



Dyspnée et échocardiographie

Villefranche s/ Saône, 25 février 2015

19h56 : inscription de Mr A.L., 85 ans
pour dyspnée d'effort depuis quelques jours, altération de
l'état général.

Cet après-midi malaise avec perte de connaissance brève.

ATCD : hernie hiatale, dyslipidémie, HTA, ACFA permanente
sous Aspirine, AVK suspendus depuis 2012 à cause d'un
surdosage compliqué de rectorragies

Ttt habituel : KARDEGIC, TENORMINE, ALDACTONE, LASILIX,
ATORVASTATINE, DIFFU-K, INEXIUM

20h03 données IOA :

TA 102/96, FC 94, SpO2 91% en air ambiant, t 36.1 °C,
GCS 15, pas de plaintes particulières

21h12 Contact médical :

TA 104/71 symétrique

Cœur irrégulier, souffle,

Pas de souffle abdo ni masse battante, pouls sym

Neuro, Abdo RAS

Fast écho : Ao ascendante 50 mm, péricarde sec, VCI 20 mm

rythme ventriculaire 82 bpm
 it PR **** ms
 ir QRS 94 ms
 it QT/QTc 374/ 412 ms
 ce P/QRS/T ****/ 15/ 118 °
 ap1 RV5/SV1 1,725/ 0,730 mV
 ap1 RV5+SV1 2,455 mV

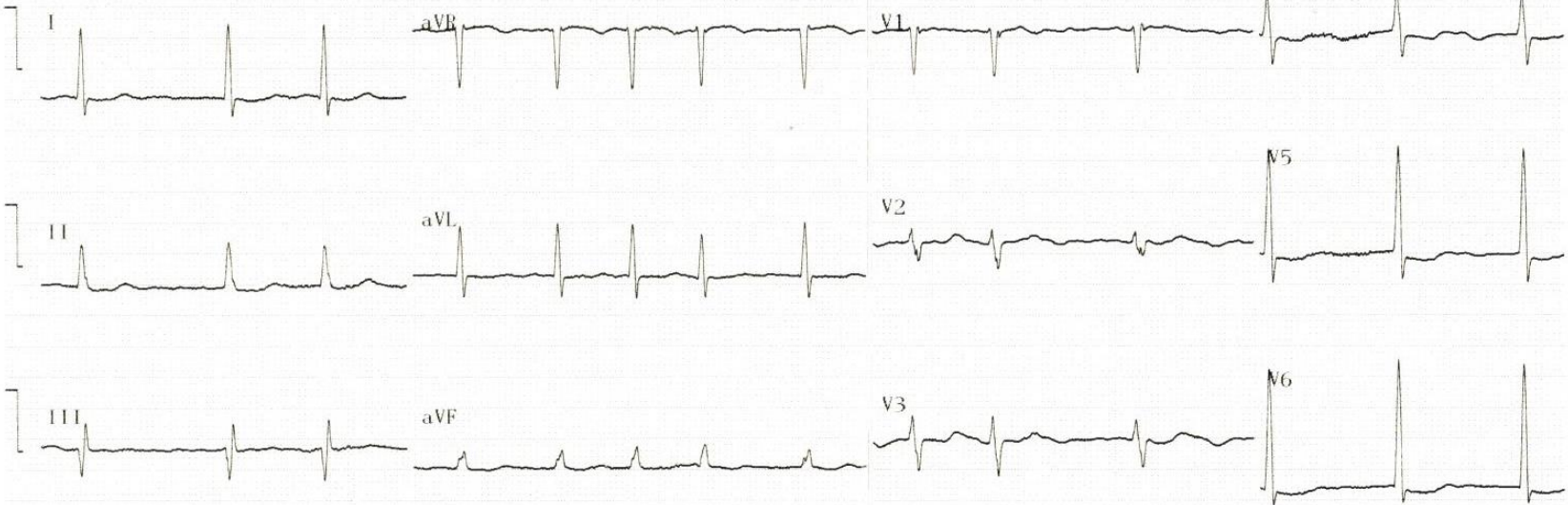
IPP: 0000056192 M 85 ans
 31/07/1928
 113082883

Rapport non confirme
 Revu par:

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 100 Hz 10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV



Rythme[11] 10 mm/mV

Q 1 : Ce tracé montre des signes de

rythme ventriculaire 82 bpm
 interval PR **** ms
 interval QRS 94 ms
 interval QT/QTc 374/ 412 ms
 interval P/QRST 15/ 118 °
 amplitude p1 RV5/SV1 1,725/ 0,730 mV
 amplitude p1 RV5+SV1 2,455 mV

IPP: 0000056192 M 85 ans
 31/07/1928
 113082883

Rapport non confirmé
 Revu par:

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 100 Hz 10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV

2 - FA

3 - Dissection d'aorte

4 - EP (SI QIII)

5 - Imprégnation digitalique

Rythme[11] 10 mm/mV

1 - Ionogramme sanguin : Na, K, glycémie, créatinine, clairance

2 - NGP

3 - Troponine US

4 - proBNP

5 - D-dimères

22h25. Appel à l'aide d'une aide-soignante qui aidait Mr A.L. à s'asseoir pour uriner au bord du brancard : perte de contact, yeux révulsés, transpiration abondante.

TA contrôlée 80/50, récupération de l'état de conscience en moins de 3 min.

ECG inchangé

Décision de surveillance scopée en SAUV.

Créatinine 154 $\mu\text{mol/l}$, Clairance 40 ml/min

Troponine 0.053 $\mu\text{g/l}$ (4.4 x seuil)

ProBNP 2040

Hb 143 g

CRP 35 mg/l

ASAT 106 UI/l, ALAT 70 UI/l, LDH 959 UI/l,
gGT 235 UI/l, Bil NC 44 $\mu\text{mol/l}$

Acide lactique 4.98 mmol/l

1 – Echographie par un cardiologue

2 – Scanner cérébral

3 – Angioscanner thoracique

4 – Echographie abdominale

5 – Deuxième dosage de troponine

22h56 : Pas d'embolie pulmonaire, pas de dissection d'aorte, doute sur un thrombus cavitaire de l'OD

TA 104/71, patient juste nauséux
Transfert en Soins Continus sur site pour surveillance.

08h00 : Le lendemain 08h00 : nouveau malaise avec collapsus tensionnel, alors que le patient est placé au bord du lit pour uriner.

Troponine 0.230 $\mu\text{g/l}$ (20 x seuil)

proBNP > 35 000 ng/l

Clairance 31 ml/min

CRP 49.7 mg/l

1 - Trouble rythme

2 - Epilepsie

3 - Dissection carotidienne

4 - RA serré

5 - SCA

6 - Toutes sont possibles

Vous sollicitez une échographie par le cardiologue



Q 5. Incidence 4 cavités :

1 - Position de sonde apicale

2 - Les cavités gauches sont à gauche et les cavités droites sont à droite

3 - Permet d'apprécier la FEVG

4 - Permet d'apprécier une HTAP

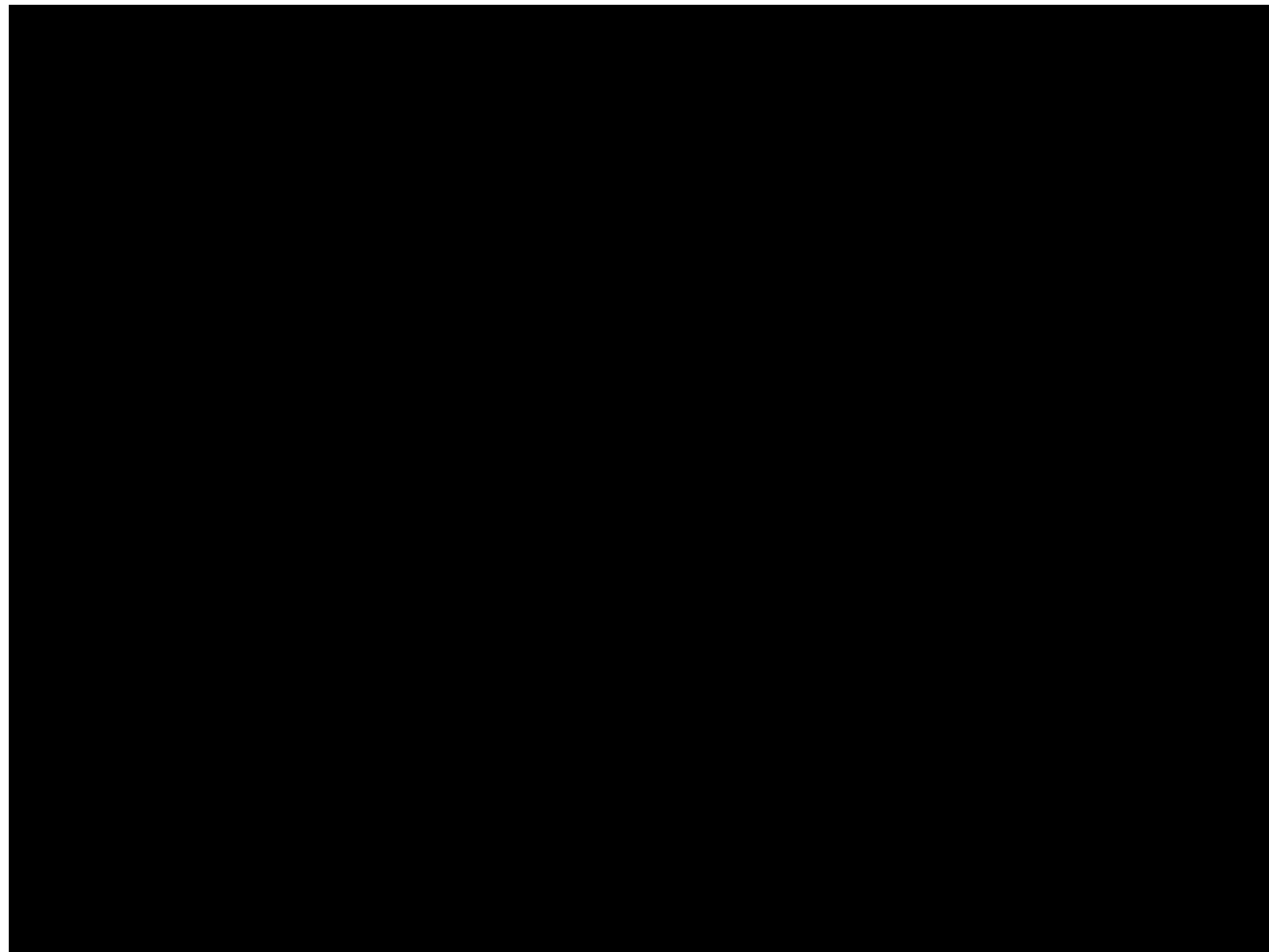
5 - Cette coupe semble normale

Vous sollicitez une échographie par le cardiologue

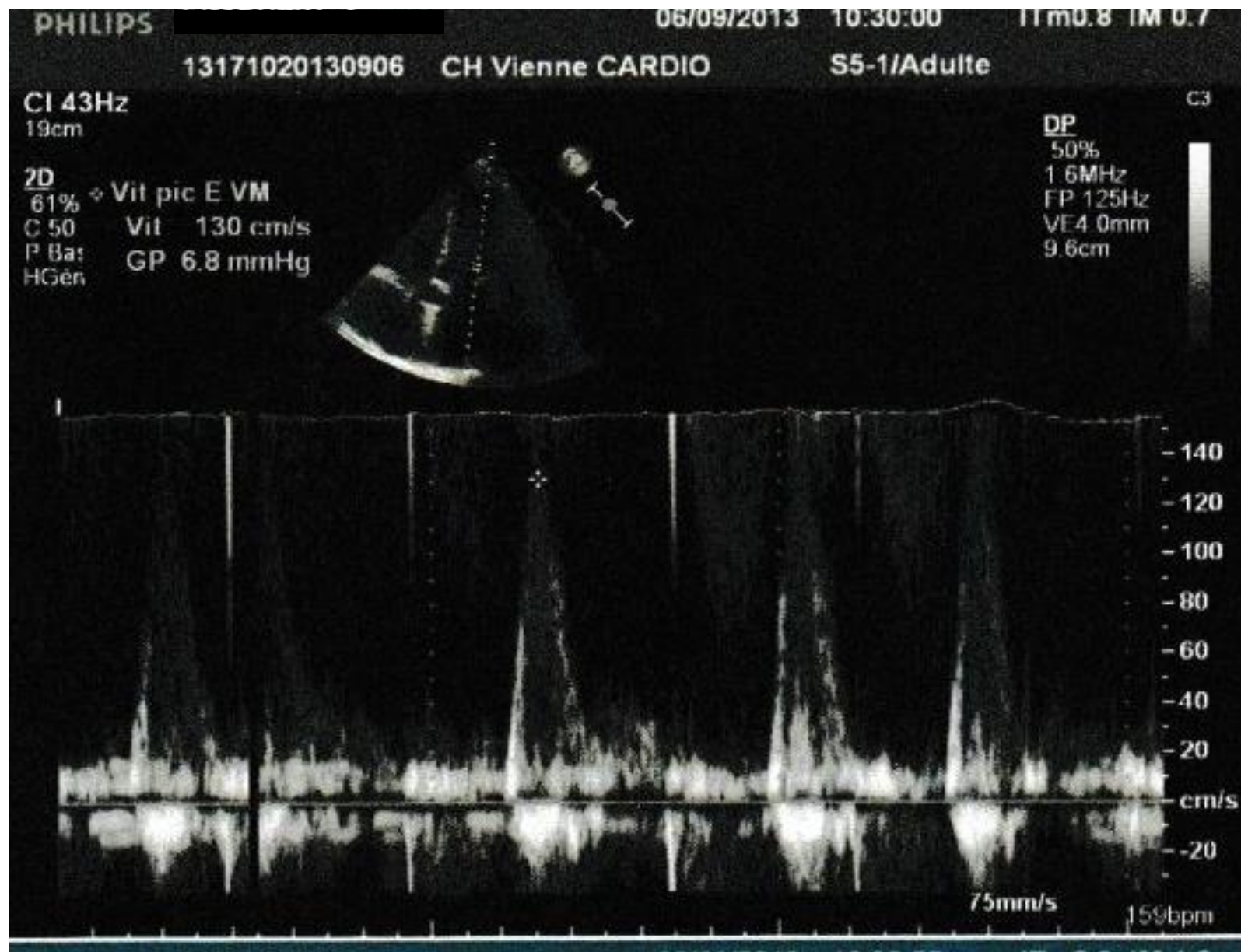




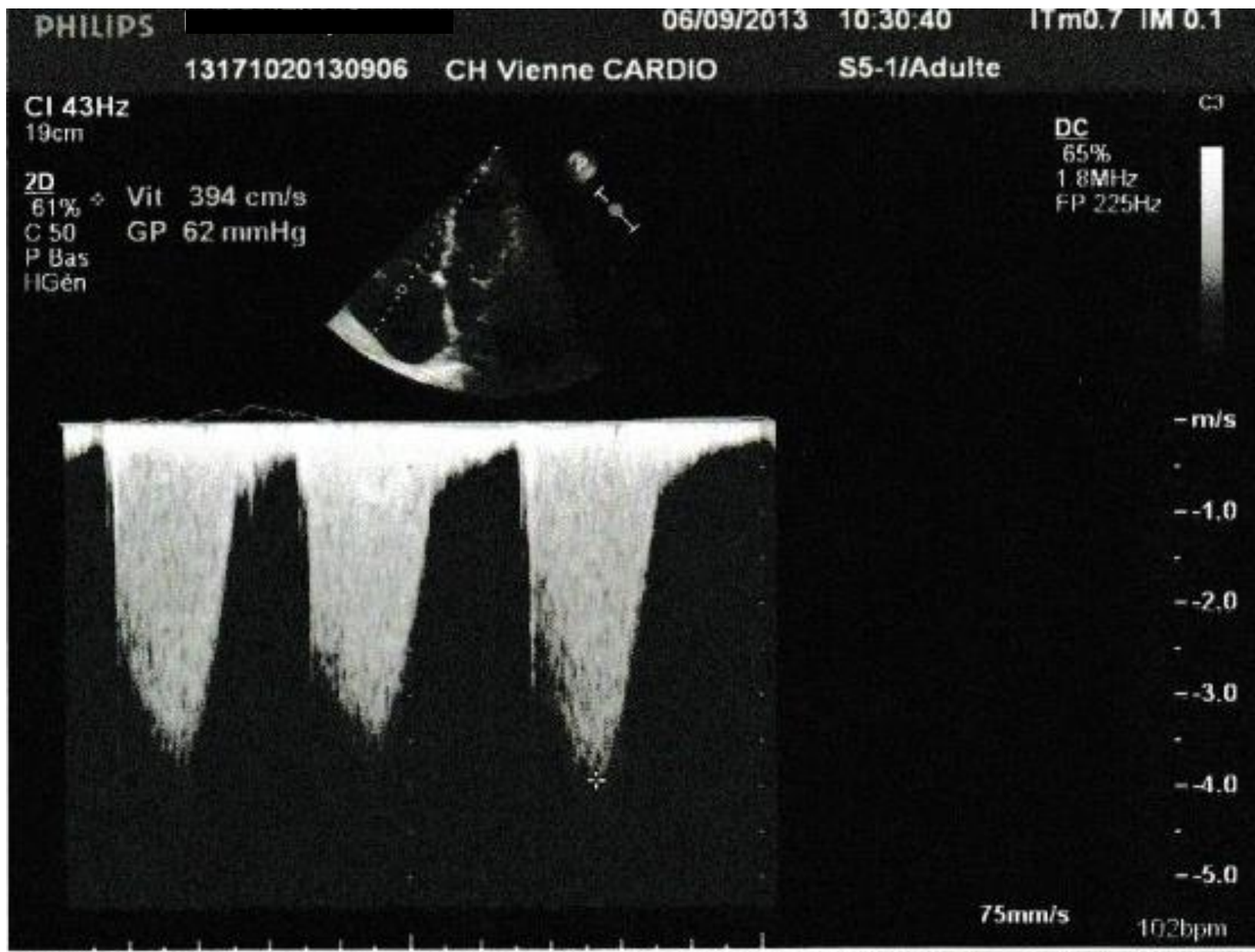
Vous sollicitez une échographie par le cardiologue



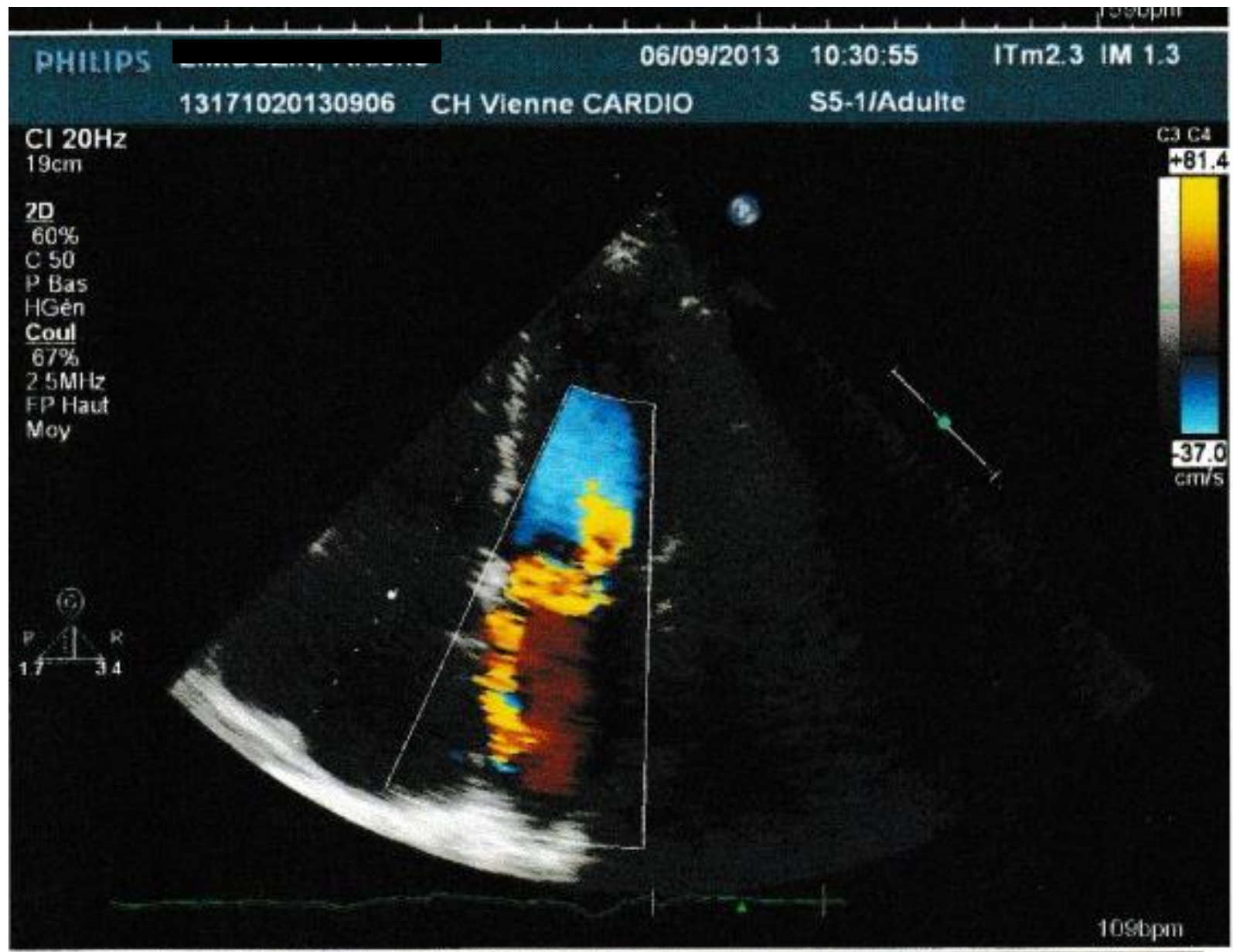
Vous sollicitez une échographie par le cardiologue



Vous sollicitez une échographie par le cardiologue



Vous sollicitez une échographie par le cardiologue



- 1 - Le flux sanguin est rouge lorsqu'il s'approche du capteur, bleu lorsqu'il s'en éloigne.
- 2 - Permet la détection des shunts
- 3 - Permet la détection des fuites valvulaires
- 4 - En cas d'IM, le flux se dirige en bas vers le fond de l'OG
- 5 - Mr A.L. présente une IM massive

Vous sollicitez une échographie par le cardiologue



Compte-rendu :

Suspicion thrombus OD.

Fonction systolique VG conservée avec FEVG visuelle à 55-60%. Septum paradoxal

IM importante (SOR à 0.8cm², rayon à 11 mm) excentrée vers le SIA en rapport avec une probable rupture de cordage et prolapsus du feuillet postérieur. OG non dilatée++++.

Pas de valvulopathie aortique significative.

Dilatation des cavités droites avec VD hypokinétique. IT moyenne avec HTAP. gradient sur IT à 55-60mmHg. PAPS à 70-75 mmHg.

Présence d'une image échogène, immobile, au niveau de l'abouchement de la VCI, de 14 mm de grand axe au maximum (Peu comptable avec le Dc de Thrombus).

VCI légèrement dilatée, non compliant

Conclusion :

.IM importante qui semble aigue, par rupture d'un cordage sur terrain d'HTAP chronique .

Image au niveau de l'OD , peu évocatrice d'un thrombus.

Interprété le

06/09/2013

Plastie mitrale + annuloplastie SJM Taylor N°31

Suites opératoires favorables,

FEVG préservé,

Reprise AVK, INR cible 2-3