



Post-test

Les affections liées à l'activité physique en pédiatrie

Les réponses seront publiées dans trois mois, dans le numéro de septembre 2012.

1 Quel est le problème à redouter chez un adolescent sportif obèse qui présente une douleur progressive de la hanche sans antécédents de trauma ?

- a) Une arthrite septique de la hanche
- b) Un glissement épiphysaire de la tête fémorale
- c) Une luxation de l'articulation coxofémorale
- d) Une avulsion apophysaire
- e) Une fracture de fatigue du col fémoral

2 Parmi les énoncés sur les lésions de la cheville chez l'enfant, lequel est vrai ?

- a) Les critères d'Ottawa pour la cheville ne peuvent être appliqués chez les enfants de moins de 12 ans.
- b) Les enfants sont plus susceptibles d'avoir une fracture du cartilage de croissance qu'une entorse.
- c) Le traitement de l'entorse de la cheville chez l'adolescent est habituellement l'immobilisation plâtrée.
- d) Une radiographie est essentielle chez tout enfant ayant un traumatisme de la cheville.

3 Parmi les énoncés suivants sur les lésions du genou chez l'enfant prépubère, lequel est vrai ?

- a) Touchent souvent les os
- b) Ne concernent jamais les ligaments
- c) Sont toujours bénignes
- d) Ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale

4 Parmi les énoncés suivants sur l'ostéochondrite disséquante du genou, lequel est vrai ?

- a) Touche le plus souvent le condyle fémoral externe
- b) Ne guérit jamais spontanément chez l'enfant plus jeune
- c) Doit être recherchée à l'examen physique avec le genou en extension complète
- d) Peut survenir sans traumatisme

5 Parmi les énoncés suivants sur la luxation de la rotule chez une adolescente de 15 ans, lequel est vrai ?

- a) La luxation est le plus souvent médiale.
- b) Un épanchement intra-articulaire est rarement présent dans ce contexte.
- c) Un examen d'IRM est utile, car les lésions chondrales et ostéochondrales passent souvent inaperçues sur les clichés radiographiques simples.
- d) Les lésions ostéochondrales surviennent au niveau de la rotule ou du condyle fémoral interne.

- e) La patella alta ne constitue pas un facteur de risque d'instabilité fémoropatellaire.

6 Votre patient de 13 ans, atteint d'obésité, présente une douleur à l'aine qui irradie au genou. Vous soupçonnez un glissement épiphysaire. Lequel des énoncés suivants sur les signes radiographiques spécifiques à rechercher sur les clichés simples est faux ?

- a) Bascule antérieure du col sur la tête fémorale.
- b) Ostéoporose du fémur proximal si le glissement est chronique.
- c) Ligne de Klein positive.
- d) Amincissement du cartilage de croissance du fémur proximal.
- e) Perte de hauteur de l'épiphyse fémorale proximale.

7 Dans les cas de spondylolyses aiguës (≤ 6 semaines depuis le début des symptômes), quel examen d'imagerie possède une bonne valeur prédictive négative et une bonne sensibilité ?

- a) La radiographie simple
- b) La radiographie en vue oblique
- c) La tomodynamométrie
- d) La scintigraphie osseuse
- e) L'imagerie par résonance magnétique

Les affections liées à l'activité physique en pédiatrie – Juin 2012

Sélectionnez une seule réponse pour chaque question. La FMOQ vous attribuera **trois heures** de crédits de catégorie 1 si vous obtenez une note **minimale de 60 %**, qui seront inscrits dans votre PADPC–FMOQ. **Répondez par la poste ou en ligne avant le 3 septembre 2012.**

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. a b c d e | 6. a b c d e |
| 2. a b c d e | 7. a b c d e |
| 3. a b c d e | 8. a b c d e |
| 4. a b c d e | 9. a b c d e |
| 5. a b c d e | 10. a b c d e |

Remplissez votre post-test en ligne au www.fmoq.org, en cliquant sur l'hyperlien **Identifiez-vous** en haut à gauche de l'écran et obtenez votre résultat immédiatement.

Cette activité sera automatiquement inscrite dans votre PADPC–FMOQ dès le lendemain.

Pour créer votre profil, cliquez sur **Inscrivez-vous** en haut à gauche de l'écran.

Téléchargez l'annexe 13 (approche réflexive) au www.fmoq.org

Mon article « coup de cœur » du mois est le numéro

Nom (en caractères d'imprimerie) _____

Numéro du permis d'exercice du CMQ _____

Vous pouvez répondre par la poste (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8), par télécopieur (514 878-2659) ou par courrier électronique (medque@fmoq.org).

découper et retourner

8 Concernant les fractures de l'anneau apophysaire, lequel des énoncés suivants est faux ?

- a) Elles surviennent à la suite de traumatismes aigus.
- b) Le niveau le plus touché est la vertèbre L2.
- c) Elles touchent les adolescents.
- d) Les symptômes apparaissent souvent soudainement.

- a) Après une nuit de repos, il pourra reprendre l'étape 4.
- b) Après une nuit de repos, il pourra refaire l'étape 3.
- c) Il doit demeurer au repos jusqu'à ce qu'il n'ait plus de symptômes, attendre ensuite 24 heures, puis refaire l'étape 3.
- d) Il doit cesser toute activité, y compris l'école et reprendre les étapes de retour au jeu depuis le début.

de nombreux symptômes cinq jours après son TCC. Que recommandez-vous aux parents ?

- a) Retrait de l'école et de toute activité sportive
- b) Repos physique, mais poursuite de l'école
- c) Repos jusqu'à la disparition des symptômes, reprise progressive des activités après 24 heures sans symptômes
- d) Orientation vers une ressource spécialisée, billet pour l'école et repos cognitif et physique jusqu'à la disparition des symptômes

9 Pierre-Luc vous appelle. Il a fait l'étape 4 du retour au jeu après un traumatisme craniocérébral (TCC) et ses céphalées ont repris. Que lui dites-vous ?

10 Vous évaluez un enfant de 9 ans qui présente encore

Réponses et références du post-test de mars 2012

Félicitations aux 1073 médecins qui ont obtenu trois heures de crédits de catégorie 1 en répondant au post-test de janvier 2012 !

1. **d.** Norgren I, Hiatt WR, Dormandy JA et coll. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Surg* 2007; 45 (suppl. S): S5-S67.
2. **d.** Creager MA, Belkin M, Bluth EI et coll. 2012 CF/AHA/ACR/SCAI/SIR/STS/SVM/SVN. Key Date Elements and Definitions for Peripheral Atherosclerosis Vascular Disease: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Standards (Writing Committee to Develop Clinical Data Standards for Peripheral Atherosclerosis Vascular Disease). *Circulation* 2012; 125 (2): 395-467 (publié en ligne le 5 décembre 2011).
3. **d.** Bell AD, Roussin A, Cartier R et coll. The use of antiplatelet therapy in the outpatient setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. *Can J Cardiol* 2011; 27 (suppl. A): S1-S59.
4. **d.** Abramson BL, Huckell V, Anand S et coll. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference: peripheral arterial disease – Executive summary. *Can J Cardiol* 2005; 21 (12): 997-1006.
5. **e.** Widmer L, Biland L. *Risk profile and occlusive peripheral arterial disease.* Proceedings of 13th International Congress of Angiology, Athènes; 1985: 28.
6. **b.** Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA et coll. Fowkes FGR on behalf of the TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Surg* 2007; 45 (suppl. S): S5-S67.
7. **d.** Johnston SC, Gress DR, Browner WS et coll. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *JAMA* 2000; 284 (22): 2901-6.
8. **c.** Johnston SC, Gress DR, Browner WS et coll. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *JAMA* 2000; 284 (22): 2901-6.
9. **c.** Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE et coll. The aneurysm detection and management study screening program: validation cohort and final results. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Investigators. *Arch Intern Med* 2000; 160 (10): 1425-30.
10. **a.** Chaikof EL, Brewster DC, Dalman RL et coll. The care of patients with an abdominal aortic aneurysm: The Society for Vascular Surgery practice guidelines. *J Vasc Surg* 2009; 50 (4): S2-S49.