

Feuille de questionnaire

Ne pas répondre ici sur la feuille des questions de l'examen! Utilisez la feuille de réponse prévue à cet effet.



www.evalbox.com

Informations: (40 questions)

Sélectionner la ou les bonne(s) réponse(s) - ne vous fiez pas aux pluriels dans l'énoncé ! - Téléphone interdit. - Documents interdits.

Copie #886458 de l'examen #55087 (Référence: **190531-19343-33944-55087**)

1 A propos de l'anévrisme de l'aorte abdominale :

- A - Le parallélisme des bords se mesure en longitudinal.
- B - La présence d'une thrombose pariétale signe la rupture aigüe.
- C - Le diagnostic repose sur deux critères.
- D - La paroi ne doit pas dépasser 6mm en sous-rénal.
- E - Le diagnostic de rupture repose sur la visualisation échographique du flap intimal.

2 L'anesthésie loco-régionale échoguidée :

- A - certains produits anesthésiques se voient mieux que d'autres
- B - pour les blocs distaux du membre supérieur, le volume injecté est constant quel que soit de nerf bloqué.
- C - le site de ponction est décidé après un repérage par la méthode de l'ascenseur
- D - justifie d'aiguilles à biseaux courts
- E - idéalement doit se faire dans le plan avec une image transversale

3 L'incidence para-sternale grand axe permet :

- A - de voir un anévrisme de l'aorte thoracique de type 2
- B - de voir un épanchement péricardique
- C - de voir une dilatation des cavités droites
- D - de voir un D sign en cas de cœur pulmonaire aigu
- E - de voir un septum paradoxal

4 Une femme de 38 ans est admise pour douleur abdominale pour des douleurs qui évoluent depuis un peu plus de 24 H. Elle est orientée en secteur couché après son passage à l'IOA, ses paramètres à l'entrée sont : Glasgow 15, Pouls 98/min.PA 112/65 mmHg, FR 16/min, température 37,8°C.

A l'examen, elle se plaint essentiellement d'une douleur épigastrique.

Vous hésitez entre une cholécystite et une colique hépatique, les Tokyo Guidelines peuvent vous aider dans la gradation clinique, quels en sont les critères :

- A - Augmentation INR
- B - Sludge
- C - Dilatation des voies biliaires
- D - Fièvre
- E - Murphy

5 Au niveau de l'aire cardiaque l'échographie thoracique multimodale quels sont les signes visuels, mode B qui vous orienteraient plutôt vers une hypovolémie :

- A - Un septum paradoxal
- B - Collapsus systolique du ventricule droit
- C - Un cœur visuellement « petit » et hyperkinétique
- D - Collapsus inspiratoire de la veine cave inférieure
- E - Collapsus systolique du ventricule gauche

6 Une femme de 78 ans est admise aux urgences pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h : asthénie intense, dyspnée et malaises lipothymiques. Elle est orientée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil devant ses constantes.

Ses paramètres à l'admission en SAUV sont : Glasgow 15, PA 82/40 mmHg, Fc 115/min, Fréquence respiratoire 22/min SpO2 90% aux lunettes à O2 2l/min, T° 38,1 °C. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une hypothyroïdie.

Votre examen clinique comporte des spots d'échographie. Voici plusieurs résultats possibles :

- a- Dilatation majeure du ventricule droit
- b- E/A > 2
- c- E/A < 1
- d- E < 0,6 m/s
- e- Collapsus systolique du VG
- f- ITV sous Ao > 20
- g- Échographie de compression veineuse des membres inférieure anormale
- h- Condensation pulmonaire basale unilatérale
- i- Profil A
- j- E/E' > 15
- k- E/E' < 8
- l- Profil B
- m- Signe du D
- n- Collapsus inspiratoire de la veine cave inférieure
- o- MAPSE = 4 mm

Parmi ces résultats échographiques, quelles sont les associations en faveur d'une hypovolémie :

- A - cdehkn
- B - aden
- C - dehn
- D - cdehn
- E - cden

7 Une femme de 38 ans est admise pour douleur abdominale pour des douleurs qui évoluent depuis un peu plus de 48 H. Elle est orientée en SAUV après son passage à l'IOA

Ses paramètres à l'entrée sont : Glasgow 15, Pouls 120/min, PA 89/ 50 mmHg, FR 25/min, température 38,5 °c.

A l'examen, elle se plaint essentiellement d'une douleur épigastrique. Vous hésitez entre une cholécystite et une angiocholite, quelles sont les signes en faveur d'une angiocholite :

- A - Sludge
- B - Absence de dilatation des voies biliaires
- C - Ictère
- D - Epaissement de la paroi de la vésicule
- E - Douleur

8 A propos du doppler trans-crânien en fenêtre temporale :

- A - le repérage couleur permet de voir la partie antérieure du Polygone de Willis et voit une séquence : rouge, bleu, rouge, bleu
- B - par convention, le repère de sonde est vers l'œil du patient pour la droite et vers l'occiput pour la gauche
- C - L'angle d'insonation d'un tir sur la cérébrale moyenne homolatérale est toujours supérieur à 60° justifiant une correction électronique.
- D - le repère visualisé en mode B, en forme de « papillon » ne se voit qu'en inclinant la sonde vers le haut.
- E - Une vitesse diastolique normale est toujours supérieure à 30 cm/sec

9 A propos de la cinétique segmentaire en échographie cardiaque :

- A - l'absence d'épaississement concordant dans un territoire signe une nécrose récente
- B - l'épaississement de la paroi est le seul signe de contraction musculaire
- C - l'étude de la cinétique du ventricule droit permet de faire le diagnostic d'infarctus du ventricule droit.
- D - une atteinte du territoire de la coronaire droite se voit sur les coupes para-sternales petit axe et apicale 2 cavités.
- E - l'intérêt de la vue apicale 3 cavités est principalement de voir la contractilité de la paroi antérieure

10 Vous êtes appelé en SMUR sur un accident de travail dans une entreprise de fabrication de poutres où un homme de 35 ans a été retrouvé au sol devant son chariot élévateur semi enseveli sous plusieurs planches et poutres lui ayant vraisemblablement chuté dessus.

À votre arrivée il a été dégagé par ses camarades et les pompiers de l'entreprise. Il est conscient, pale et agité, il n'y a pas de sueurs mais est extrêmement algique au niveau de son membre inférieur gauche et de son bassin.

Une inspection sommaire vous montre une fracture ouverte haute du fémur gauche avec extrusion de la tête et du col.

L'ensemble de la jambe semble par ailleurs en rotation sur elle-même et cyanosée. Vous notez qu'aucun pouls pédiéux n'est perceptible au membre inférieur gauche.

Les paramètres vitaux sont : Pouls : 130 bpm ; PA : 85/45 mmHg ; Sat O2 imprenable ; FV : 35.

Après exsufflation à l'aiguille d'un pneumothorax droit et remplissage vasculaire, l'hémodynamique s'est stabilisée avec une PA 112/67, un pouls à 108 une saturation à 99% sous 60% de FiO2, une EtCO2 à 37 et une température à 36,4. L'hémocue initial était à 14,3 g/L.

Pendant le transport, vous décidez de pratiquer un screening échographique 3P (ou eFAST) :

- A - Une fois mise en place il ne faut pas desserrer la ceinture pelvienne, même si l'obtention des images du pelvis sont difficiles voire impossible.
- B - Pratiquer un 3P ou eFAST pendant le transport est impossible
- C - Ne peut jamais détecter un épanchement péricardique,
- D - Il est préférable d'avoir au préalable installé le patient sur une planche de transport plutôt qu'un matelas à dépression.
- E - Peut détecter un épanchement liquidien intra péritonéal, péricardique ou pleural.

11 A propos de l'échographie thoracique multimodale :

- A - Elle consiste en l'analyse couplée de l'échographie pulmonaire et cardiaque
- B - Elle demande un matériel sophistiqué (échographe pouvant réaliser du strain pulmonaire)
- C - Elle est maintenant la méthode à privilégier pour la prise en charge des patients en états de choc et/ou en détresse respiratoire
- D - Dans la recherche d'une étiologie à une dyspnée aiguë sa sensibilité est supérieure à l'échographie pulmonaire seule
- E - Elle ne peut pas être utilisée en pré hospitalier

12 La paroi vésiculaire peut-être épaissie en cas de :

- A - Pancréatite aiguë
- B - d'hypoalbuminémie
- C - Insuffisance cardiaque
- D - Hépatite virale aiguë
- E - Sigmoidite

13 Après une intubation et malgré que la courbe de capnographie soit correcte, la saturation du patient plafonne à 93% sous 100% de FiO2. De plus, les alarmes de pression haute du respirateur se déclenchent.

Vous suspectez un pneumothorax aggravé par la mise sous respirateur. L'échographie pulmonaire peut :

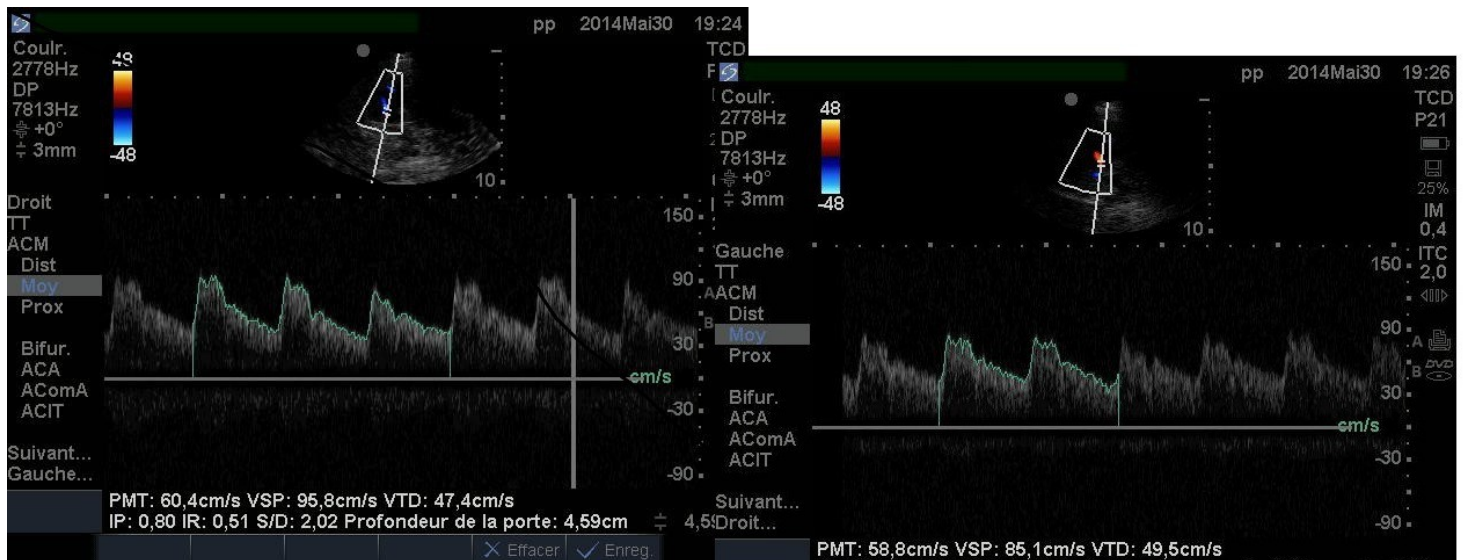
- A - Peut être mise en échec en cas d'emphysème sous cutané important.
- B - N'est pas utile et pourrait même être délétère en cas de signes cliniques évidents d'un pneumothorax compressif.
- C - Nécessite obligatoirement le mode M pour visualiser un hydropneumothorax.
- D - Ne permet jamais de juger de la mécanique diaphragmatique, encore moins dans les traumatismes thoraco-abdominaux.
- E - Détecte une intubation sélective grâce à l'analyse bilatérale du signe du glissement.

14 Un homme de 65 ans sans ATCD vient pour une pesanteur sus-pubienne et une dysurie, ses paramètres sont PA 145/60, pouls 95/min, FR 18/min, température 36,8, vous n'avez pas de BU, juste après l'IOA et votre examen qui retrouve un abdomen distendu, à la réalisation initiale de votre échographie vous retrouvez un globe vésical et une dilatation pyelocalicielle. Le patient est rapidement sondé. Après votre échographie vous appelez le chirurgien en urgence car l'aorte abdominale

- A - Est mesurée à 8 cm de diamètre
- B - Est mesurée à 3 cm de diamètre
- C - Les parois de l'aorte ne sont pas parallèles en coupe longitudinale
- D - Est mesurée à 6 cm de diamètre
- E - Est mesurée à 4 cm de diamètre

15 Lors de la réalisation de l'échographie clinique en abdominal, quelles sont les propositions exactes :

- A - Les contusions spléniques sont facilement visibles
- B - Elle permet de laisser sortir le patient après un choc à haute cinétique si elle est normale
- C - Les contusions hépatiques sont facilement visibles
- D - C'est un bon examen pour détecter la présence de liquide rétropéritonéal
- E - C'est un bon examen pour détecter la présence de liquide intra-abdominal



16 Vous êtes appelé en SMUR sur un accident de travail dans une entreprise de fabrication de poutres où un homme de 35 ans a été retrouvé au sol devant son chariot élévateur semi enseveli sous plusieurs planches et poutres lui ayant vraisemblablement chuté dessus.

À votre arrivée il a été dégagé par ses camarades et les pompiers de l'entreprise. Il est conscient, pale et agité, il n'y a pas de sueurs mais est extrêmement algique au niveau de son membre inférieur gauche et de son bassin.

Une inspection sommaire vous montre une fracture ouverte haute du fémur gauche avec extrusion de la tête et du col.

L'ensemble de la jambe semble par ailleurs en rotation sur elle-même et cyanosée. Vous notez qu'aucun pouls pédiéux n'est perceptible au membre inférieur gauche.

Les paramètres vitaux sont : Pouls : 130 bpm ; TA : 85/45 mmHg ; Sat O2 imprenable ; FV : 35.

Les pupilles du patient sont maintenant en myosis serré, pour terminer votre ABCDE vous pratiquez un Doppler Trans-Crânien dont le résultat est ci-dessus :

- A - Une IP supérieure à 1,4 et une vitesse diastolique inférieure à 20 cm/s imposent la mise en place de thérapeutiques agressives pour tenter de restaurer la circulation cérébrale.
- B - En l'absence d'autre technique disponible, la mesure du diamètre de la gaine du nerf optique peut être une alternative acceptable pour évaluer l'apparition un éventuel œdème cérébral.
- C - Il existe une asymétrie significative entre le DTC droit et gauche qui signe un début de souffrance cérébrale.
- D - L'osmothérapie se décide exclusivement sur la valeur de la vitesse moyenne
- E - Les valeurs des DTC ci-dessus sont normales compte tenu de la situation du patient.

17 En écho-cardiographie, le MAPSE :

- A - n'est mesurable que sur la partie latérale de l'anneau mitral
- B - mesure le déplacement de l'anneau mitral
- C - permet d'évaluer la fonction systolique du ventricule gauche.
- D - est mesurable à partir d'une fenêtre para-sternale grand axe
- E - est toujours corrélé au Doppler tissulaire de l'anneau mitral

18 Une femme de 78 ans est admise aux urgences pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h : asthénie intense, dyspnée et malaises lipothymiques. Elle est orientée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil devant ses paramètres. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une hypothyroïdie.

Ses paramètres à l'admission en SAUV sont : Glasgow 15, PA 82/40 mmHg, Fc 115/min, Fréquence respiratoire 22/min SpO2 90% aux lunettes à O2 2l/min, T° 38,1°C.

Les résultats de votre évaluation échographique à l'admission en SAUV sont :

Échocardiographie visuelle : Bonne FEVG, Pas de dilatation du VD ou autre signe de cœur pulmonaire aigu, pas d'épanchement péricardique, VCI_{max} = 1,8cm, VCI_{min} = 1,4 cm.

Mesures Doppler cardiaque : E = 0,6, E/A = 0,8, E/E' = 7, ITV sous Ao = 22.

Vous administrez 500 ml de SSI à la patiente en 30 minutes et mesurez à nouveau l'ITV sous Ao. Quelles valeurs vous permettent de considérer que l'épreuve de remplissage est positive ?

- A - Toutes valeurs supérieures à 25
- B - 20
- C - 22
- D - 23
- E - 25

19 Vous recevez en salle d'accueil des urgences vitales une femme de 85 ans.

Elle a pour antécédents : HTA, Cardiopathie ischémique stentée il y a 11 ans, surpoids.

L'histoire de la maladie retrouve un alitement quasi permanent à domicile depuis environ 10 jours suite à une chute ayant entraîné une fracture de la patella droite immobilisée par orthèse. Elle est asthénique depuis 3 jours. Elle ressent une douleur latéro-thoracique gauche augmentée à l'inspiration, une dyspnée de repos et un fébricule depuis 48h.

A l'admission, les paramètres sont : Température 38,3°C, Glasgow 15, PA 78/49 mmHg, Fc 115/min, SpO2 86% en air ambiant, 98% au masque à haute concentration, fréquence respiratoire à 25/min.

Vous réalisez une échographie de compression veineuse des deux membres inférieurs (4P) qui s'avère normale. Donnez la ou les réponses justes :

- A - L'examen (4p) est jugé normal si je peux comprimer des deux cotés les veines fémorales et poplitées.
- B - Cet examen normal (4P) me permet raisonnablement d'éliminer l'hypothèse d'une embolie pulmonaire.
- C - Si cet examen (4P) avait été pathologique, j'aurais pu raisonnablement orienter mon diagnostic vers l'embolie pulmonaire.
- D - L'examen (4p) est jugé normal si je ne vois aucun contenu hyper-échogène dans les deux veines fémorales et poplitées.
- E - Je dois impérativement compléter mon examen 4P par une analyse Doppler couleur des vaisseaux fémoraux et poplités

20 A propos de la veine cave inférieure

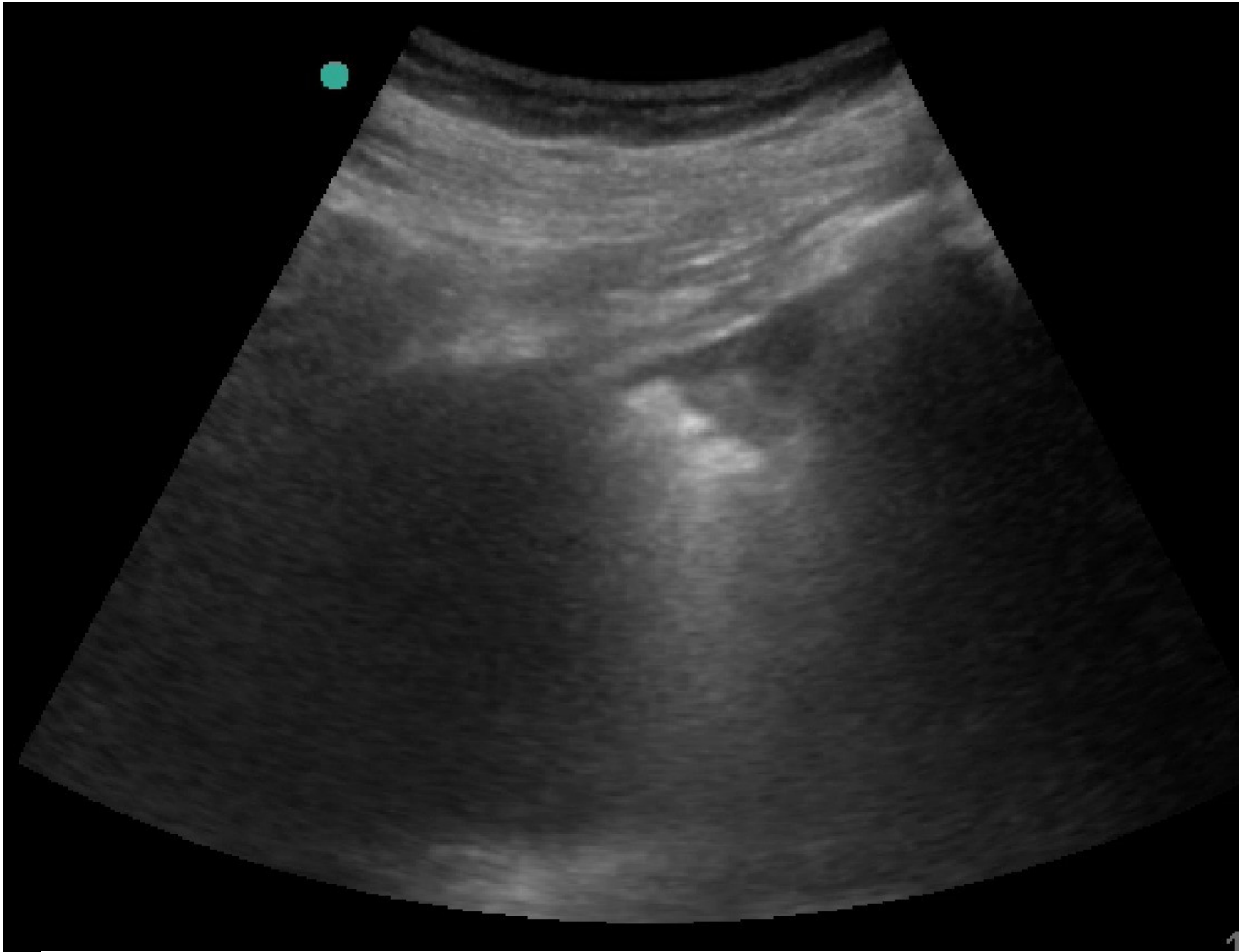
A - un diamètre de 20 mm signe une surcharge gauche

B - sa cinétique est normale en cas de tamponnade.

C - est à elle seule, un mauvais reflet des possibilités de remplissage

D - elle ne peut être mesurée qu'avec un abord sous-xyphoïdien

E - le collapsus inspiratoire en ventilation spontanée signifie forcément qu'il existe une hypovolémie



21 Vous recevez en salle d'accueil des urgences vitales une femme de 85 ans.

Elle a pour antécédents : HTA, Cardiopathie ischémique stentée il y a 11 ans, surpoids.

L'histoire de la maladie retrouve un alitement quasi permanent à domicile depuis environ 10 jours suite à une chute ayant entraîné une fracture de la patella droite immobilisée par orthèse. Elle est asthénique depuis 3 jours. Elle ressent une douleur latéro-thoracique gauche augmentée à l'inspiration, une dyspnée de repos et un fébricule depuis 48h.

A l'admission, les paramètres sont : Température 38,3°C, Glasgow 15, PA 78/49 mmHg, Fc 115/min, SpO2 86% en air ambiant, 98% au masque à haute concentration, fréquence respiratoire à 25/min.

Vous réalisez une échographie thoracique multimodale. L'image montre le résultat de cette échographie en base gauche.

Donner la ou les réponse(s) exacte(s) :

A - L'échographie pulmonaire m'orienterait plutôt vers une pneumopathie pour expliquer la symptomatologie.

B - Il y a une condensation pulmonaire basale gauche.

C - Il y a un épanchement pleural gauche de moyenne abondance.

D - S'il existe un doute sur l'épanchement pleural liquidien, le mode TM peut montrer le signe de la sinusoïde et affirmer l'épanchement liquidien.

E - L'échographie pulmonaire m'orienterait plutôt vers une embolie pulmonaire pour expliquer la symptomatologie.

22 Une femme de 78 ans est admise aux urgences pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h : asthénie intense, dyspnée et malaises lipothymiques. Elle est orientée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil devant ses paramètres. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une hypothyroïdie.

Ses paramètres à l'admission en SAUV sont : Glasgow 15, PA 82/40 mmHg, Fc 115/min, Fréquence respiratoire 22/min SpO₂ 90% aux lunettes à O₂ 2l/min, T° 38,1 °C.

Les résultats de votre évaluation échographique à l'admission en SAUV sont :

Échocardiographie visuelle : Bonne FEVG, Pas de dilatation du VD ou autre signe de cœur pulmonaire aigu, pas d'épanchement péricardique, VCI_{max} = 1,8cm, VCI_{min} = 1,4 cm.

Mesures Doppler cardiaque : E = 0,6, E/A = 0,8, E/E' = 7, ITV sous Ao = 22.

Vous administrez 500 ml de SSI à la patiente en 30 minutes et mesurez à nouveau toutes vos valeurs. A quelles modifications de chaque valeur peut-on s'attendre ?

- A - Une diminution de l'onde E
- B - Une diminution de la VCI_{min}
- C - Une augmentation du rapport E/E'
- D - Une augmentation du rapport E/A
- E - Une diminution de l'ITV

23 Une femme de 78 ans est admise aux urgences pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h : asthénie intense, dyspnée et malaises lipothymiques. Elle est orientée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil devant ses constantes.

Ses paramètres à l'admission en SAUV sont : Glasgow 15, PA 82/40 mmHg, Fc 115/min, Fréquence respiratoire 22/min SpO₂ 90% aux lunettes à O₂ 2l/min, T° 38,1 °C. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une hypothyroïdie.

Votre examen clinique comporte des spots d'échographie. Voici plusieurs résultats possibles :

- a- Dilatation majeure du ventricule droit
- b- E/A > 2
- c- E/A < 1
- d- E < 0,6 m/s
- e- Collapsus systolique du VG
- f- ITV sous Ao > 20
- g- Échographie de compression veineuse des membres inférieurs anormale
- h- Condensation pulmonaire basale unilatérale
- i- Profil A
- j- E/E' > 15
- k- E/E' < 8
- l- Profil B
- m- Signe du D
- n- Collapsus inspiratoire de la veine cave inférieure
- o- MAPSE = 4 mm

Parmi ces résultats échographiques, quelles sont les associations en faveur d'une embolie pulmonaire avec cœur pulmonaire aigu :

- A - agikm
- B - adgim
- C - abim
- D - agim
- E - acdgim

24 Une femme de 78 ans est admise aux urgences pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h : asthénie intense, dyspnée et malaises lipothymiques. Elle est orientée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil devant ses constantes.

Ses paramètres à l'admission en SAUV sont : Glasgow 15, PA 82/40 mmHg, Fc 115/min, Fréquence respiratoire 22/min SpO2 90% aux lunettes à O2 2l/min, T° 38,1 °C. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une hypothyroïdie.

Votre examen clinique comporte des spots d'échographie. Voici plusieurs résultats possibles :

- a- Dilatation majeure du ventricule droit
- b- E/A > 2
- c- E/A < 1
- d- E < 0,6 m/s
- e- Collapsus systolique du VG
- f- ITV sous Ao > 20
- g- Échographie de compression veineuse des membres inférieur anormale
- h- Condensation pulmonaire basale unilatérale
- i- Profil A
- j- E/E' > 15
- k- E/E' < 8
- l- Profil B
- m- Signe du D
- n- Collapsus inspiratoire de la veine cave inférieure
- o- MAPSE = 4 mm

Parmi ces résultats échographiques, quelles sont les associations en faveur d'une vasoplégie :

- A - f
- B - mn
- C - i
- D - bdl
- E - eko

25 Pour affirmer un épanchement articulaire de la hanche chez l'adulte :

- A - La coupe passe transversalement au col fémoral.
- B - La mesure se fait sur les récessus antérieurs.
- C - Une différence de 10 mm est nécessaire pour affirmer l'épanchement.
- D - Seule la mesure du côté atteint suffit.
- E - Les membres inférieurs doivent être en rotation identique.

26 Une femme de 78 ans est admise aux urgences pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h : asthénie intense, dyspnée et malaises lipothymiques. Elle est orientée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil devant ses constantes.

Ses paramètres à l'admission en SAUV sont : Glasgow 15, PA 82/40 mmHg, Fc 115/min, Fréquence respiratoire 22/min SpO2 90% aux lunettes à O2 2l/min, T° 38,1 °C. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une hypothyroïdie.

Votre examen clinique comporte des spots d'échographie. Voici plusieurs résultats possibles :

- a- Dilatation majeure du ventricule droit
- b- E/A > 2
- c- E/A < 1
- d- E < 0,6 m/s
- e- Collapsus systolique du VG
- f- ITV sous Ao > 20
- g- Échographie de compression veineuse des membres inférieur anormale
- h- Condensation pulmonaire basale unilatérale
- i- Profil A
- j- E/E' > 15
- k- E/E' < 8
- l- Profil B
- m- Signe du D
- n- Collapsus inspiratoire de la veine cave inférieure
- o- MAPSE = 4 mm

Si le diagnostic final est une pneumopathie basale entraînant un choc septique avec hypovolémie initiale, quels résultats sont typiques de ce tableau :

- A - cfh
- B - befh
- C - cdefhkn
- D - afhkn
- E - cdefhk

27 A l'occasion d'une ISR, lors de la préparation de l'induction (drogues, matériel) et de la pré oxygénation, une échographie des voies aériennes supérieures pourrait vous être utile :

- A - En cas de suspicion de lésion trachéale, même en présence d'un emphysème sous cutané de la région cervicale antérieure.
- B - Pour vous aider à déterminer le diamètre de la sonde d'intubation en particulier en pédiatrie.
- C - Pour repérer la membrane crico-thyroïdienne notamment chez les patients obèses ou compliqués.
- D - Pour déterminer le passage de la sonde en intra-trachéal ou œsophagien en cas d'échec
- E - Pour repérer les structures vasculaires voisines de la trachée afin de guider le geste de crico-thyroïdotomie.

28 Sur quels signes échographiques peut-on affirmer une grossesse intra-utérine dans le cadre d'une suspicion de GEU ?

- A - La présence d'un épanchement péritonéal de petite quantité.
- B - Ne peut s'affirmer que grâce à un examen endo-vaginal
- C - L'association à ce sac d'un kyste folliculaire
- D - La présence d'un sac embryonnaire dans l'endomètre
- E - La présence d'un sac embryonnaire dans l'endomètre avec une double couronne trophoblastique

29 Quels sont les éléments systématiquement recherchés lors d'un ECAU lombaire ?

- A - les résistances artérielles intra-parenchymateuses.
- B - présence d'un rein controlatéral
- C - la taille du rein dans son grand axe
- D - réplétion vésicale
- E - épanchement important de la loge rénale

30 En Locomoteur, l'artéfact d'anisotropie :

- A - N'est pas dépendant de l'inclinaison du faisceau.
- B - Est indépendant de la fréquence de la sonde.
- C - Ne s'applique que pour les nerfs.
- D - Donne une image hyperéchogène.
- E - N'est visible qu'en coupe transversale.

31 A propos de la fonction diastolique du ventricule gauche :

- A - lors des courbes diastoliques du Doppler mitral, il existe un temps sans vitesse entre deux ondes lorsque le sujet est jeune et en bonne santé.
- B - elle évolue avec l'âge
- C - un seul index ne permet pas d'affirmer des pressions élevées
- D - le Doppler mitral est idéalement fait grâce à une vue apicale.
- E - chez un patient âgé, une augmentation des pressions est marquée par une diminution de l'onde E par rapport à l'onde A.

32 Une femme de 78 ans est admise pour douleur abdominale pour des douleurs qui évoluent depuis un peu plus de 24 H. Elle est orientée en secteur couché après son passage à l'IOA

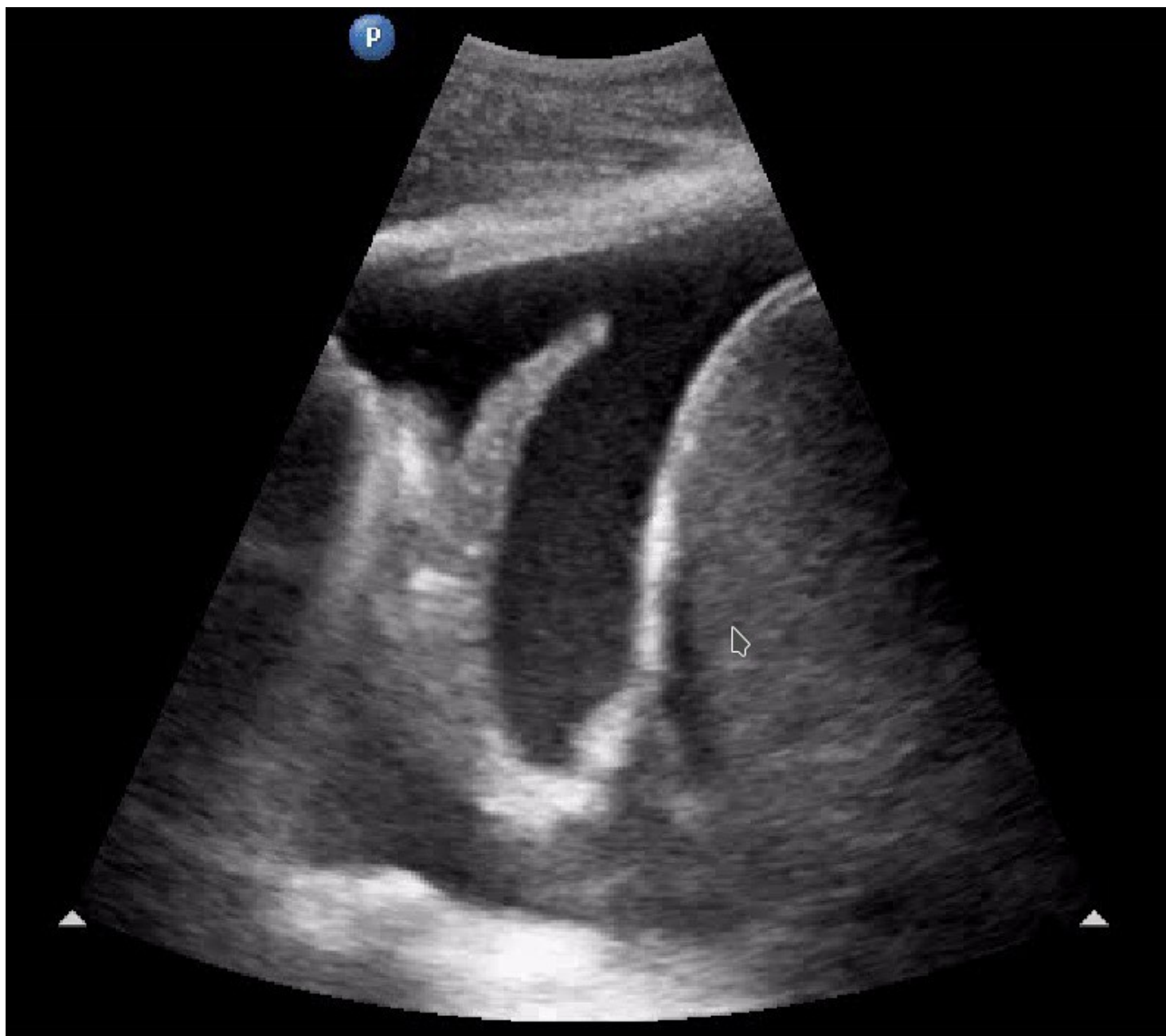
Ses paramètres à l'entrée sont : Glasgow 15, Pouls 98/min.PA 135/60 mmHg, FR 20/min, température 38°C.

A l'examen, elle se plaint essentiellement d'une douleur épigastrique. Vous hésitez entre une cholécystite et une angiocholite, les éléments en faveur d'une cholécystite :

- A - Absence de Murphy échographique
- B - Dédoubllement de la paroi
- C - Absence de lithiase
- D - Epaissement de la paroi de 5 mm
- E - Dilatation des voies biliaires intrahépatiques

33 Pour la fenêtre apicale en cardiologie :

- A - les valves mitrales et tricuspides sont sur le même plan axial
- B - la pointe du cœur n'est pas l'extrémité distale du septum
- C - permet de mesurer l'aorte initiale
- D - permet d'obtenir quatre coupes différentes
- E - est la seule fenêtre qui permet la mesure du flux tricuspide



34 Vous êtes appelé en SMUR sur un accident de travail dans une entreprise de fabrication de poutres où un homme de 35 ans a été retrouvé au sol devant son chariot élévateur semi enseveli sous plusieurs planches et poutres lui ayant vraisemblablement chuté dessus.

À votre arrivée il a été dégagé par ses camarades et les pompiers de l'entreprise. Il est conscient, pale et agité, il n'y a pas de sueurs mais est extrêmement algique au niveau de son membre inférieur gauche et de son bassin.

Une inspection sommaire vous montre une fracture ouverte haute du fémur gauche avec extrusion de la tête et du col.

L'ensemble de la jambe semble par ailleurs en rotation sur elle-même et cyanosée. Vous notez qu'aucun pouls pédieux n'est perceptible au membre inférieur gauche.

Les paramètres vitaux sont : Puls : 130 bpm ; TA : 85/45 mmHg ; Sat O2 imprenable ; FV : 35.

Pendant le transport et malgré un remplissage bien conduit l'hémodynamique du patient s'aggrave. La pression artérielle chute à 78/44 le pouls s'accélère à 127 et le patient commence à se marbrer sur les flancs. Vous continuez le remplissage avec des grosses molécules et y associez des amines. Vous décidez de réitérer le screening échographique 3P (ou eFAST) :

Au niveau thoracique :

- A - L'image ci-dessus est un épanchement liquidien péricardique de grande abondance.
- B - Il s'agit du signe de l'oreille du renard (Signe de Fox) qui correspond à la languette pulmonaire condensée.
- C - L'image ci-dessus est un épanchement liquidien pleural de grande abondance.
- D - L'image ci-dessus est un épanchement liquidien péritonéal de grande abondance.
- E - Il faut toujours drainer ce genre d'épanchement car il peut entraîner rapidement le décès du patient.

35 A propos de l'échographie pendant la réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire :

- A - Le protocole FEEL peut être utilisé pour optimiser la réanimation de l'ACR et cela indifféremment dans l'arrêt cardiaque traumatique ou non traumatique.
- B - Le protocole FEEL utilise la coupe sous costale comme coupe de référence car elle est la plus aisée d'accès et n'interfère pas avec le massage cardiaque externe.
- C - Pour réaliser les coupes du protocole FEEL il faut impérativement faire stopper le MCE pendant 20 secondes, temps nécessaire à la visualisation du cœur.
- D - Le protocole FEEL se pratique durant les 10 secondes d'interruption du MCE tous les 5 cycles, pendant l'évaluation du rythme.
- E - Il existe 4 causes curables de l'ACR qui sont rapidement accessible aux ultrasons et dont la sensibilité est supérieure à la clinique : Tamponnade péricardique, hypovolémie massive, CPA massif et pneumothorax massif

36 Lors d'une suspicion de pneumothorax, citez les assertions exactes :

- A - Un signe du glissement, l'absence de lignes B, l'absence d'un point poumon et une absence de pouls pulmonaire signe un pneumothorax en regard de la sonde.
- B - Une absence de glissement, l'absence de lignes B, présence d'un point poumon et une absence de pouls pulmonaire signe un pneumothorax partiel en regard de la sonde.
- C - Une absence de glissement, la présence de lignes B, l'absence d'un point poumon et un pouls pulmonaire visible signe une absence de ventilation en regard de la sonde.
- D - Une absence de glissement, l'absence de lignes B, l'absence d'un point poumon et une absence de pouls pulmonaire signe un pneumothorax en regard de la sonde.
- E - Une absence de glissement, la présence de lignes B, l'absence d'un point poumon et un pouls pulmonaire visible signe un pneumothorax en regard de la sonde.

37 Une femme de 78 ans est admise aux urgences pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h : asthénie intense, dyspnée et malaises lipothymiques. Elle est orientée en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil devant ses constantes.

Ses paramètres à l'admission en SAUV sont : Glasgow 15, PA 82/40 mmHg, Fc 115/min, Fréquence respiratoire 22/min SpO2 90% aux lunettes à O2 2l/min, T° 38,1 °C. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une hypothyroïdie.

Votre examen clinique comporte des spots d'échographie. Voici plusieurs résultats possibles :

- a- Dilatation majeure du ventricule droit
- b- E/A > 2
- c- E/A < 1
- d- E < 0,6 m/s
- e- Collapsus systolique du VG
- f- ITV sous Ao > 20
- g- Échographie de compression veineuse des membres inférieur anormale
- h- Condensation pulmonaire basale unilatérale
- i- Profil A
- j- E/E' > 15
- k- E/E' < 8
- l- Profil B
- m- Signe du D
- n- Collapsus inspiratoire de la veine cave inférieure
- o- MAPSE = 4 mm

Parmi ces résultats échographiques, quelles sont les associations en faveur d'une part cardiogénique :

- A - mno
- B - abdh
- C - bjlo
- D - bim
- E - fino

38 A propos de la vésicule biliaire normale :

- A - l'épaisseur de sa paroi est mesurable même en post prandial
- B - en cas de cholécystectomie, le cholédoque est généralement dilaté
- C - elle peut-être bifide
- D - 60% de la population de plus de 60 ans a un calcul
- E - son diamètre antéro-postérieur ne peut dépasser 5 cm.

39 Vous êtes appelé en SMUR sur un accident de travail dans une entreprise de fabrication de poutres où un homme de 35 ans a été retrouvé au sol devant son chariot élévateur semi enseveli sous plusieurs planches et poutres lui ayant vraisemblablement chuté dessus.

À votre arrivée il a été dégagé par ses camarades et les pompiers de l'entreprise. Il est conscient, pale et agité, il n'y a pas de sueurs mais est extrêmement algique au niveau de son membre inférieur gauche et de son bassin.

Une inspection sommaire vous montre une fracture ouverte haute du fémur gauche avec extrusion de la tête et du col.

L'ensemble de la jambe semble par ailleurs en rotation sur elle-même et cyanosée. Vous notez qu'aucun pouls pédieux n'est perceptible au membre inférieur gauche.

Les paramètres vitaux sont : Pouls : 130 bpm ; TA : 85/45 mmHg ; Sat O2 imprenable ; FV : 35.

Pendant le transport et malgré un remplissage bien conduit l'hémodynamique du patient s'aggrave. La pression artérielle chute à 78/44 le pouls s'accélère à 127 et le patient commence à se marbrer sur les flancs. Vous continuez le remplissage avec des grosses molécules et y associez des amines. Vous décidez de réitérer le screening échographique 3P (ou eFAST) :

Au niveau abdominal :

A - La mesure de l'index de collapsibilité de la veine cave inférieure, dans ce contexte, est impérative afin de guider le remplissage.

B - Un épanchement liquidien libre péri hépatique signe toujours une lésion du foie.

C - Ce n'est pas nécessaire car j'ai déjà réalisé cet examen au départ et cela ne va rien m'apporter de plus.

D - Une veine cave inférieure collabée associée à un « kissing heart » hyperkinétique signe une hypovolémie avec certitude.

E - Un épanchement liquidien libre pleural peut expliquer la dégradation de l'état hémodynamique du patient.

40 Vous êtes appelé en SMUR sur un accident de travail dans une entreprise de fabrication de poutres où un homme de 35 ans a été retrouvé au sol devant son chariot élévateur semi enseveli sous plusieurs planches et poutres lui ayant vraisemblablement chuté dessus.

À votre arrivée il a été dégagé par ses camarades et les pompiers de l'entreprise. Il est conscient, pale et agité, il n'y a pas de sueurs mais est extrêmement algique au niveau de son membre inférieur gauche et de son bassin.

Une inspection sommaire vous montre une fracture ouverte haute du fémur gauche avec extrusion de la tête et du col.

L'ensemble de la jambe semble par ailleurs en rotation sur elle-même et cyanosée. Vous notez qu'aucun pouls pédieux n'est perceptible au membre inférieur gauche.

Les paramètres vitaux sont : Pouls : 130 bpm ; TA : 85/45 mmHg ; Sat O2 imprenable ; FV : 35.

Pendant le transport et malgré un remplissage bien conduit l'hémodynamique du patient s'aggrave. La pression artérielle chute à 78/44 le pouls s'accélère à 127 et le patient commence à se marbrer sur les flancs. Vous continuez le remplissage avec des grosses molécules et y associez des amines. Vous décidez de réitérer le screening échographique 3P (ou eFAST) :

Au niveau abdomino-pelvien :

A - Dans le cadre de l'examen 3P (eFAST) une lésion parenchymateuse des organes pleins doit toujours être recherchée

B - Une lésion du bassin avec saignement en nappe est toujours visible à l'Échographie Clinique Appliquée à l'Urgence

C - Un 3P (eFAST) négatif dans ce contexte fait suspecter un saignement rétro-péritonéal justifiant d'un geste d'embolisation.

D - L'absence de visibilité de la vessie peut vous faire suspecter une rupture de cette dernière.

E - Une lésion parenchymateuse de la rate peut être visible mais ce n'est pas l'objectif principal de l'examen 3P (eFAST)