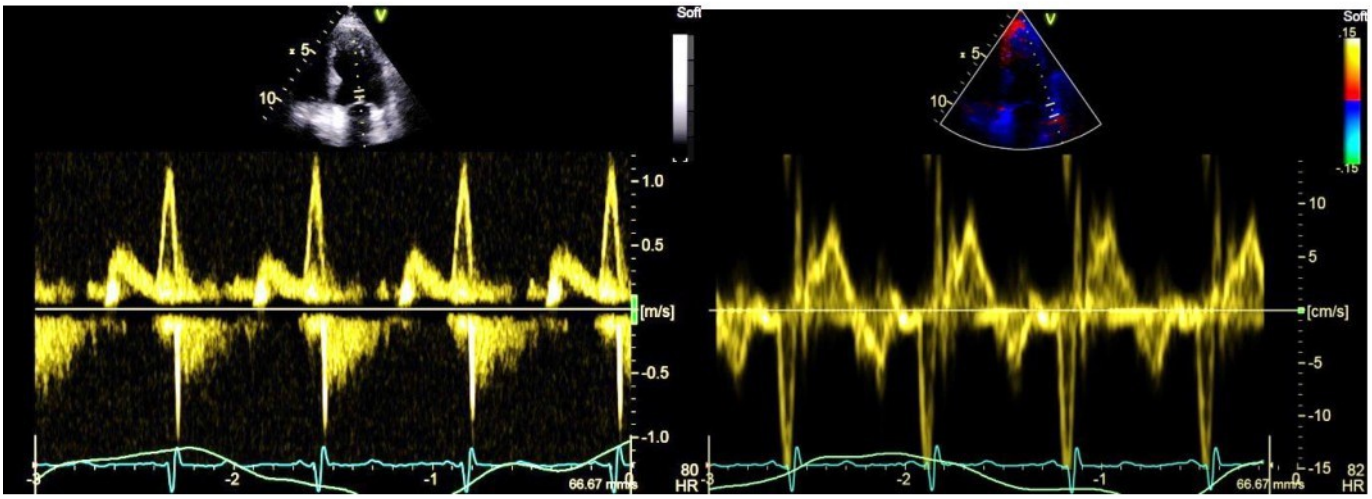
Feuille de questionnaire

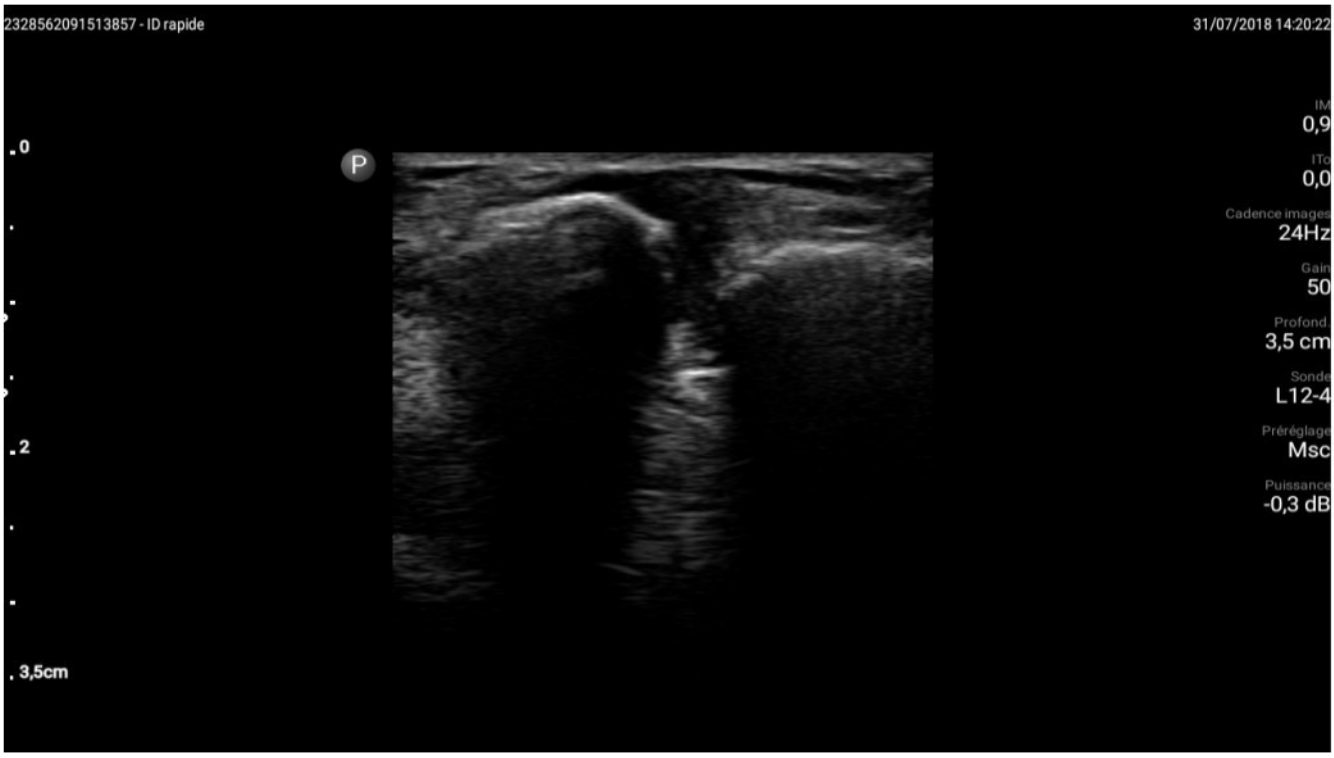
Ne pas répondre ici *sur la feuille des questions de l'examen! Utilisez la feuille de réponse prévue à cet effet.*

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 #2022488 de l'examen #114447 (Référence: **200709-19343-62235-114447**)

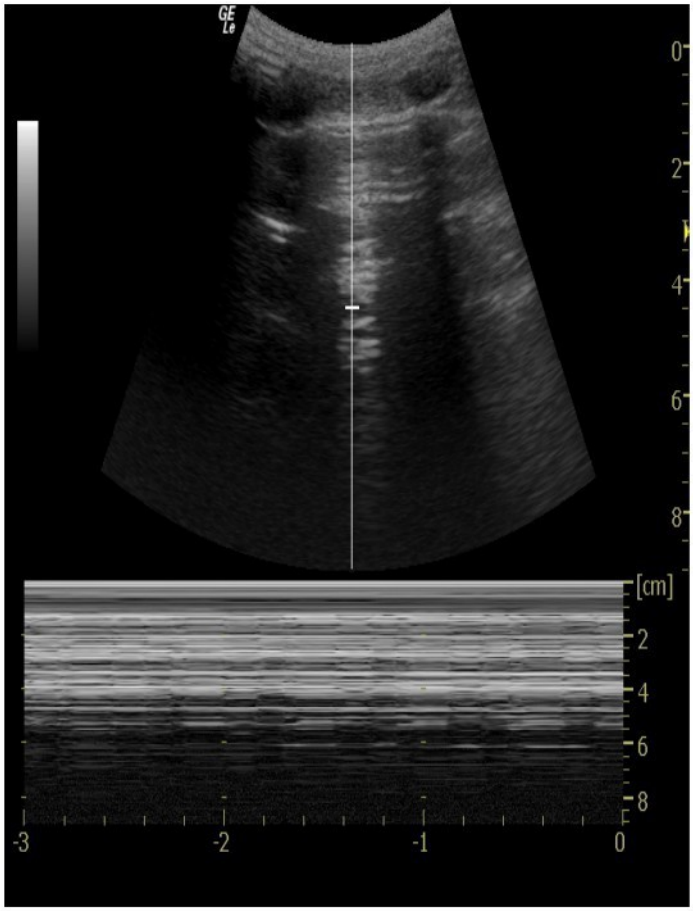


1 Ces deux images sont réalisées chez un patient admis aux urgences pour détresse respiratoire aigue
A - Le rapport E/E' semble être supérieur à 12
B - Les images montrent un profil en faveur de pressions de remplissage du VG hautes
C - L'image de gauche permet la mesure du flux mitral
D - L'image de droite est en faveur d'une fonction diastolique normale
E - Les images sont en défaveur d'un œdème aigu pulmonaire cardiogénique



2 Un homme de 38 ans fait une chute de sa hauteur sur le moignon de l'épaule droite. Il se présente au SAU avec une impotence de l'épaule droite avec une tuméfaction en regard de l'articulation acromio-claviculaire sans autre atteinte clinique. Vous faite une coupe transversale supérieure passant par l'articulation.

A - Il existe une luxation acromio-claviculaire
B - cette coupe ne permet pas de voir s'il existe un épanchement articulaire.
C - cela montre une fracture de l'extrémité distale de la clavicule
D - l'échographie clinique, à ce jour, permet de ne pas faire de radiographie à la recherche d'une fracture.
E - le cartilage articulaire est hyperéchogène



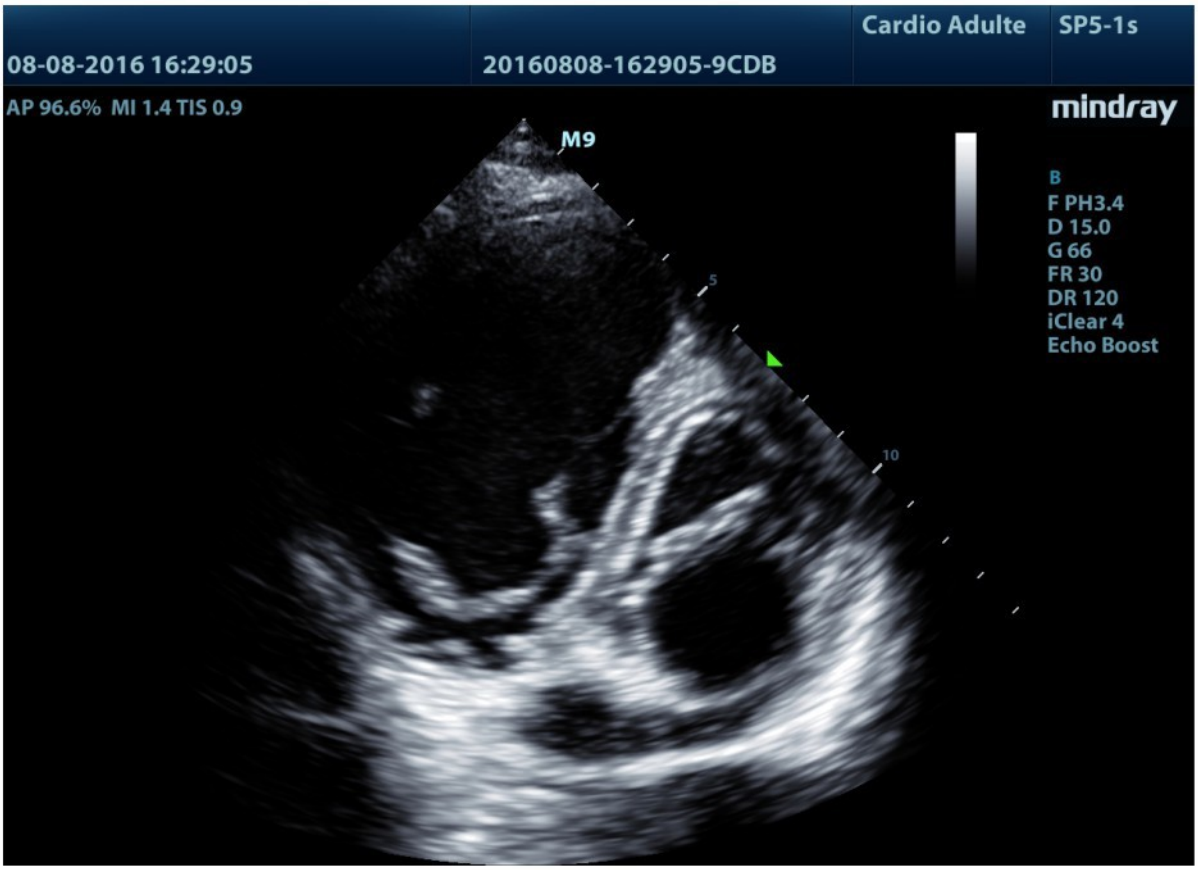
3 Un homme de 52 ans consultation pour douleur thoracique avec dyspnée. Il n'a pas d'ATCD particulier, l'ECG est sans particularité. Au sommet droit vous avez cette image pulmonaire.
A - Elle a été réalisée avec une sonde Phased Array
B - on ne visualise pas le ligne « du bord de mer »
C - Il y a de nombreuses lignes B
D - on visualise un « lung pulse »
E - Il y a de nombreuses lignes A

4 Dans le cadre de l'échographie pédiatrique :
A - Lors d'une boiterie chez un enfant de 4 ans apyrétique, l'échographie de hanche permet d'affirmer le diagnostic de sinovite aiguë transitoire
B - On utilise des sondes de très hautes fréquences > 15 Mhertz
C - Les fractures des cartilages de croissance ont des signes directs en échographie
D - En cas de suspicion de pyélonéphrite, l'échographie recherche principalement une uropathie malformative
E - En trans-fontanellaire, l'image d'un hématome sous-dural est un espace vide d'écho ou de vaisseaux

5 Il s'agit d'une coupe longitudinale sus-pubienne chez une femme de 26 ans venant au SAU pour des douleurs pelviennes.
A - le vagin et son cul de sac sont bien individualisés
B - avec des BétaHcg positifs, cette image permet de suspecter fortement une GEU rompue.
C - la coupe passe par l'endomètre
D - Il n'y a pas d'épanchement péritonéal
E - Il y a un épanchement péritonéal

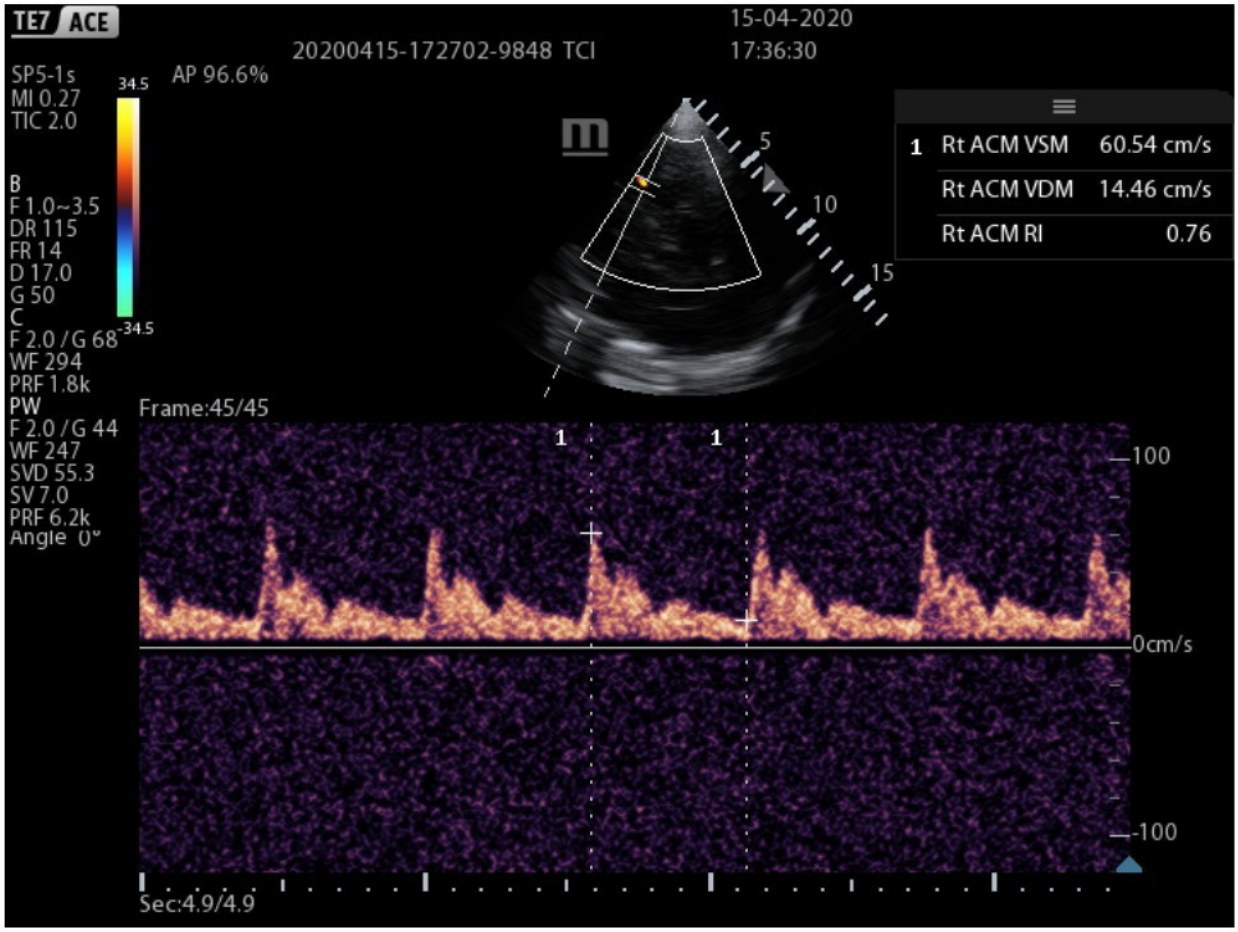
6 Un patient de 56 ans est adressé aux urgences pour des douleurs lombaires et abdominales flanc gauche, il a déjà fait une colique néphrétique il y a 11 ans, sans nouvel épisode depuis. Il n'a pas d'ATCD et ne prend pas de TT.
TA 145/60 mmHg, EVA estimée à 8/10
La BU est positive à +++ de sang.
Votre prescription d'AINS et d'antalgique a été efficace, mais juste avant sa sortie les douleurs reprennent, vous réalisez une échographie :
Si votre ECAU lombaire est sans anomalie :
A - Vous faites un tir Doppler pulsé sur le rein gauche.
B - Vous regarder systématiquement l'aorte abdominale
C - Vous demandez un Uro-tdm
D - Vous recherchez une thrombose splénique
E - Vous faites sortir le patient sous AINS.

7 En échographie cardiaque trans-thoracique :
A - Le Doppler mitral est interprétable en cas d'AC/FA
B - L'estimation de la PAPs est 4 fois la vitesse moyenne de la fuite tricuspidienne moins la pression de l'OD
C - La surface de l'oreillette gauche est > 30 cm^2
D - La compressibilité de la veine cave inférieure est un critère majeur pour interpréter les signes congestifs droits.
E - Les mesures Doppler faite en ECAU ne justifient pas de correction d'angle



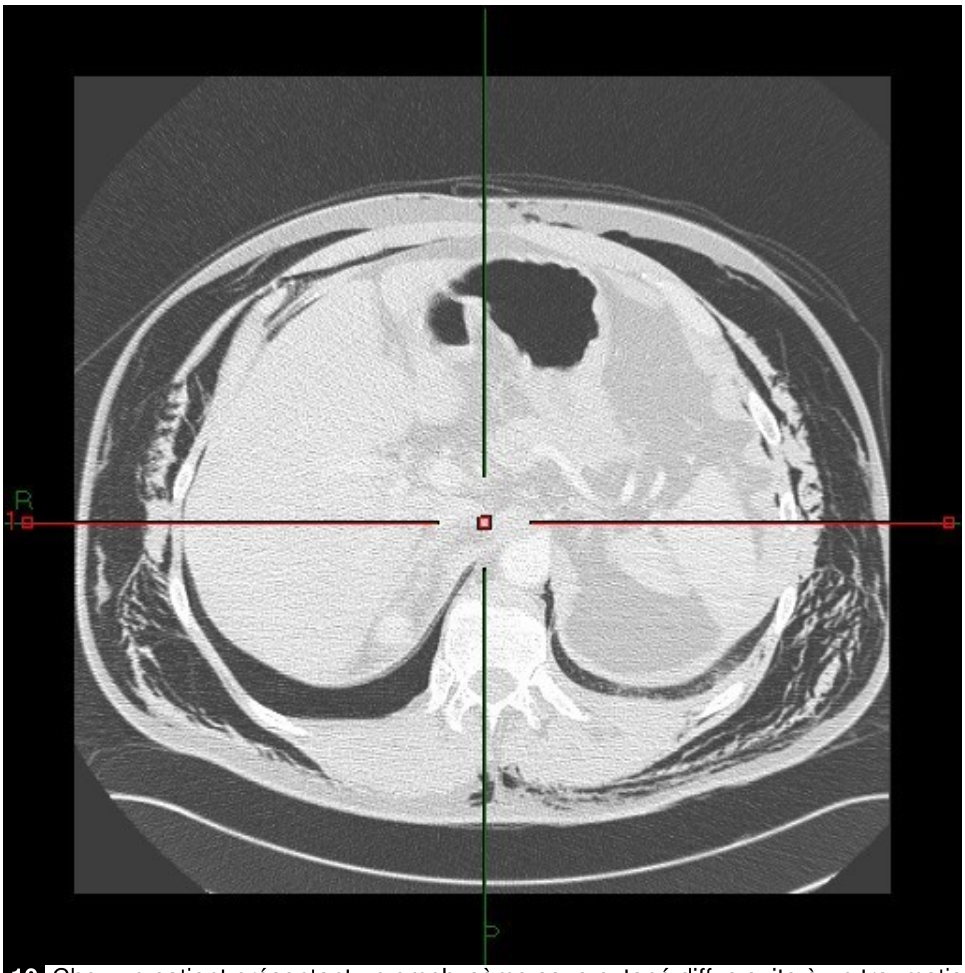
8 Une femme de 46 ans est adressée aux urgences pour une dyspnée avec douleur thoracique. Elle présente dans son histoire récente, une phlébite poplitée gauche découverte il ya 3 semaines et n'a pas des anticoagulants que pendant 8 jours. Sa PA est à 145/85 mmHg, le pouls est à 125 bpm, la Fr à 30 et la sat à 92 % en AA. Il n'y a pas de signe d'hypoperfusion périphérique. La coupe est une coupe para-sternale petit axe passant pas les valves mitrales.

A - le ventricule gauche est en forme de D
B - le contexte clinique et l'image impose une thrombolyse immédiate
C - le contexte clinique et l'image permettent d'affirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire.
D - le ventricule gauche est de taille normale
E - le ventricule droit est très dilaté



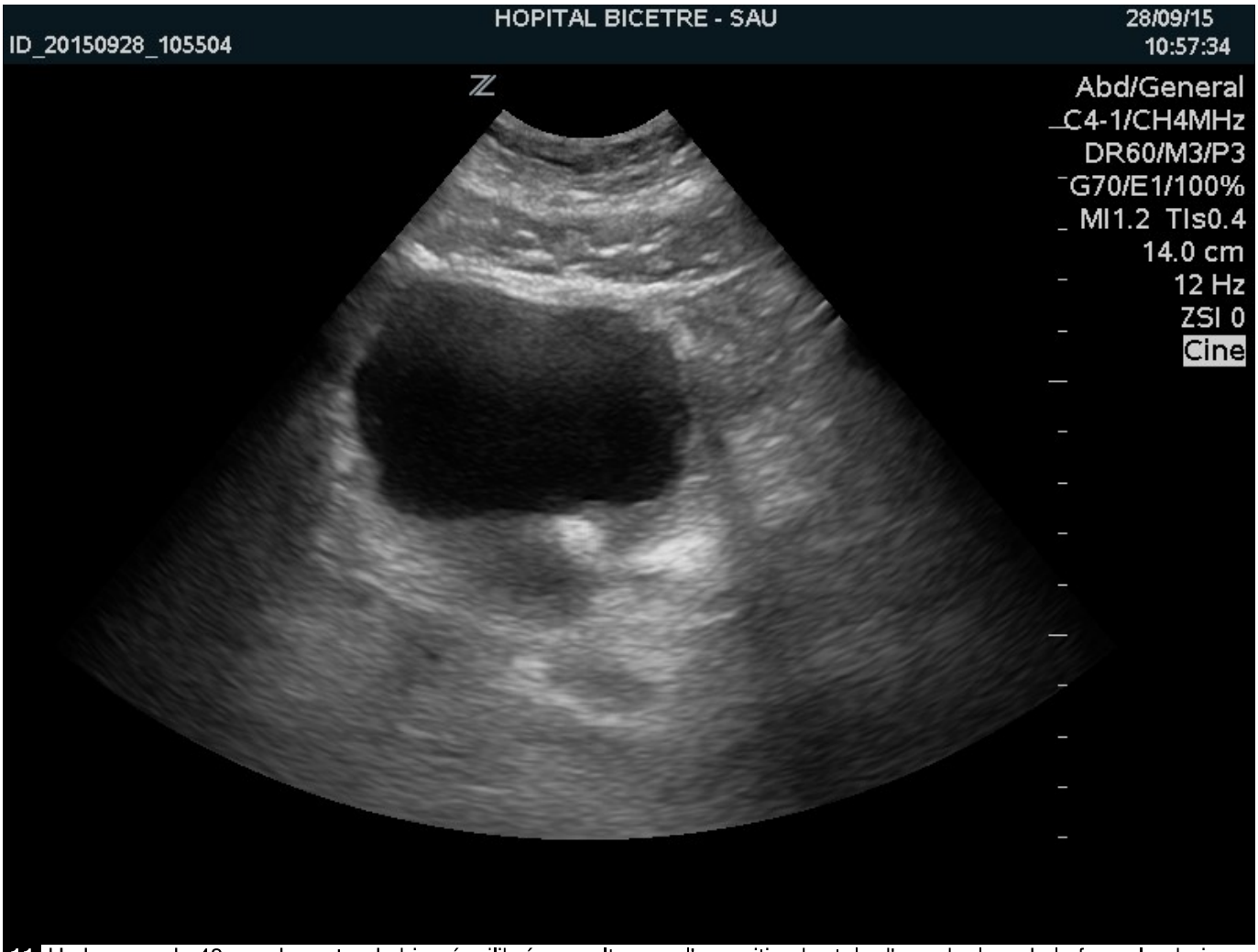
9 Un homme de 51 ans est retrouvé inconscient (Glasgow 6), avec une hémiplégie gauche, une PA à 220/120 mmHg. Vous pratiquez un doppler trans-crânien (DTC), voici la courbe à droite

A - On s'attend, pour ce patient, à avoir des courbes très asymétriquesentre la droite et la gauche
B - Un index de pulsatilité (IP) est pathologique s'il est inférieur à 1,4
C - Les valeurs du DTC sont à correler avec le taux d'hémoglobine
D - Ce tracé donne un argument pour débuter une osmothérapie
E - Dans les critères permettant de débuter une osmothérapie, il y a une vitesse systolique élevée



10 Chez un patient présentant un emphysème sous-cutané diffus suite à un traumatisme thoracique, dont on a ici une coupe de la TDM, l'ECAU 3P réalisée avant a été :

A - non contributive
B - a pris plus de temps afin de tout quadriller sans résultat
C - a justifié de mobiliser le patient pour dégager les culs de sac péritonéaux
D - a permis de vérifier l'absence d'épanchement intrapéritonéal
E - a permis de voir le pneumothorax droit



11 Un homme de 48 ans, hypertendu bien équilibré consulte pour l'apparition brutale d'une douleur de la fosse lombaire gauche.
A l'examen clinique, l'homme est pléthorique, la FL gauche est sensible, l'hémodynamique est bonne, l'EVA est à 8/10. Malgré un traitement médical la douleur persiste. Cette image obtenue en
ECAU :
A - l'absence de cône d'ombre écarte l'hypothèse d'un calcul
B - vous attendez le jet urétéral pour affirmer ou infirmer l'hypothèse de colique néphrétique
C - cette seule image vous permet d'affirmer la présence d'un calcul au trigone
D - vous permet de faire le diagnostic de globe et de décider de le sonder
E - l'existence d'un calcul et d'une dilatation du rein homolatéral suffit au diagnostic d'obstruction

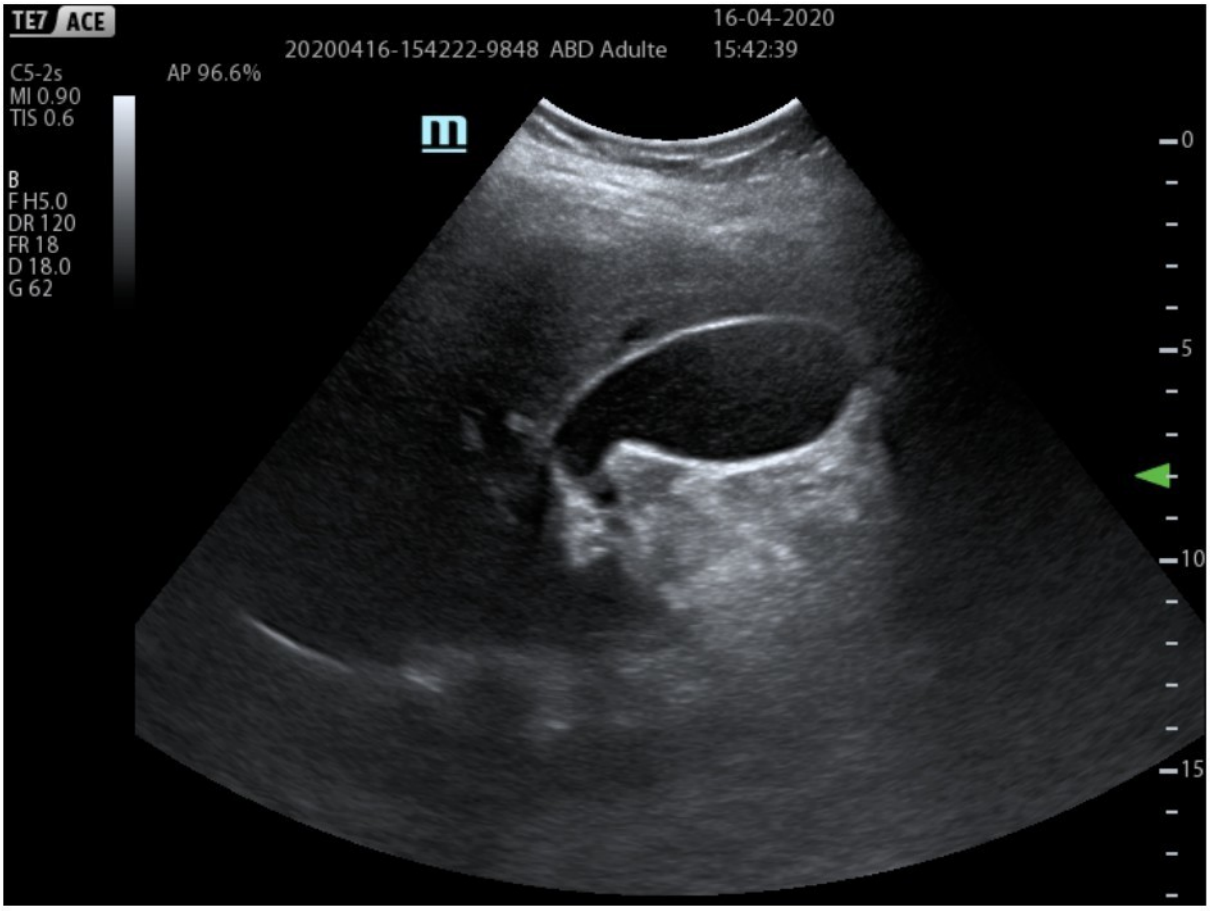
12 Pour exclure une grossesse extra-utérine il faut :
A - La visualisation d'un pseudo sac intra-utérin
B - Un taux de Bhcg négatif
C - L'absence d'épanchement intrapéritonéal
D - La visualisation d'une grossesse intra-utérine dans tous les cas
E - L'absence de visualisation d'une masse latéro-utérine

13 La coupe cardiaque réalisée sur cette photo est :
A - Une coupe sous costale petit axe
B - Une coupe parasternale grand axe
C - Une coupe apicale 4 cavités
D - Une coupe parasternale petit axe
E - Une coupe sous costale 4 cavités

14 Une femme de 60 ans vient aux uregences pour des douleurs abdominales diffuses évoluant depuis quelques semaines. Elle n'a pas d'ATCD particulier, l'abdomen est tendu mais souple, mat à la percussion.
La coupe ci-dessus est faite en longitudinal sur le flanc gauche.
A - Cette coupe ne montre pas d'épanchement du cul de sac spléno-rénal.
B - L'absence d'image liquidienne à cet endroit permet de conclure qu'il n'y a pas d'épanchement dans l'ensemble du péritoine.
C - La recherche d'un épanchement péritonéal à cet endroit impose que le patient soit en décubitus dorsal strict.
D - Cette coupe montre un épanchement du cul de sac spléno-rénal.
E - La rate est homogène sur cette coupe

15 Une femme de 22 ans vient aux urgences à 5h30 du matin pour des douleurs épigastriques.
Elle a déjà présenté des douleurs identiques mais moins intenses ces dernières semaines, n'a pas eu de vomissements. Elle est suivie pour une sarcoïdose et prend des corticoïdes au long court.
A l'examen, elle est apyrétique, la PA est à 110/60 mmhg, le pouls à 120 bpm, l'EVA à 6/10. L'abdomen n'est pas météorisé, ne se défend pas.
Lors de votre examen clinique « échographique », si vous trouvez un épanchement péritonéal dans le Douglas et dans le Morisson. Vos hypothèses peuvent être alors :
A - Une GEU rompue
B - Un épanchement physiologique de deuxième partie de cycle.
C - Un ulcère perforé-bouché
D - Une GEU non rompue
E - Une cholécystite

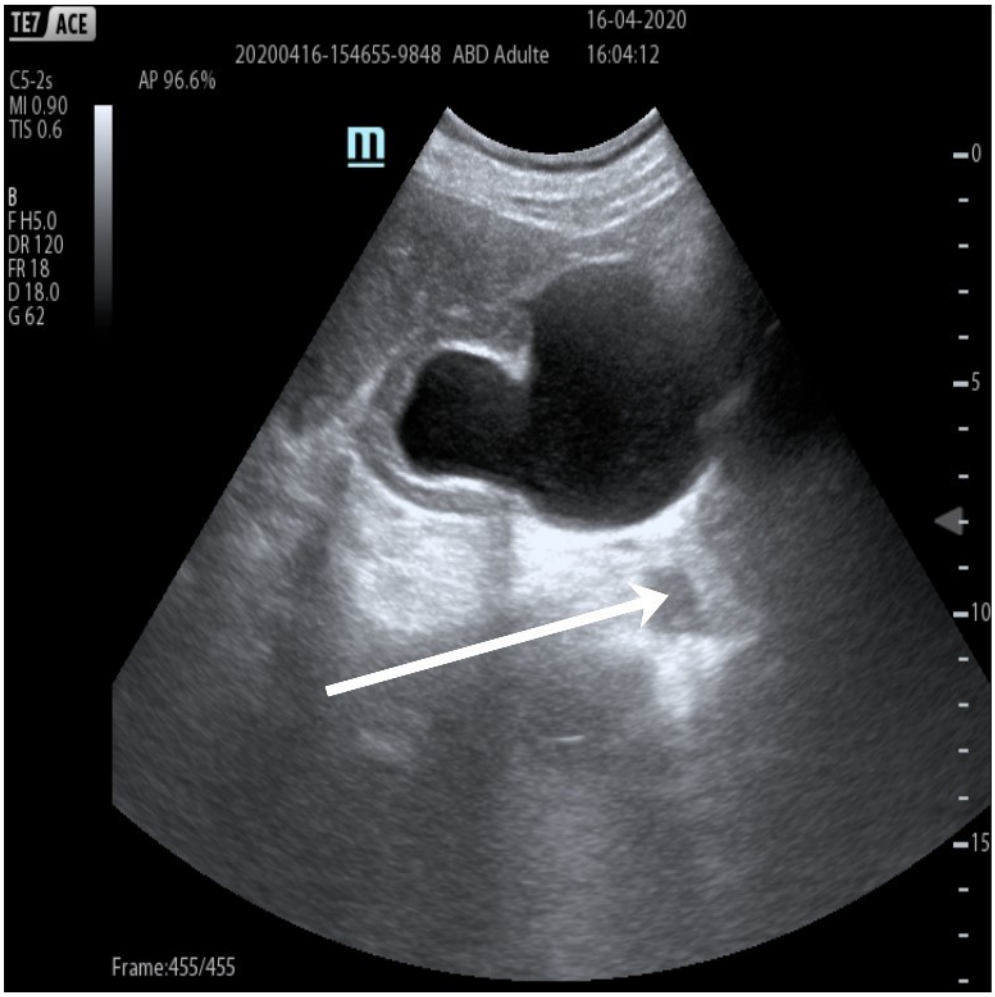
16 Sur cette vue d'une sonde phased array placée afin d'obtenir une image d'échographie pulmonaire :
A - La coupe est dans une zone particulièrement adaptée à la recherche de condensation secondaire à une pneumopathie infectieuse
B - La sonde utilisée n'est pas validée pour l'application
C - La coupe est dans une zone particulièrement adaptée à la recherche de signes de pneumothorax
D - Le marqueur d'orientation sur la sonde doit être en position latérale
E - Le marqueur d'orientation sur la sonde doit être en position céphalique



17 Un homme de 45 ans vient aux urgences pour une douleur épigastrique intense depuis la veille.
A - Cette vésicule contient du Sludge
B - Cette coupe seule permet d'affirmer le caractère totalement alithiasique de la vésicule
C - Le renforcement postérieur est une condition pour affirmer le caractère alithiasique
D - Le renforcement postérieur peut donner l'impression d'une paroi épaissie sur la surface profonde.
E - La focale est bien positionnée

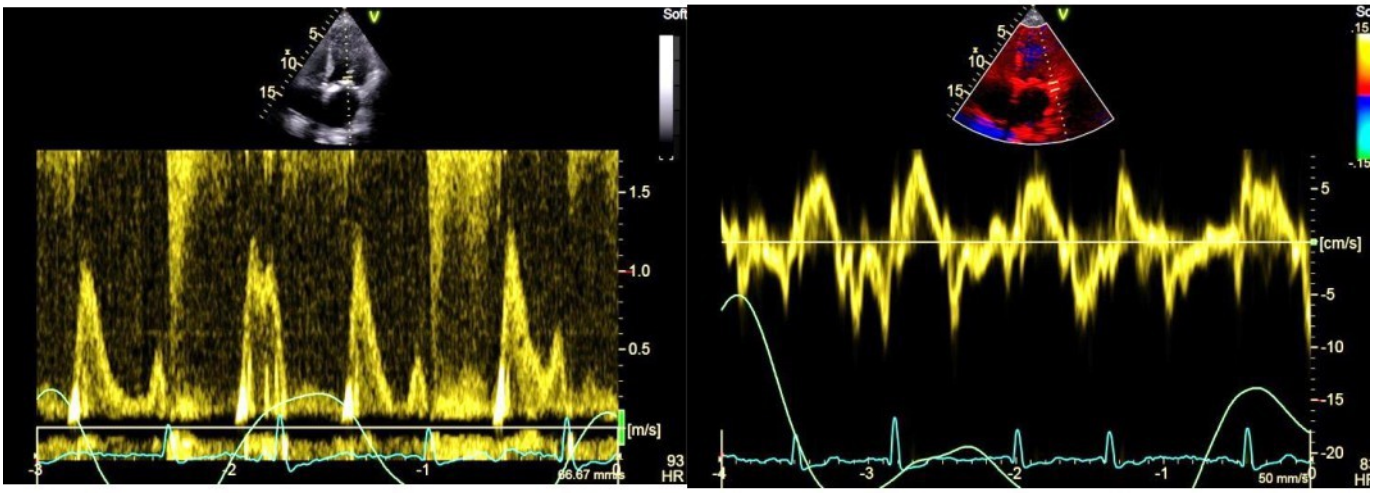
18 Une femme de 94 ans est admise pour AEG et vomissements. Bonne hémodynamique, température 37°8.L'abdomen est souple, indolent.

A - Cette image montre un cône d'ombre en arrière d'un calcul vésiculaire
B - Devant une lipase à 1890, cette image permet d'affirmer l'origine biliaire de cette pancréatite
C - Cette image est une coupe longitudinale faite en épigastrique.
D - Cette image montre une dilatation du choledoque
E - Cette image permet d'affirmer une cholécystite devant un syndrome inflammatoire



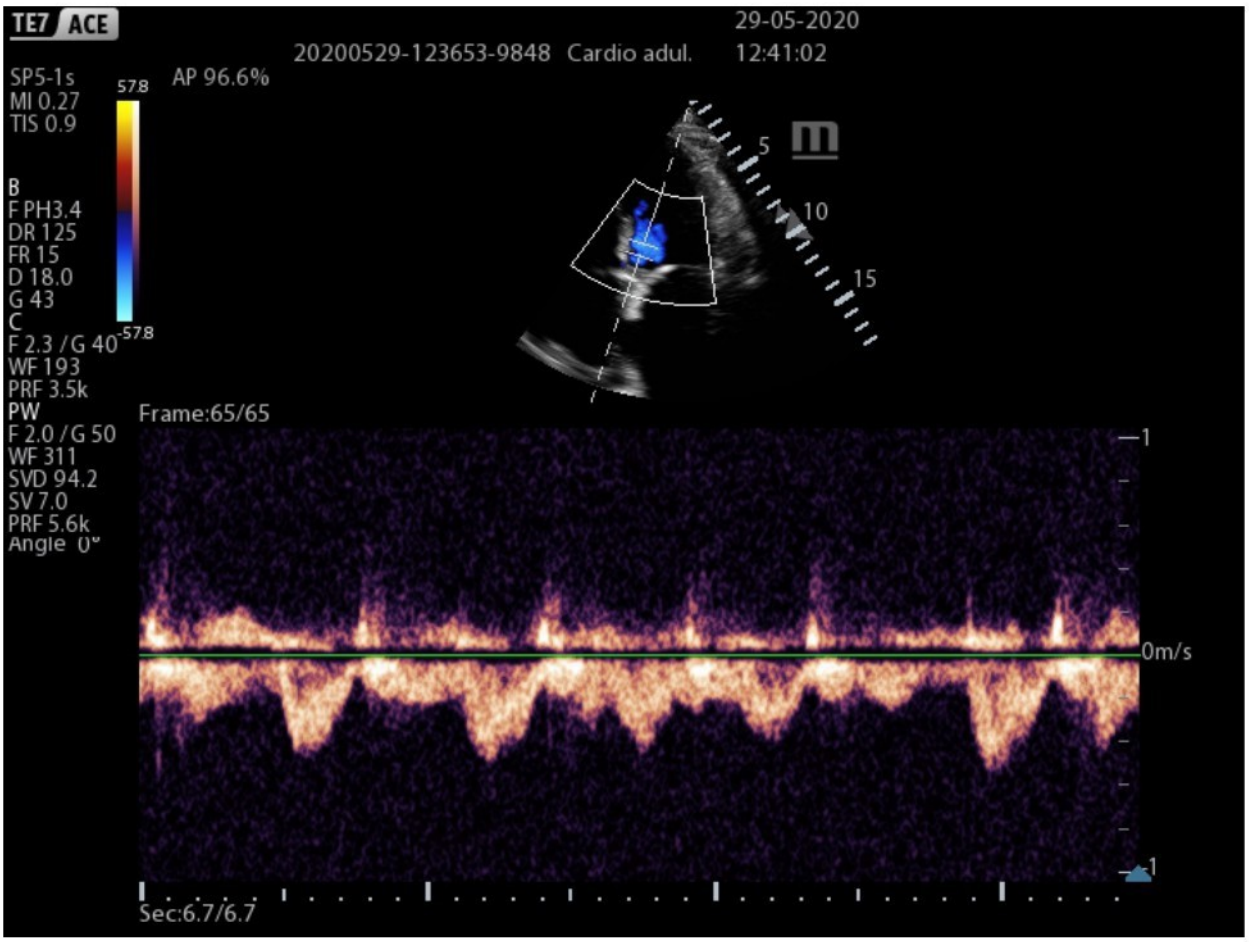
19 Coupe longitudinale du rein gauche chez une patiente consultant pour oligurie.
A - On voit un épanchement péritonéal
B - On peut affirmer le caractère chronique de la dilatation des cavités pyélo-calicielles.
C - On visualise deux volumineux kystes rénaux
D - La morphologie rénale est conservée
E - L'image hypoéchogène arrondie visualisée en arrière du rein (flèche) est l'uretère sous-pyélique.

20 L'échographie clinique permet d'accélérer la prise en charge par l'urgentiste :
A - dans la diverticulite
B - dans la suspicion de cholécystite
C - dans les douleurs abdominales diffuses
D - dans la colique hépatique
E - dans la sigmoïdite



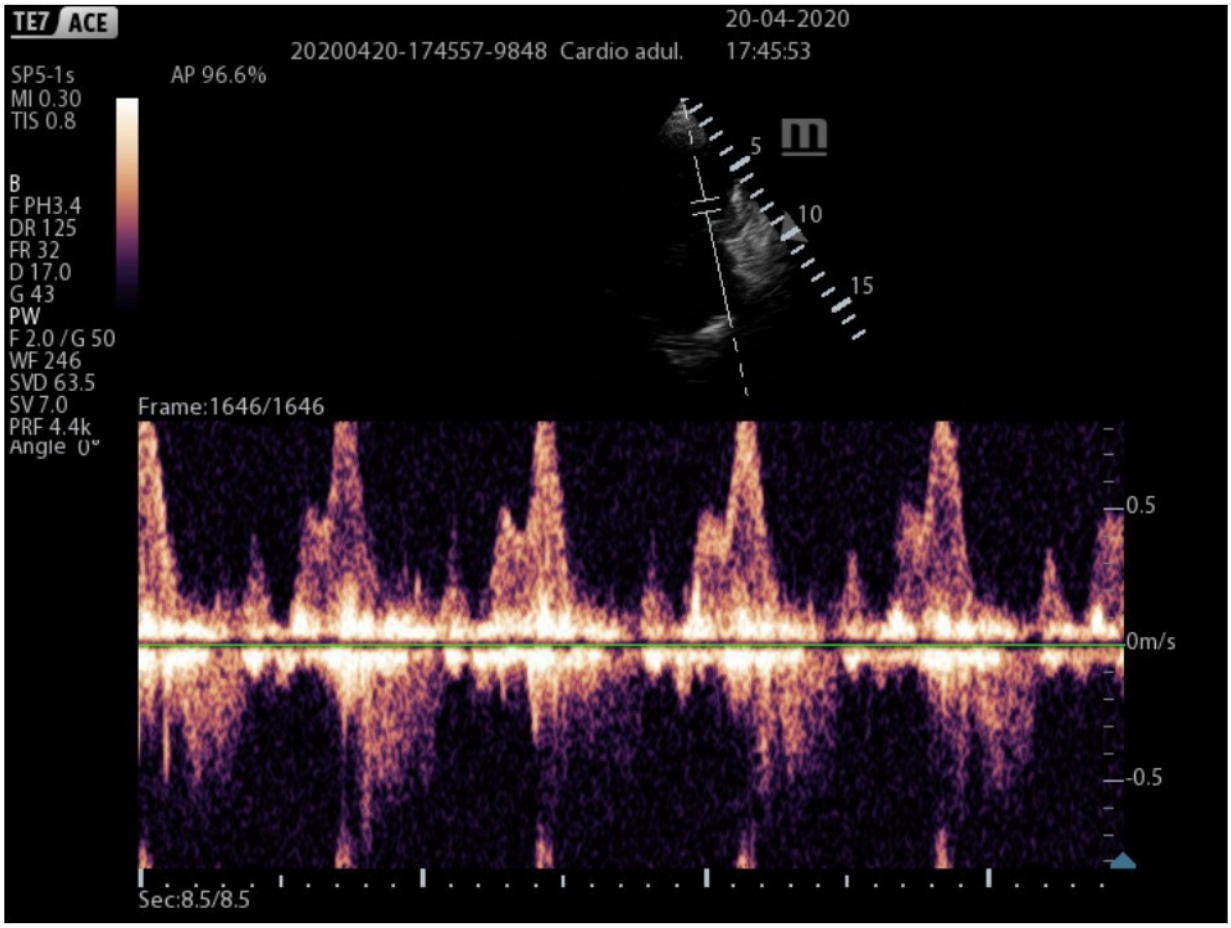
21 Ces deux images sont réalisées chez un patient admis aux urgences pour détresse respiratoire aigue
A - Les images montrent un profil en faveur de pressions de remplissage du VG hautes
B - Le rapport E/E' semble être supérieur à 12
C - Les images sont en défaveur d'un œdème aigu pulmonaire cardiogénique
D - L'image de droite montre la vitesse de déplacement de l'anneau mitral au niveau latéral
E - L'image de gauche montre une valeur de l'onde E élevée

22 Cette vue de vésicule :
A - Est la coupe utilisée pour mesurer une vésicule
B - Est une vue petit axe transversal
C - Présente une paroi épaissie
D - Est une vue en grand axe
E - Montre un calcul



23 Un homme de 96 ans vous est transféré d'une clinique de soins de suites pour un état de choc. Il a été admis dans les suites d'une prostatite avec rétention aigue d'urines. Le médecin de la clinique, devant l'état du patient pense à une récidive septique. Aux urgences il a une PA à 80/60 mmHg, un poul irrégulier à 120, un ralentissement psycho-moteur franc, les genoux sont froids et marbrés. 500 ml de sérum physiologique passés en débit libre n'ont pas changé l'état clinique.
Dans votre évaluation clinique vous faite une échographie dont cette coupe apicale pour avoir une ITV sous-aortique.

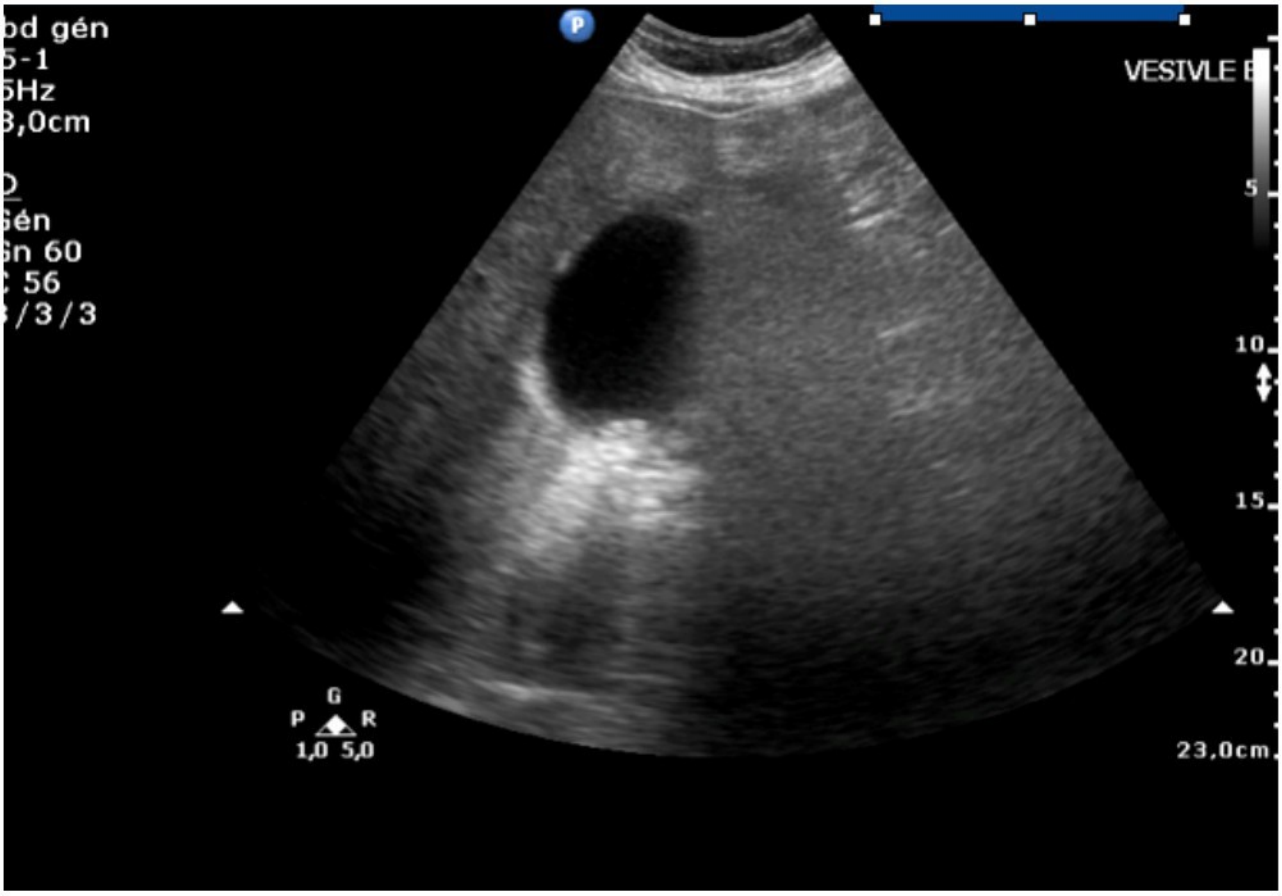
A - Cette courbe est ininterprétable car l'angle d'insonation est trop fermé
B - Cette courbe est plutôt en faveur d'un flux effondré ce qui renforce l'hypothèse d'un choc cardiogénique.
C - Cette courbe est plutôt en faveur d'un flux conservé ce qui renforce l'hypothèse d'un choc septique.
D - En augmentant le gain, la courbe serait alors plus ample.
E - La mesure du débit sanguin, à partir de l'ITV sous aortique, impose de connaître le diamètre de la chambre de chasse.



24 Cette image de Doppler mitral a été réalisée dans le cadre de la recherche d'un cœur pulmonaire aigue à la suite du diagnostic d'embolie pulmonaire.

A - La courbe montre une onde E exclusive
B - Le rythme cardiaque est irrégulier.
C - Les troubles de relaxation du VG sont des signes de gravité d'un cœur pulmonaire aigu
D - L'interprétation de la courbe est à moduler selon l'âge
E - L'enregistrement de ce spectre est réalisé avec une PRF bien réglée

25 Vous êtes appelé en SMUR sur un accident de la voie publique VL/Motocyclette en choc frontal à forte cinétique. Le motard, un homme de 23 ans a été retrouvé casqué à 20 mètres de la zone d'impact.
À votre arrivée il est pris en charge par les pompiers et a été positionné en PLS, le casque a été ôté et le patient est sous oxygène au MHC (15L). Il est inconscient, pale, en sueur et agité.
L'inspection sommaire vous montre une probable fracture fermée du fémur droit.
Les paramètres vitaux sont : GCS : 8 agité, Pouls : 135 filant ; TA : 85/45 ; Sat O2 imprenable ; FV : 38.
Un examen plus approfondi, difficile dans ces conditions ne vous apporte pas beaucoup plus d'information. Néanmoins l'abdomen semble souple et le bassin stable. Au niveau thoracique vous ne notez pas de volet ni d'emphysème sous cutané.
Devant l'état neurologique et hémodynamique et la gravité potentielle des lésions (cinétique importante) vous décidez d'endormir le patient et de l'intuber sous ISR.
Après l'intubation et malgré que la courbe de capnographie semble correcte, la saturation plafonne à 93% sous 1 de FiO2.
De plus, les alarmes pression haute du respirateur se déclenchent.
Vous suspectez un pneumothorax aggravé par la mise sous respirateur.
Après exsufflation à l'aiguille de ce pneumothorax droit et remplissage vasculaire l'hémodynamique s'est stabilisée avec une TA à 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 10,3 g/L.
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 - 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.
B - 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.
C - 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.
D - 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.
E - 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.



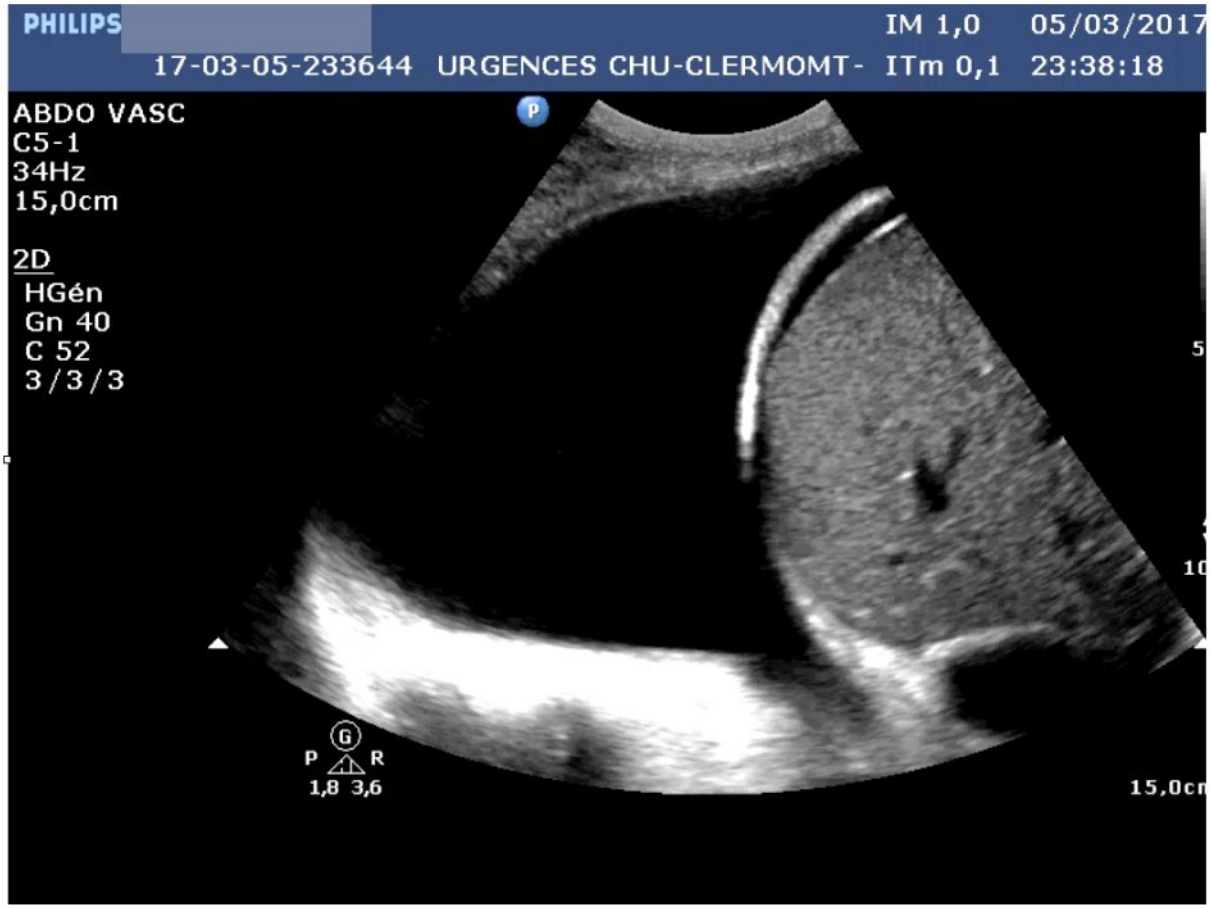
26 Une femme de 75 ans vous est adressée devant un tableau confusionnel, plusieurs vertiges responsables de chute. TA 120/60 pouls 95 par min. FR 12 avec SaO2 94 %, se plaint de douleur periombilicale.
Votre examen neurologique est normal en dehors d'un ralentissement psycho-moteur. L'auscultation cardio pulmonaire est normale.
Votre échographie clinique, montre des culs sac pleuraux libres, pas de dilatation pyelocalicielle. Voici une coupe de d'hypochondre droit sur laquelle :
A - la paroi de la vésicule est épaissie
B - la paroi de la vésicule est fine
C - il existe des macro calculs vésiculaires
D - il existe des microlcalculs vésiculaires
E - il existe un épanchement péritonéal

27 Vous recevez une femme de 43 ans qui consulte pour des douleurs épigastriques évoluant depuis quelques heures. La pression artérielle est à 125/70 mmHg, la température est à 37,4 °C, mais elle n'a pas de thermomètre à la maison et décrit des sensations de chaud-froid au court la journée. Le pouls à 100. La douleur n'est pas calmée par l'alimentation, elle a même tendance à être augmentée après la prise des repas. L'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité. La palpation abdominale retrouve une sensibilité épigastrique sans défense ni contracture.
En attendant les résultats de la biologie vous réalisez échographie pour compléter votre examen :
Les deux culs-de-sac pleuraux sont libres, il n'y a pas de condensation aux bases pulmonaires.
Du fait de l'interrogatoire peu fiable, vous hésitez entre une cholécystite et une colique hépatique.
Le sludge peut être présent (une ou plusieurs réponses sont justes) :
A - Dans la cholécystite.
B - dans la cirrhose décompensée.
C - Juste en post prandial
D - En cas de jeûne prolongé.

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

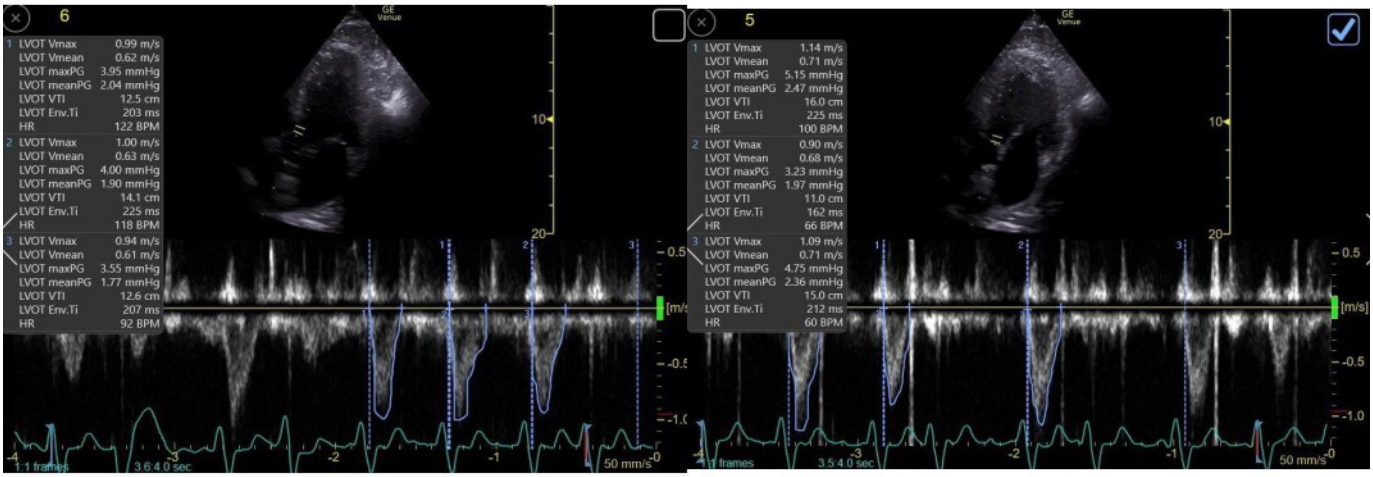
29 Vous recevez une femme de 43 ans qui consulte pour des douleurs épigastriques évoluant depuis quelques heures. La pression artérielle est à 125/70 mmHg, la température est à 37,4 °C, mais elle n'a pas de thermomètre à la maison et décrit des sensations de chaud-froid au court la journée. Le pouls à 100. La douleur n'est pas calmée par l'alimentation, elle a même tendance à être augmentée après la prise des repas. L'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité. La palpation abdominale retrouve une sensibilité épigastrique sans défense ni contracture.
En attendant les résultats de la biologie vous réalisez échographie pour compléter votre examen :
Les deux culs-de-sac pleuraux sont libres, il n'y a pas de condensation aux bases pulmonaires.
Du fait de l'interrogatoire peu fiable, vous hésitez entre une cholécystite et une colique hépatique.
Vous terminez votre examen par l'exploration systématique de l'aorte (une ou plusieurs réponses sont justes) :
A - Une dissection aortique est toujours visible à l'échographie.
B - Un anévrisme de l'aorte abdominale a un diamètre supérieur à 20 mm.
C - La mesure de référence est en longitudinal.
D - Un anévrisme de l'aorte abdominale a un diamètre supérieur à 30 mm.

©Evalbox



30 Monsieur D vient pour des douleurs abdominales et a du mal à respirer. Il est obèse, se sent fatigué. Vous le prenez en secteur couché et sur une PAS à 80 mmHg il passe en SAUV, dans votre examen , vous faite une échographie thoracique et abdominale.

A - il existe un artefact de diffraction qui masque une partie du diaphragme
B - il existe un épanchement pleural peu abondant
C - il existe un artefact en miroir du dôme hépatique
D - Il existe un épanchement pleural très abondant
E - Il existe un épanchement péritonéal



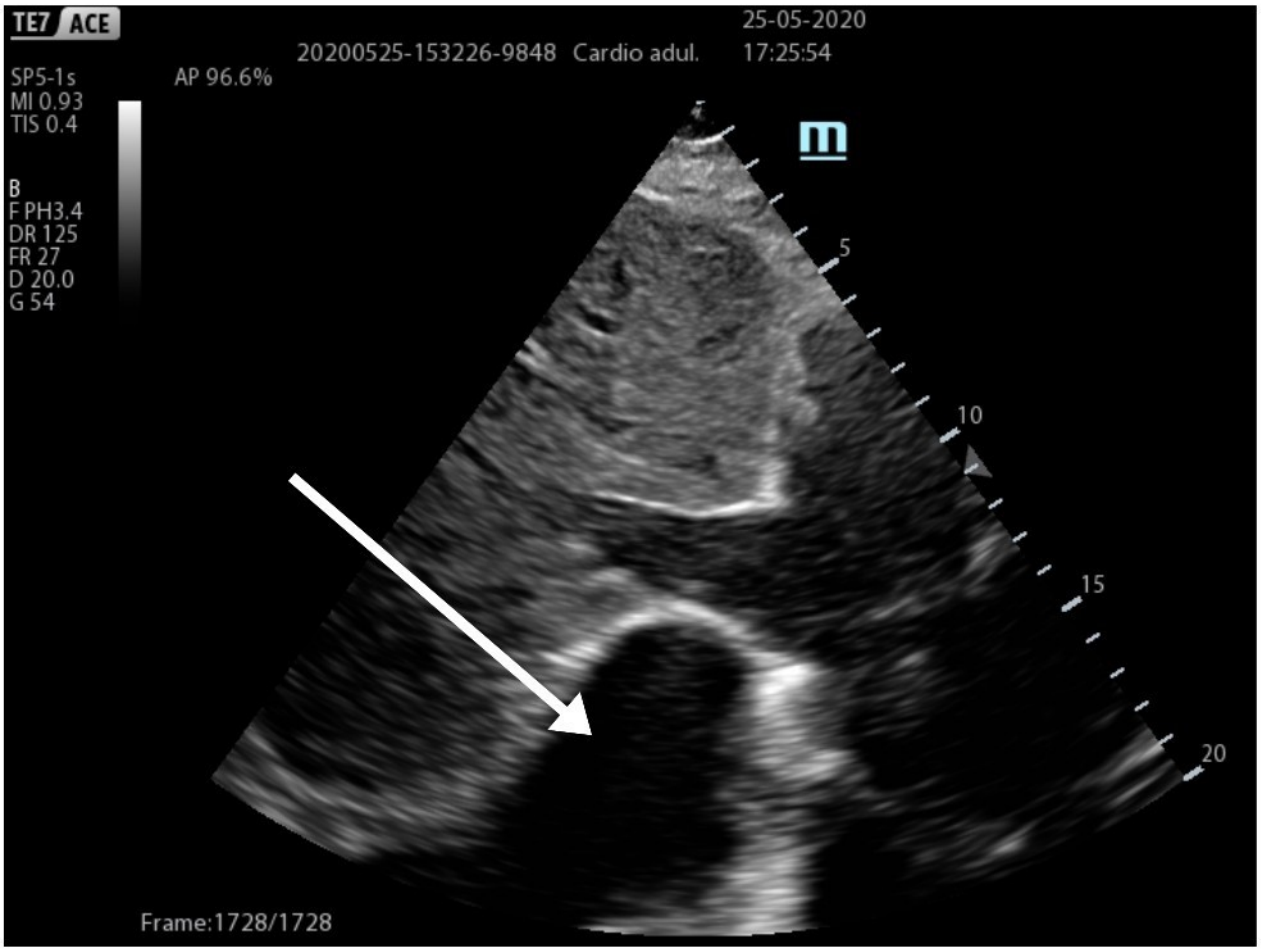
31 Lors d'une épreuve de remplissage, l'image de gauche est réalisée avant l'administration de 250 ml de sérum salé isotonique en 15 min et celle de droite après.
A - Parmi les mesures données, la mesure intéressante pour juger de l'efficacité de l'épreuve de remplissage et celle appelée LVOT VTI
B - Faire la moyenne des valeurs de trois flux Doppler est le minimum pour que la mesure soit fiable
C - L'épreuve aurait pu être faite avec la mesure d'un seul flux Doppler à chaque temps d'analyse
D - Les fenêtres de Doppler pulsé semblent bien positionner pour mesurer les vitesses du flux de chasse sous aortique
E - L'épreuve de remplissage peut être considérée dans cet exemple comme positive (patient répondeur au remplissage)

---

32 Un homme de 83 ans est admis en salle d'accueil des urgences vitales pour un état de détresse respiratoire. Ses principaux antécédents sont une hypertension artérielle et une bronchite chronique. Compte tenu de sa dyspnée importante et de l'absence d'entourage, vous avez peu d'autres informations. Votre hypothèse principale après votre examen clinique est une dyspnée mixte associant pneumopathie et décompensation cardiaque gauche. Parmi les résultats échographiques suivants, lesquels vous contraignent à évoquer un autre diagnostic :
A - Un signe du D
B - Une condensation pulmonaire basale unilatérale
C - Un VG hyperkinétique
D - Un raport E/A > 2
E - Un profil A pulmonaire

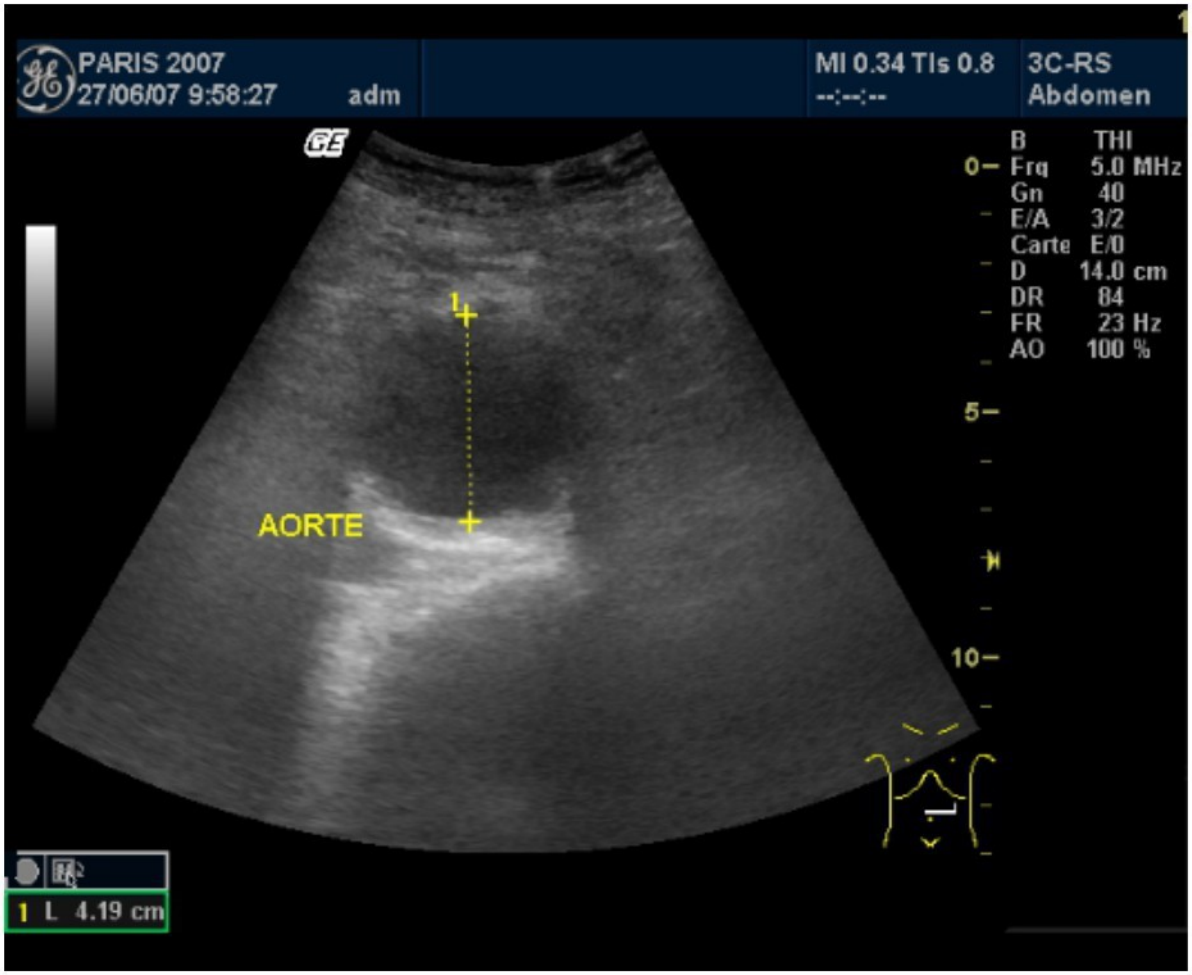
---

33 Le Doppler couleur dans les objectifs de l'ECAU lombaire :
A - Le Doppler couleur permet à lui seul d'affirmer l'infarctus.
B - Il permet de dépister une fausse dilatation en cas de veines du sinus larges.
C - Il justifie d'être comparatif avec le rein controlatéral.
D - Un tir Doppler est systématique lorsqu'il existe une dilatation des cavités pyélo-calicielles.
E - Dans la majorité des cas, l'ensemble de l'organe est atteint.

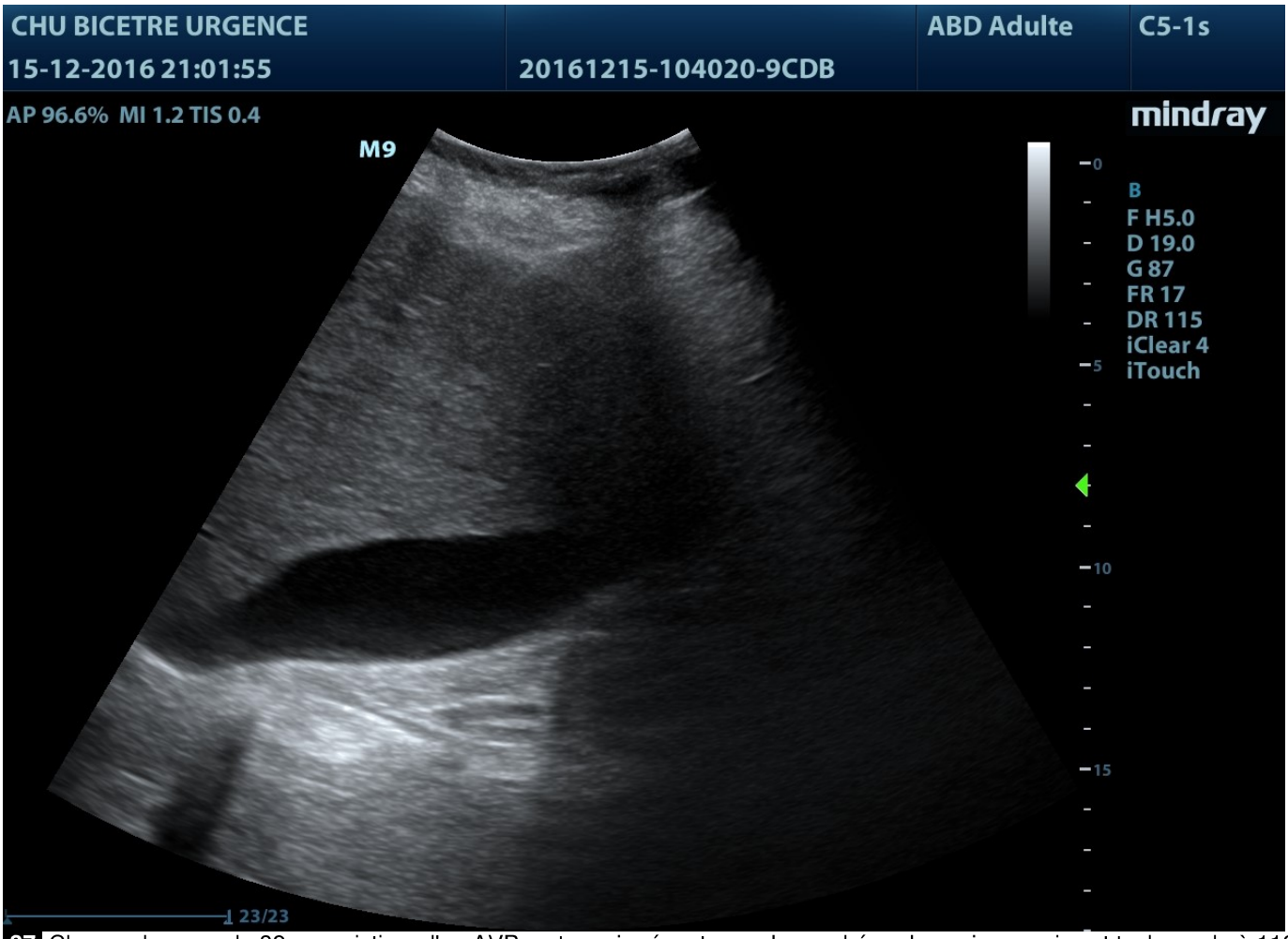


34 Un homme de 48 ans est amené au SAU devant une détresse respiratoire fébrile. Voici une coupe sous-xyphoïdienne permettant de mesurer la veine cave.
A - Le repère de la sonde a été inversé.
B - L'image anéchogène (flèche) en arrière de la veine cave et du foie peut-être un épanchement pleural.
C - L'image anéchogène (flèche) en arrière de la veine cave et du foie peut-être un épanchement péricardique.
D - Cette mesure suffit pour affirmer la stase veineuse
E - L'image anéchogène (flèche) en arrière de la veine cave et du foie peut-être un épanchement péritonéal.

35 Les critères des Tokyo guidelines pour la cholécystite comprennent :
A - la fièvre
B - paO2/FiO2 < 300
C - la dilatation des voies biliaires
D - Oligurie
E - la présence d'une lithiase vésiculaire

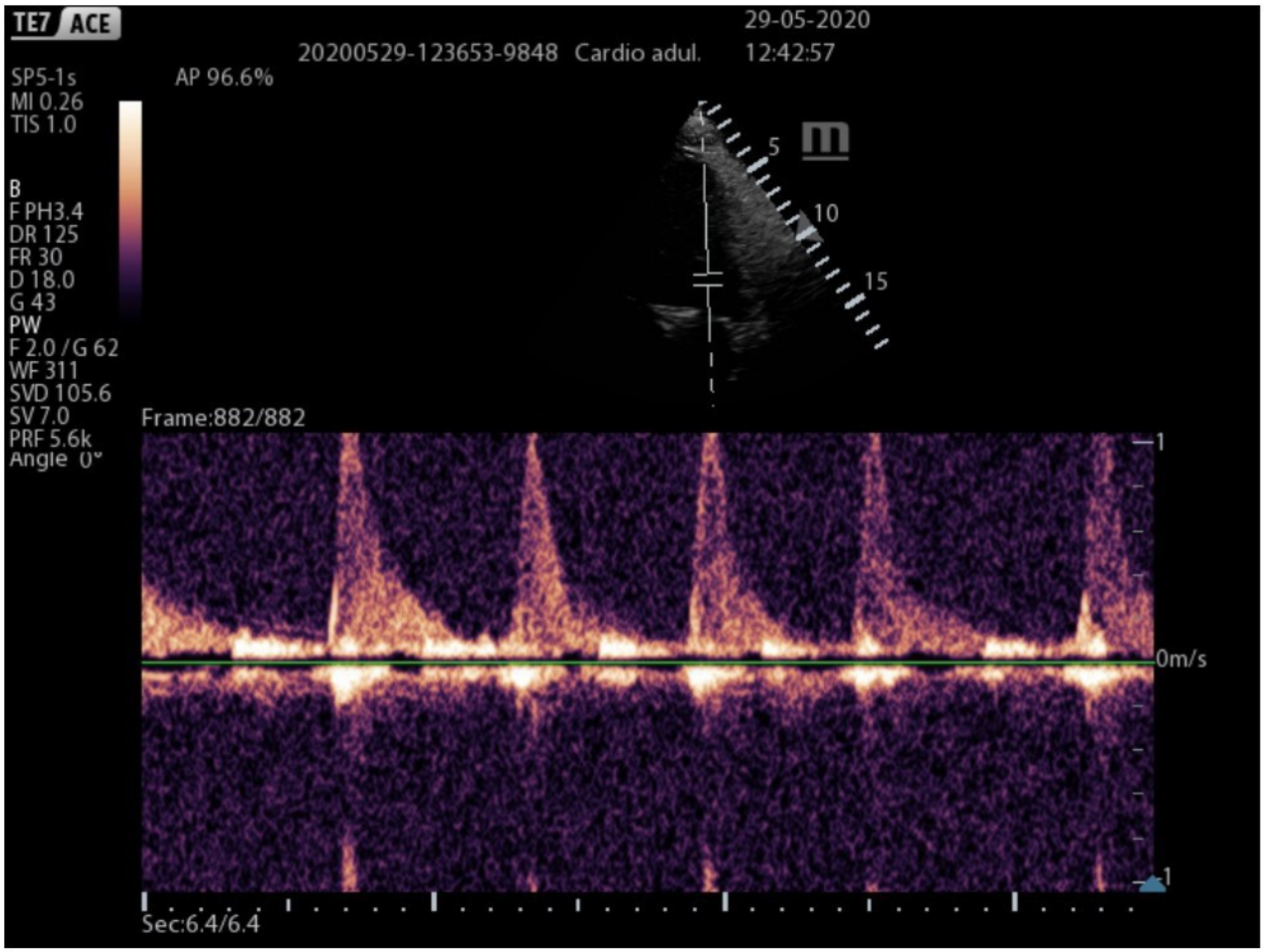


36 Un patient de 76 ans est admis aux urgences pour douleurs abdominales. Dans ses ATCD est mentionné un anévrysme de l'aorte abdominale. Vous pratiquez une coupe transversale et vous obtenez l'image ci-dessus.
A - L'échographie clinique ne permet pas de s'abstraire de la réalisation d'un angioscanner pour le diagnostic de rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale.
B - Dans ce contexte de douleur, la confirmation en mode B de l'anévrysme suffit au diagnostic de rupture.
C - La coupe longitudinale est recommandée plutôt que la coupe transversale pour faire une mesure de diamètre antéropostérieur.
D - Le diamètre est le seul critère pour affirmer un anévrysme
E - La coupe transversale est recommandée plutôt que la coupe longitudinale pour faire une mesure de diamètre antéropostérieur.



37 Chez un homme de 32 ans, victime d'un AVP moto, qui présente une bonne hémodynamique mais est tachycarde à 110 bat/min et présente une douleur abdominale, l'image obtenue à la recherche du cul de sac de Morisson permet :

A - d'affirmer qu'il y a un hémopéritoine
B - doit conduire le patient au bloc opératoire avant toute imagerie
C - d'affirmer l'abondance de l'épanchement
D - d'affirmer qu'il y a une atteinte hépatique
E - d'affirmer qu'il y a du liquide dans le péritoine

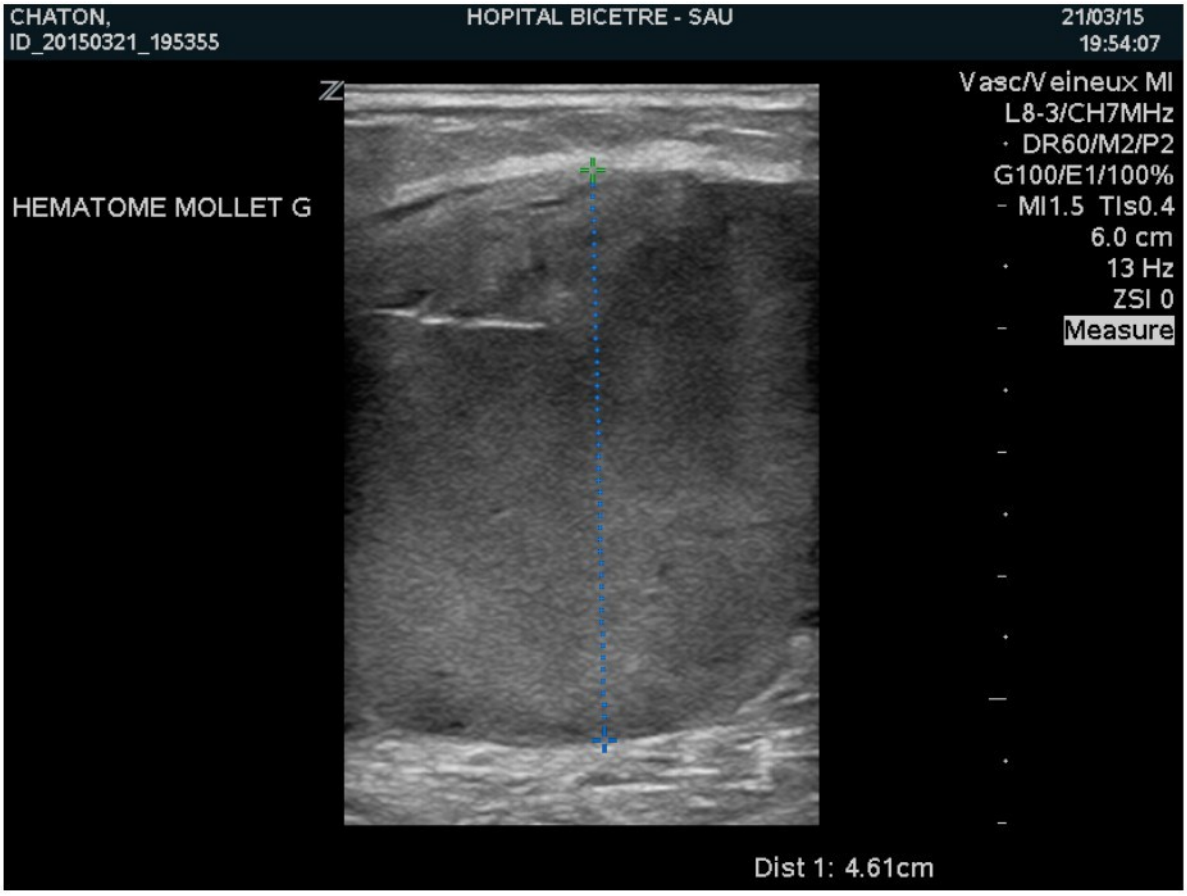


38 Un homme de 96 ans vous est transféré d'une clinique de soins de suites pour un état de choc. Il a été admis dans les suites d'une prostatite avec rétention aigue d'urines. Le médecin de la clinique, devant l'état du patient pense à une récidive septique. Aux urgences il a une PA à 80/60 mmHg, un poul irrégulier à 120, un ralentissement psycho-moteur franc, les genoux sont froids et marbrés. 500 ml de sérum physiologique passés en débit libre n'ont pas changé l'état clinique.
Dans votre évaluation clinique vous faite une échographie dont cette coupe apicale pour avoir un doppler mitral.

A - Cette courbe montre une onde E exclusive
B - Le Doppler mitral est un outil qui permet de donner l'indication à la mise sous vasopresseurs en cas de choc.
C - Dans ce contexte de ce patient, cette grande onde permet d'orienter vers un choc septique.
D - Ce tracé témoigne d'un trouble modéré de la relaxation.
E - Cette courbe montre un rythme régulier

39 Pour affirmer une grossesse intra-utérine doit être visualisé :

A - Un sac au sein du myomètre
B - Une double couronne trophoblastique
C - Si le sac est > 10 mm, il doit contenir une vésicule ombilicale
D - L'absence de sac extra-utérin
E - Un épanchement de faible abondance dans le cul de sac de Douglas



40 Un homme de 55 ans vient au SAU car il n'arrive plus à marcher et sa jambe gauche est très augmentée de volume. Il y a 8 jours, lors d'une partie de tennis, il a ressenti une vive douleur à ce mollet en jouant. Depuis il pensait que cela allait passer. L'échographie clinique que vous faite montre une volumineuse masse dans ce mollet.

A - l'attitude la plus logique est de le ponctionner.
B - malgré que l'hypothèse de l'hématome est la plus probable, ce la n'est pas le cas car le contenu n'est pas anéchogène.
C - il n'y a pas de renforcement postérieur
D - cela peut être une thrombose veineuse
E - l'existence d'une souffrance cutanée impliquerait de faire une évacuation chirurgicale.