

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

Les candidats doivent répondre aux 4 sujets et à toutes les questions

Épreuve des connaissances pratiques

Sujet 1 :

Vous recevez en consultation Mr FLAIL, 57 ans (175cm pour 78 kg), adressé par son cardiologue pour insuffisance mitrale sévère symptomatique. En effet, à l'interrogatoire, le patient décrit une fatigue et un essoufflement au moindre effort.

Question N°1 :

Rappelez les critères échographiques quantitatifs permettant d'affirmer qu'une insuffisance mitrale dégénérative est sévère

L'ETT décrit un prolapsus antérieur A2 par rupture de cordages et un anneau dilaté.

Question N°2 :

Rappelez la classification de Carpentier.

Question N°3 :

Selon cette même classification, décrivez le mécanisme de la fuite mitrale du patient.

L'ETT évoque un diagnostic de maladie de Barlow.



Question N°4 :

Décrivez l'aspect d'une valve de Barlow sur le plan macroscopique

Question N°5 :

Décrivez l'aspect d'une valve de Barlow sur le plan microscopique.

Question N°6 :

Vous pensez être en mesure de réparer cette valve mitrale. Quelles sont les principales complications potentielles ?

Question N°7 :

Parmi les 3 techniques de réparation d'un prolapsus large du feuillet antérieur par rupture de cordage :

7.1 laquelle est à proscrire ?

7.2 laquelle est le plus largement répandue ?

7.3 laquelle nécessite un appareil sous valvulaire postérieur sain ?

Au déclampage, la cinétique ventriculaire est satisfaisante mais malgré le remplissage, l'hémodynamique reste précaire. L'échographiste décrit une obstruction de la chambre de chasse du VG.

Question N°8 :

Quel est votre diagnostic ?

Question N°9 :

Quelles sont vos possibilités de prise en charge avant de reclipper l'aorte ?

Question N°10 :

Quelles sont vos options si cela ne suffit pas ?

Question N°11 :

Lors de la deuxième sortie de pompe, l'échographiste note cette fois-ci une large hypokinésie inférolatérale du VG qui empêche de sevrer la CEC. Le tracé ECG montre un sus-décalage ST en latéral.

Quelles sont vos hypothèses ?

Question N°12 :

Quelle est votre prise en charge ?

Question N°13 :

Le sevrage de la CEC est finalement impossible. Vous décidez conjointement avec l'anesthésiste l'implantation d'une ECMO. Décrivez le type d'assistance (ECMO) que vous implantez.

Question N°14 :

Si la décharge du VG n'est pas satisfaisante, quels moyens supplémentaires pouvez-vous proposer ?

Question N°15 :

Cinq jours plus tard, le myocarde n'a toujours pas récupéré. On note un taux de plaquettes à 40G/L. Quelles sont vos hypothèses ?

Question N°16 :

Quel bilan réalisez-vous avant l'inscription sur liste de transplantation cardiaque ?

Question N°17 :

Vous avez finalement accepté un greffon cardiaque. Rappelez les étapes de son prélèvement ?



Sujet 2 :

Madame D., 58 ans, non-fumeuse, se présente en consultation après la découverte fortuite d'une petite lésion pulmonaire lors d'un scanner thoracique effectué dans le cadre d'un bilan pour douleurs thoraciques non spécifiques. Elle ne présente pas de symptômes respiratoires significatifs. Le bilan initial ne retrouvait pas d'infection ni de pathologie cardiaque.

- ATCD médicaux : Diabète de type 2 bien contrôlé, pas de maladie respiratoire connue.
- Tabagisme à 10 PA sevré depuis 25 ans.

Le scanner thoracique retrouve un nodule de 1,5 cm dans le segment apical du lobe supérieur gauche, non calcifiée et sans adénopathies hilaires ou médiastinales visibles.

- Pas de signes d'extension locale ou d'atteinte pleurale.

Question N°1 :

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Le bilan que vous avez réalisé, montre que le nodule est isolé. La fonction respiratoire est strictement normale.

Question N°2 :

Quel traitement proposez-vous ? Justifiez votre réponse

L'analyse anatomopathologique confirme qu'il s'agit d'un adénocarcinome pulmonaire T1N0M0 (stade IA).



Question N°3 :

La patiente vous questionne sur son pronostic et la suite de son traitement, que lui répondez-vous ?

Les suites initiales sont simples, la patiente sort à J4. La consultation à J10 est sans particularité.

Elle consulte aux urgences à J25 pour toux avec fièvre. La radiographie thoracique met en évidence un niveau hydroaérique.

Question N°4 :

Que suspectez-vous ?

Question N°5 :

Quels examens réalisez-vous ?

Sujet 3 :

Vous êtes appelé par vos collègues de pneumologie pour un patient de 65 ans pris en charge pour une pneumopathie depuis 10 jours. Ils vous contactent car malgré une antibiothérapie par Augmentin, il persiste une fièvre, un syndrome inflammatoire biologique important (23 000GB, 357 CRP), chez un patient qui présente des crachats purulents et une dyspnée s'étant majoré depuis 48H avec douleur basi thoracique droite ayant conduit à son hospitalisation en Urgence.

Question N°1 :

Quel diagnostic évoquez-vous, quelles informations supplémentaires vous sont nécessaires ?

Cela fait plus d'un mois que les symptômes ont débuté, avec une toux et des crachats important.

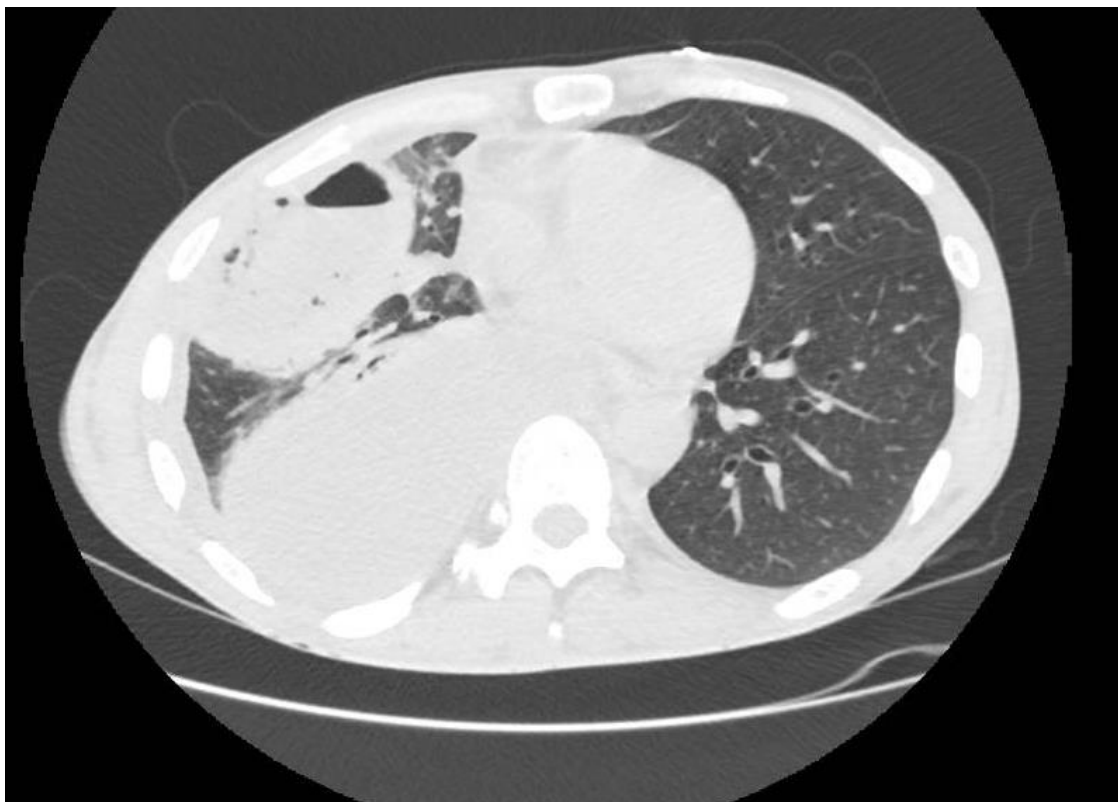


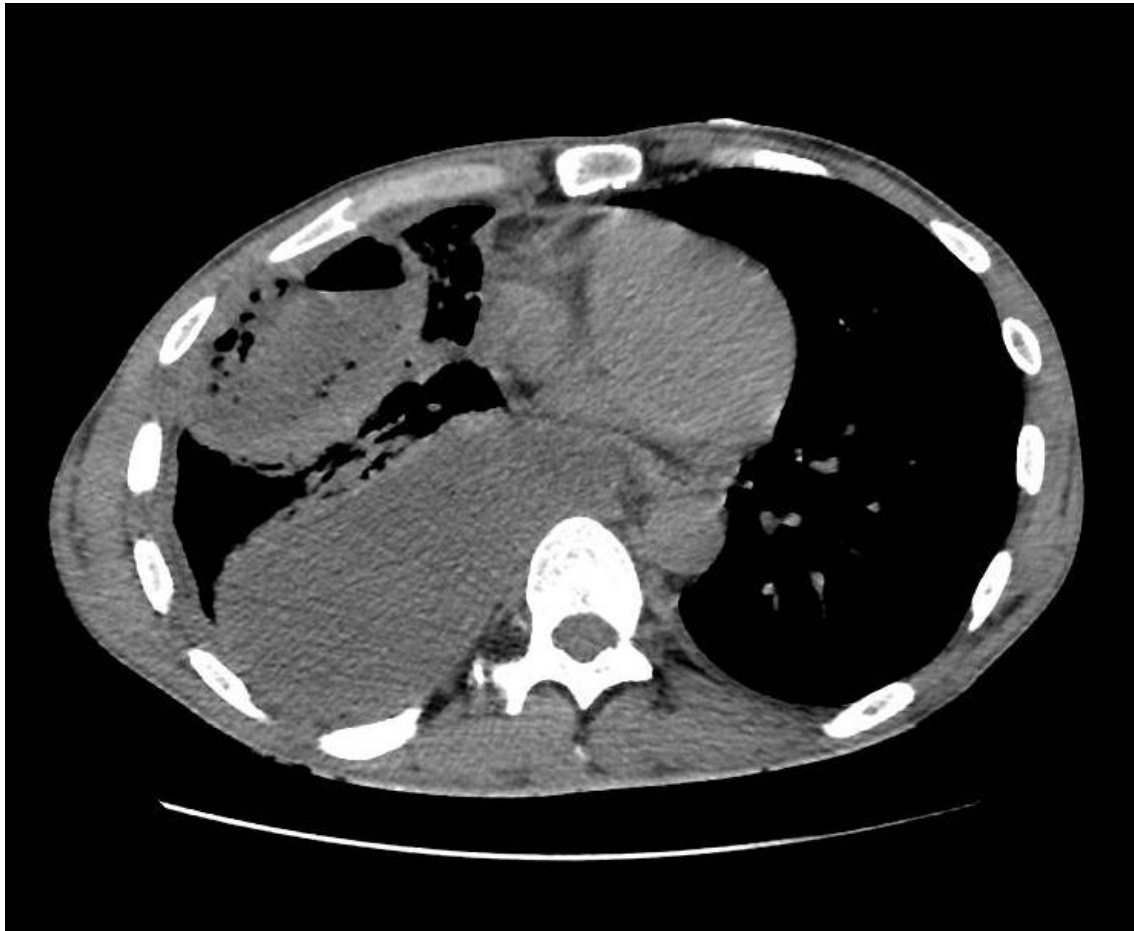
Son médecin traitant avait débuté une antibiothérapie par amoxicilline et de l'ibuprofène car il a présenté quelque douleurs basi thoracique. Le patient a reconsulté il y a une semaine aux Urgences car les douleurs basithoraciques persistaient. La radiographie thoracique était normale. L'antibiothérapie a été modifié par de l'Augmentin et une surveillance en ambulatoire a été mise en place.

Question N°2 :

Quels examens demandez-vous ?

Votre patient est stable sur le plan hémodynamique, 1L O2 pour 95% saturation. La fibroscopie bronchique est normale avec des sécrétions purulentes bilatérales prédominant au niveau du lobe inférieure droit. Voici le scanner de votre patient





Question N°3 :

Que faites-vous dans l'immédiat ?

Malgré votre prise en charge le patient reste fébrile, avec un syndrome inflammatoire important.

Question N°4 :

Quelle sera alors votre prise en charge ? Détaillez votre traitement
L'évolution est progressivement favorable, les drains sont peu productifs et restent séro-hématiques.

Ils sont retirés à J3 et J5 post opératoire. Les différents prélèvements bactériologiques sont négatifs.

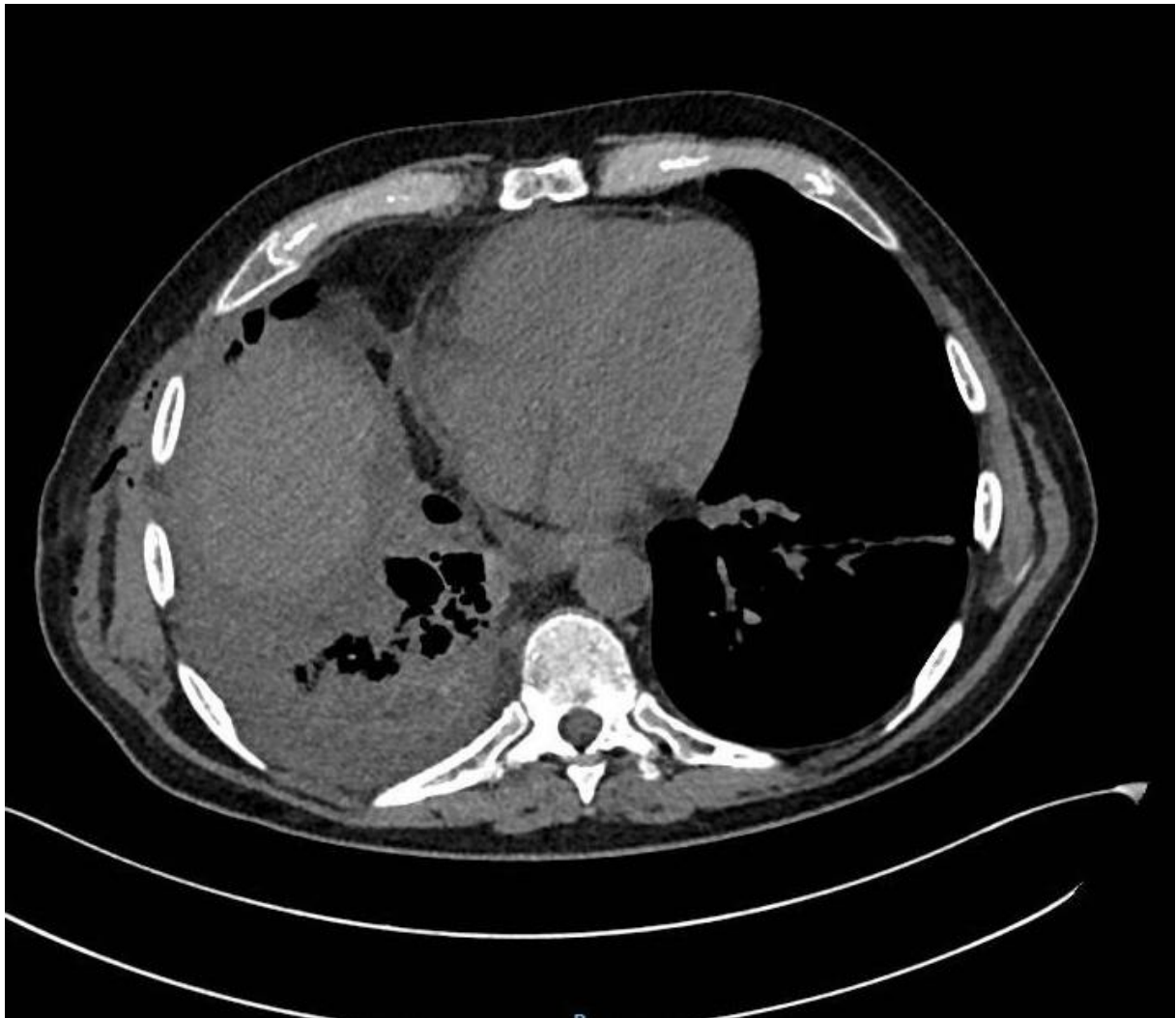
A J8 post opératoire réapparition d'épisode fébrile, et nouvelle ascension du syndrome inflammatoire biologique.



Question N°5 :

Quels examens réalisez-vous?

Voici le résultat du scanner. Pas d'anomalie à distance. Le reste de votre bilan infectieux est négatif.



Question N°6 :

Quelle est votre prise en charge ?

Question N°7 :

L'évolution est enfin favorable que faites-vous à distance ?

Sujet 4 :

Vous recevez un patient de 42 ans adressé par vos collègues de médecine interne pour la découverte d'une masse du médiastin antérieur de découverte fortuite sur un bilan de douleurs articulaires.

Question N°1 :

Quel est votre interrogatoire ?

Question N°2 :

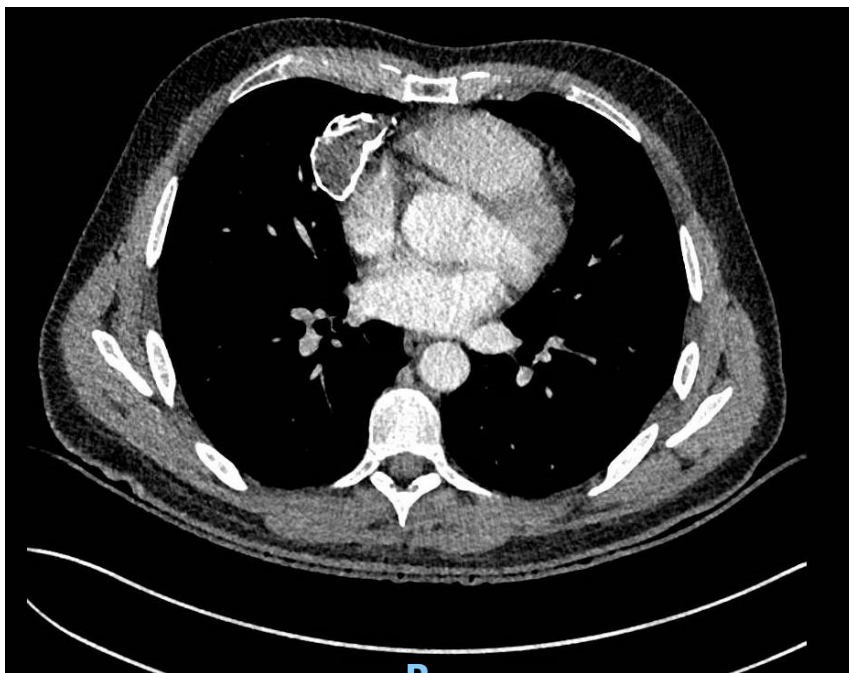
Quel bilan faites-vous ?

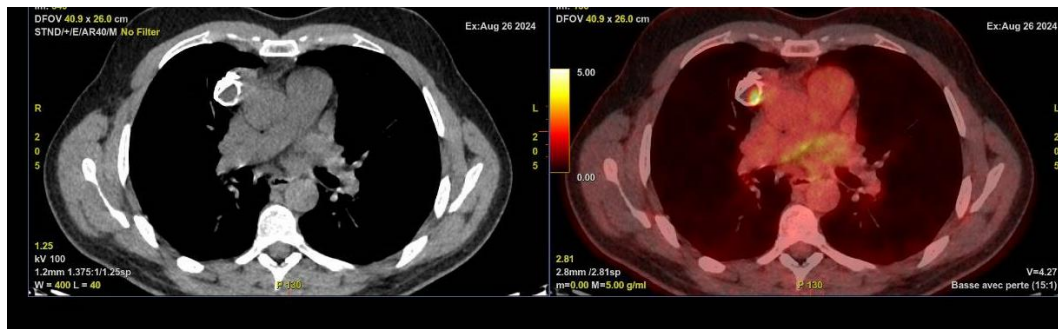
Après un bilan complet, vous retrouvez une lésion isolée du médiastin, le bilan biologique est sans particularité.

Question N°3 :

Quelle est votre conduite à tenir ?

La lésion est encapsulée, complètement résécable, pas d'indication à une biopsie pré-opératoire. Cette lésion fait 3 cm latéralisée sur la droite.





Question N°4 :

Quelle est votre prise en charge et quels sont les risques que vous exposez à votre patient ?

Question N°5 :

A J 2 post opératoire le patiente présente une douleur rétrosternale importante associé à une dyspnée d'effort ?

Question N°6 :

Quelles sont vos 3 hypothèses diagnostiques principales ?