

MEDECINE CARDIOVASCULAIRE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

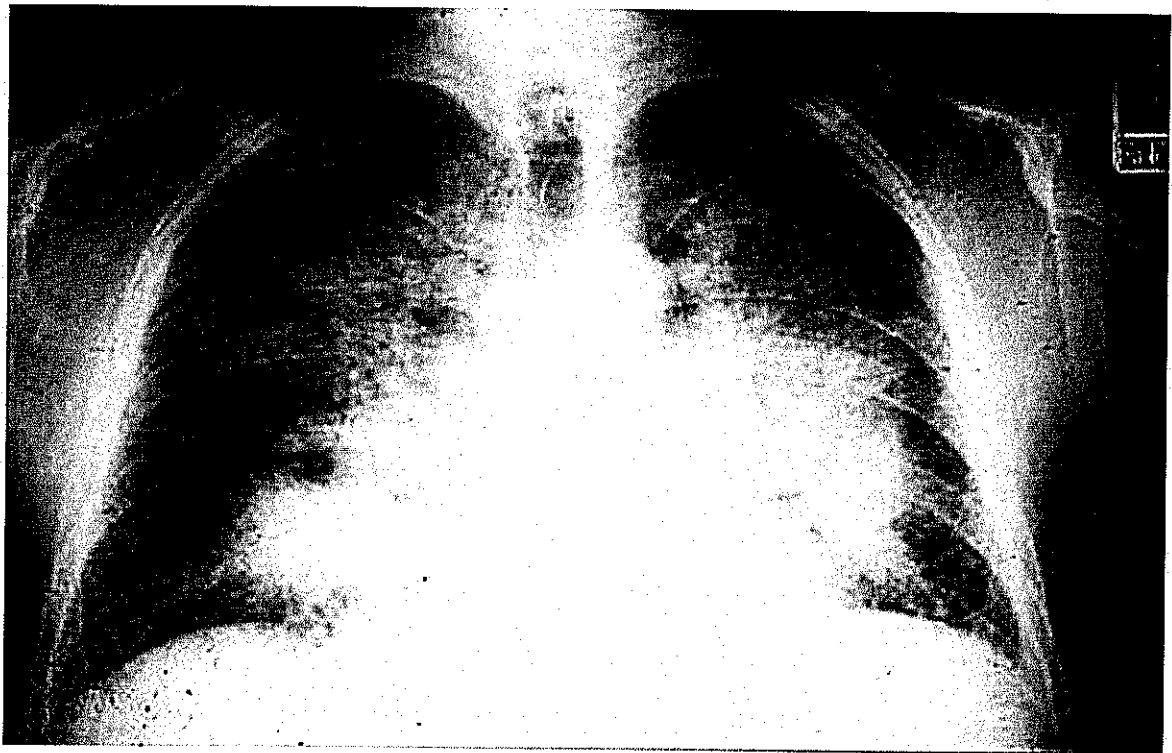
Sujet 1 :

Enoncé :

Vous êtes appelés aux urgences pour prendre en charge Mr X 83 ans pour détresse respiratoire évoluant depuis 3 heures. Il a comme facteur de risque cardiovasculaire outre son âge, une HTA et un diabète. Il est suivi pour un adénome de prostate non compliqué. Son traitement comprend : Amlodipine 5 mg/ jour.

L'urgentiste a réalisé le bilan initial et met en évidence des crépitants bilatéraux symétriques diffus, un souffle éjectionnel systolique et un tirage respiratoire. Constantes : SpO₂: 84%, TA : 145/94 mmHg, FC : 90 bpm, température : 37,1 °C, FR: 25/min.

Voici sa radiographie thoracique :



Question N°1 :

Quel est votre diagnostic principal ? sur quels arguments ?

Question N°2 :

Quelle est votre prise en charge immédiate ?



Question N°3 :

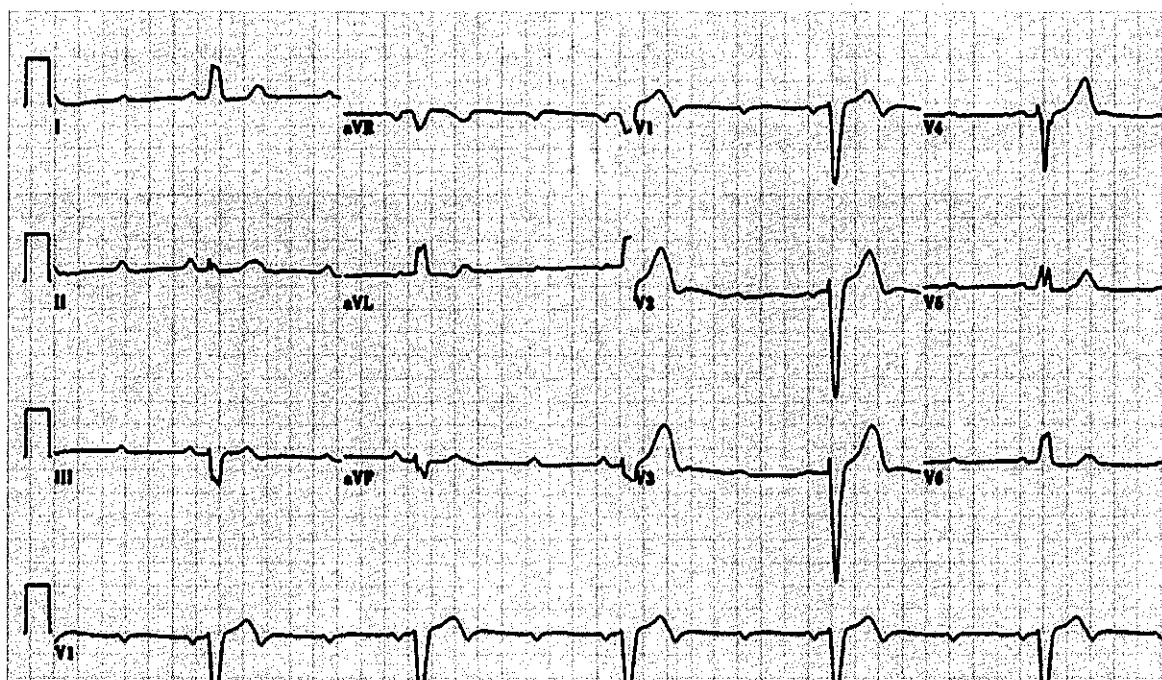
La situation clinique s'améliore sous traitement médical. Vous avez réalisé une échocardiographie qui retrouve les éléments suivants : FEVG: 35%, rétrécissement aortique serré. Quelle intervention proposez-vous ? Quels sont vos arguments ?

Question N°4 :

Quel bilan allez-vous réaliser avant cette intervention ?

Question N°5 :

Le patient a bénéficié de la prise en charge que vous lui avez proposée. Six mois plus tard, le patient présente des lipothymies. Vous réalisez l'ECG suivant :



Analysez le tracé.

Question N°6 :

Avant ce nouvel évènement, vous aviez réalisé une échocardiographie. Quelle va être votre stratégie thérapeutique en fonction de cette réévaluation ?

Sujet 2 :

Enoncé :

Un homme de 76 ans doit être opéré d'une arthrose de genou avec pose d'une prothèse. L'anesthésiste prescrit une consultation pré-opératoire avec un cardiologue. Il n'a jamais fumé et consomme 2 ou 3 verres de vin par jour. Il n'a pas fait d'analyses biologiques depuis des années et ne connaît pas les antécédents de ses parents aujourd'hui décédés. Il a présenté des valeurs tensionnelles élevées autour de 160/90 mm Hg mais n'a jamais pris de traitement antihypertenseur. Il est sédentaire à cause de son arthrose de genou et pèse 96 kg pour 171 cm. Il ne prend pas de médicaments sauf de l'alprazolam quand il est très anxieux.

Question N°1 :

L'examen clinique est sans particularité, la pression artérielle est à 180/90 mmHg, fréquence cardiaque 80 bpm.

Par quels moyens allez-vous en théorie confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle ?

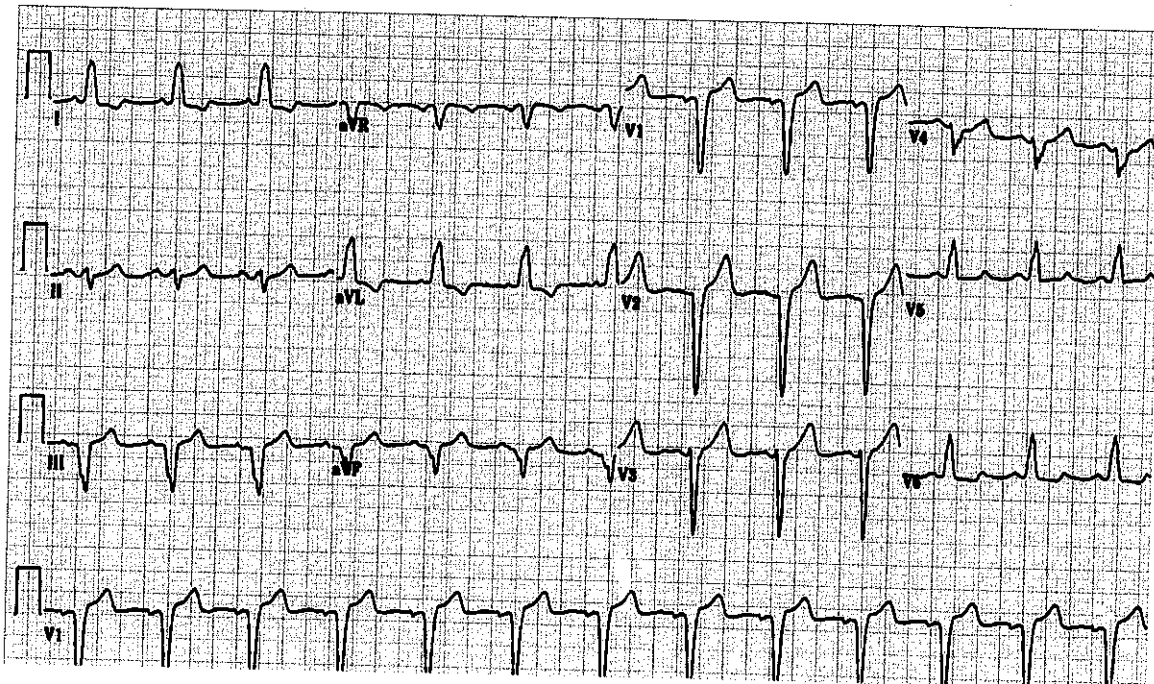
Question N°2 :

Le patient vous signale aussi des douleurs scapulaires gauches occasionnelles évoluant depuis plusieurs mois, cédant en quelques minutes, parfois déclenchées par l'effort et aussi par les contrariétés.

Quel diagnostic vous évoque ce type de douleur ?

Question N°3 :

Un électrocardiogramme est réalisé.



Comment l'interprétez-vous ?

Question 4 :

Quelle réponse faites-vous à l'anesthésiste ?

Question 5 :

Quelles explorations complémentaires demandez-vous dans ce contexte ?

Sujet 3 :

Enoncé :

Monsieur X, 55 ans, chauffeur routier présente les facteurs de risque suivants : surpoids (183 cm/106 kg), tabagisme actif et diabète depuis 2 ans. Il a pour antécédents : appendicectomie et chirurgie des dents sagesse. Son traitement habituel comprend :

- Metformine 1000 mg 2 par jour

Il présente une douleur thoracique rétrosternale constrictive pour laquelle il est pris en charge par le SAMU ; TA 135/85 mmHg, saturation en oxygène 98 %, glycémie 3.50 g/L. Il bénéficie au domicile d'un traitement par aspirine 250 mg en IV, une dose de charge de ticagrelor de 180 mg per os, et 0.5mg/kg de Lovenox en IV. Le patient est admis pour angioplastie primaire à H4 (ECG d'admission Figure 1 et Figure 2)

Figure 1. ECG Admission

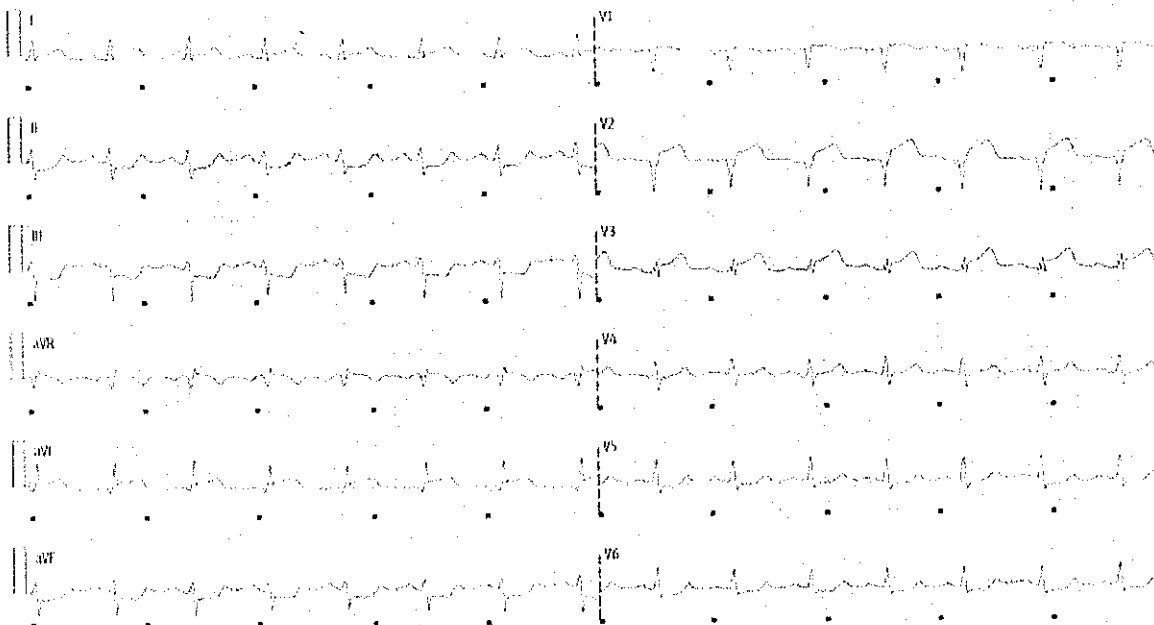
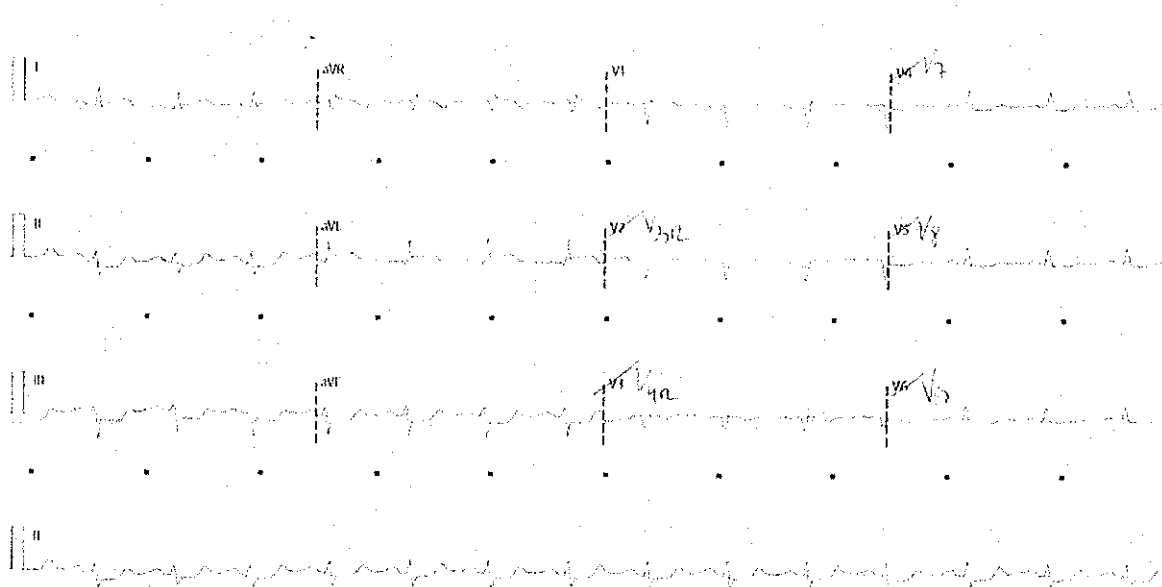


Figure 2. ECG Admission.

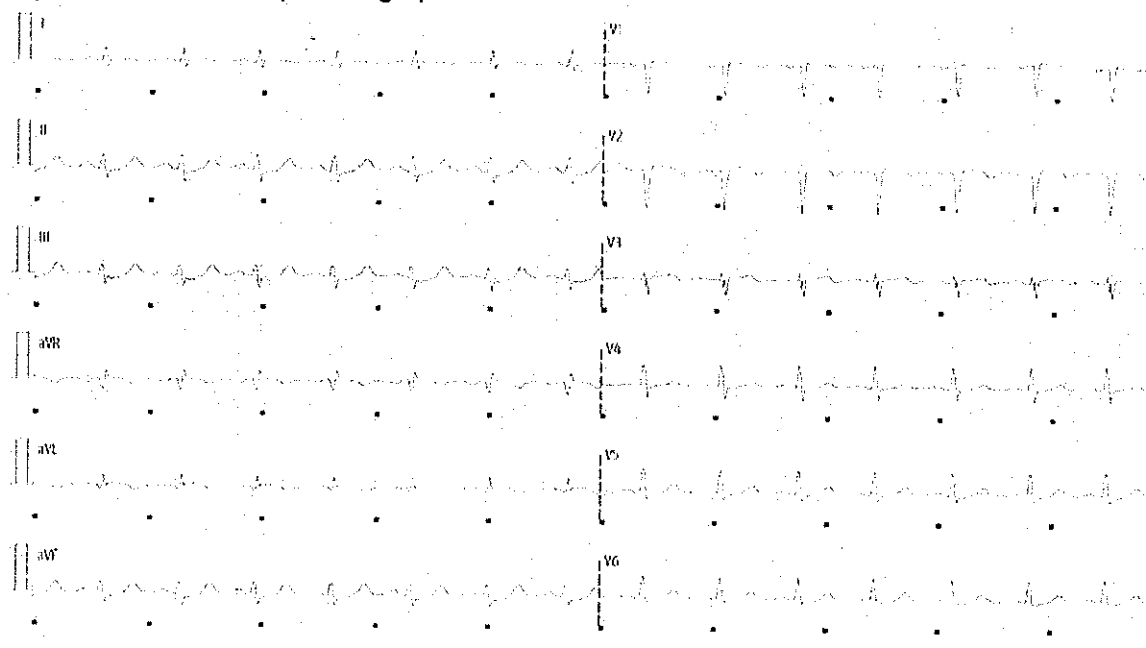


La coronarographie met en évidence une occlusion de l'IVA proximale, et une absence de lésion sur le réseau circonflexe et la coronaire droite. En conséquence le patient bénéficie d'une angioplastie avec mise en place d'une endoprothèse active de dernière génération. L'ECG à 1 heure de l'angioplastie est présenté en figure 3.

A J1 le patient est asymptomatique, il ne présente aucun signe de décompensation cardiaque gauche ou droite, la TA est à 135-85 mmHg. L'échocardiographie montre une fraction d'éjection VG à 45% avec une hypokinésie antérieure et apicale. Il n'existe pas de thrombus intraventriculaire gauche. La surveillance scopique montre quelques salves de TV non soutenues.

Du point de vue biologique hémoglobine : 16g/100 mL, DFG selon MDRD 60ml/min, le pic de troponine : 7391 ng/L, HbA1C : 7.8 %, la glycémie à jeun : 18 mmol/L (3.27 g/L), LDL Cholestérol : 4.33 mmol/L (1.67 g/L), HDL Cholestérol : 1.02 mmol/L (0.31 g/L), Triglycérides : 0.80 mmol/L (0.31 g/L).

Figure 3. ECG à H1 post angioplastie.



Question N°1

Sur l'électrocardiogramme post-angioplastie quel est le meilleur critère d'évaluation du succès de l'angioplastie primaire.

Question N°2

Le patient présente une hyperglycémie. Quelle stratégie adoptez-vous dès l'admission aux soins intensifs ?

Question N°3

Le bilan biologique montre un LDL cholestérol à 1,67 g/l, mais le patient nous affirme que son bilan biologique était normal lors de sa dernière prise de sang. La valeur du LDL cholestérol réalisée à l'admission est-elle valable ?

Question N°4

Le diagnostic est donc un SCA ST+ antérieur. Quelle(s) stratégie(s) thérapeutique(s) pharmacologique(s) cardiovasculaire(s) allez-vous proposer au patient (préciser pour chaque classe thérapeutique, les posologies cibles, les durées et les éléments de surveillance)

Question N°5

A J2, le patient décrit une dyspnée. L'examen clinique est sans particularité il n'existe aucun crépitant, l'échocardiographie montre une stabilité des paramètres avec une fraction d'éjection stable à 45%. Avant de débiter une thérapeutique de l'insuffisance cardiaque, quelle molécule pourrait, selon vous, avoir cet effet secondaire ?

Question N°6

A J3, le patient présente une dyspnée brutale. L'électrocardiogramme montre l'apparition d'une fibrillation atriale avec une cadence ventriculaire aux alentours de 130 battements par minute. Quelles sont les principes du traitement de cette fibrillation atriale à la phase aiguë d'un SCA ST+ antérieur ?

Question N°7

Le patient retrouve un rythme sinusal. Quelle sera votre stratégie antithrombotique par la suite ?

Question N°8

Vous interrogez le patient sur son tabagisme (évalué à 40 paquets-années). Le patient vous avoue avoir repris son tabagisme depuis 1 mois, à sa sortie du centre de réadaptation. Il a réduit sa consommation de moitié par rapport à la période pré-opératoire, et ne fume plus que 20 cigarettes par jour.

Quelles sont les méthodes simples d'évaluation de la dépendance tabagique pouvant être disponibles lors d'une consultation ?

Question N°9

Quels sont les moyens pharmacologiques (et voies d'administration) que vous connaissez indiqués dans le sevrage tabagique ?

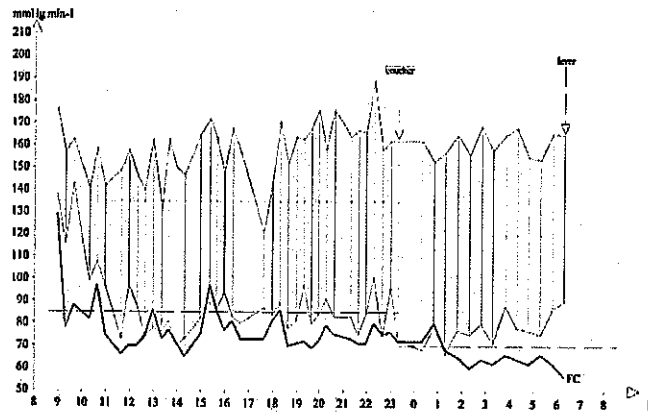
Question N°10

Le patient décrit aussi des myalgies et vous suspectez des myalgies secondaires aux statines. Quel bilan complémentaire allez-vous prescrire ?

Question N°11

Vous demandez une MAPA des 24 heures réalisée hors de son activité professionnelle.

- Mesures: Valides: 51/60 (85%)
- Pressions de jour:
 - PAS (moy): 161, PAD (moy): 89,
- Pressions de nuit:
 - PAS (moy): 158, PAD (moy): 81,



Interprétez celle-ci.

Question N°12

Compte tenu de cet examen, quelle pathologie associée allez-vous rechercher en priorité ?

Question N°13

La pathologie recherchée est prise en charge. Le patient garde des chiffres tensionnels élevés et il est observant. Il est traité par bêtabloquant et IEC aux posologies optimales. Quelles sont les trois autres classes thérapeutiques que vous pourriez ensuite initier pour prendre en charge son hypertension artérielle ?

