

Élément d'épreuve:73c17c85-a894-48d2-b1cb-213e61098427

Question 1 : (Type: QRU)

Vous êtes médecin du SAMU et évaluez au domicile M. X, patient âgé de 65 ans pour une dyspnée aiguë fébrile. Cliniquement, M. X présente des troubles de la vigilance avec score de glasgow estimé à 9/15. La fréquence respiratoire est de 40 cycles/minute, la saturation pulsée en O₂ à 84% en air ambiant, la fréquence cardiaque à 140 battements par minutes, la tension artérielle à 80/30 mmHg. On note une fièvre à 39.5°C. A l'examen physique, M. X présente une cyanose et des marbrures généralisées. Il existe une diminution franche du murmure vésiculaire à la base pulmonaire gauche associée à des râles crépitants. Les bruits du cœur sont rapides, réguliers et sans souffles perçus.

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Commentaire
pédagogique de
correction:

Le tableau est typique d'une pneumopathie franche lobaire aiguë (cf. item).
Les signes de gravité présents étaient : Respiratoire (tachypnée à 40/min, cyanose avec désaturation à 84% en air ambiant), hémodynamique (tachycardie à 140/min, hypotension artérielle Tension Artérielle Systolique < 90mmHg et signes d'hypoperfusion périphérique avec marbrures) et neurologique (troubles de la conscience/vigilance).

- ☐ Faux A. Pneumothorax compressif
- ☐ Faux B. Embolie pulmonaire grave
- ☒ Valide C. Pneumopathie franche lobaire aigue
- ☐ Faux D. Dissection thoracique
- ☐ Faux E. Infarctus du myocarde

Question 2 : (Type: QRM)

Vous êtes pneumologue et recevez en consultation M. A, 20 ans, adressé par son médecin traitant pour une suspicion d'asthme allergique. A l'interrogatoire, M. A présente des épisodes de toux chroniques nocturnes et matinales depuis plusieurs mois survenant plusieurs fois par semaine, particulièrement au printemps. Il décrit par ailleurs la survenue d'épisodes de dyspnée aiguë paroxystique avec sifflements perçus par le patient et son entourage. Il n'a jamais consommé de tabac ni de cannabis. Il vous rapporte que son état respiratoire s'est dégradé depuis que sa compagne a ramené son chat au domicile. Enfin, il vous déclare que son frère et sa soeur présentent un asthme allergique aux acariens, tout comme leur père.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous pour étayer votre principale hypothèse diagnostique (asthme allergique) ?

Commentaire pédagogique
de correction:

Au vu de la suspicion de la suspicion diagnostique d'asthme allergique, ici probablement aux allergènes de chat (aggravation à l'arrivée du chat) +/- pollens (aggravation au printemps).
La TDM thoracique est disproportionnée et inadaptée au diagnostic positif de l'asthme, particulièrement dans ce cadre de forte suspicion diagnostique.
La spirométrie lente ne permet pas de mettre en évidence un trouble ventilatoire obstructif, clé du diagnostic de l'asthme.
Le test cutané allergologique et la recherche d'IgE spécifiques permettent d'objectiver une sensibilisation qui, associée à une symptomatologie concordante, attesteront du caractère allergique de l'asthme (diagnostic étiologique)
La spirométrie forcée avec test de réversibilité aux bêta-2 mimétiques de courte durée d'action est essentielle pour objectiver un

trouble ventilatoire obstructif réversible qui étayera l'hypothèse d'asthme.

- ☐ Faux A. Tomodensitométrie thoracique avec injection de produit de contraste
- ☐ Faux B. Spirométrie lente
- ☒ Valide C. Test cutané allergologique
- ☒ Valide D. Recherche IgE spécifiques (pneumallergènes)
- ☒ Valide E. Spirométrie forcée avec test de réversibilité aux bêta-2 mimétiques

Question 3 : (Type: QROC)

Quel est l'agent infectieux le plus fréquemment incriminé dans les pneumopathies aiguës communautaires de l'adulte hospitalisé avec présentation franche lobaire aiguë ?
(réponse tout en minuscule)

Réponses valides

streptococcus pneumoniae

Cf. cours item 154

Propositions de réponses incomplètes

Pondération 1 : pneumocoque

Pondération 1 : pneumococque

Pondération 0 :

Question 4 : (Type: QRM)

Vous êtes médecin urgentiste et allez examiner M. P., patient de 23 ans consultant au service d'accueil des urgences pour la prise en charge d'une dyspnée aiguë. A votre entrée dans le box, M. P. présente un tableau de détresse respiratoire (fréquence respiratoire à 35/minute) avec saturation pulsée en O₂ à 89% en air ambiant. La fréquence cardiaque est à 120/min, la tension artérielle à 90/60mmHg. Vous notez une hypomotilité significative de l'hémithorax droit. Le murmure vésiculaire est asymétrique, franchement diminué à droite. Il existe un tympanisme à la percussion de l'ensemble de l'hémithorax droit. Les bruits du coeur sont réguliers et sans souffle perçu.

L'infirmière met en place une oxygénothérapie aux lunettes à 6L/min permettant de faire remonter la saturation à 95% sans réelle amélioration de la fréquence respiratoire. Des troubles de la vigilance commence à s'installer (score de glasgow à 13-14/15).

Que faites-vous ?

Commentaire pédagogique de correction:

Il s'agit d'un tableau fortement évocateur de pneumothorax droit compressif avec signes de gravité immédiate. Aucun examen complémentaire ne saurait retarder l'exsufflation au vu du risque de décès par arrêt cardiorespiratoire. L'exsufflation à l'aiguille est privilégiée dans un premier temps par rapport au drainage thoracique du fait de sa réalisation plus rapide. La réalisation d'une radiographie thoracique en expiration est INACCEPTABLE du fait du risque majeur de majoration du pneumothorax et de son caractère inutile au diagnostic positif.

- ☐ Inacceptable A. Radiographie thoracique de face en expiration profonde
- ☒ Indispensable B. Exsufflation pleurale droite immédiate à l'aiguille
- ☐ Faux C. Bilan de coagulation avant tout geste : TP et TCA ratio

- ☐ *Faux* D. Drainage thoracique latéral technique de Seldinger (pleurocath)
- ☐ *Faux* E. Echographie pleurale

Question 5 : (Type: QRU)

Vous êtes médecin pneumologue et prenez en charge en hospitalisation conventionnelle M. H., patient de 65 ans, pour l'exploration d'une altération d'une dyspnée chronique associée à une altération de l'état général (asthénie, anorexie et perte de 15 kilogrammes en 6 mois). Après synthèse de votre examen clinique et réalisation des examens complémentaires de première intention, vous concluez à une bronchopneumopathie obstructive liée au tabac (trouble ventilatoire obstructif non réversible avec VEMS à 80% de la valeur prédite) et mettez en évidence une lésion suspecte de 3 cm à la radiographie thoracique. Votre bilan complémentaire vous permet finalement de diagnostiquer un carcinome épidermoïde bronchique développé au dépens de la bronche lobaire supérieure droite. Vous êtes actuellement en attente du bilan d'extension et des compléments d'évaluation moléculaire de la néoplasie. Vous êtes sollicité par votre interne lors de la contre-visite pour M. H qui présente depuis ce matin des hémoptysies. Deux épisodes ont été objectivés avec remplissage d'un verre chacun.

Lors de votre évaluation clinique,

M. H est eupénique au repos avec une saturation de 95% en air ambiant. Il n'y a pas de signe de détresse respiratoire ni de signe de gravité hémodynamique ou neurologique associé.

Ayant accès à l'ensemble des stratégies thérapeutiques symptomatiques suivantes, laquelle allez-vous privilégier dans le cas présent ?

**Commentaire
pédagogique de
correction:**

Il s'agit d'un tableau d'hémoptysie de moyenne abondance survenant sur un terrain respiratoire de BPCO avec altération légère de la fonction respiratoire sans autre signe de gravité immédiate avec hypothèse diagnostique positive disponible (tumeur maligne bronchique). Absence d'indication à l'oxygénothérapie en l'absence d'hypoxie..L'anticoagulation curative est à la fois non indiquée ET contre-indiquée. Le traitement endoscopique d'hémostase n'est plus utilisé en pratique clinique courante au profit de l'embolisation artérielle bronchique. Le traitement chirurgical d'hémostase d'emblée semble disproportionné et de plus, le bilan d'extension n'a pas encore été réalisé (atteinte métastatique méconnue ?).

- ☐ *Faux* A. Oxygénothérapie au masque à haute concentration
- ☐ *Faux* B. Anticoagulation curative par HBPM
- ☒ *Valide* C. Embolisation des artères bronchiques
- ☐ *Faux* D. Traitement endoscopique d'hémostase
- ☐ *Faux* E. Traitement chirurgical d'hémostase (lobectomie supérieure droite)