

Examen final de cardiologie

2015/2016

- 1-Bilan systématique de l'OMS devant une Hta ?
- 2-Signes cliniques et échographique du Raou Serré ?
- 3-Les examens complémentaires pour confirmer l'embolie pulmonaire ?
- 4-Les contres indications des B bloquants ?
- 5-Ordonance de sortie de SCA ST+ ?
- 6-le Traitement de la crise anionique ?
- 7- Traitement de la communication inter ventriculaire ?
- 8-Signes de gravité d'une insuffisance aortique ?
- 9-Les signes cliniques de rétrécissement mitral serré chez un patient présentant une ACFA +calcification de la valve ?
- 10-différence entre SCA ST- et angor instable ?
- 11-Prise en charge devant une crise d'OAP ?
- 12-Traitement non médicamenteux de l'IC gauche ?
- 13-Les causes de l'IC droite ?
- 14-La dose de lovenox qui être administrée pour une femme de 61 kg ?
- 15-Les étiologies de l'IC gauche ?
- 16-Les deux cardiopathies les plus fréquentes dans l'endocardite infectieuse ?
- 17-Les médicaments qui diminuent la mortalité après un IDM ?
- 18-Les marqueurs biologiques d'un IDM ?
- 19-Auscultation d'un RM calcifié ?

1. Bilan systématique DMS devant l'HTA

- glycémie à jeun
- Cholestérol total, Triglycérides, ~~LDL~~ Cholestérol, Calcul du LDL-cholestérol
- Créatininémie et calcul de la clairance de la créatinine par la formule de
- Kaliémie
- ECG à 12 dérivations
- Hématurie, protéinurie par analyse de bandelette urinaire réactive

2. Le RAO sévère :

cliniques :

1. Présence de signes fonctionnels : dyspnée d'effort, syncope d'effort, angor d'effort-
2. Souffle systolique éjectionnel à maximum tardif
3. Absolution du B2 Aortique
4. Existence d'autres valvulopathies

échographiques :

1. Surface aortique $< 1 \text{ cm}^2$
2. Surface indexée $< 0,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$
3. Gradient moyen transaortique $> 50 \text{ mmHg}$

3) Examens complémentaires de l'embolie pulmonaire :
A) Dosage des D-Dimères : une concentration inférieure à 500 ng/L élimine avec quasi-certitude le diagnostic de P'É.P

B) Échocardiographie : rechercher les signes du cœur pulmonaire aigu : Dilatation du VD sans HVD et présence du septum paradoxal

L'échocardiographie permet parfois de visualiser les thrombi dans les cavités droites

C) Scintigraphie de Perfusion / Ventilation : Sa sensibilité est excellente, le Dx d'EP est retenu devant la présence de défauts de perfusion sans défaut de ventilation

D) Angiographie pulmonaire : Examen de référence, invasif, nécessitant la montée d'une sonde dans l'artère pulmonaire

E) Scanner spirale : avec sensibilité et spécificité qui sont excellentes pour cette indication

F) Echo-Doppler des membres inférieurs : la mise en évidence d'une thrombose veineuse proximale chez un sujet suspect d'EP permet de confirmer le diagnostic de maladie thrombo-embolique veineuse et donc le diagnostic d'embolie pulmonaire

41 C.I des Beta-Bloquants:

C. I absolues:

- 1- Hypersensibilité au produit
- 2- Asthme ou état de mal asthmatique, ou BPGO sévère
- 3- Insuffisance cardiaque non contrôlée ou en phase aiguë
- 4- Choc cardiogénique
- 5- BAV de 2^e ou 3^e degré non appareillés
- 6- Angor de Prinzmetal
- 7- Maladie du sinus (Bloc sino-auriculaire)
- 8- Bradycardie inférieure à 45 bpm
- 9- Pheochromocytome non traité
- 10- ATCDs de R^o: anaphylactique

C. I relatives:

- 1- Troubles de conduction intraventriculaire
- 2- Diabète mal équilibré
- 3- Obésité
- 4- Artériopathies des membres inférieurs
- 5- Syndrome de Raynaud

5) Ordonnance de sortie: STEMI

↳ Beta-Bloquant

↳ Aspirine: 100 mg/j

↳ Statine: Atorvastatine 80 mg/j

↳ IEC: lopril

↳ Clopidogrel: 75 mg/j

7) Traitement de la communication inter-ventriculaire:

↳ TRT préventif contre les infections:

- Vaccin anti-grippal
- Éradication de tout foyer infectieux

↳ TRT médical: de l'insuffisance cardiaque et la congestion pulmonaire

- Digoxine
- Diurétique
- Vasodilatateur: IEC principalement

↳ TRT chirurgical:

- Palliatif: occlusion de l'artère pulmonaire
- Curatif: la fermeture du CIV par un patch de péricarde synthétique

8) Signes de gravité d'une IAO:

↳ Signes fonctionnels: Angor d'effort rarement de repos, dyspnée d'effort
- signes d'une IVA

↳ Signes auscultatoires: click protosystolique d'ouverture des valves, pistol-shot, roulement-de-flint à la pointe, bruit de galop

↳ Signes périphériques: - diminution du B.P.
- Hyperspulsatilité artérielle: pulsations dans de courtes artères.
- double souffle de Durozier.
- Élargissement de la P.A différentielle.

124 la dose recommandée: 1mg/kg chaque 12 h
chez cette femme: 61mg chaque 12 h

13) Étiologies de l'ICD:

- 1) HTAP secondaire à :
 - ICA, RM, IM
 - Pathologie pulmonaire chronique
 - EP avec CPA
 - 2) HTAP primitive ou associée à une connectivite: sclérodermie
 - 3) Cardiopathie congénitale avec shunt G.D: CIA, CIV
 - 4) Valvulopathie droite
 - 5) Tamponnade, Péricardite chronique constrictive
 - 6) Insuffisance cardiaque par hypertension
 - 7) Dysplasie arythmogène du VD
 - 8) IDM du VD
- ### 15) Étiologies de l'ICA

- 1) Atteinte isémique par insuffisance coronaire
- 2) Cardiomyopathie dilatée idiopathique
- 3) Valvulopathies: RAO, IAO, IM
- 4) Cardiomyopathie hypertensive
- 5) Cardiomyopathies toxiques (Alcool) ou carencielle (Béribéri)
- 6) Cardiomyopathie hypertrophique obstructive et non obstructive
- 7) Myocardites (souvent d'origine virale, maladie de Chagas)
- 8) Maladie de surcharge: Amylose, Lémbochromatose
- 9) Cardiopathie congénitale non corrigée
- 10) Cardiomyopathie du post-partum

111 PEC devant une crise d'OAP

Objectifs : 1. Soulager rapidement le patient

2. Assurer l'oxygénation tissulaire

3. Diminuer la pression capillaire pulmonaire

4. Traiter un éventuel facteur déclenchant

↳ Position semi-assise, sonde urinaire, scope
↳ Traitement symptomatique :

Oxygénothérapie : 10 l/m \Rightarrow But : $SaO_2 \geq 90\%$.

Diurétiques : pour diminuer la congestion pulmonaire

Laxixi 40-80 mg en IV

Dérivés nitrés : améliorant la précharge et la post-charge

Bolus 3 mg/5 mn

↳ Assistance ventilatoire

↳ Surveillance : FC, FR, SpO_2 , Diurèse.....

121 TRT non médicamenteux de l'ICG

- Régime hyposodé (< 6 g de sel/jour)

- Exercice physique régulier n'entraînant pas de dyspnée

- Arrêt du tabac, de l'Alcool

- Réduction de la surcharge pondérale

- Vaccination anti-grippale

- Connaître les TRT à éviter ou à employer avec précautions :

AINS et coxibs, Anti-arythmiques classe I, lithium, corticoïdes....

- Education thérapeutique du patient

11 - ...

12 - Insuffisance cardiaque par hyperdésat: Anémie, Hyperthyroïdie...

16) les deux cardiopathies les plus fréquentes:

1) Cardiopathie congénitale: tétralogie de Fallot, CIV ou PCA

2) Valvulopathies

17) Les médicaments qui diminuent la mortalité post-IDM:

A) les anti-agrégants plaquettaires = une thérapie: Aspirine

- Clopidogrel est efficace pendant la première année

B) Bêta-Bloquant = diminuent les besoins du myocarde

C) les vasodilatateurs = principalement IEC, secondairement

I. C

D) Statine = le sujet qui a fait un IDM est un sujet

à risque cardio-vasculaire très élevé ⇒ intérêt de

l'atrovastatine

E) Aldactone = intérêt dans l'insuffisance cardiaque

post-IDM

18/ Enzymes cardiaques :

Enzyme	Apparition
Troponines +++	1h
CPK	6h
CPK-MB	3h
Myoglobine	precoce
Tro	12h
LDH	12h