

MODULE 1 – APPRENTISSAGE DE L' EXERCICE MEDICAL

CORRIGES

Question 1

Grille de réponse

a.

Les bêta-bloquants sont peu utilisés dans l'insuffisance cardiaque, malgré leur bénéfice largement démontré, par peur de baisse de pression artérielle, hypotension, aggravation de l'insuffisance cardiaque au cours des 4 à 8 premières semaines de traitement.

Ils sont utilisés trop tardivement car les médecins pensent que leur effet thérapeutique est retardé.

b.

Evaluer les risques et les bénéfices d'un traitement par carvedilol contre placebo pendant la phase d'initiation de traitement (<8 semaines).

c.

Essai, randomisé, en double aveugle, en ajustement de dose, contre placebo, en groupe parallèle chez les patients présentant une insuffisance cardiaque chronique sévère.

d.

Décès ou hospitalisation ou arrêt du médicament.

e.

. prendre en compte dans l'analyse des données de tous les patients randomisés

. si l'on faisait l'analyse uniquement sur les patients restés dans l'essai jusqu'à son terme, en excluant les patients sortis d'essai pour des causes diverses, on favoriserait le bénéfice aux dépens du risque.

Question 2

a/

Dans les 2 cas anxiété, mais celle du 1^{er} patient est facile à apaiser (il accepte le diagnostic et l'hospitalisation) alors que celle du 2nd s'accompagne d'agressivité, du refus de l'hospitalisation, et du déni de la gravité.

Explications :

Dans le 1^{er} cas : symptômes, la demande vient du patient, maladie aiguë, guérison possible.

Dans le 2nd cas : pas de souffrance physique réelle, le patient n'est pas demandeur, annonce d'une maladie chronique, pas de guérison, équivalent de l'annonce d'une mauvaise nouvelle irréversible, d'une perte.

b/

Non. Dénis, choc, agressivité, sont des réactions normales à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Cette réaction forme la 1^{ère} étape du travail psychique humain dans ce type de circonstance (équivalent d'un travail de deuil).

Question 3

a/ enquête cas-témoin car la sélection se fait sur le statut malade/non malade et l'on recherche un facteur de risque

b/ indicateur de risque : odds ratio.

interprétation : un patient VIH+ à 5,6 fois plus de risque d'avoir un EPS positif à microsporidie qu'un patient VIH-

c/ un patient VIH+ porteur de microsporidies a 2,1 fois plus de risque d'avoir une diarrhée qu'un patient VIH+ non porteur de microsporidies

d/ les patients porteur de microsporidies et ayant plus de 50 CD4 n'ont pas plus de diarrhée que les patients non porteurs de microsporidies et ayant plus de 50 CD4. Par contre, les patients ayant moins de 50 CD4 et porteurs de microsporidies ont 4,8 fois plus de risque d'avoir une diarrhée par rapport à ceux non porteurs de microsporidies.

En conclusion

. les patients VIH+ sont plus souvent porteur de microsporidie ; l'infection par le VIH favorise probablement le portage chronique du parasite

. la diarrhée liée aux microsporidies n'apparaît que chez les sujets très immunodéprimés : le nombre des CD4 est un modificateur de l'effet des microsporidies

Question 4

1°) S'assurer que la mort est réelle et constante :

Arrêt circulatoire : disparition du pouls carotidien, du pouls radial, des battements du cœur.

Arrêt respiratoire (buée sur un miroir)

Mydriase aréactive bilatérale

Refroidissement – début de rigidité

2°) Rédiger le certificat de décès après un examen clinique approfondi recherchant l'absence de toutes lésions traumatiques : traces de violences : hématomes superficiels, plaies par objets, coup de poing, armes blanches, par balles
recherche de prise médicamenteuse, intoxication, (alcool, barbituriques, hypnogènes, drogues illicites etc..)

Remplir le certificat de décès par le médecin traitant est une obligation d'ordre administratif, ce certificat conditionne la délivrance du permis d'inhumer délivré par l'officier d'Etat Civil de la mairie du lieu du décès. Délais à respecter : moins 24 heures en semaines ou de 48 heures les week-end. Le certificat de décès que le médecin se procure dans les mairies comporte deux volets :

