

Annexes 1 : QCM et cas cliniques en cardiologie

1/ Les propositions suivantes concernant l'infarctus du myocarde à la phase aigue sont vraies sauf une. Indiquez laquelle ?

- A - Peut être traité par thrombolyse intraveineuse
- B - Peut être traité par angioplastie coronaire en urgence
- C - Est une indication à l'utilisation d'Héparine
- D - Justifie un entraînement électrosystolique préventif
- E - Justifie le transfert en Unité de Soins Intensifs

Réponse : D

2/ Les propositions suivantes concernant le rétrécissement aortique sont vraies sauf une. Indiquez laquelle ?

- A - S'observe surtout après 50 ans
- B - Ne se complique jamais d'endocardite bactérienne
- C - Peut s'exprimer par des douleurs angineuses
- D - Peut s'exprimer par des syncopes
- E - Est souvent lié à une calcification des sigmoïdes aortiques

Réponse : B

3/ Un des signes cliniques suivants ne fait pas partie des signes d'insuffisance cardiaque droite lequel :

- A - Œdèmes des membres inférieurs
- B - Ascite
- C - Dyspnée
- D - Turgescence jugulaire
- E - Hépatalgie

Réponse : C

4/ Parmi ces traitements lequel est formellement contre-indiqué dans l'œdème aigu du poumon :

- A - Bétabloquant
- B - Diurétique épargneur de potassium de type soludactone (Aldactone)
- C - Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)
- D - Diurétique de l'anse de type furosémide (Lasilix)
- E - C-PAP

Réponse : A

5/ Une des situations suivantes n'est pas un facteur déclenchant de décompensation cardiaque aigue laquelle :

- A - Observance d'un régime sans sel
- B - Embolie pulmonaire
- C - Fibrillation auriculaire
- D - Fièvre
- E - Infarctus du myocarde

Réponse : A

6/ Un patient de 45 ans se plaint d'une dyspnée d'effort se manifestant à la montée des escaliers et à la toilette. En quelle classe fonctionnelle classez-vous ce patient :

- A - Classe I de la NYHA
- B - Classe II de la NYHA

- C - Classe III de la NYHA
- D - Classe IV de la NYHA
- E - Aucune des classes de la NYHA

Réponse : C

7/ Parmi les examens paracliniques suivants, quel est celui qui doit être pratiqué en première intention pour le diagnostic de phlébite surale :

- A-La thermographie
- B-La pléthysmographie
- C-La phlébographie
- D-La scintigraphie
- E-L'écho-Doppler veineux

Réponse : E

8/ L'apparition brutale d'un œdème du membre inférieur avec tension importante du mollet et refroidissement de l'extrémité doit faire évoquer :

- A-Une phlébite banale
- B-Un érysipèle
- C-Une embolie artérielle
- D-Une phlegmatia coerulea
- E-Une poussée de lymphangite sur lymphoedème chronique

Réponse : D

9/ Lors d'une embolie pulmonaire de moyenne gravité l'examen des gaz du sang montre :

- A-Une hypoxémie avec hypercapnie
- B-Une hypoxémie avec normocapnie
- C -Une hypoxémie avec hypocapnie
- D-Une normoxémie avec hypercapnie
- E-Aucune de ces perturbations

Réponse : C

10/ Toutes les affirmations suivantes concernant le flutter auriculaire sont exactes sauf une. Indiquez laquelle ? Le flutter auriculaire est un trouble du rythme :

- A-Qui peut s'observer dans l'évolution d'une cardiomyopathie
- B-Qui peut entraîner des embolies systémiques
- C-Qui peut déclencher la survenue d'une insuffisance cardiaque
- D-Qui peut être réduit par les manoeuvres vagales
- E-Qui peut être dégradé par la prescription de digitaliques

Réponse : D

CAS CLINIQUE

CAS CLINIQUE N°1 :

Mr B. 71 ans vous consulte pour ses douleurs thoraciques. Depuis 20 jours ce chef d'entreprise, très actif ressent dès qu'il marche vite une douleur médiosternale constrictive irradiant à la mâchoire inférieure. Il n'a jamais ressenti cette douleur spontanément et elle a toujours disparu à l'arrêt de la marche.

Ses principaux antécédents sont : une HTA modérée non traitée et une bronchite chronique posttabagique sans bronchospasme évident.

L'examen clinique montre un net surpoids (95 kg pour 170 cm) et une pression artérielle de 150/95 aux deux bras.

L'ECG est en rythme sinusal sans anomalie du QRS mais avec un aspect d'ischémie sous épigardique en antéro-septo-apical.

- 1 _ Quel diagnostic posez-vous dès l'interrogatoire ?
- 2 – Que signifient les anomalies de l'ECG ?
- 3 – Quelle information devez-vous donner à ce patient concernant le risque qu'il encourt ?
- 4 – Quel traitement médicamenteux vous semble approprié ?
- 5 – Mr J a eu une coronarographie. Cet examen vous semble-t-il indispensable ?

CAS CLINIQUE N° 2

Une patiente de 30 ans consulte aux urgences pour une douleur spontanée du mollet droit. Localement, vous retrouvez un oedème non inflammatoire remontant jusqu'au creux poplité, associé à une dilatation des veines superficielles et à une diminution du ballonnement du mollet. L'état général est conservé, la température est à 37,8°, la fréquence cardiaque est à 100, la tension artérielle est normale. L'interrogatoire révèle par ailleurs la prise d'une contraception oestro-progestative (TRIELLA®), ainsi que la notion d'un voyage en avion 72 heures auparavant.

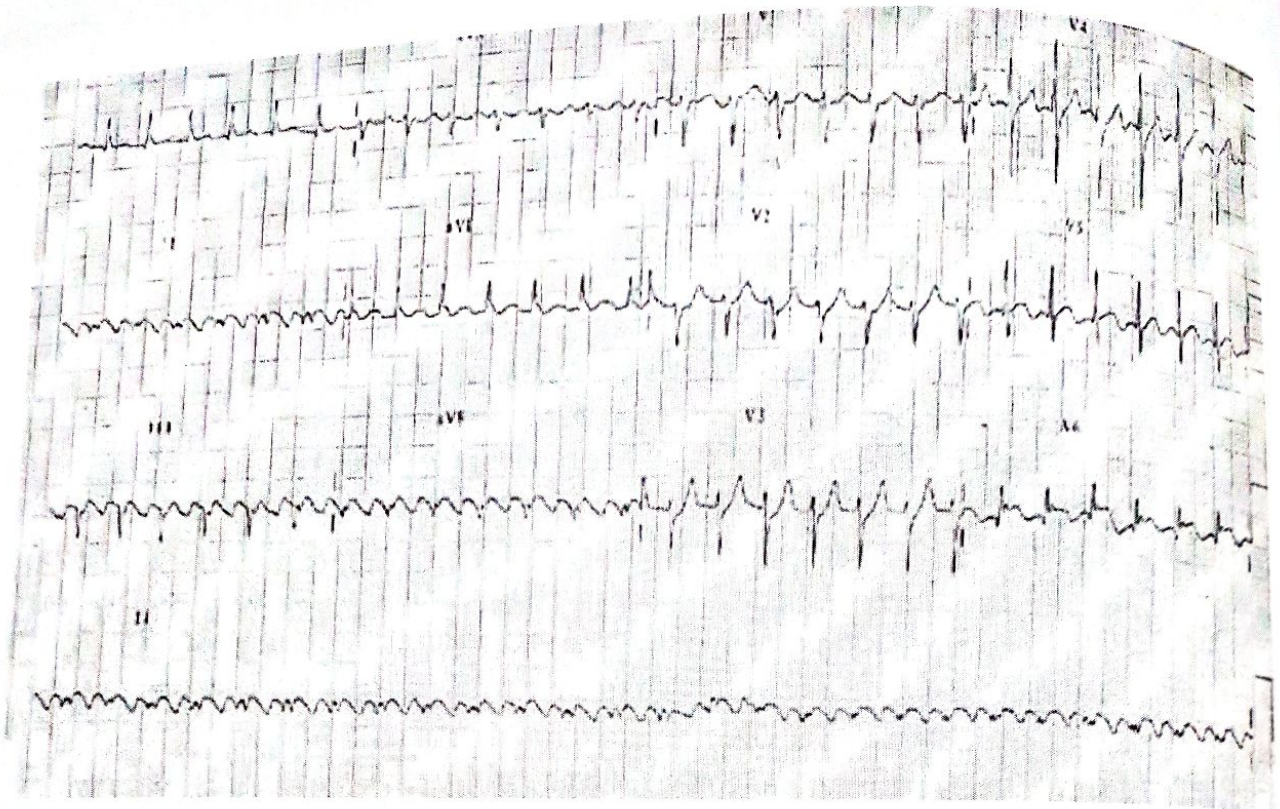
- 1 – Quels sont, par l'interrogatoire et l'examen clinique, les éléments complémentaires que vous recherchez, ou que vous retenir, en faveur du diagnostic de maladie thromboembolique veineuse ?
- 2 – Quels examens demandez-vous à titre diagnostique ?
- 3 – Vous diagnostiquez une thrombose suro-poplitée droite, sans embolie pulmonaire. Quels traitements devez-vous instaurer (nom, posologie, mode d'administration) ? Avec quelles surveillances biologiques indispensables

CAS CLINIQUE N° 3

Monsieur M 65 ans, hypertendu mal équilibré sous IEC et inhibiteur calcique non bradycardisant

depuis 10 ans présente une dyspnée d'effort depuis une semaine associée à des palpitations. Il se présente aux Urgences où un électrocardiogramme est réalisé (ECG n°1). L'examen clinique retrouve une patiente dyspnéique au repos, la fréquence respiratoire est de 28/mn., la tension artérielle est symétrique aux deux bras à 180/100 mmhg, la saturation en air ambiant est de 91%. Il existe des crépitations bilatérales remontant jusqu'aux tiers inférieurs des deux champs pulmonaires associés à de discrets odèmes des membres inférieurs. Le reflux hépatojugulaire est net.

L'auscultation cardiaque ne retrouve qu'une tachycardie sans souffle surajouté



ECG n°1

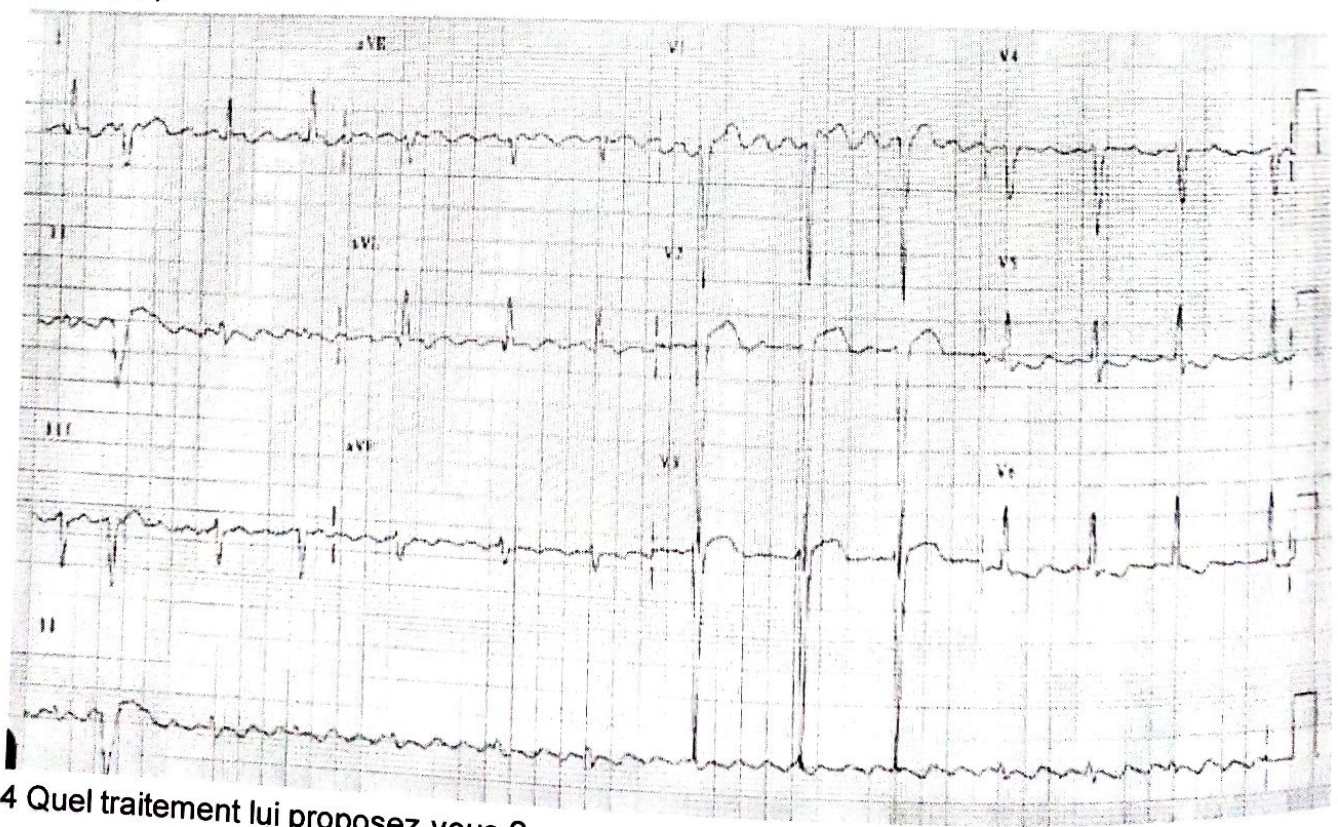
1 - Quel est votre diagnostic clinique, après avoir consulté l'ECG ?

2 - Quel traitement instaurez vous immédiatement ?

3 - Sous le traitement que vous avez instaurez l'évolution du patient s'améliore, et vous réalisez un nouvel ECG.

Quel est votre diagnostic, et quels examens programmez vous (détailler ce que vous recherchez).

(ECG n°2)



4 Quel traitement lui proposez-vous ?

5 - Le bilan que vous avez réalisé a retrouvé une cardiopathie hypertensive avec une altération modérée de la fonction systolique ventriculaire gauche. Vous réussissez à restaurer un rythme sinusal après imprégnation en Coradrone après un bref passage en fibrillation auriculaire. Quel traitement au long cours prescrivez-vous ?

6 - Vous revoyez votre patient 2 mois après l'épisode, il se plaint d'une asthénie, vous réalisez l'ECG suivant :

Quel est votre diagnostic, quelle est la sanction thérapeutique ?

REPONSE

CAS CLINIQUE N° 1

1 - A Angor instable de type : angor d'effort de novo.

2 - Ondes T négatives pointues symétriques, localisées au territoire V1V2V3V4.

3 - Nécessité d'une hospitalisation immédiate en unité spécialisée (USIC) car risque d'infarctus du myocarde et/ ou de mort subite.

4 - aspirine per os ou en IVD,

- héparine de bas poids moléculaire (HBPM) par voie sous cutanée : deux injections par jour,

- antiagrégant plaquettaire de type clopidogrel : Plavix

- trinitrine en perfusion à la seringue électrique en cas de douleur persistante.

- bêtabloquant : per os ou IVL par exemple aténolol.

- Surveillance clinique et paraclinique.

5 - Oui, car chez ce patient on suspecte une lésion de l'artère coronaire gauche avec indication à un geste de revascularisation (sur la symptomatologie clinique et les anomalies électriques).

CAS CLINIQUE N° 2

1 - Les signes locaux de thrombose veineuse profonde, à savoir, douleurs, œdème, dilatation des veines superficielles, diminution du ballonnement du mollet, signe de Homans. La prise d'oestrogénostatifs et la notion d'un voyage en avion.

Les signes cliniques évocateurs d'embolie pulmonaire, à savoir, douleur thoracique, malaises, dyspnée, crachats hémoptoïques, tachycardie, toux, recherche de signes cardiaques droits à l'examen.

La recherche d'antécédents familiaux et personnels de thrombose veineuse et/ou d'embolie pulmonaire par l'interrogatoire.

2 - Dosage des D-dimères, échodoppler veineux des membres inférieurs, scintigraphie pulmonaire de ventilation et de perfusion, ainsi que ECG, RP et gazométrie artérielle. Les autres examens (phlébographie, scanner spiralé, angiographie pulmonaire, échocardiographie) sont inutiles, sauf en cas de non disponibilité de l'écho-doppler veineux ou de la scintigraphie.

3 - Mise en route d'une héparinothérapie qui peut être de 3 types :

- héparine non fractionnée par voie intraveineuse au pousse-seringue électrique, 500 unités/kg jour, après une dose de charge de 5 000 unités, posologie à adapter au TCA, à maintenir 2 à 3 fois le témoin ;

- calciparine 0,1 ml pour 10 kg de poids corporel 2 fois par jour, à adapter également selon le TCA ;

- héparine de bas poids moléculaire en une seule injection quotidienne par exemple, 175 à 200 unités, anti-Xa/kg

(FRAXODI® ou INNOHEP®). Pas de surveillance biologique avec les HBPM sauf une surveillance bihebdomadaire des plaquettes, comme avec les HNF.

Il est indispensable d'instaurer une contention élastique et de conseiller à la patiente d'interrompre sa contraception oestro-progestative.

Avant de débiter le traitement anticoagulant, il est préférable de réaliser un bilan de coagulation, une NFS et un contrôle de la fonction rénale.

On peut envisager un relais rapide aux AVK, par exemple PREVISCAN® ou COUMADINE®, en réalisant quotidiennement, durant la phase de relais, un taux de prothrombine et un INR ; dès que l'INR est entre 2 et 3 durant 2 jours consécutifs, on peut arrêter l'héparinothérapie. La durée de traitement AVK dans ce cas particulier devra être à peu près de 3 mois (extension à la veine poplitée mais facteur prédisposant temporaire), à moins qu'il existe un facteur de thrombophilie biologique mis en évidence sur le bilan de thrombose. En effet, vu le jeune âge, on peut conseiller la réalisation d'un bilan de thrombose, a fortiori s'il existe des antécédents familiaux (recherche d'une résistance à la protéine C activée, dosage de protéine C, de protéine S, d'antithrombine III, recherche d'anticorps anticardiopline et recherche d'une mutation génétique au niveau facteur II).

CAS CLINIQUE N° 3

1 – Poussée d'insuffisance cardiaque globale sur tachycardie supraventriculaire

2 – Mise en condition avec mise en place d'une voie d'abord périphérique

-Oxygénothérapie nasale, à adapter à l'état clinique du patient par exemple : 4l/mn

- Diurétique en intraveineux, par exemple diurétique de l'anse : Lasilix (furosémide) : 60 mg en IVD puis 40 mg * 3/24 h

- Ralentissement de la cadence ventriculaire : par Digoxine IVDt une ampoule IVD puis ½ amp toutes les 8 heures après avoir vérifiée la fonction rénale et la kaliémie pour les injections ultérieures.

-Vasodilatateur veineux et artériel : Lénital : 1 mg/h en IVSE à adapter à l'état hémodynamique du patient

-Traitement anticoagulant à dose efficace : Héparine non fractionnée en IV ou HBPM en sous cutanée type enoxaparine : Lovénox

- puis après amélioration du patient hospitalisation en cardiologie

3 Flutter auriculaire commun

1. Une échocardiographie transthoracique et transoesophagienne pour :

- Evaluer la fonction ventriculaire gauche
- Etudier la cinétique segmentaire
- Rechercher une valvulopathie mitrale et /ou aortique
- Taille de l'oreillette gauche
- Recherche de thrombus dans les cavités gauches (auricule)

Un bilan biologique :

1. Bilan thyroïdien, hémostase et ionogramme sanguin avant de programmer une cardioversion

4 – Cardioversion médicamenteuse et/ou électrique après s'être assuré de l'absence de thrombus dans les cavités gauches, et que le patient est bien anti coagulé

5 – adaptation du traitement anti hypertenseur ; traitement anticoagulant : AVK type préviscan avec comme objectif un INR entre deux et trois traitement anti arythmique par Cordarone

6 – Dysfonction sinusale probable maladie de l'oreillette, Pacemaker