



**EPREUVE DE PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE**  
**DCEM1**  
**Session de mai 2015**

Durée de l'épreuve : 90 mn

Nombre de pages : 19

Nombre de questions : 60

**Recommandations à l'étudiant :**

Vous avez entre les mains l'épreuve de Cardiologie. Cette épreuve contient 60 questions. Chaque question est notée sur 1 point, la question rédactionnelle est notée sur 5 points.

Prenez le temps de lire attentivement l'énoncé puis répondez dans l'espace prévu à cet effet.

Notez bien que **les abréviations ne sont pas acceptées.**

N'oubliez pas de vérifier votre identité et le contenu du fascicule dans les 5 premières minutes de l'épreuve.

**Bon travail**

<b>Anatomo-pathologie</b>		
<b>Cardiologie</b>		
<b>Chirurgie Cardiovasculaire</b>		
<b>Pharmacologie</b>		
<b>Radiologie</b>		
<b>Total</b>		

## QCM

PARMI LES PROPOSITIONS SUIVANTES LAQUELLE (LESQUELLES) EST (SONT) JUSTE (S) ?

### Question N° 1

**Parmi les caractéristiques de la plaque d'athérome :**

- A. La localisation au niveau de l'aorte abdominale est la plus fréquente
- B. Histologiquement, la plaque d'athérome non compliquée comporte un centre occupé par une nécrose riche en cristaux de cholestérol et une chape fibreuse
- C. La plaque d'athérome peut disparaître sous l'effet du traitement
- D. La migration d'un fragment de la plaque d'athérome est responsable d'embolie pulmonaire
- E. L'hypercholestérolémie, le tabagisme et l'hypertension artérielle sont trois principaux facteurs de risque d'athérosclérose

Réponse : **A B E** .....

Q1

### Question N° 2

**Parmi les caractéristiques de la maladie d'Osler :**

- A. Elle constitue la principale forme des endocardites purulentes
- B. Elle est la conséquence de l'action directe de germes peu virulents
- C. Une anomalie cardiaque préexistante est rarement retrouvée
- D. Les lésions retrouvées histologiquement sont millimétriques
- E. Les complications graves sont rares

Réponse : ... **B D E** .....

Q2

### Question N° 3

**Concernant l'imagerie par résonance magnétique cardiaque**

- A. Le cœur et les vaisseaux peuvent être analysés sans injection intra-veineuse de produit de contraste
- B. Les artères coronaires sont bien étudiées
- C. L'étude du myocarde est meilleure qu'en tomodensitométrie
- D. Elle permet de bien visualiser les calcifications péricardiques
- E. Elle permet une étude fonctionnelle du cœur

Réponse : .....

Q3

Q4	<p><b>Question N°4</b></p> <p><b>L'angioscanner des artères pulmonaires</b></p> <p>A. Nécessite une hospitalisation de 24 heures</p> <p>B. Est contre-indiqué en cas de trouble de l'hémostase</p> <p>C. Peut montrer les signes indirects parenchymateux d'une embolie pulmonaire</p> <p>D. Est la technique d'imagerie à réaliser de première intention devant la suspicion d'une embolie pulmonaire</p> <p>E. Peut se compliquer d'une ischémie aiguë périphérique</p> <p>Réponse : .....</p>
Q5	<p><b>Question N°5</b></p> <p><b>La coronarographie est indiquée pour</b></p> <p>A. Explorer les cardiopathies ischémiques</p> <p>B. Surveiller une procédure de revascularisation coronaire percutanée</p> <p>C. Explorer une insuffisance cardiaque inaugurale stabilisée sans étiologie connue</p> <p>D. Etudier la viabilité myocardique</p> <p>E. Rechercher une anomalie coronaire congénitale</p> <p>Réponse : <b>A-B-C-E</b>.....</p>
Q6	<p><b>Question N°6</b></p> <p><b>Parmi les moyens thérapeutiques suivants, le(s)quel(s) est (sont) indiqués en urgence devant une dissection aiguë de l'aorte de type B non compliquée</b></p> <p>A. Antalgiques.</p> <p>B. Anticoagulants.</p> <p>C. Drainage thoracique.</p> <p>D. Traitement endovasculaire.</p> <p>E. Antihypertenseurs</p> <p>Réponse : .....</p>
Q7	<p><b>Question N°7</b></p> <p><b>Parmi les règles hygiéno-diététiques suivantes laquelle (lesquelles) préconisez-vous chez une patiente qui a des varices des membres inférieurs</b></p> <p>A. Lutter contre la surcharge pondérale</p> <p>B. Opter pour une contraception hormonale</p> <p>C. Encourager une activité physique régulière</p> <p>D. Eviter l'exposition aux sources de chaleur</p> <p>E. Conseiller la position déclive des membres</p> <p>Réponse : .....</p>

**Question N°8**

Q8

**La circulation extra-corporelle**

- A. Est facultative pour les interventions à cœur ouvert
- B. Permet l'assèchement des cavités cardiaques
- C. Nécessite une héparinothérapie à dose préventive.
- D. Ne permet pas la perfusion du cerveau pendant l'intervention
- E. Permet l'arrêt des contractions cardiaques

Réponse : .....

**Question N° 9**

Q9

**La neutralisation de la noradrénaline dans la fente synaptique se fait à 90% par :**

- A. Diffusion
- B. Transformation dans la fente synaptique par la Catéchol-O-Methyl-Transférase (COMT)
- C. Transformation dans la fente synaptique par la Mono-Amine-Oxydase (MAO)
- D. Transformation dans la fente synaptique par la tyrosine hydroxylase
- E. Recaptage par la terminaison nerveuse

Réponse : .....

**Question N°10**

Q10

**La spironolactone (Aldactone®) :**

- A. Est un diurétique proximal
- B. Peut provoquer une hyperuricémie modérée
- C. A un puissant pouvoir natriurétique
- D. Peut induire une gynécomastie
- E. Peut provoquer une hypercalcémie

Réponse : .....

**Question N° 11**

Q11

**L'isosorbide dinitrate (Risordan®) :**

- A. Est un inhibiteur calcique
- B. Provoque une vasodilatation artérielle à dose thérapeutique
- C. Augmente le débit coronaire
- D. Est bien résorbé par voie orale
- E. Ne subit pas d'effet de premier passage hépatique

Réponse : .....

Q12	<p><b>Question N° 12</b></p> <p><b>Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont indiqués dans le traitement de l'insuffisance cardiaque car ils</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Diminuent le débit cardiaque.</li> <li>B. Empêchent l'action néfaste de l'angiotensine sur le développement de la fibrose</li> <li>C. Inhibent l'ATPase Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> dépendante</li> <li>D. Améliorent la pré charge et la post charge</li> <li>E. allongent la survie par diminution des troubles du rythme.</li> </ul> <p>Réponse :.....</p>
Q13	<p><b>Question N°13</b></p> <p><b>La réduction de la pression artérielle par l'énalapril ( Rénitec®) est due à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Une diminution de la fréquence cardiaque</li> <li>B. Une vasodilatation</li> <li>C. Une augmentation du taux d'angiotensine II</li> <li>D. Un blocage de la sécrétion de rénine</li> <li>E. Une augmentation de la rétention de sodium</li> </ul> <p>Réponse :.....</p>
Q14	<p><b>Question N°14</b></p> <p><b>Parmi les antihypertenseurs suivants, quels sont ceux qui induisent une tachycardie réflexe :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Prazosine (Alpress LP®)</li> <li>B. Nifédipine (Adalate®)</li> <li>C. Clonidine (Catapressan®)</li> <li>D. Valsartan (Tareg®)</li> <li>E. Rapipril (Triatec®)</li> </ul> <p>Réponse :.....</p>
Q15	<p><b>Question N° 15</b></p> <p><b>Le bloc de branche gauche complet est caractérisé par</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Des complexes QRS de durée supérieure à 120 ms</li> <li>B. Un aspect QS en V5 V6</li> <li>C. Une déflexion intrinsécoïde supérieure à 60 ms en V5-V6</li> <li>D. Un axe QRS entre 90 et 180°</li> <li>E. Un intervalle PR court</li> </ul> <p>Réponse :A-C.....</p>

**Question N° 16**

**Dans la tamponnade péricardique nous trouvons**

- A. Une tachycardie
- B. Des râles crépitants
- C. Une pression artérielle élevée.
- D. Une turgescence des veines jugulaires
- E. Le pouls est peu perceptible en inspiration

Réponse : **A-D-E**.....

**Question N° 17**

**Parmi les propositions suivantes concernant l'angor stable laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s)**

- A. Un angor évoluant depuis moins d'une semaine
- B. Un angor mixte, d'effort et de repos
- C. Un angor de durée prolongée > 20 mn
- D. Un angor qui ne cède pas sous dérivé nitré administré par voie sublinguale
- E. L'ECG inter-critique peut être normal

Réponse : ...**E**.....

QROC

ECRIVEZ VOTRE REPONSE DANS L'ESPACE PREVU A CET EFFET

Q18	<p><b>Question N°18</b></p> <p><b>Citez deux types de péricardites aiguës et donner une étiologie pour chaque type</b> <u>séreuses</u> / Inflammation non bactérienne : Rhumatisme articulaire aigu, Lupu, sclérodermie, tumeur, Insuffisance rénale terminale, épanchement séreux début d'une infection bactérienne ou tuberculeuse, cause virale (coxsackie, influenzae...) suite à une infection des voies aériennes supérieures</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>fibrineuses et séro-fibrineuses</u>/ infarctus du myocarde, insuffisance rénale terminale , radiations ionisantes, Rhumatisme articulaire aigu, lupus, traumatismes, virus, bactéries (tuberculose myocardites, chirurgie cardiaque.</li><li>- <u>purulentes</u> / infection bactérienne, mycosique ou parasitaire.</li><li>- <u>hémorragiques</u> / tuberculose, tumeur (leucémie, mélanome, lymphomes, cancer du poumon, cancer du sein), post-chirurgie, rupture cardiaque.</li><li>- <u>caséuses</u> /Tuberculose</li></ul>
Q19	<p><b>Question N° 19</b></p> <p><b>Décrivez les aspects macroscopiques de l'infarctus du myocarde à une semaine</b></p> <p>la zone de l'infarctus est brun-jaunâtre, un peu déprimée, s'isolant peu à peu du myocarde sain séquestre).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Q20	<p><b>Question N°20</b></p> <p><b>Citez 4 complications d'une artériographie des membres inférieurs</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Q21	<p><b>Question N° 21</b></p> <p><b>Citez deux lésions anatomo-pathologiques constantes dans une dissection aigue de l'aorte</b></p> <p>Déchirure de l'intima</p> <p>Clivage de la média</p> <p>Faux chenal</p> <p>.....</p>

**Question N°22**

**citez trois complications de la thrombose veineuse profonde**

1 Embolie pulmonaire, 2 Récidive de la thrombose veineuse, 3 Extension de la thrombose veineuse, 4 Maladie post-phlébitique

Q22

**Question N°23**

**Citez trois étiologies du rétrécissement valvulaire aortique**

Monckeberg

Rhumatisme articulaire aigu

Congénital (dont bicuspidie)

Q23

**Question N°24**

**Citez deux anomalies échographiques qui peuvent être observées dans la cardiomyopathie hypertrophique sarcomérique en dehors de l'hypertrophie pariétale du ventricule gauche**

Anomalies mitrales, Insuffisance mitrale

Obstruction intra-VG

Atteinte de la fonction diastolique

Dilatation de l'oreillette gauche

Hypertrophie du VD.....

Q24

**Question N°25**

**Comment expliquez-vous sur le plan pharmacodynamique la contre-indication suivante du propranolol : « Phénomène de Raynaud et troubles artériels périphériques » ?**

.....  
.....  
.....  
.....

Q25

**Question N°26**

**Peut-on arrêter immédiatement, une hémorragie due à l'utilisation des anti-vitamines K en injectant par voie intramusculaire de la vitamine K ? Expliquez pourquoi.**

.....  
.....  
.....  
.....

Q26



Q27

**Question N°27**

**Quelle est la signification d'une dépression cupuliforme du segment ST à l'électrocardiogramme chez un patient traité par digoxine?**

.....  
.....  
.....  
.....

Q28

**Question N°28**

**Pourquoi faut-il un contrôle ophtalmologique régulier chez un patient traité par de l'amiodarone (Cordarone®)?**

.....  
.....  
.....  
.....

Q29

**Question N°29**

**Quel est l'effet de l'Atropine sur le muscle vésical et le sphincter de la vessie ?**

.....  
.....  
.....  
.....

## CAS CLINIQUES

### Cas clinique 1

Une femme de 34 ans, aux antécédents d'appendicectomie à l'âge de 20 ans, consulte les urgences pour une douleur du membre inférieur apparue de façon brutale et qui évolue depuis 2 jours. A l'examen clinique, le membre inférieur droit est pâle, cyanosé par endroit, froid et en équin. Une paralysie des orteils est notée. Le pouls fémoral est absent à droite, tous les pouls sont présents à gauche. La palpation du mollet est douloureuse. Le diagnostic d'ischémie aigue embolique du membre inférieur droit a été retenu.

#### Question N°30

**Sur quels arguments l'étiologie embolique a-elle été retenue ?**

Jeune âge, début brutal, absence de pouls du membre

.....  
.....

#### Question N° 31

**Quels sont les éléments cliniques de gravité dans cette observation ?**

membre en équin, paralysie des orteils, mollet douloureux

.....  
.....  
.....

#### Question N° 32

**Au niveau de quelle artère se situe l'embolie ?**

artère iliaque

.....  
.....

#### Question N° 33

**Quel traitement médical prescrivez-vous en urgence ? Quel est son intérêt ?**

Héparine

Intérêt éviter la récurrence et limiter l'extension de l'embolie

#### Question N° 34

**Quel traitement chirurgical préconisez-vous pour cette ischémie ?**

Embolectomie à la sonde Fogarty

.....  
.....

Q30

Q31

Q32

Q33

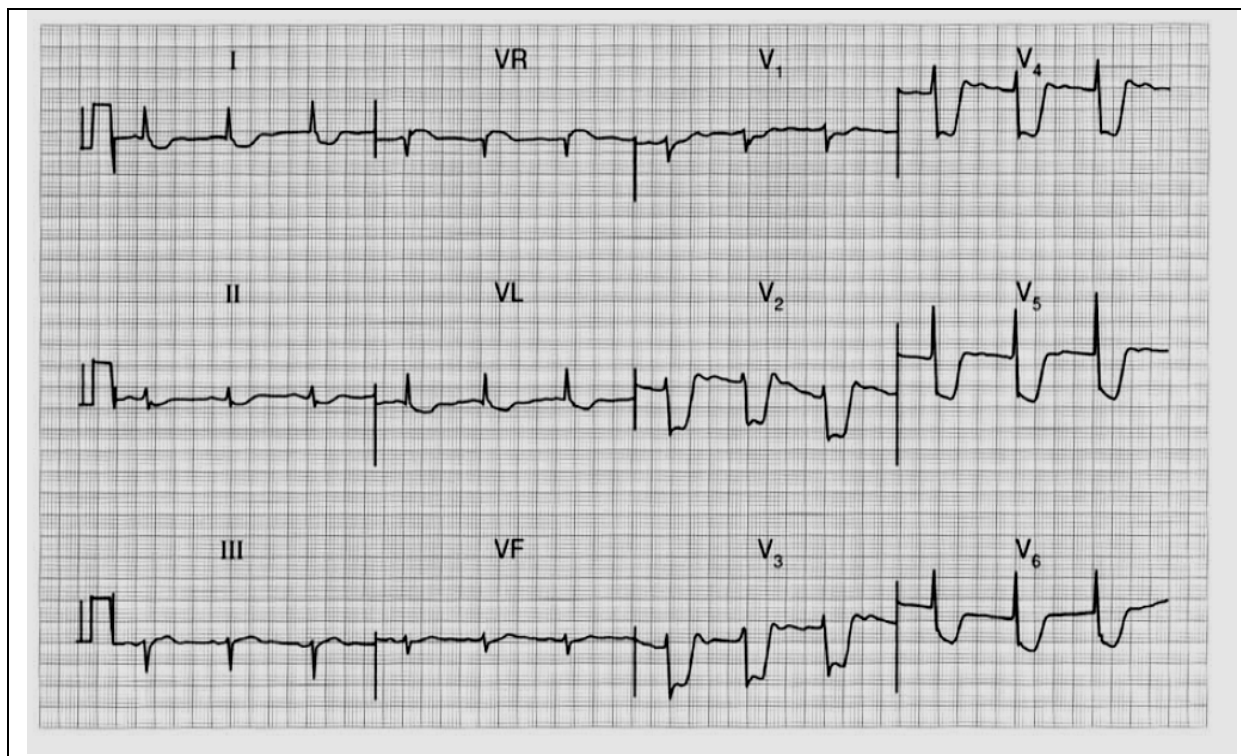
Q34

## Cas clinique 2

Un patient âgé de 63 ans hypertendu et diabétique consulte en urgence la nuit pour une douleur thoracique retro-sternale en barre ayant duré 10 minutes et ayant réveillé le patient de son sommeil avec plusieurs récives subintrantes après un premier soulagement.

La pression artérielle est à 185/100 mm de Hg, la fréquence cardiaque à 80 bpm, l'auscultation cardiaque et pulmonaire sont normales.

Voici un électrocardiogramme per-critique.



Q35

### Question N°35

**Quel est votre diagnostic ?**

Syndrome coronarien aigu sans élévation permanente du segment ST antérieur étendu

.....  
.....

Q36

Le bilan biologique réalisé montre: des troponines à 6 ng/l, une créatininémie élevée à 16 mg/l, et une glycémie à 11 mmol/l.

### Question N°36

**Relevez chez ce patient les paramètres de mauvais pronostic**

Diabète, Insuffisance rénale

Sous décalage ST / modification dynamiques de l'électrocardiogramme

Élévation des troponines.....

**Question N°37****Quelle est votre conduite à tenir en urgence**

Pour le traitement pharmacologique précisez les molécules (sans posologie)

Admission en unité de soins intensifs cardiologiques

Surveillance par monitoring non invasif notamment au SCOPE (rythme cardiaque, pression artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, fréquence respiratoire)

Défibrillateur fonctionnel à proximité

Traitement pharmacologique :

Acide acétyl salicylique, anti P2Y12 (clopidogrel), héparine non fractionnée ou enoxaparine, dinitrate d'isosorbide bêta bloqueurs, statines

**Question N°38****Dans quel délai envisagez-vous de réaliser une coronarographie ? justifiez votre réponse**

Urgente Moins de 24h

(récidive de douleur, modification dynamique de ST, scoree grace élevé, éléments de mauvais pronostic)

**Cas clinique 3**

Une patiente âgée de 68 ans, diabétique et hypertendue traitée par du ramipril (10mg/j), consulte pour des palpitations. A l'examen, la patiente est eupnéique, la pression artérielle est à 160/80 mm Hg, le rythme cardiaque est irrégulier et rapide et il n'y a pas de souffle cardiaque. L'auscultation pulmonaire est normale. L'électrocardiogramme aux urgences révèle une tachyarythmie par fibrillation auriculaire à 160 bpm. Une anticoagulation par l'héparine a été entamée.

**Question N°39****Quel traitement ralentisseur de la fréquence cardiaque proposez- vous ?**

Béta bloquant

Inhibiteur calcique bradycardisant, Digoxine,

Pour amiodarone ½ note

**Question N°40****Proposez un protocole de cardioversion pharmacologique.**

AMIODARONE : voie orale 30 mg/kg en dose unique

voie intraveineuse 5 à 7 mg / Kg/IV en 30 à 60 mn

FLECAINIDE: voie orale 200 à 300 mg en une prise

Voies intraveineuse 1.5 à 3 mg/Kg sur 10 minutes

Q37

sur  
2 points

Q38

Q39

Q40

Q41	<p><b>Question N°41</b></p> <p><b>Quelles sont les précautions à prendre avant la cardioversion pharmacologique?</b></p> <p>Verifier l'anticoagulation efficace</p> <p>Verifier la vacuite de l'auricule gauche a l'eto traitement de l'etiologie sous-jacente de la fibrillation auriculaire</p> <p>Verifier la kaliemie</p>
Q42	<p>la patiente a eu une cardioversion pharmacologique avec rétablissement du rythme sinusal. Elle a reçu des anti-vitamine K pendant 4 semaines.</p> <p>Pour un problème de gonarthrose elle vous demande d'arrêter les anti-vitamine K pour que son rhumatologue puisse lui prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens au long cours.</p> <p><b>Question N°42</b></p> <p><b>Quelle sera votre réponse ? Justifiez votre attitude.</b></p> <p>Non la patiente ne doit pas arrêter les anti-vitamine K qui doivent être pris a vie en raison du risque thromboembolique élevé (score de chadsvasc 4)</p>
<p><b><u>Cas clinique 4</u></b></p> <p>Un nourrisson de 6 semaines, totalement asymptomatique à la période néonatale, est amené en consultation pour une tachypnée. A l'examen, on note un souffle systolique irradiant en rayons de roue. Le diagnostic d'une communication interventriculaire en position pérимembraneuse responsable d'un shunt gauche-droite important est confirmé à l'échocardiographie.</p>	
Q43	<p><b>Question N°43</b></p> <p><b>Chez ce nourrisson ayant une communication interventriculaire, comment expliquez-vous l'absence de symptômes à la période néonatale ?</b></p> <p>A la période néonatale, les résistances pulmonaires sont élevées et s'opposant au shunt</p> <p>(Dès la chute des résistances pulmonaire Le shunt gauche-Droite massif s'établit entraînant une hypertension artérielle pulmonaire )</p>
Q44	<p><b>Question N°44</b></p> <p><b>En l'absence de réparation de la communication inter-ventriculaire. Citez deux complications auxquelles est exposé ce nourrisson au cours des 6 premiers mois de vie</b></p> <p>L'insuffisance cardio-respiratoire, L'endocardite d'Osler</p> <p>L'insuffisance aortique, Le développement d'une sténose infundibulaire</p>

Vous revoyez en consultations cet enfant à l'âge de 15 mois. Vous constatez la disparition du souffle systolique. Vous notez par ailleurs une cyanose des lèvres, un éclat de B2 au foyer pulmonaire et un signe de Harzer.

Q45

**Question N°45**

**Donnez une explication à cette évolution**

Communication interventriculaire type III/ Syndrome d'Eisenmenger/ fixation des résistances pulmonaires/ inversion du shunt.

.....  
**Cas clinique 5**

Mr AR âgé de 73 ans, tabagique, sans antécédent pathologique connu, consulte pour des céphalées. Le médecin objective une pression artérielle à 170/80 mmHg, conseille un régime désodé, prescrit un bilan sanguin et prévoit une nouvelle consultation. Trois semaines plus tard, le patient se présente de nouveau, il est alors asymptomatique. A l'examen, on note une TA à 165/80. Il n'y a pas de souffle cardiaque ni galop. Il existe un souffle carotidien gauche. L'électrocardiogramme est normal. Le bilan sanguin montre une glycémie à jeun à 1,02 g/l, une clairance de la créatinine normale à 95 ml/mn, une kaliémie à 4 mmol/l, une cholestérolémie à 2,3g/l, un HDL cholestérol à 0,26g/l, une triglycéridémie à 0,9 g/l et l'hémoglobine est à 13 g/dl.

**Question N°46**

**Retenez-vous le diagnostic d'hypertension artérielle chez ce patient ? Si oui quel est son type .**

oui car confirmée ) 2 occasions différentes.

HTA systolique isolée grade 2

Q46

.....  
**Question N°47**

**Par quoi complétez-vous le bilan de retentissement de l'hypertension chez ce patient ?**

Protéinurie (bandelette) EchoDoppler artériel des troncs supra-aortiques

Q47

Q48

**Question N°48**

**Quels sont les arguments en faveur d'un risque cardiovasculaire élevé chez ce patient**

Associaiton de 3 facteurs de risque : age, tabagisme , dyslipémie  
(retentissement vasculaire)

Souffle carotidien

Pression artérielle différentielle supérieure à 60 mmHg

.....

**Cas clinique 6**

Un homme, âgé de 75 ans, est hospitalisé en urgence au décours d'une syncope. À l'admission, le patient est parfaitement conscient. L'auscultation cardiaque révèle un souffle systolique râpeux au deuxième espace intercostal droit, irradiant vers les vaisseaux du cou avec abolition du 2e bruit. La pression artérielle est à 120/90 mmHg Le reste de l'examen clinique est sans particularité. L'électrocardiogramme à l'admission trouve un rythme régulier sinusal à 75bpm avec un bloc de branche gauche.

Q49

**Question N°49**

**Quelle valvulopathie suspectez-vous chez ce patient?**

Rétrécissement aortique

Q50

**Question N°50**

**Quels sont les arguments cliniques en faveur de la sévérité de cette valvulopathie ?**

Syncope-Abolition de B2 au foyer aortique

.....  
.....  
.....

Q51

**Question N°51**

**Quel examen paraclinique demandez-vous afin de confirmer votre diagnostic ?**

Echocardiographie Doppler

.....  
.....  
.....

Le patient est hospitalisé. Quelques heures après son admission, il présente une nouvelle syncope, avec un pouls lent régulier à 30 bpm.

Q52

**Question N°52**

**Quel est le mécanisme le plus probable de cette syncope ?**

Bloc auriculoventriculaire

.....  
.....

**Cas clinique 7**

Une patiente âgée de 40 ans sans antécédents pathologiques connus et asymptomatique, consulte dans le cadre d'une visite d'embauche. L'examen trouve : une pression artérielle à 125/80 mmHg, un rythme cardiaque régulier à 70/mn et un souffle systolique apexo-axillaire en jet de vapeur. L'électrocardiogramme montre un rythme régulier sinusal et un indice de Sokolow 40 mm. L'échocardiographie montre :

Des valves mitrales remaniées avec rétraction importante du feuillet postérieur et fusion de la commissure postérieure.

Des cordages mitraux fusionnés, raccourcis et calcifiés.

Une insuffisance mitrale grade 4

Une fraction d'éjection du ventricule gauche à 50%

Une pression artérielle pulmonaire systolique à 60 mmHg

**Question N°53**

**Quelle est l'étiologie la plus probable de cette valvulopathie ? Relevez dans l'énoncé les éléments en faveur de cette étiologie.**

Etiologie rhumatismale

Rétractions valvulaire et sous valvulaire et fusion commissurale

.....

**Question N°54**

**Dégager de l'observation les paramètres en faveur de la gravité de cette valvulopathie.**

- Indice de Sokolow à 40mm
- Insuffisance mitrale sévère grade IV
- Fraction d'éjection basse à 50%
- Hypertension artérielle pulmonaire à 60mmHg

.....

Q53

Q54



Q55

**Question N° 55**

**Une intervention chirurgicale a été indiquée chez cette patiente malgré l'absence de symptômes. Relevez dans l'observation les arguments justifiant cette décision**

Fraction d'éjection du ventricule gauche basse à 50% (dysfonction ventriculaire gauche

Hypertension artérielle pulmonaire à 60mmHg

.....  
.

Q56

**Question N°56**

**Quel geste chirurgical proposez-vous à cette patiente ? Justifier votre réponse**

Remplacement valvulaire mitral (par prothèse mécanique)

Remaniement important de l'appareil mitral (source d'échec de la plastie mitrale)

.....

**Cas Clinique 8**

Mr BS âgé de 61 ans, tabagique et diabétique, consulte pour douleurs thoraciques datant de 2 heures. Le médecin pose le diagnostic d'un syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST dans le territoire antérieur. Dans ses antécédents on note une cholécystite aigüe opérée il y a 2 semaines. Un transport par SAMU (service d'aide médicale urgente) a été assuré. Au cours du transport le patient a présenté une perte de connaissance, une pression artérielle imprenable avec, au scope, une tachycardie régulière à complexes larges battant à 200 bpm.

Q57

**Question N° 57**

**Quel est ce trouble du rythme ?**

Tachycardie ventriculaire

.....

Q58

**Question N° 58**

**Quelle sera votre prise en charge immédiate face à ce trouble du rythme ?**

**Justifiez votre réponse**

Cardioversion par choc électrique externe

Perte de connaissance, Pression artérielle imprenable

.....  
.....

Q59

### Question N°59

Après rétablissement du rythme sinusal patient a été transféré dans un service de Cardiologie. Un membre de l'équipe médicale de garde propose une thrombolyse. Etes-vous d'accord avec lui ? Justifiez votre réponse

La thrombolyse est contre-indiquée

Car chirurgie datant de moins de trois semaines

L'angioplastie primaire est indiquée car trouble du rythme grave

### Cas Clinique 9

Vous êtes de garde aux urgences, un médecin de famille vous adresse une patiente, âgée de 41 ans, pour suspicion d'embolie pulmonaire devant : une douleur basi-thoracique apparue depuis 24 h, une polypnée à 25 cycles par minute, une tachycardie à 90 bpm et une fièvre à 38°C. Au cabinet le médecin avait trouvé une pression artérielle à 100/60 mmHg.

Q60  
sur  
5 points

### Question N°60

Décrivez les étapes de votre démarche d'évaluation diagnostique.

**1- Evaluation de l'état hémodynamique** à l'arrivée (éliminer l'apparition d'éventuels signes d'état de choc ou d'hypotension artérielle inférieure à 90 mmHg de systolique)

**2- Mise en place de monitoring des paramètres vitaux** : fréquence respiratoire, pression artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène.

**3- Interrogatoire et examen physique à la recherche de terrain à risque :**

- **Un antécédent de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire** personnel ou familial
- **Une condition favorisante** : alitement, accouchement, grossesse, contraception orale ou hormonothérapie, maladie inflammatoire, maladie infectieuse, thrombophilie, cancer, chimiothérapie, hypertension artérielle, diabète, obésité, varices des membres inférieurs, voyage de longue durée..

**4- Recherche d'antécédents pathologiques, en particulier une pneumopathie ou une cardiopathie chronique** (rôle d'orientation diagnostique et d'évaluation du pronostic si EP)

**5- Recherche de symptômes et signes physiques de thrombose veineuse profonde et d'autres signes en faveur d'une embolie pulmonaire**

- ✓ Douleur unilatérale du mollet
- ✓ Œdème et tuméfaction unilatérale du mollet
- ✓ Signe de Homans
- ✓ Hémoptysie



