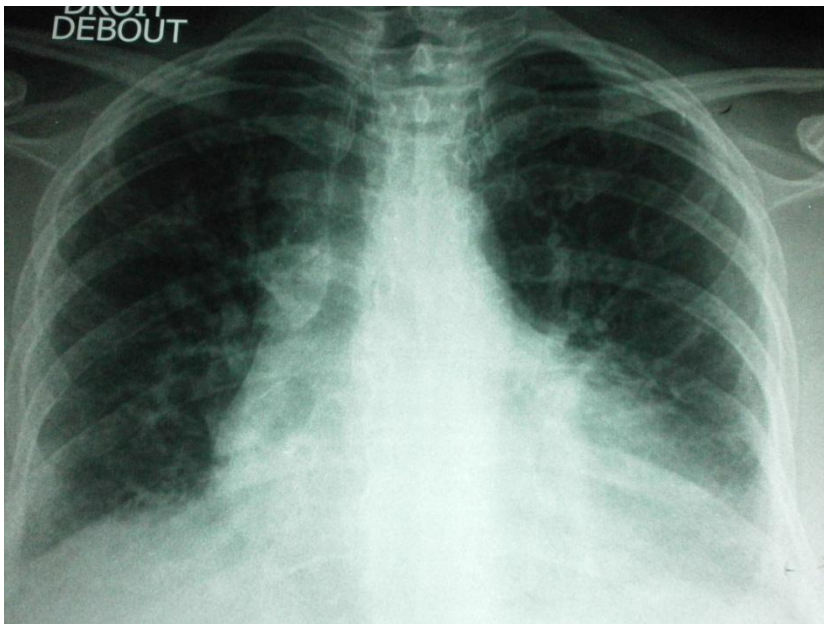
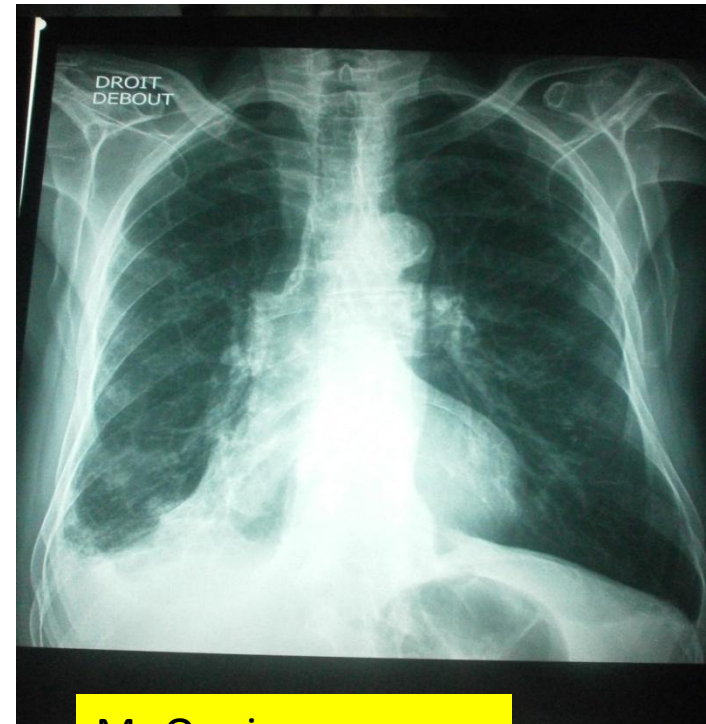


Mr Hammadi et Mr Ouni tout les deux Sont des BPCO .Ils m'ont consultée pour « Exacerbation ».Les radio sont superposables. L'Echoraphie(Sonde abdo) fera la différence

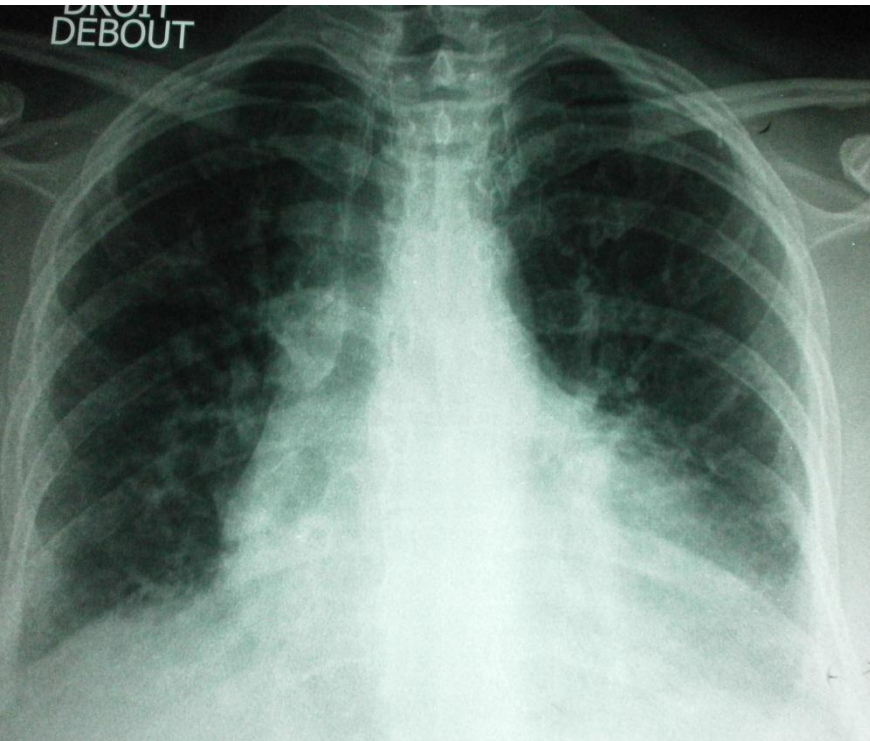


Mr Hammadi



Mr Ouni

Mr Hammadi M...75 ans m'a consultée le 12/12/11 pour dyspnée progressive depuis 45 jours. .. DOULEUR THORACIQUE Gauche...Malaise

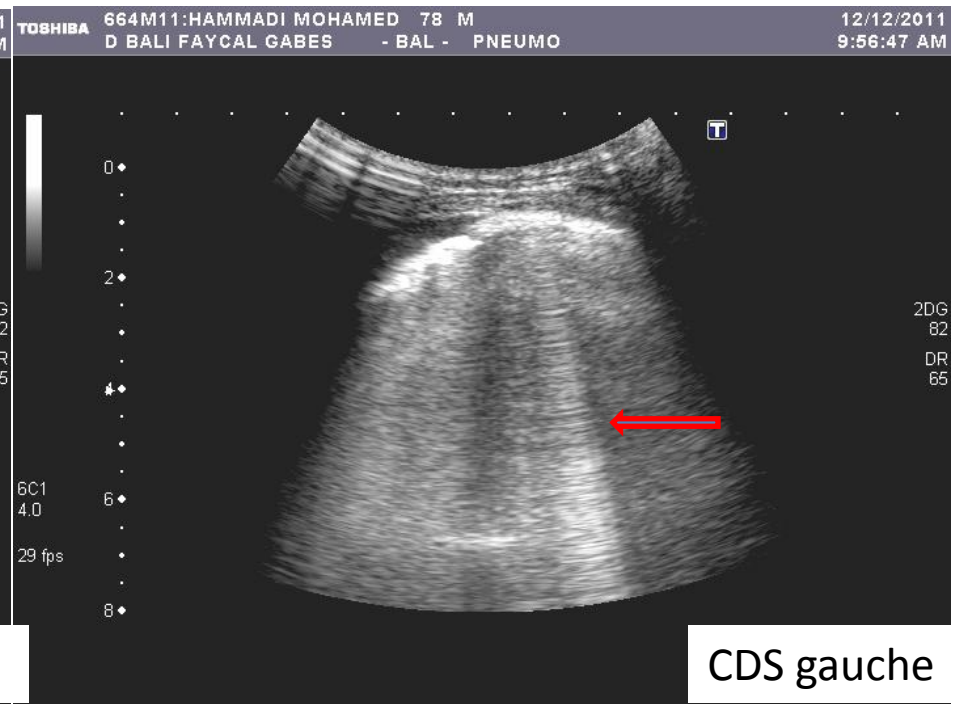
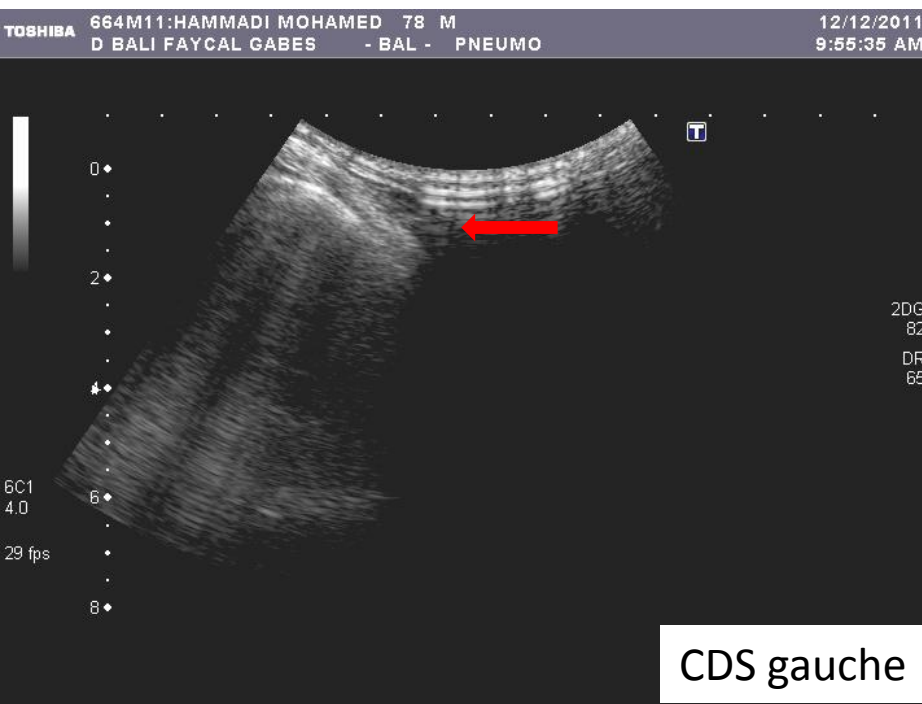


Mr Hammadi

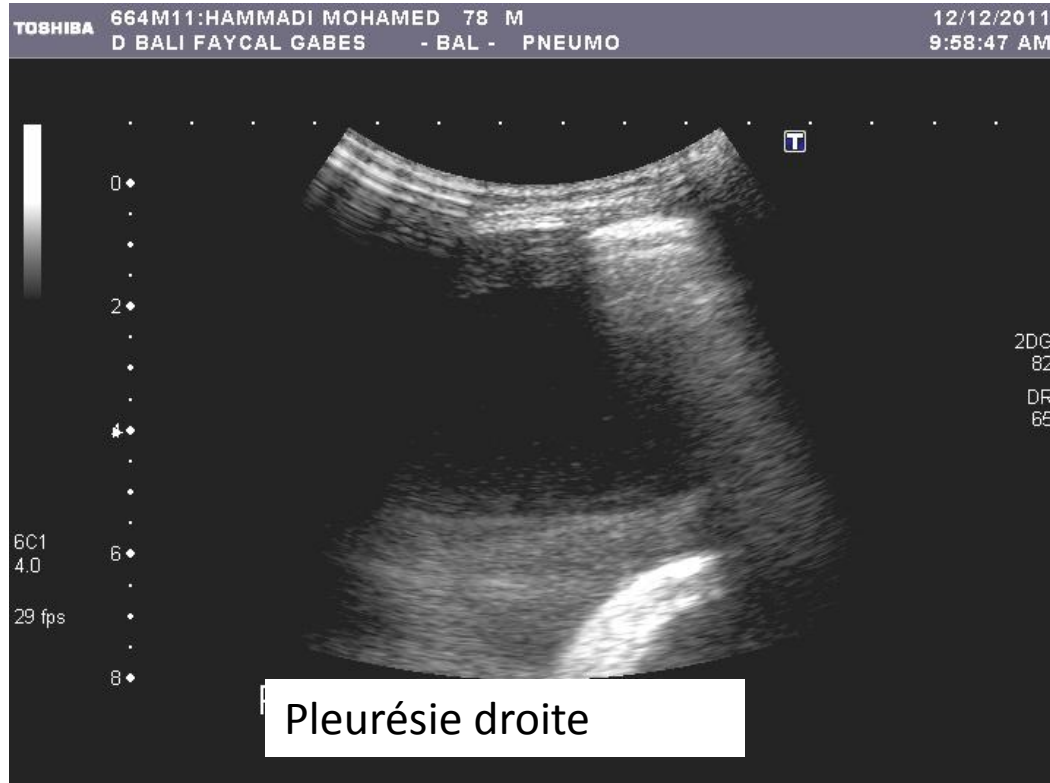
- **ANTECEDENTS ET TARES** :tabac 40pa.Tousseur chronique.
- **EXAMEN PHYSIQUE** :
- Tachypneique.TA: 12/8 RC : 131 /min .Sat: 97 %.
- QQ ronchus et sibilances
-
- **E.C.G** :
- HBAG-Q V1-V2-Absence de croissance de r v1-v2-
- **EXAMENS BIOLOGIQUES** :
-
- DEXTRO: 97 mg/l
- NFS: GB = 10800 10 3/mm³- HB= 12,60 gr/l - PLAQUETTES =211 103/mm³
- CREATININE:9,30
- IONO: NA: 139 K: 4,5 CL:102
- **TROPONINE:0,16**
- **PEPTIDE NATIURETIQUE DE TYPE B:24867**
-

ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

Le cul de sac costeau diaphragmatique gauche est le siège d'une **pleurésie**. L'interface contient pleuroaérique de minime interruptions par endroit une disposition verticale et inépuisable (**Rin Downin.Ligne B**).=SYNDROME INTETIELLE.



Il existe A DROITE une pleurésie de moyenne abondance avec surface pulmonaire repoussée(Ponction échoguidée 300cc)



- **PONCTION PLEURALE :**

-
- ASPECT:Liquide clair après centrifugation
- PROTIDE:9gr/l
- RIVALTA:négatif
- HEMATIE:400
- LEUCOCYTE:91
- Neutrophiles:10
- LYMPHO(%):90
- Absence de cellulesnéoplasique

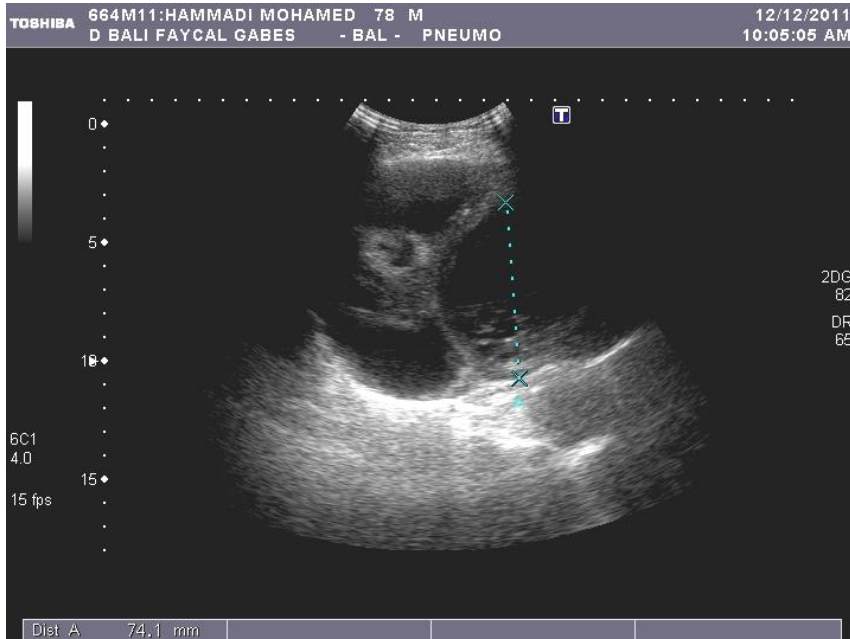
LE QUADRILLAGE SOUS DIAPHRAGMATIQUE :

VEINE CAVE INFEREIUR. Dilatée(18mm),immobile et incompressible
VEINE SUSHEPATIQUES. Dilatée(Diametre =9 mm a 3 cm de la VCI);
Présence d' ascite.



L'ECHOCARDIO MONTRE : COUPE PARASTERNALE GAUCHE GRAND AXE:

VG :Dilatée ET De Contractilité altéré (DTD=.74mm-DTS=. 63mm)-
Fraction de Raccourcissement du VG(13%)-



Conclusion :OEDEME PUMONAIRE

VG DILATEE FONCTION SYSTOLIQUE ALTEREE

COMPOSANTE CARDIAQUE DROITE

CONCLUSION

- INSUFUSANCE CARDIAQUE GLOBALE SUR
CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE CHEZ UN BPCO

Mr OUNI M ..73 Ans m'a consultée le 13/12/2011 pour encombrement bronchique:

Depuis 1 ans . toux grasse majoration depuis 3 semaines ..

TOUX LE REVEILLANTS ;...DYSPHONIE DYSPHAGIE ANOREXIE DOULEUR THORACIQUE



- **ANTECEDENTS ET TARES :**

- CARDIAQUE 4 MOIS(LASILIX;TANAKAN)
- PROSTAECTOMIE + cure d'HERNIE IL YA 6 ANS
- Tabac 50 pa

- **EXAMEN PHYSIQUE :**

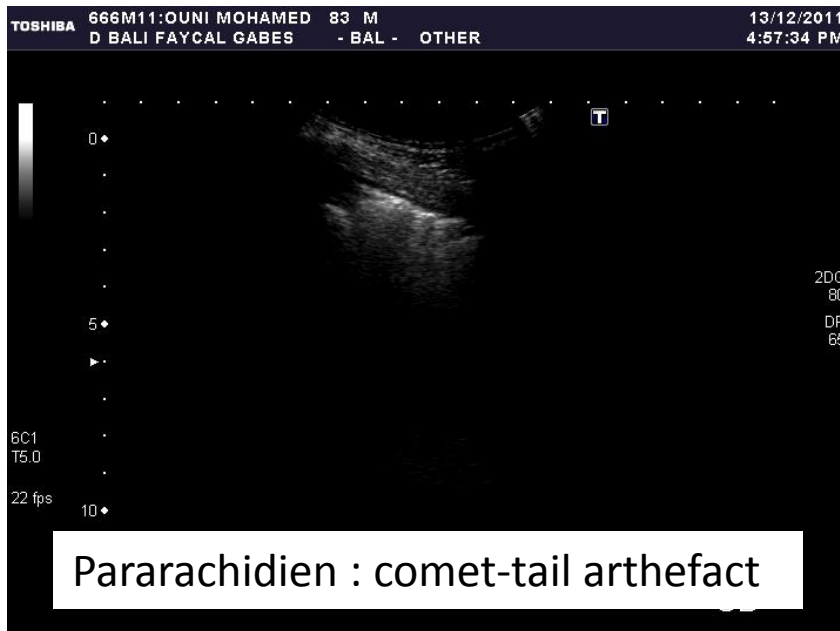
- TA: 15/8 RC : 80 /min .Sat: 95
%.MV DIMINUEE a droite

- **EXAMENS BIOLOGIQUES :**

- NFS: **GB = 19800 10 3/mm³** HB= 10,40 gr/l - PLAQUETTES =278 103/mm³
- **VS : 1ér H: 93; 2ére H:141**
- CREATININE:11,04mg/l .NA: 137; K 4,3
- **CRACHAT** :Absence de bacilles acido alcool resistant
- :

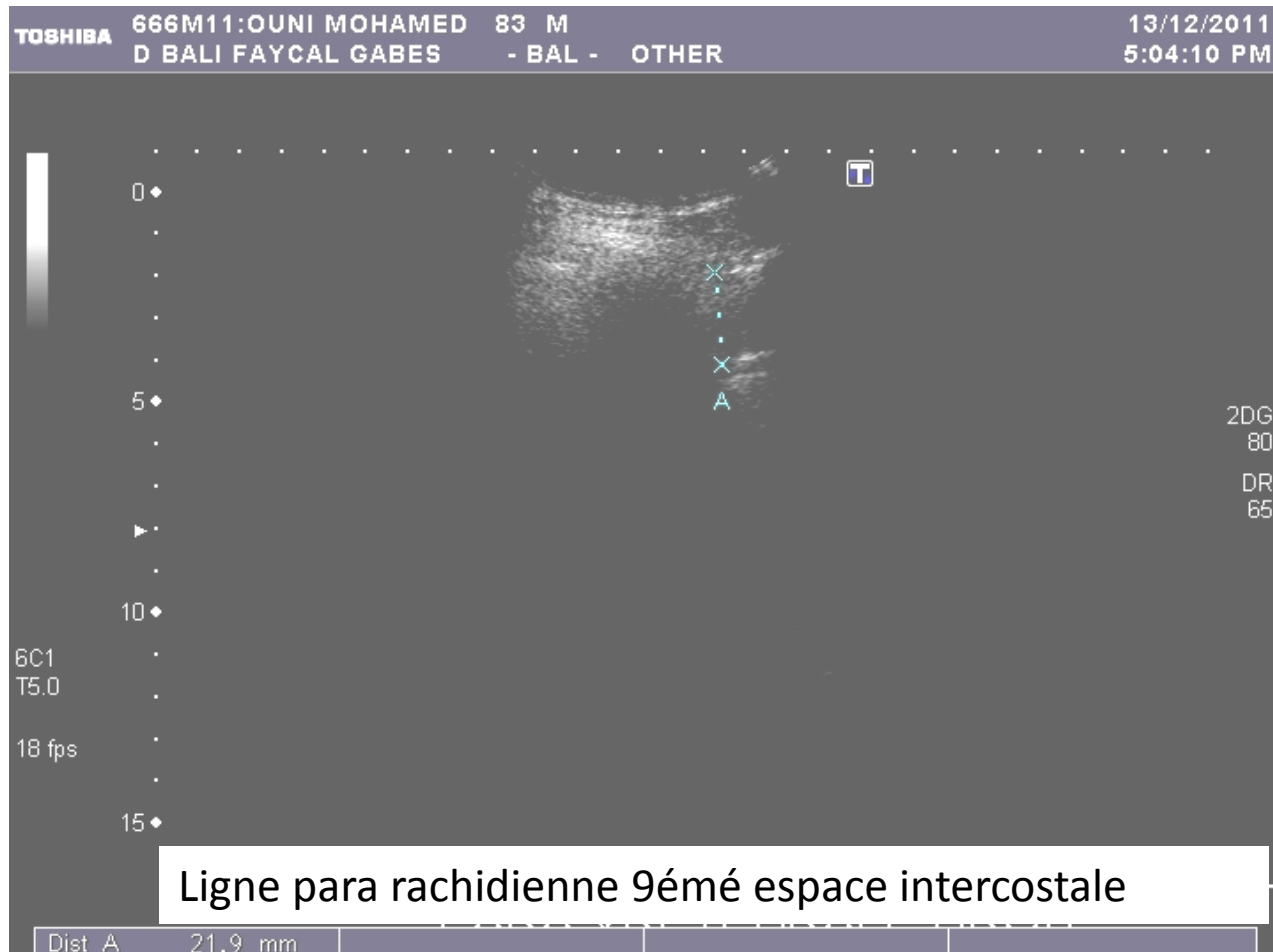
Ultrasonographie thoracique droite

En pararachidien le cul de sac libre .Interface pleuroaérique soulignée par des comet-tail arthefact. En axillaire Il existe un syndrome alvéolaire (Broncho gramme hydrique et aerien;Trop belle image postérieur effacement de la ligne pleuroaerique)



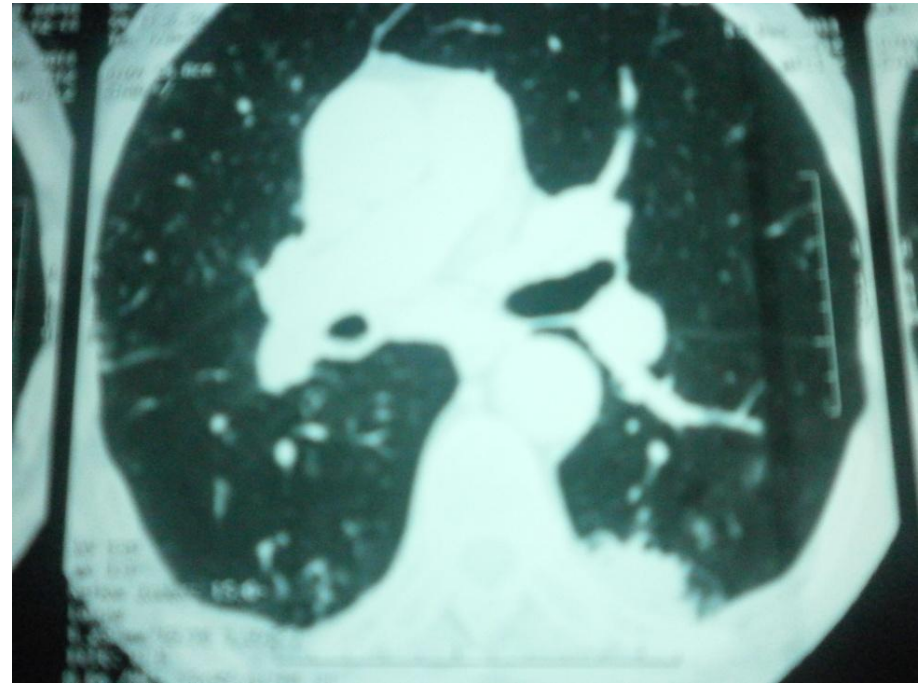
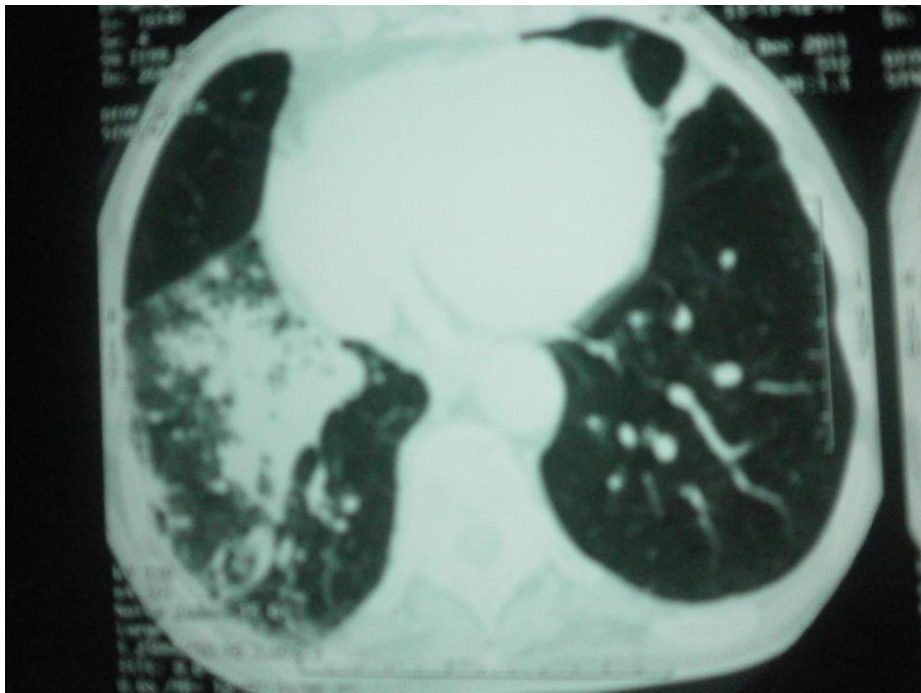
Ultrasonographie thoracique gauche

Elargissement de l'EICA aux niveaux de la ligne pararachidienne aux 9^{ème} espace intercostale évoquant « une masse » sous pleurale



Scanner thoracique :

- _ Emphysème centro-lobilaire bilatéral.
- _ Multiples infiltras bilatéraux dont le plus important siège au niveau du lobe inférieur droit avec aspect systématisé +/- rétractile.
- _ Nodule sous-pleural du lobe inférieur gauche(segment apical).



Conclusion

- Pneumopathie bactérienne BILATERALE chez un BPCO(Cardiopathie stable)

L'échographies thoracique :

Examen rapides, précis et réalisable en préhospitalier

La présence de les lignes verticales (lignes B;et Rin Dowin) est retrouvéé dans l'œdème pulmonaire contrairement et non chez les patients atteints de maladies obstructives ou embolie pulmonaire

ETUDE (<http://ccforum.com/content/15/2/R114>)

L'échographie (combiné aux dosage de NT-proBNP) a une sensibilité de 100%, une spécificité de 100%, 100% de la VAN et VPP de 100% pour différencier l'insuffisance cardiaque comme cause de dyspnée aiguë par rapport à d'autre causes pulmonaires en milieu préhospitalier

A lung ultrasound sign allowing bedside distinction between pulmonary edema and COPD: the comet-tail artifact.

Lichtenstein D, Mezière G. Intensive Care Med. 1998 Dec;24(12):1331-4.

- **OBJECTIVE:**

- Acute cardiogenic pulmonary edema and exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) can have a similar clinical presentation, and X-ray examination does not always solve the problem of differential diagnosis. The potential of lung ultrasound to distinguish these two disorders was assessed.

- **PATIENTS:**

- We investigated 66 consecutive dyspneic patients: 40 with pulmonary edema and 26 with COPD. In addition, 80 patients without clinical and radiologic respiratory disorders were studied.

- **MEASUREMENTS:**

- The sign studied was the comet-tail artifact arising from the lung wall interface, multiple and bilaterally disseminated to the anterolateral chest wall.

- **RESULTS:**

- The feasibility was 100%. The length of the examination was always under 1 min. The described pattern was present in all 40 patients with pulmonary edema. It was absent in 24 of 26 cases of COPD as well as in 79 of 80 patients without respiratory disorders. The sign studied had a sensitivity of 100% and a specificity of 92% in the diagnosis of pulmonary edema when compared with COPD.

- **CONCLUSIONS:**

- With a described pattern present in 100% of the cases of pulmonary edema and absent in 92% of the cases of COPD and in 98.75% of the normal lungs, ultrasound detection of the comet-tail artifact arising from the lung-wall interface may help distinguish pulmonary edema from COPD