

BLANC-CF-43-Médecine intensive-réanimation-QCM-EVC-2025

Q 1. Vous êtes médecin de garde en réanimation.

Vous recevez une femme de 18 ans pour asthme aigu grave, amenée par le SMUR. Elle a été intubée en préhospitalier devant une insuffisance respiratoire aiguë ne s'améliorant pas sous traitement médical. Elle est sédaturée et curarisée. Elle a été ventilée en VAC, avec une FR de 25/min, un volume courant (Vt) de 450 mL, une FiO2 de 50%, sans PEP. L'alarme de pression maximum (Pmax) sonnait beaucoup, la rapport I/E a été réglé à 1/1.

La FC est de 112/min, la PA de 88/50 mm Hg, la SpO2 de 98%. L'examen note une distension thoracique, des jugulaires turgescentes, un murmure vésiculaire peu audible avec quelques sibilants, des marbrures stade 1 sur les genoux. Vous mesurez une PEP intrinsèque à 15 cm H2O, et une pression de plateau à 29 cm H2O. Elle mesure 1,72 m et pèse 75 kg, pour un poids théorique de 63 kg.

Vous réglez le respirateur de réanimation auquel elle va être connectée.

Parmi les réglages suivants, lequel ou lesquels vous semble(nt) adapté(s) à son état ?

- ☐ a) Un volume courant inchangé
 - ☒ b) Une FR de 12/min
 - ☐ c) Une FiO2 de 100%
 - ☒ d) Un rapport I/E à 1/3
 - ☒ e) Une alarme de Pmax momentanément élevée
-

Q 2. Vous avez reçu il y a trois jours une femme de 18 ans pour asthme aigu grave, amenée par le SMUR. Elle a été intubée en préhospitalier devant une insuffisance respiratoire aiguë ne s'améliorant pas sous traitement médical. Aujourd'hui, elle est consciente sans sédation, obéit aux ordres simples, ne reçoit pas de catécholamines. La PEP intrinsèque a été contrôlée à 6 ou 7 cm H2O dans la matinée.

Vous souhaitez la ventiler en aide inspiratoire.

Parmi les réglages de ventilateurs suivants, lequel ou lesquels vous semble(nt) adapté(s) à son état ?

- ☒ a) PEP extrinsèque à 5 ou 6 cm H2O.
 - ☒ b) Pression d'aide ajustée en 1^{re} intention au volume courant obtenu.
 - ☒ c) Trigger inspiratoire au minimum.
 - ☐ d) Trigger expiratoire à 20% du débit inspiratoire maximum.
 - ☐ e) Ventilation d'apnée réglée avec une FR de 25/min.
-

Q 3. Vous êtes médecin de garde en réanimation.

Vous recevez une femme de 75 ans, adressée des urgences.

Elle n'a pas d'antécédent. Elle se plaint de vertiges et nausées apparus il y a cinq jours, avec secondairement sensation fébrile. Les antalgiques (paracétamol et ibuprofène) sont restés sans effet. Un scanner cérébral demandé par son médecin et réalisé le jour même est normal.

Le score de Glasgow est de 15, La PA de 128/69 mm Hg, la FC de 67/min, la température de 37,3°C. La nuque est raide. Il y a une dysmétrie de l'hémicorps gauche, une paralysie faciale gauche centrale, un signe du rideau de Vernet à gauche. Vous notez une stase salivaire génératrice de toux, et de discrets signes de déshydratation extracellulaire.

La ponction lombaire réalisée aux urgences a montré 890 leucocytes/mm³, dont 39% de polynucléaires neutrophiles et 61% de lymphocytes, des protides à 2,2 g/L, un glucose à 1,8 mmol/L pour une glycémie à 7,2 mmol/L.

Vous prescrivez l'antibiothérapie.

Parmi les antibiotiques suivants, lequel ou lesquels vous semble(nt) adapté(s) à son état ?

- ☒ a) Céfotaxime
 - ☒ b) Ampicilline
 - ☐ c) Métronidazole
 - ☐ d) Vancomycine
 - ☒ e) Gentamicine
-

Q 4. Vous êtes médecin de garde en réanimation.

Vous recevez une femme de 24 ans, amenée par le SMUR primaire.

Elle a un diabète de type 1 traité par schéma basal-bolus.

Elle a depuis 24 heures des brûlures mictionnelles inhabituelles, ainsi que des courbatures diffuses et une asthénie marquée. Elle a pris du diclofénac en raison d'une douleur lombaire droite. Nauséuse, elle a arrêté toute alimentation, et a divisé par deux ses doses d'insuline. Son compagnon a appelé les secours après une nuit agitée où elle s'est plainte de soif et de douleurs abdominales.

Le score de Glasgow est de 13 (E3V4M6), la PA de 95/55 mm Hg, la FC de 130/min, la FR de 32/min, la température de 36,5°C, la SpO2 de 99% en air ambiant, la glycémie capillaire de 18 mmol/L. Vous notez un pli cutané, des cernes sous-oculaires, une langue rôtie, des veines plates. Elle pèse 52 kg pour 1,75 m. Dans le sang artériel : pH 7,10, PaCO2 15 mm Hg, PaO2 125 mm Hg, HCO3 6 mmol/L, Na 126 mmol/L, K 3,7 mmol/L, Cl 101 mmol/L, protides 78 g/L, Ca 2,65 mmol/L, créatinine 285 micromol/L, cétonémie 4 mmol/L, lactates 4,1 mmol/L.

Vous prescrivez son traitement pour les 6 prochaines heures.

Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles vous semble(nt) adaptée(s) à son état ?

- ☒ a) Soluté salé à 0,9% 1000 mL de H0 à H1.
 - ☐ b) Bicarbonate de sodium à 0,42% 500 mL de H0 à H6.
 - ☒ c) Glucosé à 5% avec NaCl et KCl 1000 mL de H1 à H6.
 - ☐ d) Insuline ordinaire 15 UI/h au pousse-seringue électrique.
 - ☒ e) Ceftriaxone 2 g en intra-veineux.
-

Q 5. Vous êtes médecin de garde en réanimation.

Vous recevez un homme de 58 ans amené par les pompiers après régulation par le centre 15.

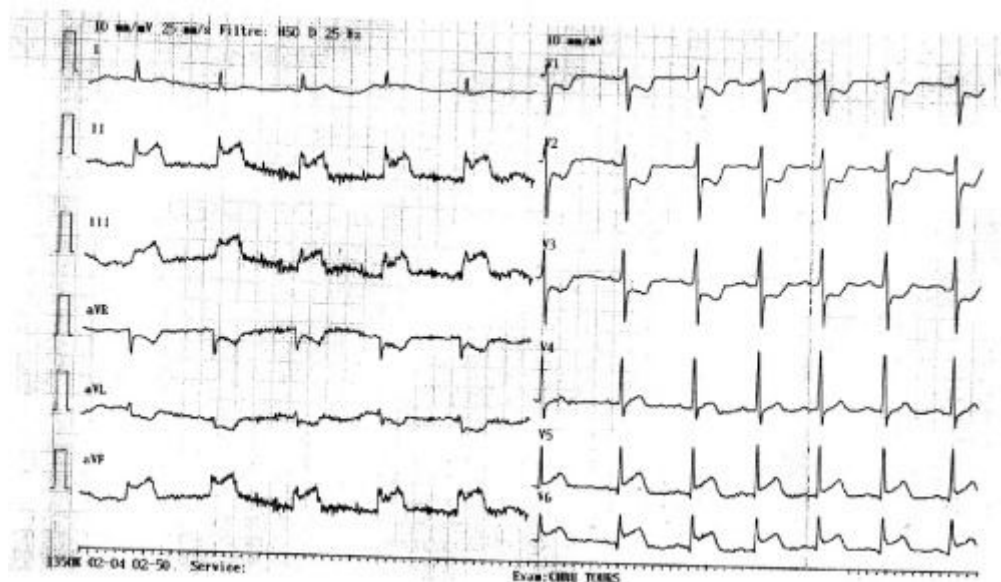
Ses antécédents sont dominés par un mésusage de l'alcool avec dépendance, compliqué de deux épisodes de délirium lors de tentatives de sevrage volontaire. Le 2^e épisode il y a deux mois avait été compliqué d'une crise tonico-clonique généralisée (CTCG). Le scanner cérébral était normal. Il était sorti de l'hôpital sans traitement.

Il a fait il y a une heure, dans la rue, une nouvelle CTCG bien décrite par les témoins. Il a récidivé une fois dans le VSAV. La crise a cédé après injection de midazolam intra-buccal par un infirmier pompier, après accord de la régulation. Il n'a pas repris conscience depuis la 1^{re} crise.

Lors du passage de son lit au brancard, il fait une 3^e CTCG. La PA est de 195/112 mm Hg, la FC de 115/min, la SpO2 de 95% sous O2 4 L /min. Une voie veineuse antébrachiale a été posée.

Parmi les médicaments suivants, lequel peut ou lesquels peuvent lui être administré(s) ?

- ☒ a) Clonazépam intra-veineux.
 - ☒ b) Valproate en perfusion sur 20 minutes.
 - ☒ c) Lévetiracétam en perfusion sur 20 minutes.
 - ☒ d) Phosphénytoïne en perfusion sur 20 minutes.
 - ☐ e) Halopéridol en perfusion sur 20 minutes.
-



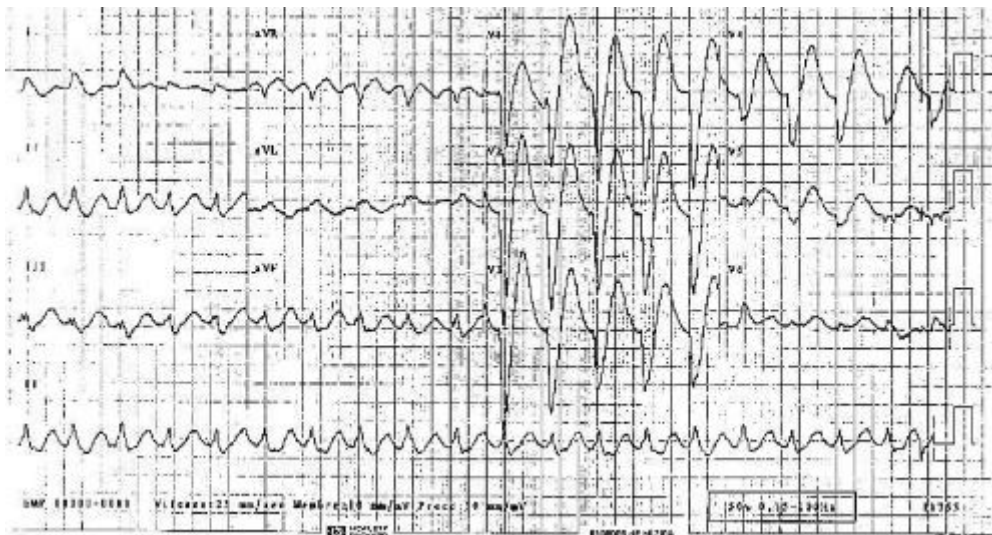
Q 6. Vous êtes médecin de garde en réanimation, un dimanche.

Vous êtes appelé(e) dans le hall de l'hôpital, à 13:50, pour un homme de 42 ans venu spontanément en raison d'une douleur thoracique apparue brutalement 20 minutes plus tôt. Il est en sueurs, agité, très anxieux ; il décrit sa douleur comme un serrement précordial ; elle irradie vers le membre supérieur gauche et le cou. Il l'évalue à 10/10. Il n'a pas d'antécédent personnel, en dehors d'un tabagisme actif à 40 paquets-années. Il ne prend habituellement aucun médicament. Il n'y a pas de signe de choc. Un ECG est enregistré (cf. média, ECG Q6)

L'hôpital dans lequel vous vous trouvez est équipé d'une salle de coronarographie avec astreinte opérationnelle 24/24.

Parmi les mesures thérapeutiques immédiates suivantes, laquelle ou lesquelles vous semble(nt) adaptée(s) à la situation actuelle ?

- ☒ a) Morphine intraveineuse en titration.
- ☐ b) Xylocaïne intraveineuse.
- ☒ c) Aspirine 250 mg per os.
- ☒ d) Héparine en bolus intraveineux.
- ☐ e) Thrombolyse intraveineuse.



Q 7. Vous êtes médecin de garde en réanimation. Vous êtes appelé(e) aux urgences pour une femme de 84 ans amenée en ambulance de son EHPAD, où elle y a été admise il y a 6 mois. Elle a depuis un épisode dépressif avec idées suicidaires. Vous ne connaissez pas son traitement.

A l'examen, score de Glasgow à 6 (E1V2M3), FC 128/min, Pa 92/53 mmHg, T 36,2°C, FR 24/min, SpO2 92 % avec O2 3 L/min. Mydriase bilatérale peu réactive, absence d'asymétrie neurologique, réflexes ostéotendineux vifs, réflexes cutanés plantaires en extension, trépidation épileptoïde bilatérale. Auscultation cardiaque normale. La peau est sèche. Abdomen ballonné, avec abolition des bruits hydroaériques et matité sus-pubienne. Le sondage vésical ramène 600 mL d'urines. La glycémie capillaire est à 1,4 g/L. La Pa baisse à 81/63 mm Hg malgré la perfusion rapide de 1000 mL de NaCl à 9‰, et apparaît une turgescence jugulaire permanente.

Un ECG est enregistré (cf. média ECG_Q7)

Parmi les mesures thérapeutiques immédiates suivantes, laquelle ou lesquelles vous semble(nt) adaptée(s) à la situation actuelle ?

- ☐ a) Titration de flumazénil
- ☐ b) Titration de naloxone
- ☒ c) Perfusion de bicarbonate de sodium molaire
- ☒ d) Intubation et mise sous ventilation mécanique
- ☒ e) Administration de noradrénaline

Q 8. Vous êtes médecin de garde en réanimation.

L'un de vos patients, âgé de 65 ans, a été admis il y a trois jours pour une légionellose compliquée de choc septique. L'hémodynamique est stabilisée avec noradrénaline 0,4 microg/kg/min. Il est ventilé en VAC avec une Fio2 à 60% et une PEP à 12 cm H2O. Il a fait une séance de procubitus le premier jour. Le rapport PaO2:FiO2 est maintenant à 170. Les curares ont été arrêtés. Il a une insuffisance rénale aiguë KDIGO3, avec une créatininémie à l'admission à 395 micromol/L, maintenant à 780, avec une urée à 68 mmol/L. La diurèse a été de 300 mL pendant les dernières 24 heures. La kaliémie est à 5,8 mmol/L et le pH à 7,25 après perfusion de bicarbonates. La prise de poids est de 12 kg depuis l'admission.

Vous décidez de débiter une épuration extra-rénale.

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

- ☐ a) Dans sa situation hémodynamique, les techniques continues ont montré une diminution de mortalité par rapport aux techniques intermittentes.
- ☐ b) La sous-clavière droite est la voie élective d'implantation du cathéter de dialyse.
- ☐ c) L'acidose métabolique contre-indique une anticoagulation régionale au citrate.
- ☐ d) Seule une technique séquentielle peut corriger l'hyperkaliémie.
- ☒ e) Raccourcir la durée de la 1re séance de dialyse séquentielle peut aider à réduire le risque de syndrome de déséquilibre osmotique.

Q 9. Vous êtes médecin de garde en réanimation.

Il y a 36 heures a été admis un patient de 46 ans pour une pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique, rapportée à un mésusage de l'alcool avec dépendance. Il a une obésité modérée (IMC 30,5 kg/m²), une HTA, un tabagisme actif. Il a dû être intubé pour une insuffisance respiratoire aiguë multifactorielle (épanchements pleuraux, atélectasies des bases, possible BPCO) et un état d'agitation. Il a une insuffisance rénale aiguë KDIGO 1. Il ne reçoit pas de vasopresseur.

Vous décidez de débiter une assistance nutritionnelle.

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

- ☐ a) Une nutrition parentérale est le choix préférentiel.
 - ☒ b) Si vous optez pour une nutrition entérale, le positionnement post-pylorique de la sonde pourra être nécessaire.
 - ☐ c) Si vous optez pour une nutrition entérale, le choix préférentiel est une solution hypercalorique à 2 kcal/mL.
 - ☐ d) Quelle que soit la voie, vous débutez vos apports à 25 kcal/kg/j.
 - ☐ e) Si vous optez pour une nutrition entérale, vous n'avez pas à prescrire d'apports vitaminiques.
-

Q 10. Il y a 2 semaines a été admis un patient de 46 ans pour une pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique, rapportée à un mésusage de l'alcool avec dépendance. Il a une obésité modérée (IMC 30,5 kg/m²), une HTA, un tabagisme actif. Il a dû être intubé. L'évolution a été marquée par un iléus réflexe avec séquestration liquidienne et syndrome du compartiment abdominal, qui n'a pas permis de le sevrer de sa ventilation mécanique. Une aspiration trachéale a été prélevée il y a 48 heures en raison d'aspirations sales. Vous recevez le résultat de bactériologie, qui isole une souche de *Pseudomonas aeruginosa*.

Parmi les éléments suivants, lequel est un argument ou lesquels sont des arguments en faveur de la prescription d'une antibiothérapie ?

- ☐ a) Un terrain de BPCO au stade 1 de GOLD
 - ☐ b) Une FiO₂ stable à 40% depuis 4 jours
 - ☒ c) Une fièvre à 38,5°C
 - ☒ d) L'extension d'un infiltrat radiologique préexistant
 - ☐ e) Une quantification du germe à 10³ CFU/mL
-