

Tlemcen le 30/05/2009

EXAMEN DE CARDIOLOGIE SECTION I

1/ Cas clinique :

Mme S.H âgée de 35 ans a été admise en urgence au service de Cardiologie pour une dyspnée stade III de la NYHA associée à des palpitations de repos. (ACFA)

A l'examen clinique on note une taille de 1m65 et un poids de 63Kg

L'auscultation cardiaque retrouve un rythme irrégulier avec au 5<sup>ème</sup> EICG un souffle systolique de 3/6 associé à un B3. (IM)

L'auscultation pulmonaire révèle des râles sous crépitants aux 2 bases pulmonaires (OAP)

L'ECG fait à son entrée s'inscrit en rythme irrégulier sans onde P à une fréquence ventriculaire entre 110 et 140 cyc/mm

Onde R en V1=10mm SV1=15mm

Onde R en V5=30mm SV5=10mm

sgk = 41

- 1- quel est le diagnostic le plus probable : IC a sur I Mitrale (avec OAP, ACCA)
  - 2- quels sont les examens complémentaires à demander pour orienter votre diagnostic et apprécier l'importance de cette maladie (justifiez) (avec interprétation de l'ECG) (T2T, ECR, ECG, Enzymes cardiaques)
  - 3- quelles sont les complications à redouter pour cette jeune dame. Bilan standard
  - 4- quelle serait votre conduite pratique d'urgence. (CAT devant ACCA, pré BNT)
  - 5- quelle serait votre conduite pratique ultérieure. (CAT devant OAP)
- (TRT de l'urgence)

2/ Questions :

- 1- Principales indications et effets secondaires des vasodilatateurs
- 2- Eléments cliniques et para cliniques d'un rétrécissement aortique serré.
- 3- Utilisation clinique des digitaliques.
- 4- Physiopathologie et signes cliniques de la péricardite aigue.

NOM

PRENOM

LE 07/04/2009

COCHER LA OU LES REPONSES EXACTES

1. La protéine C

- 1,5
- a) est produite par les cellules endothéliales
  - b) est vit K dépendante
  - c) inhibe le facteur V
  - d) inhibe la prothrombine
  - e) inhibe le facteur VIII

2. Les protéines de la coagulation suivantes sont vitK dépendantes

- 1,5
- a) Protéine C
  - b) Facteur VII
  - c) Facteur XII
  - d) Antithrombine
  - e) Facteur V

3. Concernant la génétique de l'hémophilie A

- 1,5
- a) Une maladie héréditaire liée à l'X
  - b) Sa transmission est autosomique dominante *est le mode récessif*
  - c) La fille d'un hémophile A est conductrice obligatoire
  - d) Le fils d'un hémophile A est lui même hémophile A
  - e) Une femme conductrice a 1 risque sur 4 d'avoir un garçon hémophile

4. Concernant la coagulation plasmatique

- 1,5
- a) Elle se déroule en 3 phases (initiation, propagation et amplification)
  - b) Le facteur VII est le principal initiateur de la coagulation
  - c) Le facteur VIII est activé par le facteur II
  - d) Le facteur V est activé par le facteur XI
  - e) Le facteur X est activé par le facteur IXa et le facteur VIIa

5. Concernant l'hémostase primaire

- 1,5
- a) Sa phase plaquettaire comprend l'adhésion, l'activation et l'agrégation plaquettaire
  - b) L'agrégation plaquettaire fait intervenir le facteur VIII
  - c) Le fibrinogène se lie aux glycoprotéine IIbIIIa
  - d) Le complexe glycoprotéique IbIX est impliqué dans l'adhésion plaquettaire

6. Un allongement isolé du temps de céphaline activé peut être dû à :

- 1,5
- a) Un déficit en facteur VIII
  - b) Un déficit en facteur V
  - c) Un déficit en facteur XI
  - d) Un déficit en facteur XIII
  - e) Un déficit en fibrinogène

7. Un déficit en facteur VIII peut s'observer dans les situations suivantes :

- 1,5
- a) Une maladie de Willebrand
  - b) Une hémophilie B
  - c) Une anomalie de la GP IIbIIIa
  - d) Un traitement par aspirine
  - e) Une hypovitaminose K

bce/b

1,5

ab/b

1,5

ace

1,5

abce

1,5

acd

1,5

ac

1,5

8. Les anomalies suivantes peuvent être responsables d'hémorragies :

- a) Déficit en facteur VIII
- b) Déficit en protéine C
- c) Un anticoagulant circulant de type lupique
- d) Un déficit en facteur XIII

a d

9. Concernant le système Protéine C Protéine S

- a) La protéine C activée inactive les facteurs V et VIII.
- b) La protéine C est activée par la thrombine
- c) La protéine C active la protéine S
- d) La protéine S est un cofacteur de la PC

a d

10. Les anomalies suivantes sont considérées comme facteurs de risque de thrombose veineuse.

- a) Déficit en protéine S
- b) Taux de facteur VIII élevé
- c) Taux de facteur VII élevé
- d) Mutation leiden du facteur V
- e) Taux d'antithrombine élevé

a b d

11. L'hémostase primaire est exploré par :

- a) Le temps de Quick
- b) Le test d'occlusion plaquettaire
- c) La numération des plaquettes
- d) L'étude de l'agrégation plaquettaire

b c d

12. Nadjet 28 ans, doit subir une opération (kyste de l'ovaire)

Elle signale l'existence de règles abondantes, des épistaxis depuis l'enfance, des antécédents hémorragiques sont observés chez la mère, et le grand père est mort d'un accident vasculaire hémorragique, les examens biologiques suivants donnent les résultats suivants :

TS Ivy > 15mn, PLQ 322 GIGA /l, TCA M/T 46/36  
TP 80%, Fg 3.55 g/l

1) Quels diagnostics peuvent être envisagés :

- a) Thrombopathie acquise ou constitutionnelle
- b) Hémophilie A
- c) Maladie de Willebrand
- d) Hémophilie B

a c

2) Quels examens biologiques sont nécessaires pour le diagnostic différentiel

- a) Dosage du facteur VIII
- b) étude de l'agrégation plaquettaire induite par la ristocétine
- c) dosage du facteur XI
- d) Dosage du facteur VII

a b

3) Quel diagnostic confirmez-vous ?

VIII 30%, vWFAg 22%, vWFCoR (cofacteur de la ristocétine) 24%  
Agrégation plaquettaire nulle à la ristocétine

- a) Willebrand type 1
- b) Willebrand type 2B
- c) Willebrand type 2N
- d) Hémophilie A modérée

a

Tlemcen le 14/09/09

EXAMEN DE CARDIOLOGIE  
RATTRAPAGE SESSION SEPTEMBRE 2009

Cas clinique

Un homme de 65 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour l'apparition depuis quelques mois de douleurs thoraciques médiosternales à l'effort et cédant à l'arrêt avec d'autres part une notion de deux syncopes brèves survenues également à l'effort.

angor d'effort  
syncope d'effort

L'examen cardio-vasculaire retrouve un frémissement systolique au foyer aortique. l'auscultation retrouve un souffle meso-systolique de 5/6 d'intensité maximum au foyer aortique ainsi qu'un discret souffle diastolique parasternale gauche de 1/6. La tension artérielle est de 120/80 mm Hg

1/ complétez la sémiologie auscultatoire de ce patient.

B2 diminuée ou Absol  
Bruit de galop  
RAO et IAO

2/ Quel diagnostic paraît cliniquement le plus probable.

(Aucune preuve qu'elle est fonctionnelle)

3/ Un E.C.G fait retrouve un rythme régulier avec :

- Onde « P » Amplitude : 2 mm  
Durée : 11/100 secondes = 0,11 s
- Onde « R » V1 = 5 mm  
V5 = 21 mm
- Onde « S » V1 = 16 mm  
V5 = 14 mm

pas d'H.Auriculaire  
R/S en V1 < 1 pas d'HVD.  
RV5 + SV1 = 37 → HVG  
Sokolow +

Présence Onde « T » négative et asymétrique en V5-V6

Interprétez cet E.C.G :

4/ Une échocardiographie faite en mode bidimensionnelle et Doppler retrouve un Ventricule gauche (VG) : 54 mm en TD/ 36 mm en TS  
un septum : 17 mm une paroi postérieure : 15 mm

Les valeurs N<sup>°</sup>  
septum : 7 → 11  
Paroi post : 7 → 11

Quel est votre conclusion échographique et quel serait les résultats du doppler cardiaque

HVG

5/ vu le contexte, quel autre examen complémentaire est nécessaire à votre patient

coronariographie → lésions des A<sup>°</sup> coronaires  
TTX, angiographie et cathétérisme  
B tam pro : op

6/ Quel traitement proposeriez-vous à ce patient.

chirurgical

Question

Quelles sont les précautions à prendre devant un traitement anti-coagulant