

Q1) Quels sont les 3 premiers maillons de la chaîne de survie dans l'arrêt circulatoire hospitalier ?

- A. La surveillance et la prévention ;
- B. La reconnaissance et l'alerte ;
- C. La réanimation cardiopulmonaire de base de haute qualité ;
- D. La défibrillation rapide ;
- E. La réanimation cardiopulmonaire spécialisée de base.

Q2) Le diagnostic de l'arrêt cardiaque est évoqué devant :

- A. Un sujet qui ne bouge pas, ne répond pas et ne réagit pas ;
- B. Un sujet qui ne respire pas ;
- C. Un pouls périphérique aboli ;
- D. Une pression artérielle imprenable ;
- E. Un pouls central aboli.

Q3) Dans les particularités de la définition de l'arrêt circulatoire, quelles sont les propositions fausses ?

- A. Le malade est bradypnéïque ;
- B. Le malade ne respire pas ;
- C. Le malade respire anormalement ;
- D. Le malade peut présenter même une convulsion au début ;
- E. La présence d'une activité cardiaque et l'absence du pouls central.

Q4) La défibrillation ou le choc électrique externe n'est pas indiquée en cas de :

- A. Pouls central absent ;
- B. Dissociation électromécanique ;
- C. Tachycardie ventriculaire ;
- D. Fibrillation ventriculaire ;
- E. Asystole.

Q5) Quelles sont les premières mesures prioritaires et non facultatives dans la réanimation cardiopulmonaire ?

- A. L'appel du SAMU ;
- B. Le massage cardiaque externe ;
- C. La défibrillation rapide ;
- D. La ventilation ;
- E. Le transport en une unité spécialisée.

Appel au SAMU à 23H : un accident de circulation vient de se produire à 20 km du CHU. Une seule victime est éjectée d'une voiture qui a quitté la route à vive allure. A l'arrivée de l'équipe médicale (au même temps que la protection civile), il est constaté ce qui suit :

- patient âgé de 34 ans sans antécédents, conscient 15/ 15 au GCS, coopérant avec un impact temporal droit, pupilles en position intermédiaire et réactives. Il n'y a pas de déficit moteur. A la palpation, il existe une légère sensibilité abdominale du flanc gauche et une tuméfaction de la cuisse gauche mais pas de signes d'hémorragies extériorisées. La pression artérielle est à 120/70 mm Hg, le pouls à 98 /min, la SpO₂ à 97% et la fréquence respiratoire à 16cycles/minute.

Q6) Quelle est votre conduite à tenir ?

- A. Vous confiez le malade à la protection civile ;
- B. Vous mettez le malade sous monitoring et vous le transférez le plus rapidement possible à l'hôpital ;
- C. Vous le mettez en condition et vous assurez le transfert du malade au CHU ;
- D. Vous transférez le malade vers la structure sanitaire la plus proche pour la poursuite de la prise en charge ;
- E. Vous l'accompagnez directement au service de radiologie pour un scanner cérébral.

Cinq minutes plus tard, l'état de conscience s'altère. Le malade ouvre les yeux à la stimulation douloureuse, ses propos sont incohérents (incompréhensibles) et il fléchit le membre à la douleur. La pression artérielle est 80/50 mm Hg, le pouls à 110 b/min, la SpO₂ à 92% et la fréquence respiratoire à 20 cycles/minute.

Q7) Que décidez-vous ?

- A. Transférer rapidement le malade au CHU ;
- B. Faire une numération sanguine et dosage d'hémoglobine ;
- C. Intuber le malade et le mettre sous ventilation artificielle ;
- D. Donner un bolus d'adrénaline ;
- E. Mettre le malade en position de sécurité.

Q8) Quels vont être vos objectifs de prise en charge ?

- A. Une PAS à 80 mm Hg ;
- B. Une PAS supérieure à 110 mm Hg ;
- C. Une SpO₂ à 100% ;
- D. Une température à moins de 35° C ;
- E. Une sédation légère pour éviter un retentissement hémodynamique.

Q9) Quels moyens de prise en charge allez-vous choisir ?

- A. Remplissage par des colloïdes ;
- B. Remplissage par des cristalloïdes ;
- C. Administration d'albumine ;
- D. Administration de noradrénaline en pousse-seringue électrique ;
- E. Injection d'atropine à faible dose.

Q10) A l'arrivée à hôpital, le patient présente des marbrures aux genoux et une pâleur. A l'auscultation, absence passage au niveau de hemothorax droit. La pression artérielle est maintenant à 70/50 mm Hg sous noradrénaline, la SpO2 à 92%, le pouls à 110 b/minute, hémoglobine à 5g/dl. Les gaz du sang donnent les résultats suivants = pH : 7,19 ; PaO₂ : 75 ; PCO₂ : 40 ; lactate : 8.

- A. Augmenter le débit de la noradrénaline ;
- B. Administrer du bicarbonate ;
- C. Transfuser le malade ;
- D. Mettre en place un drainage thoracique ;
- E. Réaliser un body scanner.

Q11) Un état de mal épileptique se définit par : (b, c)

- A. Une crise convulsive avec reprise rapide de l'état de conscience ;
- B. La persistance des convulsions pendant plus de 5 minutes ;
- C. Une urgence thérapeutique ;
- D. Des crises purement généralisées ;
- E. Le traitement repose sur le phénytoïne ou valproate en première intention.

Q12) Une crise convulsive généralisée se caractérise par :

- A. Des signes prodromiques ;
- B. Perte brutale de l'état de conscience ;
- C. S'accompagne d'une perte d'urine avec morsure de la langue ;
- D. Pas de perte du tonus postural ;
- E. Suit d'une phase post critique.

Un homme de 78 ans, appelle le SAMU pour des difficultés respiratoires, à l'arrivée du SAMU à domicile, le médecin retrouve un patient conscient, en détresse respiratoire avec polypnée à 36 cycles /mn et un tirage des muscles respiratoires accessoires. Une PA à 210/90 mm Hg, et à l'auscultation pulmonaire des râles crépitants bilatéraux, on note un examen neurologique normal.

L'ECG fait objective une tachyarythmie par fibrillation auriculaire à 170/mn.

L'interrogatoire retrouve une HTA non traité, un diabète, une insuffisance rénale chronique modérée avec notion d'anurie depuis plus de 48 heures.

Q13) Quel est le diagnostic le plus probable expliquant cette détresse respiratoire :

- A. OAP de surcharge ;
- B. Etat de choc cardiogénique ;
- C. OAP hémodynamique ;
- D. OAP lésionnel ;
- E. Détresse respiratoire d'origine centrale.

Q14) Quels sont les facteurs déclenchant cette détresse respiratoire :

- A. Le diabète ;
- B. Une poussée hypertensive ;
- C. Des troubles métaboliques ;
- D. Une déshydratation ;
- E. La tachyarythmie par fibrillation auriculaire.

Q15) A l'arrivé au service des urgences, quels sont les examens radiologiques à demander en urgence :

- A. Un scanner cérébral ;
- B. Une radiographie de thorax ;
- C. Une IRM cérébrale ;
- D. Une échocardiographie ;
- E. Un scanner abdominal.

Q16) La prise en charge de cet OAP comprend :

- A. une oxygénothérapie au masque ;
- B. une réhydratation ;
- C. Un diurétique : furosémide ;
- D. Le gluconate de calcium ;
- E. Un vasodilatateur : isosorbide dinitrate.

Q17) La réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation est :

- A. Systématique devant toute douleur abdominale aigue ;
- B. Réalisée devant la suspicion d'une perforation d'un organe creux ;
- C. Réalisée devant un syndrome occlusif clinique ;
- D. Réalisée devant une colique hépatique ;
- E. Réalisée devant une colique nephretique.

Q18) Quels éléments parmi les suivants sont importants à rechercher à l'examen clinique devant un patient qui consulte pour une douleur abdominale aigue ?

- A. Antécédents du patient ;
- B. Traitements en cours ;
- C. Appréciation de l'état hémodynamique ;
- D. Palpation des orifices herniaires ;
- E. Toucher rectal.

Q19) Cochez les caractères sémiologiques d'une contracture abdominale :

- A. Elle est permanente ;
- B. Elle est invincible ;
- C. Elle peut être vaincue par une palpation douce et progressive ;
- D. L'abdomen reste mobile à la respiration ;
- E. Elle est généralisée.

Q20) Devant un état d'agitation sévère, il faut :

- A. Orienter le malade vers un service de psychiatrie ;
- B. Faire une sédation par une Benzodiazépine ;
- C. Rechercher les signes de gravités ;
- D. Evaluer la SpO2 et la glycémie ;
- E. Prescrire une contention physique après une sédation efficace.

CORRIGES-TYPE

R1 : A, B, C

R2 : A, B, E

R3 : A

R4 : A, B, E

R5 : A, B

R6 : C

R7 : B, C

R8 : B

R9 : B, D

R10 : A, C, D

R11 : B, C

R12 : B, C, E

R13 : C

R14 : B, E

R15 : B, D

R16 : A, C, E

R17 : B, C, E

R18 : C, D, E

R19 : A, B, E

R20 : C, D