

# EXAMEN DE CARDIOLOGIE

Tlemcen le 15/11/08

## SECTION II

### 1/ Cas clinique :

Mr R.S âgé de 50 ans tabagique chronique à raison de 1 paquet par jour avec des antécédents de dyslipidémie familiale a été hospitalisé le 3/11/2008 à 12h pour une douleur thoracique en coup de poignard à irradiation scapulaire gauche survenue le jour même vers 10h du matin

A l'examen clinique on note une taille de 1m65 et un poids de 97kg

L'auscultation retrouve un rythme régulier sans souffle ni bruits surajoutés

L'ECG fait à son entrée s'inscrit en rythme régulier sinusal à une fréquence de 88 cyc/mn avec une surélévation du segment ST de 4mm avec une onde T positive et asymétrique dans les dérivations D II, D III, aVF.

- 1- quel est le diagnostic le plus probable
- 2- quels sont les examens complémentaires à demander pour orienter votre diagnostic (justifiez) (avec interprétation de l'ECG)
- 3- quelles sont les complications à redouter lors de son hospitalisation (citez)
- 4- quelle serait votre conduite pratique : hospitalisation + Bilan d'urgence +

Monitoring : ECG, TA, clinique + surveillance scopique + voie d'abord veineuse +  
TRT antalgique (dérivés morphiniques), Reperfusion coronaire, Angioplastie  
urgence : ordonnance de sortie : Héparine + BA Si + contrôle des FDR.

### 2/ Questions :

- 1- Recommandations de la JNC VII de la TA optimale  
Recommandations de l'OMS des chiffres tensionnels normaux  
B Bloquant Aspirine → statine à forte dose → IEC
- 2- quels sont les critères cliniques et para cliniques des endocardites infectieuses
- 3- conséquences en amont de la valve d'une sténose mitrale serrée
- 4- critères cliniques et électriques de positivité d'une péricardite aigue

cas clinique 15/11/08

- FDR:
- Age : 58 ans
  - Tabagisme
  - Dyslipidémie
  - obésité car

Sexe: Masculin

$$I.M.C = \frac{Poids}{(Taille)^2} = \frac{97}{(1,65)^2} = 35,6$$

IMC > 30 ⇒ obésité  
 si 25 → 30 surpoids  
 20 - 25 ⇒ Normal

- FDR en Cardio:
- 1 - age > 45 ♂
  - 2 - age > 55 ♀ avec pauvre V. art.
  - 2 - sexe masculin
  - 2 - Tabac, alcool.
  - 2 - HTA
  - 1 - Diabète
  - 2 - Dyslipidémie
  - 2 - Sédentarité
  - 2 - Stress
  - 2 - obésité
  - 2 - ATCD familiaux de M. coronarienne

Diagnostique le + probable: syndrome coronarien

aigu avec sus décalage de ST en postéro inf (DII, DIII, aVF)

- \* sujet multifactoriel (Age, sexe, Tabac, dyslipidémie, obésité)
- \* douleur thoracique aiguë + manifestation scapulaire
- \* Manifestations électriques à type de lésion sous-épicardique + ischémie sous endocardique en postéro inf

2) Les ex<sup>N</sup> compl. d'orientation:

TTx: à la recherche d'une pathologie pul<sup>r</sup> (Dg<sup>r</sup> ≠ él, PNO, pleurésie) ou des signes radiologiques d'embolie pulmonaire

Echo: - à la recherche d'un épanchement péricardique

- Analyser la fet globale et segmentaire du V.G.
- Recherche d'une dilatation des cavités droites et/ou HTAP (embolie pul<sup>r</sup> probable)
- Recherche des signes échographiques d'une éventuelle dissection AO, (I.Ao, dissection...)

Gaz du sg: à la recherche d'Hx<sup>ie</sup>, Hxémie → Embolie pi

Scanner thoracique: avec injection de produit de contraste à la recherche d'une dissection AO

Biologie: à la recherche d'hypoglycémie

++ enzymes  
 caroténaques - dosage de D, Dimères, Bilan standard: F.V.C., vs. CRP, urée, créa, TP

(98)

C-

Tlemcen le 15/11/08

EXAMEN DE CARDIOLOGIE SECTION II

1/ Cas clinique :

Mr R .S âgé de 50 ans tabagique chronique à raison de 1 paquet par jour avec des antécédents de dyslipidémie familiale a été hospitalisé le 3/11/2008 à 12h pour une douleur thoracique en coup de poignard à irradiation scapulaire gauche survenue le jour même vers 10h du matin

A l'examen clinique on note une taille de 1m65 et un poids de 97kg

L'auscultation retrouve un rythme régulier sans souffle ni bruits surajoutés

L'ECG fait à son entrée s'inscrit en rythme régulier sinusal à une fréquence de 88 cyc/mn avec une surélévation du segment ST de 4mm avec une onde T positive et asymétrique dans les dérivations D II, D III, aVF

*Ischémié sans autre*

**STEMI**

- 1- quel est le diagnostic le plus probable
- 2- quels sont les examens complémentaires à demander pour orienter votre diagnostic (justifiez) (avec interprétation de l'ECG)
- 3- quelles sont les complications à redouter lors de son hospitalisation (citez)
- 4- quelle serait votre conduite pratique

2/ Questions :

- 1- Recommandations de la JNC VII de la TA optimale  
Recommandations de l'OMS des chiffres tensionnels normaux
- 2- quels sont les critères cliniques et para cliniques des endocardites infectieuses
- 3- conséquences en amont de la valve d'une sténose mitrale serrée
- 4- critères cliniques et électriques de positivité d'une péricardite aiguë

Tlemcen le 13/09/08

EXAMEN DE RATRAPPAGE DE CARDIOLOGIE

NOM :  
PRENOM :

1/ Citez 4 indications des anticoagulants

- Embolie pulmonaire
- Thrombose
- phlébite
- Ischémie

ACFA  
prothèse valvulaire  
Aneurysme du VG

2/ Calcul de la fréquence cardiaque à l'ECG - entre 2 ondes de succession  
on calcule le nb de petit carrés

$\frac{300}{\text{nb de petit carrés}}$

$\frac{300}{\text{nbre de carreaux}}$

3/ Auscultation d'un rétrécissement aortique serré

♣ souffle systolique éjectif, max méso-systolique  
- intense et frémissant.

- débute après S<sub>2</sub> et se termine avant S<sub>2</sub>.  
- surface orificielle inf à 0,7 cm<sup>2</sup> ou 0,1 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> de surface corporelle

4/ Signes radiologiques des hypertrophies ventriculaires

- dilatation du VG

+ irradiée cardio-thoracique

+ augmentation de la silhouette cardiaque

- Arc aortique gauche allongé - pointe JDM diphasique

5/ Citez 4 complications du syndrome coronarien aigu avec sus-décalage de ST dans le territoire antérieur à sa phase primaire

- nécrose
- trouble de rythme ventriculaire
- réanimation
- rupture ventriculaire
- péricardite
- JDM - Mort subite

6/ Quel est le risque encouru devant une extraction dentaire chez un patient porteur d'une IAO et quels sont les précautions à prendre

- endocardite (végétants)

- prévenir avant l'extraction d'un trt ATB (prévention tertiaire)

3g d'Amoxicilline 1h

Avant

les soins

7/ - ECG d'une CIA large révèle :

- MUD =

-  $V_1, V_2$  :  $R/S \bar{R}$ ,  $R/S > 1$

- BDBD

- TQ en  $V_1 - V_2$  non positive

- ECG de la sténose AP serrée révèle :

- MUD :

-  $R/S$  en  $V_1 > 1$

- transition retardée en  $V_5 - V_6$

- absence de BDBD

8/ Signes cliniques de l'intoxication digitalique :

- digestifs : anorexie, nausées, vom, rarement des diarrhées

- Neuro-psychiques : dyschromatopsie, scotomes, vision floue

- Cardiaques : extrasystoles paroxysmales, tachycystolies paroxysmales ; bradycardie sinuatale, BAV de haut degré, paralysie sinuatale, rarement tachycardie ventriculaire (TV), FA

9/ Donnez 4 étiologies de l'HTA :

- sclérose artérielle physiologique (sujet âgé)

- phéochromocytome

- sténose aortique

- certains produits

- hyperaldostéronisme primaire (HAP)

10/ Quel est votre conduite pratique d'urgence devant une péricardite aigue abondante

- hospitalisation

- AINS, si pas de réponse = drainage chirurgical ou ponction péricardique

11/ Définition et normes de l'INR

- INR sujet normal = 1

- Pathologie veineuse = 2 - 3

- Prévention ou traitement d'une thrombose art = 3 - 4,5

ACVD chronique = 3

12/ Conduite à tenir devant un arrêt cardiaque

- Massage cardiaque

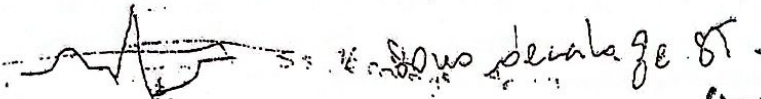
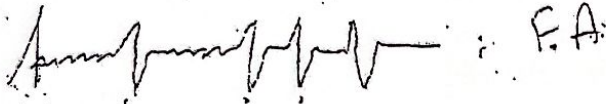
- injection IC adréalinine

- électrocardiogramme

13/ Interprétez les ECG suivants :

Rythme irrégulier

→ ACIFA



V1 V2 V3 V4

avant de l'enton  
sous-endercardique

14/ Signes cliniques de l'insuffisance cardiaque droite

- OMI

- insuffisance hépatique
- turgescence jugulaire
- reflux hépato-jugulaire

- œdème des M.I
- Ascite
- Turgescence jugulaire
- Reflux hépato-jugulaire

15/ Quels sont les valeurs de gradient trans valvulaire dans le RAO serré

~~ED RAO~~ - Gradient moy ventricule gh - aorte sup à somm.  $\frac{1}{2}$

- 4 faible en cas de bas débit cardiaque

Extencilline (chaque 3 sem)

16/ Prévention secondaire du RAA

Extencilline toutes les 3 semaines ou PÉNI V : peros en 2 prise

- la prophylaxie du RAA en l'absence de cardite = doit durer 5 ans après la dernière poussée et au moins jusqu'à l'âge 25 ans

- sans cardite = doit durer au moins 10 ans jusqu'à 25 ans, mais en cas de valvulopathie associée jusqu'à 40 ans, parfois à vie

17/ Indications des vasodilatateurs artériels

HTA + ins. card.

- insuffisance coronaric
- insuffisance cardiaque
- ischémie myocardique

18/ Triade de Durozier :

Définition :

COM : claquement et ankylose de la nuque.  
RD : redoublement des réflexes  
edant de BA

- Quel est sa signification diagnostique

RM

19/ -les troubles trophiques sont : peau sèche, érythémateuse, amincie avec des fissures  
ongles épais, retard de cicatrisation des plaies, amyotrophie, gangrène  
et ulcère de jambe

- Ils représentent le stade (cf) de l'ischémie et font partie de l'Asma

20/ Traitement d'urgence de l'embolie pulmonaire massive

- les thromolytiques

- l'activateur tissulaire du plasminogène

- chirurgical : embolectomie