

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

ANNEE D'ETUDES **FGSM2**

**Examen session 2 : UE9 SEMEIOLOGIE 2**

Date : **Mardi 28 juin 14h00-15h30**

Enseignant Responsable : Professeur Ch. BROUSSOLLE

Type d'épreuve : **Q.R.M.- Q.R.U**

Durée de l'épreuve : **1 heure 30**

Notation : **S/20**

Le fascicule comporte 14 page(s), numérotées de 1 à 14 :

Nom du candidat : .....

Prénom : .....

N° de place : .....

Signature

INSTRUCTIONS POUR L' EPREUVE

Usage de la calculatrice  oui  
 non

1. Assurez-vous que votre fascicule est complet : les pages doivent se suivre sans interruption.
2. Ce fascicule devra obligatoirement être rendu avec la grille de réponse à la fin de l'épreuve.
3. Les questions QRM sont à REPONSES MULTIPLES Les questions QRU sont à REPONSES UNIQUES. Chaque question comporte cinq propositions.
4. **Vous devez cocher sur la grille de réponse uniquement les propositions exactes de 0 à 5 possibilités par question.**
5. Toute marque qui apparaît en dehors des emplacements qui vous sont réservés peut motiver un zéro à votre épreuve.
6. Communications : depuis l'instant où vous aurez reçu votre cahier d'épreuves jusqu'à celui où vous aurez rendu la grille de réponse optique, **toute communication est interdite** quel qu'en soit le prétexte ou la nature. En cas de besoin, adressez-vous exclusivement aux surveillants présents dans la salle.

**Attention !** Vos réponses portées sur la grille de réponse QCM seront lues par un procédé optique qui implique obligatoirement que les cases correspondantes soient franchement et entièrement noircies et non pas seulement très légèrement ou partiellement crayonnées.

## QRM : une ou plusieurs réponses justes

### Cas clinique n°1 :

Enoncé : Une femme de 35 ans vient à votre consultation pour une asthénie intense, permanente, apparue depuis 1 mois. L'interrogatoire révèle un amaigrissement associé

#### QRM N°1 :

Parmi les signes cliniques suivants, le(s)quel(s) vous oriente(nt) vers une hyperthyroïdie ?

- A. Thermophobie
- B. Palpitations
- C. Polydipsie
- D. Crampes musculaires
- E. Anorexie

#### QRM N°2 :

Parmi les signes d'examen clinique suivants, le(s)quel(s) vous orientent vers une hyperthyroïdie?

- A. Tachycardie
- B. Tremblement des extrémités
- C. Amyotrophie
- D. Hypersudation
- E. Macroglossie

#### QRM N°3 :

Parmi les signes d'examen clinique suivants, le(s)quel(s) vous oriente(nt) vers une maladie de Basedow ?

- A. Goître diffus et homogène
- B. Exophtalmie
- C. Œdème palpébral
- D. Myxoedème pré-tibial
- E. Goître vasculaire

#### QRM N°4 :

Parmi les examens complémentaires suivants, le(s)quel(s) demandez-vous pour confirmer le diagnostic de maladie de Basedow?

- A. Dosage des transaminases
- B. Dosage de la glycémie à jeun
- C. Dosage de la cholestérolémie totale
- D. Recherche d'anticorps anti-récepteur de TSH
- E. Dosage de la calcémie

#### QRM N°5 :

Parmi les complications suivantes, la(es)quelle(s) peuvent s'observer au cours d'une maladie de Basedow ?

- A. Insuffisance coronarienne
- B. Insuffisance cardiaque
- C. Fibrillation auriculaire
- D. Ostéoporose
- E. Péricardite

### Cas clinique n° 2 :

Enoncé : Une femme de 70 ans vient à votre consultation pour l'aggravation, depuis quelques semaines, d'une constipation ancienne. Ses exonérations sont difficiles avec des selles seulement tous les 4 à 5 jours. Cette patiente ne vous signale pas d'antécédent particulier.

QRM N°6 :

Vous recherchez à l'interrogatoire des facteurs favorisant l'aggravation d'une constipation. Parmi les facteurs suivants, le(s)quel(s) peuvent aggraver une constipation ?

- A- Alitement
- B- Régime riche en fibres
- C- Prise d'opiacés
- D- Présence d'hémorroïdes douloureuses
- E- Régime riche en graisses

QRM N°7 :

L'examen clinique ne montre pas d'anomalie. Vous donnez des conseils hygiéno-diététiques à votre patiente pour améliorer son transit. Vous lui demandez de revenir en consultation dans un mois afin de juger de l'évolution clinique. Au bout d'un mois, la constipation persiste inchangée. Parmi les examens de laboratoire suivants, le(s)quel(s) prescrivez-vous à ce stade ?

- A- Coprocultures
- B- Examen parasitologique des selles
- C- Hémogramme
- D- Dosage de graisses dans les selles
- E- Dosage des phosphatases alcalines

QRM N° 8 :

Les examens biologiques montrent une anémie. Vous faites doser la ferritinémie. Vous diagnostiquez une anémie ferriprive. Vous revoyez votre patiente en consultation dont la constipation n'est pas améliorée. Elle vous apprend qu'elle avait eu, 7 à 8 ans auparavant, un examen intestinal pour sa constipation ancienne qui avait montré des polypes dans l'intestin. Parmi les examens suivants, le(s)quel(s) prescrivez-vous à ce stade ?

- A- Rectosigmoïdoscopie
- B- Echographie abdominale
- C- IRM pelvienne
- D- Lavement baryté
- E- Iléocolonoscopie totale

QRM N°9 :

Les examens complémentaires révèlent un cancer du caecum. Parmi les propositions suivantes relatives au cancer colique, la(es)quelle(s) est (sont) exacte(s) ?

- A- Il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme
- B- L'âge moyen de survenue est de 70 ans
- C- Il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome développé aux dépens des glandes de Lieberkühn
- D- Il peut compliquer une diverticulose colique
- E- Il peut compliquer une maladie colique inflammatoire, rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn

QRM N°10 :

Parmi les complications suivantes, la(es)quelle(s) peut(vent) survenir au cours de l'évolution d'un cancer colique ?

- A- Hématémèses
- B- Occlusion intestinale
- C- Perforation intestinale
- D- Méléna
- E- Métastases hépatiques

### Cas clinique 3 :

Enoncé : Madame A, 45 ans vous consulte pour une fièvre à 39°C évoluant depuis 24 heures. Dans ses antécédents, on note une appendicectomie et une dépression il y a 5 ans. Il existe des céphalées et des frissons.

#### QRM N°11 :

Votre collègue suspecte une méningite. Quel(s) signe(s) clinique(s) conforterai(en)t ce diagnostic ?

- A-raideur de la nuque
- B-photophobie
- C-céphalées matinales
- D-nausées
- E-purpura

#### QRM N°12 :

En cas de suspicion de méningite, quelle(s) situation(s) contre-indiquerai(en)t la pratique d'une ponction lombaire ?

- A-crise d'épilepsie
- B-hémiplégie brachio-faciale
- C-score de Glasgow = 14
- D-signe de Brudzinski
- E-signe de Kernig

#### QRM N°13 :

Quel(s) résultat(s) de la ponction lombaire orienterai(en)t vers une méningite virale ?

- A-liquide clair
- B-protéinorachie = 0,4 g/L (N<0,45)
- C-glycorrhachie = 0,5 mmol/L
- D-lymphocytes = 80% (leucocytes = 100 éléments/mm<sup>3</sup>)
- E-toutes les réponses sont fausses

#### QRM N°14 :

Il n'y a pas de signe clinique de méningite et vous ne réalisez pas de ponction lombaire. Que recherchez-vous plus particulièrement à l'interrogatoire et l'examen clinique ?

- A-tympan bombant et inflammatoire
- B-voyage récent en zone tropicale
- C-diminution du pouls temporal
- D-douleur basi-thoracique
- E-souffle cardiaque

#### QRM N°15 :

Quel(s) signe(s) orienterai(en)t vers une infection urinaire ?

- A-brûlures mictionnelles
- B-hématurie macroscopique
- C-douleur d'une fosse lombaire
- D-leucocyturie à la bandelette
- E-urines fréquentes (>6/jour)

#### QRM N°16 :

L'examen clinique est le suivant. Quelle(s) pathologie(s) suspectez-vous alors ?



- A-thrombose veineuse profonde
- B-érysipèle
- C-insuffisance veineuse
- D-lymphangite
- E-fasciite nécrosante

**Cas clinique 4 :**

Enoncé : Vous êtes de garde aux urgences. L'infirmière d'accueil et d'orientation vient vous voir car une patiente de 56 ans se présente pour dyspnée.

QRM N°17 :

Quelle est la première question que vous devez lui poser à ce stade ?

- A. Existe-t-il un facteur déclenchant à cette dyspnée ?
- B. La dyspnée est-elle aggravée en position allongée ?
- C. La dyspnée est-elle aiguë ou chronique ?
- D. La dyspnée s'accompagne-t-elle d'un wheezing ?
- E. La dyspnée s'accompagne-t-elle d'une fièvre ?

QRM N°18 :

Quelle est la constante la plus importante, à mesurer immédiatement s'il s'agit d'une dyspnée aiguë ?

- A. Le pouls
- B. La tension artérielle
- C. Le score de Glasgow
- D. La saturation
- E. La température

QRM N°19 :

Quel(s) est(sont) le(s) élément(s) de l'examen clinique qu'il est systématiquement nécessaire de pratiquer devant une dyspnée aiguë ?

- A. Mesure de la température
- B. Auscultation pulmonaire
- C. Recherche d'œdème des membres inférieurs
- D. Examen du cuir chevelu
- E. Mesure de la fréquence respiratoire

QRM N°20:

Quel(s) signe(s) clinique(s) est(sont) typiquement associé(s) à une dyspnée inspiratoire ?

- A. Cornage
- B. Wheezing
- C. Crépitant
- D. Râles bronchiques
- E. Souffle pleurétique

QRM N°21:

La(es)quelle(s) de ces pathologies sont responsables de dyspnée aigue expiratoire ?

- A. Pneumothorax
- B. Embolie pulmonaire
- C. Asthme
- D. Exacerbation de BPCO
- E. Oedeme de Quincke

QRM N°22 :

Quel test fonctionnel permet de rechercher et d'objectiver une dyspnée d'effort ?

- A. Spirométrie
- B. Gazométrie artérielle
- C. Dosage des D-Dimères
- D. Test de marche sur 6 minutes
- E. Radiographie pulmonaire

QRM N°23 :

Quel(s) moyen(s) d'évaluation de la dyspnée chronique d'origine respiratoire connaissez-vous ?

- A. Classification NYHA
- B. Score de Borg
- C. Score mMRC
- D. Classification de GOLD
- E. Score de BOLD

### Cas clinique 5

Enoncé : Monsieur AB, 75 ans, se plaint d'une douleur du mollet droit depuis 3 jours. Il a eu il y a une semaine une néphrectomie pour un cancer du rein.

Il avait eu une thrombose veineuse poplitée gauche il y a 5 ans lors d'une prothèse totale de genou droit.

Il pèse 85 kg et mesure 1m60 (indice de masse corporelle 33).

A l'examen, vous notez un œdème de la cheville, de la jambe et de la cuisse à droite.

QRM N°24 :

Parmi les causes suivantes, quelles sont celles qui peuvent expliquer la survenue brutale d'un œdème unilatéral d'un membre inférieur?

- A. Arthrite du genou
- B. Varices
- C. Insuffisance cardiaque
- D. Thrombose veineuse profonde
- E. Malformation artério-veineuse

QRM N°25 :

Devant le tableau clinique du patient, vous suspectez

- A. Une lymphangite sur lymphœdème congénital
- B. Une algo-neuro-dystrophie

- C. Un descellement du matériel d'ostéosynthèse
- D. Une thrombose veineuse profonde proximale
- E. Une thrombose veineuse profonde distale

**QRM N°26 :**

Parmi les situations suivantes, quelles sont celles qui exposent un patient à un risque de thrombose veineuse profonde ?

- A. Chirurgie orthopédique
- B. Chirurgie carcinologique
- C. Immobilisation plâtrée
- D. Alitement de 3 jours ou plus
- E. Petit poids

**QRM N°27 :**

Afin de confirmer votre hypothèse diagnostique, vous prescrivez :

- A. Un dosage des DDimères
- B. Une échographie cardiaque
- C. Un échodoppler veineux des membres inférieurs
- D. Un angioscanner des veines des membres inférieurs
- E. Un angioscanner pulmonaire

**QRM N°28 :**

Vous recherchez un syndrome post-phlébitique au niveau du membre inférieur gauche. Quels sont les signes cliniques qui peuvent vous orienter vers ce diagnostic ?

- A. Lourdeur et œdème du membre inférieur en fin de journée
- B. Dermite ocre
- C. Corona phlebectatica
- D. Abolition des poulx distaux
- E. Ulcère de jambe en carte de géographie spontanément très algique

**Cas clinique 6 :**

Enoncé : Un homme de 75 ans sans antécédent connu se plaint depuis 3 mois d'une douleur thoracique qui apparaît dès qu'il marche 200 m et qui disparaît à l'arrêt de la marche, douleur médio-thoracique sans irradiation. Il ne se plaint d'aucun autre symptôme et ne prend aucun médicament.

**QRM N°29 :**

Quels sont les deux diagnostics les plus probables ?

- A/ une péricardite chronique
- B/ une insuffisance cardiaque droite
- C/ une angine de poitrine
- D/ un rétrécissement aortique
- E/ des accès de fibrillation atriale

**QRM N°30 :**

Par quels moyens pourra-t-on rechercher une possible affection valvulaire ?

- A/ échographie cardiaque
- B/ auscultation précordiale
- C/ électrocardiogramme à l'effort
- D/ palpation précordiale
- E/ exploration fonctionnelle respiratoire

QRM N°31 :

Une affection valvulaire est écartée

Quels examens non invasifs peuvent apporter des informations sur l'origine des symptômes ?

A/ radiographie thoracique

B/ scintigraphie pulmonaire de perfusion et de ventilation

C/ électrocardiogramme de repos

D/ électrocardiogramme à l'effort

E/ scintigraphie myocardique d'effort

QRM N°32 :

L'exploration réalisée conclut à une forte probabilité de sténose coronaire.

Quel examen permettra de la confirmer et éventuellement de la traiter dans le même temps ?

A/ scanner coronaire

B/ Coronarographie

C/ IRM cardiaque

D/ ponction du péricarde

E/ médiastinoscopie

QRM N°33 :

La sténose coronaire est confirmée.

Quels dosages biologiques seront utiles à une meilleure prise en charge ultérieure ?

A/ troponinémie

B/ glycémie

C/ BNP (brain natriuretic factor)

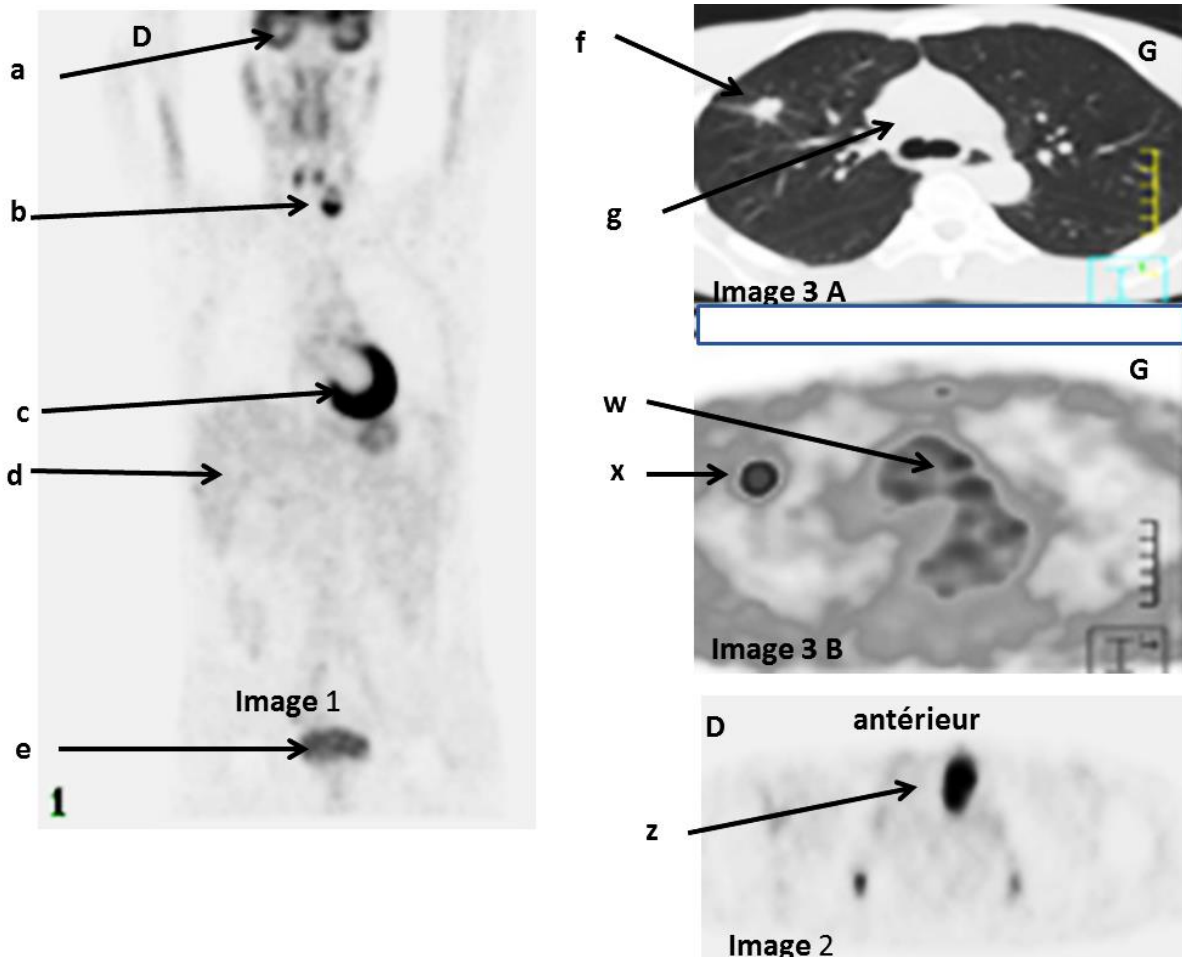
D/ cholestérolémie et LDL-cholestérolémie

E/ TSH

### **Cas clinique 7 :**

Enoncé : Une patiente de 52 ans vient dans le service de Médecine Nucléaire pour passer un examen prescrit par son endocrinologue pour un problème thyroïdien (NB : différents types d'examen de médecine nucléaire peuvent être utiles pour la pathologie thyroïdienne présentée). Les images correspondant à cet examen figurent ci-dessous





QRM N°34 :

A quel(s) type(s) d'examen peut correspondre l' image 1 :

- A. Une scintigraphie à l'iode 131
- B. Une scintigraphie à l'iode 123
- C. Une scintigraphie à la mIBG I131(métaiodobenzylguanidine I131)
- D. Une scintigraphie au iodocholesterol I131
- E. Une TEP au 18 FDG (fluorodexoxyglucose 18F)

QRM N°35 :

Sur l'image 1, quels sont les fixations qui sont physiologiques (non pathologiques, sans rapport avec la pathologie du patient) désignés par les flèches a b c d e

- A. Fleche a
- B. Fleche b
- C. Fleche c
- D. Fleche d
- E. Fleche e

QRM N°36 :

Sur l' image 2;

- A. Il s'agit d'une image de fusion passant par le cou
- B. Il s'agit d'une coupe transverse de scanner X passant par le cou
- C. Il s'agit d'une coupe transverse scintigraphique passant par le cou
- D. Le foyer de fixation désigné par la fleche z sur l'image 2 correspond au foyer de fixation désigné par la fleche b sur l'image 1
- E. Le foyer de fixation désigné par la fleche z sur l'image 2 se situe très probablement dans la loge thyroïdienne

**QRM N°37 :**

Sur les images 3A et 3B : figurent des coupes transverses acquises au cours du même examen

- A. L'image 3A est une coupe de scanner passant par le thorax
- B. L'image 3B est dans le même plan de coupe que l'image 3A
- C. Le foyer désigné par la flèche x sur l'image 3B correspond au foyer désigné par la flèche f sur l'image 3A
- D. Les images 3A et 3B correspondent au même patient que les images 1 et 2
- E. Sur l'image 3B La plage sombre désignée par la flèche w correspond à une activité physiologique vasculaire

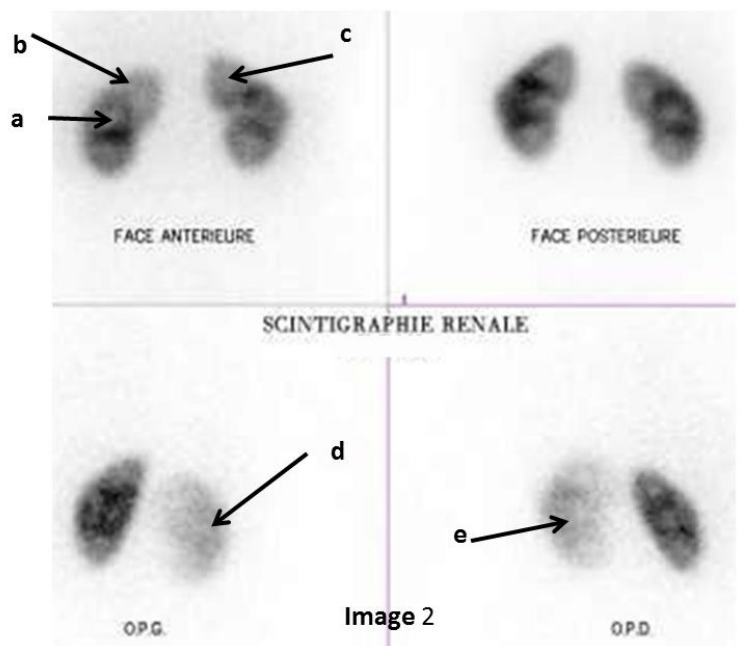
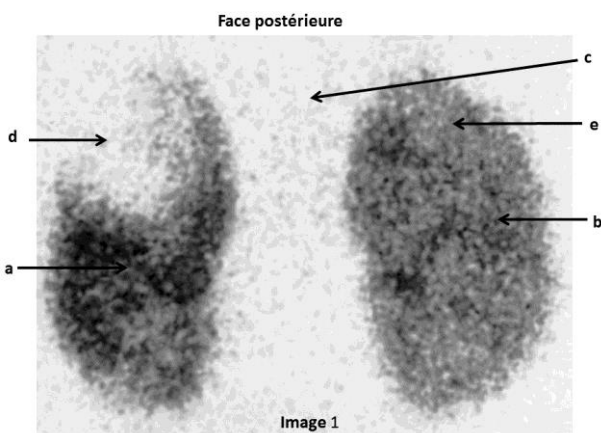
**QRM N°38 :**

Compte tenu du type d'examen réalisé, à quel(s) type(s) de pathologie(s) de la thyroïde peuvent correspondre son indication ?

- A. Une Maladie de Basedow
- B. Un nodule thyroïdien suspect de néoplasie
- C. Une hypothyroïdie
- D. Un goître multi-hétéro-nodulaire bénin
- E. Un cancer de la thyroïde

**Cas clinique 8 :**

Enoncé : Un jeune patient 18 ans vient dans le service de Médecine Nucléaire pour passer un examen prescrit par son médecin traitant dans les suites d'une pyélonéphrite (infection rénale). Ce patient avait déjà passé un premier examen, avant traitement antibiotique, dont une des 4 images est l'image 1. L'image 2 représente la totalité des clichés effectués lors du 2<sup>ème</sup> examen à la fin du traitement pour vérifier son efficacité et apprécier l'existence d'éventuelles séquelles.



QRM N°39 :

A quel(s) type(s) d'examen peut correspondre l' image 2:

- A. Une scintigraphie au DMSA-99mTc (acide dimercaptosuccinique)
- B. Une scintigraphie dynamique au MAG3-99mTc (traceur essentiellement tubulaire)
- C. Une scintigraphie à la mIBG I131(métaiodobenzylguanidine I131)
- D. Une vue centrée d'un examen au MIBI-99mTc (isonitrile marqué au 99mTc)
- E. Une vue centrée d'un examen TEP au 18FDG (fluorodexoxyglucose 18F)

QRM N°40 :

Sur l'image 1

- A. La fleche a correspond au rein droit
- B. La fleche b correspond à une fixation corticale rénale du traceur
- C. La fleche b correspond à une élimination urinaire dans les cavités calicielles du traceur
- D. La fleche c correspond à une activité diffuse extrarénale physiologique, qu'on appelle le bruit de fond
- E. La fleche d correspond à une hyperfixation pathologique du traceur

QRM N°41 :

Sur l' image 2 ;

- A. les clichés présentés correspondent à la partie scintigraphique d'une acquisition SPECT-CT (TEMP-TDM)
- B. Les clichés présentés correspondent à la partie scintigraphique d'une acquisition PET-CT (TEP-TDM)
- C. Il s'agit de clichés angioscintigraphiques
- D. Tous les clichés acquis lors du deuxième étant représentés sur l'image 2, il s'agit d'une acquisition dynamique
- E. Les clichés acquis lors du deuxième étant représentés sur l'image 2 ont été acquis plusieurs heures après injection du traceur

QRM N°42 :

Sur l'image 2 :

- A. La fleche a correspond au rein droit
- B. La fleche b sur l'image 2 correspond à la région rénale designée par la flèche e sur l'image 1
- C. En comparant les régions rénales designée par la flèche c sur l'image 2 et la fleche d sur l'image 1, on peut dire que la fixation s'est améliorée ou normalisée
- D. Les flèches d et e montrent des hypoactivités de la totalité du rein droit car il est hypofonctionnel
- E. L'aspect asymétrique des 2 reins observé sur les incidences d'ODG et d'OPD est dû à la profondeur différente de chaque rein par rapport au détecteur

QRM N°43 :

En scintigraphie rénale, différents traceurs sont utilisables ; on explore de façon habituelle, :

- A. Une obstruction de l'artère rénale à l'aide d'une scintigraphie ne comportant que des clichés statiques
- B. Des syndromes de jonction (rétrécissement provoquant une dilatation des cavités pyélocalicielles) à l'aide d'une acquisition dynamique
- C. Une cicatrice d'infection du cortex rénal à l'aide d'une scintigraphie ne comportant que des clichés statiques
- D. Une nécrose d'un greffon rénal par sténose de l'artère nourricière avec une acquisition dynamique
- E. Une asymétrie de la fonction tubulaire entre le rein droit et le rein gauche à l'aide d'une scintigraphie ne comportant que des clichés statiques

## Cas clinique 9 :

Enoncé commun aux QRM 44 à 48.

Un de vos patients, âgé de 32 ans, qui a toujours eu un très bon état général vous consulte pour une angine rouge fébrile. Vous lui prescrivez 1g/j d'amoxicilline pendant 8 jours et du paracétamol. Dès que la fièvre est tombée, il arrête le traitement. Cependant, il revient vous consulter quelques jours plus tard en raison d'œdèmes des membres inférieurs, d'une prise de poids inexplicquée et d'une oligurie. Vous trouvez une tension artérielle à 170/80 mm Hg et des œdèmes des membres inférieurs qui prennent le godet. Vous prescrivez un bilan biologique dont les résultats sont les suivants :

Ionogramme plasmatique (Pl) à jeun :

Pl	Sodium	131	mmol/l
Pl	Potassium	4,2	mmol/l
Pl	Protéines	51	g/l
Pl	Glucose	4,8	mmol/l
Pl	Calcium	2,02	mmol/l

QRM N°44 :

Les résultats indiquent :

- A- Une légère hyponatrémie.
- B- Une kaliémie normale.
- C- Une protéinémie normale.
- D- Une glycémie élevée.
- E- Une vraie hypocalcémie.

QRM N°45 :

En fonction des résultats biologiques et de la clinique, il présente un tableau de :

- A- Déshydratation intracellulaire.
- B- Déshydratation extracellulaire.
- C- Hyperhydratation intracellulaire.
- D- Hyperhydratation extracellulaire.
- E- Son état d'hydratation est normal.

Les autres résultats du bilan initial sont les suivants :

Pl	Urée	8,1	mmol/l	
Pl	Créatinine	130	µmol/l	
Pl	Albumine	27	g/l	
Sang	Erythrocytes	5,0	T/L	N : 4,2 – 5,2
Sg	Leucocytes	13,2	G/L	N : 4 - 10
Sg	Plaquettes	326	G/L	N : 150 - 450

Examen urinaire : absence d'hématurie, protéinurie : 4,1 g/l

QRM N°46 :

D'après les antécédents du patient et l'ensemble du bilan, vous suspectez :

- A- Une insuffisance rénale aigue.
- B- Une insuffisance rénale chronique.
- C- Un syndrome néphrotique pur.
- D- Un syndrome néphrotique impur.
- E- Une glomérulo-néphrite post-streptococcique.

QRM N°47 :

Pour affirmer/infirmier la présence d'un syndrome néphrotique, vous prescrivez une électrophorèse des protéines.

En cas de syndrome néphrotique, l'électrophorégramme devrait montrer :

- A- Une hyperalbuminémie.
- B- La présence d'un pic monoclonal.
- C- Une baisse de la fraction  $\alpha_2$ -globulines.
- D- Une augmentation de la fraction  $\alpha_2$ -globulines.
- E- Une fraction  $\gamma$ -globulines normale.

QRM N°48 :

Le bilan lipidique sérique donne les résultats suivants :

Cholestérol total      7,5      mmol/l

Triglycérides          2,0      mmol/l

Votre interprétation du bilan est la suivante :

- A- Le patient présente une hypertriglycémie.
- B- Le patient présente une hypercholestérolémie.
- C- Les anomalies du bilan lipidique sont primitives et vous allez rechercher un tableau mixte de type IIa (selon la classification de Fredrickson).
- D- Les anomalies du bilan lipidique sont primitives et vous allez rechercher un tableau mixte de type IIb (selon la classification de Fredrickson).
- E- Les anomalies du bilan lipidique sont secondaires et fréquemment observées dans le tableau clinico-biologique du patient.

### Cas clinique 10 :

Enoncé commun aux QRM 49 à 53.

Un jeune homme de 19 ans, d'origine africaine, arrive aux urgences dans un état stuporeux, pour un syndrome douloureux abdominal avec des vomissements incoercibles évoluant depuis 48h. La personne qui l'accompagne signale un amaigrissement massif ces dernières semaines, une soif inhabituelle et une pollakiurie nocturne.

Examen clinique :

Température :            37,6°C

PA :                        90/60 mm Hg

Pas de signes de localisation neurologique

Absence de défense abdominale, ni contracture

Dyspnée à type de polypnée ample et profonde

Tachycardie

Persistance du pli cutané

Examen biologique :

*Ionogramme plasmatique :*

Sodium :                151 mmol/l

Potassium :            5,2 mmol/l

Chlore :                112 mmol/l

Protéines :             88 g/l

Urée :                  18 mmol/l

Bicarbonates :        11 mmol/l

Glycémie :             31 mmol/l

*Gaz du sang artériel :*

pH :                     7,0

PaO<sub>2</sub> :                 92 mm Hg

PCO<sub>2</sub> :                29 mm Hg

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> calculés : 10 mM

Urines :

glycosurie +++

cétonurie +++

QRM N°49 :

D'après le tableau clinique et biologique du patient, on peut estimer que :

- A- La concentration protéique est le reflet d'une déshydratation intracellulaire.
- B- La natrémie est le reflet d'une déshydratation intracellulaire.
- C- La persistance du pli cutané est le reflet d'une hyperhydratation tissulaire.
- D- La pression artérielle est le reflet d'une déshydratation extracellulaire.
- E- Le trouble de l'hydratation est probablement lié à une diurèse osmotique.

QRM N°50 :

Les arguments en faveur d'une découverte d'un diabète sur un tableau d'acido-cétose sont :

- A- Un syndrome polyuro-polydipsique.
- B- Un amaigrissement.
- C- Une hyperglycémie avec glycosurie.
- D- Une cétonurie.
- E- Une hypernatrémie.

QRM N°51 :

Les résultats de l'ionogramme indiquent :

- A- Une hypernatrémie hyperchlorémique.
- B- Une hypernatrémie normo-chlorémique.
- C- Une hypokaliémie.
- D- Une hyperprotéïnémie.
- E- Une augmentation de l'osmolarité calculée.

QRM N°52 :

Les résultats des gaz du sang indiquent :

- A- Une hypercapnie.
- B- Une acidose métabolique non compensée.
- C- Une acidose respiratoire compensée.
- D- Une hypoxémie.
- E- Une diminution des bicarbonates calculés.

QRM N°53 :

Concernant le bilan biologique :

- A- La valeur du trou anionique est élevée.
- B- Ce sont vraisemblablement les corps cétoniques qui sont responsables de la variation du trou anionique.
- C- La variation de la kaliémie est directement liée à l'acidose.
- D- L'administration d'insuline entrainera une diminution de la kaliémie.
- E- La présence de vomissements depuis 48h, en l'absence du tableau d'acido-cétose, devrait faire varier la kaliémie en sens inverse.

