

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

PAUL DIVET

457^e aux ECNi 2022

LUCAS DUCRUC

7^e aux ECNi 2022

MANON INTROVIGNE

87^e aux ECNi 2022

LA MARTINGALE*

ECNnf-EDN

CONCOURS BLANCS



2 concours blancs avec les nouvelles docimologies :
DP, QI, QROC, ZAP, LCA



Corrections détaillées avec explications, pièges et astuces



Classement national anonyme

ellipses

SESSION 1

34

Dossier progressif n° 1

Un homme de 27 ans se présente aux urgences pour dyspnée aiguë. Il a pour seul antécédent un tabagisme à 10 PA. Depuis une semaine, il est asthénique, se plaint d'une toux de plus en plus importante et de difficultés respiratoires.

Les paramètres vitaux du patient sont les suivants : T° à 37,2 °C, PA 160/110 mmHg, FC 123 bpm, FR 35/min, SpO₂ 88 % en air ambiant, Glasgow 15.

À l'examen clinique, vous notez une légère pâleur conjonctivale, des œdèmes des membres inférieurs et il expectore devant vous un crachat rouge vif. Il n'y a pas de signe de lutte respiratoire. À l'auscultation, il existe des râles crépitants bilatéraux diffus. Les bruits du cœur sont réguliers. Le reste de l'examen clinique (notamment neurologique) est sans particularité.

■ QRM 1 : Quelles sont vos 2 premières mesures thérapeutiques ?

- A. Intubation orotrachéale
- B. Mise en place d'une VNI (ventilation non invasive)
- C. Aérosols de bromure d'ipratropium
- D. Furosémide IV
- E. Oxygénothérapie à 15 L au masque à haute concentration

■ QRM 2 : Que va comporter votre bilan de première intention ?

- A. Échocardiographie transœsophagienne
- B. Troponine
- C. Gaz du sang
- D. ECG
- E. Radiographie thoracique

Sous oxygénothérapie à fort débit, la saturation remonte à 94 %. En revanche, l'administration de furosémide a peu d'effet sur la diurèse : 100 mL en 4 h.

Vous recevez le bilan biologique :

Gaz du sang (sous 15 L d'O₂) : PaO₂ : 63 mmHg, PCO₂ : 39 mmHg, pH : 7,4, HCO₃⁻ : 24 mmol/L.

NFS : Hb : 6,8 g/dL ; VGM : 77 fL, Plaquettes : 260 G/L, Leucocytes : 15 G/L, PNN : 80 %,

Na⁺ : 140 mmol/L, K⁻ : 7 mmol/L, Ca²⁺ : 2.10 mmol/L, créatininémie : 450 µmol/L

Albuminémie : 35 g/L, CRP : 95 mg/L, BNP : 67 pg/mL, protidémie : 72 g/L, glycémie : 1,5 g/L

Vous demandez une BU : Albumine +++, Sang +++, Leucocytes -, Nitrites -

Un bilan réalisé 1 mois auparavant montrait une créatininémie à 73 µmol/L.

■ QRM 3 : Qu'attendez-vous retrouver à l'ECG ?

- A. Des ondes T aplaties
- B. Un élargissement de l'espace PR
- C. Un élargissement des QRS
- D. Un sous-décalage du segment ST
- E. Une onde U

■ QRM 4 : Interprétez le bilan biologique :

- A. Anémie microcytaire
- B. Hypocalcémie
- C. Acidose respiratoire
- D. Insuffisance rénale aiguë de stade K-DIGO 3
- E. Hyperhydratation intracellulaire

Un scanner est réalisé après stabilisation du patient et retrouve des plages de verre dépoli, ainsi que des zones de condensation alvéolaire avec bronchogramme aérique. Le radiologue évoque une hémorragie intra-alvéolaire.

■ QRU 5 : Quel syndrome glomérulaire suspectez-vous en priorité ?

- A. Glomérulonéphrite chronique
- B. Syndrome néphrotique
- C. Syndrome néphritique
- D. Glomérulonéphrite rapidement progressive
- E. Syndrome d'hématurie macroscopique récidivante

Vous suspectez donc une glomérulonéphrite rapidement progressive accompagnée d'une hémorragie intra-alvéolaire dans le cadre d'un syndrome pneumo-rénal.

■ QRM 6 : Quelles sont les causes possibles de syndrome pneumo-rénal ?

- A. Maladie de Goodpasture
- B. Lupus
- C. Vascularité à ANCA à anticorps anti-PR-3
- D. Vascularite à ANCA à anticorps anti-MPO
- E. Cryoglobulinémie

L'ensemble de votre bilan (biopsie rénale et bilan immun notamment) vous oriente vers une maladie de Goodpasture.

■ QRM 7 : Quels sont les éléments cliniques ou biologiques qui vous ont fait évoquer ce diagnostic ?

- A. Purpura vasculaire
- B. Terrain compatible
- C. Présence d'anticorps anti-MBG
- D. Absence de dépôts immuns en immunofluorescence à la biopsie rénale
- E. Complément abaissé

Vous revoyez le patient régulièrement en consultation après un traitement adapté. Il persiste une maladie rénale chronique avec un DFG à 39 mL/min/1,73 m², protéinurie à 1,4 g/g.

Il vous interroge sur sa maladie rénale.

■ **QRM 8 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont correctes ?**

- A. Le patient est actuellement au stade 3B de sa maladie rénale chronique
- B. Le patient doit se faire vacciner contre l'hépatite B
- C. Le patient doit bénéficier d'un traitement par bloqueur du système rénine-angiotensine-aldostérone
- D. Son objectif de protéinurie est < 0,5 g/L
- E. Vous lui conseillez une restriction sodée à 100 mmol/j

Dossier progressif n° 2

Mme J., 78 ans, se présente à votre consultation de médecine générale pour une douleur importante du membre inférieur droit.

Cette patiente a pour principaux antécédents une insuffisance rénale d'origine mixte (hypertensive et diabétique) avec un DFG aux alentours de 12 mL/min. Son diabète de type 2 est actuellement sous insuline (schéma basal-bolus), et son traitement anti-hypertenseur comporte une trithérapie comportant du Ramipril, de l'Indapamide et de l'Amlodipine.

Elle est porteuse de varices essentielles tout comme sa mère et sa fille depuis de nombreuses années.

■ **QRM 1 : À propos de Mme J. et de ses traitements, il est vrai que :**

- A. Le Ramipril peut être responsable d'hypokaliémie
- B. L'Amlodipine est contre-indiquée en cas d'insuffisance cardiaque
- C. Son objectif d'HbA1c est de 8 %
- D. Le Ramipril et l'Indapamide doivent être arrêtés avant une injection d'iode dans le cadre d'un scanner injecté
- E. Si son hypertension n'est pas contrôlée (vérifiée en dehors du cabinet), on peut parler d'HTA résistante

Vous examinez votre patiente et évoquez le diagnostic de thrombose veineuse profonde.

■ **QRM 2 : Quels sont les deux signes cliniques qui vous ont fait évoquer ce diagnostic ?**

- A. Œdème unilatéral du membre inférieur droit
- B. Circulation collatérale superficielle
- C. Douleur spontanée du membre inférieur droit
- D. Tachycardie
- E. Intertrigo inter-orteils

Vous calculez la probabilité clinique de TVP grâce au score de Wells qui revient forte. Vous décidez de débuter un traitement le temps de réaliser l'écho Doppler veineux.

■ **QRU 3 : Quelle est la modalité de traitement la plus adaptée pour Mme J. ?**

- A. Aspirine + Clopidogrel
- B. AOD d'emblée
- C. Fondaparinux
- D. Héparine non fractionnée au long cours
- E. Héparine non fractionnée avec relais précoce par AVK

Vous débutez un traitement par héparine non fractionnée avec relais précoce par AVK.

■ **QRM 4 : Lors d'un relais héparine-AVK, il est vrai que :**

- A. Les AVK ont un effet procoagulant initialement
- B. L'héparine est arrêtée après au moins 5 jours de chevauchement et deux TCA à l'objectif à 24 h d'intervalle
- C. Un régime strict pauvre en vitamine K est nécessaire
- D. L'introduction précoce des AVK permet de diminuer le risque de thrombopénie induite par l'héparine
- E. Les AVK sont fortement liés aux protéines plasmatiques

L'écho Doppler veineux confirme le diagnostic de thrombose veineuse profonde. Le relais héparine-AVK est un franc succès et vous décidez de maintenir les AVK pendant 6 mois minimum. À la suite d'un contrôle de son INR, la patiente vous appelle en panique car celui-ci revient « supérieur à 10 ». La patiente se dit totalement asymptomatique. Vous vous rendez chez elle et la patiente ne présente effectivement aucun signe hémorragique, ses paramètres vitaux sont dans les normes.

■ **QRM 5 : Concernant ce surdosage en AVK, il est vrai que :**

- A. La prise en charge doit être hospitalière
- B. Vous arrêtez le traitement par AVK
- C. Vous lui prescrivez 5 mg de vitamine K *per os*
- D. Vous lui prescrivez du PPSB
- E. Vous contrôlez l'INR à 30 min

Vous arrêtez son traitement par AVK et lui prescrivez 5 mg de vitamine K par voie orale à son domicile. Le contrôle de l'INR le lendemain est rassurant. Vous reprenez le traitement par AVK quelques jours plus tard et la patiente évolue bien par la suite. Vous la revoyez 3 ans plus tard pour une plaie du membre inférieur qui ne guérit pas depuis 3 mois.

■ **QRM 6 : Quels sont les signes cliniques qui vont vous faire évoquer un ulcère d'origine veineuse ?**

- A. Douleur intense
- B. Caractère suspendu
- C. Localisation rétro-malléolaire
- D. Creusant
- E. Dermite ocre en peau péri-ulcéreuse

Vous remarquez que la plaie est en phase de bourgeonnement et est très exsudative.

■ **QRM 7 : Quels sont les deux types de pansements les plus appropriés dans cette situation ?**

- A. Hydrogels
- B. Hydrofibres
- C. Alginates
- D. Hydrocellulaires
- E. Pansement à l'argent

Malheureusement l'ulcère ne cicatrise pas et la patiente décrit l'apparition de douleur et d'un bourgeonnement excessif de la plaie.

- **QROC 8 : Quel est le principal diagnostic à évoquer ?**

Dossier progressif n° 3

Une patiente de 78 ans se présente à votre consultation d'ophtalmologie.

C'est une patiente mélanoderme, d'origine sénégalaise, qui n'a pas vu de médecin depuis plusieurs années.

Elle a pour principal antécédent ophtalmologique une hypertension oculaire qu'on lui a diagnostiquée il y a 10 ans ainsi qu'un trouble de la réfraction dont elle a oublié le nom. Ses autres antécédents sont un diabète de type 2 sous régime seul ainsi qu'une fracture du radius il y a 3 ans par fragilité osseuse. Sur le plan ophtalmologique, elle ne se plaint de rien de particulier et souhaite simplement un renouvellement d'ordonnance pour ses lunettes.

Elle vous présente les mesures que vient de réaliser l'orthoptiste à l'aide du réfractomètre :

- Œil droit : $-4,50(-1,00) 80^\circ$ Add 3
- Œil gauche : $-5,00(-1,00) 70^\circ$ Add 3

■ QRM 1 : De quels troubles de la réfraction est atteinte la patiente ?

- A. Myopie
- B. Hypermétropie
- C. Emmétropie
- D. Astigmatisme
- E. Presbytie

■ QRM 2 : Quels types de verres allez-vous lui prescrire ?

- A. Concaves sphériques
- B. Concaves cylindriques
- C. Convexes sphériques
- D. Convexes cylindriques
- E. Sa myopie est trop avancée, il faut opérer

Vous prêtez attention aux autres mesures réalisées par l'orthoptiste notamment la pression intra-oculaire qui est à 25 mmHg aux deux yeux.

■ QROC 3 : Quelle technique doit être utilisée pour interpréter la pression oculaire de la patiente ?

Vous suspectez un glaucome chronique à angle ouvert.

■ QRM 4 : Quels sont les autres facteurs de risque de cette pathologie présents chez cette patiente ou à rechercher ?

- A. Âge
- B. Antécédents familiaux
- C. Ethnicité
- D. Myopie
- E. Régime alimentaire riche en matières grasses