

# ANESTHESIE-REANIMATION

## Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

### Sujet 1

Une patiente de 43 ans, enceinte naturellement de 35 SA, sans antécédent notable consulte pour des céphalées intenses malgré la prise de paracétamol. Ses paramètres vitaux sont TA 197/118 mm Hg, FC 102 /min, SpO2 97% en air ambiant.

#### Question N°1

Quel diagnostic principal évoquez-vous ?

#### Question N°2

Quels moyens paracliniques mettez-vous en place pour confirmer ce diagnostic principal ?

#### Question N°3

Réalisez-vous une imagerie ? si oui, laquelle ?

A l'examen clinique, elle présente un Glasgow à 15, des céphalées en casque intenses et des réflexes ostéo-tendineux vifs et diffus. L'interne de gynécologie vous demande quel traitement vous préconisez face à ce tableau. Le bilan biologique est par ailleurs normal.

#### Question N°4

Que répondez-vous ?

Le temps de répondre, on apprend que le monitoring réalisé montre une bradycardie prolongée et l'obstétricien pose l'indication d'une césarienne en urgence, code rouge.

#### Question N°5

Que signifie « Code Rouge » ?

#### Question N°6

Détaillez votre prise en charge jusqu'après la délivrance immédiate et quels sont les risques maternels ?

#### Question N°7

Citer les techniques d'analgésie possibles avec leurs doses.



## Sujet 2

Vous êtes appelé par vos collègues chirurgiens aux Urgences de votre hôpital pour un patient de 58 ans présentant un tableau abdominal aigu lié à un probable ulcère gastrique perforé au scanner. Il présente des épisodes de vomissements depuis 24h. Ses antécédents sont une hémiparésie séquellaire d'un AVC ischémique sylvien superficiel gauche datant de 2018 sous Aspirine, une HTA équilibrée sous ARA2, un tabagisme non sevré à 35 PA, un alcoolisme à 40g/j.

L'évaluation initiale est la suivante : PA 95/40 mmHg, FC 125/min, SpO2 88% en AA et 100% sous 6l/min d'O2, FR 38/min, hemocue 14g/dl, dextro 12 mmol/l, température 38.4°C. Il est confus et agité. L'auscultation pulmonaire est claire. Les bruits du cœur sont réguliers. La palpation abdominale retrouve une défense généralisée. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Le bilan biologique initial retrouve : GB 14.5 G/l, Hb 15g/dl, Plaquettes 380 G/l, Na 138 mmol/l, Cl 95 mmol/l, kaliémie 3.2 mmol/l, RA 14 mmol/l, protidémie 82g/l, urée 12 mmol/l, créatininémie 110 micromol/l, bilan hépatique normal. GDSa sous 6l/min : pH 7.39, PaO2 110mmHg, PaCO2 18 mmol/l, Bicarbonates 10 mmol/l, Base Excess -9 mmol/l, lactates 3.5 mmol/l. La radiographie thoracique objective un pneumopéritoine sans lésion du parenchyme pulmonaire. Le patient a reçu 1500 ml de NaCl 0.9% depuis son arrivée aux Urgences.

### Question N°1

Quel est votre diagnostic à l'issue de cette évaluation ?

### Question N°2

Quelle est votre interprétation des GDSa ?

### Question N°3

Quelle est votre prise en charge initiale pré-opératoire avant le passage au bloc ?

### Question N°4

Quels monitorages peropératoires mettez-vous en place avec quels objectifs spécifiques ?

L'équipe de chirurgie confirme un ulcère perforé avec une péritonite localisée. L'ulcère est suturé sans complication chirurgicale au décours. A 48h de la chirurgie, il persiste une oligurie à 230 ml/24h. L'ionogramme sanguin retrouve : Na 140 mmol/l, chlorémie 108 mmol/l, kaliémie 5.7 mmol/l, RA 18 mmol/l, urée 22 mmol/l, créatininémie à 258 micromol/l.

### Question N°5

Caractérisez la gravité de l'insuffisance rénale.

### Question N°6

Quels examens proposez-vous pour caractériser l'étiologie de l'insuffisance rénale ?

A J5 de la chirurgie, il présente une tachycardie associée à une désaturation (SpO2 86% en AA) motivant la réalisation d'un scanner thoracique qui objective une embolie pulmonaire segmentaire bilatérale.

#### Question N°7

Quels sont les mécanismes physiopathologiques possibles de son hypoxémie ?

#### Question N°8

Quels éléments cliniques et paracliniques vous permettront d'évaluer la gravité de l'embolie pulmonaire ?

Au décours, le patient est anti-coagulé par HBPM avec une évolution clinique satisfaisante et un relais par AVK. Cinq jours après sa sortie en chirurgie digestive, vous êtes appelé en garde pour un coma. A votre arrivée, PA 170/90mmHg, FC 110/min, SpO2 95% en AA, FR 12/min, Glasgow 6 (Y1V1M4) avec une asymétrie pupillaire, une hémiparésie droite. Le scanner cérébral objective un hématome intra-parenchymateux gauche avec inondation ventriculaire.

#### Question N°9

Quelle est votre prise en charge en urgence ?

Malgré votre prise, l'évolution est marquée par une mydriase bilatérale vous faisant suspecter un passage en état en mort encéphalique.

#### Question N°10

Quels sont les éléments cliniques nécessaires pour poser ce diagnostic ?

