

**2018-2024**

---

## **Procédure d'Autorisation d'Exercice**



*Annales Corrigées des Épreuves  
de Vérification des Connaissances (EVC)*

**Rémi EL CHEIKHTAHA**

Relu et préfacé par le Docteur François LECOMTE





**Editions Vernazobres-Grego**

99 bd de l'Hôpital  
75013 PARIS - Tél. 01 44 24 13 61  
[www.vg-editions.com](http://www.vg-editions.com)

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.  
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique,  
disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la  
protection des droits d'auteur.

**MAI 2025 - ISBN : 978-2-8183-1922-2**

## PREFACE

---

La spécialité de Médecine d'urgence est très particulière. Elle nécessite d'utiliser des connaissances théoriques, techniques, mais aussi des compétences non techniques comme le leadership, l'appel à l'aide, la capacité d'adaptation à des situations qui vont d'Urgences régulièrement en surcharge au management de Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).

J'ai accepté avec plaisir la proposition de Rémi EL CHEIKH TAHA de participer à ce travail de correction des annales antérieures de votre examen, ainsi que la rédaction de nombreuses annales fictives corrigées. Notre objectif a été d'essayer de rendre votre travail plus simple, avec de nombreux renvois vers des références validées, ou en insérant un nombre important de tableaux, de photos, de moyens mnémotechniques. On espère vous aider à bien réviser, à bien vous préparer à l'esprit de l'examen, mais aussi à pouvoir adapter vos compétences, préexistantes en souhaitant vous voir bientôt à nos côtés dans la prise en charge de nos patients aux Urgences, en SMUR ou lors de SSE.

Soyez assurés de notre présence à vos côtés lors de votre travail !

A bientôt.

François LECOMTE  
Médecin Urgentiste  
Praticien Hospitalier  
CHU Cochin Hôtel-Dieu  
Assistance Publique Hôpitaux de PARIS

# Remerciements

Un grand merci à mon ami le Dr François LECOMTE, c'était un honneur et une joie de pouvoir collaborer avec toi pour l'édition de cet ouvrage.

A ma mère dont j'ai hérité l'énergie, à mon père dont j'ai hérité l'ambition !

A ma femme et mes enfants, ma motivation au quotidien.

A mes frères et sœurs, les prunelles de mes yeux.

A mon beau-frère et mon cher neveu, je vous souhaite que tu bonheur.

A ma belle-mère, merci pour tes conseils avisés et ton soutien ininterrompu.

# Introduction

Les Epreuves de Vérification des Connaissances (EVC) de médecine d'urgence sont un concours de médecine très sélectif adressées aux médecins étrangers qui souhaiteraient exercer la médecine d'urgence en France. Afin qu'ils puissent obtenir l'équivalence ils doivent entamer une Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) auprès du Centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. La première étape de la PAE consiste en l'obtention du concours des EVC.

Le concours se compose en 2 parties : les Epreuves de Vérification des Connaissances Fondamentales (EVCF) et les Epreuves de Vérification des Connaissances Pratiques (EVCP).

Les EVCF traitent un champ de connaissance vaste et concernent plusieurs items, elles consistent à vérifier l'étendue de vos connaissances.

Les EVCP sont plus axées sur des cas cliniques, elles consistent à vérifier vos connaissances pratiques face à une situation clinique (du diagnostic jusqu'au traitement).

Afin de vous préparer au mieux à ces épreuves, il faut s'entrainer à faire les épreuves elles-mêmes dans les mêmes conditions que l'examen.

La correction proposée est assez exhaustive car face à un concours chaque mot compte. Les expériences de vos collègues titulaires des EVC montrent que les réponses doivent être complètes et bien organisées. Il ne faut pas écrire des romans mais focalisez-vous plutôt sur des mots clés.

Sept dossiers cliniques ont été créés dans cet ouvrage afin de pouvoir vous entraîner au mieux pour les prochaines épreuves.

Je vous conseille vivement de lire les compléments de réponse en ligne accessibles via le code d'accès sur la première page. Ils vous expliquent en détails chaque réponse et vous apportent des éléments de cours indispensables à comprendre.

Pour ceux intéressés par des cours de révisions des EVC médecine d'urgences vous trouverez les liens d'inscription sur le site : [confevc.fr](http://confevc.fr)

Pour toute question, contactez-moi par mail : remielcheikh.evc@yahoo.com

**VOUS N'ETES PAS SEUL !!!** : Suivez-nous sur le groupe facebook où vous pourrez y trouver des conseils de révision, la liste des items hypertombables, les sources sur lesquelles nous vous conseillons de réviser et un partage collégial et interactif de vos connaissances et expériences.



Tapez « PAE ANNALES CORRIGEES EVC » sur la barre de recherche Facebook



# Table des matières

Préface

Remerciements

Introduction

## PARTIE 1 – ANNALES 2018 – 2024

1

Énoncé EVCF 2018	3
Corrigé EVCF 2018	5
Énoncé EVCP 2018	13
Corrigé EVCP 2018	17
Énoncé EVCF 2019	29
Corrigé EVCF 2019	31
Énoncé EVCP 2019	45
Corrigé EVCP 2019	49
Énoncé EVCF 2020	63
Corrigé EVCF 2020	64
Énoncé EVCP 2020	67
Corrigé EVCP 2020	71
Énoncé EVCF 2021	79
Corrigé EVCF 2021	81
Énoncé EVCP 2021	88
Corrigé EVCP 2021	92
Énoncé EVCF 2023	105
Corrigé EVCF 2023	110

---

Énoncé EVCP 2023	118
Corrigé EVCP 2023	122
Énoncé EVCF 2024	130
Corrigé EVCF 2024	134
Énoncé EVCP 2024	141
Corrigé EVCP 2024	147

---

## PARTIE 2 – ÉPREUVES FICTIVES 165

---

Énoncé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 1	167
Corrigé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 1	168
Énoncé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 2	171
Corrigé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 2	174
Énoncé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 3	181
Corrigé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 3	183
Énoncé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 4	189
Corrigé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 4	192
Énoncé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 5	199
Corrigé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 5	201
Énoncé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 6	208
Corrigé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 6	211
Énoncé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 7	217
Corrigé EVCF ÉPREUVE FICTIVE 7	220
Énoncé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 1	229
Corrigé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 1	232
Énoncé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 2	239
Corrigé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 2	243
Énoncé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 3	251
Corrigé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 3	254

<b>Énoncé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 4</b>	<b>269</b>
<b>Corrigé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 4</b>	<b>273</b>
<b>Énoncé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 5</b>	<b>286</b>
<b>Corrigé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 5</b>	<b>292</b>
<b>Énoncé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 6</b>	<b>309</b>
<b>Corrigé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 6</b>	<b>313</b>
<b>Énoncé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 7</b>	<b>324</b>
<b>Corrigé EVCP ÉPREUVE FICTIVE 7</b>	<b>328</b>



# **PARTIE 1**

---

**Épreuve de Vérification des Connaissances  
Fondamentales & Pratiques  
(EVCF & EVCP)**

**ANNALES**

**2018 - 2024**

**Question 7**

**Comment traitez-vous une crise de colique néphrétique non compliquée ?**

**Question 8**

**Quelles sont les principales étiologies à rechercher dans un bilan de chute chez la personne âgée ?**

**Question 9**

**Citez les principales causes de syndrome confusionnel du sujet âgé.**

**Question 10**

**Quels examens complémentaires devez-vous réaliser en présence d'un patient consultant aux Urgences pour un déficit neurologique transitoire ?**

**Question 11**

**Quels sont les critères de gravité d'une pneumonie aiguë communautaire ?**

**Question 12**

**Vous recevez aux Urgences un patient de 39 ans asthmatique connu qui présente une crise d'asthme sévère typique.**

**Comment évaluez-vous la gravité de cette crise ? Quel(s) traitement(s) introduisez-vous ? Comment évaluez-vous son efficacité ?**

**Question 13**

**Vous recevez un patient qui se présente avec le bras droit dans l'attitude des traumatisés du membre supérieur. Vous suspectez fortement une luxation scapulo-humérale.**

**Quel est le type de luxation le plus fréquent sur cette articulation ? Comment la suspectez-vous cliniquement ? Quelles complications recherchez-vous ? Quel(s) bilan(s) demandez-vous avant réduction ?**

# CORRIGÉ EVCF 2018

---

## Question 1

**Devant une douleur abdominale aiguë, quels sont les éléments cliniques à rechercher qui font évoquer un syndrome occlusif ?**

Devant une douleur abdominale, on recherchera :

- Météorisme
- Arrêt des selles et des gaz
- Nausées, vomissements
- Palpation : rechercher un tympanisme en faveur d'une distension abdominale, orifice herniaire étranglé, rétention urinaire
- TR à la recherche d'un fécalome
- Diminution des bruits hydro-aériques à l'auscultation

**Remarque :**

---

- L'arrêt des gaz est le signe le plus spécifique du syndrome occlusif.
- Les vomissements sont initialement alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes.
- La recherche d'une cicatrice abdominale est également indispensable qui serait évocatrice d'une occlusion sur brides.

## Question 2

**Quels sont les critères de gravité cliniques à rechercher en présence d'un syndrome occlusif ?**

- Péritonite : douleur au toucher rectal, défense ou contracture à la palpation abdominale
- Signes de déshydratation : hypovolémie sur 3<sup>ème</sup> secteur, hypotension, anurie, soif, troubles neurologiques
- Signes de dyskaliémie : douleurs musculaires, palpitations
- Recherche de fièvre évocatrice de sepsis sur translocation bactérienne
- Recherche de signes de choc (septique ou hypovolémique) : pâleur, pouls filant, obnubilation, oligurie, sueurs, tachycardie, extrémités marbrées, tension artérielle pincée, TRC > 3 secondes
- Vomissements fécaloïdes

**Remarque :**

---

- *Signes de choc « POSTE »*
- *Pâleur, Pouls filant, Obnubilation, Oligurie, Sueurs, Tachycardie, Tension artérielle pincée, TRC > 3 secondes, Extrémités marbrées*

**Question 3**

**En présence d'une douleur thoracique, quels éléments cliniques et anamnestiques sont évocateurs d'une origine coronarienne ?**

- Douleur constrictive à type de poids ou d'étau
- D'intensité forte
- Médio-thoracique ou rétro-sternale
- Irradiant vers le cou, la mâchoire et les bras
- Généralement déclenchée par l'effort
- Soulagée par la prise de trinitrine
- Avec des signes associés : anxiété, nausées, vomissements
- Facteurs de risque cardiovasculaires
- Antécédent d'événement coronarien avec douleur actuelle similaire
- Syncope

**Question 4**

**En présence d'une céphalée fébrile, quels sont les éléments cliniques et anamnestiques devant faire réaliser une imagerie cérébrale avant la ponction lombaire ?**

- Signe de localisation neurologique ou d'hypertension intracrânienne
- Trouble de la vigilance (Glasgow ≤ 11)
- Crise convulsive récente ou en cours

**Remarque :**

---

- *Les contre-indications à la PL sont :*
  - *Les troubles de l'hémostase ou de la coagulation (attention à la prise d'anticoagulants)*
  - *Les signes d'engagement cérébral sur l'imagerie*
  - *L'instabilité hémodynamique*
  - *Lésion locale au point de ponction*

**Question 5**

**Vous recevez les résultats d'analyse du LCR suivant :**

- Leucocytes 1.200 éléments/mm<sup>3</sup> dont 87% de polynucléaires neutrophiles
- 10 hématies/mm<sup>3</sup>
- Protéinorachie 1,5 g/L

- Glycorachie 1 mmol/L pour une glycémie à 5,8 mmol/L
- Examen direct après coloration de GRAM : présence de cocci Gram+

**Comment interprétez-vous les résultats et quel(s) traitement(s) médicamenteux débutez-vous ?**

- Hypoglycorachie car glycorachie < 40% de la glycémie
- Hyperprotéinorachie car > 1 g/L
- Hypercytose car > 500 éléments/mm<sup>3</sup> avec prédominance des PNN
- Probable infection méningée bactérienne à pneumocoque (cocci Gram+)
- Traitement :
  - Antibiothérapie : céfotaxime 300 mg/kg/jour IV en 4 perfusions ou ceftriaxone 100 mg/kg/jour en 1 ou 2 perfusions
  - Corticothérapie : dexaméthasone IV 10 mg toutes les 6 heures, à débuter 15 minutes avant ou pendant la 1<sup>ère</sup> injection d'antibiotique et à poursuivre pendant 4 jours
  - La durée totale du traitement antibiotique est de 14 jours
- Autres traitements : antipyrrétiques, antalgiques, hydratation, traitement éventuel d'un état de choc (remplissage, drogues vasopressives)

### **Question 6**

**Devant une douleur abdominale aiguë, quels sont les éléments cliniques et anamnestiques évoquant une crise de colique néphrétique ?**

- Éléments cliniques :
  - Douleur unilatérale en fosse lombaire :
    - ✓ Irradiant en avant et aux organes génitaux externes
    - ✓ Brutale et intense « la colique néphrétique est frénétique »
    - ✓ Pas de position antalgique
    - ✓ Signes urinaires associés (hématurie, dysurie)
    - ✓ Signes généraux liés à l'intensité de la douleur (pâleur, sueurs, malaises, etc..)
- Éléments anamnestiques :
  - Age, surtout entre 20 et 60 ans (un âge > 60 ans devra faire évoquer en 1<sup>ère</sup> intention une pathologie vasculaire)
  - Antécédents de colique néphrétique, goutte, hypercalcémie, cystinurie ?
  - Contexte de chaleur importante (climat, activité physique intense)
  - Apports hydriques insuffisants
  - Immobilisation prolongée
  - Maladie de Cacchi et Ricci
  - Prise médicamenteuse favorisante (indinavir, anticancéreux, furosémide...)
  - BU présence de sang et/ou hématurie macroscopique
- Une anurie sur rein unique connu devra faire évoquer une colique néphrétique

## **Question 7**

**Comment traitez-vous une crise de colique néphrétique non compliquée ?**

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens : kétoprofène 100 mg initialement en IV lente 30 minutes 3 fois par jour maximum, puis *per os* au décours pendant 7 jours maximum
- Paracétamol 1 g IVL toutes les 6 heures
- Les morphiniques peuvent être proposés en 1<sup>ère</sup> intention si besoin

**Remarque :**

---

- *Les alphabloquants peuvent être utilisés pour favoriser l'expulsion spontanée des calculs, mais ne font pas l'objet d'une AMM*
- *Les antispasmodiques peuvent être utilisés (selon la littérature, mais pas selon les recommandations)*
- *Règles hygiénico-diététiques au décours de l'épisode :*
  - Régime pauvre en protéines animales, oxalates, sucres, sel, calories
  - Limiter, sans interdire, les apports calciques
  - Régime riche en fibres (fruits et légumes)
  - Activité physique régulière
  - Filtrer les urines
- *La limitation de l'apport hydrique pendant les crises et une hydratation abondante hors des crises sont citées dans les recommandations, mais sans support de littérature (cf. Association Française d'Urologie)*

## **Question 8**

**Quelles sont les principales étiologies à rechercher dans un bilan de chute chez la personne âgée ?**

- Poly-médication (> 4 médicaments différents)
- Iatrogène : psychotropes, anticholinergiques, dérivésmorphiniques, antihypertenseurs
- Infection en cours (ayant pour conséquence fièvre, déshydratation, hypovolémie)
- Métabolique : hyponatrémie, hypoglycémie, dyskaliémie, hypercalcémie, déshydratation
- Toxique : consommation abondante d'alcool ou sevrage, prise de drogues
- Pathologies cardiovasculaires (troubles du rythme, syndrome coronarien aigu, embolie pulmonaire)
- Pathologies neurologiques (déficit sensitivomoteur, comitialité)
- Pathologies ostéo-articulaires (arthrose, déformation articulaire, douleur)
- Pathologies vestibulaires (vertiges, nystagmus)
- Baisse de l'acuité visuelle
- Syndrome dépressif
- Déclin cognitif
- Dénutrition protéino-énergétique
- Comportement à risque et environnement inadapté

### **Question 9**

**Citez les principales causes de syndrome confusionnel du sujet âgé.**

- Infectieux : pulmonaire, urinaire, méningite, méningo-encéphalite, cutané
- Iatrogènes : effets indésirables médicamenteux ou sevrage en psychotropes ou opiacés
- Cardiovasculaires : SCA, troubles du rythme ou de conduction, EP, choc
- Neurologiques : AVC, hématome sous-dural, hémorragie méningée, encéphalopathie carentielle, épilepsie, traumatisme crânien
- Métaboliques, endocriniens : hypoglycémie, dysnatrémie, déshydratation, hypercalcémie, hypoxie sur anémie ou insuffisance respiratoire ou cardiaque, insuffisance rénale aiguë
- Psychiatriques : dépression, deuil, stress psychologique
- Généraux : interventions chirurgicales et anesthésie générale, douleurs aiguës, rétention aiguë d'urine, fécalome, fièvre isolée, traumatisme ostéo-articulaire ou des parties molles, facteurs environnementaux dont la contention physique, déficit sensoriel (visuel ou auditif), privation de sommeil
- Toxiques : alcoolique, sevrage alcoolique, intoxication au monoxyde de carbone

### **Question 10**

**Quels examens complémentaires devez-vous réaliser en présence d'un patient consultant aux Urgences pour un déficit neurologique transitoire ?**

- IRM cérébrale avec séquence T1 T2 T2\* FLAIR diffusion et écho de gradient
- Bilan biologique : NFS, plaquettes, VS, CRP, glycémie, cholestérol, triglycérides, TP, TCA, fibrinogène, troponine, ionogramme sanguin, urée, créatinine
- ECG
- Échographie cardiaque si suspicion d'endocardite, thrombus sur valve mécanique, dissection aortique ou autre pathologie cardiaque justifiant un traitement en urgence

### **Question 11**

**Quels sont les critères de gravité d'une pneumonie aiguë communautaire ?**

- Signes de choc : pâleur, pouls filant, ombubilation, oligurie, sueurs, tachycardie, extrémités marbrées, tension artérielle pincée, TRC > 3 s
- Signes de gravité pulmonaire :
- FR > 30/minute, cyanose, signes de lutte
- Hypoxémie ou insuffisance respiratoire sévère ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$ ) ou nécessité d'une ventilation mécanique
- Hypercapnie, HTA, sueurs, tremblements, trouble de la conscience
- Complications locorégionales (empyème pleural, abcédation, excavation)
- Atteintes multi-viscérales et/ou systémiques : insuffisance rénale ou hépatocellulaire, CIVD, leucocytose
- Terrain : immunodépression, conditions socioéconomiques défavorables

- Contexte : échec d'un traitement ambulatoire bien conduit, pneumopathie d'inhalation ou obstructive, prise concomitante d'AINS, pathologie chronique sous-jacente à risque de décompensation (ex. : diabète)
- Biologique : hypoxémie, hypercapnie, acidose respiratoire, insuffisance rénale, troubles hydro-électrolytiques, hyperlactatémie (selon critères SOFA)

**Remarque :**

- Signe de gravité du sepsis : qSOFA**
  - Fréquence respiratoire  $\geq 22/\text{minute}$
  - Troubles des fonctions supérieures (confusion, désorientation, Glasgow  $< 15$ )
  - Pression artérielle systolique  $\leq 100 \text{ mmHg}$
- Un score  $\geq 2$  permet d'identifier un patient ayant un risque de mortalité par sepsis  $\geq 10\%$
- Le score SOFA permet de déterminer la présence d'un sepsis s'il y a + de 2 points

## SOFA Score

### The European Society of Intensive Care Medicine

SOFA score	0	1	2	3	4
Respiration PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> or SaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> mmHg	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulation	>150	<150	<100	<50	<20
Liver Bilirubin(mg/dl)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
Cardiovascular Hypotension	No hypotension	MAP <70	Dopamine ≤5 or any	Dopamine >5 or norepinephrine ≤0.1	Dopamine >15 or norepinephrine >0.1
CNS (GCS)	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinine (mg/dl) or urine output (ml/d)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or <5.00	>5.0 or <200

- Le CURB 65 peut être utilisé
- Critères CURB 65 : tableau

<b>C</b>	<i>Confusion</i>
<b>U</b>	<i>Urée &gt; 7 mmol/L</i>
<b>R</b>	<i>Respiration : FR &gt; 30</i>
<b>B</b>	<i>Blood pressure : PAs &lt; 90 ou PAd &lt; 60</i>
<b>65</b>	<i>Age &gt; 65 ans</i>

## **Question 12**

***Vous recevez aux Urgences un patient de 39 ans asthmatique connu qui présente une crise d'asthme sévère typique.***

***Comment évaluez-vous la gravité de cette crise ? Quel(s) traitement(s) introduisez-vous ?***

***Comment évaluez-vous son efficacité ?***

- Antécédents d'intubation/ventilation artificielle en Réanimation
- Signes de gravité :
  - Chuchote quelques mots
  - Fréquence respiratoire > 30/minut
  - Fréquence cardiaque > 120 bpm
  - SaO<sub>2</sub> < 90%
  - Mise en jeu des muscles respiratoires accessoires
  - Patient penché en avant
  - Débit expiratoire de pointe < 50% de la meilleure valeur connue ou théorique
  - Signes hypercapnie : HTA, obnubilation/agitation tremblements, sueurs
  - Des signes de gravité extrême seront impérativement à rechercher lors de toute crise d'asthme : confusion, coma, épuisement respiratoire, silence auscultatoire, bradycardie, hypotension
- Traitements d'une crise d'asthme sévère :
  - Hospitalisation en surveillance continue ou Réa pour monitoring cardio-respiratoire
  - Oxygénothérapie avec objectif de saturation compris entre 93-95%
  - Nébulisation :
    - ✓ Aérosols β2-mimétique de courte durée d'action (5 mg toutes les 20 minutes)
    - ✓ Anticholinergiques (0,5 mg toutes les 20 minutes)
  - Pose d'1 à 2 voies veineuses périphériques selon la gravité
  - Corticoïdes par voie systémique (1 mg/kg/jour)
  - Sulfate de magnésium 3 grammes en 30 minutes en IVSE
- Bêta 2 injectables 1 mg/heure en IVSE, doses à augmenter en fonction de la tolérance (tremblements, palpitations) et de l'efficacité
- Rechercher et traiter un facteur favorisant (allergène, infection pulmonaire, iatrogénie)
- Si non améliorée ou signes de gravité extrême : ventilation mécanique, voire intubation puis transfert en Réanimation
- L'efficacité du traitement sera appréciée lors de la surveillance du patient par l'amélioration sur tous les critères de sévérité de la crise :
  - ✓ Normalisation de la FC et FR
  - ✓ Disparition progressive des signes d'hypercapnie, puis des signes d'hypoxie
  - ✓ Patient moins agité, parle avec des phrases

- ✓ Amélioration de la saturation en air ambiant
- ✓ Amélioration du débit expiratoire de pointe (> 50% de la meilleure valeur connue)

**Remarque :**

---

- *Plus le patient a été dyspnéique dans sa vie et moins il ressent les signes de gravité d'une dyspnée.*

### **Question 13**

***Vous recevez un patient qui se présente avec le bras droit dans l'attitude des traumatisés du membre supérieur. Vous suspectez fortement une luxation scapulo-humérale.***

***Quel est le type de luxation le plus fréquent sur cette articulation ? Comment la suspectez-vous cliniquement ? Quelles complications recherchez-vous ? Quel(s) bilan(s) demandez-vous avant réduction ?***

- La luxation antéro-interne est la plus fréquente
- Elle est suspectée devant :
  - Comblement du sillon delto-pectoral
  - Vide sous-acromial
  - Signe de l'épaulette
  - Coup de hache externe
  - Bras en abduction irréductible
- Les complications à rechercher :
  - Absence de pouls radial ou cubital
  - Absence de la sensibilité et la motricité distale du membre (lésion neurologique plexique), absence de sensibilité en regard du moignon de l'épaule (atteinte du nerf axillaire)
  - Sur l'imagerie : fracture du trochiter, encoche de Malgaigne ou Hill-Sachs, fracture du col de l'humérus, fracture de la coracoïde, Bankart osseux
- Faire une radio de face et de profil avant réduction pour éliminer une fracture

# ÉNONCÉ EVCP 2024

## CAS CLINIQUE 1

**Un patient ag6 de 76 ans est adressé aux urgences pour un syndrome confusionnel d'apparition récente. Le courrier du médecin traitant vous apprend que le patient est habituellement en bonne santé. Il est traité depuis de nombreuses années pour une HTA bien équilibrée par une association de valsartan et d'hydrochlorothiazide (Cotareg) et pour un syndrome dépressif par de la fluoxétine (Prozac) depuis un mois environ.**

L'interrogatoire de l'épouse du patient vous apprend qu'il présente depuis une dizaine de jours des céphalées et qu'il se plaint de nausées avec anorexie. Le patient est apyrétique. L'examen clinique retrouve un patient confus et obnubilé. Le score de Glasgow est à 12 (Y3 M6 V3). Il n'existe pas de signe de localisation ni de signe d'irritation pyramidale. L'examen des paires crâniennes est normal. Le tonus est normal et la nuque est souple. L'auscultation cardio pulmonaire est sans particularité et l'abdomen est souple. La pression artérielle est de 180/95 mmHg. La fréquence cardiaque de 55 bpm. La glycémie capillaire est égale 1,15 g/l et la saturation pulsée en O<sub>2</sub> est de 96% en air. Il n'existe pas d'œdème déclive ni de pli cutané. Alors que vous êtes en train d'examiner le patient, celui-ci présente brutalement une perte de connaissance suivie de mouvements tonicocloniques avec morsure de langue et perte d'urines.

Une voie veineuse est rapidement mise en place, un bilan biologique sanguin est prélevé et une injection IV de 10 mg de diazépam permet une cessation rapide des convulsions.

L'état post critique est caractérisé par une aggravation du syndrome confusionnel mais il n'existe toujours pas de signe de localisation. Vous décidez de réaliser un scanner cérébral en urgence qui ne montre rien de particulier hormis un discret œdème cérébral diffus.

Le bilan biologique que vous recevez au bout de 45 minutes est le suivant (unités en mmol/l sauf indication) :

- Na : 106 K : 3,9 Cl : 76
- Bicarbonates : 11 Protéines totales : 75 g/l Glycémie : 6
- Crétatinine : 65 mcmoll/l Urée : 4,8 Ca : 2,45

- Leucocytes : 6,2. 10% GR : 4,90. 1077/l Hb : 14,8 g/dL
- Hte : 42%

#### Question 1

Quelle est la formule de calcul de l'osmolarité efficace ?

#### Question 2

Quel est le mécanisme le plus probable de l'hyponatrémie ?

#### Question 3

Pourquoi le taux de bicarbonates est-il abaissé ?

#### Question 4

Quel est votre objectif thérapeutique prioritaire ?

### CAS CLINIQUE 2

**Vous partez en intervention SMUR pour une femme de 45 ans renversée par une voiture alors qu'elle traversait sur un passage piéton. Le pare-brise de la voiture a été cassé par l'impact de la tête. A votre arrivée, la patiente est allongée sur le sol, en décubitus dorsal, les pompiers ont mis en place un collier cervical et vous informe de la présence d'une plaie occipital peu hémorragique. La patiente est inconsciente, à la stimulation nociceptive, il existe un évitemen**t, la patiente grogne mais n'ouvre pas les yeux.

#### Question 1

Comment évaluez-vous la profondeur du coma ?

#### Question 2

Cette patiente est-elle à considérer comme un traumatisé crânien grave ?

#### Question 3

Sur quel argument ?

**Vous installez le multiparamètre. Les paramètres vitaux sont les suivant : PA = 115/55 mmHg, FC = 93 bpm, SpO<sub>2</sub> = 95% AA, FV=21/min. La température est à 36,2°C. L'hémoglobine capillaire est à 11 g/dL, la glycémie est à 5 mmol/L.**

**L'auscultation cardiopulmonaire est claire et symétrique, l'abdomen est souple. Vous notez une petite ecchymose en regard de l'aine droite. Les membres ne présentent pas de déformation évidente.**

**Question 4**

**Quelle est la pression artérielle moyenne (PAM) de la patiente ?**

**Question 5**

**Que faites-vous en première intention ?**

**Question 6**

**Que faites-vous en cas de non réponse ?**

**Question 7**

**Vous décidez d'intuber la patiente. Quelle technique d'anesthésie utilisez- vous ?**

**Question 8**

**Quelles classes thérapeutiques de médicaments utilisez-vous ?**

**Question 9**

**Comment prévenez-vous l'apparition d'une hypoxie ?**

**Question 10**

**Quelle(s) technique(s) utilisez-vous pour vérifier la bonne position de la sonde d'intubation ?**

**Question 11**

**Une fois l'intubation effectuée quels sont les trois éléments que vous devez noter dans votre dossier médical SMUR concernant la sonde d'intubation ?**

**Question 12**

**Vous souhaitez initier une sédation continue. Quelles classes thérapeutiques de médicaments allez-vous utiliser ?**

**Question 13**

**Parmi les éléments cliniques et paracliniques de la patiente, listez ceux qui sont des facteurs à risque d'une transfusion massive hospitalière.**

#### **Question 14**

**L'apparition de quel signe clinique neurologique devez-vous surveiller pendant toute votre prise en charge et qui nécessiterait la mise en place d'une thérapeutique immédiate ?**

#### **Question 15**

**Quel est ce traitement ?**

#### **Question 16**

**Vers quel service orientez-vous cette patiente ?**

### **CAS CLINIQUE 3**

**Vous recevez un jeune enfant de 2 ans aux urgences pédiatriques, emmené par ses parents devant un tableau d'amaigrissement (-2 kg) et une asthénie. Les parents décrivent que depuis une semaine l'enfant boit plus que d'habitude (réclame à boire le jour et la nuit, en plus des biberons habituels du matin et du soir), la maman change plus souvent les couches.**

#### **Question 1**

**Quels examens paracliniques réalisez-vous en urgence ?**

#### **Question 2**

**Qu'en attendez-vous ?**

#### **Question 3**

**L'examen de l'infirmière d'accueil retrouve : fréquence cardiaque 145 bpm, pression artérielle 95/54 mmHg, température : 37,1°C. Quels éléments de gravité recherchez-vous à l'examen clinique ?**

**Les premiers examens ont montré : Glycémie veineuse à 35 mmol/L ; gaz du sang veineux : pH 7,08, bicarbonates 4,9 mmol/L, PCO<sub>2</sub> 13 mmHa : Natrémie corrigée 136 mmol/L, kaliémie corrigée 2,8 mmol/L ; urée 12 mmol/L, créatinine 50 umol/L.**

#### **Question 4**

**Quelle est la complication neurologique redoutée lors du traitement chez l'enfant ?**

## CAS CLINIQUE 4

Homme de 42 ans, amené aux urgences d'un hôpital parisien à 11h par son amie pour douleur thoracique intense survenue brutalement à 08:00. Il est chauffeur-livreur, fumeur actif à 45 PA, sans antécédent connu ni suivi médical, son père a fait un infarctus à l'âge de 56 ans pour lequel il avait été pris en charge à la phase aiguë dans le même hôpital.

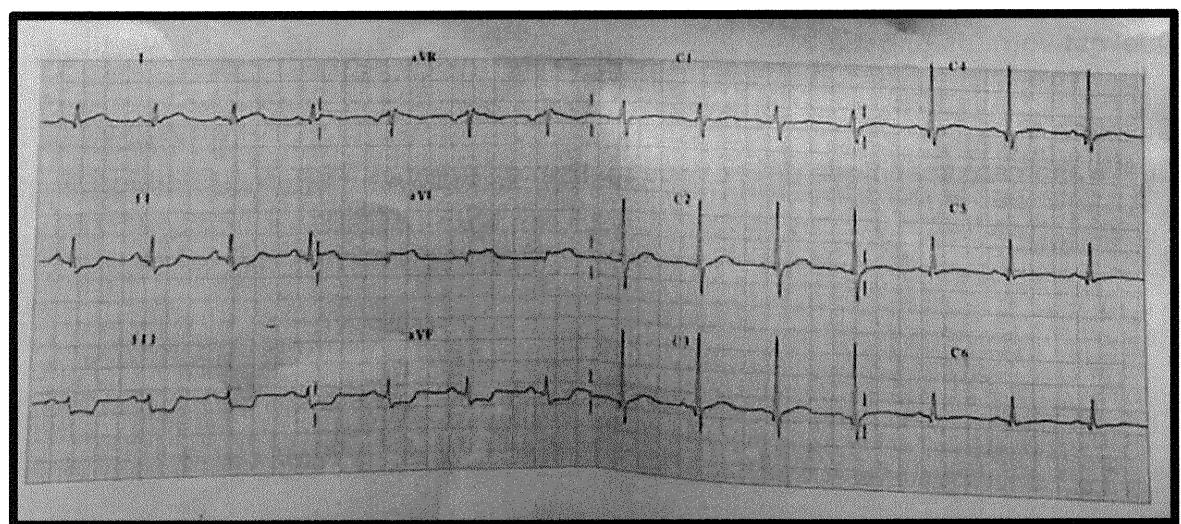
Il présente une douleur thoracique rétrosternale à type d'oppression, sans irradiation ni variation respiratoire et exacerbée à la palpation. Elle est majorée lors des efforts de marche.

Il raconte avoir présenté une douleur similaire 3 jours auparavant, survenue au repos alors qu'il conduisait son véhicule. La douleur avait duré une dizaine de minutes avant de disparaître spontanément.

Les constantes recueillies par l'infirmière d'accueil sont : PA110/65 au bras droit et 125/70 au bras gauche pour une fréquence à 90 bpm, température 37,5°C.

A l'examen, les bruits du cœur sont réguliers, sans souffle, l'auscultation pulmonaire est normale. Le reste de l'examen est sans particularité

L'ECG est le suivant :



### Question 1

Quel est votre diagnostic ?

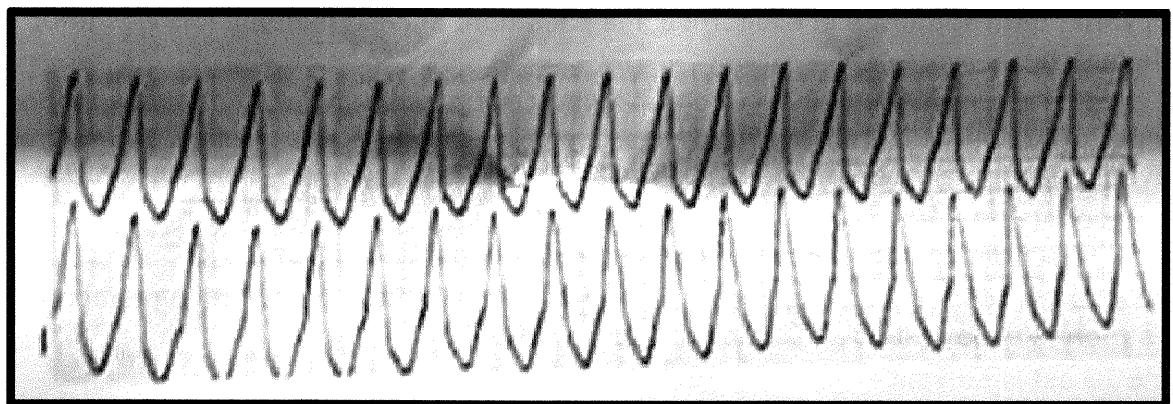
**Question 2**

**Quel(s) examen(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?**

**Question 3**

**Indiquez les grandes lignes de votre prise en charge aux urgences.**

**Avant que le traitement ait débuté, l'infirmière vous appelle car le patient a brutalement perdu connaissance. Le scope indique ceci :**



**Question 4**

**Quel est votre diagnostic ?**

**Question 5**

**Quel traitement spécifique devez-vous réaliser en urgence ?**