

EXAMEN DE CARDIOLOGIE

Section I

Cas Clinique

Monsieur M. B, 68 ans, est hospitalisé pour dyspnée d'effort et orthopnées nocturnes contemporaines de tachycardie. Il n'y a pas de prise de poids, pas d'oedèmes des membres inférieurs. Il existe quelques râles crépitants des bases pulmonaires.

Auscultation cardiaque : souffle systolique 2/6 rude et râpeux avec souffle diastolique 3/6 doux et aspiratif. Au foyer aortique.

Tension artérielle = 130/40 mmHg. Le reste de l'examen clinique est normal.

Radiographie pulmonaire :

pas de stase veineuse pulmonaire. Pas de cardiomégalie.

ECG :

Rythme sinusal à 70/minute, PR à 12/100°, onde T négative asymétrique en D1, VL, V5, V6:

En V1 : onde R : 5mm, onde S : 15mm

En V2 : onde R : 8mm, onde S : 10mm

En V5 : onde R : 25mm, onde S : 4mm

En V6 : onde R : 23mm, onde S : 3mm

1. De quelle(s) valvulopathie(s) souffre ce patient ? **RA, IA**
2. Quelle est votre interprétation de l'ECG et de l'onde T négative en latéral ?
3. Quels sont les signes de gravité échographiques et Doppler de la principale atteinte cardiaque ?
4. Quelles sont les bases du traitement proposé .
5. Quels sont les éléments de surveillance au long cours de ce malade ?

Questions

- 1- Prise en charge pratique d'une crise d'œdème aigu pulmonaire
- 2- Quel bilan minimum proposez- vous pour une hypertension et donnez sa classification de sévérité
- 3- Diagnostic positif de la crise rhumatismale
- 4- Indication et contre indication d'un traitement thrombolytique
- 5- Quel est le diagnostic différentiel d'une ischémie aiguë des membres inférieurs sur artères saines et artères athéromateuses et quel est leurs pronostics

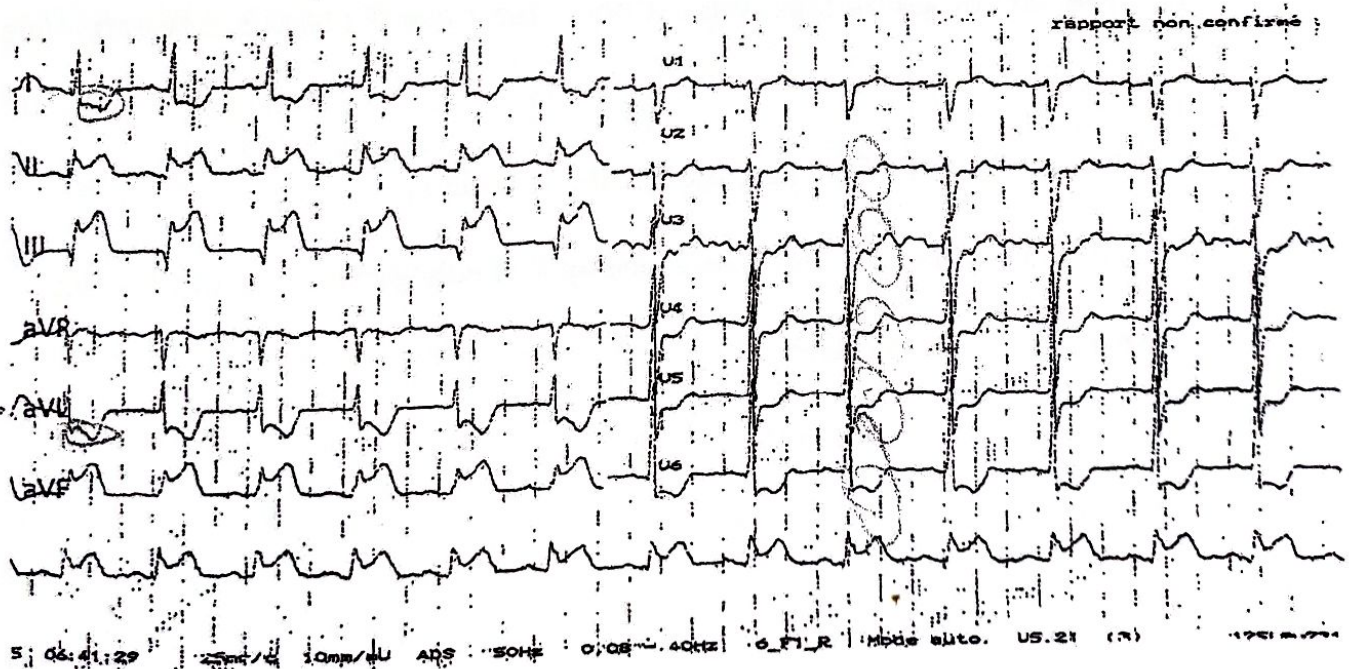
Examen de Cardiologie Section II

Cas clinique :

Monsieur XY âgé de 61 ans, fumeur et hypertendu depuis 10 ans et aux ATCD d'asthme bronchique, est amené aux urgences à 13 :00H pour une douleur thoracique rétrosternale constrictive irradiant au niveau du cou, évoluant depuis 10 :00H du matin de la même journée. L'examen clinique est sans particularités en dehors d'une TA à 170/90mmHg.

Le bilan lipidique prélevé il y a une semaine par son médecin est le suivant : Chol total=2.5 g/l, TG=1.5 g/l, HDL-chole=0.5 g/l, LDL-chole=1, 8 g /l, Glycémie à jeun à 1,0 g/l.

1- L'ECG est le suivant. Interprétez-le.



2- Quel est votre diagnostic ?

3 Quels mécanismes physiopathologiques incriminez-vous ?

4-Quels sont les facteurs de risque cardio-vasculaires de ce patient ?

5- Vous avez hospitalisé le patient, Quel est l'objectif principal du traitement ?
Quels sont les moyens d'y parvenir ?

6- Établir la prescription médicale détaillée avec l'ordonnance de sortie ?

7- Cette pathologie expose ce patient à plusieurs complications lesquelles ? (citez)

8- Après la sortie de l'hôpital ce patient a fait un malaise qui a nécessité une réhospitalisation et la mise en place d'un défibrillateur automatique implantable (DAI), à quoi consiste le principe de cette thérapie de défibrillateur automatique implantable ?

Questions :

1- Prise en charge thérapeutique d'une crise aiguë d'insuffisance cardiaque gauche

2- Diagnostic positif d'une endocardite infectieuse

3- Critères de sévérité clinique, électrique et échocardiographique d'un rétrécissement mitrale

Examen de Cardiologie (Section I)

Cas Clinique :

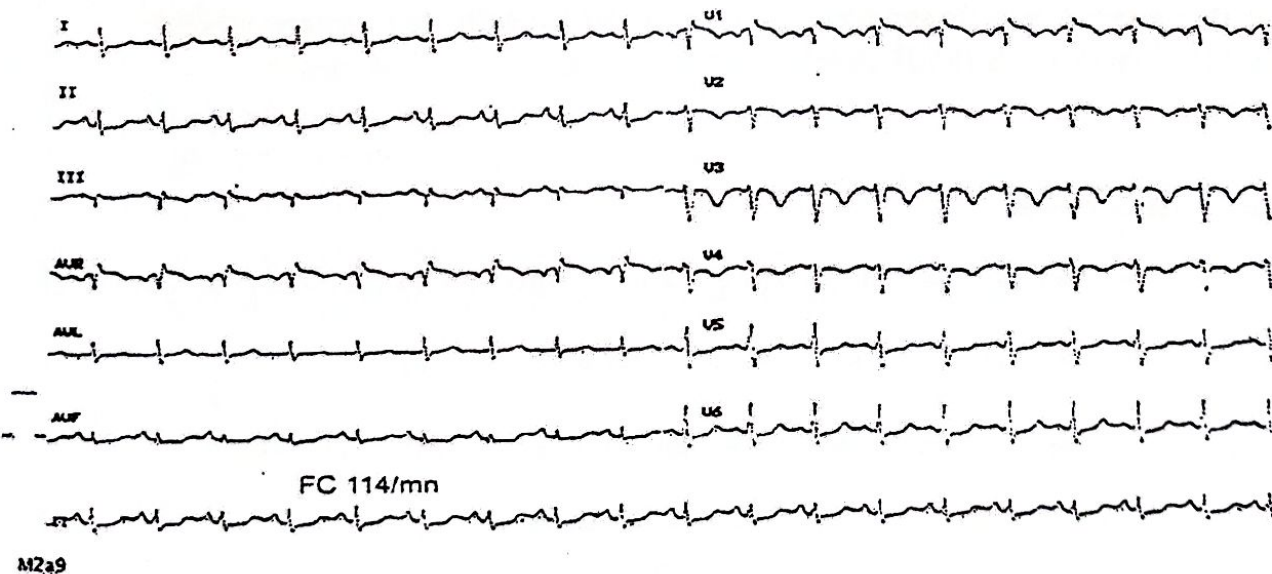
Madame F.A. âgée de 42 ans admise aux urgences médico- chirurgicales pour fracture du bassin suite à un accident de la voie publique. G3P3 pas encore ménopausée, sous traitement oestro-progestatif pour une dysménorrhée qui semble remonter à environ 2 mois. La patiente est mise sortante après 15 jour d'hospitalisation en traumatologie et a reçu un traitement préventif en injectable à base d'Enoxaparine 0.4ml une injection par jour en sous cutanée pendant 1 semaine. La patiente consulte à nouveau après 1 mois pour un œdème douloureux unilatéral du membre inférieure gauche sans cyanose. Elle pèse 105 kg et fait 165 cm de taille.

- 1- Complétez l'examen clinique et donnez votre diagnostic *TUP. Signe clinique de la TUP*
- 2-quel(s) examen(s) para clinique demanderiez-vous pour confirmer votre diagnostic? *TUP cause par TII+ 100mn + 100!*
- 3- quel est la conduite a tenir? *D. Dimeres - Plaquettes (FAT) - ECG - Drog des mésent - ECG - TCF
CAT devant une TII+*

La patiente développe dans les 48 h , une polypnée avec une douleur basi-thoracique droite a l'inspiration et une difficulté a l'élocution. Sa tension artérielle est de 160/95 mmHg. On note aucun souffle a l'auscultation, les bruits du cœur sont bien perçus avec un rythme rapide a 100 cyc/ mn. Les pouls fémoraux sont symétriques. la patiente est apyrétique. SAO2 est de 78%. *(IRA)*

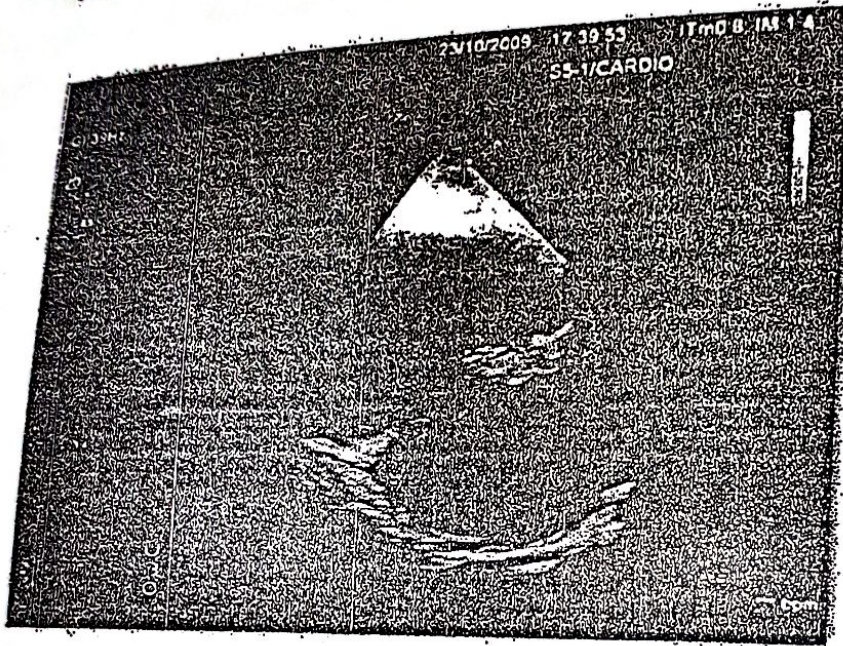
4- citez 4 diagnostics a retenir devant cet épisode aigu. *(Les Urgences)*

Un électrocardiogramme est fait en urgence montre :



5-: Interprétez l'ECG

Une échographie cardiaque faite en urgence retrouve :



Conclusions :

- Dilatation VD++
- Séptum paradoxal
- Hypocinésie de parois libre VD
- HTAP > 55 mmHg
- P. VCI 24 mmHg sans collapsus respiratoire
- VG non dilaté, bonne FEVG
- Pas de valvulopathie, péricarde sec.

- 6- Quel est le diagnostic le plus plausible ? Argumentez. **EP**
- 7- Quelle serait votre conduite à tenir. **CAT devant EP**
- 8- Que pensez-vous de son traitement préventif à la suite de sa fracture ?

Questions :

- 1- Données cliniques et para cliniques de la Communication inter ventriculaire.
- 2- Facteurs de risque de la maladie thrombo embolique.
- 3- Signes cliniques en faveur d'une insuffisance aortique importante.
- 4- Propriétés pharmacologiques des B Bloquants.

Tlemcen le 09 Décembre 2012

EXAMEN DE CARDIOLOGIE

-4eme Année- (Section II)

Cas clinique:

Mme M.B, âgée de 44 ans, sans antécédents cardio-respiratoires connus, vient d'être opérée (hystérectomie pour utérus polomyomateux). Les suites opératoires sont simples jusqu'au 6e jour où elle s'est levée et une violente douleur médio-thoracique survient alors brutalement avec une dyspnée. L'examen clinique retrouve un patiente anxieuse mais apyrétique l'auscultation cardiaque retrouve un rythme régulier avec des bruits cardiaque bien frappés. .

1- Quels diagnostics évoquez-vous et quel est le plus probable ? (justifiez votre

réponse) *Péricardite* *EP +++ (Post-opératoire)*
sd coronarien *Dissection*

2- Quels examens complémentaires demanderiez -vous (détail des anomalies

possibles) ? Et quelle sera votre stratégie diagnostique ?
. D. Dimères
. ECG

3- Quelle sera votre conduite thérapeutique d'urgence ?

4- L'évolution s'est faite favorablement sous traitement après une dizaine de

jours. Rédigez votre ordonnance de sortie et de suivi ultérieur

Bilan de coagulation

Angiographie pulmonaire
ÉCG Echo color
Examens

Question 1 :

Définition et score de risque du syndrome coronarien aigu sans sus décalage du segment ST.

Question 2:

Définition et signes cliniques d'une tétralogie de Fallot

Question 3:

Classification de la dissection aortique

Question 4:

Quelles sont les différents types et les principales actions des digitaliques
(Citez des exemples de chaque)

Bonne chance

EXAMEN DE CARDIOLOGIE

-4eme Année- (Section II)

Tlemcen le 03 Novembre 2011

Nom :

Prenom :

Code :

Date de naissance

Cas clinique N°1 :

Mr R.M âgé de 46ans s'est présenté aux urgences cardiologiques à 4h du matin pour une dyspnée d'apparition brutale à type d'orthopnée obligeant le patient à se mettre en position assise. Dans ses antécédents, le patient aurait été suivi dans son jeune âge pour un souffle ?

L'examen clinique retrouve un patient anxieux mais apyrétique et coopérant.

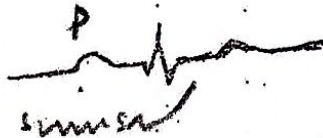
L'auscultation cardiaque retrouve un souffle diastolique de 3/6 latéro-sternal gauche avec un 2eme bruit diminué au niveau du même foyer.

L'examen pleuro-pulmonaire retrouve des râles crépitants aux bases pulmonaires

1- Ce tableau clinique vous fait penser à quelle pathologie, et quelle serait l'étiologie à retenir en premier ? (justifiez)

IAo
OAP sur ICA

2- L'ECG fait montre :



S1=15mm S2=19mm S5=7mm S6=5mm
R1=6mm R2=11mm R5=24mm R6=27mm

Onde T positive et asymétrique de V1 à V6

Interprétez cet ECG

SVA(12) + RV6(27)

= 47mm

> 35

→ S1/R20 +

T positif

→ HVA Diastolique

- 3- En complétant votre examen par un examen de la périphérie, quels sont les signes de mauvaise tolérance de la maladie ?
- 4- L'échographie faite le lendemain de son hospitalisation confirmera le diagnostic en révélant quels signes ?
- 5- Quel traitement proposeriez vous à votre patient dans l'immédiat ?
- 6- Quelle serait votre prise en charge ultérieure et votre pronostic

Prise en charge de PPOA

PEC de PIC et PIA

Question 2 :

Mécanisme d'action des antivitamines K et leurs indications.

Question 3 :

Quels sont les principaux facteurs de risque cardiovasculaires et leurs moyens de prévention.

Question 4 :

Principes physiopathologiques de l'embolie pulmonaire