

PAE : PROCÉDURE
: D'AUTORISATION
: D'EXERCICE

Annales Corrigées
des Épreuves de Vérification
des Connaissances (EVC) de

GÉRIATRIE : 2009
: 2023

DR ROLAND MAFOUTA

2^e édition actualisée

MED-LINE
Editions

P A E

M E D - L I N E

PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE

Annales Corrigées des
Épreuves de Vérification
des Connaissances de

GÉRIATRIE

2 0 0 9

2 0 2 3

Dr Roland MAFOUTA

Ancien lauréat du concours de la PAE

Praticien Hospitalier

Auteur :

Dr Roland MAFOUTA

Ancien lauréat du concours de la PAE

Praticien Hospitalier

Annales Corrigées des Épreuves de Vérification des Connaissances de Gériatrie 2009-2023.

ISBN : 978-2-84678-336-1

© 2024 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en pages : Patrice Philétas

Couverture : Meriem Rezgui

Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement des auteurs ou de leurs ayants droit ou ayants cause est illicite (loi du 11 mars 1857, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

REMERCIEMENTS - DÉDICACE

« Il faut que le laboureur travaille premièrement, pour qu'il jouisse des fruits ».

La Bible, 2Timothée 2.6.

À Sandra, mon épouse chérie. Merci pour le chemin parcouru jusqu'ici.

À Grace et Yohann.

À mes parents, ma famille et mes amis. Le soleil se lève et l'homme sort à son ouvrage...

AVANT-PROPOS

« Lis ceci, je te prie ! »

La PAE constitue la voie royale pour l'exercice de la Médecine en France pour tout médecin à diplôme hors Union Européenne. Les EVC en sont la porte d'entrée.

Les EVC, ce sont 4 heures de travail rédactionnel ardu, 4 heures de bataille impitoyable. La réussite aux épreuves vous propulse dans une autre dimension. Vous intégrez la légion médicale étrangère, et oui ! et flanqué du titre officiel qui va avec, celui de PADHUE.

Pendant ces heures d'épreuves, l'usage de chaque minute, de chaque terme médical, la capacité à restituer les notions apprises et le style rédactionnel font la différence. La bataille peut être perdue pour un demi-point.

La réussite aux EVC exige de ce fait une excellente et longue préparation. Il faut de la méthode, de la rigueur. Les places sont chères. Nombreux sont les appelés, peu sont les élus. Il faut travailler de façon à en faire partie.

Les annales corrigées de Gériatrie sont rédigées dans l'esprit de structurer votre raisonnement et votre démarche rédactionnelle. L'important est de saisir la pensée du concours pour mieux s'y préparer. Les épreuves s'adressent à des praticiens thésés et non à des étudiants en fin de cycle d'études médicales.

L'évaluation est basée sur les connaissances attendues - dans la spécialité - selon les dernières recommandations et référentiels en vigueur en France.

Les réponses aux questions abordées dans le présent ouvrage sont volontairement exhaustives, structurées comme le voudrait la pratique hospitalo-universitaire. C'est plus que de la littérature médicale, c'est la transmission du savoir et savoir-faire hospitalier attendu de celui qui veut y exercer son art. Le secret de la réussite aux EVC est de montrer au PU-PH correcteur que les connaissances fondamentales et pratiques de la spécialité sont acquises et maîtrisées... pour un exercice médical futur en toute sécurité pour le patient.

J'espère que ces pages seront une aide pour votre préparation et une source de motivation.

Bon courage et bonne prépa !

Dr Roland MAFOUTA

TABLE DES MATIERES

PARTIE 1 – EDC Fondamentales

■ Énoncé 2009.....	9
■ Corrigé 2009.....	10
■ Énoncé 2010.....	17
■ Corrigé 2010.....	18
■ Énoncé 2011.....	23
■ Corrigé 2011.....	24
■ Énoncé 2012.....	31
■ Corrigé 2012.....	32
■ Énoncé 2013.....	37
■ Corrigé 2013.....	38
■ Énoncé 2014.....	43
■ Corrigé 2014.....	44
■ Énoncé 2015.....	49
■ Corrigé 2015.....	50
■ Énoncé 2016.....	55
■ Corrigé 2016.....	56
■ Énoncé 2017.....	61
■ Corrigé 2017.....	63
■ Énoncé 2018.....	73
■ Corrigé 2018.....	77
■ Énoncé 2019.....	87
■ Corrigé 2019.....	89
■ Énoncé 2020.....	95
■ Corrigé 2020.....	98
■ Énoncé 2021.....	107
■ Corrigé 2021.....	109
■ Énoncé 2023.....	117
■ Corrigé 2023.....	120

PARTIE 2 – EDC Pratiques

■ Énoncé 2009	131
■ Corrigé 2009.....	133
■ Énoncé 2010	139
■ Corrigé 2010.....	141
■ Énoncé 2011	149
■ Corrigé 2011.....	151
■ Énoncé 2012	157
■ Corrigé 2012.....	159
■ Énoncé 2013	167
■ Corrigé 2013.....	169
■ Énoncé 2014	175
■ Corrigé 2014.....	178
■ Énoncé 2015	187
■ Corrigé 2015.....	189
■ Énoncé 2016	195
■ Corrigé 2016.....	197
■ Énoncé 2017	203
■ Corrigé 2017.....	207
■ Énoncé 2018	217
■ Corrigé 2018.....	223
■ Énoncé 2019	237
■ Corrigé 2019.....	239
■ Énoncé 2020	245
■ Corrigé 2020.....	248
■ Énoncé 2021	259
■ Corrigé 2021.....	262
■ Énoncé 2023	271
■ Corrigé 2023.....	276

PARTIE 1 :

Épreuve de Vérification des
Connaissances Fondamentales

Énoncé EVCF 2009

Sujet n°1

Prise en charge d'un AVC chez un patient de plus de 80 ans, dans les 48 premières heures.

QUESTION 1 : Bilan clinique initial.

QUESTION 3 : Aspects étiologiques : facteurs de risque selon les mécanismes.

QUESTION 2 : Examens complémentaires.

QUESTION 4 : Prise en charge thérapeutique.

Sujet n°1

Prise en charge d'un AVC chez un patient de plus de 80 ans, dans les 48 premières heures.

Préambule :

Question fleuve, le caractère ischémique ou hémorragique n'étant pas d'emblée précisé.

Les accidents vasculaires cérébraux sont classiquement classés en 3 types :

- L'AVC ischémique regroupant l'Accident ischémique transitoire (AIT), l'accident vasculaire (ischémique) constitué ou infarctus cérébral.
- L'AVC hémorragique
- La thrombose veineuse cérébrale, extrêmement rare chez le sujet âgé.

L'exposé se limitera aux 2 premiers types, en insistant sur l'infarctus cérébral. Cette dernière est une nécrose du parenchyme cérébral consécutive à une occlusion artérielle. Elle se distingue ainsi de l'accident ischémique transitoire (AIT) qui correspond à une ischémie cérébrale focale dont les manifestations cliniques durent typiquement moins d'une heure avec une absence de lésion imagérique (IRM - cérébrale normale).

QUESTION 1 : Bilan clinique initial.

- Éléments d'interrogatoire (patient – entourage) :
 - Antécédent personnel d'AVC
 - Antécédents cardiovasculaires
 - Facteurs de risque cardiovasculaires : HTA – obésité – dyslipidémie – tabagisme – diabète
 - Heure de début de la symptomatologie ++++
 - Durée des symptômes +++
 - Traitement en cours : Antiagrégants plaquettaires, AOD, AVK
- Bilan neurologique clinique :
 - Déficit sensitivomoteur :
 - Unilatéral, bilatéral
 - Proportionnel ou non

- Total ou partiel
- Prédominance brachio-faciale
- Agnosie
- Troubles du langage :
 - Aphasie de Broca
 - Aphasie de Vermincke
- Troubles visuels :
 - Hémianopsie
 - Diplopie
- Troubles de l'équilibre :
 - Syndrome cérébelleux
 - Syndrome vestibulaire
- Bilan cardiovasculaire :
 - Recherche d'un souffle de rétrécissement mitral (RM) +++
 - Trouble du rythme type fibrillation auriculaire (FA) +++
 - Souffle carotidien
 - Palpation artères temporales
 - Constantes hémodynamiques : TA, FC
- Examen général :
 - Altération de l'état général
 - État de la conscience
 - Troubles de la déglutition
 - Obésité
 - Évaluation cognitive
 - Glycémie+++
 - Température

QUESTION 2 : Examens complémentaires.

Examens à visée diagnostique :

- IRM cérébrale :
 - Examen de référence (gold standard)
 - 4 séquences : diffusion- T2 Flair, T2*, TOF
 - Apporte des éléments diagnostiques, étiologiques et pronostiques
 - Éléments IRM d'ischémie cérébrale : hypersignal en diffusion – zone hypoperfusée en séquence perfusion – recherche de sténose artérielle
 - Éléments IRM d'ischémie cérébrale : hypersignal (hyperintensité systématisée à une territoire) en diffusion – zone hypoperfusée en séquence perfusion – recherche de sténose artérielle .Visualisation d'un infarctus récent après quelques heures (en T2 Flair)

- Éléments IRM d'AVC hémorragique : hyposignal en séquence T2*+++. Hypersignal précoce en séquence Flair +++
- Étude de la perméabilité du polygone de Willis en séquence TOF
- Scanner cérébral non injecté :
 - Examen de 2e intention+++, si IRM non disponible ou contre-indication à l'IRM
 - Diagnostic de l'AVC hémorragique : hyperdensité spontanée++
 - AVC ischémique :
 - Zone hypodense (diagnostic après 6 h à 24 h)
 - Effacement noyau lenticulaire
 - Dédifférenciation substance blanche-substance grise
 - Effacement des sillons corticaux
 - Hyperdensité artérielle (trop belle artère)

Examens à visée étiologique :

- Imagerie des troncs supra-aortiques (écho-Doppler – ARM ou angioscanner) :
 - Réalisée dans les 48 h en cas d'AIT
 - Sténose carotidienne : degré de sténose et retentissement hémodynamique intracrânien
 - Recherche d'une dissection carotidienne
 - Intérêt thérapeutique : chirurgie vasculaire carotidienne +++
- ECG : systématique +++, recherche d'une fibrillation atriale, d'un IDM.

Remarque :

- Échocardiographie trans-thoracique :
 - Recherche de cardiopathie emboligène : RM (rétrécissement mitral)
 - Recherche de thrombus intra-auriculaire ++
 - IDM

L'échographie trans-thoracique n'est pas obligatoire dans les 48 h.

ECG : systématique +++, recherche d'une ACFA.

Examens biologiques :

- Hémogramme (NFS) :
 - Polyglobulie
 - Thrombocytémie
- Glycémie à jeun
- EAL : cholestérol (HDL, LDL), triglycérides
- Ionogramme
- Créatinine
- Bilan d'hémostase : TP-TCA
- CRP

QUESTION 3 : Aspects étiologiques : facteurs de risque selon les mécanismes.

1. Mécanismes AVC ischémiques :

- Mécanisme cardio-embolique
- Thrombus *in situ* (athérosclérose)
- Micro-angiopathie hypertensive

- Facteurs de risque d'AVC cardio-emboliques :
 - Fibrillation atriale (FA)
 - Rétrécissement mitral (RM)
 - Infarctus du myocarde

- Facteurs de risque d'AVC par athérosclérose (thrombus *in situ*) :
 - Athéro-thrombose carotidienne et vertébro-basilaire
 - Maladie des petites artères perforantes ou lacunes

- Facteurs de risque/micro-angiopathie hypertensive :
 - HTA

2. Mécanismes de l'AVC hémorragie :

- Rupture de malformation vasculaire ou artérielle favorisée par l'HTA

- Facteurs de risque d'AVC hémorragique :
 - HTA
 - Malformations vasculaires
 - Traitement anticoagulant

QUESTION 4 : Prise en charge thérapeutique.

PRISE EN CHARGE DE L'AIT ET DE L'AVC ISCHEMIQUE CONSTITUE

- Urgence thérapeutique absolue
- Prise en charge hospitalière, en Unité neuro-vasculaire
- Mesures générales :
 - Repos au lit, position proclive 30°
 - Voie veineuse périphérique
 - Libertés des voies aériennes
 - Oxygénation pour SpO₂ ≥ 95%
 - Assurer la stabilité hémodynamique
 - Sonde naso-gastrique en cas de troubles de la déglutition

- Lutte contre les ACSOS :
 - Troubles tensionnels : respect de l'HTA (dans l'AVC ischémique)
 - Traitement de l'hyperthermie
 - Équilibre glycémique (insulinothérapie si hyperglycémie > 1,8 g/l)
 - Équilibre hydro-électrolytique - SGI proscrit - SSI 0,9%

- Traitement anticoagulant à dose préventive :
 - Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) selon la fonction rénale
 - Héparine calcique
 - Indication : prévention du risque thrombo-embolique veineux

- Kinésithérapie motrice :
 - Précoce
 - Passive et active

- Prise en charge de l'AVC ischémique constitué :
 - Traitement fibrinolytique :
 - AVC ischémique récent < 4h30 (sujet de 80 ans)
 - Score de NIHSS bas
 - En l'absence de contre-indication
 - Après évaluation du rapport bénéfice/risque et des comorbidités
 - Administration d'rt-PA en IV

 - Traitement antiagrégant plaquettaire :
 - Aspirine, 160-300 mg/jour, IV puis per os
 - Si thrombolyse réalisée, délai de 24h à respecter, introduction après scanner cérébral de contrôle.
 - Traitement introduit dès confirmation imagérique
 - Prévention de l'UGD si antécédents

Remarque :

Même thérapeutique antiagrégant plaquettaire dans l'AIT (160-300 mg) per os, relai par Aspirine 75 mg (Clopidogrel 75 mg en cas d'allergie à l'aspirine).

- Surveillance :
 - Pression artérielle
 - Rythme cardiaque
 - Fréquence respiratoire
 - Vigilance
 - Glycémie
 - État cutané
 - Surveillance du traitement

TRAITEMENT DE L'AVC HEMORRAGIQUE

- Mesures générales idem AVC ischémique
- Lutte contre les ACSOS idem AVC ischémique
- HTA : contrôle TA pour objectif TA <140/90 mm Hg
- Arrêt du traitement anticoagulant et anti-agrégant plaquettaire
- Antagonisation du traitement anticoagulant
- Héparine à dose iso-coagulante (prévention thrombo-embolique)
- Prévention œdème cérébral (lutte contre l'hyponatrémie, l'hypercapnie)

Remarques :

1. Objectifs tensionnels dans l'AVC :

- *Infarctus cérébral sans thrombolyse ni thrombectomie : traitement si TA > 200/120 mm Hg*
- *Réalisation de thrombolyse ou de thrombectomie : traitement si TA > 185/110 mmHg*
- *En présence d'une hémorragie intra-cérébrale : traitement si TA >140/90 mm Hg*

2. Traitement anticoagulant dans l'AVC ischémique :

- *HNF - HBPM – AOD -AVK*
- *Indications : cardiopathie emboligène – dissection artérielle – thrombose carotidienne*
- *Début de traitement différé, en dehors de la phase précoce, après avis spécialisé de neurologie*
- *Contre-indiqué en cas d'infarctus cérébral massif*

3. Prise en charge de l'AIT en milieu préhospitalier

- *« Une dose de charge de 300 mg d'aspirine doit être administrée dès que possible après les symptômes d'AIT (en milieu pré-hospitalier), sans attendre l'examen médical. La prise d'aspirine doit ensuite être poursuivie à la dose de 75 ou 100 mg par jour. » Vidal Reco*
- *« En cas d'allergie à l'aspirine, une dose de charge de 300 mg de clopidogrel doit être administrée, suivie d'une dose de 75 mg par jour » Vidal Reco.*

4. Traitement de l'AVC ischémique au-delà de H48

- *Prise en charge impérative des facteurs de risque cardio-vasculaires (HTA, Obésité, diabète, dyslipidémie, tabagisme..)*
- *Règles hygiéno-diététiques : Arrêt tabagisme, sevrage alcoolique, IMC < 25*
- *Sport*
- *Contrôle de l'HTA*
- *Traitement étiologique à distance : AOD en cas de FA, AVK en cas de Rétrécissement mitral (RM) emboligène ou prothèse mécanique valvulaire.*

Annales Corrigées des Épreuves de Vérification des Connaissances (EVC) de **GÉRIATRIE : 2009-2023**

2^e édition actualisée

- La Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) est la voie royale pour l'exercice de la Médecine en France pour tout médecin à diplôme hors Union Européenne. Les Épreuves de Vérification des Connaissances (EVC) en sont la porte d'entrée.
- Lors des EVC, l'usage de chaque terme médical, la capacité à restituer les notions apprises et le style rédactionnel font la différence. La réussite aux EVC exige une longue préparation, de la méthode et de la rigueur.
- Ces annales corrigées de Gériatrie sont conçues pour structurer votre raisonnement et votre démarche rédactionnelle.
- L'évaluation est basée sur les connaissances attendues – dans la spécialité – selon les dernières recommandations et référentiels en vigueur en France.
- Pour réussir aux EVC vous devez montrer que les connaissances fondamentales et pratiques de la spécialité sont acquises... pour un exercice médical futur en toute sécurité pour le patient.
- Un livre indispensable pour mettre toutes les chances de votre côté.



Dans la même collection



25,90 € TTC
ISBN : 978-2-84678-336-1
www.med-line.fr

MED-LINE
Editions