

CARDIOLOGIE et MEDECINE VASCULAIRE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1

Un homme de 38 ans, sans antécédent notable, consulte pour des céphalées matinales et une sensation de fatigue. À l'examen, on retrouve :

- PA à 158/96 mmHg (confirmée à 2 reprises à distance)
- IMC = 29 kg/m²
- Reste de l'examen cardio-vasculaire normal.

Question 1

Donnez la définition de l'hypertension artérielle selon les recommandations Européennes actuelles (ESC).

Question 2

A ce stade, quelles étiologies doivent être évoquées pour expliquer l'hypertension artérielle présentée par ce patient ?

Question 3

Citez les éléments cliniques ou paracliniques évocateurs d'une HTA secondaire.

Question 4

Qu'allez -vous rechercher à l'interrogatoire pour mieux préciser le risque cardiovasculaire global de ce patient ?

Question 5

Quelles sont les mesures hygiéno-diététiques recommandées avant tout traitement médicamenteux ? (au moins 4 à citer)

Question 6

Citez les classes médicamenteuses de première intention dans le traitement de l'HTA essentielle.

Question 7

Quel est l'objectif tensionnel à atteindre chez un adulte jeune sans comorbidité ?

Sujet 2

Vous êtes appelés aux urgences pour une patiente de 65 ans amenée par le SAMU pour une détresse respiratoire aiguë.

L'interrogatoire est difficile, la patiente n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement.

A l'examen, elle est polypnéique, saturation à 89% sous 4l/min, PA 80/60mmHg, pouls 130/min, température 37,9°C. Il existe une turgescence jugulaire et un reflux hépato-jugulaire, les mollets sont souples, l'auscultation cardio-pulmonaire est normale.

Question 8

Quels sont les 3 diagnostics à évoquer en priorité devant le tableau clinique de cette patiente ?

Question 9

L'interne des urgences vous montre la radiographie thoracique faite en salle de déchocage qui retrouve un émoussement pleural droit, avec une silhouette cardiaque normale. L'ECG retrouve une tachycardie sinusale avec un BBD. La gazométrie artérielle en air ambiant retrouve un pH à 7,51, une pO₂ 49mmHg, une pCO₂ 27mmHg, une Sat 84%

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 10 : Quels examens demandez-vous et dans quel délai ?

Question 11

Votre hypothèse diagnostique est rapidement confirmée, l'état hémodynamique reste précaire. Détaillez votre prise en charge thérapeutique pour les premières 24h.

En l'absence d'évolution rapidement favorable, quel(s) traitement(s) complémentaire(s) peut-on envisager ?

Question 12

Le lendemain, alors que l'état respiratoire et hémodynamique s'est amélioré, la patiente présente une violente douleur du flanc gauche irradiant dans la jambe gauche, reproduite à la palpation.

Quelle complication suspectez-vous ?

Question 13

Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic ? Quel bilan prescrivez-vous par ailleurs ?

Question 14

Le diagnostic est confirmé. Quelle prise en charge immédiate proposez-vous ?

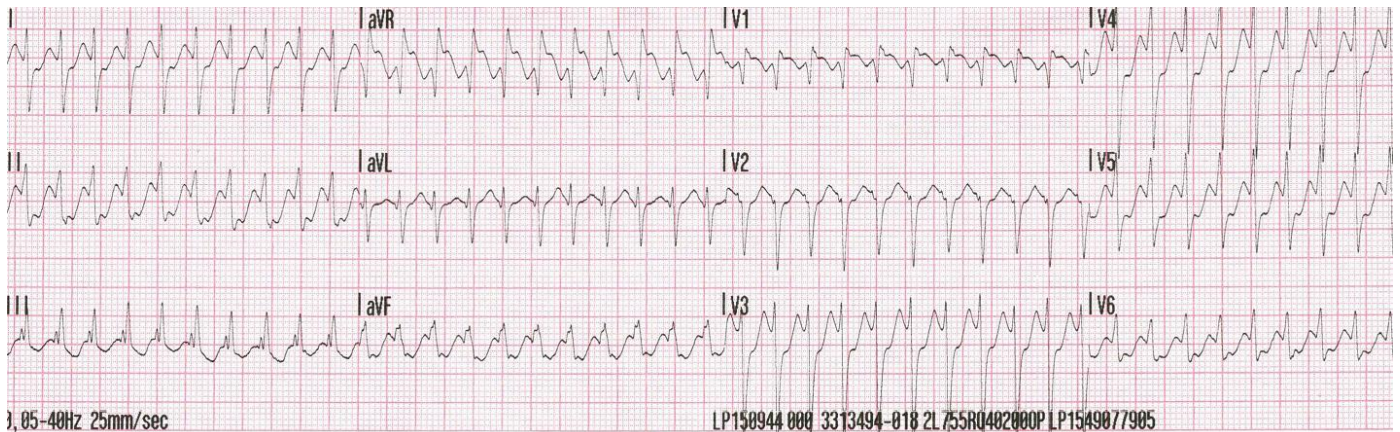
Question 15.

L'évolution est finalement favorable, la situation se stabilise. Quel bilan étiologique demandez-vous dans un second temps ?

Sujet 3

Vous êtes appelé pour donner un avis aux urgences concernant un patient de 67 ans qui se présente aux urgences pour dyspnée palpitations et douleur thoracique. Il a comme antécédent une hypertension artérielle traitée par Valsartan
Ses constantes sont les suivantes : FC 250bpm ; PA : 80/50 mmHg, Sat 90% en air ambiant, T : 36.7°C

Son ECG est le suivant :



Question 16

Interprétez l'ECG et indiquez vos principales hypothèses diagnostiques

Question 17

Quelles manœuvres pouvez-vous réaliser en urgence pour explorer cette arythmie ?
quel est le but de ces manœuvres ?

Question 18

Le tracé réalisé pendant les manœuvres est le suivant :



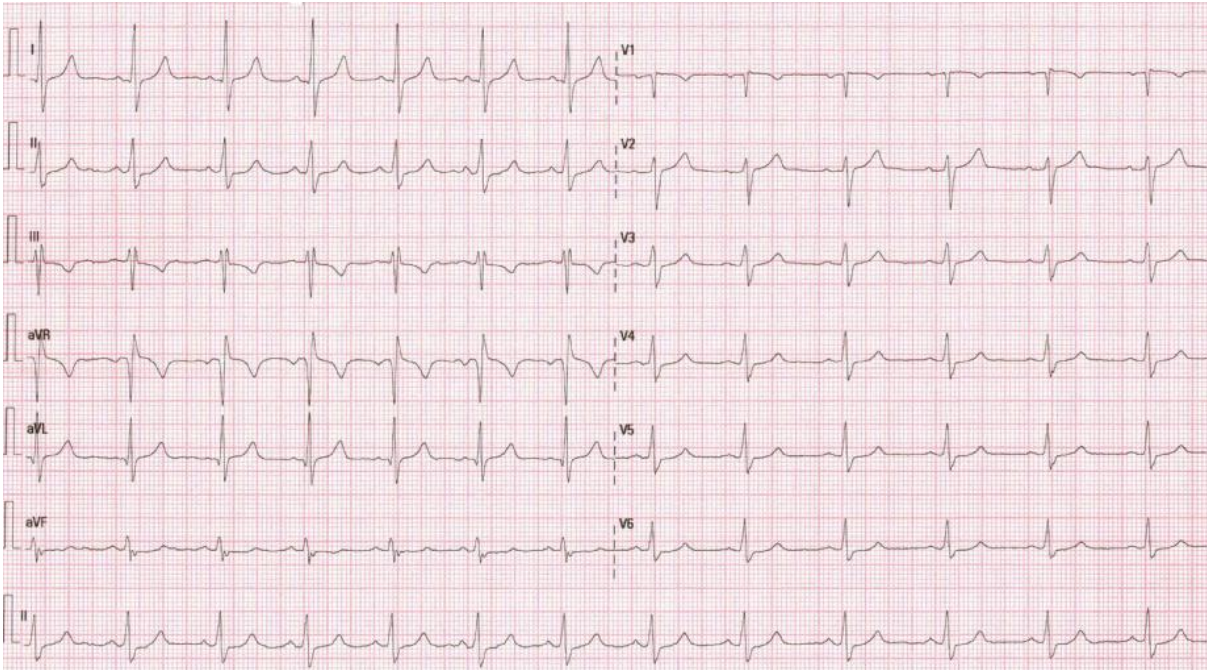
Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Question 19

Le patient reprend sa fréquence initiale à 250/min, présente une somnolence et la PA de contrôle est de 75/50mmHg. Quel traitement allez-vous mettre en œuvre en urgence ? y a-t-il des examens complémentaires à réaliser auparavant ?

Question 20

L'ECG post traitement est le suivant :



Le patient est maintenant asymptomatique et les constantes sont normales. Dans quel secteur allez-vous hospitaliser le patient ? Quelles classes thérapeutiques allez-vous prescrire ?

Question 21

La troponine T(Hs) réalisée dans le service est anormale avec un pic à 404ng/l (nle <14ng/l). Le reste du bilan est normal (NT-proBNP <50 ng/l; ionogramme normal, bilan thyroïdien normal). Votre échocardiographie transthoracique est normale. Votre externe vous demande le mécanisme la plus probable de cette anomalie biologique et s'il faut réaliser une coronarographie. Que lui répondez-vous ?

Question 22

A la surveillance télémétrique, vous observez pendant la nuit le tracé suivant durant 30 minutes, puis un tracé normal :



Quel est votre diagnostic électrocardiographique sur le scope

Question 23

Vous décidez avec le patient d'une stratégie d'ablation. Quelles lésions devez-vous envisager pour corriger les deux arythmies ?

Question 24

Comment évaluez-vous le risque thrombo embolique de ce patient ? Si vous prescrivez un traitement anticoagulant, quelle va être sa durée ?

Sujet 4

Vous êtes sollicité par le service des urgences auprès d'un jeune patient de 30 ans, bûcheron de son état et adepte de la course à pied, sans antécédent personnel ou familial notable.

Il consomme un peu de cannabis ...Il a présenté voici une huitaine de jours quelques courbatures et épisodes de diarrhée.

Il signale depuis quelques heures des douleurs thoraciques antérieures assez vives inhibant l'inspiration profonde, sans irradiation particulière.

Il se dit soulagé par la position penchée en avant, le décubitus lui est insupportable.

Les premiers éléments relevés par l'IDE sont les suivants : 94 kg pour 1m 88, TA à 125/70 ; FC à 105/min ; Sat O₂ à 98%, température à 38°1

A l'examen clinique, rien d'anormal, y compris à l'auscultation cardiaque ou pulmonaire.

Le cliché thoracique de face est normal.

Le tracé ECG confirme la tachycardie sinusale, un discret sous-décalage de P-Q en inférieur, avec un segment S-T un peu suspendu en hamac en d2d3avf.

Sur le plan biologique : Hyperleucocytose à 12.300 /mm³ à prédominance de polynucléaires neutrophiles, CRP à 78mg/l, Troponine I à 2.0ng/l (N < 20), BNP à 31ng/l (N<100ng/l)

Compte tenu du caractère hyperalgique de la présentation clinique, vous décidez hospitaliser ce patient en Cardiologie.

Question 25

Vous pratiquez dans un premier temps une échocardiographie transthoracique. Quel élément confirmera votre diagnostic ?

Question 26

Quelle prise en charge thérapeutique initiale proposez-vous chez ce patient ?

Question 27

L'évolution est favorable cliniquement après 48h, vous autorisez la sortie du patient.

Quels éléments sont prescrits sur les documents de sortie remis au patient.

Question 28

Quelle est votre attitude en cas de persistance du syndrome inflammatoire et/ou de récurrence précoce ?

Votre patient, revu régulièrement dans les 3 mois suivants, a finalement bien évolué.

Un an plus tard, il se présente à nouveau aux urgences à 23heures pour des douleurs thoraciques apparues depuis la veille, qui lui rappellent celles de l'année précédente, avec toutefois également un fond douloureux persistant à type de

brûlures rétro-sternales, une asthénie plus marquée, un peu d'essoufflement à l'effort.

Il signale également une vague lipothymie en salle d'attente.

Il n'a depuis sa première prise en charge pas changé son mode de vie, si ce n'est qu'il va désormais à la chasse chaque week-end.

Cliniquement, il présente quelques râles crépitants à l'auscultation des bases pulmonaires, pas de frottement péricardique audible, des arthralgies diffuses. Les paramètres suivants sont relevés : PA à 115/90mmHg, FC un peu irrégulière à 120/min, fièvre à 38,3°C, saturation périphérique à 92% en AA, fréquence respiratoire à 28/min

Le cliché thoracique ne note pas de cardiomégalie, mais quelques opacités floconneuses péri-hilaires et un émoussement des culs de sacs costo-diaphragmatiques.

Le tracé ECG s'inscrit en rythme sinusal rapide avec BAV I (espace P-R à 0.24sec), un sus-décalage concave (vers le haut) de S-T en inféro-latéral sans image en miroir, une ESV isolée.

Biologie : leucocytes 14.000 /mm³ à prédominance de PNN, CRP à 110mg/l, troponine I à 1700ng/l, BNP à 660ng/l

Vous réalisez une échocardiographie aux urgences et retrouvez des troubles de la cinétique segmentaire avec hypokinésie inféro-basale et latérale, une FEVG estimée à 45 %, une élévation des pressions de remplissage, pas d'épanchement péricardique.

Question 29

Quel est votre examen complémentaire de première intention ?

Question 30

L'examen précédent est normal. Quel examen réalisez-vous et qu'en attendez-vous ?

Question 31

Quels sont les facteurs de gravité d'une myocardite ?

Question 32

En reprenant l'interrogatoire, le patient se souvient d'une lésion inflammatoire en coxarde survenue 3 semaines au préalable au niveau de la cuisse...

Quelle cause de myocardite évoquer ?

Quelles complications rythmiques pouvez-vous redouter ?