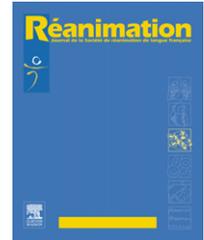




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



AUTOÉVALUATION / QCM

Autoévaluation

QUESTIONS

1. Concernant la sédation-analgésie des patients ventilés en réanimation, quelles sont les propositions exactes ?

- a. Il n'existe que peu d'arguments en faveur de l'implantation de protocole de sédation-analgésie dans les services de réanimation
- b. Les deux principaux avantages attendus d'un protocole de sédation-analgésie appliqué aux patients ventilés sont la réduction des durées de ventilation mécanique et de séjour en réanimation
- c. Le succès de la mise en place d'un protocole de sédation-analgésie dans un service dépend beaucoup de l'implication d'emblée de l'ensemble du personnel
- d. Le taux d'implantation de protocole de sédation-analgésie dans les services de réanimation en France est satisfaisant
- e. L'interruption quotidienne de la sédation n'est actuellement probablement pas la meilleure façon de gérer la sédation chez les patients de réanimation médicale

Réponse b, c, e

2. Concernant l'encombrement bronchique post-extubation, quelles sont les propositions justes ?

- a. L'efficacité de la toux, l'abondance des sécrétions bronchiques et l'état neurologique sont les trois critères les plus fréquemment utilisés pour prédire l'encombrement post-extubation

- b. Prédire un encombrement bronchique post-extubation est fortement corrélé à l'échec de cette extubation
- c. La mesure objective du pic de débit expiratoire à la toux avant l'extubation permet d'aider le clinicien dans sa décision d'extubation
- d. L'apparition d'un encombrement bronchique post-extubation résulte exclusivement d'un excès de sécrétions présentes dans ses voies aériennes
- e. La survenue d'un encombrement bronchique post-extubation n'est pas systématiquement associée à un échec de l'extubation, sous couvert du recours possible à une aide au désencombrement par le kinésithérapeute, voire à une ventilation non invasive

Réponse a, c, e

3. Quelles sont les propositions exactes au sujet du décubitus ventral dans le syndrome de détresse respiratoire aiguë ?

- a. Pour des raisons de bonne tolérance cutanée, il est désormais bien validé que la durée d'une séance de décubitus ventral ne doit pas excéder quatre heures consécutives
- b. Afin de lutter contre les œdèmes faciaux et les régurgitations, il est recommandé de placer le patient en proclive à 20°
- c. Les modalités pratiques de mise en décubitus ventral au sein d'un service s'appuient trop rarement sur un protocole écrit
- d. Au vu de données concordantes de la littérature, il n'est pas recommandé de poursuivre l'alimentation entérale en décubitus ventral
- e. Il n'y a jamais d'augmentation des sécrétions bronchiques au décours immédiat de la mise en décubitus ventral

Réponse b, c

4. Quelle est la proposition vraie à propos de la dysfonction diaphragmatique post-chirurgie cardiaque ?

- a. Son diagnostic repose exclusivement sur une analyse clinique rigoureuse
- b. Les conséquences sont toujours négligeables
- c. Une atteinte bilatérale sévère peut être responsable des complications suivantes : impossibilité de sevrage du respirateur, pneumopathie acquise sous ventilation mécanique, arrêt respiratoire lors d'épreuves de ventilation spontanée ou au décours de l'extubation
- d. Il n'y a pas lieu d'espérer une récupération au-delà de deux semaines d'évolution après la chirurgie
- e. Dans le cadre de la recherche d'une telle dysfonction, l'échographie diaphragmatique en ventilation spontanée a totalement supplanté la mesure des pressions transdiaphragmatiques

Réponse c

5. Au sujet des marqueurs biologiques de pneumonie acquise sous ventilation mécanique, quelles assertions sont justifiées ?

- a. La procalcitonine est le seul marqueur évalué en réanimation permettant d'adapter la durée du traitement antibiotique
- b. Ces marqueurs biologiques peuvent être utilisés indépendamment des données cliniques, radiologiques et bactériologiques
- c. Les dosages alvéolaires de CRP et PCT sont d'un intérêt majeur, et à ce titre doivent être développés
- d. Une élévation de la PCT permet de distinguer un sepsis d'origine bactérienne d'un sepsis d'origine fongique
- e. En dehors du dosage de la CRP et de la PCT, l'utilisation de marqueurs tels que IL-1, IL-6, sTREM1 demeure du domaine de la recherche

Réponse a, e

6. Parmi les propositions suivantes concernant les causes inhabituelles de SDRA, lesquelles sont inexactes ?

- a. Le lavage bronchiolo-alvéolaire est rarement utile dans la démarche diagnostique d'un SDRA de présentation inhabituelle
- b. Éliminer une cause infectieuse doit être systématique

- c. La biopsie pulmonaire doit demeurer d'indication exceptionnelle
- d. La recherche de signes extrapulmonaires, cliniques ou biologiques, n'occupe aucune place dans la démarche diagnostique conduisant au diagnostic de SDRA de cause inhabituelle
- e. La corticothérapie systémique, souvent à la base des thérapeutiques proposées dans ce contexte, est toujours parfaitement codifiée

Réponse a, d, e

7. Quelles sont les propositions exactes au sujet des apports liquidiens dans le SDRA ?

- a. Il s'agit d'une problématique particulièrement importante lors de la réanimation d'un patient atteint d'un SDRA
- b. L'éventuelle prescription de colloïdes hyperoncotiques ne repose actuellement pas sur de solides arguments cliniques
- c. Les patients souffrant d'ALI/ARDS ont un facteur prédisposant au TRALI, expliquant probablement en partie l'impact délétère des transfusions retrouvées dans cette population
- d. Une politique d'apports liquidiens restreints doit être mise en place dès les premières heures de la réanimation d'un SDRA
- e. Le débit lymphatique joue un rôle protecteur important dans l'accumulation d'eau pulmonaire extravasculaire

Réponse a, b, c, e

8. Quelles sont les propositions exactes au sujet des asynchronies patients-ventilateurs en aide inspiratoire ?

- a. Leur mise en évidence nécessite des mesures sophistiquées et/ou une analyse informatisée des signaux
- b. Contrairement à la VAC, il ne peut pas survenir de double déclenchement
- c. Le réglage de la consigne de cyclage est sans effet sur la synchronie patient-ventilateur
- d. Des cycles manqués témoignent le plus souvent de l'existence d'une PEP intrinsèque
- e. Les autodéclenchements peuvent être provoqués par des fuites

Réponse d, e

Disponible sur Internet le 21 décembre 2009