

ALI M ...66 ANS M'ACONSULTEE LE 19/03/2009 ET LE 31/08/2013 POUR :
OPRESSION .Douleur thoracique .Dysphonie .Se réveille étouffée. Céphalée
Suivie en cardiologie depuis 2004 (Sintrom 1/4-1/2-; lasilix 40 mg -Kalorid)
HTA -Diabétique (Amarel 4). DYSLIPIDEMIE



RX Thorax:

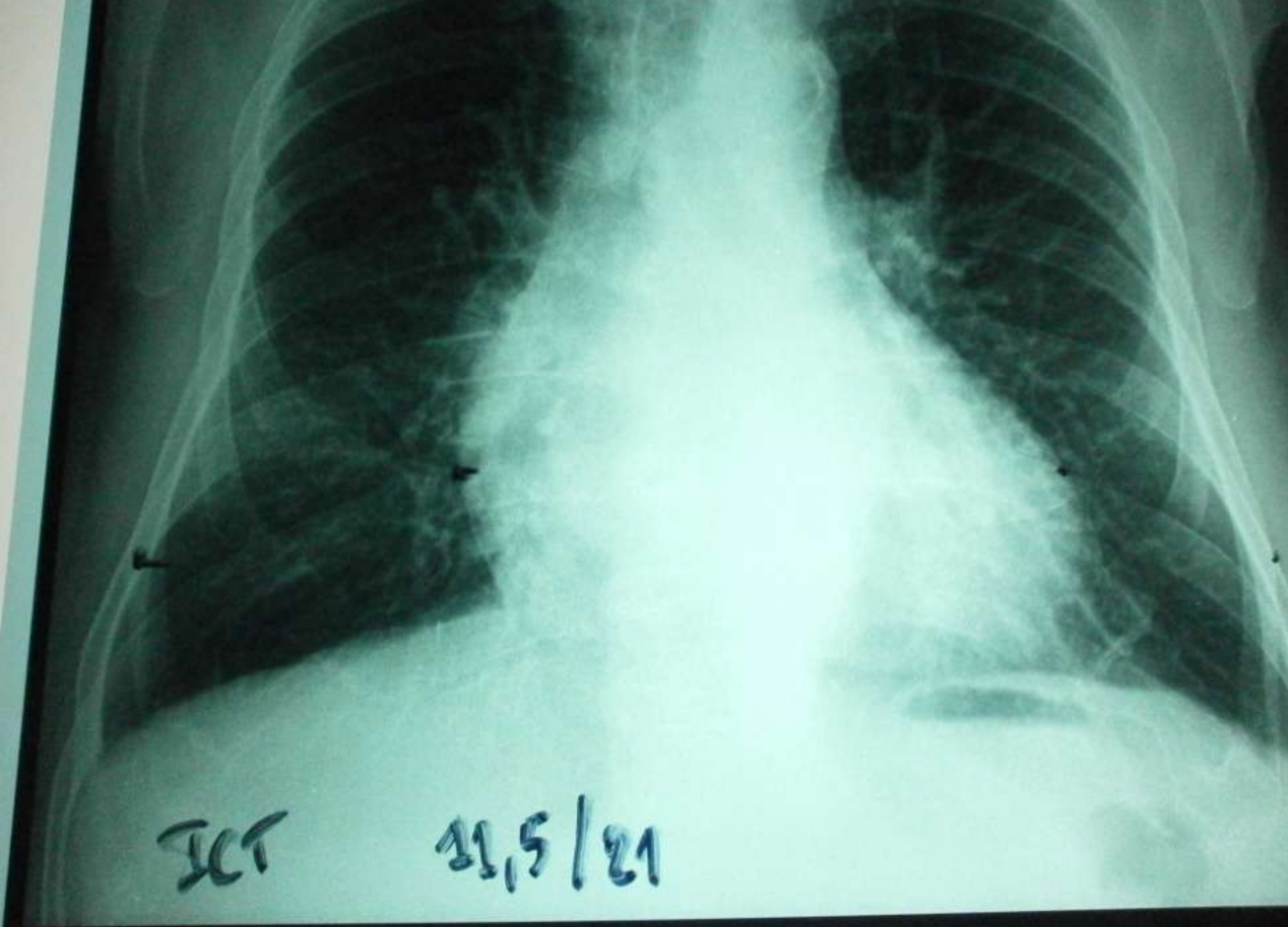
4 Anomalies franche

1 Anomalie douteuse

Radio du Thorax:



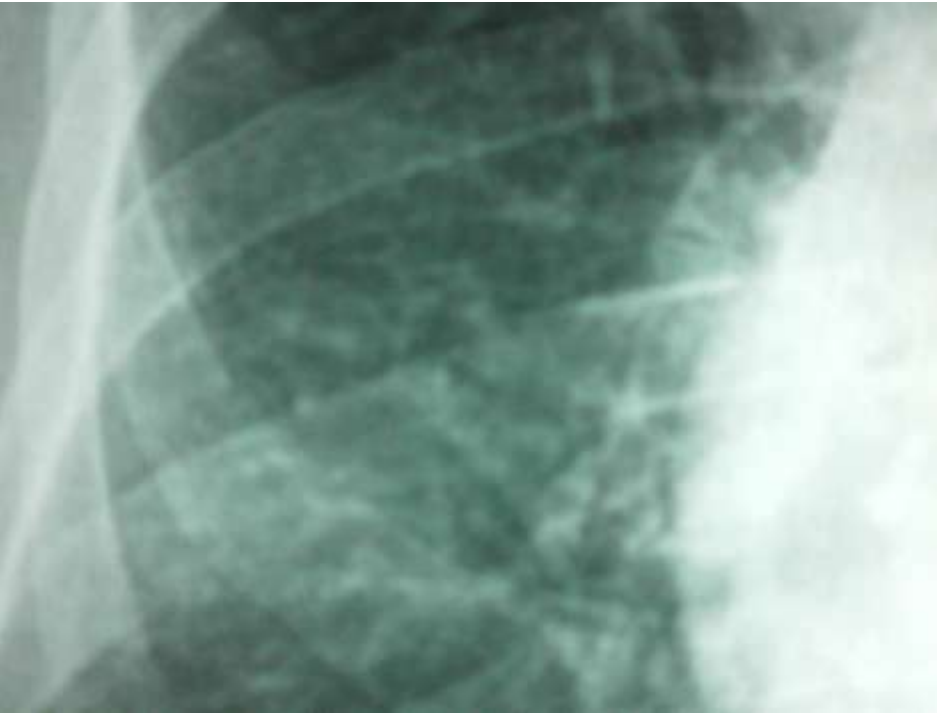
- **Cardiomégalie**
- **Calcification Bouton aortique**
- **Aorte descendante déroulée**
- **Bord interne de l'arc antérieur 5ème cotes trop visible**
- **Concavité interne aux dessous du bouton aortique**



SCC

21,5 / 21

Bord interne des cotes trop visible



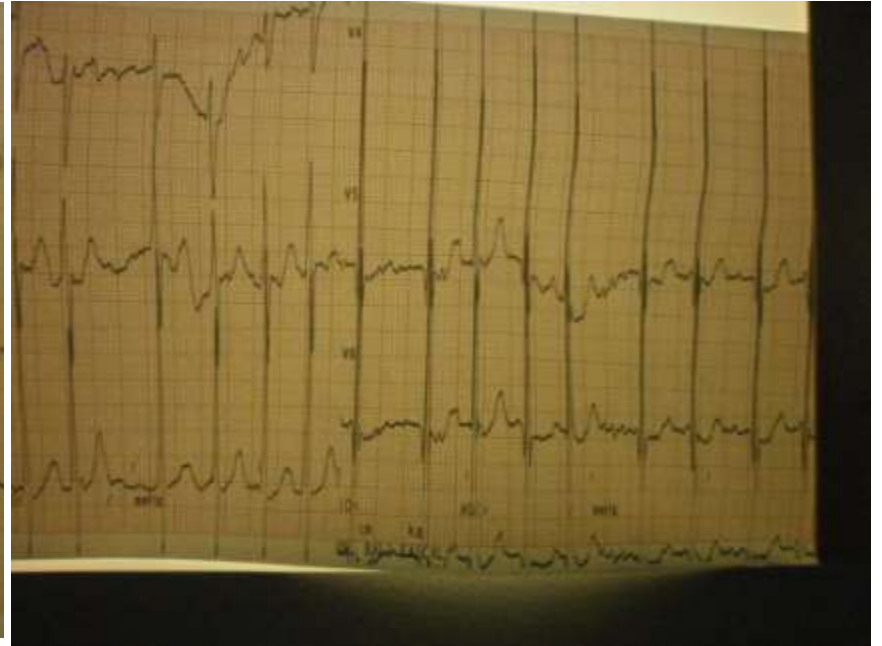
Hypertrophie des artères costales

Concavité interne aux dessous du bouton aortique



Image en "3" de chiffre, avec double genou aortique (indentation séparant la saillie supérieure de l'inférieure).

ECG:HVG.AC/FA



Examen physique: TA: 16/10 . Symétrique-Fémorale palpable-RC100/min irrégulier souffle pluriorificielle /m .Sat:98 %.

Envoyée cardio pour suspicion de Coarctation Aortique de l'Adulte

Coarctation Aortique de l'adulte

Rétrécissement sur l'isthme aortique, en aval de l'implantation de la sous Clavière gauche

- Céphalées, dyspnée d'effort .Signes d'insuffisance cardiaque.
- HTA(aux membres supérieurs)
- Pouls présents dans $\frac{1}{4}$ des cas, diminués dans $\frac{3}{4}$ des cas
- Différence du pouls et de la TA entre membres supérieurs et inférieurs.
- Aorte sus-stricturale siège d'altérations précoces(athérome, sclérose, calcification)
- Atteinte de l'orifice aortique dans 10 – 20 % des cas
- Exclure d'autres étiologies d'encoches costales (cardiopathies cyanogènes à faible débit pulmonaire, fistules artérioveineuses, tumeurs neurogènes)