



RAPPORT DE STAGE

Stage Clinique: Stage Hospitalier 7 c_1

CSM

Niveau 1 : A

Niveau 2 : A1

Niveau 3 : M4-A1-3

Service D'affectation : Radiologie

Date debut de stage: 20-09-2021

Date fin de stage: 18-10-2021

Réalisé par : ABDELMOUTI Ibrahim

18-04-2022

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Introduction au scope, des constantes et la pose D'ECG		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : introduction au scope, les constantes et la pose d'ECG		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Le scope : Est un appareil qui permet de suivre et d'afficher en permanence des paramètres vitaux comme le rythme cardiaque, la tension artérielle, le taux d'oxygène dans le sang (SpO2) ou encore la température. Il est relié au patient par des électrodes. En cas de trouble du rythme par exemple, l'appareil déclenche une alarme visuelle et sonore.

Quand le faire?

- Ranimation
- Urgence
- Chez un polytraumatisé
- Bloc opératoire

Constantes : (Normal)

- Fréquence cardiaque : 60-80 BPM
- SpO2 : 96-100%
- Tension artérielle :
Pression artérielle systolique : 120 à 139 mmHg
Pression artérielle diastolique : 89 mmHg
- Fréquence respiratoire : 12 à 20 cycles/min
- Température : 37 °C

ECG :

- L'ECG standard comporte au minimum 12 dérivations, 6 dans le plan frontal (les dérivations des membres) : D1, D2, D3, aVR, aVL, aVF, et 6 dans le plan horizontal (les dérivations précordiales) : V1-V6.

Pour :

- Les dérivations précordiales :
V1 : 4^{ème} espace intercostal droit, au ras du sternum (attention ne pas compter l'espace entre la clavicule et la première cote comme un espace intercostal)
V2 : symétrique par rapport au sternum (4^{ème} espace intercostal gauche)
V3 : mi-distance entre V2 et V4
V4 : 5^{ème} espace intercostal gauche, sur la ligne médio-claviculaire

V5 : sur la ligne axillaire antérieure l'horizontale de V4

V6 : sur la ligne axillaire moyenne l'horizontale de V4.

- Les dérivations des membres sont placées la face interne des poignets et des chevilles.

- Quel est ce qu'un rythme sinusal ?

On dit qu'un ECG est sinusal :

Si chaque QRS est précédé d'une onde P

Chaque onde P est suivie d'un QRS

L'onde P est positive en DII

- Comment calculer le nombre de battements par minute ?

Rythme régulier : en divisant 300 par le nombre de grands carrs séparant 2 complexes QRS.

Rythme irrégulier : Il faut compter le nombre de complexes QRS pendant 6 secondes et de multiplier par 10

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Examen clinique en cardiologie		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : Examen clinique en cardiologie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Interrogatoire:

Motif de consultation:

- ☐ Douleur thoracique
- ☐ Dyspne (NYHA)
- ☐ Malaise et perte de connaissance
- ☐ Palpitations

Antecedents personnels:

- ☐ Rhumatisme articulaire aigu
- ☐ Affections pulmonaires
- ☐ Affections digestives (ulcere)
- ☐ Maladie rénale

Facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires:

- ☐ Age
- ☐ Sexe
- ☐ Hérité
- ☐ Tabac
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ HTA
- ☐ Diabète
- ☐ Obésité

Antecedents familiaux:

- ☐ Infarctus, angine de poitrine, mort subite
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Diabète
- ☐ Hypertension artérielle

Examen clinique:

Inspection:

- ☐ Respiration: dyspnée de repos
- ☐ Cyanose
- ☐ Lésions cutanées
- ☐ Hippocratisme digital
- ☐ Xanthome

- o Sub ictère conjonctival
- o Turgescence des veines jugulaires

Palpation:

- o Signe de Harzer: inspiration profonde, pouce enfonce sous le processus xyphoïde, Perception des battements du VD, dilatation du VD HVD
- o Reflux hépato-jugulaire: pression lente et progressive de l'hypochondre droit: distension jugulaire.
- o Frémissement ou thrill.

Auscultation:

- o L'examen se réalise dans le silence torse nu, prise simultanée du pouls radial, en décubitus dorsal, DLG, assis penché en avant, respiration bloquée, respiration douce.
- o Plusieurs foyers d'auscultation à savoir:
 - Mitral (5^e EIC G)
 - Tricuspidien (sous la xyphoïde)
 - Aortique (2^e EIC D)
 - Pulmonaire (2^e EIC G)

Les caractéristiques d'un souffle:

- o Son intensité
- o Son timbre
- o Sa chronologie
- o Son foyer maximum
- o Ses irradiations

Les souffles fonctionnels:

- o Mauvais fonctionnement du muscle cardiaque
- o Disparaît au repos
- o Souffle fonctionnelle d'IM fonctionnelle

Les souffles organiques:

- o Lésion des orifices valvulaires
- o Timbre franc
- o Associé à un frémissement
- o Surtout IM, RA, IAO

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : pose de l'ECG et interpretation		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : pose de l'ECG et interpretation		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		

Présentation

Il faut preparer le patient et lui expliquer puis le mettre en decubitus dorsal et mettre les ventouses dans les espaces correspondants :

- V1 = 4eme espace intercostal droit latero sternal
- V2= 4eme espace intercostale gauche latero sternal
- V3= entre V2 et V4
- V4= 5eme espace intercostal gauche ligne medio claviculaire
- V5= entre V4 et V6
- V6= meme hauteur que V4 ligne axillaire moyenne

Le patient doit etre aux repos stricts

S'assurer que l'appareil est bien calibre

Vitesse normale = 25 mm/min

Amplitude 10mm/mvolt

Si on diminue vitesse = on simule une tachycardie

Si on augmente la vitesse = on simule bradycardie

Il faut minimum 3 complexes QRS par derivations

Les ondes de l'ECG

Londe P : cest londe de depolarisation des oreillettes. Londe électrique poursuit son chemin jusqu'au nud auriculo-ventriculaire.

Sa durée < 0,10s, et son amplitude 2,5 mm maximal en DII et VI. Londe P sinusale est toujours négative en aVR et (+) en DI et DII.

L'espace PR ou espace PQ : L'intervalle PQ correspond au temps de conduction auriculo-ventriculaire (passage du sang des auricules vers les ventricules)

Sa durée est comprise entre 0,12 et 0,20s. Il diminue si la fréquence cardiaque augmente et augmente avec l'âge.

Le complexe QRS : cela correspond à la dépolarisation des ventricules et donc à la contraction des ventricules.

Londe Q : 1^{ère} déflexion (-) : activation septale.

Londe R : 1^{ère} déflexion (+) : activation pariétale ventriculaire.

Londe S : déflexion (-) qui suit londe R, activation basale ventriculaire. L'amplitude des QRS, elle se mesure entre les points le plus haut et le plus bas. Des fortes amplitudes (30 mm ou 3 mV) observent chez les sujets masculins, plutôt jeunes et sportifs, ou en cas de bloc de branche gauche et/ou hypertrophie ventriculaire.

Une tachycardie s'accompagne fréquemment d'une augmentation de l'amplitude des QRS.

Le segment ST : correspond au début de la repolarisation des ventricules, c'est la portion horizontale de la ligne de base, il n'y a pas de propagation électrique, le segment est alors isoelectrique. .

Londe T : cest londe de repolarisation des ventricules. Les myocytes ventriculaires se relâchent, afin de pouvoir se dépolariser à nouveau.

Londe T est positive en DI, DII, de v4 à v6 et négative en aVR.

Intervalle QT : cet intervalle correspond au temps de systole ventriculaire, c'est-à-dire de l'excitation des ventricules jusqu'à la fin de leur relaxation. Sa durée normale varie avec la FC.

Le rythme : sinusal et régulier

Rythme sinusal si onde P visible devant QRS de morphologie normale et constante avec

espace PR constant.

Les ondes P sont positives sur D2 et négatives sur AVR.

Chaque onde P doit être suivie d'un complexe QRS.

L'intervalle PR doit être égal ou supérieur à 0,12 sec.

La fréquence cardiaque :

- Quand on parle de FC on parle en fait de la fréquence ventriculaire.

- Elle se mesure donc : en comptant le nombre de complexes QRS par minute.
Soit on peut

utiliser une règle graduée, soit de manière plus approximative : 300nb de grands carrés séparant 2 complexes QRS.

L'axe du cœur :

Il faut chercher si le complexe QRS, des dérivations D1 et aVF est positif ou négatif, pour pouvoir déterminer si l'axe du cœur est normal ou dévié.

1. Si le complexe QRS est positif sur D1 et aVF, l'axe est normal.
2. Si il est négatif sur les deux dérivations, l'axe présente une déviation extrême.
3. Si il est négatif sur D1 mais positif sur aVF, l'axe est dévié

a droite.

4. Si est positif sur D1 mais négatif sur aVF, il faut évaluer la dérivation D2 :

4a. Si est positif sur D2, l'axe est normal.

4b. Si est négatif sur D2, l'axe est dévié à gauche.

Principales variations pathologiques de l'ECG :

Anomalies de la fréquence :

Bradycardie sinusale : rythme régulier et sinusale de fréquence $< 60/\text{min}$

Tachycardie sinusale : c'est un rythme régulier et sinusale de fréquence $> 100/\text{mn}$ chez l'adulte avec des complexes QRS fins.

Anomalies du rythme :

Rythme irrégulier : les espaces RR ne sont pas égaux.

Rythme irrégulier avec absence d'onde P (onde P remplacée par des ondes F de fibrillation) : c'est une arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Onde Q (1^{ère} négativité du complexe QRS) en rapport avec un infarctus à son début ou

une séquelle d'infarctus.

L'onde Q de nécrose apparaît généralement entre la 4^{ème} et la 6^{ème} heure, parfois plus

précocement. Elle est significative lorsque sa durée dépasse 4 centièmes de seconde et son amplitude plus de tiers de l'amplitude totale des complexes QRS

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : lecture ECG (suite)		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : lecture ECG (suite)		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Hyperrophie auriculaire gauche

Une HAG électrique est définie par une onde P sinusale allongée dont la durée est ≥ 120 ms (3 petits carreaux horizontaux ou 3 mm). L'onde P en DII est et souvent bifide avec une deuxième double bosse ≥ 40 ms [1]. Une déviation axiale gauche de la portion terminale de P (-30 - 90) est habituelle. Une onde P forte polarisée négative en V1 est fréquente (≥ 1 mm ou surface de P- > P+), mais parfois non diagnostique.

Une HAG se rencontre de façon typique au cours d'une valvulopathie mitrale (onde P mitrale), mais également au cours de l'évolution de la plupart des cardiopathies gauches (hypertension artérielle, rétrécissement aortique). Il peut aussi correspondre à un bloc inter-atrial.

Hypertrophie auriculaire droite:

Une hypertrophie ou dilatation de l'oreillette droite modifie les deux premiers tiers de la dépolarisation atriale.

Une HAD électrique est définie par une onde P sinusale ample en DII-DIII dont l'amplitude est $> 2,5$ mm (2,5 petits carreaux verticaux ou 0,25 mV). Une positivité initiale prominente de l'onde P en V1 ou V2 ($\geq 1,5$ mm ou 0,15 mV) indique aussi l'existence d'une HAD.

Ces critères d'amplitude de l'onde P sont peu sensibles pour détecter une HAD mesurée par échocardiographie. On doit également suspecter une HAD en cas d'amplitude moindre, en cas de signes associés comme une onde P pointue avec un axe de P dévié à droite (> 70 ou mieux vertical), un aspect qR en V1 ou des critères d'hypertrophie ventriculaire droite.

Une HAD se rencontre de façon typique au cours d'une dyspnée aiguë, d'un infarctus pulmonaire aigu ou d'un infarctus pulmonaire chronique. Pour cette raison, on parle parfois d'onde P pulmonaire. L'amplitude est parfois telle qu'on parle d'onde P gothique.

Une HAD peut se rencontrer également au cours de l'évolution de certaines cardiopathies gauches (rétrécissement mitral, insuffisance mitrale) ou d'une maladie pulmonaire.

Hypertrophie ventriculaire droite:

L'hypertrophie/dilatation du VD amplifie et prolonge les vecteurs de dépolarisation ventriculaire droite ce qui déplace l'axe du cœur (normalement orienté gauche, en bas et en arrière) vers la droite et en avant (développement antérieur droit) ou en arrière (développement

postérieur droit). Le diagnostic ECG repose essentiellement sur une déviation axiale droite des QRS et de l'onde P dans le plan frontal, une augmentation d'amplitude et de durée des ondes R en précordiales droites et/ou des ondes S en précordiales gauches.

Un bloc de branche droit atypique avec QRS amples ($RV1 > 15-20 \text{ mm}$), larges ($> 155 \text{ ms}$) ou fragments doit faire évoquer une HVD.

Hypertrophie ventriculaire gauche:

Augmentation de la masse musculaire du ventricule gauche (VG) qui se observe au cours de nombreuses pathologies : hypertension artérielle, valvulopathie, cardiomyopathie hypertrophique

L'hypertrophie peut être la résultante d'une augmentation de l'épaisseur du myocarde (HVG concentrique) ou de son diamètre (HVG excentrique).

L'aspect ECG du remodelage ventriculaire est extrêmement varié:

- * L'amplitude des complexes QRS peut être ample (hypervolt) dans les dérivations qui explorent bien le ventricule gauche. Les ondes R sont amples en V5-V6 et/ou DI-VL avec l'inverse des ondes R rabotées et des ondes S amples en V1-V2(V3-V4) ou DIII-VF.
- * La durée des complexes QRS peut être allongée avec des QRS larges (110-120 ms) voire larges (120 ms) avec un retard à l'inscription de l'onde R en V6 (retard à la déflection intrinsèque) mimant un bloc de branche gauche.
- * L'axe des QRS peut être dévié vers la gauche avec parfois un bloc fasciculaire antérieur gauche (l'rotation ou rotation horaire sur l'axe longitudinal avec l'axe du cœur entre 0 et -90). La zone de transition des QRS en précordiales peut être déviée vers la gauche.
- * Des anomalies de repolarisation ventriculaire sont généralement associées aux anomalies précédentes. Elles sont parfois les seules témoins d'une HVG sévère.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Syndrome coronarien aigu avec sus decalage du segment ST IDENTIFIANT PATIENT : INTITULE DOSSIER : syndrome coronarien aigu avec sus decalage du segment ST		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim Etablissement : Faculté de Médecine Générale Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

L'ECG doit être réalisé dans les **10 mn** après le premier contact médical.

L'ECG objective un sus-décalage du segment ST d'au moins 0,1 mV dans les dérivation frontales (D1, D2, D3, aVL et aVF), précordiales gauches (V4 à V6) ou postérieures (V7, V8, V9) et d'au moins 0,2 mV dans les dérivation précordiales droites (V1 à V3), dans au moins deux dérivation contigues d'un territoire coronaire.

La troponine, le marqueur de référence, a peu d'impact sur la décision rapide de reperfusion (ne doit pas intervenir dans la décision thérapeutique dans les formes typiques)

on distingue trois formes de SCA, qui représentent trois degrés d'urgence et de prise en charge:

- **Angor instable**

Le vaisseau reste ouvert malgré la déchirure de la plaque athérosclérotique

- **Infarctus sans sus-décalage du segment ST/l'ECG (NON STEMI)**

Occlusion partielle de vaisseau avec le sang qui continue de circuler. Les dommages causés au muscle cardiaque sont limités.

- **Infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST/l'ECG (STEMI)**

C'est la forme la plus grave du syndrome coronarien aigu. Il y a une occlusion complète du vaisseau avec un risque de dommage irréversible sur le muscle cardiaque. Dans ce cas, une intervention d'urgence s'impose car le muscle cardiaque ne peut pas vivre sans apport d'oxygène plus de 12 heures (plus l'intervention est précoce, meilleurs sont les résultats). Le patient doit alors être transporté en urgence dans un centre spécialisé de cardiologie interventionnelle afin que l'artère bouchée soit débouchée à l'aide d'un ballonnet et de stent par un cardiologue spécialiste.

Diagnostic:

ECG en série

Marqueurs cardiaques sériques

Coronarographie immédiate (sauf si des fibrinolytiques sont administrés) en cas de STEMI ou de complications (p. ex., douleur thoracique persistante, hypotension, élévation nette des marqueurs cardiaques, troubles du rythme instables)

Coronarographie semi-urgente (24-48 heures) en cas d'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST ou d'angor instable sans complications

.)

L'évaluation commence par un ECG initial et en série et des mesures en série des marqueurs cardiaques afin de pouvoir distinguer l'angine instable, l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI), et l'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI). Cette distinction représente la clé de l'arbre décisionnel, car la fibrinolyse, bénéfique en cas d'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI), pourrait augmenter les risques en cas d'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI) et en cas d'angor instable. De plus, le cathétérisme cardiaque en urgence est indiqué en cas d'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI) mais pas généralement dans l'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI).

ECG

L'ECG est l'examen le plus important et doit être effectué dans les 10 min qui suivent l'arrivée du patient aux urgences.

Dans le STEMI, l'ECG initial est généralement diagnostique et montre une élévation du segment ST ≥ 1 mm dans 2 ou plus de dérivations contigües sous-tendant la zone lésée.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Interpretation ECG partie 2		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : interpretation ECG partie 2		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Ecg interpretation 2

*Troubles de conduction

- +bloc sinoatrial = dysf sinusal
- +BAV (1 ,2 (mobitz 1 et 2), 3 complet)
- +Bloc de Branche drt ou gche

BAV:

- 1er degrs = allong mais cst
- Mobitz1= PR allong et pas constant , augmente progressivement jusqu'une onde P bloquée (pas suivie d'un QRS)
- Mobitz2 = PR constant + ondes P bloquées de façon inopine
- BAV 3eme degr = dissociation
- => mobitz 2 et dissociation = blocage haut degré : implantation pacemaker

PS : si un patient vient pour syncope ou pour des hyper-hypotension = bAV (bradycardie suspicion bAV)

BB:

- Qrs large >0,12s
- Voir en V1 : Si (+) bbd si (-)bbg
- Si spike qrs large aspect de bb: présence de pace maker

Extrasystole:

- Excitation prématurée
- >Ventricule : qrs larges et différents(aspect de bb) voir si retard drt ou gche
- >Oreillette : qrs normal mais précoce RR irréguliers
- Après extrasystole le cœur va se reposer

PS: -Si qrs fin excitation supra ventriculaire , Si large elle est ventriculaire ou suprav avec bb.

- Tachycardie V : qrs fin suprav , mais si qrs large donc bb

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cas clinique ECG		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : cas clinique ECG		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

CAS CLINIQUES :

De garde aux urgences, vous recevez en consultation un homme de 76 ans, adressé par son médecin traitant pour douleurs thoraciques. Il a pour antécédents une insuffisance rénale chronique monoculaire droite par néphropathie diabétique proliférante traitée il y a 1 an, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une cholecystectomie il y a 2 ans. Il est néanmoins en

bonne santé

bon état général, autonome à domicile

(bien)

Ses traitements sont : Kardegic 75 mg/j, Glucophage, Tahor 20, Ramipril, Un alpha, et des injections d'EPO régulières.

Vingtait

Depuis la veille au soir, il est essoufflé. Cette nuit, il a fait plusieurs épisodes de douleur épigastrique, avec sensation de crampe de la mâchoire. Ce matin, devant un nouvel épisode de douleurs oppressantes, son épouse l'a amené aux urgences. La douleur a cessé lorsque vous

avez vu le patient.

Votre examen initial ne retrouve pas de signe de choc, d'insuffisance cardiaque ou de détresse respiratoire.

L'ECG est le suivant. Les dérivations postérieures sont sans particularité.

1. Quel est le risque cardiovasculaire de ce patient ?

HTA, âge, diabète

2. Interprétez l'ECG. Quel est votre diagnostic ?

Rythme sinusal

Rythme régulier

Axe du cœur normal

3. Raliserez-vous une coronarographie en urgence ? Pourquoi ?

Oui car le patient a un antécédent de cécité monoculaire droite

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : Cas clinique ECG deuxieme partie		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : cas clinique ECG 2e partie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Cas clinique ECG 2^e partie:

4- Bilan paraclinique :

- Biologique: Troponine- ,B-NP - NFS - ionogramme

- Glycmie, bilan lipidique a jeun et H.glyque

- Radiologique : Radiographie du thorax , Echographie trans-thoracique, coronarographie (aprs préparation du malade.)

5- Prise en charge thérapeutique :

- Anti-agrgeants: aspirine , clopidogrel (dose de charge)
- Anticoagulant : H. non fractionner
- Btabloquants, statine , Inhibiteurs a pompe a protons
- Surveillance
- Revascularisation selon rsultats coronarographie

6- Bilan propratoire :

-Biologie : Numération de la formule sanguine , bilan de coagulation, CRP , srologie

-Radiologique : Radiographie du thorax , echo Doppler tronc supra aortique, echo-coeur

7- Diagnostic suspect:

Dtresse respiratoire aigu secondaire dun OAP par surcharge
ilinsuffisance rnale aigu organique anurique par ncrose
tubulaire aigu secondairelinjection dun produit de contraste
sur terrain d insuffisance rnale chronique .

8- Interprtation radiographie :

Syndrome interstitiel avec cardiomgalie

9- Prise en charge:

- Transfert en réanimation
- Masque haute concentration ou Ventilation non invasive
- Voie veineuse périphérique
- Vasodilatateur
- Dialyse

OAP

- Signes de gravité :

choc cardiogique

cyanose marquée ou résistante à l'oxygène ;

impossibilité de parler ;

bradypnée, tirage, silence auscultatoire, absence d'orthopnée ;

signes cliniques d'hypercapnie (hypertension artérielle, sueurs) ;

troubles de la conscience, agitation anxieuse ;

gaz du sang : saturation artérielle de l'hémoglobine en oxygène (SaO₂) inférieure à 85 %, PaCO₂ supérieure à 42 mmHg.

- Examens complémentaires :

BNP

NFS

Ionogramme

Troponine

Gazométrie artérielle

Rx du thorax

ECG

ETT

Bilan rénal

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : l'arret cardio respiratoire		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : l'arret cardio respiratoire		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		
Présentation			

Pronostic de l'ACC dépend de la durée de l'anoxie cérébrale

Après 4 minutes, plus de 50% des cellules cérébrales sont mortes entraînant des séquelles graves et irréversibles : patients morts-vivants, légumes :

Aucun contact avec l'extérieur (semaines, mois voire années)

Après 89 minutes, la totalité des cellules cérébrales sont mortes = définition de la mort

L'arrêt cardio circulatoire :

Arrêt cardio-**circulatoire**:

Le cœur peut battre mais

de manière anarchique et

inefficace avec

interruption de la circulation

Diagnostic de l'arrêt cardio circulatoire:

Perte de connaissance brutale et active

Disparition du pouls carotidien ou fémoral

Absence de mouvements respiratoires ou d'agissements

La chaîne de survie:

Complicue lorsque le secouriste est seul :

Le pronostic dépend de la rapidité de mise en œuvre de
la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base

Commencer par quoi : Alerter ou démarrer la RCP?

Alerter par le cellulaire, mettre le haut parleur

Démarrer la RCP

Plus efficace lorsque plusieurs :

Un (le secouriste) démarre immédiatement la RCP

L'autre appelle les secours

La réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base

Dans cet ordre :

Massage cardiaque externe : en 1er+++

Librer les voies ariennes

Ventiler

Initialement : A B C (AirwayBreathing Circulation)

Actuellement : C A B

Realisation du massage cardiaque externe:

Ncessit dun MCE de qualit +++

Patient surledos sur un plan dur

Talonde la paume mains aumilieudu thorax entre les2
mamelonsou 1/3infrieur du sternum

Sternum dprim : 5-6cm

100120 compression par min.

Epaulesla verticale duthorax

Bras tendus

Poidsdu corpssurles mains

Tempsde compression = temps de relaxation

Relaxation totale aprs compression : ne pas appuyer entre 2 compressions (diastole)

Minimum d'interruptions entre les compressions (insufflations, DEA)

Efficacit : perception du pouls (2epersonne)

Position du secouriste : debout ou sur les genoux

Permet de mettre le poids du corps sur les mains

Realisation de la ventilation:

Librer les voies ariennes suprieures

La respiration nest possibleque si les voies ariennesne
sont pas obstrues et permettent lepassage de lair de
la bouche aux poumons

Extension de la tte :

A ne pas faire si traumatisme (AVP par exemple)

Aggravation dune lsion du rachis cervical

Tirer vers le haut et lavant sur

la mchoire infrieure

Utilise si suspicion de lsion

traumatique du rachis

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : chariot d'urgence		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : chariot d'urgence		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	GESTE TECHNIQUE		
Présentation			

le chariot durgence:

le chariot durgence s;incrit dans les 4 maillots de la chaine de survie:

lalerte precoce

la reanimation cardio pulmonaire

la defibrillation

la reanimation specialise

Il presente 2 rangements:

v le rangement externe:

defibrillateur

potence

scope

seringue auto pousseuse

planche pour le massage cardiaque

Aspirateur de mucosits

v le rangement interne:

le contenu est bas sur 4 axes:

materiel pour liberer les voies aeriennes et ventiller

materiel pour poser voie
veineuse/injection/prelevement

medicaments de lurgence

besoins divers

Le rangement se fait selon 2 possibilits:

v le systme americain:

airway

breathing

circulation

drugs

ECG

v Le systme francais:

code couleurs:

Bleu=ventilation

Rouge=circulation et drogues

Jaune ou blanc= soluts

orange=enfants

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : jeu de role RCP		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : jeu de role RCP		Formation : Médecine Générale	

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Patient ag de 59ans, motif douleur thoracique

- Interrogatoire:

Douleur (Dbut - Intensit - Sige - Irradiation)

Prise de mdicaments

1- Monitoring (Scope - Electrodes ...)

-> Analyser le rythme cardiaque - Frquence respiratoire - Saturation en O2

- Dans le cas d'un dsaturation il est impratif que le patient porte un masque

2- VVP (Administration de mdicaments - Bilan)

3- Commencer la RCP dans le cas d'un ACR

-> Plan solide

-> Dcubitus dorsal

4- Le patient doit tre transporter en ranimation pour prvenir une hypothermie, une hypo/hypertension, hypoglycmie ...

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : jeu de role RCP		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INITITULE DOSSIER : jeu de role RCP		Formation : Médecine Générale	

CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Un patient de 59 ans, ayant comme antcdent une cardiopathie sous traitement, se prsentant aux urgences pour douleurs thoraciques aiguës (depuis 40 min), rtro sternales irradiant vers lpaule gauche, ne cdant pasla trinitrine.

A ladmission : patient dyspnique, trs agit, avec sueurs profuses

CAT

Monitoring + vvp

Le patient entre en tachycardie avec arythmie on commence la RCP : Massage cardiaque (30 compression avec 2 insufflations)

Le patient entre en asystolie. On continue le massage cardiaque avec injection d1 mg dadrnaline en IV

RCP pendant 2 min puis on rvalue ltat du patient

RCP avec une autre injection dadrnaline 1mg en IV

Aprs 2minla rvaluation de ltat on obtient une FA donc on choque le patient200j avec injection damiodarone 300mg.

Le patient est rcupr et on le transfere a la ranimation

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : CAT devant un souffle cardiaque		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : CAT devant un souffke cardiaque		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		
Présentation			

Cas clinique: CAT devant un souffle cardiaque

Mr. Abdellah, un homme de 74 ans, habitant Rabat, retraité de la fonction publique, se présente en consultation pour une dyspnée. Il est suivi pour une hypertension artérielle depuis 10 ans sous Tanzaar 50 mg, et il est également sous Crestor 10 mg depuis 6 mois. Il est connu porteur d'une CMI depuis 6 mois, découverte lors d'une hospitalisation pour STEMI traité par 2 stents actifs sur IIVA moyenne et la CD, compliqué par un BAV complet dont la nécessité d'une mise en place d'un Pacemaker double chambre. Il a été hospitalisé également en 2008 pour une chirurgie proctologique, et en 2016 pour une résection prostatique.

Question 1: Quels sont les FDRCV que présente ce patient? Évaluez le risque Cardio-vasculaire chez lui.

Question 2: Quelle est la relation entre un BAV et un STEMI?

L'examen clinique trouve un patient conscient, GCS15, ne supportant pas le décubitus dorsal, T 37.9, TA88/66, FC66, SpO299%, Igrément polypnique. Il a un poids de 58 Kg et une taille de 176 cm. L'auscultation cardiaque trouve un B2 aboli au foyer aortique avec présence d'un souffle systoliquejectionnel 3/6. L'auscultation pleuropulmonaire trouve des râles crépitants bilatéraux mi-champ. Le patient présente également des OMI arrivant aux genoux, et une sensibilité de l'hypochondre droit.

Question 3: Rédigez une conclusion clinique de l'état de ce malade.

Question 4: Quels sont les diagnostics les plus probables?

Question 5: Quelle est votre CAT diagnostiques?

Des examens complémentaires de 1^{re} intention sont réalisés.

Question 6: Interprétez ces examens.

Réponse aux questions:

Bilans biologiques
ECG

Radiographie du thorax

Echographie trans-thoracique

Quelle est votre CAT diagnostiques?

Patient de 74 ans, hypertendu depuis 10 ans, dyslipidémique, ayant fait un STEMI stent sur IIVA en février 2021 compliqué de BAV complet nécessitant la pose d'un PM double chambre, présente depuis 7 mois une dyspnée stade III compliquée il y a 3 mois d'une ICG pour laquelle il a été hospitalisé. Il présente depuis 1 mois maintenant une dyspnée stade IV avec orthopnée. L'examen clinique retrouve un souffle de rétrécissement aortique avec un tableau d'insuffisance cardiaque globale.

Rédigez une conclusion clinique de l'état de ce malade.

Pas de tabagisme, pas de diabète, pas de coronaropathie familiale - Dyslipidémie connue depuis février 2021 sous Crestor 10 mg - HTA depuis 10 ans sous Tanzaar 50 traitement arrêté en février 2021. - Âge et sexe

Quels sont les FDRCV que présente ce patient ? Évaluez le risque Cardio-vasculaire chez lui.

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : cas clinique pericardite		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : cas clinique pericardite		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

Cas clinique :

Un homme de 35 ans sans antcdent consulte aux urgences pour douleur thoracique voluant depuis 3 jours, permanente. Il s'agit du 1er pisode de ce type.

Question 1: Quels lments de l'interrogatoire pourraient vous orienter vers un infarctus du myocarde ?

Reponse question 1:

Douleur angineuse ou pas, retrosternale ?
HTA, diabte, dyslipidemie

Question2: Quel bilan prescrivez-vous?

Reponse question 2:

Biologie:

Ionogramme sanguin, ure et cratinine

NFS. Plaquettes

Troponine (2). CPK

BHC

Radio pulmonaire face et profil

ECG de repos

Echographie cardiaque trans-thoracique

D Dimres

CRP

Question 3 : Interprtez son ECG. Quel est votre diagnostic?

Reponse question 3 :

Rythme sinusal et rgulier100/mn

Axe dvigauche

Ondes P normales

Sous dcalage de PQ diffus (4)

Sus dcalage de STconcavit suprieure (1)
Diffus, sans miroir (4)
Lger micro voltage (+)
Pricardite aigu (+)

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

Prise En Charge

INFORMATIONS PATIENT		INFORMATIONS ETUDIANT	
PATIENT : casnclinique cardiologie		Etudiant : ABDELMOUTI Ibrahim	
IDENTIFIANT PATIENT :		Etablissement : Faculté de Médecine Générale	
INTITULE DOSSIER : cas clinique cardiologie		Formation : Médecine Générale	
CATEGORIE		ENCADRANTS	STATUT
RUBRIQUE :	Simulation		
TYPE :	JEU DE ROLE		

Présentation

.Une patiente de 67 ans est hospitalisée dans votre service, adressée par son médecin traitant pour fièvre et altération de l'état général. Elle a pour antécédents une hypertension artérielle, un prolapsus valvulaire mitral (découvert fortuitement lors d'une échocardiographie dans le cadre du bilan d'HTA, avec fuite mitrale minime, sans retentissement sur la fonction cardiaque; non suivie depuis plusieurs années), une diverticulite sigmoïdienne traitée par antibiothérapie 3 mois auparavant. Elle est traitée par Ramipril 5 mg le matin. Depuis 23 semaines, la patiente se plaint d'une asthénie importante avec dyspnée. Elle a consulté 2 reprises son médecin traitant, qui a retrouvé une température à 37,9 il y a 15 jours puis 38,3 ce jour, sans foyer infectieux clinique évident. Inquiet par une modification de l'auscultation cardiaque, il vous a adressé la patiente.

Votre examen clinique retrouve : température 38,4°C, fréquence cardiaque 112/min, fréquence respiratoire 13/min, pression artérielle 112/67 mmHg, SpO2 94% en air ambiant. Il n'y a pas de signe de choc, de signe d'insuffisance cardiaque. L'auscultation cardiaque retrouve un souffle holosystolique à l'apex cardiaque, intense 4/6 irradiant vers les aisselles. Vous retrouvez de minimes crépitations aux deux bases.

1-Le souffle correspond-il à une insuffisance mitrale?

Non

2-Quels signes de gravité auscultatoires recherchez-vous dans cette pathologie?

Eclat de B2 au foyer pulmonaire (HTAP)

Galop protodiastolique : B3

Roulement méso-diastolique de Flint

Thrill

3-L'examen clinique retrouve les deux éléments suivants : décrivez-les et interprétez-les.

Placard rythmateux de Janeway : macules rythmateuses, purpuriques et hmorragiques de la paume et des pulpes des doigts
Hippocratisme digital : doigts en baguettes de tambour, ongles en verre de montre (dformation des ongles : recourbs, bombs vers le haut)
Ces deux symptmes font partie des signes cliniques immunologiques des endocardites infectieuses bactriennes subaigus dites d'Osler.

4-Quel diagnostic suspectez-vous?

Endocardite infectieuse
Subaigu d'Osler
Sans complication grave
Sur valve native Mitrale
De porte d'entre inconnue, possiblement digestive (diverticulite sigmodienne rcnte)
Chez une patiente de 67 ans en bon tat gnral

5-Quel bilan paraclinique proposez-vous ?

En urgence
Diagnostic positif :
Hmocultures : au moins 3, aro et anarobies, rptes si frissons, avant toute antibiothrapie mais sans retarder le traitement; prvenir le bactriologiste de la suspicion d'endocardite infectieuse pour incubation longue (et culture sur milieu de Sabouraud si suspicion de candida)
Echodoppler cardiaque par voie transthoracique et transoesophagienne

Motif

Antécédents

Interrogatoire

Hypothèse

Examen

Diagnostic

