

Q 1. Insuffisance cardiaque gauche (ICG) :

- ☒ a) La dyspnée d'effort est souvent le premier symptôme révélateur.
 - ☒ b) L'orthopnée traduit une élévation de la pression dans les capillaires pulmonaires.
 - ☒ c) La toux sèche nocturne est un équivalent mineur d'œdème pulmonaire.
 - ☐ d) Le reflux hépato-jugulaire est spécifique de l'insuffisance gauche.
 - ☒ e) L'OAP se manifeste par une polypnée, une angoisse et une expectoration mousseuse rosée.
-

Q 2. HTA :

- ☒ a) Une hypertrophie ventriculaire gauche au ECG ou à l'échographie traduit une atteinte d'organe cible liée à l'HTA.
 - ☒ b) En prévention secondaire après AVC, la cible tensionnelle recommandée est $< 130/80$ mmHg si tolérée.
 - ☐ c) Dans l'urgence hypertensive, la baisse tensionnelle doit être rapide pour atteindre $120/70$ mmHg en 1 heure.
 - ☐ d) Chez un patient de plus de 80 ans, un objectif $< 130/70$ mmHg est recommandé si bonne tolérance.
 - ☐ e) L'association IEC + ARA2 est recommandée dans l'HTA résistante pour potentialiser l'effet rénine-angiotensine.
-

Q 3. EP : Prise en charge et traitement

- ☒ a) En cas d'EP à haut risque (choc ou PAS < 90 mmHg), la thrombolyse est le traitement de première intention.
 - ☐ b) La thrombolyse est contre-indiquée absolue en cas d'AVC ischémique datant de moins de 6 mois.
 - ☒ c) Le traitement anticoagulant initial repose sur les HBPM ou les AOD selon le profil du patient.
 - ☒ d) Le relais par anticoagulant oral (AOD ou AVK) doit être envisagé dès les premières 24-48 h, sous couvert de stabilité hémodynamique.
 - ☒ e) L'anticoagulation doit être poursuivie au moins 3 mois, avec réévaluation du rapport bénéfice/risque ensuite.
-

Q 4. Péricardite aiguë :

- ☒ a) Le diagnostic de péricardite aiguë repose sur au moins 2 des 4 critères suivants : douleur thoracique typique, frottement péricardique, modifications ECG diffuses, épanchement péricardique.
 - ☐ b) Le sus-décalage du ST dans la péricardite aiguë est concave vers le bas et prédomine dans un territoire coronarien précis.
 - ☒ c) La troponine est fréquemment élevée dans la péricardite myopéricardique sans que cela traduise un infarctus.
 - ☐ d) L'épanchement péricardique est nécessaire pour affirmer le diagnostic.
 - ☒ e) Les causes virales (Coxsackie, Echovirus) sont les plus fréquentes, mais il faut toujours rechercher une cause systémique ou iatrogène.
-