

CF-07-Médecine cardiovasculaire-QCM-EVC-2025

Q 1. Concernant l'insuffisance cardiaque gauche (ICG) :

- a) L'ICG peut se compliquer d'hypertension pulmonaire post-capillaire.
 - b) Le remodelage ventriculaire gauche associe dilatation et fibrose myocardique.
 - c) Une ICG non contrôlée peut évoluer vers une insuffisance cardiaque globale.
 - d) Le risque d'arythmie ventriculaire est augmenté dans les formes sévères.
 - e) Une ICG à FEVG préservée correspond toujours à une absence de symptômes cliniques.
-

Q 2. Concernant l'insuffisance cardiaque droite (ICD) :

- a) L'ICD correspond à une incapacité du ventricule droit à éjecter le sang vers la circulation pulmonaire, entraînant une stase veineuse systémique.
 - b) L'embolie pulmonaire aiguë est une cause typique d'ICD aiguë par surcharge en pression.
 - c) L'ICD post-infarctus du VD s'accompagne d'une élévation du BNP et d'un OAP.
 - d) La péricardite constrictive peut se manifester comme une ICD chronique avec reflux hépato-jugulaire.
 - e) L'inotropie positive (dobutamine) est indiquée dans les ICD aiguës avec choc cardiogénique.
-

Q 3. Dans l'IC droite isolée :

- a) La turgescence jugulaire et le reflux hépato-jugulaire positif sont des signes spécifiques de stase veineuse centrale.
 - b) L'ascite est fréquente mais signe une décompensation tardive.
 - c) L'échocardiographie objective la dilatation et la dysfonction systolique du VD.
 - d) Le BNP est toujours normal dans l'ICD isolée.
 - e) Le traitement repose sur la restriction sodée, les IEC et la prise en charge de la cause sous-jacente.
-

Q 4. Hypertension artérielle (HTA) :

- a) Une HTA peut être diagnostiquée dès une mesure unique de PA $\geq 180/110$ mmHg, même en dehors de contexte d'urgence.
 - b) Une HTA de grade 1 correspond à une PAS comprise entre 140 et 159 mmHg et/ou une PAD entre 90 et 99 mmHg.
 - c) Une HTA masquée correspond à une PA normale au cabinet mais élevée en AMT ou en MAPA.
 - d) L'effet blouse blanche expose à un risque cardiovasculaire identique à celui d'une HTA permanente.
 - e) En cas de discordance entre AMT et MAPA, c'est la valeur la plus élevée qui prévaut pour le diagnostic.
-

Q 5. HTA secondaire :

- a) Le syndrome de Conn (hyperaldostéronisme primaire) doit être évoqué devant une HTA résistante et une hypokaliémie.
 - b) L'HTA d'origine rénale est la première cause d'HTA secondaire.
 - c) Le dosage de la rénine et de l'aldostérone doit être réalisé sous traitement par IEC ou ARA2 pour ne pas fausser les résultats.
 - d) L'HTA liée au syndrome d'apnées du sommeil est souvent diurne et isolée.
 - e) Une HTA d'installation brutale chez un sujet jeune doit faire rechercher une dysplasie fibromusculaire.
-

Q 6. Prise en charge et complications de la péricardite aiguë :

- a) Le traitement de première intention associe AINS à dose anti-inflammatoire et colchicine.
 - b) La corticothérapie est indiquée en première intention chez les patients sans contre-indication aux AINS.
 - c) La colchicine diminue significativement le risque de récurrence.
 - d) Une douleur persistante > 1 semaine, une fièvre > 38 °C, ou un épanchement abondant sont des critères de mauvais pronostic.
 - e) Un épanchement abondant avec signes de tamponnade impose une péricardiocentèse urgente.
-

Q 7. Insuffisance aortique :

- a) Le souffle de régurgitation aortique est diastolique, doux, aspiratif, souvent augmenté en position penchée en avant, en expiration forcée.
 - b) Dans les formes chroniques bien tolérées, le débit cardiaque est conservé jusqu'à un stade tardif.
 - c) Les signes périphériques (pouls de Corrigan, signe de Musset) traduisent une baisse du débit cardiaque.
 - d) Une IA aiguë peut entraîner rapidement un œdème pulmonaire par élévation brutale de la pression télédiastolique du VG.
 - e) La chirurgie valvulaire est indiquée chez un patient asymptomatique présentant une IA sévère avec FEVG ≤ 50 %.
-

Q 8. EP : Diagnostic clinique et probabilité prétest

- a) L'embolie pulmonaire résulte le plus souvent d'une migration d'un thrombus veineux profond vers l'artère pulmonaire.
 - b) Une dyspnée brutale, une douleur thoracique latéro-thoracique et une hémoptysie évoquent une EP avec infarctus pulmonaire.
 - c) Le score de Wells ≥ 4 traduit une probabilité clinique faible.
 - d) Un D-dimère normal ($< 500 \mu\text{g/L}$) permet d'exclure une EP si la probabilité clinique est faible ou intermédiaire.
 - e) La survenue d'une syncope initiale oriente plutôt vers un bas risque de mortalité.
-

Q 9. Concernant l'embolie pulmonaire (EP) :

- a) L'ECG de l'EP est souvent normal, mais peut montrer un aspect $S_1Q_3T_3$ traduisant une surcharge droite.
 - b) Le bloc de branche gauche est le signe ECG le plus fréquent de l'EP aiguë.
 - c) L'échocardiographie peut montrer une dilatation du VD et un septum paradoxal en faveur d'une surcharge droite.
 - d) Une élévation du BNP ou de la troponine oriente vers une atteinte cardiaque droite et un risque intermédiaire à élevé.
 - e) Une EP massive s'accompagne d'une hypotension artérielle persistante ou d'un choc obstructif.
-

Q 10. Fibrillation atriale :

- a) La fibrillation atriale (FA) se définit par l'absence d'ondes P et une activité atriale désorganisée avec ondes f rapides.
 - b) La FA rapide entraîne classiquement une tachycardie ventriculaire régulière à 150/min.
 - c) L'échocardiographie transthoracique est essentielle pour rechercher une valvulopathie, une dilatation de l'oreillette gauche ou une cardiopathie sous-jacente.
 - d) Le score CHA₂DS₂-VASc évalue le risque hémorragique et guide la prescription d'un anticoagulant oral.
 - e) Chez un patient en FA non valvulaire avec score CHA₂DS₂-VASc = 2, l'anticoagulation est indiquée.
-

Q 11. Syncope :

- a) La syncope se définit comme une perte de connaissance brutale, brève, avec récupération spontanée complète.
 - b) Les syncopes vasovagales sont les plus fréquentes et touchent surtout les sujets jeunes.
 - c) La syncope d'effort doit faire suspecter en priorité une cause cardiaque obstructive (RAo, CMH obstructive).
 - d) Une syncope avec BAV du 3^e degré transitoire correspond au syndrome de Stokes-Adams.
 - e) L'hypotension orthostatique correspond à une chute de pression artérielle systolique ≥ 10 mmHg lors du passage en position debout.
-

Q 12. Concernant la stratification du risque et ses implications dans l'angor stable, quelles affirmations sont vraies ?

- a) Un patient ayant une mortalité annuelle estimée à 2 % est classé à risque intermédiaire
 - b) Une épreuve d'effort positive dès la 7^e minute constitue un critère de haut risque
 - c) L'activité physique doit être proscrite
 - d) Une sténose du tronc commun gauche ou de l'IVA proximale constitue une situation de haut risque
 - e) La revascularisation systématique des formes d'angor stable est recommandée car elle améliore la survie par rapport au traitement médical seul.
-

Q 13. Quels critères définissent un rétrécissement aortique serré ?

- a) Aire valvulaire < 1 cm²
 - b) Gradient moyen > 40 mmHg
 - c) Vmax > 4 m/s
 - d) FEVG < 45%
 - e) Souffle systolique irradiant vers les carotides
-

Q 14. Dans l'insuffisance aortique chronique sévère, quels éléments guident la chirurgie ?

- a) Symptômes
 - b) FEVG < 50%
 - c) Dilatation télédiastolique VG > 70 mm
 - d) Souffle holosystolique
 - e) Aorte ascendante > 45 mm
-

Q 15. Quels sont les critères diagnostiques d'une myocardite aiguë ?

- a) Élévation de troponine
 - b) IRM cardiaque avec rehaussement tardif non ischémique
 - c) Coronarographie normale
 - d) Syndrome inflammatoire biologique
 - e) Hypokinésie segmentaire typique d'un territoire coronaire
-

Q 16. Dans l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée, quels traitements ont montré un bénéfice pronostique ?

- a) IEC/ARA2
 - b) Bêtabloquants
 - c) SGLT2 inhibiteurs
 - d) Antagonistes de l'aldostérone
 - e) Diurétiques en traitement de fond
-

Q 17. Quels éléments orientent vers une ischémie myocardique à l'échocardiographie d'effort?

- a) Hypokinésie segmentaire d'effort
 - b) Dilatation cavitaire transitoire du VG
 - c) Sus-décalage ST diffus
 - d) Amélioration de la cinétique à l'effort
 - e) Augmentation de la FEVG à l'effort
-

Q 18. Quels paramètres échographiques sont utilisés pour quantifier la fonction systolique du VG ?

- a) Fraction d'éjection
 - b) Strain longitudinal global
 - c) Surface télédiastolique du VG
 - d) Volume d'éjection systolique indexé
 - e) Débit cardiaque
-

Q 19. Quels signes échographiques sont évocateurs d'une élévation des pressions gauches ?

- a) E/E' élevé
 - b) OG dilatée
 - c) VD comprimé en diastole
 - d) Flux mitral restrictif
 - e) Excès de collapsus de la VCI à l'inspiration
-

Q 20. Dans les définitions du syndrome coronarien aigu (SCA) :

- a) Le SCA avec sus-décalage persistant du segment ST (SCAST+) correspond à une occlusion coronarienne aiguë transmurale par thrombus.
 - b) L'ECG est toujours normal dans un SCA sans sus-décalage du segment ST (SCANST).
 - c) L'élévation de la troponine est un critère de nécrose myocardique dans l'IDM et est nécessaire pour poser le diagnostic et guider la prise en charge.
 - d) Un angor stable est désormais appelé « syndrome coronarien chronique ».
 - e) Un SCA se définit uniquement par la douleur thoracique typique et ne nécessite pas de bilan ECG pour la classification ST+/ST-.
-

Q 21. Concernant le diagnostic (clinique et paraclinique) d'un SCA (syndrome coronarien aigu):

- a) Tout patient avec suspicion de SCA doit bénéficier d'un ECG 12 dérivations dans les 10 minutes qui suivent l'arrivée à l'urgence
 - b) Une troponine normale exclut définitivement un SCA
 - c) Dans un SCA avec sus décalage du segment ST, la présence d'un bloc de branche gauche récent peut être considérée comme un équivalent de sus-décalage ST.
 - d) Le dosage de la troponine est inutile dans un SCA avec sus décalage du segment ST, car il ne modifie pas la stratégie thérapeutique
 - e) Chez un SCA sans sus décalage du segment ST, l'ECG peut être normal dans plus de 30 % des cas
-

Q 22. Sur le traitement et la prise en charge des SCA (syndrome coronarien aigu)

- a) Dans un SCA sans sus décalage du segment ST, la revascularisation immédiate (par intervention coronarienne percutanée ou par fibrinolyse) est la priorité.
 - b) Dans un SCA avec sus décalage du segment ST, la fibrinolyse est toujours efficace si administrée dans les 3 premières heures
 - c) La morphine est contre indiquée en cas de SCA avec sus décalage du segment ST de localisation inférieure
 - d) Dans le cadre du SCA sans sus décalage du segment ST, il faut toujours débuter une double antiagrégation plaquettaire et un anticoagulant au moment du diagnostic, dans l'attente de la réalisation d'une coronarographie
 - e) L'oxygénothérapie ne doit pas être systématique chez les patients présentant un SCA.
-

Q 23. Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire et leur prévention, quelles sont les affirmations vraies ?

- a) Le sexe masculin et l'âge avancé sont des facteurs de risque non modifiables
 - b) Le tabagisme est un facteur de risque modifiable et il n'existe pas de seuil d'exposition en-dessous duquel le risque soit nul
 - c) L'activité physique régulière et la consommation de fruits et légumes sont des facteurs de risque modifiables négatifs (protecteurs).
 - d) Les marqueurs biologiques comme la CRP us sont à ce jour utilisés en routine pour estimer le risque cardiovasculaire global pour tous les patients.
 - e) La prévention secondaire concerne des sujets ayant déjà présenté un événement cardiovasculaire ou une lésion athéroscléreuse documentée.
-

Q 24. Un homme de 50 ans, fumeur, sans antécédent cardiovasculaire, présente une PA à 145/90 mmHg et un LDL-cholestérol à 1,7 g/L.

Le médecin souhaite estimer son risque cardiovasculaire global à 10 ans selon les recommandations européennes.

Quel outil est le plus adapté à cette évaluation ?

- a) Le calcul de la troponine ultrasensible
 - b) Le SCORE ou SCORE2 selon la population et l'âge.
 - c) L'indice de masse corporelle (IMC).
 - d) Le dépistage d'une ischémie silencieuse à l'épreuve d'effort.
 - e) La mesure d'un score calcique
-

Q 25. Concernant l'évaluation du risque cardiovasculaire global avec le SCORE / SCORE2, quelles affirmations sont vraies ?

- a) Le SCORE2 estime le risque d'événement cardiovasculaire fatal uniquement
 - b) Le SCORE2 remplace le SCORE ancien dans les recommandations européennes depuis 2021.
 - c) Le risque global élevé correspond, selon le SCORE2, à un risque $\geq 10\%$ à 10 ans chez les 50-69 ans.
 - d) Le calcul du risque global permet d'adapter l'intensité de la prévention (diététique, statines, anti-HTA).
 - e) Le SCORE2 ne s'applique pas en prévention secondaire
-

Q 26. Concernant le diagnostic d'une endocardite infectieuse (EI), quelles sont les 3 affirmations vraies ?

- a) Les hémocultures sont normales dans environ 10 % des cas
 - b) Une échocardiographie transthoracique négative exclut définitivement le diagnostic d'EI
 - c) L'échocardiographie trans-œsophagienne est systématiquement indiquée en cas de matériel intracardiaque suspect
 - d) Le critère majeur « imagerie en faveur d'EI » inclut la présence d'un abcès péri-valvulaire ou d'une fistule
 - e) Le diagnostic repose uniquement sur les données cliniques (fièvre + souffle nouveau) et ne nécessite pas de prélèvements microbiologiques si l'échographie est positive
-

Q 27. Concernant les anti-agrégants plaquettaires, quelles sont les 3 affirmations qui sont vraies ?

- a) L'Aspirine inhibe irréversiblement la cyclo-oxygénase (COX-1) sur les plaquettes, ce qui réduit la formation de thromboxane A
 - b) Le dosage de la fonction plaquettaire est systématiquement requis chez tous les patients sous aspirine
 - c) Il existe des patients résistants au clopidogrel
 - d) L'arrêt temporaire des anti-agrégants plaquettaires peut être envisagé avant un geste invasif, après évaluation du risque hémorragique vs thrombotique
 - e) Les anti-agrégants plaquettaires n'ont aucune interaction pharmacologique notable avec les anti-coagulants.
-

Q 28. Une femme de 60 ans, non fumeuse, consulte pour dyspnée aiguë, nausées et asthénie sans douleur thoracique typique.

L'ECG montre un sous-décalage ST diffus et la troponine est élevée.

L'échocardiographie montre une akinésie apicale large.

Quelles affirmations sont vraies ?

- a) La prise en charge d'un syndrome coronarien aigu (SCA) doit être identique chez les femmes et chez les hommes
 - b) Le diagnostic de SCA doit être exclu par coronarographie avant de retenir le syndrome de Tako-Tsubo.
 - c) Si l'hypothèse de Tako-Tsubo est confirmée, le traitement initial est identique à celui d'un SCA sans sus-décalage du segment ST
 - d) Si l'hypothèse de Tako-Tsubo est confirmée, le pronostic est toujours bénin, sans risque de complication
 - e) Un stress psychologique est retrouvé dans $\frac{3}{4}$ des cas chez les patients présentant un Tako-Tsubo.
-

Q 29. Un homme de 65 ans, sans antécédent, présente une douleur thoracique intense depuis 6 heures.

L'ECG montre un sus-décalage ST antérieur étendu. Il est pris en charge par angioplastie primaire.

48 heures plus tard, il développe une dyspnée brutale, hypotension, souffle systolique nouveau au foyer mitral.

Quelles complications doivent être évoquées en priorité ?

- a) Rupture de pilier mitral.
 - b) Rupture du septum interventriculaire.
 - c) Rupture de la paroi libre du VG.
 - d) Péricardite précoce post-IDM.
 - e) Insuffisance mitrale ischémique aiguë.
-

Q 30. Parmi les traitements suivants, lequel est le plus indiqué pour un syndrome du QT long de type 1 ?

- a) Bêtabloquant non cardio-sélectif
 - b) Flécaïne
 - c) Mexilétine
 - d) Disopyramide
 - e) Amiodarone
-

Q 31. Dans le syndrome de Brugada, quels sont les éléments cliniques associés à un risque accru de survenue d'événements rythmiques ?

- a) Antécédent de syncope considérée comme probablement d'origine rythmique
 - b) ECG spontané type 1 de Brugada
 - c) Sexe masculin
 - d) Mutation KCNH2
 - e) Antécédent de syncope vagale
-

Q 32. Dans le contexte du syndrome du QT long, quels médicaments sont susceptibles de l'aggraver (prolonger le QT) ?

- a) Sotalol
 - b) Hydroquinidine
 - c) Amiodarone
 - d) Fluoroquinolones
 - e) Paracétamol
-

Q 33. Lors de l'implantation d'un stimulateur cardiaque, quelles complications per et post opératoires doivent être surveillées ?

- a) Hématome de la loge de pacemaker
 - b) Lésion nerveuse du nerf phrénique
 - c) Tamponnade
 - d) Déplacement de la sonde
 - e) Pneumothorax
-

Q 34. Quels sont les critères en faveur de l'implantation d'un défibrillateur sous-cutané (S-ICD) par rapport à un défibrillateur transveineux (TV-ICD) ?

- a) Besoin de stimulation anti-bradycardie
 - b) Anatomie veineuse inadéquate pour l'implantation d'un défibrillateur transveineux
 - c) Risque infectieux élevé
 - d) Indication de resynchronisation
 - e) Tachycardies ventriculaires monomorphes fréquentes
-

Q 35. A propos du traitement de la fibrillation atriale, quelles sont la ou les réponses exactes?:

- a) Le contrôle de la fréquence ventriculaire repose sur les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques bradycardisant ou la digoxine
 - b) Le contrôle du rythme vise à restaurer et maintenir le rythme sinusal
 - c) La cardioversion électrique ne doit être réalisée que si la FA dure depuis moins de 48 heures
 - d) L'amiodarone est une option possible pour le maintien du rythme sinusal
 - e) La stratégie de contrôle de la fréquence a montré une meilleure survie que celle du contrôle du rythme
-

Q 36. A propos des complications possibles de la fibrillation atriale. Quelles sont la ou les réponses exactes :

- a) L'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique est une complication majeure de la fibrillation atriale
 - b) Le risque thromboembolique existe quel que soit le type de fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente)
 - c) Une insuffisance cardiaque peut être favorisée par la tachycardie persistante de la fibrillation atriale
 - d) Le score CHA₂DS₂-VASc permet d'évaluer le risque hémorragique de la fibrillation atriale
 - e) Une embolie systémique autre que cérébrale peut compliquer la fibrillation atriale
-

Q 37. Une femme de 58 ans, diabétique de type 2 et en surpoids (IMC = 31), est suivie pour une HTA essentielle (TA = 160/95 mmHg).

Biologie : DFG = 60 mL/min, K⁺ = 4,2 mmol/L.

Son ECG montre une hypertrophie ventriculaire gauche.

Quelles sont les 3 propositions thérapeutiques initiales appropriées?

- a) Débuter un IEC ou un ARA2, en première intention.
 - b) Associer d'emblée un IEC + ARA2 pour un meilleur contrôle tensionnel.
 - c) Privilégier une association fixe (IEC + thiazidique ou IEC + inhibiteur calcique)
 - d) Éviter les bêtabloquants en première intention hors indication cardiaque spécifique
 - e) Surveiller la kaliémie et la créatinine après initiation d'un IEC.
-

Q 38. Un homme de 68 ans, insuffisant cardiaque (FEVG = 30 %), est traité par :

- . furosémide 40 mg/j,
- . spironolactone 25 mg/j,
- . ramipril 5 mg/j,
- . bisoprolol 5 mg/j.

Il consulte pour fatigue, hypotension (TA = 95/60 mmHg) et malaise.

Biologie : Na⁺ = 129 mmol/L, K⁺ = 5,3 mmol/L, créatinine = 155 µmol/L (N < 110).

Quelles sont les 3 conduites qui peuvent être appropriées ici ?

- a) Réduire la dose de spironolactone.
 - b) Remplacer le furosémide par un thiazidique.
 - c) Suspendre temporairement le ramipril.
 - d) Corriger la natrémie par perfusion hypertonique immédiate.
 - e) Une évaluation concomitante de la volémie doit être effectuée
-

Q 39. Quels paramètres doivent être systématiquement rapportés pour quantifier une IM ?

- a) Surface orificielle régurgitée
 - b) Volume régurgité
 - c) Diamètre télésystolique du VG
 - d) Aspect du jet en Doppler couleur
 - e) Strain longitudinal du VD
-

Q 40. Quels sont les traitements de fond dans l'insuffisance cardiaque chronique à FEVG réduite ayant un impact sur le pronostic ?

- a) IEC
 - b) Bêtabloqueurs
 - c) Inhibiteurs SGLT2
 - d) Diurétiques
 - e) Amiodarone
-