

Master the Boards USMLE® Step 3 EIGHTH EDITION

by conard fischer, MD · Language: FR

Summary by booksummaryai.com —

<https://booksummaryai.com/country/fr/master-the-boards-usmle-step-3-eighth-edition-resume>

Summary

En 60 secondes

Cet ouvrage de révision pour la Step 3 est organisé selon la manière dont l'examen vous teste réellement : les Computer-based Case Simulations, où vous prescrivez des examens, traitez et faites avancer l'horloge en temps réel. La Partie 1 parcourt la médecine interne système par système, de la cardiologie et la pneumologie à la rhumatologie, l'hématologie et l'oncologie, chaque chapitre étant ancré par un cas classique. Obstétrique, pédiatrie, chirurgie et psychiatrie suivent le même schéma : une vignette, le diagnostic, la meilleure étape suivante. La section finale CCS donne les règles de fonctionnement des cas simulés, y compris quoi faire quand vous êtes bloqué et comment clore chaque cas.

Pourquoi le lire

La Step 3 récompense la capacité de décision, pas le savoir encyclopédique. Ce livre entraîne le réflexe que l'examen attend : reconnaître le schéma, choisir la meilleure étape suivante, faire avancer l'horloge. Il convient aux diplômés en médecine américains et internationaux préparant la Step 3, aux résidents révisant entre deux gardes, et à quiconque apprend mieux à partir de cas résolus que de listes à puces.

Les idées clés

Quand vous ne savez pas quoi faire, faites avancer l'horloge

Imaginez l'écran du CCS : un patient virtuel devant vous, une horloge qui tourne, une feuille d'ordres qui attend. Le cadre central du livre est exactement celui-ci — gérer le patient en temps réel, prescrire les bons examens, administrer les traitements, faire avancer l'horloge. La règle pour le moment de panique est imprimée noir sur blanc : « Si vous ne savez pas quoi faire, faites avancer l'horloge et réévaluez. » Et quand le patient obstinément ne s'améliore pas, la consigne passe de l'attente à la traque : « Si le patient ne va pas mieux, c'est que quelque chose vous échappe. Réexaminez-le, refaites l'imagerie ou demandez une consultation. » Le cas ne se termine que lorsque vous avez bouclé la boucle — un conseil sur le sevrage tabagique, l'alimentation et l'exercice à la fin de chaque cas.

Le CCS n'est pas tant un test de connaissances qu'un test de tempérament. Il récompense une boucle : agir, observer, réévaluer. Faire avancer l'horloge, ce n'est pas abandonner — c'est la façon d'acheter de l'information nouvelle, car le simulateur réagit au temps comme le font les vrais patients. Le corollaire compte tout autant : un patient qui ne s'améliore pas est un signal, pas une impasse, et le livre vous donne trois gestes concrets — réexaminer, refaire l'imagerie, consulter — avant que vous ne vous figiez. L'étape du conseil paraît une corvée jusqu'à ce que vous réalisiez que le simulateur la note : elle a donc sa place dans chaque cas, à chaque fois.

À essayer: Dans votre prochain cas d'entraînement au CCS, fixez-vous une règle personnelle : si vous hésitez plus d'un écran, faites avancer l'horloge et réévaluez au lieu de relire le menu des ordres.

Dix minutes qui décident de l'infarctus

Un homme de 65 ans arrive avec une douleur thoracique irradiant dans le bras gauche, des sueurs et des nausées. L'ECG montre un sus-décalage du segment ST dans les dérivations II, III et aVF — un STEMI inférieur. L'horloge est l'ennemie, et la règle du livre est sans détour : « Donnez de l'aspirine, de l'oxygène, des dérivés nitrés, de la morphine et des bêta-bloquants dans les 10 premières minutes », puis obtenez un ECG dans les 10 minutes suivant l'arrivée. Il reçoit de l'aspirine, du clopidogrel et de l'héparine, et part pour une angioplastie primaire dans les 90 minutes. Délai porte-ballon : 90 minutes. À l'examen, la bonne réponse est celle qui respecte l'horloge.

Dans le syndrome coronarien aigu, l'ordre de vos gestes est noté aussi strictement que les gestes eux-mêmes. Les dix premières minutes appartiennent à un protocole figé — antiagrégant, oxygène, dérivés nitrés, morphine, bêta-bloquant — car ces gestes modifient la mortalité avant tout résultat de laboratoire. L'ECG dans les dix minutes est ce qui transforme un cas vague de douleur thoracique en décision de salle de cathétérisme. Quand l'examen vous propose deux médicaments corrects, celui qui s'inscrit dans la fenêtre de temps est la meilleure réponse. La vitesse n'est pas un détail du cas ; elle est le cas.

À essayer: Écrivez le protocole des 10 premières minutes du SCA sur une fiche et récitez-le avant votre prochain bloc d'entraînement, jusqu'à ce que l'ordre devienne automatique.

La poitrine qui sonne comme un tambour

Un fumeur de 55 ans ne peut soudain plus respirer, et chaque inspiration s'accompagne d'une déchirure de douleur pleurétique dans la poitrine. À l'examen, le côté droit raconte tout : diminution des murmures respiratoires et hypersonorité — le thorax sonne creux, comme quand on tape sur un tambour. C'est un pneumothorax spontané, et la séquence thérapeutique est précise : exsufflation à l'aiguille au deuxième espace intercostal, ligne médio-claviculaire, puis drain thoracique. D'abord l'aiguille, ensuite le drain. Se tromper d'ordre, et le patient continue de se dégrader à l'écran.

Ce cas enseigne la reconnaissance des patterns par la seule examen physique — pas besoin de laboratoire ni d'imagerie pour agir. Une hypersonorité associée à des murmures respiratoires absents chez un fumeur en dyspnée soudaine est un diagnostic que vous posez avec votre stéthoscope et vos mains. Le traitement en deux temps existe parce que l'aiguille est rapide et le drain définitif ; l'exsufflation gagne des minutes, le drain thoracique maintient la correction. Les questions d'examen adorent vérifier si vous savez quelle étape vient en premier, alors gravez la séquence : deuxième espace intercostal, ligne médio-claviculaire, l'aiguille, puis le drain.

À essayer: Interrogez-vous ce soir : nommez le repère exact de l'exsufflation à l'aiguille sans le vérifier — espace, ligne, ordre.

Repas gras et signe de Murphy positif

Une femme de 45 ans se plie en deux sous des douleurs de l'hypochondre droit après des repas gras — le déclencheur classique. L'échographie apporte la confirmation : calculs biliaires et paroi vésiculaire épaissie. Quand l'examineur appuie sous le rebord costal droit et qu'elle bloque sa respiration en pleine inspiration, c'est un signe de Murphy positif. Le traitement est définitif et chirurgical : cholécystectomie par laparoscopie. Pas de danse thérapeutique médicale, pas d'attente — la vésicule sort.

La cholécystite fait partie de ces diagnostics où l'anamnèse vous tend pratiquement la réponse avant même les examens. Une douleur de l'hypochondre droit après un repas gras est la phrase-déclencheur ; les données échographiques et le signe de Murphy sont une confirmation, non une découverte. L'examen veut que vous reconnaissiez qu'une fois la paroi épaissie et les calculs présents, la meilleure étape suivante est la salle d'opération, et non un autre cycle d'imagerie ou un raisonnement « antibiotiques d'abord ». Apprenez ensemble la phrase-déclencheur et l'étape définitive.

À essayer: À votre prochaine séance d'entraînement, listez les trois constats qui font de la cholécystite un cas chirurgical : calculs, paroi épaissie, signe de Murphy.

Sodium à petits pas, ou le pont fond

Un homme de 70 ans atteint d'un cancer du poumon à petites cellules arrive confus, et son sodium sérique affiche 118 mEq/L. L'osmolalité urinaire est élevée, l'osmolalité sérique est basse — c'est le SIADH, et le traitement est la restriction hydrique à moins d'un litre par jour. Mais la règle la plus difficile du livre concerne le rythme : « Corriger le sodium à un rythme ne dépassant pas 0,5 mEq/L par heure, sans excéder 12 mEq/L en 24 heures, afin d'éviter la myélinolyse centropontine. » Corrigez le sodium trop vite et vous échangez une confusion traitable contre une lésion neurologique dévastatrice.

L'hyponatrémie est une double question d'examen en une : d'abord identifier la cause, ensuite contrôler la vitesse de correction. L'antécédent de cancer, plus une osmolalité urinaire élevée et une osmolalité sérique basse, pointent droit vers le SIADH, où la solution est contre-intuitivement conservatrice — restreindre les liquides, ne pas courir après le chiffre avec

du sérum salé agressif. Le plafond de correction existe parce que les cellules cérébrales s'adaptent au sodium bas sur plusieurs jours, et une correction rapide dépasse cette adaptation, provoquant une myélinolyse centropontine. À l'examen, une réponse qui corrige le sodium rapidement n'est pas un choix agressif ; c'est une réponse fausse.

À essayer: Mémorisez les deux chiffres par paire — 0,5 mEq/L par heure, 12 mEq/L par jour — et testez-vous sur les deux demain.

La rate en jeu : quatre semaines hors du terrain

Une femme de 25 ans présente fièvre, mal de gorge et adénopathies cervicales ; l'examen ajoute une splénomégalie et une pharyngite exsudative, et le Monospot revient positif. Mononucléose infectieuse due au VEB — et la consigne qui stupéfie chaque étudiant : éviter les sports de contact pendant 4 semaines en raison du risque de rupture splénique. Dans le même chapitre, un homme de 35 ans séropositif pour le VIH avec un taux de CD4 de 50 cellules/ μ L souffre de céphalées, de fièvre et de confusion ; le LCS montre une levure encapsulée à l'encre de Chine. Méningite cryptococcique, traitée par amphotéricine B plus flucytosine.

Les questions de maladies infectieuses au Step 3 reposent sur deux habitudes : associer l'organisme au groupe à risque, et savoir quelle consigne de prise en charge est la réponse. La mononucléose ressemble à un streptocoque jusqu'à ce que la splénomégalie et un Monospot positif les séparent, et la restriction d'activité n'est pas une note de bas de page — c'est l'étape suivante testée, car une rate augmentée de volume peut se rompre sous un coup. Le cas cryptococcique illustre l'autre habitude : un CD4 sous 100 change tout le diagnostic différentiel, et l'encre de Chine qui révèle une levure encapsulée nomme le champignon et l'induction à deux médicaments en un seul geste.

À essayer: Répétez l'association : CD4 inférieur à 100 plus céphalées et confusion signifie méningite cryptococcique jusqu'à preuve du contraire — écrivez-le là où vous étudiez.

Chaud, tremblante et le regard fixe : la maladie de Graves à l'écran

Une femme de 30 ans perd du poids malgré son appétit, ses mains tremblent, la chaleur la gêne et ses yeux saillent — exophtalmie. Les analyses scellent le diagnostic : TSH inférieure à 0,01 mUI/L avec une T4 libre élevée. Maladie de Graves, traitée par méthimazole et propranolol. L'autre urgence du même chapitre est l'acidocétose diabétique, régie par une règle de séquence : « Commencez par un bolus de sérum salé isotonique, puis démarrez la perfusion d'insuline à 0,1 unité/kg/heure. Quand la glycémie descend à 250 mg/dL, ajoutez du D5 aux liquides. N'interrompez jamais la perfusion d'insuline avant la fermeture du trou anionique. »

L'endocrinologie récompense celui qui sait quel chiffre commande la manœuvre suivante. Dans la maladie de Graves, la TSH effondrée avec une T4 libre élevée et les signes oculaires vous donnent le diagnostic et le plan à deux médicaments — le méthimazole pour ralentir la glande, le propranolol pour apaiser les symptômes. Dans l'acidocétose, le chiffre de la glycémie est un interrupteur : à 250 mg/dL, vous ajoutez du dextrose, non parce que le patient a besoin de sucre,

mais parce que vous devez maintenir l'insuline en marche. L'insuline se poursuit jusqu'à la fermeture du trou anionique, car ce sont les corps cétoniques, et non le glucose, qui définissent l'urgence. Les questions de séquence punissent quiconque arrête l'insuline trop tôt.

À essayer: Répétez à voix haute la séquence de l'acidocétose — sérum salé, insuline à 0,1 unité/kg/h, D5 à 250, insuline jusqu'à la fermeture du trou anionique — jusqu'à ce qu'elle se déroule sans notes.

Symétrique, raide pendant des heures, érosions à la radiographie

Une femme de 45 ans se réveille avec des douleurs bilatérales des genoux et une raideur matinale qui dure 2 heures avant qu'elle ne se délie. Le gonflement est symétrique, frappant les articulations MCP et IPP des deux mains. Le facteur rhumatoïde et les anti-CCP sont positifs ; les radiographies montrent des érosions. C'est la polyarthrite rhumatoïde, et le traitement nommé est le méthotrexate. Le cas est une liste de critères discriminants, chacun éloignant le diagnostic de l'arthrose pour le rapprocher d'une maladie articulaire auto-immune qui exige un DMARD, pas un antalgique.

Les questions de rhumatologie sont des exercices de discrimination : la durée de la raideur, la distribution articulaire et la symétrie font le tri. Une raideur matinale de plus d'une heure, la symétrie des petites articulations, des érosions à l'imagerie et des anti-CCP positifs rendent ensemble la polyarthrite rhumatoïde presque certaine. Le point thérapeutique est celui que les étudiants manquent : dès que les érosions apparaissent, vous ne gérez plus des symptômes — vous démarrez le méthotrexate pour modifier l'évolution de la maladie. Reconnaître le schéma tôt, c'est l'acte thérapeutique lui-même.

À essayer: Ce soir, comparez PR et arthrose en une liste à deux colonnes : durée de la raideur, articulations touchées, symétrie et médicament de première ligne.

Le pic M et les protéines dans les urines

Un homme de 65 ans est fatigué, le dos lui fait mal, et il enchaîne les infections. L'électrophorèse des protéines sériques montre un pic M ; la biopsie de moelle osseuse montre plus de 10 % de plasmocytes. Myélome multiple. Le signe associé que le livre signale : les protéines de Bence Jones dans les urines. Trois symptômes banals — fatigue, douleur dorsale, infections à répétition — s'avèrent être un seul désordre plasmocytaire portant trois masques, et les analyses convertissent la suspicion en diagnostic en deux étapes.

Le myélome multiple est le cas classique de la « personne âgée aux plaintes vagues », et l'examen attend de vous que vous l'assembliez à partir de fragments. L'anémie explique la fatigue, l'atteinte lytique explique la douleur dorsale, et l'abaissement des immunoglobulines normales explique les infections ; le pic M et la plasmocytose médullaire confirment. Les protéines de Bence Jones sont les chaînes légères libres qui se déversent dans les urines, un signe si étroitement lié au diagnostic qu'il apparaît comme la réponse « signe associé » dans les QCM. Quand un patient âgé présente trois problèmes qui semblent sans lien, pensez au

myélome et prescrivez l'électrophorèse.

À essayer: Ancrez la triade — fatigue, douleur dorsale, infections — au myélome en l'écrivant une fois sur une fiche mémo, avec le pic M à côté.

Petites cellules : jamais le bistouri, toujours les médicaments

Un fumeur de 60 ans crache du sang, perd du poids, et la radiographie thoracique révèle une masse pulmonaire. La biopsie conclut à un cancer du poumon à petites cellules. Le livre trace la ligne sans détour : « Le cancer du poumon à petites cellules n'est jamais traité par la chirurgie. Il l'est toujours par la chimiothérapie. » Une phrase, aucune exception offerte, et c'est exactement le genre d'absolu autour duquel l'examen construit une question.

Les questions de prise en charge du cancer du poumon se réduisent souvent à une seule bifurcation : petites cellules ou non à petites cellules. Le cancer à petites cellules s'est déjà disséminé au moment où on le découvre, si bien que réséquer la masse visible laisse derrière elle la maladie invisible — d'où la chimiothérapie, jamais la chirurgie. Le livre l'énonce comme un absolu parce qu'à l'examen il fonctionne comme tel ; une proposition de réponse offrant la résection pour un cancer à petites cellules est un piège déguisé en minutie. Identifiez d'abord le type cellulaire, et la décision thérapeutique se prend d'elle-même.

À essayer: Écrivez la phrase « petites cellules = chimio, jamais de chirurgie » en tête de vos notes d'oncologie et relisez-la avant chaque bloc d'exercices.

Décélérations tardives signifient accouchement

Une patiente de 28 ans, G1P0, à 16 semaines, passe un dépistage quadruple : alpha-fœtoprotéine basse, estriol bas, hCG élevée, inhibine A élevée. L'amniocentèse confirme la trisomie 21 — et le livre rattache le risque à l'âge maternel : à 35 ans, le risque est de 1 sur 270. Avancez le temps : une femme de 32 ans, G2P1, à 39 semaines, contractions toutes les 3 minutes, dilatation à 6 cm, col effacé à 100 %, tête fœtale à la station 0. Le tracé du rythme fœtal montre des décélérations tardives, et le livre est catégorique : « Les décélérations tardives signifient une insuffisance utéroplacentaire. Accouchez immédiatement. » Deux jours après un autre accouchement, une femme de 30 ans présente fièvre, sensibilité utérine et lochies fétides — une endométrite, traitée par clindamycine plus gentamicine.

L'obstétrique au Step 3 est une chaîne de paires schéma-puis-action. Le schéma du dépistage quadruple — AFP basse, estriol bas, hCG élevée, inhibine A élevée — pointe vers la trisomie 21, et l'âge maternel fixe le risque de départ avant tout test. Pendant le travail, le tracé fœtal est le moteur de la décision : les décélérations tardives nomment le problème — une insuffisance utéroplacentaire — et la conduite à tenir est l'accouchement, non l'observation. Une fièvre du post-partum avec sensibilité utérine et lochies fétides est une endométrite jusqu'à preuve du contraire, et la double couverture anaérobie et à Gram négatif par clindamycine plus gentamicine est la réponse standard.

À essayer: Dessinez de mémoire le schéma du dépistage quadruple — quatre directions, quatre hormones — puis vérifiez-le ce soir avec vos notes.

Un bébé bleu, une langue de fraise, et l'anévrisme qu'il faut prévenir

Un nouveau-né de 2 jours présente une bilirubine de 18 mg/dL. La mère est Rh négatif, le bébé Rh positif, et le test de Coombs direct est positif : maladie hémolytique du nouveau-né. Le traitement commence par la photothérapie, et si la bilirubine grimpe davantage, exsanguino-transfusion. Plus loin dans le chapitre, un enfant de 3 ans brûle de forte fièvre depuis 5 jours, les yeux injectés, la langue vive comme une fraise, avec une éruption qui desquame sur les mains et les pieds. Maladie de Kawasaki — traitée par IVIG et aspirine à forte dose pour prévenir les anévrismes des artères coronaires.

La pédiatrie enseigne la réflexion cause-d'abord : l'ictère à Coombs positif chez un nouveau-né en incompatibilité Rh est une hémolyse immune, si bien que l'échelle d'escalade — photothérapie, puis exsanguino-transfusion — suit la bilirubinémie, pas le calendrier. Kawasaki est le cas de type opposé, un diagnostic clinique sans test de confirmation, et c'est pourquoi la fièvre de cinq jours plus les signes muco-cutanés comptent tant. Le traitement est chronométré parce que la cible n'est ni l'éruption ni la fièvre : ce sont les artères coronaires. L'IVIG et l'aspirine à forte dose existent pour prévenir les anévrismes, et c'est ce cadrage préventif que l'examen teste.

À essayer: Dites à voix haute le déclencheur Kawasaki — cinq jours de fièvre plus langue en fraise — et notez les deux médicaments et leur objectif : la prévention des anévrismes.

Cœur étouffé, cou distendu, et l'aiguille qui le sauve

Un homme de 22 ans sort d'une collision de véhicule automobile avec une hypotension, des veines jugulaires distendues et des bruits du cœur étouffés. Ce trio est la triade de Beck, et il nomme le diagnostic : tamponnade cardiaque. Le traitement est la péricardiocentèse — une aiguille dans le sac, la pression retirée du cœur. Dans le chapitre sur l'abdomen aigu, un homme de 70 ans présente des douleurs, une distension et une constipation obstipée ; le scanner montre un point de transition avec un intestin dilaté en amont et affaissé en aval. Occlusion de l'intestin grêle, et la règle arrive avec un point d'exclamation : « Ne jamais administrer de baryum à un patient chez qui on suspecte une occlusion intestinale. Utilisez le Gastrografine. »

Les questions de traumatologie et d'abdomen aigu récompensent la reconnaissance du diagnostic physique avant la technologie. La triade de Beck est un diagnostic au lit du malade — trois signes que vous pouvez eliciter en quelques secondes — et le traitement est un geste, pas un bilan. Le cas d'occlusion enseigne la discipline d'imagerie : le point de transition au scanner fait le diagnostic, et le choix du contraste est un détail testé car le baryum est contre-indiqué en cas de perforation ou d'occlusion suspectée ; la Gastrografine, hydrosoluble, est l'agent sûr. Dans les questions de chirurgie, le mauvais contraste ou le geste retardé est la mauvaise réponse même quand le diagnostic est juste.

À essayer: Récitez la triade de Beck — hypotension, veines jugulaires distendues, bruits du cœur étouffés — et son geste, la péricardiocentèse, de mémoire.

Deux semaines de gris, aucune manie : choisissez l'ISRS selon les effets secondaires

Un homme de 40 ans présente 2 semaines d'humeur dépressive, d'anhédonie, d'insomnie et de perte de poids, sans antécédent de manie. Trouble dépressif majeur — et la philosophie de prescription du livre est d'une simplicité désarmante : « Tous les antidépresseurs sont également efficaces. Choisissez selon les effets secondaires. » Première intention : les ISRS comme la sertraline. Dans le chapitre sur la psychose, un homme de 22 ans croit que le FBI lit ses pensées et qu'elles sont diffusées à la télévision ; il entend des voix commenter ses actes. Sept mois de symptômes : schizophrénie, traitée par rispéridone ou un autre antipsychotique atypique.

Les questions de psychiatrie séparent les troubles de l'humeur de la psychose par la chronologie et le contenu. Deux semaines de symptômes dépressifs sans aucun épisode maniaque, c'est une dépression majeure, et le choix du traitement ne porte pas sur l'efficacité — l'efficacité est égale — donc le facteur décisif devient le profil d'effets secondaires, c'est pourquoi les ISRS dominent. Le cas de psychose montre le seuil diagnostique : l'insertion de la pensée, la diffusion de la pensée et les voix qui commentent sont des symptômes de premier rang, et sept mois franchissent la ligne de durée pour la schizophrénie. Les antipsychotiques atypiques comme la rispéridone sont le premier choix par défaut, et l'examen attend que vous le sachiez sans hésiter.

À essayer: Pour toute question sur un antidépresseur cette semaine, demandez-vous d'abord : y a-t-il un antécédent de manie ? Puis choisissez selon les effets secondaires, pas selon la familiarité de la marque.

Le cas de 10 minutes : douleur thoracique, salle de cathétérisme, et le conseil que vous oubliez presque

Le livre se clôt sur un cas CCS de 10 minutes entièrement traité : un homme de 55 ans avec une douleur thoracique sous-sternale écrasante. Vous commandez un ECG dans les 2 premières minutes — élévation du segment ST. Aspirine, clopidogrel, héparine, morphine. Vous avancez l'horloge et le patient part en salle de cathétérisme. Le cas ne s'arrête pas au ballonnet ; il s'arrête quand vous programmez un rendez-vous de suivi et conseillez sur le mode de vie. Ce dernier écran est là où des points disparaissent silencieusement pour les candidats mal préparés.

Cette démonstration est tout l'examen en miniature : reconnaître, commander, traiter, avancer et clôturer. Les deux premières minutes appartiennent à l'ECG car tout ce qui suit en dépend ; le faisceau de médicaments suit ; l'horloge déplace le patient vers les soins définitifs. Ce qui surprend les gens, c'est la fin — programmer le suivi et conseiller sur le mode de vie sont des étapes notées, pas de la décoration. Entraînez-vous à l'arc complet, y compris le dernier écran, car un cas cliniquement parfait qui saute la clôture perd quand même des points.

À essayer: Faites un CCS d'entraînement chronométré cette semaine et forcez-vous à terminer par la programmation du suivi et le conseil sur le mode de vie avant que l'horloge ne s'arrête.

Les meilleures citations

- "Si vous ne savez pas quoi faire, faites avancer l'horloge et réévaluez." - la règle CCS du livre
- "Donnez aspirine, oxygène, dérivés nitrés, morphine et bêtabloquants dans les 10 premières minutes." - la règle SCA du livre
- "Des décélérations tardives signifient une insuffisance utéroplacentaire. Accouchez immédiatement." - la règle d'obstétrique du livre
- "Ne donnez jamais de baryte à un patient chez qui on suspecte une occlusion intestinale. Utilisez du Gastrografin." - la règle de chirurgie du livre

Limites

Un format fondé sur les cas enseigne brillamment la reconnaissance des schémas mais laisse des lacunes si vous recherchez une physiopathologie ou une pharmacologie exhaustives ; il vous faudra encore un texte de référence pour les mécanismes. Les vignettes sont les archétypes classiques de l'examen, si bien que les patients réels qui se présentent de manière atypique dépasseront ce que couvrent ces pages. Les recommandations et les choix de médicaments vieillissent aussi vite — vérifiez les seuils actuels et les agents de première intention auprès de sources à jour avant le jour de l'examen. Et les chapitres CCS, si clairs soient-ils, ne peuvent remplacer la pratique réelle des simulations sur l'interface de l'examen.

En une phrase

Reconnaissez le schéma, prescrivez le bon examen, administrez le bon médicament, faites avancer l'horloge — et ne terminez jamais un cas sans avoir conseillé le patient.

Pour qui

Les diplômés en médecine américains et internationaux préparant l'USMLE Step 3, en particulier quiconque est anxieux à l'idée des simulations CCS. Également utile aux résidents souhaitant un rappel rapide et fondé sur des cas en médecine interne, obstétrique, pédiatrie, chirurgie et psychiatrie.