

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton




THOMAS NOREUIL
MAÏLYS LE BUAN-MANIA

LA MARTINGALE*

ECNi-EDN

DOSSIERS TRANSVERSAUX INDISPENSABLES

de Thomas et Maïlys

-  Méthodologie complète
-  Corrections détaillées avec explications, pièges et astuces
-  Rappels de cours (tableaux et schémas)

Comité de relecture composé de **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

ellipses

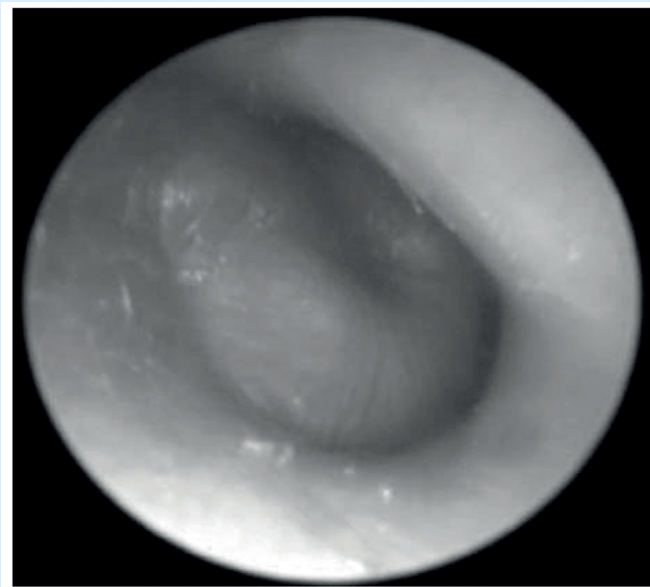
CAS CLINIQUE N° 1

ORL

Vous êtes en plein mois de décembre et recevez aux urgences le petit Gabin, 3 ans, qui semble très agité. Sa mère vous raconte qu'en effet, depuis quelques jours, elle le trouve chaud mais n'a pas pris sa température, et dit qu'il ne cesse de geindre.

Elle vous précise que cet enfant est né à terme et n'a pas d'antécédent particulier hormis un RGO au début de sa vie.

À l'examen clinique, vous constatez une température à 38,1 °C, une rhinorrhée ainsi que ce tympan à l'otoscope :



■ **QCM 1 : Quelle(s) est (sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A. C'est une otite congestive droite.
- B. C'est une otite congestive gauche.
- C. C'est une otite purulente droite.
- D. C'est une otite purulente gauche.
- E. C'est une otite séro-muqueuse.

Vous diagnostiquez brillamment une otite purulente gauche chez cet enfant.
Vous souhaitez mettre en place un traitement efficace.

■ **QCM 2 : Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A. Vous prescrivez un traitement symptomatique par AINS.
- B. Vous effectuez une paracentèse avant tout traitement médicamenteux.
- C. Vous prescrivez l'association Amoxicilline-Acide clavulanique.
- D. Vous prescrivez une Céphalosporine de 3^e génération.
- E. Vous préconisez des lavages de nez réguliers au sérum physiologique.

Vous décidez de traiter l'otite de Gabin par Paracétamol, Amoxicilline et lavages de nez. La maman de Gabin vous pose quelques questions quant aux possibilités d'échec de ce traitement, vous la renseignez alors sur les germes impliqués et leurs profils de résistance.

■ **QCM 3 : Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A. Le pathogène le plus souvent responsable de ce genre d'atteinte est le *Streptococcus pneumoniae*.
- B. Lorsqu'une otite moyenne aiguë est associée à une conjonctivite, on suspecte en priorité un *Haemophilus influenzae*.
- C. 35 % des souches de Pneumocoque sont de sensibilité diminuée à la Pénicilline.
- D. 10 % des souches de Pneumocoque sont résistantes aux Macrolides.
- E. 40 % des souches de *Haemophilus influenzae* sont sécrétrices de bêta-lactamases.

Satisfaite de votre réponse, la mère de Gabin le ramène à la maison.

Vous recevez alors un nouveau patient : Mr H, 75 ans, qui se présente pour épistaxis.

Lors de l'anamnèse, vous apprenez qu'il est d'origine maghrébine, ancien ébéniste à la retraite, et qu'il a pour antécédents une maladie de Parkinson, une HTA, une fibrillation auriculaire sous Warfarine, une insuffisance cardiaque ischémique et rythmique ainsi qu'une AOMI stentée.

Il vous dit que ces saignements sont apparus il y a 4 h et ne se tarissent pas.

■ **QCM 4 : À propos de la vascularisation des fosses nasales, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A. La tache vasculaire de Kiesselbach est formée par la réunion de l'artère ethmoïdale antérieure, de l'artère sphéno-palatine et de l'artère de la sous-cloison.
- B. L'artère sphéno-palatine provient de l'artère carotide interne.
- C. L'artère faciale provient de l'artère carotide interne.
- D. L'artère maxillaire interne donne l'artère de la sous-cloison.
- E. Les artères ethmoïdales antérieure et postérieure proviennent de l'artère ophtalmique.

■ **QCM 5 : Quel(s) est(sont) le(s) information(s) ou signe(s) présent(s) ou à rechercher à l'anamnèse ou à l'examen clinique les plus évocateurs d'une épistaxis grave ?**

- A. Son caractère bilatéral
- B. Son caractère antéro-postérieur
- C. Une hypotension
- D. Des sueurs
- E. Sa durée depuis 4 h sans tarissement

Le patient est pâle, en sueurs, avec une FC = 120/min, une PA = 85/40 mmHg, une FR = 15/min, une température à 37,4 °C. Il vous dit se sentir fatigué et manque de s'effondrer, mais heureusement, grâce à vos nombreuses séances de crossfit, vous le rattrapez et l'installez avec l'aide de l'infirmière sur un brancard. L'hémocue montre une Hb = 8,5 g/dL.

■ **QCM 6 : Quelle(s) mesure(s) prenez-vous dans l'immédiat ?**

- A. Vous prescrivez un remplissage de 500 mL de sérum salé à 0,9 %.
- B. Vous dosez le TCA et prescrivez 10 mg de vitamine K et de concentré de complexe prothrombotique (CCP).
- C. Après et si échec du mouchage et de l'évacuation des caillots, vous effectuez un tamponnement antérieur de la cavité nasale.

- D. Vous cautérisez la tache vasculaire au nitrate d'argent.
- E. Vous transfusez des culots de globules rouges.

Après un remplissage par sérum salé isotonique, la transfusion de 2 CGR ainsi que les mesures de prise en charge d'une hémorragie grave sous AVK, Mr H retrouve une FC = 80/min et une PA = 110/70 mmHg. Cependant, l'hémorragie ne se tarit pas après tamponnement antérieur de la fosse nasale.

■ **QCM 7 : Quelle(s) mesure(s) prenez-vous ?**

- A. Cautérisation au nitrate d'argent.
- B. Tamponnement par ballonnet gonflable hémostatique antérieur et postérieur.
- C. Embolisation de l'artère ethmoïdale antérieure.
- D. Ligature de l'artère sphéno-palatine.
- E. Ajout de 10 mg de vitamine K supplémentaires.

Après tamponnement par ballonnet gonflable hémostatique antérieur et postérieur, l'épistaxis se tarit enfin. Après vos bons soins, vous envoyez Mr H chez votre confrère ORL afin de bilancer cette épistaxis.

■ **QCM 8 : Quelles peuvent être les causes d'une épistaxis d'origine générale ?**

- A. Hypertension artérielle.
- B. Purpura rhumatoïde.
- C. Cancer du cavum.
- D. Maladie de Glanzmann.
- E. Maladie de Rendu-Osler.

Vous êtes alors l'ORL chargé de rechercher une éventuelle cause à cet épisode d'épistaxis.

Lors de votre examen clinique et de vos examens complémentaires, vous découvrez une tumeur du sinus ethmoïde.

Vous tentez donc d'apporter à Mr H quelques informations au sujet de ce cancer.

■ **QCM 9 : À propos de ce cancer, que pouvez-vous dire ?**

- A. Il est plus fréquent chez les patients d'origine maghrébine comme ce patient.
- B. L'EBV en est un facteur de risque.
- C. Le nickel en est un facteur de risque.
- D. Ce cancer peut être responsable d'une paralysie oculomotrice et d'une diplopie.
- E. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome épidermoïde plus ou moins bien différencié.

■ **QCM 10 : Quel bilan d'extension effectuez-vous ?**

- A. TDM du massif facial et de la base du crâne.
- B. IRM du massif facial et de la base du crâne.
- C. PET-scan corps entier.
- D. TDM thoracique.
- E. Pan-endoscopie des voies aéro-digestives supérieures.

Vous décidez de traiter cette tumeur de l'éthmoïde par exérèse chirurgicale associée à une radiothérapie.

Votre patient souhaite faire reconnaître sa maladie en tant que maladie professionnelle.

■ **QCM 11 : Que pouvez-vous dire à propos de la déclaration en maladie professionnelle ?**

- A. La présomption d'origine ne s'applique pas lors d'une déclaration en maladie professionnelle.
- B. Le patient a 48 h après avoir obtenu un Certificat Médical Initial (CMI) pour la déclarer à la CPAM.
- C. Si le patient avait été exposé à l'amiante lors de son travail passé, il aurait pu demander une indemnisation auprès de la FIVA.
- D. Si le patient est déclaré en « inaptitude médicale » et par conséquent est licencié, il obtiendra alors des indemnités doublées par rapport à celles dues à un licenciement ordinaire.
- E. Si une condition de reconnaissance en maladie professionnelle du tableau n'est pas remplie, le patient n'a pas possibilité d'être reconnu en tant que tel.

Vous perdez de vue Mr H qui part très satisfait de vos soins.

Vous êtes de nouveau urgentiste, et lors d'une garde assez agitée, vous recevez le petit Thomas, 5 ans, amené par ses parents car, depuis quelques jours, il se plaint d'une douleur en fond de gorge lorsqu'il déglutit, ce qui l'empêche de s'alimenter correctement.

À l'examen clinique, vous observez des amygdales œdématisées et diagnostiquez une angine érythémato-pultacée.

■ **QCM 12 : Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A. Les angines sont dans 80 % des cas d'origine bactérienne.
- B. L'angine érythémato-pultacée peut-être causée par le virus de la mononucléose infectieuse.
- C. Chez Thomas, il est recommandé d'effectuer le score de Mac Isaac.
- D. Une angine diphtérique possède une incubation de 14 jours.
- E. La bactérie la plus souvent responsable d'angine érythémato-pultacée est le *Streptococcus pneumoniae*.

Vous effectuez donc un TDR qui revient positif.

■ **QCM 13 : Quel traitement prescrivez-vous en première intention ?**

- A. Amoxicilline pendant 10 jours.
- B. Amoxicilline pendant 6 jours.
- C. Amoxicilline-Acide clavulanique pendant 10 jours.
- D. Azithromycine pendant 3 jours.
- E. Cefpodoxime-proxétil 5 jours.

Thomas et ses parents retournent à domicile mais vous reconsultent 3 jours plus tard devant une aggravation des symptômes malgré la prise de l'Amoxicilline. Il ne s'alimente plus et a des difficultés à boire depuis 24 heures. Ses parents vous confient avoir donné de l'Ibuprofène à Thomas devant ses douleurs intenses.

Il est fébrile à 38,7 °C, il est hémodynamiquement stable. À l'examen clinique, vous diagnostiquez un phlegmon péri-amygdalien.

■ **QCM 14 : Quel(s) est(sont) le(s) symptôme(s) pouvant être retrouvé(s) dans ce cas ?**

- A. Otalgie réflexe.
- B. Trismus.
- C. Hypersalivation.
- D. Torticolis.
- E. Altération de l'état général.

■ **QCM 15 : Quelle(s) mesure(s) prenez-vous ?**

- A. Thomas peut rentrer à domicile en arrêtant l'anti-inflammatoire non stéroïdien et en poursuivant le traitement par Amoxicilline.
- B. Il va devoir subir un drainage au bloc opératoire.
- C. Vous prescrivez l'association Amoxicilline-Acide clavulanique en intraveineux puis per os pendant 10 jours.
- D. Devant son hypersalivation, vous prescrivez de la Scopolamine.
- E. Vous prescrivez une hydratation IV par G5 %.