

QCM n° 1

Devant un patient présentant une HTA résistante, il est recommandé d'effectuer (plusieurs réponses) :

- 1) une échocardiographie ;
- 2) un fond d'œil ;
- 3) des dosages du système rénine angiotensine ;
- 4) une automesure ou une MAPA ;
- 5) une recherche d'une HTA réno-vasculaire.

↑ Dans les recommandations de l'HAS 2005 sur l'HTA, l'HTA résistante ne constitue pas une indication en soi pour effectuer une échocardiographie. Le fond d'œil est justifié seulement si le médecin suspecte une HTA maligne et ne fait donc pas partie du bilan systématique à effectuer chez l'hypertendu.

QCM n° 2

En présence d'un HTA cliniquement résistante :

- 1) vous vérifiez cette résistance par une deuxième consultation ;
- 2) vous demandez à votre patient de vérifier son niveau tensionnel par automesure (s'il la pratique) ;
- 3) vous vérifiez le niveau tensionnel par la pose d'une MAPA ;
- 4) vous faites vérifier le niveau tensionnel à domicile par une infirmière.

QCM n° 3

L'angioplastie d'une sténose d'une artère rénale doit être réalisée chez :

- 1) les hypertendus jeunes ayant une fibrodysplasie des artères rénales ;
- 2) ceux dont la fonction rénale se détériore rapidement ;
- 3) ceux chez qui l'hémodynamique rénale ne tolère pas l'introduction d'un bloqueur du système rénine angiotensine indispensable pour le myocarde ;
- 4) ceux qui présentent des « OAP flash » hypertensifs.

QCM n° 4

Il faut savoir penser à un hyperaldostéronisme primitif si :

- 1) la kaliémie est $< 3,7$ mmol/l à 2 reprises ;
- 2) la kaliémie est $< 3,5$ mmol/l même sous diurétique ;
- 3) l'HTA résiste à une trithérapie bien conduite ;
- 4) la spironolactone a une trop belle efficacité.

Validez votre FMC continue !

Dans chaque cahier de FMC du journal « *Le Cardiologue* », vous trouvez un QCM se rapportant aux sujets traités dans le numéro. Vous le trouvez également sur le site de l'UFCV (<http://www.ufcv.org>).

Envoyez vos réponses si possible par email (gcm@ufcv.org). Mais vous pouvez aussi nous les faire parvenir par fax (01 45 42 72 98) ou courrier (UFCV, 13, rue Niepce, 75014 PARIS).

Les réponses des experts qui ont rédigé les questions paraîtront dans le numéro suivant du journal « *Le Cardiologue* ».

Une attestation de participation (à mettre dans votre dossier FMC, EPP) vous parviendra par courrier, aussi est-il indispensable de bien noter vos coordonnées.

Tout questionnaire retourné après la parution suivante du journal « *Le Cardiologue* » ne pourra être validé.

Questionnaire du numéro 314

Votre nom : _____ Email : _____

Code ADELI (= les 9 chiffres situés sous votre identification sur vos feuilles de soin papier) : _____

Fax : _____ Adresse : _____

QCM n° 1

Une réponse fautive parmi les caractéristiques en ETO d'un hématoème de la paroi aortique énoncées ci-dessous :

- 1) dans la majorité des cas, l'aorte descendante est seule atteinte ;
- 2) l'aorte est peu ou pas dilatée ;
- 3) il n'y a ni flap, ni faux chenal ;
- 4) l'ETO permet de porter le diagnostic avec une sensibilité de 100 % et une spécificité de plus de 90 % ;
- 5) l'épaisseur de l'hématoème a une valeur pronostique péjorative acceptable, avec un bon compromis entre sensibilité et spécificité, lorsqu'elle est supérieure à 5 mm.

QCM n° 2

Une réponse fautive concernant la prise en charge du risque lipidique chez les patients ayant un syndrome coronaire aigu avec un LDL-cholestérol bas :

- 1) environ un quart des patients vus avec un syndrome coronaire aigu a un LDL-cholestérol < 1g/L à l'admission ;
- 2) la décision de traiter ou non par une statine les patients ayant déjà un LDL-cholestérol bas à l'admission pour syndrome coronaire aigu est influencée par de multiples caractéristiques basales tant démographiques que relatives au syndrome coronaire aigu lui-même ;
- 3) des données issues d'études randomisées montrent chez les patients ayant un syndrome coronaire aigu avec un LDL-cholestérol < 1g/L, que des marqueurs biologiques indirects de pronostic sont améliorés en cas de prescription d'une statine ;
- 4) des données issues de registres montrent que les patients ayant un syndrome coronaire aigu avec un LDL-cholestérol < 1g/L, bénéficient d'une réduction de mortalité si une statine leur est prescrite ;
- 5) les recommandations de l'AFSSAPS actuellement en vigueur permettent d'abaisser l'objectif de 1,00 g/L de LDL-cholestérol en prévention secondaire lorsque le risque est très élevé en particulier après un syndrome coronaire aigu.

QCM n° 3

Une réponse juste concernant la positivité du test au BNP chez les insuffisants cardiaques :

- 1) 5 % 2) 13 % 3) 21 % 4) 30 % 5) 52 %.

QCM n° 4

Parmi les interventions chirurgicales suivantes, une seule n'est pas considérée comme vectrice en elle-même, d'un risque cardiaque élevé (> 5 %) dans les recommandations ACC/AHA 2007 sur le risque cardiovasculaire en chirurgie non cardiaque :

- 1) urgence chirurgicale majeure chez un sujet âgé ;
- 2) chirurgie aortique ;
- 3) chirurgie vasculaire périphérique ;
- 4) chirurgie carotidienne ;
- 5) interventions longues avec déperdition volémique.

QCM n° 5

Concernant la revue « *Le Cardiologue* » (QCM n'entrant pas dans le cadre de la validation de la FMC)

Quelle appréciation donnez-vous, de 1 à 10 (1 = mauvais, 10 = excellent) à :

- a) La partie socioprofessionnelle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- b) La partie FMC 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous que le contenu de ce cahier FMC est scientifiquement et pédagogiquement indépendant ? OUI NON

Commentaires libres

