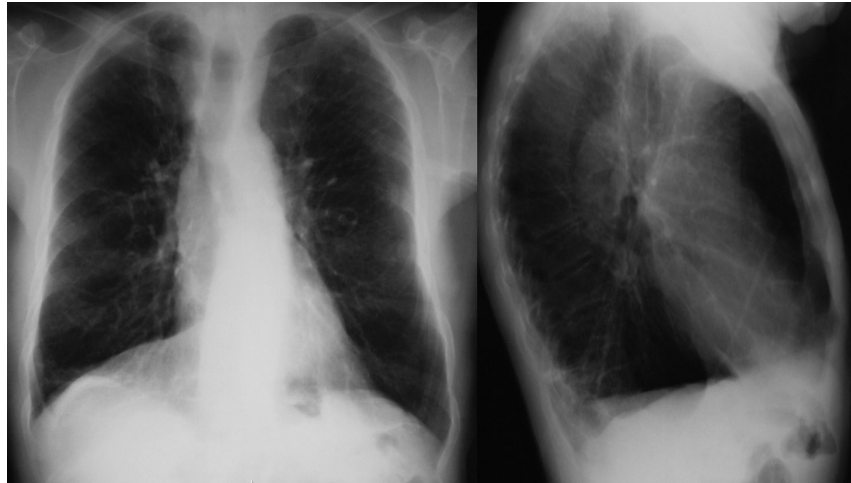


Un patient de 65 ans est amené par sa fille au service des urgences, le patient est très somnolent, ne sait pas où il est et quel jour nous sommes. Il réclame à maintes reprises la visite de son épouse décédée il y a 5 ans. L'interrogatoire de sa fille permet de savoir qu'il s'agit d'un fumeur (1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 16 ans), présentant depuis plusieurs années une toux et une expectoration matinales. Ce patient retraité depuis 5 ans a exercé le métier de mécanicien poids lourd pendant 32 ans. Il réalisait principalement l'entretien des freins et des embrayages. Il se plaint depuis 4 ans d'une dyspnée à l'effort, d'installation progressive. Depuis une semaine, sa dyspnée s'est nettement accentuée, le gênant alors pour faire sa toilette et s'associant à une expectoration sale et à des maux de tête au réveil. Il a beaucoup de mal à s'endormir et se réveille souvent durant la nuit. L'examen clinique aux urgences retrouve des lèvres bleutées, des sueurs profuses, des râles bronchiques symétriques dans les deux champs pulmonaires, une turgescence des veines jugulaires et une rougeur conjonctivale. La paroi antérieure de l'abdomen rentre à chaque inspiration. La pression artérielle est à 160/90 mmHg. Sa température est de 38.2°C. La radiographie thoracique ne retrouve pas de foyer de pneumopathie. Sa fille vous donne un cliché de thorax et des EFR réalisées trois mois plus tôt.

Question 1 (QRM)

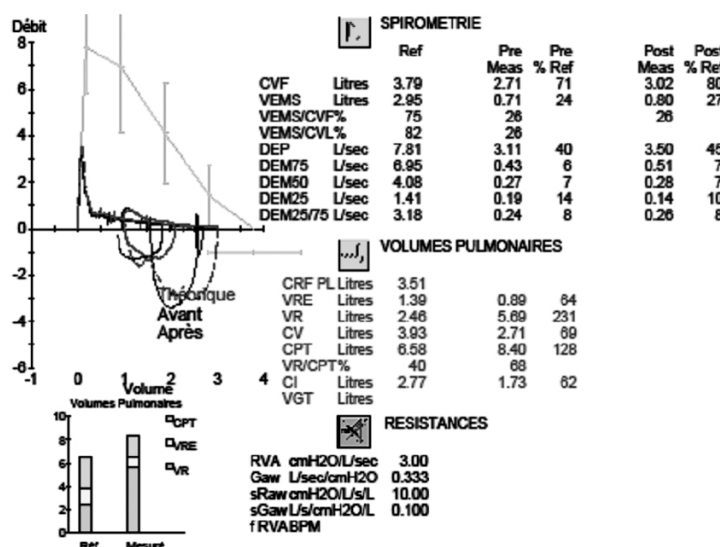
Quelle(s) est(sont) l'(es), affirmation(s) juste(s) concernant le cliché de thorax réalisé trois mois plus tôt ?



- A. aplatissement des coupoles
- B. élargissement de l'espace clair rétro-cardiaque
- C. élargissement de l'espace clair rétro-sternal
- D. épanchement pleural gauche
- E. masse du médiastin postérieur

Réponse : ABC

Question 2 (QRU)



Sur ces EFR, le rapport VEMS/CVF post BD est de

- A. 75%
- B. 34%

- C. 26%
- D. 52%
- E. 66%

Réponse : C

Question 3 (QRM)

Ces EFR mettent en évidence

- A. un trouble ventilatoire obstructif
- B. un trouble ventilatoire restrictif
- C. le trouble ventilatoire est significativement réversible après bronchodilatateurs
- D. une diminution de la compliance pulmonaire
- E. une altération de l'échangeur gazeux

Réponse : A

Question 4 (QRU)

Compte tenu des éléments dont vous disposez vous concluez à **une** insuffisance respiratoire aigüe sur

- A. œdème aigu du poumon
- B. intoxication médicamenteuse volontaire
- C. infarctus pulmonaire
- D. exacerbation aigüe de BPCO
- E. embolie pulmonaire

Réponse : D

Commentaire : dyspnée à l'effort, d'installation progressive sur plusieurs années chez un gros fumeur qui a un TVO non réversible = BPCO. La majoration de la dyspnée + crachats sales oriente vers exacerbation aigüe de BPCO probablement en rapport avec une surinfection bronchique d'origine bactérienne.

Question 5 (QRU)

Dans ce contexte **comment** à quoi rattachez-vous la turgescence des jugulaires

- A. un anasarque
- B. une tamponnade gazeuse
- C. une insuffisance cardiaque droite aigüe
- D. un syndrome cave supérieur
- E. un angio-œdème

Réponse : C

Commentaire : pas de piège ici

Question 6 (QRM)

Quels sont les éléments séméiologiques ici présents qui sont probablement en rapport avec une hypercapnie ?

- A. sueurs
- B. rougeur conjonctivale
- C. turgescence des jugulaires
- D. somnolence
- E. désorientation temporo-spatiale

Réponse : ABDE

Commentaire : pas de piège ici

Question 7 (QRM)

Parmi les éléments thérapeutiques suivants le(s)quel(s) sera(ont) mis en route dès l'admission ?

- A. oxygénothérapie à titrée pour obtenir une SpO₂ de l'ordre 90%
- B. intubation oro-trachéale
- C. héparinothérapie préventive
- D. aérosol de bêta-2-mimétiques
- E. aérosol de corticoïdes

Réponse : ACD

Commentaire : pas de piège ici. Les corticoïdes inhalés n'ont pas leur place dans l'exacerbation aiguë de BPCO. Pas d'indication à une VA invasive ici.

Question 8 (QRM)

L'interne demande la réalisation de gaz du sang et demande que l'on prépare un respirateur pour éventuelle mise en route d'une ventilation non invasive. Pour quelles raisons demande-t-il la préparation du respirateur ?

- A. polypnée
- B. balancement thoraco-abdominal
- C. troubles de conscience
- D. cyanose
- E. hyperthermie

Réponse : BC

Commentaire : s'il demande que l'on prépare un respirateur c'est qu'il existe des signes de faillite ventilatoire. En l'occurrence il existe des troubles de conscience (sommolence, désorientation et idées délirantes) qui orientent vers une hypercapnie, mais aussi une respiration paradoxale (balancement thoraco-abdominal). Le seul piège ici est la cyanose. Le traitement d'une hypoxémie n'est pas la ventilation assistée mais l'oxygène.

Question 9 (QRM)

Les premiers résultats du bilan biologique qui vous arrivent sont les suivants : pH = 7.29 ; PaO₂ = 40 mmHg ; PaCO₂ = 75 mmHg ; HCO₃⁻ = 36 mmol.L⁻¹. BNP 150 pg/ml. Que concluez vous ?

- A. acidose respiratoire
- B. trouble acido-basique compensé
- C. alcalose métabolique
- D. hypoxémie
- E. trou anionique

Réponse : AD

Commentaire : pas de piège ici.

Question 10 (QROC)

Sur la base de la clinique et du bilan biologique pensez-vous qu'il soit justifié de mettre en route une VNI (OUI/NON)?

Réponse : OUI

Commentaire : on met en route une ventilation assistée quand il existe des signes de faillite ventilatoire. Cliniquement ceci correspond à la présence d'une respiration paradoxale ou de signes d'hypercapnie. Biologiquement, ceci correspond à la présence d'une acidose respiratoire non compensée.

Question 11 (QRM)

L'évolution clinique est favorable. Quels sont parmi les éléments thérapeutiques suivants celui(ceux) qu'il faudra mettre en route ou organiser à la sortie ?

- A. sevrage tabagique
- B. bronchodilatateurs à longue durée d'action
- C. réhabilitation respiratoire
- D. vaccination antigrippale annuelle

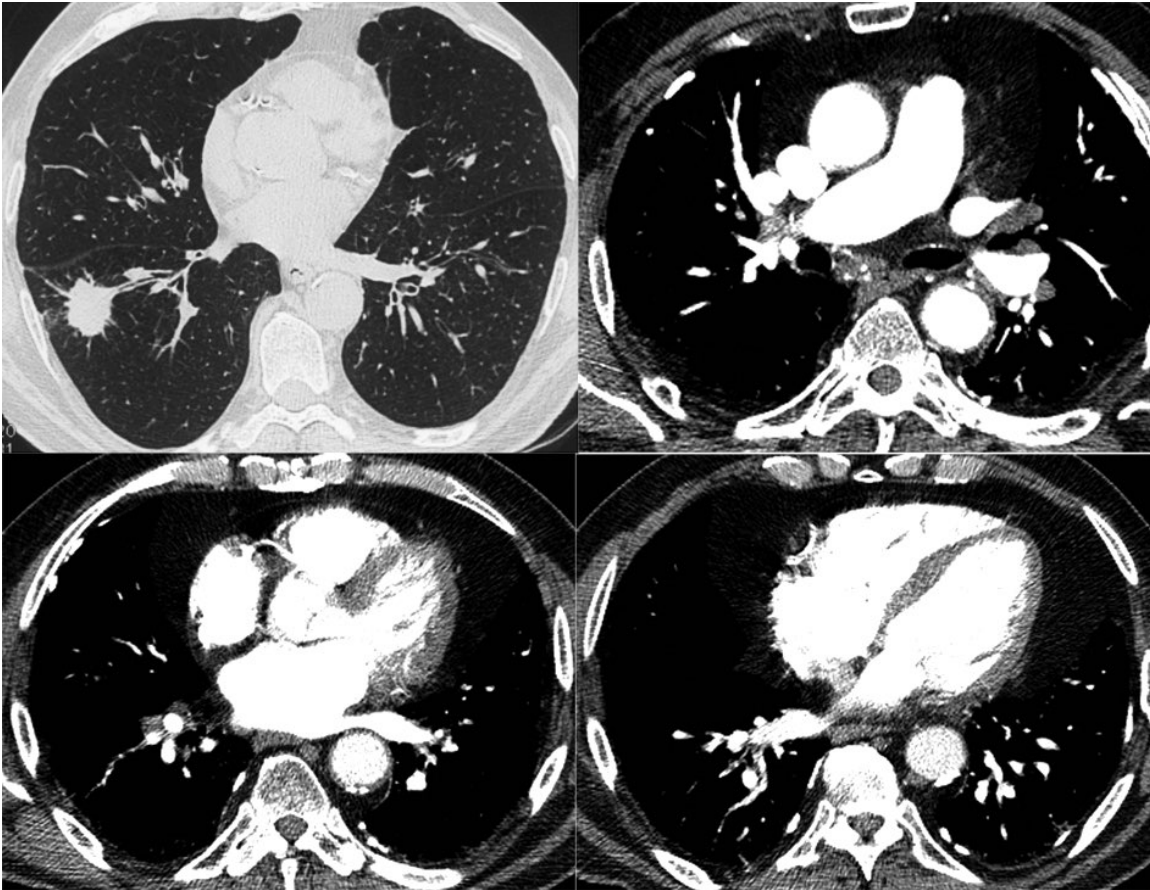
E. BCG

Réponse : ABCD

Commentaire : pas de piège ici.

Question 12 (QRM)

Deux ans plus tard vous revoiez le patient pour une hémoptysie de faible abondance survenue le 25 janvier 2015. Un scanner est réalisé le 1^{er} mars 2015



Quels sont les arguments pour la nature maligne de la lésion lobaire inférieure droite ?

- A. croissance rapide (non vue sur la radio 2 ans auparavant)
- B. tabagisme important (49 PA)
- C. calcification ganglionnaires
- D. lésion symptomatique (hémoptysie)
- E. morphologie (contours irréguliers, spiculés)

Réponse : ABDE

Commentaire : pas de piège ici.

Question 13 (QRM)

Au terme du bilan la lésion lobaire inférieure droite est rapportée à un adénocarcinome pulmonaire primitif classé cT2N0M1 (métastase vertébrale)

Pourquoi jugez-vous utile de faire une déclaration de maladie professionnelle ?

- A. patient retraité
- B. cancer
- C. exposition professionnelle à l'amiante
- D. plaque pleurales calcifiées témoignant d'une exposition à l'amiante
- E. tabagisme important

Réponse : BCD

Commentaire : la mécanique auto et notamment l'entretien de pièces soumises au frottement comme les embrayages expose à l'amiante.

Question 14 (QRM)

Dans le cadre de la déclaration de maladie professionnelle, le certificat médical initial CMI suivant a été rédigé par le médecin de traitant du patient. « Je soussigné Jean-Paul DUGLAND, certifie que Monsieur Jean-Michel DUPONT, né le 25 janvier 1952 présente des hémoptysies, une masse pulmonaire et des plaques pleurales calcifiées depuis le 25 janvier 2015.

Date ... signature »

- A. le rédacteur du CMI est correctement identifié
- B. la pathologie dont souffre le patient est correctement identifiée
- C. la date du début de la pathologie dont souffre le patient est correctement identifiée
- D. le diagnostic de cancer pulmonaire doit figurer en toutes lettres dans ce CMI
- E. l'emploi occupé par le patient doit figurer en toutes lettres dans ce CMI

Réponse : CD
