



## EPREUVE DE PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE

### DCEM1

Session de janvier 2016

Durée de l'épreuve : 90 mn

Nombre de pages : 20

Nombre de questions : 58

#### Recommandations à l'étudiant :

Vous avez entre les mains l'épreuve de Cardiologie. Cette épreuve contient 58 questions. Chaque question est notée sur 1 point, la question 32 est notée sur 2 points et la question rédactionnelle 58 sur 7 points.

Prenez le temps de lire attentivement l'énoncé puis répondez dans l'espace prévu à cet effet. Veuillez bien noter que **les abréviations ne sont pas acceptées**.

N'oubliez pas de vérifier votre identité et le contenu du fascicule dans les cinq 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 propositions suivantes indiquez celle(s) qui fait (font) partie des lésions initiales de l'athérosclérose

- A. Une plaque d'œdème intimal (plaque gélatineuse).
- B. Une nécrose fibrinoïde de la média.
- C. Un dédoublement de la limitante élastique interne.
- D. Une accumulation de cellules spumeuses dans l'intima.
- E. Une fibrose de la média.

Réponse : ...A-D.....

Q1

### Question N° 2

Chez un patient atteint d'une artérite des membres inférieurs, quels sont parmi ces explorations, celle(s) qui doit (doivent) être pratiquée(s) quel que soit le stade de la maladie

- A. L'électrocardiogramme.
- B. L'artériographie.
- C. L'échographie-doppler cervical.
- D. L'échographie-doppler artériel des membres inférieurs.
- E. L'électromyogramme.

Réponse : ..... A-C.....

Q2

### Question N° 3

Parmi les facteurs favorisant l'intoxication par la Digoxine, nous pouvons citer :

- A. L'hypocalcémie.
- B. L'hypokaliémie
- C. L'hypomagnésémie.
- D. L'hyponatrémie
- E. L'hyper uricémie

Réponse : ..... B-C .....

Q3

Q4	<p><b>Question N°4</b></p> <p><b>Les bêtabloquants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. réduisent le débit cardiaque par action essentiellement sur le volume d'éjection systolique.</li> <li>B. diminuent la sécrétion de rénine.</li> <li>C. abaissent en quelques minutes la pression artérielle.</li> <li>D. sont indiqués dans le traitement de l'angor de Prinzmetal.</li> <li>E. sont contre indiqués dans les cardiomyopathies hypertrophiques obstructives</li> </ul> <p>Réponse : ..... <b>B</b> .....</p>
Q5	<p><b>Question N°5 :</b></p> <p><b>Parmi les effets indésirables des inhibiteurs de l'enzyme de conversion nous pouvons citer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. les céphalées.</li> <li>B. la somnolence.</li> <li>C. la toux.</li> <li>D. la protéinurie</li> <li>E. les œdèmes malléolaires</li> </ul> <p>Réponse : ..... <b>C-D</b> .....</p>
Q6	<p><b>Question N°6 :</b></p> <p><b>La spironolactone (Aldactone®)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. est un diurétique hypokaliémiant</li> <li>B. peut provoquer une hyperuricémie modérée</li> <li>C. a un faible pouvoir natriurétique</li> <li>D. peut induire une gynécomastie</li> <li>E. peut provoquer une hypercalcémie</li> </ul> <p>Réponse .... <b>B-C-D</b> .....</p>
Q7	<p><b>Question N°7 :</b></p> <p><b>L'acénocoumarol (Sintrom®)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. est un dérivé de l'indane dione</li> <li>B. défixe les antiinflammatoires non stéroïdiens au niveau de leur site de fixation protéique</li> <li>C. potentialise l'action de la vitamine K</li> <li>D. a une courte durée d'action</li> <li>E. peut exposer le fœtus à un risque tératogène</li> </ul> <p>Réponse : ..... <b>E</b> .....</p>

**Question N°8**

Q8

**L'épreuve d'effort :**

- A. permet de préciser le territoire ischémique.
- B. peut être réalisée dans les 48 heures suivant un infarctus du myocarde.
- C. fait suspecter une insuffisance coronaire en cas d'apparition d'un sous-décalage descendant de ST de 1 mm ou plus dans des dérivations contigües pendant l'effort ou la récupération.
- D. peut être réalisée chez un patient ayant un rétrécissement aortique serré et se plaignant de douleur d'allure angineuse.
- E. peut se compliquer de troubles du rythme ventriculaires qui en constituent un signe de gravité.

Réponse : .....C-E.....

**Question N° 9**

Q9

**Concernant la mesure ambulatoire de la pression artérielle :**

- A. Elle est indiquée en cas de suspicion d'une hypertension artérielle blanche
- B. Elle doit être réalisée systématiquement au décours d'un accident vasculaire cérébral chez un hypertendu connu.
- C. Elle est indiquée en cas d'hypertension artérielle mal équilibrée malgré un traitement antihypertenseur approprié.
- D. C'est un examen utile pour Juger l'efficacité du traitement antihypertenseur
- E. Elle doit être réalisée devant toute syncope chez les sujets non hypertendus.

Réponse : .....A-C-D.....

**Question N°10**

Q10

**Parmi les complications suivantes, laquelle (lesquelles) peut (peuvent) être rencontrée (s) au cours de l'évolution d'une sténose aortique ?**

- A. Une embolie pulmonaire
- B. Un bloc auriculo-ventriculaire
- C. Une Insuffisance cardiaque
- D. Un accident vasculaire cérébral
- E. Une mort subite

Réponse : .....B-C-D-E.....

## QROC

ECRIVEZ VOTRE REPONSE DANS L'ESPACE PREVU A CET EFFET

Q11	<p><b>Question N°11</b></p> <p><b>Décrire les deux types de cellules caractéristiques qu'on peut observer dans un nodule d'Aschoff au cours d'une cardite rhumatismale.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cellule d'Aschoff : cellule volumineuse (25à3microns), à cytoplasme basophile et à noyau multiple</li><li>- Cellules d'Anitchkoff : cellules de petite taille (8 à 12 micron) à cytoplasme et à noyau vésiculeux « en oiel de pigeon » à chromatine disposée en rayon de roue ou en barreau d'échelle.</li></ul>
Q12	<p><b>Question N° 12</b></p> <p><b>Citer deux principales modalités évolutives des péricardites.</b></p> <p>Péricardite chronique constrictive</p> <p>Péricardite chronique avec adhérence médiastinale...</p>
Q13	<p><b>Question N°13</b></p> <p><b>Détaillez la classification de Stanford de la dissection aigue de l'aorte</b></p> <p>Type A : dissection intéressant l'aorte ascendante avec ou sans extension en aval.</p> <p>-Type B : dissection intéressant l'aorte descendante (ou l'aorte en aval de l'artère sous-clavière gauche)</p>
Q14	<p><b>Question N° 14</b></p> <p><b>Citer les principales complications aigues des varices des membres inférieurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- rupture variqueuse</li><li>- thrombose veineuse superficielle</li><li>- thrombose veineuse profonde</li></ul> <p>.....</p>
Q15	<p><b>Question N° 15</b></p> <p><b>Citez deux techniques chirurgicales pour le traitement de l'ischémie aigue des membres inférieurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Désobstruction (embolectomie).</li><li>-Pontage vasculaire</li></ul> <p>.....</p>

**Question N°16**

**Citez quatre étiologies des anévrysmes artériels**

L'athéroscléreux

Inflammatoire

Dystrophique

Mycotique

Traumatique

Par Dissection

Q16

**Question N°17**

**Quel est l'effet de l'acétylcholine à faible dose sur le muscle vésical et le sphincter vésical ?**

- contraction du muscle vésical

- relâchement du sphincter vésical

Q17

**Question N°18**

**Justifiez l'indication des bétabloquants dans le traitement du glaucome à angle ouvert.**

diminution de la pression intra oculaire par diminution de la sécrétion d'humeur aqueuse

Q18

**Question N°19**

**Quel est le mécanisme de l'action antihypertensive commun aux antihypertenseurs centraux ?**

diminution du tonus sympathique vasopresseur par stimulation des récepteurs alpha2 adrénergiques centraux

Q19

**Question N°20**

**Quel est le diurétique de choix qu'on peut prescrire chez un patient insuffisant rénal ? Justifiez votre réponse.**

Le furosémide est le Diurétique de choix en cas d'IR

- Son élimination est principalement urinaire. L'élimination biliaire est aussi possible et s'accroît en cas d'insuffisance rénale

Q20

Q21	<p><b>Question N°21</b></p> <p><b>Expliquez pourquoi l'amiodarone (Cordarone®) peut donner des troubles thyroïdiens.</b></p> <p>L'iode contenu dans cette molécule interfère avec le métabolisme des hormones thyroïdiennes et peut être à l'origine d'une hyper ou hypothyroïdie</p> <p>.....</p>
Q22	<p><b>Question N°22</b></p> <p><b>Justifiez l'indication des inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans le traitement l'insuffisance cardiaque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuent la pré charge et la post charge et augmentent le débit cardiaque de l'ordre de 20 à 30%</li> <li>- empêchent l'action néfaste de l'angiotensine sur le développement de la fibrose.</li> </ul>
Q23	<p><b>Question N°23</b></p> <p><b>Justifiez par la pharmacocinétique l'utilisation de la trinitrine par la voie sublinguale dans le traitement d'urgence de l'angor.</b></p> <p>résorption très rapide Eviction du premier passage hépatique par cette voie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Q24	<p><b>Question N°24</b></p> <p><b>Mr A.B porteur d'une prothèse mécanique en position mitrale vous est adressé à la consultation avec un INR (International Normalised Ratio) à 1.5. Sa dose habituelle d'Acénocoumarol (Sintrom®) est de 3mg/j. Quelle sera votre conduite à tenir dans l'immédiat ?</b></p> <p>Héparine non fractionnée par voie intraveineuse curative avec cible TCA 1,5-2 fois le témoin</p> <p>Augmentation de la dose d'acénocoumarol de 1 mg</p> <p>.....</p>
Q25	<p><b>Question N°25</b></p> <p><b>Citer deux facteurs de risque de mort subite dans la cardiomyopathie hypertrophique sarcomérique</b></p> <p>âge jeune de découverte de la CMH, syncopes antécédent familial de mort subite prématurée, épaisseur diastolique du septum <math>\geq 30</math> mm, Dilatation de l'OG, Gradient intraVG, inadaptation de la pression artérielle à l'effort</p>

## CAS CLINIQUES

### Cas clinique 1

Le nourrisson Z.B âgé de 13 mois est reçu en consultation pour hypersudation lors des tétées. L'examen trouve un nourrisson pâle, polypnéique et hypotrophe. La tension artérielle est à 90/40 mmHg, la saturation périphérique en O<sub>2</sub> à l'air ambiant est à 98%. Le thorax est bombé, l'auscultation cardiaque révèle un souffle continu sous claviculaire gauche et un roulement diastolique à l'apex. Les pouls périphériques sont symétriques et bondissants aux 4 membres. L'auscultation pulmonaire est normale

#### Question N°26

**Relevez les signes en faveur d'une cardiopathie à type de shunt gauche-droite**  
hypotrophie, hypersudation lors des tétées, déformation thoracique, pâleur, SaO<sub>2</sub> normale

.....  
.....

#### Question N° 27

**A quel étage se situe le shunt ? Justifiez votre réponse.**

étage artériel (persistance de canal artériel) ;  
siège du souffle, caractère continu, PA diastolique basse, pouls bondissants

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

#### Question N° 28

**Vous demandez une radiographie du thorax, quelles anomalies recherchez-vous en faveur de votre diagnostic?**

cardiomégalie  
hypervascularisation pulmonaire

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

Q26

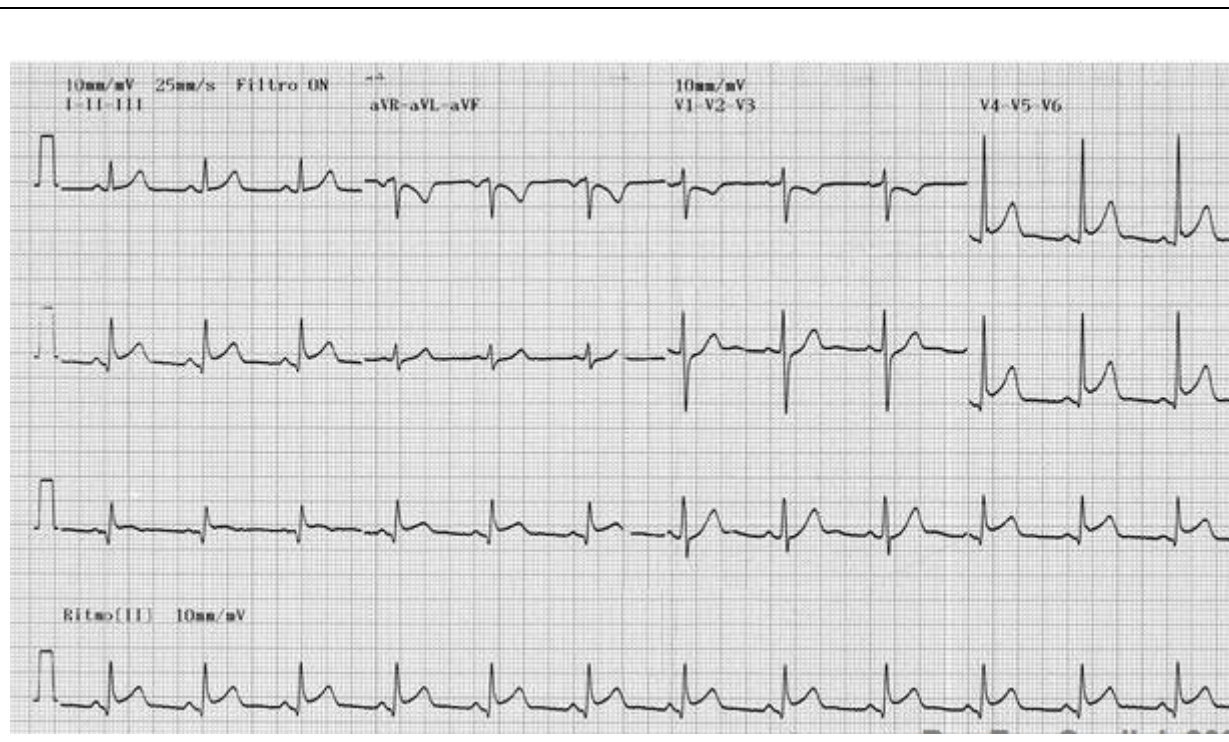
Q27

Q28



### Cas clinique 2

Un patient âgé de 39 ans tabagique, sans antécédent pathologique particulier en dehors d'un épisode de grippe récent, consulte pour une douleur thoracique oppressive continue depuis 6 heures. La pression artérielle est à 110/70 mmHg, la fréquence cardiaque à 82 bpm et la température à 37,7°. Un 4ème bruit est perçu, le reste de l'auscultation cardiaque et pulmonaire est sans particularité. L'électrocardiogramme est le suivant.



Q29	<p>Le Médecin conditionne le patient, lui administre de l'aspirine, de l'héparine et du clopidogrel et le transfère immédiatement à la salle de cathétérisme du service de cardiologie du même hôpital en vue d'une coronarographie urgente et d'une angioplastie primaire.</p> <p><b>Question N°29 Quelle est la principale anomalie que montre l'électrocardiogramme ? Quel diagnostic a retenu le médecin urgentiste ?</b></p> <p>a/Sus décalage de ST (lésion sous épicaudique) en inféro-latéral. b/Infarctus du myocarde en constitution/évolutif inférolatéral</p>
Q30	<p><b>Question N°30 Justifiez l'indication de revascularisation et son moyen de réalisation</b></p> <p>a/douleur et sus décalage → revascularisation. b/ délai de présentation 6 h avec délai de transfert en salle de cathétérisme inférieur à 120 mn → moyen de revascularisation= angioplastie</p>

La coronarographie était normale. Le patient a développé des signes d'insuffisance cardiaque aigue et a été admis à l'unité de soins intensifs La Le bilan a montré un

Q31

taux de troponines I à 16 ng/ml, une créatininémie normale à 90µmol/l et une CRP (C reactive protein) à 47mg/l

**Question N°31**

**A ce stade, quel diagnostic évoquez-vous chez ce patient ?**

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

Suite à l'installation d'un état de choc cardiogénique réfractaire au traitement médical, avec à l'échocardiographie réalisée au lit une fraction d'éjection du ventricule gauche à 20%, il a été décidé de réaliser une biopsie myocardique après mise en place d'une assistance respiratoire et circulatoire.

**Question N°32**

**Donnez les éléments de cette biopsie qui pourraient corroborer votre diagnostic. Dans quelle mesure ces données peuvent-ils orienter la prise en charge du patient**

Nécrose par fibres isolées et

infiltrat lymphocytaire. Pas de cellules éosinophiles géantes.

Absence de nécrose ischémique

Valeur de confirmation du diagnostic de myocardite et élimination d'une autre étiologie de nécrose myocardique et d'un autre coté élimination d'une myocardite auto-immune pouvant bénéficier d'une traitement immunosuppresseur spécifique.

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

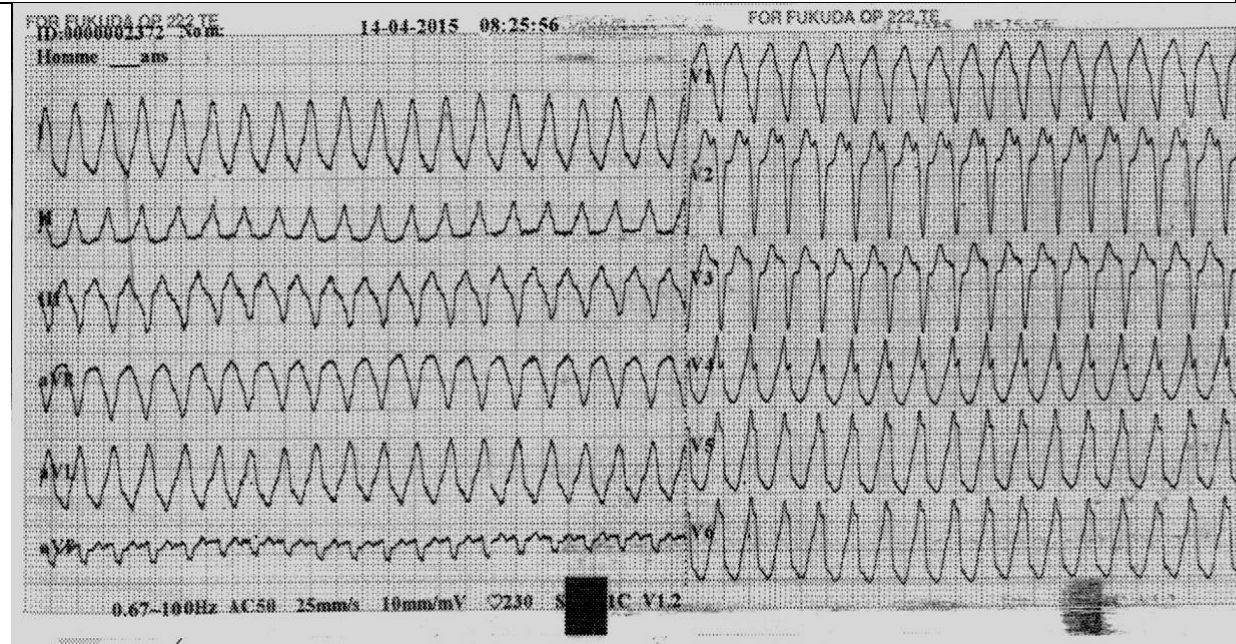
Q32  
2  
points

**Cas clinique 3**

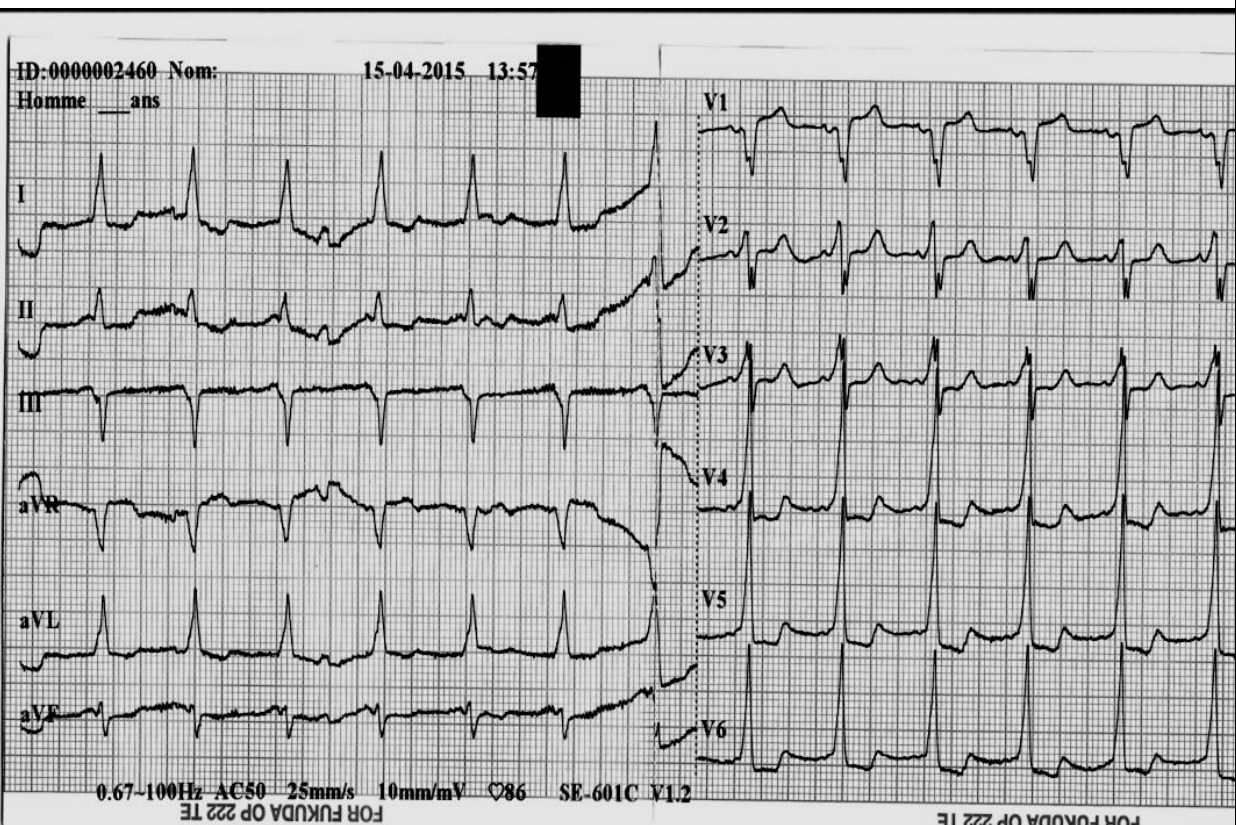
Monsieur B.A, 27 ans, tabagique se présente aux urgences pour palpitations d'apparition brutale, à ces palpitations s'associe rapidement une dyspnée croissante. L'examen trouve un score de Glasgow à 15/15, une pression artérielle à 85/60 mm Hg, un rythme cardiaque régulier à 240bpm et des râles crépitants aux champs pulmonaires. L'électrocardiogramme (1) est enregistré. Un choc électrique externe à 200 joules est réalisé d'emblée sous sédation. L'enregistrement après le choc électrique est l'électrocardiogramme 2.

--

### Electrocardiogramme 1 (avant le choc électrique externe)



### Electrocardiogramme 2 (après le choc électrique externe)



**Question N°33****Décrivez les anomalies à l'électrocardiogramme 1**

Tachycardie régulière à Complexes QRS larges(160ms) à 240 bpm  
(à axe gauche , retard gauche)

.....

Q33

**Question N°34****Interprétez l'électrocardiogramme 2, Quel diagnostic vous suggère cet électrocardiogramme ?**

Rythme sinusal 95 bpm, PR court, onde delta, QRS large (empâté), trouble de la repolarisation ; conclusion : préexcitation ventriculaire (voie accessoire)

*Remarque : dans l'ECG 1 : tachycardie antidromique sur voie accessoire*

**Question N°35****Si vous étiez à la place des médecins des urgences, auriez- vous eu la même conduite à tenir thérapeutique? Justifiez votre réponse**

oui, présence de signes de mauvaise tolérance (hypotension, œdème aigu du poumon)

.....

.....

Q34

Q35

**Question N°36****Que proposez-vous ultérieurement au patient afin de prévenir définitivement de telles crises ?**

Ablation par radiofréquence

.....

.....

Q36

**Cas clinique 4**

Un patient âgé de 45 ans, suivi pour insuffisance mitrale rhumatismale minime, est hospitalisé pour une fièvre chiffrée à 38° évoluant depuis 2 semaines associée à une asthénie et à une orthopnée. Le patient rapporte des soins dentaires réalisés il y a un mois et demi. L'examen physique trouve une pression artérielle à 100/60 mmHg, une fréquence cardiaque à 105 bpm, un souffle systolique au foyer mitral, un galop gauche et des râles crépitants aux deux champs pulmonaires. Les résultats biologiques sont: globules blancs : 14230 éléments/mm<sup>3</sup>, CRP : 60mg/l, hémoglobine : 10,5g/dl et créatininémie normale à 80μmol/l. L'échographie cardiaque montre une fuite mitrale grade 4 avec perforation de la valve mitrale antérieure et une masse échogène de 18 mm de grand axe vibratile.

Q37	<p><b>Question N°37</b></p> <p><b>Comment complétez-vous votre examen clinique pour appuyer le diagnostic suspecté d'endocardite infectieuse (citer 3 signes cliniques à rechercher)</b></p> <p>Faux panaris d'Osler, placard érythémateux de Janeway splénomégalie, nodules de roth, arthrites, anévrysmes mycotiques.... porte d'entrée (examen stomatologique), Recherche d'une localisation secondaire.</p>
Q38	<p><b>Question N°38</b></p> <p><b>Quel examen biologique essentiel vous permet de confirmer le diagnostic, quels en sont les modalités de réalisation</b></p> <p>Hémocultures aérobies et anaérobies, 3 séries, volume <math>\geq 10\text{ml}</math></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Q39	<p><b>Question N°39</b></p> <p><b>Prescrivez une antibiothérapie curative probabiliste chez ce patient (molécules, doses, voie)</b></p> <p>Amoxicilline (100 mg/kg/j) <math>\pm</math> Gentamicine (3 mg/kg/j) intraveineux</p>
Q40	<p><b>Question N°40</b></p> <p><b>En plus de l'antibiothérapie instaurée. Justifiez l'indication d'une chirurgie urgente associée.</b></p> <p>mauvaise tolérance hémodynamique (insuffisance cardiaque) risque thrombo-embolique (végétation &gt;10 mm avec fuite importante)</p> <p>.....</p>

### Cas clinique 5

Mme A.C âgée de 29ans sans antécédent pathologique, enceinte à 24 semaines d'aménorrhée, s'est réveillée brutalement à 2 heures du matin par une dyspnée brutale l'obligeant à se mettre assise au bord du lit. Sa gêne respiratoire s'est accentuée de plus en plus et après quelques minutes une toux avec des crachats abondants mousseux jaunâtres est apparue. Elle a été rapidement emmenée aux urgences où un traitement urgent lui a été administré et l'a rapidement soulagée.

L'examen initial avait trouvé une patiente consciente, pâle, couverte de sueurs avec une fréquence respiratoire à 36cycles/mn, une saturation en oxygène à 88%, une température à 38°, une tension artérielle à 110/65mmhg, une fréquence cardiaque à 110bpm, un rythme cardiaque irrégulier avec un roulement diastolique au foyer mitral, un éclat de B2 au foyer pulmonaire et des râles crépitant aux deux champs pulmonaires

**Question N°41**

**Quel est l'incident aigu survenu le soir chez Mme A.C**

œdème aigu du poumon

.....

Q41

**Question N°42**

**Relevez les signes de gravité clinique**

- fréquence respiratoire 36
- fréquence cardiaque à 110 bpm
- saturation en Oxygène à 88%

Q42

**Question N°43**

**Quels sont les risques immédiats encourus ?**

Risque vital maternel et fœtal

.....

.....

Q43

**Question N°44**

**D'après-vous, quel(s) traitement (s) avai(en)t permis de soulager la patiente aux urgences?**

furosémide, nitrés , Oxygénothérapie

.....

.....

Q44

**Question N°45**

**Quelle serait la maladie sous-jacente responsable de cet incident ?**

Rétrécissement mitral

.....

Q45

**Question N°46**

**Quelle(s) serait(ent) la(les) circonstance(s) favorisante(s) de la survenue de l'incident aigu ?**

fibrillation auriculaire, infection (broncho-pulmonaire) , grossesse, anémie

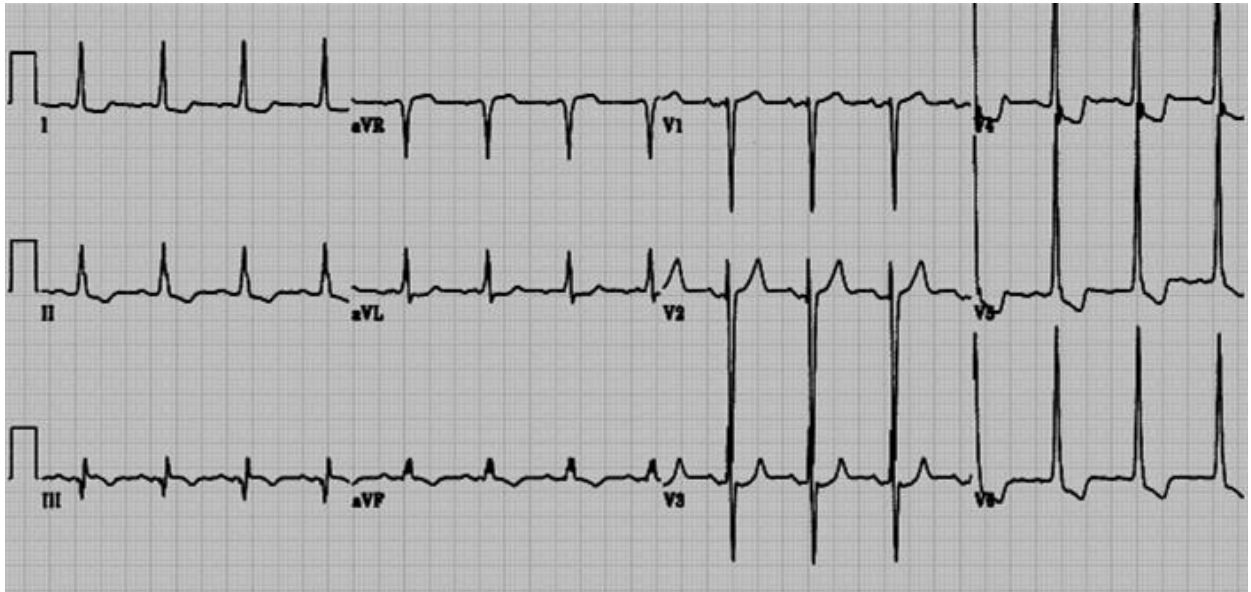
Q46



### **Cas Clinique 6**

Mr AZ âgé de 73ans obèse (body mass index à 34kg/m<sup>2</sup> SC) et hypertendu depuis une vingtaine d'année, jusque là équilibré par un traitement à base d'Amlodipine 10mg/j et de Valsartan 160mg/j, consulte pour une dyspnée d'effort grade NYHA 2. Il rapporte une élévation de ses chiffres de pression artérielle depuis 2 mois. L'examen trouve une pression artérielle à 195/85 symétrique, un rythme cardiaque régulier à 85 bpm, un 4<sup>ème</sup> bruit est perçu, il n'y a pas de souffle cardiaque. L'auscultation pulmonaire est libre.

Son électrocardiogramme 12 dérivation est le suivant



Q47

**Question N° 47**

**Quelle principale anomalie relevez-vous sur son ECG ? justifiez votre réponse**

Hypertrophie ventriculaire gauche , Indice de Sokolow 60, surcharge systolique du VG (sous décalage ST et T<0 en latéral et en inférieur)

Q48

**Question N° 48**

**Au vu des éléments cliniques et électrocardiographiques, comment évaluez-vous son risque cardiovasculaire? justifiez votre réponse**

Très Elevé ; Hypertension grade 3 et Atteinte d'organe cible (hypertrophie ventriculaire gauche ) .

Q49

**Question N° 49**

**Le patient étant observant aux médicaments et aux mesures hygiéno-diététiques. Citez 3 étiologies au déséquilibre de son hypertension artérielle que vous devez rechercher.**

Prise de médicaments (corticoïdes), syndrome d'apnée de sommeil surcharge volumique (insuffisance rénale) , Hypertension rénovasculaire

### **Cas clinique7**

Une femme de 34 ans consulte aux urgences au 5<sup>ème</sup> jour du post-partum pour une douleur basi-thoracique droite d'apparition brutale. L'examen note un rythme respiratoire à 31 cycles/mn, une fréquence cardiaque à 110 bpm, une pression artérielle à 90/60 mmHg, une température à 37,6° et une saturation en oxygène à 90%. Il n'existe pas de souffle cardiaque et il est noté des râles crépitants unilatéraux à la base pulmonaire droite ainsi qu'une turgescence jugulaire et un reflux hépato-jugulaire. L'examen des mollets est normal. La radiographie du thorax au lit met en évidence une distension thoracique et une opacité basale droite triangulaire à base périphérique. Le diagnostic d'embolie pulmonaire aiguë est évoqué par le médecin de garde.

Q50

#### **Question 50**

**Relevez les éléments de gravité de cette embolie pulmonaire.**

Pression artérielle 90/60mmHg

.....  
.....

Q51

#### **Question 51**

**Quel signe retrouvé à la radiographie du thorax est en faveur d'une embolie pulmonaire ? quelle est sa signification ?**

Opacité triangulaire à base périphérique

Foyer d'infarctissement pulmonaire

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



**Question N°52**

**Est-ce qu'il y a lieu à ce stade de demander un écho-Doppler veineux des membres inférieurs afin de confirmer le diagnostic ? justifiez votre réponse**

non

embolie pulmonaire hautement probable et grave

.....

.....

Q52

**Question N°53**

**Un angioscanner thoracique est demandé. Quelles sont les deux précautions à prendre avant cet examen?**

Vérification de la fonction rénale (créatininémie, clearance de la créatinine),  
vérifier l'absence d'allergie authentifiée au produit de contraste iodé

.....

.....

Q53

**Question N°54**

**Donnez deux signes directs et deux signes indirects à l'angioscanner évoquant le diagnostic.**

Signes directs : obstruction totale ou partielle des artères pulmonaires ou leurs branches, dilatation de l'artère occluse,

Signes indirects : foyer de condensation périphérique à sommet hilair (infarctus),  
atélectasie en bande, épanchement pleural

Q54

**Cas Clinique 8**

Une jeune femme âgée de 23 ans consulte pour des varices du membre inférieur droit s'accompagnant de douleurs, de sensation de lourdeur et pesanteur du mollet en fin d'après-midi. Dans ses antécédents, il est noté une fracture à l'âge de 16 ans traitée par immobilisation plâtrée. La patiente a mené il ya 2 et 3 ans deux grossesses à terme. Les varices sont apparues après la première grossesse et ont augmenté après la deuxième. Cette patiente ne souhaite plus avoir d'autres enfants et prend un traitement contraceptif oral.

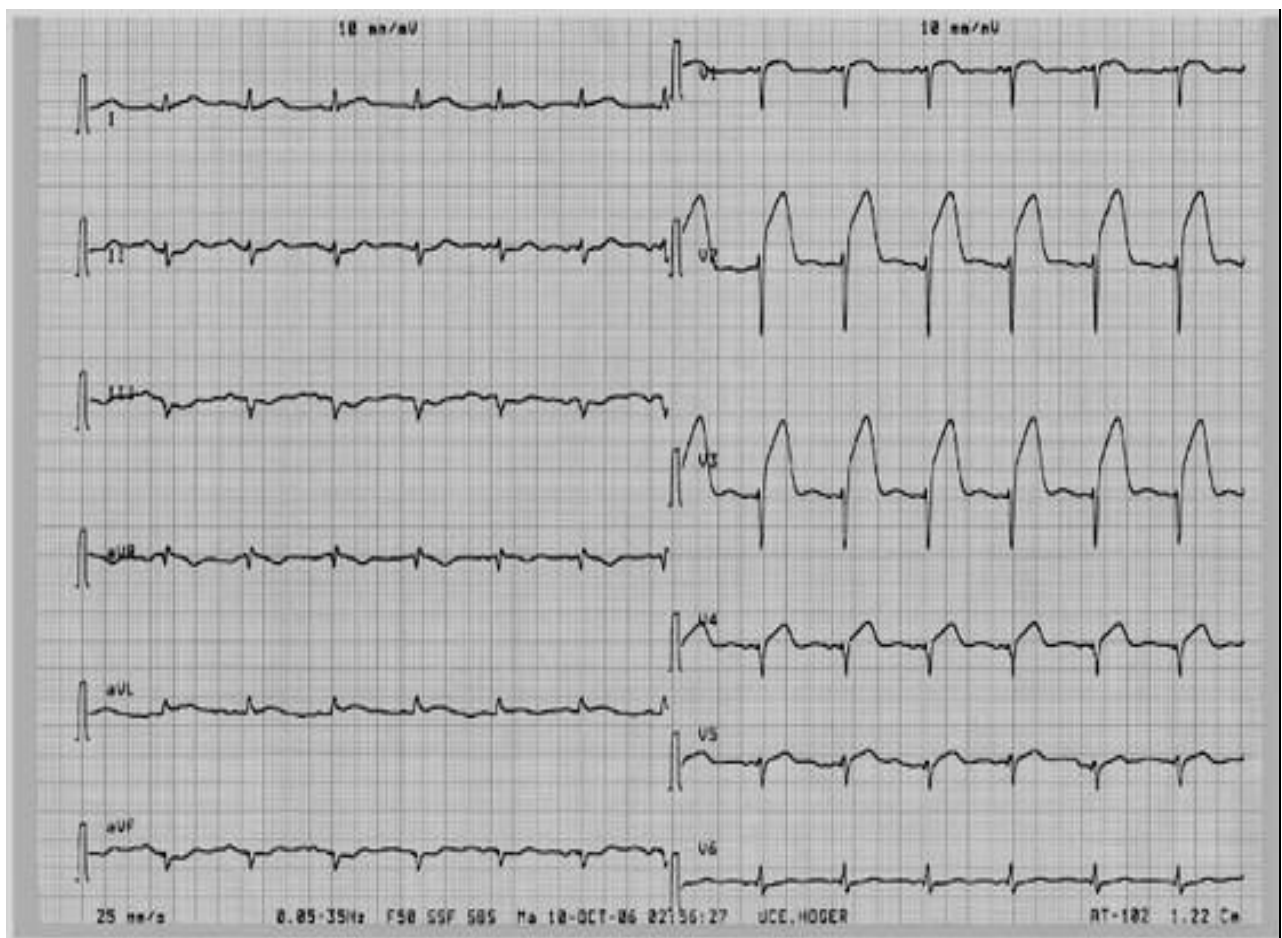
L'examen clinique révèle : des varices de la face interne de la jambe droite avec une hyperpigmentation de la peau en regard de la malléole interne droite ainsi qu'un reflux massif au niveau de la crosse de la veine saphène interne mais pas au niveau des perforantes ni de la crosse de la saphène externe.

Q55	<p><b>Question N°55</b></p> <p><b>Sur quels arguments peut-on discuter des varices par obstacle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Varices unilatérales</li> <li>B. Antécédent de fracture plâtrée du même côté</li> <li>C. Douleurs vives du mollet</li> <li>D. Taches pigmentaires de la cheville</li> <li>E. Œdème de la cheville</li> </ul> <p>Réponse : <b>A-B</b>.....</p>
Q56	<p><b>Question N°56</b></p> <p><b>un obstacle étant éliminé, quel(s) geste(s) proposerez-vous à cette jeune femme mère de deux enfants ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Mesures d'hygiène des membres inférieurs</li> <li>B. Médications veinotoniques seules</li> <li>C. Contention élastique et mesures d'hygiène seules</li> <li>D. Sclérose</li> <li>E. Eveinage chirurgical éventuellement suivi de sclérose</li> </ul> <p>Réponse : <b>A-E</b>.....</p>
Q57	<p><b>Question N°57</b></p> <p><b>Si le Doppler avait montré une oblitération massive des veines profondes, quelles seraient les mesures thérapeutiques à adopter ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Règles d'hygiène des membres inférieurs</li> <li>B. Médications veinotoniques</li> <li>C. Contention élastique adaptée</li> <li>D. Sclérose</li> <li>E. Ligature de la crosse de la saphène interne</li> </ul> <p>Réponse : ....<b>A-B-C</b>.....</p>

### **Cas clinique 9**

Mr R.F, âgé de 65 ans tabagique, diabétique et hypertendu appelle le SAMU (service d'aide médicale urgente) pour une douleur médio thoracique constrictive, évoluant depuis 3 heures de façon continue, associée à une dyspnée de repos. A son arrivée le médecin du SAMU note une pression artérielle à 110/80 mmHg, un rythme cardiaque à 100 bpm, un galop gauche, des crépitations diffus aux 2 champs pulmonaires. Une saturation périphérique en oxygène à l'air ambiant à 86% et une glycémie au doigt à 2,2 g/l.

L'électrocardiogramme de surface est le suivant :



### Question N°58

**Quel est votre diagnostic, détaillez votre prise en charge**

a/ Infarctus du myocarde antérieur évolutif (syndrome coronarien aigu avec sus décalage de ST) antéroseptoapical (antérieur) compliqué d'œdème aigu du poumon

*NB : La prise en charge : commence au camion du SAMU (sans attendre l'arrivée à un hôpital) où le patient est conditionné, reçoit les premiers secours (en particulier ici , morphine, oxygène, aspirine, clopidogrel, héparine, furosémide, dérivés nitrés) et une revascularisation pharmacologique (ou bien l'oriente vers un centre cathétérisme pour une revascularisation mécanique urgente selon les délais de transfert). au camion du SAMU tous les paramètres vitaux seront monitorés.*

*La prise en charge se continue à la salle de cathétérisme puis l'unité des soins intensifs cardiologiques*

*Le SAMU contacte directement le centre de référence capable de prendre en charge ce patient et permet de ne pas allonger les délais de prise en charge en passant pas un service des urgences. Ci après le détail des différents éléments de réponse*

Q58

7

points

b/ b1conditionnement et surveillance: 2voies d'abord, perfusion, repos, scope, défibrillateur

b2Revascularisation :

thrombolyse pré-hospitalière ; métalyse selon le poids : (P < 60 kg : 6000 U (30 mg) = 6 ml.. 60 < = P < 70 kg : 7000 U (35 mg) = 7 ml.. 70 < = P < 80 kg : 8000 U (40 mg) = 8 ml.. 80 < = P < 90 kg : 9000 U (45 mg) = 9 ml.. P > = 90 kg : 10000 U (50 mg) = 10 m) si absence de contrindication à la thrombolyse et un centre de cathétérisme est distant avec un délai de revascularisation > 2 heures//angioplastie primaire si le délai de transfert vers une salle de cathétérisme est inférieur à 2h ou bien s'il existe une contrindication à la thrombolyse.

b3 traitement immédiat :

morphine, O2 selon saturation 4-10 l/mn (visant une saturation à 95%)

héparine 60UI/Kg si thrombolyse ou 70-100 UI/Kg si angioplastie (maximum 5000 UI) (ou enoxaparine 30 mg en IV puis 1mg/kg/12h s/c

aspirine 150-300 per os/ 80-150 IV si angioplastie, 150-500 per os/ 250 mg IV (si thrombolyse) clopidogrel 300 si thrombolyse, 600mg si angioplastie

lasilix 40-80 mg IV , risordan selon la pression artérielle 1-5 mg/h

b4 Transfert : vers un centre avec salle de cathétérisme dans les 2 cas

b5 Hospitalisation en unité de soins intensifs après revascularisation

- bilan : groupe sanguin, troponines, créatinine, ionogramme , numération formule sanguine, hémosatse, glycémie

- surveillance ; clinique pression artérielle, fréquence cardiaque, saturation en O2, fréquence respiratoire, diurèse, auscultation cardiaque et pulmonaire,

- scope ECG

- insuline selon dextro

- statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (en plus du traitement pré-cité)

- béta bloquants à distance

-coronarographie dans 3-24h si le patient a reçu une thrombolyse intraveineuse

.....  
.....