

Alexandre Giraud
2^e aux ECNi 2022

David Mutin
3^e aux ECNi 2019

Enzo Vedrine
36^e aux ECNi 2020



ECNi/EDN

Collection dirigée par Aymeric Rouchaud
14^e aux ECNi 2017

4^e
Édition

Les QI

des (très) bien



classés

2019-2020-2021-2022

+ 2016-2017-2018 en téléchargement *

Les 840 questions isolées

corrigées, commentées et analysées

Vuibert

Collection dirigée par **Aymeric Rouchaud**

Alexandre Giraud

David Mutin

Enzo Vedrine

Les QI

des (très) bien

classés

2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022

4^e édition

Vuibert

Retrouvez le corrigé des ECNi 2016, 2017 et 2018 commentés et détaillés sur ce lien :

www.vuibert.fr/site/664089



Pour aller toujours plus loin et viser ainsi le meilleur classement, retrouvez des compléments tout au long de l'année, sur la page Facebook de la collection des (très) bien classés :

www.facebook.com/Labrege



Création de la maquette intérieure et mise en pages : Patrick Leleux PAO

Couverture : Primo & Primo

ISBN : 978-2-311-66408-9

Iconographie : © Magnard et © Carole Fumat

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

© Janvier 2023, Éditions Vuibert – 5, allée de la 2^e DB, 75015 Paris
www.vuibert.fr

Les auteurs

Alexandre Giraud s'est classé 2^e aux ECNi 2022. Il a débuté son internat en Oncologie à Marseille.

David Mutin s'est classé 3^e aux ECNi 2019. Il poursuit son internat en Radiologie à Lyon.

Enzo Vedrine s'est classé 36^e aux ECNi 2020. Il est actuellement interne en Néphrologie à Lyon.

La collection des *(très) bien classés* est dirigée par **Aymeric Rouchaud** (14^e aux ECNi 2017), actuellement interne en Radiologie à Lyon.

Merci à **Aymeric** et aux éditions Vuibert pour leur soutien indéfectible.

Merci à **Enzo** d'avoir accepté de reprendre le flambeau de cette collection : défi relevé avec brio.

David

Merci à Aymeric et David pour leur confiance accordée à travers cet ouvrage.

Merci aux éditions Vuibert pour le travail fourni lors de cette collaboration.

Merci à Joséphine, ma conjointe, qui m'a accompagné à travers cette année difficile et qui égaie ma vie au quotidien.

Merci à ma famille pour leur soutien constant dans tous mes projets.

Merci à l'A3D, un duo d'amis ayant coloré toutes ces années de fac et qui continuera de le faire, je l'espère.

Merci à **Messieurs** Paul, Julien, Louis, Chan, Léo, Antoine, Robin, Raph, Hervé, Louis et Antoine, une belle bande de shakals avec qui j'espère continuer à vivre de belles aventures.

Merci à tous mes ami(e)s qui vivent en ce moment leur D4, force et honneur : je suis de tout cœur avec vous.

Enzo

Merci à Marie, ma compagne qui m'a été d'un soutien si précieux, tant pendant mon externat que pour la rédaction de cet ouvrage.

Merci à ma famille de m'avoir soutenu pendant toutes mes études, sans quoi je n'en serais certainement jamais arrivé là.

Merci à mes amis, camarades carabins ou non, d'avoir été là pour moi tout ce temps.

Merci à Aymeric, David et Enzo pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Merci à Enzo pour l'aide précieuse qu'il m'a apporté dans la rédaction de cette correction et pour son avis spécialisé de néphrologue.

Merci aux éditions Vuibert pour cette collaboration.

Alexandre

Avant-propos

Il faut absolument débiter ce livre par un **avertissement** : **cet ouvrage n'est pas un ouvrage de correction comme les autres**. Vous avez probablement déjà croisé des corrections de QI bâclées, des explications hasardeuses, des propositions laissées sans réponses et des auteurs à la pédagogie douteuse. L'ambition de ce livre, dans la lignée des autres livres de la collection des *(Très) Bien Classés*, est de rompre avec ces antécédents, et d'enfin fournir une correction complète et détaillée à l'épreuve des QI. Si la réforme du 2^e cycle a changé le visage des épreuves en élargissant les modalités docimologiques (mini-DP, KFP, QROC, etc.) pour les nouvelles EDN d'octobre 2023, les QI restent une épreuve centrale pour tester les connaissances des étudiants, souvent plus que leur raisonnement clinique. Savoir les maîtriser est essentiel tant pour les ECNi que pour les EDN. Ce livre a été conçu en ce sens.

L'écriture de ce dernier a été motivée par une question, lancinante, qui tenaille chaque externe dès le début de sa préparation au concours : « **Qu'apprendre ?** ». Qu'apprendre, quand la quantité de connaissances médicales disponibles est quasiment infinie ? Qu'apprendre, face à cet examen classant qui peut vous demander de calculer une natrémie corrigée entre un score de Glasgow et un ticket modérateur pour une consultation cardiologique ? Qu'apprendre, quand les référentiels se multiplient, les articles scientifiques pleuvent et les voix se font de plus en plus discordantes ? Quand les PU-PH, les éditeurs de fiches, les prépas privées, veulent tous apporter leur pierre à un édifice fragile et déjà surchargé ?

Face à cet océan inconnu du « Au programme », les annales du concours forment une planche de salut tout à fait bienvenue. Chaque DP, chaque QI constitue autant de sondes qui permettent de délimiter la profondeur et l'étendue de cet océan, d'en caractériser les limites et d'en apprécier les contours. L'étudiant astucieux en déduit une méthode de travail qui différencie l'essentiel de l'accessoire, et bâtit ses révisions sur la base la plus stable possible.

« Ce qui est déjà tombé retombera ». En vertu de cet adage, s'astreindre à la correction la plus complète et la plus fiable possible de ces annales revient à rentabiliser son temps de travail de la façon la plus intelligente. Il ne s'agit plus de comparer ses réponses à une correction non officielle, rédigée à la hâte sur un coin de table. Il s'agit, devant chaque QI, de réfléchir au point de cours correspondant, à l'intérêt pédagogique qu'il renferme, et surtout, aux futurs QCM dont il pourrait être le témoin.

Plus vous avancerez dans cet ouvrage, plus il vous semblera facile. Vous appréhendez mieux les enjeux des questions. Vous remarquerez également une certaine tendance à la répétition. Non pas que les QCM se répètent tout à fait d'une année sur l'autre (les questions qui retombent à l'identique se comptent sur les doigts d'une main). Mais vous aurez, à votre tour, intégré le champ des connaissances nécessaires pour réussir cette épreuve.

Compte tenu de la nouvelle structuration du programme en « rangs » de connaissance A, B et C, nous avons pris soin de classer chaque question selon les rangs pour faciliter le travail de hiérarchisation des connaissances. Ces rangs sont signalés à côté de chaque question par les pictogrammes suivants : **A**, **B** et **C**.

Bien qu'il existe une liste officielle des connaissances exigibles et de leur rang, celle-ci demeure assez vague. Ainsi, il existe quelques discordances entre les référentiels concernant le rang attribué à une information donnée. Dans le doute et afin d'éviter toute perte de chance pour le concours, nous avons pris le parti de considérer le rang le plus bas dans ces situations litigieuses.

Par ailleurs, les PU-PH ont l'habitude de mettre dans les QI des propositions faisant office de « distracteurs », dans le but de déstabiliser l'étudiant. Ces « distracteurs » correspondent souvent des notions qui étaient déjà hors programme avant la réforme (donc rang C avec la nouvelle hiérarchisation) mais qu'il n'était pas nécessaire de maîtriser pour répondre correctement à la question.

Dans ce cas de figure, nous avons choisi de ne pas classer automatiquement la question entière en rang C mais de lui assigner le rang le plus haut correspondant aux notions qu'il fallait maîtriser pour y répondre.

Nous avons également fait le choix de conserver les questions classées rang C dans cet ouvrage, par souci de fidélité aux annales officielles. Qui plus est, certaines notions de rang C peuvent mériter d'être lues (sans être apprises) pour faciliter la compréhension du cours. Dans tous les cas, les notions non exigibles seront signalées dans les corrections.

Fidèle à l'idéal de rigueur propre à la collection des (Très) Bien Classés, nous avons mis un point d'honneur à corriger chaque QI de façon exhaustive, proposition par proposition, sans en négliger une seule. Nous nous sommes également attachés à commenter le sous-texte d'une question, son niveau de sélectivité ainsi que sa probabilité de retomber. Enfin, nous avons ajouté des centaines de points de rappel et d'approfondissement, tous basés sur notre expérience issue des milliers de QCM ingurgités pendant notre préparation.

Nous avons enrichi ce livre de dizaines d'algorithmes, de schémas, de moyens mnémotechniques, ainsi que de nombreux tableaux comparatifs inédits. Ces derniers sont probablement les plus discriminants, et viennent en complément de ceux de l'*Abrégé des (Très) Bien Classés*. Ils sont basés sur le principe de la mémoire « en miroir » : devant deux notions voisines que tout oppose, en retenir une, c'est en déduire l'autre. L'économie de mémoire effectuée est considérable ! Exemple : *la clinique de la candidose est opposée à celle de la dermatophytose : l'atteinte est mal limitée (bien limitée chez le dermatophyte), bilatérale (vs unilatérale), érythémateuse (vs non érythémateuse), au 1^{er} espace interdigital (vs aux 3-4^{es} espaces)*. Et ainsi de suite. L'addition de ces comparaisons forme le tableau-correction du QCM n° 67 de 2017.

Fait important, **la quasi-totalité des données contenues dans ce livre est puisée dans les Collèges de spécialité.** Si, pour certaines questions, d'autres supports nous ont été nécessaires, nous les avons systématiquement sourcés. Vous vous en rendrez vite compte, près de 95 % des QCM trouvent toutes leurs réponses dans les référentiels : de quoi vous permettre de vous focaliser sur l'essentiel, et de ne pas vous disperser auprès des nombreuses sources qui prétendent viser l'excellence alors qu'elles ne ciblent que l'anecdotique.

Comment utiliser ce livre ? S'il faut insister sur la nécessité de s'entraîner à l'épreuve dans les conditions du concours, cet entraînement doit se faire sur les vastes bases de données non officielles existantes. Faire les annales trop vite, ou trop tôt dans l'année, c'est gâcher leur immense potentiel.

Pour pouvoir déployer toute votre réflexion sur chaque item, **vous devez vous octroyer plus de temps qu'il ne vous en sera accordé au concours**. Ce temps « perdu » vous sera rendu en mille le jour de l'épreuve, car il aura permis de transformer vos incertitudes en automatismes. C'est pourquoi nous vous conseillons d'avancer dans ces annales de façon progressive, par tranches de 5-10 QCM, suivis de leur correction. Toutefois, pour des raisons de lisibilité, nous avons choisi d'aligner les 120 QI de chaque année les uns à la suite des autres ; à vous de trouver le rythme qui vous convient.

Bien sûr, cette correction n'est pas parfaite. Les corrections officielles n'ont à ce jour jamais été diffusées, alors que les QCM sujets à débat sont légion. Mais le but de cet ouvrage n'est pas de trancher définitivement les questions tendancieuses. Confronter les arguments, discuter du sens, et finalement apporter la réponse qui pourrait coller au mieux à la question : voilà notre démarche. L'objectif est de faire en sorte que l'étudiant sorte « grandi » d'un QCM litigieux. Les réponses définitives sont rares, en médecine comme à l'ECNi/EDN : c'est donc aussi un exercice d'humilité que de se confronter à ces annales.

De façon plus générale, **considérez que ce livre a été écrit pour s'articuler avec les autres ouvrages de la collection**. Les nombreux retours que nous avons reçus en témoignent, les *Annales des (Très) Bien Classés*, la *LCA des (très) bien classés* mais aussi l'*Abrégé des (Très) Bien Classés* sont en passe de devenir d'incontournables repères pour tout étudiant visant l'excellence au concours.

Enfin, gardez en tête que, comme tout livre de préparation à l'ECNi/EDN, il ne traitera de médecine que dans l'optique du concours. L'excellence à l'examen, dont nous avons fait notre devise, n'équivaut pas toujours à l'excellence en pratique. Corolaire : les difficultés, les doutes face à une question difficile, les « bâches » et les « zéros à la question » ne préjugent pas de votre qualité en tant que médecin. Ainsi, si la quête du « très bon classement » est celle qui nous a guidés pendant la rédaction de ces QI, elle ne doit pas faire passer au deuxième plan la quête de sens propre aux études médicales.

Nous espérons que cet ouvrage vous permettra d'atteindre votre objectif, et comme nous de choisir sereinement votre spécialité future et votre ville d'exercice.

Bonne réussite.
Alexandre, Enzo et David.

Sommaire

ECNi 2019

| | |
|--------------|----|
| Énoncé | 10 |
| Corrigé..... | 29 |

ECNi 2020

| | |
|--------------|-----|
| Énoncé | 160 |
| Corrigé..... | 179 |

ECNi 2021

| | |
|--------------|-----|
| Énoncé | 318 |
| Corrigé..... | 339 |

ECNi 2022

| | |
|---|------------|
| Énoncés..... | 448 |
| Corrigés | 468 |
| Classement des questions par spécialités | 583 |
| Liste des items | 593 |



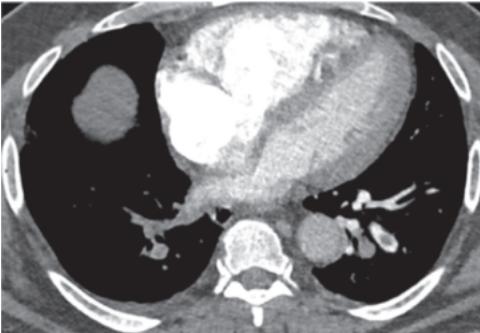
Les énoncés et corrigés des QI des ECNi 2016, 2017 et 2018 sont à télécharger ici : www.vuibert.fr/site/664089



ECNi 2019



Q1. Une patiente de 70 ans se présente aux urgences pour douleurs thoraciques et dyspnée. L'examen d'imagerie réalisé est (une seule réponse) :



- A. Une imagerie par résonance magnétique après injection de produit de contraste iodé
- B. Une imagerie par résonance magnétique sans injection de produit de contraste iodé
- C. Une tomodensitométrie après injection de produit de contraste iodé
- D. Une tomodensitométrie sans injection de produit de contraste iodé
- E. Une scintigraphie de perfusion

Q2. Une femme de 30 ans consulte à la suite d'un épisode de thrombose veineuse profonde spontanée. À l'interrogatoire, vous retrouvez un antécédent d'embolie pulmonaire à 50 ans chez la mère.

Vous suspectez une thrombophilie constitutionnelle. Quelle(s) analyse(s) vous semble(nt) pertinente(s) ?

- A. Le dosage de la protéine C et de la protéine S
- B. Le dosage du facteur V
- C. La recherche d'une mutation du facteur II
- D. Le dosage de l'antithrombine
- E. Le dosage des D-dimères

Q3. M. R., 54 ans, vient consulter pour la découverte d'une grosseur au niveau de l'aîne. À l'examen, vous palpez une adénopathie inguinale gauche de 2,5 cm de diamètre. Que doit comporter votre examen clinique ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. L'inspection de la peau de tout le membre inférieur gauche
- B. Un examen anal
- C. La palpation de toutes les aires ganglionnaires
- D. L'inspection et la palpation des organes génitaux externes
- E. La recherche d'une splénomégalie

Q4. Un homme de 45 ans consulte aux urgences pour des douleurs importantes du poignet droit qui l'ont réveillé ce matin. Vous retrouvez une hyperthermie à 38,5 °C. Le poignet est rouge, chaud et très gonflé. Vous suspectez une arthrite septique. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) qui est (sont) exacte(s) ?

- A. La radiographie standard doit être réalisée
- B. La ponction articulaire est utile et facile à réaliser en urgence
- C. L'échographie est spécifique du diagnostic
- D. L'IRM fait partie du bilan systématique
- E. La scintigraphie peut être indiquée dans un second temps pour rechercher une ostéite

Q5. Une jeune étudiante se réveille le lendemain d'une soirée avec abus de toxique et constate un déficit de son bras droit. Vous évoquez une paralysie du nerf radial droit par compression au niveau de la gouttière tricipitale.

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) à ce diagnostic ?

- A. Un déficit en col de cygne
- B. Un déficit du muscle triceps brachial
- C. Un déficit sensitif de toute la face postérieure de l'avant-bras
- D. Un déficit du muscle brachioradial
- E. Une abolition du réflexe cubito-pronateur

Q6. Le diagnostic de trouble du spectre autistique de l'enfant repose sur :

- A. Un niveau intellectuel normal
- B. Des peurs inhabituelles pour l'âge
- C. Une tristesse de l'humeur
- D. Des intérêts circonscrits et persévérants
- E. Un déficit de la réciprocité sociale

Q7. Un enfant de 8 ans se présente à votre consultation pour une douleur à la déglutition, une otalgie et de la fièvre. L'examen de la gorge objective des amygdales inflammatoires. Quelle est votre attitude (une seule proposition exacte) ?

- A. Vous faites réaliser au laboratoire un prélèvement pour PCR streptocoque et rhinovirus
- B. Vous réalisez au cabinet un test de diagnostic rapide streptococcique
- C. Vous prescrivez un traitement symptomatique par ketoprofène
- D. Vous prescrivez en première intention de l'amoxicilline + acide clavulanique
- E. Vous prescrivez une antibiothérapie par voie intra-auriculaire

Q8. Parmi les propositions suivantes concernant l'entourage d'un patient atteint de méningite à méningocoque, indiquez celle(s) qui est (sont) juste(s).

- A. La ciprofloxacine est une antibioprofylaxie de deuxième intention
- B. L'antibioprofylaxie a pour objectif l'éradication du portage pharyngé chez les sujets contacts
- C. Une antibioprofylaxie est proposée jusqu'à un mois après le dernier contact avec le cas index
- D. L'antibioprofylaxie repose en première intention sur la rifampicine
- E. Une vaccination peut être proposée en association à l'antibioprofylaxie

Q9. Une patiente de 71 ans, hypertendue, hypothyroïdienne recevant une opothérapie substitutive, vous consulte pour des douleurs importantes de l'hémiface droite. Vous suspectez une névralgie du trijumeau droit. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) évocatrice(s) du diagnostic ?

- A. Sensation de décharge électrique
- B. Zone gâchette
- C. Douleur rétro-orbitaire
- D. Douleur du scalp postérieur
- E. Rhinorrhée

Q10. Une patiente de 92 ans a vu se développer depuis quelques mois cette tumeur sur l'aile nasale gauche. La tumeur est nodulaire, avec une ulcération saignotante en surface. La patiente est en bon état général, sans antécédent notable. Elle a exercé le métier d'agricultrice pendant 50 ans. Quel est votre diagnostic ?



- A. Carcinome basocellulaire nodulaire
- B. Carcinome de Merkel
- C. Mélanome nodulaire achromique
- D. Carcinome épidermoïde
- E. Mélanome de Dubreuilh

Q11. Un homme de 64 ans présente cette éruption chronique atteignant 45 % de la surface corporelle, évoluant depuis une dizaine d'années. Il a comme antécédents une hypertension artérielle traitée par losartan, hydrochlorothiazide et atenolol, et un tabagisme évalué à 25 paquets-années, ainsi qu'une consommation d'alcool quotidienne.



Parmi les mesures suivantes, laquelle (lesquelles) vous paraît (paraissent) indiquée(s) pour la prise en charge de ce patient ?

- A. Arrêt du tabac
- B. Arrêt de l'atenolol
- C. Remplacement du sartan par un inhibiteur calcique
- D. Dermocorticothérapie locale très forte par clobetasol 30 g/jour
- E. Photothérapie UVB TL01 (spectre étroit)

Q12. Concernant cette radiographie de thorax d'un enfant de 6 mois réalisée en raison d'une toux fébrile, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?



- A. Il existe un débord thymique droit
- B. Il existe une pneumopathie lobaire supérieure gauche
- C. Il existe une distension thoracique
- D. La trachée est en place
- E. La petite scissure est en place

Q13. Vous recevez aux urgences un nourrisson de 16 mois fébrile dont la mère est très inquiète car elle le trouve fatigué. Parmi les éléments clinique suivants, lequel (lesquels) est (sont) en faveur d'une infection grave ?

- A. Fièvre supérieure à 39,5 °C
- B. Absence de réponse au paracétamol
- C. Anorexie
- D. Hypotonie
- E. Énanthème

Q14. Un patient de 80 ans consulte son médecin généraliste à la demande de sa femme pour un bilan annuel. Quel(s) symptôme(s) pourriez-vous rattacher au déficit androgénique lié à l'âge ?

- A. Tristesse de l'humeur
- B. Hématurie
- C. Gynécomastie
- D. Obésité abdominale
- E. Dysurie

Q15. Un patient de 67 ans consulte son urologue car son père et son frère présentent un cancer de la prostate. Quel(s) symptôme(s) serait (seraient) en faveur d'un cancer de la prostate ?

- A. Dysfonction érectile
- B. Incontinence urinaire à l'effort
- C. Hématurie terminale

- D. Dysurie
- E. Hématurie initiale

Q16. Quel(s) avantage(s) offre(nt) la curiethérapie par implants permanents dans le cancer de prostate en comparaison avec une irradiation classique ?

- A. Traitement non invasif
- B. Traitement ambulatoire
- C. Dose plus importante délivrée à la tumeur
- D. Meilleure protection des tissus sains
- E. Moindre risque de troubles érectiles séquellaires

Q17. Mme M. est âgée de 35 ans et se présente pour une douleur sourde du mollet droit existant depuis la veille au soir.

À l'interrogatoire vous retrouvez l'existence d'une artériopathie des membres inférieurs chez le père de cette patiente, ayant conduit à une amputation de jambe à l'âge de 78 ans. Malgré cet antécédent héréditaire, Mme M. signale un tabagisme quantifié à un demi-paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 18 ans. Vous trouvez, en outre, un syndrome de Raynaud chez la mère de la patiente. Mme M. n'a aucun traitement et vient de présenter une fausse couche spontanée pour laquelle elle est restée hospitalisée 24 h.

L'examen clinique révèle une augmentation de la circonférence de l'œdème du mollet droit de 1 cm par rapport au mollet controlatéral. On note également au niveau du membre inférieur droit une augmentation de chaleur cutanée ainsi qu'une augmentation de la visibilité des veines superficielles et une douleur à la palpation profonde du mollet.

Chez cette patiente, quel(s) élément(s) doit (doivent) être pris en compte pour établir le score de probabilité clinique ?

- A. Antécédents familiaux de pathologie vasculaire
- B. Augmentation de la circonférence du mollet droit de 1 cm
- C. Douleur à la palpation profonde
- D. Augmentation de la visibilité des veines superficielles
- E. Hospitalisation récente de 24 h

Q18. M. X., âgé de 66 ans, est porteur d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale mesuré il y a 3 mois à 40 mm de diamètre antéropostérieur. Il se présente aux urgences pour la survenue de douleurs abdominales aiguës. À l'examen clinique, le pouls est à 88 bpm, la pression artérielle à 134/68 mmHg aux deux bras.

Quelle conduite à tenir proposez-vous chez ce patient ? (une seule proposition exacte)

- A. Scanner abdominal en urgence
- B. Échographie abdominale en urgence
- C. Artériographie de l'aorte et des membres inférieurs en urgence
- D. Laparotomie exploratrice en urgence sans imagerie préalable
- E. Radiographie de l'abdomen sans préparation en urgence

Q19. Une femme âgée de 45 ans consulte pour une masse parotidienne droite. Parmi les critères suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) qui vous oriente(nt) vers le diagnostic d'adénome pléomorphe ?

- A. Critère épidémiologique
- B. Lésion indurée parfois bosselée
- C. Absence de paralysie faciale
- D. Caractère algique
- E. Hypersignal spontané en séquence T2 à l'IRM

Q20. Quel(s) élément(s) contre-indique(nt) l'organisation d'une prise en charge en soins palliatifs à domicile ?

- A. Le fait que le patient soit un enfant
- B. L'absence d'accord et de consentement du patient
- C. Le fait que le patient habite dans un immeuble sans ascenseur
- D. Le fait que le patient ait plus de 2 seringues électriques
- E. Le fait que le patient vive seul chez lui

Q21. Sur quel(s) argument(s) évaluez-vous la gravité d'une épistaxis ?

- A. Abondance
- B. Comorbidités associés
- C. Tachycardie
- D. Présence de sueurs
- E. Récidive du saignement

Q22. Afin d'éviter toute « obstination déraisonnable » et conformément aux termes de la loi du 2 février 2016 dite loi Leonetti-Claeys, un traitement peut être suspendu ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient si la (les) condition(s) suivante(s) est (sont) respecté(s) :

- A. Il est inutile
- B. Il est disproportionné
- C. Il n'a d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie
- D. Il peut entraîner un double effet
- E. Il n'est pas prouvé scientifiquement

Q23. Un bilan de santé réalisé en vue de la souscription d'un prêt bancaire chez un homme de 44 ans a révélé une hypokaliémie à 3,2 mmol/L. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Il faut hospitaliser le patient en urgence
- B. Il faut demander un ionogramme urinaire sur échantillon
- C. L'hypokaliémie fait courir un risque d'arythmie complète par fibrillation auriculaire
- D. En cas d'hypertension artérielle associée, il faut rechercher une prise chronique de réglisse
- E. En cas d'hypertension artérielle associée, il faut rechercher une prise de cocaïne

Q24. Quel(s) conseil(s) pouvez-vous donner à un homme âgé de 78 ans, hypertendu, traité efficacement par régime pauvre en sel et inhibiteur de l'enzyme de conversion, et qui est inquiet de l'annonce dans les médias d'une canicule imminente ?

- A. De boire suffisamment
- B. De suspendre son régime sans sel le temps de la canicule
- C. De surveiller son poids pendant la canicule
- D. De quantifier sa diurèse pendant la canicule
- E. De se munir de bandelettes urinaires pour mesurer quotidiennement sa densité urinaire

Q25. Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) du temps partiel thérapeutique ?

- A. Il peut être prescrit par le médecin généraliste
- B. Il peut être prescrit par le médecin du travail
- C. Il peut être refusé par l'employeur
- D. Il peut durer au maximum 3 ans
- E. Il peut correspondre à une reprise à 80 % d'un équivalent temps plein

Q26. Une femme de 38 ans est hospitalisée après une césarienne réalisée en urgence à 36 semaines d'aménorrhée pour pré-eclampsie sévère avec HELLP syndrome. Elle est anurique dès l'admission.

Quel examen complémentaire est prioritaire ?

- A. Angioscanner abdominopelvien
- B. Angio-IRM des artères rénales
- C. Échographie rénale et des voies urinaires
- D. Échographie pelvienne
- E. Scintigraphie rénale de perfusion

Q27. Une femme de 45 ans consulte pour des douleurs pelviennes persistantes depuis quelques semaines. Elle vous dit que ses dernières règles datent d'il y a 3 semaines et elle rapporte quelques épisodes de saignement entre les règles, mais très peu abondants. Une échographie pelvienne par voie endovaginale a été réalisée. Celle-ci objective un épanchement liquidien modéré dans le cul-de-sac de Douglas et une tuméfaction hétérogène annexielle droite mesurant 3 cm de grand axe, douloureuse au passage de la sonde d'échographie. L'examen clinique objective un abdomen souple, légèrement sensible en fosse iliaque, sans défense. La pression artérielle est de 120/60 mmHg. La température est de 37,3 °C. La fréquence cardiaque est de 65 bpm. Quel(s) dosage(s) plasmatique(s) prescrivez-vous en première intention ?

- A. CA 125
- B. HE4
- C. bêta-hCG
- D. CA 19-9
- E. Protéine C réactive (CRP)

Q28. Vous recevez un patient souffrant depuis 2 semaines d'un syndrome dépressif. Il vous explique travailler plus de 50 h par semaine depuis des mois, ramener régulièrement du travail à la maison et se sentir « vidé ». De plus, il vous dit que son cadre lui fait des reproches quotidiens et injustifiés depuis qu'il a refusé ses avances. Il souhaite faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle. Quel(s) est (sont) l' (les) élément(s) que vous indiquez sur le certificat médical initial ?

- A. *Burnout* dans un contexte de surcharge de travail
- B. Harcèlement sexuel et moral
- C. Syndrome dépressif
- D. Syndrome anxio-dépressif réactionnel suite à des insistances à caractère sexuel
- E. La date précise des avances de son cadre

Q29. À 25 ans, vous venez de réussir votre passage dans le 3^e cycle et vous arrivez dans une nouvelle ville comme interne de premier semestre, aux urgences adultes du CHU. Vous n'aviez jamais été vu en médecine scolaire ou en médecine du travail auparavant, et vous avez perdu votre carnet de santé il y a longtemps. Vous n'avez pas d'antécédent notable, en dehors d'une atopie dans l'enfance, et deux accidents exposant au sang non déclarés pendant vos stages en chirurgie. Vous êtes convoqué pour une consultation en médecine du travail. Que devra faire le médecin

du travail (une ou plusieurs propositions exactes) ?

- A. Rechercher une dermite d'irritation au latex en raison des antécédents d'atopie
- B. Réaliser un dosage de l'anticorps anti-HBs pour vérifier l'immunisation contre le virus de l'hépatite B
- C. Vous imposer une vaccination par le vaccin dTP
- D. Vous imposer une vaccination contre la grippe
- E. Réaliser une sérologie VIH

Q30. Vous recevez une patiente âgée de 40 ans qui présente une tendinopathie non calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Elle est droitrière et exerce la profession d'ouvrière en ostréiculture. Elle vous explique devoir manutentionner des sacs d'huîtres pesant 20 kg pour décharger la barge, ce qui l'amène à devoir mettre ses épaules en abduction. Dans ses antécédents, elle est suivie pour un diabète insulino-dépendant bien équilibré. Elle a arrêté de fumer il y a 3 mois et a commencé à apprendre le tennis. Quel(s) élément(s) est (sont) en faveur d'une potentielle origine professionnelle de sa pathologie ?

- A. La pathologie est latéralisée sur le membre dominant
- B. Le diabète est bien équilibré
- C. Vous avez constaté la pathologie alors qu'elle était en activité
- D. La patiente a moins de 50 ans
- E. Les gestes réalisés sont à risque pour la coiffe des rotateurs

Q31. Une femme âgée de 75 ans consulte pour des saignements extériorisés par le vagin depuis deux mois. Elle pèse 89 kg pour 1 m 50. Dans ses antécédents, il existe deux accouchements par voie vaginale et une hypertension artérielle. Elle ne fume pas et n'a pas d'allergie.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Tumeur maligne de l'ovaire
- B. Tumeur maligne du col utérin
- C. Tumeur maligne de la trompe de Fallope
- D. Tumeur maligne du vagin
- E. Tumeur maligne de l'endomètre

Q32. Une femme enceinte âgée de 27 ans consulte pour des brûlures mictionnelles évoluant depuis 24 h. Elle est à 23 semaines d'aménorrhée. Il s'agit de sa première grossesse. Elle ne présente pas d'allergie et n'a pas d'antécédent. L'examen clinique objective une douleur à l'ébranlement de la fosse

lomulaire droite. Au toucher vaginal, le col est long, postérieur et fermé. La pression artérielle est de 125/65 mmHg. Sa fréquence cardiaque est de 78 bpm. Sa température est de 38,1 °C. La bandelette urinaire objective la présence de protéines, de leucocytes, de sang et de nitrites. Un examen cytobactériologique des urines a été prescrit. L'examen direct montre des leucocytes à 10 000/mL et des bacilles Gram négatifs.

Quel traitement antibiotique est le plus pertinent à ce stade ?

- A. Ofloxacine
- B. Amoxicilline + acide clavulanique
- C. Fosfomycine
- D. Amikacine
- E. Céfotaxime

Q33. Parmi les pathologies suivantes, laquelle (lesquelles) peut (peuvent) favoriser l'apparition d'une cataracte ?

- A. Hyperthyroïdie
- B. Diabète
- C. Trisomie 21
- D. Maladie de Horton
- E. Myopathie de Steinert

Q34. Une patiente âgée de 72 ans présente un glaucome primitif à angle ouvert bilatéral traité par un collyre à base d'analogues de prostaglandines et de bêtabloquants (combinaison fixe).

Quels examens parmi les suivants ont pu être utilisés pour le diagnostic de son glaucome (une ou plusieurs propositions exactes) ?

- A. Tonométrie
- B. Gonioscopie
- C. Kératométrie
- D. Périmétrie automatisée
- E. Tomographie par cohérence optique

Q35. Vous suivez Mme F., âgée de 32 ans, pour un purpura thrombopénique chronique évoluant par poussées. Son taux de plaquettes reste aux alentours de 20 G/L.

Quel(s) conseil(s) donnez-vous à cette patiente ?

- A. Ne pas prendre d'acide acétylsalicylique
- B. Ne pas prendre de paracétamol
- C. Ne pas prendre d'antibiotiques
- D. Proscrire les injections intramusculaires
- E. Proscrire les injections sous-cutanées

Q36. Un patient âgé de 67 ans arrive aux urgences pour fièvre à 39 °C avec frissons de survenue brutale. Il est très asthénique. Sa femme qui l'accompagne le trouvait pâle

et fatigué depuis plusieurs jours. Les premiers résultats sur le serveur de l'hôpital montrent : hémoglobine 8,2 g/dL, leucocytes 2,8 G/L, polynucléaires 0,41 G/L, plaquettes 36 G/L, réticulocytes 20 G/L. L'automate n'a pas rendu de formule et le frottis n'a pas encore été relu.

Quel(s) diagnostic(s) est (sont) compatible(s) ?

- A. Aplasie médullaire
- B. Leucémie aiguë
- C. Syndrome myélodysplasique
- D. Leucémie lymphoïde chronique
- E. Maladie de Hodgkin

Q37. Un patient âgé de 19 ans vous est adressé en consultation en raison d'épisodes répétés d'infection des voies aériennes supérieures (otites, sinusites) et de bronchites, avec de multiples antibiothérapies (5 à 10 par an) ces cinq dernières années. Une électrophorèse des protéines sériques réalisée en ville montre les résultats suivants : albumine 44 g/L, alpha1-globulines 2,61 g/L, alpha2-globulines 4,7 g/L, bêta1-globulines 3,8 g/L, gammaglobulines 3 g/L. L'immunophénotypage lymphocytaire sanguin retrouve une baisse des lymphocytes B mémoires switchés, sans déficit lymphocytaire T associé. Pour lequel (lesquels) des micro-organismes suivants votre patient présente-t-il une susceptibilité accrue ?

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Candida albicans*
- C. *Mycobacterium tuberculosis*
- D. *Pneumocystis jirovecii*
- E. *Giardia lamblia*

Q38. Une patiente de 62 ans est adressée par son médecin généraliste au service d'accueil des urgences pour pâleur. L'hémogramme est le suivant :

| NUMÉRATION | |
|----------------------|----------------------------|
| Leucocytes | 6,67 × 10 ⁹ /L |
| Hématies | 2,17 × 10 ¹² /L |
| Hémoglobine | 7,5 g/dL |
| Hématocrite | 25,2 % |
| VGM | 116,1 fl |
| TCMH | 34,6 pg |
| CCMH | 29,8 g/dL |
| Plaquettes | 60 × 10 ⁹ /L |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | |
| Érythroblastes | 1 % |

Les réticulocytes sont à 40 G/L.

Vous évoquez : (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Une carence martiale
- B. Une micro-angiopathie thrombotique
- C. Un déficit en G6PD
- D. Un syndrome d'Evans
- E. Une myélodysplasie

Q39. Une patiente de 37 ans a été victime d'une entorse de cheville droite il y a 4 mois. Elle se plaint de douleurs du membre inférieur droit à la marche avec une allodynie de la face supérieure du pied droit, un varus équin du pied droit à la marche et un œdème du pied. Vous évoquez un syndrome douloureux régional complexe.

Quelle(s) technique(s) pourra (pourront) être employée(s) par le kinésithérapeute ?

- A. Gain d'amplitudes articulaires
- B. Travail en charge
- C. Désensibilisation cutanée
- D. Étirement du triceps sural
- E. Balnéothérapie

Q40. À propos de la décision d'interruption médicale de grossesse (IMG), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Le couple peut prendre seul la décision d'IMG si la maladie est particulièrement grave
- B. Les maladies graves et incurables sont répertoriées dans une liste donnant droit à une IMG
- C. L'IMG n'est autorisée que si on a la certitude que l'enfant à naître est atteint de la maladie
- D. L'IMG est autorisée par la loi sans limite de terme
- E. La particulière gravité d'une maladie répond à certains critères objectifs tels le risque de décès prématuré ou de déficience cognitive

Q41. Un jeune homme de 25 ans vous consulte pour une lombalgie aiguë survenue en se levant de son lit, irradiant au-dessus des 2 genoux.

Il est toxicomane aux drogues dures qu'il s'injecte. Toutes les mobilités du rachis sont limitées, la douleur en position debout est évaluée avec une EN (échelle numérique) à 7/10. Vous retrouvez à l'examen général un souffle cardiaque systolique. Il vous dit tousser depuis plusieurs jours. Que suspectez-vous chez ce patient ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Un lumbago
- B. Une endocardite
- C. Un syndrome de la queue de cheval

- D. Une spondylodiscite
- E. Une spondylarthrite ankylosante

Q42. Un homme de 84 ans vous est adressé après une chute de son lit. Vous faites pratiquer une radiographie du bassin.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

- A. Il existe une fracture du col fémoral droit
- B. Il existe une fracture du massif trochantérien gauche
- C. Il existe une luxation de l'articulation coxofémorale gauche
- D. Il existe une fracture de la symphyse pubienne
- E. Il existe une fracture du cadre obturateur droit

Q43. Le bilan d'une forme bilatérale de cancer du sein chez une femme âgée de 42 ans a permis de mettre en évidence une mutation pathogène de BRCA1, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Le risque de cancer de l'ovaire peut justifier une ovariectomie
- B. La surveillance mammaire repose sur l'échographie mammaire simple
- C. Le risque de cancer précoce du sein justifie l'analyse génétique chez ses filles mineures
- D. Le risque de récurrence peut justifier le recours à la mastectomie
- E. Elle présente un risque élevé de cancer du côlon

Q44. Il est nécessaire de proposer une consultation d'oncogénétique dans la (les) situation(s) suivante(s) :

- A. Chez une patiente présentant une tumeur du sein à 35 ans
- B. Devant l'existence d'une tumeur bilatérale du sein
- C. Devant l'existence de tumeurs malignes coliques polyfocales

- D. Devant l'existence d'une tumeur de l'ovaire chez une femme de 74 ans
- E. Chez un sujet présentant une centaine de polypes sur l'ensemble du cadre colique

Q45. Un médecin généraliste est requis par un gendarme, officier de police judiciaire, pour constater le décès d'un homme de 62 ans, qui n'était pas son patient, découvert dans la grange de sa maison, avec un traumatisme balistique de l'extrémité céphalique, avec un orifice d'entrée visiblement sous le menton. Une arme à feu se trouve le long du corps. Le gendarme a trouvé dans la maison un écrit suicidaire. Le gendarme informe le médecin qu'il n'y aura pas d'enquête. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) juste(s) ?

- A. En l'absence d'enquête annoncée par le gendarme, le médecin n'a pas à cocher « obstacle médico-légal » sur le certificat de décès
- B. Le médecin doit examiner le corps à la recherche d'un orifice de sortie du projectile
- C. L'aspect des lividités cadavériques sur le corps va permettre au médecin de conforter l'hypothèse d'un suicide
- D. La présence de contusions récentes sur les poignets et les avant-bras va à l'encontre de l'hypothèse d'un suicide
- E. Une mise en bière immédiate dans un cercueil simple soit être demandée dans ce contexte

Q46. La lésion génitale survenant de manière typique au moment du premier rapport sexuel d'une jeune fille est (une seule réponse) :

- A. Une lacération contuse de la fourchette postérieure
- B. Une déchirure complète de la partie postérieure de l'hymen
- C. Une coupure superficielle du vestibule
- D. Un érythème diffus des petites lèvres
- E. Une plaie contuse bilatérale des parois vaginales en arrière de l'hymen

Q47. Un officier de police judiciaire amène une victime dans un cabinet de médecine générale, afin que le médecin l'examine sur réquisition. Elle dit avoir subi des violences conjugales. Quelle(s) est (sont) la proposition(s) juste(s) ?

- A. Le médecin peut refuser de répondre à la réquisition s'il n'a aucune formation en médecine légale
- B. Seul un officier de police judiciaire peut requérir un médecin pour examiner une victime

- C. Le refus de répondre à la réquisition est susceptible d'engager la responsabilité administrative du médecin
- D. Le médecin requis est délié de l'obligation du secret professionnel dans le cadre précis de la mission qui lui est confiée
- E. Une copie du rapport délivré est remis à la victime en mains propres pour faire valoir ce que de droit

Q48. Un patient ayant une gonarthrose gauche évoluée pour laquelle une indication chirurgicale a été décidée dans un CHU, comprend au réveil que la prothèse de genou lui a été posée par erreur du côté droit. Quelles sont les propositions justes ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- A. L'erreur de côté constitue une faute médicale
- B. La responsabilité pénale du chirurgien peut être engagée
- C. Il ne s'agit pas d'une faute médicale car la prothèse a été positionnée selon les règles de l'art
- D. Cette situation peut donner lieu à un règlement à l'amiable
- E. La responsabilité administrative de l'établissement peut être engagée pour défaut d'organisation du service

Q49. Le dossier médical partagé peut être créé par : (une ou plusieurs réponses exactes)

- A. Le patient
- B. La personne de confiance désignée par le patient
- C. Le titulaire de l'autorité parentale pour un patient mineur
- D. Le médecin traitant du patient
- E. L'assistance sociale du patient

Q50. Des chercheurs s'intéressent à la relation entre une maladie M et une exposition E. A cette fin, ils constituent une cohorte représentative de leur population d'intérêt. Au terme des 10 ans de suivi, 300 sujets sont devenus malades. Les résultats sont synthétisés dans le tableau de contingence ci-dessous.

| | Malades | Non malades | Total |
|-------------|---------|-------------|-------|
| Exposés | 200 | 800 | 1 000 |
| Non exposés | 100 | 900 | 1 000 |
| Total | 300 | 1 700 | 2 000 |

À propos de cette étude (une ou plusieurs réponses exactes) :

- A. Le risque de base est de 20 %
- B. L'excès de risque est de 10 %
- C. Le risque relatif est égal à 2,25
- D. Le risque chez les exposés est augmenté de 100 % par rapport au risque des non exposés
- E. L'incidence cumulée de la maladie M est égale à 0,15 dans l'échantillon

Q51. Un patient de 52 ans est traité par corticoïde inhalé (fluticasone) pour un asthme. Son médecin lui prescrit un traitement antimycotique (itraconazole) et une cure courte de corticoïde oral pour une exacerbation d'asthme déclenchée par une infection à aspergillus fumigatus.

Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) iatrogène(s) ?

- A. Augmentation des concentrations plasmatiques du corticoïde inhalé
- B. Risque d'apparition d'un syndrome cushingoïde
- C. Augmentation des concentrations plasmatiques du corticoïde oral
- D. Risque d'apparition d'une insuffisance surrénalienne
- E. Peu de risque d'interaction médicamenteuse

Q52. Un patient de 75 ans est traité par hypocholestérolémiant (simvastine) et anti-vitamine K (warfarine). Son médecin traitant lui prescrit une antibiothérapie par macrolide (clarithromycine) pour une bronchite aiguë. Quel(s) risque(s) peut (peuvent) être majoré(s) par une interaction médicamenteuse ?

- A. Risque de tendinopathie
- B. Risque de rhabdomyolyse
- C. Augmentation du risque hémorragique
- D. Risque d'arythmie potentiellement fatale
- E. Diminution de l'effet hypolipémiant

Q53. À propos des substances utilisées à des fins de dopage dans la pratique du sport :

- A. Une calvitie précoce peut être le signe d'une administration chronique de stéroïde anabolisant androgène
- B. Les bêta-2-agonistes exercent un effet anabolisant à fortes doses se traduisant par une augmentation de la masse musculaire
- C. Les bêtabloquants sont interdits en compétition dans certains sports
- D. La survenue d'une embolie pulmonaire chez un cycliste professionnel doit

faire rechercher la prise d'agoniste du récepteur de l'érythropoïétine

- E. La caféine est proscrite si elle dépasse les seuils autorisés par les fédérations respectives

Q54. À propos des mécanismes d'action des antibiotiques :

- A. La pénicilline inhibe les protéines de liaison aux pénicillines (PLP), enzymes de la voie de biosynthèse des peptidoglycanes
- B. Les macrolides inhibent la synthèse des protéines bactériennes en se liant au ribosome
- C. Les fluoroquinolones inhibent la réplication, la transcription, la réparation et la recombinaison de l'ADN bactérien
- D. Les glycopeptides inhibent la synthèse de la paroi cellulaire des bactéries
- E. Le triméthoprime-sulfaméthoxazole est un inhibiteur de l'acide folique

Q55. Un patient de 80 ans est amené par sa fille en consultation pour des signes d'agitation nocturne imputés à des cauchemars à répétition. Il était traité par bromazépam depuis plusieurs années mais il vous signale avoir interrompu ce médicament depuis deux semaines. Quel(s) signe(s) clinique(s) associé(s) à un syndrome de sevrage recherchez-vous ?

- A. Céphalées
- B. Incoordination motrice
- C. Hypothermie
- D. Bradycardie
- E. Tremblements

Q56. Concernant les tumeurs germinales testiculaires, il est vrai que : (une ou plusieurs réponses)

- A. Elles représentent le premier cancer solide de l'homme de 20 ans
- B. Elles peuvent être associées à une augmentation sérique des HCG totales
- C. La biopsie est nécessaire avant l'orchidectomie
- D. Elles sont souvent associées à des adénopathies inguinales
- E. Elles sont souvent associées à des adénopathies lombo-aortiques

Q57. Vous recevez en consultation une femme de 25 ans pour la mise en place d'une contraception œstroprogestative associant éthynylestradiol et lévonorgestrel. Quelle(s) contre-indication(s) recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

- A. Antécédents familiaux de thrombose veineuse profonde
- B. Hypertension artérielle sévère
- C. Antécédent de grossesse extra-utérine
- D. Migraine avec signes neurologiques focaux
- E. Hypercholestérolémie

Q58. Concernant le diagnostic de lymphome de Hodgkin ganglionnaire, il est vrai que :
(une ou plusieurs réponses)

- A. Il nécessite en général une biopsie exérèse d'un ganglion
- B. Le prélèvement doit être fixé en totalité immédiatement
- C. Il repose sur l'identification des cellules de Reed-Sternberg
- D. Un réseau national anatomopathologique de relecture a été mis en place par l'INCa
- E. Il nécessite des marquages

Q59. Parmi les tumeurs osseuses dont une biopsie est nécessaire pour le diagnostic, il y a :
(une ou plusieurs réponses)

- A. Le chondrosarcome
- B. Le fibrome non ossifiant
- C. L'ostéome ostéoïde
- D. L'ostéosarcome
- E. La tumeur à cellules géantes de l'os

Q60. Parmi les suivants, quel(s) critère(s) fait (font) partie des critères de fragilité du sujet âgé selon Fried ?

- A. Prise de poids involontaire
- B. Impression de fatigue
- C. Diminution de la vitesse de marche
- D. Troubles attentionnels
- E. Troubles vésico-sphinctériens

Q61. Concernant la prise en charge en première intention de l'incontinence urinaire du sujet âgé, quelle(s) proposition(s) parmi les suivantes est (sont) juste(s) ?

- A. Port de protections
- B. Mise en place de mictions programmées
- C. Anticholinergiques vésicaux pour urgenturie
- D. Mise en place d'une sonde urinaire à demeure
- E. Stimulation électrique transcutanée du nerf pudendal

Q62. Mme B., 57 ans, est salariée dans une entreprise de robinetterie. Elle a souscrit une mutuelle santé. Elle réside en zone rurale en France métropolitaine, sans possibilité de transport personnel.

En tant que médecin généraliste, vous l'aviez déjà adressée antérieurement vers

une consultation de cardiologie. Vous jugez aujourd'hui qu'une nouvelle consultation cardiologique est nécessaire et vous l'adressez vers le cardiologue qui suit Mme B. Le cabinet du cardiologue se trouvant à 50 km du domicile de la patiente, le cardiologue lui propose une téléconsultation. Mme B. n'est pas reconnue en affection de longue durée. Ce cardiologue est conventionné, secteur 1.

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Mme B. recevra un lien Internet l'invitant à se connecter à l'heure prévue du rendez-vous à un site ou une application sécurisée
- B. Le médecin cardiologue devra demander et recueillir le consentement de Mme B. avant de réaliser la téléconsultation
- C. Dans le cadre de cette téléconsultation, le cardiologue ne pourra pas rédiger de prescription de traitement ou d'examen complémentaire.
- D. Mme B. sera remboursée par l'Assurance Maladie
- E. Le tarif de la téléconsultation est librement fixé par ce cardiologue

Q63. Vous prenez en charge aux urgences du centre hospitalier, un patient de 52 ans pour une douleur du mollet droit. Vos éléments d'interrogatoire et d'examen clinique vous amènent à émettre l'hypothèse d'une thrombose veineuse profonde (TVP). Vous utilisez dans le cadre de votre démarche diagnostique, un modèle de prédiction clinique simplifié de TVP. La probabilité de TVP prédite par le modèle est élevée à 53 %.

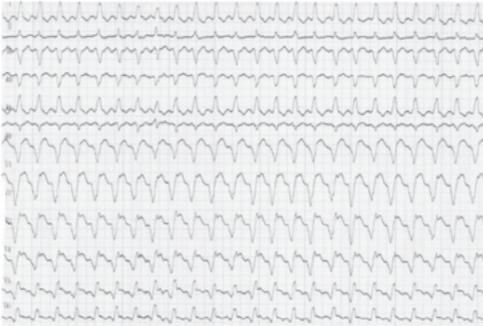
Vous décidez de prescrire un examen complémentaire d'imagerie afin de confirmer ou infirmer votre hypothèse diagnostique de TVP. Parmi les affirmations suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. La probabilité pré-test de TVP est estimée de manière implicite à partir de votre impression subjective.
- B. La probabilité post-test de TVP dépend de la probabilité pré-test et des caractéristiques informationnelles intrinsèques à l'examen d'imagerie prescrit.
- C. La probabilité pré-test de TVP est estimée à partir des valeurs prédictives positives et négatives de l'examen d'imagerie prescrit.
- D. La probabilité post-test de TVP dépend des rapports de vraisemblance de l'examen d'imagerie.
- E. Plus le rapport de vraisemblance de l'examen tendra vers 0 et plus la probabilité post-test de TVP tendra vers 0.

Q64. Un homme de 65 ans présente un carcinome basocellulaire (CBC) nodulaire du front de 1,5 cm de diamètre. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s)?

- A. Le CBC se développe sur une kératose actinique préexistante
- B. Le CBC survient en zone photo-exposée
- C. La chirurgie est le traitement de première intention
- D. Le risque évolutif est l'apparition de métastases viscérales
- E. Une chimiothérapie de réduction tumorale peut être proposée

Q65. Quelle est votre interprétation de cet électrocardiogramme enregistré chez un patient diabétique de type II âgé de 50 ans admis aux urgences pour une gêne respiratoire de survenue brutale ? (une seule réponse)



- A. Tachycardie jonctionnelle
- B. Fibrillation ventriculaire
- C. Fibrillation atriale
- D. Tachycardie sinusale
- E. Tachycardie ventriculaire

Q66. Un patient de 75 ans se présente aux urgences pour gêne respiratoire. Voici sa radiographie de thorax de face debout. Quel(s) élément(s) visualisez-vous?



- A. Une cardiomégalie
- B. Une fracture de la clavicule gauche
- C. Un épanchement pleural gauche
- D. Des opacités alvéolaires péri-hilaires
- E. Un pneumothorax

Q67. Parmi les signes cliniques suivants, lequel (lesquels) constitue(nt) un (des) critères d'hospitalisation d'une jeune fille de 15 ans présentant une anorexie mentale ?

- A. Un régime restrictif de nourriture
- B. Une aménorrhée
- C. Une tachycardie
- D. Un indice de masse corporelle à 16 kg/m²
- E. Des lipothymies

Q68. Un épisode dépressif caractérisé du post-partum :

- A. Survient principalement entre 3 et 6 semaines après l'accouchement
- B. Touche près de 25 % des femmes ayant accouché
- C. Est méconnu dans 50 % des cas
- D. Est le plus souvent associé à des caractéristiques psychotiques
- E. Est à haut risque d'évolution vers un trouble bipolaire

Q69. Une dyspnée avec allongement du temps expiratoire peut faire évoquer :

- A. Un œdème aigu du poumon
- B. Un pneumothorax
- C. Une exacerbation d'asthme
- D. Une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive
- E. Une tumeur laryngée

Q70. Quel(s) signe(s) clinique(s) et paraclinique(s) est (sont) évocateur(s) de gravité chez un patient avec un pneumothorax ?

- A. Cyanose
- B. Polygnée > 30/min
- C. Diminution ou abolition du murmure vésiculaire
- D. Hypotension avec pression artérielle systolique inférieure ou égale à 90 mmHg
- E. Tympanisme à la percussion

Q71. Une femme de 65 ans consulte pour une toux sèche évoluant depuis 2 mois : cette toux la réveille la nuit. Elle est traitée pour une hypertension artérielle depuis quelques mois. Elle n'a jamais fumé. Elle n'a pas d'autre antécédent.

Pour explorer spécifiquement cette toux, quelles propositions sont exactes (une ou plusieurs réponses exactes) ?

- A. Le non-contrôle d'une hypertension artérielle est une cause fréquente de toux chronique
- B. Vous cherchez la prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion sur son ordonnance
- C. Vous cherchez des symptômes de reflux gastro-œsophagien
- D. Vous cherchez des sibilants à l'auscultation pulmonaire
- E. Vous cherchez la prescription d'un inhibiteur calcique sur son ordonnance

Q72. Une jeune fille de 16 ans présente ces lésions du visage évoluant depuis quelques mois (photo). Parmi les propositions suivantes, quel(s) diagnostic(s) retenez-vous ?



- A. Sarcoidose
- B. Rosacée papulo-pustuleuse
- C. Acné juvénile polymorphe
- D. Lupus discoïde
- E. Dermateite séborrhéique

Q73. Parmi les propositions suivantes concernant les complications d'une utilisation prolongée d'une contraception œstroprogestative, laquelle (lesquelles) est (sont) exactes ?

- A. Diminution de la fertilité ultérieure
- B. Augmentation des triglycérides
- C. Augmentation du risque de cancer de l'ovaire
- D. Augmentation du risque de cancer de l'endomètre
- E. Augmentation du risque de grossesse extra-utérine

Q74. Parmi les virus suivants, lequel (lesquels) est (sont) transmissibles(s) par voie sexuelle ?

- A. Adénovirus
- B. Virus de la grippe
- C. Virus de l'hépatite A
- D. Virus de l'hépatite B
- E. Virus de l'hépatite C

Q75. Une patiente de 26 ans se présente aux urgences à 28 semaines d'aménorrhée pour des céphalées et des œdèmes des membres inférieurs. Sa pression artérielle contrôlée à trois reprises au repos est à 160/110 mmHg. Vous prescrivez un traitement antihypertenseur. Parmi les médicaments suivants lequel (lesquels) est (sont) autorisé(s) en cours de grossesse ?

- A. Urapidil
- B. Enalapril
- C. Indapamide
- D. Nicardipine
- E. Méthylidopa

Q76. Un patient de 75 ans présente un œdème papillaire droit accompagné d'une importante baisse d'acuité visuelle. Il se plaint d'une fatigue et d'une perte de poids depuis 3 mois et de céphalées. Quel examen parmi les suivants vous permet de confirmer votre hypothèse diagnostique principale ?

- A. Tomographe par cohérence optique
- B. VS
- C. CRP
- D. Biopsie d'artère temporale
- E. Angiographie rétinienne

Q77. Trois mois après une chirurgie de la cataracte, un patient de 72 ans se plaint de myodesopsies. Quels signes parmi les suivants pourraient faire craindre un décollement de rétine (une ou plusieurs réponses exactes) ?

- A. Dyschromatopsie
- B. Phosphènes
- C. Lagophtalmie
- D. Amputation du champ visuel
- E. Ptosis

Q78. Une jeune femme présente une exophtalmie bilatérale réductible. Dans la liste suivante, quel(s) est (sont) l' (les) examen(s) nécessaire(s) au diagnostic de maladie de Basedow ?

- A. Scintigraphie thyroïdienne
- B. Périmétrie cinétique
- C. Examen scanographique orbitaire sans injection de substance de contraste iodé
- D. Anticorps anti-récepteurs à la TSH (TRAK)
- E. Anticorps anti-thyroglobuline

Q79. Quelles sont les étiologies possibles d'une baisse d'acuité visuelle associée à une rougeur oculaire (une ou plusieurs réponses exactes) ?

- A. Crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle
- B. Uvéite antérieure
- C. Occlusion de l'artère centrale de la rétine
- D. Glaucome néovasculaire
- E. Vascularite rétinienne

Q80. Parmi les éléments cliniques suivants, lequel (lesquels) oriente(nt) vers une capsulite rétractile de l'épaule ?

- A. Une rotation latérale à 0°
- B. Un facteur déclenchant traumatique
- C. Un gonflement de l'épaule
- D. Une rougeur de l'épaule
- E. Les antécédents de diabète

Q81. Vous examinez un patient de 40 ans après les vendanges. Il se plaint d'un trouble de commande musculaire pour relever le pied droit à la marche. Il a un trouble sensitif du premier espace interosseux dorsal. Il y a un steppage à la marche, le test de Trendelenburg est sans anomalie, les muscles fibulaires sont cotés à 5/5 au testing moteur. Quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?

- A. Une atteinte du nerf tibial à la jambe
- B. Une atteinte du nerf fibulaire superficiel
- C. Une atteinte du nerf fibulaire profond
- D. Une atteinte de la racine L4
- E. Une atteinte de la racine S1

Q82. Une patiente de 80 ans vient consulter car elle présente des douleurs du poignet gauche depuis plusieurs années mais qui sont maintenant très invalidantes. Quelle(s) est (sont) la(les) proposition(s) exacte(s) concernant la radiographie du poignet qu'elle vous apporte ?



- A. Il existe une rhizarthrose
- B. Il existe une arthrose scaphotrapézienne
- C. Il existe une chondrocalcinose
- D. Il existe une nécrose du lunatum
- E. Il existe une fracture ancienne du scaphoïde

Q83. Une patiente de 20 ans arrive aux urgences car elle a fait une chute à ski le weekend précédent et présente des douleurs importantes persistantes du genou qui empêchent l'appui.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Un épanchement du genou sur une radiographie de profil peut faire suspecter une rupture aiguë du ligament croisé antérieur
- B. Les radiographies d'une luxation fémoropatellaire spontanément réduite peuvent être normales
- C. Une fracture du plateau tibial visible sur la radiographie nécessite un complément d'exploration par une IRM
- D. L'exploration par arthroscanner d'une lésion chondrale du genou nécessite l'injection de sel de gadolinium intra-articulaire
- E. L'échographie est un bon examen pour étudier l'appareil extenseur du genou

Q84. Vous voyez en consultation un homme de 32 ans qui présente une paraplégie sensitivomotrice complète de niveau T6 suite à un accident de vélo remontant à plusieurs années. Il s'inquiète d'une rougeur ischiatique droite présente depuis 3 semaines.

Concernant cette lésion :

- A. Il s'agit d'une escarre stade 1
- B. La localisation ischiatique est inhabituelle
- C. La suppression de l'appui est préconisée
- D. Les massages sont recommandés
- E. Un geste chirurgical à visée préventive est recommandé

Q85. Au cours d'une sclérose latérale amyotrophique, vous pouvez observer le(s) signe(s) clinique(s) suivant(s) :

- A. Une hypoesthésie des membres inférieurs
- B. Des troubles cognitifs
- C. Des troubles de l'élocution
- D. Des troubles vésico-sphinctériens
- E. Des fasciculations éparées

Q86. Un nouveau-né âgé de 3 semaines est amené par ses parents chez son pédiatre car ses selles sont décolorées. L'examen clinique retrouve un ictère. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Cette situation clinique est une urgence
- B. Il y a un risque de complication neurologique par ictère nucléaire
- C. Il faut réaliser le plus rapidement possible de la photothérapie
- D. Il faut interrompre l'allaitement pour ne pas aggraver l'ictère
- E. il faut vérifier la compatibilité ABO mère-enfant

Q87. Parmi les caractéristiques suivantes, laquelle (lesquelles) s'applique(nt) à l'insuline NPH ?

- A. Sa durée d'action est de 12 h environ
- B. C'est une suspension d'insuline
- C. Elle ne doit pas être injectée par voie veineuse
- D. Elle ne doit pas être associée à de l'insuline rapide
- E. Elle ne doit pas être prescrite aux femmes enceintes

Q88. Chez l'enfant, l'antibioprophylaxie dans l'endocardite infectieuse est recommandée en cas de :

- A. Prothèse valvulaire
- B. Communication inter-atriale
- C. Cardiopathie cyanogène non opérée
- D. Coarctation de l'aorte
- E. Antécédent d'endocardite infectieuse

Q89. Vous adressez une patiente de 47 ans au chirurgien en raison d'un nodule thyroïdien isolé, sans adénopathie satellite, qui mesure 38 x 25 x 23 mm de diamètre. Il est classé TIRADS 3 à l'échographie mais gêne la patiente à la déglutition. Une indication chirurgicale est posée (lobo-isthmectomie thyroïdienne droite).

Quel(s) est (sont) l' (les) évènement(s) possible(s) dans les suites opératoires ?

- A. Hypoparathyroïdie
- B. Hypothyroïdie
- C. Paralyse récurrentielle gauche
- D. Dysphonie
- E. Totalisation de la thyroïdectomie si le nodule est un cancer papillaire

Q90. Radiographie du thorax de face effectuée dans le cadre d'un bilan d'asthénie chez un enfant de 11 ans.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Il existe une cardiomégalie
- B. La ligne para-aortique est refoulée
- C. Il existe un épanchement pleural
- D. Il existe une masse médiastinale antérieure
- E. Il existe une opacité alvéolaire systématisée

Q91. Un patient de 42 ans vous consulte pour des douleurs thoraciques rétrosternales et des régurgitations nocturnes. Le bilan cardiovasculaire est négatif.

Quel(s) est (sont) l'argument (les arguments) en faveur d'une achalasie primitive ?

- A. Endoscopie digestive haute révélant une sténose du bas œsophage
- B. Présence d'une dysphagie uniquement pour les solides
- C. Régurgitations de résidus alimentaires
- D. Présence d'anémie ferriprive
- E. Présence d'ondes péristaltiques propagées avec importante hyperpression du sphincter sur une manométrie œsophagienne

Q92. Quel(s) diagnostic(s) est (sont) à évoquer chez un enfant de 2 ans qui présente une impotence fonctionnelle du membre inférieur de survenue brutale sans notion de traumatisme dans un contexte non fébrile ?

- A. Une fracture sur tumeur
- B. Une arthrose juvénile
- C. Une épiphysiolyse de la tête fémorale
- D. Une fracture par traumatisme infligé
- E. Une ostéonécrose fémorale supérieure

Q93. Devant un tableau de sinusite maxillaire aiguë, quel(s) est (sont) l' (les) élément(s) qui oriente(nt) vers une origine bactérienne ?

- A. Augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique prescrit pendant au moins 48 h
- B. Douleur unilatérale et pulsatile
- C. Douleur majorée lors de l'anteflexion du tronc
- D. Douleur augmentant en cours de matinée
- E. Augmentation dans le temps de la rhinorrhée

Q94. Un patient âgé de 76 ans est adressé pour bilan d'une dysphagie. Quel(s) est (sont) l' (les) élément(s) qui orienterait (orienteraient) vers le diagnostic d'un diverticule de Zenker ?

- A. Présence de régurgitations d'aliments non digérés
- B. Dysphagie fluctuante
- C. Signe de la « marée » à la nasofibroskopie
- D. Présence d'une toux nocturne
- E. Présence d'une dysphonie

Q95. Une patiente de 52 ans vous consulte pour une diarrhée constituée de 6 à 8 selles liquides par jour dont deux nocturnes, associées à des impériosités. Depuis la survenue de ces symptômes 6 mois plus tôt, la patiente a perdu 3 kg. Il n'existe pas de douleur abdominale.

La patiente a un pyrosis traité par lansoprazole, une hypertension artérielle traitée par amlodipine et un diabète traité depuis 2 ans par glibenclamide. Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) possiblement responsable(s) de cette diarrhée ?

- A. Une rectocolite ulcérée
- B. Une colite microscopique
- C. Le traitement par lansoprazole
- D. Le traitement par amlodipine
- E. Une maladie de Crohn iléo-colique

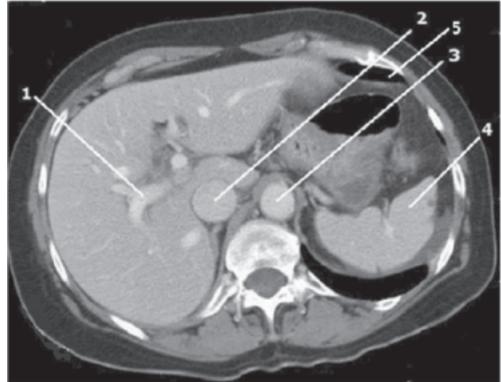
Q96. Un patient de 45 ans consulte pour des douleurs lombaires persistantes depuis 3 mois avec hématurie macroscopique. L'imagerie suivante est pratiquée.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Il s'agit d'une IRM abdominale
- B. Il s'agit d'une coupe coronale
- C. Il s'agit d'une imagerie avec injection de produit de contraste
- D. Il existe une tumeur du rein droit
- E. Il existe une dilatation pyélocalicielle

Q97. Sur cette coupe tomодensitométrique : (une ou plusieurs réponses exactes)



- A. La structure désignée par le chiffre 1 est une veine hépatique
- B. La structure désignée par le chiffre 2 est la veine porte
- C. La structure désignée par le chiffre 3 est l'aorte
- D. La structure désignée par le chiffre 4 est la rate
- E. La structure désignée par le chiffre 5 est l'estomac

Q98. En tomодensitométrie hépatique, dans les formes typiques, après injection intraveineuse de produit de contraste iodé, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A. Un hémangiome s'opacifie par la périphérie
- B. Un carcinome hépatocellulaire se rehausse au temps artériel
- C. Un carcinome hépatocellulaire est le siège d'un lavage au temps tardif (« wash-out »)
- D. Un kyste biliaire se rehausse au temps portal
- E. Une métastase se rehausse intensément au temps portal

Q99. Mme C., sans antécédent particulier, est cadre supérieure, salariée dans une entreprise et bénéficie d'une mutuelle. Mme C. a pris directement rendez-vous chez un cardiologue

conventionné en secteur 1, en dehors du cadre du parcours de soins coordonnés. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- A. L'Assurance Maladie ne remboursera que 30 % du tarif de base de la consultation
- B. Mme C. aura une participation forfaitaire d'un euro pour cette consultation
- C. L'Assurance Maladie refusera de rembourser les médicaments que lui prescrira ce cardiologue
- D. Le cardiologue est autorisé à pratiquer un dépassement d'honoraire pouvant aller jusque 60 euros
- E. Le montant remboursé par la Sécurité Sociale sera de 11,51 euros

Q100. Quelle(s) prise(s) en charge thérapeutique(s) adjuvante(s) proposerez-vous à une patiente de 53 ans présentant un adénocarcinome infiltrant de type non spécifique du sein droit, triple négatif, pT2N+ M0 après chirurgie conservatrice et curage axillaire droit ?

- A. Radiothérapie
- B. Chimiothérapie
- C. Hormonothérapie
- D. Trastuzumab
- E. Curage sus claviculaire complémentaire

Q101. Un patient est admis sur un lit identifié de soins palliatifs pour la prise en charge d'une sclérose latérale amyotrophique. Le patient est à un stade terminal de sa maladie. Il bénéficie d'une nutrition, d'une hydratation par un dispositif de gastrostomie et d'une ventilation non invasive. Après avoir rencontré le patient, la famille demande à vous voir pour échanger sur le principe de la sédation profonde et continue jusqu'au décès telle qu'elle est décrite dans la loi du 2 février 2016.

Quel(s) est (sont) l' (les) information(s) exacte(s) que vous pouvez donner à la famille sur cette sédation ?

- A. Il est possible qu'elle accélère la survenue du décès
- B. Elle a comme objectif d'accélérer la survenue du décès
- C. Elle peut être mise en œuvre à la demande de la famille sous certaines conditions
- D. Lorsqu'un patient atteint d'une affection grave et incurable décide d'arrêter un traitement et que cet arrêt engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable, il peut la demander
- E. Elle est systématique dès qu'un patient entre en phase agonique

Q102. Vous prenez en charge un patient de 71 ans en bon état général pour un adénocarcinome prostatique Gleason 7 (3+4), PSA initial à 8 ng/mL, stade clinique T2N0M0, récemment découvert. Quelle(s) option(s) thérapeutique(s) reteniriez-vous ?

- A. Cryothérapie
- B. Prostatectomie radicale
- C. Hormonothérapie exclusive longue
- D. Radiothérapie externe exclusive
- E. Résection transurétrale de prostate

Q103. Un malade diabétique de type 2 âgé de 60 ans présente une dyslipidémie mixte. Son bilan est le suivant : LDL cholestérol 2,9 g/L (7,54 mmol/L) ; HDL cholestérol 0,32 g/L (0,78 mmol/L) ; apo B 1,8 g/L (normale < 1,2 g/L) ; triglycérides 2,5 g/L (2,75 mmol/L).

Cette lésion située sur le majeur doit faire évoquer : (une ou plusieurs réponses exactes)



- A. Une hyperlipidémie combinée intriquée avec le diabète de type 2
- B. Une dysbétalipoprotéïnémie intriquée avec le diabète de type 2
- C. Un syndrome néphrotique
- D. Une nécrobiose lipopéidique
- E. Une hypercholestérolémie familiale hétérozygote intriquée avec le diabète de type 2

Q104. Une jeune femme de 27 ans est hospitalisée en urgence pour douleur du flanc droit et nausées évoluant depuis 24 h. Elle est à 25 semaines d'aménorrhée. A son arrivée, vous notez une température à 38,5 °C. Les douleurs irradient dans la fosse lombaire droite. Vous devez (une ou plusieurs réponses exactes) :

- A. Réaliser une bandelette urinaire à la recherche d'une infection
- B. Évoquer une appendicite car, au 2^e trimestre de grossesse, le bas fond cæcal est refoulé dans le flanc droit

- C. Instaurer un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien de principe
- D. Demander une échographie abdominale
- E. Débuter une antibiothérapie

Q105. Concernant la visite pré-reprise réalisée par le médecin du travail, celle-ci peut être réalisée à la demande : (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Des collègues de travail
- B. Du médecin généraliste
- C. Du médecin conseil
- D. Du salarié
- E. De l'employeur

Q106. Parmi les expositions professionnelles suivantes, lesquelles entraînent un excès de risque avéré de cancer du poumon (une ou plusieurs réponses possibles) ?

- A. Silice
- B. Fibres d'amiante
- C. Hydrocarbures aromatiques polycycliques
- D. Amines aromatiques
- E. Formol

Q107. Une patiente de 41 ans, sans antécédent médical ni chirurgical, présente des épigastalgies et doit passer une endoscopie digestive. L'anesthésiste a demandé un hémogramme et des tests d'hémostase. L'hémoglobine est à 12,1 g/dL, les plaquettes à 151 G/L. Les leucocytes sont à 7,5 G/L. Le TCA est à 1,7 fois le témoin, le TP est à 97 %. Elle n'a jamais eu d'épisode hémorragique. Ces résultats sont compatibles avec :

- A. Une carence en vitamine K
- B. Un anticoagulant circulant de type lupique
- C. Un déficit héréditaire en facteur XII
- D. Un déficit héréditaire en facteur XI
- E. Un anticorps anti-facteur VII

Q108. Vous êtes appelé dans le service de soins intensifs neurovasculaires pour une patiente de 37 ans ayant fait un accident ischémique transitoire. En l'examinant, vous constatez sur les cuisses des lésions.



Il s'agit : (une seule réponse attendue)

- A. D'un purpura
- B. De télangiectasies confluentes
- C. De vergetures
- D. D'un livedo
- E. D'ecchymoses

Q109. Un homme de 57 ans est hospitalisé en urgence pour des douleurs de la fosse iliaque gauche et hyperthermie. Vous le recevez aux urgences et vous suspectez une diverticulite aiguë du sigmoïde. Vous demandez : (une ou plusieurs réponses exactes)

- A. Un cliché d'abdomen sans préparation debout de face pour visualiser le cadre colique et d'éventuels niveaux liquides
- B. Un scanner abdominal sans injection car le sepsis majore le risque d'insuffisance rénale
- C. Un lavement aux hydrosolubles, pour éliminer une autre pathologie à la symptomatologie semblable, et éviter un barytome en cas de perforation diverticulaire
- D. Un scanner abdominal avec injection de produit de contraste, après vérification de l'absence d'insuffisance rénale sévère ou d'antécédent d'allergie sévère au produit de contraste
- E. une rectosigmoïdoscopie car le risque de perforation est moindre qu'avec une coloscopie longue, et que cet examen permet d'éliminer de façon formelle la présence d'un cancer colique

Q110. Parmi les antipaludiques suivants utilisables en prophylaxie, lequel (lesquels) ne doit (doivent) être poursuivi(s) qu'une semaine après le retour de zone à risque d'infection palustre ?

- A. Chloroquine
- B. Chloroquine-proguanil
- C. Atovaguone-proguanil
- D. Cyclines
- E. Méfloquine

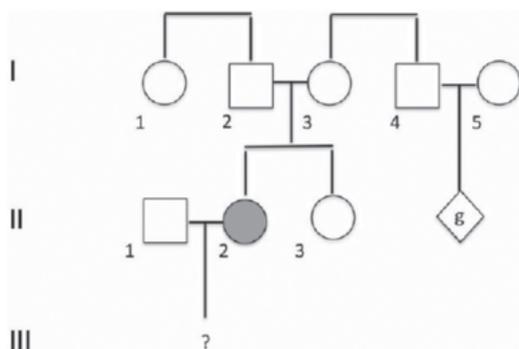
Q111. Parmi les bactéries suivantes, laquelle (lesquelles) présente(nt) une résistance naturelle aux céphalosporines de troisième génération ?

- A. *Staphylococcus aureus*
- B. *Klebsiella pneumoniae*
- C. *Escherichia coli*
- D. *Streptococcus pneumoniae*
- E. *Listeria monocytogenes*

Q112. Vous lisez un article rapportant les résultats d'un essai clinique randomisé en double aveugle, comparant deux groupes de patients, traités soit par un nouveau médicament soit par un médicament de référence :

- A. Au-delà de la significativité statistique, il est indispensable d'évaluer la pertinence clinique de la différence d'effet observée
- B. La randomisation augmente le risque de biais lors de l'interprétation des résultats
- C. La technique du double aveugle est une méthode qui vise à diminuer les biais dans la réalisation et l'interprétation des résultats d'un essai clinique
- D. La Commission de la transparence de la HAS (Haute autorité de santé) peut participer à l'analyse statistique de cet essai clinique sur le territoire français
- E. La significativité statistique de la différence d'effet des deux médicaments est nécessaire pour établir la supériorité d'efficacité thérapeutique du nouveau médicament

Q113. Dans cette famille, le diagnostic de mucoviscidose (fréquence 1/3000 dans la population) a été confirmé et 2 mutations hétérozygotes composites dans le gène CFTR ont été identifiées chez la jeune femme II-2.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Le risque de transmission de la mucoviscidose pour le couple II-1 et II-2 est d'environ 1/60
- B. Le risque futur pour la sœur indemne II-3 d'avoir un enfant atteint est d'environ 1/120
- C. La conjointe de I-4 est enceinte. Le risque a priori que l'enfant à naître soit atteint est d'environ 1/240

- D. La femme II-3 peut exercer directement un droit d'accès au dossier médical de sa sœur II-2
- E. La femme I-1 a refusé le test génétique de recherche d'hétérozygotie pour elle-même. Le sujet I-2 peut transmettre directement ses propres résultats aux enfants de I-1

Q114. Les phobies sociales :

- A. Sont des formes de phobies spécifiques
- B. Débutent le plus souvent à partir de 20 ans
- C. Peuvent se manifester par des idées délirantes de persécution
- D. Peuvent se manifester par la peur de manger en public
- E. Justifient un traitement par antidépresseur dans les formes sévères

Q115. À propos du syndrome de trisomie 21 (une ou plusieurs réponses exactes) :

- A. Son diagnostic est habituellement porté dans le bilan d'un retard des acquisitions scolaires
- B. La déficience intellectuelle est habituellement profonde
- C. Une majorité des patients est capable d'acquiescer la lecture
- D. Les malformations congénitales sont constantes
- E. La malformation digestive la plus fréquente est l'atrésie du duodénum

Q116. Concernant le carcinome vésical de type histologique urothélial, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?

- A. Ils sont détectés avec une bonne sensibilité par la cytologie urinaire
- B. Ils sont de bas grade lorsque ce sont des carcinomes in situ
- C. Ils sont associés à la bilharziose vésicale en Afrique
- D. Le grade n'a que peu d'intérêt pour les tumeurs infiltrant la musculuse
- E. Ils peuvent être classés T2 sur copeaux de résection endoscopique

Q117. Concernant le diagnostic de cirrhose sur une biopsie hépatique : (une ou plusieurs réponses exactes)

- A. Il s'agit d'un stade 4 de la classification METAVIR
- B. Il n'y a quasiment pas de faux positifs
- C. Il n'y a quasiment pas de faux négatifs

- D. La performance diagnostique dépend de la taille du prélèvement
- E. La performance diagnostique est meilleure dans les cirrhoses micronodulaires

Q118. Parmi les traitements suivants, lequel(s) peut (peuvent) être responsable(s) de syndrome confusionnel par sa (leurs) propriété(s) anticholinergique(s) ?

- A. Antiparkinsonien trospatépine
- B. Antiémétique métoclopramide
- C. Antihistaminique H1 hydroxyzine
- D. Inhibiteur acétylcholine estérase donepezil
- E. Antispasmodique oxybutynine

Q119. Concernant les carcinomes vésiculaires ou folliculaires de la thyroïde : (une ou plusieurs réponses exactes)

- A. Ils représentent moins de 5 % des cancers thyroïdiens

- B. Ils sont fréquemment associés à une néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (NEM-2)
- C. Ils diffusent en général par voie sanguine
- D. La sensibilité du diagnostic de malignité par cytoponction est bonne
- E. Il est plus fréquent chez les hommes de plus de 70 ans

Q120. Concernant la confusion, quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?

- A. Il s'agit d'une démence d'évolution rapide
- B. Elle est le plus souvent liée à une cause organique
- C. Elle peut se manifester uniquement sous la forme d'une somnolence
- D. Elle correspond à la décompensation aiguë du fonctionnement cérébral
- E. Elle est plus fréquente chez le sujet âgé

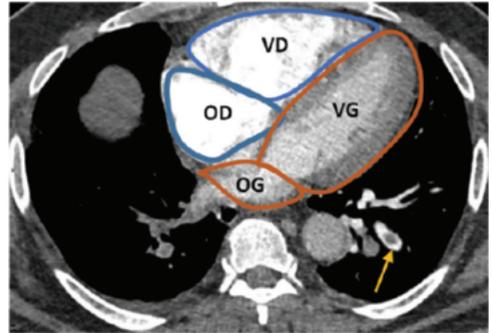


Question 1 **A**

Une patiente de 70 ans se présente aux urgences pour douleurs thoraciques et dyspnée.

L'examen d'imagerie réalisé est :

- A. Une imagerie par résonance magnétique après injection de produit de contraste iodé
- B. Une imagerie par résonance magnétique sans injection de produit de contraste iodé
- C. Une tomodensitométrie après injection de produit de contraste iodé**
- D. Une tomodensitométrie sans injection de produit de contraste iodé
- E. Une scintigraphie de perfusion



On commence avec un QRU très simple.

La plupart des étudiants auront reconnu d'emblée une coupe **transversale** issue d'un **angioscanner thoracique**. Examen clé du diagnostic d'EP, ce n'est autre qu'une **TDM réalisée après injection de produit de contraste iodé** (item C). La séquence avec injection est identifiable grâce au fort rehaussement du ventricule droit.

⚠ Sur cette séquence, seul le ventricule droit est correctement opacifié. Le ventricule gauche et l'aorte sont discrètement hyperdenses, contrairement à ce qu'on pourrait observer sur un authentique temps artériel (hyperdensité majeure et notamment densité du VG > VD dans le temps artériel).

Les items A et B ne posaient pas de problème non plus. La graisse apparaît en **noir** sur cette TDM, alors qu'elle serait attendue **blanche** sur une IRM T1 ou T2. De plus, le produit de contraste iodé n'est pas adapté aux séquences IRM, on choisira plutôt le **gadolinium** (associé à une séquence T1).

La scintigraphie de perfusion est souvent présentée sous la forme d'une dizaine de clichés planaires, pris selon des angles différents. Ce n'est pas le cas de cette imagerie manifestement prise en coupe axiale. **Elle garde une utilité en 2^e ligne dans le diagnostic d'EP de forte probabilité clinique.**

Pour rappel, on visualise une embolie pulmonaire distale segmentaire sous la forme d'un défaut d'opacification (flèche jaune) au sein d'une branche de l'artère pulmonaire gauche. C'est peut-être un peu difficile à voir au niveau externat, ce qui peut expliquer l'absence d'item en rapport dans le QCM.

Question 2 **A**

Une femme de 30 ans consulte à la suite d'un épisode de thrombose veineuse profonde spontanée. À l'interrogatoire, vous retrouvez un antécédent d'embolie pulmonaire à 50 ans chez la mère. Vous suspectez une thrombophilie constitutionnelle. Quelle(s) analyse(s) vous semble(nt) pertinente(s) ?

- A. Le dosage de la protéine C et de la protéine S
- B. Le dosage du facteur V
- C. La recherche d'une mutation du facteur II
- D. Le dosage de l'antithrombine
- E. Le dosage des D-dimères

Les sources sont nombreuses concernant les bilans de thrombophilie (vasculaire, pneumologie, cardiologie, hématologie, etc.), on choisira donc la version du CEP qui fait office de référence sur ce chapitre.

Cette dame de moins de 50 ans avec antécédent familial de MTEV répond tout à fait à l'indication d'un bilan de thrombophilie. Le CEP 2019 recommande de pratiquer, **au moins 3 mois après** l'épisode aigu :

- le dosage de protéine C/protéine S ;
- le dosage d'antithrombine (ou facteur III) ;
- la recherche (en génétique) d'une mutation « Leiden » du facteur V et G20210A du gène de la prothrombine (facteur II) ;
- la recherche des 3 anticorps impliqués dans le SAPL (anticoagulant lupique, Ac anti-cardiolipine, Ac anti β 2 glycoprotéine 1).

L'item B contient un piège pertinent : ce n'est pas la quantité de facteur V qui est évaluée mais bien la **présence d'une mutation sur le gène codant pour le FV** ! Il s'agit d'une analyse génétique, avec nécessité d'un consentement écrit.

Le dosage des D-dimères hors d'une situation aiguë (par exemple : EP de probabilité non haute) n'a pas de sens.

Pour aller plus loin avec les QITBC

Le contenu de ce bilan étant assez bien maîtrisé par la plupart des étudiants, le QCM était probablement peu discriminant. En revanche, les modalités de réalisation sont bien moins connues mais tout aussi tombables ! Ainsi retenir que :

- le dosage de protéine C/S doit se faire hors prise d'AVK ;
- le dosage d'antithrombine doit se faire hors prise d'héparine ou AOD ;
- la recherche génétique peut se faire indifféremment avec ou sans anticoagulation ;
- les anticoagulants lupiques doivent être recherchés hors anticoagulation, mais ce n'est pas le cas des 2 autres anticorps !

Ces particularités sont directement liées au mode d'action des anticoagulants (par exemple : AVK inhibent les facteurs 2-7-9-10 + protéine S + protéine C, on ne dose donc pas ces dernières sous coumadine). Elles pourraient faire l'objet d'un QCM de physiopathologie très intéressant et hautement discriminant.

Question 3 **A**

M. R., 54 ans, vient consulter pour la découverte d'une grosseur au niveau de l'aîne. À l'examen, vous palpez une adénopathie inguinale gauche de 2, 5 cm de diamètre. Que doit comporter votre examen clinique ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. L'inspection de la peau de tout le membre inférieur gauche
- B. Un examen anal
- C. La palpation de toutes les aires ganglionnaires
- D. L'inspection et la palpation des organes génitaux externes
- E. La recherche d'une splénomégalie

Pas de véritable piège ici, il suffisait de connaître les principales zones drainées par les nœuds lymphatiques inguinaux, c'est-à-dire :

- **les organes génitaux externes** (scrotum, pénis, vulve) à l'exception notable des testicules chez l'homme (les cancers testiculaires se drainent en rétro-péritonéal). Seule une invasion scrotale donne lieu à des adénopathies inguinales ;
- **le périnée et l'anus** (mais pas le rectum, qui se draine dans les ganglions pelviens adjacents) ;
- **le membre inférieur homolatéral** ;
- **une partie de la paroi abdominale inférieure.**

On en déduit les réponses A, B et D. Les examens proposés en C et E sont utiles à la recherche d'un lymphome ou d'une LLC (adénopathies disséminées, hépto-splénomégalie).

Question 4 **B**

Un homme de 45 ans consulte aux urgences pour des douleurs importantes du poignet droit qui l'ont réveillé ce matin. Vous retrouvez une hyperthermie à 38, 5 °C. Le poignet est rouge, chaud et très gonflé. Vous suspectez une arthrite septique.

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) qui est (sont) exacte(s) ?

- A. La radiographie standard doit être réalisée
- B. La ponction articulaire est utile et facile à réaliser en urgence
- C. L'échographie est spécifique du diagnostic
- D. L'IRM fait partie du bilan systématique
- E. La scintigraphie peut être indiquée dans un second temps pour rechercher une ostéite

Devant toute arthrite septique, la **ponction** est **indispensable** (PMZ) et préalable à toute antibiothérapie. Elle fera le diagnostic tout en éliminant les diagnostics différentiels.

Une **radiographie standard**, si elle n'est pas urgente, devra tout de même être réalisée. Elle est attendue normale, mais constituera le cliché de référence en cas d'évolution défavorable. Sous traitement adapté, elle restera normale.

L'échographie est un examen intéressant (« **le prolongement de la main de l'examineur** »), mais ne montrera qu'un **épanchement** accompagné d'une inflammation diffuse, **très peu spécifique**. On retrouvera quasiment le même aspect au poignet dans une crise de chondrocalcinose par exemple.

L'IRM n'est jamais systématique, mais peut être d'un appoint utile dans certaines localisations particulières, dont :

- la symphyse pubienne ;
- l'articulation sacro-iliaque ;
- l'articulation sternoclaviculaire.

La **scintigraphie** est extrêmement sensible dans l'ostéite, elle montrera constamment une hyperfixation intense au niveau de la zone infectée. Malheureusement, **elle manque de spécificité**.

Question 5

Une jeune étudiante se réveille le lendemain d'une soirée avec abus de toxique et constate un déficit de son bras droit. Vous évoquez une paralysie du nerf radial droit par compression au niveau de la gouttière tricipitale.

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) à ce diagnostic ?

- A. Un déficit en col de cygne
- B. Un déficit du muscle triceps brachial
- C. Un déficit sensitif de toute la face postérieure de l'avant-bras
- D. Un déficit du muscle brachioradial
- E. Une abolition du réflexe cubito-pronateur

Voici un QCM de sémiologie avancée, qui aura probablement laissé sur le carreau un grand nombre de sémiologues du dimanche.

Pour information, ce syndrome est traité dans l'item « Syndrome canalaire » du CEN, mais pas dans le COFER. Ceci souligne l'importance de lire les Collèges **en entier**, afin d'avoir la vue la plus large possible de l'item !

Compression du nerf radial dans la gouttière humérale :

- **au niveau sensitif** : peu de symptômes, **sensibilité respectée** (item C faux) ;
- **au niveau moteur** : déficit de l'ensemble du territoire sous-jacent :
 - **muscle brachioradial**,
 - extenseur des doigts et du poignet → déficit en **col de cygne**, avec main tombante. À ne pas confondre avec les doigts en col de cygne, retrouvés dans la PR !
 - **respect du triceps** +++ et du réflexe tricipital (item B faux).

Les 2 causes principales sont les fractures humérales et la compression prolongée (paralysie posturale, « *Saturday night palsy* »).

 Il fallait à tout prix éviter la confusion avec une atteinte C7 (hernie cervicale par exemple). On différencie les deux par une **atteinte du triceps** et un **respect du muscle brachioradial** lors d'une radiculalgie C7. De plus, le réflexe tricipital y est aboli et le territoire sensitif est bien plus vaste (correspondant à la zone décrite item C : face postérieure de l'avant-bras). **Le correcteur cherchait clairement à piéger sur ces deux notions voisines.**

Le réflexe cubito-pronateur est régi par la racine C8, via le nerf ulnaire.

Le tableau 321 de l'ATBC permettait de ne pas sombrer devant ce QCM :

| Différencier une atteinte tronculaire d'une atteinte radiculaire par les atteintes motrices | | |
|---|---|---|
| | Tronc | Racine |
| Fibulaire commun et L5 | Fibulaire commun : conservation du moyen fessier , déficit des jambiers antérieurs | L5 : déficit du moyen fessier , conservation des jambiers antérieurs (innervés par L4) |
| Nerf radial et C7 | Nerf radial : conservation du triceps , déficit du long supinateur (= brachioradial) Persistance du réflexe tricipital | <ul style="list-style-type: none"> • C7 : déficit du triceps (extension avant-bras sur le bras), respect du long supinateur (= brachioradial) (C5-6) • Abolition du réflexe tricipital |
| Nerf ulnaire et C8 | Nerf ulnaire : atteinte motrice de l' éminence thénar limitée à l' adducteur du pouce et au court fléchisseur du pouce <i>partie profonde</i> | C8 : atteinte de tous les muscles de l'éminence thénar , y compris ceux innervés par le tronc médian (opposant du pouce, court fléchisseur faisceau superficiel, court abducteur du pouce faisceau superficiel) |
| Nerf crural (= fémoral) et L3-L4 | <ul style="list-style-type: none"> • Nerf crural (= fémoral) : paralysie de la flexion de la hanche (<i>psaos iliaque</i>), paralysie de l'extension du genou (<i>quadriceps</i>) • Atteinte sensitive : face antérieure de cuisse, face antéro-interne de jambe | <i>Atteintes incomplètes :</i> <ul style="list-style-type: none"> • L3 : pas d'atteinte sensitive de jambe • L4 : déficit du jambier antérieur |
| Nerf fémoro-cutané et L2-L3 | Nerf fémoro-cutané : pas d'atteinte motrice | L2-L3 : déficit de flexion de hanche par atteinte du psaos |

Les différences sensibles sont évidentes (les atteintes tronculaires sont limitées à la main/ pied, alors que le territoire radiculaire déborde sur l'avant-bras/jambe)

Un tableau très complexe mais hautement tombable. La colonne du milieu représente l'atteinte tronculaire et son pendant à droite représente l'atteinte radiculaire. La ligne la plus importante est la première (L5/fibulaire commun).

Question 6 A

Le diagnostic de trouble du spectre autistique de l'enfant repose sur :

- A. Un niveau intellectuel normal
- B. Des peurs inhabituelles pour l'âge
- C. Une tristesse de l'humeur
- D. Des intérêts circonscrits et persévérants
- E. Un déficit de la réciprocité sociale

L'HAS a édité en 2018 des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA) chez l'enfant. Nul besoin de les connaître, les critères diagnostiques de l'autisme (résumés) sont cités ci-dessous :

- déficit persistant de la communication et des interactions sociales ;
- caractère restreint et répétitifs des comportements, des intérêts ou des activités ;
- symptômes qui doivent être présents dès les étapes précoces du développement ;
- retentissement significatif ;
- troubles pas mieux expliqués par un autre diagnostic.

Les peurs inhabituelles (item B) rentrent dans le cadre du caractère restreint des intérêts et du comportement : un élément extérieur qui contrecarrerait ces intérêts restreints pourrait provoquer un sentiment de peur qui paraîtrait irrationnel aux parents.

Le niveau intellectuel n'entre pas dans les critères, et pour cause : 40 % des enfants souffrent de retard mental, tandis que certains autistes dit « Asperger » peuvent avoir un niveau intellectuel très supérieur à la normale.

 Si le diagnostic de la majorité des troubles psychiatriques est d'abord clinique, un bilan biologique ± radiologique est très souvent indispensable ! Les points principaux sont rappelés dans le tableau ci-dessous.

| Bilan des principales maladies psychiatriques | | | | |
|---|--|---|---|---|
| | Autisme | Troubles du comportement de l'enfant | Troubles de l'humeur | Schizophrénie |
| Bilan clinique systématique (avec les échelles diagnostiques) | <ul style="list-style-type: none"> • Vision : ophtalmo • Audition : ORL • Bilan orthophonique & psychomoteur (+QI) • ADI/ADOS | <ul style="list-style-type: none"> • Bilan orthophonique & psychomoteur (+QI) • Conners • Achenbach ou CBL | En gériatrie : <ul style="list-style-type: none"> • GDS • Montgomery – Asberg • Hamilton | |
| Biologie systématique | <ul style="list-style-type: none"> • Caryotype • X fragile • Bilan métabolique | | <ul style="list-style-type: none"> • Glycémie • Ionogramme, Ca²⁺ • Urée/créat, bilan hépatique • NFSp, CRP • TSHus • Toxiques urinaires : cannabis/cocaïne/opiacés/amphétamines | |
| Imagerie systématique | <ul style="list-style-type: none"> • TDM ou IRMc • EEG de veille-sommeil • Audiogramme, PEA | | <ul style="list-style-type: none"> • TDMc en urgence (ou mieux, IRM) • EEG au premier épisode • ECG | <ul style="list-style-type: none"> • EEG au premier épisode • IRMc au premier épisode |
| Sur point d'appel | | <ul style="list-style-type: none"> • EEG/IRMc • Bilan ORL/ophtalmologique • Polysomnographie • Biologie, glycémie • Caryotype, CGH Array | | Bilan approfondi si : <ul style="list-style-type: none"> • confusion • déclin cognitif • résistance au traitement |

Question 7 **A**

Un enfant de 8 ans se présente à votre consultation pour une douleur à la déglutition, une otalgie et de la fièvre. L'examen de la gorge objective des amygdales inflammatoires.

Quelle est votre attitude ?

- A. Vous faites réaliser au laboratoire un prélèvement pour PCR streptocoque et rhinovirus
- B. Vous réalisez au cabinet un test de diagnostic rapide streptococcique**
- C. Vous prescrivez un traitement symptomatique par Kétoprofène
- D. Vous prescrivez en première intention de l'amoxicilline + acide clavulanique
- E. Vous prescrivez une antibiothérapie par voie intra-auriculaire

Devant une angine, l'âge est la première donnée à recueillir car elle permet d'identifier les 3 situations suivantes :

| | |
|--------------------|--|
| < 3 ans | Les angines sont majoritairement virales : pas de test, traitement symptomatique |
| 3-15 ans | Les angines sont essentiellement bactériennes : test de diagnostic rapide systématique, traitement en fonction du résultat |
| > 15 ans | Le score de Mc Isaac permet de déterminer la probabilité d'une angine bactérienne. Le TDR sera fait si Mc Isaac ≥ 2 , et l'antibiothérapie sera envisagée en fonction du résultat |

Il n'y a pas de place en pratique courante pour les PCR sur prélèvement de gorge. L'item C est tentant : le Collège de pédiatrie évoque la possibilité d'introduire un AINS dans les infections ORL non compliquées :

- d'emblée si douleur sévère EVA > 5 ;
- en 2^e intention après le paracétamol si EVA > 3.

Par ailleurs le kétoprofène dispose de l'AMM sous forme « sirop » chez l'enfant à partir de 6 mois. **Mais**, ici, on ne dispose d'aucune information sur le niveau de confort de l'enfant. De plus, le TDR n'a pas encore été effectué : on ne peut pas statuer sur le traitement symptomatique ou étiologique (par antibiotique). Il ne fallait donc pas cocher cette proposition.

Pour l'anecdote, mettre des AINS sur une sinusite valait un Mis Zéro à l'ECNi blanc 2019...

L'antibiothérapie de référence pour l'angine de l'enfant est l'amoxicilline, à la posologie de 50 mg/kg pendant 6 jours.

Les infections ORL sont une source inépuisable de QCM, tant les possibilités d'antibiothérapie sont variées. Le tableau suivant contient toutes les données thérapeutiques nécessaires à un cas d'infectiologie ORL.

| | Sinusite maxillaire | Sinusite non maxillaire | Angine | Otite |
|----------------------------------|--|--|---|--|
| 1^{er} choix | <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 1 g × 3 par jour, 7-10 j • 80 mg/kg/j chez l'enfant | Augmentin : 7 j | <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 1 g × 2 par jour, 6 j • 50 mg/kg/j chez l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 1 g × 3, 8-10 j < 2 ans ou 5 j > 2 ans • 80 mg/kg/j chez l'enfant |
| Allergie à l'Amoxicilline | <ul style="list-style-type: none"> • Céfuroxime axétil : 5 j • Cefpodoxime proxétil : 5 j • Céfotiam hexétil : 5 j | ± | <ul style="list-style-type: none"> • Céfuroxime axétil : 4 j • Cefpodoxime : 5 j • Céfotiam hexétil : 5 j | <ul style="list-style-type: none"> • Céfuroxime axétil • Cefpodoxime |
| Allergie aux Pénicillines | <ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycine 4 j • Télithromycine 5 j • Rappel : pas de macrolide dans les sinusites de l'enfant • Cotrimoxazole possible mais chez l'enfant uniquement | <i>Idem ou mieux : fluoroquinolones actives sur le pneumocoque : 8 j (levofloxacin > moxifloxacin)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Azythromycine 3 j • Josamycine 5 j • Chlarythromycine 5 j • <i>Mais après culture si > 10 % de résistance</i> • Ø de Pristinamycine !! | <ul style="list-style-type: none"> • Érythromycine-sulfisoxazole chez l'enfant • Cotrimoxazole • Pristinamycine > 6 ans • Fluoroquinolones en dernière intention (CI chez l'enfant) |
| Cas particuliers | AUGMENTIN si : <ul style="list-style-type: none"> • échec d'ATB initiale • sinusite d'origine dentaire | Ethmoïdite collectée : <ul style="list-style-type: none"> • C3G • + Vancomycine ou Fosfomycine • + Métronidazole | <ul style="list-style-type: none"> • Phlegmon : <ul style="list-style-type: none"> – augmentin – ou C3G + (Métronidazole ou clindamycine) – + dose unique de corticoïde pour le trismus • Adénite cervicale : <ul style="list-style-type: none"> – augmentin – métronidazole + (pristinamycine ou macrolide) si allergie | <ul style="list-style-type: none"> • Otite, conjonctivite : AUGMENTIN • Nouveau-né < 3 mois : paracétèse |

Notez que les posologies ne sont pas à connaître, mis à part les 3 dosages de l'amoxicilline chez l'adulte et l'enfant.

 Le céfuroxime axétil n'est pas indiqué chez l'enfant.

Question 8 **A**

Parmi les propositions suivantes concernant l'entourage d'un patient atteint de méningite à méningocoque, indiquez celle(s) qui est (sont) juste(s).

- A. La ciprofloxacine est une antibioprofylaxie de deuxième intention
- B. L'antibioprofylaxie a pour objectif l'éradication du portage pharyngé chez les sujets contacts
- C. Une antibioprofylaxie est proposée jusqu'à 1 mois après le dernier contact avec le cas index
- D. L'antibioprofylaxie repose en première intention sur la rifampicine
- E. Une vaccination peut être proposée en association à l'antibioprofylaxie

Il s'agit ici d'une question de cours tirée du Pilly. La méningite est un item très complexe et les connaissances nécessaires sont souvent précises (exemple de la ciprofloxacine dose unique en 2^e intention, donnée très discriminante si l'on s'est contenté d'une lecture rapide). Pensez également à croiser les sources, le Collège de neurologie est d'un appoint indispensable sur cet item.

L'antibioprofylaxie vise à éliminer le portage pharyngé de la souche avant qu'elle ne devienne pathogène pour son hôte. Elle est réalisée au mieux dans les 24 à 48 h après le **diagnostic, jusqu'à 10 j maximum**. Ses indications sont décrites dans un très indigeste tableau du Pilly. Elle est basée sur :

- **la rifampicine PO pendant 2 jours** (possible chez la femme enceinte à condition de supplémenter en vitamine K si le traitement survient dans les 4 jours précédant l'accouchement) ;
- **la ceftriaxone IM** ou la **ciprofloxacine PO**, dose unique, **si CI à la Rifampicine**. La **vaccination prophylactique** possède ses indications propres qui varient en fonction de la souche. Schématiquement, elle sera systématiquement proposée si le méningocoque est de souche A ou C et seulement sur avis spécialisé pour la souche B.

Question 9 **A**

Une patiente de 71 ans, hypertendue, hypothyroïdienne recevant une opothérapie substitutive, vous consulte pour des douleurs importantes de l'hémiface droite. Vous suspectez une névralgie du trijumeau droit. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) évocatrice(s) du diagnostic ?

- A. Sensation de décharge électrique
- B. Zone gâchette
- C. Douleur rétro-orbitaire
- D. Douleur du scalp postérieur
- E. Rhinorrhée

Pas de réelle difficulté ici, les pièges sont vite écartés. On rappellera simplement la différence entre névralgie essentielle et névralgie secondaire (le point le plus discriminant selon moi) :

| | Essentielle | Secondaire |
|----------------------------|--------------------------------------|---|
| Terrain | Femme, 50 ans | Pas de terrain particulier |
| Territoire | V2 > V3 >>> V1 | Tout territoire |
| Déclenchement | Spontanées ou zone gâchette | Souvent spontanées |
| Type | Décharges intenses, brèves, en salve | Moins intense, fond douloureux permanent |
| Examen neurologique | Normal | Hypoesthésie, abolition du réflexe cornéen. Déficit associé |

Les propositions C et E évoquent une algie vasculaire de la face (AVF), avec douleur « atroce » localisée autour de l'œil et accompagnée de signes neurovégétatifs (rhinorrhée, larmolement, signe de Claude Bernard-Horner).

La douleur du scalp postérieur évoque une **névralgie d'Arnold** (= du nerf grand occipital), qui innerve le dermatome **C2**.

Question 10 **B**

Une patiente de 92 ans a vu se développer depuis quelques mois cette tumeur sur l'aile nasale gauche. La tumeur est nodulaire, avec une ulcération saignotante en surface. La patiente est en bon état général, sans antécédent notable. Elle a exercé le métier d'agricultrice pendant 50 ans. Quel est votre diagnostic ?

- A. Carcinome basocellulaire nodulaire
- B. Carcinome de Merkel
- C. Mélanome nodulaire achromique
- D. Carcinome épidermoïde
- E. Mélanome de Dubreuilh



Patiente âgée, exposée au soleil, avec tumeur cutanée nodulaire : le tableau est d'emblée très évocateur de **carcinome basocellulaire**. On observe un élément sémiologique capital : une **perle**, située dans le quadrant supérieur chez cette patiente. L'aspect **ferme, bien limité** et lisse achève de nous convaincre.

Reste toutefois à éliminer les diagnostics différentiels suivants :

- **le carcinome de Merkel** est moins bien connu que les autres. Le terrain est similaire (sujet âgé, photo-exposé). La tumeur est très **agressive**, avec un envahissement loco-régional et des **métastases** à distance ! L'aspect est celui d'un nodule induré, rouge violacé avec des télangiectasies. C'est un diagnostic différentiel pertinent, mais à évoquer ici en 2^e intention ;
- **le mélanome de Dubreuilh** est une forme de mélanome qui touche préférentiellement les sujets âgés, avec une évolution **horizontale** pendant des années. L'aspect nodulaire et l'absence de pigmentation n'est pas en faveur ;
- en revanche, on pourrait évoquer un **mélanome nodulaire achromique**. Cependant, ce diagnostic est bien plus rare que celui de CBC qui, rappelons-le, constitue la première cause de cancer **toutes catégories confondues** !
- un **carcinome épidermoïde** serait moins bien limité, plus hétérogène. De plus, on ne retrouve pas les 3 clés sémiologiques propres à ce type de tumeurs :
 - **ulcération,**
 - **bourgeon,**
 - **croûte.**

Dans tous les cas, le diagnostic final sera anatomopathologique.

⚠ Les QRU n'ont pas disparu de l'ECN, cette question le prouve ! On en trouvait de nombreux autres dans les DP de la cuvée 2019. Ne les prenez pas à la légère : ils sont rarement faciles et les distracteurs sont souvent pertinents. La moindre erreur vous coûtera le point. Ici, la proposition A est d'emblée engageante, mais les 4 autres items peuvent semer le doute dans un esprit mal préparé.

Question 11 **B**

Un homme de 64 ans présente cette éruption chronique atteignant 45 % de la surface corporelle, évoluant depuis une dizaine d'années. Il a comme antécédents une HTA traitée par losartan, hydrochlorothiazide et atenolol, et un tabagisme évalué à 25 paquets-années, ainsi qu'une consommation d'alcool quotidienne. Parmi les mesures suivantes, laquelle (lesquelles) vous paraît (paraissent) indiquée(s) pour la prise en charge de ce patient ?

- A. Arrêt du tabac
- B. Arrêt de l'atenolol
- C. Remplacement du sartan par un inhibiteur calcique
- D. Dermocorticothérapie locale très forte par clobetasol 30 grammes par jour
- E. Photothérapie UVB TL01 (spectre étroit)



Voici un QCM construit comme véritable « mini cas clinique ». On commence par **reconnaître l'éruption psoriasique typique** : squameuse, bien limitée, sur fond érythémateux. Le patient présente 3 facteurs liés à sa dermatose :

- une prise de **β -bloquants (atenolol)** ;
- un **tabagisme** actif ;
- une **alcoolisation** quotidienne.

⚠ La prise médicamenteuse est considérée comme un facteur **déclenchant** (de la même façon que le stress ou une infection virale), tandis que le tabac, l'alcool et l'obésité sont des facteurs de **gravité** et de **résistance au traitement**. Un QCM (pour le moins vicieux) pourrait vous demander de différencier les deux.

Donc on arrête les facteurs déclenchants (**le sartan n'en est pas un**), et on envisage une thérapeutique. Le psoriasis de ce patient est considéré comme **grave** car atteignant **plus de 10 % de la surface** corporelle. On trouvera dans le tableau ci-après une vue d'ensemble de la thérapeutique indiquée.

| Thérapie du psoriasis : vue d'ensemble des indications, contre-indications et effets secondaires | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|
| | Vue d'ensemble des indications | | Effets indésirables | Contre-indications | |
| Traitements topiques | Dermocorticoïdes : <ul style="list-style-type: none"> pommades → lésions sèches, pas dans les plis lotion/mousse/shampooing pour le cuir chevelu 1 FORT : fluticasone, bétaméthasone, 1 application/jour 1 à 3 semaines d'attaque, puis 2 fois par semaine en entretien | Analogue vitamine D : <ul style="list-style-type: none"> 2 fois par jour : calcipotriol/calcitriol 1 fois par jour : tacalcitol association possible avec les corticoïdes < 100 g/semaine effet idem mais plus lent | Peu d'EI et de CI au traitement topique : <ul style="list-style-type: none"> Corticoïdes : <ul style="list-style-type: none"> effet atrophiant à ne pas négliger effet rebond, dermato-dépendance + les EI communs des corticoïdes (hypertrichose, hypopigmentation, acnée induite) plus rare contre-indication surtout en cas d'infection cutanée locale Analogues vitamine D : pas d'effet atrophiant mais irritation parfois majeure. Acides salicyliques topiques : contre-indiqués chez l'enfant | | |
| | Association des 2 = synergiques <ul style="list-style-type: none"> 4 semaines de traitement continu max puis 2 fois /semaine Autres : <ul style="list-style-type: none"> bains & émollients acide salicylique : avant PUVAthérapie 10 % max (20 % sur les paumes & plantes) | | | | |
| Photothérapie | <ul style="list-style-type: none"> PUVAthérapie : <ul style="list-style-type: none"> psoralène PO + UVA 20 séances, 2-3/semaine photoprotection dans les heures qui suivent port de lunettes noires +++ BalnéoPUVAthérapie = idem mais Psoralène en bain | UVB à spectre étroit : efficacité idem, moins carcinogène 20-30 séances, 2-3 séances par semaine | Association Acitrétine + PUVAthérapie ou UVB | <ul style="list-style-type: none"> Érythème Troubles digestifs (PUVA) Vieillessement cutané, cancer cutané | <ul style="list-style-type: none"> ATCD de cancer cutané Dermatose photosensible Médicaments photosensibilisants OH chronique si PUVA |
| Acitrétine | Psoriasis modéré à sévère : <ul style="list-style-type: none"> > 10 % de la surface cutanée PASI > 10 DLQI > 10/30 | <ul style="list-style-type: none"> Psoriasis pustuleux Kératodermie palmo-plantaire | Efficacité 30 % en 2-4 mois | <ul style="list-style-type: none"> Sécheresse cutanéomuqueuse, prurit, alopecie Hyperlipidémie, cytolysse Térogène HTIC + tétracyclines | <ul style="list-style-type: none"> Femme en âge de procréer sans contraception Projet de grossesse dans les 3 ans Allaitement Anomalies bilan lipidique, bilan hépatique |
| Méthotrexate | | <ul style="list-style-type: none"> Psoriasis Pustuleux Kératodermie palmo-plantaire | Efficacité 50-60 % | <ul style="list-style-type: none"> Troubles digestifs Pneumopathie d'hypersensibilité Fibrose pulmonaire Fibrose hépatique Ulcérations cutanéomuqueuses avec l'aspirine à forte dose et le BACTRIM | <ul style="list-style-type: none"> Femme et homme en âge de procréer sans contraception Allaitement Anomalie hémogramme, bilan hépatique, bilan rénal Infection évolutive |



Thérapie du psoriasis : vue d'ensemble des indications, contre-indications et effets secondaires (suite)

| | Vue d'ensemble des indications | | | Effets indésirables | Contre-indications |
|--------------|---|---------------------|--------------------------------|--|---|
| Ciclosporine | Psoriasis modéré à sévère : <ul style="list-style-type: none"> • > 10 % de la surface cutanée • PASI > 10 • DLQI > 10/30 | Psoriasis pustuleux | Efficacité 50-60 % en 2-4 mois | <ul style="list-style-type: none"> • HTA • Hypertrichose • Hyperplasie gingivale • Cancers cutanés • Interactions médicamenteuses | <ul style="list-style-type: none"> • HTA • IRC • ATCD de néoplasie ++ • Infection chronique |

APREMLAST si échec ou CI des autres traitements systémiques dont la PUVAthérapie, la ciclosporine & le méthotrexate

| | | | | |
|-------------|---|--|--|---|
| Biothérapie | <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis modéré à sévère avec retentissement important sur la qualité de vie • Intolérance, inefficacité ou CI à au moins 2 agents systémiques dont : <ul style="list-style-type: none"> - le méthotrexate - la ciclosporine - la photothérapie • ANTI TNF-alpha • ANTI IL 12 – 23 = <i>ustékinumab</i> • ANTI IL 17 = <i>sécukinumab & ixékizumab</i> | | | <ul style="list-style-type: none"> • Infection évolutive • Tuberculose • Cancer ou hémopathie < 5 ans • Grossesse (relatif) • Vaccins vivants < 3 semaines |
|-------------|---|--|--|---|

Voici un tableau que j'avais rédigé après m'être pris les pieds une énième fois dans les détails de cette thérapeutique (par ailleurs assez similaire à celle de la dermatite atopique...). Il a le mérite de proposer une gradation des moyens à mettre en œuvre en fonction de la sévérité (de bas en haut).

Le Collège de dermatologie préconise un dermocorticoïde d'activité **forte** (et non très forte). De plus, la posologie de l'item D n'est pas bonne. Pour rappel, il y a 2 manières de calculer la quantité de dermocorticoïde nécessaire :

- **la règle de 3 : 20 à 30 g/jour** pour 100 % de la surface corporelle donc pour notre patient atteint à 45 % : 15 g/j environ ;
- **l'« unité phalange »** : la quantité de crème déposée sur la dernière phalange de l'index (1,25 g) = 2 paumes de main de surface corporelle.

Les **UVB à spectre étroit** font partie de l'arsenal thérapeutique de première intention du psoriasis, quelle que soit la surface atteinte.

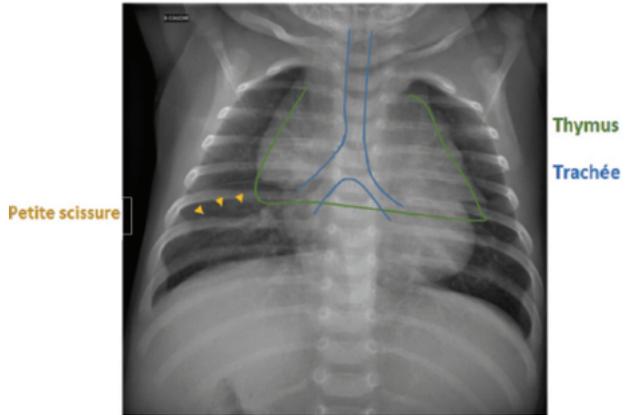
La photothérapie UVB à spectre étroit (TL01) a supplanté la photothérapie UVB à large spectre par son efficacité supérieure, sa facilité d'emploi et son innocuité à court terme.

Tout ce raisonnement devait être effectué en quelques minutes seulement, dans les conditions de stress du concours : sélectivité assurée !

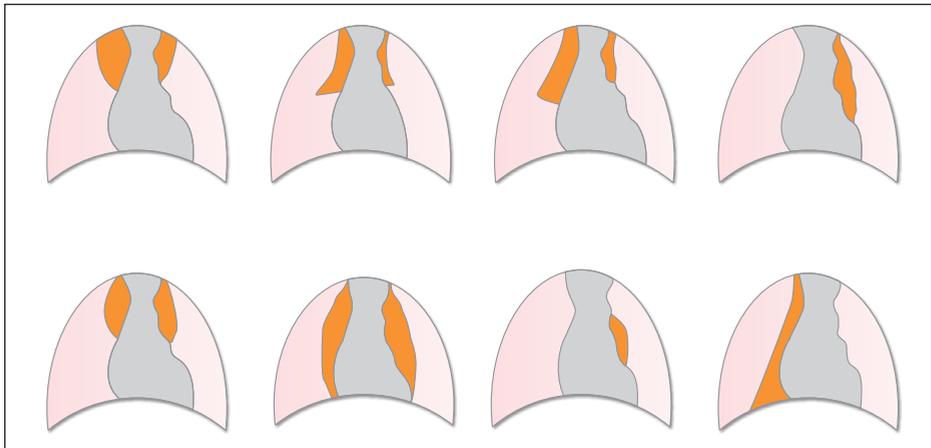
Question 12 **B**

Concernant cette radiographie de thorax d'un enfant de 6 mois réalisée en raison d'une toux fébrile, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Il existe un débord thymique droit
- B. Il existe une pneumopathie lobaire supérieure gauche
- C. Il existe une distension thoracique
- D. La trachée est en place
- E. La petite scissure est en place



La radiographie thoracique est un incontournable de l'ECN, mais ses spécificités pédiatriques sont bien mal connues des étudiants. Ici, il fallait être en mesure de reconnaître le débord thymique bilatéral pour marquer le point ! Beaucoup ont été destabilisés par le fait que le bord inférieur du thymus semblait suivre la petite scissure. Et le contexte de « toux fébrile » pouvait induire en erreur. Il fallait avoir déjà croisé une radiographie de ce type (ou se souvenir de l'illustration 60.6 du Collège de pédiatrie) pour être confiant face à sa tablette. Chez l'enfant, le **thymus** (situé dans le médiastin antérieur) **est hypertrophié**, et réalise une opacité bien limitée à la partie supérieure du thorax. Les formes prises par le thymus sont très diverses (en orange ci-dessous), avec une **grande asymétrie possible** !



© Magnard

Différentes présentations radiologiques possibles du thymus physiologique du jeune enfant (en orange)

L'opacité inquiétante sur cette radio n'est donc autre que l'image construite par le thymus de cet enfant. On observe un discret syndrome bronchique dans les bases, qui fait évoquer dans le contexte une bronchite aiguë simple.

Les côtes de cet enfant sont assez horizontalisées. Même si les coupoles ne sont pas très aplaties, on peut parler de distension thoracique (voir ci-dessous, comparaison avec une imagerie normale d'un enfant du même âge). Enfin, la trachée et la petite scissure (à droite par définition) sont bien en place.



Astuce pratique !

Pour vous familiariser avec les particularités pédiatriques, on a déjà mentionné le Collège de radiologie et son chapitre : « Imagerie pédiatrique ». Je vous recommande également le site suivant : <https://slideplayer.fr/slide/3123551>

Question 13 A

Vous recevez aux urgences un nourrisson de 16 mois fébrile, dont la mère est inquiète car elle le trouve fatigué. Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) en faveur d'une infection grave ?

- A. Fièvre supérieure à 39,5 °C
- B. Absence de réponse au paracétamol
- C. Anorexie
- D. Hypotonie
- E. Énanthème

Les signes d'infection potentiellement sévères sont décrits dans l'item « Fièvre aiguë » du Collège de pédiatrie. On y retrouve :

- **les troubles de la vigilance** : hypotonie, somnolence ;
- **les troubles du comportement** : irritabilité, enfant inconsolable ;
- **les troubles de l'hémodynamique** : tachycardie, TRC > 3 s ;
- **les troubles de la coloration** : teint gris, pâleur, cyanose.

Le Collège stipule bien que **le niveau de température ne préjuge pas à lui seul de la gravité de l'infection**. On ne doit donc pas cocher les items A et B.

⚠ Il est vrai que dans certaines infections comme la bronchiolite, la fièvre élevée est un critère de gravité. Pour autant, on ne dispose ici d'aucune information clinique pour étayer ce diagnostic.

L'énanthème est couramment retrouvé au cours des infections virales de l'enfant et n'oriente pas vers une gravité particulière. Un purpura serait en revanche bien plus alarmant.

Question 14 **A**

Un patient de 80 ans consulte son médecin généraliste à la demande de sa femme pour un bilan annuel. Quel(s) symptôme(s) pourriez-vous rattacher au déficit androgénique lié à l'âge ?

- A. Tristesse de l'humeur
- B. Hématurie
- C. Gynécomastie
- D. Obésité abdominale
- E. Dysurie

L'andropause, équivalent masculin de la ménopause, est un petit item parfaitement traité par le Collège d'urologie. Ses manifestations cliniques sont liées au déficit en testostérone et incluent :

- **l'obésité abdominale**, le syndrome métabolique ;
- **la gynécomastie** ;
- l'atrophie testiculaire ;
- la baisse de la pilosité, l'atrophie cutanée ;
- la sarcopénie (possiblement sévère), l'ostéoporose.

Les patients se plaignent également de troubles de la libido, de dysfonctions érectiles, de bouffées de chaleur, etc. On peut aussi retrouver des manifestations neuropsychiatriques telles qu'une humeur dépressive, une perte de l'élan vital, une irritabilité, une asthénie, des pertes de mémoire, etc.

Les items B et E n'ont pas de lien avec le DALA. **L'hématurie** doit absolument faire rechercher une cause organique, en particulier une infection urinaire ou un cancer des voies urinaires. La **dysurie** est fréquemment rencontrée chez les personnes âgées, mais est le plus souvent en lien avec une hypertrophie bénigne de prostate.

Question 15 **A**

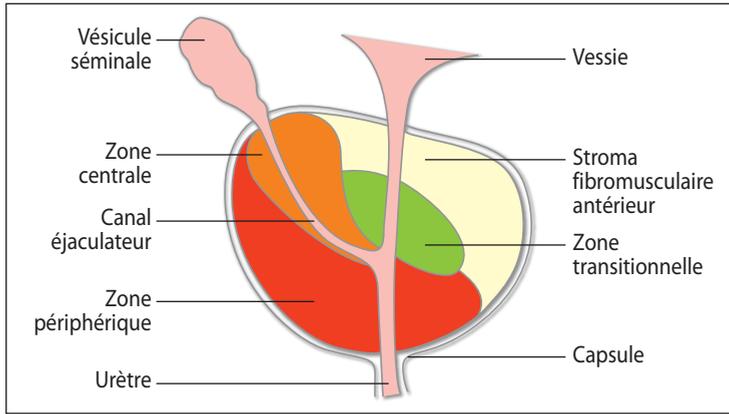
Un patient de 67 ans consulte un urologue car son père et son frère présentent un cancer de prostate. Quel(s) symptôme(s) serait (seraient) en faveur d'un cancer de la prostate ?

- A. Dysfonction érectile
- B. Incontinence urinaire à l'effort
- C. Hématurie terminale
- D. Dysurie
- E. Hématurie initiale

Le cancer de la prostate est dans la majorité des cas diagnostiqué alors qu'il est asymptomatique. Ceci est dû au fait que le cancer se forme dans la zone **périphérique** de la prostate, plus éloignée des zones « fonctionnelles » que la zone de **transition** (où se forme l'HBP).

On comprend donc que l'apparition de signes fonctionnels est synonyme de cancer localement très avancé. Parmi ces symptômes, on retrouve :

- **les troubles urinaires irritatifs** : incontinence par hyperactivité vésicale (et non incontinence urinaire d'effort) ;
- **les troubles urinaires obstructifs** ;
- **l'hématurie initiale**, propre aux causes d'hématurie urologique ;
- **les signes métastatiques** : AEG, douleurs osseuses, etc.



© Magnard

Divisions anatomiques de la prostate

La dysfonction érectile n'est pas citée comme symptôme du cancer de prostate, contrairement à l'HBP.

Dans tous les cas, ces symptômes sont aspécifiques : on retrouve la dysurie et l'hématurie bien plus fréquemment dans l'hypertrophie bénigne de prostate et ce dès les stades précoces ! Alors qu'un cancer de prostate devra être extrêmement avancé pour mener à une dysurie, **rien n'est vraiment « en faveur » du cancer dans cet énoncé (au contraire de l'AEG par exemple), il fallait faire preuve de souplesse et cocher les items les « moins faux ».**

⚠ Ce QCM semble vouloir piéger avec les **effets indésirables** du traitement du cancer de prostate. Ceux-ci, complexes, doivent être maîtrisés tant ils sont l'objet de multiples questions. Le tableau suivant pourra vous y aider.

| | Chirurgie | Radiothérapie | Curiethérapie | Ultrasons (HIFU) |
|-------------|--|--|---|--|
| Indications | Absence de métastase et espérance de vie > 10 ans | <ul style="list-style-type: none"> À visée curative : absence de métastase et <ul style="list-style-type: none"> – faible risque et récusé pour la chirurgie – moyen & haut risque, avec une hormonothérapie À visée adjuvante ou rattrapage : <ul style="list-style-type: none"> – tumeur à très haut risque – échec du traitement chirurgical | <ul style="list-style-type: none"> Faible risque d'Amico Sous-groupes des risques intermédiaires : <ul style="list-style-type: none"> – PSA entre 10-15 – Présence de grade 4 <u>minoritaire</u> (3+4) | Traitement de rattrapage si récurrence après radiothérapie externe En cours d'évaluation nationale en traitement de 1^{re} intention |



| (suite) | Chirurgie | Radiothérapie | Curiéthérapie | Ultrasons (HIFU) |
|----------------------------|---|---|--|---|
| Contre-indications | Aucune (sauf celles de l'anesthésie) | Antécédents d'irradiation pelvienne antérieure, maladie inflammatoire rectale active, sclérodémie, impossibilité de maintenir la position +/- dysurie importante en rapporte avec une HBP | Idem radiothérapie + volume prostatique > 60 mL + présence d'un lobe médian + symptômes urinaires marqués + antécédents de RTUP ++++ | Celles de l'anesthésie |
| Effets indésirables | <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonction érectile (> 70 %) • Incontinence urinaire • Infertilité et anéjaculation : constantes • Dysurie (< 1 %) par sténose de l'anastomose | <ul style="list-style-type: none"> • Sténose de l'urètre, cystite et rectites radiques • Dysfonction érectile (> 70 % !), complication la plus fréquente • Pas d'incontinence +++ | <ul style="list-style-type: none"> • Idem radiothérapie • Mais seulement 20 % de dysfonction érectile +++ | <ul style="list-style-type: none"> • Sténose de urètre prostatique (20 %) • Incontinence urinaire (5-10 %) • Dysérection (50-70 %) • Fistule prostatorectale exceptionnellement |

Question 16 **B**

Quel(s) avantage(s) offre(nt) la curiéthérapie par implants permanents dans le cancer de prostate en comparaison avec une irradiation classique ?

- A. Traitement non invasif
- B. Traitement ambulatoire
- C. Dose plus importante délivrée à la tumeur
- D. Meilleure protection des tissus sains
- E. Moindre risque de troubles érectiles séquellaires

Une question relativement sélective, toujours dans la veine du tableau précédent. Le cancer de la prostate (comme le cancer du sein) est une source inépuisable de dossiers discriminants. Les recommandations (CCAFU 2016-2018) sont récentes et claires. Le dossier n° 14 à la fin du Collège d'urologie (pour les courageux) illustre très bien la totale maîtrise attendue sur ce chapitre. La curiéthérapie interstitielle de prostate consiste en l'implantation permanente de grains radioactifs **d'iode 125**.

Il existe une nouvelle technique, dite « à haut débit de dose » par Iridium 192, qui ne peut encore être proposée en routine.

L'implantation des grains d'iode se fait *in situ*, par voie transpérinéale (donc invasive, item A faux) au cours d'une anesthésie générale. Il semble **qu'au moins une nuit d'hospitalisation** soit nécessaire, pour parer à une éventuelle rétention aiguë d'urine réactionnelle. De toute façon, l'irradiation classique est un traitement purement ambulatoire, donc aucun avantage sur ce point (item B faux).

La proposition C est difficile et n'est pas mentionnée dans les référentiels : la dose délivrée par curiéthérapie est d'environ **160 Gy**, tandis que les protocoles de radiothérapie externe délivrent un peu plus de **74 Gy**.

Enfin la D et la E vont de pair. En limitant la zone atteinte par les rayonnements, les tissus sains bénéficient d'une meilleure protection et les effets indésirables sont diminués. À titre d'exemple, **on retrouve 70 % de dysfonction érectile après radiothérapie externe contre 20 % grâce à la curiethérapie.**

Question 17 A

Mme M., âgée de 35 ans, se présente pour une douleur sourde du mollet droit existant depuis la veille au soir. À l'interrogatoire, vous retrouvez l'existence d'une artériopathie des membres inférieurs chez le père de cette patiente, ayant conduit à une amputation de jambe à l'âge de 78 ans. Malgré cet antécédent héréditaire, Mme M. signale un tabagisme quantifié à un demi-paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 18 ans. Vous trouvez, en outre, un syndrome de Raynaud chez la mère de la patiente. Mme M. n'a aucun traitement et vient de présenter une fausse couche spontanée pour laquelle elle est restée hospitalisée 24 h. L'examen clinique révèle une augmentation de la circonférence de l'œdème du mollet droit de 1 cm par rapport au mollet controlatéral. On note également, au niveau du membre inférieur droit, une augmentation de chaleur cutanée ainsi qu'une augmentation de la visibilité des veines superficielles et une douleur à la palpation profonde du mollet. Chez cette patiente, quel(s) élément(s) doit (doivent) être pris en compte pour établir le score de probabilité clinique ?

- A. Antécédents familiaux de pathologie vasculaire
- B. Augmentation de la circonférence du mollet droit de 1 cm
- C. Douleur à la palpation profonde
- D. Augmentation de la visibilité des veines superficielles
- E. Hospitalisation récente de 24 h

Voici un QCM pour le moins inattendu. Si la plupart des étudiants auront reconnu ce qui était attendu d'eux (à savoir les items du score de Wells pour le calcul de la probabilité clinique de la TVP), peu nombreux sont ceux qui auront pris le soin d'apprendre ledit score par cœur ! Le voici exposé ci-dessous (tableau issu du site de l'Université Médicale Virtuelle Francophone).

| Variable | | Points |
|---|---|--------------|
| Facteurs prédisposants | Parésie, paralysie ou immobilisation plâtrée récente des MI | 1 |
| | Chirurgie récente < 4 semaines ou alitement récent > 3 jours | 1 |
| | Cancer évolutif connu (traitement en cours ou < 6 mois ou palliatif) | 1 |
| Signes cliniques | Sensibilité le long du trajet veineux profond | 1 |
| | Œdème généralisé du MI | 1 |
| | Œdème du mollet > 3 cm par rapport au mollet controlatéral (mesuré 10 cm sous la tubérosité tibiale antérieure) | 1 |
| | Œdème prenant le godet | 1 |
| | Développement d'une circulation collatérale superficielle (veines non variqueuses) | 1 |
| | Diagnostic différentiel de TVP au moins aussi probable que celui de TVP | -2 |
| Probabilité clinique (3 niveaux) | | Total |
| Faible | | < 0 |
| Intermédiaire | | 1 ou 2 |
| Forte | | > 3 |

Les 5 items sont tout à fait plausibles, mais :

- les **antécédents familiaux ne comptent pas dans le score** (à la différence des antécédents personnels, bien que cela dépende des versions) ;
- l'œdème du mollet doit dépasser de **3 cm** la circonférence du mollet controlatéral (et non 1 cm) ;
- l'alitement (plutôt que l'hospitalisation) compte pour un point à partir de **3 jours**.

Les propositions C et D, quant à elles, figurent bien dans le score.

Pour l'anecdote, le Collège de pneumologie rappelle avec bienveillance « qu'il ne sera pas demandé à l'étudiant de savoir calculer le score »...

Question 18 **A**

M. X., âgé de 66 ans, est porteur d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale mesuré il y a 3 mois à 40 mm de diamètre antéropostérieur. Il se présente aux urgences pour la survenue de douleurs abdominales aiguës. À l'examen clinique, le pouls est à 88 bpm, la pression artérielle à 134/68 mmHg aux deux bras.

Quelle conduite à tenir proposez-vous chez ce patient ? (Une seule proposition exacte)

- A. Scanner abdominal en urgence**
- B. Échographie abdominale en urgence
- C. Artériographie de l'aorte et des membres inférieurs en urgence
- D. Laparotomie exploratrice en urgence sans imagerie préalable
- E. Radiographie de l'abdomen sans préparation en urgence

Voici encore un QRU aux distracteurs crédibles. Il fallait se souvenir de la conduite à tenir en cas de suspicion d'anévrisme abdominal rompu :

- patient stable hémodynamiquement : **angioscanner abdominal, que l'anévrisme soit connu ou non** ;
- patient instable :
 - **échographie abdominale suffisante**, si pas d'anévrisme connu,
 - **prise en charge chirurgicale immédiate**, si un anévrisme est connu.

Ici, les constantes sont en faveur de la 1^{re} situation : on pratiquera donc le scanner avant toute chose. L'artériographie n'est plus pratiquée à but diagnostique dans la quasi-totalité de ses indications. L'ASP en urgence est purement fantaisiste : au mieux, elle permettrait d'objectiver des calcifications péri-anévrismales.

On pouvait aussi, avec de la logique, se dire que la laparotomie en urgence aurait été chère payée si cette douleur abdominale aiguë s'avérait finalement être un simple ulcère gastrique.

⚠ Attention à ne pas confondre les indications de chirurgie en urgence et les indications de chirurgie programmée ! Ces dernières sont rappelées dans le tableau ci-dessous.

| Indications chirurgicales des différents anévrismes en fonction de la taille, de la vitesse d'évolution et d'autres paramètres cliniques | | | |
|--|--|--|--|
| | Aorte abdominale | Aorte thoracique | Anévrisme poplité |
| Taille | > 50 mm | > 55-60 mm | > 20 mm |
| Évolution | Évolution de 10 mm en 1 an | Évolution de 10 mm en 1 an | ∅ |
| Clinique | Symptomatique (douleur, compression d'organe) <ul style="list-style-type: none"> • 25-30 mm : surveillance tous les 5 ans • 30-35 mm : surveillance tous les 3 ans • < 40 mm : surveillance annuelle • 40-50 mm : surveillance tous les 6 mois | Symptomatique <ul style="list-style-type: none"> • Morphologie sacciforme • Anévrisme disséquant > 40 mm • Anévrisme infectieux • Marfan | <ul style="list-style-type: none"> • Ischémie aiguë : thrombolyse <i>in situ</i> • Ischémie critique : exclusion de l'anévrisme + pontage • Rupture : chirurgie en extrême urgence |
| | | | |

Question 19 **B**

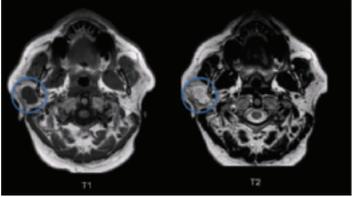
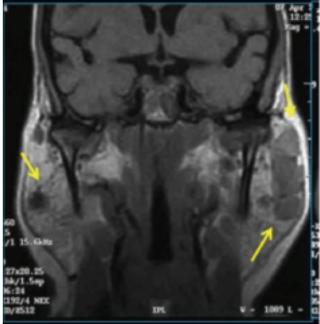
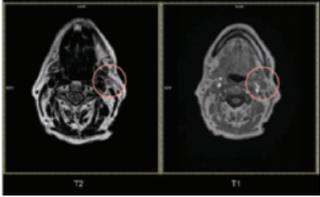
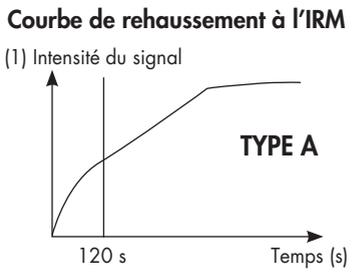
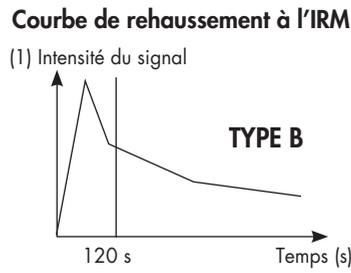
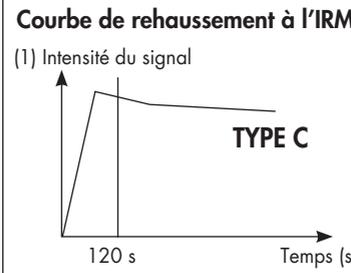
Une femme âgée de 45 ans consulte pour une masse parotidienne droite. Parmi les critères suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) qui vous oriente(nt) vers le diagnostic d'adénome pléomorphe ?

- A. Critère épidémiologique
- B. Lésion indurée parfois bosselée
- C. Absence de paralysie faciale
- D. Caractère algique
- E. Hyper signal spontané en séquence T2 à l'IRM

L'adénome pléomorphe est la tumeur parotidienne la plus fréquente : elle représente 50 % des cas. Elle touche des femmes, dans la même tranche d'âge que notre patiente (30-60 ans). Le critère épidémiologique est donc en faveur.

La consistance de ces adénomes est variable selon les cas : dure, élastique, inhomogène, bosselée. Le caractère algique et la paralysie faciale seraient en faveur d'une tumeur invasive, donc maligne. Enfin, l'IRM occupe une place de choix dans le diagnostic des tumeurs parotidiennes. Un adénome pléomorphe apparaîtra en hypo T1/hyper T2.

La dernière édition du Collège d'ORL fait la part belle à l'imagerie dans cet item : ne négligez pas les détails. Le tableau suivant (*déjà rencontré à la question 106 de 2017*) contient les informations indispensables.

| Histologie et imagerie des tumeurs parotidiennes | | |
|---|--|--|
| Adénome pléomorphe = 50 % | Tumeur de Warthin = 10 % | Tumeur maligne = 15 % |
| Femme jeune, 30-60 ans | Homme de 40-60 ans | Hommes & femmes, 20-60 ans |
| Mixte : épithélial & mésenchymateux | Cystadénolymphome papillaire | <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome mucoépidermoïde 45 % à malignité atténuée • Carcinome à cellules acineuses 10 % à malignité atténuée • Adénocarcinome 20 % : très mauvais pronostic • Carcinome adénoïde kystique • Carcinome épidermoïde & indifférencié, métastases ganglionnaires |
| Consistance variable (selon les cas : dure, élastique, inhomogène, bosselée) | Mou, élastique | Paralysie faciale, douleur (N+, adhérences) |
| HYPO T1 HYPER T2 | HYPER T1 HYPO T2 | HYPO T1 HYPO T2 |
|  |  |  |
| ADC > 1.3 | ADC = 1 | ADC < 1, voire < 0.5 si lymphome |
| Courbe de rehaussement à l'IRM (1) Intensité du signal  TYPE A | Courbe de rehaussement à l'IRM (1) Intensité du signal  TYPE B | Courbe de rehaussement à l'IRM (1) Intensité du signal  TYPE C |
| Traitement : parotidectomie/sous-maxillectomie avec conservation du nerf facial | | <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie (seule si malignité atténuée) • Conservation du nerf VII si possible • +/- curage ganglionnaire si malin à l'anatomopathologie • +/- Radiothérapie |

Question 20 

Quel(s) élément(s) contre-indique(nt) l'organisation d'une prise en charge en soins palliatifs à domicile ?

- A. Le fait que le patient soit un enfant
- B. L'absence d'accord et de consentement du patient
- C. Le fait que le patient habite dans un immeuble sans ascenseur
- D. Le fait que le patient ait plus de 2 seringues électriques
- E. Le fait que le patient vive seul chez lui

L'HAS a édité en 2020 une note de synthèse pour favoriser l'orientation à domicile des personnes relevant de soins palliatifs. Il en ressort que la première mesure indispensable est, bien entendu, l'obtention de l'accord et du consentement du patient.

Les éléments d'ordre organisationnel (items C et D) peuvent toujours être surmontés : personnel supplémentaire, appareillage spécifique, etc. De même, la HAD est possible à tous les âges et bénéficiera d'autant plus à un enfant ! Ce n'est en aucun cas une contre-indication. À domicile, le patient aura besoin d'un aidant. Bien sûr, ce rôle peut être assuré par le conjoint ou par un proche vivant sous le même toit. **Mais vivre seul ne contre-indique pas nécessairement la HAD, dans la mesure où l'aidant peut être un proche, un voisin qui passe régulièrement, ou autre.**

La seule réponse possible est donc la B.

Question 21 

Sur quel(s) argument(s) évaluez-vous la gravité d'une épistaxis ?

- A. Abondance
- B. Comorbidités associées
- C. Tachycardie
- D. Présence de sueurs
- E. Récidive du saignement

C'est un QCM de mémoire pure, tiré du Collège d'ORL. On distingue 4 facteurs de gravités de l'épistaxis :

1. l'**abondance**, évaluée par le caractère **bilatéral** ou **antéropostérieur** de l'épistaxis **et** le **retentissement général** : tachycardie/sueur/pâleur/hypotension ;
2. la durée ou la répétition d'épistaxis ;
3. la présence de pathologies pouvant être décompensées par la perte sanguine : sténose coronaire, carotidienne, etc. ;
4. des troubles de la coagulation ou une maladie augmentant le risque hémorragique : AVK, maladie de Rendu-Osler, hémophilie, etc.

Astuce pratique !

Moyen mnémotechnique : ARTE (Abondance/Répétition/Terrain/Étiologie).

Question 22 **A**

Afin d'éviter toute « obstination déraisonnable » et conformément aux termes de la loi du 2 février 2016 dite loi « Leonetti-Claeys », un traitement peut être suspendu ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient si la (les) condition(s) suivante(s) est (sont) respectée(s) :

- A. Il est inutile
- B. Il est disproportionné
- C. Il n'a d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie
- D. Il peut entraîner un double effet
- E. Il n'est pas prouvé scientifiquement

La Loi Leonetti-Claeys s'appuie sur 3 grands principes :

- le droit d'interrompre (ou de ne pas entreprendre) les traitements jugés :
 - inutiles,
 - disproportionnés,
 - n'ayant pas d'autres effets que le maintien artificiel de la vie ;
- la nécessité de prendre en compte la volonté la personne ;
- la nécessité d'assurer la continuité des soins et l'accompagnement de la personne.

Le **double effet** consiste en l'utilisation d'un traitement dans le but premier de soulager le malade, mais qui risque d'abrèger sa vie (par exemple : utilisation d'un opioïde chez l'insuffisant respiratoire). Ce type de prise en charge est **légale** et ne doit pas faire arrêter la thérapeutique en cause.

Le niveau de preuve scientifique n'intervient pas. Tout traitement inutile dans la situation du malade peut être arrêté. En revanche, des traitements non validés (acupuncture, phytothérapie, etc.) ayant la faculté de soulager le mourant peuvent être employés si ce dernier en exprime le besoin.

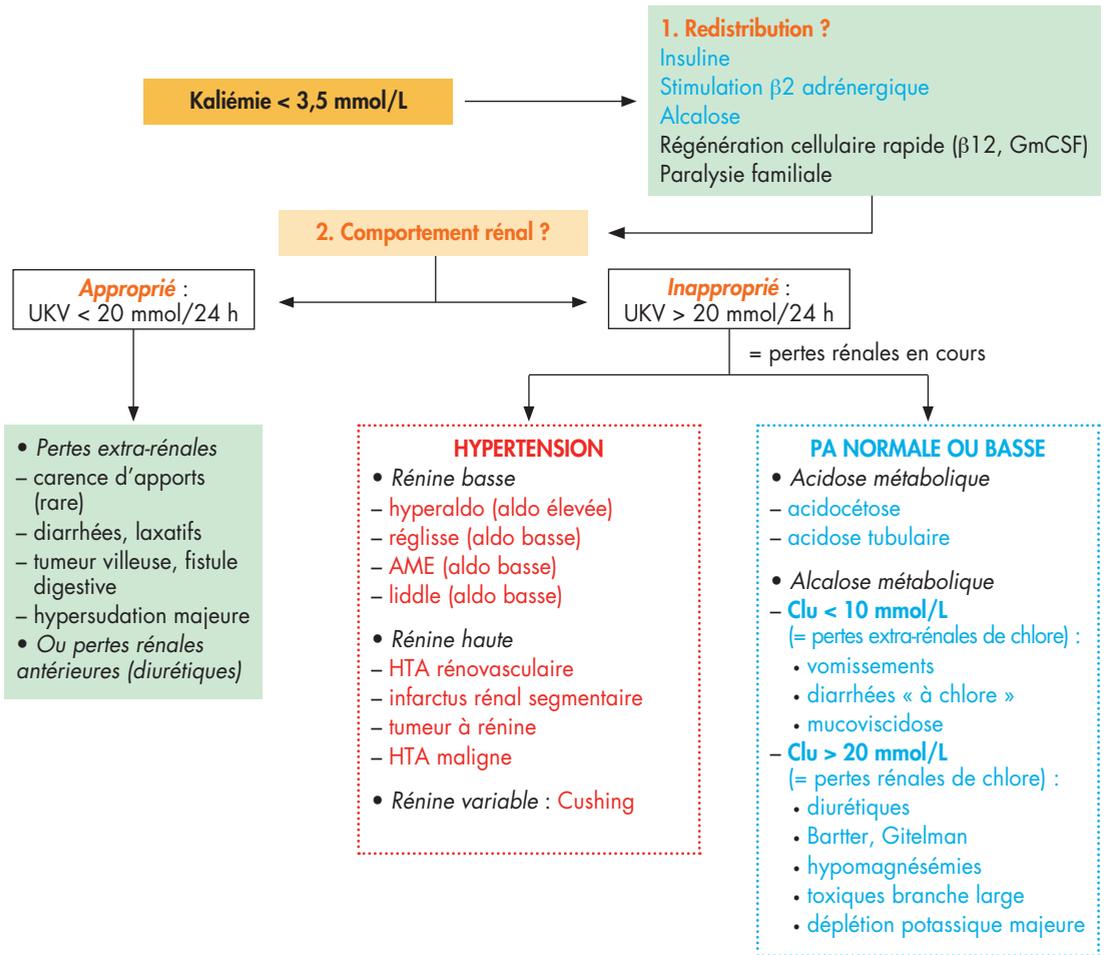
 Il s'agit du 2^e QCM de soins palliatifs de cette année 2019, d'autres suivront ! Pour autant, la relative facilité des items ne rend toujours pas indispensable l'apprentissage par cœur du fastidieux Collège des enseignants.

Question 23 **A**

Un bilan de santé réalisé en vue de la souscription d'un prêt bancaire chez un homme de 44 ans a révélé une hypokaliémie à 3,2 mmol/L. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. Il faut hospitaliser le patient en urgence
- B. Il faut demander un ionogramme urinaire sur échantillon
- C. L'hypokaliémie fait courir un risque d'arythmie complète par fibrillation auriculaire
- D. En cas d'hypertension artérielle associée, il faut rechercher une prise chronique de réglisse
- E. En cas d'hypertension artérielle associée, il faut rechercher une prise de cocaïne

L'essentiel du raisonnement devant une hypokaliémie est issu de l'indispensable schéma du Collège de néphrologie, repris ci-après.



On commence donc la démarche diagnostique par l'élimination des causes de redistribution du potassium. Parmi elles, la **stimulation β2 adrénérique** liée à la **cocaïne**, qui est de plus une cause d'hypertension artérielle.

On réalise également un **ionogramme urinaire** pour évaluer la réponse rénale face à cette hypokaliémie. En cas d'HTA associée à un comportement rénal inapproprié (kaliurie > 20 mmol/24), on évoquera, entre autres, **la prise de réglisse**.

Rappel : Point physiopathologie

Le déficit en 11β-hydroxy-déshydrogénase de type 2 (= syndrome d'excès apparent de minéral corticoïdes) peut avoir 2 origines différentes :

- **génétique** (syndrome d'Ulick, autosomique récessif) ;
- **acquise** : inhibiteur de l'enzyme 11β HSD2 comme l'acide glycyrrhizique contenu dans la réglisse (zan, antésite, etc.).

Il peut donner un tableau d'hyperaldostéronisme (HTA + hypokaliémie) sans que l'aldostérone ne soit augmentée !

Les signes ECG de l'hypokaliémie sont bien connus :

- dépression du segment ST ;
- inversion de l'onde T, apparition d'une onde U pathologique ;
- allongement du QT ;
- tachycardie sinusale, ACFA ;
- troubles du rythme ventriculaire : ESV, TV, **torsade de pointe**, FV.

Question 24 **A**

Quel(s) conseil(s) pouvez-vous donner à un homme âgé de 78 ans, hypertendu traité efficacement par régime pauvre en sel et inhibiteur de l'enzyme de conversion, et qui est inquiet de l'annonce dans les médias d'une canicule imminente ?

- A. De boire suffisamment
- B. De suspendre son régime sans sel le temps de la canicule
- C. De surveiller son poids pendant la canicule
- D. De quantifier sa diurèse pendant la canicule
- E. De se munir de bandelettes urinaires pour mesurer quotidiennement sa densité urinaire

Une question surprenante car elle ne figure dans aucun référentiel. Pourtant la HAS a édité en 2009 des recommandations très précises pour la prise en charge des patients en situation de canicule. En voici un extrait :

« **En aucun cas il n'est justifié d'envisager d'emblée et systématiquement une diminution ou un arrêt des médicaments pouvant interagir avec l'adaptation de l'organisme à la chaleur. Il est nécessaire de procéder à une évaluation clinique de l'état d'hydratation des personnes à risque avant de prendre toute décision thérapeutique par :**

- **une évaluation des apports hydriques ;**
- **le recueil du poids, de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle du patient ;**
- **en cas de prescription de diurétique, vérification que les apports hydriques et sodés sont adaptés, en particulier chez le sujet âgé ;**
- **si besoin, un bilan ionogramme complet avec la créatininémie et l'évaluation de la clairance de la créatinine. »**

La proposition B pourrait être discutée. Les apports sodés doivent être adaptés pour éviter l'hyponatrémie, fréquente dans ces situations d'hyperhydratation sans compensation saline. L'HAS recommande toutefois de n'arrêter le régime « sans sel » qu'avec l'avis de son médecin (ce qui reste compatible avec l'énoncé). Il fallait donc la cocher ici.

Quant à la quantification de la diurèse (item D), il est sans doute disproportionné de demander à toutes les personnes âgées hypertendues d'uriner dans un verre doseur pendant la durée de la canicule (question de bon sens clinique, même si l'idée n'est pas mauvaise en théorie).

Question 25 **A**

Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) du temps partiel thérapeutique ?

- A. Il peut être prescrit par le médecin généraliste
- B. Il peut être prescrit par le médecin du travail
- C. Il peut être refusé par l'employeur
- D. Il peut durer au maximum 3 ans
- E. Il peut correspondre à une reprise à 80 % d'un équivalent temps plein.

Ce QCM récompense ceux qui auront pris la peine de lire le Collège (en ligne) de médecine du travail.

Tout ce qu'il y a à savoir au sujet du temps partiel thérapeutique est repris ci-dessous. Le temps partiel thérapeutique est en réalité un arrêt de travail à temps partiel. Le pourcentage peut être progressif jusqu'à la reprise du temps complet. Une durée minimale de 24 h de travail par semaine est nécessaire (sauf exceptions). Les conditions du temps partiel sont les suivantes :

- il est prescrit par le **médecin traitant** ;
- il est accordé par le **médecin conseil** ;
- il nécessite l'**accord** du **médecin du travail et de l'employeur** (qui peut donc le refuser : toutefois il lui faut justifier ce choix par une incompatibilité manifeste entre le poste et la nouvelle situation de l'employé) ;
- la rémunération de l'employé pendant sa période de temps partiel se divise en deux :
 - les **indemnités** versées par l'**Assurance maladie** (correspondant à l'arrêt de travail à temps partiel),
 - le **salaires** versé par l'**employeur** (correspondant au temps travaillé).

Le tout permet le plus souvent de récupérer un salaire complet.

⚠ Cette mesure n'est valable que **12 mois** (et non 3 ans) !

Question 26 **A**

Une femme de 38 ans est hospitalisée après une césarienne réalisée en urgence à 36 semaines d'aménorrhée pour pré-éclampsie sévère avec HELLP syndrome. Elle est anurique dès l'admission. Quel examen complémentaire est prioritaire ?

- A. Angioscanner abdominopelvien
- B. Angio-IRM des artères rénales
- C. Échographie rénale et des voies urinaires**
- D. Échographie pelvienne
- E. Scintigraphie rénale de perfusion

Ce tableau d'anurie dans un contexte de pré-éclampsie fait évoquer une insuffisance rénale aiguë organique, d'origine **vasculaire**. Devant toute insuffisance rénale aiguë, le premier examen d'imagerie à réaliser est l'**échographie rénale et des voies urinaires** pour éliminer une cause obstructive.

L'**angioscanner** et l'**angio-IRM** sont peu utiles en urgence. De plus, le produit de contraste expose à une aggravation de l'insuffisance rénale.

La délivrance a déjà eu lieu, l'**échographie pelvienne** sera peu utile. Elle pourrait venir en complément de l'échographie rénale pour rechercher un éventuel épanchement pelvien, ou un obstacle bas situé sur les voies urinaires.

La **scintigraphie rénale de perfusion** est un examen de 2^e intention. Il utilise des marqueurs tels que le DTPA ou le MAG3, marqué par le Tc99m. Ses indications sont :

- l'évaluation précise de la perfusion et de la fonction rénale (par exemple : évaluation dans le cadre d'un bilan pré-greffe) ;
- la recherche d'HTA rénovasculaire ;
- l'évaluation de la perméabilité des voies urinaires entre les reins et la vessie (par exemple : recherche de syndrome de la jonction pyélo-urétérale) .

Question 27 **B**

Une femme de 45 ans consulte pour des douleurs pelviennes persistantes depuis quelques semaines. Elle vous dit que ses dernières règles datent d'il y a 3 semaines et elle rapporte quelques épisodes de saignement entre les règles, mais très peu abondants. Une échographie pelvienne par voie endovaginale a été réalisée. Celle-ci objective un épanchement liquidien modéré dans le cul-de-sac de Douglas et une tuméfaction hétérogène annexielle droite mesurant 3 cm de grand axe, douloureuse au passage de la sonde d'échographie. L'examen clinique objective un abdomen souple, légèrement sensible en fosse iliaque, sans défense. La pression artérielle est de 120/60 mmHg. La température est de 37,3 °C. La fréquence cardiaque est de 65 bpm. Quel(s) dosage(s) plasmatique(s) prescrivez-vous en première intention ?

- A. CA 125
- B. HE4
- C. Bêta-hCG
- D. CA 19-9
- E. Protéine C réactive (CRP)

La principale difficulté dans ce QCM consiste à identifier et à hiérarchiser les principaux diagnostics possibles :

1. une masse latéro-annexielle douloureuse chez une femme jeune doit faire évoquer la **GEU** en toute première intention : **on dosera donc les bêta-hCG** ;
2. on évoque également une **infection génitale haute**, compliquée d'un abcès tubo-ovarien. La patiente est apyrétique, mais la fièvre est très inconstante dans les infections génitales féminines : on ne peut s'en servir pour l'éliminer. **Il faudra donc doser la CRP** et réaliser les prélèvements bactériologiques adéquats si la situation le justifie ;
3. l'aspect hétérogène de la masse et la présence d'un épanchement peut évoquer un **cancer de l'ovaire** avec carcinose péritonéale, expliquant l'épanchement liquidien. Toutefois, l'âge de la patiente (< 50 ans) et l'absence de facteurs de risque et de ménopause font reléguer cette hypothèse au second plan. Si les 2 diagnostics différentiels venaient à être éliminés, il faudrait doser les marqueurs du cancer de l'ovaire que sont :
 - le **CA 125**,
 - l'**HE4**,
 - l'**ACE** et le **CA 19-9**. Cependant, « en l'absence de données scientifiques de qualité suffisante », leur utilité est remise en cause par la dernière recommandation CGNOF (2018).

Question 28 **A**

Vous recevez un patient souffrant depuis 2 semaines d'un syndrome dépressif. Il vous explique travailler plus de 50 h par semaine depuis des mois, ramener régulièrement du travail à la maison et se sentir « vidé ». De plus, il vous dit que son cadre lui fait des reproches quotidiens et injustifiés depuis qu'il a refusé ses avances. Il souhaite faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle. Quel(s) est (sont) l' (les) élément(s) que vous indiquez sur le certificat médical initial ?

- A. *Burnout* dans un contexte de surcharge de travail
- B. Harcèlement sexuel et moral
- C. Syndrome dépressif
- D. Syndrome anxio-dépressif réactionnel suite à des insistances à caractère sexuel
- E. La date précise des avances de son cadre

C'est ici un QCM déstabilisant. On nous demande de rédiger un certificat initial de maladie professionnelle (MP) pour une pathologie manifestement d'ordre psychiatrique. Or, **il n'existe pas de tableau de MP pour les pathologies psychiques engendrées par le travail.**

Néanmoins, la pathologie peut être reconnue au titre des maladies professionnelles (auprès d'une commission particulière : le **CRRMP**) si elle est en lien direct avec le travail et si elle atteint un certain degré de gravité (IPP \geq 25 %), ce qui serait le cas de figure envisagé ici.

Deuxième difficulté : au moment de rédiger le certificat, il faut savoir différencier le strict nécessaire de l'inutile, voire de l'interdit. Ainsi :

- le **burnout** n'est **pas classifié comme une maladie (mais comme un phénomène lié au travail)**, comme l'a confirmé l'OMS lors de sa 72^e assemblée mondiale en 2019 (après quelques tergiversations). Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic recevable !
- les propositions B, D et E renvoient à des **allégations** formulées par l'employé. Il serait incorrect de les reprendre à son compte et de les mettre en lien direct avec la pathologie suspectée ;
- le **syndrome dépressif** est le diagnostic le plus probable pour ce patient (bien que l'on manque d'éléments cliniques pour le confirmer). C'est la seule proposition valable ici.

Question 29 **A**

À 25 ans, vous venez de réussir votre passage dans le 3^e cycle et vous arrivez dans une nouvelle ville comme interne de premier semestre, aux urgences adultes du CHU. Vous n'aviez jamais été vu en médecine scolaire ou en médecine du travail auparavant, et vous avez perdu votre carnet de santé il y a longtemps. Vous n'avez pas d'antécédent notable, en dehors d'une atopie dans l'enfance, et deux accidents exposant au sang non déclarés pendant vos stages en chirurgie. Vous êtes convoqué pour une consultation en médecine du travail. Que devra faire le médecin du travail (une ou plusieurs propositions exactes) ?

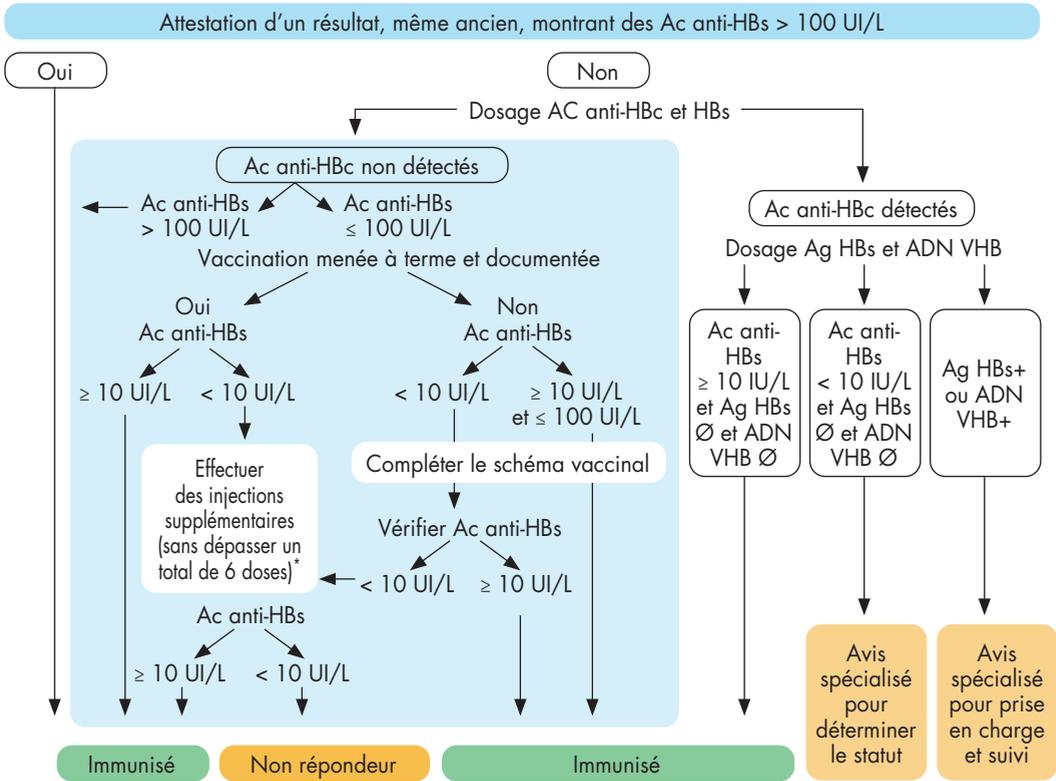
- A. Rechercher une dermite d'irritation au latex en raison des antécédents d'atopie
- B. Réalise un dosage de l'anticorps anti-Hbs pour vérifier l'immunisation contre le virus de l'hépatite B
- C. Vous imposer une vaccination par le vaccin dTP
- D. Vous imposer une vaccination contre la grippe
- E. Réaliser une sérologie VIH

Les vaccinations obligatoires des professionnels de santé sont inscrites dans la loi. Il s'agit :

- **du vaccin VHB** ;
- **du vaccin BCG** (mais cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche des professionnels depuis le 1^{er} avril 2019) ;
- **de la vaccination Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite** ;
- de la vaccination **typhoïde uniquement** dans certains postes à risque (biologiste médical).

Les autres vaccins du calendrier vaccinal (dont la grippe) sont simplement recommandés.

Concernant la vaccination VHB, la conduite à tenir est bien codifiée et est la suivante :



Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B
 * Sauf cas particulier voir 4^e paragraphe de l'annexe 2 de l'arrêté.

La vaccination dTP est nécessaire chez ce patient aux antécédents de vaccination inconnus, et une preuve lui sera réclamée à l'embauche.
 Vu l'antécédent d'AES (manifestement mal pris en charge), une sérologie VIH serait intéressante chez ce patient (voir le tableau ci-après pour la conduite en cas d'AES). La recherche du statut VIH n'est en revanche pas systématique pour tout professionnel de santé.
 L'item A est fantaisiste : on ne réalisera les patch-tests que devant des symptômes avérés au contact du latex.

Même s'il paraît superflu pour répondre à cette QI, je ne résiste pas à la tentation de reproduire ci-dessous un de mes tableaux les plus précieux. Sur ce chapitre complexe qu'est l'AES, le moindre détail enregistré peut vous faire gagner des centaines de places... D'autant qu'il s'agit d'une procédure pour le moins courante en infectiologie et qu'elle se prêterait tout à fait au format du dossier progressif, pour donner une suite de QCM terriblement discriminants.

| Conduite à tenir devant un AES/une exposition sexuelle | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | À J1-J4 | À 2 semaines | À 6 semaines | À 3 mois |
| VIH | Oui | | Oui <i>Si TPE ou statut VIH du contamineur inconnu</i> | Oui <i>Si TPE</i> |
| VHB | Oui Ac anti-Hbs +/- AgHbs et Ac anti-HbC si non vacciné | | | Oui • Ac Hbs & Hbc, Ag Hbs • Seulement si non vacciné |
| VHC | Oui <i>Seulement si AES ou violence sexuelle traumatique</i> | | Oui • Sérologie + PCR (6 semaines ET 3 mois) • <i>Si HSH ou ARN VHC + chez le contamineur</i> | |
| Bilan hépatique/ rénal | ALAT systématique <i>Bilan rénal si indication de TPE</i> | <i>Si TPE et crainte d'iatrogénie (comorbidités)</i> | | |
| Exposition sexuelle uniquement | Syphilis | Oui | | Oui |
| | PCR <i>Chlamydia/ Gonocoque</i> | Oui • Si femme < 25 ans ou homme < 30 ans • HSH • Sujet symptomatique | | Oui • Si femme < 25 ans ou homme < 30 ans • HSH • Sujet symptomatique |

BH : bilan hépatique ; BR : bilan rénal ; TPE : traitement post-exposition ; HSH : homme ayant eu des relations sexuelles avec les hommes

Question 30 **A**

Vous recevez une patiente âgée de 40 ans qui présente une tendinopathie non calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Elle est droitère et exerce la profession d'ouvrière en ostréiculture. Elle vous explique devoir manutentionner des sacs d'huîtres pesant 20 kg pour décharger la barge, ce qui l'amène à devoir mettre ses épaules en abduction. Dans ses antécédents, elle est suivie pour un diabète insulino-dépendant bien équilibré. Elle a arrêté de fumer il y a 3 mois et a commencé à apprendre le tennis. Quel(s) élément(s) est (sont) en faveur d'une potentielle origine professionnelle de sa pathologie ?

- A. La pathologie est latéralisée sur le membre dominant
- B. Le diabète est bien équilibré
- C. Vous avez constaté la pathologie alors qu'elle était en activité
- D. La patiente a moins de 50 ans
- E. Les gestes réalisés sont à risque pour la coiffe des rotateurs

Une deuxième question indirectement issue du Collège de médecine du travail, ce qui souligne l'importance d'en faire une lecture rapide. Pour autant, le cours ne suffira pas ici car les items sont soumis à l'interprétation.

L'imputabilité d'une maladie professionnelle est d'autant plus facile qu'il existe un délai court entre l'exposition et l'apparition de la maladie. Même si certaines pathologies (par exemple le mésothéliome) peuvent se déclarer 30 ans après, le fait que cette patiente soit en

En exclusivité : l'année 2022 !



Dans le concours ECNi ou le nouveau concours EDN, les questions isolées à réponses uniques ou multiples ont une place prépondérante : savoir maîtriser cette modalité d'évaluation est essentiel pour obtenir un maximum de points.

Cette 4^e édition des *QI des (très) bien classés* vous présente une correction complète et commentée de **toutes les questions isolées tombées aux concours 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 !**

Tous très bien classés, **Alexandre Giraud, David Mutin et Enzo Vedrine** proposent dans ces annales de décortiquer chaque proposition de réponse en se basant exclusivement sur les connaissances issues des ouvrages de référence. Vous trouverez également dans ce livre :

- des **rappels de cours synthétiques** sur les notions à connaître ;
- des **points de détail** « Pour aller plus loin avec les QITBC » ;
- des **algorithmes, schémas** et **imageries légendées** ;
- de **nombreux conseils** basés sur l'expérience des auteurs afin de repérer ce qui est tombable et les pièges à éviter ;
- des **fiches de cours bonus** disponibles tout au long de l'année sur la page Facebook des (très) bien classés : www.facebook.com/Labrege ;
- **la mention des rangs de connaissance** qui fait le tri entre ce qui est validant (rang A), classant (rang B) ou non exigible (rang C).



Cette correction commentée enrichie des rangs de connaissance de la réforme R2C sera utile à tous les étudiants passant les ECNi ou les EDN pour hiérarchiser les notions à connaître et donc optimiser les révisions !

Alexandre Giraud s'est classé 2^e aux ECNi 2022. Il est interne en Oncologie à Marseille.

David Mutin s'est classé 3^e aux ECNi 2019. Il est interne en Radiologie à Lyon.

Enzo Vedrine s'est classé 36^e aux ECNi 2020. Il est interne en Néphrologie à Lyon.



ISBN : 978-2-311-66408-9



9 782311 664089

www.vuibert.fr