

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

BENOÎT ROUSSEL
SARA TALHAOU

3^e édition



ECOS

LA

MARTINGALE*

ECOS



ENTRAÎNEMENTS ET ANNALES

TOUTES LES SITUATIONS DE DÉPART EN 4 VOLUMES

Tous les attendus d'apprentissage
des situations de départ en fiches



HYPOCAMPUS



Neurologie
Psychiatrie
Hématologie
Ophtalmologie
ORL-CMF



OPHTHALMOLOGIE
ORL-CMF

Odynophagie/dysphagie

Situation de départ n° 52

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous recevez en consultation d'ORL un patient de 78 ans pour dysphagie avec odynophagie et altération de l'état général. C'est un patient aux antécédents d'insuffisance rénale chronique de stade IV sur néphroangiosclérose bénigne, de cardiopathie ischémique triple stentée, de bronchopneumopathie chronique obstructive GOLD 3 et d'intoxication éthylo-tabagique chronique évaluée à 3 verres de rosé par repas et 94 paquets-année (2 paquets/j depuis 47 ans).

Il rapporte une perte de poids de 18 kg en 6 mois (poids actuel de 62 kg contre un poids de forme à 80 kg) sans réduction des apports alimentaires ; accompagnée d'une asthénie franche ne lui permettant plus de réaliser sa marche hebdomadaire.

Vous constatez à l'examen endobuccal la lésion suivante :



C'est une lésion ulcérée et bourgeonnante reposant sur une base indurée, saignant au contact, avec trouble de motilité linguale, gêne buccale et glossodynie.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Expliquez au patient qu'il s'agit d'une probable lésion cancéreuse et que vous devez réaliser un prélèvement local. Vous n'avez aucun examen clinique ni prélèvement à réaliser ; c'est une consultation d'annonce de diagnostic potentiel où vous devez interagir avec le patient.

Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient

2. Expliquez au patient la programmation, le déroulé et l'intérêt d'une panendoscopie qu'il faudra réaliser dans le bilan de cette lésion linguale.

Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient

Consignes au patient

Contexte : vous êtes reçu en consultation d'oto-rhino-laryngologie

Nom/prénom patient(e) – Age : Mr X, patient de 78 ans

Taille/poids : 180 cm – 80 kgs

Antécédents personnels : insuffisance rénale chronique de stade IV sur néphroangiosclérose bénigne, cardiopathie ischémique triple stentée, bronchopneumopathie chronique obstructive GOLD 3

Antécédents familiaux : aucun

Traitement à domicile : BISOPROLOL (B-bloquant) – ATORVASTATINE (statine) – KARDEGIC (antiagrégant plaquettaire) – RAMIPRIL (IEC) – DAPAGLIFOZINE (iSGLT2) – TIOTROPIUM inhalé (BDLA anticholinergiques)

Mode de vie : retraité, autonome dans les actes de la vie courante, vous vivez avec son épouse, intoxication éthylo-tabagique chronique évaluée à 3 verres de rosé par repas et 94 paquets année (2 paquets/j depuis 47 ans)

Histoire de la maladie : Vous consultez pour dysphagie avec odynophagie et altération de l'état général. Vous relatez une perte de poids de 18 kg en 6 mois (poids actuel de 62 kg contre un poids de forme à 80 kg) sans réduction des apports alimentaires ; accompagnée d'une asthénie franche ne vous permettant plus de réaliser votre marche hebdomadaire.

Questions à fournir à l'étudiant si pas de mention spontanée dans l'échange à la question 1 :

Que pensez-vous de cette lésion ? À quoi est-elle due ? Devez-vous l'enlever ou l'analyser ?

Questions à fournir à l'étudiant si pas de mention spontanée dans l'échange à la question 2 :

Qu'est-ce qu'une panendoscopie exactement ? Est-ce que je vais devoir voir un autre médecin ?

Est-ce que je vais être endormi pendant la procédure ? Est-ce que je vais être hospitalisé ?

Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
→ Aptitude à structurer et mener l'entretien	1	.....
Q1		
Dire explicitement au patient que la lésion linguale est probablement cancéreuse	1	.....
Lésion probablement due à plusieurs facteurs dont l'intoxication tabagique et éthylique	1	.....
Expliquer que la preuve diagnostique passe par un prélèvement à faire pendant cette consultation sous anesthésie locale afin qu'il soit analysé	1	.....
Obtenir l'adhésion du patient afin de réaliser le prélèvement local	1	.....
Vérifier à plusieurs reprises la bonne compréhension du patient ; le faire reformuler et répéter si besoin	1	.....
Q2		
Expliquer la panendoscopie : (point si les deux éléments sont recherchés)	1	.....
→ Exploration visuelle de la muqueuse de l'ensemble des voies aérienne et digestive supérieures à l'aide de caméras pour visualiser l'intérieur de la cavité buccale, la trachée, l'œsophage, le pharynx et le larynx.		
→ Prélèvements possibles si d'autres lésions sont visualisées	1	.....
Geste à programmer rapidement dans les semaines à venir		
Expliquer que l'intervention sera réalisée sous anesthésie générale	1	.....
Expliquer au patient qu'il faut rester à jeun avant l'opération	1	.....
Expliquer que le patient devra probablement être hospitalisé après le geste, au moins pour un à quelques jours (et non pas en ambulatoire) au vu de ses comorbidités importantes	1	.....
Expliquer que le patient devra réaliser une consultation préalable avec un anesthésiste	1	.....
Demander au patient s'il a des questions à la fin de l'entretien	1	.....
Total	16	.....

Note x 20 / 16 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Les cancers ORL constituent un item difficile en raison de la multiplicité des localisations et des sous-types histologiques identifiables. Il est important d'en distinguer les principaux signes cliniques et bilans d'extensions complémentaires à demander.

Voici un résumé des principaux signes cliniques en fonction de la topographie du cancer :

Toute localisation	Adénopathie cervicale – Douleur – Dysphagie (sauf cavum et ethmoïde) Otalgie réflexe (sauf ethmoïde et larynx)
Ethmoïde	Obstruction nasale – Rhinorrhée – Épistaxis – Anosmie – Paralyse oculomotrice – Exophtalmie – Syndrome frontal – Névralgie du trijumeau
Cavum	Obstruction nasale – Rhinorrhée – Épistaxis – Dysfonction tubaire – Oreille bouchée – Hypoacousie – Diplopie – Acouphènes – Névralgie du V
Cavité buccale et oropharynx	Ulcération infiltrée, souvent indolore – Tuméfaction – Trouble de la mobilité linguale – Otalgie réflexe – Mobilité dentaire ou instabilité prothétique – Gingivorragie – Dysphagie – Odynophagie – Anesthésie du V3
Larynx	Dysphonie – Dysphagie – Dyspnée
Hypopharynx	Dysphagie – Dysphonie – Douleur – Otalgie réflexe

Les informations sur le déroulement d'une procédure d'annonce sont résumées à la station n° 146 (situation de départ : dysphonie).

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Troubles de déglutition ou fausse-route

Situation de départ n° 62

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne de garde aux urgences et prenez en charge une patiente de 65 ans pour dyspnée fébrile ayant comme principal antécédent une sclérose latérale amyotrophique compliquée de troubles de la déglutition. Elle n'a pas d'allergie connue.

La dyspnée est apparue la veille et se majore progressivement. Elle est associée à une toux fébrile avec expectorations purulentes. La patiente rapporte un épisode de fausse route avant-hier en fin de soirée.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Effectuez un examen clinique ciblé et recherchez des signes de gravité respiratoire (patient représentée par un mannequin), en verbalisant à l'examineur ce que vous faites et ce que vous recherchez. Vous n'avez pas à rechercher des éléments sémiologiques neurologiques liés à la SLA.

Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient

2. Quel diagnostic suspectez-vous ? Comment le confirmez-vous ?

3. Répondez aux questions de la patiente :

- Que voyez-vous sur l'examen que vous avez demandé ?

Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient

- Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est ma sclérose latérale amyotrophique simplement ?
- Pourquoi entraîne-t-elle des problèmes pour avaler les boissons et les aliments ?
- Quel est le lien entre mes problèmes de déglutition et mes problèmes respiratoires ?

► Consignes au patient

Contexte : Vous consultez aux urgences

Nom/prénom patient(e) – Age : Mme A, patiente de 65 ans

Taille/poids : 160 cm – 70 kgs

Antécédents personnels : sclérose latérale amyotrophique compliquée de troubles de la déglutition

Antécédents familiaux : aucun

Allergie : non connue

Traitement à domicile : kinésithérapie respiratoire et motrice, orthophonie, antalgiques multimodaux

Mode de vie : déplacement en fauteuil roulant, aides au domicile pour la toilette, le ménage et les repas

Histoire de la maladie : Vous consultez pour dyspnée fébrile. La dyspnée est apparue la veille et se majore progressivement. Elle est associée à une toux fébrile avec expectorations purulentes. Vous rapportez un épisode de fausse route avant-hier en fin de soirée.

Éléments donnés par l'examineur à la question 2 si demandé par l'étudiant :

Constantes : Température 38,9 °C – Tension artérielle 124/66 mmHg – Fréquence cardiaque 98/min

Fréquence respiratoire 14 cycles/min – Saturation en oxygène 95 % en AA

Pas de signes de lutte respiratoire.

Pas de signes de faillite respiratoire.

Foyer systématisé de condensation alvéolaire au niveau inférieur du poumon droit associant : diminution du murmure vésiculaire, augmentation des vibrations vocales, souffle tubaire et crépitations localisés inspiratoires.

Imagerie donnée systématiquement à la question 4 par l'examineur :



Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
Q1		
Recherche des constantes (Température – tension artérielle – fréquences cardiaque et respiratoire – saturation en oxygène) : point si tous les éléments sont recherchés	1	.....
Recherche de signes de lutte respiratoire : polypnée, tirage, expiration abdominale active, battement des ailes du nez, stridor (point si $\geq 3/5$ éléments recherchés)	1	.....
Recherche de signes de faillite respiratoire : cyanose, bradypnée, difficulté pour parler, toux inefficace, respiration abdominale paradoxale, signes d'hypercapnie (sueurs, astérisis...)	1	.....
Point si $\geq 3/6$ éléments recherchés		
Examen pulmonaire à la recherche d'un foyer systématisé de condensation alvéolaire associant : $\searrow$ du murmure vésiculaire, $\nearrow$ des vibrations vocales, souffle tubaire et crépitations localisés inspiratoires (point tous les éléments sont recherchés)	1	.....
Q2		
Pneumopathie infectieuse d'inhalation (également accepté : pneumonie d'inhalation) lobaire inférieure droite	1	.....
Radiographie thoracique de face	1	.....
Q3 Toute réponse semblable à celle fournie sera acceptée et laissée à l'appréciation de l'examinateur		
Analyse de la radiographie : opacité (ou condensation) systématisée en regard du lobe inférieur du poumon droit, affirmant le diagnostic d'infection pulmonaire	1	.....
Explication SLA : maladie neurodégénérative entraînant un déficit moteur pur (également accepté : dégénérescence progressive des neurones des muscles striés qui permettent la motricité volontaire)	1	.....
Lien SLA et déglutition : certains neurones moteurs contrôlant les muscles permettant de déglutir sont atteints ; cela entraîne donc un déficit moteur avec une déglutition inefficace	1	.....
Lien troubles de déglutition et pneumonie : les fausses routes (c'est-à-dire le passage de la nourriture ou de la salive dans les voies respiratoires au lieu des voies digestives) vont entraîner la pénétration dans les voies aériennes du contenu gastrique ou d'une autre substance étrangère qui va produire une obstruction et/ou une inflammation pulmonaire	1	.....
Total	13	.....

Note x 20 / 13 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Devant une dysphagie, il faut toujours écarter une origine tumorale sous-jacente :

- Toute dysphagie est lésionnelle (cancer de l'œsophage) jusqu'à preuve du contraire.
- Une dysphagie progressive débutant avec les aliments solides, conduisant par la suite à une alimentation mixée ou liquide puis à une aphagie avec stase salivaire est évocatrice d'une obstruction œsophagienne (en particulier néoplasique).

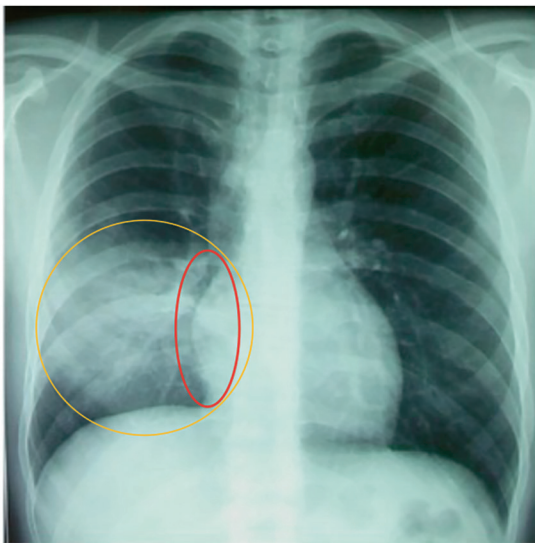
Toute dyspnée chez un patient aux antécédents neurologiques déficitaires (AVC, SLA, myasthénie, démence évoluée avec trouble neurocognitif majeur...) est une pneumopathie infectieuse d'inhalation jusqu'à preuve du contraire !

Les deux risques majeurs d'un trouble de déglutition, peu importe son étiologie, sont :

- L'asphyxie aiguë par obstruction des voies aériennes supérieures.
 - L'infection pulmonaire avec pneumonie d'inhalation.
- Ces deux complications sont à rechercher impérativement s'il y a des troubles de déglutition connus et inversement.

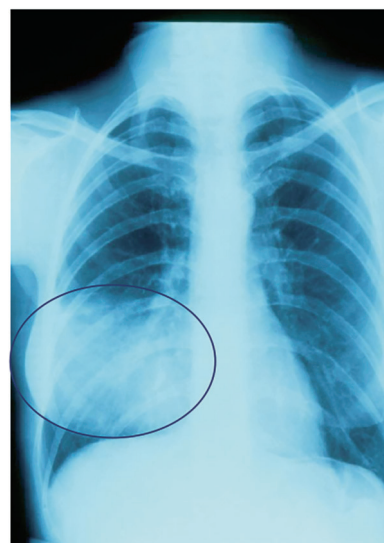
Rappel sur le signe de la silhouette :

- Une opacité de la base droite effaçant le bord droit du cœur mais pas la ligne diaphragmatique droite siège dans le lobe moyen.
- Une opacité de la base droite effaçant la ligne diaphragmatique droite, mais pas le bord droit du cœur siège dans le lobe inférieur droit.
- Une opacité de la base gauche effaçant le bord gauche du cœur mais pas la ligne diaphragmatique gauche siège dans la lingula.
- Une opacité de la base gauche effaçant la ligne diaphragmatique gauche, mais pas le bord gauche du cœur siège dans le lobe inférieur gauche ; elle peut être entièrement rétrocardiaque et identifiable seulement par la perte de la ligne diaphragmatique.



**Radiographie thoracique de gauche :
PFLA du lobe inférieur droit**

Bord du cœur droit entièrement visible (cercle rouge) : donc l'opacité pulmonaire (cercle jaune) est en arrière du cœur et non pas dans le même plan.



**Radiographie thoracique de droite :
PFLA du lobe moyen droit**

Bord du cœur droit non visible : donc l'opacité pulmonaire (cercle bleu) est dans le même plan que le cœur.

NOTES

Anomalie de la vision

Situation de départ n° 138

Scénario pour l'étudiant

Vous prenez en charge un homme de 78 ans, admis aux urgences ophtalmologiques après apparition brutale d'une baisse d'acuité visuelle de l'œil gauche. Les antécédents du patient sont marqués par une hypertension artérielle traitée par RAMIPRIL et HYDROCHLOROTIAZIDE, un glaucome à angle ouvert traité par BISOPROLOL collyre et un diabète de type II traité par METFORMINE. À l'examen clinique, l'œil est indolore et n'est pas rouge. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. La réfraction du patient est la suivante :

- À gauche : décompte des doigts à 1 mètre, $-2,5$ ($-0,5$) 80° Add +3
- À droite : 10/10 Parinaud 2/2, -2 (-1) 40° Add +3

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Analysez la réfraction de ce patient. Quels verres peuvent être utilisés pour traiter son trouble de la réfraction ?
2. Décrivez le fond d'œil suivant. Quel diagnostic retenez-vous ?
Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient
3. Quels examens paracliniques allez-vous demander afin d'évaluer le pronostic visuel de votre patient et effectuer son bilan étiologique ?
4. Quelles sont les complications associées à cette pathologie ?
Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient
5. Votre patient se présente 3 mois plus tard, aux urgences ophtalmologiques, pour œil rouge et douloureux. Analysez la photo. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité et quel traitement est à mettre en place rapidement ?
Se rendre à la 3^e partie des consignes au patient

► Consignes au patient

Contexte : Vous consultez aux urgences ophtalmologiques

Nom/prénom patient(e) – Age : Mr D, patient de 78 ans

Taille/poids : 170 cm – 60 kgs

Antécédents personnels : hypertension artérielle, glaucome à angle ouvert et diabète de type II

Antécédents familiaux : aucun

Allergie : non connue

Traitement à domicile : RAMIPRIL, HYDROCHLOROTIAZIDE, BISOPROLOL collyre et METFORMINE

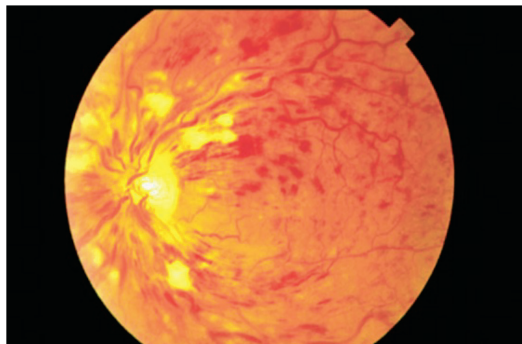
Mode de vie : vous êtes retraité, autonome pour les actes de la vie courante, vivez seul et êtes divorcé

Histoire de la maladie : apparition brutale d'une baisse d'acuité visuelle de l'œil gauche

Examen clinique : votre œil est indolore et n'est pas rouge. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. La réfraction réalisée est la suivante :

- À gauche : décompte des doigts à 1 mètre, $-2,5$ ($-0,5$) 80° Add +3
- À droite : 10/10 Parinaud 2/2, -2 (-1) 40° Add +3

Élément donné systématiquement à l'étudiant à la question 2 :



Élément donné systématiquement à la question 4 : « Vous avez diagnostiqué un OVCR ischémique ».

Élément donné systématiquement à l'étudiant à la question 5 :



Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
Q1		
Analyse réfraction : Myopie + astigmatisme + presbytie	1	.....
Point si tous les éléments sont recherchés		
Verres cylindriques concaves	1	.....
Q2		
Description fond d'œil : Point si $\geq \frac{3}{4}$ éléments recherchés		
→ Œdème papillaire	1	.....
→ Nodules cotonneux		
→ Veines tortueuses et dilatées		
→ Hémorragies en tâche et en flammèche		
Occlusion de la veine centrale de la rétine de l'œil gauche	1	.....
Q3		
Angiographie à la fluorescéine	1	.....
OCT maculaire	1	.....
Holter ECG sur 24 h	1	.....
Bilan biologique : NFS, VS, CRP, glycémie à jeun, bilan lipidique	1	.....
Point si $\geq 3/5$ éléments demandés		
Q4		
Œdème maculaire	1	.....
Néovascularisation rétinienne (ou rubéose irienne)	1	.....
Néovascularisation pré-rétinienne (ou pré-papillaire)	1	.....
Q5		
Glaucome néovasculaire	1	.....
Photocoagulation panrétinienne	1	.....
Total	15	.....

Note x 20 / 15 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Voici un topo récapitulant les informations à connaître sur l'occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) :

- Clinique :
 - Mesure acuité visuelle AV (appartient à l'examen clinique) : AV très variable – effondrée si OVCR ischémique
 - Fond d'œil OVCR : œdème papillaire – veines tortueuses et dilatées – nodules cotonneux – hémorragies en flammèches et en tâche (flammèches si non ischémique, tâches si ischémique)
- Paraclinique systématique :
 - Angiographie à la fluorescéine : permet la distinction entre forme ischémique et non ischémique (important pour le pronostic)
 - OCT maculaire : permet de rechercher un œdème maculaire
 - +/- angio-OCT : tend à remplacer angiographie et OCT

- **Bilan étiologique** : recherche de facteurs de risque (FdR) cardiovasculaires :
 - Holter tensionnel sur 24 h
 - Bilan sanguin (glycémie à jeun, bilan lipidique, NFS, VS-CRP)
- **Tonomètre** : recherche hypertonie oculaire
- **+/- non systématique** :
- **Bilan étiologique poussé à la recherche d'une thrombophilie génétique ou acquise** indiqué si sujet < 50 ans, en l'absence de FdR chez un sujet > 50 ans ou si OVCR bilatérale : résistance à la protéine C activée, déficit en protéine C, S ou antithrombine, SAPL, hyperhomocystéinémie

Différences entre OVCR ischémique et non ischémique :

OVCR ischémique (25 %)	OVCR non ischémique (75 %)
Acuité visuelle effondrée < 1/20 DPAR : réflexe pupillaire direct ↘ avec conservation du réflexe consensuel FO : hémorragies plus volumineuses, profondes, en taches, nodules cotonneux nombreux Angiographie à la fluorescéine : plages ischémiques Risque hémorragie intravitréenne et glaucome néovasculaire (néovascularisation irienne)	Acuité visuelle variable > 2/10 Réflexe pupillaire conservé FO : hémorragies en flammèche, nodules cotonneux rares Angiographie à la fluorescéine : pas de plages ischémiques Risque d'hémorragie intravitréenne mais PAS de glaucome néovasculaire

DPAR : déficit pupillaire afférent relatif – FO : fond d'œil

Voici comment il faut lire une formule de réfraction :

OG : + 2.50 (- 1.00) 80° Add +3,00

OG : œil gauche
OD : œil droit

1^{er} chiffre ⇔ amétropie sphérique
Négatif (-) = myopie
Positif (+) = hypermétropie

2 chiffres suivants ⇔ amétropie cylindrique (astigmatisme)
Par convention : toujours en dioptrie négatives, entre parenthèses, suivi de l'axe en degrés

Add + chiffre ⇔ correction d'une presbytie

NOTES

Anomalie palpébrale

Situation de départ n° 139

Scénario pour l'étudiant

Une patiente de 18 ans, sans antécédent notable, vient dans votre cabinet de médecine générale car elle ressent « une boule sur sa paupière ».

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Interrogez la patiente sur cette tuméfaction palpébrale.

Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient

2. Quels diagnostics envisagez-vous ? Comment pouvez-vous les différencier cliniquement ?

3. Après visualisation de la photographie, quel est votre diagnostic final ?

Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient

4. Quelle est votre prise en charge dans un premier temps ?

5. Répondez aux questions de votre patiente.

- « J'ai très peur que ce soit contagieux... Que faire ? Est-ce que les gens autour de moi vont devoir prendre mon traitement ? »
- « Que faire si les crèmes ne marchent pas, quelles solutions s'offrent à moi ? »
- « Pourquoi je ne dois pas prendre d'antibiotiques docteur ? C'est rouge et très douloureux, ça peut être une grave infection ! »

► Consignes au patient

- Contexte : Vous consultez votre médecin généraliste en cabinet en ville
- Nom/prénom patient(e) – Age : Mme D, patiente de 18 ans
- Taille/poids : 170 cm – 50 kgs
- Antécédents personnels : aucun
- Antécédents familiaux : aucun
- Allergie : non connue
- Traitement à domicile : aucun, pas de contraception
- Mode de vie : autonome pour les actes de la vie courante, étudiante en droit
- Histoire de la maladie : Vous êtes gênée depuis plusieurs jours car vous ressentez « une boule sur la paupière »

Éléments donnés par l'examineur à la question 1 si demandé par l'étudiant :

- Masse apparue il y a environ 1 semaine, progressivement.
- Située sur le bord libre de la paupière supérieure droite.
- Douloureuse.
- Pas de baisse d'acuité visuelle associée.
- Pas de trouble d'occlusion palpébrale associé.

Imagerie donnée systématiquement à l'étudiant à la question 3 :



Grille d'évaluation

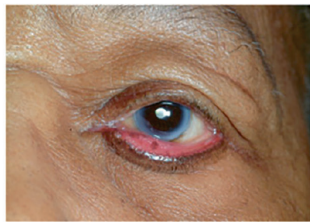
Compétences et attitude		
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
Q1		
Interrogatoire général : Point si $\geq 4/6$ éléments recherchés		
→ Durée d'évolution		
→ Apparition brutale/progressive		
→ Localisation	1	.....
→ Douleur		
→ Baisse d'acuité visuelle associée		
→ Trouble de l'occlusion palpébrale (lagophtalmie)		
Q2		
Diagnostics de masses palpébrales douloureuses sans anomalie palpébrale associée :		
→ Chalazion	1	.....
→ Orgelet	1	.....
Les différences entre orgelet et chalazion :		
→ Pathologie infectieuse ou folliculite (orgelet) – pathologie inflammatoire de la glande de Meibomius ou granulome inflammatoire (chalazion)	1	.....
→ Centré sur un cil (orgelet) – Sans communication avec le bord libre (chalazion)	1	.....
Q3		
Chalazion	1	.....
Q4		
Pommade corticoïde locale	1	.....
Soins de paupière : massage à l'eau chaude du chalazion	1	.....
Q5		
Non contagieux	1	.....
Incision et curage de la glande sous anesthésie locale	1	.....
Pas de prise d'antibiotiques car le chalazion est inflammatoire et n'est pas infectieux	1	.....
Total	14	.....

Note x 20 / 14 pour avoir la note / 20

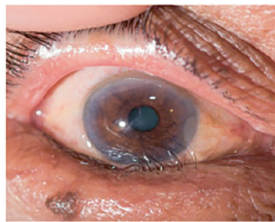


Les bons réflexes

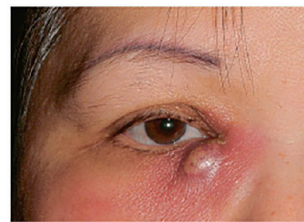
Voilà un petit résumé des iconographies à avoir en tête pour les ECOS sur les pathologies palpébrales :



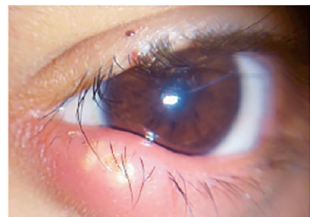
Ectropion



Entropion



Dacryocystite



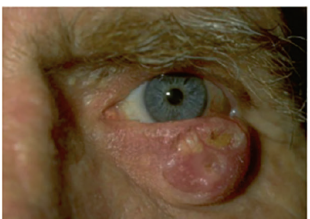
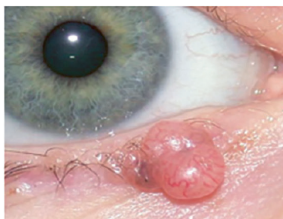
Orgelet



Chalazion



Ptosis

Carcinome
ÉpidermoïdeCarcinome
Basocellulaire

Hydrocystome



Lagophthalmie



Xanthélasmas

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Baisse de l'audition/surdité

Situation de départ n° 140

PSS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes en cabinet de médecine générale et prenez en charge un patient de 63 ans pour baisse de l'audition unilatérale droite. C'est un patient maghrébin habitant en France depuis plusieurs dizaines d'années, ingénieur agronome, que vous suivez pour un diabète de type II sous METFORMINE et un asthme bien contrôlé sous corticostéroïdes inhalés à faible dose. Il n'a pas d'allergie connue. On note une intoxication tabagique active évaluée à 42 paquets-année.

Il vous relate une baisse de l'audition de l'oreille droite partielle apparue progressivement depuis 2 mois, sans tendance à la guérison spontanée. Il n'y a pas de facteur déclenchant ni positionnel (en particulier pas de notion de traumatisme, ni d'introduction iatrogène ototoxique). En revanche, l'intelligibilité est souvent améliorée dans le bruit lors de conversations de groupe et au téléphone. Il vous rapporte également une sensation d'oreille pleine avec autophonie.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Effectuez un examen ciblé, en verbalisant à l'examineur ce que vous recherchez.
Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient
2. Quel type d'hypoacousie identifiez-vous ? À quoi cette hypoacousie est-elle due ?
3. Quel diagnostic devez-vous éliminer ? Comment pouvez-vous le confirmer en 1^{re} intention ?
4. Vous remettez au patient une ordonnance afin de consulter un de vos confrères ORL et le laissez partir. Vous êtes désormais seul dans votre bureau. Appelez votre confrère afin de lui présenter le cas de votre patient et lui faire part de votre suspicion diagnostique.
Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient

► Consignes au patient

Contexte : Vous consultez votre médecin généraliste en cabinet en ville

Nom/prénom patient(e) – Age : Mr Z, patient de 63 ans

Taille/poids : 175 cm – 85 kgs

Antécédents personnels : diabète de type II et asthme bien contrôlé sous corticostéroïdes

Antécédents familiaux : aucun

Allergie : non connue

Traitement à domicile : METFORMINE – corticostéroïdes inhalés à faible dose

Mode de vie : vous êtes un patient maghrébin habitant en France depuis plusieurs dizaines d'années, ingénieur agronome. Intoxication tabagique active évaluée à 42 paquets-année

Histoire de la maladie : Vous consultez pour une baisse de l'audition unilatérale droite, baisse de l'audition partielle apparue progressivement depuis 2 mois, sans tendance à la guérison spontanée. Il n'y a pas de facteur déclenchant ni positionnel (en particulier pas de notion de traumatisme, ni d'introduction iatrogène ototoxique). En revanche, l'intelligibilité est souvent améliorée dans le bruit lors de conversations de groupe et au téléphone. Vous rapportez également une sensation d'oreille pleine avec autophonie

Éléments donnés par l'examineur à la question 1 si demandé par l'étudiant :

- Test de Weber latéralisé à l'oreille droite.
- Test de Rinne positif à gauche et négatif à droite.

- Conduits auditifs externes bilatéraux sans anomalie clinique.
- Otoscopie gauche : tympan visible avec reliefs des osselets, pas d'épanchement ni de rétraction rétrotypanique, pas d'hyperhémie de la membrane tympanique.
- Otoscopie droite : cf. image.



Éléments systématiquement donnés par l'examineur à la question 4 : « Vous suspectez une surdité de transmission secondaire à une otite séromuqueuse dont l'étiologie pourrait être un cancer du cavum. Dans ce cadre, vous appelez votre confrère afin de discuter l'intérêt d'une nasofibroscopie. »

Consignes pour le professionnel de santé standardisé : « Vous serez l'interlocuteur téléphonique appelé par votre confrère dans un cadre d'otite séromuqueuse dont l'étiologie pourrait être un cancer du cavum. Si non précisé par l'interlocuteur, lui demander de se présenter, de résumer l'anamnèse et le terrain du patient, de résumer son examen clinique et lui demander de formuler son hypothèse diagnostique et la prise en charge envisagée ». Les points ne seront attribués uniquement si l'interlocuteur mentionne ces éléments spontanément, et n'aura pas de point en cas de réponse apportée après une question orientée par le professionnel de santé standardisé.

Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Communication avec les pairs (clarté de communication)	1	.....
→ Aptitude à faire la synthèse des données	1	.....
Q1		
Test de Rinne (comparaison de l'intensité du son d'un diapason en vibration devant le pavillon de l'oreille puis sur la mastoïde)	1	.....
Test de Weber (diapason en vibration sur le crâne, à équidistance des 2 oreilles)	1	.....
Examen otoscopique bilatéral	1	.....
Description de l'otoscopie droite : tympan mat, ambré, parcouru de stries vasculaires, épanchement rétro tympanique, rétraction tympanique (point si $\geq 3/5$ éléments recherchés)	1	.....
Q2		
Surdité de transmission droite	1	.....
Otite séromuqueuse droite	1	.....
Q3		
Cancer du cavum (ou nasopharynx) <i>obstruant la trompe d'Eustache</i>	1	.....
Nasofibroscopie avec biopsies guidées en cas de lésion visible au niveau du pharynx	1	.....
Q4 Toute réponse semblable à celle fournie sera acceptée et laissée à l'appréciation de l'examineur		
Se présenter	1	.....
Résumer l'anamnèse et le terrain du patient : patient de 63 ans, fumeur, aux antécédents d'asthme et de diabète, consultant pour une hypoacousie de l'oreille droite apparue progressivement depuis 2 mois (point si tous les éléments sont décrits)	1	.....
Résumer l'examen clinique : mise en évidence d'une surdité de transmission droite avec otite séromuqueuse associée à l'examen otoscopique	1	.....
Émettre son hypothèse et proposer une prise en charge : suspicion de cancer du cavum, réalisation d'une nasofibroscopie afin de l'affirmer ou l'infirmer	1	.....
Total	15	.....

Note x 20 / 15 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Otite sérumuqueuse
Physiopathologie et définition
Otite moyenne chronique bénigne : processus inflammatoire de l'oreille moyenne évoluant > 3 mois OMC à tympan fermé : inflammation chronique > 3 mois de l'oreille moyenne à tympan fermé, responsable d'un épanchement, sans symptôme d'infection aiguë, au sein de l'oreille moyenne
Facteurs favorisants
TUMEUR DU CAVUM – Division vélaire ou vélo-palatine – Hypertrophie adénoïdienne – trisomie 21 – déficit immunitaire – maladie ciliaire
Clinique
Hypoacousie, sensation d'oreille pleine, autophonie, plus rarement vertige Nourrisson/jeune enfant : retard ou stagnation d'acquisition du langage, trouble articulaire Enfant scolarisé : enfant inattentif, trop calme, ne participant pas ou hyperactif – OMA à répétition Otoscopie : tympan mat, ambré, jaunâtre, parcouru de stries vasculaires, rétracté (parfois bombant), ou avec niveau liquidien, immobile Nasofibroskopie : en cas d'OSM unilatérale ou recherche d'hypertrophie des végétations adénoïdes
Paraclinique
Audiométrie : surdité de transmission, avec aspect en pente ascendante des graves vers les aigus Tympanogramme : généralement plat (courbe B)
Traitement
Désobstruction rhinopharyngée : désinfection rhinopharyngée, ablation des végétations adénoïde Aérateur transtympanique ** Indiqué si : Surdité bilatérale de transmission > 30 dB ou avec retard de langage ou de parole ou surdité de perception sous-jacente, épisodes de surinfection répétés (≥ 3 épisodes/6 mois ou ≥ 4 épisodes/1 an) ou souffrance tympanique (poche de rétraction tympanique)

Surdité de transmission Atteinte oreille externe ou moyenne Conduction aérienne déficitaire	Surdité de perception Atteinte neurosensorielle (cochlée, oreille interne, Nerf VIII, tronc cérébral)
Clinique : Hypoacousie d'intensité moyenne ou légère, perte maximale de 60 dB. Jamais de cophose Pas de modification qualitative de la voix La voix peut résonner dans l'oreille (autophonie), pas d'élévation de la voix +/- acouphènes de timbre grave, peu gênants, bien localisés dans l'oreille Gêne auditive diminuée dans le bruit (paracousie) et au téléphone Acoumétrie : Weber latéralisé du côté de l'oreille la plus pathologique Rinne acoumétrique négatif (CA < CO)	Clinique : Hypoacousie d'intensité variable, de la surdité légère à la cophose Élévation de la voix aux stades de surdité avancés +/- acouphènes de timbre aigu (sifflements), gênants, mal localisés dans l'oreille Signe de la cocktail party : gêne auditive aggravée dans les milieux bruyants et les conversations à plusieurs personnes Acoumétrie : Weber latéralisé du côté de l'oreille la plus saine Rinne acoumétrique positif (CA > CO)
Audiométrie : Audiométrie tonale : Rinne audiométrique négatif (dissociation CA et CO) Audiométrie vocale : Pas de distorsion sonore Utilité de la tympanométrie (impédancemétrie et réflexe stapédien) ST a toujours un Rinne négatif, n'entraîne pas de distorsion sonore, n'est jamais totale	Audiométrie : Audiométrie tonale : Rinne audiométrique positif (φ dissociation CA et CO) Audiométrie vocale : distorsion sonore Utilité des PEA et des OEAP (potentiels évoqués auditifs et otoémission acoustique provoquée) ST a toujours un Rinne positif, entraîne des distorsions sonores (pouvant être visible si discordance audiométrie tonale et vocale), peut être totale (cophose)

CA et CO : conduction aérienne/osseuse – PEA : potentiels évoqués auditifs – OEAP : otoémissions acoustiques provoquées

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Sensation de brûlure oculaire

Situation de départ n° 141

PS

Scénario pour l'étudiant

Un homme de 34 ans vient vous voir aux urgences ophtalmologiques. Il travaille dans la fabrication de solvants industriels, et a reçu du solvant dans l'œil gauche.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Quel(s) est (sont) votre (vos) premier(s) réflexe(s) thérapeutique(s) ? Expliquez en détails votre prise en charge.
2. Quelle symptomatologie clinique pouvez-vous retrouver chez ce patient ayant une brûlure oculaire ? Détaillez votre examen clinique.
3. En regard de cette photographie, quelle classification allez-vous utiliser pour évaluer la gravité ?
Se rendre à la partie des consignes au patient
4. Annoncez au patient que son pronostic visuel est sombre, en veillant à être empathique.

► Consignes au patient

Contexte : vous consultez aux urgences ophtalmologiques

Nom/prénom patient(e) – Age : Mr S – 34 ans

Taille/poids : 180 cm – 70 kgs

Antécédents personnels : aucun

Antécédents familiaux : aucun

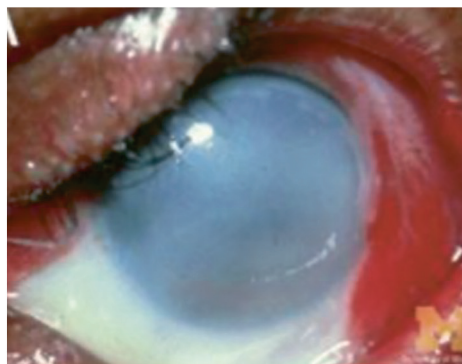
Allergie : non connue

Traitement à domicile : aucun

Mode de vie : autonome dans les actes de la vie courante, travaille dans la fabrication de solvants industriels

Histoire de la maladie : Vous avez reçu du solvant dans l'œil gauche lors de votre journée de travail

Image systématiquement donnée par l'examineur à la question 3 :



Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
Q1		
Lavage oculaire en urgence	1	.....
Caractéristiques du lavage oculaire (Point si $\geq 2/4$ éléments recherchés)	1	.....
→ Possible instillation d'un collyre anesthésiant pour faciliter l'ouverture des yeux		
→ Par solution isotonique ou hypertonique (le candidat peut citer l'un des 2 solutés indifféremment, accepté si le candidat cite le sérum physiologique)		
→ Abondant		
→ D'une durée de 15 à 30 min (il n'est pas attendu que l'étudiant réalise le lavage sur cet intervalle de temps, mais cela doit être mentionné oralement)		
Collyre corticoïde	1	.....
Collyre cicatrisant	1	.....
Q2		
Œil rouge	1	.....
Larmoiement	1	.....
Photophobie	1	.....
Baisse de l'acuité visuelle	1	.....
Lampe à fente : Point si 2/5 éléments recherchés	1	.....
→ Kératite ponctuée superficielle		
→ Œdème cornéen		
→ Ulcération		
→ Ischémie du limbe		
→ Nécrose		
Instillation de fluorescéine : recherche de zones désépithélialisées	1	.....
Q3		
Classification de Roper-Hall	1	.....
Q4		
Pronostic visuel compromis : une perte totale de l'acuité visuelle de l'œil gauche est attendue	1	.....
Total	15	.....

Note x 20 / 15 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Brûlures oculaires en résumé :

- Le plus fréquemment **chimiques** (85 %), bilatérales, chez des sujets masculins et jeunes, en lien avec un **accident industriel** (70 %). Il existe des brûlures thermiques ou par radiation, souvent plus superficielles et plus rares.
- Les acides pénètrent moins rapidement et moins profondément les structures oculaires que les bases, en raison d'une réaction de coagulation superficielle qui empêche la pénétration de l'acide dans la cornée : les **brûlures par bases sont donc plus graves**.
- Brûlure chimique par base : les plus fréquentes (ammoniaque, soude, eau de javel...).
- **Symptomatologie fonctionnelle** : larmoiement, photophobie, baisse de l'acuité visuelle, œil rouge : hyperhémie conjonctivale, hémorragies punctiformes péri-limbiques ou sous conjonctivales, cercle péri-kératique, chémosis hémorragique.
- **Aspect à la lampe à fente** : Kératite Ponctuée Superficielle (KPS) pour les brûlures légères, ulcération cornéenne, nécrose si grave.
- **Classification de gravité : classification de Roper-Hall en 4 stades pour les brûlures chimiques.**
 - Une instillation de fluorescéine est nécessaire pour évaluer le pronostic, car les zones désépithélialisées prennent la fluorescéine.

STADE	PRONOSTIC	ATTEINTE CORNEENNE	ISCHEMIE LIMBIQUE
1	Excellent	Atteinte épithéliale, absence d'opacité	Aucune
2	Bon	Cornée œdémateuse mais iris visible	< 33 % de la circonférence limbique
3	Réservé	Perte totale de l'épithélium cornéen, œdème stromal important	Entre 33 et 50 %
4	Mauvais	Cornée opaque, iris et pupille non visibles	> 50 %

- **Traitement par lavage en urgence au SSI abondamment puis collyres corticoïdes :**
 - **Lavage en urgence** (surtout en cas de brûlure chimique) : impact pronostique⁺⁺
 - Lavage de l'œil atteint au sérum physiologique ou hypertonique (préféré à l'eau).
 - Tubulure de perfusion maintenue à 10 cm de l'œil en éversant les paupières et en dépliant les culs-de-sac conjonctivaux, environ 1,5 L, durée de 15 à 30 min et jusqu'à pH neutre (7,4) mesuré par bandelette.
 - Possible lavage des voies lacrymales excrétrices si projection de base.
- **Si nécessaire goutte de collyre anesthésique** pour permettre l'ouverture correcte des paupières lors du lavage.
- **Corticoïdes locaux** : débutés le plus précocement possible afin de limiter la réaction inflammatoire intense, elle-même source de complications.
- **Collyres cicatrisants** (larmes artificielles, vitamines C, tétracyclines...).

Les corticoïdes et les collyres cicatrisants (larmes artificielles, vitamines C, tétracyclines) sont notés en rang C dans le collège. Néanmoins, ils sont précisés dans l'encadré SITUATIONS CLINIQUES du Collège d'Ophtalmologie et dans l'encadré POINTS CLEFS du cours, qui sont des références exigibles. Nous vous conseillons donc de les retenir et nous les avons incorporés dans cette station.

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Corps étranger de l'oreille ou du nez – Ingestion ou inhalation d'un corps étranger

Situations de départ n° 142 et 149

PSS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne d'urgence en salle de transmission. Un(e) infirmier(ère) profite d'une accalmie du flux de patients pour vous poser plusieurs questions concernant les corps étrangers. Vous devez lui répondre en formulant des phrases claires et complètes, vous pouvez user ou non de termes médicaux circonstanciés.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Concernant les corps étrangers de l'oreille :
 - Quels sont les signes d'appel clinique à rechercher chez un enfant faisant rechercher un corps étranger intra-auriculaire ?
 - Quelles sont les complications pouvant être engendrées par cette situation ?
2. Concernant les corps étrangers du nez : quels sont les signes d'appel à rechercher ?
3. Concernant les corps ingérés :
 - Que doit-on faire devant un corps étranger pharyngolaryngé avec détresse respiratoire aiguë ?
 - Quels sont les signes cliniques retrouvés en cas de corps ingéré dans l'œsophage si l'ingestion n'a pas été vue par un témoin ?
 - Quel est le corps étranger le plus dangereux en cas d'inhalation ? Pourquoi ?
 - Comment reconnaît-on une pile bouton sur une radiographie ?
4. Concernant les corps étrangers inhalés :
 - Qu'est-ce qu'un syndrome de pénétration ?
 - Quels sont les signes, à la radiographie, d'un corps étranger inhalé par un nourrisson ou un enfant à la phase initiale ?
 - Comment retire-t-on un corps étranger inhalé dans les bronches lorsque l'on est presque certain du diagnostic ?
 - Si un corps étranger est inhalé par un patient sans qu'il s'en soit aperçu, quels signes peut-il présenter par la suite devant nous alarmer ?

► *Consignes au professionnel de santé standardisé*

Vous êtes un(e) infirmier(ère) aux urgences ; et vous vous intéressez aux pathologies liées aux corps étrangers. Vous posez les questions liées à cette thématique à l'interne de garde. N'hésitez pas à lui faire reformuler les éléments peu clairs si besoin.

Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à structurer et mener l’entrevue	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
→ Communication avec les pairs (clarté de communication)	1	.....
Q1		
Signes d’appel : Otagies, hypoacousie (de transmission), acouphènes, otorrhée purulente Point si ≥ 2/4 éléments recherchés	1	.....
Complications : otite externe, blessure tympanique voire perforation de la membrane tympanique (point si les deux éléments sont recherchés)	1	.....
Q2		
Signes d’appel : Point si ≥ 3/4 éléments recherchés → Obstruction nasale chronique → Rhinorrhée tenace, purulente, fétide, unilatérale → Cacosmie persévérante → Cellulite faciale (nasojugale)	1	.....
Q3		
Premier geste devant une détresse respiratoire aiguë secondaire à l’ingestion d’un corps étranger pharyngolaryngé : tentative d’extraction au doigt en urgence	1	.....
Signes cliniques : Dysphagie, hypersialorrhée, gêne cervicale basse, douleur cervicale fébrile, empâtement cervical, emphysème sous-cutané cervical Point si ≥ 4/6 éléments recherchés	1	.....
Corps étranger dangereux : → La pile bouton → Risque de corrosion chimique avec perforation œsophagienne par nécrose de la muqueuse pouvant être responsable d’une médiastinite ou d’une hémorragie massive par lésion d’un axe vasculaire au contact de l’œsophage (tronc artériel brachiocéphalique ou aorte)	1 1	..... .....
Aspect radiographique : corps étranger radio-opaque de forme arrondie dans l’œsophage, avec aspect de doubles contours	1	.....
Q4		
Syndrome de pénétration : accès de suffocation secondaire à l’inhalation et l’obstruction des voies aériennes par un corps étranger, avec toux violente, quinteuse, brutale, +/- stridor, cornage, tirage et cyanose jusqu’à la détresse respiratoire aiguë	1	.....
Signes radiographiques : → Corps étranger radio-opaque → Atélectasie du côté du corps inhalé (opacité dense rétractile homogène et systématisée, attraction du médiastin du côté de l’opacité) → Emphysème obstructif localisé (Hyperclarté avec élargissement des espaces intercostaux, refoulement médiastinal du côté opposé)	1 1 1	..... ..... .....
Extraction : extraction fibroscopique bronchique avec tube endoscopique rigide (tube endoscopique souple si diagnostic peu certain)	1	.....
Signes chroniques : tout syndrome bronchopulmonaire focalisé, inexpliqué, répétitif ou au long cours doit faire évoquer une inhalation de corps étranger	1	.....
Total	17	.....

Note x 20 / 17 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

La situation de départ corps étranger de l'oreille ou du nez étant très spécifique ; nous avons pris le parti de la regrouper avec la situation de départ « inhalation ou ingestion de corps étranger » pour en faire un sujet entièrement dédié au corps étranger et ses complications. Il s'agit d'une station de questions-réponses (très intrigante dans sa forme et pourtant déjà tombée dans des oraux de plusieurs facultés) où la difficulté réside dans la sélection des informations utiles à donner clairement à l'examineur dans un temps imparti dédié. Chaque question aborde une localisation anatomique liée à la présence d'un corps étranger (nez, oreille, voies aériennes, voies digestives) avec les informations essentielles à en retenir. S'il n'apparaît pas dans les fiches LISA, ce thème est pourtant un chapitre à part entière constitué de rang A et B dans le livre d'ORL R2C.

La pile bouton est LE corps étranger à redouter en cas d'ingestion de corps étranger ! C'est une urgence diagnostique et thérapeutique extrême, le retrait devant être le plus précoce possible.

Il existe un risque de corrosion chimique avec perforation œsophagienne (par nécrose de la muqueuse) pouvant être responsable :

- D'une médiastinite.
- Ou d'une hémorragie massive par lésion d'un axe vasculaire au contact de l'œsophage (tronc artériel brachio-céphalique ou aorte).



Notez l'aspect radiographique particulier :

- De face : corps étranger radio-opaque de forme arrondie dans l'œsophage, avec doubles contours sur le pourtour.
- De profil : corps étranger radio-opaque situé dans l'axe pharyngo-œsophagien.

NOTES

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Diplopie

Situation de départ n° 143

Scénario pour l'étudiant

Une patiente de 30 ans vient vous voir en consultation d'ophtalmologie car elle voit double de façon intermittente depuis plusieurs mois. Elle a des antécédents de thyroïdite d'Hashimoto sous Lévothyroxine et de tremblement essentiel sous Propranolol.

Elle vous décrit également que sa paupière tombe en fin de journée, surtout lorsqu'elle est fatiguée ; et qu'elle ressent parfois une faiblesse musculaire le soir ou après une activité physique.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Quel est le terme correspondant au fait d'avoir une vision double ?
 2. La patiente vous demande si ce signe peut être en rapport avec une pathologie ophtalmologique. Comment pouvez-vous éliminer une origine ophtalmologique ?
 3. Décrivez à l'oral l'examen clinique de ce patient.
 4. Évoquez votre hypothèse diagnostique principale.
 5. Quels sont les examens paracliniques à demander pour vous conforter dans votre suspicion diagnostique ?
- Se rendre à la partie des consignes au patient*
6. Quelle mesure devez-vous réaliser au vu des traitements de la patiente ?

► Consignes au patient

Contexte : consultation en ophtalmologie

Nom/prénom patient(e) – Age : Mme O – 30 ans

Taille/poids : 150 cm – 50 kgs

Antécédents personnels : thyroïdite d'Hashimoto sous lévothyroxine et tremblement essentiel sous propranolol.

Antécédents familiaux : aucun

Allergie : non connue

Traitement à domicile : LEVOTHYROXINE (forme synthétique de thyroxine) – PRORANOLOL (B-bloquant)

Mode de vie : autonome dans les actes de la vie courante, professeure des écoles

Histoire de la maladie : Vous consultez car vous voyez double de façon intermittente depuis plusieurs mois

Examen clinique : Vous précisez au candidat que :

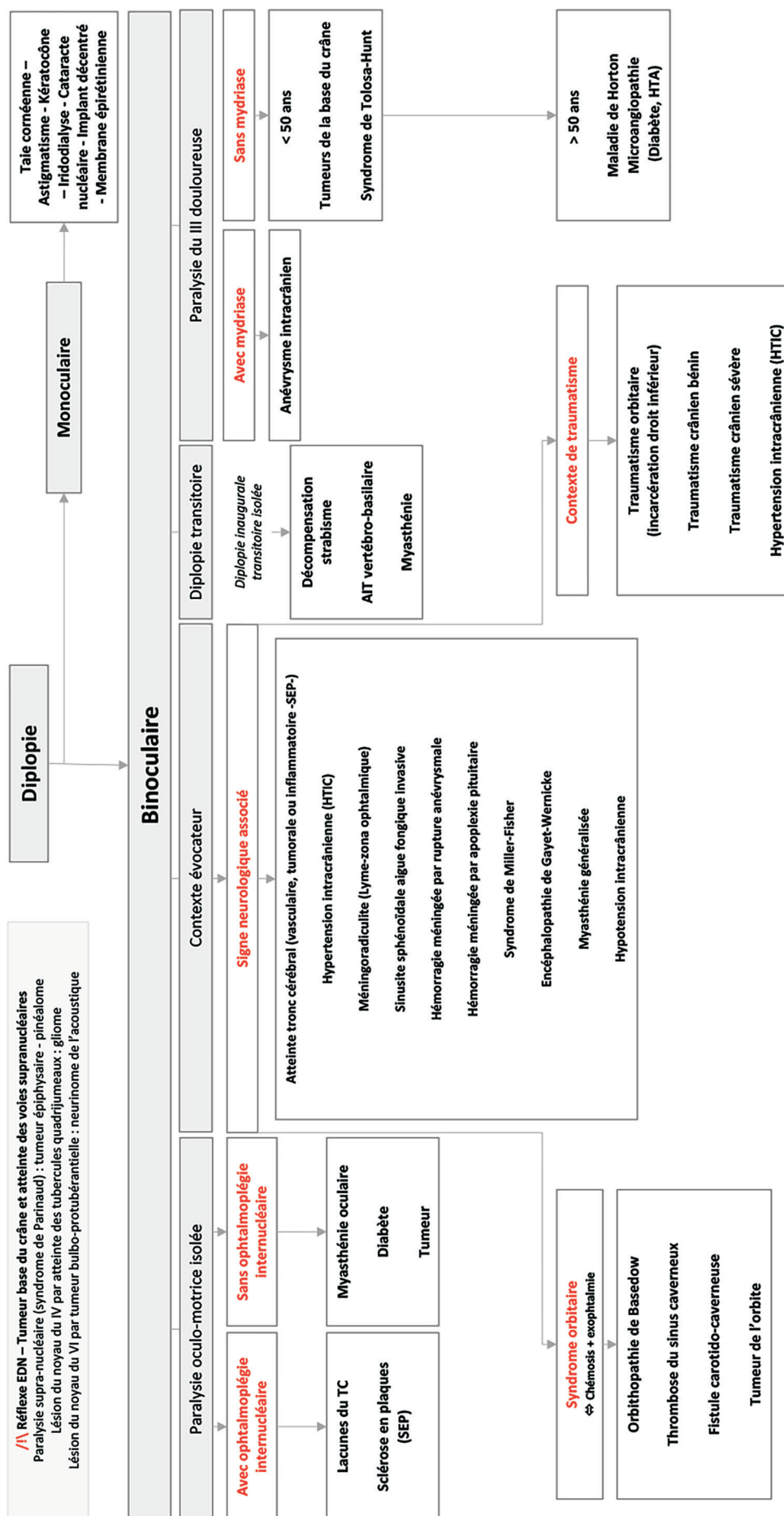
- Votre paupière tombe en fin de journée, surtout lorsque vous êtes fatiguée.
- Vous ressentez aussi parfois une faiblesse musculaire aux niveaux de la racine des membres (le soir ou après un effort).

Éléments systématiquement donnés à la question 5 : « Vous suspectez une myasthénie auto-immune »

Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
Q1		
Diplopie	1	.....
Q2		
Diplopie monoculaire d'ordre ophtalmologique, présente à l'occlusion de l'œil sain mais disparaissant à l'occlusion de l'œil pathologique	1	.....
Q3		
Examen des nerfs oculomoteurs	1	.....
Recherche d'un ptosis	1	.....
Recherche d'une anomalie pupillaire avec étude du réflexe photomoteur	1	.....
Examen sous écran	1	.....
Test de Lancaster	1	.....
Test au verre rouge	1	.....
Examen neurologique général : Point si $\geq 3/4$ éléments recherchés	1	.....
→ Glasgow		
→ Sensibilité		
→ Motricité		
→ Réflexe ostéotendineux		
Q4		
Myasthénie	1	.....
Q5		
ENMG (électro-neuro-myogramme)	1	.....
Ac anti-RACH (ou Anticorps antirécepteurs à l'acétylcholine) ou Ac anti-MuSK	1	.....
Point si $\geq 1/2$ élément recherché		
Scanner thoracique	1	.....
Q5		
Arrêt des β -bloquants	1	.....
Total	16	.....

Note x 20 / 16 pour avoir la note / 20



Douleur cervico-faciale

Situation de départ n° 144

PSS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne de chirurgie maxillo-faciale et êtes appelé(e) par le service d'urgences pour un patient de 30 ans consultant pour une tuméfaction sous-mandibulaire douloureuse apparue depuis 4 jours.

Le patient vous indique que les symptômes ont commencé il y a plusieurs jours à la suite d'une douleur dentaire avec aggravation progressive. Il vous indique aussi qu'il s'est automédiqué par AINS.

Les constantes demandées sont : Tension artérielle 127/77 mmHg – saturation 98 % en air ambiant – fréquence cardiaque 86/min – fréquence respiratoire 15/min – Température 38,7 °C.

L'examen clinique retrouve une masse sous-mandibulaire gauche douloureuse avec une peau inflammatoire en regard, un trismus serré, un érythème cervical et une dysphagie avec sialorrhée.

Le bilan réalisé aux urgences retrouve une CRP à 228 mg/L et de leucocytes à 13 800/mm³.

Un panoramique dentaire est réalisé dont l'imagerie est la suivante :



Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

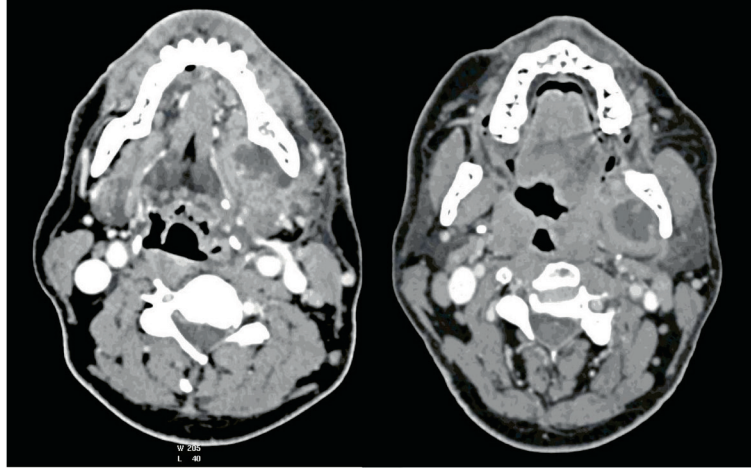
■ Questions pour l'étudiant

1. Vous êtes seul(e) dans la salle de transmission des urgences. Décrivez votre suspicion diagnostique et la dent en cause.
2. Quels sont les critères de gravité présentés par votre patient ?
3. Quel(s) examen(s) devez-vous réaliser devant l'ensemble de ce tableau ?
4. Vous êtes dans la salle de transmission et recevez les examens demandés ; décrivez-le(s).
Se rendre à la partie des consignes au patient
5. Quelle prise en charge comptez-vous réaliser dans l'immédiat aux urgences ? Expliquez à l'oral au senior des urgences, présent avec vous dans la salle de transmission, la suite de la prise en charge qui sera effectuée (vous n'aborderez pas l'aspect chirurgical de la prise en charge).

► *Consignes au professionnel de santé standardisé*

Vous êtes senior des urgences et avez la charge d'un patient de 30 ans consultant pour une tuméfaction sous-mandibulaire douloureuse, fébrile et inflammatoire depuis 4 jours, avec trismus serré, érythème cervical et dysphagie avec sialorrhée. Vous avez appelé l'interne d'avis de CMF pour la prise en charge.

Imagerie donnée systématiquement à la question 4 à l'étudiant.



Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à faire la synthèse des données	1	.....
→ Communication avec les pairs (clarté de communication)	1	.....
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
Q1		
Hypothèse principale : point si les deux éléments sont recherchés		
→ Cellulite cervico-faciale d'origine dentaire	1	.....
→ Due à une atteinte de la dent 37 (devant la tuméfaction sous-mandibulaire gauche clinique et le kyste apical visible sur le cliché de panoramique dentaire)		
Q2		
Trismus	1	.....
Érythème cervical	1	.....
Dysphagie	1	.....
Q3		
Scanner cervico-facial avec injection de produit de contraste	1	.....
Q4		
Scanner cervico-facial avec injection de produit de contraste en coupe axiale	1	.....
Collection hypodense avec rehaussement périphérique ; localisée au contact de la corticale interne de la mandibule gauche	1	.....
Probable cellulite collectée	1	.....
Q5		
Hospitalisation du patient	1	.....
Mise à jeun	1	.....
Antibiothérapie IV probabiliste par Amoxicilline-acide clavulanique (AUGMENTIN®) (également accepté : association CLINDAMYCINE-GENTAMICINE)	1	.....
Administration d'antalgiques de palier 2 voire 3	1	.....
Délimitation de la rougeur	1	.....
Application de vessies de glace	1	.....
Contre-indication formelle aux anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens	1	.....
Total	18	.....

Note x 20 / 18 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Voici un résumé de la prise en charge d'une cellulite faciale aiguë

Cellulite faciale aiguë	
Clinique	Premier stade : cellulite séreuse (non collectée) Desmodontite ou infection apicale avec tuméfaction douloureuse imprécise qui comble le sillon et efface les méplats. Peau en regard tendue, chaude, blanche ou légèrement érythémateuse et mouvements mandibulaires ou linguaux gênés +/- signes généraux qui commencent à s'installer (fébricule, céphalées)
Clinique	Deuxième stade : cellulite suppurée, ou cellulite collectée Tuméfaction qui se limite et se précise : la peau devient rouge, tendue, luisante, chaude Douleur ↗ : intense, continue, à prédominance nocturne, insomniante, entravant l'alimentation, la déglutition et l'élocution. +/- trismus, secondaire à la contraction douloureuse des muscles masticateurs, infiltrés +/- Dysphagie, salivation abondante, insomnie, fièvre à 38-39 °C, fatigue Troisième stade : cellulite gangréneuse, ou cellulite diffusée Nécrose extensive des tissus, constituant alors un tableau de véritable fasciite nécrosante. En plus des signes cliniques de la cellulite suppurée : emphysème sous-cutané avec crépitations (présence de gaz), AEG et retentissement systémique (sepsis voire choc septique)
Signes de gravité	Sepsis – choc septique Crépitation neigeuse sous-cutanée Déglutition salivaire douloureuse et trismus Dyspnée et tuméfaction plancher oral (⚠ Détresse respiratoire aiguë) Tuméfaction jugale fermant l'œil (⚠ abcès périorbitaire) Érythème s'étendant vers les creux supra claviculaires ou l'incisure jugulaire du sternum Tuméfaction suprahyoïdienne progressant vers la région cervicale médiane, voire en controlatéral
Bilan paraclinique	Orthopantomogramme (↔ panoramique dentaire) TDM cervico-facial avec injection de produit de contraste NFS – CRP – Hémostase (TP-TCA) – Ionogramme sanguin – créatininémie – Glycémie
Traitement	Traitement médical Hospitaliser le patient, le laisser à jeun. VVP pour antibiothérapie intraveineuse probabiliste : Amoxicilline-acide clavulanique 1 à 2 g toutes les 8 h en IV ; ou si allergie Clindamycine 600 mg toutes les 8 h +/- gentamycine 5 mg/kg par 24 h pendant 48 h si fonction rénale normale. Administration d'antalgiques de palier 2 voire 3. AINS et corticoïdes sont à proscrire devant une infection non contrôlée. Sur le plan local : délimitation de la rougeur et application de vessies de glace. Traitement chirurgical, sous anesthésie générale Drainage des collections par voie endobuccale et/ou cervicale. Avulsion de la dent responsable et des autres dents non conservables.

Douleur pharyngée

Situation de départ n° 145

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous recevez en consultation de médecine générale au mois de janvier un homme de 26 ans pour douleur pharyngée fébrile et odynophagie depuis 2 jours. Il est mécanicien, marié, vit avec son épouse et ses 4 enfants. Il n'a pas d'antécédent particulier, pas de traitement au domicile ni d'allergie notable. Ses vaccinations sont à jour du calendrier vaccinal et ont été réalisées l'année dernière (Diphtérie – Poliomyélite – tétanos – coqueluche).

Le patient rapporte une douleur constrictive spontanée de l'oropharynx depuis 48 h, apparue brutalement, majorée à l'alimentation (franche odynophagie) et sans irradiation. Il s'y associe une fièvre à 39 °C avec frissons et sueurs ; sans larmolement ni rhinorrhée, sans prurit oculaire sans toux ni arthromyalgies. Il n'y a pas de contagé infectieux au sein de son travail mais il rapporte une angine chez sa fille de 6 ans.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Examinez le patient en décrivant ce que vous faites et ce que vous recherchez.

Se rendre à la 1^{re} partie des consignes au patient

2. Quel diagnostic suspectez-vous ? Que faites-vous dans l'immédiat pour vous en assurer ?

3. Quelle prise en charge proposez-vous pour le patient ?

Se rendre à la 2^e partie des consignes au patient

► Consignes au patient

Contexte : consultation en médecine générale

Nom/prénom patient(e) – Age : Mr G – 26 ans

Taille/poids : 175 cm – 60 kgs

Antécédents personnels : aucun – les vaccinations sont à jour du calendrier vaccinal et ont été réalisées l'année dernière (Diphtérie – Poliomyélite – tétanos – coqueluche).

Antécédents familiaux : aucun

Allergie : non connue

Traitement à domicile : aucun

Mode de vie : mécanicien, marié, vous vivez avec votre épouse et vos 4 enfants.

Histoire de la maladie : Vous consultez pour douleur pharyngée fébrile et odynophagie depuis 2 jours. Vous rapportez une douleur constrictive spontanée de l'oropharynx depuis 48 h, apparue brutalement, majorée à l'alimentation (franche odynophagie) et sans irradiation. Il n'y a pas de contagé infectieux au sein de votre travail mais vous rapportez une angine chez votre fille de 6 ans

Examen clinique : Il s'y associe une fièvre à 39 °C avec frissons et sueurs ; sans larmolement ni rhinorrhée, sans prurit oculaire sans toux ni arthromyalgies.



Éléments donnés par l'examineur à la question 1 si demandé par l'étudiant :

- Constantes : T° 38,8 °C – TA 125/75 mmHg – FC 80/min. – Saturation 98 % en air ambiant.
- Examen cardiovasculaire et abdominal sans anomalie.
- Examen oculaire : pas de conjonctivite associée.
- Examen endobuccal : cf. photo ci-contre.
- Examen ORL complémentaire : Pas de rhinorrhée, pas d'obstruction nasale, otoscopie normale.
- Présence d'adénopathies cervicales antérieures douloureuses (sous-mandibulaires bilatérales).
- Pas d'éruptions scarlatiniforme, roséoliforme ou morbiliforme.

Éléments donnés systématiquement par l'examineur à la question 3 :

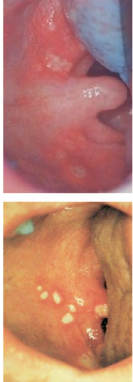
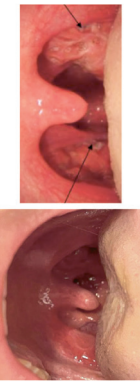
Le test de diagnostic rapide streptococcique réalisé avec prélèvement de fond de gorge est positif.

Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
Q1		
Constantes (Température, tension artérielle, saturation, fréquence cardiaque)	1	.....
Examen du fond de gorge	1	.....
Description d'une angine érythémato-pultacée bilatérale (amygdales congestives et inflammatoires avec enduit blanc jaunâtre ne dépassant pas les amygdales)	1	.....
Recherche de signes associés : point si $\geq \frac{3}{4}$ éléments recherchés	1	.....
→ Adénopathies cervicales		
→ Conjonctivite associée		
→ Arguments en faveur d'une rhinopharyngite		
→ Éruption cutanée associée		
Q3		
Angine streptococcique (également accepté : angine érythémato-pultacée à streptocoque A)	1	.....
Score de Mac Isaac à 4/4	1	.....
Réalisation d'un test diagnostic rapide	1	.....
Q4		
AMOXICILLINE <i>per os</i> 2 à 3 fois par jour en 3 prises par jour pour une durée de 6 jours	1	.....
Antalgique et antipyrétique type PARACÉTAMOL	1	.....
Lavage des mains régulier	1	.....
Arrêt de travail et éviction de collectivité pendant au moins 3 jours	1	.....
Expliquer que le patient doit reconsulter si : fièvre > 3 jours ou réapparition de fièvre après 3 jours, persistance des symptômes au-delà de 10 jours, gêne respiratoire, conjonctivite purulente, œdème palpébral, éruption cutanée, troubles digestifs.	1	.....
Point si $\geq \frac{5}{8}$ éléments recherchés		
Total	14	.....

Note x 20 / 14 pour avoir la note / 20



Type d'angine	Description sémiologique	Étiologie	Iconographie
Érythémateuse = <i>rouge</i> Érythémato-pultacée = <i>blanche</i>	Pharynx et amygdales congestives et rouges +/- exsudat pultacé Exsudat pultacé : enduit blanchâtre ou gris jaunâtre, purulent, punctiforme ou en traînées, mince et friable, détachable et facilement dissocié, ne débordant pas la surface amygdalienne	Streptocoque A VIH EBV (MNI) Adénovirus	 <i>Angine érythémateuse & Angine érythémato-pultacée</i>
Pseudo-membraneuse	<u>Mononucléose infectieuse (MNI)</u> Fausse membranes facilement décollables, en regard des amygdales, respectant la luette <u>Diphtérie</u> Fausse membranes adhérentes et non dissociables, débordant les amygdales et envahissant la luette	EBV (MNI) Diphtérie	 <i>EBV & Diphtérie</i>
Vésiculeuse	Amygdales rouge vif, avec bouquets de petites vésicules hyalines, puis taches blanches d'exsudat entourées d'une auréole rouge, confluent parfois en une fausse membrane à contour polycyclique	Toujours virale HSV (herpès) Entérovirus (échovirus, Coxsackie)	 <i>Primo-infection HSV</i>
Ulcéreuse Nécrotique	<u>Angine de Vincent</u> : Enduit pultacé blanc-grisâtre, friable, recouvrant une ulcération atone, à bords irréguliers et surélevés, non indurée au toucher <u>Chancres syphilitiques</u> : Ulcération unilatérale sur une base indurée <u>Angine agranulocytaire</u> : Angine avec ulcérations bilatérales profondes recouvertes d'un enduit nécrotique	Angine de Vincent Chancres syphillis Cancer ORL Agranulo-cytose (dont iatrogène) Hémo-pathies malignes	 <i>Angine de Vincent & Angine ulcéronécrotique bilatérale (sur agranulocytose)</i>

Dysphonie

Situation de départ n° 146

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes ORL. Vous recevez dans votre bureau un homme de 60 ans qui consulte par rapport à la situation de son père. Son père est un patient de 93 ans hospitalisé dans votre service ; il avait consulté initialement pour dysphonie, dysphagie haute et altération de l'état général avec perte de 12 kg sur 2 mois. L'étiologie retenue était un carcinome épidermoïde indifférencié de l'hypopharynx au stade métastatique (métastases pulmonaires bilatérales avec aspect de lâcher de ballons). Le patient a comme antécédents une insuffisance rénale chronique terminale, une insuffisance cardiaque sur cardiopathie ischémique, une bronchopneumopathie chronique obstructive et un tabagisme actif évalué à 75 PA. Il avait été décidé d'une prise en charge par chimiothérapie néoadjuvante avant potentielle prise en charge chirurgicale ; mais cette chimiothérapie n'a pas permis de limiter la progression tumorale. Au vu de l'ensemble du tableau, une prise en charge palliative a été décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire ; la chirurgie ayant été réfutée.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Recevoir le fils du patient pour lui annoncer et lui expliquer la prise en charge palliative. Vous veillerez à adopter une attitude circonstanciée.

► Consignes au patient

Vous êtes un homme de 60 ans ; venu à l'hôpital afin de connaître la prise en charge retenue pour votre père de 93 ans, chez qui a été diagnostiqué un cancer de l'hypopharynx avec métastases pulmonaires.

Vous êtes assez inquiet par l'évolution rapide et l'altération de l'état de votre père.

Votre père est un patient de 93 ans ayant consulté initialement pour dysphonie, dysphagie haute et altération de l'état général avec perte de 12 kg sur 2 mois. L'étiologie retenue était un carcinome épidermoïde indifférencié de l'hypopharynx au stade métastatique (métastases pulmonaires bilatérales).

Il a comme antécédents une insuffisance rénale chronique terminale, une insuffisance cardiaque sur cardiopathie ischémique, une bronchopneumopathie chronique obstructive et un tabagisme actif évalué à 75 PA.

Il avait été décidé d'une prise en charge par chimiothérapie néoadjuvante avant potentielle prise en charge chirurgicale ; mais cette chimiothérapie n'a pas permis de limiter la progression tumorale

Grille d'évaluation

Compétences et attitude		
→ Aptitude à structurer et mener l'entretien	1	.....
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
→ Communication avec les pairs (clarté de communication)	1	.....
→ Communication non verbale	1	.....
Q1		
Se présenter	1	.....
Inviter le patient à s'asseoir	1	.....
Avoir une prise en charge empathique et humaine tout au long de l'échange	1	.....
Demander au fils ce qu'il sait déjà au début de l'entretien	1	.....
Demander ce qu'il veut savoir, s'il souhaite ne pas connaître certains éléments de la prise en charge et de la situation	1	.....
Résumer la situation clinique grave concernant son père, en lui expliquant les deux possibilités thérapeutiques qui étaient potentiellement envisagées : Chirurgie très mutilante puis soins lourds ou prise en charge palliative d'emblée avec soins de support	1	.....
Expliquer que la prise en charge palliative a été retenue car la chirurgie apparaît déraisonnable et trop risquée au vu des antécédents de son père et du cancer avancé ne répondant pas à la chimiothérapie	1	.....
Expliquer qu'il s'agit d'une décision collégiale mûrement réfléchie ayant fait intervenir plusieurs médecins	1	.....
Expliquer que l'on n'arrête pas les soins de son père pour autant, et qu'on va lui proposer des soins axés pour son confort de vie et lutter contre les symptômes	1	.....
Laisser la place aux émotions et respecter des temps de silence	1	.....
Vérifier à plusieurs reprises la bonne compréhension du patient ; le faire reformuler et répéter si besoin	1	.....
Demander si le père avait des directives anticipées et une personne de confiance	1	.....
Demander au patient s'il a des questions à la fin de l'entretien	1	.....
Inviter le patient à aller voir son père	1	.....
Total	18	.....

Note x 20 / 18 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Voici un résumé des éléments à connaître concernant la réalisation d'une consultation d'annonce. Il y a plusieurs notions pouvant être retenues qu'il faut s'efforcer d'appliquer.

Comportement à adopter	
Comportement verbal	Comportement non verbal
Se présenter lors du premier entretien	Être présentable
Débuter par une question ouverte	Se mettre à la hauteur du patient
Laisser le patient s'exprimer	Faire asseoir le patient
Reconnaître la valeur du silence	Respecter l'intimité du patient
Adapter son vocabulaire	Trouver la distance physique qui convient
Chercher à comprendre et à être compris	au patient selon ses valeurs
Éviter les pronostics chiffrés	Établir un contact visuel

Annoncer une mauvaise nouvelle	
En 1 : Porter une importance au contexte	
Faire asseoir le patient/l'aidant et s'asseoir avec lui Choisir un lieu d'entretien approprié, calme, sans être dérangé et couper le téléphone Établir la communication par une question ouverte	
En 2 : Savoir de « quoi on part » et ce que connaît le patient/l'aidant	
Connaître la compréhension concernant l'état de santé et la maladie Connaître les explications données antérieurement Connaître la conception que le patient/l'aidant a de l'état de santé actuel et de la maladie	
En 3 : Savoir « vers où on va » dans la conversation et ce que veut connaître le patient/l'aidant	
Volonté ou non de recevoir ouvertement les informations concernant le patient Établir le niveau d'information souhaitant être obtenu (proposer le choix de recevoir partiellement ou totalement les informations concernant la maladie et l'état de santé)	
En 4 : Réaliser l'annonce et préparer l'avenir	
Partir du point de vue du patient/de l'aidant pour apporter progressivement les informations dont on dispose (cela permet d'établir un lien logique entre le point de vue du patient et la réalité médicale) Fragmenter l'information, l'apporter au fur et à mesure de l'entretien en évitant les termes techniques avec un discours médical trop complexe Prendre en compte les préoccupations du patient/de l'aidant et leur importance, la hiérarchisation des soucis pouvant différer entre le point de vue du patient/de l'aidant et le point de vue médical Tenir compte des sentiments du patient à l'annonce du diagnostic Établir un projet, une stratégie claire et une perspective sur l'évolution attendue	
En 5 : Récapituler l'ensemble des éléments	
S'assurer de la compréhension des informations données lors de l'entretien	

NOTES

Épistaxis

Situation de départ n° 147

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne de garde aux urgences. Une patiente de 82 ans est admise pour épistaxis non contrôlée. Elle est connue pour une insuffisance cardiaque secondaire à une cardiopathie hypertensive, une fibrillation atriale permanente, une dyslipidémie et une gonarthrose bilatérale. Elle est traitée par ENALAPRIL (IEC), CARVEDILOL (β-bloquant), SPIRONOLACTONE (antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes), DAPAGLIFOZINE (inhibiteur de SGLT2) et COUMADINE (AVK). La patiente est calme dans le box des urgences, consciente et orientée, euvoémique, et ne présente pas de signes de détresse respiratoire aiguë.

Les constantes demandées sont : Tension artérielle 108/57 mmHg – saturation 96 % en air ambiant – fréquence cardiaque 116/min – fréquence respiratoire 12/min – Température 37,2 °C

Cliniquement, vous ne retrouvez pas de signes de décompensation cardiaque ni de signes d'anémie mal tolérée. L'ECG déroule une tachycardie irrégulière à QRS fins en faveur d'une fibrillation atriale, et ne retrouve pas de changement par rapport aux ECG antérieurement réalisés.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Prenez en charge ce saignement avec des premières mesures rapides. Vous veillerez à expliquer vos mesures à la patiente.
2. Vous recevez les examens demandés ; et vos premières mesures n'ont pas réussi à tarir le saignement. Après examen par ORL, le saignement ne vient pas de la tache vasculaire. Quelle prise en charge pouvez-vous réaliser au vu de ces données ? Expliquez à l'oral à la patiente la suite de la prise en charge qui sera effectuée.

Se rendre à la partie des consignes au patient

► Consignes au patient

Contexte : consultation aux urgences

Nom/prénom patient(e) – Age : Mme G – 82 ans

Taille/poids : 160 cm – 45 kgs

Antécédents personnels : insuffisance cardiaque secondaire à une cardiopathie hypertensive, fibrillation atriale permanente, dyslipidémie et gonarthrose bilatérale

Antécédents familiaux : aucun

Allergie : non connue

Traitement à domicile : ENALAPRIL (IEC), CARVEDILOL (β-bloquant), SPIRONOLACTONE (antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes), DAPAGLIFOZINE (inhibiteur de SGLT2) et COUMADINE (AVK)

Mode de vie : retraitée, veuve, autonome dans les actes de la vie courante

Histoire de la maladie : Vous êtes admise aux urgences pour épistaxis non contrôlée.

Examen clinique : Vous êtes calme dans le box des urgences, consciente et orientée, euvoémique, et ne présentez pas de signes de détresse respiratoire aiguë. Il n'y a pas de signes de décompensation cardiaque ni de signes d'anémie mal tolérée

Vos constantes sont : Tension artérielle 108/57 mmHg – saturation 96 % en air ambiant – fréquence cardiaque 116/min – fréquence respiratoire 12/min – Température 37,2 °C.