

MEDECINE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

L'ensemble des sujets est à traiter

Sujet : 1

Un homme de 25 ans, réfugié originaire d'Afrique noire en France depuis 6 mois et titulaire de l'Aide Médicale d'Etat, se présente aux urgences pour douleurs abdominales diffuses depuis 48 heures avec asthénie, et vertiges. L'interrogatoire par l'intermédiaire d'un interprète ne retrouve pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux notables ni de prise de médicament. Le patient a vomi la veille et reste nauséeux. L'infirmière d'accueil note un poids de 58 kilos, une taille de 1,76m, température 36°7 Pression artérielle 106/80 mmHg, Fréquence cardiaque 96/min, dextro supérieur 25mmol/l

A l'examen clinique vous remarquez l'existence d'un pli cutané et d'un pantalon trop large par rapport aux habitudes antérieures du patient, une fréquence respiratoire à 25/ min sans autres anomalies à l'auscultation pulmonaire ou cardiaque. Les bruits du cœur sont réguliers. Pas de souffle à l'auscultation des axes artériels. L'abdomen est souple à la palpation sans défense ni contracture. L'examen neurologique est normal. Les aires ganglionnaires sont libres. La thyroïde n'est pas palpable. Le bilan biologique montre : Numération Formule Sanguine : Hb 12g/dl Hématocrite 48% plaquettes 230000/mm³ Globules blancs 5600/mm³, urée sanguine 18mmol/l créatinémie 250μmol/l, Kaliémie 4,2mmol/l, natrémie 145mmol/l, glycémie 28mmol/l, La bandelette urinaire retrouve corps cétoniques+++, glycosurie+++ Les Gaz du sang montrent PH 7,28 CO₃H⁻ 16meq/l SaO₂ 98%, PaO₂ : 96mmHg PaCO₂ : 30mmHg.

Question 1 :

Quelle est votre hypothèse diagnostique et sur quels éléments justifiez vous votre réponse ?

Question 2 :

Quelles sont les anomalies du bilan biologique et comment les interprétez vous ?

Question 3 :

Quel est le terme sémiologique d'une fréquence respiratoire élevée ?

Quelle est la valeur d'une fréquence respiratoire normale ?

Comment expliquer chez ce patient l'augmentation de la fréquence respiratoire ?

Question 4 :

Quelle est la prise en charge thérapeutique aux urgences durant les 6 premières heures ?

Question 5 :

Quatre heures plus tard le ionogramme sanguin montre Na⁺ 140mEq/l, K⁺ 2,8 mEq/l créatininémie 130μmol/l.

Quelle est la nouvelle anomalie biologique apparue chez ce patient et le risque encouru ?

Comment l'apprécier ?

Sujet : 2

Vous recevez aux urgences un homme de 77 ans pour une douleur du membre inférieur droit fébrile traité depuis 3 jours par amoxicilline (Clamoxyl®) 500 mg 3 fois par jour par son médecin traitant sans amélioration selon sa fille qui l'accompagne. Sa jambe est très œdématisée et érythémateuse et vous notez un intertrigo entre le 2^{ème} et le 3^{ème} orteil. Mr X. vit seul à domicile sans aide en dehors du passage quotidien de ses enfants, malgré des troubles de la mémoire de plus en plus gênants. Sa fille souhaiterait le passage d'une infirmière mais Mr X. refuse estimant ne pas en avoir besoin. Il sort de moins en moins dans le quartier pour faire ses courses du fait de difficultés à la marche depuis sa fracture du col du fémur.

A l'examen clinique, en dehors de l'érythème de la jambe droite, il est fébrile à 38,6°C, il mesure 172 cm pour 91 Kg.

Son traitement comprend par ailleurs :

- hydrochlorothiazide et enalapril (Co-renitec®) 20mg/12,5mg pour une hypertension artérielle ancienne
- warfarine (Coumadine®) pour une phlébite poplitée gauche compliquée d'une embolie pulmonaire en post-opératoire de sa fracture du col du fémur 2 mois auparavant
- fraction flavonoïque purifiée (Daflon®) pour une insuffisance veineuse
- zopiclone (Imovane®) et clorazepate dipotassique (Tranxène®) 20mg depuis le décès de sa femme il y a 2 ans
- hydroxyzine (Atarax®) 25mg pour se détendre

- esomeprazole (Inexium®) 20mg
- ibuprofène (Nurofen®) 200mg et chondroïtine sulfate sodique (Structum®) pour les douleurs des genoux liées à une gonarthrose

Question N° 1 :

Parmi les propositions suivantes, quel(s) facteur(s) de risque indépendant(s) d'érysipèle retrouvez-vous chez votre patient ?

- A. Hypertension artérielle
- B. Age
- C. Insuffisance veineuse
- D. Intertrigo inter-orteil
- E. Prise régulière d'AINS (ibuprofène)

Question N° 2 :

Quel(s) facteur(s) a (ont) pu participer à l'évolution défavorable ?

- A. La prise d'ibuprofène
- B. La prise de warfarine
- C. La prise d'ésoméprazole
- D. La mauvaise observance thérapeutique
- E. La posologie de l'amoxicilline inadaptée

Question N° 3 :

Vous hospitalisez Mr X pour prise en charge.

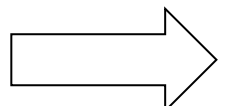
Quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) en plus de l'antibiothérapie mettez-vous en place ?

- A. Anti-agrégation plaquettaire
- B. Poursuite des AINS à visée antalgique
- C. Bas de contention dès l'amélioration des douleurs
- D. Décubitus strict jusqu'à régression des signes cliniques
- E. Betaméthasone (Diprosone®) en application locale

Question N° 4 :

Il présente une diarrhée 48h après son admission. Quelle étiologie faut-il évoquer en priorité ?

TSVP



Question N° 5 :

Quel examen complémentaire non invasif doit être effectué pour confirmer cette étiologie ?

Question N° 6 :

Vous profitez de cette hospitalisation pour réévaluer les différents traitements du patient.

Quel(s) traitement(s) vous semble(nt) inapproprié(s) chez Mr X ?

- A. Enalapril
- B. Fraction flavonoïque purifiée
- C. Zopiclone
- D. Clorazepate dipotassique
- E. Ibuprofène

Question N° 7 :

A quel(s) risque(s) expose(nt) la prise régulière d'ibuprofène chez votre patient ?

- A. Risque hémorragique
- B. Risque d'ulcère gastro-duodéal
- C. Risque d'insuffisance rénale chronique
- D. Risque d'insuffisance rénale aiguë
- E. Risque d'HTA

Question N° 8 :

Voici l'ordonnance actuelle de votre patient. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est (sont) exacte(s) ?

Identification du prescripteur (nom, prénom et identité) Docteur ASTONJAC P. 264 rue de Brousse 30004 TATAOURE	Identification de la structure (Préavis accolé au cabinet de l'établissement n° AM, FINESSE ou SURET) Médecine Générale RPPS 13 M 2049 5500 221
Identification du patient (à compléter par le prescripteur) (Nom(s))	
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONÉRANTE)	
1) Hydrochlorothiazide + enalapril 12,5mg/20mg : Sep matin 2) Metoprolol 50mg : Sep soir à adapter à TAVR 3) Dafalg 500mg : Sep midi - Sep soir 4) Lipidore : Sep avec le repas 5) Hydroxyzine 25mg : Sep j. 6) Escaloprol 20mg : Sep matin 7) Stratum 500mg : 1 gel matin et soir. 8) Ibuprofène 200mg : Sep matin et soir	
Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)	

Pour 3 mois

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

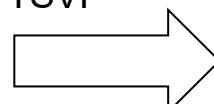
- A. Il s'agit d'une ordonnance bizonne
- B. Tous les médicaments peuvent être délivrés au patient pour 3 mois
- C. L'absence de la date de réalisation de l'ordonnance empêche la délivrance du traitement
- D. Les médicaments prescrits dans le cadre du haut doivent être les médicaments d'affections exonérantes du ticket modérateur
- E. Ce type d'ordonnance permet la prescription d'opioïdes

Question N° 9 :

Parmi les propositions suivantes concernant le zopiclone, laquelle ou lesquelles est (sont) exacte(s) ?

- A. Le zopiclone est un stupéfiant

TSVP



- B. Le zopiclone doit être prescrit sur une ordonnance sécurisée
- C. La durée de prescription de zopiclone ne peut dépasser 4 semaines
- D. La prescription initiale du zopiclone est réservée aux neurologues et aux psychiatres
- E. Il faut surveiller le taux de plaquettes tous les mois

Question N° 10 :

Concernant les médicaments génériques, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

- A. Ce sont les seuls médicaments qui doivent être prescrits en DCI (dénomination commune internationale)
- B. Le tiers payant s'applique en cas de dispensation de génériques
- C. Les pharmaciens peuvent les substituer aux princeps
- D. Le prescripteur peut s'opposer à la substitution d'un princeps par un générique par le pharmacien
- E. Le patient peut s'opposer à la substitution d'un princeps par un générique par le pharmacien

Sujet : 3

Une femme de 82 ans, comptable à la retraite, est admise aux urgences pour une chute à domicile. Il existe un traumatisme crânien avec plaie du cuir chevelu et un traumatisme facial.

Son mari rapporte qu'il a retrouvé son épouse face contre terre. Elle était consciente, mais, n'arrivait pas à se relever seule. Elle serait restée plus d'une heure à terre.

Le mari dit aussi que son épouse était très active jusqu'à récemment, mais que depuis 6 mois environ, elle est fatiguée, n'a plus d'appétit et a maigri de plusieurs kilos sur 5 mois (poids de forme à 60 Kg, poids actuel à 53 Kg). Depuis quelques jours, elle a des difficultés à monter les marches qui mènent à sa maison. Elle ne sort presque plus.

– Antécédents :

- Hypertension artérielle depuis plus de 10 ans

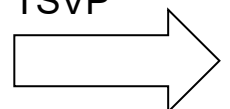
- Syndrome anxio-dépressif
- Diabète de type 2 depuis 5 ans (dernière hémoglobine glyquée à 5,8%)
- Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée sans suivi cardiologique récent (dernière consultation il y a 3 ans)
- Surdité appareillée
- Traitement à domicile :
 - Perindopril 5 mg : 2/jour
 - furosemide 40mg: 1/jour
 - escitalopram (SEROPLEX®) 10 mg/jour
 - gliclazide (DIAMICRON®) LM 60 mg/jour
 - zopiclone (Imovane®) 3,75 mg : 1 le soir
 - paracétamol 1g : 3 fois/j
- Habitus :
 - Consommation régulière de boissons alcoolisées (1 à 2 verres de vin à table + un apéritif le soir)

A l'examen physique, la patiente est désorientée dans le temps et l'espace. Le discours n'est pas adapté (se croit à son domicile, parle de sa maman). Elle ne se souvient pas de sa chute et de ses circonstances. La température est à 37,2   C. La plaie du cuir chevelu est propre mais nécessite d'être suturée. L'abdomen est souple et indolore. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. La tension artérielle est mesurée à 110/60 mmHg en position couch  e et il existe un pli cutané. L'examen neurologique ne retrouve pas de signe de focalisation. Elle s'est endormie une fois durant votre examen. Son mari considère « qu'elle n'est pas comme d'habitude » ; il ne rapporte pas de trouble de la mémoire antérieure.

Paraclinique

- Biologie : leucocytes 6G/L, CRP 3 mg/L, hémoglobine 11,5 g/dL, créatinine 100   mol/L, natrémie 123 mEq/L, kaliémie 4,0 mEq/L
- Scanner cérébral : Pas d'hémorragie intracérébrale, pas de lésion traumatique décelable, pas de lésion ischémique récente, atrophie cortico-sous corticale diffuse. Pas de lésion osseuse du massif facial.
- ECG : rythme sinusal régulier, pas de troubles de la repolarisation, QRS fins
- Radiographie de thorax : Non centrée, au lit, mal inspirée, pas de surcharge vasculaire ni de foyer parenchymateux évident

TSVP



Question N°1:

Quels sont les cinq principaux facteurs de risque de chute que vous retrouvez dans l'observation de la patiente (en dehors de l'âge) ?

Important : ne donner que 5 réponses

Question N°2:

Quel syndrome neurologique présente la patiente ?

Sur quels arguments ?

Ne pas recopier les éléments de l'observation

Question N°3:

Elle est hospitalisée en médecine polyvalente.

Quels arguments avez-vous ou allez-vous rechercher pour poser le diagnostic de dénutrition ?

Question N°4:

La patiente récupère son état neurologique antérieur.

Quels sont les consignes de soins (hors médicaments) que vous donnez à l'équipe para-médicale (infirmières et aides-soignantes) pour prévenir la dépendance iatrogène (c'est-à-dire induite par l'hospitalisation) ?

Important : ne donner que 5 réponses

Question N°5:

Au cours de l'hospitalisation, vous découvrez une fracture-tassement vertébrale lombaire ancienne. Le bilan est en faveur d'une ostéoporose primaire (ostéoporose d'involution), confirmée à la densitométrie osseuse.

Quel bilan devez-vous réaliser avant d'initier un traitement par biphosphonates ?

Sujet : 4

Homme de 67 ans, retraité, fumeur (50 paquet-année), sous IRBESARTAN depuis 10 ans pour hypertension artérielle, sans suivi pneumologique. Il se présente aux urgences pour dyspnée fébrile d'apparition brutale la veille au soir avec douleur basithoracique droite. L'examen clinique retrouve une hyperthermie à 39°5C, une pression artérielle à 170/100 mm Hg, une fréquence cardiaque à 105/mn, une fréquence respiratoire à 26/mn. Pas de sueurs, pas de cyanose, pas de confusion. La saturation de l'oxygène en air ambiant est à 86 %. L'auscultation retrouve un foyer de crépitations de la base droite, une toux productive avec des crachats verdâtres. L'électrocardiogramme montre un rythme sinusal sans anomalie de la repolarisation.

Question N° 1 :

Avant toute imagerie, quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

Question N° 2 :

Quel est le germe le plus probable dans ce cas clinique ?

Question N° 3 :

Sur quels arguments ?

Question N° 4 :

Quels examens demandez-vous en première intention ?

Question N° 5 :

Sur quels critères décidez-vous d'hospitaliser le patient ?

Question N° 6 :

Quel traitement antibiotique prescrivez-vous en première intention ?
Précisez la voie d'administration, le rythme d'administration, et la posologie

Question N° 7 :

Quelles sont les autres mesures thérapeutiques à instaurer en première intention ?

A 72h d'antibiothérapie bien conduite, votre patient reste fébrile, présente un syndrome confusionnel avec hyponatrémie et atteinte hépatique.

Question N° 8 :

Quel diagnostic devez-vous évoquer ?

Question N° 9 :

Quelle classe d'antibiotiques proposez-vous alors ?

L'évolution du patient est favorable, il regagne son domicile.

Question N° 10 :

Quelles mesures de surveillance et de prévention préconisez-vous au patient ?

3 mois plus tard, le patient revient aux urgences pour une hémoptysie et une perte de poids de 5 kilos.

Question N° 11 :

Dans le contexte, quelle hypothèse principale doit-elle être évoquée ?