

LA METHODOLOGIE DE L'EXAMEN
CLASSANT NATIONAL

HOCQUELET Arnaud ,187eme ECN 2010, interne en radiologie
REBOLLAR Yohann, interne en anesthésie- réanimation
GASSIE Paul, interne en Médecine physique et réadaptation

PRINCIPES GENERAUX (connus de tous)

L'ECN se prépare sur 3 voir 4 ans, c'est une épreuve de fond nécessitant un travail régulier afin d'assurer une assimilation progressive des connaissances favorisant ainsi la synthèse des données.

I. Apprendre à se connaître :

Apprendre à être régulier dans l'effort.

Gérer son rythme de travail en fonction de ses besoins en sommeil.

Éviter les stress excessifs, sans se laisser aller à la facilité.

Avoir des activités annexes (sport, danse, billard, plus belle la vie) pour déconnecter.

II. Le DCEM 2:

Il est important de trouver rapidement un bon rythme et surtout un bon mode d'apprentissage des items (voir partie sur les ITEMS). Pour moi, c'est l'année charnière qui permet de poser des bases solides sur lesquelles vous pourrez vous reposer en D3, afin de finir le programme fin D3.

Dès la D2, je trouve important de faire quelques cas cliniques portant sur l'item étudié afin de repérer les mots-clés, de mettre en avant les lacunes sur cet item, et de voir comment est organisée une réponse type « Traitement (TTT) » de cette pathologie.

Pour réaliser ce travail, privilégiez les dossiers simples portant sur un seul item.

A la fin de votre D2, ces quelques dossiers vous auront permis de savoir comment répondre, et d'avoir déjà des réflexes sous-corticaux (EP = O₂ + HNF, fièvre = hémocultures, etc).

Certains vous diront qu'il est trop tôt pour faire des dossiers. C'est vrai, mais ici le but n'est pas de passer les ECN à la fin de l'année, le but est d'avoir un plan clair sur chaque item, de vérifier l'acquisition des connaissances, de se familiariser avec les mots-clés et les cas cliniques. (Pas de rendre une copie parfaite, enfin si un peu...)

Les vacances D2-D3 : il faut prendre 1 mois (juillet, août ou septembre). Le reste du temps, essayer de garder un rythme, moindre, mais efficace.

III. Le DCEM3:

Année la plus dure, car il faut gérer les conférences, les examens, les CCB, revoir la D2 et finir le programme.

Il vous faudra être organisé, avoir un rythme de croisière, sans à-coup pour ne pas saturer et casser sa dynamique.

Vous avez un programme des conf sur l'année, celui ci peut être votre plan de révisions.

Ne revoyez pas les matières avant les confs c'est vraiment un erreur classique et bête car elle va à l'encontre de votre objectif (Synthétiser, organiser et savoir mobiliser vos connaissances sur le long terme).

Exemple d'un semaine type de D3: (Ceci n'est qu'un exemple et doit être adapté à votre méthode de travail)

Conf de cardiologie sur les TDR/C mardi et sur les coronaropathies le jeudi

Lundi, mardi, mercredi jusqu'à 17h: Apprentissage des matières de D3

Mercredi de 17-19h (quand la concentration chute) revoir la conf et les items correspondants sur un

support rapide

Jeudi et vendredi jusqu'à 17h: D3

Vendredi de 17-19h: revoir conf n°2+ items

Samedi: cas clinique sur le programme de D3

Ceci n'est qu'un exemple que vous devez adapter à vos besoins et habitudes. Le plus important est de ne pas utiliser sa mémoire immédiate pour les conférences.

En D3 il est important de faire 1 ou 2 concours blancs (Hippocrate et Sanofi n°2), pour voir comment s'organiser sur 3h, toucher à la transversalité et revoir ses copies (pour Hippocrate) une fois le classement obtenu, afin d'étudier la présentation de vos réponses en période de stress et améliorer celle-ci pour vos prochains tests.

Pour information : en D3, j'ai fait les concours blancs Sanofi et Hippocrate de mars (1300 à Sanofi et 1100 à Hippocrate).

LES VACANCES : Oui, il faut partir en vacances l'été de la D3 et seulement à Noël en D4 +++ (avec petit bonus en février mars si tout se passe bien). Il est tout à fait possible de partir en stage à l'étranger en été D3. C'est tout à fait gérable si on s'y prend bien. L'avantage : faire un stage à plein-temps pendant un mois uniquement (où on bosse un peu moins le concours) et puis avoir 2 vrais mois de "vacances". L'inconvénient : le stage à l'étranger constitue vos vacances et pendant les 2 autres mois, il faudra travailler l'internat.

IV. Le DCEM4:

Ne pas partir trop vite, garder le même rythme que la D3 jusqu'au CSCT (prenez une semaine de vacances fin janvier après les concours blancs) puis augmenter la charge de travail. Pensez à vous reposer avant les ECN pour arriver au top de votre forme. (Enfin autant que possible).

Partir à Noël quelques jours nous semble **INDISPENSABLE** pour respirer, se relaxer, se couper de l'internat et se rafraîchir le cerveau avant le rush final après décembre... Par contre, pas de week-ends intempestifs +++. Vacances = Vacances, donc pas de révisions pendant les vacances sinon ce ne serait pas des vacances. Car l'internat ne se joue pas sur quelques jours +++.

Vous aurez des conférences sur toutes les matières. Suivez donc le programme avec une semaine de décalage, pour revoir les matières une fois les confs faites, toujours dans l'optique de blinder votre mémoire à long terme, et votre capacité à mobiliser des informations dormantes.

Je faisais des cas cliniques par spécialité de 14-17h, puis je revoyais les items où j'avais des lacunes sur des fiches ou équivalent.

Début février, il est temps de s'attaquer aux cas cliniques transversaux qu'il faut rédiger, car c'est là que l'organisation des connaissances et des réponses prend tout son sens, afin de ne pas oublier de traiter la plaie du crâne + SAT/VAT du mec qui a le fémur en 4 !!!!!

Pour le nombre de tours, ça fait 6 ans que vous bossez, vous savez le nombre de tours dont vous avez besoin). En avril -mai, ne faire plus que des cas transversaux.

Les concours blancs : en faire 4, les 4 plus gros (Hippocrate et Sanofi) et récupérer les autres par vos connaissances/amis.

Il est important de maîtriser parfaitement les items tombés en concours blancs car tout le monde les aura fait (Cf Schizophrénie et SPA cette année)

V. La préparation mentale

AVOIR CONFIANCE EN SOI + + + + + + + + + +...

Si vous êtes là c'est que vous pouvez le faire! (Ne partez pas dans l'optique de le faire en 2 ans!)

On vous rappelle que l'année prochaine vous allez vous retrouver nez à nez avec d'autres quadricéphales futurs majors de l'internat et que de toute façon les 50 premières places sont trustées par des personnes qui sont bien meilleures que vous et nous quoique vous fassiez et vous aurez le stress en plus de l'absence de nouvelle chance.

Donc faites de votre mieux dès la 1ère fois, si vous ratez, vous ne pourrez pas vous blâmer.

En plus, les dossiers peuvent être faciles, qu'est-ce que vous en savez ?

NE PAS LAISSER TOMBER DANS LES DERNIERS JOURS / SEMAINES.

On a tous eu ce coup de blues vers la fin, du genre : "oh p****n, je me souviens plus de rien" ou "oh p****n j'aurais jamais fini à temps"....

Vous allez voir que vous allez vous souvenir le jour J (certes pas le point de détail hyper précis du genre aspect anapath de la GNMP II...) mais suffisamment pour répondre à la question

Si vous voyez que vous n'allez pas finir votre dernier tour, alors finissez en lisant rapidement.

SI VOUS VOUS ETES INSCRITS, ALLEZ-Y !

RIEN N'EST JOUE AVANT LE JOUR J !

Arrêtez d'écouter ceux qui vous disent que tout est joué !

Bien sur, si vous n'avez rien foutu toute l'année, il ne faut pas attendre un miracle...

Si vous avez bossé régulièrement, en principe, ça devrait aller...

On dit EN PRINCIPE parce que, bon, les sujets débiles, atypiques et/ou incompréhensibles : ça existe.

Les dossiers débiles et incompréhensibles **NE SONT PAS** sélectifs de toute façon.

Si vous avez bossé correctement et régulièrement vos cours, que vous tombez sur un dossier de ce type et que vous n'y comprenez rien, ne paniquez pas : il y a de fortes chances pour que les 7000 autres aient le même problème (sauf pour les mutants...).

CE QU'IL FAUT COMPRENDRE

Les ECN sont corrigés en mots-clés +++ donc tapez large tout en mettant en avant les mots-clés attendu.

Exemple d'une grille des ECN (récupérée sur l'excellent site BECOOL):

QUESTION 6	12
Unité de soins intensifs / De soins continus / Réanimation	2
Antibiothérapie intraveineuse :	2
A diffusion méningée	2
Ceftriaxone (ROCEPHINE®) / Céfotaxime (CLAFORAN®)	2
Adaptée à la sensibilité du germe, en fonction de l'antibiogramme	
:	1
Amoxicilline / Pénicilline A	
Durée : 1 semaine / 5 à 10 jours	1
Remplissage vasculaire ("Hydratation" non accepté)	

Il n'y a pas de phrase, juste des mots-clés organisés.

On voit bien que les 2 premiers mots-clés cotés sont Réanimation et Antibiothérapie, les détails arrivent après (remplissage, antalgiques, prévention des MTEV, etc)

Il faut avoir, pour chaque item, une liste de mots-clés sous corticaux que vous remettrez coûte que coûte : le livre « MOTS-CLES - ECN » de Marjorie Sroussi est très bien pour ça+++

Exemple pour la méningite:

Sd méningé + fièvre + purpura

PL HEMOC avant ATB sauf dans

ISOLEMENT/REA

ATB IV DOSE MENINGE ACTIVE SUR MENINGO C3G +/- aminoside

Remplissage, antalgique anti pyretique

Surveillance ETOC (voir parti sur surveillance)

DO

recherche/TTT sujet contact

vaccin

Il y a 2 types de mot clé, ceux qui vous viennent naturellement car ils vous paraissent logiques, et ceux que vous oubliez car ils ne vous parlent pas.

Chaque matière a ses spécificités et donc ses mots-clés. Il est important de vous faire une liste de 10 mots sur chaque matière (que vous oubliez, ou qui sont des PMZ), de les apprendre par cœur et de faire l'effort de les remettre à chaque fois qu'un cas aborde cette matière.

Exemple de mes mots clés de pédiatrie: (très européen, merci Hubert)

Poids

Vaccin

Périmètre crânien

Accord parental

Consultation à 48h

Carnet de santé
Éducation des parent
Éviction scolaire/crèche

7

Exemple pour la gynécologie:

« Te frottes pas à ses seins gros bêta aux couilles rigides »

Te = TV

Frottes = Frottis CV

Pas = Placenta (il est où à l'échographie? Il saigne?)

A = ATCD Obs/gyn/fam

Ses = Sexualité, nombre de partenaires, antécédents d'IST, FDR IST

Seins = Examen des seins +++

Bêta = β -HCG

Aux = O'Sullivan

Couilles = corticothérapie

Rigides = Rophylac (Gama-globulines Anti-D)

A chaque dossier de pédiatrie/gynécologie, j'essayais de recaser ces mots à chaque question (= plein de points, même si je ne comprenais pas vraiment pourquoi il fallait examiner les seins d'une femme qui a un cancer de l'endomètre : mêmes FDR mais dans ma tête je ne faisais pas le lien spontanément donc je perdais des points).

Cancérologie:

Biopsie, histologie, anatomo-pathologie

Bilan extension

Accord du patient

Annonce plan cancer

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, Projet personnalisé de soins

TTT curatif vs palliatif

Soins de support / confort

Prévention des effets secondaires

CECOS

100%, soutien psychologique + famille

Suivi A VIE

ORGANISATION

Organiser son espace de travail. (domicile, bibliothèque.)

Se fixer des objectifs ambitieux (80 sur 100 pour le major), et surtout apprendre de ses échecs! Faire une fois une erreur c'est bien, la faire plusieurs fois c'est INTERDIT!

I. Les références, les fiches:

- Les supports de cours:

D'une manière générale il n'y a pas UNE référence absolue, hormis les collègues des enseignants. De nombreux collègues ont été améliorés récemment, ils doivent donc constituer votre source principale d'information. Si leurs présentations ne vous conviennent pas il y a de très bons livres dans le commerce.

Je vous invite à aller sur www.e-carabin.net, section "Bibliothèque universitaire". Chaque ouvrage est décortiqué et analysé par les étudiants.

Apprenez sur les mêmes références que tout le monde quand elles font l'unanimité. Éviter les références bidon et la multiplication des sources.

Il est indispensable de lire et connaître les conférences de consensus car les dossiers en sont directement inspirés (Cf dossier de pré-eclampsie 2010).

Vous les trouverez à ces adresses:

- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/epreuves-classantes-nationales-ecm-mot-du-president-sommaire-mode-d-emploi
- <http://www.bmlweb.org/>

Ainsi que dans les 3 tomes **Fiches de synthèse de Conférences de consensus** chez S-Edition.

- Les fiches

Il n'est pas indispensable d'en faire car il y en a dans le commerce.

Si vous en avez besoin allez-y, c'est un très bon exercice de synthèse.

Sur papier, à partir de la D3 et PAS AVANT. Sinon, les ébauches de fiches faites en D2 seront probablement à refaire parce que vous n'avez pas assez de connaissances pour les faire bien.

Une fiche, ce n'est pas le recopiage complet et stupide d'un livre en entier sur un papier timbre poste avec stylo quadrichrome!!!

Vos fiches doivent être COMPLETES (une fois finie, vous n'irez plus jeter un coup d'œil au document original) et REFLECHIES, donc vous devez ANTICIPER sur les questions que vous pourriez vous poser - mêmes les plus simples - (vous savez que vous oubliez toujours où se trouve le cerveau ? écrivez-le sur la fiche....) pour ne plus avoir à ouvrir le poly

Au moins une fiche par jour : il y a 400 questions environ, si vous commencez en début de D3, vous finirez en décembre de D4 .

Rajouter sur sa fiche les "zéros" au dossier : INDISPENSABLE +++ bien qu'il semblerait que les zéros relèvent plus du mythe que de la réalité mais dans le doute... De plus, il existe des dossiers avec des points négatifs !!! (véridique)

Ne pas pomper la fiche du voisin (il ne pense pas comme vous !) sauf cas d'extrême urgence pour dépanner.

Arbres décisionnels, cadres de réponses, style littéraire : la manière de personnaliser la fiche dépend de votre point de vue.

Ah oui, il faut apprendre sa fiche ensuite ++++.

Ne pas hésiter à la refaire si elle est nulle.

Vous remarquerez qu'au fil du temps la manière de faire votre fiche se modifie....

Ajouter les infos notées en conf ou de la revue du prat.

II. Les sous-colles

Ah ! La dure question des sous-colles.

Les avis sont partagés, je n'en ai pas fait et ça ne m'a pas pénalisé, Cela dépend surtout de votre caractère.

Pourquoi une sous-colle ?

Pour vous donner un RYTHME de TRAVAIL dans la semaine (avoir révisé un chapitre pour tel jour) +++.

Pour tester (bien sur) ses CONNAISSANCES.

Pour se STRESSER (un peu).

Pour TESTER son ou ses sous-colleurs (ça c'est pour ceux qui ont l'esprit de compétition).

Pour partager vos informations sur les derniers consensus, derniers bouquins ou astuces pour apprendre une matière.

Le déroulement ?

Surtout des questions rapides (type QROC) que vous aurez préparées à l'avance dans votre tête (ou sur papier) lorsque vous faites vos chapitres ou que vous lisez les conférences de consensus.

Exemples :

- Citez les 3 étiologies infectieuses d'un érythème noueux ?
 - Traitement d'une Pancréatite Aiguë en mots clés ?
- etc.

Ne pas hésiter à surprendre et à déstabiliser votre sous-colleur +++ (SURPRENDRE, pas HUMILIER).

Exemples : il a révisé le chapitre de l'hémochromatose ? Et bien, au bout de quelques questions, partez sur la chondrocalcinose / à partir du lupus, arrivez aux signes cliniques du syndrome des antiphospholipides, puis repartir sur les phlébites... etc.

Ne pas hésiter à reposer des questions qui ont posé problèmes la semaine précédente : alors tu les connais tes 3 causes infectieuses de l'érythème noueux ? C'est bien, ben maintenant donne moi 9 autres causes d'érythème noueux ? (ça c'est le côté surprendre son sous-colleur, qui répondra : p****n tu fais chier, aujourd'hui on devait faire de la rhumato ! etc.)

Combien de questions sur un sujet ?

DEUX +++ c'est très bien, trois ça passe encore. Quatre, c'est presque trop. car votre but est de tester vos connaissances rapidement (1 question par personne en alternance).

Au fait évitez quand même de tenter le diable : pas de sous-colles avec l'externe suédoise (ou l'externe italien)....

Si votre sous-colleur n'est pas motivé, ne fout rien, ne vient pas etc. = VIREZ LE !

S'il veut repasser l'internat l'année prochaine, c'est son problème (mais il y a peu de chances qu'il l'ait l'année d'après de toute façon)

Où ?

Pas dans la cafétéria de la fac.

Pas dans un parc.

Dans son appart', c'est très bien.

Quelle fréquence et combien de temps ?

La bonne fréquence : 1 / semaine.

Trois heures par sous-colle, c'est bien (c'est à voir selon le degré de concentration, pas plus de 4h).

A vous de choisir le jour et l'heure : pour nous, c'était le samedi après midi 14h à 17h, ou le soir de 19h à 23h le dimanche.

Les sous-colles dans les 2 derniers mois :

Ne surtout pas interrompre les sous-colles sous prétexte que l'internat se rapproche : justement vous gardez un rythme et vous pouvez vous soutenir mutuellement en cas de coup de blues...

Faire des dossiers d'internat uniquement ! Oui, j'ai bien dit faire des dossiers d'annales avec comme rythme une dizaine de dossiers par sous colle (en les faisant au pas de course).

Pourquoi ? Parce qu'à 2 mois de l'internat, c'est un peu tard pour réviser l'infarctus du myocarde. Il s'agit de voir maintenant ce que vous savez, de voir ce que l'on attend de vous et de regarder les dossiers qui (re)tombent souvent. De plus, ça vous allégera pour revoir chez vous des chapitres que vous ne maîtrisez pas...

Déroulement : il ne s'agit de faire le dossier en temps réel (une sous-colle = 10 dossiers !) mais simplement de les lire à tour de rôle à la sous-colle, de réfléchir aux réponses, de comparer vos réponses entre vous et avec la correction, de noter (et apprendre) vos erreurs et/ou les nouveautés.

Exemple typique (ECN 2005) : un dossier sur l'insuffisance surrénale CLASSIQUE quand vous avez regardé les autres dossiers d'annales d'IS. (De même pour la SEP en 2004 - 2006)

III. Le programme de revision

Il vous faut un programme REALISTE.

A votre RYTHME (ne pas se calquer à sur les autres, ceux qui sont "tellement en avance") + + + : le but c'est d'avoir fini le jour J.

Il faut être ADAPTE à la matière. Exemple : ne pas espérer faire l'hépto-gastro-entéro en 1 week-end (idem pour la gynéco-obs). En revanche, ne pas passer un week-end entier sur la génétique (faut pas déconner quand même)!

Il faut travailler très régulièrement mais garder tout de même une soirée dans la semaine pour sortir (prendre l'air, ciné de temps en temps...)...

Il y aura forcément des jours où vous en aurez marre. Ces jours là, s'arrêter plutôt que de se forcer et bâcler son chapitre (mais éviter d'accumuler trop de jours de ce genre).

NE PAS HESITER à ALTERNER VOS REVISIONS entre les matières que vous adorez et celles que vous détestez

Vous allez pleurer si vous vous tapez l'orthopédie suivie des valvulopathies et de l'ostéomyélite chez l'enfant....

Donc alternez : tu adores l'uro et bien commences par ces chapitres, ça va aller vite et te donner du moral pour t'attaquer au plus dur et chiant.

ATTENTION : on ne dit pas dit qu'il faut se retaper le chapitre que l'on maîtrise parfaitement ! L'objectif est juste d'avancer vite sur certaines matières et ainsi de se donner l'impression que l'on avance et que l'on a du temps devant soi pour les chapitres où l'on devra passer plus de temps...(certes c'est un peu artificiel mais ça donne du moral pour les chapitres que l'on déteste).

Exemple : mieux vaut passer 2 jours sur une matière que l'on aime (mais que l'on ne maîtrise pas forcément), puis passer à l'orthop plutôt que de stagner 5 jours sur l'orthop (ou la cardio) et puis de stresser à l'idée que l'on a fait que ça.

IV. Le jour J:

FAUT-IL PRENDRE DES COURS AVEC SOI ?

Oui, mais pas n'importe lesquels : les quelques chapitres qui vous font le plus chier.

L'idéal c'est une ou deux feuilles A4 où vous aurez repertorié vos bêtes noires!

N'écoutez pas les blaireaux à côté de vous dans le RER ou dans le hall qui se rassurent en cour en disant tout haut : "oh ben moi, je pense que ça sert à rien de réviser à la dernière minute parce que sinon je vais tout mélanger" et tous en cœur : "oh oui, tu as raison".

Non, le but de cette courte relecture de quelques chapitres n'est pas de réviser : il s'agit juste de voir les quelques petites choses que vous n'arrivez jamais à retenir ou de vérifier les 0 que vous vous prenez toujours en conf +++ (style VAT, Intubation, en urgence etc...)

Et puis, de toute façon, c'est l'ECN, m****e ! C'est le dernier examen de votre vie et le plus important, alors autant mettre toutes les chances de votre côté...

LES DOSSIERS AU CONCOURS

Votre but : cartonner aux dossiers faciles !

Donc classer vos dossiers au début lors de la lecture : le dossier dont vous avez fait le diagnostic rien qu'à la lecture du sujet et dont vous maîtrisez la question : c'est celui là en premier (c'est bon pour le moral !), mais attention aux faux amis.

Pendant le temps que vous rédigerez les dossiers les plus simples, votre cerveau continuera en tâche de fond à réfléchir aux dossiers compliqués (notez sur un brouillon les idées qui vous passent par la tête avant qu'elle ne disparaissent).

Vos conférenciers vous brieferont sur ce domaine et les techniques de rédaction...

LIRE TOUTES les questions avant de rédiger : parfois vous ferez le diagnostic à la lecture des questions et ça vous évitera de rédiger trop vite une réponse dont la question vient plus tard dans le dossier.

Si vous avez un doute sur la place d'une réponse (les questions ne sont pas claires...), ne pas hésiter à se répéter dans les 2 cadres (ou d'au moins placer ces mêmes mots - clés dans les 2 cases), ainsi, dans le doute, vous ne perdrez pas de points bêtement... (Il met arrivé d'arreter le TABAC à toutes les questions d'un dossier d'IDM dans les dernieres secondes d'un concours blanc car j'avais un doute sur l'emplacement de la reponse!)

LES STAGES

On peut considérer qu'il existe 3 types de stage. Les stages planqués où vous n'apprenez rien, les stages normaux 9-12h qui sont formateurs mais pas chronophages et les stages très formateurs d'un point de vu médical mais généralement peu pour l'ECN.

Il faut donc trouver un juste équilibre entre ces 3 stages. Les prenant en D2 pour acquérir les connaissances médicales puis des stages normaux, avec éventuellement un stage planqué milieu D4 pendant la période des concours blancs pour souffler avant de repartir pour le sprint final.

Personnellement je préférerais aller en stage les 3 derniers mois car ça permet de faire autre chose et de poser les quelques questions qui vous reste.

Faire un stage planque n'a quasiment AUCUNE INFLUENCE sur le classement de l'internat +++.
Pourquoi ?

1. L'internat se prépare sur le long terme, en 2-3 ans (pour les futurs majors depuis la D1 même !) et sur la base de la REGULARITE (et pas en catastrophe dans les 3 derniers mois !)
2. On apprend quand même des choses en stage et on peut toujours poser des questions de cours aux profs.

En revanche, si vous êtes un intégriste des stages et un farouche opposant du stage planque, évitez quand même l'excès de zèle : en D4, c'est fini de sortir à 14-16h ! Il faut partir à 12-13h (heure légale) SVP (les chefs sont d'habitude assez compréhensifs si vous faites votre boulot correctement).

Faut-il faire pour autant un stage planque ?

Ca dépend des étudiants : certains (ils sont peu nombreux - je pense -) ne peuvent pas travailler chez eux 10h/j, ressentent le besoin d'aller en stage pour apprendre de nouvelles choses (souvent ce sont les meilleurs qui font ça) et ont ainsi un rythme dans leur journée (je dois me lever à 7h pour aller en stage et à 13h je peux commencer à bosser), d'autres (la majorité à priori) sont beaucoup plus stressés à l'idée d'aller en stage, ont l'impression de perdre du temps alors qu'ils pourraient bosser chez eux...

Quand ?

Pas de stage planque dès le début de la D4 SVP +++ c'est complètement stupide et inutile !

Envisager le stage planque pour le trimestre Janvier - Mars.

Gérer son stage planque...

Faire un stage planque implique une RIGUEUR à la maison : on se lève comme si on allait en stage et on bosse comme d'habitude (c'est à dire aussi durement)...

Pas de grasse matinée sous prétexte qu'"on a le temps", pas de virée nocturne etc.

Un stage planque ne fait gagner que 3 - 4 h / jour donc pas énormément...

Où ?

Se renseigner avec vos anciens D4 !

Comment rentabiliser ses stages ?

J'ai vu trop d'externes « gâcher » leur matinée en stage. Il existe pourtant des moyens simples de se préparer pour l'ECN en stage.

* Prendre des pathologies fréquentes :

Ce sont elles qui tombent aux ECN et vous connaissez des choses dessus.

Il est plus utile de savoir traiter un lupus qu'une maladie de Rendu-Osler pour les ECN.

* Se mettre en situation :

Ne pas lire toute l'observation des urgences ou de l'interne. Prenez juste le motif d'admission et demandez vous ce que vous recherchiez à l'examen clinique et ce que vous prescrieriez toujours avec le même plan de réponse (et de raisonnement) que sur votre copie d'ECN (Plans ci-dessus). Une fois ce petit travail effectué, comparer vos réponses à ce qui a été fait. Retraavaillez vos oublis et poser des questions pendant la visite sur la pertinence des examens que vous aviez demandés mais qui n'ont pas été réalisés. Il m'est arrivé plusieurs fois de trouver des oublis de prescription et la vos chefs sont contents car non seulement ils voient qu'ils ont toute votre attention mais en plus que vous êtes bons, et ça les motive beaucoup pour vous apprendre des choses, les visites n'en seront que plus intéressantes ! (Combien de fois en D2 j'ai pu compter les secondes pendant les visites des stages moyens car je ne savais pas les rendre attractives !).

* Revoir les items sur des supports rapides avant ou après la visite (permet de fixer les connaissances).

Les ITEMS/Les Apprendre/Les synthétiser

Vous devez (depuis le temps) connaître votre type de mémorisation. Continuez avec votre méthode qui marche. (Si vous devez écrire, écrivez!)

Il y a 3 types d'items : les orientations diagnostiques, les maladies et grands syndromes et les parcours.

La base de l'apprentissage réside dans la faculté à organiser ses connaissances. Pour les organiser il faut un plan reproductible, une sorte d'armoire avec plusieurs tiroirs. Une fois cette armoire acquise, votre travail va se résumer à remplir les tiroirs, et à apprendre à les ouvrir (Sans la clé, parfois).

Les items Orientations diagnostiques:

Vous devez être capable de réaliser un arbre diagnostique clair sur ces items. C'est votre but. Quand vous y arriverez, c'est que l'item sera assimilé et synthétisé, et vous aurez une ligne de réponse pour cette question et à chaque fois qu'elle ressortira vous écrivez votre ligne de conduite.

Pour ces items un plan simple:

- Diagnostic positif (PA = lipasémie >3N + douleur abdominale)
- Diagnostic de gravité (EVA, Constantes, Ranson, CRP a 48h)
- Diagnostic étiologique (Lithiase, OH, calcémie, obstructive = échographie, TDM, bilan bio)
- Diagnostic pronostic (TDM 48h pour score de Balthazar et IMRIE)
- Diagnostic pré-thérapeutique (recherche de contre-indications au traitement, bon ici c'est dur... mais du genre allergie aux ATB, quelle contraception avant mise sous anti-épileptiques, etc)

Exemple pour l'item 335 Thrombopénie :

Des que, dans un cas clinique vous voyez une thrombopénie, vous recrachez cet arbre (bien sur vous modulez, si c'est une mamie sans transfusion, l'origine allo-immune bof bof, le lupus aussi).

Ce qui est important, c'est qu'avec ce plan vous allez montrer au correcteur que vous avez une démarche SYSTEMATIQUE du plus urgent au moins urgent. Ça vous permettra aussi de ne pas oublier de mots-clés, donc de ne pas perdre des points et de pouvoir aller à la plage pendant votre internat au lieu de jouer dans bienvenu chez les Ch'tis 2.

Il est important de noter que je ne vous dis pas de faire des fiches avec ce plan. Prenez juste un brouillon, et organisez votre raisonnement autour de ces axes puis jetez-le!

Thrombopenie = Plaquettes < 150 G/L



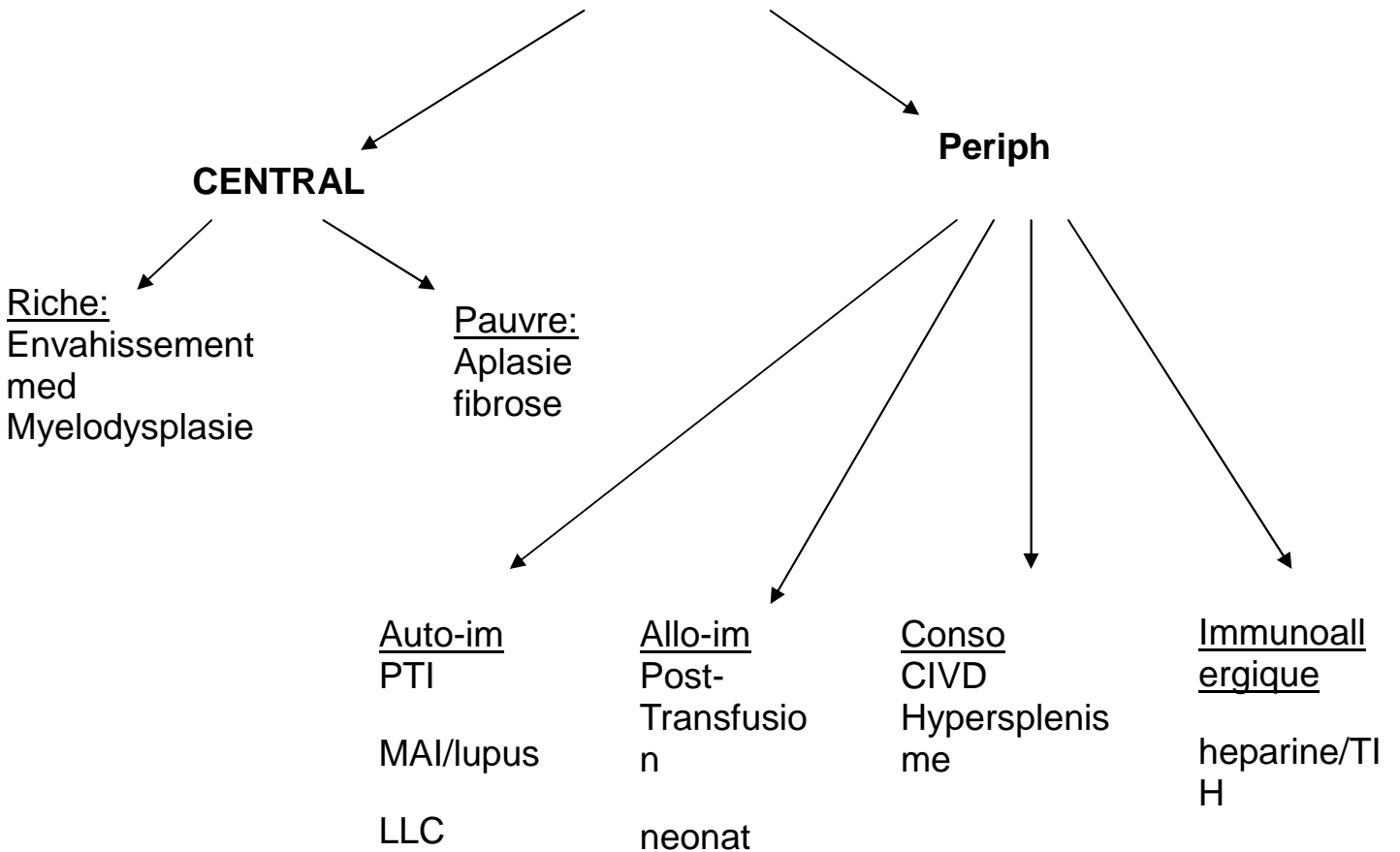
Confirmer la Thrombopénie par frottis ou tube citraté
= Diagnostic positif



Recherche de signe de gravité:
(purpura, bulles, FO, nb de plq etc)



Diagnostic étiologique:
Hémogramme (isolé ou pancytopenie)
TP-TCA (trouble coag associé, WB?)
Myélogramme (central ou periphérique?)



Les items Maladies et Grands Syndromes:

Sur ces items il faut aussi un plan reproductible.

FDR de la maladie (ATCD de cette maladie, tabac, OH, « race », etc)

Terrain type pour les cas cliniques (ex : grosse femme de 60 ans pour la cholécystite)

Diagnostic positif : comment on pose le diagnostic?

Diagnostic de gravité: Neurologique, Respiratoire, Hémodynamique, septique, spécifique.

Diagnostic étiologique: quelles sont les étiologies et les examens nécessaires ?

Diagnostic pronostique et d'extension

Diagnostic pré-thérapeutique: Allergie ATB, β -HCG avant traitement tératogène etc...

Principe du traitement : où, urgent, quelles molécules, quelle voie d'administration, durée

Surveillance

Les items par cœur :

Ce sont les modules 1/4/6/LCA

Pas de secret : prenez des bouquins du style «500 Quizz » de chez S-edition et apprenez par cœur les réponses aux questions de ces modules.

Les classiques:

- Maladie à Déclaration Obligatoire
- Modalité de déclaration d'accident du travail
- Avantages de l'arrêt de travail
- Maladie professionnelle et avantages de la reconnaissance
- Annonce d'une maladie grave
- Prise en charge d'un handicap adulte/enfant
- Prescription de kinésithérapie

Pour la LCA:

J'ai lu quasiment tous les livres du marché, ils se complètent l'un-l'autre mais attention à ne pas rentrer dans des détails de statisticien. (« Lecture critique d'article » chez MALOINE et « Préparation à la LCA » chez S-edition).

Faites en régulièrement, une par semaine. Notez dans un cahier les questions qui reviennent souvent. Faites-vous une réponse complète et apprenez la par cœur.

Exemples de questions qui tombent souvent :

- Type d'étude
- Objectif
- Critère de qualité d'un jugement principal
- Critère de qualité d'une randomisation
- Courbe de Kaplan meier
- commentaire de tableau
- interprétation de résultats

LES DOSSIERS CLINIQUES

C'est sur eux qu'on vous évalue, c'est aussi la partie la plus intéressante de l'externat. Il ne faut pas faire des dossiers pour « faire des dossiers ». Si vous prenez 40 à un dossier, il ne faut pas se dire « il était dur », il faut revoir l'item et la grille de correction pour avoir 80 la prochaine fois que vous verrez cet item dans un cas.

Comment répondre?

- En mots clés et tirez
- Les PMZ en MAJUSCULE
- De façon aérée
- En séparant les sous chapitre de vos réponses
- Avec un plan clair

Surtout REPONDRE à la question ! Il n'y a rien de plus énervant pour un correcteur que de voir quelqu'un répondre un listing ou un tiroir qui n'a absolument rien à voir avec la question. Ramenez-vous toujours au cas du patient considéré, imaginez-le en vrai (comme vous en avez vu en stage si vous y êtes suffisamment allé), et demandez-vous toujours en le regardant si votre prise en charge est complète et adaptée.

Tenir compte des mentions de l'intitulé : "en justifiant" (faites le !), "sans justifier" (ne le faites pas !), "quel est l'examen le plus spécifique ? ", "quel est l'examen faisant le diagnostic" n'est pas pareil que "quels sont les examens qui pourraient faire le diagnostic ?" (la 1ère question vous enjoint à donner une réponse précise et certainement bien déterminée du genre myélogramme si c'est un dossier sur le myélome... alors que la 2ème vous laisse la porte ouverte à d'autres examens pouvant confirmer le diagnostic indirectement comme par exemple demander un test de Coombs dans un dossier pour une pneumopathie atypique où vous avez noté dans l'énoncé une anémie vous faisant suspecter une infection à mycoplasme...)

Les brouillons :

J'utilisais 2 types de brouillons, celui des mots clés à ne pas oublier et celui du dossier clinique.

Le brouillon à mots clés :

J'utilisais les moyens mnémotechnique de E. Ghanassia dans son très bon bouquin d'endocrinologie.

Hospit O2/kine Sat-vat/vaccin Porte entrée Insuffisance d'organe Tuyaux (vvp, su, vvc, iot) Arrêt des toxiques Lovenox Ulcère (IPP) Rééquilibrage hydro-électrolytique Glace Étiologie Nursing/nutrition TTT sympto Surveillance Travail arrêt Ordonnance de sortie Pec 100% Public (DO) Partenaire (dépistage et TTT) Pédagogie (éducation/voir colonne de droite)	Éducation Diététique/règles Urgence (Signes cliniques+ TTT) Carte de la maladie A vie (pas d'arrêt du TTT) Insuline (apprentissage de l'utilisation) Surveillance + Mots clés de pedia + cancéro +gynoco/obs
---	---

Le brouillon du dossier :

Prenez une feuille A4 et divisez-la en 3 colonnes : une « énoncé », une « diagnostic » et une « PEC ».

Dès la lecture du sujet, vous inscrivez les données que vous avez dans la case énoncé. Puis, vous mettez tous les mots clés ou idées importants à ne pas oublier pour une question diagnostique et thérapeutique, dans les colonnes correspondantes.

Le sommet de chaque colonne est réservé aux PMZ écrits en rouge et qu'il faut recaser dans toutes les questions possibles.

Voici un exemple avec le dossier 7 des ECN 2010 où j'ai eu 94/100

Tableau phase 0:

ENONCE	DIAGNOSTIC	THERAPEUTIQUE
	PMZ	PMZ MEC Bilan urgent TTT urgent TTT étiologique TTT symptomatique TTT préventif Socio/Psy Surveillance

Tableau Phase 1:

ENONCE	DIAGNOSTIC	THERAPEUTIQUE
<p>Femme 70 ans</p> <p>Dyspnée</p> <p>Tabac</p> <p>Allergie PENICILLINE</p> <p>HTA, Diabète, Surpoids Glucophage</p> <p>Aspirine</p> <p>Fièvre + souffle</p> <p>Anémie férriprive</p>	<p>PMZ</p>	<p>PMZ</p> <p>MEC</p> <p>Bilan urgent</p> <p>TTT urgent</p> <p>TTT étiologique</p> <p>TTT symptomatique</p> <p>TTT préventif</p> <p>Socio/Psy</p> <p>Surveillance</p>

Phase 2, la case diagnostique:

ENONCE	DIAGNOSTIC	THERAPEUTIQUE
<p>Femme 70 ans</p> <p>Dyspnée</p> <p>Tabac</p> <p>Allergie PENICILLINE</p> <p>HTA, Diabète, Surpoids Glucophage</p> <p>Aspirine</p> <p>Fièvre + souffle</p> <p>Anémie férriprive</p>	<p>PMZ : bilan Tabac et infectieux</p> <p>Cancer : TV, TR, seins</p> <p>FC, FR, SaO2, GDS, ECG, RT</p> <p>PA, Hémoptysie, RT, fibro, scanner, EFR</p> <p>Bilan FdRCv, bilan OMS HTA, Glycémie, Hba1C, Neuropathie, Poids, IMC, Tour taille, Bilan Lipidique</p> <p>Urée, créat, coag</p> <p>Hémocultures, porte d'entrée, ETT, ETO</p> <p>Saignement, TV, TR, FOGD, Colo, bilan marial</p>	<p>PMZ</p> <p>MEC</p> <p>Bilan urgent</p> <p>TTT urgent</p> <p>TTT étiologique</p> <p>TTT symptomatique</p> <p>TTT préventif</p> <p>Socio/Psy</p> <p>Surveillance</p>

Tableau phase 3, la colonne thérapeutique:

ENONCE	DIAGNOSTIC	THERAPEUTIQUE
Femme 70 ans	PMZ : bilan Tabac et infectieux Cancer : TV, TR, seins	PMZ : arrêt aspirine + glucophage + tabac, CI pénicilline
Dyspnée	FC, FR, SaO2, GDS, ECG, RT	MEC : urgent, hospitalisation, Réa
Tabac	PA, Hémoptysie, RT, fibro, scanner, EFR	Bilan urgent : bilan pré-transfusionnel
Allergie PENICILLINE		TTT urgent : O2, transfusion, insuline SC
HTA, Diabète, Surpoids Glucophage	Bilan FdRCv, bilan OMS HTA, Glycémie, Hba1C, Neuropathie, Poids, IMC, Tour taille, Bilan Lipidique	TTT étiologique : ATB, fer, porte d'entrée
Aspirine	Urée, créat, coag	TTT symptomatique : antipyrétiques, régime hypo-sodé
Fièvre + souffle	Hémocultures, porte d'entrée, ETT, ETO	TTT préventif : du décubitus, de la MTEV, maintien autonomie
Anémie férriprive	Saignement, TV, TR, FOGD, Colo, bilan marial	Socio/Psy Surveillance

Ce système peut vous paraître long, mais avec un peu d'habitude il ne prend que quelques minutes et vous fait gagner du temps dans la rédaction du cas.

LES PLANS DE REPONSES

Les questions diagnostiques:

Intolérable de ne pas avoir tous les points, c'est du recopiage.

Moyen mnémotechnique : « LASPECT »

Le diagnostic principal

Latéralité

Aigü/chronique

Sévérité

Porte d'entrée

Étiologie

Complication

Terrain

Exemple:

Endocardite aigüe sur valve mitrale native, sévère, bactérienne à Streptocoque D, sur porte d'entrée digestive, compliquée d'un OAP chez un patient coronarien de 75 ans.

Justification d'un diagnostic

« Ta FaC PD »

Terrain

Antécédents

Fréquence

Clinique

Para-clinique

Diagnostic différentiel

Les questions BILAN:

Le même plan que pour vos cours.

Un bilan est clinique et paraclinique

Bilan pour :

Diag +

Diag de gravité/sévérité

Diag complication

Diag étiologique

Diag terrain

Diag pré thérapeutique

+/- diag extension si cancer

Exemple pour un patient adressé pour SCA:

D+:

- DT typique
- ECG (sus st, miroir, onde q)

D gravité:

- FC, FR, TA, Sao2, EVA, diurèse, signes d'insuffisance cardiaque gauche
- ETT : FEVG, cinétique, onde q, etc...

D complication:

- Extension au VD
- Décompensation d'une autre pathologie

- IM aigue
- TDR/TDC

Diag etio:

- FDRCV
- ATCD de coronarographie et Compte rendu
- Coronarographie en urgence ou pas?

Diag différentiel:

- Péricardite (ECG, ETT)
- DA (souffle, TA aux deux bras, ETT, angio-TDM?)
-

Diag pré-thérapeutique:

- Allergie a l'iode, aspirine, etc
- Trouble de la coag (aspirine)
- Heure de début des douleurs
- CI à la thrombolyse, etc

Diag du terrain:

- FDRCV personnels et familiaux
- TA
- glycémie a jeun, Hba1c
- Cholestérol, CT TG HDL LDL
- poids, taille IMC
- Tabac/ PA

Les questions de thérapeutique

Urgence?

Hospit, où?

MEC:

- Tuyaux: VVP, SU, IOT, VVC
- Repos au lit?
- A Jeun?

Bilan urgent:

- Pré op?
- Appel du chir? Anesth? (Montre votre coté « pratique » de la médecine)

TTT urgent:

- Antalgique dans fracture
- Aspirine/thrombolyse dans SCA
- Remplissage dans choc
- C3G dans purpura fulminans

TTT étiologique:

- moyen mnémo-technique : « CODVD »
- Classe du médicament / Objectif / Dose / Voie / Durée

TTT symptomatique:

- Antalgique
- antipyrétique
- glace
- laxatif

TTT préventif:

- Des récurrences (vaccin en maladie infectieuse, éducation si erreur de posologie dans AVK)
- Des complications liées au TTT (corticoïde pour Herxheimer) et à l'hospitalisation (nursing, kiné, bas contention, HBPM)

Mesure Socio-Psy : DO, 100%, soutien psy, etc....

Surveillance (voir prochain paragraphe)

La Partie surveillance:

Il faut avoir tous les points sur les questions de surveillance pure (Quelle est votre surveillance?)
Comme dans les questions bilan : ne pas oublier les versants cliniques et paracliniques.

Voici un plan bateau passe par tout:

- Efficacité du TTT (Apyrexie, baisse CRP, diminution des signes fonctionnels, score spécifique comme le DAS 28, les signes de pancarte+++ à caser à chaque fois)
- Tolérance du TTT (Rash cutané, allergie, neuropathie, ASAT/ALAT)
- Observance du TTT (A TOUJOURS mettre! La première cause d'échec thérapeutique, c'est la mauvaise prise de TTT)
- Complications de la maladie

Si la question est « Quel est votre prise en charge », il faut bien sûr terminer par la surveillance, mais on se demande souvent à quel point il faut la détailler.

Généralement, je mettais le plan ci-dessus avec les points les plus importants sans détails, comme DT/ECG/ETT/tropo pour le SCA.

Il est indispensable de les avoir faites (et refaites!), et surtout de connaître les grilles de correction, car les questions retombent (Cf question sur l'anémie du dossier 7 ecn 2010 et dossier 2 ecn 2007, ou les 2 dossiers de SEP en 2004-2006).

Quand les faire?

Pas trop tôt, vers mars puis les relire en Mai.

Sur quoi les faire?

Un ancien D4 à fait un excellent site regroupant les grilles de corrections officielles.

<http://projetbecool.franceserv.com/Sommaire.html>

Sur les corrigés proposé dans le commerce.

Bien que non indispensables (on peut toujours réussir sans), elles le sont tout de même pour le commun des carabins.

Elles donnent un bon rythme de travail et de très bons conseils pour l'internat.

Laquelle est la meilleure ?

AUCUNE +++ n'est meilleure que l'autre.

Le bénéfice d'une conférence ne dépend que de ce que vous y mettez (on ne parle pas d'argent!), alors ne pas stresser parce que vous n'êtes pas à Hippocrate par exemple.

Bien sur, un petit avantage à Hippocrate dont le bourrinage et le raclage du maximum de bons élèves n'est plus à démontrer... (Biais de sélection, vive la LCA...). On sait quand on est à l'intérieur qu'on est dans le wagon qui va réussir, mais ce n'est pas tant par la valeur de la conf qu'à celle de la sélection qu'elle opère. Enfin, soyons bons joueurs, Hippocrate, on est bien dedans, et ça fait aussi du bien d'en sortir ! Cependant, être à Hippocrate n'est pas synonyme de réussite à l'internat (cf. le site du CNCI section resultat).

Sinon, toutes les confs se valent.

Eviter de copier sur votre voisin lors de la rédaction des dossiers, c'est débile +++ : si vous ne savez pas, c'est pas grave, vous êtes là pour apprendre, non ? Alors SVP laissez votre orgueil de côté lors de la conf. Vous voulez savoir le nombre de fois où on s'est tapé des 0 et fini dans les bas-fonds du classement (on en a presque pleuré parfois).

Rédigez du mieux possible avec tous vos mots clés.

NE DEPRIMEZ PAS parce que vous n'avez pas eu 100.

Votre but, c'est justement de ne pas avoir 100, c'est de vous planter à la conf pour ne pas vous planter le jour J.

Avoir 100, c'est avoir un dossier trop facile donc inutile car vous n'aurez rien appris.

NE DEPRIMEZ PAS parce que vous êtes le "dernier" de la conf : il n'y a qu'un seul dossier à réussir dans votre année et c'est celui que vous rencontrez le jour de l'Internat.

Vous allez au début vous sentir découragés.

Mais n'oubliez pas que l'apprentissage de l'internat est extrêmement progressif, et il faudra vous habituer

à avoir des mauvaises notes aux dossiers lors des premières conférences.

Il est donc nécessaire de vous fixer précisément des objectifs de travail:

C'est avant tout l'apprentissage théorique des matières étudiées en faculté et à la conférence.

Vous devez, en effet favoriser, le passage des certificats et modules de votre faculté afin de ne pas prendre de retard en D4.

Ce travail peut parfaitement coexister avec le travail de conférence.

Je vous conseille dans la révision de vos cours de passer du temps sur la physiopathologie et sur les différents mécanismes des traitements médicamenteux ou chirurgicaux afin de bien comprendre la question traitée.

Ce d'autant plus que les questions de physiopathologie étaient nombreuses à l'ECN 2010.

Vous verrez qu'une question apprise bêtement par cœur s'oublie au bout de 2 semaines, alors qu'une question bien comprise l'est pour toute la vie.

Le point essentiel reste de retenir ces conférences :

Je vous conseille, soit le lendemain de la conférence, soit à la fin de la matière traitée de reprendre le cours + tous les dossiers traités en conférence et de commencer à faire des fiches de dossiers en notant les points importants soulevés lors de la correction du dossier.

Ainsi, vous pourrez assimiler plus facilement les messages qu'ont voulu vous faire passer le conférencier.

Une fois la théorie progressivement apprise, vous pourrez à la fin du tour de D3 commencer à rédiger de façon plus globale sur un dossier, et vous concentrer sur la méthodologie de rédaction.

Ceci vous permettra rapidement d'augmenter vos notes.

Ne vous en faites pas, les conférences de D3 sont parfois ingrates, mais elles sont d'un apport incomparable.

Personnellement j'ai fait CONF +++ en D3/D4, il y a environ 70 confs dans l'année ce qui permet d'aborder tous les items, même les plus « borderline » ou les petits items délaissés. Il y a aussi une mini-conf d'imagerie par semaine très utile pour se mettre les images-types dans l'œil en 5 minutes. Conf+++ a eu en plus l'intelligence de ne pas faire un petit concours blanc peu représentatif. A la place, ils ont payé l'entrée au CCB Sanofi.

Les support de cas cliniques par matière:

La collection 24 dossiers par pôle chez S-Edition, car elle associe:

- Une transversalité abordable dès le debut de vos cas.
- Des dossiers coherents et basés sur les dernieres conférences de consensus
- Des explications de physiopathologie, de sémiologie ou de methodologie à la fin du cas.
- Des dossiers classiques et tombables avec des questions plus pointues pour améliorer votre culture médicale
- Des questions variées. De la tres precise sur un examen à realiser, à la plus ouverte sur la prise en charge globale d'un patient, en passant par les questions de par coeur des modules 1/4/6.

Les autres collections à privilégier:

- Celles qui sont faites par des professeurs d'université car ils redigent aussi les cas ECN, comme toute la collection "cas cliniques transversaux" de chez PRADEL
- Les plus recentes car elles sont à jour et plus adaptées aux ECN, comme les "dossiers transversaux" de chez VG (tome 1 et 2)

Les support de cas cliniques transversaux:

24 dossiers de confrence de consensus chez S-Edition (je l'ai relu la vieille, la pré-eclampsie y été. Pour l'an dernier il y avait la pneumocystose....)

Les cas faits par des collègues d'enseignants et les BONS conferenciers.
51 Cas tranversaux tome 1 et 2 chez Masson
50 cas transversaux chez Ecn Flash-Maloine

Autres livres utiles:

24 ECG tombables chez S-édition. J'avais lu ce livre une semaine avant le concours pour "rafraichir" mes connaissances sur l'ECG et j'en suis tres content car l'ECG du dossier 9 est dans ce livre! (Je vous laisse imaginer mon sourire quand j'ai vu le dossier).

Iconos aux ECN chez S-Edition. Le point fort est qu'il presente les images (et pas que des radios) typiques sur l'ensemble du programme. Regardez la premiere question du dossier 6 de 2010 portant sur la description d'une photo d'uvéite. Cette photo est aussi presente dans ce livre. J'ai donc gagné des points, du temps et de la confiance pour la suite du dossier.

Voici quelques exemples de bilan type suivant le terrain du patient

Terrain coronarien/atheromateux:

Examen clinique:

- Antécédants personnels et familiaux
- FDRCV
- Traitement en cours
- Pouls avec schéma daté signé , tension artérielle, souffle, périmètre de marche, quantification dyspnée
- Examen neurologique

Examen paraclinique

- ECG, radio pulmonaire, ETT/ETO, Doppler des TSA
- Test d'ischémie +/- coronarographie
- FDRCV(glycémie, Cholestérol, OMS HTA....)

Tabac

Examen clinique

- Paquet/année, Fagot, Antécédent cancer(poumon, vessie, ORL)
- Auscultation pulmonaire,, Examen ORL avec SDS BU
- Dyspnée, périmètre de marche

Examens paracliniques

- Radio thoracique, EFR, GDS
- BU +/- ECBU, cytologie urinaire
- Examen ORL bilan des autres FDRCV

HTA

Examen clinique

- Pouls ,tension artérielle, FC, auscultation cardiaque, œdème
- BU
- Examen neurologique +/- FO

Bilan OMS

KALIEMIE

- CREATININE
- retentissement rénal
- néphropathie I ?
- GLYCEMIE
- CHOLESTEROL TOTAL, HDL , TG , LDL

Bandelettes urinaires :

- Négative
- Positive : compléter par
- Protéinurie des 24h
- HLM

ECG :

- HVG?
- ESV ?
- Coronaropathie ?

Diabete

Examen clinique

- Carnet glycémique, dernière HbA1c, DEXTRO++++
- Poids, taille
- Tension artérielle, pouls
- BU, œdème
- Examen neurologique et ophtalmo, examen des pieds
- Examen infectieux complet

Examen paraclinique

- Glycémie veineuse, HbA1c, FDRCV
 - Urée, créatinine, ionogramme sanguin, BU +/- ECBU, microalbuminurie
 - ECG, ETT/ETO, Test ischémique +/- coronarographie
- Chez les diabétiques penser avant chaque examen avec injection de faire une préparation rénale (hydratation, diminution du PDC, N-acétylcystéine)

MOTS CLES INDISPENSABLES

Voici quelques mots clés à toujours mettre dès que la matière est abordée.
Pour la cancérologie, pédiatrie et gynécologie voir précédemment.

Hépto-gastro-entérologie:

Arret alcool
prévention du DT
CI médicament hépatotoxique
Vaccination VHA,B
TV/TR
ATB: C3G + Métronidazole

Néphrologie:

Attention au diurétique hyperkaliémient et IEC
kaliémie + ECG
Bilan rénal type: Urée, creat, ECBU, etude du sédiment urinaire, Protéinurie 24h, EPU, EPP, iono sanguin, iono urinaire.

Neurologie:

NEURO = DEXTRO (TOUJOURS)
Heure de début des symptômes
ACSOS
Trouble de la déglutition et de la respiration

Pneumologie:

ARRET DU TABAC/Aide au sevrage
Vaccination pneumocoque, haemphilus, grippe
Education (asthme, BPCO)
CI des TTT dépresseur respiratoire

Dermatologie:

SAT VAT
Emollients
Dermocorticoide
Roaccutane= Accord de soin signé + contraception + B-Hcg
TTT de la porte d'entrée

Maladies infectieuses:

Isolement
Vaccination
Détection et TT des sujets contacts
Déclaration Obligatoire
Serologie HIV (avec accord!), VHB, VHC, TPHA-VDRL
Hémocultures + prélèvement de la porte d'entrée

Orthopédie:

Heure du dernier repas
Cote dominant
immobilisation
Antalgiques
Réduction

SAT VAT
HBPM dose préventive
Entorse= GREC (Glace, Repos, Élévation, Compression)
AT, accident de travailler, Certificat initial descriptif (CMI)

ORL:

PAS D'AINS en ORL!
CI des ototoxiques
Remise en état buccodentaire: Cst OrL, éradication des foyers infectieux, panoramique dentaire + avulsion des dents cariées.
Pan endoscopie des VADS
Arrêt OH (avec prévention du DT) +TABAC

Gériatrie:

Alléger les TTT
Iatrogénie
Autonomie (ADL, IADL)
Psychométrie (MMSE, Horloge, 5 mots de dubois)
État nutritionnel (IMC, Poids, MNA)
Dépression (GDS)
Bilan OMS de la démence
TSHus
Recherche d'une rétention aiguë d'urine et d'un fécalome

Ophthalmologie:

Examen comparatif des 2 yeux!
Maladie de Horton
Spondylarthrite ankylosante

Psychiatrie:

Recherche d'organisé
Evaluation et prévention du risque suicidaire
HO/HDT
Sauvegarde de justice/curatelle/tutelle
toujours penser à la pharmacophycose
Bilan préthérapeutique des neuroleptique

Mr Roger 56 ans, et bien portant, est admis aux urgences pour douleur thoracique apparue brutalement il y a 25 minutes. Jocelyne, son épouse, vous signale qu'il fume 10 cigarettes par jour depuis 35 ans et boit son litre de vin quotidien depuis 15 ans.

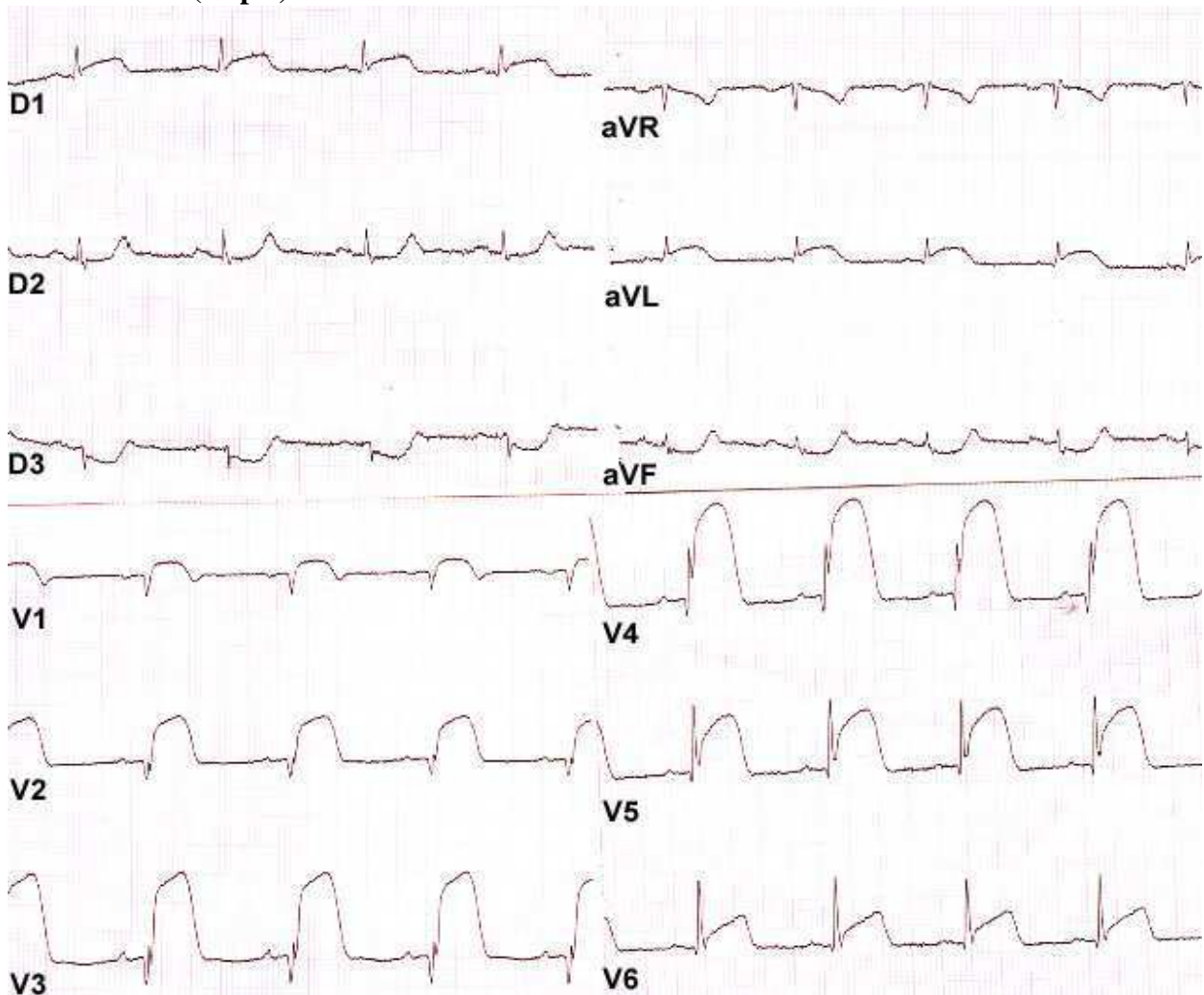
Il ne prend aucun traitement

Question 1:

Qu'elles sont vos 4 hypothèses diagnostiques principales? Sans justifier (10 points)

Question 2:

Votre externe vous amène cet examen, interprétez le, quel est votre diagnostic? Quels autres signes peut on trouver?(10 pts)



Question3:

Quel bilan faites vous devant cette pathologie? Qu'en attendez vous? (organisez votre réponse) (25 pts)

Question4:

La prise en charge en urgence de Mr Roger est efficace. Très reconnaissant il vous promet de bien profiter de sa vie et refuse d'arrêter de boire. Il vous demande quel traitement aura t'il à sa sortie du service? Pour quels objectifs? (10 pts)

Question 5:

Comme attendu, vous perdez Mr Roger de vu.

5 ans plus tard il est admis aux urgences pour hématomérose.

Jocelyne est affolée et ne comprend pas pourquoi il est malade alors qu'il prend TOUT les traitements que vous lui aviez prescrit.

L'examen clinique retrouve un patient conscient avec un teint gris et des angiomes stellaires ainsi

qu'un périmètre abdominal augmenté de volume avec une matité déclive des flancs.

FC: 65/min, PA : 80/60 mmHg, T°: 37,5 , FR: 24/min.

Quelle est votre prise en charge en urgences (sans la surveillance)? Comment interpréter sa FC?
(30 points)

Question 6:

Une fois cet épisode aigu traité vous réexaminez Mr Roger.

Vous trouvez un foie dur et tranchant, une splénomégalie, une circulation collatérale abdominale ainsi que des télangiectasie.

Quel est votre diagnostic? Quel est votre bilan paraclinique initial? (15 pts)

La première étape après la lecture du texte est de faire son brouillon en marquant les réflexes qui fusent dans votre cerveau en alerte.

En lisant le sujet vous remarquez qu'il est scindé en 2 parties, il faudra donc penser à actualiser votre brouillon a la fin de la première partie.

Brouillon la première partie du cas:

ENONCE	DIAGNOSTIC	THERAPEUTIQUE
<p>Homme de 56ans</p> <p>Sur poids</p> <p>Douleur thoracique</p> <p>tabac</p> <p>Alcoolique</p>	<p>PMZ: Bilan tabac, alcool, tropo, ecg</p> <p>Bilan FDCV, cancer, TR, PSA</p> <p>Tout taille, IMC, enquête nutrition, bilan lipidique</p> <p>caractéristique, eva, tropo, ecg, et coronarographie</p> <p>bilan tabac et des FDRCV</p> <p>Bilan hépatique, echo abdominale, examen neuro</p>	<p>PMZ: ARRET TABAC ARRET Alcool</p> <p>MEC</p> <p>Bilan urgent</p> <p>TTT urgent Coronarographie? Aspirine, héparine, statine</p> <p>TTT étiologique TTT des FDRCV</p> <p>TTT symptomatique antalgique adapté eva</p> <p>TTT préventif: Perte de poids: Régime hypocalorique hypolipémiant Prévention du délirium tremens Pas de TTT hépatotoxique vaccination hépatite</p> <p>Socio/Psy: 100%</p> <p>Surveillance ETOC (toujours remettre les éléments de la</p>

Brouillon final:

ENONCE	DIAGNOSTIC	THERAPEUTIQUE
<p>Homme de 56ans</p> <p>Sur poids</p> <p>Douleur thoracique</p> <p>tabac</p> <p>Alcoolique</p>	<p>PMZ: Bilan tabac, alcool, tropo, ecg</p> <p>Bilan FDCV, cancer, TR, PSA</p> <p>Tout taille, IMC, enquête nutrition, bilan lipidique</p> <p>caractéristique, eva, tropo, ecg, et coronarographie</p> <p>bilan tabac et des FDRCV</p> <p>Bilan hépatique, echo abdominale, examen neuro</p>	<p>PMZ: ARRET TABAC ARRET Alcool</p> <p>MEC</p> <p><u>Bilan urgent (reprendre la case bilan)</u></p> <p>TTT urgent Coronarographie? Aspirine, héparine, statine</p> <p>TTT étiologique TTT des FDRCV</p> <p>TTT symptomatique antalgique adapté eva</p> <p>TTT préventif: Perte de poids: Régime hypocalorique hypolipémiant Prévention du délirium tremens Pas de TTT hépatotoxique vaccination hépatite</p> <p>Socio/Psy: 100%</p> <p>Surveillance ETOC (toujours remettre les éléments de la colonne bilan)</p>
<p>Hématémèse</p>	<p>Quantité, bilan pré-transfusion fogd</p>	<p>ARRET ASPIRINE, anticoagulant CI oxygene FOGD thérapeutique Transfusion</p>
<p>cirrhose/ascite</p>	<p>bilan cirrhose serologie hépatite alpha foetoprotéine écho abdominale</p>	<p>TTT étiologique de la cirrhose Prévention de l'infection de l'ascite Ci des TTT hépatotoxique prévention de l'encéphalopathie</p>

Ils ne vous restent plus qu'à répondre aux questions en vérifiant que vous n'oubliez pas les mots clés

de votre brouillon quand une question aborde un traitement ou un bilan.

CORRECTION:

Question 1:

Qu'elles sont vos 4 hypothèses diagnostiques principales? Sans justifier (10 points)

Infarctus du myocarde/ SCA ST+ (4)

Pericardite aigue (2)

Dissection aortique (peu probable)/Embolie pulmonaire/Pneumothrax/ pancrétite aigue (2 pts par reponses/2 reponses)

Question 2:

Votre externe vous amène cet examen, interprétez le, quel est votre diagnostic? Quels autres signes peut on trouver?(10 pts)

Rythme sinusal à 64 bpm, (1)

on p et espace PR normaux

lésion sous-épicaudique/Onde de pardee/sus ST antérieure étendue (v2-v5), (2)

miroir inférieur/sous ST D2, D3 (2)

Devant cette douleur et cet ECG le diagnostic d'infarctus du myocarde antérieur est retenu. (1)

On peut trouver;

Pour le diag positif:

- Onde T négative (1)

Pour les complications: (2)

- trouble du rythme/TV/FV/RIVA
- Trouble de la conduction/ BAV/BSA/BBG

Pour le terrain:

- Des sequelles d'idm ancien/ onde q de nécrose / sus ST persistant (anévrisme du VG) (1)

Plan de réponse type devant une question qu'attendez vous de cet examen:

Il peut etre normal (et oui)

Argument pour le diagnostic positif (signe posant le diagnostic)

Argument pour l'etiologie

Argument pour les complications

Argument pour un terrain particulier

Bilan pré thérapeutique

Question3:

Quel bilan faites vous devant cette pathologie? Qu'en attendez vous? (organisez votre réponse) (25 pts)

En urgence, (1 PMZ)

dans l'attente de la réalisation d'une coronarographie diagnostique et thérapeutique (5, PMZ)

Bilan clinique et paraclinique

Recherche de signe de gravité: (3 si réponse assez complète)

Insuffisance cardiaque gauche (OAP)

ICD (hépatomégalie, Foie de choc, OMI)

Etat de choc cardiogénique (FC > 120, hypotension PA < 90/60, extrémité froides, temps recoloration cutané > 3sec, marbrures)

Dyspnée, FR > 20, SpO2 < 95%

NFS+P

Iono, urée, créat (fonction rénale)

Bilan hépatique,(asat, alat, Gamma-GT, TP, TCA)

CRP

recherche des caractéristique de la douleur thoracique (dès que le mot douleur apparaît, vous devez rechercher ces caractéristiques)

- Siege
- irradiation
- intensité
- frequence/durée
- facteur aggravant
- facteur calmant

En faveur d'un IDM:

Diagnostic positif:

• DT retrosternale en barre irradiant à la mâchoire et au bras gauche, résistante à la trinitrine.
(3, PMZ)

- Cycle de troponine/enzymes cardiaques **(5)**
- ECG 18 dérivation (pensez aux dérivation postérieurs)/ sus décalage ST, onde q, miroir

Diagnostic des complications:

- holter ecg 24h/ trouble du rythme et de la conduction/ TV/FV **(2)**
- ETT / evaluation de la fonction cardiaque/FEVG **(2)**

Diagnostic préthérapeutique: **(1)**

- Allergie médicamenteuse/iode/produit de contraste
- bilan pré opératoire
- TP, TCA, Groupe ABO, rhésus, RAI **(2)**
- ECG/ signe de CI aux bétabloquant (BAV)

diagnostic étiologique: (pas en urgence absolue!) **(1 si assez complet)**

- Bilan des FDRCV
- PA
- Poids IMC tout de taille (à prévoir)
- Bilan lipidique (CT, HDL, LDL, TG)
- Glycémie/HbA1c (attention souvent augmentées en aigue)

Prevoir une coronarographie diagnostic et thérapeutique en urgence

Plan de reponse type devant une question bilan:

En urgence ou non?

Clinique et paraclinique

Pour le diagnostic positif

Pour le diagnostic étiologique

Pour le diagnostic de gravité

Pour le diagnostic des complications

Pour le diagnostic pronostique

Pour le diagnostic préthérapeutique

Pour le diagnostic du terrain

Question4:

La prise en charge en urgence de Mr Roger est efficace. Tres reconnaissant il vous promet de bien profiter de sa vie et refuse d'arreter de boire. Il vous demande quel traitement aura t'il à sa sortie du service? Pour quels objectifs? **(10 pts)**

Régime hypolipémiant + statine type simvastatine per os pour un LDL<1g/l **(2)**

Régime hyposodé (si nécessaire)+ bétabloquant type aténolol per os et en l'absence de CI pour une TA<14/9 **(2)**

Anti agrégant plaquettaire (AAP) type aspirine per os +/- clopidogrel per os pour diminuer les récidives **(2)**

IEC type Périndopril per os pour diminuer le remodelage cardiaque et à visée anti athéromateuse **(2)**

oméga 3

Arrêt du tabac (**2, PMZ**)

trinitrine en spray type natispray 2 bouffes si douleur thoracique (**-2 si oubli**)

Consultation alcoologie pour planifier un arrêt de l'alcool.

Activité physique régulière 30min*3/semaine

Ces TTT seront maintenu à vie (sauf CI)

Réponse type devant une question quel est le TTT médicamenteux, « CODVD »

Classe du médicament

Objectif

DCI (molécule)

Voie d'administration

Durée

Question 5:

Comme attendu, vous perdez Mr Roger de vu.

5 ans plus tard il est admis aux urgences pour hématomèse. Jocelyne est affolée et ne comprend pas pourquoi il est malade alors qu'il prend TOUT les traitements que vous lui aviez prescrit.

L'examen clinique retrouve un patient conscient avec un teint gris et des angiomes stellaires ainsi qu'un périmètre abdominal augmenté de volume avec une matité déclive des flancs.

FC: 65/min, PA : 80/60 mmHg, T°: 37,5 , FR: 24/min.

Quelle est votre prise en charge en urgences (sans la surveillance)? Comment interpréter sa FC? (**30 points**)

Le patient présente probablement un rupture de varice oesophagienne

Urgence, hospitalisation en USI (**-2 si oubli**)

Prévenir l'endoscopiste et le chirurgien de garde
bilan urgent:

Quantifier l'hématomèse

recherche d'une douleur thoracique, troponine, ECG+++ (**2, -2 si oubli**)

NFS+P,

Groupe ABO, Rhésus, RAI, (**2**)

TP, TCA, Iono, urée créat,

Mise en condition:

ARRET DE L'ASPIRINE et de tout traitement anticoagulant (**3, -5 si oubli**)

DISCUTER L'ARRET DU BETA BLOQUANT

ARRET DE L'ALCOOL (**3, -5 si oubli**)

Repos au lit,

demi-assis

SNG en aspiration douce (**2**)

Pose de 2 VVP

Scope: FC, FR, TA / diurèse/ nb de culot transfusé

TTT urgent:

Oxygénothérapie au masque pour SpO₂>95%

remplissage par macromolécules (**2**)

transfusion de culot globulaire isogroupe iso rhésus pour maintenir une Hb aux alentours de 10g/dl (patient coronarien!) (**2**)

FOGD diagnostic et thérapeutique après stabilisation hémodynamique (en l'absence de trouble de la conscience) . (**5 PMZ**)

TTT vasoactif, type somatostatine (terlipressine CI car patient coronarien)

Discuter l'intérêt des IPP IV devant la suspicion de rupture de VO

TTT préventif:

De l'encéphalopathie hépatique: lactulose (1)

Du délirium tremens: Hydratation, vitamine B1, B6 (éviter les benzodiazépines dans ce contexte) (3, -5 si oublié)

De l'infection du liquide d'ascite: norfloxacine per os (1)

Des récurrences par bêtabloquant non cardio sélectif (1)

Surveillance clinique et paraclinique

Efficacité / tolérance / observance / complications

La fréquence cardiaque est inadaptée par rapport à sa tension basse. Ceci s'explique par la prise de bêtabloquant. (3)

Question 6:

Une fois cet épisode aigu traité vous réexaminez Mr Roger.

Vous trouvez un foie dur et tranchant, une splénomégalie, une circulation collatérale abdominale ainsi que des téléangiectasies.

Quel est votre diagnostic? Quel est votre bilan paraclinique initial? (15 pts)

On évoque une cirrhose (2) probablement alcoolique (1).

Le bilan initial comprend:

Pour le diagnostic positif:

NFS-plaquettes (thrombopénie)

Bilirubine totale, activité sérique des ASAT, ALAT, gGT et phosphatases alcalines

Électrophorèse des protéines (1)

Taux de prothrombine (diminué) (1)

Pour le diagnostic étiologique:

Glucose, triglycérides, cholestérol pour la NASH (1)

Ferritine et coefficient de saturation de la transferrine pour l'hémochromatose (1)

Antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc (2)

Anticorps anti-VHC (2)

Pour les complications:

L'alphafoetoprotéine (2)

Echo hépatique (2)

FOGD

Ce cas clinique a été élaboré d'après les conférences de consensus:

Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée (2008)

Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire (2007)

Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose (2007)

Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie (2007)