

Auteur : Pr DULY CHU RANGUEIL TOULOUSE

Relecteurs : Pr HALIMI JM CHRU Bretonneau TOURS, Dr SAUTENET B CHRU Bretonneau TOURS, Pr SAULNIER PJ CIC POITIERS

Principaux items testés:

**N° 219. Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention**

**N° 221. Hypertension artérielle de l'adulte**

- Expliquer l'épidémiologie, les principales causes et l'histoire naturelle de l'hypertension artérielle de l'adulte.
- Réaliser le bilan initial d'une hypertension artérielle de l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient (voir item 326).
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

**N° 245. Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications**

- Diagnostiquer un diabète chez l'enfant et l'adulte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique nutritionnelle et médicamenteuse et planifier le suivi du patient (voir item 326).
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.
- Reconnaître les signes d'une rétinopathie diabétique à l'examen du fond d'œil.

**N° 326. Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions**

Monsieur AA, 51 ans consulte en Médecine générale pour des malaises. Ceux-ci surviennent essentiellement vers 17H depuis un mois, durent quelques minutes sans perte de connaissance. Ce patient vit seul, est hypertendu depuis 8 ans, a une dyslipidémie et un diabète de type 2 depuis 13 ans. Il a fait un AIT en 2008. Il a une hypothyroïdie.

Son traitement comprend : perindopril 10 mg 1 cp matin, hydrochlorothiazide 12.5 mg matin, bisoprolol 5 mg matin, amlodipine 10 mg soir, gliclazide LM 30 mg 1 cp matin, metformine 1000 mg 1 cp matin, midi et soir, atorvastatine 80 mg 1 cp soir, Kardegic® 75 mg 1 sachet le midi, citalopram 10 mg 1 cp le matin, bromazepam (Lexomil®) ¼ cp matin, midi et soir, timolol (Timoptol®) collyre 1 gte œil droit et gauche par jour, L-thyroxine 75 µg 1 cp matin..

Cliniquement, il reste asymptomatique. Le poids est de 100 Kg pour 1.70 m, les PA sont à 130/80 mmHg, le pouls est à 45/min l'auscultation cardiaque relève un souffle systolique à 1/6<sup>ème</sup> au foyer mitral, il a une dermite ocre et des œdèmes des membres inférieurs ne prenant pas le godet.

L'ECG montre une bradycardie sinusale isolée à 40/min et quelques troubles de la repolarisation en latéral à type d'ondes T négatives

**QRM1 Parmi les éléments suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) qui pourrai(ent) vous aider pour documenter l'étiologie à ses malaises ?**

- A- Une recherche d'hypotension orthostatique
- B- La pratique d'un holter ECG
- C- Une échographie abdominale
- D- Une HbA1c
- E- Un doppler veineux des membres inférieurs

Rep : A, B, D

**Commentaires**

A : elle fait partie intégrante de l'examen de tout hypertendu

B : malaise+bradycardie+bêta-bloquants : recherche de dysfonction sinusale

D : si basse, arguments pour des hypoglycémies mais si elle est normale ou élevée elle n'exclut pas l'hypoglycémie

**QRM2 vous apprenez que son diabétologue a renforcé son traitement hypoglycémiant en introduisant le gliclazide en raison d'une HbA1c à 7.5%. Cette molécule :**

- A- Est un sulfamide hypoglycémiant
- B- Stimule l'insulinosécrétion de façon glucose-dépendante
- C- Provoque une prise de poids
- D- Est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale stade 3B
- E- Est utilisable parfois en première intention selon les recommandations HAS 2013

Rep : A,C, E

**Commentaires**

A SH de durée d'action longue

B : non, ce sont les analogues du GLP1 ou inhibiteurs des DPP4 qui le font

C : oui par lipogénèse accrue

D : non , c'est CI au stade 4 DFG<30 ml/min

E : oui si intolérance ou CI à la metformine

**QRM3 vous êtes ainsi contraint de modifier son traitement hypoglycémiant en arrêtant le gliclazide et vous lui proposez la prescription d'un inhibiteur des DPP4. Cette classe thérapeutique (réponse(s) exacte(s)) :**

- A- Stimule l'insulinosécrétion de façon glucose dépendante
- B- Agit sur la satiété
- C- N'a pas d'action sur la production de glucagon
- D- Assure une baisse d'HbA1c du même ordre que celle observée sous insuline
- E- Est injectable

Rep : A, B

**Commentaires**

- A : oui et limite les hypoglycémies
- B : il l'augmente
- C : diminue la production de glucagon
- D : non, est un peu moins puissant
- E : voie per os

**QRM4 quelle(s) est(sont)la(les) modalité(s) de prescription de l'ordonnance complète chez ce patient ?**

- A- Elle s'effectue sur une ordonnance sécurisée
- B- Elle s'effectue dans la partie basse de l'ordonnance bizona pour certains médicaments
- C- Une prescription renouvelable pour une durée de 3 mois est possible pour tous les médicaments
- D- Elle ne peut plus être manuscrite
- E- La prescription du traitement antihypertenseur s'effectue dans la partie basse de l'ordonnance bizona

Rep : B, C

**Commentaires**

- A : ça n'est pas un toxique !
- B : ceux non en ALD
- C : durée maximale pour le bromazepam
- D : c'est faux
- E : non car HTA liée au diabète donc en ALD

**QRM5 vous rédigez l'ordonnance en utilisant des génériques mais utilisez le glucophage® (metformine) à la place de son générique, le patient vous informant d'une diarrhée survenue lors de leur utilisation et pas lors de la prise de Glucophage®. Vous êtes ainsi contraint :**

- A- de noter sur l'ordonnance pourquoi vous n'utilisez pas le générique
- B- De noter en tête de la ligne de prescription du glucophage : « ne pas substituer »
- C- De noter sur la ligne de prescription : « non substituable »
- D- De le noter de façon manuscrite
- E- De noter sur l'ordonnance la mention « non remboursable »

Rep : C, D

#### **Commentaires**

A : non on ne note pas de données cliniques sur une ordonnance

B : la mention exacte est « non substituable »

E : faux car il le sera mais si le médicament est plus cher que le générique, il pourrait avancer la différence avant de se faire rembourser

**QRM6 après une période de bon contrôle tensionnel, l'équilibre se dégrade avec des PA au cabinet constatées à 160/100 mmHg à plusieurs reprises, déséquilibre tensionnel confirmé en MAPA. Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de déséquilibre possible(s) ?**

- A- Une mauvaise observance
- B- La prise de comprimés effervescents
- C- Un mésusage de la L-thyroxine
- D- Un syndrome d'apnées du sommeil
- E- Une sténose de l'artère rénale

Rep A, B, C, D, E

#### **Commentaires**

Tout est vrai!

B: apport non négligeable de sel jusqu'à 1 gramme par comprimé

C : peut donner une hyper ou hypotension

D : activation du système sympathique

E : fréquent chez le diabétique

**QRM7 l'échodoppler des artères rénales révèle la présence d'une sténose de l'artère rénale droite estimée à 70% et la pratique d'un angioscanner des artères rénales est décidée. La créatinine plasmatique est à 90 µmol/L et le DFG à 100 ml/min. Le patient a déjà eu un angioscanner pour une autre raison il y a 6 mois. Vous devez (citer une ou plusieurs réponses vraies) :**

- A- Vous enquêter d'une allergie aux produits de contraste iodés
- B- Informer le patient du rapport bénéfice-risque de la pratique de l'examen
- C- Arrêter la metformine avant la pratique de l'examen
- D- Laisser le patient à jeun
- E- Prévoir une hydratation par voie IV

Rep : A, B, C

#### **Commentaires**

D : le jeun n'est pas conseillé sauf en cas d'allergie parfois proposé

E : si le patient boit et que la fonction rénale est normale, c'est inutile

**QRM8 L'angioTDM des artères rénales révèle qu'une sténose athéromateuse estimée finalement à 50% de l'artère rénale droite tandis que l'artère rénale gauche est normale. Vous devez (réponse(s) exacte(s)) :**

- A- Remplacer le Kardegic® par clopidogrel
- B- Ne pas modifier la posologie du perindopril
- C- Proposer une angioplastie sans stent
- D- Remplacer le perindopril par un sartan
- E- Proposer une angioplastie-stenting

Rep : B

#### **Commentaires**

A : non aucun niveau de preuve

B : oui car sténose non significative

C : non, traitement médical

D : faux

E : sténose non significative

**QRM9 le diurétique thiazidique a été majoré à 25 mg/jour. Il reçoit désormais de la paroxétine en remplacement du citalopram pour un état dépressif réactionnel à des problèmes familiaux. Quelques semaines plus tard, le patient est vu aux urgences à la demande de son épouse qui le trouve confus et désorienté. Vous êtes l'interne de garde des urgences. A l'examen, le patient est ralenti. Les PA sont à 110/70 mmHg, le pouls à 45/min, l'auscultation est normale. Aucun signe de localisation neurologique n'est trouvé. Quelle(s) est(sont) la(les) hypothèse(s) diagnostique(s) ?**

- A- Une hypocalcémie
- B- Une hyperkaliémie
- C- Une hypoglycémie
- D- Une hyponatrémie
- E- Une intoxication médicamenteuse

Rep : C, D, E

### **Commentaires**

C : à évoquer chez tout patient diabétique sous insulinosécréteurs

D : paroxétine+ diurétiques

E : patient dépressif

**QRM10 le ionogramme sanguin révèle une natrémie à 110 mmol/l, une kaliémie à 3.4 mmol/L, une protidémie à 75 g/L et une créatininémie à 140 µmol/l. La glycémie est normale. Vous devez :**

- A- Hospitaliser le patient
- B- Administrer du serum sale isotonique sous surveillance stricte
- C- Assurer une recharge de potassium IV
- D- Faire un ECG
- E- Arrêter le diurétique thiazidique



Rep : A,B, D, E

**Commentaires**

B : hyponatrémie sévère symptomatique justifiant l'apport en sel ; la restriction hydrique ne suffit pas

C : pas de recharge potassique systématique

**QRU11 la natrémie s'est très progressivement normalisée et les diurétiques arrêtés. Un mois plus tard, le patient vient aux urgences pour une dyspnée croissante. L'interrogatoire rapporte la pratique d'une automédication et la prise d'ibuprofène sur plusieurs jours pour une gonalgie gauche. La PA est à 180/100 mmHg le pouls à 80/min. quelle est votre hypothèse principale ?**

- A- Un asthme d'effort
- B- Un syndrome coronarien aigu
- C- Un flutter auriculaire
- D- Une pneumopathie aiguë
- E- Une décompensation cardiaque

Rep : E

**QRM12 l'auscultation cardiaque confirme le diagnostic de décompensation cardiaque avec des crépitations pulmonaires bilatérales. L'ECG révèle un rythme sinusal et est superposable à celui d'il y a 6 mois. Le cycle de troponines est normal. Votre stratégie thérapeutique associe (une ou plusieurs réponses vraies) :**

- A- Une oxygénothérapie
- B- L'alitement du patient en surélevant les pieds du lit
- C- La prescription d'un diurétique de l'anse
- D- La prescription d'amiodarone
- E- La prescription de vérapamil

Rep : A, C

**Commentaires**

B: surélever la tête du lit

C : traitement de l'insuffisance cardiaque

D : non s'il est sinusal

E : CI dans l'insuffisance cardiaque non contrôlée

**QRM13 l'état du patient s'est stabilisé. Vous lui déconseillez désormais la prise d'AINS car ceux-ci peuvent provoquer :**

- A- Une poussée hypertensive
- B- Un accident vasculaire cérébral ischémique
- C- Une hyperkaliémie
- D- Un ulcère gastro-duodéal
- E- Une insuffisance rénale

Rep : A, B, C, D, E

**QRM14 Vous en profitez pour revoir les prescriptions du patient. Concernant la prescription de bromazepam qu'il prend désormais à raison de ½ cp matin midi et soir, quelle(s) est(ont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A- Elle est adaptée au patient, les doses prescrites étant faibles
- B- Elle peut engendrer un état de dépendance psychique
- C- Elle se prescrit désormais sur une ordonnance d'exception
- D- Elle n'est possible que par un neurologue en initiation du traitement
- E- Le renouvellement est possible par le médecin généraliste

Rep : B, E

#### Commentaires

A : non, toute BZD devrait être évitée dans ce contexte d'IC

C : seul le zolpidem est concerné en 2017

D : tout médecin peut prescrire

**QRM15 le patient présente une syncope le conduisant à nouveau aux urgences. Son traitement a été modifié et comprend bisoprolol 10 mg matin, amlodipine 10 mg soir, glargine (Lantus®) : 15 unités le soir, Aspirine 75 mg le midi, citalopram 10 mg le matin, oxazepam (Seresta®) 10 mg 1 cp le soir, timolol (Timoptol®) collyre 1 gte œil droit et gauche par jour, L-thyroxine 50 µg 1 cp matin, levure de riz rouge. Il se plaint**



de crampes. La PA est à 160 /90 mmHg, le pouls à 40/min. Les CPK sont à 300 U/l (normale <60). Quelles sont les propositions exactes ?

- A- Il faut demander un holter ECG à la recherche d'un déficit sinusal
- B- Il est possible qu'une majoration des CPK soit imputable à la prise de levure de riz rouge
- C- Il est possible que la majoration des CPK soit imputable à la syncope
- D- Dans ce contexte, une évaluation de la fonction rénale est nécessaire
- E- Il est possible que la posologie du bisoprolol explique ses malaises dans ce contexte de polymédication

Rep : A, B, C, D, E

### **Commentaires**

A : ce d'autant qu'il a 2 beta-bloquants et qu'il est bradycarde

B : il y a une statine dedans ! (lovastatine)

C : la syncope peut entrainer une chute

D : oui car il faut évoquer une rhabdomyolyse c'est-à-dire une augmentation des CPK

APNET