

Faculté	Collège des Enseignants de Thérapeutique
Nom et prénom du rédacteur	JP Fournier, Nice
Date de création	2019
Nombre de questions	15 QI

Q1- Vous revoyez en consultation un homme de 56 ans que vous avez traité avec succès par métronidazole pour une colite à *C. difficile*. Il est à une semaine de traitement. Les troubles digestifs sont bien améliorés. Par contre, il rapporte plusieurs épisodes de vomissements alimentaires, accompagnés de sueurs profuses. Il a comme principaux antécédents un diabète non insulino-dépendant, une psychose chronique et une intoxication éthylo-tabagique active. Son traitement habituel associe : metformine, olanzapine, rispéridone, alprazolam, zolpidem, et patch de nicotine. Quel diagnostic évoquez-vous *a priori* ? (QRU)

- A- effet antabuse du métronidazole
- B- hypoglycémie
- C- intolérance digestive du métronidazole
- D- surdosage en nicotine
- E- syndrome sérotoninergique

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				Autres complications de métronidazole : dysgueusie, troubles de l'équilibre, vertiges, et surtout puissant inhibiteur enzymatique (Cytochromes) exposant au risque de surdosage (AVK, sulfamides, etc ...)
B		X			
C		X			
D		X			
E		X			

Q2- Vous prenez en charge aux urgences un homme de 55 ans, adressé de maison de retraite pour dyspnée aiguë. Il a de nombreux antécédents : VIH positif, cirrhose post-hépatite B, séquelles psychiatriques d'un traumatisme crânien compliqué, intoxication alcoolo-tabagique active. Son traitement actuel consiste en phénobarbital, olanzapine, acamprosate, nicotine patch, zolpidem, clorazépam. Vous avez porté un diagnostic de pneumonie communautaire. La recherche d'antigènes solubles pneumococciques est positive. Quelle(s) molécule(s) pouvez-vous prescrire en première intention chez ce patient, chez lequel aucune allergie n'est connue et dont la fonction rénale est normale ? (QRM)

- A- amoxicilline à la dose de 6g par 24 heures
- B- amoxicilline – ac. clavulanique à la dose de 3g par 24 heures
- C- ceftriaxone à la dose de 1g par 24 heures
- D- imipénème cilastatine à la dose de 2g par 24 heures
- E- vancomycine à la dose de 2 g par 24 heures

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				Ce patient multiplie les risques de Pneumocoque à sensibilité limitée aux β -lactamines : hépatopathie chronique, institutionalisation, séropositivité pour le VIH
B		X			L'acide clavulanique n'a aucun intérêt ici (modification des PLP).
C	X				
D		X			Les options D et E sont exactes en absolu, mais pas en première intention
E		X			

Q3- Vous revoyez en consultation un homme de 63 ans que vous avez traité par sulfaméthoxazole-triméthoprime pour une prostatite. L'évolution est favorable sur le plan urologique. Par contre, vous êtes frappé(e) par sa pâleur. Il vous dit être essoufflé en montant les escaliers depuis quelques jours. Quelle(s) anomalie(s) vous attendez-vous à observer sur l'hémogramme que vous lui prescrivez ? (QRM)

- A- anémie macrocytaire arégénérative
- B- anémie microcytaire arégénérative
- C- anémie normocytaire régénérative
- D- anémie normocytaire arégénérative
- E- tricytopenie

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				Le sulfaméthoxazole-triméthoprime est un anti folique, responsable d'une carence en folates, d'où l'anémie macrocytaire
B		X			
C		X			
D		X			
E		X			

Q4- Vous avez dû prescrire de la vancomycine en injections discontinues pour un sepsis à point de départ osseux à un patient diabétique présentant une insuffisance rénale chronique avec un débit de filtration glomérulaire estimé à 45 ml/min. Son traitement associe metformine, périndopril, atorvastatine. Vous avez adapté la posologie aux recommandations publiées mais avez bien sûr contrôlé les taux sériques, à J3. Vous disposez de ces résultats : résiduel : 10 mg/l (normale : 15 à 20). Comment adaptez-vous la posologie de vancomycine ? (QRM)

- A- augmentation de la posologie unitaire et allongement de l'intervalle entre les injections
- B- augmentation de la posologie unitaire et maintien du rythme d'injections
- C- diminution de la posologie unitaire et allongement de l'intervalle entre les injections
- D- diminution de la posologie unitaire et diminution de l'intervalle entre les injections
- E- maintien de la posologie unitaire et raccourcissement de l'intervalle entre les injections

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			
B		X			
C		X			
D		X			
E	X				La vancomycine est un antibiotique temps-dépendant : son efficacité est corrélée à la durée durant laquelle la concentration tissulaire reste supérieure à la concentration minimale inhibitrice (CMI) vis-à-vis du germe incriminé. Il faut donc raccourcir l'espace entre les prises, puisque le patient est traité par injections discontinues. Pour ces mêmes raisons, il est plus facile d'utiliser une administration continue après une dose de charge. D'autres antibiotiques, également temps-dépendants peuvent ainsi être administrés en continu

Q5 Vous prescrivez de la pristinamycine à un homme de 52 ans, allergique aux β -lactamines, pour un panaris du pouce. Vous vérifiez avec lui ses traitements en cours et il vous apprend qu'il prend de la colchicine depuis 15 jours pour une crise de goutte. A quelle(s) complication(s) exposeriez-vous ce patient si vous persistiez dans votre prescription ? (QRM)

- A- aplasie médullaire
- B- hépatite cytolytique
- C- insuffisance rénale aiguë
- D- pneumopathie interstitielle aiguë
- E- trouble de la conduction cardiaque

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				Cette association est contre-indiquée en raison du risque d'aplasie médullaire
B		X			
C		X			
D		X			
E		X			

Q6- Parmi les molécules suivantes, la(es)quelle(s) doivent-elles être systématiquement utilisées en association ? (QRM)

- A- ciprofloxacine
- B- fosfomycine
- C- INH
- D- pristinamycine
- E- rifampicine

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			
B	X				A cause du risque d'émergence de mutants résistants La fosfomycine mentionnée à l'option B est la forme

					injectable et non la forme orale utilisée en monothérapie pour le traitement des infections urinaires basses non compliquées de la femme jeune.
C		X			Attention aux options proposées : l'INH peut effectivement être utilisé en monothérapie lors du traitement d'infection tuberculeuse latente.
D		X			
E	X				A cause du risque d'émergence de mutants résistants

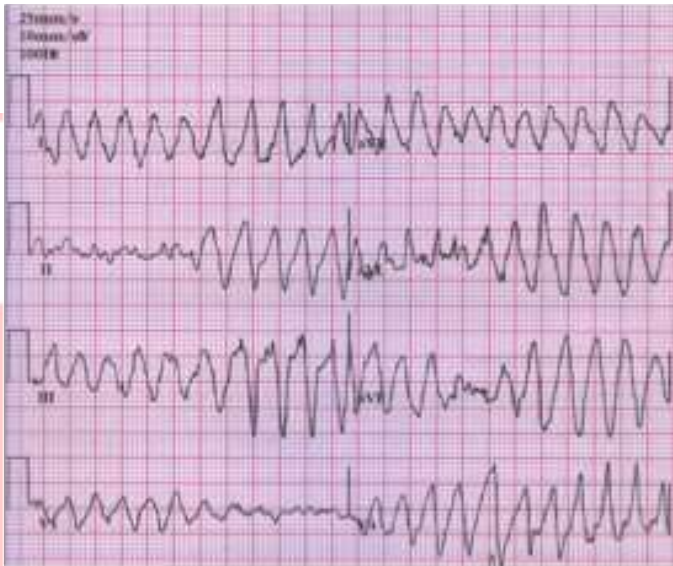
Q7- NB- Cette vignette concerne cette question et la suivante

Vous prenez en charge une patiente de 65 ans chez laquelle vous avez diagnostiqué une légionellose. Cette patiente est institutionnalisée en raison d'une démence à corps de Léwy. Son traitement habituel associe : olanzapine, rispéridone, alprazolam, mémantine. Quelle(s) molécule(s) pouvez-vous utiliser pour traiter sa légionellose (seule ou en association) ? **(QRM)**

- A- amoxicilline-ac. clavulanique
- B- azithromycine
- C- imipénème cilastatine
- D- ofloxacine
- E- rifampicine

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			Les 3 molécules sont utilisables. L'association (2 parmi les 3 mentionnées) est justifiée en cas de critères de gravité (non mentionnés ici)
B	X				
C		X			
D	X				
E	X				

Q8- Vous avez débuté une association azithromycine – ofloxacine en raison de l'importance des signes radiologiques. L'évolution est initialement favorable. A J8, du traitement, on vous appelle car la patiente vient de présenter 2 malaises. Le premier a très vite récupéré. Lors du second, elle a perdu connaissance brièvement mais l'infirmière a eu le temps d'enregistrer ce tracé qu'elle vous tend :



?

?

APNET

Quelle(s) molécule(s)
a(ont) pu induire ce trouble ? (**QRM**)

- A- azithromycine
- B- mémantine
- C- ofloxacine
- D- olanzapine
- E- rispéridone

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				Il s'agit d'une torsade de point favorisée par l'allongement de l'espace QT. C'est une complication

					récemment ré-évaluée des macrolides et fluoroquinolones et de nombreux psychotropes, notamment les anti-psychotiques et les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, notamment le citalopram. La ciprofloxacine serait moins concernée que les autres fluoroquinolones
B		X			
C	X				
D	X				
E	X				

Q9- Vous voyez aux urgences un homme de 34 ans pour de violentes céphalées péri-orbitaires gauche, évoluant depuis quelques heures. C'est la seconde crise de la journée. La première, moins intense, a cédé avec du paracétamol après une heure environ. Il est apyrétique. Vous notez un larmoiement de l'œil gauche qui est injecté. Le patient a une sensation de « nez bouché » à gauche. Le reste de l'examen est normal. Le patient vous précise qu'il a déjà eu des épisodes similaires qui l'ont conduit à plusieurs reprises aux urgences, « où ils ne savaient pas ce que j'ai ». Parmi les thérapeutiques suivantes, quelle(s) est(sont) celle(s) qui a(ont) le plus de chances d'améliorer ce patient ? (QRM)

- A- néfopam IV
- B- néfopam en collyre
- C- O₂ par masque facial
- D- sumatriptan SC
- E- tramadol IV

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			
B		X			Le néfopam n'existe pas en collyre
C	X				L'association céphalées péri-orbitaires + larmoiement + congestion nasale évoque fortement une algie vasculaire de la face. Le traitement électif consiste en sumatriptan SC et O ₂
D	X				
E		X			

Q9- Vous voyez aux urgences une femme de 24 ans qui consulte pour céphalées, nausées et troubles de l'équilibre. Elle n'a aucun antécédent particulier en dehors d'une contraception orale. Elle est passée aux urgences il y a 2 jours pour une suspicion de méningite et elle avait eu une ponction lombaire, qui avait permis de conclure à une méningite virale. Elle rapporte qu'après une accalmie, les céphalées pour lesquelles elle avait initialement consulté sont réapparues, associées à des nausées et surtout des troubles de l'équilibre. Ces nouveaux troubles évoluent depuis la veille et surviennent dès qu'elle se lève. Parmi les suivantes, quel(s) traitement(s) est(sont) le(s) plus à même de l'améliorer ? (QRM)

- A- acétylleucine

- B- caféine
- C- hydroxyzine
- D- métoprolol
- E- paracétamol

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			
B	X				C'est un tableau typique de syndrome post-PL, dont le traitement médicamenteux électif est constitué par la caféine. L' <i>epidural blood patch</i> est le traitement de référence et a également une valeur diagnostique
C		X			
D		X			
E		X			

Q10- Vous rédigez les ordonnances de sortie de médecine polyvalente pour un homme de 55 ans hospitalisé pour hémorragie digestive haute sur rupture de varices œsophagienne. L'évolution a été favorable. Il est porteur d'une cirrhose d'origine éthylique. Il a déjà effectué plusieurs cures désintoxication, toutes infructueuses. Ses autres antécédents incluent une BPCO stable sous traitement par fluticasone-salmétérol, une HTA, traitée par péridopril et une AOMI pour laquelle il a déjà bénéficié de 2 stents. Vous hésitez entre propranolol et sclérothérapie. Quelle décision allez-vous prendre ? (QRU)

- A- sclérothérapie car l'AOMI contre-indique le propranolol
- B- sclérothérapie car l'association péridopril-propranolol est contre-indiquée
- C- sclérothérapie car la BPCO contre-indique le propranolol
- D- sclérothérapie car la poursuite de l'alcoolisme contre-indique le propranolol

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				
B		X			L'association IEC-béta-bloquant peut entraîner une hyperkaliémie, sans que l'association soit contre-indiquée. La mauvaise observance est un élément majeur contre le béta-bloquant dans cette indication
C		X			La BPCO stable ne contre-indique pas les béta-bloquants (au contraire de l'asthme).
D		X			

Q11- Vous voyez aux urgences un homme de 32 ans que les pompiers viennent de déposer. Ils ont été appelés car le patient était très agité dans un bar. C'est un toxicomane bien connu des urgences, sous méthadone. Vous notez une PA à 220-120 à droite, 210-110 à gauche, un pouls à 120 bpm, régulier, une température auriculaire à 38,2°C. il présente une mydriase bilatérale. Vous notez une épistaxis de faible abondance de la narine gauche, dont la muqueuse est très congestive. Autant que vous puissiez en juger compte-tenu de l'agitation, l'examen neurologique est normal. Le patient ne se plaint pas de céphalées. Vous évoquez une intoxication médicamenteuse et/ou par drogues illicites. Quelle substance parmi les suivantes vous semble la plus probable ? (QRU)

- A- amphétamines
- B- cannabis
- C- cocaïne
- D- méthadone
- E- zolpidem

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				
B	X				
C		X			La présentation clinique évoque d'emblée des alpha-béta stimulants donc amphétamines (ou équivalents type méthylphénidate) ou cocaïne. La présence des lésions endo-nasales est en faveur de « sniffs » et oriente vers la cocaïne
D	X				
E	X				

Q12- Vous suivez une patiente de 81 ans, hospitalisée pour prise en charge d'un AVC ischémique sylvien complet. Elle a des antécédents d'HTA traitée par amlodipine et de cancer du sein, traité par tumorectomie et tamoxifène. L'ECG inscrit une fibrillation auriculaire et une hypertrophie ventriculaire gauche. L'échocardiographie montre une dilatation de l'oreillette gauche, une insuffisance mitrale grade II, des calcifications de la valve aortique sans sténose et une hypertrophie ventriculaire gauche concentrique. La fraction d'éjection du ventricule gauche est à 38%. Vous êtes à J3 de l'évolution de l'AVC. L'examen neurologique est inchangé (hémiparésie gauche à prédominance brachio-faciale, conscience normale). La tomodensitométrie de contrôle réalisée la veille ne montre pas de transformation hémorragique. Vous discutez une anticoagulation curative. Quelle est votre décision vis-à-vis de l'anticoagulation curative à ce stade ? (QRM)

- A- dabigatran, car il existe maintenant un antidote (l'idarucizumab)
- B- énoxaparine, car la créatinine est à 89 µmol/l
- C- apixaban, car c'est le moins risqué sur le plan du risque hémorragique
- D- warfarine, car facilement surveillable par INR
- E- aucun anticoagulant à dose curative à ce stade, car le risque hémorragique est trop élevé

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			
B		X			
C		X			
D		X			
E	X				Ce n'est pas une ACFA valvulaire malgré la présence d'une IM. Pour mémoire, les ACFA valvulaires sont celles associées à une valve mécanique ou un rétrécissement mitral. Les anglo-saxons y rajoutent les bioprothèses. De ce fait, les AOD ne sont pas contre-indiqués. Le problème est ici l'importance de l'AVC avec son potentiel risque de transformation hémorragique. Il faut différer l'anticoagulation curative

					à 2 ou 3 semaines et utiliser de l'aspirine en monothérapie en attendant
--	--	--	--	--	--

Q13- Vous prenez en charge aux urgences une patiente de 81 ans qui a présenté un AVC ischémique sylvien superficiel droit du réveil. La PA est à 190-110 mm Hg à droite. Elle a des antécédents d'HTA traitée par amlodipine et de cancer du sein, traité par tumorectomie et tamoxifène. Le pouls est à 110 bpm, irrégulier. La température auriculaire est à 37,4°C.

Vous décidez de respecter sa PA. Quel(s) est(sont) le rationnel(s) de cette décision ? (QRU)

- A- ce niveau tensionnel est malgré tout compatible avec une thrombolyse IV
- B- la baisse de la PA favorise la transformation hémorragique par lésion de l'endothélium
- C- la baisse de la PA favorise le vasospasme des artères voisines du territoire de l'AVC
- D- le débit de perfusion de la zone de pénombre ischémique est directement proportionnel à la PA
- E- une baisse trop brutale de la PA risquerait de provoquer un AVC jonctionnel en périphérie du territoire de l'AVC

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			les valeurs sont 185-110 avant et 180-105 mm Hg pendant les 24 heures suivant la thrombolyse. La thrombolyse n'est pas indiquée pour un AVC du réveil
B		X			
C		X			
D	X				
E		X			

Q14- Vous suivez une patiente de 83 ans que vous avez traitée par valaciclovir et gabapentine pour un zona de la face. Au 5^{ème} jour de traitement, vous constatez que l'urée et la créatinine plasmatique sont passées respectivement de 4,4 et 58 à 18,5 mmol/l et 217 µmol/l. Elle n'a pas d'antécédent uro-néphrologique connu. Ses principaux antécédents incluent : obésité morbide, HTA et BPCO. Son traitement habituel inclut : périndopril, hydrochlorothiazide, et fluticasone-salmétérol. Vous soupçonnez une origine iatrogène. Quel est le responsable le plus probable ? (QRU)

- A- gabapentine
- B- hydrochlorothiazide
- C- périndopril
- D- valaciclovir

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			
B		X			
C		X			
D	X				C'est une prodrogue de l'aciclovir, avec une meilleure absorption digestive. L'un comme l'autre sont néphrotoxiques. La dégradation de la fonction rénale survient alors que la patiente prenait déjà le diurétique, ce qui l'innocente

Q15- Vous prenez en charge aux urgences un homme de 55 ans qu'un médecin de garde adresse pour « urgence hypertensive ». C'est un touriste norvégien, hypertendu, et en surpoids manifeste. Vous comprenez qu'il a qui a interrompu son traitement dont il ne se rappelle pas la nature. L'examen clinique est rendu difficile par l'obstacle linguistique, mais surtout par l'obnubilation du patient. Il est manifestement alcoolisé. Vous comprenez qu'il se plaint de céphalées et d'un flou visuel bilatéral. La PA est à 220-120 à droite (il est droitier) et 210-120 à gauche. Quel élément confirme le caractère urgent de la prise en charge de cette HTA ? (QRU)

- A- l'alcoolisation associée
- B- l'asymétrie tensionnelle
- C- l'origine ethnique du patient
- D- la présentation neurologique du patient
- E- les chiffres tensionnels

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A	X				
B	X				
C	X				L'origine ethnique n'est pas un argument, même si les sujets d'origine africaine (et non caucasiens) sont plus exposés
D		X			Urgence hypertensive = HTA + retentissement viscéral : encéphalopathie hypertensive (comme ici), AVC, défaillance cardiaque, insuffisance coronarienne, dissection aortique, etc...
E	X				

Q16- Vous voyez aux urgences une femme de 62 ans qui consulte pour des douleurs des membres inférieurs avec une sensation de « faiblesse » qui la confine au fauteuil, alors qu'elle est habituellement très active, malgré ses 90 kg. Elle est diabétique et hypertendue, traitée par metformine, glibenclamide, périndopril et hydrochlorothiazide. Elle sort d'un centre de rééducation cardiaque où elle avait été admise à la suite d'un syndrome coronarien aigu. Son traitement avait alors été complété par bisoprolol, aspirine, ticagrélor, atorvastatine et patch de nicotine. Les constantes vitales sont sans anomalie. Les masses musculaires des membres inférieurs sont douloureuses à la palpation et paraissent infiltrées. Les réflexes ostéo-tendineux sont faibles, mais symétriques. Quel est le premier examen que vous prescrivez dans le cadre de votre démarche diagnostique ? (QRU)

- A- cycle de troponine
- B- dosage de l'hémoglobine glyquée
- C- dosage de la myoglobine
- D- dosage des CPK

	Vrai	Faux	INDISP	INADMIS	COMMENTAIRES
A		X			
B		X			
C		X			

D	X				La présentation clinique évoque d'emblée une rhabdomyolyse sous statine. Les principaux diagnostics alternatifs à discuter : Guillain-Barré, canal lombaire étroit, AOMI, voire syndrome de Leriche

