

# Feuille de réponses

Veillez suivre les instructions sur la feuille de questions. Pour chaque question, remplissez en entier les cercles qui correspondent à vos réponse(s).

Comment sont prises en compte vos réponses?

Correct = ● Incorrect = ✗ ✓ ⊖



**Informations:**

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

Copie #3516198 de l'examen #173468

- 1 A  B  C  D  E
- 2 A  B  C  D  E
- 3 A  B  C  D  E
- 4 A  B  C  D  E
- 5 A  B  C  D  E
- 6 A  B  C  D  E
- 7 A  B  C  D  E
- 8 A  B  C  D  E
- 9 A  B  C  D  E
- 10 A  B  C  D  E
- 11 A  B  C  D  E
- 12 A  B  C  D  E
- 13 A  B  C  D  E
- 14 A  B  C  D  E
- 15 A  B  C  D  E
- 16 A  B  C  D  E
- 17 A  B  C  D  E
- 18 A  B  C  D  E
- 19 A  B  C  D  E
- 20 A  B  C  D  E
- 21 A  B  C  D  E
- 22 A  B  C  D  E
- 23 A  B  C  D  E
- 24 A  B  C  D  E
- 25 A  B  C  D  E

- 26 A  B  C  D  E
- 27 A  B  C  D  E
- 28 A  B  C  D  E
- 29 A  B  C  D  E
- 30 A  B  C  D  E
- 31 A  B  C  D  E
- 32 A  B  C  D  E
- 33 A  B  C  D
- 34 A  B  C  D  E
- 35 A  B  C  D  E
- 36 A  B  C  D  E
- 37 A  B  C  D  E
- 38 A  B  C  D  E
- 39 A  B  C  D  E
- 40 A  B  C  D  E



## 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 #3516198 de l'examen #173468 (Référence: 210520-19343-95569-173468)

CHU BICETRE URGENCE

17-08-2016 17:15:59

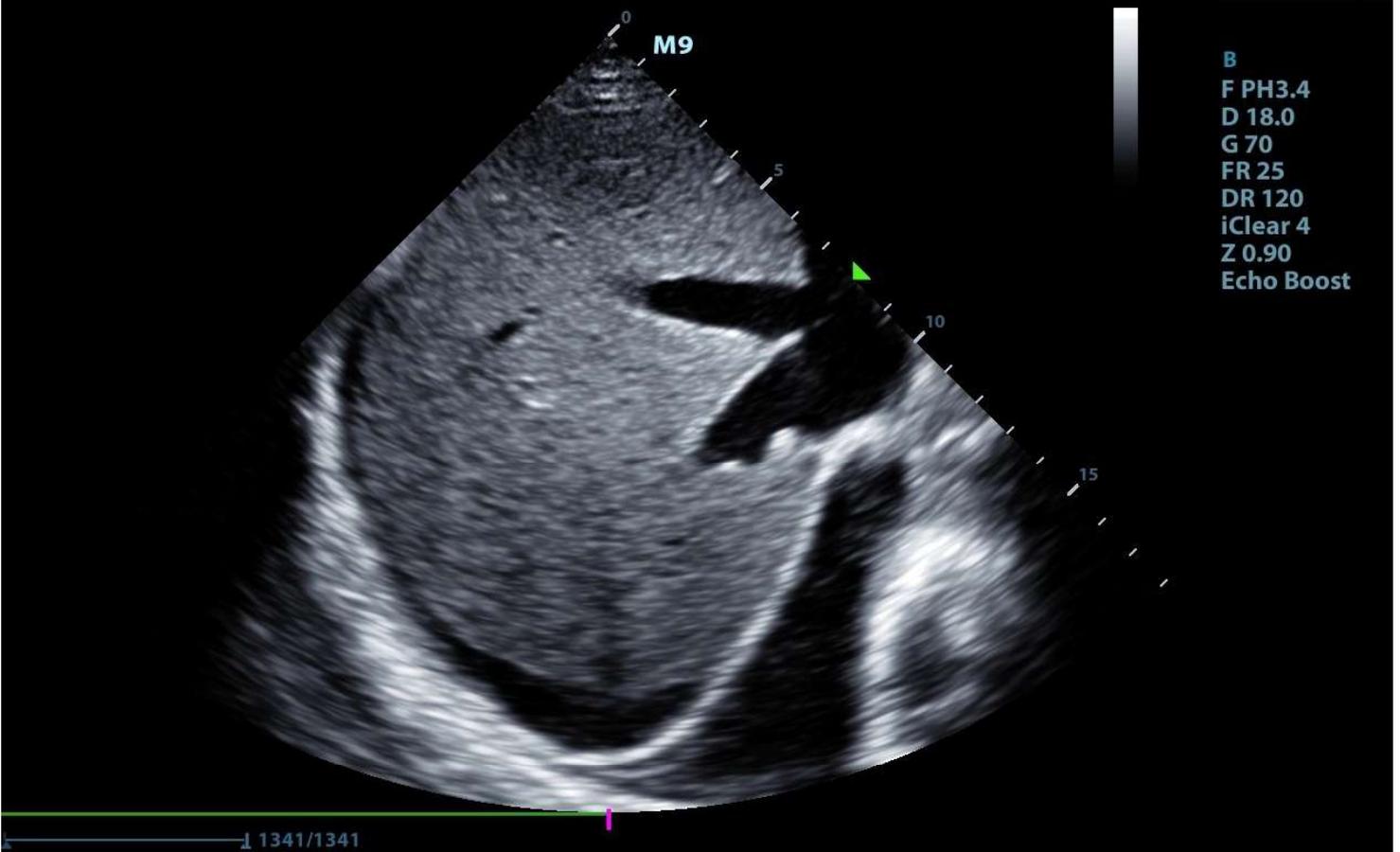
20160817-164517-9CDB

Cardio Adulte

SP5-1s

AP 96.6% MI 1.4 TIS 1.0 ❤️

mindray



**1** Une patiente de 92 ans est adressée pour dyspnée.

Ses ATCD sont marqués par une cardiopathie chronique sévère avec un traitement de fond conséquent. Par ailleurs, elle est cypho-scoliotique avec une insuffisance respiratoire restrictive.

Les constantes montrent une température à 37,4°, un pouls irrégulier à 130 minutes, une PA à 110/85 mmHg, une sat à 92% avec une FR à 25 sous 3 litres d'O<sub>2</sub>.

Il existe de discret OMI bilatéraux remontant jusqu'à mi-cuisse, l'abdomen est souple, indolent.

L'image est une vue sous-xiphoidienne

A - les veines sus-hépatiques sont dilatées

B - dans le contexte clinique, cela oriente vers un anasarque sur une poussée d'insuffisance cardiaque.

C - il existe un épanchement péricardique

D - il existe un épanchement péritonéal

E - il existe un épanchement pleural

**2** A propos de la fonction diastolique du ventricule gauche :

- A - chez un patient âgé, une augmentation des pressions est marquée par une diminution de l'onde E par rapport à l'onde A.
- B - le Doppler mitral est idéalement fait grâce à une vue apicale.
- C - un seul index ne permet pas d'affirmer des pressions élevées
- D - 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.
- E - elle évolue avec l'âge

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

**4** A propos des 4 points veineux fémoro-poplités, à l'étage fémoral :

- A - La crosse de la grande saphène peut-être visualisée en même temps que la veine fémorale
- B - Une thrombose de la crosse de la grande saphène doit-être recherchée
- C - Le nerf fémoral est entre la veine et l'artère
- D - Il peut exister une triPLICATION de l'artère fémorale
- E - Il peut exister une triPLICATION de la veine fémorale

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

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

**6** Parmi les signes suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) que l'on trouve lors d'un tableau de nécrobiose de fibrome :

- A - l'existence d'un épanchement péritonéal permet de différencier un fibrome non compliqué d'une nécrobiose
- B - l'utérus est toujours augmenté de volume
- C - il existe une douleur élective en regard de la masse
- D - peut entraîner un tableau pseudo-chirurgical fébrile
- E - on peut trouver une masse para-utérine, d'échostructure identique au myomètre

**7** L'échographie veineuse "4 points" fémoro-poplitée normale :

- A - Permet d'affirmer l'absence de thrombose veineuse des membres inférieurs si est associé à un à un score clinique bas et un dosage de Ddimères négatif
- B - Permet d'affirmer l'absence de thrombose veineuse des membres inférieurs si est associé à un score clinique faible
- C - Permet d'affirmer l'absence de thrombose veineuse des membres inférieurs
- D - Permet d'affirmer l'absence de thrombose veineuse des membres inférieurs s'il est refait à une semaine et est toujours normal.
- E - Permet d'affirmer l'absence de thrombose veineuse des membres inférieurs si est associé à un dosage de Ddimères négatif

CHU BICETRE URGENCE

15-12-2016 21:01:55

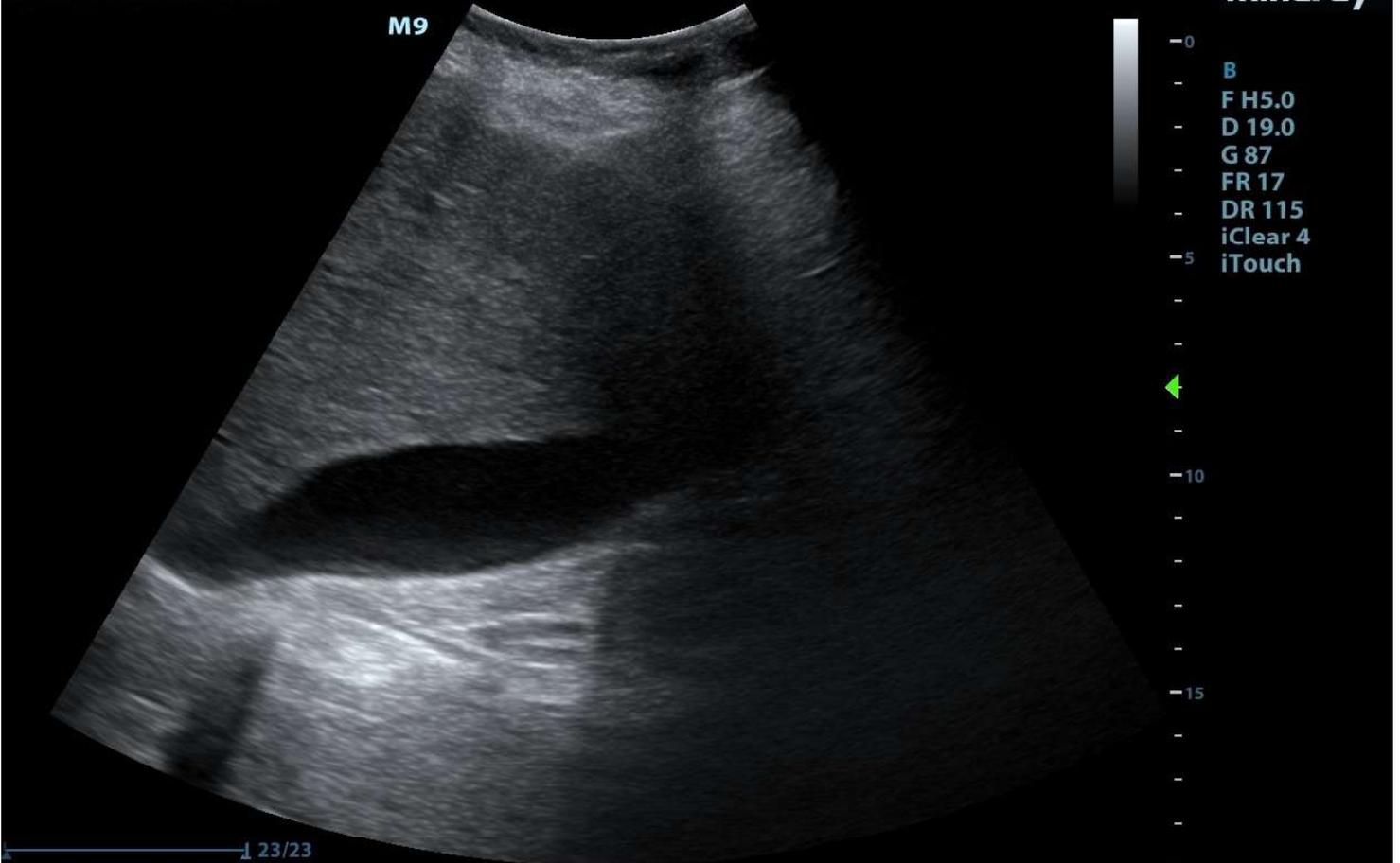
20161215-104020-9CDB

ABD Adulte

C5-1s

AP 96.6% MI 1.2 TIS 0.4

mindray



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

**9** A propos du cholédoque :

- A - Par voie antérieure, il se visualise en avant de la tête du pancréas.
- B - Il est toujours dilaté en cas de cirrhose.
- C - Son diamètre peut aller jusqu'à 10 mm.
- D - Il chemine en avant du tronc porte
- E - Il se mesure au niveau du pédicule hépatique.

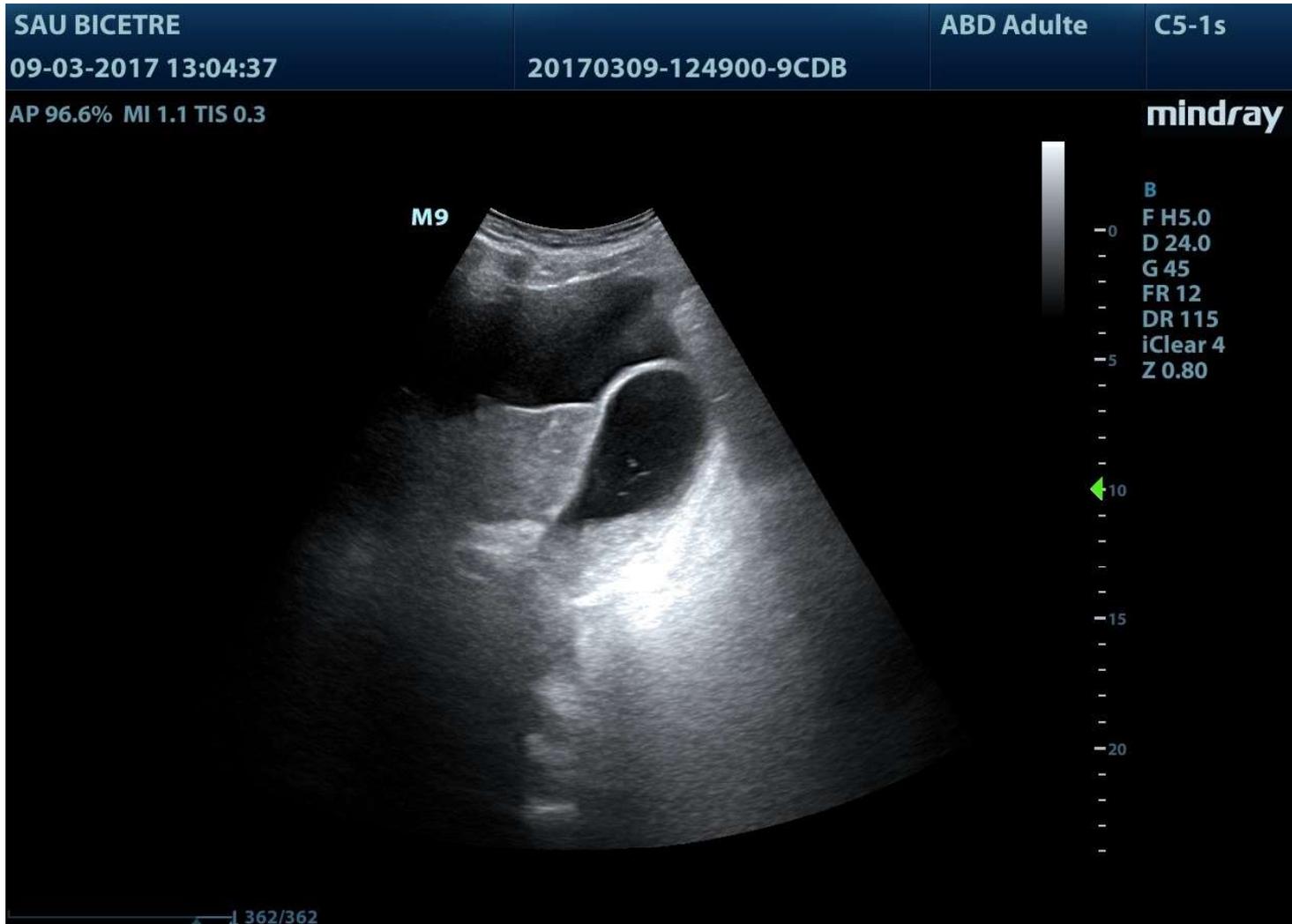
**10** Après une intubation et malgré que la courbe de capnographie soit correcte, la saturation du patient plafonne à 93% sous 100% de FiO<sub>2</sub>. De plus, les alarmes de pression haute du respirateur se déclenchent.

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

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

**11** En transpariétal, à propos de l'exploration du pelvis féminin :

- A - en longitudinal, le col se repère par rapport au vagin
- B - les ovaires sont bien visibles sur une coupe longitudinale
- C - la position de l'utérus dépend du remplissage de la vessie
- D - en transversal, les ovaires se repèrent grâce à l'utérus et les vaisseaux iliaques
- E - lors d'un utérus rétroversé, le col a une direction postérieure



**12** Un homme de 65 ans est adressé aux urgences pour des frissons dans un contexte fébrile.

Les constantes à l'arrivée sont température 38,5°, PA 105/60 mmHg, pouls 95 bpm, FR 20, sat 96% en AA.

A l'examen, l'abdomen est pléthorique, souple avec une ascite.

Le reste de l'examen clinique n'objective pas de foyer infectieux.

Les ATCD sont marqués par une cirrhose d'origine alcoolique.

- A - Il y a un renforcement des écho à l'arrière de la vésicule
- B - Le sludge n'a pas de valeur pathologique
- C - L'épaisseur de la paroi vésiculaire, dans ce contexte, n'est pas interprétable.
- D - Il y a un cône d'ombre derrière la vésicule évoquant la présence de calculs
- E - Vous devez ponctionner l'ascite

CHU BICETRE URGENCE

08-12-2016 11:07:47

20161208-110611-9CDB

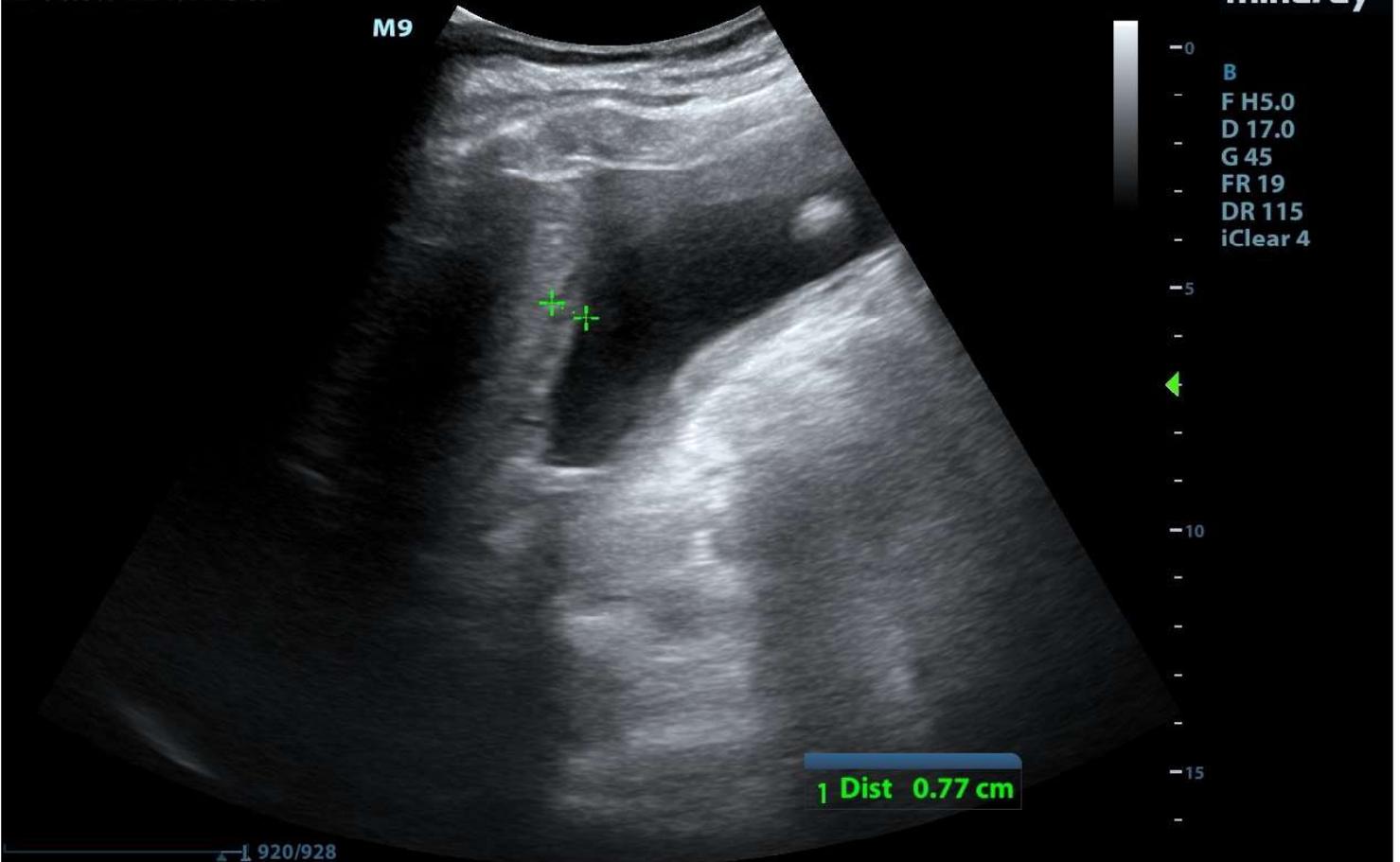
ABD Adulte

C5-1s

AP 96.6% MI 1.4 TIS 0.4

mindray

M9



**13** Un homme de 50 ans est admis pour douleur épigastrique. Apparue la veille au soir, 1 heure après un dîner "riche", la douleur persiste le faisant consulter. La ventre est sensible, la température est à 38°. Le bilan biologique hépatique est normal, et particulier il présente un syndrome inflammatoire modéré. L'image faite en Zoom de la vésicule :

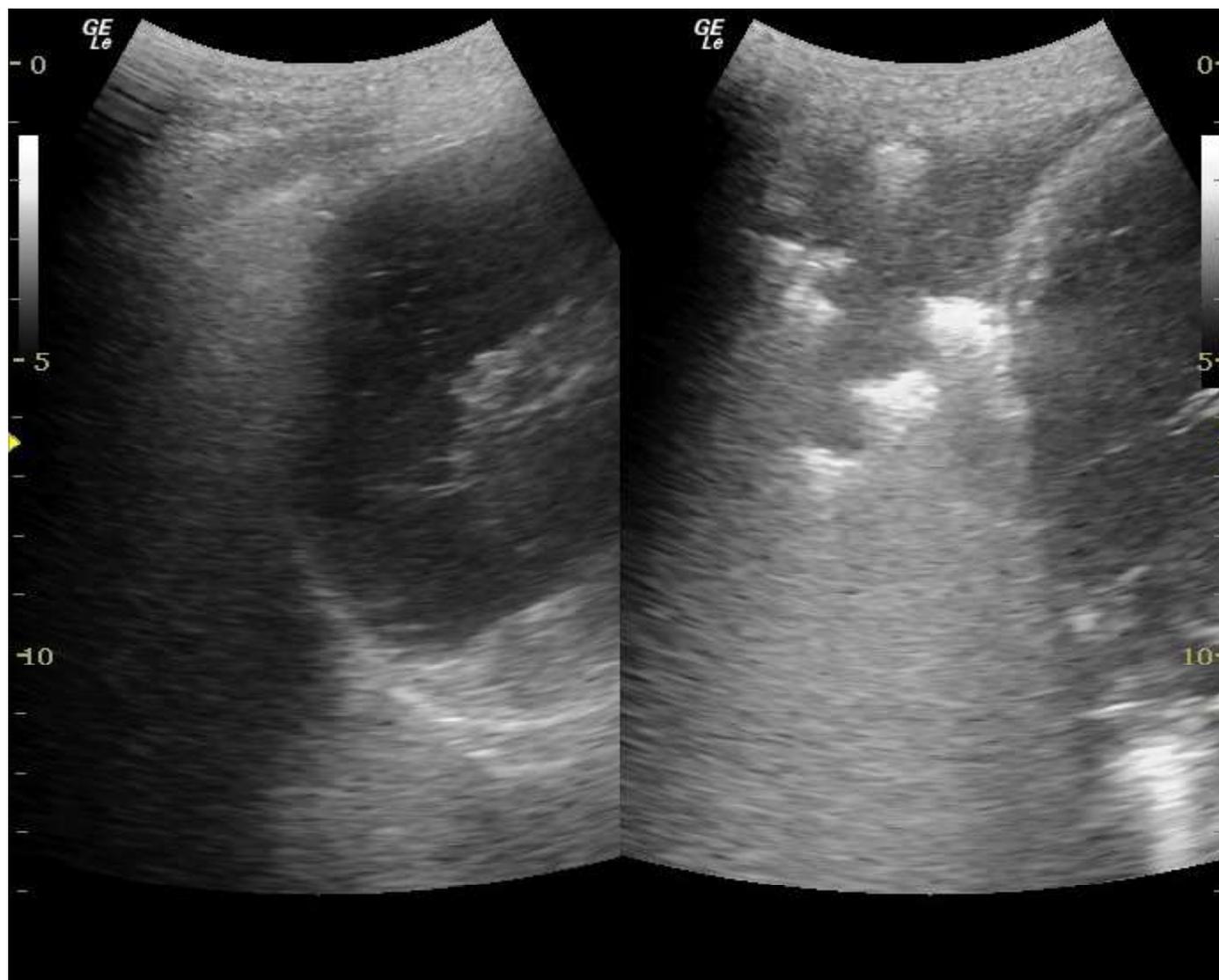
- A - L'épaisseur de la paroi est proportionnelle à la gravité de la cholecystite
- B - il existe un calcul dans l'infundibulum avec un cône d'ombre
- C - Permet d'affirmer le diagnostic de cholecystite
- D - L'usage d'une sonde à haute fréquence, peut, dans ce cas, être utile pour mieux voir la paroi et les calculs
- E - l'image arrondie au sein de la vésicule ne peut être un calcul puisqu'il n'y a pas de cône d'ombre

**14** 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

**15** En Locomoteur, l'artéfact d'anisotropie :

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



**16** Un homme de 50 ans est admis pour douleur thoracique.

Il n'a pas d'ATCD particulier.

L'histoire de la maladie retrouve un début d'il y a quelques jours avec une douleur basi-thoracique droite augmentée à l'inspiration profonde et depuis hier des frissons.

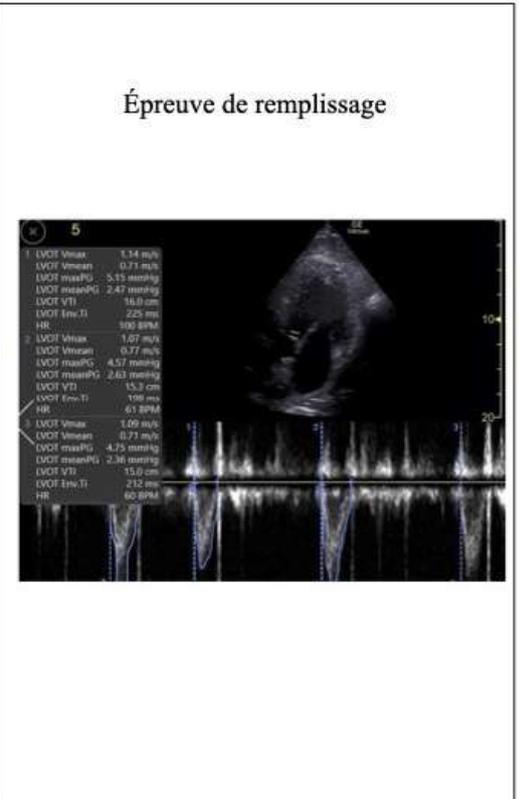
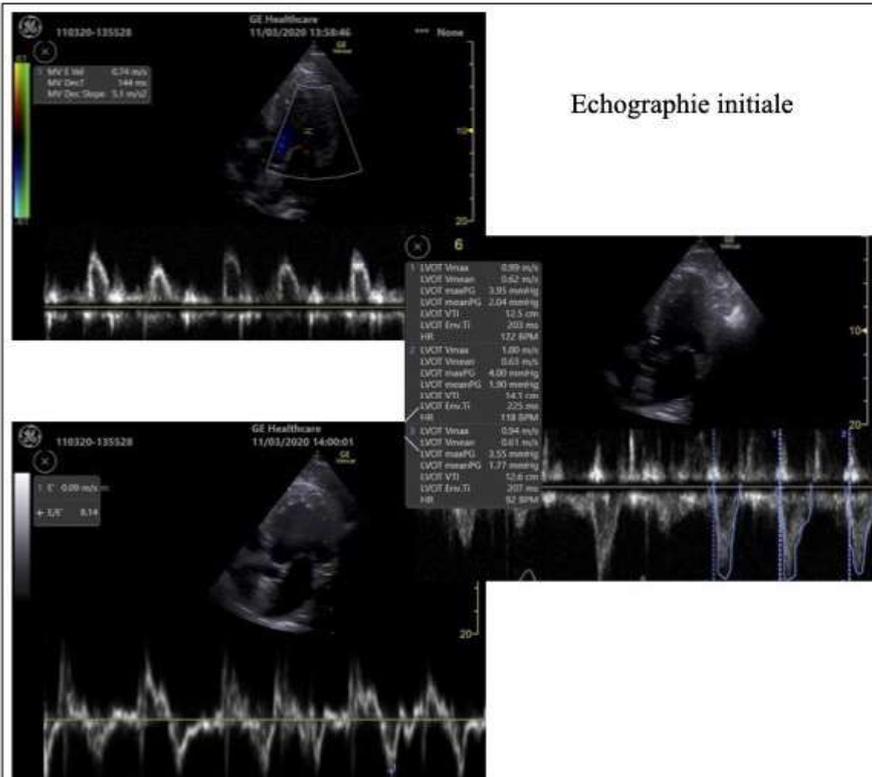
Les constantes montrent une température à 39°, une PA à 150/85, une Fc à 115 bpm, une FR à 22 et une sat à 95% sous air ambiant.

L'image montre les bases gauche et droite.

- A - vos spots d'échographie doivent inclure la vésicule biliaire.
- B - le contexte clinique et l'échographie permettent seuls une orientation du patient.
- C - l'image de la base gauche montre un épanchement pleural
- D - ces images sont compatibles avec une pleuro-pneumopathie.
- E - ces images montrent une condensation de la base droite

**17** A propos de l'aorte abdominale :

- A - Le diamètre se mesure en transversal et d'antéro-postérieur.
- B - Elle peut-être dégagée en latéral gauche en cas de difficulté par voie antérieure.
- C - Les artères rénales sont mieux visibles en coupe longitudinale.
- D - Ce diamètre doit être inférieur à 30mm en sus-rénal.
- E - Le contenu est toujours anéchogène.



**18** Vous prenez en charge dans un service d'urgence un patient de 60 ans admis pour malaise à domicile.

Le patient n'a pas antécédents connus.

Le patient arrive à vous décrire une asthénie depuis 24h associé à une sensation de chaleur sueur sans température prise depuis 24h. Il y est associé une sensation que le patient a du mal à décrire entre une dyspnée et une asthénie de moindre effort. Il revient de voyage en Asie depuis 48h.

Ses paramètres physiologiques d'admission sont : PA 84/42 mmHg, Fc 110 min<sup>-1</sup>, FR 22 min<sup>-1</sup>, SpO2 92% en air ambiant, T° 38,0 °c, Glasgow 15.

L'ECG montre une fibrillation atriale sans trouble de conduction ou de repolarisation.

L'examen clinique révèle une absence de signes d'insuffisance ventriculaire droite ou gauche, un murmure vésiculaire audible bilatéral sans râles audible, une polypnée sans signe de lutte. Des battements du cœur irréguliers. L'abdomen est souple sans douleur ni défense.

L'image montre les résultats de mesures Doppler réalisées initialement et après une épreuve de remplissage de 250 ml de soluté cristalloïdes administré en 15 min.

- A - Malgré le remplissage le débit cardiaque reste en dessous des valeurs normales
- B - L'évaluation initiale échographique est en faveur de PRVG hautes
- C - L'épreuve de remplissage a entraîné une augmentation significative du débit cardiaque
- D - La valeur de l'onde E est dans les valeurs normales
- E - L'évaluation initiale échographique est en faveur d'un débit cardiaque élevé

**19** Le Doppler couleur dans les objectifs de l'ECAU lombaire :

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

**20** Vous accueillez une femme de 46 ans pour un état de choc septique en salle d'accueil des urgences vitales. Vous aviez, initialement, des signes échographiques en faveur d'une hypovolémie at avez donc débuté l'expansion volémique. Vous monitorisez ce remplissage par échographie. Quel(s) résultat(s) échographique(s) sera ou seront des arguments vous incitant à commencer l'administration d'une amine vasopressive ?

- A - Une disparition du collapsus systolique du ventricule gauche
- B - Un ITV sous aortique < 16
- C - Une stagnation de l'ITV sous Aortique malgré le remplissage
- D - Un ITV sous aortique > 22
- E - Une disparition du collapsus inspiratoire de la veine cave inférieure



- 21** Un homme de 55 ans est adressé aux urgences pour des frissons dans un contexte fébrile. Les constantes à l'arrivée sont température 38,5°, PA 105/60 mmHg, pouls 95 bpm, FR 20, sat 96% en AA. A l'examen, l'abdomen est pléthorique, souple, le bord hépatique est douloureux, sans Murphy. Le reste de l'examen clinique n'objective pas de foyer infectieux. Les ATCD sont marqués par une cirrhose d'origine alcoolique.
- A - Son ATCD peut expliquer l'image vésiculaire
  - B - L'absence de calcul écarte le diagnostic de cholécystite
  - C - Cette image suffit au diagnostic de cholécystite
  - D - La paroi vésiculaire n'est pas mesurée au bon endroit
  - E - La paroi vésiculaire est épaissie

- 22** En SAUV, vous recevez une victime d'accident de la route, conducteur ceinturé. Le passager est au scanner avec une équipe du SMUR. Les paramètres vitaux sont peu inquiétants (TA 125/60, pouls 80, FR 16 par min, Glasgow 15) L'ensemble de l'examen (crâne, rachis, Thorax, Abdomen, Bassin, Membres) vous paraît rassurant. Devant la présence d'un « signe de la ceinture » et notion de déclenchement de l'air bag vous réalisez une échographie 3P. Parmi les signes suivants, quels sont ceux qui vous évoque un pneumothorax partiel antérieur droit :
- A - La présence d'un point poumon
  - B - Un profil A
  - C - Une condensation de la base droite
  - D - La présence d'un pouls pulmonaire
  - E - L'absence de glissement pleural

**23** En échographie cardiaque trans-thoracique :

- A - Le profil du Doppler mitral ne se modifie physiologiquement qu'après 80 ans
- B - Le Doppler mitral ne dépend que de la compliance du ventricule gauche
- C - Une estimation visuelle de la FEVG d'un ventricule de mauvaise qualité, correspond à une FEVG mesurée inférieure à 35%
- D - Il existe une corrélation entre la FEVG mesurée et l'onde S mesurée par le Doppler tissulaire de l'anneau mitral
- E - Le Doppler tissulaire de l'anneau mitral ne dépend que de la compliance du ventricule gauche

**24** Une femme de 70 ans est adressée aux urgences pour une douleur abdominale épigastrique ; à l'IOA elle a 90mmHg de pression artérielle systolique, 110 de pouls, une fréquence respiratoire à 25 par min, une température à 35,6°C. Elle vous décrit des douleurs depuis 24 h00, associée à des nausées, une fièvre depuis hier. Vous l'orientez dans votre SAUV, à l'examen le teint est grisâtre, et un ictère conjonctival. Quelques marbrures aux genoux. Pendant que l'IDE fini de conditionner votre patiente, après l'examen clinique vous réalisez une échographie pour confirmer votre diagnostic, vous recherchez :

- A - une paroi vésiculaire épaissie
- B - un calcul dans l'infundibulum ou dans le canal cystique.
- C - un calcul dans la voie biliaire principale
- D - de la boue intra-vésiculaire
- E - une dilatation des voies biliaires intra hépatiques

**25** Dans l'échographie rénale, les fausses dilatations peuvent être le fait :

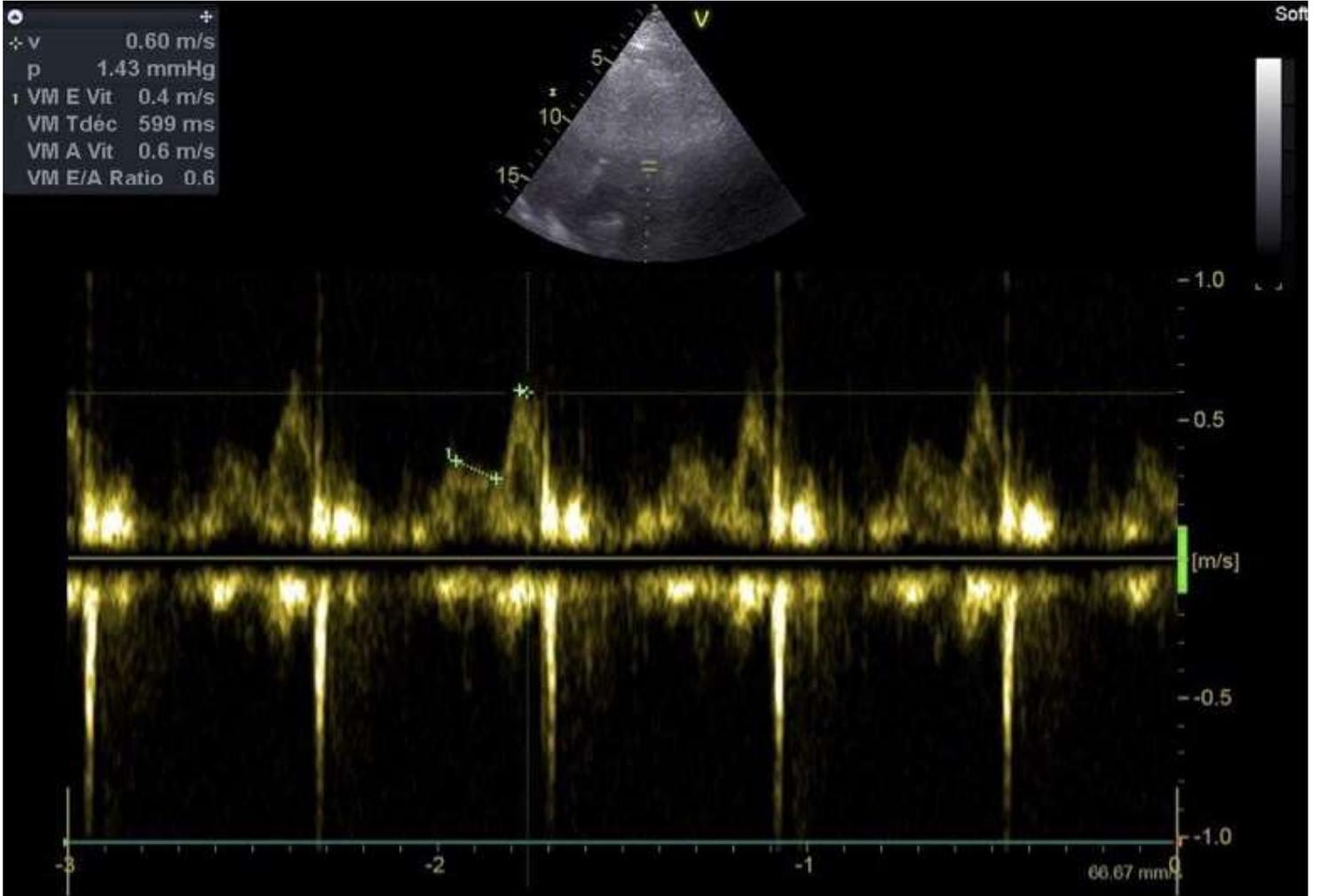
- A - De séquelles d'un syndrome de jonction
- B - D'une polykystose rénale
- C - De kystes parapyéliques multiloculaires
- D - D'un bassinot globuleux extrasinusal
- E - De cavités larges constitutionnelles

**26** Le sac intra-utérin :

- A - est toujours au sein de l'endomètre
- B - il n'y a pas de rapport entre la visibilité d'un sac et le taux de BétaHCG
- C - doit comporter une double couronne trophoblastique
- D - en transpériétal n'est pas visible avant 6 semaines d'aménorrhée
- E - si le sac est > à 16mm il doit contenir un embryon.

**27** A propos du trajet de l'uretère non dilaté :

- A - Il croise les vaisseaux iliaques.
- B - Il n'est visible que dans sa portion intramurale.
- C - Il est le plus accessible dans sa portion lombaire.
- D - On peut le suivre tout au long de son trajet.
- E - Le cône d'ombre du rachis empêche la visualisation de la portion sous-pyélique.



**28** Vous prenez en charge dans un service d'urgence un patient de 60 ans admis pour malaise à domicile.

Le patient n'a pas antécédents connus.

Le patient arrive à vous décrire une asthénie depuis 24h associée à une sensation de chaleur sueur sans température prise depuis 24h. Il y est associé une sensation que le patient a du mal à décrire entre une dyspnée et une asthénie de moindre effort. Il revient de voyage en Asie depuis 48h.

Ses paramètres physiologiques d'admission sont : PA 84/42 mmHg, Fc 120 min<sup>-1</sup>, FR 22 min<sup>-1</sup>, SpO2 92% en air ambiant, T° 38,0 °c, Glasgow 15.

L'ECG montre un rythme sinusal régulier sans trouble de conduction ou de repolarisation.

L'examen clinique révèle une absence de signes d'insuffisance ventriculaire droite ou gauche, un murmure vésiculaire audible bilatéral sans râles audible, une polypnée sans signe de lutte. L'abdomen est souple sans douleur ni défense.

L'image montre une mesure Doppler d'une fenêtre cardiaque, que vous réalisez.

- A - Le résultat est en faveur de pressions de remplissage du ventricule gauche basses
- B - Le résultat est compatible avec une origine cardiogénique de la symptomatologie
- C - Il s'agit d'une mesure du flux mitral
- D - Le résultat est en faveur de pressions de remplissage du ventricule gauche élevées
- E - Le résultat est compatible avec une origine septique de la symptomatologie

**29** Vous recevez en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) un homme de 82 ans.

Le patient est arrivé non médicalisé dans le service des urgences et l'IOA l'a orienté en SAUV devant un état de détresse respiratoire aiguë et une PA basse. Devant l'état de confusion du patient, vous n'avez pas d'information sur l'histoire de la maladie à l'exception de la notion d'appel au 15 par l'épouse pour dyspnée. Ses antécédents connus dans le dossier informatif sont : HTA, BPCO stade 1.

A l'admission, les paramètres sont : Température 37,8°, Glasgow 14 (4, 4, 6), PA 91/42 mmHg, Fc 115/min sinusal, SpO2 91% au masque à haute concentration, une fréquence respiratoire à 30/min.

L'examen clinique retrouve :

un patient suant et discrètement agité, des signes de détresse respiratoire, une tachycardie sinusale

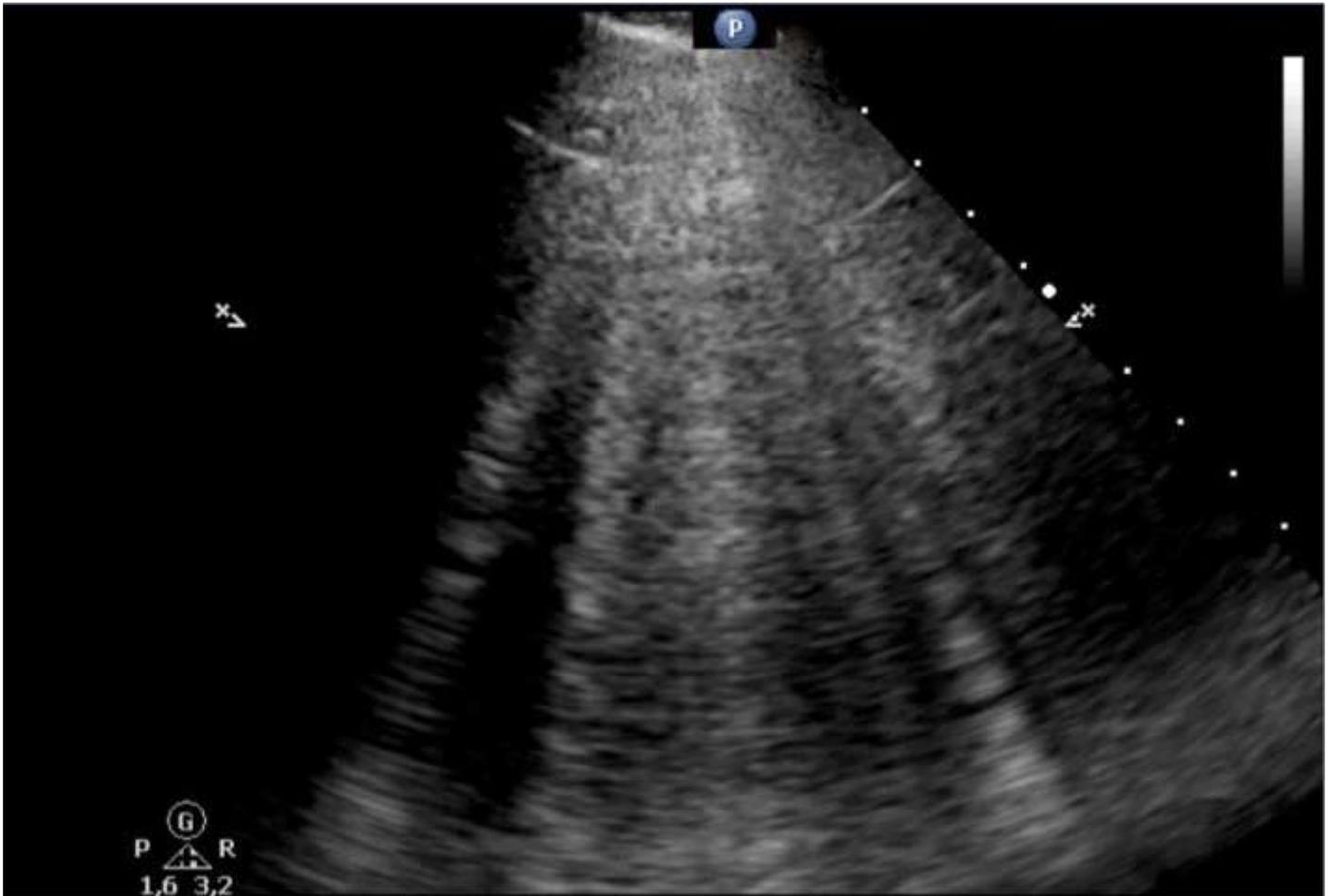
Vous réalisez une échocardiographie, une échographie pulmonaire et une échographie de compression veineuse des deux membres inférieurs (4P).

Parmi ces résultats, lesquels vous orientent plutôt vers une embolie pulmonaire (choix multiples):

- A - Un rapport E/A < 1
- B - Un profil B (lignes B multiples bilatérales en antérieur)
- C - Un rapport E/A > 2
- D - Un examen « 4p » pathologique.
- E - Un rapport VD/VG > 1

**30** Pour affirmer une grossesse intra-utérine doit être visualisé :

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



**31** Vous prenez en charge une patiente de 78 ans pour un état de détresse respiratoire aiguë.

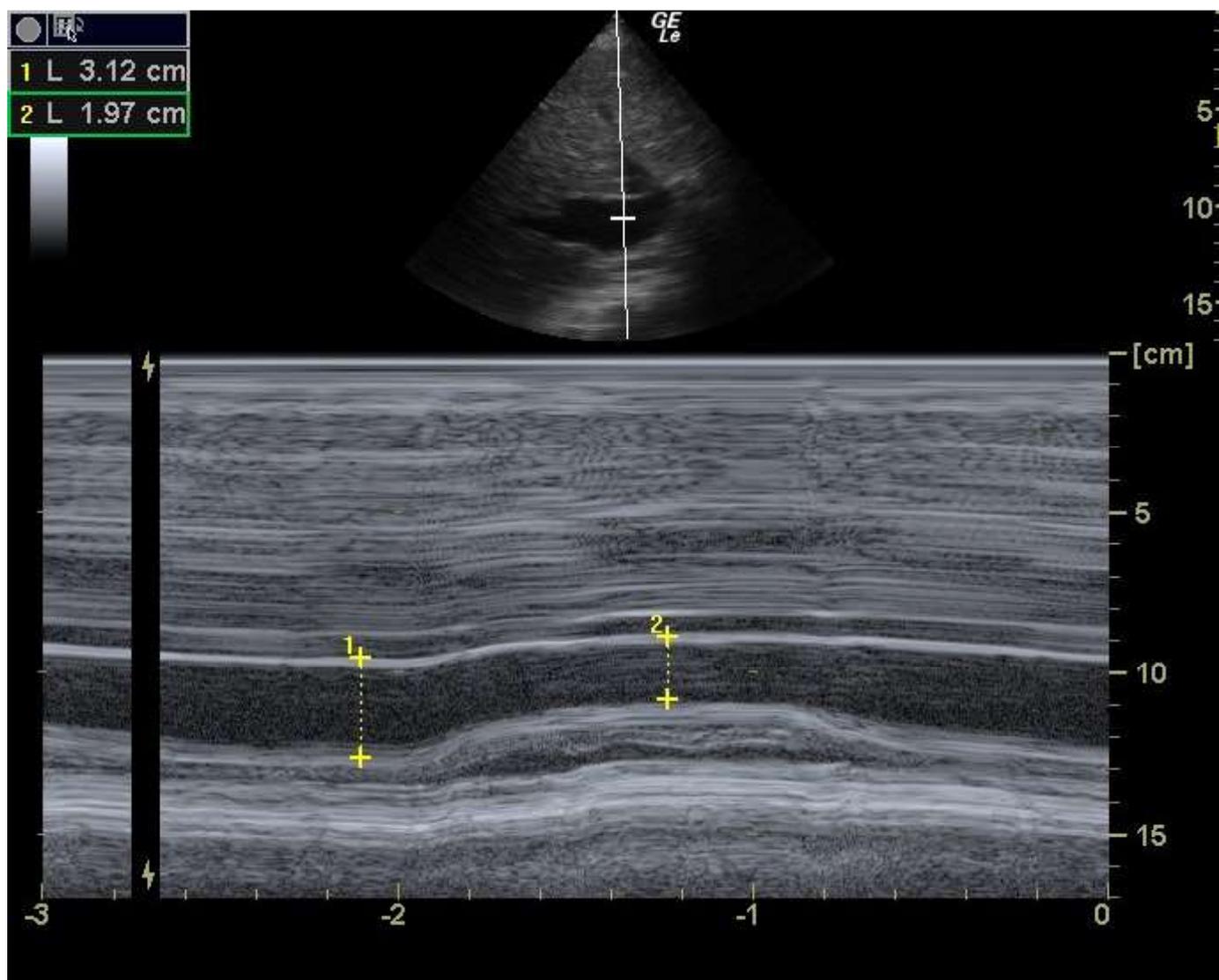
Ses antécédents connus sont : HTA, Hypothyroïdie.

La patiente dyspnéique, arrive à vous décrire qu'il s'agit d'un premier épisode de dyspnée, progressive depuis 2 à 3 jours. Ses paramètres physiologiques d'admission sont : PA 158/82 mmHg, Fc 80 min<sup>-1</sup>, FR 25 min<sup>-1</sup>, SpO<sub>2</sub> 92% sous masque haute concentration, T° 37,8 °c, Glasgow 15.

L'examen clinique révèle une absence de signes d'insuffisance ventriculaire droite, Un murmure vésiculaire audible bilatéral avec des crépitants diffus, un tirage intercostal.

L'échographie pulmonaire montre la même image dans tous les champs d'exploration.

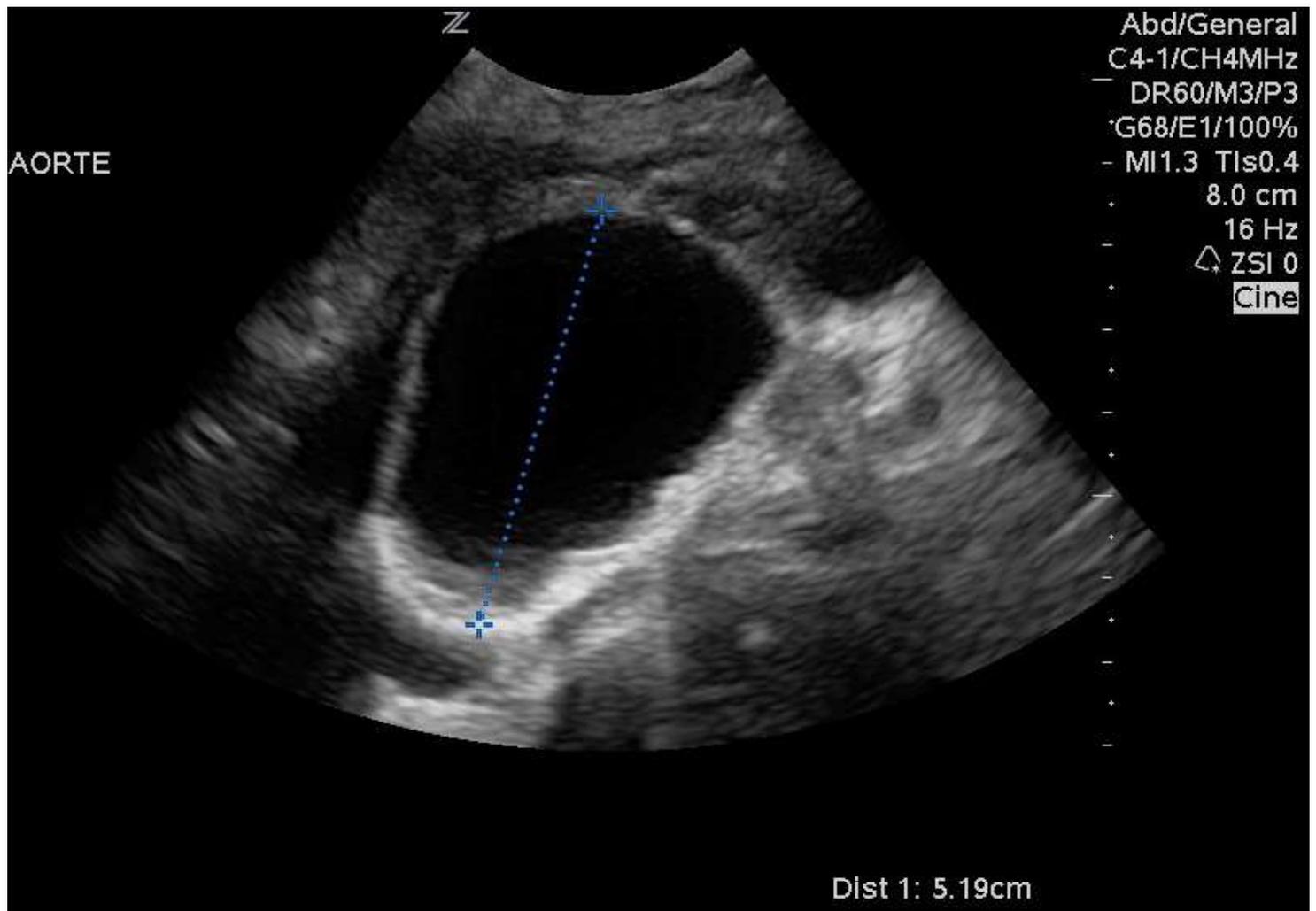
- A - L'échographie pulmonaire permet d'exclure un œdème aigu pulmonaire cardiogénique
- B - L'échographie pulmonaire permet d'affirmer un œdème aigu pulmonaire cardiogénique
- C - L'échographie pulmonaire est en faveur d'une origine bronchique de la dyspnée
- D - Le résultat de l'échographie pulmonaire peut être appelé : profil B
- E - Le résultat de l'échographie pulmonaire est en faveur d'un œdème interstitiel bilatéral



**32** L'image de la veine cave et enregistrement TM chez une dame de 85 ans dyspnéïque avec un ATCD de cardiopathie rythmique affirme le diagnostic de décompensation cardiaque :

- A - si elle est associée à une AC/FA rapide
- B - si elle est associée à un profil B pulmonaire
- C - si elle est associée à une oreillette gauche de 50 cm<sup>2</sup> de surface
- D - si elle est associée à une FEVG effondrée
- E - par l'absence de compressibilité à la respiration

**33** Vous recevez en salle d'accueil des urgences vitales une femme de 81 ans.  
Ses antécédents sont : HTA, Cardiopathie ischémique stenté il y a plus de 10 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° ; Glasgow 15 ; PA 78/49 mmHg ; Fc 115/min ; SpO2 86% en air ambiant, 98% au ventimasque à FiO2 50%, fréquence respiratoire à 25/min.  
L'examen clinique retrouve : des signes discrets de détresse respiratoire, une tachycardie sinusale et un doute sur une augmentation de volume du mollet droit  
Vous réalisez une échographie de compression veineuse des deux membres inférieurs (4P) qui s'avère normale. Une échographie pulmonaire retrouve un aspect de pneumopathie basale droite.  
Il n'y a pas de signes en échocardiographie mode B permettant d'affirmer l'hypovolémie. Vous ne trouvez pas, non plus, de signes visuels de cœur pulmonaire aigu, de tamponnade ou d'insuffisance cardiaque gauche systolique.  
Vous réalisez des mesures de Doppler du flux mitral, de Doppler tissulaire à l'anneau mitral et d'ITV sous Aortique. Les résultats sont :  
E = 0,75 m/s  
E/A = 1,1  
E/E' = 7  
ITV sous Ao = 14,5 cm.  
Vous décidez de faire une épreuve de remplissage (500ml de SSI en 30 min) puis de renouveler la mesure de l'ITV sous Ao : il est à 17,1 cm.  
Quelles sont les propositions vraies :  
**A** - Si ma PA n'est pas normalisée, je dois administrer des amines  
**B** - Il n'est pas possible de dire si la patiente a répondu au remplissage  
**C** - La patiente a répondu au remplissage  
**D** - Si ma PA n'est pas normalisée, je dois refaire une épreuve de remplissage



**34** 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. Il n'y a pas de dilatation des cavités pyélo-calicielles et l'image en transversale de l'aorte abdominale est l'image présentée.

- A - Vous faite un Doppler pour affirmer le faux chenal
- B - Vous prévenez les chirurgiens et poussez le patient au TDM en urgence immédiate
- C - Vous demandez un TDM en urgence après avoir eu le dosage de la créatinine
- D - Cette seule image permet de diagnostic de dissection de l'aorte et justifie un bloc opératoire en urgence
- E - Vous êtes rassuré car un anévrisme de moins de 6 cm de diamètre ne peut pas se fissurer

**35** Une jeune femme de 20 ans consulte pour des douleurs épigastriques depuis minuit, il est 6 heures du matin. Elle ne décrit aucun ATCDS, les paramètres vitaux sont : PA 98/60, pouls 110/ min, apyrétique, EVA 6/10, teint grisâtre.

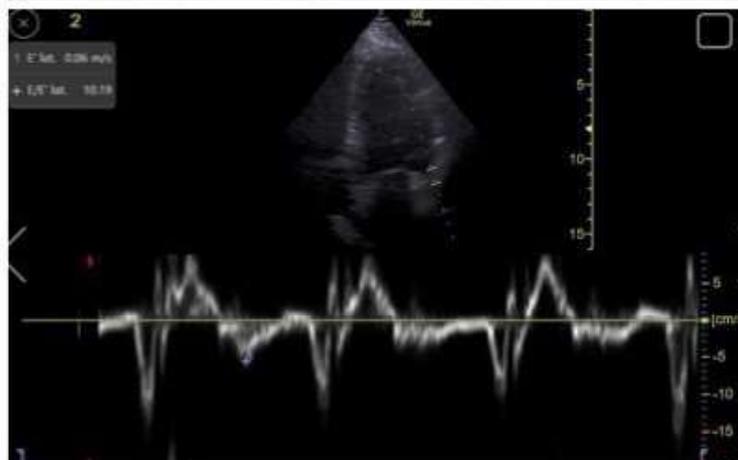
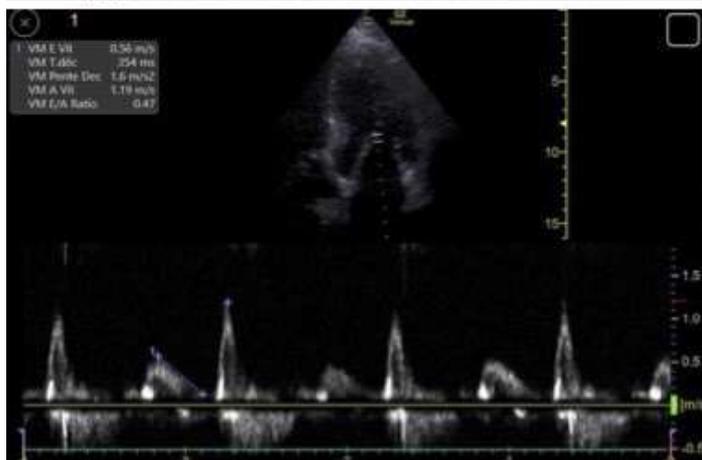
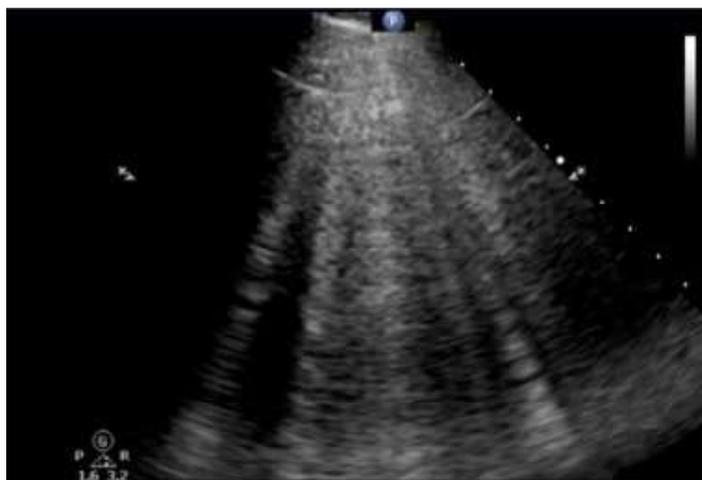
A l'examen vous constatez une défense abdominale. Vous l'orientez au SAUV.

Vous réalisez une échographie et recherchez

- A - un épanchement entre le col de l'utérus et le rectum
- B - un épanchement dans la loge hépatorénale
- C - une vacuité utérine
- D - un épanchement dans la loge spléno-rénale
- E - un épanchement entre la vessie et l'utérus

**36** Pour la fenêtre apicale en cardiologie :

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



**37** Vous prenez en charge une patiente de 78 ans pour un état de détresse respiratoire aiguë.

Ses antécédents connus sont : HTA, Hypothyroïdie.

La patiente dyspnéique, arrive à vous décrire qu'il s'agit d'un premier épisode de dyspnée, progressive depuis 2 à 3 jours. Ses paramètres physiologiques d'admission sont : PA 158/82 mmHg, Fc 80 min<sup>-1</sup>, FR 25 min<sup>-1</sup>, SpO2 92% sous masque haute concentration, T° 37,8 °c, Glasgow 15.

L'examen clinique révèle une absence de signes d'insuffisance ventriculaire droite, Un murmure vésiculaire audible bilatéral avec des crépitations diffus, un tirage intercostal.

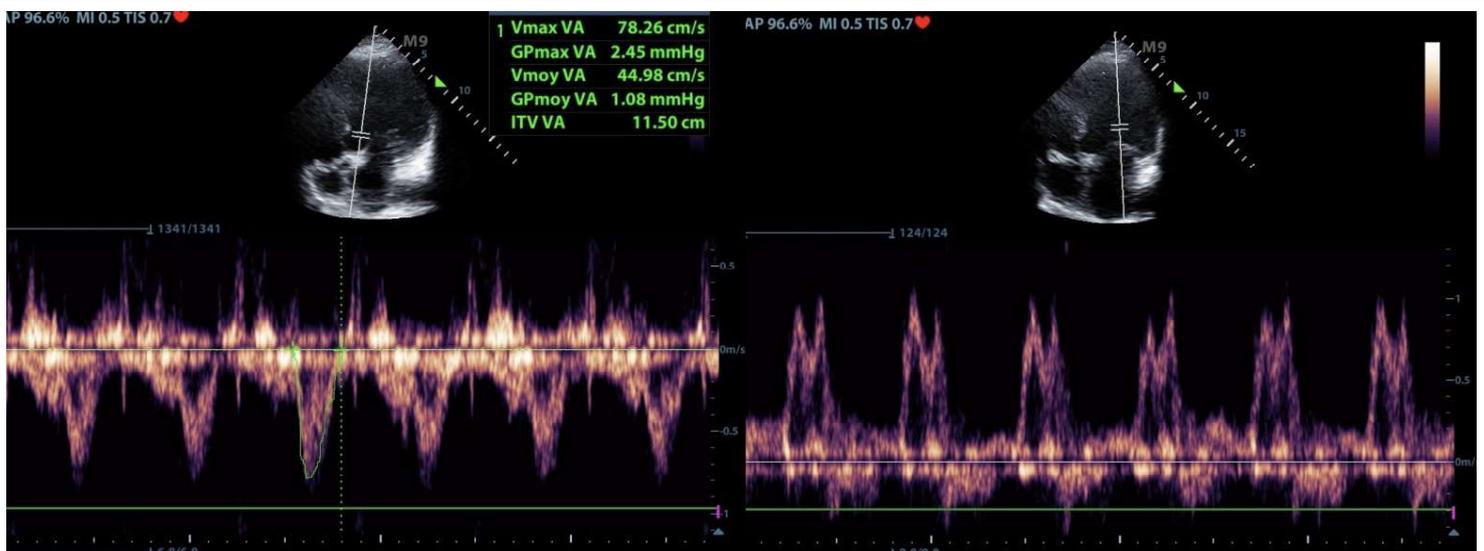
Les résultats de l'échographie pulmonaire et cardiaque sont représentés dans l'image. L'échographie pulmonaire montre la même image dans tous les champs d'exploration.

- A - L'échocardiographie est en faveur d'une dysfonction diastolique significative
- B - L'ensemble de l'échographie est en faveur d'une origine bronchique de la dyspnée
- C - L'ensemble de l'échographie est compatible avec un œdème aigu pulmonaire cardiogénique
- D - L'ensemble de l'échographie est compatible avec une pneumopathie bilatérale
- E - L'échocardiographie est en faveur d'une dysfonction systolique significative

**38** A propos du doppler trans-crânien en fenêtre temporale :

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

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



- 40** Un homme de 85 ans est adressé aux urgences pour dyspnée. Les constantes à l'accueil sont FR 25, sat 92% sous 3l d'O2, Pa 165/95 mmHg, pouls 65, température 38°. Son traitement de fond comprend un anticoagulant et principalement des cardiotropes. Dans l'évaluation clinique vous associez des images d'échographies et les images sont l'ITV et le doppler mitral. La FEVG est estimée à 30%
- A - Un rapport E/E' inférieur à 6 oriente vers un OAP
  - B - Il s'agit d'un bas débit
  - C - Ces éléments permettent d'affirmer un OAP
  - D - Le malade est en FA
  - E - Le doppler mitral objective un régime à haute pression