

PROCESSUS OBSTRUCTIFS

UE 2.8 ● SEMESTRE 3

SAMIR BAALI
KARIM FERHI
ÉRIC RASOLO
ERTAN YILMAZ
KAMEL ABBADI

Collection dirigée par Kamel Abbadi



« Le photocopillage, c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs. Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le photocopillage menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération.

En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. »

ISBN 978-2-216-12140-3

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du Droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris), est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 - art. 40 et 41 et Code pénal - art. 425).

Liste des auteurs

Docteur Samir Baali

Pneumologue,

Attaché au Service de Pneumologie du Centre hospitalier Général de Rodez

Docteur Karim Ferhi

Chirurgien urologue,

Praticien hospitalier à l'Hôpital Robert Ballanger – Aulnay-sous-Bois,

Attaché à la Pitié-Salpêtrière Paris XIIIe

Docteur Éric Rasolo

Chirurgien spécialiste en chirurgie pédiatrique et chirurgie réparatrice

Docteur Ertan Yilmaz

Ancien chef de clinique à la Faculté,

Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Général de Rodez

Kamel Abbadi

Professeur agrégé de biochimie

Responsable de l'enseignement de l'UE 2.1

à l'IFSI Poissy-Saint Germain en Laye

Collection dirigée par Kamel Abbadi

Avant-propos

Dans cette période de transition, les étudiants sont à la recherche de nouveaux supports de préparation aux épreuves.

En effet, la place grandissante prise par les nouvelles modalités d'évaluations (QCM et QROC) renforce cette attente.

Faciliter vos révisions et vous entraîner efficacement à l'examen, tels sont les objectifs de cette nouvelle collection « Sup'Foucher Infirmier ».

Chaque ouvrage vous propose :

- La **révision** et la **validation des notions clés du cours** grâce à des mémos regroupant les « incontournables » de la discipline.
- La **pratique**, en vous entraînant à répondre à des séries de questions en lien avec les thèmes du cours : celles-ci vous permettront de vous familiariser avec ces nouvelles modalités d'évaluation que constituent les **QCM** et les **QROC** (questions à réponses ouvertes et courtes). Chaque série est donc à la fois une révision du cours et un véritable entraînement à l'épreuve finale.
- L'**évaluation**, sous la forme d'examens blancs à réaliser en temps limité, pour tester vos connaissances en situation réelle.

Il ne nous reste qu'à vous souhaiter une excellente préparation !

Sommaire

Partie 1 Processus obstructifs en cardiologie et en pathologie vasculaire

1. Rappels sur le système vasculaire.....	8
2. Athérosclérose.....	13
3. Angine de poitrine.....	14
4. Infarctus du myocarde.....	18
5. Œdème aigu pulmonaire.....	21
6. Ischémie aiguë des membres.....	23
7. Thrombose veineuse profonde.....	25
8. Arrêt cardiocirculatoire.....	27

Partie 2 Processus obstructifs en pneumopathologie

9. Rappels anatomophysiologiques.....	30
10. Broncho-pneumopathie chronique obstructives ou BPCO.....	34
11. Asthme.....	40
12. Embolie pulmonaire.....	47

Partie 3 Processus obstructifs en neurologie

13. Rappels sur le système nerveux.....	52
14. Accidents vasculaires cérébraux.....	56
15. Hydrocéphalie.....	60

Partie 4 Processus obstructifs digestifs

16. Hernie hiatale et reflux gastro-œsophagien.....	64
17. Tumeurs malignes de l'œsophage.....	69
18. Troubles moteurs de l'œsophage.....	73
19. Tumeurs malignes de l'estomac.....	76
20. Tumeurs malignes colorectales.....	80
21. Occlusions.....	85
22. Colique hépatique, cholécystite, angiocholite.....	88
23. Pancréatite aiguë, pancréatite chronique.....	92
24. Tumeurs malignes du pancréas.....	96

Partie 5 Processus obstructifs en urologie

25. Obstruction du haut appareil.....	100
26. Obstruction du bas appareil.....	104

Partie 6 QCM/QROC

QCM 1. Processus obstructifs en cardiologie et en pathologie vasculaire	108
QCM 2. Processus obstructifs en pneumopathologie	120
QCM 3. Processus obstructifs en neurologie	127
QCM 4. Processus obstructifs en digestif.....	130
QCM 5. Processus obstructifs en urologie	145

Partie 7 Évaluations

Évaluation 1.	152
Évaluation 2.	156

Partie 8 Corrigés des QCM/QROC

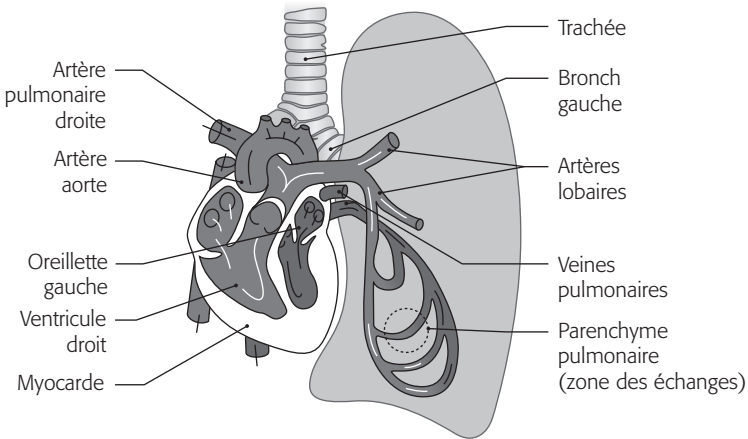
Corrigés QCM/QROC	162
--------------------------------	-----

Partie 9 Corrigés des évaluations

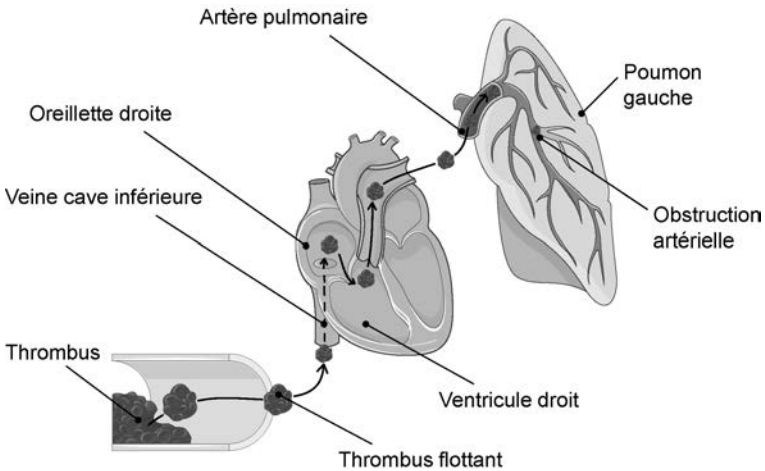
Corrigés évaluation 1	194
Corrigés évaluation 2	197

1 Physiopathologie

L'embolie pulmonaire est l'obstruction totale ou partielle du tronc de l'artère pulmonaire ou d'une de ses branches par un corps étranger, en général un caillot (thrombus). L'embolie pulmonaire pose un véritable problème, étant à la fois fréquente et difficile à diagnostiquer.



Relations vasculaires cœur-poumons



Obstruction du tronc des artères pulmonaires par un thrombus

Le plus souvent, l'embolie pulmonaire est **fibrino-cruorique** : elle a pour origine une thrombose veineuse du petit bassin ou des membres inférieurs.

Le thrombus migre dans le système veineux profond et va se coincer dans l'artère pulmonaire ou l'une de ses branches, ce qui va gêner l'oxygénation du sang et provoquer un mélange sang oxygéné-sang désaturé dans la circulation : c'est ce qu'on appelle un **effet shunt**, dont la conséquence directe sera une **hypoxémie**.

Une hyperventilation réflexe va provoquer une **hypocapnie**. La pression dans l'artère pulmonaire va augmenter : c'est l'**hypertension artérielle pulmonaire** qui retentira sur le ventricule droit. L'évolution pourra se faire vers la nécrose du territoire impliqué par infarctus pulmonaire.

2 Étiologies

- Les facteurs de risque de maladie thromboembolique veineuse sont logiquement les facteurs de risque d'**embolie pulmonaire** :
 - alitement prolongé ;
 - intervention chirurgicale récente sur le petit bassin ou chirurgie orthopédique des membres inférieurs ;
 - accouchement récent ;
 - cancer ;
 - fracture des membres inférieurs ;
 - obésité ;
 - polyglobulie ;
 - anomalies familiales de l'hémostase pouvant favoriser les thromboses : déficit en protéine C, en protéine S, dysfibrinogénèse... ;
 - syndrome néphrotique.
- Les **phlébites** des membres inférieurs (voire des membres supérieurs) ainsi que les **thromboses** de l'oreillette et du ventricule droits entrent elles aussi dans les étiologies des embolies pulmonaires.

3 Signes cliniques

Le diagnostic est souvent posé sur une simple suspicion, qui sera ensuite seulement remise en cause après les résultats des examens paracliniques.

Les signes cliniques sont :

- une douleur thoracique brutale, aggravée par l'inspiration profonde ;
- une dyspnée à type de polypnée superficielle accompagnée d'angoisse ;
- on peut retrouver des râles sibilants à l'auscultation ;
- parfois une toux sèche ;
- au maximum, il peut y avoir état de choc.

Ces signes sont particulièrement évocateurs quand ils surviennent dans un contexte de chirurgie à risque thromboembolique ou chez un patient prédisposé.

4 Examens complémentaires

Examen	Intérêts
Examens biologiques	D-dimères élevés.
Radiographie pulmonaire	Recherche une élévation d'une coupole diaphragmatique, une atélectasie ou des signes de pleurésie.
ECG	Recherche d'une tachycardie, une déviation axiale droite...
Angioscanner pulmonaire	Met en évidence le thrombus à l'origine de l'embolie pulmonaire ainsi que l'infarctus pulmonaire.
Scintigraphie pulmonaire	Si elle est normale, elle écarte le diagnostic.
Angiographie thoracique	Elle permettra d'apprécier l'obstruction artérielle pulmonaire et de la chiffrer grâce à l'index de Miller qui tient compte de la localisation des caillots dans l'arbre artériel et des répercussions sur ce dernier.
Écho-Doppler veineux des membres inférieurs	Enquête étiologique de l'embolie pulmonaire.

12

Mémo

5 Traitement

► Traitement préventif

La prévention des embolies pulmonaires se fait par le lever précoce des opérés et l'administration d'anticoagulants à dose préventive en cas d'hospitalisation prolongée (LOVENOX®).

► Traitement curatif

L'embolie pulmonaire est une urgence médicale.

Le traitement sera démarré dès que le diagnostic est suspecté. Le traitement repose sur le traitement héparinique.

- Hospitalisation en urgence.
- Traitement anticoagulant à base d'héparine à dose efficace avec relais par anticoagulants *per os* dès que possible. Il sera poursuivi à dose efficace pendant 3 à 6 mois en fonction de la cause (connue ou non) de l'embolie pulmonaire.
- Oxygénothérapie pour lutter contre l'hypoxémie.
- Antalgiques.
- Traitement des phlébites associées.
- Traitement d'un éventuel état de choc.

6 Points importants

- Une simple suspicion d'embolie pulmonaire suffit pour démarrer le traitement anticoagulant.
- Le décès peut survenir très rapidement après l'apparition des premiers signes cliniques.

0 | 1

1. Quelles propositions sont correctes ?

- ◇ A le plus souvent, les AVC ischémiques sont dus à des thromboses sur artères athéromateuses
- ◇ B les cardiopathies emboligènes peuvent provoquer des AVC ischémiques
- ◇ C le scanner cérébral montre toujours les lésions d'AVC
- ◇ D quand un AVC occasionne des lésions au niveau de l'hémisphère droit, les yeux du patient dévient vers la gauche

0 | 1

2. L'un des signes suivants n'apparaît pas en cas d'AVC à l'origine de lésions de l'hémisphère droit. Lequel ?

- ◇ A hypoesthésie gauche
- ◇ B paralysie faciale gauche
- ◇ C dysarthrie
- ◇ D négligence spatiale droite
- ◇ E hémianopsie latérale homonyme gauche

0 | 1

3. Le bilan étiologique des AVC comporte :

- ◇ A une échographie Doppler des troncs supra-aortiques
- ◇ B un ECG
- ◇ C une scintigraphie pulmonaire
- ◇ D une artériographie cérébrale
- ◇ E une échographie cardiaque

0 | 1

4. L'installation du tableau clinique de l'AVC est typiquement :

- ◇ A lente, en plusieurs jours
- ◇ B précédée de prodromes évocateurs
- ◇ C brutale et sans prodrome

0 | 1

5. L'artère la plus fréquemment touchée par les AVC est :

- ◇ A l'artère cérébrale antérieure
- ◇ B l'artère choroidienne antérieure
- ◇ C l'artère communicante postérieure
- ◇ D l'artère cérébrale moyenne

0 | 1

6. Quelles propositions sont correctes ?

- ◇ A un patient souffrant d'AVC ischémique doit être installé à plat dans son lit
- ◇ B un patient souffrant d'un AVC hémorragique doit être installé avec la tête surélevée dans son lit

7. Quelles propositions sont correctes ?

0 | 1

- ◇ **A** le rétrécissement mitral est l'une des étiologies des AVC ischémiques
- ◇ **B** un scanner cérébral normal dans les premières 24 heures après un AVC élimine un AVC ischémique
- ◇ **C** les ruptures de malformations artérioveineuses sont à l'origine d'AVC hémorragiques

8. Le mécanisme le plus fréquent de l'hydrocéphalie est :

0 | 1

- ◇ **A** un défaut d'évacuation du liquide cérébro-spinal
- ◇ **B** un excès de production de liquide cérébro-spinal

9. Quelles propositions sont vraies ?

0 | 1

- ◇ **A** une perte du tonus musculaire doit faire craindre un engagement cérébral
- ◇ **B** le scanner cérébral ne suffit pas pour affirmer le diagnostic d'hydrocéphalie
- ◇ **C** des troubles de la mémoire et du comportement peuvent survenir en cas d'hydrocéphalie chronique

10. Parmi ces propositions, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

0 | 1

- ◇ **A** le polygone de Willis est un réseau anastomotique qui fait communiquer les systèmes vasculaires vertébro-basilaire et sous-clavier
- ◇ **B** l'artère sylvienne est aussi appelée artère cérébrale antérieure
- ◇ **C** l'artère choroïdienne antérieure fait partie du système carotidien

11. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) vrai(s) ?

0 | 1

- ◇ **A** l'hydrocéphalie ne survient qu'au cours de la petite enfance
- ◇ **B** le scanner permet le diagnostic positif et étiologique de l'hydrocéphalie
- ◇ **C** le syndrome d'hypertension intracrânienne comporte des vomissements, des céphalées et une raideur de la nuque

Résultats

11

1 ► ◇ A ; B : VRAI.

◇ C : VRAI. Le scanner cérébral peut ne rien montrer dans les premières 24 heures après un AVC ischémique. En revanche, l'IRM cérébrale montre toujours les lésions cérébrales.

◇ D : FAUX. En matière d'AVC, il faut retenir que « **le patient regarde sa lésion** ».

2 ► ◇ A ; B ; C : FAUX.

◇ D : VRAI.

◇ E : FAUX. C'est une hémiasomatognosie gauche (négligence spatiale gauche) qui apparaît en cas de lésions de l'hémisphère cérébral droit.

3 ► ◇ A ; B : VRAI.

◇ C : FAUX.

◇ D ; E : VRAI.

4 ► ◇ A ; B : FAUX.

◇ C : VRAI.

5 ► ◇ A ; B ; C : FAUX.

◇ D : VRAI.

6 ► ◇ A : VRAI.

◇ B : VRAI. La position tête surélevée en cas d'AVC hémorragique a pour but de lutter contre l'hypertension intracrânienne.

7 ► ◇ A : VRAI.

◇ B : FAUX.

◇ C : VRAI.

8 ► ◇ A : VRAI.

◇ B : FAUX.

9 ► ◇ A : VRAI.

◇ B : FAUX.

◇ C : VRAI.

10 ► ◇ A ; B : FAUX.

◇ C : VRAI.

- 11 ► ◇ **A : FAUX.**
◇ **B ; C : VRAI.**

QCM 4

- 1 ► ◇ **A ; B ; C : VRAI.**
◇ **D : FAUX.** La dysphagie correspond effectivement à une difficulté à avaler et justifie la réalisation d'une fibroscopie gastrique. À ce titre, elle doit constamment inquiéter.
- 2 ► ◇ **A : VRAI.** La hernie hiatale n'est pas une pathologie congénitale.
◇ **B ; C ; D : FAUX.**
- 3 ► ◇ **A ; B ; C ; D : VRAI.** Toutes les proposition sont exactes.
- 4 ► ◇ **A ; B ; C ; D : VRAI.**
◇ **E : FAUX.** L'ictère ne fait pas partie du tableau symptomatique du RGO.
- 5 ► ◇ **A ; B ; C ; D ; E : VRAI.**
Toutes les affirmations sont exactes.
- 6 ► ◇ **A ; B ; C : VRAI.**
◇ **D : FAUX.** Le scanner cérébral n'est évidemment pas utile au diagnostic de hernie hiatale.
- 7 ► ◇ **A : VRAI.** L'achalasie de l'œsophage est une affection acquise.
◇ **B ; C ; D : FAUX.**
- 8 ► ◇ **A ; B ; C ; D : VRAI.**
- 9 ► ◇ **A : VRAI.** Le traitement du RGO est le plus souvent médical, basé sur les IPP associés aux mesures hygiéno-diététiques.
◇ **B ; C ; D : FAUX.**
- 10 ► ◇ **A ; B ; C : VRAI.**
◇ **D : FAUX.** Le traitement chirurgical de l'achalasie consiste en une cardiomyotomie dite de Heller et non l'œsophagectomie.
- 11 ► ◇ **A ; B ; C : FAUX.**
◇ **D : VRAI.**
◇ **E : FAUX.**