

LES DOSSIERS ECNi

30 dossiers progressifs
+ 10 dossiers en ligne



Pédiatrie

Grégoire Benoist | Jean-Sébastien Diana

PH en pédiatrie à Paris
Enseignant à la Faculté
Conférencier des ECNi

CCA en pédiatrie à Paris

Préface Pr Antoine Bourrillon

- ✓ **Dossiers et questions** isolées type concours
- ✓ 100 % **QRM**
- ✓ **Corrigés** détaillés et commentés
- ✓ **Illustrations** type concours



ACCÈS GRATUIT

10 dossiers dans
les conditions réelles
du concours sur
tablette numérique

estem • Vuibert

Objectif ECNi

L'application créée
par Théo Pezel, David Deutsch
et Jeremy Lupu



Nouveau concours : **Nouvelle application !**

15 spécialités à **4,99 € chacune**,
avec 10 dossiers progressifs et des questions isolées

Disponibles sur :

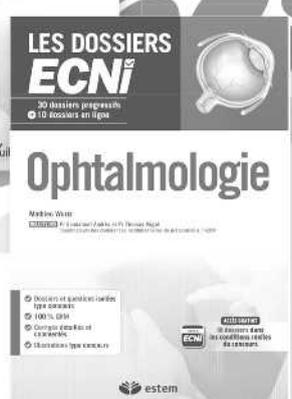
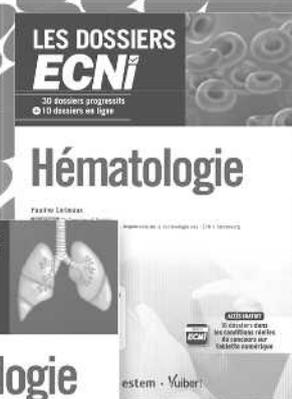
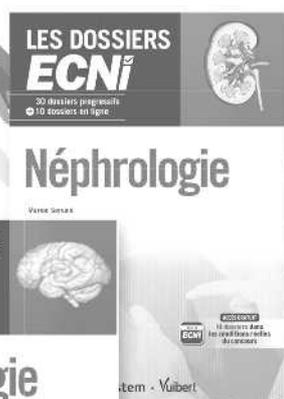
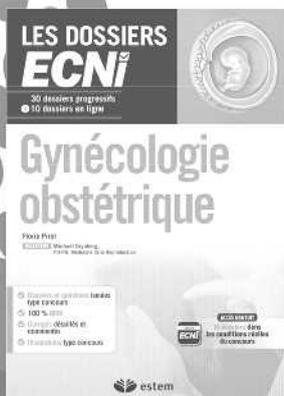
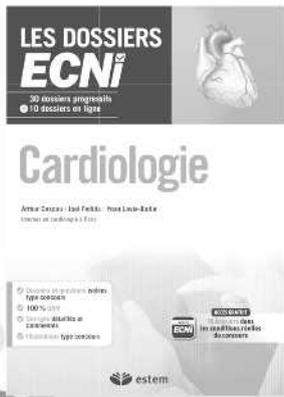


TOUT POUR RÉUSSIR LES ECNi!

La collection « Les Dossiers ECNi »

Après avoir brillé aux ECN, les auteurs de la collection « Les dossiers ECNi » ont rédigé pour vous ces ouvrages qui vous permettront de vous entraîner pour qu'à votre tour vous puissiez accéder au sommet du classement!

Grâce à ces ouvrages, vous pourrez vous mettre en situation de concours. Leur contenu est adapté aux nouvelles modalités ECNi et a été validé par des PU-PH spécialistes en la matière et investis dans le nouveau concours ECNi!



LES DOSSIERS ECNi PÉDIATRIE

Grégoire Benoist

Praticien hospitalier

*Service de Pédiatrie Générale et Urgences,
Hôpital de jour de Pneumo-allergologie,
CHU Ambroise Paré (APHP), Boulogne-Billancourt*

Jean-Sébastien Diana

Chef de clinique assistant

*Unité Immuno-Hématologique Pédiatrique,
CHU Necker Enfants Malades (APHP), Paris*

estem • Vuibert

Éditions ESTEM
4, rue de la Michodière, 75002 Paris
Tél. : 01 72 36 41 60
Fax : 01 72 36 41 70
E-mail : info@estem.fr



ISBN 978-2-84371-821-2
© 2016, Éditions Estem

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Préface

La **pédiatrie, médecine interne de l'enfant** est tout aussi spécifique que d'autres spécialités plus étroitement reliées à des pathologies d'organes ou de système.

Elle doit être étudiée dans sa globalité, mais aussi selon des particularités propres aux différents âges et reliées au développement de l'enfant (de la période néonatale à l'adolescence), ainsi qu'à son environnement (familial, social, ou plus élargi) intégrant l'évaluation des risques auxquels il peut être exposé.

Les objectifs des ECNi se situent autour de trois principaux impératifs : diagnostiquer – identifier les situations d'urgence – connaître les modalités de prise en charge.

Pour sa préparation aux **Épreuves Classantes Nationales informatisées**, l'étudiant doit, dans chaque cas, s'interroger plus particulièrement à propos des spécificités pédiatriques de ces trois grands objectifs.

1. Diagnostiquer, c'est :

- connaître les mots clés de l'anamnèse tels qu'exprimés par la famille et identifiés au sein d'un cas clinique, selon les descriptions possibles des symptômes et leur allure évolutive ;
- extraire les signes de l'examen clinique ayant une valeur d'appoint pour argumenter plus spécifiquement le diagnostic évoqué ;
- sélectionner, s'il y a lieu, les seuls examens paracliniques utiles pour orienter ou confirmer le diagnostic.

2. Identifier les situations d'urgence, c'est :

- repérer les critères symptomatiques de sévérité (comportement/contact, coloration, respiration) selon les paramètres cliniques et physiologiques adaptés à l'âge ;
- assurer leur hiérarchie par ordre de gravité mais aussi de fréquence.

3. Connaître les modalités de prise en charge, c'est :

- organiser le traitement selon les capacités de soins, accessibles à l'entourage familial ;
- adapter sa conduite à la vulnérabilité éventuelle du « terrain » : le jeune âge (inférieur à 6 semaines ou 3 mois), l'existence d'une pathologie congénitale ou acquise de longue durée.

Parmi les sources que vous pouvez consulter, le document de référence est celui du *Collège National des Pédiatres Universitaires* (Elsevier-Masson) qui doit apporter toutes les réponses attendues aux cas cliniques et QRM proposés aux ECNi.

Grégoire Benoist et Jean-Sébastien Diana ont répondu à tous les objectifs attendus dans leur ouvrage, *Les dossiers ECNi Pédiatrie* et ce en :

- s'appuyant sur les cas cliniques du précédent ouvrage de Grégoire Benoist (50 dossiers de Pédiatrie), reformulés et actualisés selon les contraintes rédactionnelles des ECNi ;
- ajoutant de nombreux dossiers progressifs originaux avec des QRM discriminantes, selon un processus logique de déductions successives ;
- soumettant à des étudiants candidats à l'examen l'expertise préalable de ces dossiers afin de valider leur adéquation face aux réponses soumises.

Je peux témoigner que les deux auteurs de ce précieux ouvrage sont au plus près des interrogations et des attentes des étudiants.

Grégoire BENOIST, Praticien hospitalier, conférencier renommé et coordinateur associé du référentiel de pédiatrie.

Jean-Sébastien DIANA, Chef de clinique assistant à Necker, dont j'ai pu apprécier la rigueur médicale et la motivation pédagogique.

Tous deux ont remarquablement réussi leur objectif de rédiger un document didactique et pratique avec, en particulier :

- des énoncés très clairs de cas cliniques « vécus » ;
- des réponses et commentaires concis et bien ciblés ;
- un encadré final au terme de chaque dossier exprimant, souvent avec humour, l'avis du conférencier, et mettant en perspective les enjeux de la question pour une bonne compréhension et une mémorisation durable.

Cet ouvrage a su éviter toutes questions susceptibles d'aboutir à des réponses ambiguës et s'inscrit dans le cadre des connaissances attendues au terme du deuxième cycle des études médicales.

Coordonnateur du référentiel pédiatrique du *Collège National des Pédiatres Universitaires*, je ne peux que les féliciter de la qualité des réponses proposées aux objectifs sélectionnés.

Puisse ce précieux document vous aider à performer votre succès aux ECN.

Ces connaissances puis l'expérience acquise au cours des responsabilités qui seront les vôtres vous permettront de mettre en pratique ce que doit être notre médecine.

Une science. Et un art.
Du savoir. Du savoir faire.
Et du savoir être.
Surtout...

Pr Antoine BOURRILLON

Présentation de la collection

Tous les ouvrages de la collection « Les dossiers ECNi » sont écrits par des auteurs classés parmi les meilleurs aux ECN et validés par des PU-PH spécialistes de la matière, investis dans le nouveau concours ECNi. Cette nouvelle collection vous permettra de vous mettre en situation de concours en proposant un contenu adapté aux nouvelles modalités des ECNi :

1 - Des **dossiers progressifs**

Chaque dossier comporte **15 questions, sous la forme exclusive de QRM** suivants les dernières modalités du concours. Elles couvrent l'ensemble de la spécialité.

Un classement par niveau de difficulté est proposé afin de progresser dans vos révisions, en allant au fur et à mesure vers des dossiers plus transversaux.

Un rappel des items étudiés est indiqué en fin de dossier, pour faire le lien avec le nouveau programme.

Les corrigés sont cotés et commentés, avec des conseils et astuces propres aux auteurs. Ils intègrent les pondérations « **Réponse inacceptable** » et « **Réponse indispensable** » comme prévues au concours.

La rubrique finale « L'avis du conférencier » statue sur le cas étudié dans le dossier en donnant les réflexes à avoir le jour du concours.

Chaque dossier étant progressif, l'étudiant devra se garder de regarder la question qui suit avant de valider sa réponse.

2 - Des **questions isolées**

Ces questions vous permettront de faire le tour des items susceptibles de vous discriminer.

Remarque sur les points

Pour la cotation, des points ont été attribués à chaque bonne réponse, mais les consignes du CNCI sont les suivantes : en l'absence de discordance, l'étudiant a la note maximale ; dans le cas d'une discordance, la note est divisée par deux ; dans le cas de deux discordances, la note est multipliée par 0,2. Dans le cas de 3 discordances ou plus, la note est de zéro. De même si une réponse inacceptable est cochée, ou une réponse indispensable non cochée. Dans le cas où une réponse unique est attendue, toute case cochée par erreur donne un zéro à la question.

Bonne préparation et bonne chance !

Les éditions Estem

Remerciements

À **Jean-Sébastien DIANA**, pour avoir accepté le défi d'adapter les cas cliniques de la précédente édition en nouveaux dossiers progressifs pour les ECNi.

Au **Pr Antoine BOURRILLON**, pour nous avoir fait l'honneur et l'amitié de préfacier cet ouvrage.

À **Pascale FAURE, Adriana HANSLIK, Marie-Anne JOLY, Bethsabée PARTOUCHE**, externes à la faculté de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, pour avoir « testé » ces dossiers et contribué à les améliorer.

À **Alain LEFÈVRE-UTILE** et **Matthieu SIMONIN**, pour leur aide à l'enrichissement iconographique.

À **nos petits patients**, dont les rencontres nous ont inspiré ces dossiers cliniques.

À **nos lecteurs**, pour nous transmettre leurs remarques éventuelles (confpediatrie@orange.fr).

À **Stella VERRY**, partie trop tôt ce 13 novembre 2015, pour veiller à présent de là-haut sur sa famille, ses amis, ainsi que sur tous les jeunes médecins.

Grégoire BENOIST

Sommaire

Dossiers cliniques progressifs

DOSSIER N° 1. Mathieu se remue les méninges ★	3
DOSSIER N° 2. Gwenaëlle fait du bouche à oreille ★	9
DOSSIER N° 3. Dans la famille tache rouge, il y a Aline ★	15
DOSSIER N° 4. Jérémie a des problèmes de ventre ★	22
DOSSIER N° 5. Yvan a des problèmes de cœur ★★	29
DOSSIER N° 6. Suela rit jaune ★★	35
DOSSIER N° 7. Mamadou tousse et chauffe depuis la sortie d'avion ★★	41
DOSSIER N° 8. Laurence a des soucis de croissance ★★	47
DOSSIER N° 9. Bintou est drépano ★★	54
DOSSIER N° 10. Dans la famille tache rouge, il y a aussi Alain ★★	61
DOSSIER N° 11. Guillaume a beaucoup de renvois ★★	67
DOSSIER N° 12. Sarah chauffe ★★	74
DOSSIER N° 13. Audrey gratte ses boutons pleins d'éosine ★★	80
DOSSIER N° 14. Pierre Antoine, le cas wasabi ★★	86
DOSSIER N° 15. Cyril ne fait plus pipi ★★	92
DOSSIER N° 16. Noémie a du mal à respirer ★★	98
DOSSIER N° 17. Yann et Clément ont du mal à marcher ★★	104
DOSSIER N° 18. Michelle est mal dans sa peau ★★	111
DOSSIER N° 19. Antoine et Albert ont de la fièvre ★★	117
DOSSIER N° 20. Les frères Kim et Max ont des problèmes de bronches ★★	123
DOSSIER N° 21. Natacha a la beurkite aiguë ★★★	130
DOSSIER N° 22. Brandon est précoce ★★★	137
DOSSIER N° 23. Magdalena convulse ★★★	144
DOSSIER N° 24. Folki a 3 chromosomes 21 ★★★	151
DOSSIER N° 25. Martin a des mouvements bizarres ★★★	157
DOSSIER N° 26. Jérôme est bouché ★★★	163
DOSSIER N° 27. Grégory le shérif ★★★	170
DOSSIER N° 28. George, le futur roi de la basse-cour ★★★	177
DOSSIER N° 29. Noé est déjà un homme ★★★	183
DOSSIER N° 30. Jean-Claude fait du karaté ★★★	190

Questions isolées

Énoncé.....	198
Corrigé.....	202



Noémie a du mal à respirer

Items 151 – 182 – 184

Énoncé

Noémie, âgée de 2 mois et demi, est amenée aux urgences par sa mère en plein hiver pour une gêne respiratoire évoluant depuis 5 jours. Elle a pris 50 mL de chacun des biberons de la journée. Les parents sont enrhumés et sont allés voir leur médecin traitant qui leur a donné un traitement symptomatique.

Vous êtes interne des urgences.

À l'arrivée : T° = 37,4 °C ; FR = 65/min ; saturation = 95 % ; FC = 145/min ; TA = 85/65 mmHg.

L'infirmière à l'accueil des urgences note un tirage intercostal ainsi qu'un battement des ailes du nez.

L'auscultation retrouve des sibilants diffus avec un murmure vésiculaire mieux perçu à droite.

L'examen du carnet de santé montre que Noémie est née au terme d'une grossesse normale. La maman avait réussi pendant la grossesse à arrêter sa consommation de tabac ; elle a repris après l'accouchement.

Il n'y a pas d'antécédent médical particulier, notamment de détresse respiratoire néonatale. Ses parents ont un terrain atopique avec rhinoconjonctivite allergique saisonnière et asthme dans l'enfance.

1. Quelle(s) donnée(s) de l'observation est (sont) en faveur d'une bronchiolite grave ?

- A. FR = 65/min
- B. Âge < 3 mois
- C. FC = 145/min
- D. Difficultés alimentaires
- E. Tirage intercostal

2. Quelle est votre prise en charge aux urgences ?

- A. Radiographie du thorax
- B. Gaz du sang
- C. Désobstructions rhinopharyngées
- D. Oxygénothérapie
- E. Antihistaminiques

Noémie est hospitalisée.

La radiographie du thorax montre une distension thoracique sans foyer ni cardiomégalie.

3. Quelle va être votre prescription ?

- A. Nutrition parentérale
- B. Proclive dorsal
- C. Nébulisation de salbutamol
- D. Scope cardiorespiratoire
- E. Corticothérapie inhalée

Noémie restera 48 h hospitalisée, avec une évolution rapidement favorable.

Elle revient à l'âge de 4 mois pour un épisode semblable de dyspnée expiratoire débuté la veille. Elle est gardée depuis un mois à la crèche.

À l'arrivée : T° = 37,8 °C ; FR = 38/min ; saturation = 98 % ; FC = 135/min ; TA = 85/56 mmHg.

Elle est en bon état général. Elle a un tirage intercostal et sus-claviculaire. Elle conserve une excellente perfusion périphérique et vous ne palpez pas d'hépatomégalie. L'auscultation retrouve des sibilants et des crépitants.

4. Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) compatible(s) ?
 - A. Bronchiolite
 - B. Asthme du nourrisson
 - C. Myocardite
 - D. Pneumonie
 - E. Trachéite

5. Quelle est votre prise en charge aux urgences ?
 - A. Hospitalisation
 - B. Corticothérapie orale
 - C. Nébulisation d'adrénaline
 - D. Kinésithérapie respiratoire
 - E. Désobstructions rhinopharyngées

6. Quelle(s) mesure(s) est (sont) à proposer en prévention des récives ?
 - A. Arrêt du tabagisme maternel
 - B. Traitement par inhibiteur de la pompe à protons
 - C. Sérothérapie anti-VRS par palivizumab
 - D. Lavage des mains en période épidémique
 - E. Antibiothérapie alternée

7. Quel(s) vaccin(s) doit (doivent) apparaître à son âge sur son carnet de santé ?
 - A. 2 doses DTP – Ca – Hib
 - B. 1 dose méningocoque C
 - C. 1 dose ROR
 - D. 1 dose varicelle
 - E. 2 doses pneumocoque 23 valents

Noémie fait quatre épisodes de dyspnée expiratoire au cours de sa première année de vie.

Elle a actuellement 16 mois. Elle suit son couloir de croissance en poids et taille. Elle a été diversifiée à l'âge de 4 mois et boit du lait de croissance.

8. Quel(s) examen(s) réalisez-vous pour argumenter le diagnostic d'asthme ?
 - A. Radiographie du thorax
 - B. EFR
 - C. Gaz du sang
 - D. Scanner thoracique
 - E. Test de la sueur

9. Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) différentiel(s) à évoquer ?
 - A. Tuberculose
 - B. Déficit immunitaire
 - C. Trachéomalacie
 - D. Double arc aortique
 - E. Dysplasie bronchopulmonaire

Noémie a maintenant 3 ans. Les parents n'arrivent plus à gérer ses nombreux épisodes de dyspnée expiratoire. Vous reprenez l'enquête diagnostique et décidez de réaliser un bilan allergologique.

10. Quel bilan allergologique proposez-vous ?
 - A. Anamnèse
 - B. *Pricks tests*
 - C. *Patchs tests*
 - D. Eosinophilie sanguine
 - E. IgE totales

Les tests cutanés sont positifs pour les graminés, l'œuf et l'arachide. L'anamnèse vous apprend qu'elle consomme régulièrement de l'œuf sans réaction, mais qu'elle n'a jamais essayé la cacahuète.

À 4 ans, Noémie est amenée de nouveau aux urgences. Elle a commencé à tousser en quintes puis a développé une gêne respiratoire sifflante après avoir goûté aux biscuits apéritifs lors d'un barbecue familial. Elle a eu également mal au ventre, vomi et est devenue toute rouge avec un œdème de la face. Les parents ont essayé des bouffées de salbutamol en chambre d'inhalation mais cela ne l'a que très peu améliorée.

À l'arrivée : T° = 36,5 °C ; FR = 42/min ; saturation = 96 % ; FC = 150/min ; TA = 69/50 mmHg.

L'enfant est agitée, dysphonique. Signes de lutte expiratoire. Extrémités chaudes avec TRC à 2 secondes, pas de foie palpable. L'abdomen est souple et sans défense.

Vous observez des lésions urticariennes de l'ensemble du corps avec un œdème des lèvres.

11. Quelle est votre prise en charge thérapeutique aux urgences ?

- A. Oxygénothérapie
- B. Adrénaline 0,01 mg/kg en IM
- C. Nébulisations de salbutamol
- D. Antiémétique
- E. Catécholamines

L'état clinique s'améliore suite à l'injection IM d'adrénaline ainsi qu'aux thérapeutiques symptomatiques instituées.

12. Quelle est la suite de votre prise en charge ?

- A. Retour à domicile
- B. Dosage de tryptase
- C. Carte d'allergique
- D. PAI
- E. Trousse d'urgence (anti-H1, seringue auto-injectable d'adrénaline)

Le diagnostic d'allergie à l'arachide a été retenu après cet épisode anaphylactique.

Le tableau respiratoire se calme progressivement jusqu'à l'âge de 6 ans et demi. Elle a bénéficié d'un traitement par corticoïdes inhalés à doses moyennes.

13. Que pouvez-vous dire à propos de ce traitement à l'âge de Noémie ?

- A. Administration par aérosol-doseur
- B. Nécessité d'une chambre d'inhalation
- C. Risque de candidose buccale
- D. Seule type de traitement de fond à cet âge
- E. Peut ralentir la vitesse de croissance

14. Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) de suivi d'un asthme à cet âge ?

- A. EFR
- B. *Peak-flow*
- C. ECBC
- D. Cliché thoracique
- E. Observance thérapeutique

Près d'un an plus tard, Noémie a un syndrome fébrile à 39 °C évoluant depuis 48 h avec rhinite et pharyngite. Sa maman lui auto-administre un traitement par amoxicilline. Quelques heures après la prise, Noémie est conduite aux urgences pour une éruption érythémateuse maculopapuleuse du tronc constatée lors de l'habillage. L'examen clinique est rassurant par ailleurs.

La famille a peur de l'éventualité d'une nouvelle allergie.

15. Quelle est votre attitude pratique ?

- A. Hospitalisation
- B. Adrénaline 0,01 mg/kg en IM
- C. Arrêt de la prescription d'amoxicilline
- D. Test de provocation ultérieure
- E. Contre-indication aux C3G

Corrigé

QRM 1	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	10	FR > 60/min.
	B			Âge < 6 semaines.
	C			FC normale chez le nourrisson < 6 mois : 135 +/- 35/min.
	D	×	10	Principal motif d'hospitalisation en cas de bronchiolite aiguë.
	E			Intensité des signes de lutte.

QRM 2	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	10	Habituellement réalisée en cas de critères d'hospitalisation (même si cela est parfois discutable). Ici justifiée en raison de l'asymétrie auscultatoire.
	B			Absence de signe de gravité extrême (épuisement respiratoire).
	C	×	10	
	D			Saturation ≥ 95 % à l'éveil donc pas d'indication à O ₂ .
	E			

QRM 3	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			Nutrition entérale.
	B	×	10	
	C			Pas d'indication pour un premier épisode de dyspnée sifflante (notamment avant l'âge de 6 mois).
	D	×	10	
	E			Aucune indication dans la bronchiolite aiguë.

QRM 4	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	20	
	B			Deuxième épisode de dyspnée sifflante.
	C			Pas de signes cliniques d'insuffisance cardiaque aiguë.
	D			Pas de fièvre. Crépitants possibles en cas de bronchio-alvéolite.
	E			Dyspnée habituellement aux deux temps.

QRM 5	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			Aucun critère.
	B			Aucune indication dans la bronchiolite aiguë.
	C			Pas d'indication actuelle dans la bronchiolite aiguë.
	D			Non recommandée aux urgences ni en hospitalisation le plus souvent, à réserver en ambulatoire aux formes très encombrées. Contre-indiquée en cas d'épuisement respiratoire.
	E	×	20	

QRM 6	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	10	
	B			Non indiqué en l'absence de pHmétrie œsophagienne pathologique.
	C			Indications actuelles (2015) : enfants nés à un terme ≤ 32 SA et ayant une dysplasie broncho-pulmonaire (âge < 6 mois au début de l'épidémie, âge < 2 ans et ayant nécessité un traitement respiratoire dans les six mois) ; enfants avec cardiopathie congénitale hémodynamiquement significative.
	D	×	10	
	E			Parfois indiquée dans les bronchectasies.

QRM 7	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	20	
	B			
	C			
	D			
	E			Ne pas confondre avec le vaccin pneumococcique conjugué 13 valences, recommandé chez tous les nourrissons : primovaccination à 2 et 4 mois.

QRM 8	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	20	Cliché thoracique habituellement normal dans l'asthme.
	B			EFR non réalisée à cet âge.
	C			
	D			Indiqué dans le bilan d'un asthme sévère, non contrôlé sous nébulisations de corticoïdes au domicile.
	E			Pas d'argument particulier, notamment si la croissance est normale.

QRM 9	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			Pas de fièvre, pas de contagé.
	B			Pas d'infections répétées, croissance normale.
	C	X	10	
	D	X	10	
	E			Pas de difficultés respiratoires en période néonatale.

QRM 10	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	10	
	B	X	10	Choix des allergènes selon l'âge et l'enquête clinique.
	C			
	D			
	E			

QRM 11	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	5	
	B	X	10	Réponse indispensable* . Traitement de l'anaphylaxie.
	C	X	5	
	D			Inutile.
	E			Remplissage(s) vasculaire(s) souvent suffisant(s).

QRM 12	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			Surveillance médicale au minimum 6 h, dépendant de l'évolution et de la gravité initiale de la réaction anaphylactique.
	B	X	5	Recommandé le plus tôt possible après le traitement d'urgence.
	C	X	5	
	D	X	5	
	E	X	5	

* Réponse indispensable = 0 à la question si non cochée.

QRM 13	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	5	
	B	X	5	
	C	X	5	
	D			Autres molécules possibles en adjonction : bronchodilatateur de longue durée d'action, antileucotriène.
	E	X	5	

QRM 14	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	10	Courbe débit – volume réalisable.
	B	X	5	
	C			
	D			
	E	X	5	

QRM 15	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			
	B			
	C	X	10	
	D	X	10	
	E			En cas de réaction bénigne, il est licite de proposer si nécessaire une C3G comme alternative thérapeutique.
Total		/ 300	

Items abordés dans ce dossier

N° 151 : Infections bronchopulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant

N° 182 : Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspect physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement

N° 184 : Hypersensibilités et allergies respiratoires chez l'enfant et l'adulte. Asthme, rhinite



L'avis du conférencier

Hypersensibilité et allergies de l'enfant ne sont pas des sujets appréciés par les étudiants. Il est donc facile de « faire la différence » sur ce sujet.

L'allergie « réelle » aux antibiotiques est rare en pratique ; alors qu'un grand nombre de carnets de santé et de dossiers médicaux laissent supposer que des patients le sont... Adressez-les à un allergologue. Savoir mener une enquête allergologique. *Prick test* = IgE médiée.

Retenir que l'adrénaline IM est le traitement de l'anaphylaxie sévère et qu'il ne faut pas hésiter à la faire ! Ne pas oublier de prescrire une trousse d'urgence au décours, en plus de l'éviction de l'allergène en cause.



Magdalena convulse

Items 52 – 103 – 148 – 249 – 251 – 341

Énoncé

Magdalena, âgée de 12 ans, est prise en charge à son domicile par le SAMU pour des convulsions.

C'est l'aînée d'une fratrie de deux. Il n'y a pas d'antécédent personnel ou familial d'épilepsie ou de crises fébriles. Son développement psychomoteur est décrit comme normal dans le carnet de santé.

Les parents ont été interpellés par un état d'agitation avec des propos incohérents dans un contexte de syndrome grippal. Elle a présenté, juste avant ce malaise, des hallucinations visuelles (elle voyait flou avec de drôles de couleurs), suivies de clonies du membre supérieur droit, secondairement généralisées, et se poursuivant depuis 15 minutes.

À l'arrivée du SAMU : Glasgow à 9 (Y2M3V4), température à 40 °C, FC à 105/min, TA à 110/83 mmHg, FR à 20/min, saturation à 92 %.

Les pupilles sont symétriques réactives. Pas de déficit moteur ni de syndrome pyramidal. TRC < 2 secondes, bonne hémodynamique périphérique, pas de signe d'insuffisance cardiaque. Sous-crépitants en base droite, bruits du cœur réguliers. Pas d'hépatomégalie, léger débord splénique. Pas de purpura ou d'éruption cutanée.

1. Compte tenu du score de Glasgow, quelle(s) proposition(s) est (sont) correcte(s) ?

- A. La réponse verbale est confuse
- B. L'enfant ouvre les yeux à la douleur
- C. La réponse motrice est orientée
- D. Il n'est pas interprétable en cas de sepsis
- E. Il y a indication formelle à l'intubation

2. Quelle prise en charge immédiate doit être débutée au domicile ?

- A. C3G
- B. Oxygénothérapie au masque à haute concentration
- C. Contention mécanique
- D. Diazépam en intrarectal ou clonazépam IV
- E. Aciclovir IV

Après une dose de clonazépam IV, les convulsions cessent. À 10 min de prise en charge, le score de Glasgow est chiffré à 11 (Y3M4V4), l'examen neurologique ne retrouve pas de déficit post-critique. Une dose de C3G et une dose d'aciclovir ont été administrées. L'hémodynamique est stable.

L'enfant est transporté au CHU pour la suite de la prise en charge.

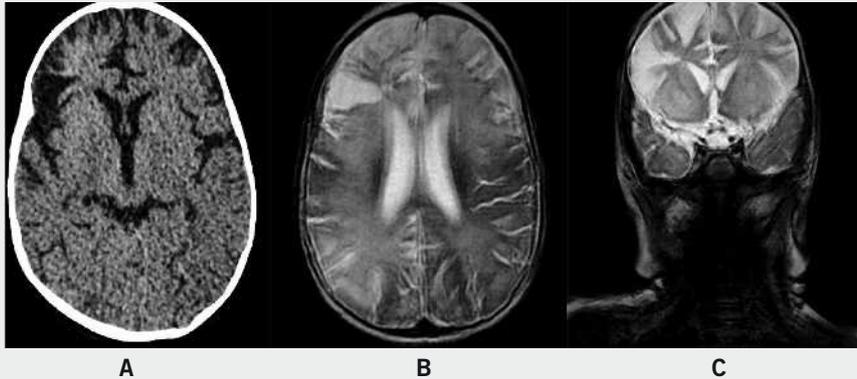
3. Quel bilan paraclinique doit être proposé ?

- A. Ammoniémie
- B. Ponction lombaire
- C. Scanner cérébral
- D. Bilan hépatique
- E. Radiographie du thorax

NFS : Hb = 13,4 g/dL ; leucocytes = 4 900/mm³ dont 1 600 PNN et 3 000 lymphocytes.
 Ionogramme sanguin : Na = 128 mmol/L, K = 3,9 mmol/L, protéines = 54 g/L, urée = 3 mmol/L, créatinine = 23 µmol/L.
 CRP : 52 mg/L. ASAT/ALAT : 12/16 UI/L. Ammoniémie : 24 mg/L.
 LCR : protéinorachie = 0,7 g/L, hématies = 20/mm³, leucocytes = 225/mm³. Examen direct : négatif. PCR HSV en attente.

Radiographie thoracique : foyer de condensation en base droite.

Imagerie cérébrale : cf. illustrations ci-dessous.



4. Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) compatible(s) avec les données à votre disposition ?

- A. Méningisme sur pneumonie
- B. Tumeur cérébrale
- C. Méningoencéphalite herpétique
- D. Méningite bactérienne
- E. SIADH

5. Que pouvez-vous dire à propos des coupes sélectionnées pour l'imagerie cérébrale ?

- A. L'image A est une coupe de scanner cérébral injecté
- B. Les images B et C sont des coupes d'IRM en séquence T2
- C. On observe une hyperdensité du lobe temporal droit en IRM
- D. Les ventricules latéraux sont élargis
- E. Il existe un effet de masse

6. Quel(s) aspect(s) EEG serai(en)t en faveur d'une encéphalite ?

- A. Tracé nul et aréactif
- B. Pointes-ondes amples centrotemporales ou rolandiques unifocales
- C. Ondes lentes périodiques et pointes-ondes frontotemporales
- D. Bouffées de pointes-ondes généralisées synchrones à 3 cycles/seconde
- E. Hipsarythmie

L'enquête étiologique est en faveur d'une méningoencéphalite à HSV1. L'évolution sera par chance favorable après une prise en charge intensive et un traitement antiviral prolongé.

Un traitement de fond par valproate de sodium a été débuté.

Un an plus tard, Magdalena est adressée en consultation spécialisée par son médecin généraliste pour un surpoids avec troubles alimentaires.

Les parents, très inquiets, vous informent que ces ennuis ont débuté après la précédente hospitalisation. Leur fille a commencé par prendre plusieurs assiettes à chaque dîner. Elle est sujette aux grignotages entre les repas et ne peut se séparer de ses sodas et autres confiseries qu'elle ingère très rapidement et en grandes quantités. Elle n'arrête pas de bouger, a des phases d'hyperagitation, parlant ou agissant avant de réfléchir. Cela épuise ses deux parents ; ils ne reconnaissent plus leur fille. Elle a pris beaucoup de poids (près de 20 kg !) alors que personne ne présente un tel morphotype dans la famille.

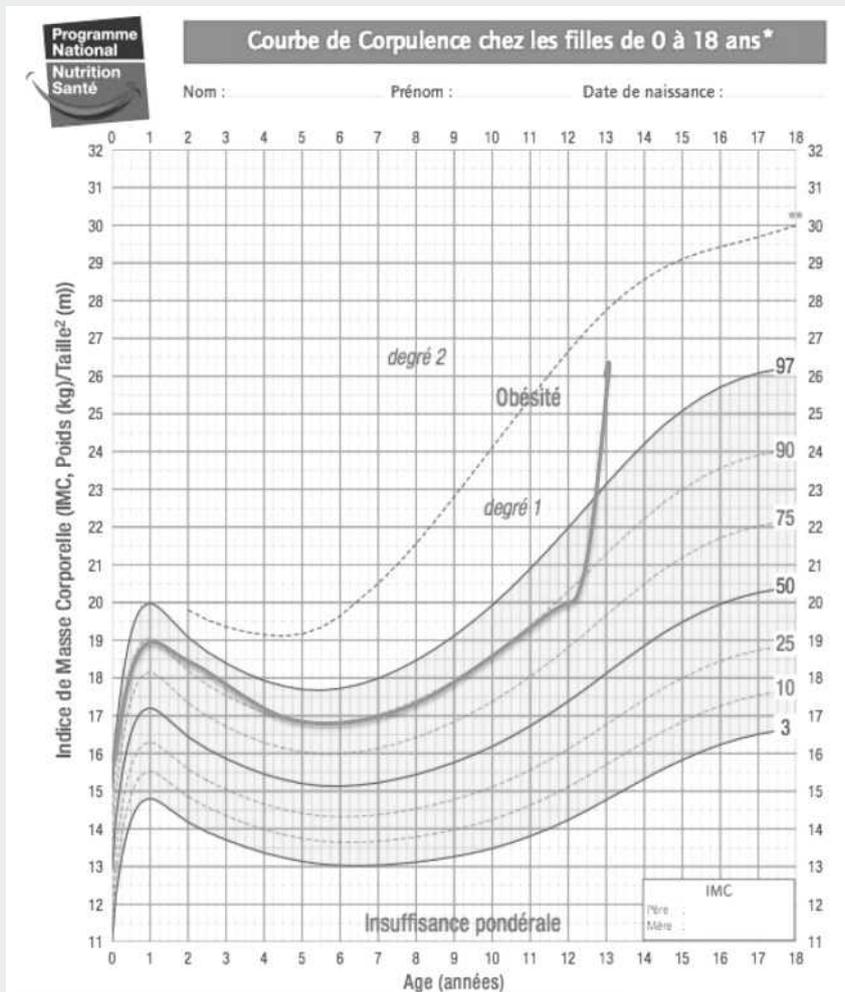
7. Quel(s) élément(s) sémiologique(s) notez-vous dans cette observation ?

- A. Déficit de l'attention
- B. Tristesse
- C. Hyperactivité
- D. Trouble obsessionnel compulsif
- E. Impulsivité verbale et motrice

8. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- A. Boulimie
- B. TDAH
- C. Dépression
- D. Schizophrénie
- E. Trouble envahissant du développement

Vous tracez la courbe de corpulence à l'aide des données auxologiques du carnet de santé ci-dessous.



9. Comment interprétez-vous la courbe ?

- A. Calcul de l'IMC en faisant taille/poids²
- B. Rebond d'adiposité précoce
- C. Surpoids dès l'âge de 1 an
- D. Augmentation du poids et de l'IMC à partir de 12 ans
- E. Obésité à l'âge de 13 ans

10. Quelle(s) est (sont) la (les) complications(s) possible(s) de l'obésité chez cette jeune fille ?

- A. Intolérance au glucose
- B. Infarctus du myocarde
- C. Souffrance psychologique
- D. Asthme
- E. Accélération de la croissance staturale

11. Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque d'obésité dans cette observation ?

- A. Trouble du comportement alimentaire
- B. Traitement anticonvulsivant
- C. Antécédent de maladie herpétique
- D. Sexe féminin
- E. TDAH

12. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- A. Régime avec objectif de perte de 1 kg par semaine
- B. Consommation d'aliments à effet laxatif
- C. Multiplication des activités physiques
- D. Soutien psychologique
- E. Chirurgie bariatrique

Environ six mois plus tard, Magdalena est conduite aux urgences pour boiterie. Elle n'arrive plus à poser la jambe droite au sol. Elle ne décrit pourtant ni chute ni traumatisme à l'anamnèse.

Sa température est de 37,2 °C. Elle a une attitude spontanée de rotation externe du membre inférieur droit au repos et à la marche. Il existe une limitation douloureuse de la rotation interne. Il n'y a pas de déformation des membres. Les articulations du genou et de la cheville en homolatéral ne sont pas douloureuses à la mobilisation.

13. Quel bilan réalisez-vous ?

- A. NFS, CRP
- B. Radiographie du bassin face et profil
- C. Scanner du bassin
- D. Testing musculaire
- E. Scintigraphie osseuse

NFS : Hb = 12,1g/dL, leucocytes = 4 200/mm³ dont PNN = 2 800/mm³, plaquettes = 520 000/mm³.
CRP : 3 mg/L.

L'imagerie suivante est soumise à votre interprétation :



14. Quelle est votre interprétation de ce cliché ?

- A. Déminéralisation osseuse
- B. Ostéochondrite primitive de hanche droite
- C. Vessie en réplétion
- D. Épiphysiolyse fémorale supérieure droite
- E. Fracture de la tête fémorale droite

15. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- A. Anticoagulation par AVK
- B. Immobilisation orthopédique
- C. Arrêt de l'appui
- D. Fixation *in situ* de la tête fémorale
- E. Ostéotomie de recentrage

Corrigé

QRM 1	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	10	Réponse Verbale : V5 = orientée, V3 = inappropriée, V2 = incompréhensible, V1 = aucune.
	B	×	10	Ouverture des Yeux : Y4 = spontanée, Y3 = sur ordre, Y1 = aucune.
	C			Réponse Motrice : M6 = sur ordre, M5 = adaptée à la douleur, M4 = retrait à la douleur, M3 = flexion anormale (décortication), M2 = extension anormale (décérébration), M1 = aucune.
	D			
	E			Intubation indiquée si coma grave = score de Glasgow ≤ 8 .

QRM 2	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	5	Antibiothérapie probabiliste.
	B	×	5	Oxygénation au masque à haute concentration et débit > 8 L/min dans cette situation convulsivante, quel que soit le chiffre de saturation O_2 (lunettes O_2 = faux).
	C			
	D	×	5	Première ligne de prise en charge anticonvulsivante = benzodiazépine.
E	×	5	Réponse indispensable* . Antiherpétique probabiliste.	

QRM 3	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	4	Bilan métabolique intéressant en cas de syndrome confusionnel fébrile.
	B	×	4	Recherche d'une méningoencéphalite.
	C	×	4	Imagerie cérébrale avant ponction lombaire car : troubles de vigilance avec Glasgow ≤ 11 , crises épileptiques récentes focales, ou généralisées après l'âge de 5 ans (voir consensus méningites 2008).
	D	×	4	Perturbation du bilan hépatique dans certaines causes virales (HSV).
E	×	4	Justification : situation de réanimation, troubles de vigilance.	

QRM 4	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			Méningite à la PL car pléiocytose $> 10/mm^3$.
	B			
	C	×	10	Méningite avec examen direct négatif (virale <i>a priori</i>), syndrome confusionnel, hypersignaux IRM des lobes temporaux.
	D	×	5	Un examen direct négatif du LCR n'écarte pas une cause bactérienne.
E	×	5	Hyponatrémie dans un contexte d'infection méningée.	

QRM 5	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			TDM non injectée.
	B	×	20	T1 : LCR en hyposignal, substance blanche en blanc et substance grise en gris. T2 : contraire (LCR en hypersignal, SB en gris et SG en blanc). FLAIR : séquence type T2 avec suppression du signal du LCR qui apparaît en hyposignal.
	C			Hyperintensité ou hypersignal.
	D			
E				

* Réponse indispensable = 0 à la question si non cochée.

QRM 6	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			État de mort encéphalique.
	B			Épilepsie à pointes centrotemporales
	C	X	20	
	D			Épilepsie-absences.
	E			Syndrome de West.

QRM 7	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	7	
	B			
	C	X	7	
	D			
E	X	6		

QRM 8	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	8	
	B	X	12	
	C			Pas d'élément dépressif (à rechercher dans ce contexte).
	D			
E				

QRM 9	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			IMC = poids (kg)/taille ² (m).
	B			Précoce si avant l'âge de 6 ans.
	C			
	D	X	20	
E			Surpoids (degré 1) mais pas obésité (degré 2).	

QRM 10	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	5	
	B			
	C	X	5	
	D	X	5	
E	X	5		

QRM 11	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	X	10	
	B	X	10	Valproate de sodium : prise de poids notée comme fréquente (= 1-10 %) dans la liste des effets indésirables.
	C			
	D			
E				

QRM 12	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			
	B			
	C	X	10	
	D	X	10	
E			Exceptionnellement indiquée.	

QRM 13	Réponse		Cotation	Commentaire
	A	×	10	Même en l'absence de fièvre.
	B	×	10	Incidence de profil indispensable (possibilité d'erreur diagnostique).
	C			Pas en première intention.
	D			
	E			Pas en première intention notamment en l'absence de fièvre.

QRM 14	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			
	B			Sémiologie radiographique : image en coup d'ongle sous-chondral, condensation puis fragmentation du noyau épiphysaire.
	C	×	10	
	D	×	10	La ligne de Klein ne coupe plus le noyau épiphysaire à droite.
	E			

QRM 15	Réponse		Cotation	Commentaire
	A			Anticoagulation à discuter en cas d'immobilisation semi-prolongée avant chirurgie, selon date opératoire et stade pubertaire, mais par HBPN.
	B			
	C	×	10	Arrêt immédiat.
	D	×	10	
	E			
Total		/ 300	

+ Items abordés dans ce dossier

- N° 52 : Boiterie chez l'enfant
- N° 103 : Épilepsie de l'enfant et de l'adulte
- N° 148 : Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant
- N° 249 : Troubles des conduites alimentaires de l'adolescent
- N° 251 : Obésité de l'enfant
- N° 341 : Convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant



L'avis du conférencier

Le diagnostic de méningoencéphalite est à évoquer en cas de syndrome confusionnel ou de trouble du comportement en contexte fébrile. Penser à écarter une cause métabolique par le dosage de l'ammoniémie.

Les complications de l'obésité se dépistent avant tout par la clinique et peuvent faire l'objet de questions transversales : asthme, SAOS, complications orthopédiques.

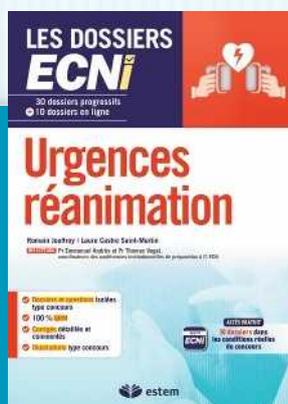
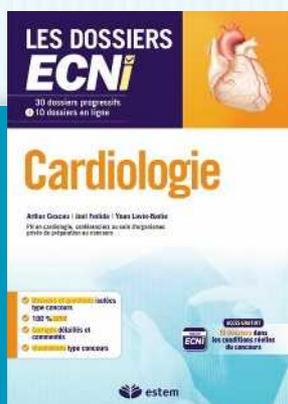
Les modalités des ECN changent. À partir de 2016, le nouveau concours proposera 18 dossiers progressifs constitués exclusivement de questions sous la forme de QRM, ainsi que 120 questions isolées, potentiellement très discriminantes. Afin de répondre à ces nouvelles exigences, les éditions Estem vous proposent leur nouvelle collection, **LES DOSSIERS ECNi**

Tous les ouvrages de cette collection sont écrits par des auteurs classés parmi **les meilleurs aux ECN** et validés par des PU-PH spécialistes de la matière. Ils vous permettront de vous mettre en situation de concours en proposant un contenu adapté aux nouvelles modalités des ECNi :

- ✓ des **dossiers progressifs avec 15 questions**, couvrant l'ensemble de la spécialité ;
- ✓ des questions sous la forme exclusive de QRM selon les dernières modalités du concours ;
- ✓ un classement par niveau de difficulté, de 1 à 3 étoiles ;
- ✓ la liste des items du nouveau programme abordés dans chaque dossier ;
- ✓ des corrigés cotés et commentés, avec des conseils et astuces ;
- ✓ des pondérations « réponse inacceptable » et « réponse indispensable » s'il y a lieu ;
- ✓ une rubrique « L'avis du conférencier » avec les réflexes à avoir ;
- ✓ des **questions isolées**, pour faire le tour des items susceptibles de vous discriminer.

Et pour vous mettre à 100 % dans les conditions réelles du concours, un accès à l'application « Objectif ECNi » vous est offert en exclusivité !

Dans la même
collection



ISBN : 978-2-84371-821-2



9 782843 718212

30DOSPED

www.estem.fr