



COLLECTION EXCELLENCE ECN 2027

ECN 2027

TOME I — MÉDECINE

CORRIGÉ D'ÉLITE

Épreuve blanche n° 3

120 QCM • 2 heures

84 QCM de cours • 24 QCM de cas cliniques • 12 QCM de lecture critique d'article

Corrigé détaillé, proposition par proposition : justification,
réfutation de chaque distracteur, piège du jury et mémo.



La plateforme
QCM en ligne, corrections et
classement
prepaconcoursdirectspro.com



Groupe WhatsApp ECN
Entraide et sujets commentés
[chat.whatsapp.com/
HiozSgthTVtjp22CV5VpBZ](https://chat.whatsapp.com/HiozSgthTVtjp22CV5VpBZ)

GROUPE PEMA — Prépa Concours Directs & Pro

prepaconcoursdirectspro.com • WhatsApp +226 67 37 59 54

Corrigé de l'épreuve blanche n° 3

Grille de correction

01	A	B	C	D	E	F
02	A	B	C	D	E	F
03	A	B	C	D	E	F
04	A	B	C	D	E	F
05	A	B	C	D	E	F
06	A	B	C	D	E	F
07	A	B	C	D	E	F
08	A	B	C	D	E	F
09	A	B	C	D	E	F
10	A	B	C	D	E	F
11	A	B	C	D	E	F
12	A	B	C	D	E	F
13	A	B	C	D	E	F
14	A	B	C	D	E	F
15	A	B	C	D	E	F
16	A	B	C	D	E	F
17	A	B	C	D	E	F
18	A	B	C	D	E	F
19	A	B	C	D	E	F
20	A	B	C	D	E	F
21	A	B	C	D	E	F
22	A	B	C	D	E	F
23	A	B	C	D	E	F
24	A	B	C	D	E	F
25	A	B	C	D	E	F
26	A	B	C	D	E	F
27	A	B	C	D	E	F
28	A	B	C	D	E	F
29	A	B	C	D	E	F
30	A	B	C	D	E	F
31	A	B	C	D	E	F
32	A	B	C	D	E	F
33	A	B	C	D	E	F
34	A	B	C	D	E	F
35	A	B	C	D	E	F
36	A	B	C	D	E	F
37	A	B	C	D	E	F
38	A	B	C	D	E	F
39	A	B	C	D	E	F
40	A	B	C	D	E	F
41	A	B	C	D	E	F
42	A	B	C	D	E	F
43	A	B	C	D	E	F
44	A	B	C	D	E	F
45	A	B	C	D	E	F
46	A	B	C	D	E	F
47	A	B	C	D	E	F
48	A	B	C	D	E	F
49	A	B	C	D	E	F
50	A	B	C	D	E	F
51	A	B	C	D	E	F
52	A	B	C	D	E	F
53	A	B	C	D	E	F
54	A	B	C	D	E	F
55	A	B	C	D	E	F
56	A	B	C	D	E	F
57	A	B	C	D	E	F
58	A	B	C	D	E	F
59	A	B	C	D	E	F
60	A	B	C	D	E	F
61	A	B	C	D	E	F
62	A	B	C	D	E	F
63	A	B	C	D	E	F
64	A	B	C	D	E	F
65	A	B	C	D	E	F
66	A	B	C	D	E	F
67	A	B	C	D	E	F
68	A	B	C	D	E	F
69	A	B	C	D	E	F
70	A	B	C	D	E	F
71	A	B	C	D	E	F
72	A	B	C	D	E	F
73	A	B	C	D	E	F
74	A	B	C	D	E	F
75	A	B	C	D	E	F
76	A	B	C	D	E	F
77	A	B	C	D	E	F
78	A	B	C	D	E	F
79	A	B	C	D	E	F
80	A	B	C	D	E	F
81	A	B	C	D	E	F
82	A	B	C	D	E	F
83	A	B	C	D	E	F
84	A	B	C	D	E	F
85	A	B	C	D	E	F
86	A	B	C	D	E	F
87	A	B	C	D	E	F
88	A	B	C	D	E	F
89	A	B	C	D	E	F
90	A	B	C	D	E	F
91	A	B	C	D	E	F
92	A	B	C	D	E	F
93	A	B	C	D	E	F
94	A	B	C	D	E	F
95	A	B	C	D	E	F
96	A	B	C	D	E	F
97	A	B	C	D	E	F
98	A	B	C	D	E	F
99	A	B	C	D	E	F
100	A	B	C	D	E	F
101	A	B	C	D	E	F
102	A	B	C	D	E	F
103	A	B	C	D	E	F
104	A	B	C	D	E	F
105	A	B	C	D	E	F
106	A	B	C	D	E	F
107	A	B	C	D	E	F
108	A	B	C	D	E	F
109	A	B	C	D	E	F
110	A	B	C	D	E	F
111	A	B	C	D	E	F
112	A	B	C	D	E	F
113	A	B	C	D	E	F
114	A	B	C	D	E	F
115	A	B	C	D	E	F
116	A	B	C	D	E	F
117	A	B	C	D	E	F
118	A	B	C	D	E	F
119	A	B	C	D	E	F
120	A	B	C	D	E	F



La plateforme
QCM en ligne, corrections et
classement
prepaconcoursdirectspro.com



Groupe WhatsApp ECN
Entraide et sujets commentés
[chat.whatsapp.com/
HiozSgthTVtjp22CV5VpBZ](https://chat.whatsapp.com/HiozSgthTVtjp22CV5VpBZ)



Corrigés détaillés

PARTIE 1 — QUESTIONS DE COURS

QCM 1 à 84

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Corrigé du QCM 1 • Cardiologie — rétrécissement mitral

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D, E A B C D E F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le rhumatisme articulaire aigu reste la cause dominante du rétrécissement mitral, ce qui en fait une valvulopathie du sujet jeune dans les pays où le streptocoque circule (B). L'obstacle au remplissage engendre un roulement diastolique de pointe, précédé d'un claquement d'ouverture mitral et accompagné d'un éclat du premier bruit (D, E). La dilatation de l'oreillette gauche favorise la fibrillation atriale et la stase, source de thrombus auriculaire et d'embolies systémiques, complication majeure justifiant l'anticoagulation (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Le ventricule gauche est protégé par l'obstacle : c'est l'oreillette gauche qui se dilate, puis le cœur droit qui souffre.

F. Le souffle systolique irradiant vers l'aisselle caractérise l'insuffisance mitrale, non le rétrécissement.

PIÈGE DU JURY — Le jury permute les souffles mitraux : roulement diastolique pour le rétrécissement, souffle systolique irradiant à l'aisselle pour l'insuffisance.

À RETENIR — RAA → rétrécissement mitral. Roulement diastolique, claquement d'ouverture, éclat de B1. Dilatation auriculaire, fibrillation atriale, embolies.

Corrigé du QCM 2 • Cardiologie — insuffisance aortique

Réponse(s) exacte(s) : E A B C D E F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'insuffisance aortique se traduit par un souffle diastolique, doux, aspiratif, de timbre humé, maximal au deuxième espace intercostal droit ou au troisième espace gauche, irradiant le long du bord sternal gauche, mieux perçu chez un patient penché en avant en expiration bloquée. Il s'accompagne d'un élargissement de la pression pulsée, avec pouls bondissant et hyperpulsatilité artérielle, traduisant le reflux diastolique du sang aortique vers le ventricule gauche.

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Le roulement diastolique de pointe est le souffle du rétrécissement mitral.

B. Le souffle continu sous-claviculaire évoque une persistance du canal artériel.

C. Le souffle systolique irradiant vers l'aisselle correspond à l'insuffisance mitrale.

D. Le souffle systolique râpeux irradiant vers les carotides est celui du rétrécissement aortique.

F. Le frottement péricardique traduit une péricardite et n'est pas un souffle valvulaire.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose le souffle du rétrécissement aortique, de temps systolique, pour une valvulopathie dont le souffle est diastolique.

À RETENIR — Diastolique doux au foyer aortique = insuffisance aortique. Systolique râpeux vers les carotides = rétrécissement aortique.



Corrigé du QCM 3 • Cardiologie — troubles de la conduction

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C, E **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le bloc du premier degré se définit par un espace PR supérieur à 200 millisecondes, constant, chaque onde P restant suivie d'un QRS (A). Le bloc complet réalise une dissociation entre les auriculogrammes et les ventriculogrammes, le ventricule battant sur un rythme d'échappement lent et peu fiable (C), d'où le risque de pause prolongée avec syncope brutale d'Adams-Stokes, à l'emporte-pièce et sans prodrome (E). Une mauvaise tolérance impose un entraînement électrosystolique temporaire avant la stimulation définitive (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. Les causes sont multiples : ischémiques, médicamenteuses, infectieuses, métaboliques et congénitales, à côté des causes dégénératives.

F. Le bloc du premier degré est le plus souvent bénin et asymptomatique : il ne justifie aucun appareillage.

PIÈGE DU JURY — Appareiller un bloc du premier degré asymptomatique est un excès régulièrement proposé.

À RETENIR — BAV I : PR long, bénin. BAV III : dissociation complète, syncopes, entraînement puis stimulateur. Chercher une cause médicamenteuse.

Corrigé du QCM 4 • Cardiologie — artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C

A B C D E F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La claudication intermittente, crampe survenant après un périmètre de marche reproductible et cédant en quelques minutes à l'arrêt, est le symptôme cardinal (B). Le tabagisme et le diabète dominent les facteurs de risque (C). L'index de pression systolique, rapport des pressions cheville et bras, objective et quantifie l'atteinte (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. La palpation des pouls est un temps essentiel de l'examen vasculaire et oriente le niveau de l'obstacle.

E. La douleur de décubitus définit l'ischémie critique et impose une revascularisation rapide.

F. La marche régulière développe la circulation collatérale et augmente le périmètre de marche : l'immobilisation aggrave le pronostic fonctionnel.

PIÈGE DU JURY — Prescrire le repos dans l'artériopathie est contraire au bénéfice démontré de la marche régulière.

À RETENIR — Claudication + pouls abolis + index de pression systolique. Douleur de décubitus = ischémie critique. La marche fait partie du traitement.

Corrigé du QCM 5 • Cardiologie — ischémie aiguë de membre

Réponse(s) exacte(s) : B, D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'interruption brutale du flux artériel réalise une urgence dont le pronostic, fonctionnel et vital, dépend du délai (B). Le tableau associe douleur brutale, pâleur, froideur et abolition des pouls d'aval (E). L'embolie sur fibrillation atriale est le mécanisme le plus fréquent, à côté de la thrombose sur artériopathie préexistante (F). La reperfusion libère potassium, myoglobine et radicaux libres, source d'hyperkaliémie, de rhabdomyolyse et d'insuffisance rénale (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. L'atteinte sensitive puis motrice traduit une souffrance nerveuse et musculaire avancée, de mauvais pronostic.

C. Au-delà de quelques heures, les lésions musculaires et nerveuses deviennent irréversibles : l'amputation devient la seule issue.

PIÈGE DU JURY — Accepter un délai de plusieurs jours transforme un membre récupérable en amputation.

À RETENIR — Les 6 P : douleur, pâleur, froideur, absence de pouls, paresthésies, paralysie. Revascularisation en urgence, redouter le syndrome de reperfusion.



Corrigé du QCM 6 • Cardiologie — cœur pulmonaire chronique

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le cœur pulmonaire chronique désigne l'hypertrophie puis la défaillance du ventricule droit consécutives à une hypertension pulmonaire d'origine respiratoire (B). Le tableau associe turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire, hépatomégalie douloureuse et œdèmes des membres inférieurs (A). La bronchopneumopathie chronique obstructive en est la première cause, par l'hypoxie alvéolaire chronique qui provoque une vasoconstriction pulmonaire (C). L'oxygénothérapie de longue durée, prescrite selon des critères gazométriques stricts, améliore la survie de ces patients (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. Les digitales n'ont pas de place en première intention : le traitement vise la maladie respiratoire causale et l'hypoxémie.

F. Il s'agit par définition d'une atteinte du cœur droit ; la surcharge de pression du ventricule gauche relève de l'hypertension artérielle ou du rétrécissement aortique.

PIÈGE DU JURY — Le jury déplace la défaillance du cœur droit vers le cœur gauche, contresens sur la définition même de l'entité.

À RETENIR — Maladie respiratoire chronique → hypertension pulmonaire → insuffisance cardiaque droite. Oxygénothérapie de longue durée si hypoxémie sévère.

Corrigé du QCM 7 • Pneumologie — asthme de l'adulte

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'asthme étant une maladie inflammatoire chronique des bronches, le traitement de fond repose sur les corticoïdes inhalés, seuls capables d'agir sur l'inflammation sous-jacente (B). L'efficacité dépend entièrement de la technique d'inhalation, dont la vérification à chaque consultation est indispensable, l'inefficacité apparente traduisant le plus souvent une mauvaise technique ou une mauvaise observance (C). L'éviction des facteurs déclenchants, allergènes, tabac et irritants professionnels, complète la prise en charge (A). La consommation croissante de bronchodilatateur de secours est le marqueur le plus simple d'un contrôle insuffisant (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. La monothérapie par bêta-2-mimétique de longue durée augmente la mortalité : elle doit toujours être associée à un corticoïde inhalé.

F. Les bêta-2-mimétiques de courte durée sont un traitement de crise, sans action sur l'inflammation bronchique.

PIÈGE DU JURY — La prescription d'un bêta-2 de longue durée sans corticoïde inhalé est une faute grave, associée à une surmortalité.

À RETENIR — Corticoïde inhalé = fond. Bêta-2 courte durée = crise. Jamais de bêta-2 longue durée seul. Vérifier la technique d'inhalation.

Corrigé du QCM 8 • Pneumologie — dilatation des bronches

Réponse(s) exacte(s) : A, D, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La dilatation permanente et irréversible des bronches entraîne une stagnation des sécrétions, à l'origine d'une bronchorrhée chronique souvent purulente et abondante, le matin notamment (A), et de surinfections répétées entretenant un cercle vicieux inflammation-infection-destruction (F). Le drainage postural et la kinésithérapie respiratoire constituent le pilier du traitement quotidien (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. L'érosion des artères bronchiques hypertrophiées explique des hémoptysies parfois massives.

C. Les lésions sont anatomiquement définitives : aucun traitement médical ne les fait régresser.

E. Les séquelles de tuberculose sont au contraire une cause classique de dilatation des bronches.

PIÈGE DU JURY — Présenter les dilatations des bronches comme réversibles méconnaît le caractère anatomique et définitif de la lésion.

À RETENIR — Bronchorrhée + surinfections + hémoptysies. Lésions irréversibles. Kinésithérapie de drainage au premier plan.



Corrigé du QCM 9 • Pneumologie — hémoptysie

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'hémoptysie est le rejet de sang rouge aéré au cours d'un effort de toux, à distinguer de l'hématémèse et d'un saignement de la sphère ORL, distinction qui conditionne toute la démarche (D, E). Tuberculose active ou séquellaire, cancer bronchique, dilatations des bronches et infections dominent les étiologies (B). Le danger immédiat n'est pas la déglobulisation mais l'inondation alvéolaire et l'asphyxie, ce qui impose de coucher le patient sur le côté du poumon supposé saignant (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Une hémoptysie de moyenne ou grande abondance, ou survenant sur un terrain fragile, impose l'hospitalisation.

F. L'abondance conditionne le lieu de prise en charge et l'indication d'une embolisation en urgence.

PIÈGE DU JURY — Le jury minimise le risque en le rapportant à l'anémie : l'hémoptysie tue par asphyxie, non par spoliation.

À RETENIR — Distinguer hémoptysie, hématémèse et saignement ORL. Le risque est l'asphyxie. Chercher tuberculose et cancer.

Corrigé du QCM 10 • Pneumologie — tabac et sevrage

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le conseil minimal, question systématique sur le statut tabagique suivie d'une proposition d'aide, augmente significativement les taux d'arrêt pour un coût nul (B). La dépendance associe une composante pharmacologique à la nicotine, une composante psychologique et une composante comportementale, ce qui justifie une prise en charge globale (A). Les substituts nicotiniques, correctement dosés, doublent environ les chances de succès (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. La prise de poids modérée est gérable par l'activité physique et l'alimentation ; elle ne justifie jamais la reprise.

E. La rechute fait partie du processus : la majorité des ex-fumeurs ont effectué plusieurs tentatives.

F. Le bénéfice du sevrage existe à tout âge : il est constaté sur la mortalité cardiovasculaire, respiratoire et sur les cancers, même tardivement.

PIÈGE DU JURY — Décourager le sevrage chez le sujet d'âge mûr est une erreur : le bénéfice est démontré à tout âge.

À RETENIR — Conseil minimal systématique, substituts nicotiniques, accompagnement. La rechute fait partie du parcours. Bénéfice à tout âge.

Corrigé du QCM 11 • Néphrologie — insuffisance rénale chronique

Réponse(s) exacte(s) : A, B, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'insuffisance rénale chronique se définit par la baisse permanente et le plus souvent progressive du débit de filtration glomérulaire, évoluée depuis plus de trois mois (B). Le diabète et l'hypertension artérielle en sont les deux premières causes dans le monde (A). La défaillance de l'hydroxylation rénale de la vitamine D entraîne hypocalcémie, hyperphosphorémie et hyperparathyroïdie secondaire (F). Le contrôle strict de la pression artérielle et de la protéinurie ralentit la progression (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. Les lésions de fibrose sont définitives : contrairement à l'insuffisance rénale aiguë, l'atteinte chronique n'est pas réversible.

D. Le rein défaillant produit moins d'érythropoïétine : c'est le déficit qui explique l'anémie.

PIÈGE DU JURY — La confusion entre insuffisance rénale aiguë, potentiellement réversible, et chronique, définitive, est régulièrement testée.

À RETENIR — Chronique = irréversible. Diabète et HTA en tête. Anémie par déficit en EPO, troubles phosphocalciques. Contrôler pression et protéinurie.



Corrigé du QCM 12 • Néphrologie — hypokaliémie

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les diurétiques de l'anse et thiazidiques augmentent l'excrétion urinaire du potassium et constituent la première cause iatrogène d'hypokaliémie (B). Les pertes digestives hautes et basses en sont l'autre grande cause (D). Le retentissement principal est cardiaque, avec risque d'extrasystoles, de tachycardie ventriculaire et de torsades de pointes (F), l'électrocardiogramme montrant un aplatissement de l'onde T, une dépression du segment ST et l'apparition d'une onde U (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. L'injection en bolus direct provoque un arrêt cardiaque : le potassium se perfuse dilué, à débit contrôlé, sous surveillance.

E. L'hypokaliémie majeure la toxicité des digitaliques et favorise les troubles du rythme graves : l'association est particulièrement dangereuse.

PIÈGE DU JURY — L'injection directe de potassium est une erreur mortelle régulièrement proposée sous une formulation anodine.

À RETENIR — Diurétiques et pertes digestives. Onde T aplatie, onde U. Jamais de potassium en bolus. Danger majeur sous digitaliques.

Corrigé du QCM 13 • Néphrologie — hypercalcémie

Réponse(s) exacte(s) : A, D, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'hyperparathyroïdie primaire et les hypercalcémies malignes, par métastases ostéolytiques ou sécrétion de peptide apparenté à la parathormone, représentent la grande majorité des causes (E). Le tableau associe polyurie osmotique et déshydratation, anorexie, nausées, constipation, asthénie et troubles de la conscience pouvant aller au coma (D). La réhydratation par sérum salé isotonique, en restaurant la volémie et la filtration, constitue la première mesure et suffit souvent dans les formes modérées (F). L'électrocardiogramme montre un raccourcissement du QT (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Apporter du calcium à un patient hypercalcémique aggraverait le trouble : c'est l'inverse du traitement.

C. L'hypercalcémie raccourcit le QT ; c'est l'hypocalcémie qui l'allonge.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose un apport calcique, inversion complète de la logique thérapeutique.

À RETENIR — Hyperparathyroïdie et cancers. Déshydratation, troubles digestifs et neurologiques, QT court. Réhydrater massivement.



Corrigé du QCM 14 • Endocrinologie — hypercorticisme

Réponse(s) exacte(s) : F ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☒ F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'hypercorticisme réalise une redistribution caractéristique des graisses vers le tronc, la face et la nuque, contrastant avec l'amyotrophie proximale des membres liée au catabolisme protidique. S'y associent vergetures pourpres larges, fragilité cutanée et ecchymoses, hypertension artérielle, diabète, ostéoporose et troubles psychiques. Ce contraste entre un tronc empâté et des membres grêles constitue la signature clinique du syndrome.

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Les hypoglycémies à jeun orientent vers un insulinome ou une insuffisance surrénale, non vers un hypercorticisme qui est hyperglycémiant.
- B.** Exophtalmie, tremblement et amaigrissement caractérisent l'hyperthyroïdie de la maladie de Basedow.
- C.** Polyurie avec urines diluées et polydipsie évoquent un diabète insipide.
- D.** Bradycardie, frilosité et prise de poids diffuse évoquent une hypothyroïdie.
- E.** L'amaigrissement avec mélanodermie et hypotension définit l'insuffisance surrénale chronique, tableau inverse.

PIÈGE DU JURY — Le jury aligne les grands tableaux endocriniens pour tester leur discrimination : le contraste tronc-membres est la clé du Cushing.

À RETENIR — Cushing : obésité facio-tronculaire, amyotrophie proximale, vergetures pourpres, HTA, diabète, ostéoporose.

Corrigé du QCM 15 • Endocrinologie — hypoglycémie

Réponse(s) exacte(s) : A, C, E, F ☒ A ☐ B ☒ C ☐ D ☐ E ☒ F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La réponse adrénérergique précoce se traduit par sueurs, tremblements, palpitations, pâleur et sensation de faim (E), tandis que la neuroglucopénie donne troubles du comportement, confusion, troubles visuels et convulsions, pouvant simuler une ivresse ou un trouble psychiatrique (A). Chez le patient conscient, le resucrage oral immédiat par sucre rapide puis glucide lent est la règle (F) ; chez l'inconscient, le glucagon intramusculaire permet une prise en charge sans voie veineuse (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Les sulfamides hypoglycémiantes provoquent des hypoglycémies souvent prolongées et graves, en particulier chez le sujet âgé et l'insuffisant rénal.
- D.** Les hypoglycémies répétées émoussent au contraire la réponse adrénérergique et exposent aux formes sévères sans prodrome.

PIÈGE DU JURY — Attribuer l'hypoglycémie à la seule insuline fait négliger les hypoglycémies sévères et prolongées des sulfamides.

À RETENIR — Signes adrénérergiques puis neuroglucopéniques. Resucrer si conscient, glucagon si inconscient. Les sulfamides hypoglycémient aussi.



Corrigé du QCM 16 • Gynécologie — aménorrhée

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Devant toute aménorrhée chez une femme en âge de procréer, le test de grossesse est le premier réflexe : la grossesse en est de très loin la première cause et sa méconnaissance conduit à des explorations et parfois à des prescriptions dangereuses (B, C). La définition retient l'arrêt des menstruations pendant au moins trois mois chez une femme antérieurement réglée (A). L'hyperprolactinémie, d'origine tumorale ou médicamenteuse, figure parmi les causes classiques, souvent associée à une galactorrhée (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. Engager des dosages hormonaux avant d'avoir éliminé une grossesse est une perte de temps et de moyens, avec un risque médicamenteux.

E. L'allaitement induit une hyperprolactinémie physiologique responsable d'une aménorrhée normale.

PIÈGE DU JURY — Omettre le test de grossesse avant toute exploration ou prescription est la faute la plus sanctionnée en gynécologie.

À RETENIR — Toute aménorrhée : test de grossesse d'abord. Puis prolactine, TSH et exploration de l'axe gonadotrope.

Corrigé du QCM 17 • Gastro-entérologie — reflux gastro-œsophagien

Réponse(s) exacte(s) : A, B, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le pyrosis, brûlure rétrosternale ascendante, et les régurgitations acides, majorés par le décubitus et l'antéflexion, constituent le tableau typique dont la valeur diagnostique est élevée (B). Chez un sujet de moins de cinquante ans, sans signe d'alarme, ces symptômes autorisent un traitement d'épreuve sans exploration (E). En revanche, dysphagie, amaigrissement, anémie, hémorragie ou âge avancé imposent une endoscopie à la recherche d'une complication ou d'un cancer (A). Les inhibiteurs de la pompe à protons sont efficaces sur les symptômes et sur l'œsophagite (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. Le décubitus postprandial favorise le reflux : il faut au contraire attendre et surélever la tête du lit.

D. L'endoscopie systématique devant un tableau typique sans signe d'alarme est une prescription inutile et coûteuse.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose l'endoscopie systématique, alors que la stratégie repose sur l'âge et les signes d'alarme.

À RETENIR — Pyrosis typique sans signe d'alarme : traitement d'épreuve. Signes d'alarme ou âge : endoscopie.

Corrigé du QCM 18 • Gastro-entérologie — maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Réponse(s) exacte(s) : C, D, E, F

A **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'évolution par poussées et rémissions, sur un mode chronique, caractérise ces affections dysimmunitaires (C). La maladie de Crohn peut toucher n'importe quel segment digestif, de la bouche à l'anus, avec des lésions segmentaires et transmuraux expliquant fistules et sténoses (D). La rectocolite hémorragique débute au rectum et progresse de façon continue et superficielle vers l'amont colique (E). Les manifestations extradigestives, articulaires, cutanées, oculaires et hépatobiliaires, peuvent précéder ou accompagner les poussées (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. La rectocolite hémorragique est strictement colorectale ; l'atteinte du grêle oriente vers une maladie de Crohn.

B. Ces maladies ne relèvent pas d'un traitement anti-infectieux et ne guérissent pas : la prise en charge vise l'induction et le maintien de la rémission.

PIÈGE DU JURY — Présenter ces maladies comme curables par antibiotiques méconnaît leur nature dys-immunitaire et chronique.

À RETENIR — Crohn : de la bouche à l'anus, segmentaire, transmural. RCH : rectum puis continu, superficiel. Manifestations extradigestives fréquentes.



Corrigé du QCM 19 • Gastro-entérologie — constipation du sujet âgé

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le fécalome se complique classiquement d'une fausse diarrhée par débâcle de selles liquides contournant l'obstacle, piège qui conduit à prescrire à tort un antidiarrhéique (D). Le toucher rectal, systématique, en fait le diagnostic (A). Immobilisation, déshydratation, opiacés, anticholinergiques et fer figurent parmi les facteurs favorisants (E). Une constipation récente impose d'éliminer un cancer colorectal (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. L'usage prolongé des laxatifs stimulants entraîne accoutumance et troubles hydroélectrolytiques : ils ne constituent pas un traitement de fond.

F. Chez le sujet âgé, le fécalome se révèle fréquemment par une confusion, une agitation ou une rétention d'urine.

PIÈGE DU JURY — Traiter par antidiarrhéique la fausse diarrhée d'un fécalome est l'erreur classique en gériatrie.

À RETENIR — Fausse diarrhée = penser fécalome, faire le toucher rectal. Constipation récente = éliminer un cancer. Pas de laxatif stimulant au long cours.

Corrigé du QCM 20 • Gastro-entérologie — dysphagie

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La dysphagie d'installation progressive, portant d'abord sur les solides puis sur les liquides, chez un sujet aux antécédents d'alcool-tabagisme, est le mode de révélation typique du cancer de l'œsophage (E). L'endoscopie avec biopsies est l'examen de première intention (A). L'association à un amaigrissement renforce la suspicion et impose l'urgence de l'exploration (D). À l'inverse, une dysphagie capricieuse, d'emblée aux liquides comme aux solides, évoque un trouble moteur œsophagien tel que l'achalasie (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. Dans ce contexte, l'odynophagie fébrile oriente d'abord vers une œsophagite infectieuse, candidosique ou virale.

F. Toute dysphagie organique récente, a fortiori après cinquante ans, impose une endoscopie sans délai.

PIÈGE DU JURY — Surveiller une dysphagie récente sans endoscopie retarde le diagnostic d'un cancer de mauvais pronostic.

À RETENIR — Dysphagie progressive aux solides = cancer jusqu'à preuve du contraire. Endoscopie systématique. Dysphagie capricieuse = trouble moteur.

Corrigé du QCM 21 • Infectiologie — grippe et viroses respiratoires

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La transmission par gouttelettes respiratoires et par contact avec des surfaces contaminées explique la diffusion épidémique rapide (D). La composition vaccinale étant révisée chaque année en fonction des souches circulantes, la vaccination doit être annuelle et cible en priorité les personnes âgées, les femmes enceintes, les porteurs de comorbidités et les soignants (B, F). L'hygiène des mains, le port du masque et l'aération réduisent la transmission (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. La grippe est une virose : l'antibiothérapie systématique est inutile et n'est justifiée qu'en cas de surinfection bactérienne documentée ou fortement suspectée.

E. Une réascension thermique fait suspecter une surinfection bactérienne et impose une réévaluation.

PIÈGE DU JURY — L'antibiothérapie systématique dans une virose est l'un des principaux moteurs de l'antibiorésistance.

À RETENIR — Vaccination annuelle des sujets à risque, mesures barrières, antibiotiques réservés à la surinfection.



Corrigé du QCM 22 • Infectiologie — dengue

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C, E **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — *Aedes aegypti*, moustique péridomestique à activité diurne, se reproduit dans les petites collections d'eau claire autour des habitations (C). Le danger ne survient pas au pic fébrile mais lors de la défervescence, moment de la fuite plasmatique responsable du choc (B). Les signes d'alerte, douleurs abdominales intenses, vomissements persistants, saignements muqueux, léthargie et hépatomégalie douloureuse, imposent l'hospitalisation (A). L'aspirine et les anti-inflammatoires majorent le risque hémorragique et sont contre-indiqués (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. La thrombopénie est au contraire habituelle et sa cinétique, associée à l'hémoconcentration, fait partie de la surveillance.

E. *Aedes* se reproduit dans les petites collections d'eau péridomestiques : l'élimination des gîtes larvaires est la mesure centrale.

PIÈGE DU JURY — Rassurer un patient au moment où la fièvre tombe est le piège majeur : c'est la phase critique de la dengue.

À RETENIR — *Aedes*, piqure diurne. Phase critique à la défervescence. Signes d'alerte à connaître. Ni aspirine ni AINS.

Corrigé du QCM 23 • Infectiologie — prévention et contrôle des infections

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'hygiène des mains, par friction hydro-alcoolique ou lavage, reste la mesure la plus efficace et la plus coût-efficace de prévention des infections associées aux soins (D). Les précautions standard s'appliquent à tout patient et en toute circonstance, précisément parce que le statut infectieux est le plus souvent inconnu au moment du soin (C). Le gant protège le soignant mais se contamine et peut transmettre : il ne remplace jamais l'hygiène des mains avant et après son retrait (B). Les précautions complémentaires s'ajoutent selon le mode de transmission (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Restreindre les précautions standard aux porteurs connus contredit leur principe même, fondé sur l'ignorance du statut infectieux.

E. Les objets piquants et tranchants mal éliminés exposent soignants et communauté aux accidents d'exposition au sang.

PIÈGE DU JURY — Réserver les précautions standard aux patients connus infectés est un contresens qui expose l'ensemble du service.

À RETENIR — Précautions standard pour tous, toujours. Hygiène des mains avant et après, y compris après retrait des gants.

Corrigé du QCM 24 • Infectiologie — écoulement urétral

Réponse(s) exacte(s) : B, C, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'approche syndromique permet, sans attendre de laboratoire, un traitement couvrant simultanément le gonocoque et les germes intracellulaires, stratégie adaptée aux contextes où la microbiologie n'est pas immédiatement disponible (C). Le traitement des partenaires interrompt la chaîne de transmission et prévient la réinfection (B). Toute infection sexuellement transmissible impose de proposer le dépistage des autres, notamment VIH et syphilis (F). Non traitée, l'infection peut se compliquer d'orchite-épididymite, de prostatite et de stérilité (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Différer le traitement expose à la poursuite de la transmission et aux complications : l'approche syndromique traite d'emblée.

D. La prévention de la réinfection et des autres infections sexuellement transmissibles fait partie intégrante de la consultation.

PIÈGE DU JURY — Attendre la culture avant de traiter un écoulement urétral prolonge la contagiosité et expose aux complications.

À RETENIR — Traiter d'emblée gonocoque et chlamydia, traiter les partenaires, dépister les autres IST, éduquer au préservatif.



Corrigé du QCM 25 • Infectiologie — antibiorésistance

Réponse(s) exacte(s) : A, D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'exposition aux antibiotiques exerce une pression de sélection qui favorise les clones résistants, mécanisme central du phénomène (F). L'usage massif en élevage et en agriculture participe à la diffusion des résistances vers l'homme, ce qui justifie l'approche intégrée dite Une seule santé (D). Le transfert horizontal par plasmides, transposons et intégrons permet la diffusion rapide de gènes de résistance, y compris entre espèces différentes (A). Enfin, prévenir les infections par la vaccination et l'hygiène réduit la consommation d'antibiotiques et donc la pression de sélection (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. La résistance est une propriété de la bactérie, sélectionnée par la pression antibiotique : ce n'est pas le patient qui devient résistant.

C. Sans maîtrise des usages, toute nouvelle molécule voit apparaître des résistances en quelques années.

PIÈGE DU JURY — L'idée que le patient devient résistant aux antibiotiques est une confusion répandue, y compris dans le public.

À RETENIR — Pression de sélection, transfert horizontal de gènes, usage vétérinaire. Prévenir les infections réduit le besoin d'antibiotiques.

Corrigé du QCM 26 • Neurologie — paralysie faciale périphérique

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La paralysie périphérique atteint la totalité de l'hémiface, territoires supérieur et inférieur, ce qui la distingue de la paralysie centrale où le front est respecté du fait de la double innervation corticale (F). Le signe de Charles Bell, ascension du globe oculaire lors de la tentative d'occlusion palpébrale incomplète, en est le signe caractéristique (C). L'inocclusion expose à la kératite et à l'ulcère de cornée : collyres, larmes artificielles et occlusion nocturne sont indispensables (D). Les causes secondaires, otite, zona du ganglion géniculé, maladie de Lyme, tumeur ou traumatisme, doivent être recherchées avant de conclure à une forme idiopathique (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. L'atteinte du nerf facial est homolatérale à la lésion, le nerf innervant l'hémiface du même côté.

E. C'est la paralysie faciale centrale qui épargne le front ; la forme périphérique atteint tout l'hémiface.

PIÈGE DU JURY — La distinction centrale-périphérique sur l'atteinte du front est constamment testée et régulièrement inversée.

À RETENIR — Périphérique : tout l'hémiface, signe de Bell, homolatérale. Centrale : front respecté. Protéger l'œil systématiquement.

Corrigé du QCM 27 • Neurologie — syndrome parkinsonien

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La triade parkinsonienne associe akinésie, hypertonie plastique et tremblement de repos, l'akinésie étant le symptôme le plus invalidant (D). Le tremblement, lent, régulier, prédominant aux extrémités, s'atténue ou disparaît lors du mouvement volontaire et pendant le sommeil, ce qui l'oppose au tremblement d'action et au tremblement cérébelleux (B, E est donc faux). L'hypertonie plastique cède par à-coups, réalisant le phénomène de la roue dentée (B). Les neuroleptiques, par blocage dopaminergique, induisent des syndromes parkinsoniens iatrogènes qu'il faut savoir reconnaître avant d'engager un traitement antiparkinsonien (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. Un tremblement majoré par le mouvement caractérise le tremblement d'action ou cérébelleux, non le tremblement parkinsonien.

E. L'hypertonie en lame de canif est pyramidale ; l'hypertonie parkinsonienne est plastique, en roue dentée.

PIÈGE DU JURY — Le jury inverse le comportement du tremblement au mouvement, critère qui sépare les grandes catégories de tremblements.

À RETENIR — Akinésie + hypertonie plastique + tremblement de repos. Tremblement qui cède au mouvement. Penser à la cause iatrogène.



Corrigé du QCM 28 • Neurologie — hypertension intracrânienne

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les céphalées d'hypertension intracrânienne prédominent le matin, s'aggravent progressivement et s'accompagnent de vomissements en jet, faciles et soulageant transitoirement (F). L'œdème papillaire au fond d'œil en constitue le signe objectif (D). L'imagerie cérébrale doit précéder tout geste (B, A), car la ponction lombaire provoque un gradient de pression et peut déclencher un engagement mortel (F est donc faux).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. Cette triade signe au contraire la décompensation et l'engagement imminent.

E. La ponction lombaire en cas d'hypertension intracrânienne peut déclencher un engagement cérébral mortel : elle est formellement proscrite.

PIÈGE DU JURY — La ponction lombaire pour soulager des céphalées d'hypertension intracrânienne est une faute mortelle.

À RETENIR — Céphalées matinales + vomissements en jet + œdème papillaire. Imagerie avant tout. Jamais de ponction lombaire.

Corrigé du QCM 29 • Psychiatrie — troubles anxieux

Réponse(s) exacte(s) : B, D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'attaque de panique associe des manifestations physiques brutales, palpitations, oppression, sueurs, tremblements, à une peur intense de mourir, de perdre le contrôle ou de devenir fou, culminant en quelques minutes (F). Le trouble anxieux généralisé se définit par des inquiétudes excessives, difficiles à contrôler, présentes la plupart du temps depuis plusieurs mois (B). Devant une première attaque, l'élimination d'une cause organique, embolie pulmonaire, syndrome coronarien, hyperthyroïdie ou hypoglycémie, est indispensable (E). Les psychothérapies structurées ont fait la preuve de leur efficacité (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. L'évitement entretient et aggrave le trouble : l'exposition progressive est au contraire le principe du traitement.

C. Les benzodiazépines exposent à la dépendance et à la tolérance : leur usage doit rester ponctuel et limité dans le temps, non constituer un traitement de fond.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose la benzodiazépine au long cours, prescription fréquente en pratique et pourtant délétère.

À RETENIR — Éliminer l'organique devant une première attaque. Psychothérapie structurée en première ligne. Benzodiazépines seulement en cure courte.

Corrigé du QCM 30 • Psychiatrie — troubles liés à l'usage de l'alcool

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'arrêt brutal chez un sujet dépendant expose au syndrome de sevrage, dont le delirium tremens, avec confusion, hallucinations, agitation et déshydratation, constitue la forme grave et potentiellement mortelle (F). La thiamine, systématiquement administrée, prévient l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke qui associe confusion, ataxie et troubles oculomoteurs (B). L'hydratation corrige les pertes et les troubles électrolytiques (A), et les benzodiazépines constituent le traitement de référence du syndrome de sevrage (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. Administrer du glucosé avant la vitamine B1 chez un sujet carencé peut déclencher une encéphalopathie de Gayet-Wernicke : la thiamine passe en premier.

E. Les crises convulsives de sevrage surviennent classiquement dans les 48 premières heures.

PIÈGE DU JURY — Perfuser du glucosé avant la thiamine chez l'alcoolique est une faute classique aux conséquences neurologiques définitives.

À RETENIR — Vitamine B1 avant tout apport glucosé. Benzodiazépines et hydratation. Redouter convulsions et delirium tremens.



Corrigé du QCM 31 • Pédiatrie — cardiopathies congénitales

Réponse(s) exacte(s) : C, D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Un souffle chez le nouveau-né doit toujours être exploré, car les cardiopathies ductodépendantes se décompensent lors de la fermeture du canal artériel (C). Une cyanose ne se corrigeant pas sous oxygène traduit un shunt droite-gauche et oriente vers une cardiopathie cyanogène (D). La difficulté à téter, la sudation aux repas et la stagnation pondérale sont des modes de révélation fréquents et sous-estimés chez le nourrisson (E). L'échocardiographie apporte le diagnostic anatomique et fonctionnel (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Une cyanose corrigée par l'oxygène oriente vers une cause respiratoire et non vers un shunt droite-gauche fixé.
- B.** Les souffles fonctionnels ou innocents sont fréquents chez l'enfant : doux, systoliques, variables avec la position, sans retentissement.

PIÈGE DU JURY — Considérer tout souffle comme pathologique conduit à des explorations et à une inquiétude parentale inutiles.

À RETENIR — Souffle du nouveau-né : explorer. Cyanose non corrigée par l'oxygène = cardiopathie cyanogène. Stagnation pondérale : y penser.

Corrigé du QCM 32 • Pédiatrie — anémie de l'enfant

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La carence en fer, par apports insuffisants, croissance rapide et pertes digestives, est la première cause d'anémie de l'enfant dans le monde (C). L'anémie ferriprive est microcytaire, hypochrome, arégénérative, avec ferritine basse (D). La drépanocytose se révèle typiquement après le sixième mois par une anémie hémolytique chronique régénérative, avec ictère et splénomégalie (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Le paludisme provoque une anémie par hémolyse et dysérythropoïèse, majeure chez le jeune enfant.
- E.** La macrocytose oriente vers une carence en vitamine B12 ou en folates : la carence martiale donne une microcytose.
- F.** L'hémolyse s'accompagne d'une réticulocytose élevée : l'anémie est régénérative.

PIÈGE DU JURY — Le jury inverse la taille des hématies : le fer donne des petites cellules, les folates et la B12 des grandes.

À RETENIR — Fer = microcytaire hypochrome. B12 et folates = macrocytaire. En zone d'endémie, penser paludisme et helminthiases.

Corrigé du QCM 33 • Gynécologie — ménopause

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La ménopause se définit rétrospectivement par douze mois consécutifs d'aménorrhée sans autre cause, chez une femme d'âge compatible (F). La carence œstrogénique entraîne bouffées vasomotrices, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale et troubles du sommeil (B). Elle accélère la perte osseuse, faisant de cette période le tournant du risque d'ostéoporose (A), et lève la protection relative dont bénéficiait la femme sur le plan cardiovasculaire (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- C.** Tout saignement survenant après la ménopause doit faire éliminer un cancer de l'endomètre et imposer une exploration.
- E.** Trois mois d'aménorrhée définissent une aménorrhée secondaire ; la ménopause exige douze mois.

PIÈGE DU JURY — Banaliser une métrorragie post-ménopausique retarde le diagnostic d'un cancer de l'endomètre au stade curable.

À RETENIR — Douze mois d'aménorrhée. Perte osseuse accélérée, risque cardiovasculaire accru. Tout saignement post-ménopausique s'explore.



Corrigé du QCM 34 • Gynécologie — saignements utérins anormaux

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Chez toute femme en âge de procréer, le test de grossesse conditionne l'orientation diagnostique (E) et la grossesse extra-utérine, urgence hémorragique, doit être évoquée systématiquement devant l'association métrorragies et douleurs pelviennes (A). Les causes organiques utérines, fibromes sous-muqueux, polypes et hyperplasie endométriale, sont fréquentes (F). L'examen au spéculum, geste simple et immédiat, visualise le col et peut révéler la lésion (C), le cancer du col se manifestant classiquement par des saignements provoqués, notamment après les rapports (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. L'échographie pelvienne est au contraire un examen de première intention : elle explore l'utérus, l'endomètre et les annexes.

PIÈGE DU JURY — Négliger le spéculum et l'échographie fait manquer des lésions cervicales et utérines accessibles à un examen simple.

À RETENIR — Test de grossesse, spéculum, échographie. Penser GEU devant métrorragies et douleurs. Saignements provoqués = examiner le col.

Corrigé du QCM 35 • Obstétrique — anémie et grossesse

Réponse(s) exacte(s) : C, D, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'anémie réduit considérablement la tolérance à la spoliation sanguine et transforme une hémorragie modérée en événement mortel : elle constitue un déterminant majeur de la mortalité maternelle (C). La supplémentation martiale et folique est systématique pendant la grossesse (D), et en zone d'endémie il faut y associer la prévention du paludisme et le déparasitage (F). L'anémie sévère retentit sur l'oxygénation fœtale, avec retard de croissance, prématurité et petit poids de naissance (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Le volume plasmatique augmente plus que la masse globulaire, réalisant une hémodilution physiologique.

B. L'anémie aggrave le pronostic maternel et fœtal : elle est loin d'être neutre sur le plan obstétrical.

PIÈGE DU JURY — Le jury banalise l'anémie gravidique, alors qu'elle conditionne la survie en cas d'hémorragie de la délivrance.

À RETENIR — Fer + folates + prévention du paludisme + déparasitage. L'anémie tue en cas d'hémorragie du post-partum.

Corrigé du QCM 36 • Obstétrique — menace d'accouchement prématuré

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La menace se définit par l'association de contractions utérines régulières et douloureuses et de modifications du col avant 37 semaines d'aménorrhée (D). La corticothérapie anténatale, mesure au bénéfice le mieux démontré, réduit la détresse respiratoire, les hémorragies intraventriculaires et la mortalité néonatale (A). La tocolyse a pour objectif de gagner les 48 heures nécessaires à la corticothérapie et au transfert in utero, dont le bénéfice néonatal est supérieur à celui d'un transfert postnatal (F, C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. L'infection urinaire ou cervico-vaginale est une cause fréquente : son dépistage et son traitement conditionnent l'évolution.

E. La tocolyse prolongée n'a pas démontré de bénéfice et expose à des effets indésirables : elle vise à gagner quelques jours, non à atteindre le terme.

PIÈGE DU JURY — Le jury prolonge la tocolyse jusqu'au terme, alors que son objectif se limite à la fenêtre de 48 heures.

À RETENIR — Tocolyse 48 h + corticothérapie + transfert in utero + recherche d'infection.



Corrigé du QCM 37 • Chirurgie — plaies et cicatrisation

Réponse(s) exacte(s) : A, D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le nettoyage abondant et le parage des tissus dévitalisés conditionnent la cicatrisation et la prévention de l'infection : ils précèdent toujours la suture (F). La vérification du statut antitétanique est systématique devant toute effraction cutanée (E). Une plaie vue au-delà du délai de suture ou très souillée relève d'une cicatrisation dirigée ou d'une suture secondaire, la fermeture enfermant l'infection (D). L'exploration soigneuse, sous bonne lumière et hémostase, recherche les lésions des structures nobles sous-jacentes (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Suturer une plaie souillée ou vue tardivement enferme l'infection et conduit à l'abcès ou à la nécrose.

C. Les antiseptiques colorés masquent l'aspect de la plaie et rendent la surveillance des signes locaux impossible.

PIÈGE DU JURY — Suturer systématiquement, quel que soit le délai ou la souillure, transforme une plaie en abcès profond.

À RETENIR — Laver, parer, explorer, vérifier le tétanos. Ne pas fermer une plaie souillée ou vue tardivement.

Corrigé du QCM 38 • Chirurgie — infections des parties molles

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D, E **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Un abcès collecté relève du drainage : les antibiotiques pénètrent mal dans la cavité purulente et ne peuvent stériliser un foyer sous tension (C, D). La fasciite nécrosante, infection profonde à extension rapide le long des fascias, est une urgence chirurgicale dont le pronostic dépend de la précocité de l'excision (E). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens masquent les signes et favorisent l'extension nécrosante (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Aucune durée d'antibiothérapie ne remplace le drainage d'une collection : le contrôle de la source est indispensable.

F. C'est au contraire le signe d'alerte majeur de la fasciite nécrosante débutante.

PIÈGE DU JURY — Prolonger l'antibiothérapie au lieu de drainer est une erreur de principe : sans contrôle de la source, l'infection persiste.

À RETENIR — Abcès collecté = drainage. Douleur disproportionnée = penser fasciite nécrosante et opérer. Jamais d'AINS.

Corrigé du QCM 39 • Orthopédie — fractures ouvertes

Réponse(s) exacte(s) : A, B, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'ouverture du foyer fracturaire met l'os en communication avec l'extérieur et expose à l'ostéite, complication redoutable et de traitement long (B). Le parage chirurgical précoce, avec excision des tissus dévitalisés et lavage abondant, constitue le geste déterminant du pronostic infectieux (A). La prophylaxie antitétanique et l'antibiothérapie complètent la prise en charge (E, F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. L'examen vasculo-nerveux doit être réalisé et consigné avant tout geste, puis répété après.

D. La fermeture immédiate d'une plaie souillée ou d'une perte de substance importante enferme l'infection : elle dépend du type d'ouverture et de l'état des tissus.

PIÈGE DU JURY — La fermeture systématique et immédiate d'une fracture ouverte est le meilleur moyen de créer une ostéite chronique.

À RETENIR — Parage précoce + lavage + antibiotiques + tétanos + examen vasculo-nerveux. Fermeture selon le type d'ouverture.



Corrigé du QCM 40 • Orthopédie — ostéomyélite aiguë de l'enfant

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D, E **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La vascularisation métaphysaire terminale et le ralentissement circulatoire à ce niveau expliquent la localisation préférentielle près du cartilage de croissance (B). Le staphylocoque doré domine largement l'étiologie (E). Le tableau associe douleur intense, impotence fonctionnelle et fièvre chez un enfant qui refuse d'utiliser le membre (D). L'antibiothérapie, débutée après hémocultures et ponction, ne doit pas attendre l'imagerie (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. La proximité du cartilage de croissance expose, en cas de retard, à des séquelles définitives : troubles de croissance, déviations axiales et raccourcissement.

F. Les signes radiographiques n'apparaissent qu'après une à deux semaines : la radiographie initiale est normale.

PIÈGE DU JURY — Se rassurer sur une radiographie normale au début d'une ostéomyélite conduit à des séquelles de croissance définitives.

À RETENIR — Métaphyse, staphylocoque, radiographie initialement normale. Prélever et traiter en urgence pour préserver la croissance.

Corrigé du QCM 41 • Réanimation — solutés de remplissage

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C, E **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le sérum salé isotonique et le Ringer lactate sont des cristalloïdes, ce dernier étant dit balancé car sa composition électrolytique est proche de celle du plasma, ce qui limite l'acidose hyperchlorémique des remplissages importants (E, C). Le sérum glucosé, une fois le glucose métabolisé, se comporte comme de l'eau libre qui se distribue dans l'ensemble des secteurs : il n'a aucun pouvoir d'expansion volémique et expose à l'hyponatémie (B). Le remplissage vise à restaurer la volémie et donc la perfusion tissulaire (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. Le sérum glucosé n'a pas de pouvoir d'expansion volémique : l'utiliser pour remplir est une erreur de physiologie aux conséquences graves.

F. Les cristalloïdes sont au contraire les solutés de première intention de la correction de l'hypovolémie.

PIÈGE DU JURY — Utiliser du glucosé pour remplir un patient en choc est une faute de raisonnement physiologique fréquente.

À RETENIR — Remplissage = cristalloïdes salés ou balancés. Le glucosé est un apport d'eau libre, jamais un soluté de remplissage.

Corrigé du QCM 42 • Réanimation — surveillance hémodynamique

Réponse(s) exacte(s) : B, C, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les marbrures, prédominant aux genoux, et l'allongement du temps de recoloration cutanée sont des signes précoces et gratuits d'hypoperfusion périphérique, souvent antérieurs à l'hypotension (B). La diurèse horaire, recueillie par sondage, reflète simplement la perfusion rénale et guide la réanimation (F). Le lactate et surtout sa décroissance sous traitement constituent un marqueur valide de l'adéquation entre apports et besoins tissulaires en oxygène (C). Chez un patient sous bêtabloquants, la tachycardie compensatrice peut être absente, ce qui masque la gravité (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Une pression restaurée peut coexister avec une hypoperfusion tissulaire persistante, visible sur le lactate et la diurèse.

D. La pression artérielle peut rester longtemps normale grâce à la vasoconstriction compensatrice : s'y fier seul fait méconnaître le choc débutant.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose la pression artérielle comme indicateur suffisant, alors que le choc débute avant l'hypotension.

À RETENIR — Marbrures, temps de recoloration, diurèse, lactate, conscience. La pression artérielle seule ne suffit jamais.



Corrigé du QCM 43 • Anesthésie — évaluation préopératoire du risque

Réponse(s) exacte(s) : B, D, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La classification ASA cote l'état physique du patient et constitue un élément de communication et de prédiction du risque périopératoire (D). La recherche d'antécédents anesthésiques, notamment d'intubation difficile, et l'évaluation clinique des critères prédictifs de ventilation et d'intubation difficiles conditionnent la stratégie de contrôle des voies aériennes et la préparation du matériel (B, F). Le respect des délais de jeûne réduit le risque d'inhalation du contenu gastrique à l'induction (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Un jeûne excessivement prolongé favorise déshydratation et hypoglycémie sans bénéfice supplémentaire sur le risque d'inhalation.
- C.** Les examens complémentaires sont prescrits de façon ciblée, selon le terrain et le type de chirurgie : le bilan systématique exhaustif est inutile et coûteux.

PIÈGE DU JURY — La prescription systématique d'un bilan préopératoire complet est une pratique abandonnée au profit d'examens ciblés.

À RETENIR — ASA, critères d'intubation difficile, jeûne. Examens complémentaires ciblés, jamais systématiques.

Corrigé du QCM 44 • ORL — angines

Réponse(s) exacte(s) : D, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les virus sont responsables de la grande majorité des angines de l'adulte, ce qui explique l'inutilité de l'antibiothérapie dans la plupart des cas (E). L'enjeu de l'identification du streptocoque du groupe A n'est pas le confort du patient mais la prévention des complications post-streptococciques, rhumatisme articulaire aigu et glomérulonéphrite, ce qui justifie l'antibiothérapie dans ce cas précis (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** L'exsudat n'est pas propre aux angines bactériennes et manque dans beaucoup d'angines virales.
- B.** Un antibiotique n'a aucun effet sur un virus : il ne modifie ni la durée ni l'intensité des symptômes.
- C.** L'aspect de la gorge ne permet pas de distinguer une origine virale d'une origine bactérienne avec fiabilité.
- F.** L'antibiothérapie systématique est inutile dans les angines virales et participe à l'antibiorésistance.

PIÈGE DU JURY — Le jury fait de l'aspect purulent de la gorge un critère bactériologique : l'examen visuel ne permet pas de trancher.

À RETENIR — Angines majoritairement virales. Antibiotique pour le streptocoque A, dans le but de prévenir le RAA.



Corrigé du QCM 45 • ORL — surdités

Réponse(s) exacte(s) : D, F ☐A ☐B ☒C ☐D ☐E ☐F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La distinction repose sur le siège de l'atteinte : l'oreille externe et l'oreille moyenne conduisent le son, leur atteinte réalise une surdité de transmission ; l'oreille interne et les voies nerveuses perçoivent et transmettent le message, leur atteinte réalise une surdité de perception (F, D). Cette distinction, obtenue par l'acoumétrie puis l'audiométrie, oriente toute la démarche étiologique et thérapeutique.

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Le traumatisme sonore lèse les cellules ciliées de l'oreille interne et provoque une surdité de perception.
- B.** La presbycusie est une surdité de perception bilatérale et progressive liée au vieillissement cochléaire.
- C.** Une surdité non dépistée compromet gravement l'acquisition du langage, d'où l'importance du dépistage précoce.
- E.** Le bouchon de cérumen obstrue le conduit auditif externe : il donne une surdité de transmission, réversible après extraction.

PIÈGE DU JURY — Le jury attribue au bruit et à la presbycusie des surdités de transmission, alors qu'elles atteignent l'oreille interne.

À RETENIR — Transmission : oreille externe et moyenne. Perception : oreille interne et voies. Dépister la surdité de l'enfant tôt.

Corrigé du QCM 46 • Ophtalmologie — cécités évitables

Réponse(s) exacte(s) : C, F ☐A ☐B ☒C ☐D ☐E ☐F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La cataracte, opacification du cristallin, demeure la première cause de cécité réversible dans le monde, la chirurgie permettant une restitution complète de la vision (F). Le trachome, kératoconjonctivite chronique due à *Chlamydia trachomatis*, évolue vers l'entropion-trichiasis puis l'opacification cornéenne : sa stratégie de contrôle associe chirurgie du trichiasis, antibiotiques, hygiène du visage et amélioration de l'environnement (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Le trachome se transmet par les mains, le linge souillé et les mouches, non par un vecteur piqueur.
- B.** Aucun collyre ne fait régresser une cataracte : le traitement est exclusivement chirurgical.
- D.** La carence en vitamine A est la première cause de cécité évitable de l'enfant, par xérophtalmie et kératomalacie.
- E.** Le champ visuel perdu dans le glaucome chronique est définitivement détruit : le traitement ne fait que stopper la progression.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose un traitement médical de la cataracte, ou une récupération visuelle après glaucome : les deux sont impossibles.

À RETENIR — Cataracte : chirurgie, cécité réversible. Trachome : stratégie CHANCE. Vitamine A : cécité de l'enfant. Glaucome : perte définitive.



Corrigé du QCM 47 • Ophtalmologie — rétinopathie diabétique

Réponse(s) exacte(s) : A, F A B C D E F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La rétinopathie diabétique évolue longtemps à bas bruit : c'est précisément cette latence qui justifie un dépistage systématique et régulier du fond d'œil chez tout diabétique, dès le diagnostic dans le type 2 (A). Le contrôle strict de la glycémie et de la pression artérielle constitue la mesure la plus efficace pour ralentir la progression des lésions microvasculaires (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** La maladie est asymptomatique pendant de longues années, y compris à des stades déjà sévères.
- C.** La baisse d'acuité visuelle est un signe tardif, traduisant souvent une atteinte maculaire ou une complication.
- D.** La rétinopathie complique les deux types de diabète et peut être présente dès le diagnostic dans le type 2.
- E.** Le laser stabilise la maladie et prévient l'aggravation, mais ne restaure pas la vision déjà perdue.

PIÈGE DU JURY — Attendre une baisse d'acuité visuelle pour adresser un diabétique à l'ophtalmologiste conduit à des pertes visuelles irréversibles.

À RETENIR — Dépistage systématique du fond d'œil, équilibre glycémique et tensionnel. Maladie longtemps muette, laser préventif et non curatif.

Corrigé du QCM 48 • Dermatologie — dermatite atopique

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D A B C D E F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La dermatite atopique associe une anomalie de la barrière cutanée, responsable de la sécheresse, et une inflammation prurigineuse évoluant par poussées (D). Le traitement de fond repose sur l'application quotidienne et prolongée d'émollients, qui restaurent la barrière et espacent les poussées (C). Les dermocorticoïdes, appliqués sur les lésions inflammatoires en cure courte et à classe adaptée à l'âge et à la localisation, constituent le traitement des poussées (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** La corticophobie est une cause majeure d'échec thérapeutique : correctement utilisés, les dermocorticoïdes sont sûrs et efficaces.
- E.** La dermatite atopique n'est pas une maladie infectieuse et ne se transmet pas.
- F.** Les évictions alimentaires larges exposent à la dénutrition sans bénéfice : elles ne se discutent qu'en cas d'allergie prouvée.

PIÈGE DU JURY — La corticophobie, entretenue par les distracteurs, est la première cause d'échec du traitement de la dermatite atopique.

À RETENIR — Émollients tous les jours, dermocorticoïdes sur les poussées. Ni éviction alimentaire large, ni corticophobie.



Corrigé du QCM 49 • Dermatologie — psoriasis

Réponse(s) exacte(s) : B, C (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le psoriasis se traduit par des plaques érythémateuses bien limitées recouvertes de squames blanchâtres, siégeant électivement aux faces d'extension des coudes et des genoux, au cuir chevelu et à la région lombosacrée (B). Le rhumatisme psoriasique, atteinte articulaire périphérique ou axiale, peut précéder, accompagner ou suivre l'atteinte cutanée et doit être recherché systématiquement car il conditionne le pronostic fonctionnel (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. La corticothérapie générale est proscrite : son arrêt expose au rebond et aux formes graves, notamment pustuleuses.
- D. Le psoriasis est une maladie chronique évoluant par poussées : les traitements contrôlent les lésions sans guérir la maladie.
- E. L'atteinte du cuir chevelu et des ongles est au contraire très fréquente et parfois révélatrice.
- F. Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique à composante immunitaire et génétique, non contagieuse.

PIÈGE DU JURY — La corticothérapie générale dans le psoriasis est une faute classique, source de formes pustuleuses graves au sevrage.

À RETENIR — Plaques érythémato-squameuses des zones d'extension, atteinte unguéale et articulaire. Jamais de corticothérapie générale.

Corrigé du QCM 50 • Rhumatologie — arthrite septique

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Toute monoarthrite fébrile doit être considérée comme septique jusqu'à preuve du contraire, car le retard diagnostique conduit à la destruction du cartilage en quelques jours (C, D). La ponction articulaire, réalisée avant toute antibiothérapie, apporte le diagnostic par l'analyse cytologique et bactériologique du liquide (E, B). L'antibiothérapie probabiliste, débutée immédiatement après le prélèvement, est ensuite adaptée aux résultats.

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. L'injection de corticoïdes dans une articulation infectée aggrave l'infection : elle est formellement contre-indiquée.
- F. Un retard de quelques jours suffit à détruire irréversiblement le cartilage articulaire.

PIÈGE DU JURY — Infiltrer une monoarthrite fébrile prise pour une poussée inflammatoire est une faute aux conséquences articulaires définitives.

À RETENIR — Monoarthrite fébrile = arthrite septique jusqu'à preuve du contraire. Ponctionner puis traiter. Jamais d'infiltration.



Corrigé du QCM 51 • Rhumatologie — lupus érythémateux systémique

Réponse(s) exacte(s) : A, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le lupus est une maladie auto-immune systémique touchant préférentiellement la femme en période d'activité génitale (E). L'atteinte rénale, la glomérulonéphrite lupique, conditionne largement le pronostic vital et fonctionnel, ce qui justifie la surveillance systématique de la protéinurie et de la créatininémie (C). Les anticorps antinucléaires sont présents dans la quasi-totalité des cas, les anticorps anti-ADN natif et anti-Sm étant plus spécifiques (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Le lupus est une maladie auto-immune, non infectieuse.

D. L'arthrite lupique est typiquement non érosive et non déformante, à la différence de la polyarthrite rhumatoïde.

F. L'exposition solaire déclenche des poussées cutanées et systémiques : la photoprotection est une mesure essentielle.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose l'exposition solaire comme bénéfique, alors qu'elle déclenche les poussées lupiques.

À RETENIR — Femme jeune, anticorps antinucléaires, atteinte rénale pronostique, arthrite non destructive, photoprotection stricte.

Corrigé du QCM 52 • Hématologie — hémophilie

Réponse(s) exacte(s) : D, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'hémophilie se transmet sur un mode récessif lié à l'X : les garçons hémizygotés sont atteints, les filles étant le plus souvent conductrices (E). Les hémarthroses répétées, notamment des genoux, chevilles et coudes, détruisent progressivement le cartilage et aboutissent à l'arthropathie hémophilique invalidante (D). Toute injection intramusculaire est proscrite en raison du risque d'hématome profond compressif (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. L'aspirine altère l'hémostase primaire et majore le risque hémorragique : elle est contre-indiquée.

B. L'hémophilie touche la coagulation, non l'hémostase primaire : le temps de saignement est normal, c'est le TCA qui est allongé.

C. Ce sont les garçons qui sont atteints, les filles étant habituellement conductrices saines.

PIÈGE DU JURY — Le jury confond hémostase primaire et coagulation : dans l'hémophilie, le temps de saignement est normal.

À RETENIR — Récessif lié à l'X, garçons atteints. Hémarthroses et arthropathie. Ni intramusculaire, ni aspirine. TCA allongé, temps de saignement normal.



Corrigé du QCM 53 • Hématologie — splénomégalias

Réponse(s) exacte(s) : A, B, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — En zone d'endémie palustre, la stimulation immunitaire chronique explique la fréquence des splénomégalias, dont la splénomégalie palustre hyperréactive (E). L'hypertension portale, notamment sur cirrhose ou bilharziose hépatosplénique, réalise une splénomégalie congestive (A). Quelle qu'en soit la cause, une rate volumineuse séquestre les éléments figurés et provoque un hypersplénisme, avec anémie, leucopénie et thrombopénie (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- C.** La rate se palpe dans l'hypochondre gauche, le patient en décubitus dorsal ou en décubitus latéral droit.
- D.** Une rate volumineuse est exposée à la rupture traumatique, ce qui impose d'éviter les sports de contact.
- F.** Les causes sont multiples : hématologiques, hépatiques, immunologiques, de surcharge, à côté des causes infectieuses.

PIÈGE DU JURY — Le jury déplace la rate à droite ou nie le risque de rupture : deux erreurs élémentaires mais fréquentes.

À RETENIR — Paludisme, hypertension portale, hémopathies. Hypersplénisme = cytopénies. Rate à gauche, risque de rupture.

Corrigé du QCM 54 • Oncologie — principes du traitement anticancéreux

Réponse(s) exacte(s) : C, D, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La décision thérapeutique en cancérologie se prend en réunion de concertation pluridisciplinaire, qui confronte les données cliniques, histologiques et d'imagerie (D). La toxicité hématologique, avec neutropénie, thrombopénie et anémie, est la toxicité limitante la plus fréquente des chimiothérapies cytotoxiques et impose la surveillance de la numération et l'éducation du patient à la fièvre (C). L'information loyale et le consentement du patient conditionnent toute mise en route de traitement (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Aucun traitement anticancéreux ne s'engage sans preuve histologique, sauf situation exceptionnelle documentée.
- B.** La prise en charge de la douleur est indissociable du traitement du cancer et intervient dès le diagnostic.
- F.** Nausées, vomissements et mucites font partie des effets indésirables les plus constants des chimiothérapies.

PIÈGE DU JURY — Traiter un cancer sans preuve histologique est une faute majeure, régulièrement proposée sous couvert d'urgence.

À RETENIR — Preuve histologique, réunion pluridisciplinaire, information et consentement, soins de support d'emblée.



Corrigé du QCM 55 • Oncologie — urgences oncologiques

Réponse(s) exacte(s) : C, D, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La compression médullaire d'origine tumorale est une urgence : le pronostic fonctionnel dépend directement du délai de décompression, la récupération étant d'autant meilleure que le déficit est récent (E). Le syndrome cave supérieur associe œdème du visage et du cou dit en pèlerine, turgescence jugulaire et circulation veineuse collatérale thoracique (D). La neutropénie fébrile impose une antibiothérapie à large spectre dans l'heure, après prélèvements, en raison du risque de choc septique fulminant (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Attendre les hémocultures dans une neutropénie fébrile expose au décès en quelques heures.
- B. L'hypercalcémie maligne est fréquente et potentiellement mortelle : elle impose une réhydratation et un traitement spécifique.
- F. Même installé, un déficit récent peut partiellement récupérer : l'urgence demeure.

PIÈGE DU JURY — Différer l'antibiothérapie d'une neutropénie fébrile pour attendre la documentation est une faute mortelle.

À RETENIR — Compression médullaire, syndrome cave, neutropénie fébrile, hypercalcémie : quatre urgences oncologiques à traiter sans délai.

Corrigé du QCM 56 • Urologie — traumatismes de l'appareil urinaire

Réponse(s) exacte(s) : C, D, F (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Toute hématurie survenant après un traumatisme impose la recherche d'une lésion de l'appareil urinaire par imagerie (F). L'urétrorragie, sang au méat, signe une lésion urétrale et contre-indique formellement le sondage à l'aveugle, qui transformerait une rupture partielle en rupture complète (C). Les fractures du bassin, par cisaillement, sont la cause classique de rupture de l'urètre postérieur chez l'homme (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. La majorité des traumatismes rénaux fermés se traite de façon conservatrice, sous surveillance.
- B. Une hématurie macroscopique post-traumatique peut traduire une lésion rénale grave et impose une exploration.
- E. Forcer le sondage aggrave la lésion urétrale : il faut recourir au cathétérisme sus-pubien après avis spécialisé.

PIÈGE DU JURY — Le sondage en force devant une urétrorragie est la faute urologique classique du poly-traumatisé.

À RETENIR — Hématurie post-traumatique = imagerie. Urétrorragie = pas de sondage, cathéter sus-pubien. Traumatisme rénal : traitement conservateur le plus souvent.



Corrigé du QCM 57 • Andrologie — infertilité du couple

Réponse(s) exacte(s) : A, D, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'infertilité est une affaire de couple : l'exploration doit être conduite simultanément chez les deux partenaires, toute démarche centrée sur la seule femme conduisant à des explorations inutiles et à une souffrance évitable (A, D est donc faux). Le spermogramme, examen simple et non invasif, figure en première intention (D). Les causes masculines, isolées ou associées, représentent une part importante des infertilités, de l'ordre de la moitié des situations (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Explorer la seule femme est une erreur de démarche fréquente, socialement lourde de conséquences.
- C.** Les infections génitales, notamment les infections sexuellement transmissibles, sont une cause majeure d'infertilité tubaire et masculine.
- E.** Un spermogramme anormal doit être contrôlé à distance, la spermatogenèse durant environ trois mois et étant sensible à de nombreux facteurs transitoires.

PIÈGE DU JURY — Explorer uniquement la femme est l'erreur de démarche la plus fréquente et la plus injuste en infertilité.

À RETENIR — Explorer le couple. Spermogramme en première intention, à contrôler à 3 mois. Penser aux séquelles infectieuses.

Corrigé du QCM 58 • Toxicologie — ingestion de produits caustiques

Réponse(s) exacte(s) : D, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'endoscopie réalisée dans les premières heures, par un opérateur expérimenté, évalue l'étendue et la profondeur des lésions et conditionne toute la prise en charge (D). Le lavage gastrique et les vomissements provoqués font repasser le caustique sur la muqueuse œsophagienne et aggravent les lésions : ils sont proscrits (F). La nécrose transmurale expose à la perforation, à la médiastinite et à la péritonite, complications de pronostic redoutable (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Faire boire majore le volume et favorise les vomissements, donc le second passage du caustique.
- B.** La neutralisation acide-base est exothermique et provoque des brûlures thermiques surajoutées.
- C.** Le sondage à l'aveugle expose à la perforation d'une paroi fragilisée par la nécrose.

PIÈGE DU JURY — Les gestes de bon sens apparent — faire boire, faire vomir, neutraliser — sont tous délétères dans l'ingestion de caustiques.

À RETENIR — Ne rien faire boire, ne pas faire vomir, ne pas neutraliser, ne pas sonder à l'aveugle. Endoscopie précoce.

Corrigé du QCM 59 • Toxicologie — saturnisme

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les peintures anciennes au plomb dégradées, les activités de récupération et de fonderie artisanales, certaines poteries et cosmétiques traditionnels constituent les sources principales (B). L'enfant absorbe davantage de plomb et son système nerveux en développement est particulièrement vulnérable, avec troubles cognitifs et du comportement (A). La plombémie affirme le diagnostic et guide la conduite à tenir, notamment le dépistage de la fratrie et la recherche de la source (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- D.** Les déficits cognitifs acquis sont en grande partie irréversibles : la priorité est la suppression de l'exposition.
- E.** Le plomb se fixe durablement dans l'os et s'accumule, avec un relargage prolongé dans l'organisme.
- F.** L'intoxication est le plus souvent silencieuse au début, ce qui justifie le dépistage ciblé sur l'exposition.

PIÈGE DU JURY — Présenter l'atteinte neurologique comme réversible après chélation détourne de l'essentiel : supprimer la source d'exposition.

À RETENIR — Chercher la source, doser la plombémie, dépister la fratrie. Atteinte neurologique de l'enfant largement irréversible.



Corrigé du QCM 60 • Réanimation — nutrition du patient de réanimation

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La voie entérale, chaque fois que le tube digestif est fonctionnel, maintient le trophisme de la muqueuse, limite la translocation bactérienne et réduit les complications infectieuses par rapport à la voie parentérale (C). La dénutrition altère l'immunité, retarde la cicatrisation et allonge la durée de séjour (A). Chez le patient sévèrement dénutri, la reprise des apports provoque un transfert intracellulaire massif de phosphore, de potassium et de magnésium, réalisant le syndrome de renutrition inappropriée, potentiellement mortel (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Une renutrition trop rapide est précisément le mécanisme du syndrome de renutrition : la progression doit être prudente.

E. La voie parentérale expose aux complications infectieuses de cathéter et métaboliques : elle est réservée aux échecs ou contre-indications de la voie entérale.

F. Le jeûne prolongé aggrave la dénutrition et le pronostic : la nutrition est mise en route précocement.

PIÈGE DU JURY — La renutrition maximale d'emblée chez un patient dénutri est une faute classique, source de décès par troubles électrolytiques.

À RETENIR — Entérale d'abord, précoce, progressive. Redouter le syndrome de renutrition chez le dénutri sévère.

Corrigé du QCM 61 • Néphrologie — indications de l'épuration extrarénale

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les indications urgentes d'épuration ne reposent pas sur un chiffre de créatinine mais sur des complications menaçantes : l'hyperkaliémie réfractaire, par le risque d'arrêt cardiaque (A), la surcharge hydrosodée avec œdème aigu du poumon chez un patient anurique, chez qui les diurétiques sont inopérants (C), et l'acidose métabolique sévère non contrôlable médicalement (D). S'y ajoutent certaines intoxications et les complications urémiques telles que péricardite et encéphalopathie.

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. L'épuration se décide sur les complications et la tolérance clinique, non sur la valeur isolée de la créatininémie.

E. La protéinurie, même abondante, relève d'une démarche diagnostique et non d'une épuration en urgence.

F. L'anémie chronique bien tolérée relève d'un traitement spécifique, agents stimulant l'érythropoïèse et fer, non de la dialyse.

PIÈGE DU JURY — Poser l'indication de dialyse sur un chiffre de créatinine plutôt que sur les complications est l'erreur de raisonnement classique.

À RETENIR — Dialyser sur les complications : hyperkaliémie, surcharge, acidose, urémie symptomatique, intoxication. Pas sur un chiffre isolé.



Corrigé du QCM 62 • Santé publique — district sanitaire

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le district sanitaire est l'échelon opérationnel du système de santé : c'est à ce niveau que les politiques nationales se traduisent en activités concrètes pour une population délimitée (A). Il s'organise autour d'un réseau de formations sanitaires périphériques appuyé par un hôpital de district assurant la référence (C). Le système de référence et de contre-référence, qui organise l'orientation des patients et le retour de l'information au premier échelon, en constitue un rouage essentiel (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- D.** Le district intègre prévention, promotion de la santé, soins curatifs et réadaptation.
- E.** Le recueil et l'analyse des indicateurs sanitaires sont au cœur des fonctions du district.
- F.** L'élaboration des politiques relève du niveau central ; le district en assure la mise en œuvre.

PIÈGE DU JURY — Le jury confond niveau central, chargé des politiques, et district, chargé de leur mise en œuvre opérationnelle.

À RETENIR — District = échelon opérationnel, formations périphériques + hôpital de référence, système de référence et contre-référence.

Corrigé du QCM 63 • Santé publique — couverture sanitaire universelle

Réponse(s) exacte(s) : B, C, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La couverture sanitaire universelle poursuit un double objectif : que chacun accède aux services dont il a besoin et que ce recours ne conduise pas à des dépenses catastrophiques (F). Les paiements directs au moment du soin sont précisément le mécanisme qui appauvrit les ménages et retarde le recours (C). La solution passe par le prépaiement et la mutualisation du risque, cotisations, assurance et financement public, qui répartissent la charge sur la collectivité et dans le temps (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Elle englobe promotion, prévention, soins curatifs, réadaptation et soins palliatifs, à tous les niveaux.
- D.** La qualité fait partie intégrante de la définition : des services accessibles mais inefficaces ne remplissent pas l'objectif.
- E.** Elle ne se confond pas avec la gratuité universelle : elle combine des mécanismes de financement et des choix de priorités.

PIÈGE DU JURY — Réduire la couverture universelle à la gratuité méconnaît les dimensions de qualité et de soutenabilité financière.

À RETENIR — Accès + qualité + protection financière. Réduire les paiements directs par le prépaiement et la mutualisation.

Corrigé du QCM 64 • Santé publique — planification familiale

Réponse(s) exacte(s) : A, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'espacement des naissances réduit la mortalité maternelle en diminuant le nombre de grossesses à risque, et la mortalité infantile en améliorant les conditions de l'allaitement et de la croissance (A). Le conseil doit permettre un choix libre et éclairé parmi les méthodes disponibles, adapté à la situation et aux souhaits de la personne (E). En prévenant les grossesses non désirées, la planification familiale réduit le recours aux avortements à risque, cause majeure de mortalité maternelle (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Elle comporte information, conseil, éducation, suivi et prise en charge de l'infertilité, au-delà de la seule distribution de produits.
- D.** En retardant les grossesses précoces, elle favorise au contraire le maintien des filles à l'école.
- F.** Le consentement de la femme est requis : aucune méthode ne peut lui être imposée par un tiers.

PIÈGE DU JURY — Subordonner la contraception à l'accord du conjoint est une atteinte au consentement, parfois présentée comme une norme.

À RETENIR — Espacement des naissances = moins de mortalité maternelle et infantile. Choix libre et éclairé, consentement de la femme.



Corrigé du QCM 65 • Santé publique — santé des adolescents

Réponse(s) exacte(s) : A, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La garantie de confidentialité est le déterminant principal du recours aux soins à cet âge, la crainte que l'information soit rapportée à l'entourage étant le premier frein (A). La grossesse chez l'adolescente comporte un risque accru de dystocie, de pré-éclampsie, de prématurité et de mortalité maternelle, du fait de l'immaturité pelvienne et du recours tardif (C). L'éducation à la santé sexuelle et reproductive, adaptée à l'âge, constitue une intervention préventive de premier plan (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Les adolescents cumulent des problématiques spécifiques : santé mentale, sexualité, addictions, accidents, nutrition.

D. L'usage de substances débute fréquemment à cette période et constitue un enjeu de prévention majeur.

F. Accidents de la voie publique, violences et complications de grossesse en font une période à mortalité évitable non négligeable.

PIÈGE DU JURY — Considérer l'adolescence comme un âge sans problème de santé conduit à l'absence de services adaptés.

À RETENIR — Confidentialité, accueil adapté, éducation sexuelle et reproductive. Risques : grossesse précoce, substances, accidents, santé mentale.

Corrigé du QCM 66 • Santé publique — nutrition communautaire

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La mesure du périmètre brachial, simple et reproductible, permet un dépistage actif de la malnutrition aiguë au niveau communautaire, avant l'apparition des complications (A). La promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois figure parmi les interventions au meilleur rapport coût-efficacité sur la survie de l'enfant (C). L'enrichissement des aliments de base en fer, iode, acide folique ou vitamine A permet de toucher l'ensemble de la population, y compris les groupes non atteints par les services de santé (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Les formes non compliquées avec appétit conservé se traitent en ambulatoire par aliment thérapeutique prêt à l'emploi.

E. Les agents de santé communautaires sont au contraire la cheville ouvrière du dépistage et de la référence.

F. Les interventions nutritionnelles figurent parmi celles dont l'effet sur la mortalité infantile est le mieux démontré.

PIÈGE DU JURY — Hospitaliser toutes les malnutritions aiguës sévères sature les structures et écarte du soin les familles éloignées.

À RETENIR — Dépistage communautaire par périmètre brachial, prise en charge ambulatoire des formes non compliquées, allaitement et fortification.



Corrigé du QCM 67 • Santé publique — zoonoses et approche Une seule santé

Réponse(s) exacte(s) : C, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Rage, charbon bactérien et brucellose comptent parmi les zoonoses classiques, transmises respectivement par morsure, contact avec des produits animaux contaminés et consommation de lait cru ou contact professionnel (F). L'approche Une seule santé reconnaît l'interdépendance des santés humaine, animale et environnementale, la majorité des maladies infectieuses émergentes étant d'origine animale (E). La surveillance conjointe permet de détecter les événements chez l'animal avant leur émergence chez l'homme (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** La transmission alimentaire est au contraire une voie majeure : lait cru, viande insuffisamment cuite, produits contaminés.
- B.** Elle suppose par définition une collaboration intersectorielle avec l'élevage, la faune sauvage et l'environnement.
- D.** L'usage massif d'antibiotiques en élevage participe directement à la diffusion des résistances vers l'homme.

PIÈGE DU JURY — Cantonner l'approche Une seule santé au secteur sanitaire en annule le principe même, qui est intersectoriel.

À RETENIR — Zoonoses : rage, charbon, brucellose, gripes aviaires. Surveillance conjointe et action intersectorielle.

Corrigé du QCM 68 • Épidémiologie — mesures d'impact

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le risque attribuable chez les exposés est une différence d'incidences : il exprime l'excès de cas imputable à l'exposition et donc le nombre de cas évitables si l'exposition disparaissait (A). La fraction attribuable dans la population combine la force de l'association et la fréquence de l'exposition : une exposition faiblement risquée mais très répandue peut peser davantage qu'une exposition très risquée mais rare (D). Ces mesures, contrairement au risque relatif, sont celles qui permettent de hiérarchiser les priorités de prévention (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- C.** Le risque relatif mesure la force de l'association et non l'impact en population, qui dépend aussi de la fréquence de l'exposition.
- E.** Le risque attribuable est une différence, non un rapport : c'est le risque relatif qui est un rapport.
- F.** Le nombre de sujets à traiter est l'inverse de la réduction absolue du risque : il dépend directement du risque de base.

PIÈGE DU JURY — Confondre force de l'association et impact en population conduit à des priorités de prévention mal hiérarchisées.

À RETENIR — Rapport = force de l'association. Différence = impact. Fraction attribuable en population = force $\times$ fréquence de l'exposition.



Corrigé du QCM 69 • Épidémiologie — investigation d'épidémie

Réponse(s) exacte(s) : B, C, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'investigation commence par la confirmation de la réalité de l'épidémie, une augmentation apparente pouvant résulter d'un changement de définition, de recensement ou de sensibilité diagnostique (E). L'élaboration d'une définition de cas explicite, en termes cliniques, de temps et de lieu, conditionne le recensement (B). La description en temps, lieu et personne fournit ensuite les hypothèses sur la source et le mode de transmission, hypothèses testées par une étude analytique (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Les mesures de contrôle sont engagées dès que possible, en parallèle de l'investigation : elles n'attendent pas ses conclusions.
- D. Une communication claire et régulière prévient la rumeur et favorise l'adhésion aux mesures.
- F. Même le germe identifié, la description reste indispensable pour comprendre la source et le mode de transmission.

PIÈGE DU JURY — Attendre la fin de l'investigation pour agir laisse l'épidémie se propager : investigation et contrôle sont simultanés.

À RETENIR — Confirmer, définir les cas, décrire en temps-lieu-personne, formuler et tester les hypothèses. Contrôler en parallèle, communiquer.

Corrigé du QCM 70 • Biostatistique — description des données

Réponse(s) exacte(s) : A, C, F (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La médiane, qui partage l'effectif en deux, ne dépend que du rang des observations et non de leur valeur : elle résiste aux valeurs extrêmes qui déplacent fortement la moyenne (A, F). L'écart-type, racine de la variance, quantifie la dispersion des observations autour de la moyenne (C). Le choix du couple de résumés dépend donc de la forme de la distribution : moyenne et écart-type pour une distribution symétrique, médiane et intervalle interquartile pour une distribution asymétrique.

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B. Une variable qualitative se décrit par des effectifs et des pourcentages, jamais par une moyenne.
- D. En présence de valeurs extrêmes ou d'une distribution asymétrique, la moyenne est trompeuse.
- E. L'écart-type mesure la dispersion, non la tendance centrale.

PIÈGE DU JURY — Calculer une moyenne sur une variable qualitative ou sur une distribution très asymétrique produit un résumé dénué de sens.

À RETENIR — Symétrique : moyenne et écart-type. Asymétrique : médiane et intervalle interquartile. Qualitative : effectifs et pourcentages.

Corrigé du QCM 71 • Biostatistique — échantillonnage

Réponse(s) exacte(s) : B, D, F (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le tirage au sort donne à chaque individu de la population source une probabilité connue d'être inclus, ce qui fonde la représentativité et permet le calcul des intervalles de confiance (F). La précision, mesurée par la largeur de l'intervalle, s'améliore avec la taille de l'échantillon (B). Le sondage en grappes, qui tire au sort des unités géographiques puis des sujets à l'intérieur, réduit fortement les coûts logistiques en population dispersée, au prix d'un effet de grappe à prendre en compte dans l'analyse (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Les volontaires diffèrent systématiquement de la population générale : c'est un biais de sélection majeur.
- C. Augmenter la taille d'un échantillon biaisé produit une estimation plus précise du mauvais résultat.
- E. Une non-réponse importante et différentielle biaise les estimations, indépendamment de la taille de l'échantillon.

PIÈGE DU JURY — Croire qu'un grand effectif corrige un biais de sélection est l'illusion statistique la plus répandue.

À RETENIR — Le tirage au sort fonde la représentativité. La taille améliore la précision, jamais la justesse. La non-réponse biaise.



Corrigé du QCM 72 • Éthique — information et consentement aux soins

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'information doit être claire, loyale, appropriée et délivrée dans des termes accessibles, sa compréhension conditionnant la validité du consentement (A). Le patient informé peut refuser un soin, y compris nécessaire, le médecin devant s'efforcer de le convaincre et tracer la démarche (D). Le consentement est recherché avant tout acte, la seule exception étant l'urgence vitale chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de personne de confiance joignable (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- C.** Passer outre un refus éclairé sans démarche de conviction ni traçabilité expose le médecin et méconnaît l'autonomie du patient.
- E.** L'omission d'information pour préserver le patient ne peut être qu'exceptionnelle et motivée : elle n'est pas laissée à la libre appréciation.
- F.** Le patient majeur capable est seul titulaire du droit de consentir ; la famille ne s'y substitue pas.

PIÈGE DU JURY — Substituer l'avis de la famille à celui d'un patient majeur capable est une atteinte fréquente et méconnue à son autonomie.

À RETENIR — Information claire, loyale, adaptée. Consentement avant tout acte. Le patient capable peut refuser. La famille ne consent pas à sa place.

Corrigé du QCM 73 • Éthique — fin de vie

Réponse(s) exacte(s) : D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le soulagement de la douleur et des symptômes pénibles constitue une obligation constante, indépendante du pronostic (F). L'obstination déraisonnable, poursuite de traitements inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie, doit être évitée (E). La décision de limitation ou d'arrêt de traitement suppose une démarche collégiale, associant l'équipe, prenant en compte les volontés exprimées par le patient, et faisant l'objet d'une traçabilité (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** La recherche des volontés du patient, directement ou par ses directives et sa personne de confiance, est au centre de la décision.
- B.** Arrêter un traitement déraisonnable n'est pas abandonner : l'accompagnement et les soins se poursuivent pleinement.
- C.** Les soins de confort sont au contraire intensifiés lorsque le curatif est arrêté : hygiène, antalgie, présence, soutien.

PIÈGE DU JURY — Opposer arrêt des traitements curatifs et poursuite des soins est un contresens : les soins de confort s'intensifient.

À RETENIR — Soulager toujours, éviter l'obstination déraisonnable, décider collégialement, rechercher les volontés du patient, ne jamais abandonner.



Corrigé du QCM 74 • Médecine légale — certificat de coups et blessures

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le certificat initial descriptif consigne objectivement les lésions constatées, leur siège, leur nombre, leurs dimensions et leur aspect, éléments qui fonderont l'appréciation judiciaire (C). Les déclarations de la victime sont rapportées au conditionnel et entre guillemets, clairement distinguées des constatations médicales (B). Le certificat est remis en main propre à la victime, seule libre d'en faire usage (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

D. Conclure sur la culpabilité outrepassa gravement le rôle du médecin et engage sa responsabilité.

E. Le médecin constate des lésions, il ne désigne pas d'auteur : cela relèverait d'une attribution de responsabilité hors de sa compétence.

F. La remise à un tiers viole le secret médical : seule la victime, ou l'autorité judiciaire par réquisition, peut en obtenir communication.

PIÈGE DU JURY — Désigner l'auteur présumé dans un certificat est une faute déontologique fréquente, née d'un désir d'aider la victime.

À RETENIR — Décrire les lésions, citer les dires au conditionnel, ne jamais désigner d'auteur ni conclure. Remise en main propre.

Corrigé du QCM 75 • Immunologie — types de vaccins

Réponse(s) exacte(s) : B, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les vaccins vivants atténués, conservant une capacité de réplication, sont contre-indiqués en cas d'immunodépression sévère et pendant la grossesse en raison du risque théorique de maladie vaccinale (B). Les vaccins inactivés, moins immunogènes, requièrent des doses répétées et des rappels pour établir et entretenir la mémoire immunitaire (E). Les anatoxines, comme celles du tétanos et de la diphtérie, sont des toxines traitées ayant perdu leur toxicité mais conservé leur pouvoir immunogène (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Les vaccins vivants atténués sont au contraire contre-indiqués pendant la grossesse.

D. La protection apparaît après un délai de deux à trois semaines, nécessaire à la réponse immunitaire.

F. Les vaccins inactivés ne contiennent aucun agent capable de se répliquer : ils ne peuvent provoquer la maladie.

PIÈGE DU JURY — Croire à une protection immédiate conduit à négliger les mesures complémentaires pendant le délai d'installation de l'immunité.

À RETENIR — Vivants atténués : contre-indiqués si immunodépression sévère et grossesse. Inactivés : rappels. Anatoxines : toxines détoxifiées.



Corrigé du QCM 76 • Microbiologie — prélèvements et interprétation

Réponse(s) exacte(s) : B, C, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'antibiothérapie préalable négative les cultures et fait perdre l'information microbiologique : le prélèvement précède le traitement chaque fois que l'état du patient le permet (B). Les délais et les conditions de transport conditionnent la survie des germes fragiles et la prolifération des contaminants (C). L'interprétation exige de connaître la flore commensale du site : la présence d'une bactérie sur un site naturellement colonisé ne signifie pas infection (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Le staphylocoque à coagulase négative est le contaminant cutané le plus fréquent : sa signification dépend du nombre de flacons positifs et du contexte.
- D. La sensibilité in vitro ne préjuge pas de la diffusion de l'antibiotique au site infecté, comme dans la prostate, l'os ou le système nerveux central.
- F. Traiter toute bactérie isolée revient à traiter des colonisations et des contaminations : la décision est clinique.

PIÈGE DU JURY — Traiter un résultat de laboratoire plutôt qu'un patient conduit à des antibiothérapies inutiles et à des résistances.

À RETENIR — Prélever avant de traiter, soigner le transport, interpréter selon la flore du site et la clinique.

Corrigé du QCM 77 • Pharmacologie — interactions médicamenteuses

Réponse(s) exacte(s) : B, D, F (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les inducteurs enzymatiques, comme la rifampicine ou certains antiépileptiques, accélèrent le métabolisme des médicaments associés et diminuent leur concentration, avec risque d'échec thérapeutique, notamment celui d'une contraception (B). Les inhibiteurs enzymatiques produisent l'effet inverse et exposent au surdosage (D). Les médicaments à marge thérapeutique étroite, anticoagulants, antiépileptiques, digitaliques et immunosuppresseurs, sont les plus concernés (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. L'automédication, la phytothérapie et les préparations traditionnelles interagissent également et doivent être recherchées à l'interrogatoire.
- C. Le risque d'interaction croît de façon exponentielle avec le nombre de médicaments associés.
- E. Beaucoup d'interactions sont silencieuses jusqu'à l'événement clinique, thrombose, hémorragie ou crise convulsive.

PIÈGE DU JURY — Ne pas interroger le patient sur l'automédication et les produits traditionnels fait manquer des interactions majeures.

À RETENIR — Inducteurs : sous-dosage. Inhibiteurs : surdosage. Marge étroite = danger. Toujours interroger sur l'automédication.



Corrigé du QCM 78 • Pharmacologie — pharmacovigilance

Réponse(s) exacte(s) : A, C, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La pharmacovigilance repose sur la notification spontanée par les professionnels, complétée par les études post-autorisation (F). Les effets graves doivent être notifiés même connus, car c'est la fréquence et le contexte de survenue qui alimentent la réévaluation du rapport bénéfice-risque (C). L'imputabilité s'apprécie selon des critères chronologiques, délai d'apparition, évolution à l'arrêt, et sémiologiques, tableau évocateur et absence d'autre explication (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Des effets rares n'apparaissent qu'après des années d'utilisation en population large : la surveillance est permanente.
- D.** Les effets connus, notamment graves, doivent aussi être notifiés pour suivre leur fréquence réelle en vie courante.
- E.** La notification repose sur une suspicion : exiger la certitude reviendrait à ne jamais déclarer.

PIÈGE DU JURY — Attendre la certitude du lien de causalité pour notifier fait échouer le principe même de la pharmacovigilance.

À RETENIR — Notifier sur simple suspicion, y compris les effets connus et pour les médicaments anciens. Imputabilité chronologique et sémiologique.

Corrigé du QCM 79 • Pharmacologie — antalgiques et paliers

Réponse(s) exacte(s) : A, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le choix du traitement découle de l'évaluation de l'intensité de la douleur par une échelle validée, et non d'une progression obligée (D). Une douleur d'emblée intense, notamment aiguë ou cancéreuse, justifie de commencer directement par un opioïde fort (A). L'association d'antalgiques de mécanismes différents, dite analgésie multimodale, permet d'améliorer l'efficacité en limitant les doses et les effets indésirables de chacun (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Les douleurs neuropathiques répondent mal aux antalgiques usuels et relèvent des antiépileptiques et de certains antidépresseurs.
- C.** L'escalade obligatoire des paliers retarde le soulagement : le palier initial est choisi selon l'intensité.
- E.** L'administration à horaires fixes prévient la réapparition de la douleur, les prises à la demande n'étant qu'un complément.

PIÈGE DU JURY — Graver obligatoirement les paliers devant une douleur intense est une pratique dépassée qui laisse souffrir le patient.

À RETENIR — Évaluer, choisir le palier selon l'intensité, prescrire à horaires fixes, associer les mécanismes. Douleur neuropathique : traitement spécifique.



Corrigé du QCM 80 • Physiologie — hémostase primaire

Réponse(s) exacte(s) : A, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'hémostase primaire, première réponse à la brèche vasculaire, associe vasoconstriction, adhésion, activation et agrégation plaquettaires pour aboutir au clou plaquettaire (E). Le facteur Willebrand assure l'adhésion des plaquettes au sous-endothélium exposé, rôle expliquant le tableau hémorragique cutanéomuqueux de sa déficience (A). L'aspirine acétyle de façon irréversible la cyclo-oxygénase plaquettaire, d'où un effet persistant pendant toute la durée de vie de la plaquette, environ dix jours (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Le réseau de fibrine résulte de la coagulation, seconde étape qui consolide le clou plaquettaire.
- C.** L'inhibition de la synthèse des facteurs vitamine K dépendants est le mécanisme des antivitamines K.
- D.** Le temps de céphaline activée explore la voie intrinsèque de la coagulation, non l'hémostase primaire.

PIÈGE DU JURY — Le jury mélange hémostase primaire et coagulation, y compris dans les mécanismes d'action des antithrombotiques.

À RETENIR — Primaire : plaquettes, Willebrand, clou plaquettaire. Coagulation : fibrine, exploré par TP et TCA. Aspirine : inhibition irréversible.

Corrigé du QCM 81 • Biochimie — compartiments hydriques et osmolarité

Réponse(s) exacte(s) : B, D, E **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le sodium et ses anions accompagnateurs représentent l'essentiel de l'osmolarité du secteur extracellulaire (E). Comme l'eau se déplace librement selon le gradient osmotique, la natrémie renseigne sur l'état d'hydratation du secteur intracellulaire : une hypernatrémie signe une déshydratation intracellulaire, une hyponatrémie une hyperhydratation intracellulaire (D). Les signes cliniques du secteur extracellulaire sont d'ordre hémodynamique : pli cutané, hypotension, tachycardie et perte de poids (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** La natrémie est une concentration : elle dépend autant de l'eau que du sodium et ne renseigne pas sur le capital sodé.
- C.** La soif traduit l'hyperosmolarité, donc la déshydratation intracellulaire.
- F.** L'eau se déplace du secteur le moins concentré vers le plus concentré, c'est-à-dire vers le secteur le plus osmolaire.

PIÈGE DU JURY — Lire la natrémie comme un stock de sodium plutôt que comme une concentration est l'erreur de raisonnement fondamentale.

À RETENIR — Natrémie = état du secteur intracellulaire. Signes hémodynamiques = secteur extracellulaire. L'eau va vers le plus concentré.

Corrigé du QCM 82 • Imagerie — radioprotection

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La radioprotection repose sur trois principes : la justification, qui exige que le bénéfice attendu de l'examen dépasse le risque (D), l'optimisation, qui impose d'obtenir l'information diagnostique avec la dose la plus faible raisonnablement possible (B), et la limitation des doses. La recherche d'une grossesse avant tout examen irradiant chez la femme en âge de procréer complète ces principes (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Les doses reçues sont cumulatives sur la vie entière, ce qui justifie la traçabilité des examens.
- E.** L'enfant est plus radiosensible que l'adulte, du fait de tissus en division rapide et d'une espérance de vie plus longue.
- F.** L'échographie et l'imagerie par résonance magnétique n'utilisent pas de rayonnements ionisants.

PIÈGE DU JURY — Considérer l'enfant comme moins radiosensible conduit à des protocoles inadaptés et à un surrisque à long terme.

À RETENIR — Justification, optimisation, limitation. Doses cumulatives. Enfant plus radiosensible. Échographie et IRM non irradiantes.



Corrigé du QCM 83 • Gériatrie — iatrogénie médicamenteuse

Réponse(s) exacte(s) : A, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La polymédication multiplie les interactions et les effets indésirables, dont le risque croît fortement avec le nombre de lignes de l'ordonnance (E). La réévaluation périodique de chaque prescription, avec arrêt de ce qui n'est plus justifié, constitue le principal levier de réduction de l'iatrogénie (A). La baisse physiologique du débit de filtration glomérulaire, souvent masquée par une créatininémie normale du fait de la faible masse musculaire, impose l'adaptation des posologies (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Ajouter un médicament pour corriger l'effet d'un autre engage la cascade médicamenteuse, mécanisme majeur d'iatrogénie.
- C.** Chutes, confusion, hypotension et rétention d'urine sont des manifestations classiques d'iatrogénie chez le sujet âgé.
- D.** Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques du sujet âgé imposent au contraire une adaptation systématique.

PIÈGE DU JURY — La cascade médicamenteuse, où chaque effet indésirable engendre une nouvelle prescription, est le piège central de la gériatrie.

À RETENIR — Réévaluer et déprescrire, adapter à la fonction rénale, penser à l'iatrogénie devant toute chute ou confusion.

Corrigé du QCM 84 • Réadaptation — handicap

Réponse(s) exacte(s) : A, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le handicap ne se confond pas avec la déficience : il naît de l'interaction entre les limitations d'une personne et les obstacles de son environnement physique, social et attitudinal (A, D est donc faux). La réadaptation vise l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale, au-delà de la seule récupération organique (E). L'aménagement de l'environnement, l'accessibilité et les aides techniques réduisent la situation de handicap à déficience constante (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** La réadaptation débute précocement, dès la phase aiguë, pour prévenir les complications de l'immobilité et les rétractions.
- C.** Cette conception purement médicale du handicap est dépassée : l'environnement en est un déterminant central.
- D.** La réadaptation concerne aussi les atteintes sensorielles, cognitives, psychiques et viscérales.

PIÈGE DU JURY — Attendre la stabilisation complète pour débiter la rééducation entraîne raideurs, escarres et perte de chances fonctionnelles.

À RETENIR — Handicap = déficience × environnement. Réadaptation précoce, globale, orientée vers l'autonomie et la participation.

PARTIE 2 — CAS CLINIQUES

QCM 85 à 88

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Cas clinique n°1 — Fracture ouverte de jambe

Rappel de l'énoncé

Un homme de 29 ans, conducteur de moto, est victime d'un choc avec un véhicule. Il est admis 90 minutes après l'accident. Il est conscient, Glasgow 15, pression artérielle 118/70 mmHg, pouls 98 par minute. Il présente une déformation de la jambe droite avec une plaie de 6 cm en regard du foyer, souillée de terre, laissant apparaître le tibia. Le pied est chaud, le pouls pédieux est perçu, la mobilité des orteils est conservée et la sensibilité plantaire est normale. Il ne se souvient pas de sa dernière vaccination antitétanique. La radiographie confirme une fracture transversale du tiers moyen des deux os de la jambe.



Corrigé du QCM 85 • Cas 1 — prise en charge initiale

Réponse(s) exacte(s) : B, E, F (A B C D E F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le parage chirurgical avec excision des tissus dévitalisés et lavage abondant au sérum physiologique constitue le geste déterminant du pronostic infectieux et doit être réalisé le plus tôt possible (F). L'antibiothérapie, débutée dès l'admission, complète le parage sans s'y substituer (B). La plaie souillée par de la terre chez un patient au statut vaccinal inconnu impose une prophylaxie antitétanique complète, vaccin et immunoglobulines selon le protocole (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. L'exploration instrumentale aux urgences aggrave la contamination et n'apporte rien : l'exploration se fait au bloc.
- C. L'immobilisation immédiate limite les lésions des parties molles, la douleur et le risque vasculo-nerveux lors des mobilisations.
- D. Suturer une plaie souillée enferme l'infection et conduit à l'ostéite : la fermeture se décide au bloc, selon l'état des tissus.

PIÈGE DU JURY — Suturer aux urgences une plaie souillée pour « fermer proprement » est la faute qui crée les ostéites chroniques.

À RETENIR — Parage précoce au bloc, antibiotiques, prophylaxie antitétanique, immobilisation immédiate. Ne pas suturer, ne pas explorer aux urgences.

Corrigé du QCM 86 • Cas 1 — surveillance

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D, F (A B C D E F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le syndrome des loges, complication redoutée des fractures de jambe, résulte de l'augmentation de pression dans une loge inextensible et conduit à la nécrose musculaire et nerveuse en quelques heures : sa recherche est systématique et répétée (B). Le signe le plus précoce et le plus constant est une douleur croissante, disproportionnée, résistante aux antalgiques et majorée par l'étirement passif des orteils (D), suivie de troubles sensitifs (F). Une fois constitué, il impose une aponévrotomie de décharge en urgence (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Le pouls périphérique reste perçu jusqu'à un stade tardif : sa présence n'élimine en rien un syndrome des loges.
- E. La surveillance doit être rapprochée, horaire dans les premières heures, car le syndrome des loges se constitue rapidement.

PIÈGE DU JURY — Se rassurer sur la présence du pouls pédieux est l'erreur qui fait manquer le syndrome des loges jusqu'au stade irréversible.

À RETENIR — Douleur disproportionnée + étirement passif douloureux = syndrome des loges. Le pouls reste perçu. Aponévrotomie en urgence.

Corrigé du QCM 87 • Cas 1 — complications

Réponse(s) exacte(s) : D, E, F (A B C D E F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'ouverture du foyer et la contamination tellurique exposent en premier lieu à l'infection osseuse, d'évolution potentiellement chronique (F). Le traumatisme des parties molles et la dévascularisation compromettent la consolidation, avec risque de retard ou de pseudarthrose, particulièrement fréquent au tibia dont la vascularisation est précaire (E). L'immobilisation, le traumatisme et la chirurgie créent les conditions de la triade de Virchow et exposent à la thrombose veineuse (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. L'insuffisance rénale n'a pas de lien avec une carence vitaminique dans ce contexte traumatique aigu.
- B. Aucun lien physiopathologique n'existe entre une fracture et une hyperthyroïdie.
- C. Une hypercalcémie n'est pas une conséquence attendue d'une fracture chez un sujet jeune mobilisé.

PIÈGE DU JURY — Le jury insère des complications métaboliques sans rapport pour tester la rigueur du raisonnement physiopathologique.

À RETENIR — Fracture ouverte du tibia : infection, pseudarthrose, thrombose, syndrome des loges.



Corrigé du QCM 88 • Cas 1 — prévention et suites

Réponse(s) exacte(s) : C, D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La prévention thromboembolique est justifiée par l'immobilisation, le traumatisme et la chirurgie (E). La rééducation précoce, adaptée au montage chirurgical, prévient raideur, amyotrophie et algodystrophie (F). La prévention primaire des traumatismes de la voie publique, casque, vitesse, alcool et respect du code, relève de la santé publique et fait partie du discours médical (D). Enfin, l'information du patient sur les signes d'infection, fièvre, douleur croissante et écoulement, permet une consultation précoce (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. L'accident de trajet ouvre des droits au titre de la législation professionnelle : la déclaration a un intérêt direct pour le patient.

B. L'appui dépend du type de fracture et du montage : il est le plus souvent différé ou progressif.

PIÈGE DU JURY — Autoriser l'appui immédiat sans tenir compte du montage compromet la consolidation.

À RETENIR — Prévention thromboembolique, rééducation précoce, appui selon le montage, information sur les signes d'infection.

PARTIE 2 — CAS CLINIQUES

QCM 89 à 92

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Cas clinique n°2 — Crise douloureuse chez un enfant drépanocytaire

Rappel de l'énoncé

Un garçon de 7 ans, drépanocytaire homozygote connu, est amené pour des douleurs intenses des membres inférieurs et du dos évoluant depuis 24 heures, apparues après une journée de jeu au grand air par temps frais. Il pleure, refuse de marcher. Température 37,8 °C, pouls 118 par minute, fréquence respiratoire 26 par minute, saturation 96 %. L'examen retrouve une pâleur conjonctivale, un subictère, une splénomégalie modérée. Il n'y a ni raideur de nuque, ni douleur abdominale, ni signe de détresse respiratoire. Hémoglobine 7,2 g/dL (valeur habituelle 7,5 g/dL), leucocytes 14 000/mm³.

Corrigé du QCM 89 • Cas 2 — analyse de la situation

Réponse(s) exacte(s) : A, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les douleurs ostéoarticulaires intenses, symétriques, survenant après une exposition au froid chez un drépanocytaire connu, définissent la crise vaso-occlusive, conséquence de la falciformation et de l'occlusion microcirculatoire (F). Froid, déshydratation, effort, infection, hypoxie et stress en sont les facteurs déclenchants classiques (A). Le taux de 7,2 g/dL est proche de la valeur de base du patient à 7,5 g/dL : c'est cette comparaison, et non la valeur absolue, qui oriente la conduite (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. La transfusion se décide sur l'écart avec l'hémoglobine habituelle et la tolérance, non sur un chiffre isolé chez un patient adapté à son anémie chronique.

C. Toute fièvre chez un drépanocytaire impose la recherche d'une infection : l'asplénie fonctionnelle expose aux infections invasives à germes encapsulés.

D. La splénomégalie est fréquente chez l'enfant drépanocytaire avant l'involution splénique progressive.

PIÈGE DU JURY — Transfuser sur le chiffre absolu d'hémoglobine sans le comparer à la valeur habituelle du patient est l'erreur constante de ce dossier.

À RETENIR — Crise vaso-occlusive : douleurs osseuses après froid ou déshydratation. Comparer l'hémoglobine à la valeur de base. Toute fièvre s'explore.



Corrigé du QCM 90 • Cas 2 — traitement de la crise

Réponse(s) exacte(s) : B, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La douleur de la crise vaso-occlusive est l'une des plus intenses en pathologie pédiatrique : son traitement est une urgence et doit être adapté à l'intensité évaluée, sans hésiter à recourir aux opioïdes forts (F). L'hydratation, par voie orale ou intraveineuse, lutte contre l'hémoconcentration qui entretient la falciformation (D). Le réchauffement et le repos complètent ces mesures en levant les facteurs déclenchants (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Les opioïdes sont au contraire indiqués et sécuritaires dans les crises intenses, sous surveillance adaptée.
- C. L'oxygène est indiqué en cas d'hypoxémie ; ici la saturation est à 96 % et l'oxygénothérapie systématique n'apporte rien.
- E. Une douleur intense justifie d'emblée un palier adapté : s'en tenir au palier I laisse l'enfant souffrir.

PIÈGE DU JURY — La crainte des opioïdes chez l'enfant conduit à une sous-analgésie majeure des crises drépanocytaires.

À RETENIR — Analgésie forte et rapide, hydratation, réchauffement. L'oxygène seulement si hypoxémie.

Corrigé du QCM 91 • Cas 2 — complications à redouter

Réponse(s) exacte(s) : A, B, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le syndrome thoracique aigu, première cause de mortalité de l'enfant drépanocytaire, associe fièvre, douleur thoracique, hypoxémie et infiltrat radiologique nouveau : sa survenue peut être précipitée par l'hypoventilation liée à la douleur, ce qui rend l'analgésie protectrice (A). L'asplénie fonctionnelle expose aux infections invasives à pneumocoque et à Haemophilus, d'où la vaccination et l'antibioprophylaxie (F). La séquestration splénique aiguë, chute brutale de l'hémoglobine avec augmentation rapide du volume splénique, est une urgence transfusionnelle (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- C. L'hémochromatose post-transfusionnelle résulte de transfusions répétées sur des années, non d'une première crise.
- D. La néphropathie drépanocytaire est chronique et non obstructive ; l'insuffisance rénale obstructive n'est pas la complication attendue.
- E. Aucun lien n'existe entre drépanocytose et hyperthyroïdie.

PIÈGE DU JURY — Le syndrome thoracique aigu, favorisé par l'hypoventilation antalgique insuffisante, est la complication mortelle à connaître.

À RETENIR — Redouter : syndrome thoracique aigu, infection à germes encapsulés, séquestration splénique, accident vasculaire cérébral.



Corrigé du QCM 92 • Cas 2 — suivi au long cours

Réponse(s) exacte(s) : A, C, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'asplénie fonctionnelle rend la vaccination antipneumococcique, complétée par les autres vaccins contre les germes encapsulés, indispensable (F). L'éducation des parents, à reconnaître la fièvre, la pâleur brutale, l'augmentation du volume de la rate et les signes respiratoires, conditionne la précocité du recours et donc la survie (A). L'hyperactivité médullaire consomme les folates, d'où la supplémentation habituelle (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Le suivi doit être régulier et programmé, pour dépister les complications chroniques et vérifier les mesures préventives.

D. L'antibioprophylaxie par pénicilline chez le jeune enfant réduit nettement la mortalité par infection invasive.

E. Le froid et les efforts intenses sont des facteurs déclenchants de crise : ils doivent être évités, sans interdire une activité physique modérée.

PIÈGE DU JURY — Limiter le suivi aux périodes de crise fait manquer le dépistage des complications chroniques, notamment vasculaires cérébrales.

À RETENIR — Vaccins, pénicilline prophylactique, folates, éducation parentale, éviction du froid et de la déshydratation, suivi régulier.

PARTIE 2 — CAS CLINIQUES

QCM 93 à 96

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Cas clinique n°3 — Plaie du pied chez un diabétique

Rappel de l'énoncé

Un homme de 61 ans, diabétique de type 2 depuis 14 ans mal équilibré, consulte pour une plaie plantaire de l'avant-pied droit évoluant depuis trois semaines. Il ne l'a découverte qu'en voyant une tache sur sa chaussette. À l'examen : ulcération creusante de 2 cm sous la tête du premier métatarsien, entourée d'hyperkératose, avec un écoulement purulent et une odeur nauséabonde. Le pourtour est érythémateux et œdématisé sur 4 cm. Un stylet introduit dans la plaie bute sur une structure dure. La sensibilité au monofilament est abolie. Les pouls pédieux et tibial postérieur sont perçus. Température 38,3 °C. Glycémie 3,1 g/L, HbA1c 10,4 %.

Corrigé du QCM 93 • Cas 3 — analyse de la plaie

Réponse(s) exacte(s) : A, B, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'ulcération creusante siégeant à une zone d'appui, entourée d'hyperkératose et indolore, définit le mal perforant plantaire, expression de la neuropathie (F). L'abolition de la perception du monofilament objective la neuropathie sensitive et explique que la plaie soit passée inaperçue trois semaines (B). Le contact osseux perçu au stylet est un signe de forte valeur en faveur d'une ostéite sous-jacente, qui modifie radicalement la durée et la nature du traitement (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. La médiocalcose du diabétique rend les pouls parfois perçus malgré une artériopathie : l'évaluation doit être complétée par des mesures de pression.

D. L'odeur fétide oriente au contraire vers la présence de germes anaérobies dans une infection polymicrobienne.

E. L'indolence traduit la neuropathie et non la superficialité : les plaies neuropathiques sont souvent profondes et négligées.

PIÈGE DU JURY — Conclure à une plaie superficielle parce qu'elle est indolore est l'erreur qui conduit à l'amputation.

À RETENIR — Mal perforant : zone d'appui, hyperkératose, indolore. Contact osseux = ostéite. Les pouls perçus n'éliminent pas l'artériopathie.



Corrigé du QCM 94 • Cas 3 — prise en charge

Réponse(s) exacte(s) : B, C, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La décharge, par botte, chaussure de décharge ou repos strict, est la mesure sans laquelle aucune cicatrisation n'est possible : la pression répétée entretient la nécrose tissulaire (E). Les signes locaux et généraux d'infection justifient l'antibiothérapie, adaptée aux prélèvements profonds et prolongée en cas d'ostéite (C). L'équilibration glycémique, ici très insuffisante avec une HbA1c à 10,4 %, restaure les fonctions immunitaires et la cicatrisation (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Les antiseptiques colorés masquent l'aspect de la plaie et empêchent la surveillance des signes locaux.
- D. La poursuite de l'appui est la première cause d'échec de cicatrisation du mal perforant plantaire.
- F. Aucun pansement ne compense l'absence de décharge et le traitement de l'infection.

PIÈGE DU JURY — Négliger la décharge en se concentrant sur le pansement et l'antibiotique explique l'immense majorité des échecs.

À RETENIR — Décharge + traitement de l'infection + équilibre glycémique + soins locaux. Sans décharge, aucune cicatrisation.

Corrigé du QCM 95 • Cas 3 — examens complémentaires

Réponse(s) exacte(s) : B, D, F (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La radiographie standard recherche des signes d'ostéite, appositions périostées, érosions et lyse osseuse, bien qu'elle soit souvent retardée par rapport à la clinique (B). Les prélèvements profonds, par biopsie tissulaire ou osseuse, permettent une documentation fiable orientant l'antibiothérapie (D). L'évaluation artérielle, malgré des pouls perçus, est indispensable car l'artériopathie conditionne la cicatrisation et le risque d'amputation (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Aucun élément n'oriente vers une immunodépression liée au VIH dans ce contexte de plaie neuropathique chez un diabétique connu.
- C. L'écouvillonnage superficiel ne recueille que la flore de colonisation et fournit des résultats trompeurs.
- E. Le dosage de vitamine D n'a aucune incidence sur la conduite à tenir dans cette situation aiguë.

PIÈGE DU JURY — Le prélèvement par écouvillonnage superficiel, simple et tentant, conduit à traiter des germes colonisants.

À RETENIR — Radiographie, prélèvements profonds, évaluation artérielle. Jamais d'écouvillonnage superficiel.

Corrigé du QCM 96 • Cas 3 — prévention

Réponse(s) exacte(s) : B, C, D (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'inspection quotidienne des pieds, au besoin à l'aide d'un miroir ou par un proche, permet de détecter les lésions avant qu'elles ne s'aggravent, puisque la douleur ne joue plus son rôle d'alarme (D). Le chaussage adapté, avec orthèses plantaires redistribuant les appuis, réduit les hyperpressions à l'origine des maux perforants (B). Les soins de pédicurie réguliers, par un professionnel, traitent l'hyperkératose qui précède l'ulcération (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. L'absence de sensibilité thermique expose à des brûlures graves avec les sources de chaleur directe.
- E. Marcher pieds nus expose à des blessures indolores et non perçues : c'est formellement déconseillé au patient neuropathe.
- F. Le risque de récurrence après un premier mal perforant est élevé, ce qui justifie un suivi podologique à vie.

PIÈGE DU JURY — Les conseils de bon sens apparent — se réchauffer les pieds, marcher pieds nus chez soi — provoquent brûlures et plaies chez le neuropathe.

À RETENIR — Inspection quotidienne, chaussage adapté, pédicurie, jamais pieds nus ni chaleur directe. Récurrence fréquente : suivi à vie.



PARTIE 2 — CAS CLINIQUES

QCM 97 à 100

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Cas clinique n°4 — Ascite fébrile chez un cirrhotique

Rappel de l'énoncé

Un homme de 52 ans, cirrhotique connu sur hépatite B chronique, consulte pour une augmentation du volume de l'abdomen depuis dix jours et une fièvre à 38,4 °C apparue depuis 48 heures. Sa famille signale qu'il est somnolent et confus depuis la veille, avec une inversion du rythme veille-sommeil. À l'examen : ictère conjonctival, ascite abondante avec matité déclive, circulation veineuse collatérale abdominale, angiomes stellaires, astérisis franc. Pression artérielle 98/58 mmHg, pouls 104 par minute. Il n'a pas eu de selles depuis quatre jours. Bilirubine totale 62 $\mu\text{mol/L}$, taux de prothrombine 44 %, créatininémie 142 $\mu\text{mol/L}$, natrémie 128 mmol/L.

Corrigé du QCM 97 • Cas 4 — analyse du tableau

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Toute fièvre ou aggravation chez un cirrhotique ascitique impose une ponction exploratrice à la recherche d'une infection spontanée du liquide d'ascite, dont le diagnostic repose sur le compte des polynucléaires (A). L'astérisis associé à la confusion et à l'inversion du rythme veille-sommeil signe l'encéphalopathie hépatique (D). L'encéphalopathie a presque toujours un facteur déclenchant identifiable : ici la constipation depuis quatre jours et l'infection probable (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. La fièvre chez un cirrhotique ascitique doit toujours faire suspecter une infection du liquide d'ascite, de pronostic sévère.

E. Un facteur déclenchant est retrouvé dans la grande majorité des encéphalopathies : le chercher est l'essentiel du traitement.

F. Le taux de prothrombine effondré traduit l'insuffisance hépatocellulaire ; le dosage du facteur V permet de le distinguer d'une carence en vitamine K.

PIÈGE DU JURY — Banaliser la fièvre d'un cirrhotique ascitique retarde le diagnostic d'une infection dont la mortalité est élevée.

À RETENIR — Cirrhotique fébrile = ponction d'ascite. Astérisis = encéphalopathie. Toujours chercher le facteur déclenchant.

Corrigé du QCM 98 • Cas 4 — conduite à tenir

Réponse(s) exacte(s) : B, D, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La ponction exploratrice, geste simple et sans risque significatif malgré les troubles de l'hémostase, apporte le diagnostic (B). L'antibiothérapie est débutée dès que le compte des polynucléaires neutrophiles du liquide dépasse le seuil, sans attendre une culture souvent négative (F). Le traitement du facteur déclenchant, ici la levée de la constipation et le traitement de l'infection, constitue l'essentiel de la prise en charge de l'encéphalopathie (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. L'évacuation de grand volume sans expansion volémique adaptée expose à la dysfonction circulatoire et à l'insuffisance rénale.

C. Attendre la culture retarde un traitement dont la précocité conditionne la survie.

E. Les benzodiazépines aggravent l'encéphalopathie hépatique et sont contre-indiquées : elles peuvent précipiter le coma.

PIÈGE DU JURY — Prescrire une benzodiazépine devant l'agitation d'un cirrhotique confus peut le faire basculer dans le coma.

À RETENIR — Ponctionner, traiter sur le compte des polynucléaires, lever le facteur déclenchant. Aucune benzodiazépine.



Corrigé du QCM 99 • Cas 4 — complications

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La créatininémie déjà élevée à 142 $\mu\text{mol/L}$ dans un contexte d'infection et de vasodilatation splanchnique fait redouter le syndrome hépatorénal, insuffisance rénale fonctionnelle de pronostic très sévère, dont la prévention passe par l'expansion volémique par albumine lors des infections d'ascite (A). L'hypertension portale expose à la rupture de varices œsophagiennes, complication hémorragique majeure qui peut elle-même précipiter l'encéphalopathie (B). L'encéphalopathie peut évoluer vers le coma en l'absence de traitement du facteur déclenchant (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. L'hypercalcémie maligne relève des cancers ostéolytiques et n'est pas une complication de la cirrhose décompensée.

E. Aucun mécanisme ne relie la cirrhose décompensée à une hyperthyroïdie.

F. La cirrhose s'accompagne plutôt de cytopénies par hypersplénisme, non d'une polyglobulie.

PIÈGE DU JURY — Méconnaître le risque de syndrome hépatorénal fait omettre l'expansion par albumine, qui en réduit l'incidence.

À RETENIR — Cirrhose décompensée : infection d'ascite, syndrome hépatorénal, hémorragie variqueuse, encéphalopathie.

Corrigé du QCM 100 • Cas 4 — prévention

Réponse(s) exacte(s) : D, E, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'hépatite B se transmettant par voies sexuelle, sanguine et périnatale, la vaccination de l'entourage proche est une mesure de prévention directe (F). Le cirrhotique est à haut risque de carcinome hépatocellulaire, d'où une surveillance échographique semestrielle permettant un diagnostic à un stade curable (D). La restriction sodée, associée aux diurétiques, constitue la base du traitement de l'ascite (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Le dépistage endoscopique des varices permet d'instaurer une prophylaxie de la rupture hémorragique.

B. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens précipitent l'insuffisance rénale et les hémorragies digestives chez le cirrhotique : ils sont contre-indiqués.

C. L'abstinence complète est requise : toute consommation d'alcool aggrave l'atteinte hépatique quelle que soit la cause de la cirrhose.

PIÈGE DU JURY — Autoriser une consommation d'alcool « modérée » ou prescrire un anti-inflammatoire à un cirrhotique sont deux fautes lourdes.

À RETENIR — Vaccination de l'entourage, dépistage échographique du carcinome, endoscopie pour les varices, restriction sodée, abstinence, aucun AINS.

PARTIE 2 — CAS CLINIQUES

QCM 101 à 104

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Cas clinique n°5 — Fièvre au retour d'une zone d'épidémie de dengue

Rappel de l'énoncé

Une femme de 34 ans consulte au cinquième jour d'une fièvre élevée apparue brutalement, accompagnée de céphalées rétro-orbitaires, de myalgies et d'arthralgies intenses. Une épidémie de dengue sévit dans son quartier. Depuis ce matin, la fièvre a chuté à 37,2 °C mais elle se sent plus mal : elle vomit de façon répétée, se plaint de douleurs abdominales intenses et présente des gingivorragies. À l'examen : patiente asthénique, temps de recoloration cutanée à 3 secondes, pression artérielle 96/78 mmHg, pouls 112 par minute, quelques pétéchies aux membres inférieurs, foie palpable et douloureux. Plaquettes 42 000/mm³, hématokrite 48 % (valeur d'entrée 40 %).



Corrigé du QCM 101 • Cas 5 — interprétation

Réponse(s) exacte(s) : A, C, D **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Dans la dengue, la phase critique débute au moment de la défervescence, entre le troisième et le septième jour : c'est alors que survient la fuite plasmatique responsable du choc (C). Les vomissements persistants, les douleurs abdominales intenses, les saignements muqueux, la léthargie et l'hépatomégalie douloureuse constituent les signes d'alerte imposant l'hospitalisation (A). L'ascension de l'hématocrite de 40 à 48 %, associée à la thrombopénie, objective l'hémoconcentration par fuite plasmatique (D).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. La défervescence est précisément le moment du danger : la considérer comme rassurante est le piège central de la dengue.

E. Le pincement de la différentielle, ici 96/78 mmHg, traduit un choc débutant et constitue un signe de gravité.

F. La thrombopénie est habituelle dans la dengue et ne suffit pas à affirmer une coagulation intravasculaire disséminée.

PIÈGE DU JURY — Rassurer une patiente au moment où la fièvre tombe est l'erreur qui tue dans la dengue.

À RETENIR — Phase critique à la défervescence. Signes d'alerte : vomissements, douleurs abdominales, saignements, léthargie. Hématocrite + plaquettes.

Corrigé du QCM 102 • Cas 5 — prise en charge

Réponse(s) exacte(s) : C, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La présence de signes d'alerte et d'un choc débutant impose l'hospitalisation (C). Le traitement de la fuite plasmatique repose sur le remplissage par cristalloïdes, guidé par la clinique, la diurèse et l'hématocrite, dont la surveillance rapprochée permet d'ajuster les apports et d'éviter aussi bien le sous-remplissage que la surcharge lors de la phase de réabsorption (E, F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont contre-indiqués pour la même raison hémorragique ; le paracétamol est l'antalgique de référence.

B. La transfusion plaquettaire n'est pas systématique : elle se discute en cas d'hémorragie active, non sur un chiffre isolé.

D. L'aspirine, antiagrégant, majore le risque hémorragique chez une patiente thrombopénique : elle est contre-indiquée.

PIÈGE DU JURY — Prescrire aspirine ou anti-inflammatoire pour soulager les douleurs de la dengue aggrave le risque hémorragique.

À RETENIR — Hospitaliser, remplir par cristalloïdes, surveiller hématocrite et diurèse. Paracétamol seul, jamais d'aspirine ni d'AINS.

Corrigé du QCM 103 • Cas 5 — diagnostics différentiels

Réponse(s) exacte(s) : B, C, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Toute fièvre en zone d'endémie impose un test de diagnostic rapide du paludisme, dont le tableau initial est indistinguable de celui de la dengue et dont le retard de traitement est mortel (B). La fièvre typhoïde figure parmi les fièvres prolongées à évoquer, avec ses complications digestives de la troisième semaine (F). Les autres arboviroses transmises par le même vecteur, chikungunya et Zika notamment, réalisent des tableaux voisins et peuvent coexister (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

A. L'asthme est une pathologie respiratoire obstructive sans fièvre ni thrombopénie.

D. L'hyperthyroïdie n'entraîne ni fièvre aiguë, ni thrombopénie, ni hémoconcentration.

E. La lithiase urinaire donne des douleurs lombaires paroxystiques sans ce tableau systémique.

PIÈGE DU JURY — Attribuer une fièvre à la dengue en période épidémique sans tester le paludisme est la faute qui coûte des vies.

À RETENIR — Toute fièvre en zone d'endémie : tester le paludisme. Penser aussi typhoïde et autres arboviroses.



Corrigé du QCM 104 • Cas 5 — prévention

Réponse(s) exacte(s) : A, B, D **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Aedes se reproduit dans les petites collections d'eau claire autour des habitations : l'élimination des récipients, pneus, gouttières et soucoupes constitue la mesure de lutte la plus efficace (A). Le vecteur piquant le jour, la protection individuelle repose sur les répulsifs, les vêtements couvrants et les moustiquaires aux fenêtres (D). L'information de la population sur les signes d'alerte permet un recours précoce, ce qui abaisse fortement la létalité (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

C. L'immunité est spécifique de sérotype ; une infection ultérieure par un autre sérotype expose même à des formes plus sévères.

E. Le vecteur piquant le jour, la moustiquaire nocturne ne protège pas de la dengue, contrairement au paludisme.

F. Il n'existe aucune chimioprophylaxie de la dengue : la prévention est exclusivement vectorielle et individuelle.

PIÈGE DU JURY — Appliquer à la dengue la stratégie du paludisme, fondée sur la moustiquaire nocturne, laisse la population sans protection.

À RETENIR — Gîtes larvaires, protection diurne, information sur les signes d'alerte. Pas de chimioprophylaxie, immunité seulement par sérotype.

PARTIE 2 — CAS CLINIQUES

QCM 105 à 108

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Cas clinique n°6 — Boiterie fébrile chez un enfant de 6 ans

Rappel de l'énoncé

Un garçon de 6 ans est amené pour un refus total d'appui sur le membre inférieur gauche apparu il y a 36 heures, précédé d'une fièvre à 39 °C depuis deux jours. Il n'a pas d'antécédent notable ; sa mère signale une petite plaie du genou une semaine plus tôt, cicatrisée. À l'examen : enfant algique, immobile, cuisse gauche en flexion, abduction et rotation externe, toute tentative de mobilisation de la hanche déclenche des cris. Il n'y a pas de rougeur ni de gonflement visible de la hanche. Température 39,2 °C, pouls 132 par minute. Leucocytes 19 500/mm³ avec 84 % de polynucléaires neutrophiles, CRP 178 mg/L. La radiographie de bassin est considérée comme normale.

Corrigé du QCM 105 • Cas 6 — orientation diagnostique

Réponse(s) exacte(s) : A, E, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Devant une boiterie fébrile avec impotence totale et syndrome inflammatoire marqué chez un enfant, l'arthrite septique de hanche est le diagnostic à évoquer en premier, car tout retard entraîne la destruction du cartilage et de l'épiphyse (A). L'attitude en flexion, abduction et rotation externe correspond à la position de capacité articulaire maximale, adoptée pour réduire la pression intra-articulaire (E). La radiographie est normale au début, les signes osseux étant tardifs (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

B. Renvoyer l'enfant sur la foi d'une radiographie normale conduit à la destruction articulaire en quelques jours.

C. La hanche est une articulation profonde : les signes inflammatoires locaux y sont absents, contrairement au genou ou à la cheville.

D. Une contusion n'explique ni la fièvre à 39,2 °C, ni une CRP à 178 mg/L, ni l'impotence totale.

PIÈGE DU JURY — La profondeur de l'articulation coxo-fémorale explique l'absence de signes locaux : leur absence ne rassure jamais.

À RETENIR — Boiterie fébrile de l'enfant = arthrite septique jusqu'à preuve du contraire. Radiographie normale au début. Pas de signes locaux à la hanche.



Corrigé du QCM 106 • Cas 6 — conduite à tenir

Réponse(s) exacte(s) : A, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'échographie, examen simple et immédiatement disponible, détecte l'épanchement intra-articulaire que la radiographie ne montre pas (A). La ponction articulaire, réalisée au bloc, apporte le diagnostic par l'analyse cytologique et bactériologique du liquide et constitue en même temps un geste de décompression (E). L'antibiothérapie probabiliste, couvrant en priorité le staphylocoque doré, est débutée immédiatement après les prélèvements, hémocultures comprises (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Attendre l'identification du germe fait perdre des jours décisifs pour le cartilage articulaire.
- D.** La surveillance à domicile devant ce tableau expose à la destruction articulaire et à la dissémination septique.
- F.** Un anti-inflammatoire seul masque les signes et laisse l'infection détruire l'articulation.

PIÈGE DU JURY — Traiter par anti-inflammatoires une boiterie fébrile en attendant l'évolution est la faute qui détruit la hanche.

À RETENIR — Échographie, ponction au bloc, prélèvements puis antibiothérapie immédiate. Jamais d'attentisme.

Corrigé du QCM 107 • Cas 6 — diagnostics différentiels

Réponse(s) exacte(s) : B, C, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur peut réaliser un tableau très voisin et s'associer à une arthrite par contiguïté, la métaphyse étant intra-articulaire à cette localisation (F). La synovite aiguë transitoire, ou rhume de hanche, souvent post-virale, constitue le principal différentiel, mais elle s'accompagne d'une fièvre modérée et d'un syndrome inflammatoire faible, ce qui n'est pas le cas ici (B). L'ostéoarthrite associe l'atteinte osseuse et articulaire et doit être envisagée chez le jeune enfant (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** Une hernie inguinale simple est indolore et réductible, sans fièvre ni syndrome inflammatoire.
- D.** Le rhumatisme psoriasique constitué ne se présente pas ainsi et ne rend pas compte d'un syndrome inflammatoire aussi intense chez un enfant de 6 ans.
- E.** La gonarthrose est une pathologie dégénérative de l'adulte, sans rapport avec ce tableau.

PIÈGE DU JURY — Retenir la synovite transitoire devant une CRP très élevée et une fièvre à 39 °C est l'erreur qui fait perdre l'articulation.

À RETENIR — Différentiels : ostéomyélite, ostéoarthrite, synovite transitoire. La synovite s'accompagne d'un syndrome inflammatoire faible.

Corrigé du QCM 108 • Cas 6 — évolution

Réponse(s) exacte(s) : C, D, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Les enzymes bactériennes et la réaction inflammatoire détruisent le cartilage articulaire en quelques jours : un retard de traitement conduit à des séquelles définitives, coxarthrite et ankylose (C). La proximité du cartilage de croissance expose aux troubles de croissance, inégalités de longueur et déviations axiales, qui peuvent apparaître des années plus tard (D). Un suivi orthopédique prolongé, jusqu'à la fin de la croissance, est donc nécessaire (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** La stérilisation de l'articulation n'empêche pas les séquelles cartilagineuses et épiphysaires déjà constituées.
- B.** L'antibiothérapie des infections ostéoarticulaires de l'enfant se compte en semaines, non en jours.
- F.** La remise en charge est progressive et guidée par la clinique et l'imagerie, non par la seule apyrexie.

PIÈGE DU JURY — Croire que la guérison bactériologique garantit l'absence de séquelles fait négliger le suivi orthopédique prolongé.

À RETENIR — Retard = destruction articulaire. Risque de trouble de croissance. Antibiothérapie prolongée et suivi jusqu'à la fin de la croissance.



PARTIE 3 — LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE

QCM 109 à 114

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Article n°1 — Essai de non-infériorité (résumé pédagogique fictif)

Rappel de l'énoncé

Titre : « Antibiothérapie de 7 jours contre 14 jours dans la pyélonéphrite aiguë de la femme : essai randomisé contrôlé de non-infériorité, en ouvert. » Méthode : essai multicentrique randomisé en ouvert, avec évaluation du critère principal par un comité indépendant en aveugle du groupe d'attribution. Les femmes de 18 à 65 ans hospitalisées pour pyélonéphrite aiguë documentée, sans obstacle urologique ni immuno-dépression, étaient éligibles. Le critère de jugement principal était l'échec clinique et microbiologique à 30 jours de la fin du traitement. La marge de non-infériorité, fixée a priori, était de 8 points de pourcentage, sur avis d'un panel de cliniciens jugeant cette différence acceptable au regard du bénéfice attendu d'une exposition antibiotique réduite. Le nombre de sujets nécessaires était de 620. Les analyses ont été conduites en intention de traiter et en per protocole, les deux étant présentées. Résultats : 648 femmes randomisées, 324 par groupe. En intention de traiter, l'échec est survenu chez 8,0 % du groupe 7 jours et 6,2 % du groupe 14 jours, soit une différence de 1,8 point (intervalle de confiance à 95 % : -2,1 à 5,7). L'analyse per protocole donnait une différence de 1,5 point (-2,3 à 5,3). Les effets indésirables digestifs étaient plus fréquents dans le groupe 14 jours (18,5 % contre 9,3 % ; $p < 0,001$). Conclusion des auteurs : sept jours de traitement ne sont pas inférieurs à quatorze jours et exposent à moins d'effets indésirables.

Corrigé du QCM 109 • LCA 1 — logique de la non-infériorité

Réponse(s) exacte(s) : A, E, F A B C D E F

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'essai de non-infériorité cherche à établir que le nouveau traitement ne perd pas plus qu'une quantité d'efficacité jugée cliniquement acceptable, la marge (F). Cette marge doit être définie a priori, sur des arguments cliniques explicites, faute de quoi il serait toujours possible de la choisir de manière à conclure favorablement (B, F est donc faux). Ce schéma se justifie quand le nouveau traitement présente un autre avantage : ici une exposition antibiotique réduite, moins d'effets indésirables et moins de pression de sélection (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** La supériorité relève d'un essai de supériorité, dont l'hypothèse et l'analyse sont différentes.
- C.** L'équivalence suppose une marge bilatérale ; la non-infériorité n'examine qu'une seule direction.
- D.** Fixer la marge après coup vide la démarche de sa valeur démonstrative et constitue une faute méthodologique majeure.

PIÈGE DU JURY — Le jury propose une marge choisie après l'analyse : c'est précisément ce que le protocole doit interdire.

À RETENIR — Non-infériorité : marge définie a priori, sur argument clinique, dans une seule direction. Justifiée par un avantage autre que l'efficacité.



Corrigé du QCM 110 • LCA 1 — interprétation du résultat

Réponse(s) exacte(s) : A, C, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La conclusion d'un essai de non-infériorité repose entièrement sur la position de la borne de l'intervalle de confiance la plus défavorable au nouveau traitement par rapport à la marge préspecifiée (A). Ici, la borne supérieure de 5,7 points reste en deçà de la marge de 8 points (F) : le pire scénario compatible avec les données demeure cliniquement acceptable, ce qui autorise à conclure à la non-infériorité, conclusion renforcée par la concordance des analyses en intention de traiter et per protocole (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** L'estimation ponctuelle sans son intervalle ne dit rien de l'incertitude et ne permet aucune conclusion.
- D.** Le p d'un test de supériorité n'a pas de sens ici : la décision se lit sur l'intervalle de confiance et la marge.
- E.** L'inclusion de zéro signifie seulement l'absence de différence significative, ce qui n'équivaut pas à une démonstration d'équivalence.

PIÈGE DU JURY — Juger une non-infériorité sur un p ou sur l'estimation ponctuelle seule est un contresens méthodologique.

À RETENIR — Comparer la borne défavorable de l'intervalle à la marge. Ne pas raisonner en p ni sur l'estimation ponctuelle.

Corrigé du QCM 111 • LCA 1 — analyses en intention de traiter et per protocole

Réponse(s) exacte(s) : A, C, F **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Dans un essai de non-infériorité, les deux analyses sont exigées et doivent concorder, précisément parce qu'elles ne se comportent pas de la même façon que dans un essai de supériorité (C, F). L'intention de traiter, en conservant les sujets non observants ou ayant changé de traitement, dilue les différences et rapproche les groupes (A). Or rapprocher les groupes facilite la conclusion de non-infériorité : cette analyse y est donc anticonservatrice, à l'inverse de ce qu'elle est en supériorité, d'où la nécessité du contrôle par l'analyse per protocole.

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** L'analyse per protocole apporte un éclairage complémentaire dans tout essai et devient indispensable en non-infériorité.
- D.** C'est l'inverse : en diluant les différences, l'intention de traiter favorise ici la conclusion de non-infériorité.
- E.** Une divergence entre les deux analyses fragiliserait la conclusion et imposerait la prudence.

PIÈGE DU JURY — Transposer mécaniquement le caractère conservateur de l'intention de traiter à la non-infériorité est l'erreur la plus subtile du sujet.

À RETENIR — Non-infériorité : les deux analyses sont requises et doivent concorder. L'intention de traiter n'y est pas conservatrice.



Corrigé du QCM 112 • LCA 1 — validité interne

Réponse(s) exacte(s) : B, C, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'insu des patients et des soignants étant impossible sur des durées de traitement différentes, les auteurs ont adopté la parade classique : faire évaluer le critère principal par un comité indépendant ignorant l'attribution, ce qui protège du biais d'évaluation (E). Le caractère ouvert laisse néanmoins subsister un biais de suivi potentiel, les prises en charge associées pouvant différer selon le groupe connu (C). La randomisation, elle, garantit la comparabilité initiale, y compris sur les facteurs non mesurés (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Le caractère ouvert augmente au contraire le risque de biais de suivi et d'évaluation.
- D. De nombreux essais ouverts sont valides, à condition de mettre en place des parades comme l'évaluation en aveugle du critère.
- F. La randomisation protège de la confusion initiale, mais pas des biais survenant après l'inclusion.

PIÈGE DU JURY — Croire que la randomisation protège de tous les biais, y compris ceux survenant pendant le suivi, est une confusion fréquente.

À RETENIR — Randomisation = comparabilité initiale. L'insu protège pendant le suivi. Essai ouvert : évaluation du critère en aveugle.

Corrigé du QCM 113 • LCA 1 — bénéfice-risque

Réponse(s) exacte(s) : B, D, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le schéma court réduit de moitié la fréquence des effets indésirables digestifs, différence significative avec un p inférieur à 0,001 (D). À l'échelle collective, la réduction de l'exposition antibiotique diminue la pression de sélection et donc l'émergence de résistances, bénéfice qui dépasse le patient individuel (E). L'appréciation du rapport bénéfice-risque intègre nécessairement ces deux dimensions à côté de l'efficacité (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Le p rapporté est inférieur à 0,001 : la différence est bien statistiquement significative.
- C. La durée d'exposition est un déterminant reconnu de la sélection de résistances.
- F. Une décision fondée sur la seule efficacité ignorerait la tolérance, l'observance, le coût et l'écologie bactérienne.

PIÈGE DU JURY — Le jury restreint la décision thérapeutique à la seule efficacité, alors qu'elle intègre tolérance, coût et impact écologique.

À RETENIR — Bénéfice-risque = efficacité + tolérance + observance + écologie bactérienne.

Corrigé du QCM 114 • LCA 1 — applicabilité

Réponse(s) exacte(s) : B, D, E (A) (B) (C) (D) (E) (F)

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La validité externe se lit d'abord dans les critères d'inclusion et d'exclusion : l'obstacle urologique et l'immunodépression, explicitement exclus, sont précisément les situations où la durée de traitement est habituellement prolongée, et rien n'autorise à y transposer le schéma court (D, B). L'essai n'ayant inclus que des femmes, l'extrapolation à l'homme, chez qui l'infection urinaire haute s'accompagne fréquemment d'une atteinte prostatique, n'est pas justifiée (E).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A. Les critères d'exclusion et la limite d'âge de 18 à 65 ans restreignent explicitement la population concernée.
- C. La borne de 65 ans exclut les sujets âgés, chez qui le pronostic et la pharmacocinétique diffèrent.
- F. La cystite simple relève de schémas encore plus courts et n'a pas été étudiée ici : la transposition n'a pas de sens.

PIÈGE DU JURY — Transposer un résultat aux populations explicitement exclues du protocole est l'erreur d'extrapolation la plus fréquente.

À RETENIR — Lire les critères d'inclusion et d'exclusion avant d'appliquer un résultat : ils délimitent la population concernée.



PARTIE 3 — LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE

QCM 115 à 120

Corrigés détaillés, proposition par proposition.

Article n°2 — Enquête transversale de prévalence (résumé pédagogique fictif) Rappel de l'énoncé

Titre : « Prévalence de l'hypertension artérielle et de son contrôle en milieu urbain : enquête transversale par sondage en grappes à deux degrés. » Méthode : enquête transversale menée en population générale adulte. Un sondage en grappes à deux degrés a été utilisé : tirage au sort de 60 zones de dénombrement avec probabilité proportionnelle à leur taille, puis tirage au sort de 30 ménages dans chaque zone, un adulte étant sélectionné par ménage. La pression artérielle était mesurée par des enquêteurs formés, avec trois mesures standardisées au cours d'une seule visite ; l'hypertension était définie par une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg ou la prise d'un traitement antihypertenseur. Les analyses tenaient compte du plan de sondage et des poids d'échantillonnage. Résultats : 1 800 personnes sélectionnées, 1 512 ont participé (taux de participation 84 %). Les non-participants étaient plus souvent des hommes jeunes et actifs. La prévalence pondérée de l'hypertension était de 27,4 % (intervalle de confiance à 95 % : 24,8 à 30,0). Parmi les hypertendus, 41 % connaissaient leur statut, 24 % étaient traités et 9 % contrôlés. Conclusion des auteurs : plus d'un quart de la population adulte urbaine est hypertendue et le contrôle est très insuffisant ; l'hypertension cause une charge majeure de morbidité qui impose un programme national de dépistage.

Corrigé du QCM 115 • LCA 2 — schéma et indicateur

Réponse(s) exacte(s) : B, C, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'enquête transversale décrit l'état d'une population à un instant donné : elle mesure une prévalence, proportion de sujets porteurs de la caractéristique au moment de l'enquête (C). Exposition et maladie y sont observées simultanément (B), ce qui interdit d'établir l'antériorité de l'une sur l'autre, condition nécessaire à toute inférence causale : c'est le biais de temporalité, limite intrinsèque de ce schéma (F).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** L'absence de séquence temporelle établie interdit toute conclusion de causalité.
- D.** La cohorte suppose un suivi longitudinal, ce qui n'est pas le cas ici.
- E.** L'incidence exige un suivi dans le temps de sujets initialement indemnes, ce qu'une enquête transversale ne permet pas.

PIÈGE DU JURY — Le jury attribue à une enquête transversale la capacité de mesurer une incidence ou d'établir une causalité.

À RETENIR — Transversale = prévalence, instantané, pas de temporalité, pas de causalité.



Corrigé du QCM 116 • LCA 2 — sondage en grappes

Réponse(s) exacte(s) : A, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le sondage en grappes concentre les enquêteurs sur un nombre limité de zones, ce qui réduit considérablement les coûts et les délais en population dispersée (D). Mais les individus d'une même grappe se ressemblent davantage entre eux qu'avec le reste de la population, d'où une corrélation intragrappe (F) qui doit impérativement être prise en compte dans l'analyse, faute de quoi les intervalles de confiance seraient artificiellement étroits (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** Le tirage avec probabilité proportionnelle à la taille est au contraire une technique standard qui garantit une représentation correcte.
- C.** Les poids d'échantillonnage corrigent les probabilités inégales de sélection : ils sont indispensables aux estimations.
- E.** À effectif égal, le sondage en grappes est moins précis que le sondage aléatoire simple : c'est l'effet de grappe.

PIÈGE DU JURY — Ignorer l'effet de grappe conduit à publier des intervalles de confiance faussement étroits et donc trompeurs.

À RETENIR — Grappes : moins cher, moins précis à effectif égal. Corriger par les poids et tenir compte du plan de sondage.

Corrigé du QCM 117 • LCA 2 — non-réponse

Réponse(s) exacte(s) : B, D, F **A B C D E F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Le biais de non-réponse naît du caractère non aléatoire de l'absence : les non-participants étaient ici plus souvent des hommes jeunes et actifs, groupe dont la prévalence d'hypertension est habituellement plus faible mais dont le dépistage est plus rare (D, F). La description de leurs caractéristiques, fournie par les auteurs, permet précisément de discuter le sens et l'ampleur probable du biais (B).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- A.** La non-réponse différentielle déplace l'estimation elle-même : elle affecte la justesse, pas seulement la précision.
- C.** Aucun seuil ne garantit l'absence de biais : c'est le caractère différentiel de la non-réponse qui compte, non son taux.
- E.** Les auteurs décrivent les non-participants, ce qui permet justement d'argumenter sur le sens probable du biais.

PIÈGE DU JURY — Se satisfaire d'un taux de participation élevé sans examiner qui manque à l'appel est l'erreur classique des enquêtes en population.

À RETENIR — Le biais de non-réponse dépend de qui ne répond pas, non du taux. Décrire les non-participants pour en discuter le sens.



Corrigé du QCM 118 • LCA 2 — mesure et classement

Réponse(s) exacte(s) : A, B, C **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — La formation des enquêteurs et la standardisation du protocole, avec trois mesures successives, réduisent la variabilité et le biais de mesure (C). Le diagnostic clinique d'hypertension exige toutefois des mesures répétées lors de consultations distinctes : une seule visite, même avec trois mesures, tend à surestimer la prévalence (B), notamment du fait de l'effet blouse blanche qui classe à tort certains sujets comme hypertendus (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- D.** Ce biais de classement s'applique de la même manière à tous les participants : il est non différentiel.
- E.** La définition inclut explicitement la prise d'un traitement antihypertenseur, ce qui est indispensable pour ne pas manquer les hypertendus traités.
- F.** Le diagnostic clinique repose sur des mesures répétées à des dates différentes, complétées si besoin par une automesure.

PIÈGE DU JURY — Le jury assimile une mesure d'enquête à un diagnostic clinique : la première surestime structurellement la prévalence.

À RETENIR — Standardiser limite le biais de mesure. Une seule visite surestime la prévalence. Inclure les traités dans la définition.

Corrigé du QCM 119 • LCA 2 — cascade de soins

Réponse(s) exacte(s) : A, B, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — Ces trois proportions décrivent la cascade de soins : connaissance du statut, mise sous traitement, puis contrôle effectif (E). Avec seulement 41 % de sujets connaissant leur hypertension, la majorité l'ignore, ce qui désigne le dépistage comme premier point de déperdition (B). La lecture successive des trois étages identifie précisément où agir : dépister, mettre sous traitement, puis améliorer l'observance et l'adaptation thérapeutique (A).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- C.** Ces pourcentages ont pour dénominateur les hypertendus, non la population générale.
- D.** Parmi les 24 % traités, seuls 9 % sont contrôlés : environ un traité sur trois seulement atteint la cible.
- F.** Le dénominateur est bien l'ensemble des hypertendus identifiés par l'enquête.

PIÈGE DU JURY — Confondre le dénominateur de la cascade avec la population générale fausse complètement la lecture des résultats.

À RETENIR — Cascade : connus, traités, contrôlés, rapportés aux hypertendus. Chaque étage désigne un point d'action.

Corrigé du QCM 120 • LCA 2 — portée de la conclusion

Réponse(s) exacte(s) : A, C, E **A** **B** **C** **D** **E** **F**

JUSTIFICATION DE L'ÉLITE — L'enquête transversale établit une association et une fréquence, non une causalité : le mot « cause » excède ce que la méthode autorise (A). L'échantillonnage a porté sur le milieu urbain, dont les déterminants alimentaires, l'activité physique et l'accès aux soins diffèrent du milieu rural : l'extrapolation demande prudence (E). La déperdition majeure entre traitement et contrôle oriente vers l'observance, la disponibilité et le coût des médicaments, autant que vers le dépistage (C).

Pourquoi les autres propositions doivent être écartées.

- B.** L'incidence exige un suivi longitudinal de sujets initialement indemnes.
- D.** L'estimation de la charge de morbidité attribuable exige de combiner prévalence et mesures de risque issues d'autres études.
- F.** L'enquête décrit un besoin, elle n'évalue aucune intervention et ne peut donc en démontrer l'efficacité.

PIÈGE DU JURY — Passer d'une prévalence élevée à la démonstration de l'efficacité d'un programme est un saut logique constant dans les conclusions d'articles.

À RETENIR — Transversale : prévalence et besoin, pas de causalité, pas d'incidence, pas d'évaluation d'intervention.