

MALADIE INFECTIEUSE ET TROPICALE

Epreuves de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES DOSSIERS SONT A TRAITER

Dossier 1

Un patient de 24 ans, marocain, en France depuis un an, est admis aux urgences pour toux, asthénie, sueurs nocturnes et amaigrissement de 16 kgs, en deux mois d'après lui.

Question N° 1

Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ? Argumentez.

Question N° 2

Quelles mesures mettez-vous en place avant toute autre action ?

Vous faites réaliser une radiographie pulmonaire, dont le cliché est sur la page suivante.

Question N° 3

Que constatez-vous sur cette radiographie ?

Question N° 4

Quel(s) examen(s) paraclinique (s) réalisez-vous en première intention ?

Les examens bactériologiques demandés reviennent positifs.

Question N° 5

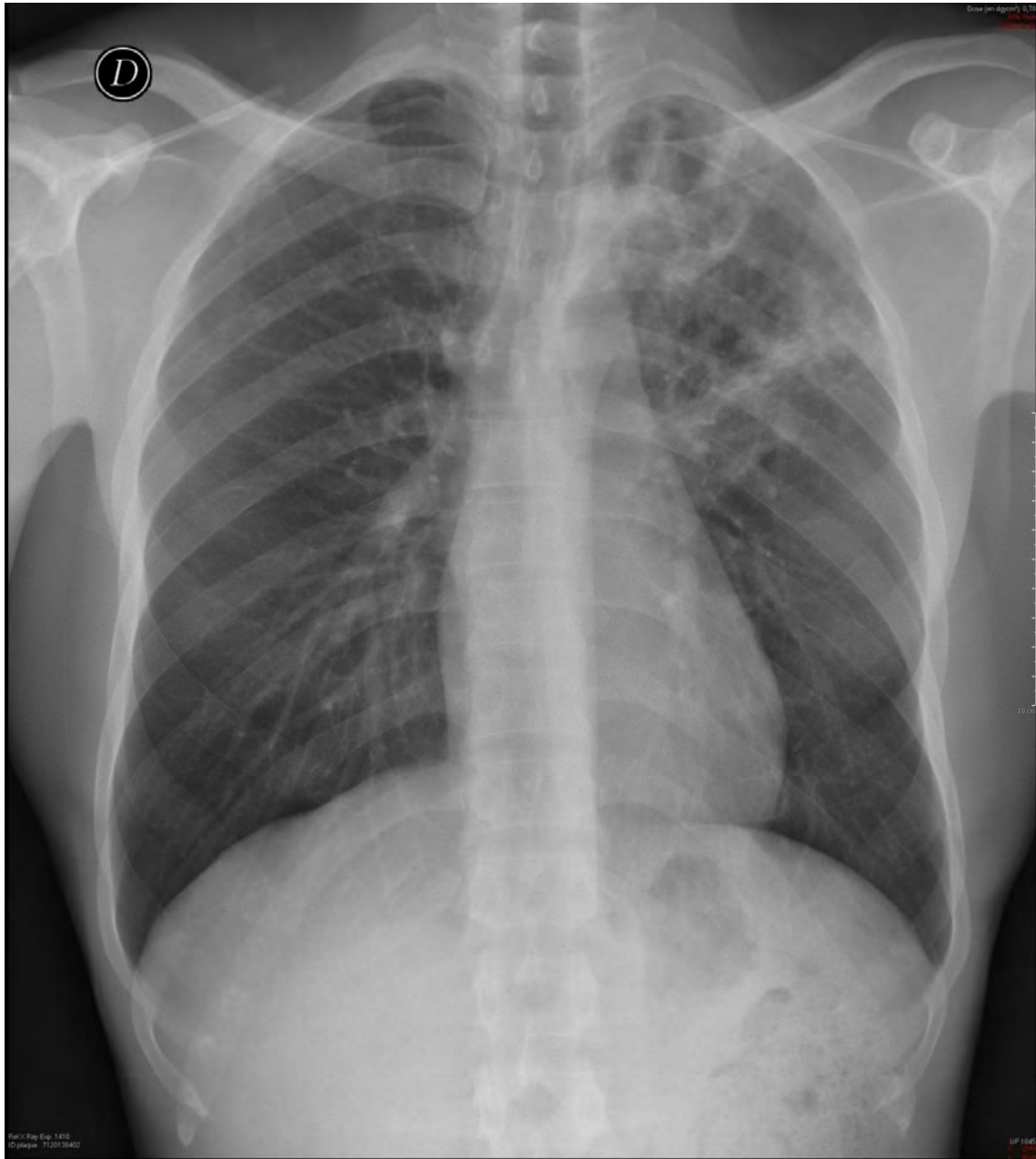
Quel protocole mettez-vous en œuvre ? Donnez les durées de traitement.

Question N° 6

Quelles autres mesures non médicales mettez-vous en œuvre ? (4 points)

Question N°7

Détaillez votre surveillance



Dossier 2

M. L., 70 ans, est hospitalisé en urgence pour le tableau suivant :

Depuis 48 heures, céphalées d'aggravation progressive, fièvre à 38,6°C. Le médecin traitant qui l'a vu initialement avait conclu à une CoViD et avait prescrit un traitement symptomatique par paracétamol. Ce jour, le patient a présenté plusieurs épisodes de rupture de contact, avec clonies, d'après son épouse. Depuis, il présente un ralentissement psychomoteur majeur.

Ses antécédents :

- Patient autonome à domicile, sans troubles neurocognitifs connus.
- Syndrome d'apnées du sommeil appareillé
- Fibrillation auriculaire
- HTA
- Hypercholestérolémie
- Absence d'allergie

Son traitement habituel :

- Fluindione (AVK)
- Candesartan (ARA II)
- Hydrochlorothiazide
- Flécaïne
- Simvastatine

Examen clinique :

- Patient confus, Glasgow 13
- Céphalées
- Absence de déficit moteur
- Examen de la sensibilité : pas de déficit évident
- Examen des nerfs crâniens : absence de déficit
- ROT symétriques, normaux
- La nuque est souple, absence de signes de Kernig.
- Auscultation pulmonaire sans particularité
- Absence de souffle à l'auscultation cardiaque, pas d'œdèmes des membres inférieurs
- Abdomen souple, indolore
- Absence de lésions cutanées
- T°C : 39,1°C, Fréquence cardiaque : 80/min, TA : 140/80 mm Hg
- SaO2 air ambiant : 96 %, Fréquence respiratoire 22/min

Question N°1

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Argumentez.

Question N°2

Quel bilan paraclinique réalisez-vous en urgence ?

Question N°3

A - Citez en France les 3 micro-organismes les plus fréquemment impliqués dans cette pathologie

Le scanner montre : « Hypodensité temporale interne gauche. Absence de lésion hémorragique récente. Structures médianes en place. Pas de syndrome de masse ou de rehaussement suspect. »

B - Vous choisissez de démarrer un traitement anti-infectieux probabiliste en urgence. Lequel ? Indiquez les posologies.

Question N°4

Détaillez votre attitude diagnostique et thérapeutique pour la suite de la prise en charge, en fonction des résultats des examens microbiologiques complémentaires demandés sur le liquide cérébro-spinal.

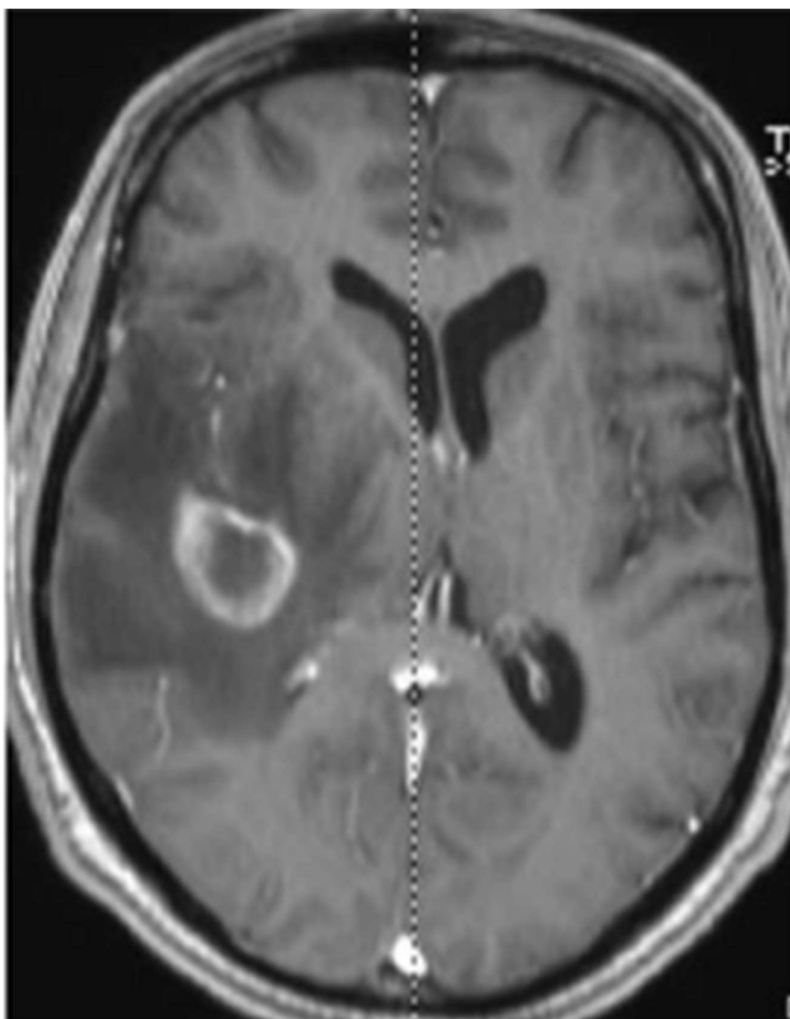
Dossier 3

Une femme de 35 ans, toxicomane, vient aux urgences pour convulsions fébriles. Le score de Glasgow est à 12/15. Il existe une hémiparésie gauche. La température corporelle est à 38,2 °C. Vous ne retrouvez pas de syndrome méningé.

Elle est séropositive pour le VIH, connue depuis 6 ans, non suivie, non traitée.

Les lymphocytes T4 mesurés un an auparavant étaient à 120 par mm³.

Le scanner cérébral injecté, fait en urgence est le suivant :



Question N°1

Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?

Question N°2

Quels éléments cliniques et paracliniques vont vous permettre de retenir le diagnostic évoqué ?

Question N°3

Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

Question N°4

Quel est votre traitement pour les prochaines semaines ?

Question N°5

Détaillez votre surveillance sous traitement ?

Question N°6

Quel(s) élément(s) de suivi cliniques et/ou paraclinique va/vont vous permettre de confirmer le diagnostic ?

MEDECINE CARDIOVASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES DOSSIERS SONT A TRAITER

DOSSIER CLINIQUE N°1

Vous accueillez en USIC M. L un jeune déménageur de 27 ans, pour douleur thoracique atypique évoluant depuis plusieurs jours, accompagnée d'une dyspnée NYHA 3. Vous retrouvez dans ses antécédents un surpoids, une amygdalectomie dans l'enfance. A l'arrivée, le patient est stable sur le plan hémodynamique, il est dyspnéique au moindre effort, avec néanmoins 98 % de saturation en oxygène en air ambiant. L'auscultation cardiaque est normale et on retrouve des crépitaux bilatéraux aux bases. A l'interrogatoire, le patient rapporte une angine d'évolution favorable sans antibiotiques 15 jours auparavant. L'ECG d'entrée retrouve un rythme sinusal, 98 de fréquence cardiaque, des QRS fins, avec des ondes T négatives de façon diffuse. La biologie rapporte : Hb = 13,2 g/dl, CRP = 123 mg/L, troponine = 680 ng/mL (N < 14), CPK = 1250 UI/L, des D-dimères négatifs, une fonction rénale et un bilan hépatique normaux. L'ETT retrouve une dysfonction ventriculaire gauche (VG) et droite avec 30 % de FEVG, une hypokinésie diffuse du ventricule gauche, des cavités droites dilatées avec une veine cave inférieure dilatée, peu COMPLIANTE, sans valvulopathie, avec un péricarde sec. Devant la persistance de la douleur, la dysfonction VG, les modifications ECG et la troponine élevée, une coronarographie est réalisée en urgence, et ne retrouve aucune lésion.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous et pourquoi ?

Question 2 : Quelle information tirez-vous des D-dimères chez ce patient ?

Question 3 : Quelles sont les 3 étiologies principales des myocardites ?

Question 4 : Quel examen non invasif et quel signe permet de conforter le diagnostic de myocardite ?

Question 5 : Vous confirmez le diagnostic de myocardite aiguë avec dysfonction VG sévère et débutez les traitements adaptés. Vous introduisez des IEC, pour lutter contre le remodelage du ventricule gauche, et des diurétiques de l'anse pour traiter la part d'insuffisance cardiaque. Vous êtes appelé 24 heures plus tard par l'infirmière d'USIC pour hypotension et désaturation. À l'arrivée dans la chambre le patient a le faciès gris, il est conscient et orienté. Sa tension artérielle est à 67/34mmHg, avec 103 de fréquence cardiaque. Le patient présente des signes de lutte respiratoire, des crépitaux diffus, et 84 % de saturation sous 3 L. Le patient présente des lésions sur les deux jambes (Figure). Concernant la figure ci-dessous quel signe clinique observez-vous ? Que traduit-il ?



Question 6 : Quels sont les signes cliniques d'épuisement respiratoire ?

Question 7 : Vous réalisez une ETT au lit du malade qui retrouve une FEVG à 15 %, un débit à 1,7 l/min, ITV aortique à 6cm, pas de valvulopathie une fonction ventriculaire droite altérée, un péricarde sec et une veine cave inférieure très dilatée, non compliant. Les gaz du sang montrent : pH = 7,32, PO₂ = 59 mmHg, PCO₂ = 33 mmHg, bicarbonates = 16 mmol/l, lactates artériels = 4,1 mmol/l. Sur le plan hémodynamique, quelles mesures semblent indiquées ?

Question 8 : Quelles sont vos observations concernant les gaz du sang ?

Question 9 : L'évolution de cet état de choc est lentement favorable sous traitement adapté, et un relais par furosemide per os. L'ETT de contrôle retrouve une FEVG à 25-30 %. Quelle(s) mesure(s) auraient été NECESSAIRES en cas de dégradation de l'état clinique sous traitement ?

Question 10 : Quelles mesures sont indispensables dans le cas du traitement médicamenteux de fond de M. L en cas de stabilisation?

Question 11 : Concernant le mode de vie de M. L, que lui préconisez-vous en terme de mode de vie et règles hygiénodététiques?

Question 12 : Le patient a une FEVG inférieure à 30 %, avec QRS larges à 3 mois : que proposez-vous?

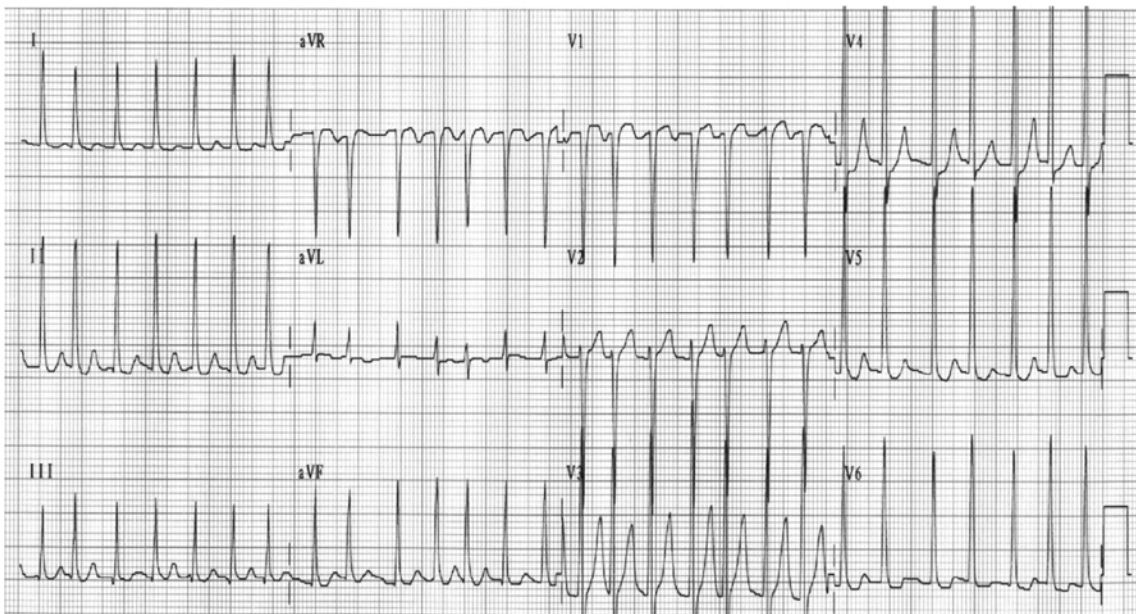
DOSSIER CLINIQUE N°2

Un homme de 76 ans se présente aux urgences pour une dyspnée d'aggravation progressive depuis 2 mois.

Il a pour principal antécédent une HTA traitée par Amlodipine 5mg/24h.

L'examen clinique initial retrouve un pouls irrégulier et rapide, des chiffres tensionnels à 100/75, des œdèmes des membres inférieurs prenant le godet, une turgescence jugulaire, des râles crépitants bilatéraux à mi- champ pulmonaire, une saturation périphérique en O₂ à 88%.

L'infirmière des urgences vous présente le tracé ECG qu'elle vient d'enregistrer pour ce patient :



Question 1 : Avec les éléments dont vous disposez à cet instant, quels sont vos diagnostics ?

Question 2 : En quoi consiste votre prise en charge thérapeutique initiale ?

Question 3 : Quel est le score de CHA₂DS₂-VASc de ce patient ? Justifiez votre réponse

Question 4 : Vous réalisez une Echocardiographie rapide au chevet du patient. Quelles informations essentielles en attendez-vous ?

Question 5 : Votre échocardiographie confirme une altération sévère de la FEVG estimée à 30%.

L'état clinique du patient se dégrade rapidement, il est dorénavant en détresse respiratoire, sa tension est désormais de 85/60 justifiant son orientation vers une USIC pour lui garantir une assistance ventilatoire.

Quelles options thérapeutiques devez-vous envisager sans tarder ?

Question 6 : Pour un patient plus stable sur le plan respiratoire et hémodynamique, quelles auraient été les conditions et modalités de la régularisation du rythme cardiaque, 48h après l'admission ? à plus long terme ?

Question 7 : Malgré la restitution du rythme sinusal à 65 pouls/min, l'échocardiographie n'a pas fondamentalement évolué quelques jours plus tard...l'état clinique du patient s'est toutefois bien amélioré, il a perdu 6kg, ses œdèmes des membres inférieurs ont disparu, il déambule dans le couloir du service sans gêne respiratoire, la PA est mesurée à 120/70. Son retour au domicile est envisagé le lendemain ;

Que devrait selon vous comporter son ordonnance de sortie ?

Question 8 : Vous revoyez ce même patient en consultation 3 semaines plus tard ; il vous signale de courts malaises, avec sensation de « tête vide » .

Vous obtenez rapidement un enregistrement Holter ECG qui retrouve le tracé suivant :



Qu'en pensez-vous et quelle prise en charge proposez-vous ?

Question 9 : Dans le cadre de l'enquête étiologique de cette dysfonction du ventricule gauche, le patient bénéficie 1 mois plus tard d'une coronarographie diagnostique, qui révèle une sténose à 90% de l'IVA proximale, lésion qui justifiera une angioplastie et le largage d'un stent actif.

Sachant que ce patient est toujours assujéti à un traitement anticoagulant efficace, et qu'il n'a pas de risque hémorragique majoré, comment envisageriez-vous la prise en charge anti-thrombotique de patient pour les 12 mois suivant cette angioplastie ?

Question n°10 : Votre choix s'est finalement porté sur le Dabigatran ...Huit mois après son angioplastie coronaire, le patient doit bénéficier d'un geste de chirurgie urologique (résection trans-urétrale prostatique) ;

Comment gérez-vous les traitements anti-thrombotiques en pré-opératoire ?