



# Conférences ECNi

## Spécialité

**Brahim HARBAOUI**

**Nathan MEWTON**

**Institut de Cardiologie des Hospices Civils de Lyon**



Faculté de Médecine  
Lyon-Est





## ENONCE DP1

Une patiente âgée de 37 ans vous est adressée par son médecin traitant pour exploration d'un souffle cardiaque. La patiente consultait pour un essoufflement inhabituel.

Elle est mariée et a 3 enfants. Dans son carnet de santé, il est noté « souffle cardiaque à explorer » à l'âge de 2 ans. Elle est par ailleurs en bon état général, apyrétique, stable hémodynamiquement, elle ne présente pas de signes de décompensation cardiaque. À l'auscultation cardiaque, vous identifiez un souffle de rétrécissement aortique à 3/6, non frémissant.



## QUESTION N°1

Le souffle de rétrécissement aortique est

A - doux

B - rapeux

C – irradiant vers les carotides

D - mesosystolique

E - holosystolique



## QUESTION N°1

Le souffle de rétrécissement aortique est

A - doux

B - rapeux

C – irradiant vers les carotides

D - mesosystolique

E - holosystolique

## QUESTION N°2

Quelle étiologie est la plus probable pour ce rétrécissement aortique ?

A - rhumatismale

B - dégénérative

C - infectieuse

D - congénitale

E - médicamenteuse

L'échographie cardiaque transthoracique confirme la présence d'un rétrécissement aortique à bonne fonction systolique ventriculaire gauche. Le gradient moyen transvalvulaire aortique, la vitesse transvalvulaire aortique, la surface valvulaire aortique et la surface valvulaire aortique indexée sont en faveur d'un caractère serré du rétrécissement aortique. L'aorte ascendante est dilatée à 51 mm.

## QUESTION N°3

Quels éléments peuvent figurer dans la conclusion de cet examen ?

A – hypertrophie ventriculaire gauche

B – bicuspidie aortique

C – gradient moyen transvalvulaire aortique à 51 mm Hg

D – surface calculée à 0,9 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>

E – vitesse maximum transvalvulaire aortique à 3,2 m/s

## QUESTION N°3

Quels éléments peuvent figurer dans la conclusion de cet examen ?

A – hypertrophie ventriculaire gauche

B – bicuspidie aortique

C – gradient moyen transvalvulaire aortique à 51 mm Hg

D – surface calculée à 0,9 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>

E – vitesse maximum transvalvulaire aortique à 3,2 m/s

## QUESTION N°4

Vous proposez une intervention chirurgicale à la patiente mais elle refuse catégoriquement. Quels sont les risques évolutifs en lien avec le rétrécissement aortique?

A – insuffisance cardiaque

B - syncope

C - angor

D – mort subite

E – embolie pulmonaire

## QUESTION N°4

Vous proposez une intervention chirurgicale à la patiente mais elle refuse catégoriquement. Quels sont les risques évolutifs en lien avec le rétrécissement aortique?

A – insuffisance cardiaque

B - syncope

C - angor

D – mort subite

E – embolie pulmonaire

## QUESTION N°5

Finally after having explained the evolutionary risks, she accepts the surgical intervention. Which intervention seems to be the most appropriate for this patient who is reticent to any further intervention ?

A – aortic valve replacement surgical biological

B - aortic valve replacement surgical mechanical

C – biological Bentall intervention

D – mechanical Bentall intervention

E – aortic valve replacement percutaneous

## QUESTION N°5

Finally after having explained the evolutionary risks, she accepts the surgical intervention. Which intervention seems to be the most appropriate for this patient who is reticent to any further intervention ?

A – aortic valve replacement surgical biological

B - aortic valve replacement surgical mechanical

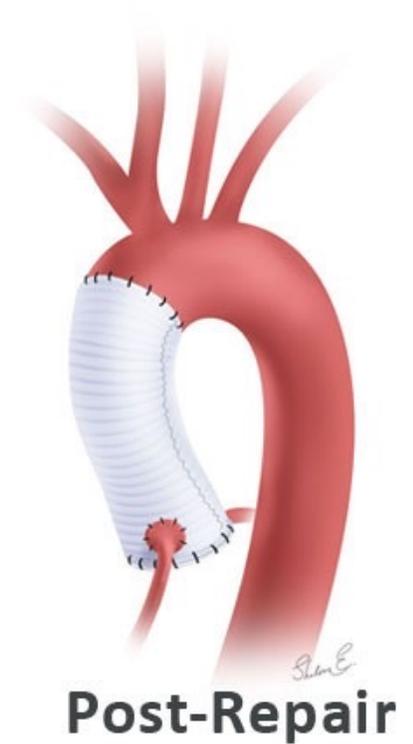
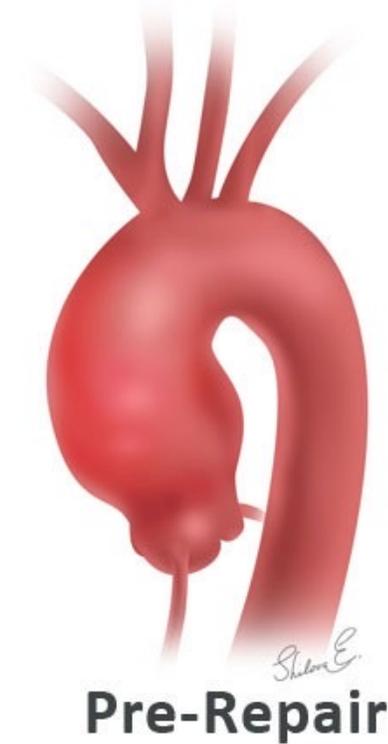
C – Bentall biological intervention

**D – intervention de Bentall mécanique**

E – aortic valve replacement percutaneous

# Chirurgie de Bentall

- L'intervention de Bentall est le remplacement de l'aorte ascendante, de la racine aortique ainsi que de la valve aortique.





## QUESTION N°6

Une intervention de Bentall mécanique est finalement réalisée. Quels traitements anticoagulants sont autorisés en cas de valve mécaniques?

A – héparine non fractionnée

B - apixaban

C - rivaroxaban

D - warfarine

E - acénocoumarol

## QUESTION N°6

Une intervention de Bentall mécanique est finalement réalisée. Quels traitements anticoagulants sont autorisés en cas de valve mécaniques?

A – héparine non fractionnée

B - apixaban

C - rivaroxaban

D - warfarine

E - acénocoumarol



## QUESTION N°7

Quels sont les complications possibles d'une valve aortique mécanique ?

A - dégénérescence

B – thrombose occlusive

C – thrombose non occlusive

D – endocardite infectieuse

E – désinsertion de prothèse



## QUESTION N°7

Quels sont les complications possibles d'une valve aortique mécanique ?

A - dégénérescence

B – thrombose occlusive

C – thrombose non occlusive

D – endocardite infectieuse

E – désinsertion de prothèse

## QUESTION N°8

Deux ans plus tard elle est hospitalisée en urgence pour une hémiparésie droite. Quelle(s) diagnostic(s) faut-il évoquer?

- A – endocardite infectieuse
- B – thrombose occlusive de prothèse
- C – thrombose non occlusive de prothèse
- D – accident vasculaire ischémique
- E – accident vasculaire hémorragique

## QUESTION N°8

Deux ans plus tard elle est hospitalisée en urgence pour une hémiparésie droite. Quelle(s) diagnostic(s) faut-il évoquer?

- A – endocardite infectieuse
- B – thrombose occlusive de prothèse
- C – thrombose non occlusive de prothèse
- D – accident vasculaire ischémique
- E – accident vasculaire hémorragique

Questions Isolées



## QUESTION N°9

Concernant l'insuffisance mitrale aigue les propositions suivantes sont vraies

A – elle est souvent bien tolérée

B – elle peut être en lien avec une endocardite infectieuse

C – elle peut être en lien avec une prise de médicaments

D – elle peut être en lien avec un syndrome coronaire aigu

E – elle peut provoquer un choc cardiogénique

## QUESTION N°9

Concernant l'insuffisance mitrale aiguë les propositions suivantes sont vraies

A – elle est souvent bien tolérée

B – elle peut être en lien avec une endocardite infectieuse

C – elle peut être en lien avec une prise de médicaments

D – elle peut être en lien avec un syndrome coronaire aigu

E – elle peut provoquer un choc cardiogénique



## QUESTION N°10

Concernant l'insuffisance aortique aigue les propositions suivantes sont vraies

A – elle est souvent bien tolérée

B – elle peut être en lien avec une endocardite infectieuse

C – elle peut être en lien avec une prise de médicaments

D – elle peut être en lien avec une dissection aortique

E – elle peut provoquer un choc cardiogénique

## QUESTION N°10

Concernant l'insuffisance aortique aigue les propositions suivantes sont vraies

A – elle est souvent bien tolérée

B – elle peut être en lien avec une endocardite infectieuse

C – elle peut être en lien avec une prise de médicaments

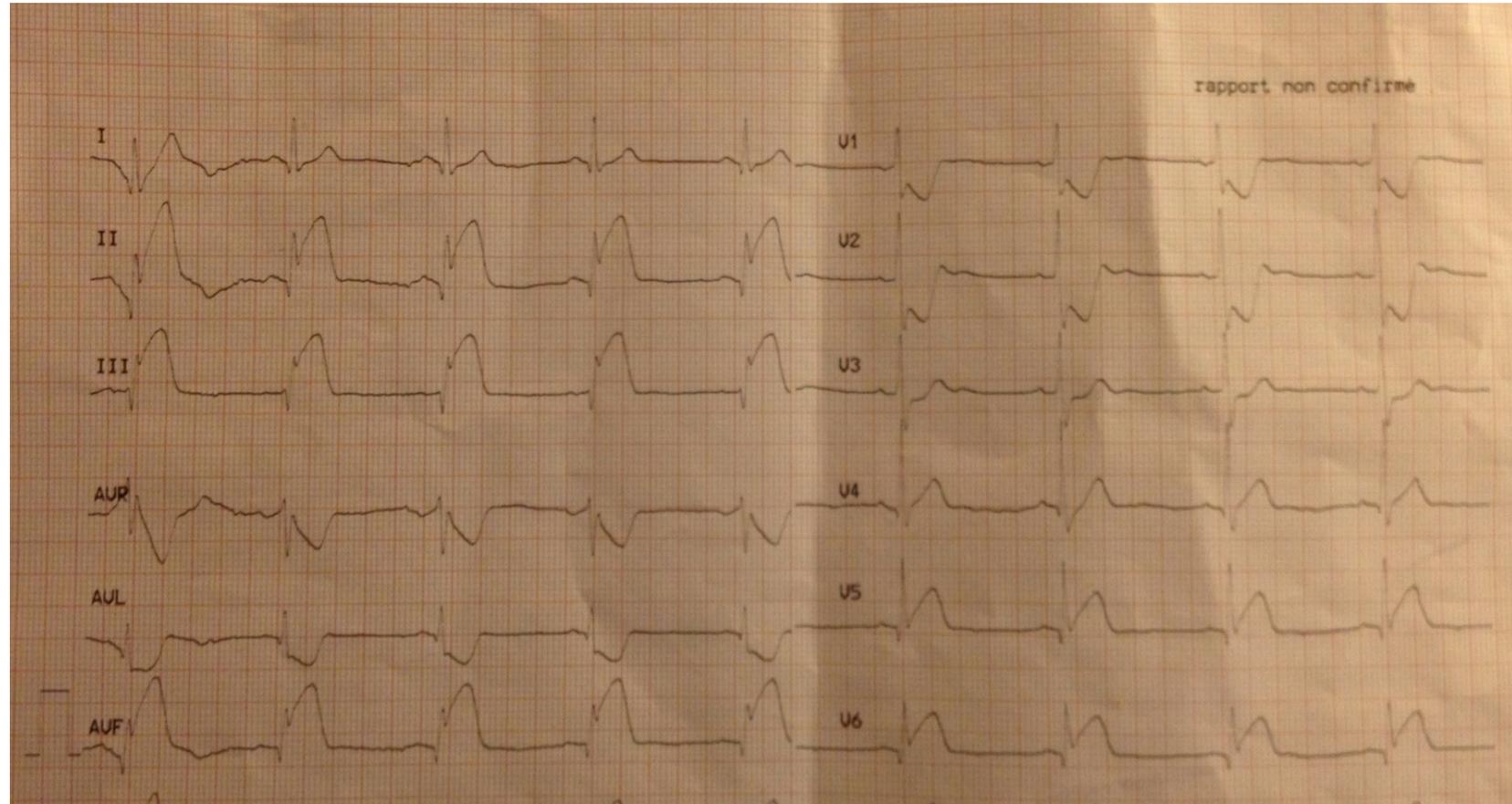
D – elle peut être en lien avec une dissection aortique

E – elle peut provoquer un choc cardiogénique

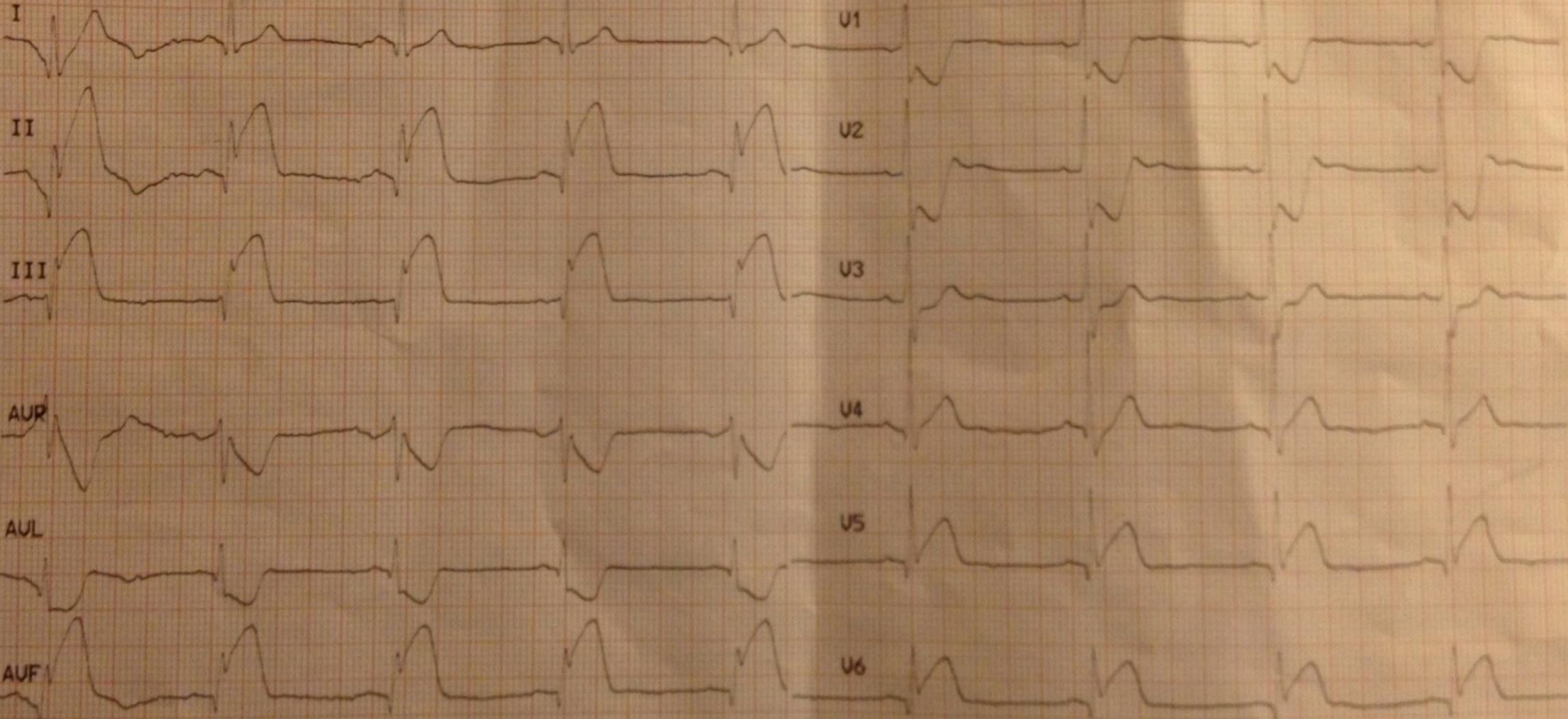
## QUESTION N°11

Quel est le diagnostic ECG ?

- A – SCA ST+ antérieur
- B – SCA ST+ inférieur
- C – SCA ST- antérieur
- D – SCA ST- inférieur
- E – myocardite aigue



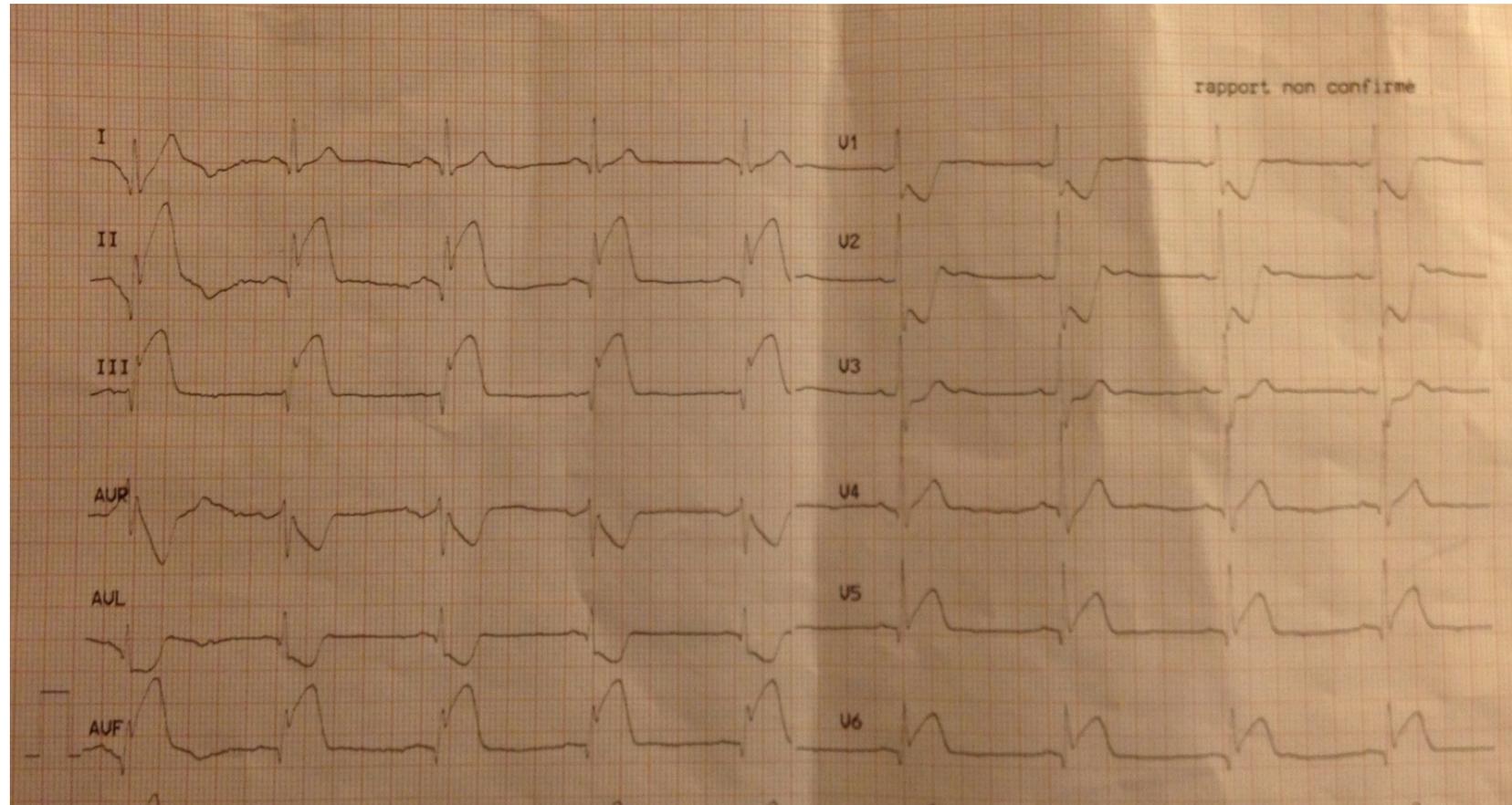
rapport non confirme



## QUESTION N°11

Quel est le diagnostic ECG ?

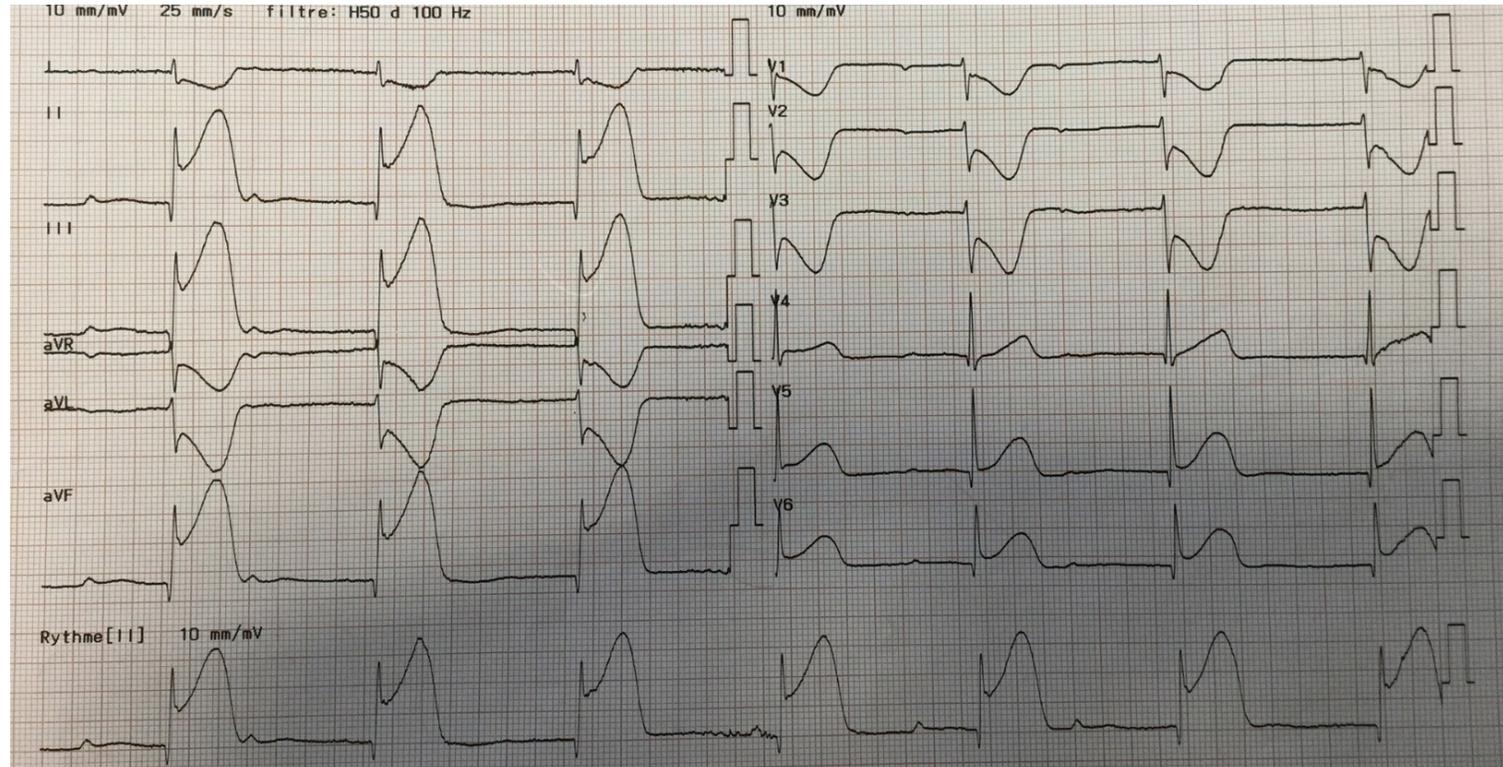
- A – SCA ST+ antérieur
- B – SCA ST+ inférieur**
- C – SCA ST- antérieur
- D – SCA ST- inférieur
- E – myocardite aigue



## QUESTION N°12

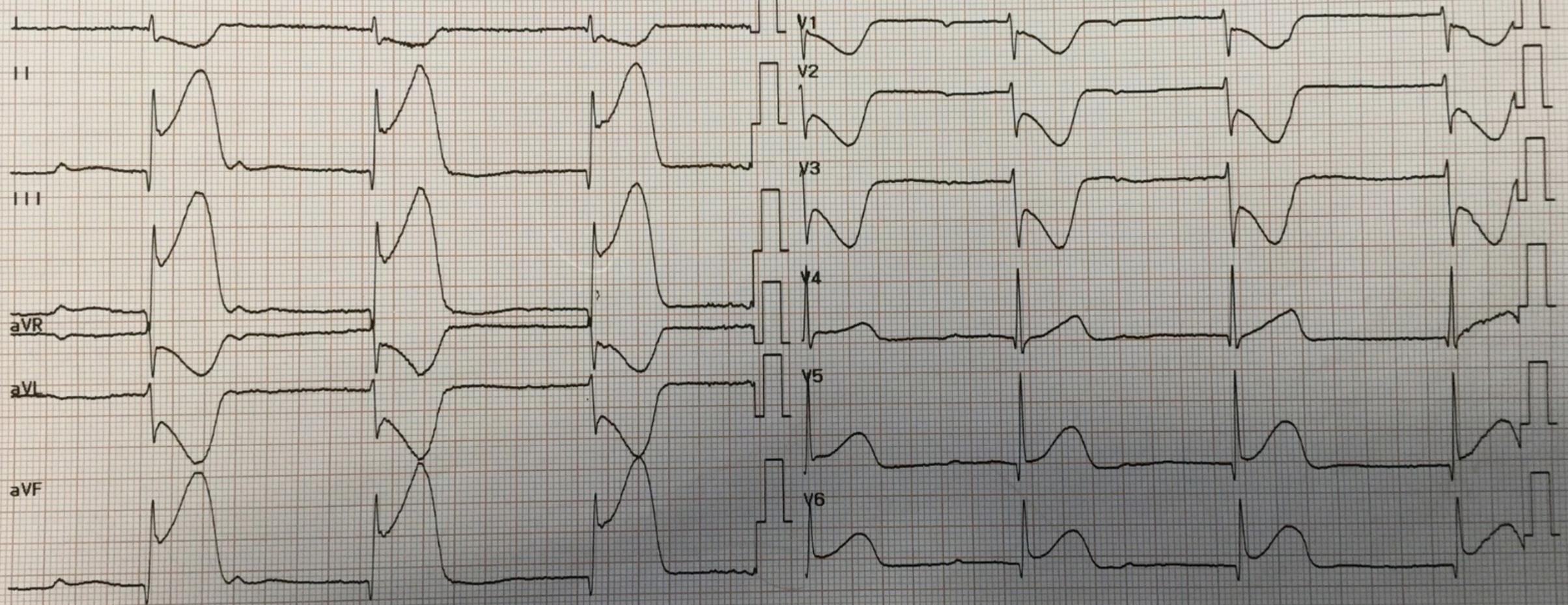
Quel est le diagnostic ECG ?

- A – SCA ST+ antérieur
- B – SCA ST+ inférieur
- C – SCA ST- antérieur
- D – SCA ST- inférieur
- E – bloc auriculo-ventriculaire complet

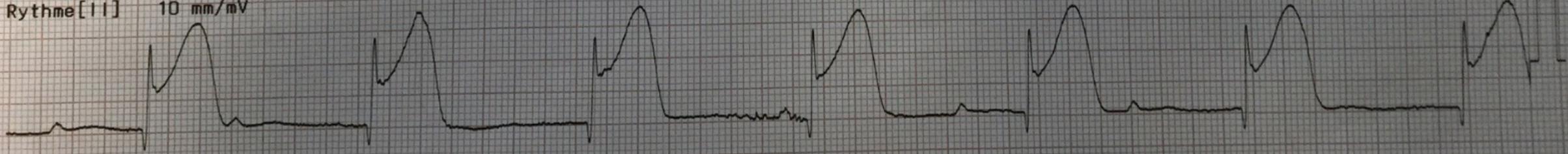


10 mm/mV 25 mm/s filtre: H50 d 100 Hz

10 mm/mV



Rythme [11] 10 mm/mV



## QUESTION N°12

Quel est le diagnostic ECG ?

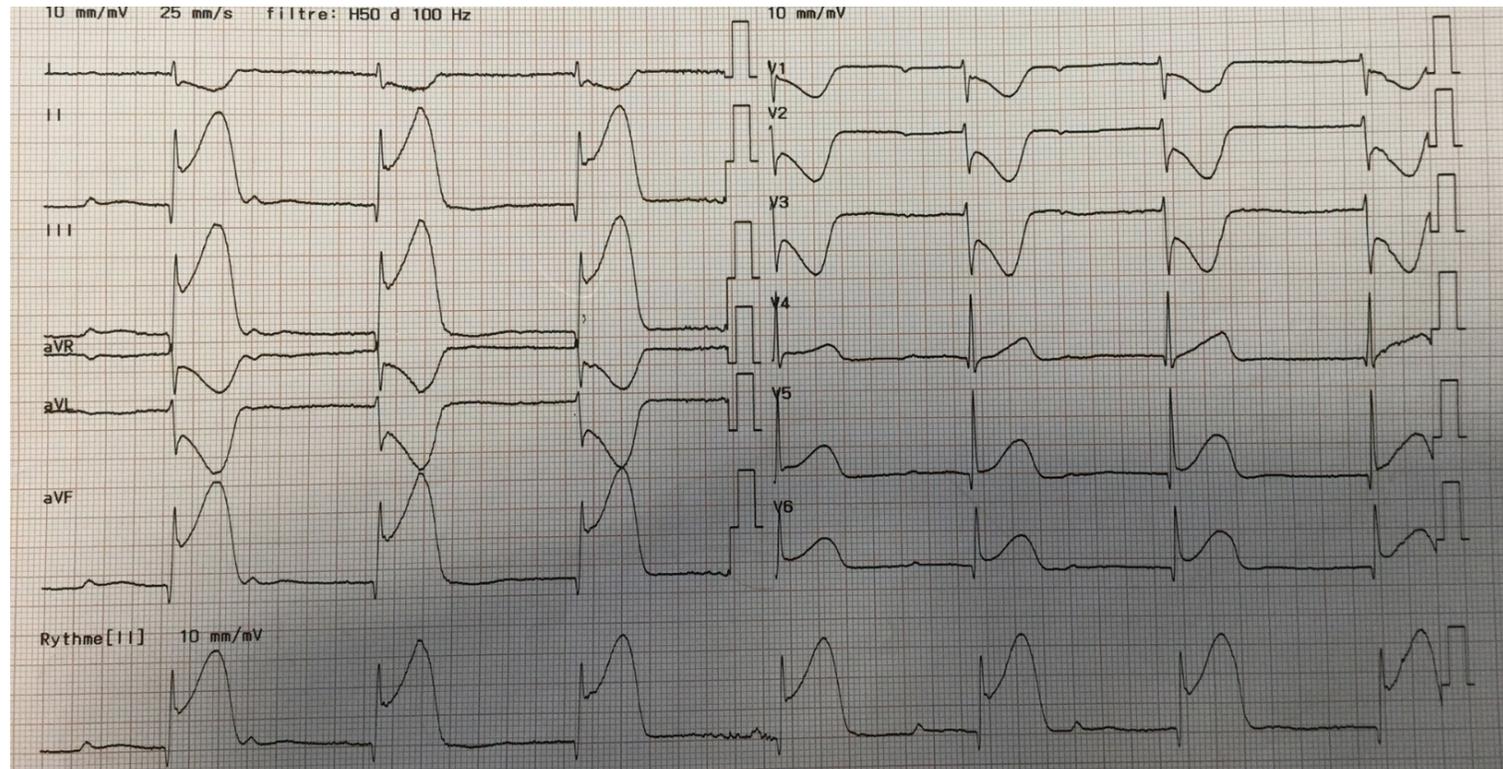
A – SCA ST+ antérieur

B – SCA ST+ inférieur

C – SCA ST- antérieur

D – SCA ST- inférieur

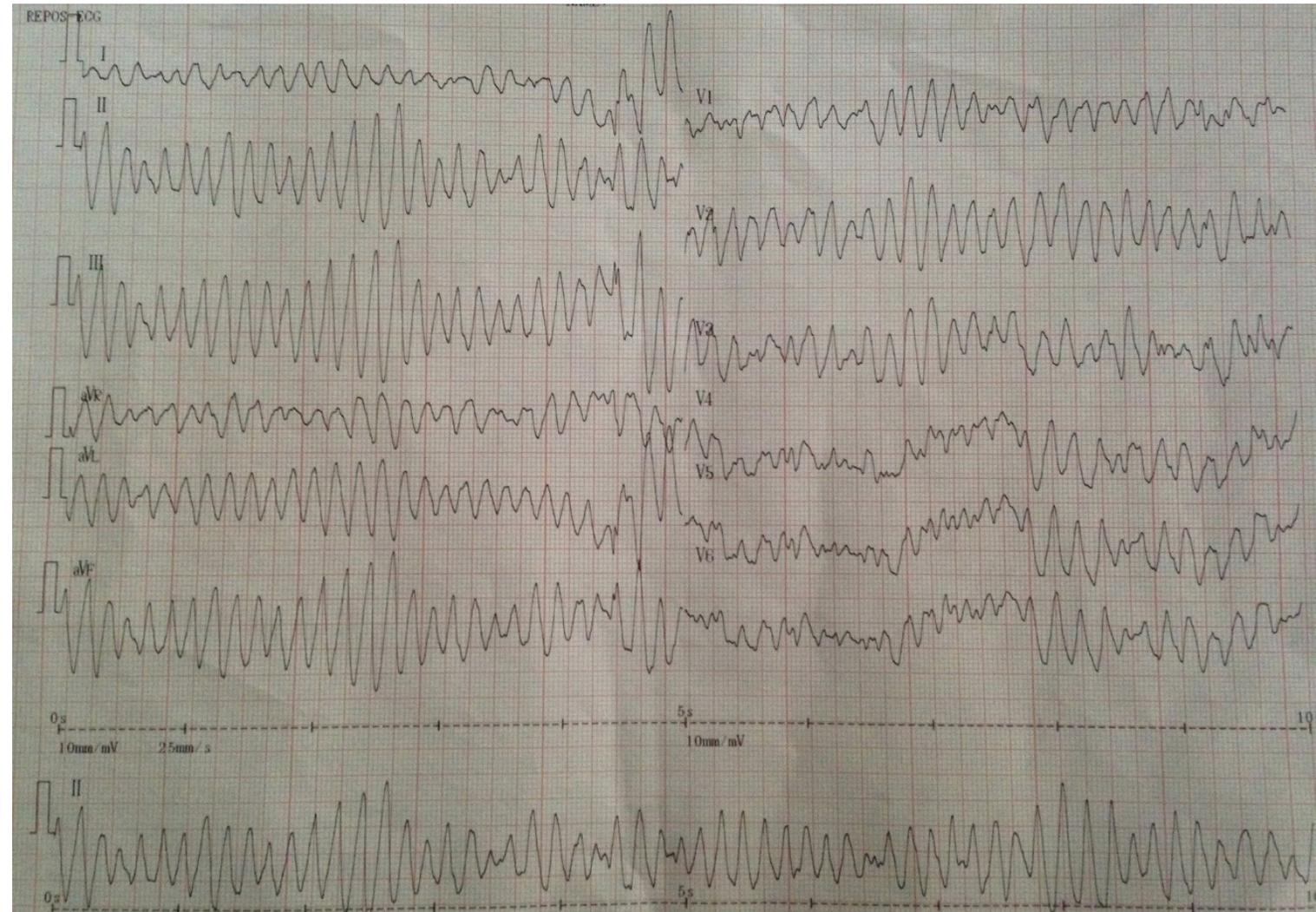
E – bloc auriculo-ventriculaire complet



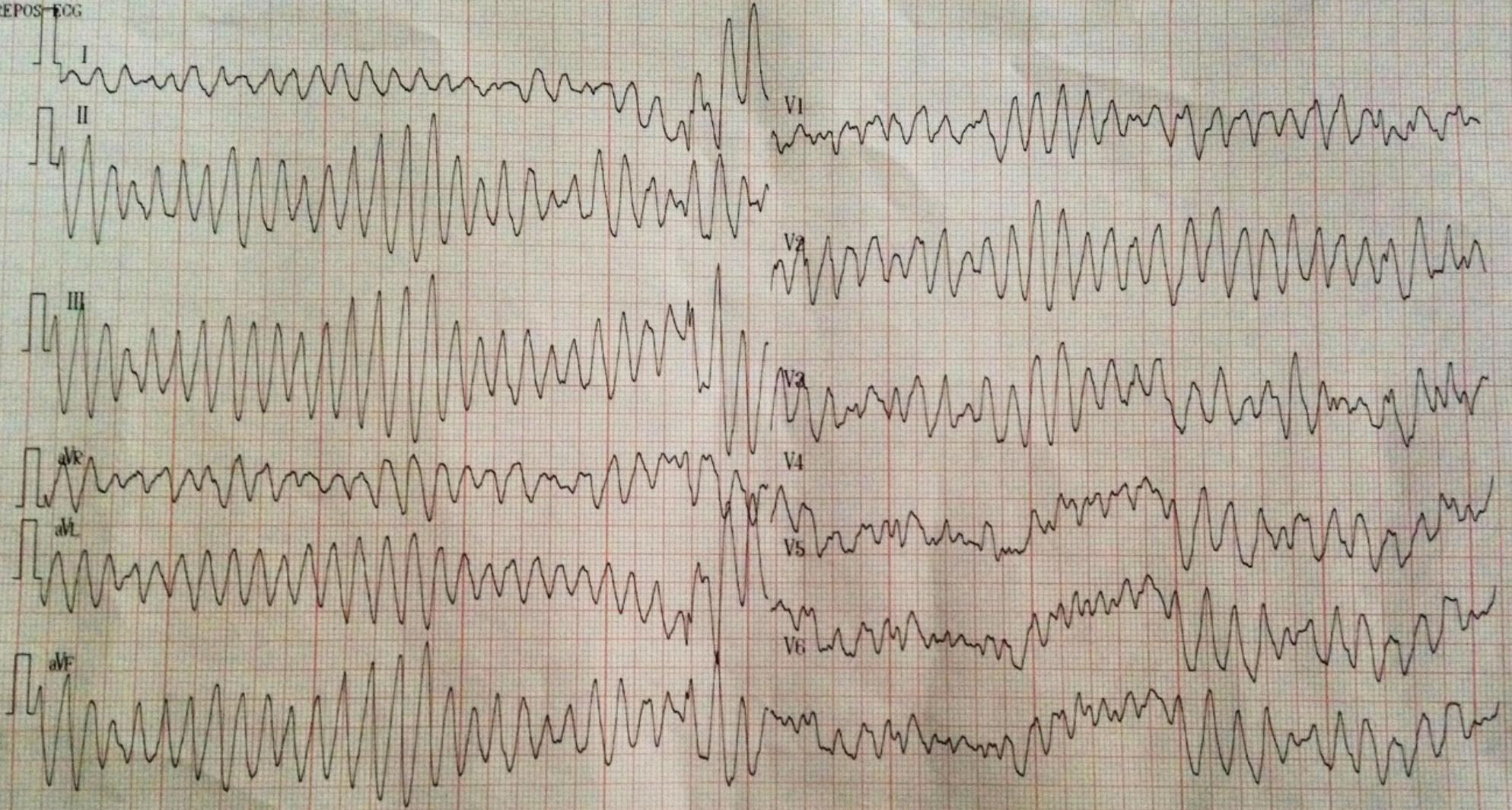
## QUESTION N°13

Quel est le diagnostic ECG ?

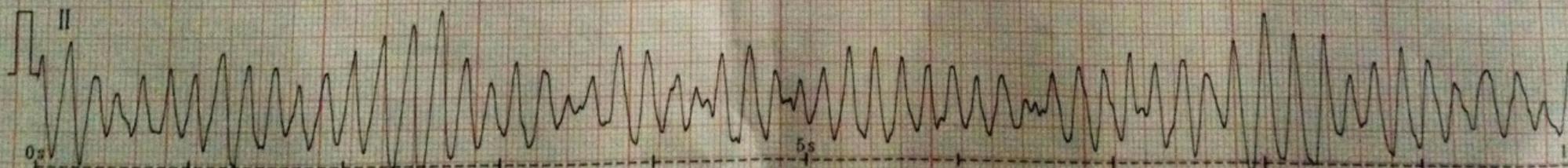
- A – tachycardie ventriculaire
- B – flutter auriculaire
- C – fibrillation ventriculaire
- D – tachycardie jonctionnelle
- E – arythmie complète par fibrillation auriculaire



REPOS ECG



0s 5s 10s  
10mm/mV 25mm/s 10mm/mV

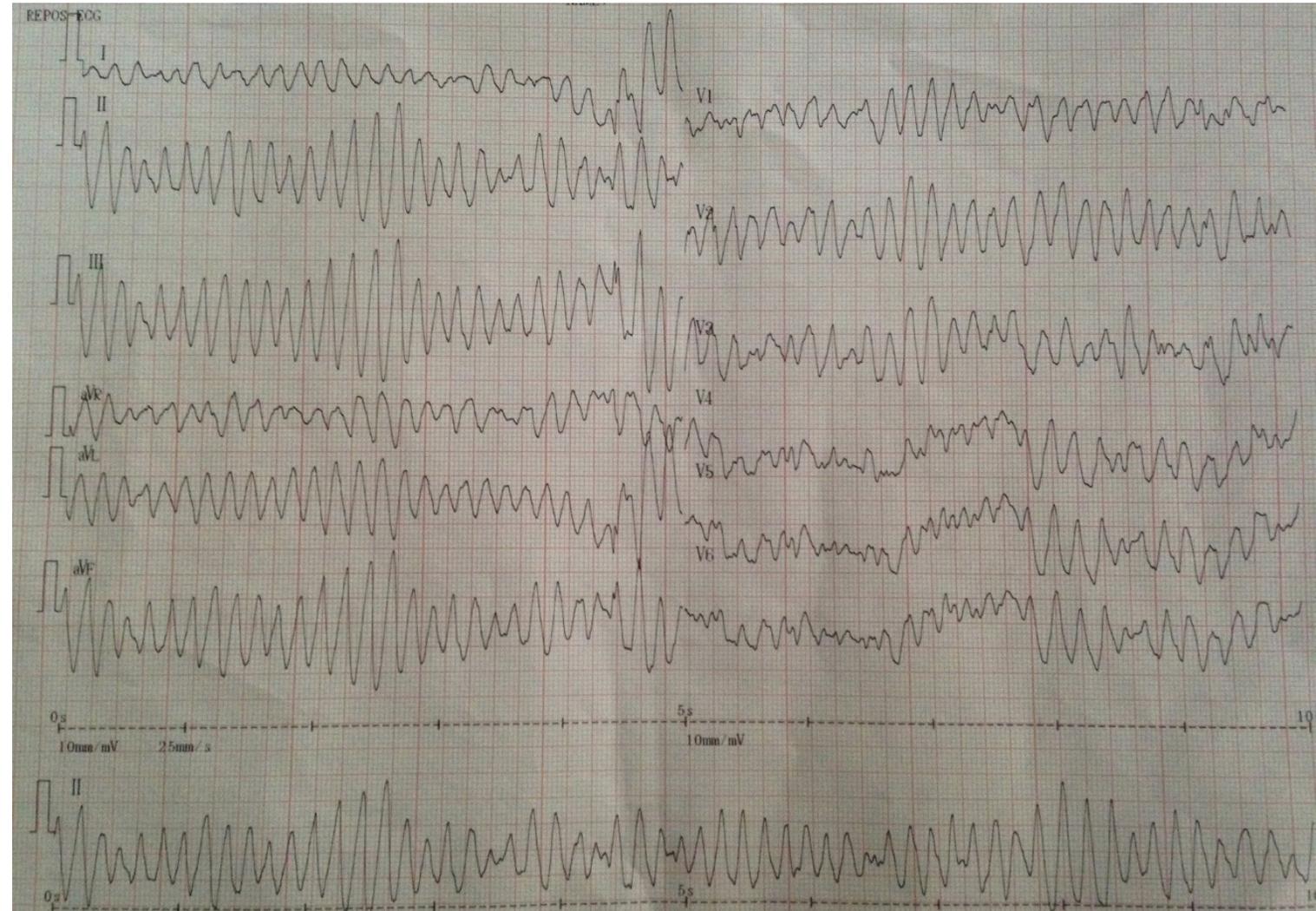


0s 5s 10s

## QUESTION N°13

Quel est le diagnostic ECG ?

- A – tachycardie ventriculaire
- B – flutter auriculaire
- C – fibrillation ventriculaire**
- D – tachycardie jonctionnelle
- E – arythmie complète par fibrillation auriculaire





## QUESTION N°14

Quelles pathologies sont principalement dues à l'athérosclérose ?

A – syndrome coronaire aigu

B – embolie pulmonaire

C – artériopathie oblitérante des membres inférieurs

D – angor stable

E – péricardite aiguë



## QUESTION N°14

Quelles pathologies sont principalement dues à l'athérosclérose ?

A – syndrome coronaire aigu

B – embolie pulmonaire

C – artériopathie oblitérante des membres inférieurs

D – angor stable

E – péricardite aiguë



## QUESTION N°15

Parmi ces facteurs lesquels favorisent le développement de l'athérosclérose ?

A – le diabète

B – l'alcool

C – le tabac

D – le stress oxydant

E – l'inflammation chronique



## QUESTION N°15

Parmi ces facteurs lesquels favorisent le développement de l'athérosclérose ?

A – le diabète

B – l'alcool

C – le tabac

D – le stress oxydant

E – l'inflammation chronique



## QUESTION N°16

Le diabète peut entraîner

A – une microangiopathie

B – une macroangiopathie

C – une insuffisance rénale

D – une cécité

E – une insuffisance cardiaque



## QUESTION N°16

Le diabète peut entraîner

A – une microangiopathie

B – une macroangiopathie

C – une insuffisance rénale

D – une cécité

E – une insuffisance cardiaque



## QUESTION N°17

Quelles pathologies peuvent causées un souffle cardiaque diastolique ?

A – insuffisance aortique

B – insuffisance pulmonaire

C – rétrécissement pulmonaire

D – communication interventriculaire

E – communication interauriculaire



## QUESTION N°17

Quelles pathologies peuvent causées un souffle cardiaque diastolique ?

A – insuffisance aortique

B – insuffisance pulmonaire

C – rétrécissement pulmonaire

D – communication interventriculaire

E – communication interauriculaire



## ENONCE DP2

Un homme âgé de 72 ans vous consulte pour la survenue de douleurs au niveau du membre inférieur droit survenant depuis 3 semaines. Son IMC 27,1 kg/m<sup>2</sup>. L'auscultation cardiaque et l'auscultation pulmonaire sont normales. La pression artérielle est à 166/80 mmHg.

Il est traité pour hypertension artérielle depuis 5 ans par indapamide et lercanidipine. C'est un ancien fumeur sevré depuis 2 ans après 50 paquets.années. Il est suivi pour un syndrome dépressif depuis un an, traité par fluoxétine.

Il est asthénique depuis quelques jours, sans trouble du sommeil. Il boit environ 2 litres d'eau du robinet et 2 verres de vin rouge par jour.

Un bilan biologique réalisé avant cette visite montre : Na 132 mmol/L, K 3,6 mmol/L, créatininémie 70 µmol/L, cholestérol total 1,76 g/L, triglycérides 1,3 g/L, HDL-C 0,55 g/L, LDL-C 0,95 g/L.



## QUESTION N°1

Quelle(s) est (sont) la (les) donnée(s) séméiologique(s) à faire préciser à l'interrogatoire qui vous orienterait(aient) vers le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs ?

A – la survenue de la douleur à la marche

B – les caractéristiques de cette douleur à type de décharges électriques

C – la disparition de la douleur à la surélévation des membres inférieurs

D - l'apparition plus tardive de la douleur lors de la marche en côte que lors de la marche en terrain plat

E - l'apparition de la douleur pour une distance constante de marche en terrain plat

# QUESTION N°2

Chez ce patient la douleur survient à la marche, uniquement au niveau du membre inférieur droit, pour une distance fixe en terrain plat à 350 mètres à type de crampe siégeant au niveau du mollet.

Vous notez la présence d'un souffle iliaque droit et d'un souffle au 1/3 inférieur de cuisse gauche. Les pouls fémoraux sont perçus à droite comme à gauche. Le pouls poplité gauche est très facilement trouvé il apparait ample, le pouls poplité droit n'est pas perçu. En distalité vous ne percevez que le pouls tibial postérieur gauche et que le pouls pédieux gauche.

Sur ces données vous évoquez la présence d'un artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Quelle(s) lésion(s) artérielle(s) suspectez-vous sur la base de ces données cliniques ?

- A - sténose iliaque droite
- B - oblitération fémorale droite
- C - oblitération des artères jambières droites
- D - sténose fémorale gauche
- E - anévrisme poplité gauche



## QUESTION N°3

Les données de l'examen clinique vous ont amené(e) à suspecter l'existence d'une sténose iliaque droite, d'une oblitération fémorale droite, d'une sténose fémorale gauche et d'un anévrisme poplité gauche.

Quels sont les deux premiers examens que vous devez demander pour confirmer votre diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et pour localiser les lésions artérielles que vous avez suspectées ?

- A - une artériographie des membres inférieurs
- B - une mesure des index de pression systolique en cheville
- C - un écho-doppler artériel des membres inférieurs
- D - un angioscanner des membres inférieurs
- E - une IRM des membres inférieurs

## QUESTION N°4

Il existe une artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec un IPS à droite à 0.69 et un IPS à gauche à 0.80

Quel est (sont) l'élément(s) qui vous permet(tent) d'affirmer que celle-ci est au stade d'ischémie d'effort ?

- A - la valeur de la distance de marche estimée par le patient inférieure au seuil de 500m
- B - le caractère symptomatique à type de claudication intermittente
- C - la valeur des pressions systoliques en cheville supérieure à 50 mmHg
- D - la valeur des index de pression en cheville inférieure à 0,90
- E - l'existence d'une anisotension humérale

## QUESTION N°5

Chez ce patient symptomatique au stade de claudication, les examens complémentaires ont objectivé des pressions systoliques en cheville supérieures à 50 mmHg et des IPS  $<0,90$  confirmant le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs au stade d'ischémie d'effort. Il n'y a pas de lésion anévrysmale, il existe une sténose iliaque droite à 50% et une oblitération fémorale droite.

Le bilan des facteurs de risque vasculaire chez cet ancien fumeur n'a pas trouvé de diabète. Quelles stratégies thérapeutiques sont envisageables à ce stade ? (une ou plusieurs réponses attendues)

- A - rééducation à la marche
- B - revascularisation
- C - traitement anti-agrégant par aspirine
- D - traitement par statine
- E - traitement anticoagulant

## QUESTION N°6

Le patient débute une réadaptation à la marche. Il reçoit dorénavant atorvastatine, acide acétyl-salicylique, indapamide, fluoxétine et lercanidipine. Il revient en consultation 3 mois plus tard

Un bilan biologique réalisé avant cette visite montre : Na 130 mmol/L, K 3,4 mmol/L, créatininémie 75  $\mu$ mol/L. Le LDL cholestérol est à 0.70 g/L. Parmi les traitements pris par le patient, quel(s) médicament(s) peut(peuvent) expliquer les anomalies du ionogramme ?

- A - indapamide
- B - fluoxétine
- C - atorvastatine
- D - lercanidipine
- E – acide acétyl-salicylique

## QUESTION N°7

Concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, quelle(s) modification(s) apportez-vous à l'ordonnance de ce patient ?

A – arrêt de l'indapamide

B – arrêt de la lercanidipine

C – prescription de furosémide

D – prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion

E – prescription d'un beta-bloquant

## QUESTION N°8

Un an après, le patient est traité par inhibiteur de l'enzyme de conversion et inhibiteur calcique à visée antihypertensive. L'automesure met en évidence une pression artérielle en moyenne à 158/72 mmHg.

Que recherchez-vous à l'origine de cette inefficacité thérapeutique chez ce patient ?

- A - une dysplasie fibromusculaire des artères rénales
- B - un abus d'alcool
- C - une inobservance thérapeutique
- D - un syndrome d'apnée du sommeil
- E - une mauvaise utilisation de l'appareil à automesure tensionnelle

QI

Une patiente de 42 ans présente un angio-œdème cervical. Le bilan biologique sanguin montre un déficit en inhibiteur de la C1 estérase. Quel(s) médicament(s) est(sont) susceptible(s) d'être en cause ?

A - inhibiteurs de la pompe à protons

B - inhibiteurs calciques

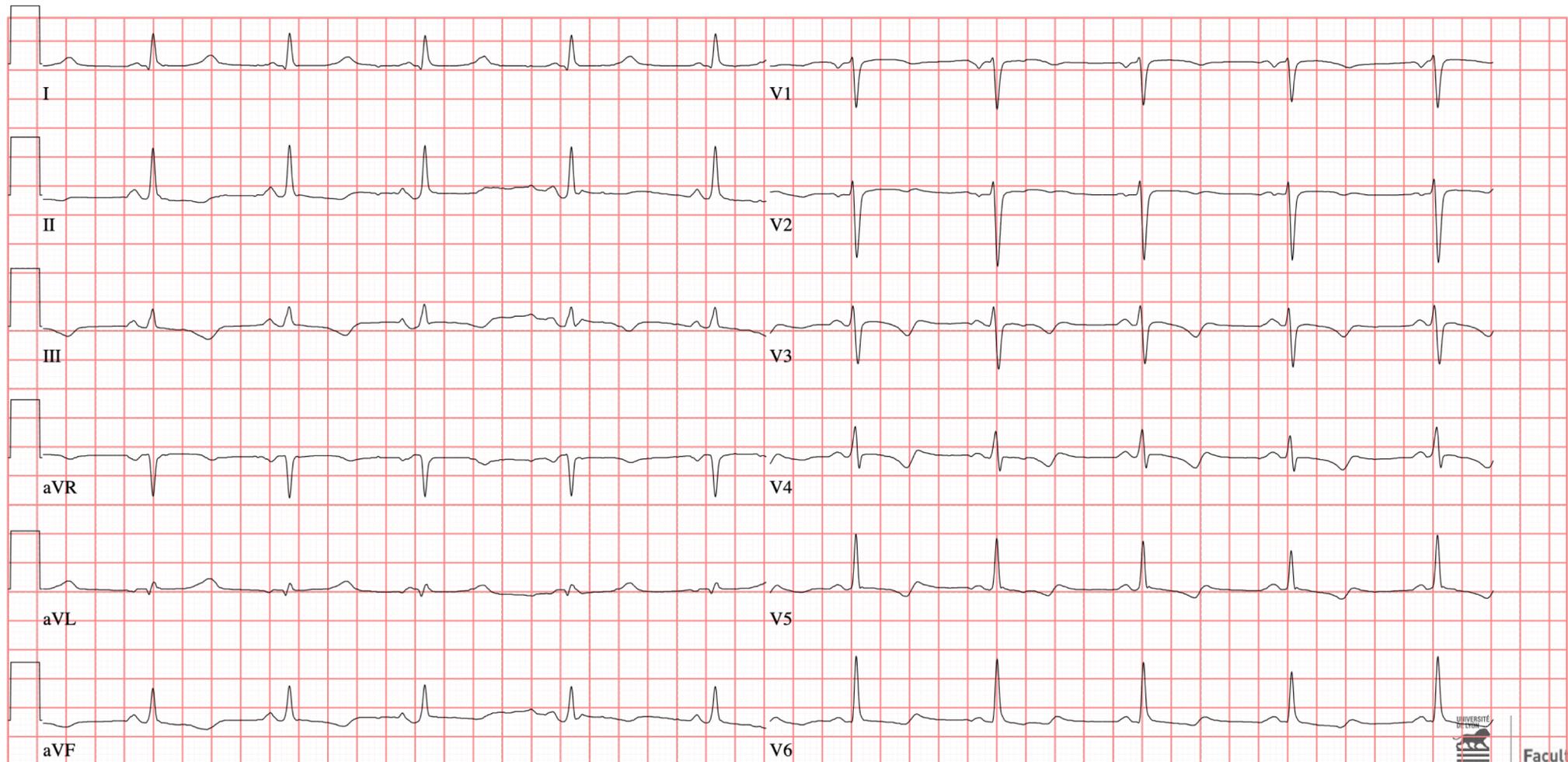
C - antagoniste compétitif sélectif des récepteurs de la bradykinine de type 2

D - sartans

E - inhibiteurs de l'enzyme de conversion

QI

Une patiente de 23 ans se présente suite à des malaises avec perte de connaissance aux urgences. Un ECG 12 dérivations est enregistré:



25mm/s 10mm/mV 40Hz 9.0.7 12SL 239 IDC: 0

EID: EDT:22:30 01-aoû-2018 ORDRE:

QI

Quelles sont les propositions exactes ?

A – rythme sinusal

B – négativation des ondes T diffuse

C – fibrillation atriale lente

D – allongement du QT pathologique  $> 500$  ms

E – infarctus avec sus décalage du segment ST en territoire inférieur.

QI

Un patient de 50 ans est pris en charge aux urgences avec une dyspnée sévère et une tension artérielle à 100/50 mmHg. Un diagnostic de tamponnade péricardique est posé. En attendant la ponction péricardique quel(s) traitement(s) mettez vous en place ?

A – furosémide intraveineux

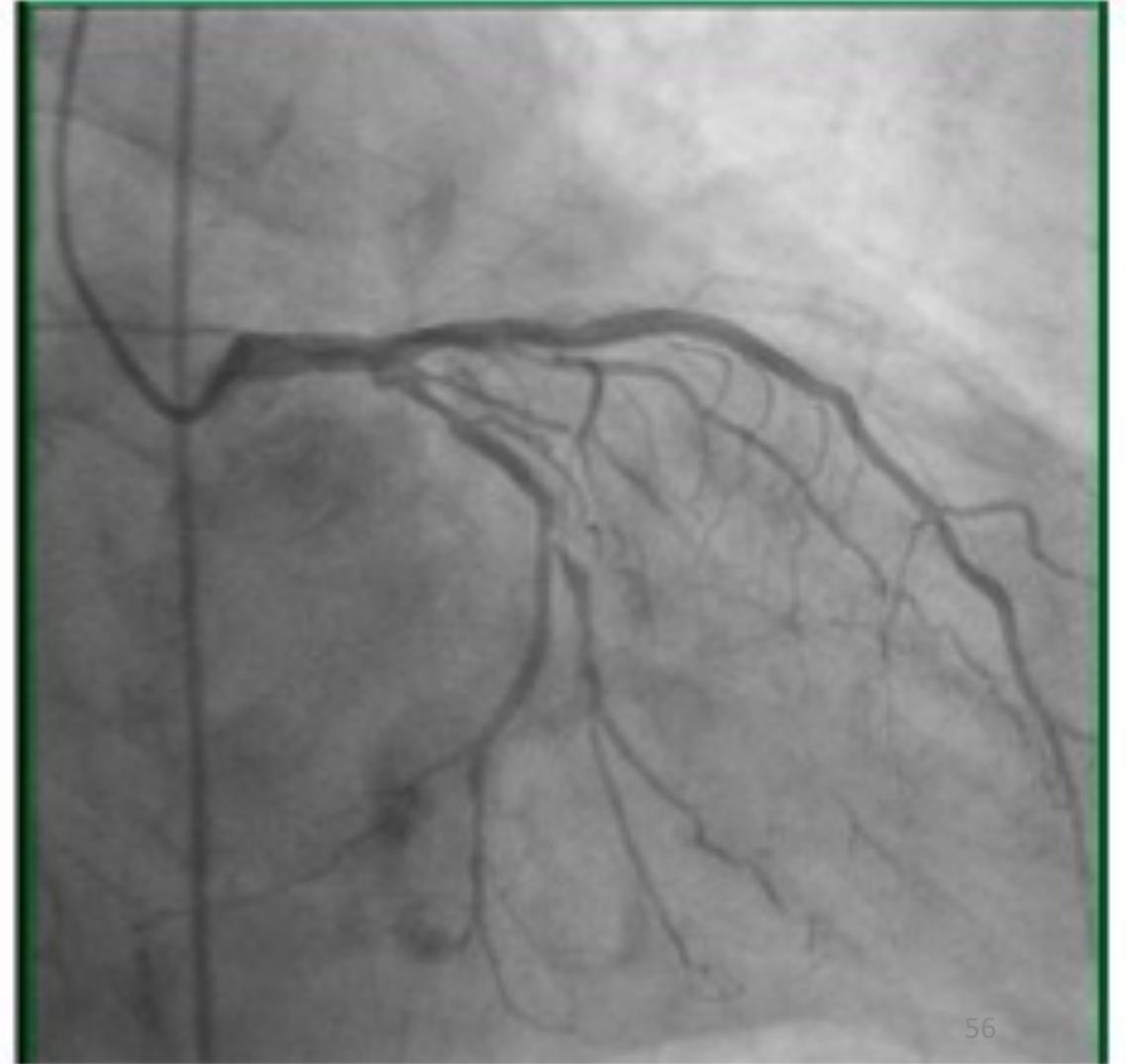
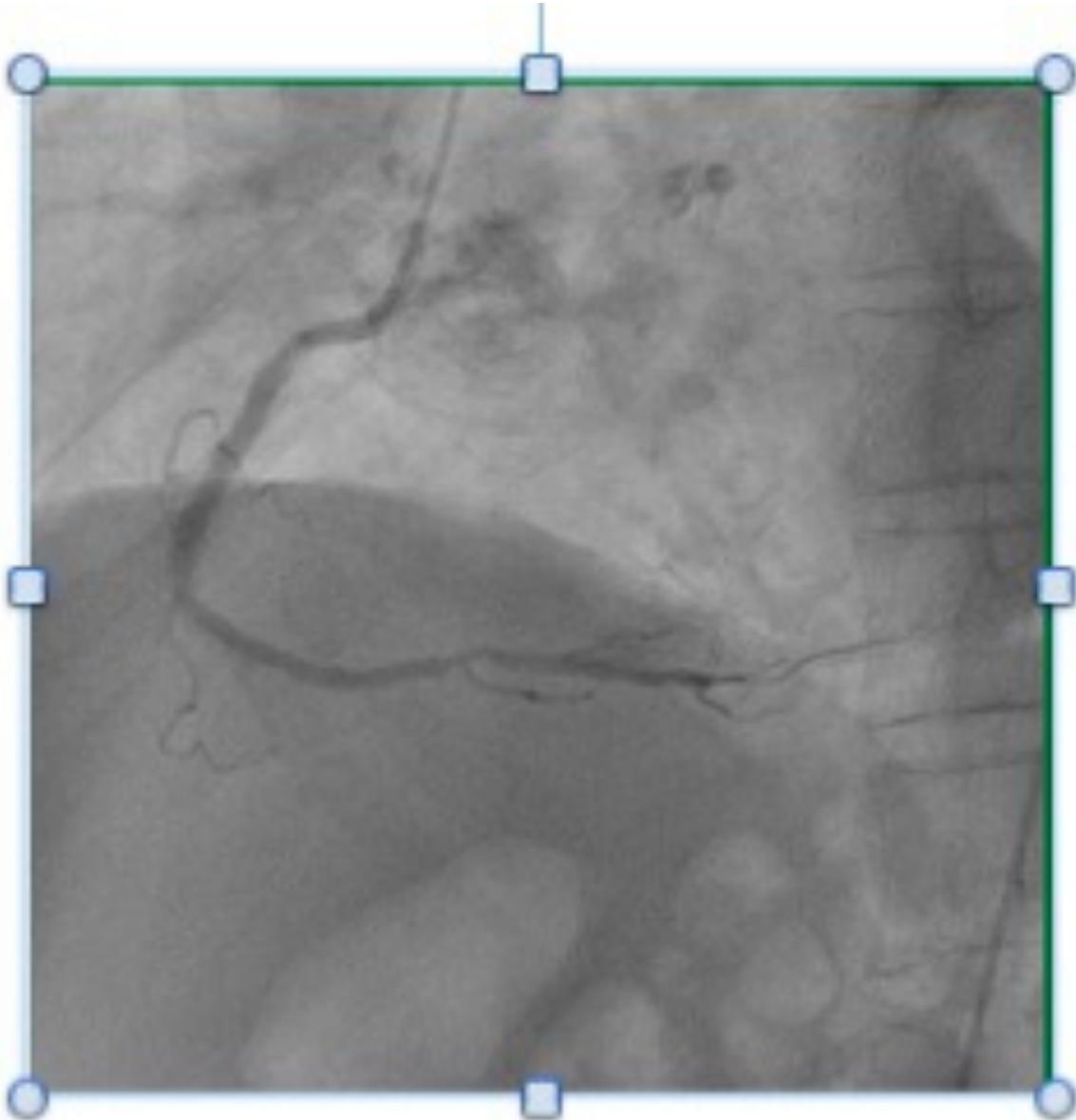
B – dérivés nitrés en intraveineux

C – dobutamine intraveineuse en continu

D – remplissage vasculaire avec un litre de sérum salé

E – mise en place de deux voies veineuses périphériques

■ ■ ■  
Q1 : Une coronarographie est réalisée chez un patient avec douleur thoracique



QUELLES sont les propositions exactes ?

**Sur la coronarographie on retient :**

A – une lésion critique de l'interventriculaire antérieure

B – un athérome diffus

C – une lésion critique de la coronaire droite moyenne

D – l'absence de lésion sur la coronaire droite

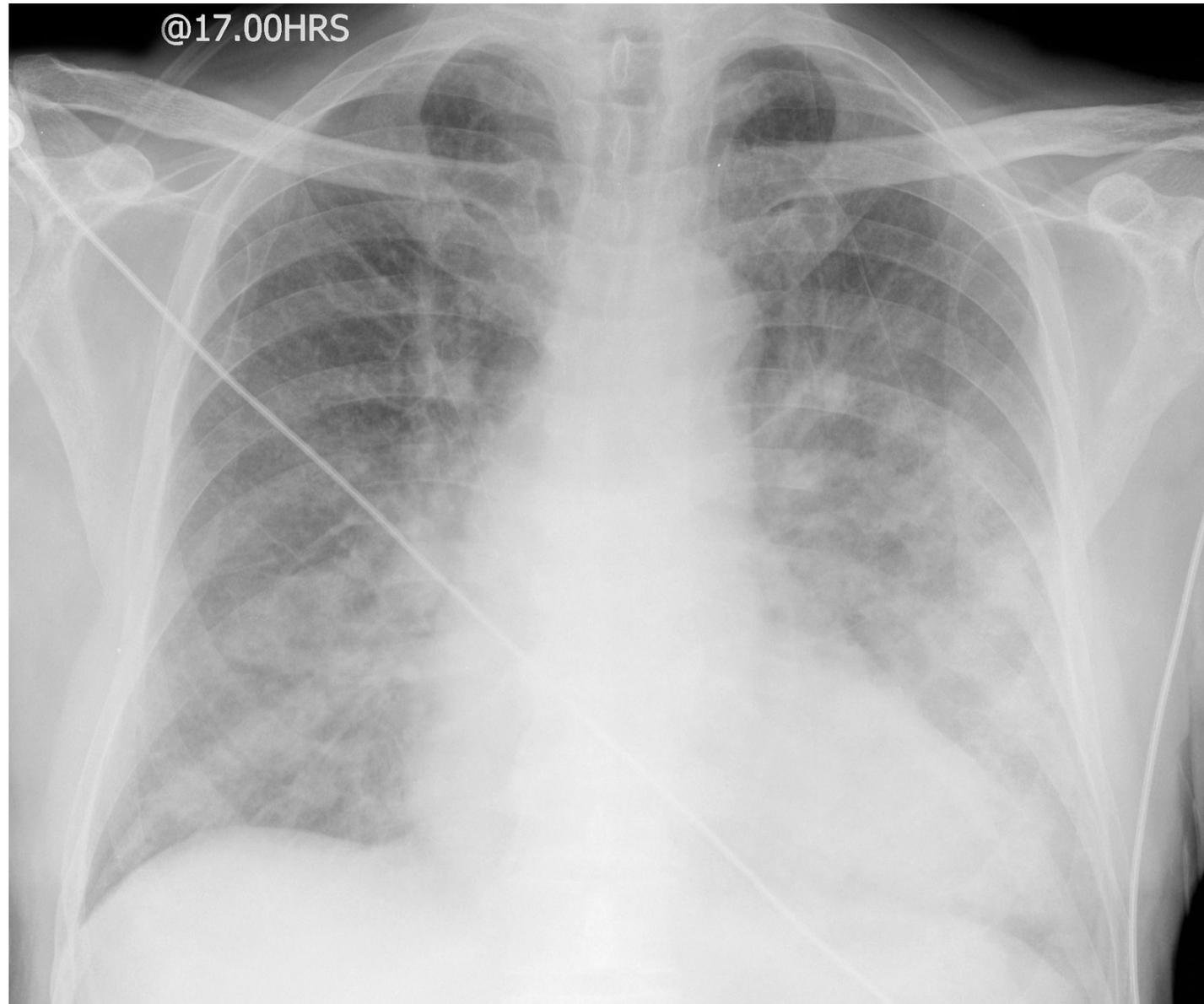
E – une lésion critique sur la deuxième marginale

## Enoncé KFP 1

Une patiente de 76 ans, aux seuls antécédents d'hypertension est adressée aux urgences pour survenue brutale d'une dyspnée à 2h du matin avec sensation de noyade. Elle est prise en charge aux urgences avec une désaturation à 89% en air, TA=200/110 mmHg, FC=120/min, FR=35/min.

L'auscultation trouve un souffle systolique 2/6 au foyer mitral, avec des crépitants inspiratoires diffus sur les deux plages pulmonaires.

Une radiographie thoracique est réalisée :





# QUESTION N°1 (QROC)

**Dans votre interprétation de la radiographie, vous retenez:**

- 
- 
- 
-



## QUESTION N°2 (QROC)

**Quelle est votre prise en charge en urgence :**

- 
- 
- 
- 
-

## QUESTION N°3

**Quels examens vont faire partie de votre prise en charge diagnostique systématique:**

- A. ECG
- B. Dosages peptides natriurétiques
- C. Dosage troponine
- D. Angioscanner pulmonaire
- E. IRM cardiaque
- F. Echographie cardiaque transthoracique
- G. NFP, ionogramme, fonction rénale
- H. Coronarographie



## QUESTION N°1

Quelle(s) est (sont) la (les) donnée(s) séméiologique(s) à faire préciser à l'interrogatoire qui vous orienterait(aient) vers le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs ?

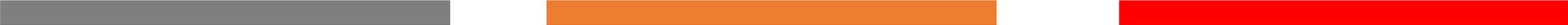
A – la survenue de la douleur à la marche

B – les caractéristiques de cette douleur à type de décharges électriques

C – la disparition de la douleur à la surélévation des membres inférieurs

D - l'apparition plus tardive de la douleur lors de la marche en côte que lors de la marche en terrain plat

E - l'apparition de la douleur pour une distance constante de marche en terrain plat



## QUESTION N°1

Quelle(s) est (sont) la (les) donnée(s) séméiologique(s) à faire préciser à l'interrogatoire qui vous orienterait(aient) vers le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs ?

A – la survenue de la douleur à la marche

B – les caractéristiques de cette douleur à type de décharges électriques

C – la disparition de la douleur à la surélévation des membres inférieurs

D - l'apparition plus tardive de la douleur lors de la marche en côte que lors de la marche en terrain plat

E - l'apparition de la douleur pour une distance constante de marche en terrain plat



## QUESTION N°2

Chez ce patient la douleur survient à la marche, uniquement au niveau du membre inférieur droit, pour une distance fixe en terrain plat à 350 mètres à type de crampe siégeant au niveau du mollet.

Vous notez la présence d'un souffle iliaque droit et d'un souffle au 1/3 inférieur de cuisse gauche. Les pouls fémoraux sont perçus à droite comme à gauche. Le pouls poplité gauche est très facilement trouvé il apparait ample, le pouls poplité droit n'est pas perçu. En distalité vous ne percevez que le pouls tibial postérieur gauche et que le pouls pédieux gauche.

Sur ces données vous évoquez la présence d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Quelle(s) lésion(s) artérielle(s) suspectez-vous sur la base de ces données cliniques ?

- A - sténose iliaque droite
- B - oblitération fémorale droite
- C - oblitération des artères jambières droites
- D - sténose fémorale gauche
- E - anévrisme poplité gauche



## QUESTION N°2

Chez ce patient la douleur survient à la marche, uniquement au niveau du membre inférieur droit, pour une distance fixe en terrain plat à 350 mètres à type de crampe siégeant au niveau du mollet.

Vous notez la présence d'un souffle iliaque droit et d'un souffle au 1/3 inférieur de cuisse gauche. Les pouls fémoraux sont perçus à droite comme à gauche. Le pouls poplité gauche est très facilement trouvé il apparait ample, le pouls poplité droit n'est pas perçu. En distalité vous ne percevez que le pouls tibial postérieur gauche et que le pouls pédieux gauche.

Sur ces données vous évoquez la présence d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Quelle(s) lésion(s) artérielle(s) suspectez-vous sur la base de ces données cliniques ?

A - sténose iliaque droite

B - oblitération fémorale droite

C - oblitération des artères jambières droites

D - sténose fémorale gauche

E - anévrisme poplité gauche



## QUESTION N°3

Les données de l'examen clinique vous ont amené(e) à suspecter l'existence d'une sténose iliaque droite, d'une oblitération fémorale droite, d'une sténose fémorale gauche et d'un anévrisme poplité gauche.

Quels sont les deux premiers examens que vous devez demander pour confirmer votre diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et pour localiser les lésions artérielles que vous avez suspectées ?

- A - une artériographie des membres inférieurs
- B - une mesure des index de pression systolique en cheville
- C - un écho-doppler artériel des membres inférieurs
- D - un angioscanner des membres inférieurs
- E - une IRM des membres inférieurs



## QUESTION N°3

Les données de l'examen clinique vous ont amené(e) à suspecter l'existence d'une sténose iliaque droite, d'une oblitération fémorale droite, d'une sténose fémorale gauche et d'un anévrisme poplité gauche.

Quels sont les deux premiers examens que vous devez demander pour confirmer votre diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et pour localiser les lésions artérielles que vous avez suspectées ?

- A - une artériographie des membres inférieurs
- B - une mesure des index de pression systolique en cheville
- C - un écho-doppler artériel des membres inférieurs
- D - un angioscanner des membres inférieurs
- E - une IRM des membres inférieurs

## QUESTION N°4

Il existe une artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec un IPS à droite à 0.69 et un IPS à gauche à 0.80

Quel est (sont) l'élément(s) qui vous permet(tent) d'affirmer que celle-ci est au stade d'ischémie d'effort ?

- A - la valeur de la distance de marche estimée par le patient inférieure au seuil de 500m
- B - le caractère symptomatique à type de claudication intermittente
- C - la valeur des pressions systoliques en cheville supérieure à 50 mmHg
- D - la valeur des index de pression en cheville inférieure à 0,90
- E - l'existence d'une anisotension humérale

## QUESTION N°4 (RU)

Il existe une artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec un IPS à droite à 0.69 et un IPS à gauche à 0.80

Quel est (sont) l'élément(s) qui vous permet(tent) d'affirmer que celle-ci est au stade d'ischémie d'effort ?

A - la valeur de la distance de marche estimée par le patient inférieure au seuil de 500m

**B - le caractère symptomatique à type de claudication intermittente**

C - la valeur des pressions systoliques en cheville supérieure à 50 mmHg

D - la valeur des index de pression en cheville inférieure à 0,90

E - l'existence d'une anisotension humérale

# Stades d'AOMI

## - **ischémie d'effort asymptomatique**

- IPS < 0,9 ou abolition de pouls
- sans manifestations cliniques d'ischémie

## - **ischémie d'effort symptomatique**

- IPS < 0,9 ou abolition de pouls
- avec manifestations cliniques ischémiques

## - **ischémie permanente chronique** : association de

- douleurs de décubitus ou de troubles trophiques depuis au moins 15 jours ○  
avec une pression artérielle systolique inférieure à

-50 mm Hg à la cheville

-ou à 30 mm Hg à l'orteil.

## QUESTION N°5

Chez ce patient symptomatique au stade de claudication, les examens complémentaires ont objectivé des pressions systoliques en cheville supérieures à 50 mmHg et des IPS  $<0,90$  confirmant le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs au stade d'ischémie d'effort. Il n'y a pas de lésion anévrysmale, il existe une sténose iliaque droite à 50% et une oblitération fémorale droite.

Le bilan des facteurs de risque vasculaire chez cet ancien fumeur n'a pas trouvé de diabète. Quelles stratégies thérapeutiques sont envisageables à ce stade ? (une ou plusieurs réponses attendues)

- A - rééducation à la marche
- B - revascularisation
- C - traitement anti-agrégant par aspirine
- D - traitement par statine
- E - traitement anticoagulant

## QUESTION N°5

Chez ce patient symptomatique au stade de claudication, les examens complémentaires ont objectivé des pressions systoliques en cheville supérieures à 50 mmHg et des IPS  $<0,90$  confirmant le diagnostic d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs au stade d'ischémie d'effort. Il n'y a pas de lésion anévrysmale, il existe une sténose iliaque droite à 50% et une oblitération fémorale droite.

Le bilan des facteurs de risque vasculaire chez cet ancien fumeur n'a pas trouvé de diabète. Quelles stratégies thérapeutiques sont envisageables à ce stade ? (une ou plusieurs réponses attendues)

- A - rééducation à la marche
- B - revascularisation
- C - traitement anti-agrégant par aspirine
- D - traitement par statine
- E - traitement anticoagulant

## QUESTION N°6

Le patient débute une réadaptation à la marche. Il reçoit dorénavant atorvastatine, acide acétyl-salicylique, indapamide, fluoxétine et lercanidipine. Il revient en consultation 3 mois plus tard

Un bilan biologique réalisé avant cette visite montre : Na 130 mmol/L, K 3,4 mmol/L, créatininémie 75  $\mu$ mol/L. Le LDL cholestérol est à 0.70 g/L. Parmi les traitements pris par le patient, quel(s) médicament(s) peut(peuvent) expliquer les anomalies du ionogramme ?

- A - indapamide
- B - fluoxétine
- C - atorvastatine
- D - lercanidipine
- E – acide acétyl-salicylique

## QUESTION N°6

Le patient débute une réadaptation à la marche. Il reçoit dorénavant atorvastatine, acide acétyl-salicylique, indapamide, fluoxétine et lercanidipine. Il revient en consultation 3 mois plus tard

Un bilan biologique réalisé avant cette visite montre : Na 130 mmol/L, K 3,4 mmol/L, créatininémie 75  $\mu$ mol/L. Le LDL cholestérol est à 0.70 g/L. Parmi les traitements pris par le patient, quel(s) médicament(s) peut(peuvent) expliquer les anomalies du ionogramme ?

A - indapamide

B - fluoxétine

C - atorvastatine

D - lercanidipine

E – acide acétyl-salicylique

## QUESTION N°7

Concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, quelle(s) modification(s) apportez-vous à l'ordonnance de ce patient ?

- A – arrêt de l'indapamide
- B – arrêt de la lercanidipine
- C – prescription de furosémide
- D – prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion
- E – prescription d'un beta-bloquant

## QUESTION N°7

Concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, quelle(s) modification(s) apportez-vous à l'ordonnance de ce patient ?

A – arrêt de l'indapamide

B – arrêt de la lercanidipine

C – prescription de furosémide

D – prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion

E – prescription d'un beta-bloquant

## QUESTION N°8

Un an après, le patient est traité par inhibiteur de l'enzyme de conversion et inhibiteur calcique à visée antihypertensive. L'automesure met en évidence une pression artérielle en moyenne à 158/72 mmHg.

Que recherchez-vous à l'origine de cette inefficacité thérapeutique chez ce patient ?

- A - une dysplasie fibromusculaire des artères rénales
- B - un abus d'alcool
- C - une inobservance thérapeutique
- D - un syndrome d'apnée du sommeil
- E - une mauvaise utilisation de l'appareil à automesure tensionnelle

## QUESTION N°8

Un an après, le patient est traité par inhibiteur de l'enzyme de conversion et inhibiteur calcique à visée antihypertensive. L'automesure met en évidence une pression artérielle en moyenne à 158/72 mmHg.

Que recherchez-vous à l'origine de cette inefficacité thérapeutique chez ce patient ?

A - une dysplasie fibromusculaire des artères rénales

B - un abus d'alcool

C - une inobservance thérapeutique

D - un syndrome d'apnée du sommeil

E - une mauvaise utilisation de l'appareil à automesure tensionnelle

# Dysplasie fibromusculaire

Groupe de maladies idiopathiques, segmentaires, non inflammatoires et non athéroscléreuses de la paroi artérielle, entraînant des sténoses des artères de petit et moyen calibre.

L'HTA rénovasculaire est la manifestation la plus fréquente de la DFM rénale pouvant être associée à un **souffle à l'auscultation des fosses lombaires**, une **asymétrie de taille des reins** ou une **hypokaliémie**.

Les lésions sont bilatérales dans plus de 50 % des cas.

Les **sténoses multifocales en « perles enfilées »** sont observées à l'angiographie dans plus de 80 % des cas, la plupart chez des **femmes entre 30 et 50 ans**.

L'atteinte des TSA peut se manifester par des acouphènes pulsatiles et être responsable d'accident vasculaire cérébral ischémique (avec ou sans dissection) ou plus rarement hémorragique par rupture d'anévrisme intracrânien. L'atteinte des axes iliaques ou des branches de l'aorte à destinée digestive est rare.

QI

Une patiente de 42 ans présente un angio-œdème cervical. Le bilan biologique sanguin montre un déficit en inhibiteur de la C1 estérase. Quel(s) médicament(s) est(sont) susceptible(s) d'être en cause ?

A - inhibiteurs de la pompe à protons

B - inhibiteurs calciques

C - antagoniste compétitif sélectif des récepteurs de la bradykinine de type 2

D - sartans

E - inhibiteurs de l'enzyme de conversion

QI

Une patiente de 42 ans présente un angio-œdème cervical. Le bilan biologique sanguin montre un déficit en inhibiteur de la C1 estérase. Quel(s) médicament(s) est(sont) susceptible(s) d'être en cause ?

A - inhibiteurs de la pompe à protons

B - inhibiteurs calciques

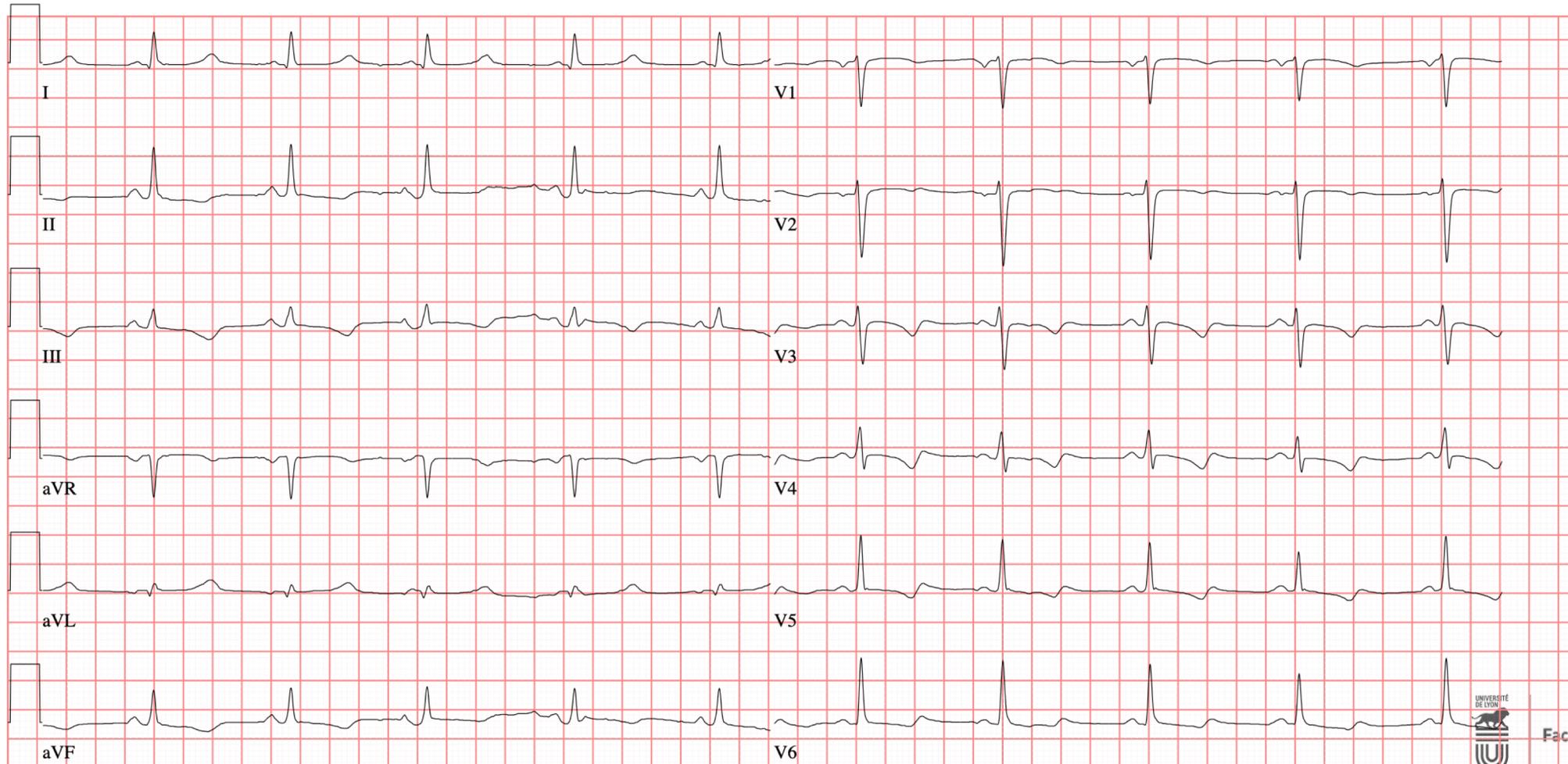
C - antagoniste compétitif sélectif des récepteurs de la bradykinine de type 2

D - sartans

E - inhibiteurs de l'enzyme de conversion

QI

Une patiente de 23 ans se présente suite à des malaises avec perte de connaissance aux urgences. Un ECG 12 dérivations est enregistré:



25 mm/s 10 mm/mV 40 Hz 0.07 1281 220 IEC 0

ED: EDT-20-01-2018 08:08



QI

Quelles sont les propositions exactes ?

A – rythme sinusal

B – négativation des ondes T diffuse

C – fibrillation atriale lente

D – allongement du QT pathologique  $> 500$  ms

E – infarctus avec sus décalage du segment ST en territoire inférieur.

QI

Quelles sont les propositions exactes ?

A – rythme sinusal

B – négativation des ondes T diffuse

C – fibrillation atriale lente

D – allongement du QT pathologique  $> 500$  ms

E – infarctus avec sus décalage du segment ST en territoire inférieur.

QI

Un patient de 50 ans est pris en charge aux urgences avec une dyspnée sévère et une tension artérielle à 100/50 mmHg. Un diagnostic de tamponnade péricardique est posé. En attendant la ponction péricardique quel(s) traitement(s) mettez vous en place ?

- A – furosémide intraveineux
- B – dérivés nitrés en intraveineux
- C – dobutamine intraveineuse en continu
- D – remplissage vasculaire avec un litre de sérum salé
- E – mise en place de deux voies veineuses périphériques

QI

Un patient de 50 ans est pris en charge aux urgences avec une dyspnée sévère et une tension artérielle à 100/50 mmHg. Un diagnostic de tamponnade péricardique est posé. En attendant la ponction péricardique quel(s) traitement(s) mettez vous en place ?

A – furosémide intraveineux

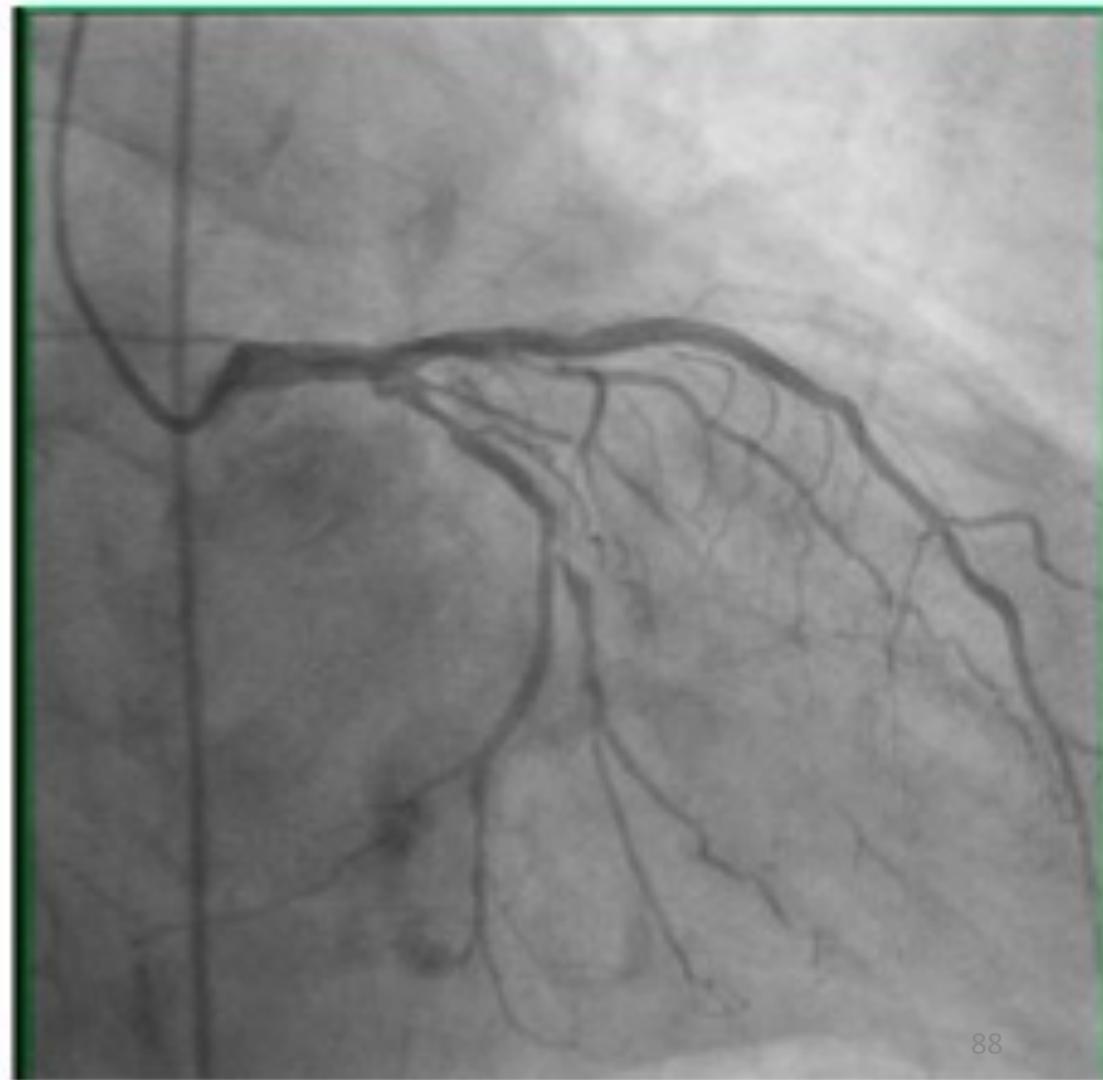
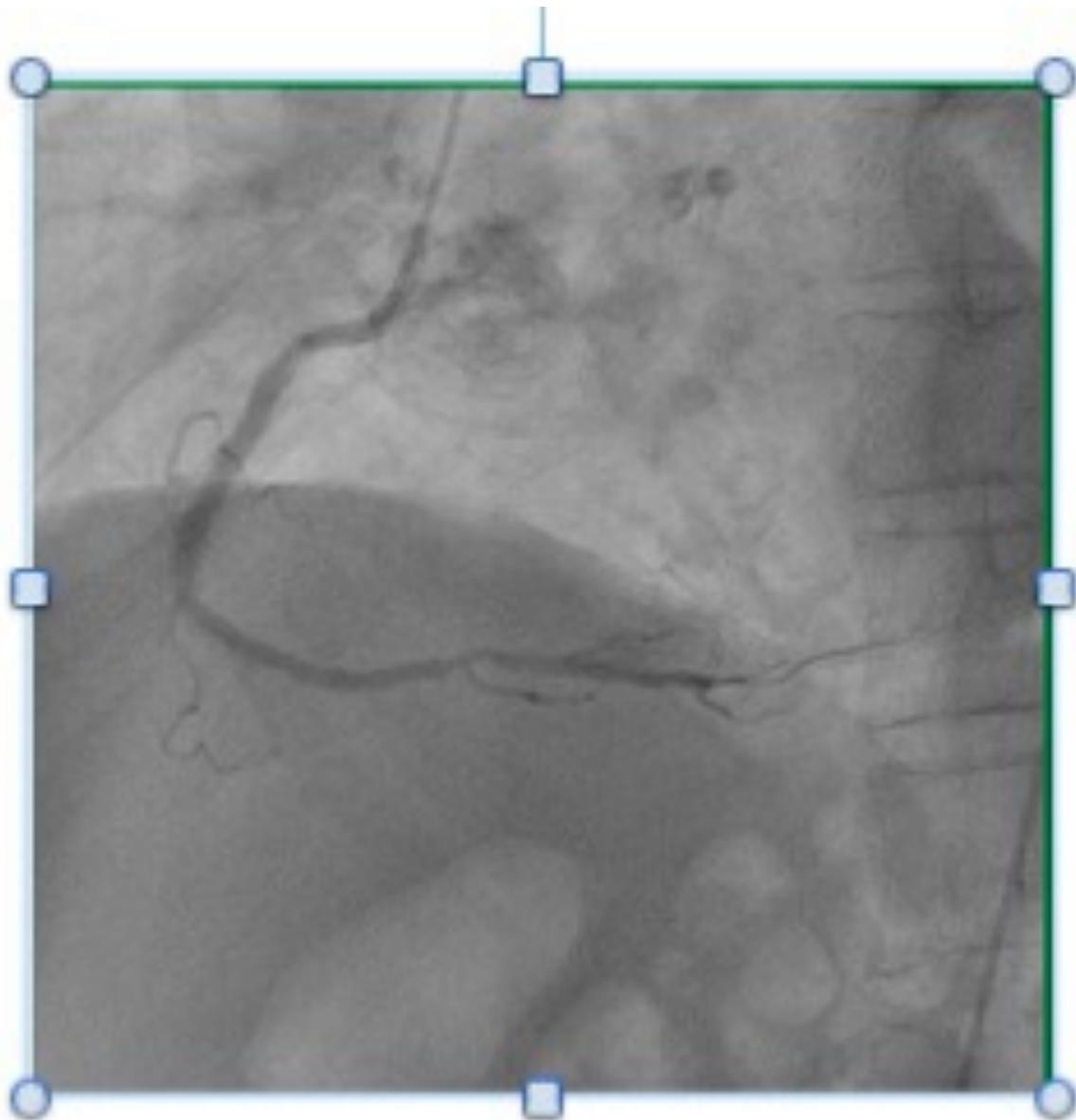
B – dérivés nitrés en intraveineux

C – dobutamine intraveineuse en continu

D – remplissage vasculaire avec un litre de sérum salé

E – mise en place de deux voies veineuses périphériques

Une coronarographie pré-opératoire est réalisée :



## QUESTION N°8

**Sur la coronarographie on retient :**

A – une lésion critique de l'interventriculaire antérieure

B – un athérome diffus

C – une lésion critique de la coronaire droite moyenne

D – l'absence de lésion sur la coronaire droite

E – une lésion critique sur la deuxième marginale

## QUESTION N°8

**Sur la coronarographie on retient :**

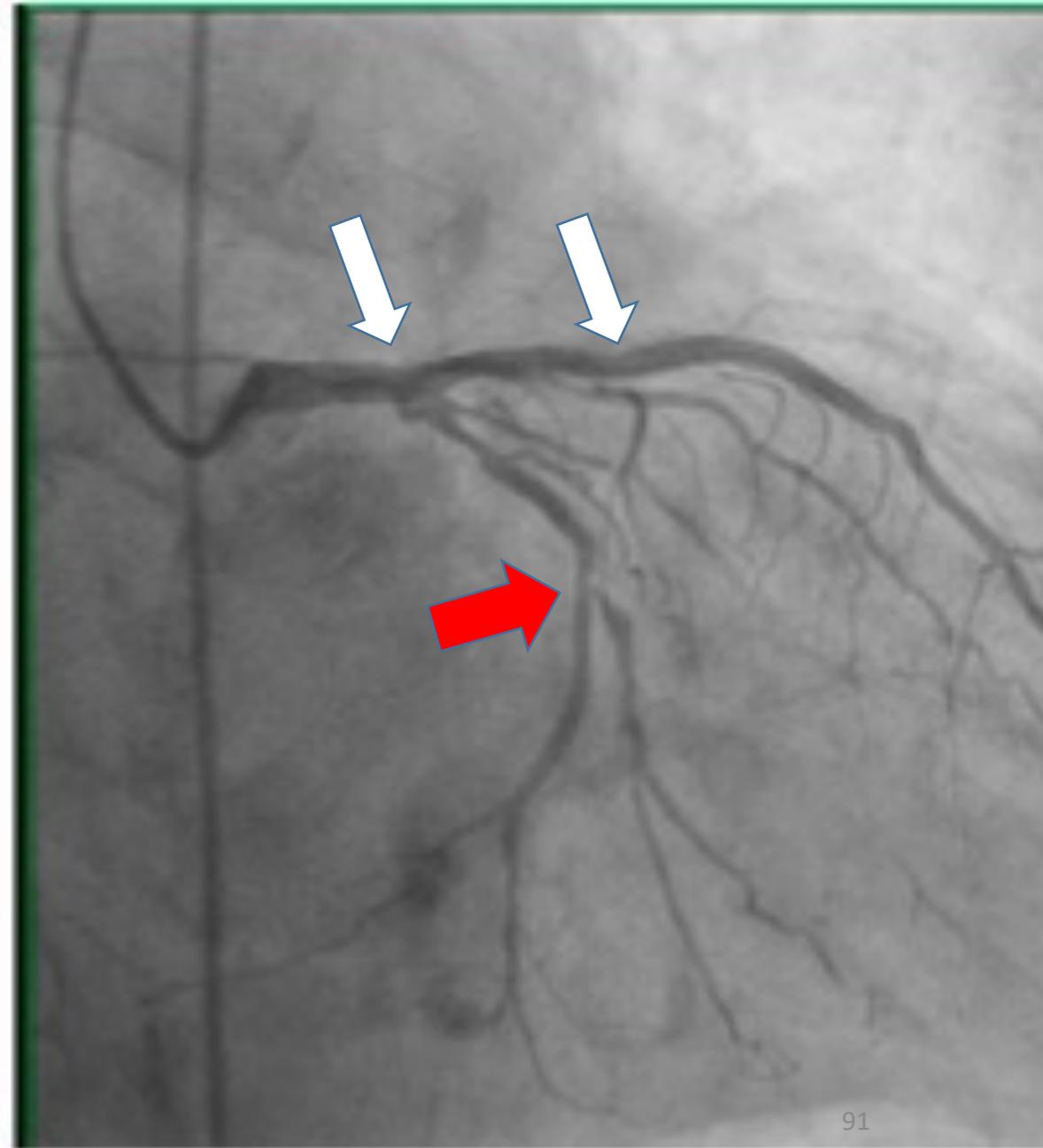
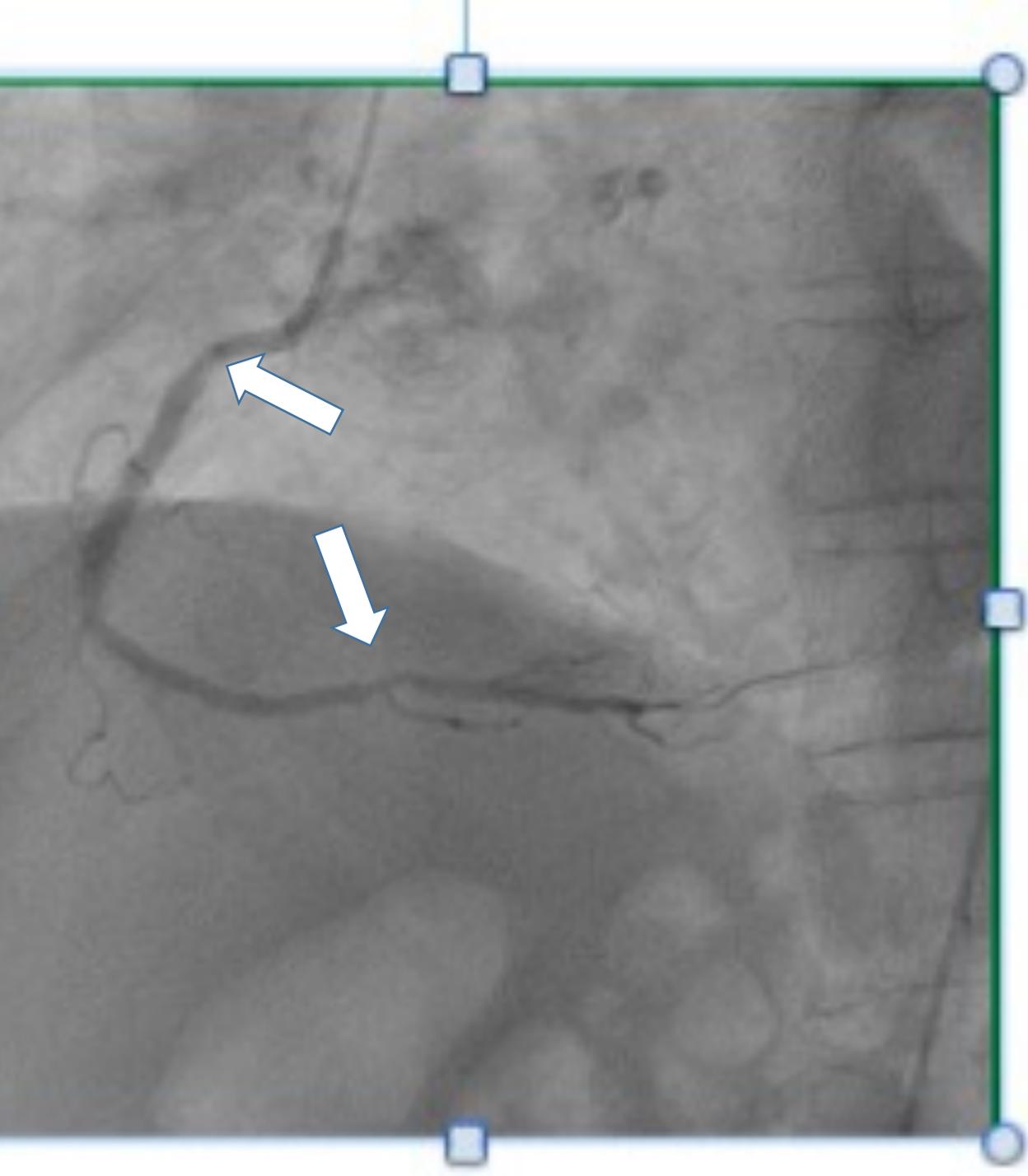
A – une lésion critique de l'interventriculaire antérieure

**B – un athérome diffus**

C – une lésion critique de la coronaire droite moyenne

D – l'absence de lésion sur la coronaire droite

**E – une lésion critique sur la deuxième marginale**

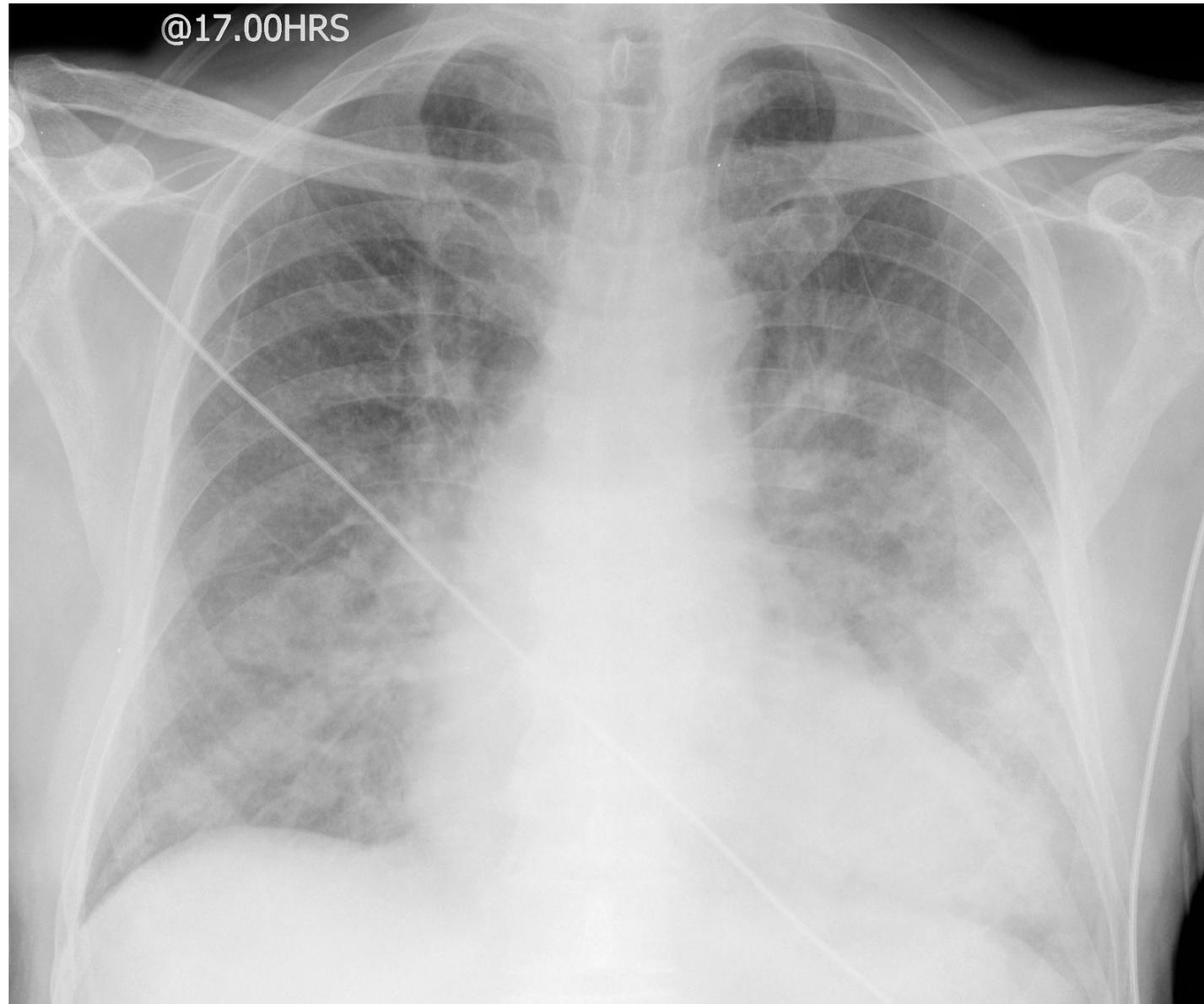


## Enoncé KFP 1

Une patiente de 76 ans, aux seuls antécédents d'hypertension est adressée aux urgences pour survenue brutale d'une dyspnée à 2h du matin avec sensation de noyade. Elle est prise en charge aux urgences avec une désaturation à 89% en air, TA=200/110 mmHg, FC=120/min, FR=35/min.

L'auscultation trouve un souffle systolique 2/6 au foyer mitral, avec des crépitants inspiratoires diffus sur les deux plages pulmonaires.

Une radiographie thoracique est réalisée :





# QUESTION N°1 (QROC)

**Dans votre interprétation de la radiographie, vous retenez:**

- 
- 
- 
-



## QUESTION N°1 (QROC)

**Dans votre interprétation de la radiographie, vous reprenez:**

- radiographie thoracique de face en inspiration
- condensations alvéolo-interstitielles bilatérales
- lignes B
- 
-



## QUESTION N°2 (QROC)

**Quelle est votre prise en charge en urgence :**

- 
- 
- 
- 
-

## QUESTION N°2 (QROC)

**Quelle est votre prise en charge en urgence de cet Œdème Aigu du Poumon ?**

- vasodilatateurs intraveineux
- diurétiques intraveineux
- ventilation à pression expiratoire positive
- hospitalisation en unité de soins intensifs
- anxiolytiques
- mise en place de deux voies veineuses périphériques
- oxygénothérapie

## QUESTION N°3

**Quels examens vont faire partie de votre prise en charge diagnostique systématique:**

- A. ECG
- B. Dosages peptides natriurétiques
- C. Dosage troponine
- D. Angioscanner pulmonaire
- E. IRM cardiaque
- F. Echographie cardiaque transthoracique
- G. NFP, ionogramme, fonction rénale
- H. Coronarographie

## QUESTION N°3

**Quels examens vont faire partie de votre prise en charge diagnostique systématique:**

- A. ECG
- B. Dosages peptides natriurétiques
- C. Dosage troponine
- D. Angioscanner pulmonaire
- E. IRM cardiaque
- F. Echographie cardiaque transthoracique
- G. NFP, ionogramme, fonction rénale
- H. (Coronarographie) si douleur thoracique / signes ecg ischémiques



## QUESTION ISOLEE (QROC)

Donnez les 4 classes thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée à prescrire en première intention :

A -

B -

C -

D -

## QUESTION ISOLEE (QROC)

Donnez les 4 classes thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée à prescrire en première intention :

A – IEC ou ARNI

B - Betabloquants

C – Inhibiteurs des co-transport sodium glucose 2 (ISGLT2)

D – Inhibiteur des récepteurs minéralocorticoïdes