

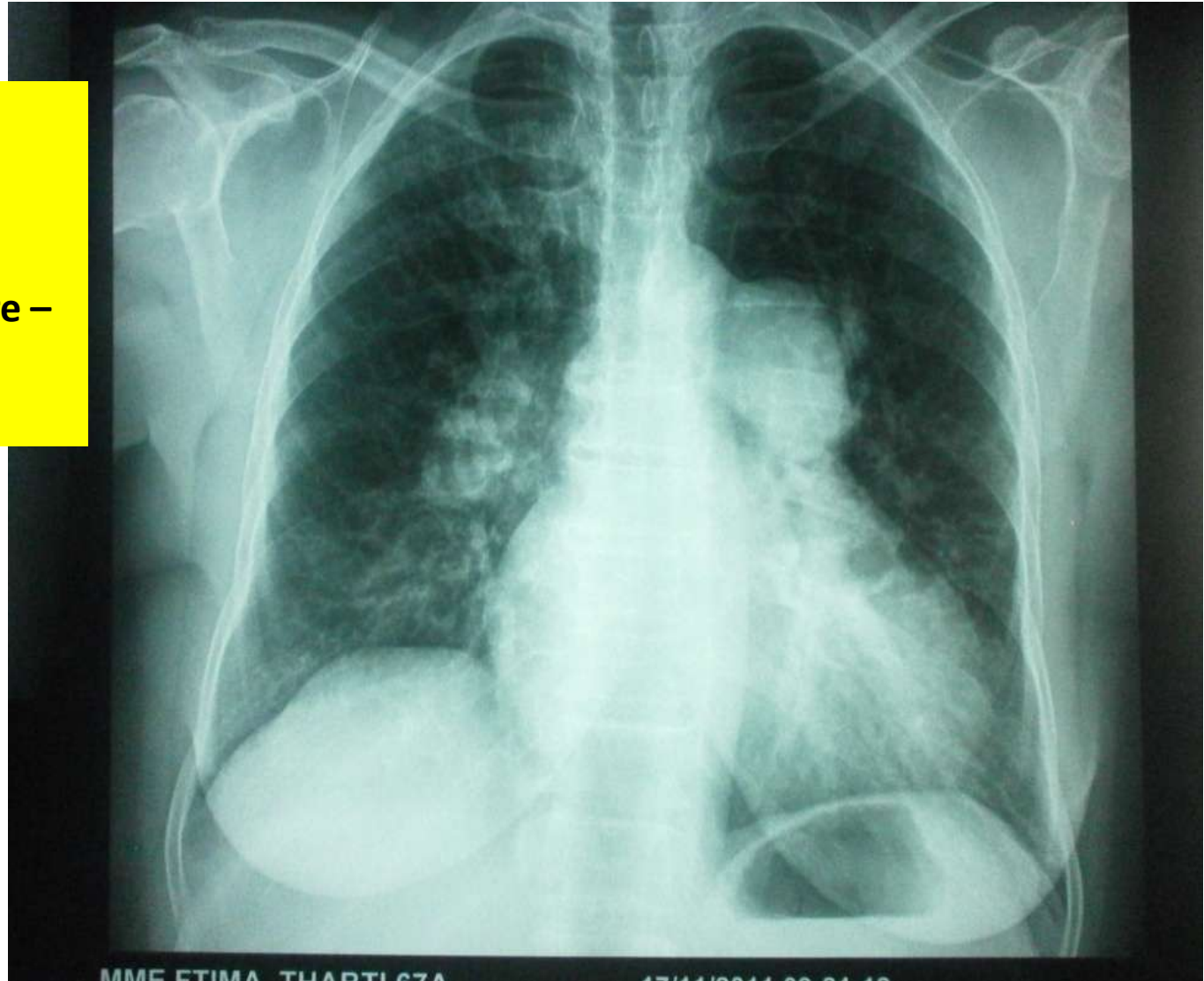
:
Mme FTIMA TH 77 ANS ...m'a consultée le 17/11/2011 pour :

Dyspnée progressive depuis 10 Ans ;devenu invalidante depuis quelque semaines

RX THORAX :

***Comblement de la
fenêtreAorticopulmonaire –**

***Gros hile droite**



MME FTIMA THARTL67A

17/11/2011 09:01:18

ANTECEDENTS ET TARES :

1) diabète 10 ans insuline 20+40- 15+30

2) Hernie discale traumatique

3) Cardiopathie ischémique ; Angioplastie il ya 3 mois ; dernier contrôle il ya 1 mois (Plavix -Tahor-Nibelet-Lasilx 1et 1/2- Aladactone 1/2-Aspegic-Corvasal)..

4) NOTION DE CIV Ancienne

EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 16/8. RC :80 /min .Pas de souffle.

Sat:98 % .-CREPITANTES AUX 2 BASES

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB =13,5 10³/mm³- HB= 13,5 gr/l - PLAQUETTES
= 358 10³/mm³.CREATININE:12,60;

IONO: NA: 143 .K: 4,40

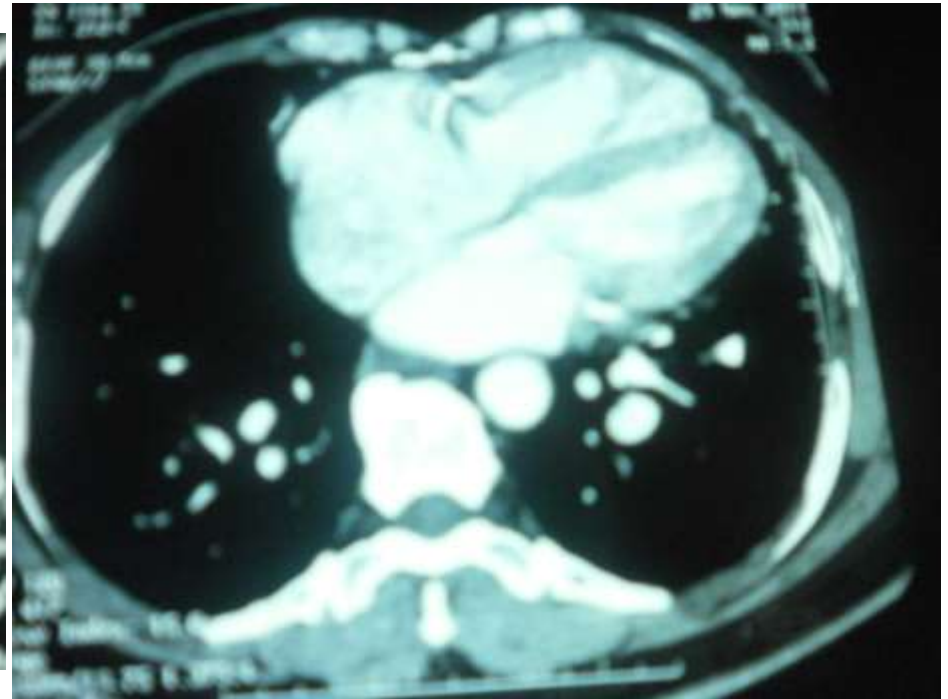
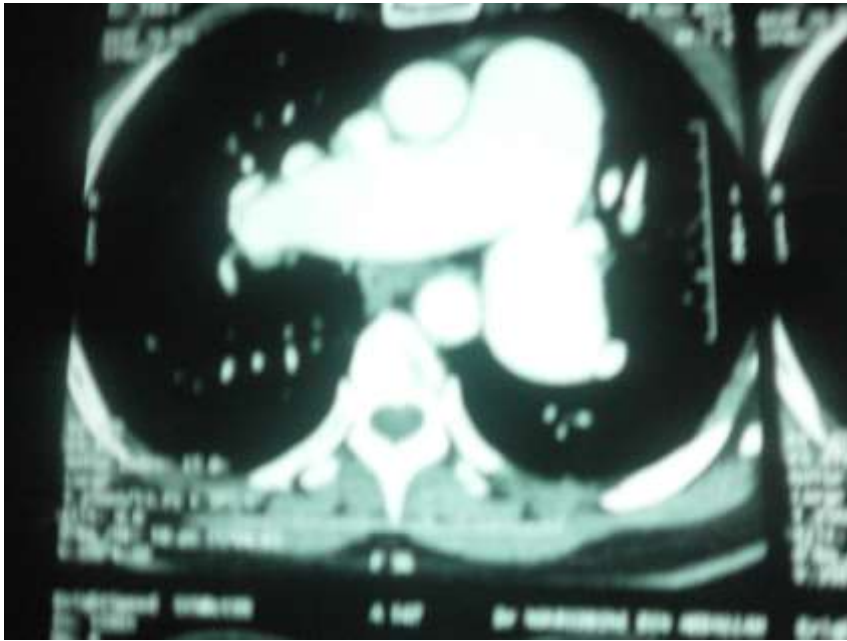
GAZ DE SANG :

Po₂: 61 Pco₂ : 41 So₂: 92 Hco₃⁻ : 30 PH:7,47



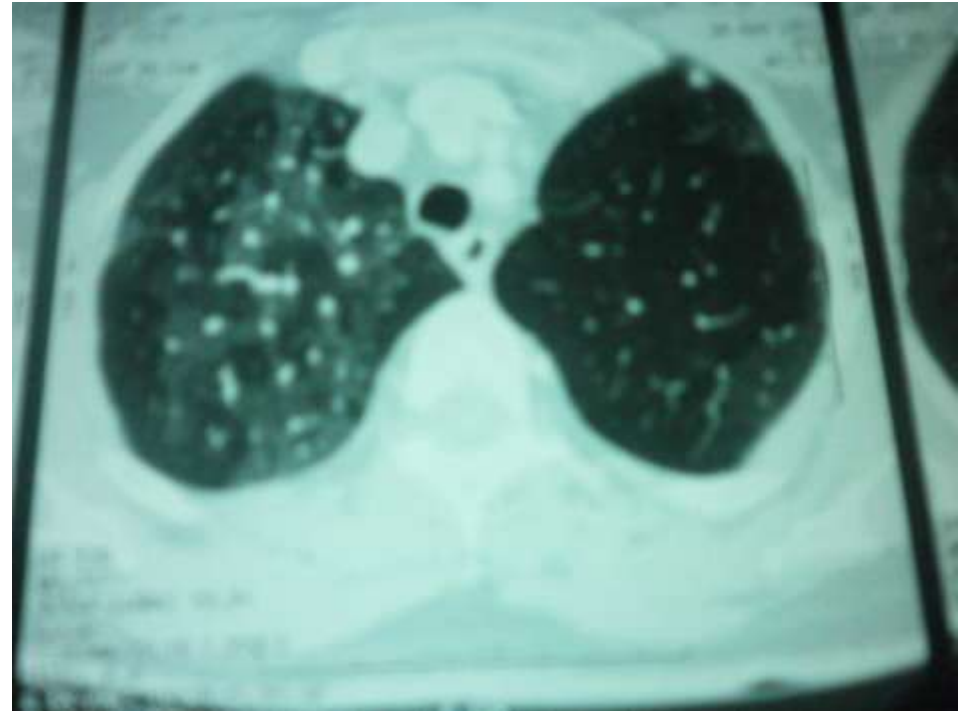
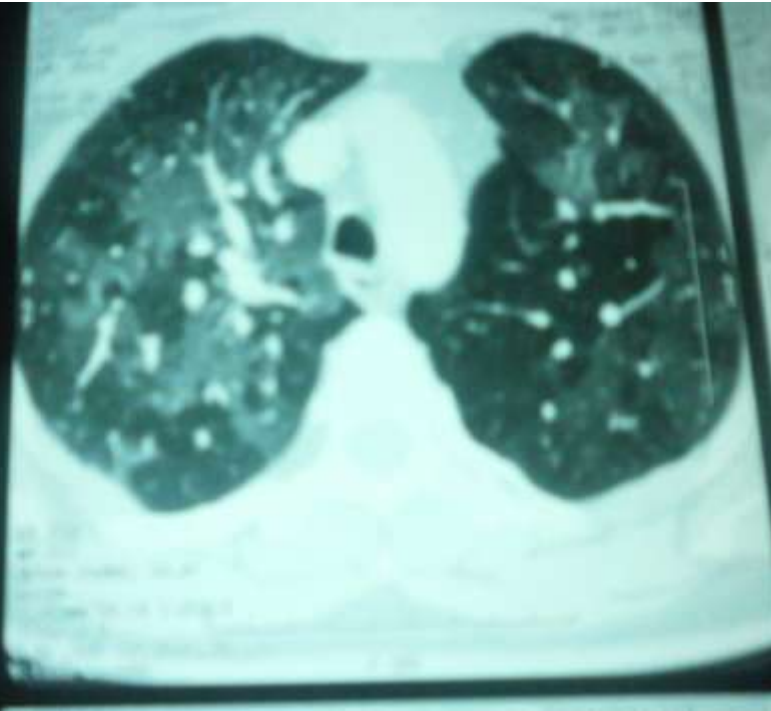
Scanner thoracique:

Dilatation du tronc de l'artère pulmonaire et de ses branches droite et gauche. Gros cœur droit.



Syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral et aspect de verre dépoli(surtout a adroite)

Perfusion en Mosaïque(surtout a gauche)



Echocardiaque:

HTAP

PAPS =60

CIA

Il s'agit d'une femme de 79 qui présente un CIA aux stade d'

HTAP AVEC syndrome d'Eisenmenger

Le syndrome d'Eisenmenger

- Ensemble de symptômes traduisant la présence d'une hypertension artérielle pulmonaire « fixée » venant compliquer l'évolution spontanée des cardiopathies congénitales comportant un shunt gauche-droit responsable d'une augmentation importante et prolongée du débit sanguin dans la circulation pulmonaire. (1)
- Les Altérations fixe tissulaires de la vascularisation artérielle pulmonaire évoluent a leur propres compte
- Possibilité de survenue d'un angor (ou de troubles du rythme cardiaque), essentiellement à l'effort, traduisant une ischémie myocardique secondaire à une insuffisance coronarienne fonctionnelle (2)

(1) Beghetti M J Am Coll Cardiol, 2009;53:733-740

(2) Pietra J Am Coll Cardiol, 2004;43(Suppl S):25S–32S

Scanner:

***Même s'il en est capable, n'a pas pour but de détailler l'anatomie de la CIA ;mais de rechercher les anomalies associée, veineuse pulmonaire ou systémique.(1)**

***Etude de l'HTAP(2)**

Dilatation artérielle pulmonaire: Tronc artériel .Niveau de coupe de sa bifurcation, perpendiculairement à son grand axe, latéralement à l'aorte ascendante. Un Rapport diamètre tronc pulmonaire / aorte ascendante supérieur à 1 .

Dilatation cardiaque droite: Rapport ventricule droit / gauche > 1/1, mesuré sur des coupes transversales

Signes artériels pulmonaires: Obstruction artérielle – défaut total / partiel d'opacification

Vascularisation systémique collatérale

Aspect en mosaïque: Il s'agit d'un aspect hétérogène du parenchyme pulmonaire ,en raison de zones présentant une surdensité diffuse respectant les bords broncho-vasculaires, dites en verre dépoli, séparées par des limites nettes d'autres zones de faible densité Il s'agit d'un aspect hétérogène du parenchyme pulmonaire ,en raison de zones présentant une surdensité diffuse respectant les bords broncho-vasculaires, dites en verre dépoli, séparées par des limites nettes d'autres zones de faible densité parenchymateuse .Les zones de faible densité sont des zones hypoperfusées.Les zones de surdensité sont des zones irriguées par un lit artériel pulmonaire perméable, avec, une redistribution du flux sanguin.Les artères pulmonaires sont plus proéminentes et larges dans les zones plus denses, et montrent un meilleur rehaussement parenchymateuse .Les zones de faible densité sont des zones hypoperfusées.Les zones de surdensité sont des zones irriguées par un lit artériel pulmonaire perméable, avec, une redistribution du flux sanguin.Les artères pulmonaires sont plus proéminentes et larges dans les zones plus denses, et montrent un meilleur rehaussement

(1)Damien Mandry - CV 14 – JFR 2006

(2) Samer ABI KHALIL Centre hospitalier universitaire d'ANGERS