

Autoévaluation

Self-evaluation

G. Beduneau

Reçu le 31 octobre 2010 ; accepté le 1^{er} novembre 2010
© SRLF et Springer-Verlag France 2011

QCM n° 1

À propos de la réalisation de radiographies thoraciques (RT) en réanimation, quelles sont les affirmations justes ?

- A – Chez un patient ventilé de façon invasive, la réalisation quotidienne d'une RT est incontestée.
- B – La réalisation systématique d'une RT après mise en place d'un cathéter central dans le réseau veine cave supérieure est pratiquée par la majorité des réanimateurs.
- C – L'échographie thoracique peut constituer une alternative fiable à la RT pour le diagnostic de pneumothorax.
- D – Il n'existe pas à ce jour de données suffisamment solides pour envisager une stratégie de réalisation à la demande de la RT.
- E – La quasi-absence de retentissement en lien avec la réalisation d'une RT justifie de ne pas remettre en cause nos pratiques.

QCM n° 2

À propos de la stimulation phrénique implantée, quelles sont les affirmations justes ?

- A – Aucune technique ne bénéficie d'une prise en charge financière sociétale.
- B – La stimulation électrique du nerf phrénique est indiquée en cas d'atteinte élective de la commande centrale.
- C – En présence d'une atteinte phrénique ou diaphragmatique, il n'existe pas à ce jour d'alternative réellement efficace à la ventilation mécanique.
- D – Plusieurs centaines de patients par an en France sont candidats à ce type d'implantation.
- E – La prévention de l'atrophie diaphragmatique induite par la ventilation mécanique absolue en réanimation pourrait constituer une indication au recours à une stimulation diaphragmatique implantée temporaire.

QCM n° 3

À propos du recours précoce à une trachéotomie en réanimation, quelles sont les affirmations fausses ?

- A – Les travaux les plus récents ne permettent toujours pas de clore le débat concernant le bénéfice éventuel de la réalisation d'une trachéotomie précoce.
- B – Montrer un bénéfice en termes de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique constituait un des objectifs des études les plus récentes sur ce sujet.
- C – La réalisation précoce d'une trachéotomie semble induire une diminution de la sédation.

G. Beduneau (✉)
Service de réanimation médicale, CHU de Rouen,
1, rue de Germont, F-76000 Rouen, France
e-mail : gaetan.beduneau@chu-rouen.fr

- D – Les travaux les plus récents indiquent clairement qu'il y a plus de place pour la réalisation d'une trachéotomie en milieu de réanimation.
- E – Les études montrent un gain significatif grâce à la trachéotomie précoce avant le septième jour sur la durée de ventilation mécanique du patient.

QCM n° 4

À propos des aspirations endotrachéales (AET) chez le patient intubé-ventilé, quelles sont les affirmations justes ?

- A – Il s'agit d'un geste souvent douloureux pour le patient.
- B – L'absence de méthode de prédiction d'un encombrement bronchique conduit inéluctablement à la réalisation d'AET systématique.
- C – L'association des compétences du kinésithérapeute et de l'infirmière de réanimation est fondamentale pour la qualité des AET.
- D – Les complications en lien avec une AET peuvent être de nature hémodynamique.
- E – Le recours à l'instillation de sérum salé isotonique est incontestable avant une AET.

QCM n° 5

À propos de l'étude EOLIA (ECMO dans les SDRA sévères), quelles sont les affirmations justes ?

- A – Les modalités de réglage ventilatoires demeurent fondamentales.
- B – Le recours à une ECMO de type artérioveineux est a priori illogique.
- C – La place de l'ECMO dans l'arsenal thérapeutique du SDRA est parfaitement précisée.
- D – La nécessité d'une anticoagulation efficace ne constitue plus un obstacle majeur au recours à l'ECMO.
- E – L'une des faiblesses méthodologiques les plus criantes de l'essai CESAR est constituée par le recours plus fréquent à une ventilation protectrice dans le bras ECMO.

QCM n° 1 : B, C ; QCM n° 2 : B, C, E ; QCM n° 3 : A, D, E ; QCM n° 4 : A, C, D ; QCM n° 5 : A, B, D, E