

QUESTIONS D'EXAMEN

Q1 Le **score de WELLS** est un score utilisé :

- A. Pour déterminer la probabilité clinique d'un syndrome coronarien
- B. Pour déterminer la probabilité clinique d'une embolie pulmonaire crurorique
- C. Pour guider la prise en charge thérapeutique d'une dissection de l'aorte
- D. Pour gérer l'anti coagulation chez les malades admis pour embolie pulmonaire crurorique
- E. Pour évaluer la probabilité d'une ischémie myocardique chez les malades hospitalisés pour douleur thoracique aiguë

Q2 Dans l'embolie pulmonaire :

- A. L'échocardiographie transthoracique est indiquée chez les malades instables hémodynamiquement
- B. L'artériographie pulmonaire est indispensable pour le diagnostic positif
- C. L'ECG permet le diagnostic positif
- D. L'échocardiographie trans œsophagienne permet le diagnostic positif
- E. L'angioscanner thoracique est l'examen de référence pour confirmer le diagnostic

Q3 Dans le syndrome coronarien ST positif

- A. Le dosage de la troponine est indispensable pour le diagnostic
- B. Le traitement thrombolytique est toujours meilleur que le traitement par angioplastie
- C. Le traitement mécanique par angioplastie est indiqué si le délai douleur- porte d'angioplastie est inférieur à deux heures
- D. Le traitement mécanique par angioplastie est indiqué si le délai douleur- porte d'angioplastie est supérieur à deux heures
- E. L'obstruction coronaire est complète

Q4 Le GRACE score est un score utilisé pour :

- A. L'évaluation du risque de mortalité hospitalière dans le syndrome coronarien sans sus décalage du segment ST
- B. L'évaluation du risque de mortalité hospitalière dans le syndrome coronarien avec sus décalage ST
- C. Evaluer la probabilité clinico-biologique d'une embolie pulmonaire
- D. Evaluer la mortalité intra hospitalière chez les malades admis pour dissection de l'aorte
- E. Evaluer le risque de mortalité chez le coronarien dans le pré hospitalier

Mme D. R âgé de 80 ans, grabataire depuis 2 ans, hypertendue depuis 30 ans sous Aspégic (AINS) et Loxen (inhibiteur calcique) à raison de 50 mg en deux prises journalières. Au mois d'août, elle consulte aux consultations externes (Douches) pour une altération de l'état de conscience avec une gêne respiratoire. Le médecin généraliste mesure une pression artérielle à 100/40 mm Hg puis oriente la malade au service de neurologie.

Trois heures après, elle arrive au service des Urgences médicales en sueur, agitée, obnubilée, apyrétique avec une pression artérielle à 70/35 mm Hg, une PAM à 46 mm Hg, une fréquence cardiaque à 160 bpm, un pouls rapide et filant, des marbrures au niveau du genou s'étendant jusqu'au tronc, des extrémités froides et cyanosées, une fréquence respiratoire à 40 c/min, une cyanose, une SpO₂ à 80% en air ambiant et une diurèse à 30 ml après une heure de sondage vésical. L'auscultation retrouve une tachycardie avec un bon passage des murmures vésiculaires aux deux champs pulmonaires. Par ailleurs les examens, neurologique et digestif, sont sans anomalies. Son poids est de 50 kg.

Q5 Quel est votre diagnostic initial ?

- A. Accident vasculaire cérébral.
- B. Choc cardiogénique.
- C. Choc septique.
- D. Choc hypovolémique.**
- E. Collapsus

Q6 Quels sont les signes cliniques de gravité ?

- A. Troubles de la conscience et oligurie.**
- B. L'âge.
- C. Marbrures étendues jusqu'au tronc et pouls filant à 160 bpm.
- D. Une hypotension avec une pression artérielle moyenne basse.**
- E. Une fréquence respiratoire à 40 avec une SpO₂ à 80% en air ambiant.**

Q7 Quelle est l'erreur du premier médecin qui a examiné la malade ?

- A. Sa prise en charge est correcte.
- B. Il n'a pas fait une bonne anamnèse et un examen clinique complet.**
- C. Il a fait une mauvaise orientation de la malade.
- D. Il n'a pas appelé l'équipe de réanimation.**
- E. Il n'a pas commencé les premiers soins.**

Q8 Quel est votre diagnostic final ?

- A. Choc neurogénique.
- B. Choc septique.
- C. Choc hypovolémique sur déshydrations aggravée par la prise d'un inhibiteur calcique.**
- D. Choc hypovolémique sur déshydrations.
- E. Choc hypovolémique dû aux inhibiteurs calciques.

Q9 Quelle sera votre prise en charge initiale ?

- A. Remplissage vasculaire par 30 ml/Kg de SSI 0,9%.**
- B. Remplissage vasculaire par des colloïdes et mise en route de la noradrénaline d'emblée.
- C. Mise en route de la noradrénaline après un remplissage adéquat.**
- D. Oxygénothérapie aux lunettes.
- E. Oxygénothérapie par intubation et ventilation mécanique.**

Q10 L'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle :

- A. Fait souvent suite à une déshydratation extracellulaire
- B. S'accompagne d'un rapport U/P des concentrations de l'urée inférieur à 4
- C. S'accompagne, en l'absence de traitement, d'une concentration urinaire de sodium élevée
- D. Peut s'observer dans une cirrhose ascitique**
- E. Peut s'observer au cours du syndrome néphrotique pur.**

Q11 L'insuffisance rénale aiguë

- A. Peut-être fonctionnelle ou organique
- B. Une IRAF peut être totalement réversible
- C. Dans une IRAF, les fonctions tubulaires sont normales
- D. Dans une IRAO, la fonction glomérulaire est normale
- E. Une IRAF peut être traitée par transplantation rénale

Q12 Les indications de l'épuration extrarénale sont :

- A. Œdèmes des membres inférieurs
- B. Hyperkaliémie à 7,5 mmol/L sans signes ECG
- C. Syndrome urémique
- D. Oligo-anurie
- E. Protéinurie et/ou hématurie abondantes

Q13 Parmi les suivants, quels sont les facteurs de gravité d'une crise convulsive ?

- A. Répétition des crises
- B. Etat de mal convulsif
- C. Age > 65 ans
- D. Traumatisme crânien
- E. Crise partielle motrice

Q14 Parmi ces anticonvulsivants suivant lequel ou lesquels est/sont d'action prolongée ?

- A. Thiopental
- B. Fosphénytoïne
- C. Phénobarbital
- D. Diazépam
- E. Clonazépam

Q15 Parmi les affirmations suivantes concernant une crise convulsive, laquelle est exacte ?

- A. Le début de la crise est progressif
- B. L'EEG fait au décours de la crise est normal
- C. La phase résolutive de la crise est hypotonique
- D. En cas de traumatisme crânien, le scanner n'est pas systématique
- E. La morsure de langue ne survient que chez l'enfant

Q16 Tous ces facteurs sont des ACSOS sauf une laquelle ?

- A. Hypercapnie
- B. Hyperthermie
- C. Hypotension
- D. Hyponatrémie
- E. Hyperglycémie

Q17 Toute ces lésions sont des lésions cérébrales parenchymateuses sauf une laquelle ?

- A. Contusion cérébrale
- B. Œdème cérébral
- C. Nécrose
- D. Hémorragie
- E. Plaie cranio-cérébrale (PCC)

18 Les lésions primaires sont des lésions :

- A. Focales.
- B. Diffuses
- C. Directs.
- D. Indirectes
- E. Associées

19 Les patients à maintenir en réanimation neurochirurgicale en cas de traumatisme crânien grave sont ceux qui ont :

- A. Un score de Glasgow < 9
- B. Une fluctuations ou aggravation de la vigilance
- C. Un polytraumatisé
- D. Des crises convulsives répétées
- E. Des complications thromboemboliques

20 Que proposez-vous chez un patient qui présente une plaie péri-ombilicale et chez qui l'examen clinique retrouve : un patient obnubilé, pâle, TA : 08/04, FC : 120 pulsations/mn ?

- A. Coelioscopie diagnostique.
- B. Laparotomie exploratrice.
- C. Exploration de la plaie sous anesthésie locale.
- D. TDM abdomino-pelvienne.
- E. Bilan d'urgence et réanimation.

21 Dans quels cas parmi les suivants, le diagnostic de plaie pénétrante est évident à l'examen clinique ?

- A. Eviscération.
- B. Ecoulement de liquide digestif à travers la plaie.
- C. Défense abdominale.
- D. Saignement modéré à travers la plaie.
- E. Plaie large.

22 Cochez les bonnes réponses concernant les plaies pénétrantes de l'abdomen :

- A. Ce sont des plaies abdominales avec effraction du péritoine pariétal
- B. Ce sont des plaies abdominales avec effraction du péritoine viscéral
- C. S'accompagnent toujours d'un pneumopéritoine à la radiographie de l'abdomen sans préparation
- D. La plaie peut siéger dans la région basi-thoracique
- E. Peuvent être causées par une arme à feu

23 Les lésions artérielles circonférentielles :

- A. Concernent la totalité des tuniques de la paroi vasculaire
- B. Les berges de la paroi se rétractent assurant temporairement une hémostase
- C. C'est une forme des lésions artérielles latérales
- D. Sont toujours associées à des lésions veineuses
- E. Se compliquent souvent de faux anévrysmes

24 La tétrade de GRIFFITH comporte les éléments suivants :

- A. Absence de pouls
- B. Douleur
- C. Paresthésie
- D. Froideur
- E. Paralysie

Q25 Lors de la prise en charge des plaies vasculaires :

- A. La présence de détresse cardio respiratoire doit être prise en charge en même temps
- B. En cas d'hématome cervical compressif suffoquant : intubation voire trachéotomie
- C. Une restauration artérielle tardive peut être inefficace voire dangereuse
- D. Un état de choc est contrôlé par un remplissage intravasculaire
- E. La dissection carotidienne nécessite toujours une héparinothérapie

2/2

Q26 Une restauration artérielle tardive au-delà de 6 heures d'ischémie complète :

- A. Est toujours bénéfique
- B. Peut-être bénéfique et toujours sans danger imminent
- C. Peut-être bénéfique et dangereuse
- D. Risque d'acidose et insuffisance rénale aiguë
- E. L'amputation peut être réalisée d'emblée en cas de lésions nerveuses irréparables et/ou de lésions associées complexes des parties molles

1/3

Q27 Lors d'un traumatisme grave de la queue du pancréas, quel est le geste chirurgical à réaliser ?

- A. Une duodéno pancréatectomie céphalique
- B. Une pancréatectomie caudale
- C. Une sphéno pancréatectomie caudale
- D. Une pancréatectomie centrale
- E. Une pancréatectomie totale

✓

Q28 Un hématome sous capsulaire splénique occupant 60% de la surface de l'organe est classé selon AAST comme :

- A. Grade I
- B. Grade II
- C. Grade III
- D. Grade IV
- E. Grade V

X

Q29 Une perforation iléale punctiforme traumatique nécessite le geste chirurgical suivant :

- A. Une dérivation iléo-iléale
- B. Une suture de la perforation
- C. Une résection du segment intestinal suivie d'une anastomose
- D. Une iléostomie sur baguette
- E. Une réparation suivie d'une iléostomie de protection

X

Q30 Le score de GENEVE :

- A. Permet d'évaluer la probabilité clinique d'une embolie pulmonaire
- B. Évalue la mortalité intra hospitalière chez les malades admis pour embolie pulmonaire
- C. Évalue la mortalité dans le pré hospitalier chez les malades admis pour embolie pulmonaire
- D. Permet à lui seul de poser le diagnostic d'une embolie pulmonaire
- E. Évalue uniquement la probabilité d'une embolie pulmonaire chez les malades présentant une pathologie néoplasique

✓

Université Constantine 3
Faculté de Médecine

Année Universitaire 2015-2016

6^{ème} année de médecine - Module des Urgences Médico-Chirurgicales

Dimanche 11 juin 2017

10h

CORRIGE – TYPE

- R1 : B
R2 : A, E
R3 : C, E
R4 : A
R5 : D
R6 : A, C, D, E
R7 : B, C, D, E
R8 : C
R9 : A, C, E
R10 : A, D, E
R11 : A, B, C
R12 : B, C
R13 : A, B, D
R14 : A, B, C
R15 : C
R16 : D
R17 : E
R18 : A, B, C, D, E
R19 : A, B, C, D
R20 : B, E
R21 : A, B
R22 : A, D, E
R23 : A, B
R24 : A, B, D, E
R25 : A, B, C, D
R26 : C, D, E
R27 : C
R28 : C
R29 : B
R30 : A

عبد السلام بن معطي
أستاذ في الأقسام الطبية