

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances fondamentales

Tous les sujets sont à traiter

Sujet : N°1

Un adulte jeune (25 ans) est présenté par les cardiologues en staff médico-chirurgical avec les données suivantes :

Jeune adulte opéré en période néo-natale d'un Blalock droit (thoracotomie droite) puis d'une cure complète de tétralogie de Fallot à l'âge de 2 ans.

Le patient dit qu'il s'essouffle de plus en plus facilement ; le bilan cardiaque réalisé retrouve une dilatation du ventricule droit, avec une fonction ventriculaire gauche conservée.

Question N° 1

Quel mécanisme physiopathologique explique la dilatation du ventricule droit ?

Question N°2

Le compte rendu opératoire ne fait pas mention de patch trans-annulaire, juste d'une ventriculotomie avec respect de l'anneau pulmonaire .

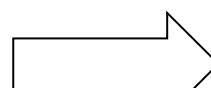
Est-ce que cette notion remet en cause le mécanisme physiopathologique évoqué à la question 1 ?
Justifiez votre réponse.

Question N°3

Outre la dilatation du ventricule droit, quelles autres conséquences liées toujours à ce mécanisme peuvent être recherchées ?

Question N°4

Quel examen complémentaire manque ici pour évaluer au mieux le ventricule droit et qu'en attendez-vous ?



Question N°5

Une échographie trans-oesophagienne est réalisée immédiatement avant l'incision qui retrouve une CIV résiduelle en bordure de patch de 3 mm avec une dilatation du ventricule gauche.

Quelle est votre attitude par rapport à cette CIV ?

Quelle conséquence va avoir la découverte de cette CIV sur votre geste opératoire (valvulation pulmonaire) et la conduite de la CEC ?

SUJET N° 2

Question N°1

Quelle est l'étiologie principale de SAM (« systolic anterior motion ») de la valve mitrale en dehors du post opératoire de plastie mitrale ?

Question N°2

Une ou plusieurs réponses possibles :

A) Le taux d'incidence de L'ACFA(arythmie complète par fibrillation auriculaire) post-opératoire en chirurgie cardiaque est situé entre 0,5 et 2%.

B) La digoxine est le traitement de choix et de première intention de l'ACFA bien tolérée.

C) Un traitement anticoagulant efficace doit être institué lors de la survenue d'une ACFA persistante.

D) 50% des ACFA post-opératoires deviennent chroniques
toute ACFA post-opératoire persistante doit être ablatée 15 jours après l'intervention.

Question N°3

Quel le caractère quasi pathognomonique de la douleur dans la dissection aortique de type 1 ?

Question N°4

Citer 2 critères échographiques caractérisant un RAC serré.

Question N°5

Donner la classification de Sievers des bicuspidies aortiques (critères majeurs).

Question N°6

Quelle est environ la perméabilité du pontage mammaire interne gauche sur l'IVA à 10 ans ?

Question N°7

Une ou plusieurs réponses possibles ;

A) Une endocardite valvulaire aortique à streptocoques viridans avec fuite aortique grade 2 ayant présenté un embol périphérique avec végétation mesurant 15mn et sans abcès doit être traitée chirurgicalement en urgence.

B) Les streptocoques oraux entraînent des lésions valvulaires et évolutives plus sévères que les staphylocoques dorés

C) L'endocardite à streptocoques oraux est actuellement la plus fréquente en France

D) Un traitement antibiotique adapté de 15 jours est indiqué en post-opératoire d'une endocardite infectieuse aigue valvulaire.

E) Devant une endocardite mitrale il est possible d'effectuer une plastie malgré l'infection des tissus.

Question N°8

Citez 4 complications des endocardites infectieuses aiguës.

Question N°9

Quelles sont les propositions vraies, concernant la conduite à tenir initiale, dans la prise en charge d'une dissection aortique avec ischémie dans le territoire inférieur (plusieurs réponses possibles) ?

A) Echocardiographie

B) Fibrinolyse en urgence devant la suspicion d'infarctus inférieur

C) Perfusion intra-veineuse d'antalgiques

D) Scanner thoraco-abdominal injecté en urgence

E) Coronarographie en urgence

Question N°10

Quel est le diamètre de l'aorte ascendante qui impose un geste chirurgical en dehors de la maladie de Marfan et d'une bicuspidie aortique et en l'absence de valvulopathie aortique et d'évolutivité ?

Question N°11

Donnez 2 techniques de plastie mitrale sur une IM touchant la valve antérieure.

Question N°12

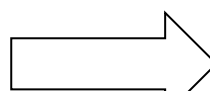
Classification de Carpentier des insuffisances mitrales.

Question N°13

Quelle technique chirurgicale doit être privilégiée en urgence devant une rupture brutale aigue de pilier post-infarctus ?

Question N°14

Quelle est la tumeur cardiaque la plus fréquente et quelle est sa localisation la plus fréquente ?



SUJET N° 3

Une patiente âgée de 52 ans et opérée d'un double remplacement valvulaire mécanique.

Les suites opératoires sont simples en dehors d'une ACFA rapide à J1 se réduisant à J2 avec retour en rythme sinusal. Un traitement par héparine non fractionnée intraveineuse efficace a été débuté à H6 post-opératoire avec atteinte difficile du seuil d'efficacité.

Un épanchement pleural gauche a été drainé à J2 (plèvre non ouverte durant l'intervention) et la patiente sortait de réanimation à J4 avec son drain pleural gauche productif d'un liquide séreux. Pendant les 3 jours qui suivaient dans l'unité d'hospitalisation le drain pleural continuait d'être abondamment productif d'un liquide séreux, transsudatif. Par ailleurs la patiente présentait des signes de sub-OAP, avec activité limitée du fait du drain pleural en place et le bilan biologique est normal en rapport avec une phase post-opératoire et anticoagulation efficace à J4.

Question N° 1 :

Quel examen complémentaire urgent demandez vous pour étayer le diagnostic étiologique de l'épanchement transsudatif non résolutif ?

Question N° 2 :

Quelles complications valvulaires peuvent expliquer ce tableau ?