



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## Auto-évaluation/QCM

### Auto-évaluation/MCQ

#### D. du Cheyron

Service de réanimation médicale, CHU de Caen, 14000 Caen, France

Disponible sur Internet le 26 octobre 2010

#### QCM1. Concernant la prise en charge d'un malade en hypothermie accidentelle

- A. En cas de fibrillation ventriculaire dans les hypothermies profondes, il faut privilégier la cardioversion et les médicaments anti-arythmiques à toute autre thérapeutique.
- B. La bradycardie doit être respectée dans le cadre d'une stratégie de « stress minimal ».
- C. L'onde J de Osborn est une élévation convexe de la jonction entre le complexe QRS et le segment QT.
- D. Il est recommandé de s'aider d'un monitoring par cathétérisme cardiaque droit pour optimiser l'hémodynamique et surveiller le réchauffement.
- E. Un patient hypotherme présentant une kaliémie supérieure à 10 mmol/L à l'admission doit être considéré comme décédé.

#### QCM2. Quelles sont les propositions vraies concernant la pré-oxygénation avant intubation du malade critique ?

- A. La pré-oxygénation du malade hypoxémique est indispensable et donne des résultats comparables en termes de désaturation per-procédure qu'elle soit réalisée au moyen d'un masque à oxygène à haute concentration en ventilation spontanée ou en ventilation non invasive.

- B. La pression positive augmente les réserves en oxygène mais majore le risque d'hypotension par diminution de la post-charge.
- C. La pré-oxygénation pré-intubation inclut une manœuvre de recrutement alvéolaire avec une pression continue de 30 cm H<sub>2</sub>O pendant 30 secondes.
- D. En dehors des situations d'extrême urgence, la pré-oxygénation sous VNI comporte une durée de trois minutes minimum, une PEEP à 5 cmH<sub>2</sub>O et une FiO<sub>2</sub> à 1.
- E. Afin d'être le plus efficace possible, la pré-oxygénation par VNI en pré-intubation du malade critique hypoxémique doit être associée à un remplissage systématique, hors contre-indications, par 500 cc de cristalloïdes ou 250 cc de colloïdes.

#### QCM3. Parmi les propositions suivantes concernant l'intubation difficile en préhospitalier, lesquelles sont exactes ?

- A. Le dépistage d'une intubation difficile par la classification de Mallampati, la mesure de la distance thyromentale et l'examen de la mobilité cervicale doivent être systématiques en médecine préhospitalière.
- B. L'incidence des intubations difficiles en préhospitalier est proche de 20% selon la littérature.
- C. L'utilisation des lames plastiques à usage unique est recommandée en préhospitalier.
- D. L'utilisation des mandrins longs béquillés est recommandée en première intention lors des situations à risque d'intubation difficile en préhospitalier.

Adresse e-mail : [ducheyron-d@chu-caen.fr](mailto:ducheyron-d@chu-caen.fr)

E. Le Fastrach™ augmente le taux de succès d'une intubation difficile chez les patients traumatisés pour lesquels le rachis cervical doit être maintenu en ligne.

#### QCM4. Concernant l'induction en séquence rapide, lesquelles de ces propositions sont exactes ?

- A. L'hypnotique de choix au cours de l'intubation d'une crise d'asthme aigu grave par induction en séquence rapide est le propofol pour ses propriétés bronchodilatatrices.
- B. Le rocuronium possède les mêmes propriétés pharmacologiques que la succinylcholine.
- C. L'utilisation du rocuronium nécessite d'avoir à disposition un antidote.
- D. La kétamine est contre-indiquée dans l'ISR chez les traumatisés crâniens graves.
- E. L'étomidate est contre-indiquée dans l'ISR chez le patient en choc septique.

#### QCM5. Concernant la surveillance de la capnographie, quelles sont les propositions exactes ?

- A. La capnographie est la représentation graphique des variations de la concentration expirée en dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>).
- B. La mesure du CO<sub>2</sub> expiré correspond par convention à la valeur de la pression partielle de fin d'expiration en CO<sub>2</sub> (PETCO<sub>2</sub>).
- C. L'utilisation de la capnographie permet de s'affranchir de la mesure de la PaCO<sub>2</sub> dans les situations de détresses respiratoires ou hémodynamiques.
- D. La capnographie doit être utilisée en réanimation et en préhospitalier pour vérifier le bon positionnement endotrachéal de la sonde d'intubation.
- E. Lors d'une intubation œsophagienne, la valeur mesurée du CO<sub>2</sub> expirée est toujours nulle.

#### QCM6. Concernant l'arrêt cardiaque extrahospitalier, lesquelles de ces propositions sont vraies ?

- A. Une occlusion coronaire est présente chez près d'un patient sur deux après un arrêt cardiaque extrahospitalier.
- B. La présence d'un sus-décalage du segment ST sur l'électrocardiogramme post-ressuscitation a une excellente valeur prédictive positive concernant l'existence d'une lésion coronaire aiguë accessible à un geste de revascularisation percutanée.
- C. L'absence d'un sus-décalage du segment ST sur l'électrocardiogramme post-ressuscitation a une excellente valeur prédictive négative concernant l'absence d'origine coronarienne aiguë à la mort subite.
- D. En cas d'arrêt cardiaque ischémique extrahospitalier, la revascularisation en urgence de l'artère coro-

naire responsable de la mort subite améliore la survie.

- E. En cas de mort subite extrahospitalière sans contexte évocateur d'infarctus du myocarde, l'emploi systématique de la thrombolyse semble efficace sur la survie des patients.

#### QCM7. Concernant les biomarqueurs, citez la (les) proposition(s) exacte(s)

- A. Le coefficient de variation du dosage biologique d'un bon biomarqueur devra être inférieur à 10 %
- B. La copeptine est sécrétée par la post-hypophyse et issue du même précurseur que l'AVP.
- C. La combinaison d'un dosage de copeptine et de l'isoforme cardiaque de la troponine (cTnl) possède une excellente valeur prédictive négative pour exclure un infarctus du myocarde.
- D. L'utilisation de dosage hypersensible de troponine (hscTnl) augmente la sensibilité du biomarqueur et semble permettre de s'affranchir des dosages répétés de la cTnl dans le diagnostic de l'angor instable.
- E. Le *mid-regional pro-atrial natriuretic peptid* (MRpro-ANP) est un nouveau biomarqueur qui a démontré sa supériorité au *brain natriuretic peptid* (BNP) dans le diagnostic de dyspnée aiguë d'origine cardiaque aux urgences.

#### QCM8. Quelles sont les propositions vraies concernant l'hypothermie thérapeutique en réanimation néonatale ou pédiatrique ?

- A. Dans l'attente de l'hypothermie contrôlée du nouveau-né après asphyxie néonatale, il n'est pas nécessaire de mettre en place un refroidissement passif.
- B. L'hypocapnie peut être délétère en générant une alcalose métabolique qui abaisse le seuil épileptogène
- C. Le bénéfice de l'hypothermie thérapeutique a été démontré dans l'encéphalopathie hypoxique-ischémique lorsque le traitement a été initié dans les 48 heures suivant l'accident asphyxique du nouveau-né.
- D. L'utilisation de l'hypothermie thérapeutique est recommandée dans le traitement de l'encéphalopathie hypoxique-ischémique du nouveau-né à terme.
- E. En 2010, l'hypothermie thérapeutique à 33 °C est recommandée par les experts dans la prise en charge précoce du traumatisme crânien pédiatrique grave.
- F. L'hypothermie peut être utilisée dans le traumatisme crânien grave de l'enfant pour diminuer l'hypertension intracrânienne.

#### Réponses aux QCM

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