

Instructions

Vous êtes le médecin du Sans-rendez-vous. Vous voyez Mme Sandra Pagé, une patiente de 16 ans.

Vous devez la questionner, établir le diagnostic et un plan avec elle.

Pour la patiente : Sandra Pagé

Vous êtes âgée de 16 ans. Vous êtes en secondaire 4. Vous allez voir le médecin car vous ne dormez pas bien.

Vous n'avez encore parlé à personne de ce que vous vivez.

Vous êtes en peine d'amour. Votre copain vous a quitté il y a 3 mois et vous êtes encore très affecté. Vous avez été ensemble pendant 6 mois. Vous vous réveillez souvent la nuit et prenez 1h à vous endormir. (Vous êtes inquiète d'être incapable de vous trouver un autre copain.) Vous n'êtes pas déprimée. Vous fonctionnez bien à l'école.

À dévoiler seulement si on vous demande : Avez-vous perdu du poids? :

Lorsqu'on vous demande si vous avez perdu du poids, vous lui avouez que vous avez perdu 20 lbs en 2 mois. Vous pesez 120lbs. Vos amies à l'école ne vous comprennent pas. Vous êtes la seule à voir que vous êtes grosse, donc vous avez coupé les liens avec elles. Vous désirez perdre du poids depuis que votre ex-copain vous a quitté. Vous êtes certaine que votre apparence était en cause. Vous mangez très peu, mais parfois, il vous arrive de perdre le contrôle et de ne pas pouvoir vous arrêter de manger (environ 2 fois par semaine). Lorsque ces épisodes surviennent, vous provoquez par la suite vos vomissements. Il vous arrive également de prendre des laxatifs (à dévoiler que si le médecin vous le demande). Vous vous entraînez chaque jour pendant 1 h.

Vous avez parfois des palpitations. Vos règles remontent à plus de 3 mois. Vous notez un changement de votre pilosité (lanugo).

Vous êtes fille unique et vos parents sont très occupés. Ils n'ont pas remarqué votre obsession sur votre poids. Vous êtes triste car vous n'êtes pas satisfaites de votre image et vous êtes toujours amoureuse de votre ex-copain. Votre concentration est moins bonne, mais vous passez quand même vos examens. Pas d'idées suicidaires. Pas de trouble anxieux.

Grille d'évaluation

Établit lien de confiance

Recherche les ATCD de la patiente :

-Dépression ou autres maladies psychiatriques

-Historique familiale

Évaluation de la gravité :

-Début de la perte de poids

-Élément déclencheur

-Poids actuel

-Méthode pour perdre du poids : Vo, ***laxatifs

-Ce qu'elle mange par jour

-Exercices (h/sem)

-Explore désir de la patiente : mieux dormir

Symptômes physiques :

-Perte de conscience (allongement du QT)

-Palpitation

-Modification des règles

-Modification de la pilosité

Symptômes psychiatriques

-Recherche sx dépressifs (absence d'idées suicidaires)

-Recherche sx anxieux

Explique son point de vue et convainc la patiente d'être hospitalisée

ou d'un plan de traitement avec suivi

Dx : Anorexie avec crise de boulimie

2

Au candidat

Nom du patient :

M. ou Mme Leroux

Contexte

Sans rendez-vous à l'UMF, un vendredi après-midi

Situation

M. Leroux vient vous voir car ses selles sont noires depuis trois semaines. Vous avez à questionner et à examiner le patient et par la suite vous devez élaborer votre plan de traitement.

Au patient simulé

Vous avez 55 ans et travaillez comme représentant pour une compagnie de peinture. Vous venez au sans rendez-vous parce que **vous avez eu** des selles noires, un jour sur deux environ, durant 3 semaines et sans diarrhée. Tout est revenu à la normale depuis 5 jours.

Vous êtes connu pour arythmie et de la haute pression. Vous n'avez jamais fait d'ulcère d'estomac et n'avez aucun antécédent de maladie intestinale. Vous prenez du Coumadin et du Lopressor. Votre prise de sang (INR) était normale le mois dernier. Pas d'allergie. Pas ASA ni AINS. Vous ne fumez pas mais vous buvez 6 verres de vin par jour. Vu avez bu davantage depuis un mois (dîners d'affaires).

C'est la première fois que vous avez des selles noires. Pas de douleur, pas de nausées, pas de vomissement. Pas de difficulté à avaler, pas d'angine. Appétit normal. Le calibre de vos selles est inchangé, de même que la fréquence. Odeur nauséabonde des selles. Poids inchangé.

Pas de syncope, pas étourdissement.

Pas de fer, pas de pepto-bismol, pas de bleuets...

Au superviseur

Donnez les informations suivantes si le candidat les demande :

À l'examen physique

SV F.C. 100/min irrégulier
T.A. 135/90
T.A. debout 130/90

Refill capillaire : 1 seconde

Abdo : péristaltisme normal
Tympanisme léger en épigastrique
Douleur légère à la palpation épigastrique
Pas de ressaut

T.R. Méléna

Le reste de l'examen physique est normal

Si le résident demande du laboratoire

FSC : GB 8.9
Hb 115
VGM 94
Plq 150
INR 3.8

QUESTIONNAIRE	FAIT	NON-FAIT
Médication du patient		
Dernier INR		
ATCD d'ulcère		
ATCD pathologie intestinale		
ATCD saignement digestif		
Prise ASA ou AINS		
Consommation alcool		
Fréquences des selles		
Nausée, Vomissement, hématomèse		
Perte de poids		
Symptômes hypotension-orthostatique		
Douleur thoracique		
Recherche cause factice de melena (fer - Pepto-Bismol.)		
Examen physique		
Prise de signes vitaux		
Recherche hypotension orthostatique		
Refill capillaire		
Abdomen : Péristaltisme		
Percussion		
Palpation superficielle et profonde		
Toucher rectal		
Investigation et prise en charge		
FSC		
INR		
Arrêt du coumadin		
Discussion avec gastro-entérologue pour scopie dans délais raisonnables		
Débuter un IPP		
Prévoir contrôle de FSC + INR en début de semaine		
Référer à l'urgence en fin de semaine si récidive		

Instructions candidat

Docteur je viens vous voir car je suis étourdi !

Vous devez questionner le patient, faire l'examen pertinent au problème et donner votre diagnostic différentiel. Expliquez bien ce que vous faites lorsque vous examinez le patient

Consignes au patient.

Vous consultez votre médecin car depuis 2 jours vous présentez des vertiges. Ces vertiges ont débutés soudainement. Cela ne dure que quelques secondes. C'est votre premier épisode. Vous ne présentez aucun symptôme neuro , cardiaque ou orl. Vous n'avez aucun ATCD et ne prenez aucun médicament.

Grille de cotation

Questionnaire:

1. Questionne pour déterminer si les symptômes du patient sont un vertige, une lipothymie, un déséquilibre à la marche ou une sensation de tête légère
2. Recherche la présence de diplopie, dysarthrie, parésie, engourdissement
3. S'informe des ATCD de vertiges, de maladies neurologiques, de maladies cardiaques, ou ORL
4. S'informe de la prise de médication
5. Fait une bonne revue des systèmes ORL, neuro, cardiaque.

Examen :

1. Prise de tension artérielle couché-debout
 2. examen orl
 3. examen cardiaque
 4. examen neuro : surtout nerfs craniens
- Épreuves cérébelleuses
6. Manœuvre de Dixhallpike : patient assis, tête tournée à 45 degrés à gauche pour l'oreille gauche (droite pour l'oreille droite), placé rapidement en décubitus dorsal la tête 30 degrés plus bas que le plan horizontal, pour une période d'au moins 20 secondes

7. Hyperventilation

Diagnostic :

1. vertiges positionnels bénins

2. Ménière

3. neuronite vestibulaire

Vous êtes le médecin en charge du sans-rendez-vous ce soir.

Mme Gauthier vous amène son bébé de 18 mois, Sam, car il a convulsé.

Vous devez questionner la mère.

(durée : 5 minutes)

Vous devrez dire votre diagnostic le plus probable à la mère et répondre à de brèves questions écrites lorsqu'on vous le signalera.

(durée : 5 minutes)

Consignes au patient

Vous êtes la maman d'un joli bébé de 18 mois, Sam, votre fils unique. Il a fait une convulsion ce matin vers 10h et la gardienne vient de vous l'apprendre à votre retour du travail. Il est 18 heures et vous allez consulter au SRDV de l'UMF car cela vous inquiète. La gardienne vous a mentionné que ses 4 membres ont fait des secousses et que cela a duré que 5 minutes. Votre bébé est actuellement comme d'habitude, en bon état général, mais un peu plus tranquille. Il s'alimente bien. Vous avez noté, comme seul symptôme, une congestion nasale depuis hier et avez pris sa température qui était à 38,3° hier et 38° ce matin. Sam n'a aucun antécédent, son développement est normal, il n'a pas séjourné à l'unité néonatale. Il va à la garderie et ses vaccins sont à jour. Il n'a pas été vacciné dernièrement. Il n'a pas reçu d'antibiotique dernièrement. Vous et votre mari n'avez pas d'ATCD à signaler.

Si on vous le demande, vous n'avez pas remarqué de signes de violence sur votre enfant.

Questions à répondre (avec réponses)

1) Quel est votre dx différentiel? Nommer 3 dx.

-Convulsion fébrile

-Méningite

-Abscess intra-cérébral

-Encéphalite

2) Que recherchez-vous à l'examen physique qui vous amènerait à transférer Sam à l'hôpital? Nommez-en 3.

-Présence de pétéchies

-Signes méningés

-Signes neurologiques

-Signes de trauma/maltraitance ou d'intoxication

3) À l'examen physique, Sam est en bon état général et a un examen neurologique normal. Est-il indiqué de procéder à la ponction lombaire pour Sam?

-Non, pour l'enfant de 6 mois et plus qui est adéquatement vacciné, si l'état général est bon et l'examen neurologique normal.

4) Outre l'irritation méningée, nommez 2 indications de faire une ponction lombaire.

-Statut vaccinal inconnu ou incomplet

-Enfant déjà sous antibiothérapie

5) Si vous êtes à l'urgence et que vous voyez un enfant en status épilepticus, qu'allez-vous prescrire?

Versed ou Ativan IV ou IO

Grille de cotation

-Obtient une description précise des circonstances et caractéristiques de la convulsion incluant l'objectivation de la fièvre.

-Cherche à différencier les caractéristiques d'une convulsion fébrile simple et d'une convulsion fébrile complexe :

Durée de l'épisode (moins de 15 minutes)

Généralisée et tonico-clonique

Pas de récurrence dans le 24 h

Pas de signe neurologique focal

Pas d'ATCD de problème neurologique antérieur

-Recherche les facteurs de risque pour un premier épisode de convulsion fébrile :

Convulsion fébrile antérieure

Histoire familiale

Retard de développement

Fréquentation à la garderie

Séjour à l'unité néonatale de plus de 30 jours

-Recherche les autres causes d'une convulsion

(neurologiques, métaboliques, traumatique incluant bb secoué)

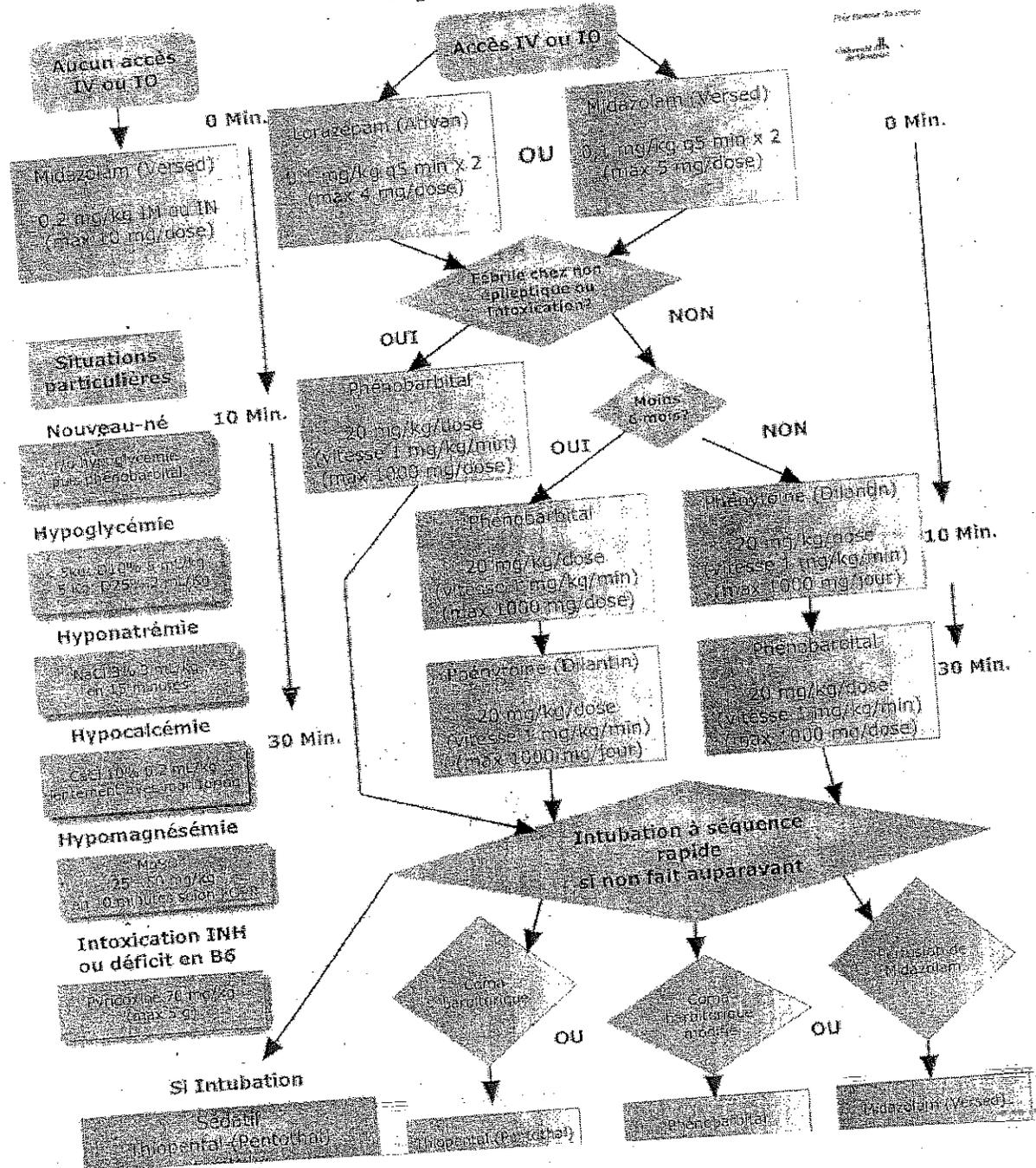
-Recherche la prise récente d'antibiotiques (méningite masquée)

-Vaccination récente (convulsion possible mais rare entre le 5^{ième} et 12ième jour du vaccin MMR)

ALGORITHME STATUS EPILEPTICUS

Urgence CHU Ste-Justine

CHU Ste-Justine
Le centre de soins
interdisciplinaire subspécialisé
Pour l'enfant de 0 à 17 ans
CHU Ste-Justine
de Montréal



4

#8 Céphalée

Instructions à l'intention du candidat

Vous verrez Julie Dugas, 35 ans qui consulte à la salle d'urgence pour céphalée.

Vous avez 10 minutes pour évaluer cette patiente.
A la dernière minute de la station vous devrez répondre à 2 questions.

8 Céphalée

Raison de consultation pour le début de l'entrevue

« J'ai un maudit mal de tête »

Scénario

Vous avez 35 ans, vous êtes célibataire, vous habitez seule.

Votre seule famille à Montréal est votre frère et vous avez plusieurs bonnes amies au travail

Vous êtes une employée d'une usine de textiles avec un horaire de soir

Vous n'avez aucun antécédent médico-chirurgical.

Vous êtes habituellement suivie par un médecin de famille qui vous voit annuellement pour votre examen gynécologique.

Vous ne prenez pas de contraceptifs car vous n'avez pas de relations sexuelles.

Vous n'avez aucun antécédent psychiatrique.

Vous prenez à l'occasion un comprimé d'Ativan 1 mg pour dormir

Vous fumez à l'occasion de la marijuana

Vous ne prenez pas d'alcool

Vous ne fumez pas la cigarette

Vous n'êtes pas sportive mais vous faites à tous les jours un programme de mise en forme (danse aérobic avec un programme vidéo)

Maladie actuelle

Vous souffrez depuis une semaine d'un épisode grippal avec congestion nasale et toux, mais sans fièvre ni céphalées.

Ce matin, alors que vous faisiez dans votre salon de la danse aérobique, vous avez ressenti de façon soudaine une douleur dans la nuque. Vous avez cru que vous aviez étiré un muscle du cou.

La douleur se situe au niveau de l'occiput.

La douleur fut dès le début sévère (7/10) et est depuis ce temps constante.

Vous avez pris un comprimé d'Aspirine 300 mg sans soulagement

Elle a un caractère sourd, non-pulsatil.

* Vous n'avez jamais eu un tel mal de tête de votre vie *

Il n'y a pas d'autres symptômes neurologiques.

Vous avez décidé de consulter car vous ne vous sentez pas capable de faire votre quart de travail ce soir.

Vous n'avez pas d'antécédents de migraine ni de céphalées tensionnelles.

Pas d'histoire de discopathie cervicale.

Vous consultez pour obtenir un médicament plus fort que l'aspirine pour vous soulager.

* Vous avez vomi une fois.

Vous avez une légère photophobie et vous aller au cours de l'entrevue détacher votre regard des sources lumineuses car elles vous dérangent.

Vous vous sentez fatiguée.

Vous ne voulez pas que le médecin vous examine car vous trouvez que ce n'est pas nécessaire et si le médecin insiste après un premier refus vous direz d'un ton agressif : « Je ne veux pas d'examen docteur, c'est clair! donnez-moi quelque chose pour me soulager. »

8 Céphalée

Consignes pour l'acteur

Vous venez d'avoir un mal de tête aigu, sévère, après un effort. La cause en est une hémorragie sous-arachnoïdienne. Vous avez un tableau d'altération légère de la conscience avec un ralentissement psychologique et de légères pertes cognitives: vous êtes capable de répondre avec exactitude aux questions mais avec une certaine lenteur.

Vos réponses sont précises concernant la céphalée mais lentes.

Vous portez parfois la main à la nuque pour indiquer que vous avez mal.

Votre nuque sera un peu raide dans votre attitude et dans vos mouvements.

Vous serez incapable de fournir des renseignements sur votre adresse autres que le fait que vous résidez à Montréal. Vous ne pouvez donner le nom de votre frère. Vous savez que nous sommes au printemps mais vous ne pouvez dire le mois.

Vous ne connaissez pas le nom de l'hôpital où vous êtes.

Si le médecin vous demande de rester à l'hôpital vous dites que vous ne voulez pas et que allez plutôt revenir demain si ça ne va pas mieux.

S'il demande s'il y a des personnes de votre entourage que vous pourriez contacter, vous direz « Mes affaires de santé c'est confidentiel, je m'en occupe toute seule »

Vous refusez de demeurer à l'hôpital si cela vous est proposé.

A la dernière minute de la station vous poserez les 2 questions suivantes au candidat :

1. Quel est le diagnostic probable _____
2. La patiente décide qu'elle va quitter l'hôpital alors que vous jugez dans son intérêt qu'elle y subisse des examens. Quelle sera votre conduite?

→ cachez-vous à 45°
sur la table d'examen.

#8 Céphalée

Grille de notation

Questionnaire

Questionnaire sur la céphalée

1. Premier épisode vs céphalée récidivante
2. Depuis combien de temps la céphalée est apparue
3. Début progressif vs soudain
4. Déclenchée par l'effort
5. Localisation unilatérale vs bilatérale
6. Localisation précise sur le crâne
7. Caractère (sourd vs pulsatile)
8. Intensité (échelle de sévérité sur 10)
9. Constante vs fluctuante
10. Aura (scotomes)
11. Photophobie
12. Sonophobie
13. Fièvre
14. Nausées et/ou vomissements
15. Symptômes d'accompagnement visuel (perte de vision)
16. Symptômes d'accompagnement moteur ou sensitif
17. Histoire de traumatisme
18. Antécédents personnels de migraine
19. Médicaments tentés pour soulager la céphalée et soulagement obtenu

Autres questions

1. Antécédents personnels médico-chirurgicaux
2. Suivi en psychiatrie
3. Médication courante
4. Prise de psychotropes
5. Drogues
6. Orientation dans le temps
7. Orientation dans le lieu
8. Jugement
9. Obtention d'informations sur des tiers pouvant être contactés
10. Recherche de consentement pour contacter des membres de la famille
11. Insiste pour procéder à un examen physique
12. Offre d'hospitaliser ou de demeurer à l'hôpital pour y subir des examens

Questions.

1. Quel est le diagnostic probable _____
2. La patiente décide qu'elle va quitter l'hôpital alors que vous jugez dans son intérêt qu'elle y subisse des examens. Quelle sera votre conduite?

#8 Céphalée

Réponses aux questions.

Questions

1. Quel est le diagnostic probable ?

Hémorragie sous-arachnoïdienne ou hémorragie cérébrale

1. La patiente décide qu'elle va quitter l'hôpital alors que vous jugez dans son intérêt qu'elle y subisse des examens. Qu'est-ce que sera votre conduite ?

- Évaluer si elle est apte à consentir.
- Assurer qu'elle est bien renseignée avant de la laisser quitter l'hôpital. Si elle n'est pas apte.
- La mettre sous garde préventive si inapte.

5

#1 Blessure abdominale

Instructions à l'intention du candidat

Vous verrez Michel Brazeau, 35 ans, un employé de la ville qui a été amené par les ambulanciers après avoir été agressé dans le métro.

Au cours des 10 minutes qui suivent, vous devez évaluer le patient, en procédant au questionnaire et à un examen physique ciblé sur les priorités que dicte son état. Vous devez aussi mettre en marche tous les examens, ordonnances et gestes thérapeutiques qui semblent indiqués.

L'infirmière qui l'a installé vient de quitter pour assister un autre médecin auprès d'un patient. Elle a laissé une fiche d'évaluation initiale sur le bureau.

Décrivez verbalement les manoeuvres et examens auxquels vous procédez. Indiquez au patient les examens ou interventions nécessaires et **écrivez-les sur la feuille d'ordonnances à l'intention du personnel infirmier.**

audites-les

5

#1 Blessure abdominale

Instructions à l'intention du candidat

Vous verrez Michel Brazeau, 35 ans, un employé de la ville qui a été amené par les ambulanciers après avoir été agressé dans le métro.

Au cours des 10 minutes qui suivent, vous devez évaluer le patient, en procédant au questionnaire et à un examen physique ciblé sur les priorités que dicte son état. Vous devez aussi mettre en marche tous les examens, ordonnances et gestes thérapeutiques qui semblent indiqués.

L'infirmière qui l'a installé vient de quitter pour assister un autre médecin auprès d'un patient. Elle a laissé une fiche d'évaluation initiale sur le bureau.

Décrivez verbalement les manœuvres et examens auxquels vous procédez. Indiquez au patient les examens ou interventions nécessaires et écrivez-les sur la feuille d'ordonnances à l'intention du personnel infirmier.

audites-les

#1 Blessure abdominale

Fiche d'évaluation initiale par le personnel infirmier

Nom du patient : Michel Brazeau

Signes vitaux :

T.A. 95/60

Pulsation : 110

Respiration 25/min

Note de triage par l'infirmière

Raison de consultation : lacération abdominale

Priorité : 1 (prise en charge immédiate à l'urgence majeure)

#1 Blessure abdominale

Grille de notation

Questionnaire et examen

1. Questionne brièvement sur l'incident (agression dans le métro)
2. Demande si le patient a eu d'autres blessures que celle à l'abdomen (aucune à sa connaissance)
3. Questionne sur des antécédents médico-chirurgicaux (aucun)
4. Demande s'il y a eu des vomissements (oui)
5. Demande s'il y avait du sang dans les vomissements (oui)
6. Reprend les signes vitaux
7. Vérifie la coloration et l'état de la peau à la recherche de pâleur ou de peau moite
8. S'assure que les voix aériennes sont libres
9. Vérifie s'il y a du sang dans la bouche
10. Expose le thorax
11. Inspecte le thorax pour des blessures
12. Ausculte le thorax
13. Examine l'abdomen pour la sensibilité à la palpation superficielle (oui)
14. Examine l'abdomen pour le signe du ressaut (positif)
15. Examine l'abdomen pour de la défense (oui)
16. Ausculte l'abdomen
17. Examine les membres inférieurs

Ordonnances

1. Oxygène
2. 2 accès veineux
3. Calibre des accès veineux de plus de #16
4. Perfusion ouverte
5. Salin ou Lactate
6. X-Match de plus de 4 unités stat
7. Tube nasogastrique
8. Sonde urinaire
9. Moniteur
10. Laboratoires (FSC, Electrolytes, Créatinine,)
11. Radiographie pulmonaire
12. Consultation immédiate en chirurgie générale
13. Avis immédiat à la salle d'opération
14. Prescrit des narcotiques s/c ou i/m dose légère ou IV

Attitude

- Met le patient à l'aise en début d'entrevue
- Porte une attention soutenue et consistante aux questions du patient
- A une attitude chaleureuse, réconfortante, emphatique
- Fournit des informations de façon fluide et prend en compte la compréhension du patient
- Mène l'entrevue de façon bien structurée
- Gère bien la fin de l'entrevue
- Gère les considérations éthiques de façon efficace et appropriée

4

Instructions

Vous êtes le médecin du Sans-rendez-vous. Vous voyez Mme Éloïse Laflamme, une patiente de 36 ans enceinte de 30 semaines. Sa TA à la pharmacie était élevée et la pharmacienne lui a suggérée d'aller consulter.

Vous devez la questionner, lui expliquer son diagnostic et votre plan.

Pour la patiente : Éloïse Laflamme

Vous avez 36 ans. Vous êtes à 30 semaines de grossesse. Vous avez pris votre TA ce matin à la pharmacie par hasard en allant chercher des diclectin. Votre TA était à 150/100. Vous étiez calme lors de la mesure. Votre médecin ne vous avait jamais parlé que votre TA était haute lors des dernières visites. Vous présentez des nausées depuis 1 semaine, que vous n'aviez pas ressenti depuis un bon moment; les nausées du début de grossesse s'étaient complètement amendées. Aussi, vous avez eu un vomier qui s'était accompagné d'un brûlement d'estomac (durée d'environ 30 minutes). Vous pensez que c'est le pâté chinois que vous n'avez pas digéré. Vous aviez trop mangé.

Vous n'avez pas d'autres symptômes outre le fait que vous vous sentez un peu plus enflée (bagues serrées). Vous croyez avoir pris plus de poids depuis quelques temps.

Vous n'avez eu qu'une seule grossesse auparavant. Vous avez un enfant de 4 ans Edy en bonne santé. Votre grossesse avait été normale sans aucune complication de même qu'à l'accouchement. Vous êtes en parfaite santé (aucun ATCD). Votre grossesse actuelle vient d'un autre conjoint. (Si on vous le demande, ce conjoint a eu un enfant avec une autre femme qui avait souffert d'hypertension durant la grossesse).

*3 ATCD Fam. de
pre-eclampsie*

La grossesse actuelle se déroulait très bien. (Écho : pas de jumeaux et labo normaux)

Une fois qu'une série de questions vous a été posé, vous dites au médecin :
Docteur, tout ça m'inquiète. Es-ce grave?

Grille d'évaluation

Recherche des ATCD de la patiente (incluant facteurs de risque) :

- Nulliparité? G P A?
- Nouveau partenaire dont la conjointe antérieure a eu un THG
- Grossesse multiple?
- THG lors de grossesse antérieure (Trouble Hypertensif pdt Grossesse)
- HTA pré-existante, Diabète prégestationnel
- Maladie rénale chronique, Sd antiphospholipide, Maladie auto-immune chronique (connectivite, vasculite), thrombophilie
- Histoire familiale d'hypertension gravidique

Recherche la symptomatologie :

- Céphalée
- Vision floue, scotomes
- Photophobie
- Douleur abdominale (épigaste/HCD)
- No /Vo
- Œdème (visage, main, pied)
- Convulsion (stade éclampsie)
- Saignement, pétéchies : penser au HELLP :hemolyse, enzymes hépatiques, low plaquettes

Signes cliniques :

- HTA à combien?
- Gain de poids rapide?
- Protéinurie?

Investigation (Faire écrire sur une feuille les labos)

Bandelette urinaire

Urine des 24 heures (clairance)

Analyse urine (protéines, « cast »)

Bilan rénal

FSC

INR-TCA

Fibrinogène

AST-ALT-PA-GGT-Bilirubine

Acide urique (augmentée dans la pré-éclampsie)

Conduite

- Hospitaliser
- Monitoring cœur fœtal et profil biophysique dès que possible
- Seul tx : Accouchement
- Mg IV (2-4g IV puis 2g/H)

Un patient se présente a la clinique au srv. Il se plaint de douleur lombaire. Effectuez l'examen en décrivant a voix haute ce que vous faites.

GRILLE DE COTATION

EXAMEN DU DOS

EXAMEN ARTICULAIRE

1. Observation: a) vue de dos, debout
rectitude, position antalgique, symétrie des masses musculaires
b) marche
3. Mouvements
 - a) flexion complète : mesurer la distance doigt-sol
manœuvre de Schober
 - b) rotations gauche et droite
 - c) extension
4. Palpation segmentaire : rebord supérieur des crêtes iliaques
pression sur chaque espace inter-épineux
pression sur facettes articulaires
palper masse musculaire para-spinale
pincé-roulé
5. Articulation sacro-iliaque : palpation directe (patient sur le ventre)
Épreuve de Gaenslen (pt sur le dos)

EXAMEN EXTRA_ARTICULAIRE

1. Examen neuro des membres inférieurs : ROT
Sensibilité

Force musculaire

	Zone dlr	Perte sb	Déficit mteur	réflèxes
L2	cuisse	nil	Flexion hche	nil
L3	cuisse	nil	Ext genou	add
L4	Malléole int	Face int jbe	Inversion et Dorsiflexion pied	genou
L5	Arrière cuisse antéro-ext Mollet, face Int pied, Gros orteil	Dos pied, face pied, gros ort	Dorsiflexion Pied et orteils	nil
S1	Arrière cuisse Post mollet, Face post-ex pied	Derrière Malléole ext	Flexion plan- Taire pied et Orteils, éver Sion pied	cheville

2. Épreuve de Lasègue

EXAMEN VASCULAIRE

1. Examen de l'abdomen
2. TR

Instruction au candidat

Vous êtes médecin à l'urgence.

Vous voyez en priorité M: Champagne pour une céphalée inhabituelle qui inquiète l'infirmière.

Questionnez M. Champagne.

Prenez-le en charge avec l'aide de l'infirmière avec vous.

SV :

TA= 190/100

FC= 105

FR=16

Sa = 98%

T= 36.6

Instructions pour l'acteur

Vous êtes M. Champagne.

Vous avez 45 ans et vous avez le pire mal de tête de votre vie.

Vous étiez en train de vous préparer pour votre brunch et en prenant votre douche, le mal de tête a commencé subitement. Votre femme, avec qui vous avez eu une relation sexuelle ce matin, vous a tout de suite amené à l'urgence. Vous êtes capable de répondre aux questions du candidat, mais vous vous tenez la tête et vous semblez souffrant. Vous n'avez pas d'ATCD particulier, vous ne prenez aucune médication. Environ 1-2 minutes après que le questionnaire soit commencé, vous avez une convulsion. Vous êtes donc transporté par l'infirmière sur la civière (ou soyez déjà sur la table d'examen) sur laquelle vous convulsez jusqu'à ce que le candidat vous administre une dose de benzodiazépine IV. Si le candidat vous administre la dose, vous cessez de convulser et vous demeurez inconscient (Glasgow inférieur à 8) et le candidat doit procéder à l'ABC. Si le candidat ne vous administre pas rapidement une dose de benzodiazépine (malgré vos efforts de convulsion sur la table), vous devenez inerte et inconscient et le candidat devrait procéder à l'ABC.

Une fois que vous êtes intubé et que nous attendons l'arrivée du neurochirurgien, le candidat devrait assurer un suivi des signes vitaux. Vous demeurez inconscient puisque vous avez été sédaté.

Grille d'évaluation

-Le candidat fait un bref questionnaire ciblé

-Prise en charge de la convulsion : Administration benzodiazepine IV et bolus de dilantin

(Ativan 0,1 mg/kg répétable après 5 à 10 min ou Versed 0,2 mg/kg IM)

A : Dégager les voies respiratoires (chin lift, succion PRN)

B : Intubation (Glasgow inférieur à 8 et pas de protection des voies aériennes, prévention des complications en utilisant une Intubation à séquence rapide)

- Pré-traitement :
 - Lidocaine 1-1.5mg/kg (prévient la poussée hypertensive)
 - Fentanyl (sympatholytique)
- Sédation (pour la HSA)
 - Si le patient a toujours HTA : propofol
 - Si le patient a une TA adéquate : etomidate
- Bloquants neuro-musculaires
 - Succinylcholine
- Contrôle de la douleur
 - Fentanyl (prévient montée catécholamines)

C : 2 voies veineuses

-Appel rapide au radiologiste de garde

-Appel rapide au neurochirurgien de garde

-Pendant que nous attendons le scan et le neurochirurgien, le candidat assure un suivi des signes vitaux : TA= 200/100, FC= 95

-Contrôle de la tension artérielle avec agent antihypertenseur (Nitro est à éviter)

- Agent à préconiser : labetalol, nircardipine, nimodipine

- AHA recommendations for hemorrhagic stroke is to treat MAP > 130 or SBP > 220. Nimodipine is to prevent vasospasm not to treat the BP. Nimodipine doit donc être donné P.O. et NON-IV (60 mg via TNG q 4 hrs)
- Agent à éviter : Nifedipine courte action (*short-acting nifedipine (which results in precipitous drops in BP) had a much higher stroke rate (Neurology 2011;77:1229–1234)*)
- La diminution de la TA doit être préconisée sans être trop abrupte : on vise une diminution de maximum 25% en quelques minutes à une heure et puis, si le patient est stable, à 160/100-110 dans les 26 heures suivantes.

Drug	Dose	Onset of Action	Duration of Action	Adverse Effects†	Special Indications
Vasodilators					
Sodium nitroprusside	0.25–10 µg/kg/min as IV infusion*	Immediate	1–2 min	Nausea, vomiting, muscle twitching, sweating, thiocyanate and cyanide intoxication	Most hypertensive emergencies; caution with high intracranial pressure or azotemia
Nicardipine hydrochloride	5–15 mg/h IV	5–10 min	15–30 min, may exceed 4 hrs	Tachycardia, headache, flushing, local phlebitis	Most hypertensive emergencies except acute heart failure; caution with coronary ischemia
Fenoldopam mesylate	0.1–0.3 µg/kg per min IV infusion	<5 min	30 min	Tachycardia, headache, nausea, flushing	Most hypertensive emergencies; caution with glaucoma
Nitroglycerin	5–100 µg/min as IV infusion*	2–5 min	5–10 min	Headache, vomiting, methemoglobinemia, tolerance with prolonged use	Coronary ischemia
Enalaprilat	1.25–5 mg every 6 hrs IV	15–30 min	6–12 hrs	Precipitous fall in pressure in high-renin states; variable response	Acute left ventricular failure; avoid in acute myocardial infarction
Hydralazine hydrochloride	10–20 mg IV 10–40 mg IM	10–20 min IV 20–30 min IM	1–4 hrs IV 4–6 hrs IM	Tachycardia, flushing, headache, vomiting, aggravation of angina	Eclampsia
Adrenergic Inhibitors					
Labetalol hydrochloride	20–80 mg IV bolus every 10 min 0.5–2.0 mg/min IV infusion	5–10 min	3–6 hrs	Vomiting, scalp tingling, bronchoconstriction, dizziness, nausea, heart block, orthostatic hypotension	Most hypertensive emergencies except acute heart failure
Esmolol hydrochloride	250–500 µg/kg/min IV bolus, then 50–100 µg/kg/min by infusion; may repeat bolus after 5 min or increase infusion to 300 µg/min	1–2 min	10–30 min	Hypotension, nausea, asthma, first degree heart block, heart failure	Aortic dissection, perioperative
Phentolamine	5–15 mg IV bolus	1–2 min	10–30 min	Tachycardia, flushing, headache	Catecholamine excess

h or kg, hour; IM, intramuscular; IV, intravenous; min, minute(s)

*These doses may vary from those in the Physicians' Desk Reference (51st ed.)

†Hypotension may occur with all agents

*Require special delivery system

- Le candidat demande un bilan approprié pour éliminer autres causes

(DX différentiel : causes métaboliques, causes infectieuses, syndrome de sevrage, intoxication...)

1. Autres hémorragies intracrâniennes
2. Intoxication
3. AVC ischémique
4. Méningite
5. Encéphalite
6. Tumeur intracrânienne
7. Causes métaboliques
8. Thrombose veineuse
9. Autres céphalées : migraine, cluster, "benign thunderclap headache")

-Le candidat assure inclinaison tête du patient à 30 degré si absence d'hypotension

(diminue HTIC)

Instruction au candidat

Vous êtes médecin au cabinet

Vous voyez Mme Bonneau qui se présente pour dorsalgie

Vous avez 5 minutes pour faire le questionnaire ciblé de Mme Bonneau

Vous aurez 5 autres minutes pour répondre à un questionnaire en lien avec le cas .

Instructions pour l'acteur

Vous êtes Mme Bonneau

Vous avez 55 ans et vous vous présentez au cabinet pour douleur dorsale

ATCD méd : Vous demandez lequel?

Polyarthrite palindromique (Seulement si candidat spécifie arthrite)

Vous avez eu 2-3 épisodes d'arthrite pour lesquels vous avez vu un rhumato et qui vous a donné de la prednisone... Vous en avez reçu 3 mois dans la dernière année

ATCD Fam :

Mère : Fx hanche ostéoporose, Hypothyroïdie

Père : Diabète, HTA, DLP

Rx : Aucun Sauf cortisone il y a environ 9 mois

Allergie : AINS (oedeme+rash)

Tabac : 35 paq\année

ROH : occasionn

Drogue : Nil

6 cafés/jour peu de produits laitiers Ménopause vers âge 43 ans (ASx)

La douleur a commencé il y a une semaine suite à un effort de toux. La douleur est localisée au niveau dorsal haut. Elle a débuté subitement après la toux... Vous aviez pelletez pas mal la veille donc ca ne vous a pas inquiété sur le coup... Vous pensiez que c'était dû à un faux mouvement. Par contre, la douleur est constante depuis à environ 5/10, peut-être un peu pire à la mobilisation. Elle ne vous empêche pas de dormir, mais vous devez prendre du tylenol 3 x/jour pour bien dormir.

Vous avez eu une bonne bronchite il y a 2 semaines avec toux\expectos verdâtres, très léger filet de sang avec légère dyspnée. Les sx sont mieux depuis 1 semaine. Il persiste encore de la toux, ce qui est douloureux actuellement. Pas de douleur pleurétique.

Pas de voyage récent, pas de chx récente, pas d'immobilisation franche (un peu secondaire à la bronchite.. vous avez fait moins d'activité, ce que vous considérez comme normal)

Pas de sudation nocturne, pas de perte de poids, pas de Température

Pas de symptôme neuro, pas de sx de queue de cheval

Grille d'évaluation

Douleur	10
Caractéristique\Début	
Temps	
Évolution	
Intensité.	
Facteur soulageant	
Épisode de bronchite	5
R\O Embolie	2
R\O Atteinte neuro	2
R\O Pneumonie	2
R\O Néo	2
Habitus	5
ATCD Arthrite\prise cortico	5

1- A Quel est votre diagnostic le + probable

Questionnaire

1- Quels sont les facteurs de risque de Mme Bonneau pour l'ostéoporose

a.

b. E

c. E

d. E

e.

2- Quel traitement, mis à part tylnol régulier qu'elle prend déjà, pourrait être utilisé pour analgésie?

a. narcotiques

3- Quel serait votre bilan pour éliminer une cause secondaire de Fx ostéoporotiques

4- Nommez 2 options de traitement (2 classes de médicament pour ostéoporose

Questionnaire

- 2- Quels sont les facteurs de risque de Mme Bonneau pour l'ostéoporose
 - a. Arthrite
 - b. Prednison
 - c. ATCD familiaux
 - d. Ménopause précoce
 - e. Tabac
- 3- Quel traitement, mis à part tylénool régulier qu'elle prend déjà, pourrait être utilisé pour analgésie?
 - a. narcotiques
- 4- Quelle serait votre investigation d'ostéoporose?
 - a. FSC
 - b. Bilan rénal
 - c. Bilan phospho-calcique
 - d. TSH
 - e. Électrophorèse des protéines ou 25-OH vitamine D
- 5- Doit-on traiter cette patiente?
- 6- Si oui, Nommez 2 options de traitement (2 classes de médicament pour ostéoporose)
 - a. Biphosphonates
 - b. Raloxifène ou Prolia (mais pas Hormonothérapie car ménopause Asx)

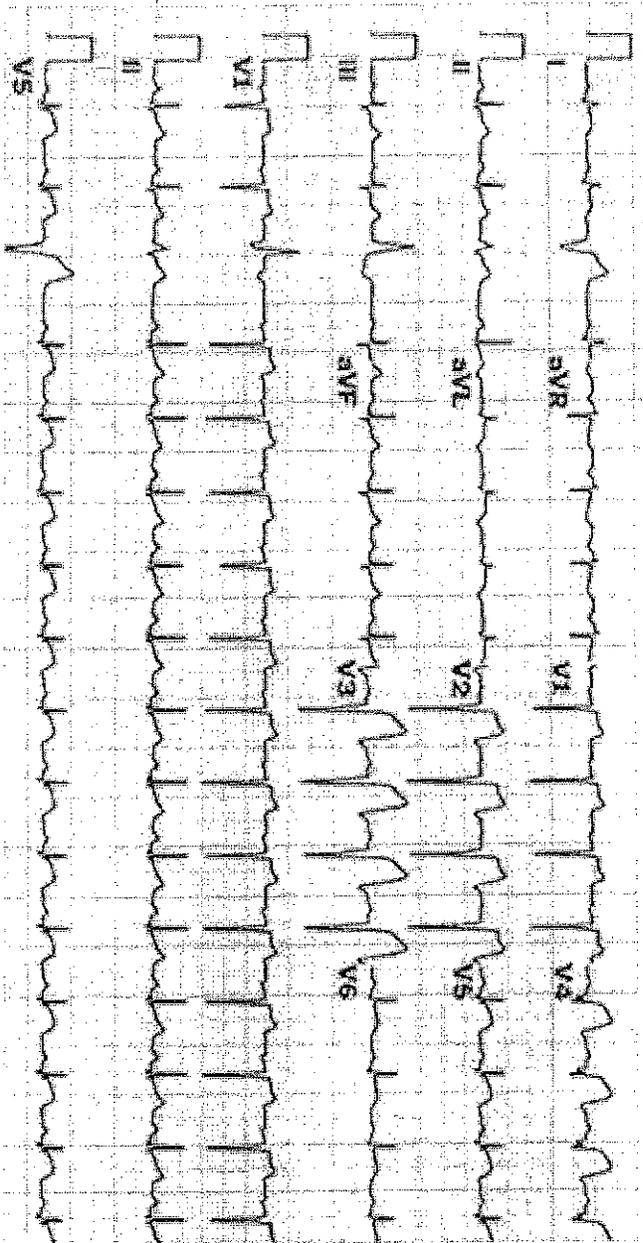
Vous verrez Mme. Lecoeur, une femme de 55 ans dans la salle de réanimation.

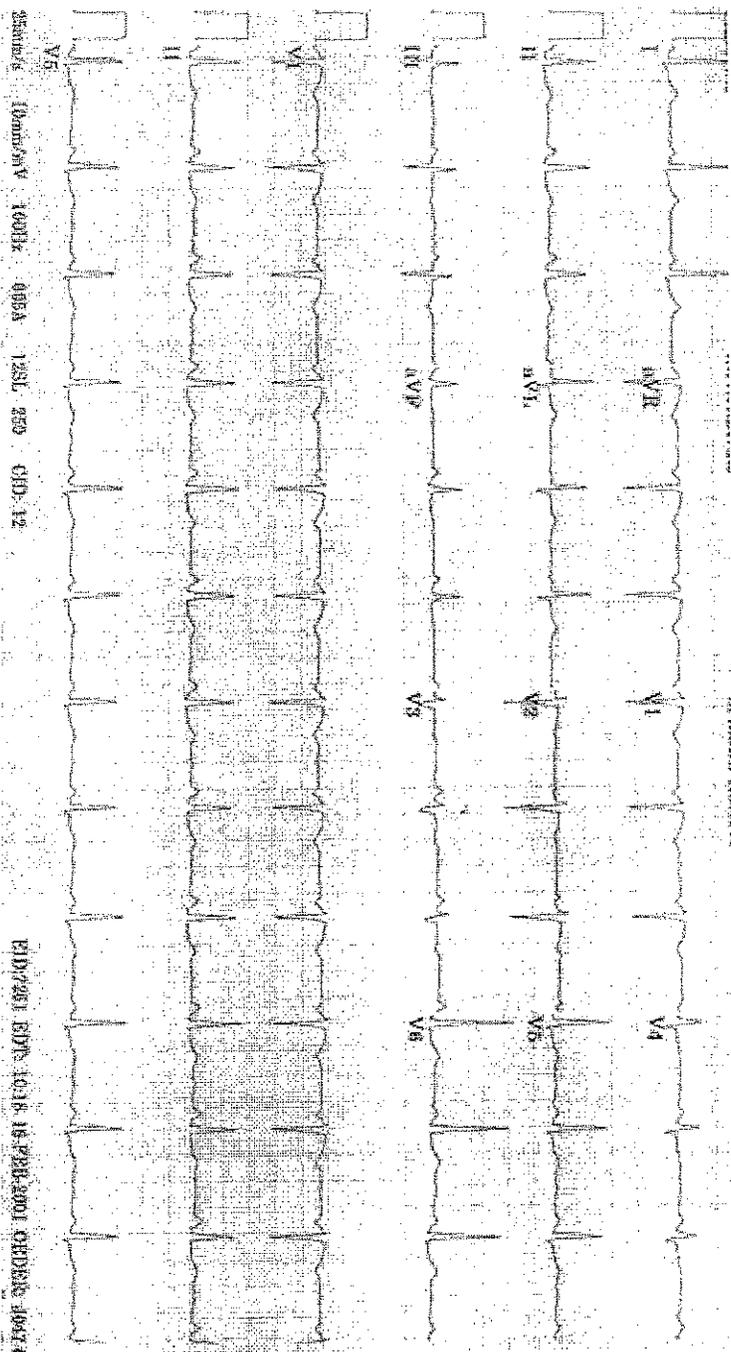
Raison de la consultation : Douleur thoracique.

Une infirmière sera présente pour vous. Elle ne répond à aucune question. Elle accomplit vos demandes.

Vous devrez prendre en charge cette patiente.

(10 minutes)





Signes vitaux

TA= 140/90

FC= 100

Sa= 97%

FR=16

Température= 37,6°

Grille d'évaluation

-ABC

-Morphine : 2-4 mg s.c

-Oxygène si sat^o.

-Nitroglycérine : 0,4 mg s/l q 5 min

-ASA 325 mg à croquer 80mg x 4co

(-B-bloqueur si aucune contre-indication :

Lopressor (metoprolol) 50 mg PO ou 5 mg IV lentement

Anamnèse :

ATCD personnel

ATCD familiaux

Allergie

Médication

Habitus

- Moniteur
cardiaque

- Rx pms

- Bilan

- 2 voies
veineuses

Plavix 75mg
4co

HÉPARINE IV

Consignes au patient

Vous êtes Mme. Lecoœur, 55 ans.

Vous avez été amené par les ambulanciers à l'urgence parce que vous souffrez d'une douleur thoracique depuis 30 minutes. Vous avez reçu une puff de nitro et n'avez eu aucun soulagement. Votre douleur est rétro-sternale sans irradiation, serrative. Elle a débuté alors que vous étiez en train de racler votre terrain. Intensité de 8/10. Aucun autre symptôme. Vous n'avez aucun ATCD et ne prenez aucun médicament. Vous êtes fumeuse. Vous n'avez pas de médecin de famille. Votre père aurait fait une « crise cardiaque » dans la cinquantaine.

Si le candidat ne vous fait pas administrer de la nitro dans les 2 premières minutes de la station, devenez très souffrant et incapable de poursuivre le questionnaire.

Une infirmière sera à vos côtés.

Suite...Grille d'évaluation

HMA brève:

- Localisation de la douleur, irradiation, caractère
- Durée de la douleur
- Début de la douleur
- Autres sx : No, Vo, diaphorèse, syncope, palpitation
- Au repos, à l'effort?
- Éliminer : Pneumothorax, pneumonie, costochondrite, embolie pulmonaire, dissection aortique

Examen physique intégré dans la prise en charge

Investigations demandées dans un bref délai :

ECG, bilan de base, bilan cardiaque, INR-TCA, RX pms

- Analyse du premier ECG : normal donc le candidat demande un deuxième ECG dans 10 minutes
- Analyse du 2^{ème} ECG : Élévation du segment ST >1 mm dans au moins 2 dérivation
- Le candidat propose la thrombolyse

Questions à poser au candidat

❖ Quelles sont les contre-indications absolues de la thrombolyse :

ATCD d'hémorragie intracrânienne

Malformation artério-veineuse

Néoplasie intracrânienne

ACV <3mois

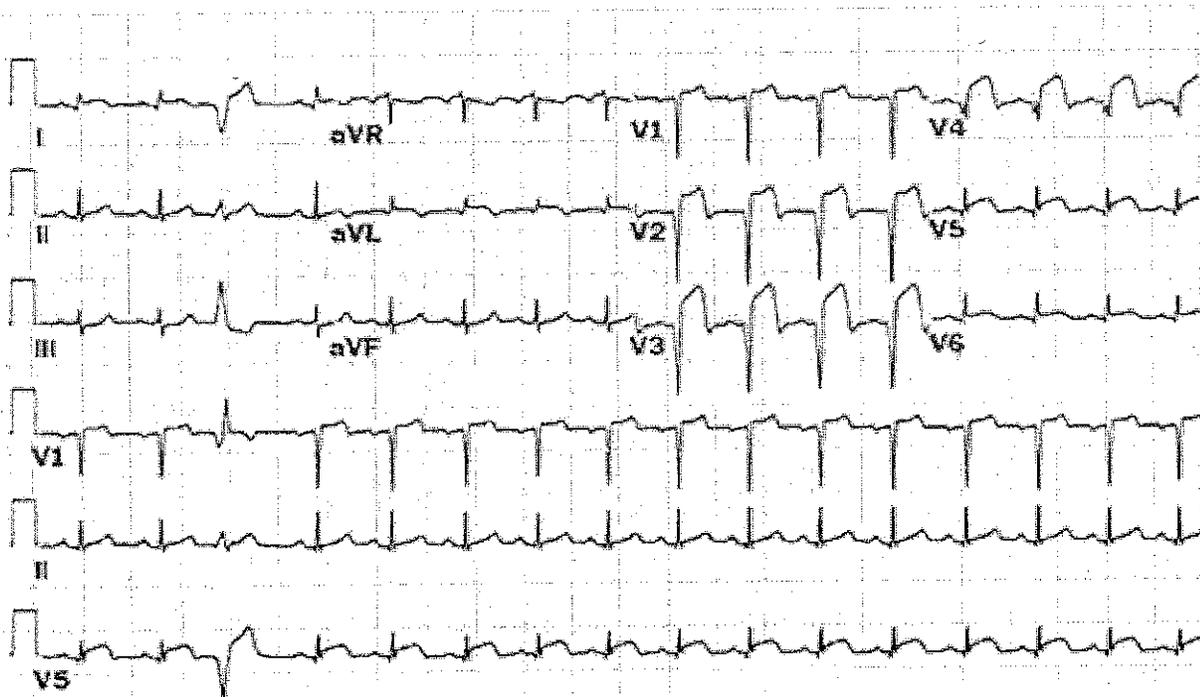
Dissection aortique suspectée

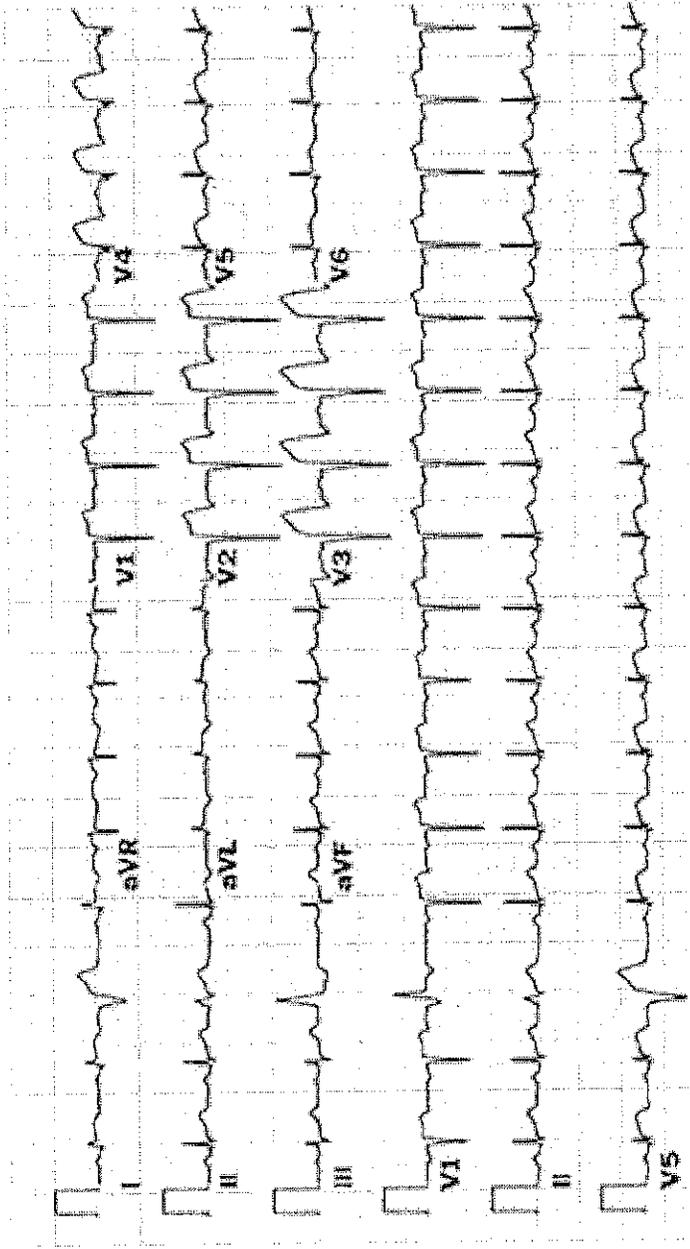
Saignement actif ou diathèse hémorragique

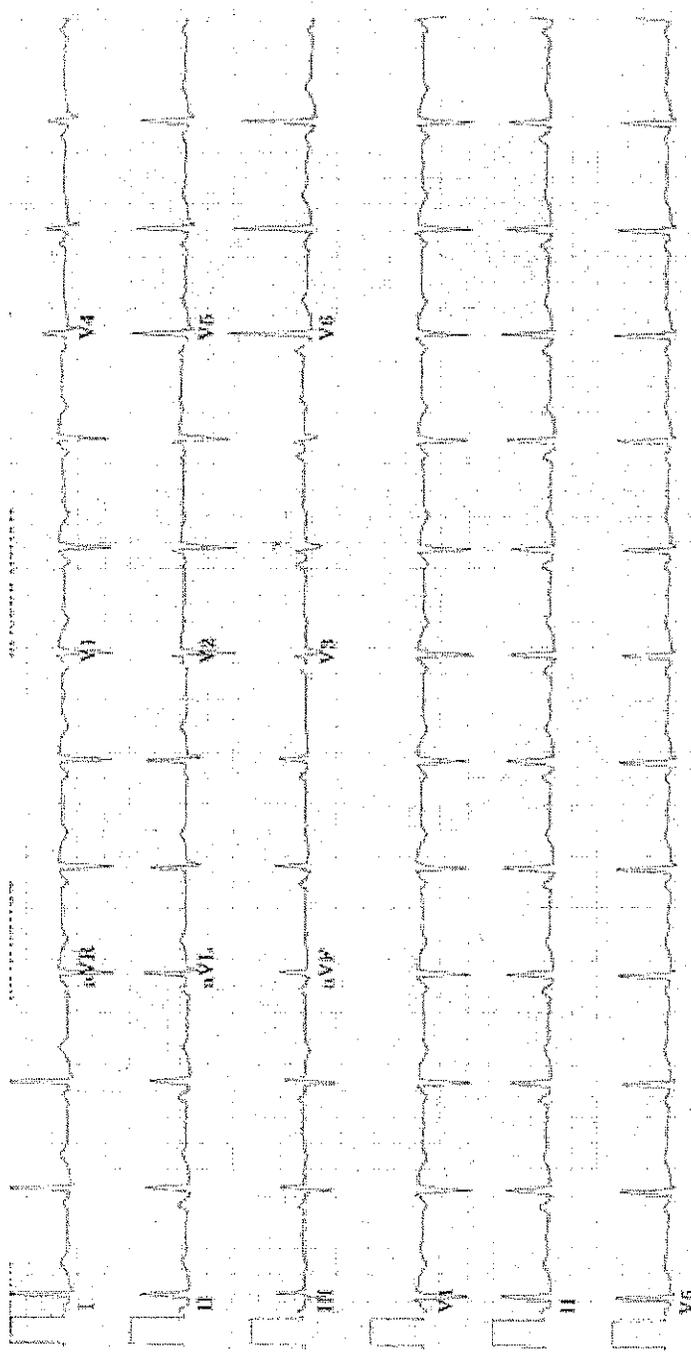
Trauma crânien ou facial <3mois

❖ Quel agent thrombolytique suggéré vous?

Alteplase, Anistreplase, Streptokinase, Reteplase, Tenecteplase







35mm/s 10mm/mV 100Hz 005A 12SL 250 CID: 12 EID:7461 EDT: 10:18 16-FEB-2001 ORDER: J0474



**PROTOCOLE TENECTEPLASE (TNKase) I.V.
POUR THROMBOLYSE
LORS D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE**

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Cochez (✓)

Présence des critères suivants :	OUI	NON
1. Douleur thoracique caractéristique d'au moins 30 min. non soulagée par Nitro: ET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ecg : Sus-décalage du segment ST de 1 mm (0,1mV) dans 2 dérivation adjacentes:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OU		
Présence d'un bloc de branche gauche de novo :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Absence de tous les critères d'exclusion suivants :	OUI	NON
1. Histoire d'accidents vasculaires cérébraux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saignement actif interne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Chirurgie ou traumatisme cérébral ou de la moëlle épinière depuis 2 mois :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Néoplasme intracrânien, anévrisme, malformation artérioveineuse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diathèse hémorragique connue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hypertension artérielle non contrôlée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dissection aortique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Péricardite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conditions relatives pour les critères suivants :	OUI	NON
1. Hémorragies gastro-intestinales ou génito-urinaires récentes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chirurgie majeure récente (moins de 10 jours) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traumatisme récent :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Grossesse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Insuffisance hépatique ou rénale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hypertension systolique >180 mm Hg ;diastolique >110 mm Hg :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rétinopathie diabétique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Endocardite bactérienne subaiguë :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Possibilité de thrombus dans le ventricule gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Thrombophlébite septique ou canule AV infectée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date : _____ Heure : _____ SIGNATURE : _____

Consigne à l'infirmière

Vous êtes l'infirmière de la salle d'urgence et avez sous vos soins Mme. Lecoeur, une femme de 55 ans qui souffre d'une douleur thoracique.

À l'arrivée du candidat (résident), vous lui fournissez la feuille de signes vitaux du patient. Votre rôle est d'accomplir les demandes d'investigation et/ou d'administration de la médication prescrite.

Lorsque le candidat vous prescrit l'ECG, vous lui fournissez celui-ci qui est normal. Un deuxième ECG devrait vous être demandé, ce dernier sera anormal.

Voir la grille d'évaluation du candidat pour voir ce que le candidat est susceptible de vous demander comme investigation ou prescription.

Si on vous demande des résultats de prise de sang ou de RX pms, vous ne les avez pas encore reçus.

Vous n'avez pas à répondre si le candidat vous questionne.

1

- Samuel Blain
- Sébastien Burelle
- Leila Hassenin Bey
- Noémie Laferté
- Patricia Marchand

10 Douleur à l'épaule

Instructions au candidat

voici Monsieur Jean Dallaire qui se présente à votre bureau pour une douleur à l'épaule

Au cours des 10 minutes qui suivent vous devez questionner le patient sur sa douleur et procéder à un examen de l'épaule. Il vous est demandé d'indiquer votre diagnostic et un diagnostic différentiel.

À 2 minutes de la fin de la station, il vous sera demandé une consigne en regard du traitement.

N'oubliez pas de décrire verbalement les manœuvres et examens auxquels vous procédez.

#10 Douleur à l'épaule

Instructions au patient

Raison de consultation pour débiter l'entrevue:

"J'ai mal à l'épaule docteur, je me demande si vous pouvez m'aider"

Scénario

Vous êtes professeur dans une école secondaire
Vous n'avez aucun antécédent médical, ni chirurgical
Vous n'avez jamais souffert d'arthrite ni arthralgies

Maladie actuelle

Vous consultez pour une douleur qui est apparue à l'épaule droite suite à une randonnée en ski
Vous êtes droitier

Suite à un faux mouvement la douleur est apparue, au début vive mais elle s'est estompée
graduellement pour devenir sourde. Présentement la douleur est surtout présente au
mouvement abduction et de rotation interne. Parfois elle irradie à la partie moyenne de
l'humérus au point d'insertion du deltoïde. Ceci ne vous empêche pas de dormir. Vous n'avez
rien tenté pour calmer la douleur sauf éviter les mouvements qui l'aggrave. La douleur vous
empêche d'aller chercher certains articles dans les armoires et vous rend difficile vous habiller.
Vous n'avez pas noté de gonflement au site de la douleur mais vous la sentez enflée.
Vous n'avez aucun symptôme systémique tel que la fièvre ou manifestation extra-articulaire
tel que l'atteinte oculaire, cutanée ou pulmonaire.

La douleur est située à l'articulation acromio-claviculaire et la région sous-acromiale.

Examen

Inspection

On ne note aucune asymétrie, sauf peut-être une légère rotation interne de l'épaule atteinte.
On ne note aucun signe inflammatoire

Palpation

La palpation de la coiffe des rotateurs élicite une légère douleur

Mouvements actifs et passifs

L'abduction active occasionne une douleur entre 60 et 120 degrés

Manœuvres spécialisées

L'abduction résistée provoque une vive douleur

A la manœuvre de Jobes, ceci évoque une douleur mais sans faiblesse

Le signe de la chute est négatif

À deux minutes de la fin

À deux minutes de la fin de la station vous demanderez au candidat d'indiquer son diagnostic ainsi qu'un diagnostic différentiel.

Immédiatement après vous aviserez le candidat qu'il s'agit d'une tendinite de la coiffe des rotateurs.

Vous lui demanderez alors de procéder comme s'il allait faire une infiltration de corticostéroïdes en décrivant le plus précisément sa technique.

Le candidat sera appelé à décrire les repères, la médication et la technique à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille sous capuchon

#10 Douleur à l'épaule

Grille de notation

Questionnaire

1. Début soudain ou progressif de la douleur
2. Traumatisme
3. Occupation, loisirs et sports
4. Site de la douleur, type de douleur et irradiation
5. Limitations occasionnées par la douleur
6. Autres atteintes articulaires
7. signes inflammatoires de l'articulation
8. Facteurs aggravants de la douleur
9. Maladie systémique

Examen

1. Recherche de : déformation, gonflement, rougeur, atrophie musculaire
2. Palpation : la palpation débute au niveau des articulations sterno-claviculaires, la clavicule est palpée sur toute sa longueur à la recherche d'une douleur ou d'une déformation. L'articulation acromio-claviculaire et la région sous-acromiale sont ensuite examinées. L'examen se poursuit en plaçant l'épaule en extension et légèrement en rotation interne. Finalement la gouttière bicipitale et le tendon de la longue portion du biceps sont palpés.
3. Mouvements actifs et passifs : l'examinateur se place devant le patient et demande à ce dernier de lever simultanément les bras au-dessus de la tête (abduction et élévation). Ensuite l'examinateur demande au patient de placer les mains derrière la tête pour évaluer la rotation externe. Finalement il demande de porter les mains derrière le dos et de toucher l'angle inférieur de l'omoplate contralatérale. Ensuite l'examinateur poursuit en évaluant les mouvements passifs
4. Manœuvres spécialisées :
 - a) Manœuvre contre résistance
 - Tendon du sus-épineux : abduction 30 degrés contre résistance
 - Tendon du sous-scapulaire : rotation interne contre résistance
 - Tendon du petit rond et sous-épineux : rotation externe contre résistance
 - b) Manœuvre de Jobes
 - Bras en abduction à 90 degrés et 30 degrés vers l'avant. Le test est considéré positif si le patient est incapable de maintenir son bras activement en abduction (déchirure du sus-épineux)
 - c) Manœuvre de Yergison

Supination contre résistance de l'avant-bras et de la main avec le coude à 90 degrés (tendon de la longue portion du biceps)

d) Signe de la chute

Le patient est incapable de maintenir activement son bras en abduction

e) Arc douloureux et manœuvre d'accrochage

Douleur entre 60 et 120 degrés d'abduction active. La manœuvre d'accrochage consiste à amener le bras passivement en élévation. Une douleur sera produite quand la grande tubérosité viendra appuyer sur l'aspect antérieur de l'acromion.

5. Examen neurologique

Technique d'infiltration

Pré-requis : 2 ml d'acétate de cortisone

Aiguille no 22 longueur 1 1/2

1. Approche antérieure

Technique : 1. localiser l'apophyse coracoïde sur la face antérieure de l'épaule

2. Positionner l'aiguille près de l'apophyse à un angle de 30 degrés de la peau

3. Introduire l'aiguille jusqu'à ce qu'elle touche la tête humérale

4. Avant d'injecter, vérifier la position de l'aiguille en retirant une petite

quantité de liquide synoviale.

2. Approche postérieure

Technique : 1. Localiser l'apophyse coracoïde et l'angle acromial postérieur

2. Dessiner une ligne entre ces 2 points de références

3. Positionner l'aiguille 1.5 cm en bas de l'angle acromial postérieur, près de

L'apophyse coracoïde. Insérer l'aiguille jusqu'à la tête humérale

4. Avant d'injecter vérifier la position de l'aiguille en retirant une petite quantité de liquide synovial