

MEDECINE GENERALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS DOIVENT ETRE TRAITES

Vos réponses doivent tenir en quelques mots

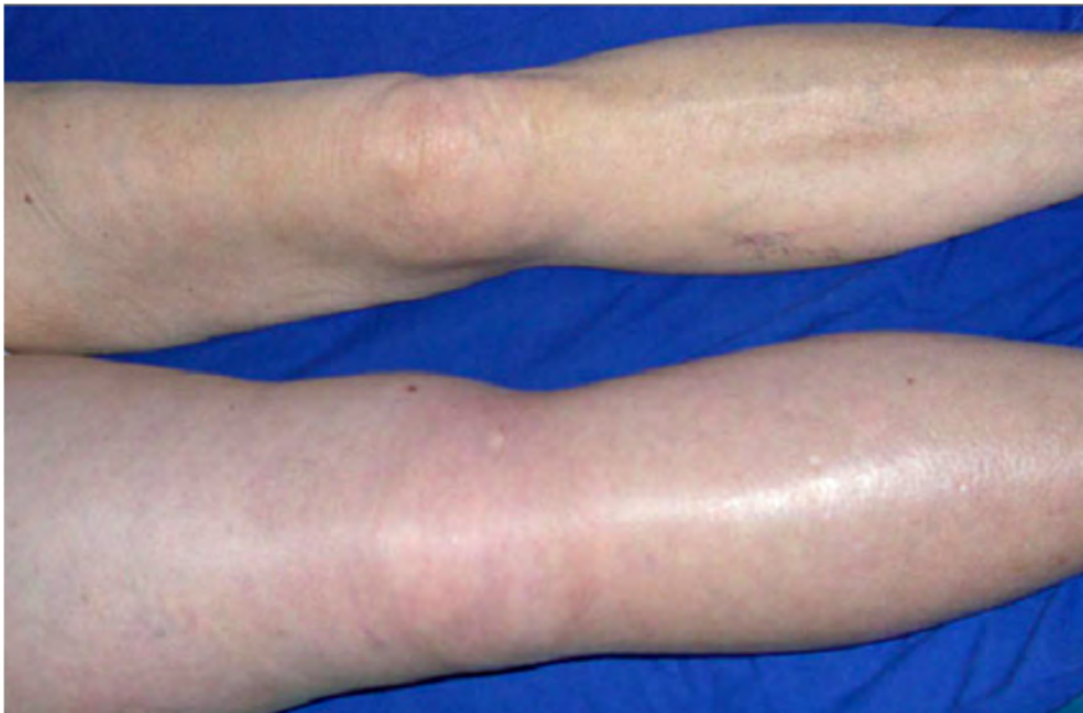
Sujet n°1

Une femme de 76 ans se plaint d'une douleur d'apparition brutale de la jambe droite associée à un œdème important. Elle pèse 58 kg pour 1.65m.

Dans ces antécédents, on retient :

- une cardiopathie ischémique (stent sur la coronaire droite) et hypertensive, stable depuis 2012 traitée par aspirine (Kardegic® 75), bisoprolol, atorvastatine et ramipril.
- une thrombose veineuse profonde distale droite en post-partum à l'âge de 36 ans.
- une appendicectomie à l'âge de 24 ans.
- une thyroïdectomie totale pour goitre multi-hétéro-nodulaire à l'âge de 28 ans nécessitant un traitement par L-thyroxine.

Voici l'aspect des membres inférieurs :



On retrouve par ailleurs une température à 37,8°C, un pouls régulier à 65/min, une saturation en oxygène au doigt à 98% en air ambiant et une pression artérielle à 148/86mmHg.

Vous évoquez une thrombose veineuse profonde proximale.

Question N° 1

Quel est ou quels sont les facteurs de risque de maladie thromboembolique veineuse chez cette patiente ?

Question N° 2

Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic de thrombose veineuse profonde proximale ?

Question N° 3

Quel est ou quels sont les éléments qui incite(nt) à hospitaliser un patient ayant une thrombose veineuse profonde proximale en règle générale ?

Question N° 4

La patiente ne souhaite pas être hospitalisée. En attendant les résultats du bilan biologique pré-thérapeutique que vous avez demandé, et en l'absence d'insuffisance rénale, quel traitement instaurez-vous au cours des 24 premières heures ? (nom, posologie, schéma d'administration)

Question N° 5

Modifiez-vous le reste de son traitement ? Justifiez succinctement votre réponse.

Sujet n°2

Médecin dans le service de médecine polyvalente, vous recevez le 27 janvier 2021 une femme de 86 ans, transférée directement de son EHPAD, pour dyspnée fébrile. Les signes ont débuté le 20 janvier par une asthénie associée à une diarrhée liquide et des myalgies. Deux jours plus tard elle a signalé ne plus percevoir les odeurs ni le goût des aliments. La température tympanique a été mesurée à plusieurs reprises entre 38 et 38,5°C. Depuis hier elle est essoufflée même au repos. Il y a un cluster de COVID-19 dans l'EHPAD. Elle n'a pas encore été vaccinée.

Dans ses antécédents : HTA systolique, insuffisance rénale chronique terminale de cause non précisée pour laquelle elle a refusé l'hémodialyse chronique, coxarthrose évoluée empêchant la marche (elle se déplace en fauteuil roulant). Ses fonctions supérieures sont intègres. Elle est GIR3.

A l'examen, la fréquence respiratoire est de 30/min, la fréquence cardiaque de 94/min, la pression artérielle de 115/55 mmHg, la température tympanique de 38,4°C. La saturation transcutanée en oxygène est à 90% avec O₂ à 6 L/min aux lunettes nasales. L'examen note un discret tirage, des ronchi et sous-crépitations diffus des deux champs pulmonaires, des muqueuses sèches, un pli cutané sous-claviculaire. Le poids est de 51 kg pour 165 cm (poids habituel : 54 kg).

Les examens que vous avez fait prélever à l'admission montrent : hématies 2,89 T/L, Hb 8,8 g/dl, VGM 98 fL, réticulocytes 38,5 G/L plaquettes 184 G/L, leucocytes 7,9 G/L (neutrophiles 5,2 G/L, lymphocytes 0,3 G/L), TP 84%, TCK patient/témoin 1,06, d-dimères > 760 ng/mL, Natrémie 132 mmol/L, Kaliémie 3.1 mmol/L, HCO₃ 15 mmol/L, Chlorémie 102 mmol/L, glucose 6,6 mmol/L (1,1 g/L), créatininémie 475 micromol/L (dernière créatininémie il y a un mois : 270 micromol/L), protidémie 62 g/L, Calcémie 1,85 mmol/L.

Question 1 :

Quelles précautions prenez-vous vis-à-vis de la patiente pour limiter le risque potentiel de transmission virale aux soignants ou à d'autres patients (en dehors des mesures de protection prises par les soignants eux-mêmes) ?

Question 2 :

Comment confirmez-vous le diagnostic suspecté de COVID-19 ?

Question 3 :

Le diagnostic de COVID-19 est confirmé. Comment conduisez-vous l'oxygénothérapie de cette patiente, et avec quel objectif de saturation transcutanée ?

Question 4 :

En plus de l'oxygénothérapie, quel traitement initial prescrivez-vous chez la patiente ?

Question 5 :

L'état de la patiente se stabilise au bout de quelques heures. Néanmoins vous envisagez l'hypothèse d'une aggravation secondaire.

En cas d'aggravation, quels éléments plaideraient chez cette patiente en défaveur d'un transfert en réanimation, en l'absence de directive anticipée ?

Question 6 :

Dans ces conditions, quels seraient alors les principes de votre prise en charge ?

Sujet n°3

Une femme de 83 ans est adressée au SAU pour « somnolence et perte d'autonomie » survenues depuis 2 jours. Cette personne jusqu'à présent autonome a été retrouvée, par ses voisins inquiets de ne plus la croiser dans l'immeuble, alitée dans son appartement, somnolente et dans l'incapacité de se lever.

Les résultats de l'examen clinique sont les suivants : patiente somnolente, répondant vaguement aux questions. Pression artérielle 110 / 60 mm Hg, pulsations à 100 bpm, poids 56 kg, taille 1.60 m, température 38.9°C, SaO₂ 90 %, polypnée modérée, pli cutané, langue sèche, coloration normale des extrémités. Il n'y a pas de déficit moteur, les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques, les réflexes cutanés plantaires sont en flexion. La sensibilité nociceptive est normale. Les pupilles sont symétriques et réactives. La nuque est souple. Il existe un foyer de râles crépitants à la base thoracique gauche sans matité. Les pouls périphériques sont perçus. L'examen abdominal ne note aucune douleur ni masse palpable.

Son traitement actuel comporte : ramipril (IEC), hydrochlorothiazide, Kardégic®, metformine (biguanide), zopiclone (benzodiazépine) le soir.

Les résultats des examens biologiques sanguins prélevés au SAU sont : GR 5.2 T/L, hémoglobine 15.1 g/dl (n = 13.5-17.5 g/dl), hématocrite 0.44 (n = 0.35-0.45), VGM 85.7 μ^3 (n = 83-95 μ^3), leucocytes 13.7 G/L, polynucléaires neutrophiles 12.2 G/L, lymphocytes 1.01 G/L, plaquettes 203 G/L, urée 15 mmol/l, créatininémie 125 $\mu\text{mol/L}$ (n = 55-100 $\mu\text{mol/L}$), glycémie 5 g/L, natrémie 158 mmol/L (n = 135-145 mmol/L), kaliémie 4.9 mmol/L (n = 3.5-5 mmol/L), chlorémie 96 mmol/L (n = 95-105 mmol/L), réserve alcaline 28, protidémie 79 g/L (n = 65-75 g/L). La cétonémie est normale. La bandelette urinaire retrouve une glycosurie sans leucocyturie ni nitrites. La PCR Covid est négative.

Question 1 :

Au terme de l'analyse des données recueillies au SAU, citez les 2 diagnostics à l'origine de cette situation ?

Question 2 :

Quels autres examens paracliniques programmez-vous au SAU en justifiant votre réponse?

Question 3 :

Quels sont les principes du traitement spécifique de cette situation ? Ne pas donner de nom de médicament.

Question 4 :

Quel(s) médicament(s) figurant sur l'ordonnance antérieure arrêtez-vous à l'admission en indiquant succinctement le motif d'arrêt ?

Question 5 :

Citez les éléments cliniques sur lesquels porte votre surveillance ?

Sujet n°4

Monsieur D. âgé de 75 ans, souffre depuis 4 jours de douleurs articulaires.

On note dans ses antécédents : une valve mécanique aortique depuis 1997, un diabète de type 2, une hypertension artérielle, une fibrillation auriculaire, une colique néphrétique avec lithiase rénale gauche, un psoriasis.

Son traitement habituel est le suivant : coumadine 2 mg : 1 le soir, metformine 850 : 1 matin et soir, furosemide 40 : 2 le matin, bisoprolol 1,25 : 1 le soir, valsartan 80 (antagoniste de l'angiotensine II) : 1 le matin, pantoprazole 20 mg : 1 par jour.

A l'examen clinique : Les constantes sont les suivantes : température 38°5, pression artérielle 13/8, fréquence cardiaque à 88/min. Son IMC est à 32 kg/m². Les bruits du cœur sont irréguliers. Il existe quelques œdèmes bilatéraux des 2 membres inférieurs, prenant le godet. L'auscultation pulmonaire est normale. L'examen montre un aspect inflammatoire du 4^{ème} doigt de la main droite et du poignet droit. Les 2 genoux sont légèrement gonflés avec un épanchement intra-articulaire du genou gauche.

Question n°1 :

Quels sont les 3 prélèvements indispensables à visée bactériologique ?

Question n°2 :

Vous recevez le premier bilan : NFS-plaquettes normale, INR 2,8, glycémie 1,3 g/L, débit de filtration glomérulaire 47 ml/min/1,73 m², CRP à 63 mg/l, ionogramme sanguin normal. L'ECG est identique à celui que son cardiologue lui avait fait il y a 6 mois. La radiographie pulmonaire ne montre aucune anomalie parenchymateuse.

Quelle(s) autre(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous dans cette situation ?

Question n°3 :

A la suite du bilan, vous diagnostiquez une goutte avec une uricémie à 90 mg/l (535 micromol / L). Quelle est votre ordonnance thérapeutique (médicament(s) et posologie(s)) pour les 10 prochains jours et les éléments cliniques de surveillance ?

Question n°4 :

Monsieur D. souffre donc d'une polyarthrite goutteuse. Quel sera votre traitement au-delà des 10 jours avec la posologie du(des) médicament(s) et préciser au bout de quel temps doit être arrêté le traitement ou s'il s'agit d'un traitement au long cours ?

Question n°5 :

Quand prévoyez-vous de contrôler l'uricémie et quelle sera la cible à atteindre ?

Question n°6 :

Un bilan stomatologique met en évidence la nécessité d'une extraction d'une dent. L'INR réalisé la veille est à 3. Le dentiste vous téléphone pour la conduite à tenir vis à vis des traitements en cours. Quelles sont vos propositions ?