



Post-test

L'athérosclérose coronarienne

Les réponses seront publiées dans trois mois, dans le numéro de décembre 2013.

1 Des antécédents d'athérosclérose coronarienne précoce chez un membre de la famille du premier degré :

- a) placent le patient directement dans la catégorie à risque élevé ;
- b) constituent une indication d'amorcer le traitement par statine ;
- c) doublent le pourcentage de risque établi par le score de Framingham ;
- d) triplent le pourcentage de risque établi par le score de Framingham ;
- e) représentent une indication directe d'évaluation par des tests non effractifs.

2 Chez un patient à risque modéré dont le taux de cholestérol LDL est inférieur à 3,5 mmol/l, quelle intervention serait la plus appropriée ?

- a) Rassurer le patient
- b) Entreprendre le traitement par une statine
- c) Demander une épreuve d'effort
- d) Dosier l'apolipoprotéine B ou calculer le taux de cholestérol non-HDL

- e) Demander un Doppler carotidien

3 Que devrait recevoir un patient thrombolysé ?

- a) AAS, 150 mg seulement
- b) AAS, 150 mg et clopidogrel, 300 mg seulement
- c) AAS, 150 mg et clopidogrel, 600 mg seulement
- d) AAS, 150 mg, clopidogrel, 300 mg et héparine
- e) AAS, 150 mg, clopidogrel, 600 mg et héparine

4 Un infarctus du myocarde lié à une lésion causée par une discordance entre l'apport et la demande correspond à un infarctus du myocarde de quel type ?

- a) Type 1
- b) Type 2
- c) Type 3
- d) Type 4
- e) Type 5

5 Après un syndrome coronarien aigu, un programme de réadaptation :

- a) est recommandé seulement pour les patients qui ont accès à un centre de réadaptation ;
- b) est particulièrement bénéfique chez les personnes âgées et les femmes ;
- c) est recommandé seulement chez les jeunes patients ;
- d) ne permet pas de réduire la mortalité.

6 Chez le sujet ayant subi un syndrome coronarien aigu, veuillez indiquer quel énoncé sur les changements d'habitudes alimentaires est vrai.

- a) Les changements d'habitudes alimentaires n'ont pas d'effets marqués sur le pronostic à long terme.
- b) Selon de nombreuses études, la simple addition d'un supplément d'acides gras oméga-3 permet de réduire le nombre d'accidents coronariens.
- c) L'adoption du régime méditerranéen est associée à une diminution considérable de l'incidence des maladies coronariennes et des décès.

L'athérosclérose coronarienne – Septembre 2013

Sélectionnez une seule réponse pour chaque question. La FMOQ vous attribuera **trois heures** de crédits de catégorie 1 si vous obtenez une note **minimale de 60 %**, qui seront inscrits dans votre PADPC-FMOQ. **Répondez par la poste ou en ligne avant le 2 décembre 2013***.

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. a b c d e | 6. a b c d e |
| 2. a b c d e | 7. a b c d e |
| 3. a b c d e | 8. a b c d e |
| 4. a b c d e | 9. a b c d e |
| 5. a b c d e | 10. a b c d e |

Remplissez votre post-test en ligne au www.fmoq.org en cliquant sur l'hyperlien **Identifiez-vous** en haut à gauche de l'écran et obtenez votre résultat immédiatement.

Cette activité sera automatiquement inscrite dans votre PADPC-FMOQ dès le lendemain.

Pour créer votre profil, cliquez sur **Inscrivez-vous** en haut à gauche de l'écran.

Téléchargez l'annexe 13 (approche réflexive) au www.fmoq.org

découper et retourner

Mon article « coup de cœur » du mois est le numéro

Nom (en caractères d'imprimerie) _____

Numéro du permis d'exercice du CMQ _____

*** À partir de janvier 2014, seuls les post-tests remplis en ligne seront acceptés.**

7 Lequel de ces effets indésirables peut être attribué au ticagrelor, mais pas au prasugrel ?

- a) La tachycardie
- b) La dyspnée
- c) Les céphalées
- d) Les étourdissements

- a) Un mois
- b) Six mois
- c) Un an
- d) Plus d'un an

- d) La réponse hémodynamique à l'effort

8 Chez un patient présentant un NSTEMI traité par dilatation (tuteur non médicamenté), quelle est la durée de traitement par le clopidogrel ?

9 L'épreuve d'effort permet de constater tous les éléments suivants, sauf un. Lequel ?

- a) Le seuil ischémique
- b) L'emplacement du territoire ischémique coronarien
- c) La présence d'arythmie

10 Quel est le taux annuel d'accidents cardiaques associé à un résultat normal à un examen d'imagerie en médecine nucléaire ?

- a) Moins de 1 %
- b) De 1 % à 2 %
- c) De 2 % à 3 %
- d) De 3 % à 5 %
- e) Plus de 5 %

Réponses et références du post-test de juin 2013

Félicitations aux 953 médecins qui ont obtenu trois heures de crédits de catégorie 1 en répondant au post-test de mai 2013 !

1. d. Vadivelu N, Timchenko A, Huang Y et coll. Tapentadol extended-release for treatment of chronic pain: a review. *J Pain Res* 2011 ; 4 : 211-8.
2. c. Pergolizzi JV, Raffa RB. Special report – From molecule to matrix: an option for the management of moderate to severe chronic pain. *Pain Medicine News* 2011 : August 1-4.
3. c. King S, Forbes K, Hanks GW et coll. A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. *Palliat Med* 2011 ; 25 (5) : 525-52.
4. d. Davis MP. Liver disease and exogenous opioid pharmacokinetics. Dans : Davis MP, Glare PA, Quigley C et coll., rédacteurs. *Opioids in Cancer Pain* 2^e éd. Oxford : Oxford University Press ; 2009. p. 39-68.
5. b. Simon ST, Bausewein C. Management of refractory breathlessness in patients with advanced cancer. *Wien Med Wochenschr* 2009 ; 159 (23-24) : 591-8.
6. d. Johnson MJ, Abernethy AP, Currow DC. Gaps in the evidence base of opioids for refractory breathlessness. A future work plan? *J Pain Symptom Manage* 2012 ; 43 (3) : 614-24.
7. b. Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO). *Traitement de la compression médullaire chez les patients atteints de cancer métastatique*. Direction québécoise du cancer ; 2011. Site Internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2059722> (Date de consultation : le 10 décembre 2012).
8. e. Breitbart W, Lawlor P, Friedlamder M. Delirium in the terminally ill. Dans : Chochinov HM, Breitbart W, rédacteurs. *Psychiatry in Palliative Medicine*. 2^e éd. Oxford : Oxford University Press ; 2009. p. 81-101.
9. a. Wood GJ, Shega JW, Lynch B et coll. Management of intractable nausea and vomiting in patients at the end of life: "I was feeling nauseous all of the time... nothing was working" *JAMA* 2007 ; 298 (10) : 1196-207.
10. b. Hanks GWC. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford, New York : Oxford University Press ; 2010. p. 801-12.