
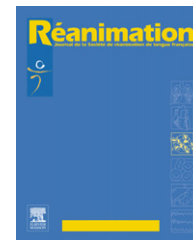




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



## AUTOÉVALUATION/QCM

# Autoévaluation

**QCM 1.**— Quelles sont les propositions vraies concernant la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF)?

- A. La CRF est constamment diminuée au cours du SDRA
- B. La position du malade influence la CRF
- C. La CRF est l'un des déterminants de l'oxygénation au cours du SDRA
- D. La méthode à l'hélium peut être utilisée en routine
- E. Le réglage du volume courant en fonction de la CRF pourrait être une alternative intéressante au réglage en millilitre par kilogramme de poids prédit

**QCM 2.**— Quelles sont les propositions vraies à propos de la pression abdominale?

- A. L'augmentation de la pression abdominale est responsable d'une augmentation de la compliance thoracopulmonaire
- B. La mesure de la pression vésicale doit se faire vessie vide
- C. En cas de syndrome du compartiment abdominal, la PEP doit être limitée pour éviter l'hyperinflation pulmonaire
- D. la compliance thoracique est diminuée en cas d'augmentation de la pression abdominale
- E. La pression abdominale n'est pas corrélée au poids du malade

**QCM 3.**— Quelles sont les propositions vraies concernant l'APRV?

- A. L'APRV est un mode de ventilation régulé en pression
- B. Un niveau de sédation minimal est souvent nécessaire en APRV
- C. Les cycles spontanés en APRV sont toujours assistés
- D. L'APRV peut être utile au sevrage
- E. L'APRV fait classiquement référence à une modalité de réglage où le I/E est inverse

**QCM 4.**— Quelles sont les propositions vraies à propos des effets de la ventilation assistée ou spontanée?

- A. L'arrêt quotidien de la sédation doit être réalisé chez tous les malades
- B. L'utilisation d'un mode assisté pourrait permettre de préserver la fonction diaphragmatique
- C. L'utilisation d'un score de sédation pourraient permettre une diminution de la durée de ventilation
- D. La ventilation entièrement contrôlée peut engendrer une atrophie diaphragmatique en moins de 72 heures
- E. Un niveaux de ventilation spontanée trop important à la phase aiguë du SDRA peut être responsable d'une diminution de la  $V_{O_2}$  malgré un effet favorable sur les échanges gazeux

**QCM 5.**— Quelles sont les propositions vraies à propos du drainage thoracique?

- A. Un pneumothorax spontané doit toujours être drainé ou exsufflé
- B. L'administration d'oxygène par voie nasale permet d'améliorer efficacement la résorption d'un décollement pulmonaire partiel
- C. La sortie peut être autorisée dans certains cas après un pneumothorax spontané exsufflé à l'aiguille
- D. Le drainage thoracique est la règle en cas de pneumothorax spontané complet
- E. Il faut préférer la pose d'une valve antiretour à celle d'un clan après drainage y compris avant l'ablation du drain

**QCM 6.**— Concernant le décubitus ventral au cours du SDRA, quelles sont les propositions exactes?

- A. Il n'a pas été démontré que le décubitus ventral diminuait la mortalité du SDRA
- B. Il est démontré que le décubitus ventral diminue l'incidence des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique
- C. Les méta-analyses des essais évaluant l'effet du décubitus ventral sur la mortalité ne mettent pas en évidence d'effet significatif sur l'oxygénation

- D. Les divers essais randomisés sur le décubitus ventral n'ont pas tous inclus que des patients atteints de SDRA sévère
- E. Dans la plupart des essais randomisés sur le décubitus ventral, un *crossover* était autorisé

**QCM 7.**— Quelles sont les propositions vraies concernant la toux ?

- A. Le débit expiratoire de pointe conditionne l'efficacité de la toux
- B. Il faut une réduction de plus de 50% de la force des muscles respiratoires pour que la toux soit altérée
- C. Le débit expiratoire de pointe d'un sujet sain dépasse 500 L par minute
- D. Les troubles bulbaires n'ont pas de conséquences directes sur la qualité de la toux
- E. Une capacité vitale réduite influence pas ou peu la qualité de la toux

## RÉPONSES

1. A, B, C, E
2. D, E
3. A, B, E
4. B, C, D
5. C, E
6. A, D, E
7. A, B, C

J.-C. Richard\*  
*UPRES EA 38 30, service de réanimation  
médicale et unité de sevrage respiratoire,  
hôpital Charles-Nicolle,  
CHU de Rouen, 1, rue de Germont,  
76031 Rouen, France*

\* Auteur correspondant.  
*Adresse e-mail : [jean-christophe.richard@chu-rouen.fr](mailto:jean-christophe.richard@chu-rouen.fr)*

Disponible sur Internet le 6 février 2009