

MEDECINE D'URGENCE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Tous les sujets sont à traiter

Sujet 1

Monsieur J 88 ans, pensionnaire en EHPAD est adressé aux Urgences vers 4 heures du matin pour un syndrome occlusif.

La lettre de transfert mentionne :

Une hospitalisation il y a 3 mois pour hémorragie digestive sur ulcère bulbaire duodénal.

Des antécédents marqués :

Tabagisme sevré

Hypertension artérielle compliqué d'une cardiopathie hypertensive

Fibrillation atriale permanente

Colectomie gauche pour sigmoïdite diverticulaire à l'âge de 73 ans

Démence de type Alzheimer diagnostiquée vers l'âge de 76 ans

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Plusieurs passages aux urgences pour chutes

Le traitement en cours :

Apixaban 2,5 mg 1 x 2 /j

Amiodarone 200 mg 1 /j

Sulfate ferreux 160 mg /j

25-hydroxycholécalférol 5 gouttes le matin

Macrogol sachet de 10 g 2 sachets /j

L'histoire de la maladie : depuis la veille au matin, Monsieur J se plaint de douleurs abdominales non sensibles au phloroglucinol et un lavement par voie basse n'a pas apporté de soulagement. Des vomissements ont complété le tableau clinique dans la soirée.

L'évaluation en box de l'IOA décrit le patient comme confus avec une agitation au premier plan. Il est tachypnéique (35 cycles par min) avec une oxymétrie de pouls à 88% en air ambiant. Le pouls radial est filant et irrégulier à 120/min et la tension artérielle est basse à 85/60 mm Hg. Les pouls fémoraux et poplités sont perçus sans asymétrie. La température est de 38,4°C.



Les premiers éléments de votre examen clinique notent un état d'hydratation conservé, des genoux marbrés, des conjonctives bien colorées et non ictériques. L'abdomen est globalement distendu, difficile à examiner du fait de la douleur, hypersonore à la percussion, sans matité déclive, avec une défense diffuse. Les orifices herniaires sont libres. Il n'y a pas de globe vésical au bladder scan. Le toucher rectal est douloureux mais peu contributif chez ce sujet non-coopérant. L'abdomen est silencieux à l'auscultation.

Question N°1 :

Quelle est votre analyse syndromique de cette situation et quels sont les éléments de gravité ?

Question N°2 :

Quelles disciplines mettez-vous en alerte pour coordonner la prise en charge du patient ?

Question N°3 :

Quelles sont vos cinq principales hypothèses diagnostiques pouvant être à l'origine du syndrome occlusif ?

Deux principales hypothèses sont plus probables, lesquelles ? Reprenez les éléments cliniques qui justifient cette probabilité renforcée.

Question N°4 :

Sans aller dans le détail, quelles prescriptions et thérapeutiques initiez-vous (conditionnement compris) dès votre prise en charge en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ?

Question N°5 :

Quels examens complémentaires réalisables en SAUV allez-vous demander lors de la première heure de la prise en charge ?

Question N°6 :

Vous avez la possibilité d'appeler l'infirmière de la maison de retraite : quelles informations utiles pour la prise en charge et pour les décisions à prendre allez-vous rechercher ?

Question N°7 :

Sous l'influence des premières mesures thérapeutiques, l'état clinique du patient s'est suffisamment amélioré pour permettre si besoin était son déplacement en salle d'imagerie.

Pensez-vous qu'un examen complémentaire soit fondamental ? Si oui, pourquoi et lequel ?

Question N°8 :

Le patient relèvera finalement d'une intervention chirurgicale « à réaliser dans les plus brefs délais ». Quels sont les principes de gestion du traitement anticoagulant en préopératoire ?

Sujet 2

Madame A, âgée de 33 ans, appelle le SAMU-centre 15 pour une dyspnée d'aggravation brutale. Elle présente un asthme léger depuis l'enfance. Depuis 3 jours, elle décrit des crises plus fréquentes qui nécessitent des administrations répétées de B2-mimétique inhalé. Elle déclare s'être remise à fumer récemment.

Question n°1 :

Quels éléments complémentaires de gravité cherchez-vous à l'interrogatoire téléphonique ?

Question n°2 :

Elle est très polypnéique au téléphone, et a du mal à faire une phrase de plus de 3 mots. Elle n'a pas d'antécédent de séjour en réanimation mais a déjà été hospitalisée pour une crise d'asthme sévère. Elle vous dit avoir déjà fait 10 bouffées de B2-mimétique dans la dernière heure sans amélioration.

Quelles décisions du régulateur du SAMU-Centre 15 vous semblent adaptées pour la prise en charge initiale de cette patiente ?

Question n°3 :

Le bilan initial lors de la prise en charge de l'équipe du SMUR retrouve :

Une fréquence cardiaque à 140 battement/min, une fréquence respiratoire de 40 mouvements par minute, une pression artérielle de 150/90, une SaO₂ de 88% en air ambiant. Elle ne présente pas de sueurs. Sa température tympanique est de 38°C. L'auscultation retrouve des sibilants bilatéraux. Elle ne présente pas de trouble de conscience. Elle pèse 60 Kg pour 1m65.

Quels signes de gravités repérez-vous chez cette patiente ?



Question n°4 :

Quel traitement médicamenteux avec les posologies mettez-vous en œuvre en urgence (10 premières minutes) ?

Question n°5 :

Après votre traitement initial, la patiente s'est partiellement améliorée et a été transportée en salle d'accueil des urgences vitales.

Sa fréquence cardiaque est à 130 battement/min, sa fréquence respiratoire de 30 mouvements par minute, sa pression artérielle de 150/90, sa SaO₂ de 99% sous 9 l/min d'O₂.

Sa gazométrie artérielle est :

pH: 7.54 (7.35-7.45)

pO₂: 10.0 kPa (10–14)

pCO₂: 3.2 kPa (4.5–6.0)

HCO₃: 24 (22-26)

BE: +0 (-2 to +2)

Comment interprétez-vous cette gazométrie ?

Question n°6 :

A ce stade, quelle orientation proposez-vous pour cette patiente et sur quels critères ?

Question n°7 :

Au bout d'une heure et de nouveau 3 aérosols, vous trouvez que la patiente ne s'est pas améliorée.

Sa fréquence cardiaque est à 150 battement/min, sa fréquence respiratoire de 12 mouvements par minute, sa pression artérielle de 160/90, sa SaO₂ de 95% sous 9 l/min d'O₂. La patiente est agitée.

Sa gazométrie artérielle est :

pH: 7.32 (7.35-7.45)

pO₂: 9.8 (10-14)

pCO₂: 6.0 (4.5-6.0)

HCO₃: 22 (22-26)

BE: -2 (-2 to +2)

Quels éléments de gravités repérez-vous dans cette évolution :

Question n°8 :

Dans le cadre d'une exacerbation sévère d'asthme, quels éléments cliniques vous font craindre une crise de gravité extrême avec un arrêt cardiaque imminent ?

Question n°9 :

Une radiographie pulmonaire est réalisée à l'admission.

Quelles complications liées à l'exacerbation sévère d'asthme devez-vous rechercher sur ce cliché ?

Question n°10 :

Concernant les B2-agonistes, quels effets secondaires cliniques et biologiques peut-on observer à haute dose ?