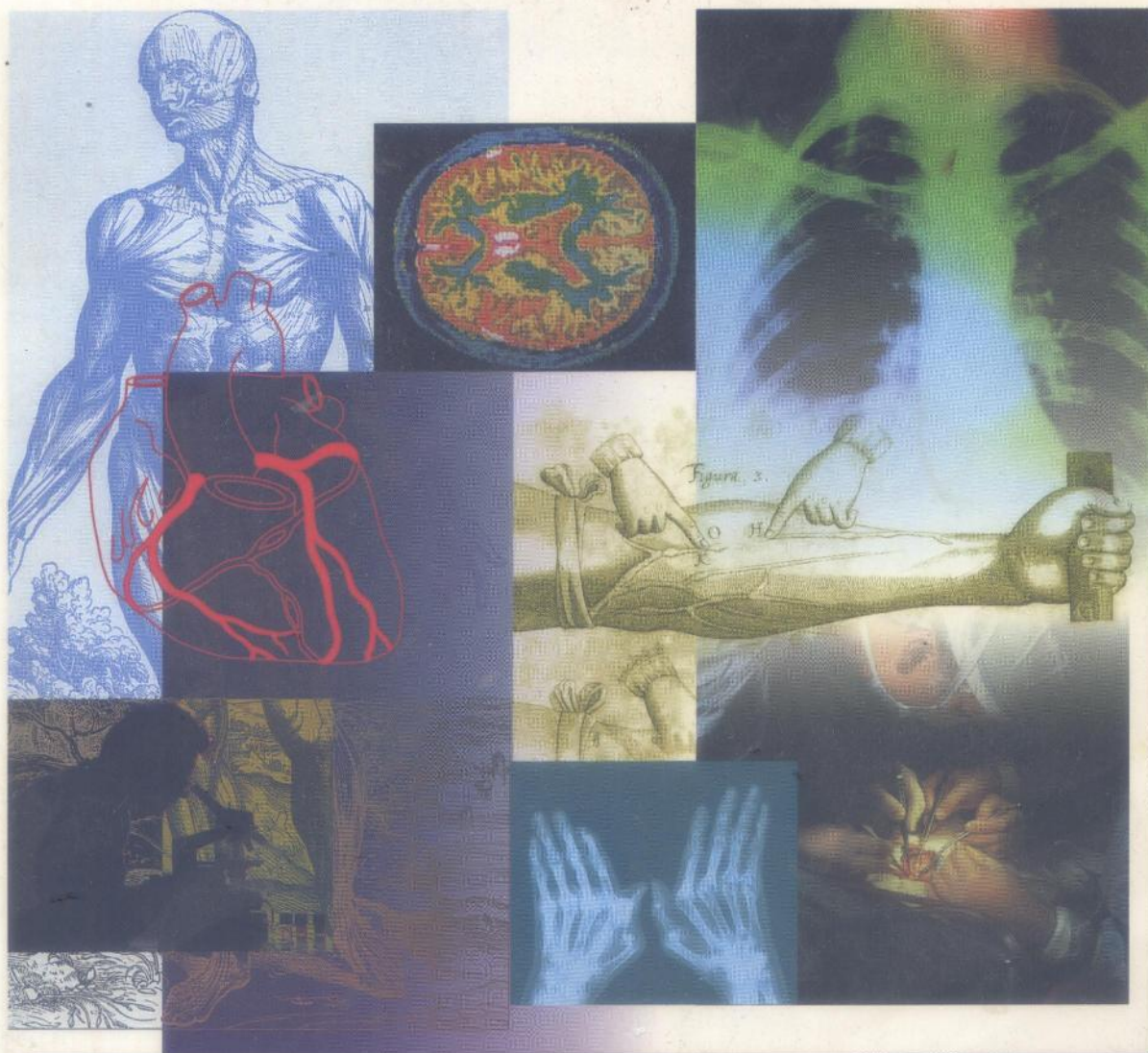


RÉUSSIR L'INTERNAT

CARDIOLOGIE

édition
réactualisée

Ph. ACAR
J.-S. HULOT



ellipses

17D722

RÉUSSIR L'INTERNAT

collection dirigée par J.-S. HULOT

CARDIOLOGIE



Philippe ACAR
Jean-Sébastien HULOT

24670 $\frac{5}{5}$



◀ Table des matières ▶

Question 1. CONDUITE À TENIR DEVANT UNE DOULEUR THORACIQUE 5

I. Démarche diagnostique	5
A. Élément du diagnostic	5
B. Résultats	5
II. Étiologies.....	6
A. Douleurs d'origine cardiaque et aortique.....	6
1. <i>L'insuffisance coronarienne</i>	6
2. <i>La péricardite aiguë</i>	8
3. <i>La dissection aortique</i>	8
B. Douleurs d'origine broncho-pulmonaire.....	10
1. <i>Douleurs d'origine bronchique</i>	10
2. <i>Douleurs d'origine pleurale</i>	10
3. <i>Embolie pulmonaire</i>	11
C. Douleurs d'origine œsophagienne.....	12
1. <i>Reflux gastro-œsophagien</i>	12
2. <i>Rupture spontanée de l'œsophage</i>	12
3. <i>Spasme œsophagien</i>	12
D. Douleurs de la paroi thoracique	13
1. <i>Douleurs ostéo-articulaires</i>	13
2. <i>Douleurs nerveuses</i>	13
E. Douleurs thoraciques d'origine psychique.....	14

Question 2. ANGINE DE POITRINE

16

I. Physiopathologie	16
A. Mécanismes de l'ischémie myocardique	16
B. Conséquences de l'ischémie myocardique	16
II. Étiologies	17
A. L'athérosclérose coronarienne	17
1. Physiopathologie	17
2. Facteurs de risque	17
B. Autres causes	18
III. Épidémiologie	19
IV. Angor d'effort : diagnostic	19
A. Arguments cliniques	19
1. Douleur typique	20
2. Douleur atypique	20
3. Examen clinique	20
B. Arguments électriques	21
1. ECG per-critique	21
2. ECG post-critique	21
3. ECG d'effort	21
C. Autres examens complémentaires	23
1. Scintigraphie myocardique	23
2. Échocardiographie	23
3. Holter ECG	23
4. Coronarographie	24
5. Biologie	24
V. Angor : formes cliniques	24
A. Angor instable ou syndrome de menace	24
B. Angor de Prinzmetal	27
VI. Évolution	28
VII. Traitement	28
A. Traitement médical	28
1. Traitement de la crise	28
2. Traitement de fond de l'angor stable	28
B. Les techniques de revascularisation	30
1. Angioplastie coronaire transluminale	30
2. Pontage aorto-coronarien	30
C. Indications	31
1. Traitement médical	31
2. La Revascularisation myocardique	31

I. Introduction	35
II. Étiologies et physiopathologie.....	35
A. Athérome coronarien.....	35
B. Autres étiologies	35
C. Facteurs favorisants	36
D. Infarctus à coronaires normales	36
III. Anatomopathologie	36
A. Aspect macroscopique.....	36
B. Aspect microscopique	37
IV. Diagnostic	38
A. Signes cliniques.....	38
1. <i>La douleur thoracique</i>	38
2. <i>Signes d'accompagnement</i>	38
3. <i>Examen clinique</i>	39
B. Signes électriques.....	39
1. <i>Diagnostic positif</i>	42
2. <i>Diagnostic topographique</i>	43
3. <i>Surveillance</i>	43
C. Signes biologiques.....	43
1. <i>Dosages enzymatiques</i>	43
2. <i>Biologie de routine</i>	45
D. Signes radiologiques	46
1. <i>Échographie-Doppler cardiaque</i>	46
2. <i>Coronarographie</i>	46
3. <i>Radiographie thoracique</i>	46
V. Nécrose myocardique non transmurale.....	46
VI. Pronostic.....	47
VII. Évolution.....	48
A. Surveillance.....	48
1. <i>Clinique</i>	48
2. <i>Électrocardiographique</i>	48
3. <i>Radiologique</i>	48
4. <i>Biologique</i>	48
B. Évolution non compliquée	49
1. <i>Clinique</i>	49
2. <i>Électrique</i>	49
3. <i>Biologique</i>	49

VIII. Traitement de l'IDM transmural à la phase aiguë 49

A. La revascularisation coronaire	50
1. Les principes	50
2. Les Moyens	50
3. Quelle technique choisir ?	52
4. Critères de reperfusion	52
B. Les traitements associés	52
1. Aspirine	52
2. Les β -Bloquants	53
3. Les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	53
4. Les anticoagulants	53
5. Les mesures complémentaires	54
6. Les traitements controversés ou inutiles	54

IX. Post-infarctus 55

1. Recherche d'une Ischémie résiduelle/Viabilité myocardique	55
2. Correction des Facteurs de risque athéromateux	57
3. Prévention des complications tardives	58

Question 4. COMPLICATIONS DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE

60

I. Complications précoces 60

A. Troubles du rythme	60
1. Troubles du rythme supra-ventriculaire	60
2. Troubles du rythme ventriculaire	61
B. Troubles de la conduction	62
1. Troubles de la conduction auriculo-ventriculaire	62
2. Troubles de la conduction intra-ventriculaire	63
C. Troubles hémodynamiques	63
1. L'Insuffisance Ventriculaire Gauche Congestive	63
2. Choc Cardiogénique	64
3. L'infarctus ventriculaire droit	65
D. Complications mécaniques	66
1. Rupture de la paroi libre du VG	66
2. Rupture du septum interventriculaire	66
3. Rupture de pilier de la Valve mitrale	66
E. Complications thrombo-emboliques	66
F. Extension et/ou récurrence précoce de la nécrose	67
G. Mort subite	67
H. Réaction péricardique	68

II. Complications tardives 69

A. Insuffisance cardiaque	69
B. Angor résiduel et récurrence	69
C. Troubles du rythme ventriculaire	69
D. Anévrisme ventriculaire gauche	70

E. Syndrome post-infarctus de Dressler.....	70
F. Périarthrite scapulo-humérale	71
Question 5. INSUFFISANCE AORTIQUE	72
I. Physiopathologie.....	72
A. Mécanismes de l'insuffisance aortique	72
B. Mécanismes d'adaptation	72
II. Étiologie	73
A. Aiguë	73
B. Chronique	73
III. Diagnostic positif	74
A. Circonstances de découverte	74
B. Examen clinique	74
1. La palpation	74
2. L'auscultation	75
3. Les signes artériels périphériques	75
C. Examens complémentaires non invasifs	76
1. L'examen radiologique.....	76
2. L'électrocardiogramme.....	77
3. L'échocardiographie-Doppler	77
D. Exploration hémodynamique	78
IV. Évolution	79
A. L'insuffisance aortique chronique	79
B. L'insuffisance aortique aiguë.....	80
V. Traitement	80
Question 6. INSUFFISANCE MITRALE	82
I. Physiopathologie.....	82
A. Mécanisme de l'insuffisance mitrale	82
B. Conséquences d'amont : OG	82
C. Retentissement d'aval : VG	82
II. Étiologie	83
1. L'IM rhumatismale	83
2. L'IM dystrophique	83
3. L'IM oslérienne	83
4. L'IM ischémique	84
5. Causes rares.....	84

III. Diagnostic positif	84
A. Circonstances de découverte	84
B. Examen clinique	84
1. <i>La palpation</i>	84
2. <i>L'auscultation</i>	85
C. Examens complémentaires non invasifs	85
1. <i>L'examen radiologique</i>	85
2. <i>L'électrocardiogramme</i>	85
3. <i>L'échocardiographie-Doppler</i>	86
D. L'exploration hémodynamique	87
IV. Évolution	88
A. L'insuffisance mitrale chronique	88
B. L'insuffisance mitrale aiguë	88
V. Traitement	89

Question 7. RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE 91

I. Physiopathologie	91
II. Étiologie	92
1. <i>Rétrécissement aortique dégénératif : maladie de Monckeberg</i>	92
2. <i>Rétrécissement aortique rhumatismal</i>	92
3. <i>Rétrécissement aortique congénital</i>	93
III. Diagnostic positif	93
A. Circonstances de découverte	93
B. Examen clinique	94
C. Examens complémentaires non invasifs	94
1. <i>Radiographie thoracique</i>	94
2. <i>Électrocardiogramme</i>	94
3. <i>Phonomécanogramme</i>	95
4. <i>Échocardiographie-Doppler</i>	95
D. Cathétérisme cardiaque	97
IV. Diagnostic de sévérité	98
V. Évolution	98
VI. Traitement	99

 Question 8. RÉTRÉCISSEMENT MITRAL 100

I. Physiopathologie.....	100
II. Étiologie	101
1. Rhumatismale	101
2. Congénitale	101
III. Diagnostic.....	101
A. Circonstances de découverte	101
B. Examen clinique	102
C. Examens complémentaires non invasifs	103
1. Radiographie thoracique	103
2. Électrocardiogramme	103
3. Échocardiographie-Doppler.....	104
D. Cathétérisme cardiaque	107
IV. Évolution et complications.....	108
A. Complications auriculaires gauches.....	108
B. Complications pulmonaires	109
C. Insuffisance ventriculaire droite	109
D. Rechute rhumatismale	109
E. Greffe bactérienne	109
V. Traitement	109
A. Médical	109
B. Curatif.....	110
1. Dilatation mitrale par ballonnet.....	110
2. Chirurgie cardiaque.....	110

 Question 9. PROTHÈSES VALVULAIRES CARDIAQUES 112

I. Les différents types de prothèses	112
A. Prothèses mécaniques.....	112
B. Prothèses biologiques	112
II. Surveillance	113
A. Post-opératoire	113
1. Anticoagulants	113
2. Échographie cardiaque	113
B. Ultérieure	114
1. Clinique.....	114
2. Échographique	114
3. Électrocardiographique	114

4. Radiographique	114
5. Biologique	115
III. Complications	115
A. Accidents thrombo-emboliques	115
B. Complications infectieuses	116
C. Desinsertion de prothèse	117
D. Dégénérescence	118
E. Complications du traitement anticoagulant	118

Question 10. SOUFFLE CARDIAQUE CHEZ L'ENFANT 119

I. Méthodes d'auscultation	119
II. Étiologie	120
A. Les souffles fonctionnels	120
B. Les souffles organiques	120
1. Souffle systolique de régurgitation	121
2. Souffle systolique éjectionnel	122
3. souffle diastolique	123
4. souffle continu	123

Question 11. CONDUITE À TENIR DEVANT UNE SYNCOPE 125

I. Introduction	125
II. Diagnostic positif	125
1. Formes typiques	125
2. Autres tableaux cliniques	125
3. Lipothymie	126
III. Diagnostic différentiel	126
A. Perte de conscience d'origine épileptique	126
B. Pertes de connaissance hystériques	127
C. Pertes de connaissance brèves des accidents ischémiques cérébraux	127
D. Les crises de tétanie et autres	127
IV. Diagnostic étiologique	128
A. Les syncopes d'origine extra-cardiaque	128
1. La syncope vaso-vagale	128
2. L'hypotension orthostatique	128
3. Les syncopes dites réflexes	129

B. Les syncopes d'origine cardiaque	129
1. <i>Les troubles du rythme et de la conduction</i>	129
2. <i>Les cardiopathies avec obstacle à l'éjection ou au remplissage VG</i>	131
3. <i>Autres cardiopathies</i>	132
 Question 12. FIBRILLATION AURICULAIRE	 133

I. Physiopathologie	133
II. Étiologies et mécanismes	133
A. Cardiopathies	133
B. Causes extra-cardiaques	134
C. Mécanismes	134
III. Diagnostic	135
A. Circonstances de découverte	135
B. Examen clinique	135
C. Électrocardiogramme	135
IV. Évolution	135
V. Traitement	136
A. En phase aiguë	136
1. <i>Prévenir les accidents thromboemboliques</i>	136
2. <i>Ralentir la cadence ventriculaire</i>	136
3. <i>Réduire la fibrillation auriculaire</i>	137
B. À moyen terme	138
VI. Autres troubles rythmiques supra-ventriculaires	139
A. Le Flutter auriculaire	139
B. La tachysystolie auriculaire	139

Question 13. SÉMIOLOGIE ECG DES EXTRASYSTOLES	141
---	-----

I. Diagnostic électrocardiographique	141
II. Caractéristiques des extrasystoles	142

Question 14. SÉMIOLOGIE ECG DES TACHYCARDIES

144

I. Les tachycardies à QRS fins	144
A. La fibrillation auriculaire	144
B. Flutter et tachysystolie auriculaire	144
C. Tachycardie jonctionnelle paroxystique (maladie de Bouveret)	146
II. Les tachycardies à QRS larges	147
A. Tachycardie irrégulière	148
B. Tachycardie régulière	148
1. <i>Les oreillettes sont plus nombreuses que les ventricules</i>	148
2. <i>Les oreillettes sont moins nombreuses que les ventricules</i>	148
3. <i>Il y a autant d'oreillettes que de ventricules</i>	149
III. Les torsades de pointe	150
IV. La fibrillation ventriculaire	151

Question 15. SÉMIOLOGIE ECG DU BLOC AURICULO-VENTRICULAIRE

157

I. Définition	157
A. Degré du BAV	157
1. <i>Premier degré</i>	157
2. <i>Deuxième degré</i>	157
3. <i>Troisième degré</i>	157
B. Topographie des BAV	157
C. Évolution des BAV	158
II. Étiologie	158
A. BAV chroniques acquis	158
1. <i>BAV idiopathiques (maladie de Lenègre)</i>	158
2. <i>BAV des valvulopathies aortiques</i>	158
3. <i>BAV traumatiques</i>	158
4. <i>Autres causes</i>	159
5. <i>BAV d'origine vago-tonique</i>	159
B. BAV aigus	159
1. <i>BAV de l'infarctus du myocarde</i>	159
2. <i>BAV infectieux</i>	159
3. <i>BAV toxiques et médicamenteux</i>	160
4. <i>BAV vagues</i>	160
C. BAV congénitaux	160
III. Diagnostic positif	160
A. BAV permanent	160
1. <i>Signes cliniques</i>	160
2. <i>Électrocardiogramme</i>	161

B. BAV paroxystique	163
1. Interrogatoire	163
2. ECG inter-critique	163
3. Enregistrement continu de l'ECG sur 24 ou 48 heures	164
4. Enregistrement endo-cavitaire de l'activité du faisceau de His ..	164
IV. Traitement.....	165
A. Traitement de la syncope d'adams-stokes : urgence médicale ...	165
B. Traitement étiologique.....	165
C. La mise en place d'un pace maker définitif	165
 Question 16. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE	167
<hr/>	
I. Le débit cardiaque.....	167
A. La précharge	167
B. La post-charge	168
C. La contractilité myocardique	168
II. Mécanismes à l'origine d'une insuffisance cardiaque	169
A. IC avec DC abaissé (index cardiaque < 2,5 l/mn/m ²) :	169
1. Surcharge du ventricule	169
2. Défaut de contractilité myocardique	169
3. Obstacle au remplissage ventriculaire	169
B. IC avec DC normal ou élevé	169
III. Mécanismes d'adaptation	170
A. Adaptation cardiaque	170
B. Adaptation périphérique	170
IV. Conséquences viscérales de l'I.C.....	171
A. L'IVG	171
B. L'IVD.....	171
 Question 17. INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE	172
<hr/>	
I. Diagnostic positif	172
A. Signes fonctionnels	172
1. Dyspnée.....	172
2. Autres symptômes.....	173
B. Signes d'examen	174
1. Signes cardiaques	174
2. Signes pulmonaires	175

C. Examens complémentaires	175
1. Radiographie thoracique	175
2. Électrocardiogramme	176
3. Échocardiographie-Doppler	176
4. Cathétérisme cardiaque	177
5. Fraction d'éjection isotopique (technétium)	177
6. VO ₂ max	177
7. Bilan neuro-hormonal	178
8. Scintigraphie au MIBG	178
II. Diagnostic étiologique.....	178
A. Surcharge volumétrique	178
B. Surcharge barométrique	179
C. Défaut de contractilité myocardique	179
D. Obstacle au remplissage ventriculaire	179
III. Traitement	180
A. Dans tous les cas, que l'ICG soit aiguë ou chronique	180
B. Traitement symptomatique	181
1. Insuffisance cardiaque aiguë	181
2. IVG chronique	182

Question 18. INSUFFISANCE VENTRICULAIRE DROITE

187

I. Diagnostic positif	187
A. Signes fonctionnels	187
B. Signes d'examen	187
1. Signes cardiaques	187
2. Signes périphériques	187
C. Examens complémentaires	188
1. Radiographie thoracique	188
2. Électrocardiogramme	188
3. Échocardiographie-Doppler	188
4. Cathétérisme droit	188
II. Diagnostic étiologique.....	189
A. Insuffisance ventriculaire droite isolée	189
1. Cœur pulmonaire chronique	189
2. Cardiopathie congénitale	190
3. Beaucoup plus rares	190
B. Insuffisance ventriculaire droite secondaire à une insuffisance cardiaque gauche	190
III. Traitement	190
1. Traitement étiologique	190
2. Traitement du facteur déclenchant d'une poussée d'IVD	191
3. Traitement symptomatique	191

Question 19. ENDOCARDITE INFECTIEUSE 192

I. Physiopathologie	192
II. Étiologie	193
A. La porte d'entrée	193
B. Le germe	193
C. La cardiopathie pré existante.....	194
1. <i>Cardiopathie valvulaire</i>	194
2. <i>Cardiopathie congénitale</i>	194
3. <i>Causes rares</i>	194
4. <i>Endocardite tricuspidienn</i> e	194
5. <i>Endocardite sur prothèse valvulaire</i>	194
III. Diagnostic positif	195
A. L'endocardite subaiguë ou maladie d'Osler	195
1. <i>Signes cliniques</i>	195
2. <i>Signes paracliniques</i>	196
B. L'endocardite infectieuse aiguë	200
IV. Évolution	200
A. Sous traitement.....	200
B. Les complications.....	201
V. Traitement	202
A. Le traitement curatif.....	202
B. Le traitement préventif	204

Question 20. PÉRICARDITE AIGUË 205

I. Physiopathologie	205
II. Diagnostic positif	205
A. Les signes cliniques.....	205
1. <i>La douleur thoracique</i>	205
2. <i>Le frottement péricardique</i>	206
B. Les signes radiologiques	206
1. <i>La radiographie thoracique</i>	206
2. <i>L'échocardiographie TM et bidimensionnelle</i>	207
C. Les signes électriques (cf. figure 54)	207
III. Complications	209
A. La tamponnade	209
B. La constriction	211
C. Les rechutes	211

IV. Diagnostic étiologique	212
A. Les péricardites aiguës idiopathiques ou bénignes	212
B. La péricardite aiguë tuberculeuse	213
C. Les péricardites néoplasiques	213
D. Les péricardites purulentes	214
E. Les péricardites rhumatismales	214
F. Autres causes	215
Question 21. MYOCARDIOPATHIES	217
<hr/>	
I. Classification	217
II. Cardiomyopathie dilatée	217
A. Définition	217
B. Étiologies	218
C. Clinique	219
D. Examens complémentaires	219
1. L'échocardiographie-Doppler	219
2. Les signes radiologiques	219
3. Les signes électriques	219
4. Le cathétérisme cardiaque	220
E. Évolution	220
F. Traitement	220
III. Cardiomyopathie hypertrophique	221
A. Définition	221
B. Physiopathologie	221
C. Clinique	222
D. Examens complémentaires	223
1. L'échocardiographie	223
2. L'électrocardiogramme	225
3. Le cathétérisme cardiaque	225
E. Évolution	226
F. Traitement	226
IV. Dysplasies ventriculaires droites	227
A. Définition	227
B. Étiologies	227
C. Clinique	227

D. Examens complémentaires	228
1. L'ECG	228
2. L'angiographie ventriculaire droite/IRM cardiaque	228
3. Anato- pathologie	228
4. Échocardiographie	229
E. Évolution	229
F. Traitement	229

V. Cardiomyopathie restrictive 230

A. Définition	230
B. Étiologies	230
C. Examens complémentaires	230
1. L'Échocardiographie	230
2. Anato- pathologie	230
D. Traitement	230

Question 22. THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFÉRIEURS 231

I. Physiopathologie..... 231

A. Facteurs de risque favorisant la thrombose veineuse	231
B. Évolution d'une thrombose veineuse	231

II. Étiologie 232

A. Phlébites obstétricales	232
B. Phlébites post-chirurgicales	232
C. Phlébites médicales	232
D. Phlébites idiopathiques	233

III. Diagnostic positif 233

A. Thrombose surale à la phase initiale (stade de phlébo-thrombose)	233
1. Signes fonctionnels	233
2. Signes physiques	233
3. Examens complémentaires	234
B. Stade plus tardif : phlegmatia alba dolens	236
1. Signes locaux	236
2. Signes généraux constants	236
C. Formes cliniques	236
1. Phlegmatia caerulea ou phlébite bleue	236
2. Syndrome de cockett	236
3. Phlébite superficielle	236
4. Phlébite des membres supérieurs	236

IV. Évolution	237
A. Immédiate	237
B. À distance	237
V. Traitement	238
A. Traitement curatif	238
B. Le traitement préventif	239
<hr/>	
Question 23. EMBOLIE PULMONAIRE	240
I. Physiopathologie	240
A. Conséquences gazeuses de l'obstruction artérielle pulmonaire ..	240
B. Conséquences hemodynamiques de l'embolie pulmonaire	241
C. Siège et étiologie de la thrombose veineuse initiale	241
II. Diagnostic	242
A. Clinique	242
B. Examens complémentaires non spécifiques	243
1. ECG	243
2. Gazométrie artérielle	243
3. Radiographie thoracique	244
4. Examens biologiques	244
5. Échocardiographie	244
C. Examens d'imagerie spécifiques	245
1. La scintigraphie pulmonaire	245
2. L'angioscanner thoracique	245
3. L'angiographie pulmonaire	245
4. L'échographie trans-Œsophagienne	246
III. Évolution et complications	246
A. Évolution	246
B. Complications	247
IV. Traitement	247
A. Embolie pulmonaire non grave	247
B. Embolie pulmonaire grave	247
C. Cas de la récurrence embolique sous traitement anticoagulant	248
V. Surveillance	248
A. Efficacité	248
B. Conduite et tolérance du traitement anticoagulant	248

Question 24. HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE	249
--	-----

I. Épidémiologie	249
A. Définition de l'HTA	249
B. Fréquence de l'HTA	249
C. Facteurs favorisants	249
D. Facteur de risque	250
II. Physiopathologie	250
A. Facteurs influençant la P.A	250
B. Régulation de la P.A	250
III. Diagnostic positif	251
A. Circonstances de découverte	251
B. Prise de la pression artérielle	251
IV. Diagnostic de gravité	251
A. Retentissement neuro-sensoriel	251
1. <i>Signes fonctionnels</i>	251
2. <i>Accidents évolutifs</i>	252
3. <i>Fond d'œil</i>	252
4. <i>Vaisseaux du cou</i>	252
B. Retentissement cardio-vasculaire	253
C. Retentissement rénal	254
V. Formes cliniques	254
A. HTA limite	254
B. HTA maligne	255
C. Entre les deux	256
VI. Diagnostic étiologique	256
A. Causes exogènes	256
B. Coarctation aortique	257
C. Causes rénales	258
1. <i>Néphropathies chroniques parenchymateuses bilatérales</i>	258
2. <i>Néphropathies parenchymateuses unilatérales</i>	260
3. <i>HTA reno-vasculaire</i>	261
D. Causes surrénaliennes	263
1. <i>Hypercorticisme</i>	263
2. <i>Hyperaldostéronisme primaire</i>	263
2. <i>Phéochromocytome</i>	265
E. Autres causes	267

VII. Traitement de l'HTA non compliquée	268
A. Principes	268
B. Moyens	268
C. Indications	269
VIII. Traitement de l'HTA compliquée	270
A. Définition	270
B. Conduite à tenir	270

Question 25. ANÉVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE 273

I. Physiopathologie.....	273
II. Diagnostic	273
A. Les signes fonctionnels	273
B. L'examen clinique	274
C. Les examens complémentaires	274
1. <i>Le bilan local</i>	274
2. <i>Bilan général</i>	276
D. Complications	276
1. <i>La crise fissuraire</i>	276
2. <i>La rupture</i>	277
3. <i>Les accidents thrombo-emboliques</i>	278
4. <i>Les accidents de compression</i>	278
III. Principes du traitement	278
A. Technique	278
B. Indications	279
C. Complications post-opératoires	279

Question 26. ARTÉRIOPATHIE OBLITÉRANTE
DES MEMBRES INFÉRIEURS 280

I. Physiopathologie.....	280
II. Diagnostic	281
A. L'examen clinique	281
B. Les examens complémentaires	282
1. <i>L'échographie-Doppler</i>	282
2. <i>L'artériographie</i>	282

C. Bilan général	282
1. Bilan vasculaire	282
2. Le bilan cardiaque	283
3. Le bilan rénal	283
D. Diagnostic différentiel	283
III. Complications	284
IV. Principes du traitement	285
A. Traitement médical	285
B. Traitement chirurgical	285
C. Complications post-opératoire	286

Question 27. ISCHÉMIE AIGUË DES MEMBRES INFÉRIEURS 287

I. Physiopathologie	287
II. Étiologies	288
A. Mécanisme embolique	288
B. Mécanisme thrombotique	288
C. Traumatisme	288
D. Autres	289
III. Diagnostic	289
A. Clinique	289
B. Topographie de l'ischémie	289
C. Diagnostic étiologique	290
IV. Principes du traitement	291
A. Traitement médical	291
B. Traitement chirurgical urgent	292

Thérapeutique. BÊTA-BLOQUANTS 293

I. Pharmacologie	293
II. Effets systémiques et indésirables	294
A. Cardio-vasculaire	294
B. Bronchique	294
C. Métabolique	294
D. Effets indésirables	294

III. Contre-indications et précautions.....	295
A. Absolues	295
B. Relatives	295
C. Précautions d'emploi	295
IV. Indications	296
A. Cardio-vasculaires	296
B. Extra-cardiaques	296

Thérapeutique. DÉRIVÉS NITRÉS	297
-------------------------------------	-----

I. Pharmacologie	297
II. Effets indésirables	298
III. Contre-indications.....	298
IV. Indications	298
A. Insuffisance cardiaque	298
B. Ischémie myocardique	298

Thérapeutique. ANTICOAGULANTS	300
-------------------------------------	-----

I. Héparine non fractionnée	300
A. Indications	300
B. Mode d'administration et posologie	301
C. Surveillance	301
D. Contre-indications et précautions d'emploi	302
E. Effets secondaires	302
II. Héparine de bas poids moléculaire (HBPM).....	303
A. Indications	303
B. Surveillance	304
C. Contre-indications et précautions d'emploi	304
D. Effets indésirables	304
III. Anti-vitamines K	305
A. Modalités de surveillance	305
B. Pharmacologie	306
C. Indications et zones thérapeutiques souhaitées	306

Table des matières	347
--------------------	-----

D. Contre-indications	307
E. Effets indésirables	307

Thérapeutique. ANTI-THROMBOTIQUES	308
-----------------------------------	-----

I. Anti-agrégants plaquettaires	308
1. <i>Aspirine</i>	308
2. <i>Ticlopidine</i>	309
3. <i>Clopidogrel</i>	309
4. <i>Les antagonistes des récepteurs GP IIb/IIIa</i>	309
5. <i>Autres anti-agrégants</i>	310
II. Fibrinolytiques	310

Thérapeutique. DIGITALIQUES	311
-----------------------------	-----

I. Pharmacologie et indications	311
II. Conduite pratique du traitement	312
A. Propriétés des produits utilisables	312
B. Choix du traitement	312
C. Surveillance	312
III. Contre-indications	313
IV. Intoxication digitalique	313
A. Signes cliniques	314
1. <i>Signes extra-cardiaques</i>	314
2. <i>Signes cardiaques</i>	314
B. Diagnostic	315
C. Pronostic	315
D. Traitement	315
1. <i>Symptomatique</i>	315
2. <i>Spécifique</i>	316

Thérapeutique. DIURÉTIQUES	317
----------------------------	-----

I. Propriétés des différents diurétiques	317
A. Sur la branche ascendante de l'anse de Henlé	317
B. Sur le segment de dilution de l'anse de Henlé	318
C. Action sur le tubule proximal	318



D. Action sur le tubule distal	318
E. Action sur la filtration glomérulaire	319
II. Indications et choix du diurétique.....	319
A. Indications	319
B. Choix du traitement	320
Thérapeutique. INHIBITEURS CALCIQUES	321

I. Pharmacologie	321
1. <i>Les inhibiteurs calciques à effet vasculaire prédominant</i>	321
2. <i>Les inhibiteurs calciques à effet myocardique prédominant</i>	321
I. Effets systémiques et indésirables.....	322
A. Cardiaques	322
B. Vasculaire	323
C. Digestifs	323
D. Effets indésirables	323
III. Contre-indications.....	323
A. Pour les molécules à action cardiaque prédominante	323
B. Pour tous	324
IV. Indications.....	324
A. Cardio-vasculaires	324
B. Extra-cardiaques	324

Thérapeutique. INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION	325
---	------------

I. Pharmacologie	325
1. <i>Système rénine-angiotensine-aldosterone</i>	325
2. <i>Propriétés et actions des I.E.C.</i>	325
II. Effets indésirables.....	326
III. Contre-indications.....	326
IV. Indications.....	326
1. <i>Cardio-vasculaires</i>	326
2. <i>Extra-cardiaques</i>	326



La préparation de l'Internat nécessite indiscutablement d'apprendre beaucoup et intelligemment. Tout d'abord pour être le meilleur candidat mais ensuite et surtout pour construire les fondations qui assureront la solidité d'une vie future d'interne puis de praticien.

Les documents qui accompagnent l'étudiant dans cette formation doivent

donc fournir une base efficace et pratique en triant, synthétisant et hiérarchisant les connaissances les plus utiles sans pour autant les réduire au strict minimum.

Entre ouvrage exhaustif et fiche pratique, il y a un juste milieu. D'ailleurs, si l'on reconnaît aujourd'hui que l'étendue des connaissances du médecin ne doit pas nécessairement relever de l'encyclopédie, acceptera-t-on demain qu'elle relève du livre de poche ?

C'est dans cet esprit et en utilisant les connaissances de leur spécialité ainsi que leur expérience de conférencier d'Internat, que les auteurs ont rédigé et continuent de rédiger les volumes de la collection 'Réussir l'Internat'.

L'étudiant disposera ainsi d'outils de travail clairs, pragmatiques, adaptés non seulement aux évolutions actuelles des démarches diagnostiques et thérapeutiques mais également à l'évolution du programme de l'Internat, dans une approche qui privilégie la transversalité des connaissances indispensables à une bonne pratique médicale.