

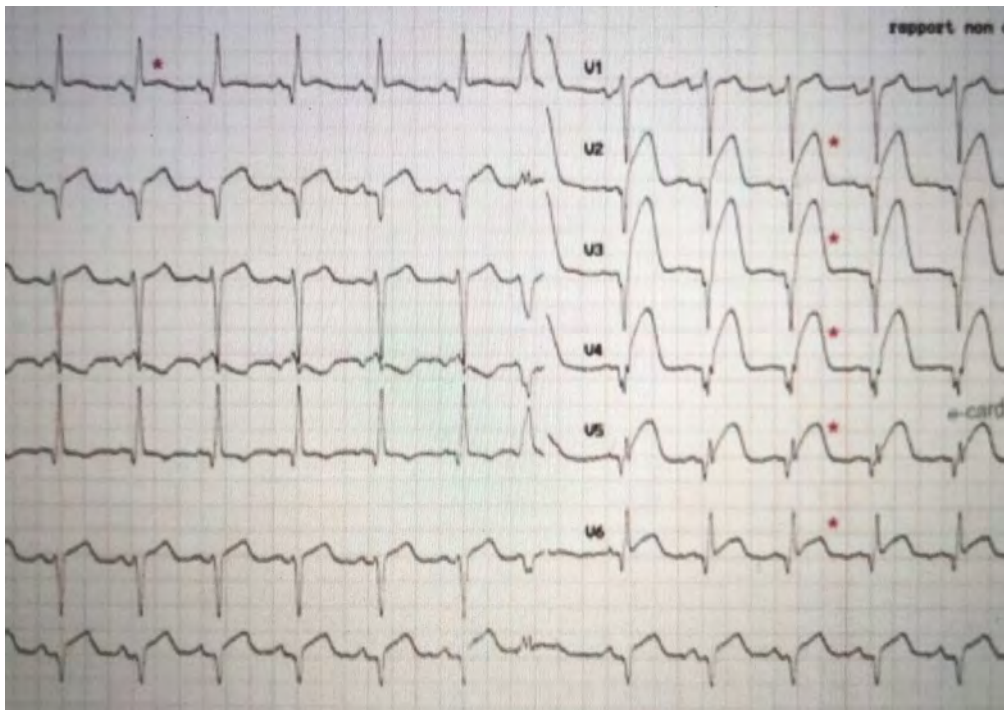
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

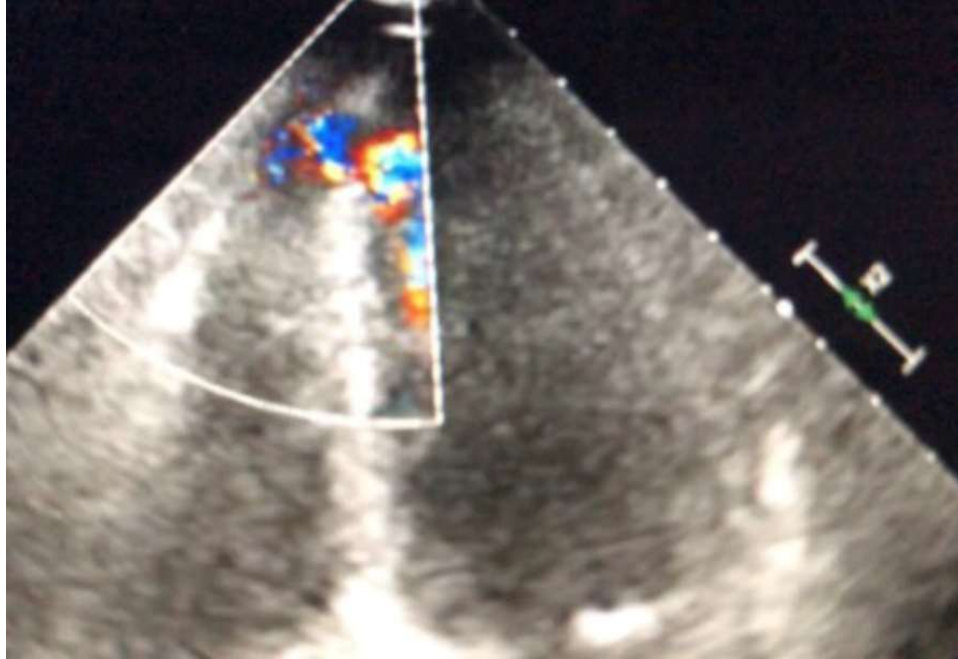
SUJET 1

Un patient de 66 ans, est hospitalisé en unité de cardiologie au décours d'un infarctus du myocarde antérieur documenté pris en charge hors délai. La coronarographie effectuée à H12 retrouvait un statut mono tronculaire de l'IVA avec une occlusion à son segment proximal. Une réouverture de l'IVA a été réalisée avec mise en place d'un stent.

5 jours après l'épisode initial, le patient présente une récurrence douloureuse dans le précordium. Au plan clinique, sa TA est à 10/8, sa FC à 100/min, on retrouve un souffle systolique à l'auscultation, on note une turgescence des jugulaires, quelques marbrures au niveau des jambes. Voici les données de l'ECG, une échographie cardiaque trans thoracique est réalisée.



ECG



ECHOGRAPHIE TRANS THORACIQUE

Questions

- 1 Quel diagnostic évoquez vous ?
- 2 Dans ce cas, typiquement l'auscultation retrouve quel type de souffle?
- 3 Quel est l'examen clef dans le diagnostic de cette complication de l'infarctus ?
- 4 Qu'attendez-vous de cet examen, vous, chirurgien ?
- 5 Avant la réalisation de l'ECG et de l'échographie, quels diagnostics différentiels auraient pu être suspectés?
- 6 Quelle est la traduction de cette lésion au plan hémodynamique?
- 7 Quels examens complémentaires demandez-vous? L'ECG n'étant pas modifié, la coro doit-elle être refaite?
- 8 L'opérez-vous immédiatement une fois le diagnostic posé ?
- 9 En complément du traitement médical, quel complément thérapeutique est à envisager afin de stabiliser le patient
- 10 Quel est son mécanisme d'action de cet adjuvant thérapeutique au plan physiopathologique?

- 11 Si le patient s'avère instable avec apparition de signes de défaillance hépatique, malgré la mise en place de cette thérapeutique, quelles sont la ou les autres options au plan thérapeutique ?
- 12 Quels sont les avantages potentiels d'une chirurgie différée ?
- 13 Enumérez les trois localisations principales au plan anatomique ?
- 14 Quels sont les principes du traitement chirurgical?
- 15 Au plan thérapeutique, une alternative au traitement chirurgical s'est développée au cours des dernières années, laquelle?
- 16 Dans quels cas peut-on discuter un tel traitement au sein du groupe médico-chirurgical?
- 17 Quelles sont les dispositions anatomiques qui rendent difficile l'implantation d'un tel dispositif ?

SUJET 2

Madame C, 55 ans est connue comme étant porteuse depuis longtemps d'un souffle holosystolique perçu à la pointe du cœur et irradiant dans l'aisselle et n'augmentant pas en inspiration forcée.

Elle consulte, car depuis plusieurs semaines elle décrit une dyspnée d'effort très gênante, puisque présente maintenant pour une marche d'allure normale en terrain plat.

L'auscultation retrouve désormais, en plus du souffle, un bruit de galop protodiastolique. L'ecg s'inscrit en rythme arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Votre diagnostic est celui d'une insuffisance mitrale.

1°) Question Clinique :

A quel stade fonctionnel se situe cette patiente ?

Quel signe d'auscultation est-il impossible d'entendre chez cette patiente ? Pourquoi ?

2°) Expliquez brièvement la physiopathologie d'une IM aiguë et d'une IM chronique et les conséquences qui en résultent sur le plan clinique

3°) En cas d'IM comment évoluent les pré et post charge du ventricule gauche ? Quelle conséquence en tirez-vous dans vos décisions lors de la prise en charge des malades ?

4°) L'échographie retrouve un prolapsus valvulaire avec excès de tissu valvulaire.

Citez 4 causes d'IM aiguë et 4 causes d'IM chronique. Parmi celles-ci laquelle vous paraît-elle la plus probable et pourquoi ?

5°) L'échographie permet de décrire le mécanisme de la fuite.

5.1 : quel est le nom de la classification qui décrit ce mécanisme ?

5.2 : décrivez cette classification

6°) L'échographie permet de quantifier la fuite selon certains critères directs et indirects, quels sont-ils ?

7°) L'échographie évalue le retentissement en amont et en aval de la fuite mitrale sur des critères précis, citez-les et quantifiez les seuils de gravité.

8°) au final, l'évaluation pré-opératoire est la suivante :

FA paroxystique

FEVG 62%

Diamètre télésystolique du VG : 24 mm/m²

IM par prolapsus isolé d'un volumineux P2

Anneau mitral = 40 mm

PAP : 55 mmHg

Tricuspide non fuyante et diamètre de l'anneau tricuspideen : 20 mm/m²

Le reste du bilan est sans particularité.

Vous retenir une indication opératoire sur quels critères ?

Quel type d'opération envisagez-vous de faire en priorité, sur quels arguments ?

Quels sont les gestes que vous envisagez de faire ?