



# Résidanat Blanc

Tunis le 11 Juillet 2006

## ÉPREUVE DE PATHOLOGIE MÉDICALE

42 Questions à choix multiple (QCM)

16 Questions à réponse ouverte et courte (QROC)

15 Cas cliniques

Prenez le temps de lire attentivement l'énoncé de chaque question.  
Vérifiez que votre cahier d'examen comporte 24 pages.



## QCM

**QCM 1-** Parmi les propositions suivantes, la ou (les) quelle(s) caractérise(nt) l'attaque de panique :

- A- Peut entraîner une agitation
- B- S'accompagne de manifestations somatiques nombreuses
- C- Fait habituellement suite à un facteur déclenchant
- D- A une évolution récurrente
- E- S'améliore par un traitement neuroleptique Incisif.

Réponse : ..... A - B - D .....

**QCM2-** La schizophrénie est caractérisée par :

- A- La discordance
- B- L'autisme
- C- Le manirisme
- D- L'ambivalence
- E- Le délire paranoïaque

Réponse : ..... A - B - C - D .....

**QCM 3-** Parmi les symptômes suivants lesquels sont caractéristiques de l'attaque de panique?

- A- Difficultés de concentration.
- B- sensation de souffle coupé.
- C- Céphalée.
- D- peur de devenir fou.
- E- Bouffées de chaleur.

Réponse : ..... B - D .....

**QCM 4-** La sémiologie de la schizophrénie peut être regroupée en plusieurs syndromes essentiels, à savoir :

- A- Syndrome démentiel
- B- Délire paranoïde
- C- Syndrome dépressif
- D- Syndrome dissociatif
- E- Autisme.

Réponse : ..... B - D - E .....

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 5- La confusion mentale :

- A- a toujours une évolution favorable
- B- est plus fréquente chez le sujet âgé
- C- peut être à l'origine d'homicide
- D- est toujours d'origine organique
- E- nécessite une hospitalisation en urgence.

Réponse : ..... B - C - E .....

QCM 6- Le caractère hystérique se distingue par :

- A/ une psychorigidité.
- B/ la méfiance.
- C/ l'exagération des affects.
- D/ la suggestibilité.
- E/ l'attrait pour l'ordre.

Réponse : ..... B - C - D .....

QCM 7- La confusion mentale est :

- A. une psychose chronique
- B. est une urgence médicale
- C. impose une hospitalisation en milieu psychiatrique
- D. est secondaire à une souffrance cérébrale
- E. est souvent d'origine psychiatrique

Réponse : ..... B - D .....

QCM 8- Un patient rapporte que ses pensées sont devinées, lui sont volées, ses sentiments sont commentés et ses actes imposés. Il s'agit de :

- A. Délire de possession
- B. Syndrome d'Automatisme Mental
- C. Hallucinations sensorielles
- D. Rationalisme morbide
- E. Echolalie

Réponse : ..... B .....

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 9- Parmi les propositions suivantes, la(es)quelle(s) est (sont) vraie(s) ?  
Un rétrécissement mitral serré peut se compliquer :

- A. Une ischémie aiguë du membre inférieur droit
- B. Un flutter auriculaire
- C. Une dysphonie
- D. Une insuffisance ventriculaire gauche
- E. Une dilatation de l'aorte initiale
- F. Un thrombus dans l'auricule gauche

Réponse : ..... A - B - F .....

QCM 10- Le traitement de l'HTA chez le diabétique améliore l'évolution de :

- A. la rétinopathie diabétique
- B. la neuropathie périphérique
- C. la dyslipdémie du diabétique
- D. l'insuffisance coronarienne
- E. la néphropathie diabétique

Réponse : ..... A - D - E .....

QCM 11- La Metformine :

- A. peut être à l'origine d'une acidose lactique
- B. améliore la sensibilité des tissus périphériques à l'insuline exogène
- C. diminue la production hépatique de glucose
- D. est métabolisée par le foie
- E. doit être arrêtée 3 jours avant l'injection intra veineuse d'un produit de contraste

Réponse : ..... A - B - E .....

QCM 12 -Parmi les propositions suivantes concernant l'ulcère gastrique quelle (s) est (sont) celle (s) qui est (sont) exacte (s) :

- A- Il est dû à la prise chronique d'AINS dans 50 % des cas.
- B- Il survient sur des lésions de métaplasie intestinale.
- C- Il se complique d'hémorragie et rarement de perforation et de sténose.
- D- Son caractère multiple doit faire rechercher une maladie de Biermer associée.
- E- Son traitement repose sur la trithérapie anti-ulcéreuse relayée par un traitement antiscrétoire.

Réponse : ..... C .....



Comité de Préparation du Concours de Résidanat

**QCM 13** - Parmi les propositions suivantes concernant la cirrhose post hépatitique virale B, quelle (s) est (sont) celle (s) qui est (sont) exacte (s) :

- F- Elle représente la cause la plus fréquente de la cirrhose.
- G- Elle se complique par la survenue d'un carcinome hépatocellulaire trois fois sur quatre.
- H- Elle représente une indication privilégiée à la transplantation hépatique lorsqu'elle est compensée.
- I- Son traitement à la phase compensée repose sur la bithérapie Interferon-Ribavirine.
- J- Représente une contre indication au traitement par inter-feron à la phase décompensée**

Réponse : ..... F - J .....

**QCM 14** - Un enfant de 4 ans présente un syndrome néphrotique pur et primitif. Après un mois de traitement corticoïde (Prednisone 2 mg/kg/j tous les jours) le bilan biologique de contrôle montre la persistance du syndrome néphrotique (protéinurie : 60 mg/kg/j, protides totaux = 40 g/l, Albumine = 15 g/l).

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) adoptez-vous ?

- A/** Perfusion de 3 bolus de solumédrol 1 g/1,73 m<sup>2</sup> 1j/2 puis refaire un bilan biologique
- B/ Diminuer rapidement la corticothérapie et pratiquer la PBR.
- C/** Rechercher un foyer infectieux ORL et stomatologique
- D/** faire un ECBU
- E/ Diminuer la corticothérapie ((Prednisone 1 mg/kg/j pendant 1 mois 1 j/2 et associer la ciclosporine 5 mg/kg/j).

Réponse : ..... A - C .....

**QCM 15** - Quelle(s) est (sont) parmi les propositions suivantes celle(s) qui est(sont) juste(s) :

Une convulsion fébrile est dite "simple" si elle est :

- A -** de durée < 10 mn
- B - localisée
- C - suivie d'un coma post critique d'une durée de 30 mn
- D - survenue avant l'âge de 1 an
- E - suivie d'un déficit moteur

Réponse : ..... A .....

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 16 - Au cours d'une crise d'asthme sévère chez l'enfant.

- A - Il existe une cyanose discrète
- B - L'enfant peut prononcer des phrases
- C - La fréquence cardiaque est abaissée (bradycardie)
- D - Le DEP est < 50%
- E - La Sa O<sub>2</sub> à l'air libre est > 95%

Réponse : ..... D .....

QCM 17 - Parmi les propositions suivantes, cocher les éléments de gravité et de mauvais pronostic dans une méningite tuberculeuse de l'enfant.

- A - Douleurs abdominales importantes
- B - Œdème papillaire précoce.
- C - Dissociation albumino-cytologique
- D - Hypoglycorachie < 0,2 g/l.
- E - Miliaire tuberculeuse associée.

Réponse : ..... C - E - B .....

QCM 18 - Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est(sont) celle(s) le plus souvent retrouvée(s) dans une leishmaniose viscérale typique chez l'enfant?

- A - La contamination se fait par voie inter-humaine
- B - L'électrophorèse des protéines montre une hypoprotidémie avec une hypoalbuminémie
- C - Le diagnostic repose sur la mise en évidence du parasite dans le sang périphérique
- D - La durée du traitement par le glucantime est de 15 jours
- E - Aucune de ces réponses n'est juste

Réponse : ..... E .....

QCM 19 - Parmi les signes cliniques suivants quel(s) est (sont) celui( ceux) qui caractérise(nt) une déshydratation intracellulaire chez le nourrisson

- A - dépression de la fontanelle
- B - soif
- C - fièvre
- D - sécheresse de la langue
- E - pli cutané persistant

Réponse : ..... B - C .....



Comité de Préparation du Concours de Résidents

QCM 20 - Concernant le traitement curatif et préventif du RAA avec cardite, quelle(s) est (sont) la(les) proposition(s) juste(s) ?

- A - La corticothérapie est de 12 semaines en moyenne
- B - l'aspirine à la dose de 80 mg/kg/j durant un mois est nécessaire
- C - L'extencilline injectable tous les 15 jours est indiquée à vie
- D - l'extencilline injectable tous les 15 jours durant 5 ans doit couvrir la période pubertaire
- E - une amygdalectomie est systématique pour prévenir les rechutes

Réponse : ..... A - C .....

QCM 21 - Parmi les propositions suivantes concernant la péricardite aiguë rhumatismale quelle(s) est (sont) celle(s) qui est(sont) vraie(s)

- A- Est rarement associée à une valvulopathie
- B- S'accompagne d'une accélération de la vitesse de sédimentation
- C- Peut se compliquer d'une tamponnade
- D- Peut se compliquer d'une constriction péricardique
- E- Peut récidiver

Réponse : ..... B - E .....

QCM 22 - L'hypertension artérielle pulmonaire au cours du cœur pulmonaire chronique est :

- A- de type post-capillaire
- B- due à une cardiopathie congénitale
- C- due à une cardiopathie gauche
- D- due à une maladie pulmonaire
- E- de type pré-capillaire

Réponse : ..... C - E .....

QCM 23 - Pour le traitement de l'angor instable vous prescrivez :

- A- Héparine à bas poids moléculaire
- B- Lasilix par voie intraveineuse
- C- Risordan à la seringue électrique
- D- Digitaline per os
- E- Sintrom per os

Réponse : ..... C - A .....

Comité de Préparation du Concours de Résidentat

QCM 24 - Parmi les propositions suivantes, quelle est (ou quelles sont) celle(s) qui peut (peuvent) se compliquer d'une insuffisance ventriculaire droite pure ?

- A- Le rétrécissement aortique
- B- L'insuffisance tricuspide
- C- L'embolie pulmonaire
- D- La communication interauriculaire
- E- Le cœur pulmonaire chronique

Réponse : ..... B - C - E .....

QCM 25 - Parmi les propositions suivantes quelle(s) est(sont) celle(s) qui est(sont) vraie(s) ? L'infarctus du myocarde peut se compliquer à la phase aiguë de :

- A- Insuffisance ventriculaire gauche
- B- Bloc auriculo-ventriculaire
- C- Tachycardie ventriculaire
- D- Anévrisme du ventricule gauche
- E- Epanchement péricardique

Réponse : ..... A - B - C - E .....

QCM 26 - Dans l'angor de Prinzmetal

- A- La douleur thoracique survient aussi bien à l'effort qu'au repos
- B- La durée de la douleur se prolonge au delà de 30mn
- C- Des palpitations peuvent s'associer à la douleur thoracique
- D- L'ECG intercritique est normal
- E- L'ECG percritique montre un sous décalage de ST

Réponse : ..... B - C - D .....

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 27 - Une poussée d'insuffisance cardiaque chez un patient correctement équilibré jusque là doit faire rechercher le(s) facteur(s) favorisant(s) suivant(s)

- A- Embolie pulmonaire
- B- Prise d'un médicament bêta-bloquant
- C- Prise d'un médicament vaso-dilatateur
- D- Fibrillation auriculaire rapide
- E- Bloc auriculo-ventriculaire du 1<sup>er</sup> degré

Réponse : ..... A - B - D

QCM 28 - Parmi les propositions quelle(s) est(sont) celle(s) qui est(sont) juste au cours de l'embolie pulmonaire l'ECG montre :

- A- Un aspect S1Q3
- B- Un axe QRS dévié + 120°
- C- Une hypertrophie auriculaire gauche
- D- Un bloc incomplet de la branche droite
- E- Un espace PR long

Réponse : ..... A - B - D

QCM 29 - Parmi les signes cliniques suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) qui oriente(nt) vers une méningite purulente du nourrisson.

- A- bombement de la fontanelle
- B- otorrhée purulente
- C- hypotonie axiale
- D- signe de Kôplick
- E- une orchite bilatérale

Réponse : ..... A - B - C

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 30 - Parmi les données cyto-chimiques des LCR suivantes, indiquez celle qui est typique d'une méningite purulente non traitée (la glycémie étant à 1,10 g/l)

- A- Éléments blancs = 1200 /mm<sup>3</sup> (90 % PN)  
Glycorachie = 0,3 g/l  
Albuminorachie = 1,20 g/l
- B- Éléments blancs = 500/mm<sup>3</sup> (80% PN)  
Glyc= 0,55 g/l  
Alb= 1 g/l
- C- Éléments blancs = 500/mm<sup>3</sup> (60% PN - 40% lym)  
Glyc= 0,60 g/l  
Alb= 0,80 g/l
- D- Éléments blancs = 250 /mm<sup>3</sup> (100% lympho)  
Glyc= 0,20 g/l  
Alb= 1,50 g/l
- E- Éléments blancs = 10/mm<sup>3</sup> (100 % lympho)  
Glyc= 0,60 g/l  
Alb= 0,30 g/l

Réponse : ..... A .....

QCM 31-Dans le cadre de la surveillance biologique d'une méningite à méningocoque non compliquée sous traitement, la pratique de la PL est indiquée :

- A- à J2 et en fin de traitement
- B- à J2 et à J10
- C- en fin de traitement
- D- à J1 uniquement
- E- à J1, J5 et J10

Réponse : ..... A .....

QCM 32 -D'une anémie hémolytique, la présence de schizocytes sur le frottis sanguin permet d'évoquer :

- A/ un déficit en G6PD
- B/ un purpura thrombotique thrombopénique (PTT)
- C/ une sphérocytose héréditaire.
- D/ une microangiopathie
- E/ Une anémie hémolytique auto-Immune.

Réponse : ..... A - D .....

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 33 -Au cours d'une anémie ferriprive le traitement martial doit être arrêté après la normalisation de l'un de ces paramètres suivants :

- A/ normalisation de fer sérique.
- B/ correction de l'anémie
- C/ correction du VGM
- D/ normalisation de la ferritinémie
- E/ correction de l'hypochromie

Réponse : ..... D .....

QCM 34-Devant un syndrome anémique le caractère ferriprive est évoqué devant un ou plusieurs des signes cliniques suivants :

- A/ un hippocratisme digital
- B/ une langue dépapillée et luisante
- C/ une peau sèche et fissurée
- D/ une koilonichie
- E/ une perlèche

Réponse : ..... B - D - E .....

QCM 35-Au cours de la maladie de Hodgkin, l'évolutivité clinique de la maladie est déterminée par un ou plusieurs des signes suivants :

- A/ polyadénopathie volumineuse
- B/ Amaigrissement important supérieur à 10% de poids en 6 mois.
- C/ nombreuses localisations vertébrales
- D/ fièvre supérieure à 38° depuis 1 semaine sans foyer infectieux apparent.
- E/ sueur profuse.

Réponse : ..... B - D .....

QCM 36-Au cours de la maladie de Hodgkin, sont considérées comme facteur de mauvais pronostic :

- A/ type 4 histologique
- B/ une lymphopénie < 600/mm<sup>3</sup>
- C/ un âge > 45 ans
- D/ un gros médiastin (M/T > 0,35)
- E/ une anémie < 10g/dl

Réponse : ..... A - C - D - B .....

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 37-En dehors des syndromes myéloprolifératifs, une myélémie peut se rencontrer au cours :

- A/ des cancers métastasés
- B/ des infections virales
- C/ des hémolyses chroniques
- D/ des états inflammatoires chroniques
- E/ des syndromes myélodysphasiques

Réponse : ..... A - B - D

QCM 38-Citer parmi les complications suivantes, celles qu'on peut rencontrer au cours de la leucémie myéloïde chronique (LMC)

- A/ Thrombose de la veine porte
- B/ Infarctus splénique
- C/ Crise de goutte
- D/ Transformation en leucémie aiguë
- E/ Anémie hémolytique auto-immune

Réponse : ..... B - C - D

QCM 39-Une leucémie aiguë secondaire peut se voir :

- A/ une exposition prolongée au benzène et ses dérivés
- B/ après une phase chronique de la leucémie myéloïde chronique
- C/ longtemps après un cancer du sein traité par chimio-radio-thérapie
- D/ au cours des syndromes myélodysplasiques
- E/ au cours de la maladie de Fanconi

Réponse : ..... A - B - C - D - E

QCM 40-Au cours d'une leucémie myéloïde chronique la transformation en leucémie aiguë est confirmée par :

- A/ un taux de myéloblaste dans la moelle > 30%
- B/ Les anomalies cytogénétiques surajoutées aux chromosomes Philadelphie sur le caryotype médullaire
- C/ une thrombopénie sévère
- D/ une neutropénie
- E/ une anémie sévère

Réponse : ..... A - B

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

QCM 41 - Concernant les comas métaboliques du diabète

A- Le coma acido-cétosique s'installe généralement en quelques minutes.

B- Dans le coma hyperosmolaire la déshydratation est à prédominance cellulaire.

C- Dans le coma acido-cétosique, la kaliémie a tendance à augmenter sous l'influence de l'insulinothérapie.

D- Dans le coma acido-cétosique, la décroissance de la fréquence respiratoire est grossièrement corrélée à la correction de l'acidose métabolique.

E- Dans le coma hyperosmolaire, le pH sanguin est toujours normal.

Réponse : ..... B .....

QCM 42 - Le coma hyperosmolaire du diabétique

A- Atteint surtout le diabétique non insulino-dépendant

B- S'accompagne d'une hyperhydratation intracellulaire.

C- S'accompagne d'une cétose massive.

D- Doit être traité par perfusion de solutés salés hypotoniques.

E- Doit être traité par insuline.

Réponse : ..... A - B .....

QROC

QROC 1- Citer 5 circonstances de découverte d'une splénomégalie

- Examen systématique
  - échographie abdominale
  - Tasse de l'hypochondre gauche
  - sujet atteint d'une thalassémie majeure
  - sensation pesanteur HCG
- Douleur HCG

QROC 2 - Quels sont les 5 diagnostics à évoquer devant une grosse masse de l'hypochondre gauche

- splénomégalie
- Tumeur de l'angle colique gauche
- masse rénale gauche
- Hépatomégalie intrahépatique le lobe gauche

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

**QROC 3** - Quels sont les intérêts de la ponction biopsie rénale chez un patient atteint d'un lupus érythémateux systémique, ayant une néphropathie glomérulaire ?

- Préciser le type histologique de l'atteinte rénale.
- Orienter la prise en charge thérapeutique.

**QROC 4** : Au cours du lupus érythémateux systémique, quelles sont les manifestations qui indiquent un traitement corticoïde à la dose de 1 mg/kg/j ?

- manifestations néphrologiques
- manifestations neurologiques
- manifestations cardiaques.

**QROC 5** : Une patiente âgée de 65 ans présente un ictère cholestatique fluctuant avec une fièvre intermittente et un syndrome anémique.

Quelles sont les deux principales étiologies à cet ictère ?

- Ampullome vésiculaire.

**QROC 6** : Citer par ordre décroissant de fréquence les valvulopathies susceptibles de se compliquer d'une endocardite infectieuse :

- 1) Insuffisance aortique
- 2) Rétrécissement aortique
- 3) Insuffisance mitrale.

**QROC 7** : Citer 3 étiologies de l'insuffisance aortique aiguë ?

- Dissection aortique
- Endocardite aiguë
- Infarctus du myocarde.

**QROC 8** : Comment se traduit à l'ECG une ischémie lésion sous endocardique ?

- Sous décalage ST
- onde T négative.

**QROC 9** : Citer les anomalies auscultatoires d'un RM pur.

- systole libre
- clapet de B<sub>2</sub>
- plaquement d'ouverture trikuside
- roulement diastolique avec renforcement par systole

**QROC 10** : La thrombolyse intraveineuse est une thérapeutique utilisée au cours de l'embolie pulmonaire massive. Citer 4 contre-indications à ce traitement.

- Accident vasculaire cérébral durant les 15 jours
- ulcère gastro-duodénal récent de 3 mois
- utilisation de streptokinase il y a moins de 6 mois
- Hypertension artérielle sévère.

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

**QROC 11 : Citer 5 étiologies d'un OAP cardiogénique**

- Insuffisance cardiaque gauche
- rétrécissement mitral
- hypertension artérielle
- infarctus du myocarde
- cardiomyopathies obstructives

**QROC 12 : La thrombolyse intraveineuse par streptokinase est une thérapeutique utilisée au cours de l'infarctus du myocarde en décrire le protocole**

- Infarctus du myocarde datant de moins de 6 heures
- Injection d'une dose de streptokinase 1500000 PSE
- pendant 45 mn précédée par l'injection intraveineuse Hémissuccinate d'hyaluronidase 100 mg

**QROC 13 : Citer 5 étiologies de péricardite aiguë**

- Rhumatisme
- virale
- Insuffisance rénale
- Traumatique
- Néoplasique

**QROC 14 : Citer 3 complications des prothèses valvulaires mécaniques**

- Désinsertion de la prothèse
- Infection de la prothèse
- Complications thromboemboliques

**QROC 15 : Citez les 4 mécanismes physiopathologiques ferriprives.**

- Anémie ferriprive
- Anémie inflammatoire
- Anémie sidéroblastique

**QROC 16 : Quel est le seul examen pris en compte pour juger de l'évolutivité biologique de la maladie de Hoodgkin ?**

La VS

## Cas cliniques

**Cas Clinique n°1:** un enfant de 3 ans, consulte pour une **asthénie** et une **dyspnée** d'effort. L'examen trouve une **pâleur**, un **ictère**, un **débord splénique** sous costal de 7 cm et un **faciès mongoloïde**. L'hémogramme montre : GR : 2 Millions/mm<sup>3</sup>, Hb: 6g/dl, CCMH : 28%, VGM : 100, Réticulocytes : 10%, plaquettes : 250 000/mm<sup>3</sup>, Leucocytes : 6400/mm<sup>3</sup>

A/ Interpréter les données de l'hémogramme

- Anémie <sup>normochrome</sup> ~~normochrome~~ <sup>normochrome</sup> régénérative.
- Leucocytes : Normaux
- Plaquettes : Normaux

B/ l'existence de la splénomégalie chez cet enfant est probablement en rapport avec :

*Rhypersplénisme due à l'irradiation.*

**Cas clinique n° 2 :** Un patient âgé de 28 ans, connu porteur d'une **prothèse valvulaire mitrale** depuis 5 ans, se présente aux urgences pour une **paralysie faciale** d'apparition **brutale**. Son examen trouve un patient conscient, bien orienté, une **paralysie faciale centrale**, TA=120/75 mmHg, cœur régulier à 84 bpm. Pas de signes d'insuffisance cardiaque. Le scanner cérébral est normal.

A. Quel est votre **premier diagnostic** ?

*Accident vasculaire cérébral entraîné par un embolus septique due à une endocardite développée sur la prothèse cardiaque.*

B. Quel examen biologique demander en premier ?

*Hémocultive*

C. Quel examen complémentaire demander pour étayer ce diagnostic ?

*Echographie cardiaque*

**Cas clinique n°3 :** Un patient âgé de 64 ans est adressé pour faire une échocardiographie avec comme renseignement clinique un «**souffle cardiaque**». Voici une partie du compte rendu de l'échocardiographie transthoracique :

... Petit ventricule gauche (VG) **hypertrophié** de façon **concentrique**, avec septum interventriculaire à 17 mm et paroi postérieure à 14mm, le **ventricule gauche** est **hyperkinétique** avec fraction de raccourcissement =45% et fraction d'éjection = 77%. Trouble de la **relaxation VG**. L'oreillette gauche est dilatée à 27 cm<sup>2</sup>. Cavités droites normales. Pas d'HTAP.

A. Quelle est la valvulopathie trouvée chez ce patient ?

*R'soufflement aortique*

*Rétrécissement Aortique*

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

B. Décrivez le souffle ausculté chez ce patient.

soffle systolique éjectionnel, doux, Aspirable  
 au jet de vapeur débutant du 1er mitral immédiatement au 2nd

C. Enumérez 3 signes électriques qu'on pourra trouver sur l'ECG de ce patient, d'après les données de l'échocardiographie.

- ondes T négatives dans les Précordiales gauches
- Sokolow > 35mm :  $S_1 R_1$   $\Rightarrow$  hypertrophie ventriculaire gauche.
- Onde P > 0,125 avec aspect bifide en  $V_1$  et diphasique en  $V_2$

**Cas clinique n°4 :** Voici un extrait du compte rendu opératoire d'une femme âgée de 24 ans, opérée pour une valvulopathie sévère, en vue d'un seul remplacement valvulaire.

... Cœur augmenté de volume, hypokinétique. VG non hypertrophié. 3 sigmoïdes aortiques discrètement épaissies sans calcifications avec des commissures libres. Valves mitrales fibreuses scléreuses, suture bicommissurale, appareil sous valvulaire remanié avec fusion des cordages. Oreillette gauche très dilatée avec un gros thrombus tapissant son fond.

A. Quelle est cette valvulopathie ? Sur quels arguments ?

- Rétrécissement mitral
- Arguments : femme jeune ; ventricule gauche non hypertrophié ; Dilatation de l'oreillette gauche avec un gros thrombus.

B. Quelle est son étiologie probable ? Sur quels arguments ?

- origine Rhumatismale
- Arguments : femme âgée de 24 ans, suture bicommissurale avec appareil sous valvulaire remanié avec fusion des cordages.

**Cas clinique n°6 :** L'exploration hémodynamique chez Mr H âgé de 65 ans, hypertendu, diabétique, exploré pour une dyspnée d'effort stade III de la NYHA, évoluant de puis 6 mois montre :

- Un gradient systolique VG-aorte = 55 mmHg
- Volumes VG augmentés, fraction d'éjection normale = 56%
- Reflux du produit de contraste de l'aorte dans le ventricule gauche
- Pressions droites normales
- Sténoses serrées de l'interventriculaire antérieure proximale, la 1<sup>ère</sup> marginale et la coronaire droite au niveau de son segment 2.

A. Quelle est la valvulopathie diagnostiquée ? Sur quels arguments ?

- Rétrécissement Aortique
- Age de 65 ans, facteurs de risques : Hypertension, Diabète
- la dyspnée d'effort évoluant depuis 6 mois
- Gradient systolique VG-Aorte = 55 mmHg.

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

B. Y a-t-il une indication opératoire chez Mr H ? Sur quel(s) argument(s) ?

- sujet âgé, hypertendu, diabétique
- symptomatologie respiratoire évoluant depuis 6 mois
- Bronchopneumopathie associée.

C. S'il y avait une indication opératoire, que proposerez-vous ?

**Cas clinique n°7 :** Mr D âgé de 69 ans, n'a aucun antécédent particulier, il fume 20 cigarettes / jour depuis 30 ans et depuis la retraite, il est sédentaire. Il présente brutalement dans la nuit du 6 mars 2006 une douleur thoracique aiguë, suivie d'une sensation d'étouffement avec orthopnée et mousse rosée aux lèvres. Le médecin de famille l'examine à domicile, trouve une TA=170/90 mmHg, un cœur rapide à 110 bpm, cyanose, auscultation cardiaque et pulmonaire difficile à cause de l'agitation du patient.

A. Quel est votre 1er diagnostic ?

œdème pulmonaire aiguë ou infarctus du myocarde. Rupture aort.

B. Quelle est votre conduite à tenir à domicile ?

- surélévation du patient, jambes pendantes.
- Injection de Lasix.
- Donner du Nitroglycérine en sublinguale.

Mr D est conduit aux urgences par ambulance. A son arrivée, il ressent déjà une amélioration partielle de la dyspnée, on continue le traitement symptomatique. L'examen plus minutieux trouve un souffle systolique pialant en sous mammelonnaire irradiant vers le précordium.

C. Quelle est la valvulopathie responsable de ce souffle ?

Insuffisance mitrale.

D. Quelles sont les 2 étiologies les plus probables de cette valvulopathie aiguë chez Mr D ?

- Insuffisance mitrale due à la rupture du piliers
- Insuffisance mitrale secondaire à l'insuffisance ventriculaire gauche aigüe.

E. Enumérez les examens urgents à faire pour étayer votre diagnostic étiologique.

- Radios de Thorax, ECG
- Bilan enzymatique: Troponine - Myoglobine,
- cPK
- Echocardiographie Cardiaque

Comité de Préparation du Concours de Résidentat

**Cas clinique n°8 :** Un homme âgé de 50 ans, tabagique, hypertendu connu depuis 5 ans traité par captopril 150mg/j, présente un syndrome polyuro-polydipsique et un amaigrissement non chiffré depuis 3 mois.

Examen physique :

Poids = 90 Kg - Taille = 170 cm - Tour de taille = 102 cm

TA = 14/9 cm Hg

Les urines sont claires avec : Glucosurie +++ - Acétonurie 0

Biologie :

Glycémie à jeun = 1 g/l - Glycémie post-prandiale = 2 g/l

Q1 : Quel est votre diagnostic ?

Diabète type 2

Q2 : Sur quels arguments cliniques et biologiques avez-vous posé ce diagnostic ?

- Syndrome polyuro-polydipsique non chiffré - Glucosurie +++ - Amaigrissement non chiffré - Glycémie post-prandiale : 2g/l

Q3 : Quelles sont vos prescriptions thérapeutiques de première intention ?

- Régime hypocalorique, Exercice Physique, Arrêt tabac

Q4 : Quels sont vos objectifs glycémiques chez ce patient ?

- glycémie à jeun : 0,8 g/l  
- glycémie post-prandiale : 1,4 g/l

Le patient revient vous voir après 3 mois. Les objectifs glycémiques que vous avez fixés ne sont pas atteints et le bilan lipidique que vous avez demandé a montré :

Cholesterol total = 2.5 g/l - Triglycerides = 2 g/l - HDL-cholesterol = 0.30 g/l.

Q5 : Quelles sont vos prescriptions thérapeutiques de deuxième intention pour atteindre vos objectifs glycémiques chez ce patient ?

- Prescription biguanides  
- Prescription E-pentyl P

Q6 : A côté des objectifs glycémiques, quels sont les autres objectifs thérapeutiques à atteindre chez ce patient ?

- Réguler l'hypertension artérielle.  
- Augmenter HDL-cholesterol et réduire cholesterol total

Q7 : Relevez les facteurs de risque cardiovasculaire existant chez ce patient ?

- Tabagisme  
- Age  
- hypertension artérielle.  
- obésité

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

**Cas clinique n°9 :** Patiente âgée de 26 ans, consulte 1 mois après avortement spontané pour des oedèmes des membres inférieurs, des arthralgies des grosses et petites articulations d'origine inflammatoire et une fièvre prolongée intermittente ( $38^{\circ}\text{C} - 38,5^{\circ}\text{C}$ ). L'examen clinique mettait en évidence une arthrite des 2 poignets et des 2 chevilles, une lésion cutanée arrondie à centre atrophique et à bord érythémateux faisant 1,5 cm de grand axe, siégeant au niveau de la face antérieure de l'avant bras gauche et une abolition du murmure vésiculaire et des vibrations vocales au niveau de la base gauche. Au labstix il y avait une protéinurie à 3+ et une hématurie à 2+.

Le bilan biologique :

- VS = 120/1h, CRP = 15mg/l
- NFS : GB = 3200éits/mm<sup>3</sup>, Lymphocytes = 900 éits/mm<sup>3</sup>, Hb=11,7g/dl, Plaquettes = 170000
- EPP : Protides totaux= 57 mg/l  
Albuminémie = 23 mg/l  
Alpha2 = 10,8mg/l  
Gamma globulinémie = 19,4mg/l

La radiographie du thorax révélait un épanchement pleural de la base gauche.

1. Selon les données de l'observation, quel est le diagnostic le plus probable ? argumentez

*Lupus érythémateux Disséminé*  
 - Patiente âgée de 26 ans  
 - Arthrites des 2 poignets et des 2 chevilles  
 - VS = 120, lymphopénie - Lésion cutanée - Arthrite néphrétique  
 - Atteinte rénale - syndrome néphrétique  
 - épanch.

2. Quel examen demandez vous pour étayer le diagnostic ?

*Dosage des DNA natif*

3. Quel est le facteur déclenchant la maladie chez cette patiente ?

*Avortement spontané*

4. Quelle est la localisation viscérale grave que présente cette patiente et quel examen complémentaire est indispensable pour la typer ?

*Localisation - Rénale : Atteinte néphrologique*  
 - Biopsie rénale

5. Quelle est votre conduite à tenir thérapeutique ?

*Corticostéroïdes*

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

**Cas Clinique n°10 :** MR B .A âgé de 68 ans , ayant un diabète de type 2 traité par des antidiabétiques oraux et une hypertension artérielle traitée par un inhibiteur calcique et un diurétique .

Le malade a consulté pour une crise de colique néphrétique.

L'examen clinique et la fonction rénale du patient sont normaux

A l'AUSP existe une opacité de tonalité calcique se projetant sur l'aire rénale gauche et l'échographie rénale est normale.

Le malade nécessite un complément d'exploration par une UIV.

1. Quelle est la complication rénale possible de cet examen chez ce patient ?

Insuffisance rénale aigüe

2. Quels sont les facteurs de risque de cette complication chez ce patient ?

- Diabète type 2 sous Antidiabétiques oraux
- traitement par Diurétique

3. Quelles sont les précautions nécessaires à prendre avant cet examen ?

- arrêt antidiabétiques oraux 3 jours avant UIV
- arrêt Diurétique .

**Cas Clinique n°11 :** Mme G.L âgée de 50 ans est suivie pour une hypertension artérielle traitée par un inhibiteur calcique et un diurétique ; elle a une fonction rénale est normale.

Elle a présenté durant 3 jours une diarrhée et des vomissements en rapport avec une gastro entérite.

L'examen clinique trouve, un pli cutané persistant, une TA à 100/80mmHg couchée et 80/50mmHg debout, un pouls à 100/ mn, une diurèse à 300 ml/24 H sans anomalies au labstix.

Bilan sanguin : créatinine à 300µmol/l, urée à 40 mmol/l, Natrémie:140 mmol/l, kaliémie à 3,3 mmol/l

Bilan urinaire : urée à 800mmol/l ; sodium à 15mmol/l et potassium à 30 mmol/l,

1. De quel type d'insuffisance rénale aigüe il s'agit Justifiez votre réponse?
2. quel est le mécanisme et la cause de cette insuffisance rénale aigüe ?
3. Quelle sera votre conduite thérapeutique ?

1. Insuffisance rénale aigüe fonctionnelle.  
 $\frac{\text{urée urinaire}}{\text{urée plasmatique}} > 10$  ;  $\frac{\text{Na}^+ \text{ urinaire}}{\text{K}^+ \text{ urinaire}} < 1$ .

2. Le mécanisme est l'hypovolémie  
 La cause : Diarrées et vomissements due à la gastroentérite.

3. Arrêt diurétique, traiter la gastroentérite.

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

**Cas Clinique n°12 :** Une jeune femme de 23 ans consulte pour des œdèmes des membres inférieurs. Dans ses antécédents on trouve la notion d'arthralgies de type inflammatoire et de crises convulsives. A l'examen elle présente des OMI des ulcérations buccales, une TA : 160/100mmHg et à l'examen des urines une protéinurie : 3+ et Hm 3+.

A la biologie : protidémie : 53g/l albumine : 19g/l gammaglob : 16g/l, créatinémie : 180µmoles/l à la NFS : GB : 3200/mm<sup>3</sup> Hb : 10g/dl plaquettes : 120000/mm<sup>3</sup>.

**Question n°1 :** comment étiquetez vous le tableau rénal de cette patiente

- Syndrome néphrotique impur -

**Question n°2 :** Quelle en est l'étiologie la plus probable

Néphropathie glomérulaire du type Lupus  
Enflammatoire systémique.

**Question n°3 :** citez d'après l'énoncé les arguments en faveur de cette étiologie

- femme âgée de 23 ans  
- arthralgies, crises convulsives.  
- leucopénie, plaquette glomérulaire.

**Question n°4 :** quelles sont les 2 contre indications à la PBR chez cette patiente

- TA = 160/100  
- Plq : 120 000

**Question n°5 :** La PBR ne pouvant pas être réalisée rapidement ; quel traitement étiopathogénique lui prescrirez vous au cours des premières semaines en précisant la posologie des différents médicaments à utiliser ?

- Corticothérapie : 2mg/kg/j  
- Aspirine 250mg/j

**Cas clinique n° 13 :** Un garçon âgé de 11 mois, sans antécédents particuliers est hospitalisé pour des œdèmes généralisés évoluant depuis une semaine. Les urines sont claires, le labstix montre une hématurie ++, protéinurie +++ sa TA est de 13/9. L'examen clinique est par ailleurs sans particularités.

L'EPP montre PT = 50 g/l, Albuminémie : 20g/l, globulines : Alpha1 : 2 g/l, Alpha2 : 16 g/l, Bêta = 8 g/l gamma = 4 g/l ; urée sanguine : 4 mmol/l, créatinémie : 40 µmol/l, protéinurie des 24 h : 60 mg/kg/j.

1/ Quel est votre diagnostic ?

Syndrome néphrotique impur

2/ Quelle est votre conduite dans l'immédiat ? Justifiez votre réponse

- Faire une ponction biopsie rénale.  
- Age < 1ans, Syndrome néphrotique impur.

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

3/ Au cours de son hospitalisation, l'enfant présente une hémiconvulsion droite sans fièvre ; citez 2 anomalies biologiques pouvant favoriser la survenue de

- hypernatrémie
- hypocalcémie

**Cas Clinique n°14 :** Mme N.T., 65 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour asthénie, constipation, précordialgies, frilosité et prise de poids, évoluant depuis 6 mois.

L'examen physique trouve :

Poids 86 kg

Taille 1.62

PA 12/8 cm Hg

Pouls 65/min

Vitiligo au niveau du visage

Visage bouffi, paupières infiltrées

Peau sèche écailleuse

Le bilan biologique

Hémoglobine à 10.5 g% ml

Calcémie 98 mg/l

Cholestérol 4.2 g/l

Triglycérides 1.4 g/l

FT4 0.39 ng/dl (N 0.70 à 1.80 ng/dl)

TSH 75 µU/ml (N 0.2 à 3.4 µU/ml)

1/ Quel est le diagnostic ?

Myopathique

2/ Quels sont les signes cliniques en faveur de ce diagnostic ?

Asthénie, constipation, prise de poids, peau sèche, écailluse, paupières infiltrées, vitiligo.

3/ Enumérez les anomalies biologiques présentées par cette patiente et qui peuvent être secondaire à cette pathologie ?

- Calcémie à 98 mg/l  
Cholestérol à 4.2 g/l  
TSH à 75 µU/ml

4/ Quelle autre pathologie faut-il chercher avant de commencer le traitement ? Justifiez votre réponse.

Comité de Préparation du Concours de Résidanat

**Cas clinique n° 15 :**

Un homme âgé de 42 ans, sans antécédents pathologiques connus, est amené aux urgences pour dyspnée, à noter que cette symptomatologie évolue depuis 2 semaines.

**L'examen à l'admission**

- Patient obnubilé, pas de signes de localisation.
- Perte de poids récente (poids habituel 70 kg), pli cutané persistant, hypotonie des globes oculaires
- RR = 36 cycles/min, respiration de Kussmaul, odeur cétonique de l'haleine, à l'auscultation pulmonaire on trouve un foyer de râles crépitants au niveau de la base droite.
- Pouls 120 pulsations/min, PA 110/60 mmHg.
- Température 40°C
- L'examen abdominal est normal.
- L'analyse des urines par les bandelettes réactives G ++++ et A ++++.
- GDS (O2 = 3l/min) : pH = 6,94, PaO2 = 151 mmHg, SaO2 = 97,5%, PaCO2 = 13 mmHg, HCO3<sup>-</sup> = 5,8mEq/l.
- Biologie : GB = 27200 élt/s/ml, Glycémie = 32 mmol/l, Na<sup>+</sup> = 125 mmol/l, K<sup>+</sup> = 3,9 mmol/l, Cl<sup>-</sup> = 102 mmol/l, Urée sang = 18 mmol/l, Créatinémie = 180 µmol/l, SGOT 3450 UI/l, SGPT 2200 UI/l, Na<sup>+</sup> u = 12 mmol/l, K<sup>+</sup> u = 36 mmol/l, Uréeu = 220 mmol/l, Créatinineu = 2,9 mmol/l
- ECG : RRS 128/min, normal par ailleurs.
- Radio du thorax : Opacité dense homogène bien limitée non rétractile d'allure triangulaire siégeant au niveau du lobe moyen.
- Echographie rénale : Taille des reins normale et bonne différenciation cortico-médullaire.

**Questions**

1. Interprétez les GDS sur les plans oxymétrie et équilibre acido-basique ? expliquer les mécanismes physiopathologiques.
2. évaluez l'état d'hydratation du malade.
3. évaluez la fonction rénale de ce malade ; argumentez ?
4. Quel diagnostic évoquez-vous?
5. Quelle est votre attitude thérapeutique sur les plans symptomatique et étiologique? Précisez nature modalités et posologies.

**Pathologie Médicale**  
**Correction des Questions à Choix Multiples (QCM)**

- QCM 1 : ABD  
QCM 2 : ABCD  
QCM 3 : BDE  
QCM 4 : BDE  
QCM 5 : BCE  
QCM 6 : CD  
QCM 7 : BD  
QCM 8 : B  
QCM 9 : ABCF  
QCM 10 : ADE  
QCM 11 : ABCE  
QCM 12 : CE  
QCM 13 : J  
QCM 14 : ACD  
QCM 15 : A  
QCM 16 : AD  
QCM 17 : BD  
QCM 18 : E  
QCM 19 : BCD  
QCM 20 : AC  
QCM 21 : BCE  
QCM 22 : DE  
QCM 23 : AC  
QCM 24 : BCDE  
QCM 25 : ABCE  
QCM 26 : BCD  
QCM 27 : ABD  
QCM 28 : ABD  
QCM 29 : AC  
QCM 30 : A  
QCM 31 : D  
QCM 32 : BD  
QCM 33 : D  
QCM 34 : BDE  
QCM 35 : BDE  
QCM 36 : BCDE  
QCM 37 : ACD  
QCM 38 : ABCD  
QCM 39 : ABCDE  
QCM 40 : AB  
QCM 41 : BD  
QCM 42 : AE

## Correction des Questions à Réponses Ouvertes et Courtes (QROC)

**QROC 1 :** Découverte systématique par un examen clinique ou échographique

- Découverte par des signes fonctionnels: gêne, pesanteur de l'HCG, troubles du transit, masse de l'HCG
- Hypersplénisme entraînant une neutropénie et/ou une thrombopénie
- Recherche systématique dans certaines situations (fièvre, pathologies hépatique, hématologique...)
- Complications
  - Rupture de rate
  - Hématome sous capsulaire splénique
  - Infarctus splénique

**QROC 2:** 5 dgc à évoquer devant une masse HCG.

Une splénomégalie

Un gros rein tumoral

Tumeur de la queue du pancréas,

Tumeur de l'angle colique gauche,

Tumeur du lobe gauche hépatique

**QROC 3:** Intérêt PBR au cours d'un LED

Intérêt thérapeutique → seuls les types III et types IV constituent une indication à un traitement immunosuppresseur

Intérêt pronostique

**QROC 4:** Indication de la corticothérapie au cours du LED

Néphropathie lupique

Neurolypus

Anémie hémolytique autoimmune

Thrombopénie

**QROC 5:** 08 65 ans, Ictère fluctuant, fièvre intermittente, anémie.

1) Ampullome vaterien - LVBP.

**QROC 15:**

Saignement chronique et minime

Carence d'apport

Carence d'absorption

Augmentation des besoins

**QROC 16:**

VS  $\geq$  40 à la première heure

## CAS CLINIQUES

### CAS CLINIQUE 1

A/ anémie macrocytaire normochrome régénérative

GB et plaquettes : normaux

B/ l'existence de la splénomégalie chez cet enfant est en rapport avec :  
une anémie hémolytique

### CAS CLINIQUE 2 :

A. Accident vasculaire cérébral ischémique sur thrombose chronique de prothèse

B. TP-INR

C. ETT/ETO

### CAS CLINIQUE 3 :

A. Rétrécissement aortique

B. Souffle systolique éjectionnel, commence après B1, finit avant B2, maximum mésosystolique, siège 2<sup>ème</sup> EIC droit, irradie vers vaisseaux du cou et pointe.

C. Sokolow > 35 mm, surcharge systolique VG (T négative en V5-6), hypertrophie auriculaire gauche (P> 12/100, bifide en D2, biphasique en V1)

### CAS CLINIQUE 4 :

A. Maladie mitrale :

a. Rétrécissement mitral : car symphyse commissurale mitrale, altération de l'appareil sous valvulaire mitral, OG très dilatée et thrombus.

b. Insuffisance mitrale sévère associée car VG dilaté et hypokinétique.

B. Etiologie rhumatismale car

a. RM dans 95% rhumatismal

b. Atteinte polyvalvulaire (sigmoïdes aortiques fibreuses)

### CAS CLINIQUE 6 :

A. Maladie aortique

a. Rétrécissement aortique serré car gradient VG-Ao systolique > 50 mmHg

b. Insuffisance aortique car reflux du produit de contraste de l'Ao vers le VG

B. OUI, car patient symptomatique

C. Remplacement valvulaire aortique par prothèse mécanique et triple pontage aorto-coronaire (IVA, marginale et CD par artères mammaires internes si possible)

### CAS CLINIQUE 7 :

A. Oedème aigu du poumon.

B. Position semi-assise/ dérivés nitrés en sublingual/ diurétiques en IM ou IV/ appeler une ambulance.

C. Insuffisance mitrale (IM)

D. Etiologie IM

- a. IM sur infarctus du myocarde (sujet masculin âgé avec des facteurs de risque, douleur thoracique)  
b. Syndrome de rupture : IM aiguë par rupture de cordage sur atteinte dégénérative des valves mitrales (sujet âgé, douleur thoracique)
- E. ECG / bilan enzymatique / échocardiographie.

#### CAS CLINIQUE 8 :

Q1 : Diabète (de type 2)

Q2 : Cliniques : syndrome polyuro-polydipsique, amaigrissement.

Biologiques : GPP à 2 g/l.

Q3 : Régime diabétique + activité physique

Q4 : Glycémie à jeun  $\leq 1,2$  g/l (GPP  $\leq 1,4$  g/l facultative) - HbA1C  $< 7\%$  ou  $\leq 6,5\%$

Q5 :

Réponse : Régime diabétique + activité physique + un biguanide (Glucophage 850 1 à 2 cp/j)

Q6 :

Objectifs pondéraux (BMI  $\leq 25$  kg/m<sup>2</sup>)

Objectifs tensionnels (TA  $< 13/8$  cm de Hg)

Objectifs lipidiques (cholestérol total  $< 2$ g/l - TG  $< 1,5$  g/l - LDL-C  $< 1$ g/l - HDL -C  $> 0,40$  g/l)

Q7 :

1- Homme de 50 ans

2- Tabac

3- Obésité androïde (BMI = 31 kg/m<sup>2</sup> et Tour de taille = 102 cm)

4- HTA

5- Diabète

6- HDL-C bas ( $< 0,35$ g/l) et LDL-C élevé ou cholestérol total élevé)

#### CAS CLINIQUE 9

Q1 :Lupus érythémateux systémique

Présence d'au moins 5 critères de l'ACR :

- Lupus discoïde
- Polyarthrites
- Sèrite (épanchement pleural)
- Néphropathie glomérulaire
- Lymphopénie

Q2 : bilan immunologique avec en particulier recherche des anticorps antinucléaires, anticorps antiDNA natifs et anti  $\Sigma$ m.

Q3 :l'avortement

Q4 :Néphropathie glomérulaire lupique

PBR

#### Q 5 : Protection solaire

Chloroquine ou Hydroxychloroquine

Corticoïdes per os : 1mg/kg/j et traitement adjuvant

Immunosuppresseur : Cyclophosphamide (si néphropathie lupique type III ou IV)

#### CAS CLINIQUE 13 :

Réponse 1 : SN impur

Réponse 2 : PBR : HTA , âge < 1 an

Réponse 3 : augmentation des facteurs de la coagulation, baisse de l'antithrombine III anticoagulante

#### CAS CLINIQUE 14 :

1/Hypothyroïdie périphérique

2/Constipation, frilosité et prise de poids, Visage bouffi, paupières infiltrées, peau sèche écailleuse

3/Hypercholestérolémie, anémie

4/Insuffisance coronaire, précordialgies

#### CAS CLINIQUE 15 :

1. Acidose métabolique décompensée à trou anionique élevé en rapport essentiellement avec la production d'acide acéto-acétique et bêta-hydroxybutyrique.

L'insuffisance rénale ainsi que l'hypoxémie modérée

contribuent à cette acidose métabolique. Le rapport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 320

hypoxémie modérée par effet shunt secondaire à cette alvéolite infectieuse.

2. Déshydratation extracellulaire. La natrémie corrigée étant normale, ce qui nous autorise à écarter une composante intracellulaire.

3. Insuffisance rénale (rétention des déchets azotés), aiguë (taille reins et corticale conservée), fonctionnelle (hyperaldostéronisme secondaire, Nau/Ku <1 et Uu/Up >10)

4. Acidocétose diabétique inaugurale d'un diabète décompensé par une pneumopathie communautaire.

5. Mesures thérapeutiques :

a. Oxygène par sonde nasale 3l/mn,

b. Réhydratation (Le déficit hydrique peut être évalué par le déficit en poids ou apprécier à 10% du poids) Quantité des cristaalloïdes 7 l en 24h.

c. Qualité du liquide : En cas d'insulinopénie, le glucose reste dans le milieu extracellulaire. évaluation de la charge glucosée : [Glycémie en g/l - 1] x [20% P] soit 32 mmol/l / 5,5 = 5,8 g/l - 1 x 14 = 67,2 g. Or les besoins quotidiens sont de 150 g d'hydrates de carbone. D'où nous devons apporter les premières 24h : 150 - 67,2 = 82,8g soit presque 4 flacons de SG à 5%. Les 5 autres litres seront du sérum physiologique.

d. Le débit des perfusions : 2/3 des 7l soit 4,5 l pendant les 8 premières heures.

e. Correction de l'hyperglycémie : Insuline U100 par pousse seringue électrique. 0,5 ml soit 50 unités d'insuline ordinaire diluée dans 49,5 ml de sérum physiologique. Ce qui fait 1 unité / 1ml. 10 unités en IVD puis en IVL Vitesse 0,1 unités / 10 kg de poids jusqu'à disparition de

l'acétonurie. Relais insuline ordinaire par voie sous cutanée toutes les 6h selon glycémie capillaire.

f. Apport de K<sup>+</sup> pour éviter l'hypokaliémie de transfert dès insulinothérapie. A adapter à la fonction rénale.

g. Traitement des facteurs déclenchants : Il s'agit d'un sepsis simple à localisation pulmonaire. L'insuffisance rénale est secondaire au désordre métabolique. L'antibiothérapie probabiliste sera une monothérapie à base d'amoxicilline + acide clavulanique 1g x 3/j.

h. Prévention de la maladie thrombo embolique HNF (insuffisance rénale) à dose iso coagulante.