?

- A - Vasospasme
- B - Hydrocéphalie aiguë
- C - Complications de décubitus
- D - Épilepsie
- E - Resaignement

QCM 10

À J6, le patient convulse. L'imagerie suivante est réalisée. Vous notez :



- A - Une hyperdensité du territoire sylvien gauche
- B - Une hydrocéphalie aiguë
- C - Un vasospasme secondaire à l'hémorragie méningée
- D - Une séquelle de l'hémorragie
- E - Une IRM normale

QCM II

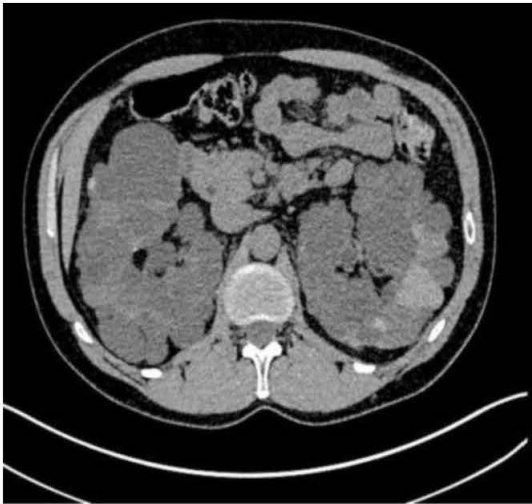
Quelle pathologie familiale sous-jacente suspectez-vous ?

- A - Polykystose rénale autosomique récessive
- B - Hématurie macroscopique récidivante : maladie de Berger
- C - Hématurie paroxystique nocturne
- D - Polykystose rénale autosomique dominante
- E - Amylose AA

QCM 12

Vous réalisez les imageries suivantes. Ces imageries :





- A - Retrouvent de nombreuses images rénales hyperéchogènes avec cône d'ombre postérieur
- B - Retrouvent de nombreuses images rénales anéchogènes avec renforcement postérieur
- C - Retrouve des kystes isodenses par rapport au parenchyme rénal
- D - Est l'examen nécessaire et suffisant pour le diagnostic
- E - Un dépistage familial est nécessaire

**Malgré votre traitement, l'état du patient s'aggrave.
Vous suspectez un état de mort encéphalique.**

QCM 13

Quels éléments cliniques recherchez-vous en faveur de cet état ?

- A - Une mydriase bilatérale réactive en l'absence d'hypothermie ou de traitements interférants
- B - Une hyperdiurèse à urines diluées
- C - Une abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- D - Une absence de conscience (Glasgow 0)
- E - Une absence de mouvement et de ventilation spontanée

QCM 14

Quels sont les examens paracliniques nécessaires pour confirmer ce diagnostic ?

- A - Une artériographie des 4 axes cérébraux (ou un angioscanner à défaut) : pas de vascularisation
- B - Une IRM cérébrale avec séquence T2*
- C - Deux EEG plats de 30 minutes à 4 heures d'intervalles
- D - Une ponction lombaire
- E - Aucun, le diagnostic est clinique

QCM 15

Quels sont les critères nécessaires au don d'organe ?

- A - Absence d'inscription du patient au registre national de refus
- B - Absence de pathologie infectieuse évolutive
- C - Absence de pathologie génétique connue
- D - Accord de la famille
- E - Mort encéphalique confirmée par un médecin thésé n'appartenant pas à l'équipe de greffe

RÉPONSES :

1 : ACDE - 2 : C - 3 : AE - 4 : E - 5 : A - 6 : B - 7 : CD - 8 : ACE - 9 : ABCDE - 10 : C - 11 : D - 12 : BDE - 13 : BCE - 14 : AC - 15 : ABD.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

- 1 - Signes du syndrome méningé et complication ophtalmologique.
- 3 - Paralysie du III homolatéral : atteinte de l'artère communicante postérieure ou terminaison de la carotide interne.
- 6 - L'IRM en séquence FLAIR est plus sensible que le scanner pour détecter l'hémorragie, surtout après la 6^e heure.
- 8 - Jamais d'anticoagulation curative dans l'hémorragie méningée... L'inhibiteur calcique à donner est la Nimodipine.
- 12 - Bien connaître les critères de diagnostic de PKRAD.
- 13-14-15 : Questions de santé publique ultra classique, impasse impossible...

L'essentiel du cours

- Hémorragie méningée NON traumatique.
- 1^{re} cause : rupture d'anévrisme intracranien (autres : MAV, thrombose veineuse cérébrale...).
- Diagnostic : céphalée aigue brutale, syndrome méningé, TDM cérébrale sans injection : hyperdensité spontanée des espaces sous-arachnoïdiens.
- Traitement de l'anévrisme par radiologie interventionnelle sous artériographie (coils) ou neurochirurgie (clip).
- Prévention du vasospasme par Nimodipine (inhibiteur calcique).
- URGENCE VITALE+++ (60 % de mortalité au total).

Items abordés :

9 - Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation. **98** - Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant. **263** - Polykystose rénale. **336** - Hémorragie méningée.

Références

- SFAR : Hémorragies méningées. (2012)
- SFAR : Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique dans l'optique d'un prélèvement d'organes. (2005)

Difficulté : 1 2 3



Mademoiselle G. 38 ans, hôtesses de l'air, consulte aux urgences gynécologiques pour des douleurs pelviennes associées à des métrorragies. Elle n'a aucun antécédent particulier médico-chirurgical.

Elle vous informe qu'elle n'a pas de partenaire régulier et qu'elle ne se protège pas systématiquement lors de ses rapports sexuels.

QCM I

Quel est la principale question à poser et quel diagnostic évoquez-vous ?

- A - Date des dernières règles / Avortement spontané précococce
- B - Antécédent de grossesse / Grossesse extra-utérine
- C - Prise médicamenteuse / Salpingite
- D - Date des dernières règles / Grossesse extra-utérine
- E - Rapport sexuel à risque / Salpingite

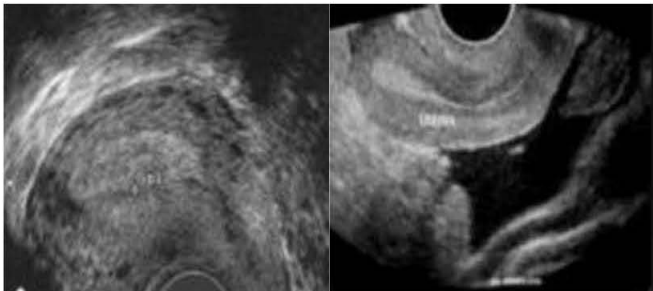
QCM 2

Quels sont les examens de première intention ?

- A - Clinique : examen au spéculum et toucher vaginal
- B - Groupe Rhésus RAI
- C - HCG plasmatiques quantitatifs
- D - Prélèvement vaginal
- E - Échographie pelvienne endovaginale

QCM 3

Vous réalisez l'examen suivant :



Quels sont les signes indirects de Grossesse Extra-Utérine présents ?

- A - Visualisation du sac gestationnel extra-utérin
- B - Epanchement du Douglas
- C - Vacuité utérine

- D - Image en flocon de neige
- E - Endomètre gravidique

QCM 4

Quels sont les 3 localisations les plus fréquentes de Grossesse Extra-Utérine ?

- A - Interstitielle
- B - Ampullaire
- C - Pavillonnaire
- D - Ovarienne
- E - Isthmique

QCM 5

Quels facteurs de risque de cette pathologie sont à rechercher chez la patiente ?

- A - Fécondation In Vitro
- B - Antécédent de salpingite
- C - Tabagisme
- D - Antécédent de cholécystectomie
- E - Prise de macroprogestatifs

QCM 6

Les HCG sont à 2 900 UI, on ne retrouve pas d'activité cardiaque à l'échographie, la patiente semble compliant. Quel est le traitement de première intention ?

- A - Traitement chirurgical : salpingotomie + envoi en anatomo-pathologie
- B - Traitement chirurgical : salpingectomie + envoi en anatomo-pathologie
- C - Traitement médical : méthotrexate IM une injection
- D - Traitement médical : méthotrexate IV 3 injections à 1 jour d'intervalle
- E - Contrôle à J7 car expulsion spontanée probable

QCM 7

La patiente vous demande quels sont les risques du traitement :

- A - Salpingectomie secondaire après salpingotomie
- B - Hémorragie abondante
- C - Échec du traitement
- D - Hypofertilité secondaire
- E - Pneumopéritoine

QCM 8

Elle revient vous voir trois ans plus tard pour un désir de grossesse infructueux depuis 1 an et demi. Vous lui proposez :

- A - De revenir dans 6 mois
- B - Un bilan d'infertilité comprenant notamment des HCG, un dosage d'œstradiol et de progestérone
- C - Une stimulation ovarienne
- D - Une ICSI
- E - Une hystérosalpingographie

QCM 9

Voici les clichés de l'hystérosalpingographie réalisée (à tort ou à raison).



Cet examen :

- A - Est normal
- B - Retrouve une obstruction de la trompe gauche
- C - Retrouve une dilatation de la trompe droite
- D - Retrouve une obstruction de la trompe droite
- E - Retrouve une dilatation de la trompe gauche

QCM 10

Quel bilan de première intention avez-vous proposé à son mari ?

- A - Spermogramme
- B - Échographie testiculaire
- C - Mesure des HCG, α fœtoprotéine et LDH
- D - Test de Hunher pour le couple
- E - Biopsie testiculaire

QCM 11

Vous leur proposez finalement une ICSI.

- A - Cette technique comporte une stimulation ovarienne
- B - L'insémination se fait directement dans la cavité vaginale
- C - Elle est indiquée d'emblée en cas d'infertilité inexplicquée
- D - Elle est indiquée d'emblée en cas d'infertilité féminine d'origine tubaire
- E - Elle est indiquée d'emblée en cas d'oligoasthénospermie majeure

QCM 12

Madame G. est finalement enceinte. Elle revient vous voir à 28 SA car elle présente des céphalées importantes et des œdèmes des membres inférieurs. Quelle pathologie redoutez-vous ?

- A - Pré-éclampsie
- B - Éclampsie
- C - Diabète gestationnel
- D - Infection materno-foetale
- E - Menace d'accouchement prématuré

QCM 13

Le diagnostic redouté est confirmé. Quel traitement mettez-vous en place ?

- A - Tocolyse : inhibiteur calcique
- B - Corticothérapie pré-natale
- C - Gamma-globulines anti D si Rhésus négatif de la mère et Rhésus fœtus inconnu
- D - Anti-hypertenseur
- E - Hospitalisation en grossesse pathologique

QCM 14

La grossesse se poursuit finalement sous traitement adapté. Madame G. vous demande à quel congés maternité elle a droit :

- A - 4 semaines en prénatal et 10 semaines en post-natal
- B - 6 semaines en prénatal et 10 semaines en post-natal
- C - 6 semaines en prénatal et 12 semaines en post-natal
- D - 8 semaines en prénatal et 10 semaines en post-natal
- E - 8 semaines en prénatal et 12 semaines en post-natal

QCM 15

Un an plus tard elle revient vous voir car elle est « de nouveau enceinte ». Elle présente des nausées intenses, des seins tendus... Vous réalisez une échographie dont l'image est la suivante :



Quel est votre diagnostic ?

- A - Grossesse intra-utérine
- B - Grossesse extra-utérine
- C - Pyosalpinx
- D - Tumeur de l'endomètre
- E - Môle hydatiforme

RÉPONSES :

1 : D - 2 : ABCE - 3 : BCE - 4 : BCE - 5 : ABC - 6 : C - 7 : BCD - 8 : BE - 9 : B - 10 : AD - 11 : AE - 12 : A - 13 : BDE - 14 : D - 15 : E.

Items abordés :

24 - Grossesse extra-utérine. **33** - Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours. **34** - Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies. **37** - Stérilité du couple : conduite de la première consultation. **38** - Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

Références

- CNGOF: Recommandations pour la Pratique Clinique : Prise en charge de la grossesse extra-utérine (2003)
- CNGOF : La prise en charge du couple infertile (2010)
- HAS : Évaluation de l'ICSI (2006)
- HAS : Grossesses à risque : Orientation des femmes enceintes entre les maternités (2009)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Le prélèvement vaginal n'est pas réalisé en première intention quand on suspecte une GEU. Le groupe Rhésus RAI est indispensable devant toute métrorragie.
2. L'image en tempête de neige se retrouve dans le môle hydatiforme (cf. QCM 15).
6. La prise de microprogestatifs est un facteur de risque.
8. À plus de 40 ans, l'attente de 2 ans pour commencer à envisager une AMP, rarement effectuée en pratique même avant, n'est pas nécessaire.
11. L'insémination se fait en intra-utérin.
13. La tocolyse n'est nécessaire qu'en cas de menace d'accouchement prématuré. Gamma globulines en cas de saignements.
14. Dans ce cas de grossesse pathologique, la femme enceinte a droit à 14 jours supplémentaires en pré-natal.
15. Cette image est typique de la « tempête de neige » qui évoque le môle hydatiforme.

L'essentiel du cours

- La GEU est la principale urgence à évoquer chez toute femme en âge de procréer.
- Les examens à réaliser d'emblée sont l'échographie pelvienne et les béta-HCG. Ne pas oublier le Groupe Rhésus en cas de métrorragies (prévention de l'allo-immunisation).
- Les critères permettant de préférer le traitement médical par méthotrexate au traitement chirurgical par salpingotomie (après information du risque de salpingectomie) doivent être connus : diagnostic certain, patiente compliant, état hémodynamique stable, HCG < 5000, absence d'activité cardiaque, absence de contre indication...

Images *BONUS*

Môle hydatiforme



Difficulté : 1 2 3



Monsieur M., 47 ans est un célèbre ancien basketteur de 1,98 m pour 84 kg.

Il consulte aux urgences pour des douleurs thoraciques. Ces douleurs sont apparues le jour même, brutalement, d'intensité croissante. Il présente comme seul antécédent une forte myopie. Son père est mort à 49 ans sans cause déterminée.

QCM I

Quelles sont les 2 urgences thoraciques à suspecter dans ce cas ?

- A - Embolie pulmonaire
- B - Dissection aortique
- C - Péricardite
- D - Infarctus du myocarde
- E - Pneumothorax obstructif

QCM 2

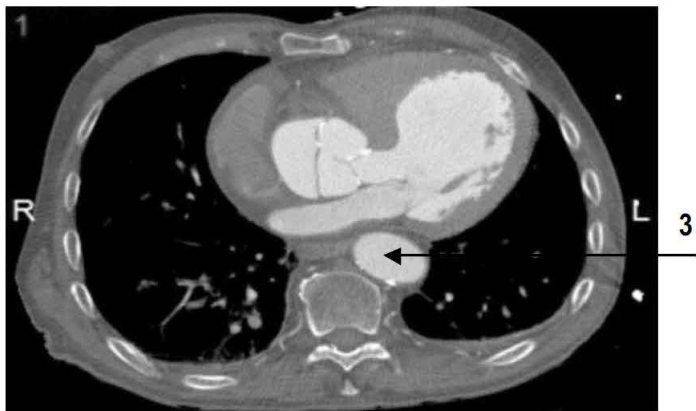
Quel est le premier examen à réaliser en urgence ?

- A - IRM thoracique
- B - Scanner thoracique sans injection
- C - Scanner thoracique injecté
- D - Échographie cardiaque
- E - Radiographie thoracique Face + Profil

QCM 3

Cette imagerie est fournie :





Légendez :

- A - 1 : Aorte ascendante
- B - 2 : Trachée
- C - 3 : Aorte ascendante
- D - 3 : Veine cave inférieur
- E - 2 : Œsophage

QCM 4

Quelles anomalies retrouvez-vous ?

- A - Pneumothorax obstructif
- B - Faux chenal et vrai chenal de l'aorte ascendante
- C - Flap intimal

D - Épanchement péricardique

E - Scanner normal

QCM5

Quelle est à présent votre hypothèse diagnostique la plus probable ?

A - Infarctus du myocarde

B - Dissection aortique type A de Stanford

C - Pneumothorax obstructif

D - Péricardite aiguë

E - Dissection aortique type B de Stanford

QCM 6

Quelle est votre prise en charge globale ?

A - Hospitalisation en cardiologie conventionnelle

B - Contrôle de la tension artérielle

C - Remplissage abondant

D - Prise en charge de la douleur

E - Surveillance scopique

QCM7

Quel est votre traitement spécifique ?

- A - Traitement médical
- B - Drainage du pneumothorax
- C - Chirurgie : prothèse aortique
- D - Anticoagulation en urgence
- E - Colchicine

QCM 8

Quelles sont les complications à craindre ?

- A - Hémopéricarde
- B - Décès
- C - Médiastinite
- D - Infarctus du myocarde
- E - Pneumopéritoine

QCM 9

Quelle pathologie sous-jacente suspectez-vous ?

- A - Anomalie de la fibrilline type 1
- B - Syndrome d'Ehler Danlos
- C - Syndrome de Marfan
- D - Broncho-pneumopathie obstructive chronique
- E - Anomalie des arcs branchiaux

QCM 10

Quelle mesures devez-vous prendre ?

- A - Dépistage familial
- B - Conseil génétique
- C - Recherche de la mutation
- D - Scanner thoracique annuel
- E - Radiographie de thorax annuel

QCM II

Le patient vous demande que faire à propos du dépistage de son fils Tom, 17 ans.

- A - Échocardiographie
- B - Radiographie thoracique
- C - Scanner thoraco-abdominal injecté
- D - Dépistage génétique
- E - Aucun, car mineur

QCM 12

Monsieur M. revient 4 ans plus tard car il a ressenti une nouvelle douleur thoracique brutale lors d'un effort de toux. Cependant, celle-ci est aggravée à l'inspiration et est accompagnée d'une dyspnée. Sa tension est normale. Il a peur de refaire une nouvelle dissection aortique. Quels examens complémentaires demandez vous en première intention ?

- A - ECG
- B - Gaz du sang
- C - Échographie cardiaque
- D - Radio du thorax en inspiration
- E - Radio du thorax en expiration

QCM 13

Vous avez la radiographie suivante :



Quel est votre diagnostic ?

- A - Emphysème
- B - Dissection aortique
- C - Pneumothorax gauche
- D - Tamponnade
- E - Radiographie normale

QCM 14

Quel signe auriez-vous pu retrouver à l'examen physique ?

- A - Pouls paradoxal
- B - Frottement péricardique
- C - Murmure vésiculaire diminué
- D - Tympanisme
- E - Bruits du cœur diminués

QCM 15

Quel est votre traitement ?

- A - Drainage péricardique en urgence
- B - Drainage pleural
- C - Exsufflation à l'aiguille fine
- D - Remplacement aortique
- E - Radiographie de contrôle à J30

RÉPONSES :

1 : BD - 2 : C - 3 : AB - 4 : BC - 5 : B - 6 : BDE - 7 : C - 8 : ABCD - 9 : AC - 10 : ABC - 11 : AD - 12 : ABD - 13 : C - 14 : CD - 15 : CE.

Items abordés :

8 - Éthique médicale. 199 - Dyspnée aiguë et chronique. 228 - Douleur thoracique aiguë et chronique. 356 - Pneumothorax.

Références

- HAS : Évaluation des endoprothèses dans le traitement des dissections aortiques. (2006)
- SFAR : Dissections aiguës de l'aorte thoracique. (1997)
- Orphanet : Syndrome de Marfan. (2010)
- BTS : Management of spontaneous pneumothorax. (2010)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

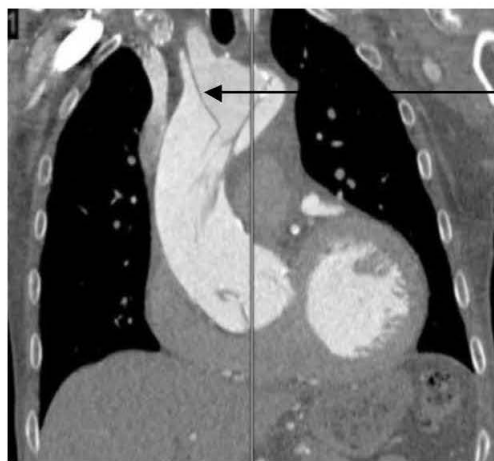
1. On ne retrouve aucun facteur de risque d'embolie pulmonaire. La péricardite est possible mais n'est pas une urgence vitale en l'absence de tamponnade. Pas de dyspnée.
2. La suspicion de dissection aortique est forte chez ce patient, on va d'emblée au scanner thoracique injecté.
5. Bien connaître la classification de Stanford.
6. Hospitalisation en réanimation chirurgicale pour chirurgie cardiaque en urgence.
7. L'anticoagulation est formellement CONTRE-INDIQUÉE dans ce cas.
11. Cf. brochure HAS sur le syndrome de Marfan.
13. On peut voir parfaitement la plèvre décollée au niveau du cul-de-sac pleural gauche.
15. Les critères amenant au drainage d'emblée sont bien codifiés.

L'essentiel du cours

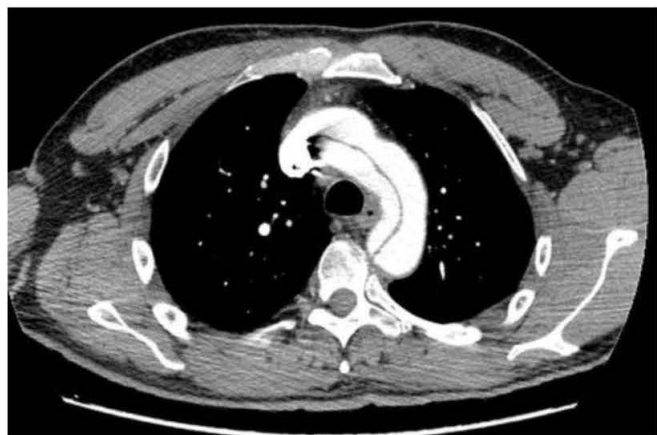
- La dissection aortique est une pathologie extrêmement grave avec un décès rapide en l'absence d'une prise en charge en urgence.
- La chirurgie est toujours nécessaire pour les dissections Type A de Stanford (touchant l'aorte Ascendante) mais pas pour les types B (épargnant l'aorte ascendante).
- La lecture d'un scanner de dissection aortique doit être maîtrisée avec la visualisation des vrais et faux chenaux. Le vrai chenal est souvent plus petit que le faux chenal...
- Bien maîtriser la partie génétique et les questions à la mode de santé publique (ECN 2014).
- Le patient atteint de Marfan souffrira dans un cas de dissection aortique, de myopie, de pneumothorax ou de fractures de membres (attention à la scoliose dans l'enfance).

Images *BONUS*

Dissection aortique



Flap intimal



CAS CLINIQUE n° 4



Difficulté : 1 2 3

Madame D., 67 ans, ancienne aide-soignante à la retraite, est amenée aux urgences par son mari pour troubles de la mémoire d'apparition progressive associés à d'autres troubles cognitifs. Dans ses antécédents, on retrouve une céphalée brutale unique à 55 ans diagnostiquée comme migraine par le médecin traitant n'ayant jamais récidivé. Elle prend une statine au long cours pour une dyslipidémie isolée. Elle était tabagique à 32 PA sevrée depuis 20 ans.

QCM I

Quels sont les critères de démence du DSM ?

- A - Apparition de déficits cognitifs multiples
- B - Début progressif et un déclin cognitif brutal
- C - Aphasie, apraxie, agnosie
- D - Les déficits cognitifs peuvent être dus au VIH
- E - Perturbation des fonctions exécutives comme l'organisation

QCM2

Quel est le bilan systématique de première intention ?

- A - Ionogramme
- B - Calcémie et albuminémie
- C - Sérologie VIH 1 et 2
- D - Imagerie cérébrale (IRM au mieux)
- E - TSH

QCM 3

Vous réalisez l'examen suivant : quelles anomalies retrouvez-vous ?



- A - Dilatation ventriculaire des ventricules latéraux isolée
- B - Dilatation tétraventriculaire
- C - Hypodensité d'un territoire vasculaire cérébral

- D - Hyperdensité spontanée des sillons sous-arachnoidiens
- E - Signes de résorption trans-épendymaire (hypodensité périventriculaire)

QCM 4

Quel est votre diagnostic ?

- A - Antécédent d'hémorragie méningée probable
- B - AVC sylvien profond
- C - Hydrocéphalie à pression normale
- D - Hydrocéphalie obstructive
- E - Atrophie corticale normale pour l'âge

QCM 5

Quels troubles auriez-vous pu retrouver à l'examen physique ?

- A - Syndrome confusionnel
- B - Syndrome démentiel
- C - Ophtalmoplégie
- D - Marche à petits pas
- E - Troubles vésico-sphinctériens

QCM 6

Quel est le traitement spécifique que vous réalisez ?

- A - Dérivation ventriculo-péritonéale
- B - Ponctions lombaires diagnostiques répétées
- C - Dérivation ventriculaire externe
- D - Crâniotomie de décompression
- E - Corticoïdes pour lutter contre l'œdème cérébral

QCM 7

5 ans après, Madame D s'est spectaculairement améliorée après traitement. Cependant, l'état de son mari s'est dégradé. Quels tests d'évaluation psychomotrice réalisez-vous ?

- A - Mini Mental Status
- B - Test de l'horloge
- C - Échelles ADL et IADL
- D - BREF
- E - Manœuvre de Froment

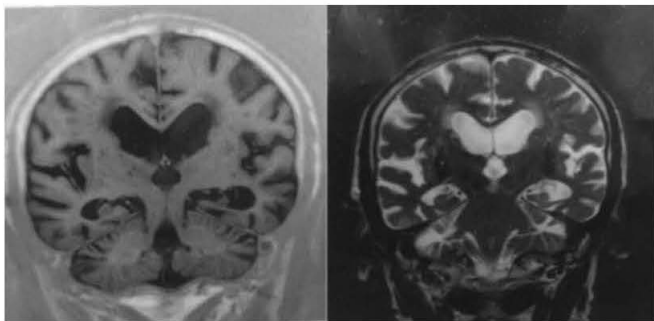
QCM 8

Quelles caractéristiques cliniques pencheraient en faveur d'une maladie d'Alzheimer ?

- A - Début brutal
- B - Troubles de la mémoire épisodique
- C - Manque du mot
- D - Évolution en marche d'escalier
- E - Anosognosie

QCM 9

Vous avez l'examen suivant, quelles anomalies relevez-vous ?



- A - Lacunes multiples
- B - Leucoaraiose majeure
- C - Atrophie corticale diffuse

D - Atrophie hippocampique

E - Hydrocéphalie

QCM 10

Vous avez diagnostiqué une maladie d'Alzheimer avec un MMS à 23. Quel est votre traitement spécifique de première intention ?

A - Abstention thérapeutique

B - Anticholinergiques

C - Agonistes glutamatergiques

D - Anticholinestérasiques (Rivastigmine)

E - Antagonistes glutamatergiques

QCM 11

Quel est l'examen indispensable avant d'entreprendre le traitement ?

A - NFS

B - Ionogramme avec kaliémie

C - TSH

D - EEG

E - ECG

QCM 12

Quels sont les mesures associées ?

- A - Prise en charge nutritionnelle
- B - Soutien des aidants
- C - Kinésithérapie
- D - Orthophonie
- E - Mesure de protection des biens

QCM 13

3 ans après, le patient revient car son état s'est aggravé. Vous retrouvez un MMS à 8. Quel traitement entreprenez-vous ?

- A - Abstention thérapeutique
- B - Anticholinergiques
- C - Agonistes glutamatergiques + anticholinestérasique
- D - Anticholinestérasiques (Rivastigmine)
- E - Antagonistes glutamatergiques (mémantine)

QCM 14

Quelles sont les complications possibles de ce traitement ?

- A - Allergie
- B - Dyspnée
- C - Embolie pulmonaire
- D - Élévations des transaminases
- E - Somnolence

QCM 15

Quels sont les aides financières auxquelles peut prétendre le patient ?

- A - ALD 30 avec 100 %
- B - Allocation personnalisé à l'autonomie
- C - Aide médicale d'État
- D - Revenu complémentaire santé
- E - Allocation adulte handicapé

RÉPONSES :

1 : ACE - 2 : ABDE - 3 : BE - 4 : AC - 5 : BDE - 6 : A - 7 : ABCD - 8 : BCE - 9 : CD - 10 : D - 11 : E - 12 : ABCDE - 13 : E - 14 : ABDE - 15 : AB.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. La définition du DSM tient à cœur aux gériatres du collège, donc à connaître.
2. Ce bilan doit être connu sur le bout des doigts.
5. Triade de Hakim et Adams.
6. La ponction lombaire peut améliorer les symptômes et orienter le diagnostic mais n'est pas un traitement à long terme.
8. Évolution en marche d'escalier = démence vasculaire.
9. L'atrophie hippocampique est LE signe de la maladie d'Alzheimer. La flèche est centrée sur l'atrophie hippocampique sur la 2^e image bonus.
11. Attention aux troubles de la conduction qui contre-indiqueraient l'anticholinestérasique.
14. Peu connus donc discriminants.

L'essentiel du cours

- L'hydrocéphalie à pression normale est une des causes curables de démence. Elle ne doit donc pas être oubliée.
- Son diagnostic repose sur le scanner (ou l'IRM) cérébrale et son traitement est la dérivation ventriculo-péritonéale.
- La maladie d'Alzheimer est très à la mode actuellement, donc ultra tomable.
- Les aides à la personne handicapée et à la personne âgée sont abordées dans quasiment tous les cas de gériatrie. Ne pas oublier les aides matérielles, humaines et financières.

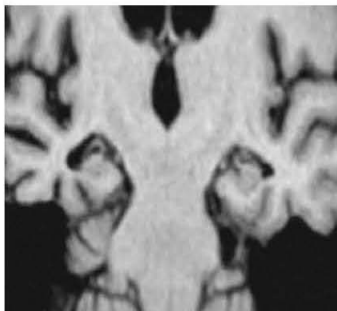
Items abordés :

106 - Confusion, démences. **107** - Troubles de la marche et de l'équilibre. **129** - Troubles cognitifs du sujet âgé. **130** - Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.

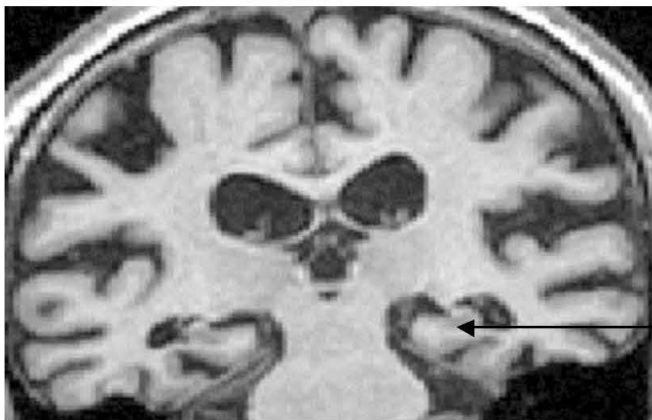
Références

- HAS : Maladie d'Alzheimer et autres démences (2012) +++++ INDISPENSABLE.
- HAS : Critères diagnostiques de la démence Alzheimer DSM IV TR.
- HAS : Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles. (2013)
- SFR : Imagerie des démences.

Images *BONUS*



Maladie d'Alzheimer



Difficulté : 1 2 3



Monsieur S., 26 ans, ingénieur en informatique, consulte aux urgences à 17 heures un 13 juillet pour une douleur abdominale intense cotée à 7/10 sur l'échelle EVA localisée initialement dans le creux épigastrique ayant migré secondairement vers la fosse iliaque droite. Vous évoquez donc une pathologie appendiculaire.

QCM I

Quels critères vous inciteraient, s'ils étaient présents, à réaliser un scanner abdominal d'emblée ?

- A - Fièvre > 38,5°C
- B - Hyperleucocytose > 10 000
- C - Contracture généralisée de l'abdomen
- D - Fièvre > 38°C
- E - CRP > 5

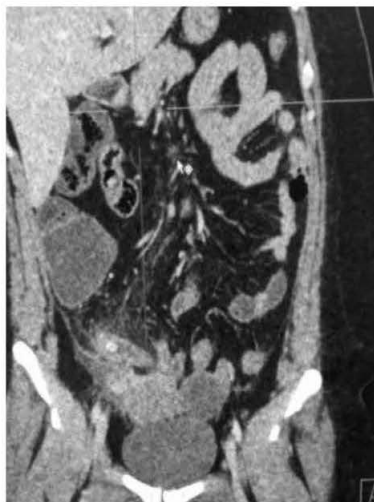
QCM2

Le scanner de votre hôpital étant en maintenance, vous réalisez en premier lieu une échographie abdominale. Quels signes seraient en faveur d'une appendicite aiguë ?

- A - Diamètre de l'appendice > 3 mm
- B - Aspect en cocarde
- C - Stercolithe appendiculaire
- D - Aspect en sandwich en coupe transversale
- E - Diamètre de l'appendice > 8 mm

QCM 3

L'échographie ne vous permet malheureusement pas de visualiser l'appendice et devant la persistance du doute, vous faites faire après la maintenance une tomodensitométrie au patient. Que concluez-vous de ces images ?





- A - Appendicite sans stercolithe
- B - Appendicite stercorale
- C - Appendagite
- D - Il existe une infiltration de la graisse péri-appendiculaire
- E - Il existe un pneumopéritoine

QCM 4

Votre externe en D2 a constaté que vous maîtrisiez parfaitement l'anatomie et vous demande donc quelles sont les topographies possibles de l'appendicite ?

- A - Appendicite sous-caecale
- B - Appendicite latéro-caecale

- C - Appendicite sous-hépatique
- D - Appendicite rétro-caecale
- E - Appendicite méso-coeliaque

QCM 5

Quel traitement proposez-vous en première intention ?

- A - Information et accord signé du patient obligatoire
- B - Appendicectomie par laparotomie
- C - Envoi en anatomopathologie de la pièce opératoire
- D - Antibiothérapie par Augmentin per os 10 jours
- E - Scanner de contrôle systématique à J7

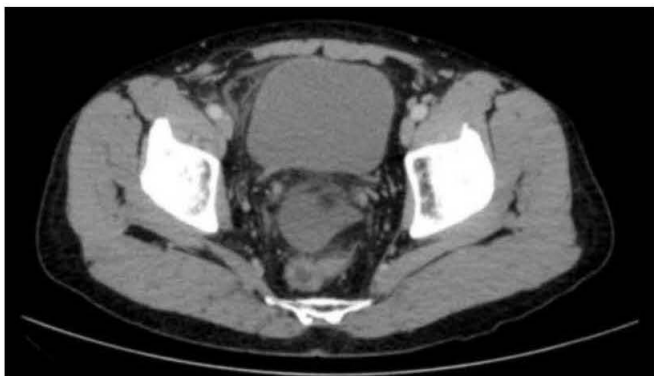
QCM 6

Avant d'avoir pu effectuer ce traitement, le patient présente une recrudescence brutale de sa douleur qui s'étend à tout l'abdomen. Que vous attendez-vous à trouver ?

- A - Une défense localisée en fosse iliaque droite
- B - Une contracture généralisée
- C - Un pneumopéritoine à l'ASP et au scanner
- D - Une fièvre très élevée avec CRP > 100
- E - Une péritonite tertiaire

QCM 7

Vous avez refait un scanner abdominal à la demande du chirurgien digestif. Que constatez-vous ?



- A - Épanchement intra-abdominal
- B - Abscès localisé
- C - Agglutinat des anses digestives
- D - Syndrome occlusif
- E - Pneumopéritoine

QCM 8

Quel est à présent votre traitement ?

- A - Chirurgie par laparotomie
- B - Chirurgie par coelioscopie
- C - Envoi en bactériologie et anatomopathologie des prélèvements effectués
- D - Lavement colique
- E - Antibiothérapie par C3G + Metronidazole IV

QCM 9

Votre externe (encore lui !) vous demande à présent quelles sont les autres complications aiguës de l'appendicite ?

- A - Abscess appendiculaire
- B - Appendagite
- C - Nécrose appendiculaire
- D - Volvulus appendiculaire
- E - Plastron appendiculaire

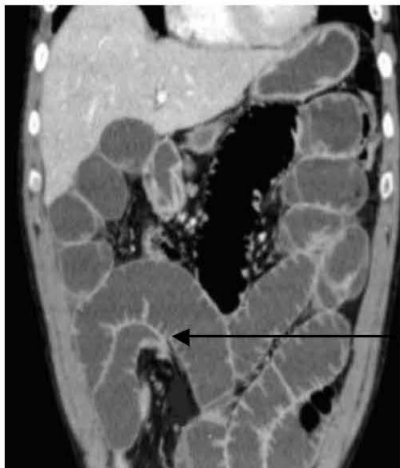
QCM 10

Le patient rentre chez lui. 25 ans plus tard, alors chef de votre service, vous revoiez ce même patient qui consulte à présent pour des douleurs abdominales et des vomissements. Quelles questions lui posez-vous pour vous orienter vers un syndrome occlusif intestinal grêlique ?

- A - Vomissements précoces
- B - Douleurs abdominales progressives
- C - Vomissements tardifs
- D - Arrêt des matières et des gaz précoce
- E - Arrêt des matières et des gaz tardif

QCM 11

Vous disposez de l'imagerie suivante. Quel est finalement votre diagnostic ?





- A - Occlusion sur cancer colique
- B - Occlusion sur bride
- C - Syndrome d'Ogilvie
- D - Iléus réflexe
- E - Iléus biliaire

QCM 12

Quelle est votre prise en charge aux urgences ?

- A - Prise en charge de la douleur
- B - Lavement baryté pour désocclusion
- C - Sonde naso-gastrique en aspiration
- D - Lavement aux hydrosolubles
- E - Appel du chirurgien digestif

QCM 13

Le patient est par la suite opéré. À J8 dans les suites opératoires, il présente une fièvre à 38,5°C avec une cicatrice suintante et purulente. L'abdomen est souple mais la cicatrice est rouge et chaude.

Quel est votre diagnostic ?

- A - Infection nosocomiale
- B - Péritonite secondaire
- C - Affection liée aux soins
- D - Infection de site opératoire
- E - Thrombose veineuse profonde

QCM 14

Vous avez traité le patient pour cette nouvelle pathologie mais mécontent de ces complications à répétition, il vous attaque en justice pour votre prise en charge. Quelles responsabilités peuvent être engagées ?

- A - Responsabilité administrative
- B - Responsabilité ordinale
- C - Responsabilité pénale
- D - Responsabilité procédurale
- E - Responsabilité civile

QCM 15

En cas de procédure auprès de l'ordre des médecins, quels sont les différentes sanctions auxquelles vous êtes éligibles ?

- A - Sanctions financières
- B - Peine de prison
- C - Blâme
- D - Interdiction temporaire d'exercer
- E - Radiation de l'ordre des médecins.

RÉPONSES :

1 : BCD - 2 : BCE - 3 : BD - 4 : BCDE - 5 : AC - 6 : BD - 7 : A - 8 : ACE - 9 : AE - 10 : AE - 11 : B - 12 : ACE - 13 : ACD - 14 : ABC - 15 : CDE.

Items abordés :

349 - Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. **351** - Appendicite de l'enfant et de l'adulte. **352** - Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.

Références

- HAS : Note de cadrage - Appendicectomie. (2011)
- SFAR : Prise en charge des péritonites communautaires. (2000)
- SFNGE : Occlusions intestinales aiguës.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Critères HAS.
2. Les critères chiffrés d'appendicite sont : épaisseur de la paroi > 3 mm ou appendice > 8 mm
3. Une appendicite à stercolithe ne donne JAMAIS de pneumopéritoine en cas de péritonite. On visualise le stercolithe à la droite du patient (gauche de l'image) par une hyperdensité arrondie à l'intérieur d'une anse correspondant à l'appendice.
5. Cœlioscopie en première intention.
6. Pas d'information du patient = prison...
9. L'appendagite n'est pas une appendicite mais une torsion d'un appendice épiploïque. La nécrose appendiculaire est visualisée lors de l'examen anatomo-pathologique et n'est pas une complication individualisable.
11. Jonction grêle plat/dilaté.

L'essentiel du cours

- L'appendicite est une pathologie très fréquente, et l'item ne présente aucune difficulté particulière. La lecture d'un scanner d'appendicite est à maîtriser parfaitement.
- Le cas typique suivra un patient qui fera une appendicite compliquée puis une occlusion sur bride à distance.
- Ne jamais négliger le traitement médical du syndrome occlusif ++ avant toute chirurgie.
- L'ASP n'est plus indiquée dans le syndrome occlusif, remplacé par le scanner depuis plusieurs années. Retenez néanmoins les différences entre occlusion intestinale et colique sur cet examen, plusieurs PH en sont friands.

Difficulté : 1 2 3



Un patient de 62 ans, travaillant dans une entreprise de textile, consulte aux urgences d'un grand CHU pour émission de sang rouge par la bouche, que vous qualifiez d'hématémèse. Il est très asthénique, pâle. Sa tension artérielle est à 93/57 et son pouls à 118 avec une saturation en oxygène à 97 %.

QCM I

Quels sont vos hypothèses diagnostiques?

- A - Diverticule de Meckel
- B - Ulcère gastro-duodéal
- C - Rupture de varices œsophagiennes
- D - Angiodysplasies coliques
- E - Ulcère de Dieulafoy

QCM 2

Quel est le premier examen à réaliser aux urgences ?

- A - Fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD)
- B - Coloscopie totale
- C - Pan-endoscopie des voies aéro-digestives supérieures
- D - Hémogramme + bilan pré-transfusionnel
- E - Scanner thoraco-abdomino-pelvien

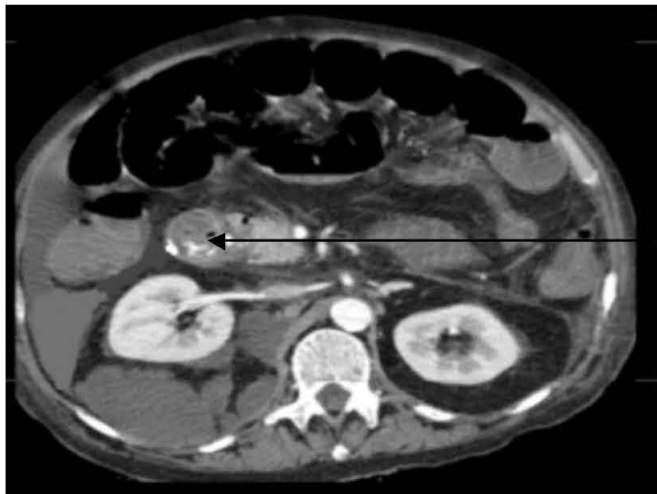
QCM 3

L'endoscopiste réalise deux FOGD qui ne permettent pas une bonne visualisation de l'estomac à cause d'un saignement trop abondant. Quel est alors l'examen à réaliser ?

- A - Troisième FOGD
- B - Transit œso-gastro-duodéal
- C - Scanner abdomino-pelvien IV- et IV+
- D - IRM abdominale
- E - Échographie abdominale

QCM 4

Vous disposez de l'imagerie suivante : quel est votre diagnostic ?



- A- Ulcère duodénal hémorragique
- B- Rupture de varices œsophagiennes
- C- Œsophagite peptique
- D- Varices gastriques
- E- Ulcère perforé

QCM 5

Quel est le traitement à réaliser devant ce patient qui a une hémoglobine a 5 g/dL ?

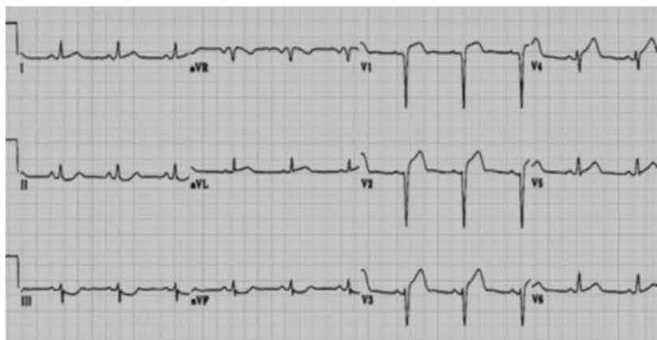
- A - Appel de la réanimation et du chirurgien digestif
- B - IPP : Oméprazole 80 mg IVD puis 8 mg/h IVSE
- C - Embolisation radiologique
- D - Clip sous FOGD
- E - Transfusion de culots de globules rouges

QCM 6

Après votre traitement, le patient a une douleur thoracique brutale intense. Quel est le premier examen à réaliser ?

- A - Scanner thoracique IV+
- B -Scanner thoracique IV-
- C - Échographie cardiaque
- D - ECG
- E - Radiographie de thorax

Vous disposez de cet examen :



QCM 7

Quels sont les éléments que vous retrouvez ?

- A - Onde de Pardee
- B - Systématisation sur le territoire de la coronaire droite
- C - Systématisation sur le territoire de la coronaire gauche
- D - Sous-décalage du PQ
- E - Image en miroir

QCM 8

Quel est votre diagnostic?

- A - Infarctus du myocarde du ventricule droit
- B - Dissection aortique
- C - Péricardite post-embolisation
- D - Infarctus du myocarde antérieur
- E - Myopéricardite aiguë

QCM 9

Quelle est la cause la plus probable?

- A - Embolisation
- B - Dissection coronaire
- C - Anémie
- D - Spasme coronaire
- E - Immunologique

QCM 10

Quel est votre traitement en urgence ?

- A - Transfusion de culots de globules rouges
- B - Fibrinolyse IV (Metalyse)
- C - Coronarographie avec dilatation et pose de stent
- D - Aspirine 250 mg IV en bolus
- E - Héparine à dose préventive

QCM 11

Vous avez réalisé une coronarographie qui a retrouvé une sténose de l'IVA proximale. Quel est le traitement à prescrire à long terme ?

- A - Bêta-bloquant
- B - Aspirine 75 mg/jour
- C - Héparine
- D - Statine
- E - AVK

QCM 12

Vous avez traité le patient pour cet épisode aigu. Vous souhaitez à présent mettre en évidence *Helicobacter Pylori*. Quels sont les principaux examens complémentaires permettant de rechercher sa présence ?

- A - Biopsies du cardia pour examen histologique
- B - Biopsies de l'antra et du fundus pour examen histologique
- C - Test à l'uréase sur les biopsies
- D - Test à l'uréase sur le sérum
- E - Test respiratoire à l'urée marqué pour le contrôle de l'éradication

QCM 13

Vous faites finalement une fibroscopie œso-gastro-duodénale. Vous retrouvez un ulcère duodénal avec la présence de *H. Pylori* sur les biopsies. Quel est votre traitement ?

- A - Amoxicilline 5 j puis métronidazole + clarithromycine 5 jours + Oméprazole 10 jours
- B - Thérapie séquentielle
- C - Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole 7 jours
- D - Augmentin 2 semaines
- E - Amoxicilline 5 jours puis métronidazole 5 jours + oméprazole 10 jours

QCM 14

Le patient vous apprend qu'il est allergique à la pénicilline lorsqu'il voit votre prescription. Comment la modifiez-vous ?

- A - Clarythromicine + Oméprazole 10 jours
- B - Clarythromycine 5 jours puis Métronidazole 5 jours + oméprazole 10 jours
- C - Metronidazole 1 semaine puis pristynamycine 1 semaine + oméprazole 2 semaines
- D - Quadrithérapie bismuthée
- E - Citrate de bismuth + tétracycline + métronidazole + oméprazole 10 jours

QCM 15

Quelles sont les autres pathologies favorisées par *Helicobacter Pylori* ?

- A - Adénocarcinome gastrique
- B - Lymphome T cutané
- C - Purpura thrombopénique idiopathique
- D - Lymphome du MALT
- E - Carcinome épidermoïde de l'œsophage

RÉPONSES :

1 : BCE - 2 : D - 3 : C - 4 : A - 5 : ABCE - 6 : D - 7 : ACE -
8 : D - 9 : C - 10 : ACD - 11 : ABD - 12 : BE - 13 : AB - 14 :
DE - 15 : ACD.

Items abordés :

269 - Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite. **334** - Syndromes coronariens aigus. **350** - Hémorragie digestive.

Références

- GEFH : Prise en charge thérapeutique de l'infection à H. Pylori (2013) +++++.
- SFNGE : Conseil de pratique - Infection à H. Pylori. (2012)
- HAS : Les inhibiteurs de pompe à protons. (2009)
- SFAR : Hémorragies digestives. (2007)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

Cas difficile et spécialisé sur une pathologie fréquente, à avoir vu une fois...

2. Toujours commencer par les mesures réanimatoires.
3. Le scanner est réalisé après échec de la fibroscopie pour visualiser le saignement (sang hyperdense bien vu sur les séquences sans injection).
4. La flèche montre l'extravasation du produit de contraste dans le duodénum.
5. L'embolisation est réalisée dans les centres spécialisés à plateau technique adapté. Le traitement par hémostase endoscopique est à privilégier en première intention mais impossible dans ce cas (FOGD impossible)...
6. Aucune hésitation de permise à cette question. Aurait pu être un 0 au dossier.
9. L'anémie est une cause très fréquente d'ischémie coronaire et cérébrale, toujours évaluer la TOLÉRANCE du cœur et du cerveau...
12. Les biopsies se font sur l'ulcère, plus systématiquement sur l'antrum et le fundus.
13. et 14. Recommandation à maîtriser sur le bout des doigts.

L'essentiel du cours

- L'ulcère gastro-duodéal est la première cause d'hémorragie digestive. Devant toute hémorragie digestive, le bolus d'IPP en IV est systématique dans le camion du SAMU, c'est dire...
- L'embolisation radiologique se fait au bloc de radiologie interventionnel en urgence. Le principe consiste à cathériser l'artère causant le saignement (repérée par une extravasation de produit de contraste lors de l'examen) puis à l'emboliser par de la colle ou des produits résorbables. Cette technique se répand de plus en plus comme traitement de seconde intention en cas d'échec de la FOGD.
- Le traitement de l'ulcère à *Helicobacter Pylori* fait l'objet d'une recommandation récente qui a changé les pratiques. À coller dans sa chambre (ou ses toilettes) jusqu'à la connaître parfaitement.

Difficulté : 1 2 3



Monsieur P., un jeune homme de 27 ans, est amené aux urgences par le SAMU suite à un accident de la voie publique après une collision entre son scooter et une voiture sur l'autoroute à 90 km/heure. Il présente de nombreuses plaies et contusions. Le patient est conscient avec un Glasgow évalué à 15 mais il est très douloureux et pâle. Il ne présente aucun antécédent particulier médical ou chirurgical.

QCM I

Le patient peut être défini comme polytraumatisé si :

- A - Il présente au moins une lésion engageant le pronostic vital
- B - Il a une fracture du tibia isolé
- C - Il a effectué une chute à haute cinétique
- D - La personne l'accompagnant sur la moto est décédée
- E - Il présente une fracture bimalléolaire

QCM 2

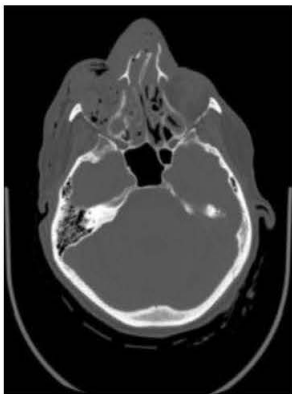
Les constantes du patient sont stables. Quel est le premier examen à réaliser ?

- A - Radiographie du thorax
- B - FAST-écho
- C - Scanner corps entier (Body-TDM)
- D - Scanner cérébral + rachidien sans injection
- E - Scanner thoracique pour rechercher une rupture de l'isthme aortique

QCM 3

Vous commencez par recevoir les images de cet examen sur votre console : quel est votre diagnostic ?





- A - Fracture des os propres du nez
- B - Fracture de la voûte crânienne
- C - Hémosinus maxillaire droit et pneumorbite
- D - Sinusite maxillaire aiguë droite
- E - Fracture du plancher de l'orbite droit

QCM 4

Quel est le principal risque de cette fracture ?

- A - Infection de l'orbite
- B - Hémorragie intra-vitréenne
- C - Cécité
- D - Incarcération du muscle droit inférieur
- E - Méningite par brèche ostéo-méningée

QCM 5

Votre manipulatrice vous appelle car elle a continué l'examen et constaté ces images. Quel est votre diagnostic ?



- A - Rupture de l'isthme aortique
- B - Pneumothorax aigu obstructif
- C - Épanchement pleural
- D - Fracture costale
- E - Contusion parenchymateuse

QCM 6

Quels sont les mécanismes pouvant expliquer ce type de lésion ?

- A - Traumatisme thoracique direct
- B - Écrasement/ BLAST
- C - Décélération brutale
- D - Accélération brutale
- E - Décollement pleural

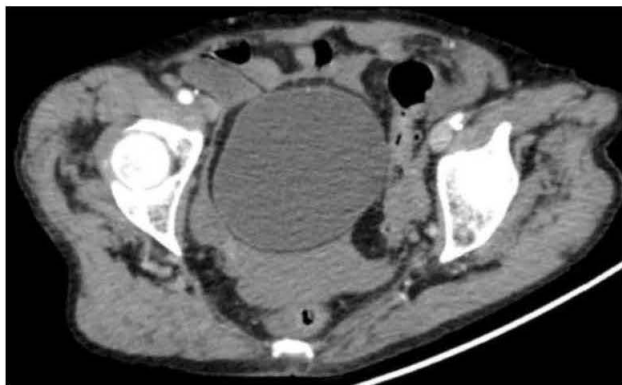
QCM 7

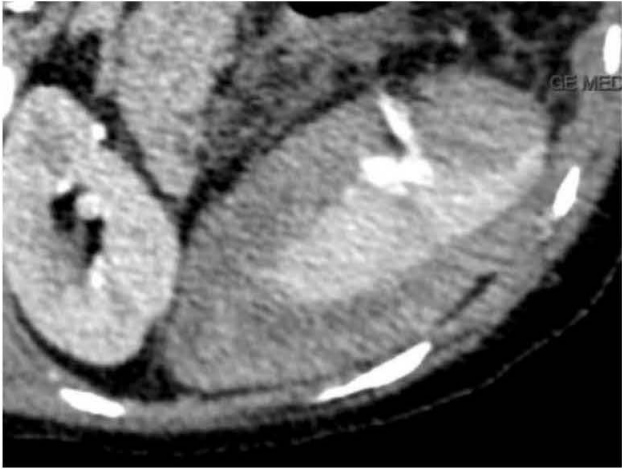
Quel est le principal risque de ce type de lésion ?

- A - Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA)
- B - Pneumothorax secondaire
- C - Épanchement pleural liquidien
- D - Pneumopathie aiguë
- E - Broncho-Pneumopathie-Obstructive Chronique (BPCO)

QCM 8

L'examen clinique pulmonaire ne met pas en évidence de signe orientant d'emblée vers cette complication. Vous regardez donc les images du scanner abdomino-pelvien qui viennent d'arriver sur votre console. Les voici :





À quoi correspondent respectivement les légendes 1 et 2 de l'image 1 ?

- A - Artère gastrique gauche - artère splénique
- B - Artère splénique - artère mésentérique supérieure
- C - Artère hépatique - artère mésentérique inférieure
- D - Artère splénique - tronc coelique
- E - Tronc coeliaque - artère mésentérique supérieure

QCM 9

À quoi correspondent respectivement les légendes 3 et 4 de l'image 1 ?

- A - Artère mésentérique inférieure - Tronc porte
- B - Veine rénale gauche- Veine splénique
- C - Veine rénale gauche - Queue du pancréas
- D - Artère splénique - Veine splénique
- E - Veine rénale gauche - Tête du pancréas

QCM 10

Quel est votre diagnostic ?

- A - Fracture pancréatique
- B - Fracture de la rate
- C - Hématome rétro-hépatique
- D - Épanchement péritonéal associé
- E - Saignement actif associé

QCM II

Quel est le stade de cette lésion selon la classification AAST ?

- A - Grade I
- B - Grade II
- C - Grade III
- D - Grade IV
- E - Grade V

QCM 12

Le patient est stable. Sa tension artérielle est à 110/70 et son pouls est à 100. Son hémoglobine est estimée par l'Hémocue à 9 g/dL. Quel est le traitement approprié ?

- A - Commande de culots globulaires en urgence vitale immédiate isoGroupe isoRhésus obligatoirement
- B - Splénectomie d'hémostase systématique
- C - Lavage péritonéal
- D - Embolisation artérielle splénique
- E - SAT/VAT

QCM 13

Le patient a finalement subi une splénectomie en urgence suite à une brutale chute de tension artérielle. Quelle est l'antibioprophylaxie recommandée ?

- A - Antibioprophylaxie par amoxicilline pendant minimum 2 ans (fluoroquinolones si allergie)
- B - Antibioprophylaxie par oracilline pendant minimum 2 ans (érythromycine si allergie)
- C - Antibioprophylaxie par amoxicilline pendant au minimum 5 ans (érythromycine si allergie)
- D - Antibioprophylaxie par oracilline pendant au minimum 5 ans (fluoroquinolones si allergie)
- E - Antibioprophylaxie par clindamycine pendant au minimum 5 ans (érythromycine si allergie)

QCM 14

Quels sont les vaccins à réaliser suite à cette intervention?

- A - Pneumo 13 tous les 5 ans
- B - Anti-grippal annuel
- C - Antiméningococcique A + C
- D - Anti Haemophilus Influenzae b
- E - Pneumo 23 tous les 5 ans

QCM 15

Le patient vous apprend qu'il se rendait au travail lors de l'accident. Quelles sont les aides auxquelles il peut prétendre ?

- A - Prise en charge à 100 %
- B - Indemnités journalières dès J3
- C - Protection de l'emploi
- D - Tiers payant
- E - Allocation adulte handicapé avec complément de ressources

RÉPONSES :

1 : ACD - 2 : C - 3 : ACE - 4 : D - 5 : E - 6 : AB - 7 : A - 8 : B - 9 : C - 10 : BDE - 11 : C - 12 : DE - 13 : B - 14 : BCDE - 15 : ACD.

Items abordés :

180 - Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux. **329** - Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles. **330** - Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme crânio-facial.

Références

- AAST : Classification des traumatismes spléniques.
- SFAR : Quelles priorités dans la prise en charge initiale du polytraumatisé ?

Les conseils du spécialiste

Commentaires

2. Le body scanner est l'examen de première intention chez tous les patients stables.

3. Les bulles d'air dans l'orbite droite permettent de localiser la fracture et orientent vers une fracture du plancher, mieux visualisée en coupe axiale.

5-7. Imagerie typique de contusion pulmonaire dont le principal risque est le SDRA.

8-9. Les légendes d'anatomie sont les questions préférées des radiologues qui remplissent la banque.

À bon entendeur...

10. Le saignement actif est visualisé par l'hyperdensité intra-parenchymateuse splénique sur l'image 4. L'hématome splénique correspond à l'hypodensité entourant le parenchyme.

11. Le grade III correspond à un hématome sous-capsulaire de plus de 50 % de la surface de la rate, et/ou une lacération parenchymateuse de plus de 3 cm ou touchant le hile splénique ou un hématome intra-parenchymateux de plus de 5 cm.

12. En cas d'urgence vitale immédiate, CGR de groupe 0.

13. Oracilline (pénicilline V) 2 ans chez l'adulte minimum et 5 ans chez l'enfant, érythromycine si allergie.

15. Indemnités perçues dès J1 (pas de carence). L'AAH avec complément de ressources est destinée à compenser l'absence durable de revenu d'activité d'une personne dans l'incapacité quasi absolue de travailler.

L'essentiel du cours

- Le patient polytraumatisé est une situation rencontrée très fréquemment en pratique clinique, qui implique plusieurs spécialités (urgentiste, radiologue, chirurgien, réanimateur... C'est donc un sujet à maîtriser sur le bout des doigts.

Résumer en quelques lignes cet item interminable serait présomptueux. Voici donc quelques un des éléments les plus tombables :

- Fracture du plancher de l'orbite : scanner du massif facial ; type en trappe ou blow-out ; risque d'incarcération du muscle droit inférieur ; urgence dans les 6 heures si incarcerated.
- Traumatismes splénique : les plus fréquents, hémopéritoine abondant ; rupture secondaire d'un hématome sous-capsulaire ; risque de choc hémorragique ; Embolisation ou splénectomie ; classification AAST en 5 grades.
- Fractures de jambe : SAT-VAT, réduction en urgence, broches, risque de syndrome des loges+++.
- Hématome extra-dural : lentille biconvexe, urgence neurochirurgicale, intervalle libre.

Difficulté : 1 2 3



Monsieur P., 64 ans, ancien ouvrier dans un chantier naval, consulte pour une altération de l'état général d'apparition progressive depuis 3 mois. Il ne présente pas d'antécédent hormis un tabagisme arrêté depuis 10 ans estimé à 21 PA et une HTA traitée par ranipril. Ses autres symptômes associés sont des crachats hémoptoïques depuis 2 mois, une toux sèche persistante et un amaigrissement de 7 kilos en 3 mois.

Vous réalisez un scanner thoracique qui retrouve cette image (image n°1) :



QCM 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Cancer broncho-pulmonaire
- B - Aspergillome pulmonaire
- C - Hydatidose pulmonaire
- D - Tuberculome pulmonaire
- E - Hamartochondrome

QCM 2

Quels sont les différents moyens de confirmation du diagnostic ?

- A - Ponction transthoracique scanno-guidée
- B - Biopsie chirurgicale : médiastinoscopie
- C - Fibroscopie bronchique avec biopsies
- D - IRM thoracique avec injection
- E - Scintigraphie thoracique

QCM 3

Quel sera le bilan d'extension à réaliser si votre hypothèse de Cancer Bronchique Non à Petite cellule se confirme ?

- A - Marqueurs tumoraux (NSE, CYFRA21) pour le diagnostic
- B - TEP scanner corps entier
- C - Scanner cérébral injecté
- D - Scintigraphie osseuse au Tc99 systématique
- E - Ponction-biopsie hépatique à la recherche de métastases

QCM 4

L'examen histologique que vous avez réalisé conclu à un carcinome épidermoïde. La tumeur est mesurée à 6 cm de grand axe, sans extension à la paroi thoracique ni au diaphragme. Vous ne retrouvez pas d'autres localisations éventuelles sur le bilan d'extension effectué. Quel est le stade de cette tumeur ?

- A - Stade IA
- B - Stade IB
- C - Stade IIA
- D - Stade IIB
- E - Stade IV

QCM 5

Quelles anomalies auriez-vous pu éventuellement retrouver à l'examen physique ?

- A - Syndrome de Schwartz-Barter
- B - Hippocratisme digital
- C - Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie
- D - Hyperthyroïdie
- E - Hypercalcémie par sécrétion de PTHrp

QCM 6

Quelles sont les caractéristiques de la consultation d'annonce ?

- A - Au calme, bureau fermé, consultation prolongée
- B - Avec la présence systématique de la personne de confiance
- C - Projet thérapeutique générateur d'espoir
- D - Après confirmation à l'imagerie de la présence du cancer
- E - Laisser le temps au patient de poser des questions

QCM 7

Conscient que votre externe passe l'ECN informatisé sous peu et qu'il doit donc avoir des connaissances sur les temps du plan cancer, vous lui demandez quel est le 2^e temps du dispositif d'annonce ?

- A - Temps médical
- B - Appel du médecin généraliste
- C - Articulation avec la médecine de ville
- D - Soins de supports
- E - Temps d'accompagnement soignant

QCM 8

Quels sont les critères d'opérabilité avant chirurgie pour ce patient ?

- A - VEMS pré-opératoire > 1 litre
- B - Absence d'hypercapnie
- C - Pas de contre-indication liée à l'anesthésie et au terrain
- D - Tumeur de taille inférieure à 1/3 du poumon
- E - Absence de pathologie pulmonaire sous-jacente (BPCO, asthme...)

QCM 9

Quels sont les principes de la prise en charge socio-professionnelle de ce patient ?

- A - Déclaration à la FIVA
- B - Déclaration en accident de travail
- C - Prise en charge à 100 %
- D - ALD
- E - Déclaration obligatoire à l'ARS

À 6 mois, vous effectuez un scanner de contrôle (image n°2) :



QCM I0

Quel est le type de scanner réalisé pour l'image n°2 ?

- A - Scanner abdominal avec injection au temps tardif
- B - Scanner abdominal avec injection au temps artériel
- C - Scanner abdominal avec injection au temps portal
- D - Scanner abdominal sans injection
- E - Scanner abdominal type uro-scanner

QCM II

Légendez l'image n°2 :

- A - 1 : Œsophage
- B - 1 : Estomac
- C - 2 : Artère hépatique commune
- D - 2 : Veine cave
- E - 2 : Veine porte

QCM 12

À quoi correspondent les légendes 3 et 4 sur l'image n°2 ?

- A - 3 = Métastase splénique et 4 = Métastase surrénale
- B - 3 = Métastase hépatique et 4 = Métastase rénale
- C - 3 = Métastase rénale et 4 = Métastase hépatique
- D - 3 = Métastase surrénale et 4 = Métastase gastrique
- E - 3 = Métastase gastrique et 4 = Métastase de la vésicule biliaire

QCM 13

Quelles auraient été les analyses complémentaires à effectuer sur la pièce anatomo-pathologique à ce stade si le pathologiste avait conclu à un adénocarcinome ?

- A - Recherche de mutation du gène IGF
- B - Recherche de mutation du gène EGFR
- C - Recherches de biomarqueurs (mutation de KRAS, BRAF, HER2...)
- D - Analyse macroscopique sous lampe de Wood
- E - Examen au bleu de Méthylène

QCM 14

Quelles sont les thérapeutiques pouvant être proposées à ce patient ?

- A - Chirurgie
- B - Radiothérapie
- C - Chimiothérapie
- D - Soins de confort
- E - Thérapie ciblée

QCM 15

Quelles sont les autres pathologies liées à l'amiante ?

- A - Asbestose
- B - Médiacalcosé
- C - Plaques pleurales
- D - Mésothéliome
- E - Carcinome rénal à cellule claires

RÉPONSES :

1 : A - 2 : ABC - 3 : BC - 4 : C - 5 : BCE - 6 : ACE - 7 : E -
8 : BC - 9 : ACD - 10 : C - 11 : BE - 12 : A - 13 : BC - 14 :
CDE - 15 : ACD.

Items abordés :

289 - Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques ; caractérisation du stade ; pronostic. **290** - Le médecin préleveur de cellules et/ou de tissus pour des examens d'Anatomie et Cytologie Pathologiques : connaître les principes de réalisation, transmission et utilisation des prélèvements à visée sanitaire et de recherche. **292** - Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. **306** - Tumeurs du poumon, primitives et secondaires.

Références

- HAS : ALD 30, Cancer du poumon et mésothéliome. (2013)
- HAS : Actes et prestations Cancer du Poumon et Mésothéliome. (2014)
- INCA : Cancers broncho-pulmonaires et pleuraux.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

3. La scintigraphie osseuse n'est pas indiquée si une TEP-TDM a été réalisée (guide HAS) ; les marqueurs tumoraux peuvent être utiles pour le suivi et non à visée diagnostique.
4. Tumeur T2b N0 M0 car tumeur de plus de 5 cm et moins de 7 cm de grand axe donc Stade IIA.
5. Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie et hypercalcémie car carcinome épidermoïde. Syndrome de Schwartz-Bartter retrouvé dans les cancers à petites cellules.
8. Ces critères sont à bien connaître, ils définissent la possibilité de traitement curatif.
9. L'inscription du patient à la FIVA est effectuée car il a travaillé sur des chantiers navals, donc exposé à l'amiante de nombreuses années. La déclaration à l'ARS est essentielle pour le mésothéliome.
10. Le rehaussement hépatique est évocateur du temps portal.
13. La recherche de mutation du gène EGFR et des biomarqueurs est recommandée par l'INCA dans le cadre des carcinomes non à petites cellules non épidermoïdes localement avancés ou métastatiques.
14. Cf. tableau du guide HAS ci-dessous.

L'essentiel du cours

Le guide HAS doit être maîtrisé.

La classification TNM doit être connue (tout comme pour les autres cancers dont le traitement est à connaître) car elle permet de déterminer les traitements envisageables.

Voici le tableau résumé des thérapeutiques tiré du guide HAS qui résume les possibilités.

Tableau 2. Résumé des modalités thérapeutiques de prise en charge d'un cancer non à petites cellules selon son stade

	Stade					
	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV ⁽²⁾
Chirurgie	☑	☑	☑	RCP	-	-
Radiothérapie	- ⁽¹⁾	- ⁽¹⁾	- ⁽²⁾	RCP	☑	-
Traitement systémique ⁽⁴⁾	-	RCP	☑	☑	☑	☑

☑ Modalité thérapeutique de référence, systématique sauf si contre-indication.

RCP : Modalité en option, à discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire selon le malade et sa maladie.

(1) La radiothérapie peut être proposée comme une alternative à la chirurgie en cas de non-opérabilité.

(2) Une irradiation peut être discutée en complément de la chirurgie et de la chimiothérapie en cas d'atteinte pariétale ou d'exérèse incomplète.

(3) Stade IV – incluant les cas avec pleurésie maligne selon la nouvelle classification TNM. Le cas particulier des tumeurs avec un nombre limité de métastases (métastase pulmonaire ou surrénalienne unique, une à trois métastases cérébrales) n'est pas inclus ici.

(4) Cytotoxiques (stades II, III et IV) ou thérapies ciblées (stade IV) (en fonction du résultat des recherches de mutations : EGFR, etc.)

Difficulté : 1 2 3



Madame D., 67 ans, sans antécédent particulier médical ou chirurgical est hospitalisée en urgence pour des douleurs abdominales intenses localisées en fosse iliaque gauche. À l'examen clinique, il existe une défense de la fosse iliaque gauche sans contracture. Il existe une fièvre à 39,3°C avec frissons. La biologie retrouve un syndrome inflammatoire important avec une CRP à 120.

QCM I

Quel est le principal diagnostic à évoquer ?

- A - Occlusion sur bride
- B - Pyélonéphrite aiguë
- C - Appendicite aiguë
- D - Diverticulite sigmoïdienne
- E - Fécalome

QCM 2

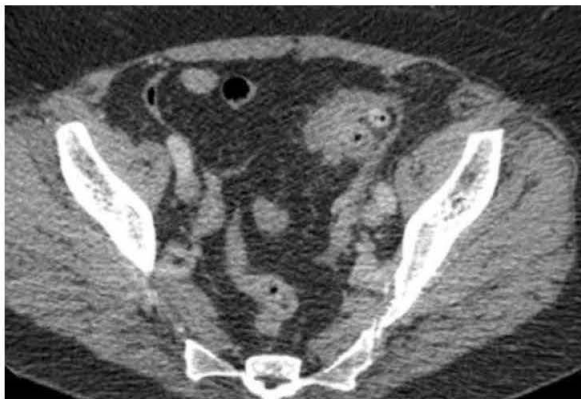
Quel examen demandez-vous en première intention pour votre diagnostic ?

- A - Abdomen sans préparation
- B - Lavement baryté
- C - TDM abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste
- D - Coloscopie totale
- E - Échographie abdominale

QCM 3

Sur ce scanner, quels critères sont en faveur d'une diverticulite sigmoïdienne ?





- A - Épaississement de la paroi sigmoïdienne
- B - Pneumopéritoine
- C - Diverticulose sigmoïdienne
- D - Infiltration de la graisse péricolique
- E - Syndrome occlusif

QCM 4

Quels sont les facteurs favorisant de la pathologie diverticulaire sigmoïdienne ?

- A - Régime alimentaire riche en fibre
- B - Constipation chronique
- C - Activité physique régulière
- D - Âge > 50 ans
- E - Mode de vie occidental

QCM 5

Quels sont les principaux symptômes évocateurs d'une diverticulose sigmoïdienne ?

- A - Diarrhées
- B - Constipation
- C - Douleurs abdominales
- D - Syndrome de l'intestin irritable
- E - Aucun

QCM 6

À propos du diverticule colique dans le cadre d'une diverticulose :

- A - Il s'agit d'une hernie de la muqueuse à travers la séreuse
- B - Sa localisation est limitée au côlon sigmoïde
- C - Il est d'origine congénitale
- D - Sa lumière communique avec la lumière du côlon
- E - Il peut contenir un stercolithe

QCM 7

Quelles sont les complications possibles de la pathologie présentée par la patiente ?

- A - Fistule diverticulaire
- B - Récidive
- C - Abscès périsigmoïdien
- D - Sténose inflammatoire du côlon
- E - Cancer du côlon sigmoïde

QCM 8

Quelle va être votre prise en charge de cette première poussée de la pathologie ?

- A - Hospitalisation en chirurgie digestive
- B - Mise en place d'une sonde naso-gastrique systématique
- C - Antipyrétiques type paracétamol
- D - Antibiothérapie probabiliste IV large spectre active sur les germes digestifs : Augmentin
- E - Ketoprofène IV

QCM 9

L'infirmière vous appelle lors de votre visite du matin car la patiente est à nouveau fébrile après 2 jours sans fièvre sous traitement adapté. Vous demandez donc un nouveau scanner qui retrouve cette image :



Quel est votre diagnostic ?

- A - Péritonite diverticulaire
- B - Abscess diverticulaire
- C - Sténose colique
- D - Récidive de la pathologie initiale
- E - Fistule colo-vésicale

QCM IO

L'abcès a été mesuré à 8 cm. Quelle est votre prise en charge ?

- A - Antibiothérapie par C3G + métronidazole IV seule
- B - Drainage percutané
- C - Sigmoidectomie en urgence d'emblée
- D - Poursuite de l'antibiothérapie initiale et surveillance
- E - Coloscopie en urgence avec drainage

QCM II

Quels sont les indications de la sigmoïdectomie à distance ?

- A - 1^{re} poussée après 50 ans
- B - 1^{re} poussée chez un immuno-déprimé
- C - Complications scanographiques de la poussée
- D - 2^e poussée
- E - Diverticulose sigmoïdienne associée

QCM 12

Quels sont les examens indispensables avant la chirurgie ?

- A - Bilan pré-opératoire
- B - Coloscopie totale à la recherche d'un cancer colo-rectal
- C - Coloscopie virtuelle
- D - Fibroscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies
- E - Déféco-IRM

QCM 13

La sœur de la patiente vient vous voir car elle craint une diverticulite devant des saignements par l'anus. Elle a lu sur un célèbre site internet tout public que les diverticules sigmoïdiens pouvaient saigner et veut un traitement. À l'examen clinique, vous constatez ceci à l'effort, réduite par la patiente manuellement :



Quelle est la pathologie présentée par la patiente ?

- A - Cancer de l'anüs
- B - Rectocèle
- C - Tumeur du rectum
- D - Saignement et procidence des hémorroïdes internes
- E - Abscess anal

QCM 14

Quel est le stade de la pathologie présentée ?

- A - Stade 0
- B - Stade 1
- C - Stade 2
- D - Stade 3
- E - Stade 4

QCM 15

Quels sont les différents traitements possibles ?

- A - Règles hygiéno-diététiques : régime pauvre en fibre, activité physique régulière
- B - Antalgiques et phlébotoniques
- C - Ligature élastique
- D - Photo-coagulation infra-rouge
- E - Hémmorroïdopexie si stade 4 uniquement

RÉPONSES :

1 : D - 2 : C - 3 : ACD - 4 : BDE - 5 : E - 6 : DE - 7 : ABCD
- 8 : ACD - 9 : B - 10 : B - 11 : BCD - 12 : AB - 13 : D - 14 :
D - 15 : BC.

Items abordés :

284 - Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde. **285** - Pathologie hémorroïdaire.

Références

- HAS : Complications de la diverticulose colique.
- SNFGE : Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

3. Imagerie typique d'une diverticulite.
5. La diverticulose est ASYMPTOMATIQUE++.
6. Hernie de muqueuse à travers la musculuse.
10. Drainage percutané car abcès > 5 cm (sinon traitement médical). Drainage et antibiothérapie en association.
11. L'immunodépression peut amener à réaliser la chirurgie devant le risque plus important de récidence.
14. Stade 3 car procidence à l'effort avec réduction manuelle possible.
15. Hémorroïdopexie seulement pour les prolapsus stade 2 ou 3 car récidence sinon. Régime riche en fibres.

L'essentiel du cours

- Sujet typique, cours facile...
- Toujours penser à la fistule colo-vésicale donnant des infections urinaires à répétition polymicrobiennes à germes digestifs.
- Ne pas oublier la coloscopie totale en pré-opératoire.
- Pas de chirurgie après une première poussée non compliquée chez un patient de plus de 50 ans.
- Les stades du prolapsus hémorroïdaires conditionnent les différentes thérapeutiques.

CAS CLINIQUE n° 10

Difficulté : 1 2 3



Madame K., 46 ans, consulte aux urgences pour des vertiges rotatoires peu intenses qui ont débutés la veille au soir. C'est le troisième épisode de ce type en 4 mois, elle qui n'avait jamais présenté aucune pathologie médicale ou chirurgicale. Elle a très peur d'avoir « un cancer du cerveau » comme sa mère, cette dernière avait des opacités cristalliniennes depuis l'enfance. L'examen clinique retrouve un nystagmus gauche.

QCM I

Quels caractéristiques permettent de s'orienter vers un vertige périphérique plutôt que central ?

- A - Syndrome vestibulaire harmonieux gauche
- B - Signes neurologique associés
- C - Déviation des bras tendus et du Romberg vers la droite
- D - Nystagmus augmentant en cas de fixation oculaire
- E - Nystagmus augmenté sous lunettes de Frenzel

QCM 2

Quelles sont les étiologies de vertiges qu'on peut évoquer pour cette patiente ?

- A - Vertige paroxystique positionnel bénin
- B - Maladie de Ménière
- C - Labyrinthite aiguë
- D - Neurinome de l'acoustique
- E - Otospongiose

QCM 3

Quels signes vous orienteraient à l'examen clinique vers une maladie de Ménière ?

- A - Acouphènes
- B - Sensation de plénitude de l'oreille
- C - Surdité de transmission
- D - Paralysie vélo-pharyngo-laryngée
- E - Diploacousie

QCM 4

Quels signes vous orienteraient vers un neurinome de l'acoustique ?

- A - Surdité bilatérale progressive
- B - Acouphènes aigus
- C - Acouphènes graves
- D - Troubles de l'équilibre
- E - Céphalées frontales

QCM 5

L'examen clinique n'a pas permis de confirmer avec certitude un diagnostic. Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?

- A - Audiométrie tonale puis vocale si anomalie sur l'audiométrie tonale
- B - épreuve caloriques
- C - IRM de l'angle ponto-cérébelleux
- D - Scanner du rocher
- E - Potentiels évoqués auditifs

QCM 6

Voici l'imagerie demandée :



Quel est le diagnostic ?

- A - Maladie de Ménière
- B - Fracture du rocher gauche
- C - Névrite vestibulaire gauche
- D - Neurinome de l'acoustique gauche
- E - Labyrinthite aiguë gauche

QCM 7

Quelles anomalies caractéristiques seront visibles sur les potentiels évoqués auditifs et à l'épreuve calorique ?

- A - Ralentissement des vitesses III-V
- B - Ralentissement des vitesses I-III
- C - Hyperréflexie à l'épreuve calorique
- D - Aréflexie à l'épreuve calorique
- E - Accélération des vitesses I-V

QCM 8

Quelles sont les caractéristiques de la réalisation des Potentiels Évoqués Auditifs ?

- A - Dans les PEA on s'intéresse à 3 ondes
- B - Dans les PEA, on s'intéresse à 5 ondes
- C - Les ondes sont générées par des stimulations sonores encore appelées « clic »
- D - Ces ondes sont produites à 4 000 Hz et à différentes intensités sonores
- E - Ces ondes sont produites à 1 500 Hz

QCM 9

Quelles sont les complications?

- A - Surdité
- B - Paralysie faciale après traitement
- C - Récidive
- D - Atteinte du nerf hypoglosse
- E - Compression du tronc cérébral

QCM 10

Quels sont les traitements possibles pour cette pathologie (pas spécifiquement pour cette patiente) ?

- A - Neuroradiologie : embolisation
- B - Exérèse neurochirurgicale
- C - Abstention thérapeutique selon symptomatologie et terrain
- D - Chimiothérapie de cytoréduction
- E - Radiothérapie stéréotaxique

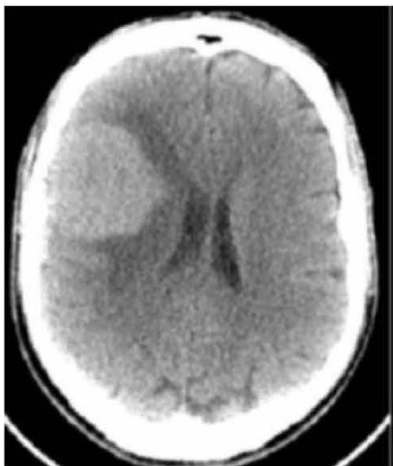
QCM 11

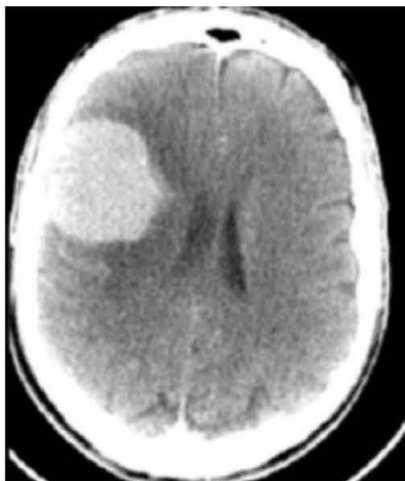
Le traitement choisi pour cette patiente est la chirurgie. Quelles en sont les principales complications les plus fréquentes?

- A - Céphalée droite
- B - Diminution de l'acuité visuelle
- C - Fracture du rocher
- D - Paralyse faciale gauche
- E - Surdité gauche

QCM 12

La patiente revient 13 ans plus tard pour une découverte des céphalées d'apparition progressive. Voici les images dont vous disposez.





Quelles sont ces séquences ?

- A - Scanner cérébral sans injection
- B - Scanner cérébral avec injection de produit de contraste
- C - IRM cérébrale sans et avec injection de produit de contraste
- D - IRM cérébrale séquence T1
- E - IRM cérébrale de diffusion

QCM 13

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Glioblastome
- B - Astrocytome
- C - Kyste arachnoïdien
- D - Méningiome
- E - Gliome anaplasique

QCM 14

Devant les antécédents personnels et familiaux de cette patiente, quelle est la pathologie sous-jacente la plus probable?

- A - Neurofibromatose type 1
- B - Neurofibromatose type 2
- C - Maladie de Von Hippel Lindau
- D - Maladie de Recklinghausen
- E - Sclérose tubéreuse de Bourneville

QCM 15

**Quel(s) est (sont) le(s) mode(s) de transmission/
d'apparition des neurofibromatoses ?**

- A - Autosomique dominant
- B - Autosomique récessif
- C - Récessif
- D - Mutation spontanée
- E - Hérité mitochondriale

RÉPONSES :

**1 : ACDE - 2 : BD - 3 : ABE - 4 : BD - 5 : BCE - 6 : D - 7 :
BD - 8 : ACD - 9 : ABCE - 10 : BCE - 11 : DE - 12 : AB - 13 :
D - 14 : B - 15 : AD.**

Items abordés :

87 - Altération de la fonction auditive. **101** - Vertiges. **296** - Tumeurs intracrâniennes.

Références

- HAS : Radiochirurgie et radiothérapie stéréotaxique (2011) : Tome I et III.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Devant un nystagmus gauche, on retrouve un syndrome vestibulaire harmonieux DROIT. L'augmentation en cas de fixation oculaire est en faveur d'une origine centrale.
2. Le VPPB dure quelques secondes seulement. La labyrinthite aiguë est en général un épisode de vertige très intense. L'otospongiose n'est pas évoquée en premier lieu devant ce tableau de vertiges prédominants.
3. Diploacousie : distorsion de hauteur du son sur l'oreille atteinte et hyperacousie douloureuse.
5. L'audiométrie vocale est réalisée dans le même temps que l'audiométrie tonale.
7. Le delta I-III correspond au nerf acoustique et le delta III-V à la latence centrale dans les PEA. Ainsi, un ralentissement des vitesses III-V peut évoquer une sclérose en plaque par exemple.
8. Les PEA s'intéressent à 3 ondes, produites à 4 000 Hz et à différentes intensités sonores.
9. Des neurinomes de l'acoustiques évolués peuvent conduire à des complications engageant le pronostic vital.
12. La deuxième image est injectée devant le réhaussement de la lésion et la visualisation d'artères. Cette imagerie est typique de méningiome.
14. La neurofibromatose de type 2 se manifeste par des neurinomes (le plus souvent de l'acoustique), fréquemment bilatéraux, des neurofibromes cutanés, des méningiomes et des opacités cristalliniennes.
15. Les neurofibromatoses de type 1 et 2 sont à transmission autosomique dominante mais les mutations spontanées sont possibles et représentent même plus de la moitié des cas de NF type 2.

L'essentiel du cours

- Le vertige est une pathologie très fréquente (surtout aux urgences pendant les gardes...) , aux étiologies multiples. L'examen clinique est indispensable pour orienter le diagnostic étiologique.
- Le syndrome vestibulaire est dit harmonieux, observé pour les atteintes périphériques, lorsque toutes les déviations lentes se font dans le même sens. Il est dysharmonieux dans le cas contraire et traduit une atteinte centrale.
- Attention, en cas de syndrome vestibulaire harmonieux d'un côté, le nystagmus est du côté opposé+++.
- Le neurinome de l'acoustique est à évoquer en cas de vertiges peu intenses avec trouble de l'équilibre, surdité unilatérale et acouphènes aigus.
- L'aréflexie aux épreuves caloriques et l'IRM de la fosse postérieure orienteront vers le diagnostic.
- Le méningiome est une tumeur fréquente (2^e tumeur primitive intracrânienne en fréquence après les gliomes). Le scanner est l'examen essentiel qui suffit la plupart du temps au diagnostic : sans injection de produit de contraste la lésion est isodense ou discrètement hyperdense. Sa densité est fortement augmentée par l'injection de produit de contraste, avec prise de contraste homogène. Les microcalcifications sont fréquentes.

Difficulté : 1 2 3



Monsieur AD, 25 ans, consulte aux urgences. Il présente une adénopathie unilatérale pré-auriculaire de grande taille avec un fébricule. Il n'a aucun antécédent médico-chirurgical personnel excepté une atopie. Il vit en appartement en couple depuis plusieurs années et sa compagne possède un chat, Oscar.

QCM I

Monsieur AD vous informe que son chat Oscar l'a griffé 15 jours auparavant. Quel est le germe le plus probable ?

- A - *Bartonella henselae*
- B - *Fransiscella tularensis*
- C - *Borrelia burgorferi*
- D - *Pastorella multocida*
- E - *Adenophlega canidae*

QCM 2

Quelles sont les caractéristiques de l'adénopathie ?

- A - Indolore
- B - Ferme
- C - Inflammatoire
- D - Peau normale en regard
- E - Douloureuse

QCM 3

Quelle est l'autre atteinte classiquement associée à cette localisation de l'adénopathie?

- A - Surdité
- B - Paralysie faciale
- C - Conjonctivite
- D - Hypersialose
- E - Syndrome sec

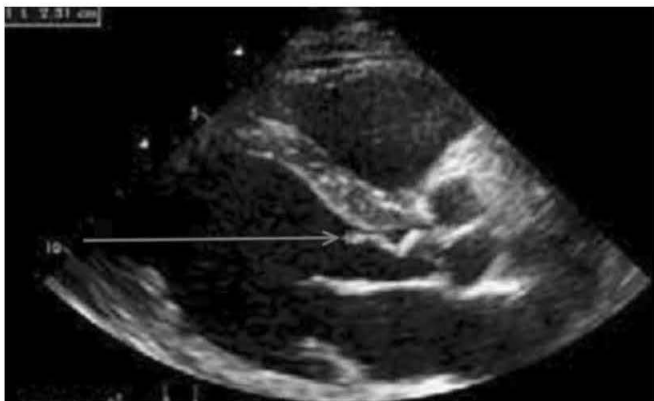
QCM 4

Le reste d'examen est normal hormis une fièvre peu prononcée et un léger souffle au foyer aortique. Quels examens demandez-vous?

- A - Hémocultures
- B - Biopsie-exérèse de l'adénopathie
- C - Échographie de l'adénopathie
- D - Échocardiographie trans-thoracique
- E - Échocardiographie trans-œsophagienne

QCM 5

Voici l'échographie demandée :



Quel est votre diagnostic ?

- A - Endocardite aortique aiguë
- B - Dissection aortique associée
- C - Endocardite mitrale aiguë
- D - Endocardite aortique chronique
- E - Endocardite mitrale chronique

QCM 6

Quels examens biologiques vous permettront d'identifier le germe le plus probable ici ?

- A - Hémocultures
- B - Examen anatomopathologique
- C - Sérologie spécifique
- D - PCR Bartonella
- E - Examen direct et culture en bactérie

QCM 7

Quelle est votre antibiothérapie pour ce germe ?

- A - Azithromycine 4 jours
- B - Docycycline 14 jours
- C - Érythromycine 5 j
- D - Doxycycline 6 semaines
- E - Gentamycine 2 semaines

QCM 8

L'évolution est favorable grâce à votre traitement approprié. Le patient revient 5 ans plus tard car il présente une douleur très importante de la cuisse droite avec une fièvre à 39,8°C. Sa cuisse est rouge avec des zones noires d'aspect cartonné, très douloureuse sans atteinte des organes génitaux. Vous retrouvez une blessure (peut-être par griffure de chat) à son pied homolatéral à l'examen clinique. Quel est votre diagnostic ?

- A - Érysipèle grave
- B - Maladie des griffes du chat
- C - Pasteurellose
- D - Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante
- E - Gangrène de Fournier

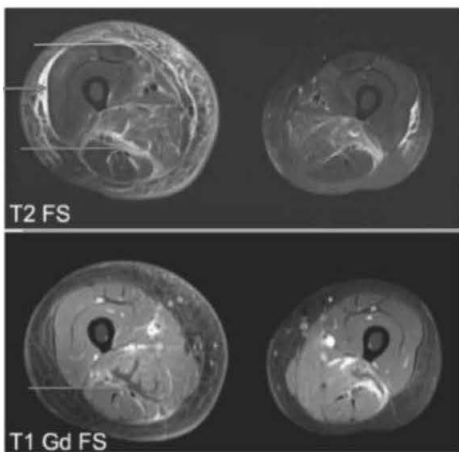
QCM 9

Quel sont les examens complémentaires à réaliser ?

- A - Radiographie de la cuisse face + profil
- B - Prélèvements bactériologiques
- C - Aucun examen ne doit retarder la prise en charge en urgence
- D - IRM de la cuisse
- E - Hémocultures

QCM 10

À tort ou à raison, vous disposez finalement de cet examen :



Quelle est votre interprétation?

- A - Infiltration de la graisse hypodermique
- B - Atteinte nécrotique des fascias profonds
- C - Ostéite fémorale
- D - Épaississement des fascias superficiels
- E - Amincissement des fascias profonds

QCM II**Quel est/sont le(s) traitement(s) à réaliser en urgence?**

- A - Traitement médical : antibiothérapie active sur les streptocoques (pyogènes) et les anaérobies
- B - Traitement médical : antibiothérapie active sur les staphylocoques et les entérobactéries
- C - Traitement chirurgical : exploration, excisions des tissus nécrotiques
- D - Traitement chirurgical : exploration, résection musculaire étendue
- E - Mesures de réanimation

QCM 12

Quelle est votre prise en charge de la douleur évaluée à 8 par l'EVA malgré un traitement par paracétamol et codéine ?

- A - Passage à un palier 2 : tramadol (dose)
- B - Passage à un palier 3 : morphine IV (dose 0,1 mg/kg puis 2-3 mg/5 min jusqu'à EVA < 3)
- C - Passage à un palier 3 : morphine IM (dose 0,1 mg/kg puis 2-3 mg/5 min jusqu'à EVA < 3)
- D - Mesures adjuvantes : laxatifs
- E - Mesures adjuvantes : Pimpéran

QCM 13

Quels sont les 3 éléments indispensables à surveiller après la mise sous traitement antalgique ?

- A - Fréquence cardiaque
- B - Fréquence respiratoire
- C - Conscience
- D - Transit
- E - Examen des paires crâniennes

QCM 14

Comment organiser le relais vers une forme per os de l'antalgique ?

- A - Morphine Libération Immédiate (LI) 6/jour et Libération prolongée (LP) 2/jour (dose)
- A - Morphine LI 6/jour et LP 3/jour (dose)
- A - Morphine LI 4/jour et LP 3/jour (dose)
- D - Tramadol 2/jour
- E - Paracétamol 4/jour

Votre P2, très intéressé par la biochimie (ça existe...), vous demande quels sont les récepteurs impliqués dans l'antalgie réalisée par la morphine.

QCM 15

Quelles sont vos réponses ?

- A - Récepteurs aux opiacés : kappa
- B - Récepteurs aux opiacés : Alpha
- C - Récepteurs aux opiacés : Mu
- D - Récepteurs couplés aux protéines G
- E - Récepteurs mitochondriaux

RÉPONSES :

1 : A - 2 : BCE - 3 : C - 4 : ABD - 5 : A - 6 : BDE - 7 : DE - 8 : D - 9 : BCE - 10 : ABD - 11 : ACE - 12 : BDE - 13 : BCD - 14 : AE - 15 : CD.

Items abordés :

131 - Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique. **132** - Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. **149** - Endocardite infectieuse. **152** - Infections cutané-muqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant. **169** - Zoonoses.

Références

- SFAR : Prophylaxie de l'endocardite infectieuse.
- SFDermato : Érysipèle et fasciite nécrosante. (2001)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

2. Ces caractéristiques permettent de la différencier d'une adénopathie d'une affection virale par exemple.
3. L'association est typique (cf. PILLY).
5. On peut voir sur cette image échographique la végétation de la valve aortique (flèche).
6. Les hémocultures ne mettront pas en évidence de germe dans le cadre de cette endocardite aiguë probablement à *Bartonella Henselae*. La sérologie ne permettra pas l'identification du germe.

8. Les zones noires d'aspect cartonné sont en faveur de la nécrose (DHBN = fasciite).

9. L'IRM n'est pas un examen à réaliser devant une fasciite nécrosante, rien ne devant retarder la prise en charge chirurgicale.

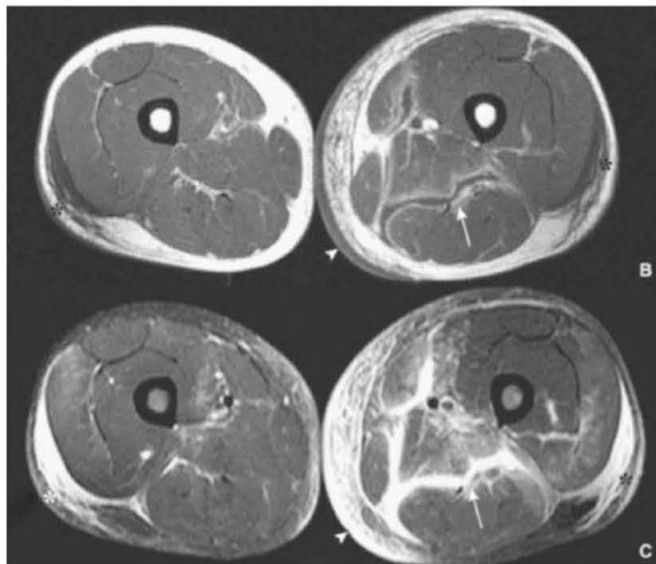
10. Les 3^e et 4^e flèches correspondent à l'atteinte nécrotique et l'épaississement des fascias profonds. La première flèche correspond à l'infiltration de la graisse hypodermique. La 2^e flèche correspond à l'épaississement des fascias superficiels.

L'essentiel du cours

- La maladie des griffes du chat est une infection fréquente, due à des bactéries à développement intracellulaires, transmise par griffure ou morsure (chat), ou blessure végétale.
- Le diagnostic est confirmé par examen anatomo-pathologique (granulome, microabcès, bacilles intra et extracellulaires (coloration argentique), par sérologie ou par PCR.
- Le traitement de la maladie des griffes du chat repose sur l'Azithromycine 4 jours (alternative doxycycline). Cependant, l'endocardite à *Bartonella* est traitée par doxycycline et gentamycine.
- Le traitement de la DHBN (fasciite nécrosante) est une urgence médico-chirurgicale.
- L'antibiothérapie doit tenir compte des germes les plus probables : par exemple, on associera pour les membres une Béta-lactamine, un inhibiteur de bêta-lactamase (par exemple pipéracilline-Tazobactam) et la clindamycine. La chirurgie doit être précoce avec incisions pour drainage et excision des tissus nécrosés.

Images *BONUS*

Fasciite nécrosante de cuisse :



Épaississements des fascias superficiels et infiltration de la graisse (tête de flèche) ; épaississement et atteinte nécrotique des fascias profonds (flèche).

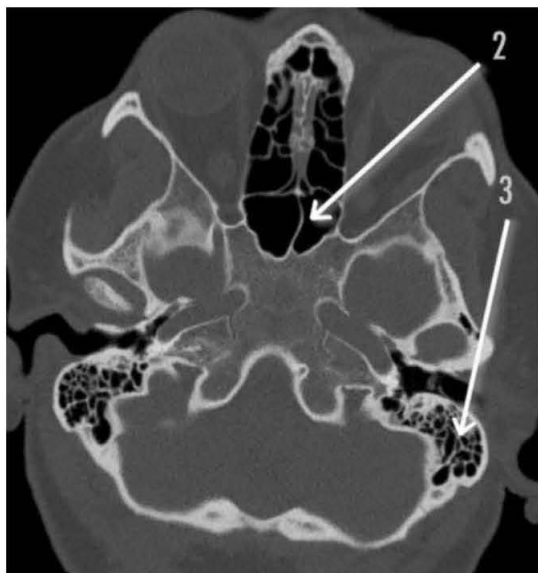
CAS CLINIQUE n° 12

Difficulté : 1 2 3



Monsieur M., 28 ans, consulte chez son généraliste pour des douleurs infra-orbitaires gauches accompagnées de rhinorrhée et de fièvre depuis 5 jours. Il avait déjà consulté 2 jours auparavant aux urgences pour les céphalées intenses, où une imagerie avait été réalisée. Il est tabagique à 5 PA, a des antécédents de sinusite sphénoïdale et de pneumopathie bactérienne. Vous disposez du scanner suivant :





QCM I

Légendez :

- A - 1 = Sinus maxillaire droit
- B - 1 = Cellules ethmoïdales droites
- C - 2 = Sinus sphénoïdal gauche
- D - 2 = Cellules ethmoïdales gauches
- E - 3 = Cellules mastoïdiennes gauche

QCM 2

Quel est votre diagnostic?

- A - Sinusite maxillaire aiguë gauche
- B - Rhinosinusite
- C - Sinusite frontale aiguë
- D - Sinusite ethmoïdale aiguë
- E - Sinusite sphénoïdale aiguë

QCM 3

Quels sont les critères majeurs permettant de poser ce diagnostic clinique ?

- A - Persistance de douleurs sinusiennes infra-orbitaire malgré un traitement symptomatique depuis 24 heures
- B - Douleur unilatérale augmentée la tête en avant pulsatile maximum en fin d'après-midi et la nuit
- C - Fièvre persistant au 3^e jour d'évolution
- D - Obstruction nasale et éternuements de plus de 10 jours
- E - Augmentation de la rhinorrhée et de sa purulence

QCM 4

Quelles sont les complications possibles de cette pathologie ?

- A - Méningite à pneumocoque
- B - Empyème sous-dural
- C - Thrombophlébite du sinus caverneux
- D - Méningite à méningocoque
- E - Abscès cérébral

QCM 5

Quelles sont les mesures associées à l'antibiothérapie médicamenteuse et non médicamenteuses de première intention ?

- A - Arrêt du tabac
- B - AINS per os : kétoprofène
- C - Paracétamol 1 g x 4/jour
- D - Lavage des fosses nasales
- E - Vasoconstricteurs nasaux

QCM 6

Quelle est l'antibiothérapie de première intention?

- A - Cefuroxime - axétil 10 jours
- B - Cefpodoxime - proxétil 7 jours
- C - Amoxicilline - acide clavulanique 10 jours
- D - Pristinamycine 4 jours
- E - Amoxicilline 7-10 jours

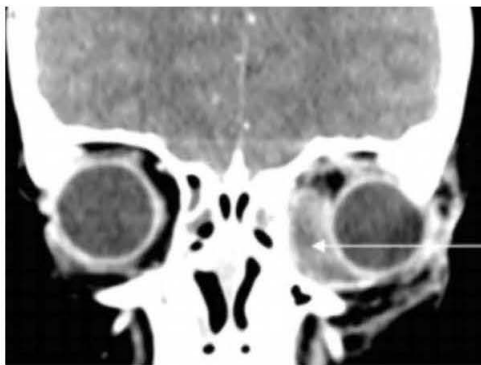
QCM 7

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, quelle est/sont le(s) antibiothérapie(s) recommandés?

- A - Cefuroxime - axétil 10 jours
- B - Cefpodoxime - proxétil 7 jours
- C - Ciprofloxacine 10 jours
- D - Pristinamycine 4 jours
- E - Azithromycine 5 jours

QCM 8

Votre traitement a permis de soulager le patient. Il revient 8 ans plus tard avec son fils de 6 ans pour une fièvre à 40°C associée à des céphalées importantes et une exophtalmie. L'enfant a comme antécédent 9 otites moyennes aiguës par an jusqu'à l'âge de 4 ans et une méningite à l'âge de 8 mois. Vous avez prescrit l'imagerie suivante qu'il vous ramène :



Quel est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?

- A - Sinusite maxillaire aiguë
- B - Dacryocystite aiguë
- C - Sinusite frontale aiguë
- D - Ethmoïdite aiguë
- E - Sinusite sphénoïdale aiguë

QCM 9

Quels autres signes cliniques auraient pu vous orienter ?

- A - Rhinorrhée purulente unilatérale
- B - Œdème douloureux à l'angle interne de l'Œil
- C - Céphalées sus-orbitaire
- D - Céphalées rétro-orbitaire
- E - Rhinorrhée purulente bilatérale

QCM 10

Quelles sont les 2 formes de cette pathologie et quelle est la plus probable dans ce cas?

(Réponse = 2 formes / la plus probable)

- A - Forme pré-septale et intra-orbitaire/ Forme intra orbitaire
- B - Forme péri-orbitaire et intra-orbitaire/ Forme pré-orbitaire
- C - Forme pré-septale et rétro-septale/ Forme rétro-septale
- D - Forme pré-orbitaire et rétro-septale/ Forme pré-orbitaire
- E - Forme pré-septale et rétro-septale/ Forme pré-septale

QCM 11

Quelle est votre prise en charge?

- A - Hospitalisation, urgence médicale et chirurgicale
- B - C3G + fosfomycine per os
- C - C3G + fosfomycine +/- gentamycine IV
- D - Drainage d'un abcès orbitaire
- E - Soins oculaires répétés

QCM 12

Devants les antécédents familiaux chez le père et chez cet enfant, que devez-vous évoquer ?

- A - Granulomatose avec polyangéite
- B - Maladie de Rendu-Osler
- C - Déficit Immunitaire Héréditaire
- D - Lupus
- E - Sarcoïdose

QCM 13

Quels sont les examens complémentaires à demander pour rechercher ce type de pathologie ?

- A - Anticorps anti-ADN natifs
- B - Sérologies post-vaccinales
- C - ANCA
- D - NFS + frottis sanguin
- E - Dosage pondéral des immunoglobulines

QCM 14

Après un bilan poussé, vous diagnostiquez un Déficit Immunitaire Commun variable (DICV). Quelle est la physiopathologie de cette pathologie ?

- A - Agammaglobulinémie
- B - Neutropénie congénitale
- C - Déficit en lymphocyte T
- D - Déficit de la phagocytose
- E - Hypogammaglobulinémie congénitale

QCM 15

Quelle est votre prise en charge ?

- A - Transfusion d'immunoglobulines polyvalentes non spécifiques
- B - Vaccinations par vaccins vivants autorisés
- C - Prise de G-CSF mensuel
- D - Antibiothérapie spécifique ciblée
- E - Kinésithérapie à envisager

RÉPONSES :

1 : ACE - 2 : A - 3 : BE - 4 : ACE - 5 : ACD - 6 : E - 7 : D -
8 : D - 9 : AB - 10 : C - 11 : ACDE - 12 : C - 13 : BDE - 14 :
E - 15 : ADE.

Items abordés :

145 - Infections naso-sinusiennes de l'adulte et de l'enfant. **185** -
Déficit immunitaire.

Références

- SPILF : Recommandation de bonne pratique : infections respiratoires
hautes (2011).

Les conseils du spécialiste

Commentaires

3. Les douleurs doivent persister depuis 48 heures. La fièvre et l'obstruction nasale sont des critères mineurs.
4. Les complications orbitaires se voient surtout dans les sinusites ethmoïdales. L'empyème sous-dural complique les sinusites frontales.
5. Les AINS et les vasoconstricteurs nasaux ne sont pas recommandés.
- 6/7. Amoxicilline en première intention pour les sinusites maxillaires, C2G ou C3G si allergie aux pénicillines seules, pristinamycine ou télichromycine si allergie aux bêta-lactamine.
8. Le signe de la flèche oriente vers un abcès intra-orbitaire sous-périosté.
9. La céphalée sus-orbitaire évoque une sinusite frontale et la céphalée rétro-orbitaire évoque une sinusite sphénoïdale.
10. L'exophtalmie oriente vers une forme rétro-septale.

12. Les critères de Déficit Immunitaire Héréditaire sont présents ici (> 8 otites/ an, méningite...)
14. L'agammaglobulinémie congénitale est aussi appelée maladie de Bruton.
15. Les vaccins vivants (BCG, fièvre jaune...) sont contre-indiqués. Le G-CSF est destiné aux patients neutropéniques.

L'essentiel du cours

- Les cas cliniques de sinusite se répartissent le plus souvent en 2 types : sinusite maxillaire aiguë chez un patient allergique et fumeur, sinusite ethmoïdale aiguë chez l'enfant.
- Les examens complémentaires dans la sinusite maxillaire aiguë ne sont PAS recommandés en première intention. Le scanner sera réalisé d'emblée pour les sinusites sphénoïdale, frontale et pour les ethmoïdes rétro-septale.
- Le traitement antibiotique est à maîtriser : amoxicilline pour la sinusite maxillaire aiguë, Augmentin dans les autres cas non compliqués. Les vasoconstricteurs nasaux ne sont jamais recommandés. Les corticoïdes sont à prescrire dans les sinusites bloquées hyperalgiques.
- Toujours rechercher les complications orbitaires de l'ethmoïdite qui changent radicalement la prise en charge (urgence médico-chirurgicale si présents).
- Bien connaître les principaux critères de DIH (Déficit Immunitaire Héréditaire) : Enfant : 8 otites par an avant 4 ans, 4 otites/ an après 4 ans ; pneumopathie récidivante, méningite... Adulte : 4 infections nécessitant des ATB/an, infections sévères résistantes aux ATB, germes atypiques...

CAS CLINIQUE n° 13

Difficulté : 1 2 3



Monsieur H., 68 ans, consulte pour des douleurs abdominales diffuses persistantes malgré la prise de paracétamol avec nausées. Il présente comme antécédents un accident ischémique transitoire, une fibrillation auriculaire (ACFA) paroxystique traitée, et une dyslipidémie sous statines. Il fume par ailleurs 10 cigarettes par jour depuis 40 ans et boit environ 4 bières par jour (25 cl à 5° environ). Aujourd'hui, le patient est pâle, avec une douleur abdominale diffuse.

QCM I

À combien évaluez-vous ses consommations tabagique et alcoolique ?

- A - 10 Paquets-Années (PA) et 40 g/jour
- B - 20 PA et 30 g/jour
- C - 40 PA et 40 g/jour
- D - 10 PA et 20 g/jour
- E - 20 PA et 40 g/jour

QCM 2

Vous avez réalisé cet examen :



Quel est le type d'examen ?

- A - Scanner abdominal injecté au temps artériel
- B - Scanner abdominal injecté au temps portal
- C - Scanner abdominal injecté au temps tardif
- D - Scanner abdominal non injecté
- E - IRM abdominale injectée

QCM 3

Quel est votre diagnostic ?

- A - Dissection aortique stade A
- B - Appendicite aiguë
- C - Abscess rétro-aortique
- D - Anévrisme de l'aorte abdominale probablement fissuré
- E - Péritonite aiguë

QCM 4

Vous retrouvez un ancien compte-rendu du médecin traitant évoquant un signe de Bakey positif. Quel en est la signification ?

- A - Anévrisme aortique situé en sus-rénal
- B - Anévrisme aortique situé en sous-rénal
- C - Le tranchant de la main peut être placé entre la partie supérieure de l'anévrisme et le bord costal inférieur gauche
- D - Le tranchant de la main peut être placé entre la partie inférieure de l'anévrisme et le bord costal supérieur gauche
- E - Le tranchant de la main peut être placé entre la partie inférieure de l'anévrisme et le bord costal inférieur gauche

QCM 5

Quels sont les principaux arguments qui auraient dû vous pousser à pratiquer un dépistage de la pathologie diagnostiquée chez ce patient ?

- A - Alcoolisme chronique
- B - Tabagisme actif
- C - Âge > 65 ans
- D - ACFA
- E - Dyslipidémie

QCM 6

Quel(s) traitement(s) envisagez-vous ?

- A - Traitement dans les 48 h
- B - Traitement en urgence, urgence vitale
- C - Endoprothèse aortique
- D - Chirurgie vasculaire : mise à plat + prothèse tubulaire synthétique aortique
- E - Intervention de Bentall

QCM 7

Le patient est préparé pour l'intervention choisie lorsqu'il se plaint brutalement de douleurs de la jambe droite, qui est froide et pâle à l'examen clinique. Que redoutez-vous tout d'abord?

- A - Érysipèle aigu
- B - Thrombose veineuse profonde
- C - Ischémie aiguë de membre
- D - Syndrome des loges post-fracturaire
- E - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

QCM 8

Quels sont les principaux éléments permettant de déterminer la gravité de cette pathologie ?

- A - Absence de pouls
- B - Déficit sensitif
- C - Déficit moteur
- D - Température de la jambe < 30 degrés
- E - Pâleur très importante du membre

QCM 9

Ces éléments ne sont pas présents. Quel est votre traitement en urgence concernant cette pathologie ?

- A - Artériographie pour désobstruction à la sonde de Fogarty
- B - Artériographie pour désobstruction à la sonde de Foley
- C - Héparine non fractionnée à dose efficace
- D - TCA objectif de 3-4,5 x témoin
- E - Aponévrotomie à envisager systématiquement

QCM 10

Voici l'imagerie obtenue :

Quelle est (sont) l'(les) artère(s) atteinte(s) ?



- A - Artère fémorale commune
- B - Artère iliaque interne
- C - Artère fémorale superficielle
- D - Artère poplitée
- E - Artère tibiale antérieure

QCM II

Quelles sont les autres causes d'ischémie aiguë de membres ?

- A - Myxome de l'oreillette
- B - Syndrome des anti- phospholipides
- C - Thrombose induite par l'héparine
- D - Cardiopathie hypertrophique
- E - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

QCM 12

Quels sont les risques biologiques lors de la désobstruction ?

- A - Alcalose métabolique
- B - Insuffisance rénale aiguë
- C - Augmentation des CPK > 1000 UI/L
- D - Hyperlactatémie
- E - Hypophosphorémie

QCM 13

Le patient présente une hyperkaliémie à 7,3 après les traitements effectués. Quel(s) est (sont) les principaux risques ?

- A - Tachycardie ventriculaire puis fibrillation ventriculaire
- B - Bloc auriculo-ventriculaire complet
- C - Paralysie débutant aux membres inférieurs
- D - Accident vasculaire cérébral ischémique
- E - Myélinolyse centro-pontine

QCM 14

Quels sont les thérapeutiques utilisables ?

- A - Gluconate de calcium (chlorure de magnésium si digitaux)
- B - Alcalinisation IV
- C - Diurétiques : indapamide
- D - Épuration extra-rénale (hémodialyse)
- E - Résines échangeuse d'ions

QCM 15

Quel est le mode d'action de l'insuline-glucose dans le traitement de l'hyperkaliémie ?

- A - Augmente l'excrétion rénale
- B - Antagoniste membranaire direct
- C - Activation de la Na-K ATPase
- D - Augmentation de la captation cellulaire du potassium
- E - Inhibition du co-transporteur Na-K-2Cl

RÉPONSES :

1 : E - 2 : A - 3 : D - 4 : BD - 5 : BC - 6 : CD - 7 : C - 8 : BC
- 9 : AC - 10 : C - 11 : ABCE - 12 : BCD - 13 : ABC - 14 :
ABDE - 15 : D.

Items abordés :

219 - Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention. **223** - Artériopathie oblitérante de l'aorte, des artères viscérales et des membres inférieurs ; anévrismes. **265** - Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques.

Références

- HAS (2012) : Dépistage et prévention des anévrismes de l'aorte abdominale.
- SFAR (2003) : Anesthésie-réanimation d'un patient en ischémie aiguë des membres inférieurs.
- SFAR (2007) : Rhabdomyolyse.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Un paquet = 20 cigarettes. Alcool consommé (en grammes) = 8 x quantité (L) x degré. Ici : 8 x 4 bières de 25 cl x 5 = 40 g.
3. Imagerie typique d'anévrisme de l'aorte abdominale thrombosé, qui devant la symptomatologie doit faire évoquer une fissuration.
5. Recommandation HAS.
7. Devant un patient avec un anévrisme de l'aorte abdominale, toujours évoquer l'ischémie aiguë de membre devant toute douleur.
8. L'absence de pouls, et la pâleur de la jambe qui est retrouvée froide sont des éléments du diagnostic positif et non de gravité.
9. L'objectif du TCA est de 2-3 x témoin. L'Héparine sera débutée en post-opératoire.
10. La radio est au niveau de la tête fémorale donc la bifurcation visualisée est celle entre la fémorale superficielle et la fémorale profonde. L'artère fémorale profonde donne les rameaux perforants qui vont à l'os (à droite de l'image) donc l'artère atteinte est la fémorale superficielle.
12. Acidose métabolique (lactique) et hyperphosphorémie.
14. L'indapamide est un diurétique thiazidique et non de l'anse.
15. L'inhibition du co-transporteur est le mode d'action des diurétiques de l'anse. Le Salbutamol active la Na-K ATPase. Le gluconate Ca²⁺ est antagoniste membranaire.

L'essentiel du cours

- L'anévrisme de l'aorte abdominale est une pathologie fréquente chez les hommes (sex ratio de 13:1) fumeurs ou anciens fumeurs de plus de 65 ans.
- L'HAS recommande un dépistage des hommes entre 65 et 75 ans avec un tabagisme chronique actuel ou passé et des hommes entre 50 et 75 ans si antécédents familiaux.
- Ne pas oublier la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires dans le traitement de l'anévrisme++.

- Les principales complications sont la fissuration, la rupture, et la fistule dans le duodénum ou la veine cave.
- Le traitement est chirurgical ou endovasculaire, réalisé si l'anévrisme est symptomatique, mesuré à plus de 5 cm ou augmentant de plus de 1 cm en 1 an.
- L'ischémie artérielle aiguë de membre est une urgence vitale, dont le diagnostic est clinique.
- Le début est brutal dans les causes emboliques.
- Le membre est froid, livide, avec des douleurs très intenses à type de broiement. Le POULS est aboli.
- Aucun examen ne doit retarder le traitement en urgence (anticoagulation par HNF et embolectomie à la sonde de Fogarty).
- Un bilan à la recherche de l'étiologie ou des étiologies est toujours indispensable.

CAS CLINIQUE n° 14

Difficulté : 1 2 3



Madame H., 73 ans est amenée aux urgences par les pompiers pour une chute de sa hauteur avec impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche. Vous suspectez une fracture du col fémoral gauche à l'examen clinique. La patiente présente comme antécédents une HTA contrôlée par IEC, une gonarthrose évoluée bilatérale et un cancer du sein stade III toujours traité par radio-chimiothérapie. Sa dernière cure remonte à 2 mois.

QCM I

Quels éléments cliniques vous font suspecter cette fracture ?

- A - Raccourcissement du membre inférieur droit
- B - Déformation en pied-botte fémorale
- C - Douleur à la palpation du pli inguinal
- D - Membre en adduction rotation interne
- E - Bord externe du pied repose sur le brancard

QCM 2

Vous avez à votre disposition la radio suivante :



Quels sont les éléments de votre compte-rendu?

- A - Déplacement de la tête en valgus
- B - Déplacement de la tête en varus
- C - Travées horizontalisées
- D - Travées verticalisées
- E - Absence d'engrènement

QCM 3

Quel est votre diagnostic?

- A - Fracture cervicale vraie
- B - Fracture cervico-trochantérienne
- C - Fracture Garden 3
- D - Fracture Garden 4
- E - Fracture sous-trochantérienne

QCM 4

Quel est le traitement le plus probable chez cette patiente ?

- A - Traitement orthopédique
- B - Traitement fonctionnel
- C - Ostéosynthèse
- D - Prothèse totale de hanche
- E - Prothèse intermédiaire de hanche

QCM 5

Votre patiente est hospitalisée depuis 4 jours en chirurgie orthopédique. Elle est soudain dyspnéique avec une saturation en oxygène mesurée à 82 %. Quel sont les examens à réaliser en urgence?

- A - Radiographie du thorax
- B - Échocardiographie
- C - ECG
- D - Gaz du sang
- E - Oxymétrie nocturne

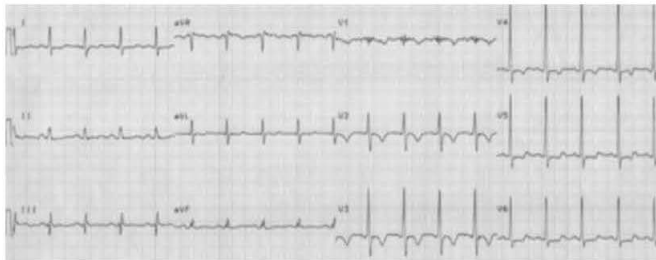
QCM 6

Voici les résultats de certains : GDS, ECG. Interprétez-les.

PaO₂ = 69 mmHg

PaCO₂ = 40 mmHg

HCO₃⁻ = 24 mmol/L



- A - Hypoxie et hypercapnie
- B - Effet Shunt car $PaO_2 + PaCO_2 < 150$ mmHg
- C - Alcalose respiratoire
- D - S1Q3
- E - Tachycardie par réentrée intra-nodale

QCM 7

Quel est (sont) alors l'(/les) examen(s) à réaliser en urgence et pourquoi?

- A - Échographie des membres inférieurs car probable phlébite
- B - Scanner thoracique non injecté car patiente âgée de plus de 65 ans
- C - Angioscanner thoracique car examen de référence
- D - Angiographie thoracique car Gold Standard
- E - IRM thoracique car meilleure sensibilité et spécificité

QCM 8

Le voici :



Quel est votre diagnostic ?

- A - Défects endo-vasculaires
- B - Atteinte de l'artère pulmonaire gauche et de l'artère bronchique gauche
- C - Infarctus pulmonaire
- D - Embolie pulmonaire
- E - Épanchement pleural associé

QCM 9

Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie rentrant dans le score de Genève modifié simplifié?

- A - Âge > 60 ans
- B - Immobilisation récente < 15 jours
- C - Cancer solide < 1 ans
- D - Chirurgie sous anesthésie locale ou générale
- E - Antécédents de thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire

QCM 10

Quel est(ont) le(s) traitement(s) anticoagulant(s)?

- A - HBPM Enoxaparine 1000 UI/kg x 2/jour
- B - HNF IV bolus 80 UI/kg puis perfusion de 18 UI/kg/h adaptée au TCA
- C - Aspirine 100 mg IV
- D - Relais AVK précoce (warfarine par exemple)
- E - Surveillance des plaquettes 2 fois par semaine

QCM II

Quels sont les moyens de prévention de cette pathologie?

- A - Mobilisation précoce de la patiente
- B - Anticoagulation préventive
- C - Régime riche en protéine
- D - Bas de contention élastique
- E - Lit avec matelas hydraulique

QCM 12

5 jours après le début du traitement par HNF IV, ses plaquettes sont à 25 g/L (plaquettes à 240 g/L sur son dernier bilan avant traitement). Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Pancytopénie médicamenteuse
- B - Thrombopénie bénigne liée à l'héparine
- C - Hémodilution
- D - Thrombopénie induite à l'héparine type I
- E - Thrombopénie induite à l'héparine type II

QCM 13

Quelle est la physiopathologie de cette affection?

- A - Syndrome induit par des anticorps souvent IgG
- B - Reconnaissent dans la plupart des cas le facteur 4 plaquettaire modifié par l'héparine
- C - Faible activation de la coagulation
- D - Activation plaquettaire intense
- E - Thromboses veineuses uniquement

QCM 14

Quel est votre traitement de cette pathologie?

- A - Transfusion de plaquettes en urgence
- B - Arrêt immédiat de l'héparine dès le diagnostic confirmé
- C - Substitution par danaparoïde sodique possible
- D - Substitution par HBPM possible
- E - Surveillance quotidienne des plaquettes jusqu'à normalisation

QCM 15

Quels sont les principes de la kinésithérapie à sa sortie ?

- A - Maintien des amplitudes articulaires de la hanche
- B - Renforcement des muscles moyen et grand fessiers pour stabilisation du bassin
- C - Apprentissage de l'utilisation des cannes anglaises
- D - Rééducation par balnéothérapie exclusivement
- E - Autonomisation et rééducation proprioceptive

RÉPONSES :

1 : AE - 2 : BC - 3 : AC - 4 : E - 5 : ACD - 6 : D - 7 : C - 8 : AD - 9 : CE - 10 : BE - 11 : ABD - 12 : E - 13 : ABD - 14 : CE - 15 : ABCE.

Items abordés :

118 - Principales techniques de rééducation et de réadaptation. **210** - Thrombopénie chez l'adulte et l'enfant. **224** - Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire. **326** - Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions. **358** - Prothèses et ostéosynthèses. **359** - Fractures fréquentes de l'adulte et du sujet âgé.

Références

- SFAR : thrombopénie induite à l'héparine. (2002)
- SFAR : Embolie pulmonaire : algorithmes diagnostiques. (2007)
- HAS : Anticorps responsables d'une thrombopénie induite par l'héparine. (2005)
- ANSM : Prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse.

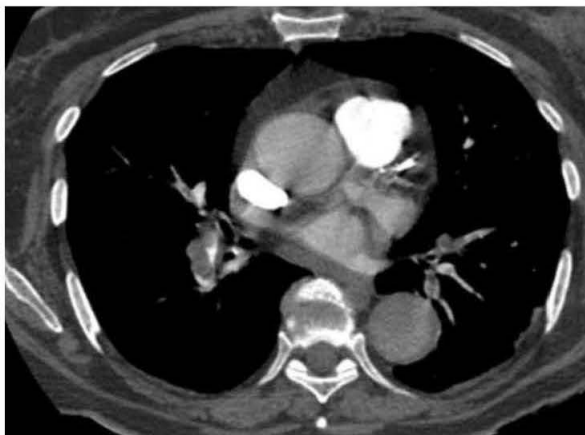
Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Déformation avec raccourcissement du membre, adduction rotation externe donc avec le bord externe du pied qui repose sur le brancard.
2. Radiographie typique de Garden 3 : bien suivre les corticales et les travées pour repérer le déplacement en varus.
4. Traitement chirurgical par prothèse de hanche car Garden 3 (risque d'ostéonécrose important). Prothèse intermédiaire de hanche car sujet âgé peu actif (gonarthrose évoluée associée), chirurgie moins lourde.
6. Effet Shunt car $\text{PaO}_2 + \text{PaCO}_2 < 120$ mmHg. La capnie est normale, donc pas d'alcalose respiratoire dans ce cas (PaCO_2 entre 35 et 45 mmHg). S1Q3 typique sur l'ECG.
- 7-8. Suspicion d'EP => Angioscanner en urgence => Lacunes endovasculaires à rechercher.
9. Score de Genève modifié du collègue de pneumologie.
10. Pas de relais AVK dans ce cas car cancer du sein en cours de traitement... Gros piège de ce cas qui aurait pu mériter un zéro dans les anciens ECN.
11. Le matelas hydraulique permet la prévention des escarres.
12. La baisse importante des plaquettes et le délai compatible évoque la TIH type 2.
13. Question de physiopathologie poussée mais discriminante...
14. Arrêt de l'héparine dès la suspicion diagnostique, pas d'attente de la confirmation++. Les HBPM sont formellement contre-indiqués en cas de TIH avec l'HNF. Les transfusions de plaquettes aggravent la pathologie.

L'essentiel du cours

- Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, dont les fractures cervicales vraies, nécessitent une radiographie standard dont l'interprétation est indispensable dans la vraie vie et à l'internat. Bien connaître les Garden.
- L'embolie pulmonaire chez les sujets âgés immobilisés est très fréquente. Le diagnostic est suspecté sur les examens simples type ECG (S1Q3, bloc de branche droit) et gaz du sang (effet shunt) et confirmé par l'angioscanner thoracique ou l'échographie des membres inférieurs/scintigraphie si CI au scanner.
- Le traitement de l'embolie pulmonaire doit être débuté dès la suspicion diagnostique. Une héparine non fractionnée ou une HBPM seront débutés (connaître les doses) avec un relais AVK précoce sauf en cas de contre-indications (cancer solide...).
- La thrombopénie induite à l'héparine (TIH) type II, contrairement au type I, bénin, est une pathologie grave. Elle survient 5 à 8 jours après le début de l'héparinothérapie.
- Diagnostic : plaquettes < 100 G/L et/ou baisse de plus de 40 % de la numération plaquettaire.
- Thromboses artérielles et/ou veineuses. Test ELISA F4P ou test d'activation plaquettaire pour confirmer le diagnostic + normalisation des plaquettes à l'arrêt de l'héparine.

Images *BONUS***Fracture du col fémoral Garden 3 :****Embolie pulmonaire :**

CAS CLINIQUE n° 15

Difficulté : 1 2 3



Monsieur M., 42 ans, consulte aux urgences pour des céphalées récidivantes depuis 1 ans, sans facteur déclenchant. Le médecin traitant avait évoqué une migraine sans aura et mis le patient sous traitement de fond en supplément du traitement des crises. À l'examen clinique, vous retrouvez des extrémités élargies, un prognathisme, des pommettes saillantes, un front bombé et des lèvres épaisses. Par ailleurs, le patient vous rapporte également un trouble de la libido important. Il consulte ce jour en raison de l'accentuation des céphalées.

QCM I

Quels sont les critères permettant le diagnostic de migraine?

- A - Durée entre 4 et 72 heures
- B - Céphalées d'intensité légère à modérée pulsatile unilatérale
- C - Peut être attribuée à une algie vasculaire de la face
- D - Non aggravée par les efforts physiques de routine
- E - Association à une phono-photophobie et/ou nausées et vomissements

QCM 2

Quels sont les traitements spécifiques des crises, potentiellement prescrits par le médecin traitant ?

- A - Paracétamol
- B - Aspirine ou anti-inflammatoire non stéroïdien
- C - Triptans
- D - Dérivés de l'ergot de seigle
- E - Béta-bloquants

QCM 3

Quels sont les traitements de fond de première intention potentiellement prescrits par le médecin traitant ?

- A - Triptans
- B - Béta-bloquants (propranolol)
- C - Oxétorone
- D - Gabapentine
- E - Amitriptyline

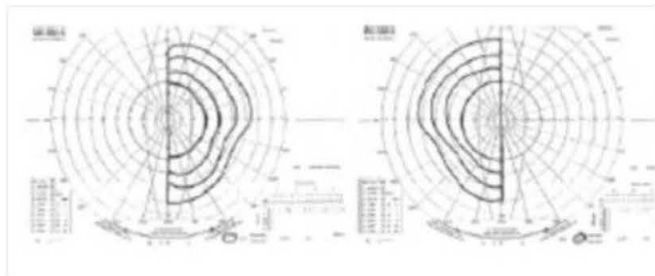
QCM 4

Quels sont les origines physiopathologiques de la migraine ?

- A - Hyperexcitabilité neuronale
- B - Origine non génétique
- C - L'aura est souvent due à un dysfonctionnement cortical transitoire à point de départ occipital ou pariétal
- D - Activation du système trigémino-vasculaire entraînant les céphalées
- E - Compression de la racine du nerf trijumeau par une artère naissant de l'artère basilaire

QCM5

Devant des « troubles de la vue », la patiente avait consulté un ophtalmologiste 1 mois plus tôt. Ce dernier avait prescrit cet examen :



Que retrouve cet examen ?

- A - Quadranopsie bitemporale
- B - Hémianopsie latérale homonyme gauche
- C - Hémianopsie bitemporale
- D - Quadranopsie latérale homonyme
- E - Hémianopsie latérale homonyme droite

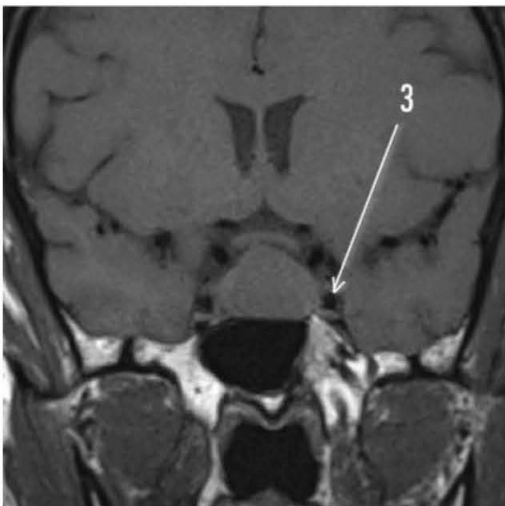
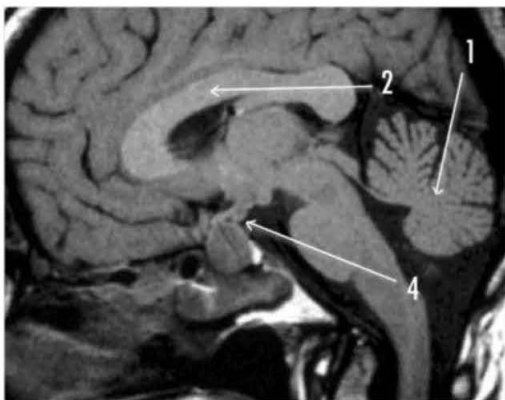
QCM 6

Quelle est (sont) l'(les) atteinte(s) topographique(s) expliquant ce trouble ?

- A - Nerfs optiques
- B - Chiasma optique
- C - Bandelettes optiques
- D - Corps genouillés externes
- E - Radiations optiques

QCM 7

Vous avez finalement demandé cet examen :



Légendez :

- A - 1 = Tronc cérébral
- B - 2 = Hypothalamus
- C - 2 = Corps calleux
- D - 3 = canal carotidien
- E - 4 = Tige pituitaire

QCM 8

Quelle(s) est/sont les anomalies visualisées?

- A - Selle turcique vide
- B - Processus extra-sellaire homogène
- C - Effet de masse sur les structures adjacentes
- D - Calcifications intra-lésionnelle
- E - Processus tissulaire bien limité

QCM 9

Vous récupérez les dosages biologiques suivant :

- GH = 3 $\mu\text{g}/\text{L}$ (N < 0,4).
- Prolactine = 332 ng/mL (N = 5 - 20).

- Cortisol à 12H = 60 nmol/L (N = 190 - 470).
- TSH = 0,10 (N = 0,15- 5 μ UI/mL).

Quel(s) est (sont) la(les) cause(s) possible(s) d'hyperprolactinémie dans ce cas?

- A - Insuffisance gonadotrope
- B - Hyperprolactinémie de déconnexion
- C - Prise médicamenteuse
- D - Micro-adénome hypophysaire
- E - Macro-adénome hypophysaire

QCM 10

Quels tests dynamiques doivent être effectués?

- A - IGF1
- B - Dosage salivaire de cortisol à minuit
- C - Test de freinage standard à la dexaméthasone
- D - Test de freinage par hyperglycémie per os
- E - Test de freinage fort à la dexaméthasone

QCM II

Quel est alors le diagnostic complet ?

- A - Acromégalie avec macroadénome à prolactine
- B - Syndrome de Cushing et microadénome à prolactine
- C - Acromégalie et microadénome à prolactine
- D - Syndrome de Cushing et macroadénome à prolactine
- E - Panhypopituitarisme associé

QCM I2

Quelles sont les autres causes d'hyperprolactinémie?

- A - Grossesse
- B - Hypothyroïdie
- C - Insuffisance ovarienne précoce
- D - Hyperthyroïdie
- E - SOPK

QCM 13

Quels sont les signes cliniques retrouvés dans le déficit corticotrope?

- A - Asthénie
- B - Pâleur et dépigmentation
- C - Faciès lunaire
- D - Mélanodermie
- E - Hypotension orthostatique

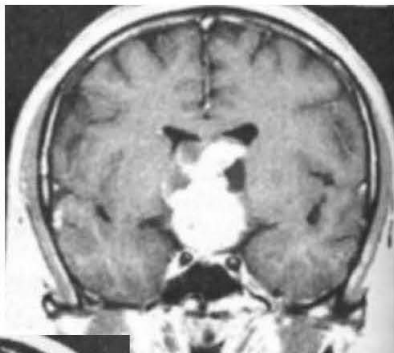
QCM 14

Quelles sont les options thérapeutiques dans ce cas ?

- A - Abstention thérapeutique
- B - Traitement médicamenteux + substitution des déficits à vie
- C - Radiothérapie
- D - Exérèse chirurgicale : adénomectomie par voie trans-sphénoïdale
- E - Chimiothérapie par méthotrexate

QCM 15

Douze ans plus tard, il accompagne sa petite fille de 6 ans qui présente des signes endocriniens et neurologiques. Voici l'imagerie :



Quel est votre diagnostic?

- A - Macroadénome hypophysaire
- B - Microadénome hypophysaire
- C - Cavernome
- D - Crâniopharyngiome
- E - Méningiome

RÉPONSES :

1 : AE - 2 : CD - 3 : BCE - 4 : ACD - 5 : C - 6 : B - 7 : CDE
 - 8 : CE - 9 : E - 10 : D - 11 : A - 12 : ABE - 13 : ABE - 14 :
 BD - 15 : D.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Intensité modérée à sévère. Ne peut pas être attribuée à une autre affection. Aggravée par l'effort.
2. Traitements SPECIFIQUE : triptans, dérivés de l'ergot de seigle.
3. EN première intention, 4 molécules : propranolol, métoprolol, oxétorone, amitriptyline.
4. Origine environnementale et génétique.
- 5/6. Hémianopsie bitemporale = atteinte chiasmatique.
7. La légende 1 correspond au cervelet.
8. Processus intra-sellaire comprimant les structures adjacentes typique de macro-adénome.
9. Prolactine > 200 ng/mL : macroadénome hypophysaire.
10. Le test à la TRH est très rarement réalisé en pratique. Les tests de freinage à la dexaméthasone sont utilisés dans le Cushing.
11. Le panhypopituitarisme correspond à l'insuffisance de toutes les lignées, ce qui n'est pas le cas des adénomes hypophysaires sécrétants.
13. Même signes que l'insuffisance surrénalienne excepté la mélanodermie.
15. La triade signes endocriniens, neurologiques et ophtalmologiques chez l'enfant doit faire évoquer le crâniopharyngiome, composé de portions kystiques (hypoT1, hyperT2) et de portions charnues (réhaussées par le gadolinium) ainsi que de calcifications. À comparer aux images d'adénome hypophysaire ci-dessus, plutôt homogène, sans portion kystique.

L'essentiel du cours

- La migraine est la plus fréquente des céphalées primaires. Elle est plus fréquente chez la femme jeune.
- Les critères IHS de migraine sans aura et de migraine avec aura doivent être connus par cœur. Ne pas oublier le critère : non attribuable à une autre affection.
- Le traitement des crises comporte généralement de l'aspirine (ou AINS type ibuprofène) associé à un anti-émétique. Les triptans sont utilisés en cas de crise sévère.
- Le traitement de fond est le plus souvent un bêta-bloquant (propranolol, métoprolol).
- L'adénome hypophysaire peut donner un éventail très varié de symptômes. C'est donc un sujet très en vogue pour l'ECNi.
- Le syndrome de Cushing et l'acromégalie sont à maîtriser parfaitement.
- Bien savoir prescrire et interpréter les dosages biologiques des différentes lignées. L'IRM typique de macro-adénome est le plus tombable.
- Le crâniopharyngiome donne une triade de symptômes endocriniens (retard staturo-pondéral), neurologiques (HTIC) et ophtalmologiques (BAV, amblyopie). Il est facilement évocable chez l'enfant devant de tels éléments.

Items abordés :

51 - Retard de croissance staturo-pondérale. **97** - Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face. **242** - Adénome hypophysaire.

Recommandations et consensus

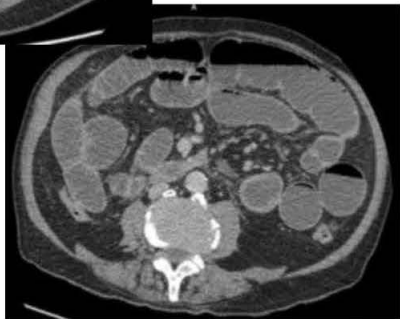
- SFendocrino : adénome hypophysaire.
- HAS : radiochirurgie et radiothérapie stéréotaxique.
- HAS : signes évocateurs d'une obésité secondaire et examens à visée étiologique.

BONUS

QUESTIONS ISOLÉES

QCM I

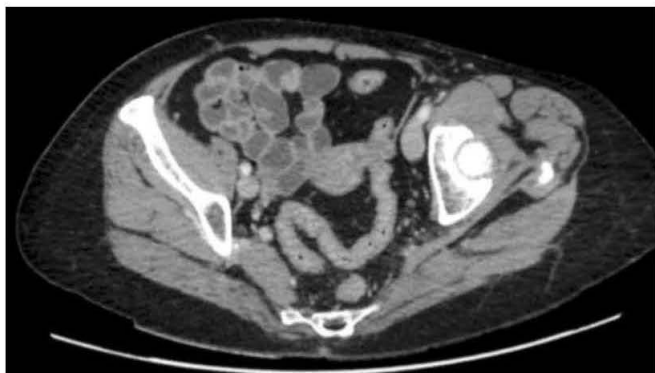
Quelles sont les propositions vraies ?



- A - Syndrome occlusif
- B - Volvulus d'une anse
- C - Masse caecale
- D - Lésion osseuse lytique vertébrale
- E - Calcifications vasculaires

QCM 2

Patiente de 49 ans sans antécédent. Douleurs abdominales récurrentes. Quelles sont les anomalies sur ces coupes de scanner ?



A - Syndrome occlusif

B - Intestin grêle disposé à droite de la ligne médiane

- C - Inflammation d'un diverticule colique
- D - Mésentère commun probable
- E - Cancer du côlon probable

QCM 3

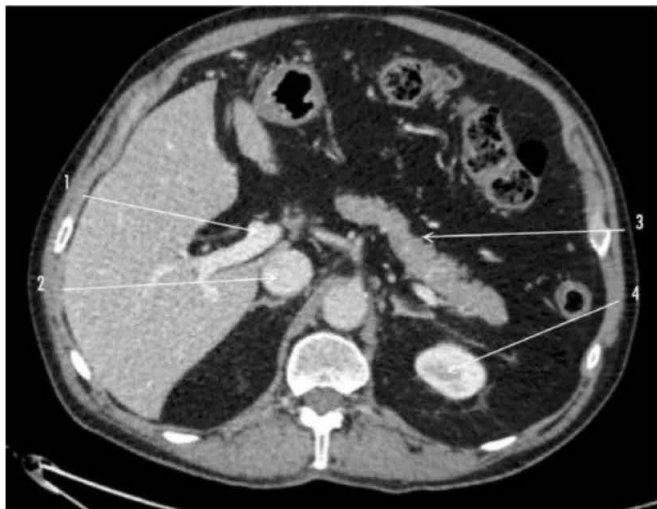
Légendez :



- A - 1 = Artère pulmonaire gauche
- B - 2 = Trachée
- C - 3 = Veine azygos
- D - 4 = Aorte descendante
- E - 5 = Vertèbre cervicale

QCM 4

Légendez :



A - 1 = Veine sus-hépatique

B - 1 = Tronc porte

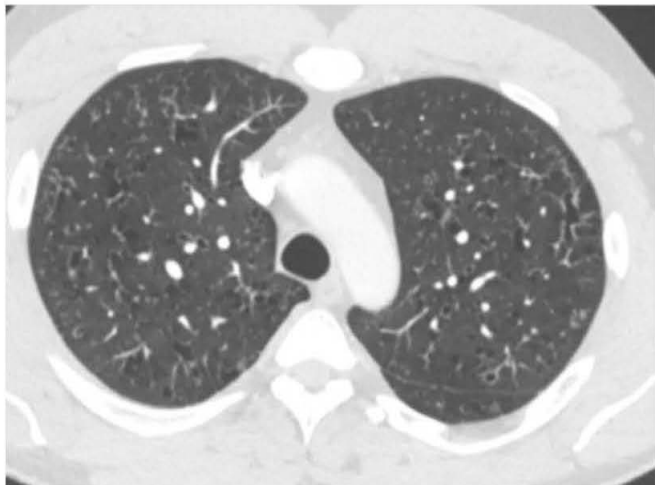
C - 2 = Aorte

D - 3 = Pancréas

E - 4 = Rate

QCM 5

Patient tabagique de 36 ans à 28 PA. Quelles sont les propositions vraies ?



- A - Lésions d'emphysème diffus évoquant une BPCO
- B - Dilatation trachéale
- C - Épaississement des septas inter-lobulaires
- D - Images kystiques confluentes
- E - Probable histiocytose langerhansienne

QCM 6

Quelles sont les particularités d'un AVC ischémique à l'IRM ?

- A - Hypersignal diffusion avec augmentation de l'ADC à la phase précoce
- B - Hypersignal T1 dès la 6^e heure
- C - Hypersignal T2 et hypersignal FLAIR dès la 6^e heure
- D - Lésion systématisée à un territoire artériel à limites nettes
- E - Lésion contro-latérale à la symptomatologie clinique en cas d'AVC sylvien total

QCM 7

Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ?



- A - Aspect typique de cancer du côlon
- B - Niveaux hydro-aériques de l'hypochondre gauche
- C - Aspect typique de volvulus du caecum

D - Aspect en U inversé

E - Aspect typique de volvulus du sigmoïde

QCM 8

Quelles sont les caractéristiques à l'IRM d'un angiome hépatique ?

A - Prise de contraste avec cicatrice centrale

B - HypoT1 hyperT2

C - HyperT1 hypoT2

D - Mal limité

E - Prise de contraste en motte

QCM 9

Quelles sont les caractéristiques à l'IRM d'une hyperplasie nodulaire focale ?

A - HyperT1 hyperT2

B - Iso ou hypoT1 hyperT2

C - Signal central intense en T2

D - Cicatrice stellaire centrale

E - Prise de contraste en motte

QCM 10

Quelles sont les caractéristiques à l'échographie d'un kyste biliaire simple ?

- A - Hyperéchogène
- B - Cloisons et végétations intra-kystiques possibles
- C - Bien arrondi
- D - Vascularisation modérée
- E - Anéchogène

QCM 11

Vous recevez la radiographie thoracique de cette patiente. Quel est votre diagnostic ?



- A - Pneumothorax non compliqué
- B - Épanchement pleural gauche
- C - Cardiomégalie
- D - Normale
- E - Emphysème pulmonaire

QCM 12

Quels sont les éléments de description radiologique pour la fracture de Pouteau-Colles ?

- A - Trait de fracture simple, transversal, sus articulaire
- B - Trait de refend articulaire possible
- C - Index radio-ulnaire inversé (positif ou nul)
- D - Horizontalisation de la ligne bi-styloïdienne
- E - Bascule postérieure de l'épiphyse ulnaire avec engrenement postérieur

QCM 13

Quel(s) est(sont) votre(vos) diagnostic(s) ?



- A - Cancer pulmonaire excavé
- B - Hémorragie intra-alvéolaire
- C - Aspergillome
- D - Tuberculose
- E - Dilatation des bronches

QCM 14

Que faut-il rechercher à la radiographie thoracique chez un enfant dont on suspecte une inhalation de corps étranger ?

- A - Emphysème pulmonaire localisé
- B - Atélectasie si inhalation ancienne
- C - La radiographie peut être normale
- D - Visualisation du corps étranger radio-transparent
- E - Embolie pulmonaire associée

QCM 15

Quel est votre diagnostic ?





- A - Fracture de Pouteau-Coles
- B - Fracture en T
- C - Fracture de Goyrand Smith
- D - Fracture de Gerard Marchand
- E - Fracture comminutive

QCM 16

Quel est votre (vos) diagnostic(s) de cette radiographie au lit ?



- A - Scoliose
- B - Épanchement pleural gauche
- C - Cardiomégalie
- D - Fracture de côtes
- E - Tassement vertébral

QCM 17

Un jeune homme de 17 ans consulte aux urgences pour des douleurs situés au tiers inférieur du fémur prédominant la nuit, mal calmées par le doliprane. Vous réalisez le scanner et retrouvez l'image suivante.



- A - Présence d'une lacune ovoïde de contours nets avec amincissement des corticales
- B - Saillie osseuse
- C - Lacune de petite taille évoquant un nidus avec épaissement cortical
- D - Ostéochondrome probable
- E - Ostéome ostéoïde probable

QCM 18

Une patiente de 27 ans consulte pour une baisse d'acuité visuelle de l'œil droit depuis la veille avec des douleurs autour de l'orbite très intenses. Elle a présenté 2 ans auparavant un déficit de la main gauche qui avait duré quelques heures avant de régresser et pour lequel elle n'avait pas consulté. Vous disposez de l'imagerie suivante :

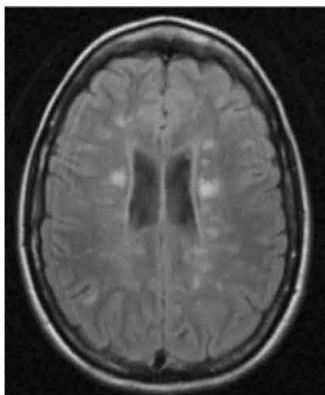


Image 1

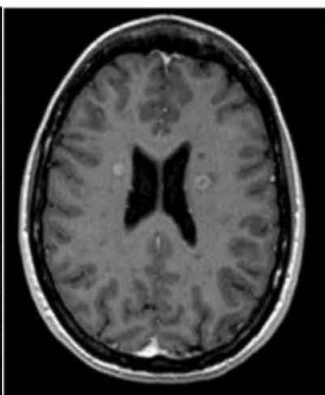


Image 2

- A - Une exacerbation de la douleur par la mobilisation du globe et une dyschromatopsie rouge-vert appuieraient le diagnostic de NORB (névrite optique rétro-bulbaire)
- B - Multiples hypersignaux T1 sur l'image 1
- C - Atteinte de la substance blanche périventriculaire
- D - Dissémination spatiale car réhaussement par le gadolinium sur l'image 2
- E - Diagnostic de sclérose en plaque le plus probable

QCM 19

Devant une suspicion de thrombophlébite cérébrale :

- A - Une imagerie sans injection suffit la plupart du temps pour le diagnostic
- B - Une angio-IRM avec injection au temps artériel est l'examen de référence
- C - Le signe du Delta est pathognomonique
- D - Un infarctus cérébral est parfois associé (infarcissement veineux)
- E - Un bilan de thrombophilie est systématique en l'absence d'étiologie retrouvée avant 45 ans

QCM 20

Concernant le polyarthrite rhumatoïde, quelles sont les propositions vraies ?

- A - Des radiographies des pieds avec incidence de 3/4 sont nécessaires
- B - Des érosions péri-articulaires peuvent être retrouvées mais jamais de géodes
- C - La déformation typique du pouce est appelée en boutonnière
- D - Recherche de déminéralisations épiphysaires en bandes des mains
- E - Un diastasis de T1 sur T2 doit être recherché systématiquement

QCM 21

Que notez-vous sur cette radiographie ?



- A - Fusion des berges sacro-iliaques
- B - Radiographie normale
- C - Condensation importante des berges de l'articulation sacro-iliaque
- D - Aspect en « timbre-poste »
- E - Érosion typique des berges

QCM 22

Quelles sont les propositions vraies concernant les fractures de LEFORT II ?

- A - Trait de fracture séparant l'arcade dentaire supérieure du reste du massif facial
- B - Arcade dentaire supérieure et pyramide nasale séparés du reste du massif facial
- C - Mobilité de l'ensemble du massif facial par rapport au crâne avec trait de fracture passant par les orbites.
- D - Diagnostic clinique et à l'IRM
- E - Diagnostic au scanner du massif facial

QCM 23

Quel est votre diagnostic ?





- A - Luxation antéro-interne gléno-humérale
- B - Luxation postérieure
- C - Luxation antéro-externe gléno-humérale
- D - Probablement par traumatisme direct
- E - Probablement par traumatisme indirect en adduction, rotation interne et rétropulsion

RÉPONSES :

1 : ACE - 2 : BD - 3 : ABD - 4 : BD - 5 : CDE - 6 : CDE - 7 : DE - 8 : BE - 9 : BCD - 10 : CE - 11 : D - 12 : ACD - 13 : CE - 14 : ABC - 15 : D - 16 : D - 17 : CE - 18 : ACE - 19 : CDE - 20 : AD - 21 : DE - 22 : BE - 23 : A - 24 : AB - 25 : BCD.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Les anses grêles sont dilatées (syndrome occlusif). On voit en fosse iliaque droite une masse tissulaire au niveau du caecum, correspondant probablement à une tumeur.
2. Cas de méésentère commun (malrotation intestinale embryonnaire) : le colôn reste à gauche et l'intestin grêle à droite de la ligne médiane. Asymptomatique en cas de méésentère commun complet, risque de volvulus du grêle si incomplet.
3. Le 3 correspond à l'œsophage. La 5 est une vertèbre thoracique.
4. Le 2 correspond à la veine cave inférieure, le 4 pôle supérieur du rein gauche.
5. Image typique d'histiocytose avec des kystes (lésions avec des parois donc pas de l'emphysème) confluentes et épaissement des septas.
11. Savoir conclure à la normalité...
12. Jamais de trait de refend articulaire. Bascule postérieure de l'épiphyse radiale.
13. Image typique « en grelot ». La dilatation des bronches à droite est majeure, kystique.
15. Fracture sus articulaire : déplacement postérieur + arrachement de la styloïde ulnaire
16. Les 5, 6, 7 et 8^e côtes gauches sont fracturées. La silhouette cardio-médiastinale n'EST PAS interprétable sur une radiographie au lit, il ne faut pas conclure à tort à une cardiomégalie.

17. L'image lacunaire du fémur (en bas à droite cette coupe) est de petite taille, et une petite calcification centrale peut être vu, typique d'ostéome ostéoïde. Les AINS et l'aspirine calment les douleurs, typiquement à prédominance nocturne.

18. L'image 1 est une séquence FLAIR (substance blanche plus foncée que substance grise). Le réhaussement des lésions signe la dissémination temporelle et non spatiale.

19. Une imagerie injectée au temps veineux (IRM de préférence) est indispensable.

20. Des géodes juxta-articulaires sont fréquentes. La déformation la plus fréquente du pouce est dite en « Z ». Le diastasis à éliminer est celui de C1 sur C2.

21. Image typique de stade 2 de sacro-iliite.

23. Le traumatisme est indirect, en abduction, rotation externe et rétropulsion. 99 % de luxation antéro-interne comme dans ce cas.

24. Cf. guide HAS 2012 : L'échographie endorectale n'est utile que pour le guidage des biopsies.

25. ACR 0 signifie que le bilan complémentaire est en attente (ACR1 = normale). Le dépistage organisé a lieu chez les femmes de 50 à 74 ans.

SOMMAIRE DE L'IMAGERIE

Retrouver une image ne devrait jamais prendre plus de 30 secondes.

Abcès diverticulaire : p 112

Adénome hypophysaire : p 185

Alzheimer (maladie d') : p 51, p56

anévrisme de l'aorte abdominale : p 156

Appendicite : p 58-59

Aspergillome : p 202

Contusion pulmonaire : p 84

Crâniopharyngiome : p 190

Dermo-hypodermite bactérienne nécrosante : p 136

Dissection aortique : p 36-37

Diverticulite sigmoïdienne : p 109

Embolie pulmonaire : p 172

Endocardite aiguë : p 133

Épanchement intra-abdominal : p 61

Ethmoïdite : p 148

Fracture de Gérard Marchand : p 203

Fracture du plancher de l'orbite : p 82-83

Fracture des os propres du nez : p 83

Fracture de la rate : p 86-87

Grossesse Extra-Utérine : p 24

- Hémorragie méningée (IRM) : p 14
- Histiocytose langerhansienne : p 197
- Hydrocéphalie à pression normale : p 48
- Luxation de l'épaule : p 210
- Méningiome : p 125
- Mésentère commun : p 194
- Métastase splénique : p 100
- Métastase surrénale : p 100
- Môle hydatiforme (échographie) : p 31
- Môle hydatiforme (scanner) : p 34
- Neurinome de l'acoustique : p 122
- Obstruction de trompe (hystéro) : p 27
- Occlusion sur bride : p 63-64
- Ostéome ostéoïde : p 206
- PKRAD : p 18
- Pneumothorax obstructif : p 42
- Sacro-iliite : p 209
- Sclérose en plaque : p 207
- Tumeur du poumon : p 95
- Ulcère hémorragique : p 71
- Vasospasme cérébral (IRM) : p 17
- Volvulus du sigmoïde (ASP) : p 198