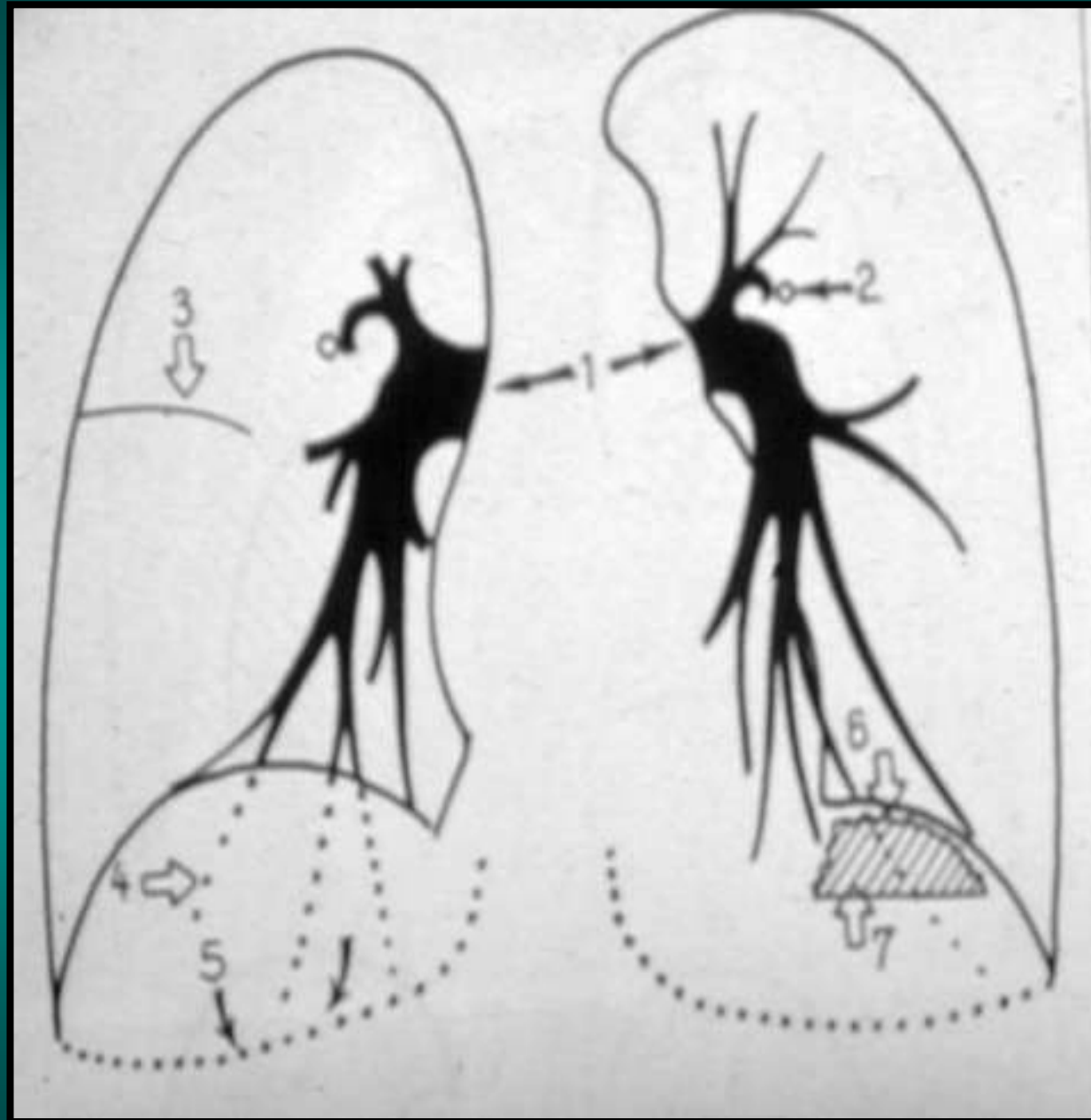
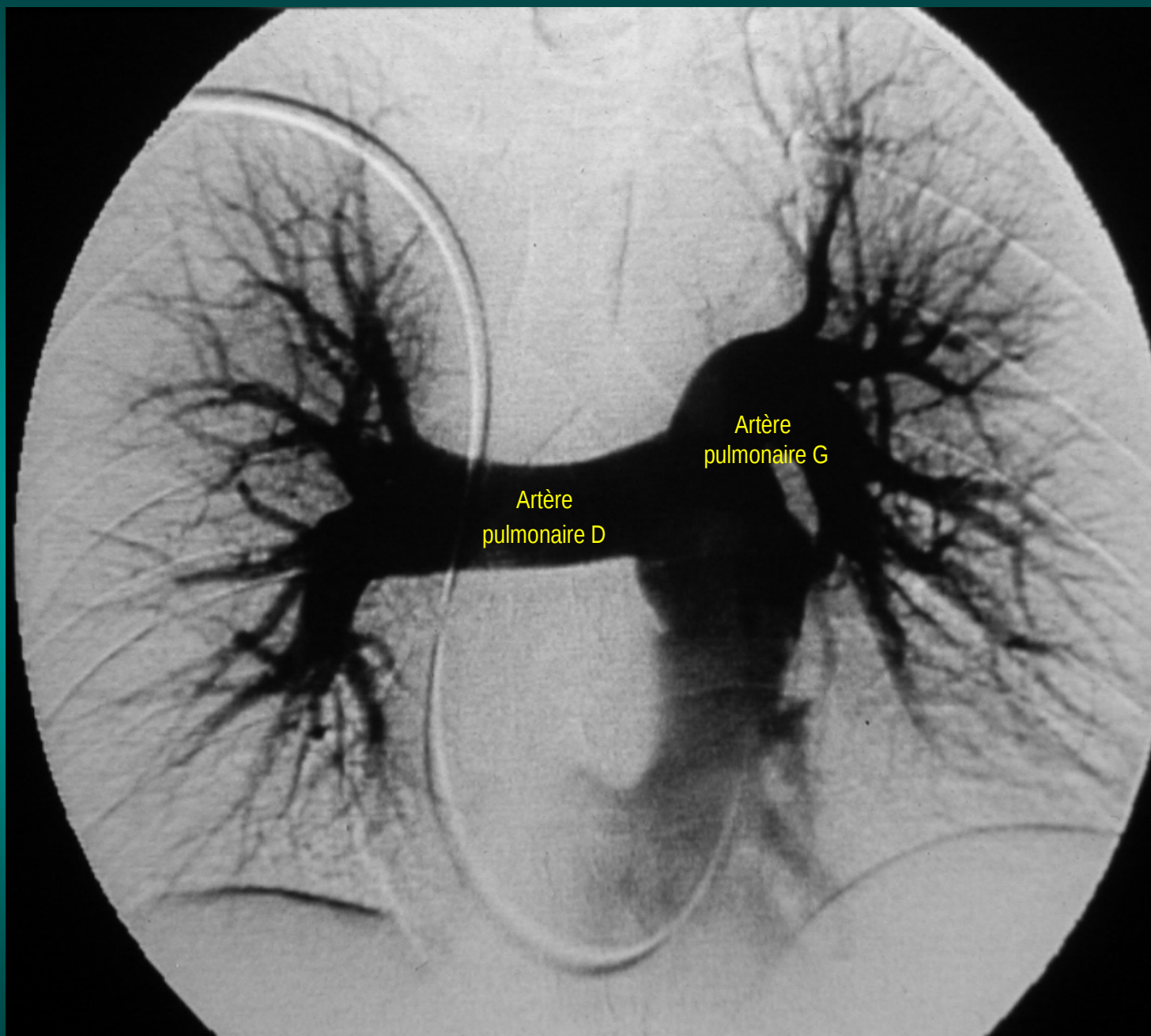
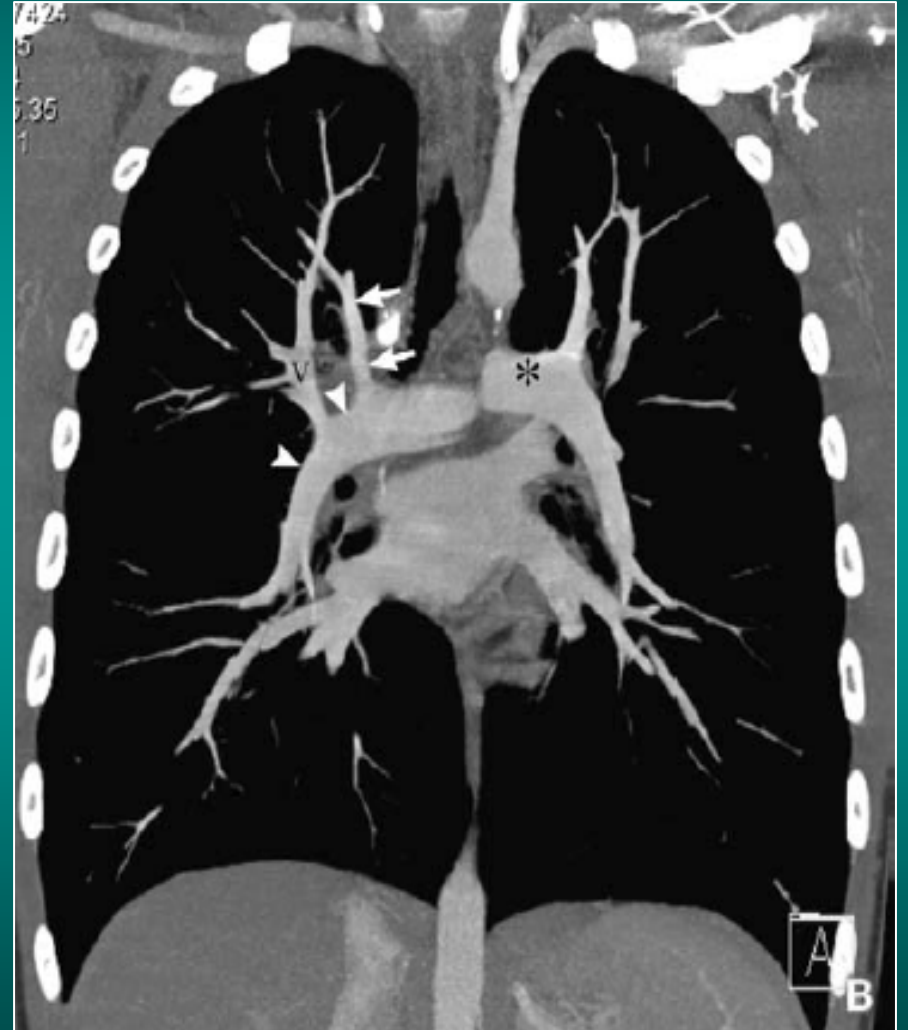


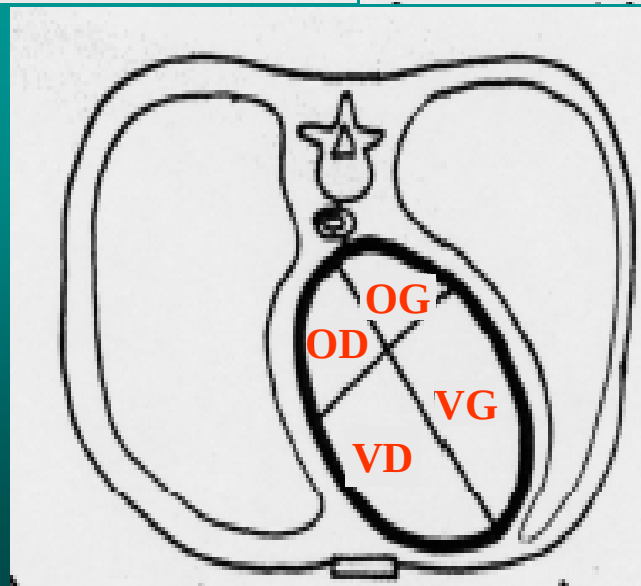
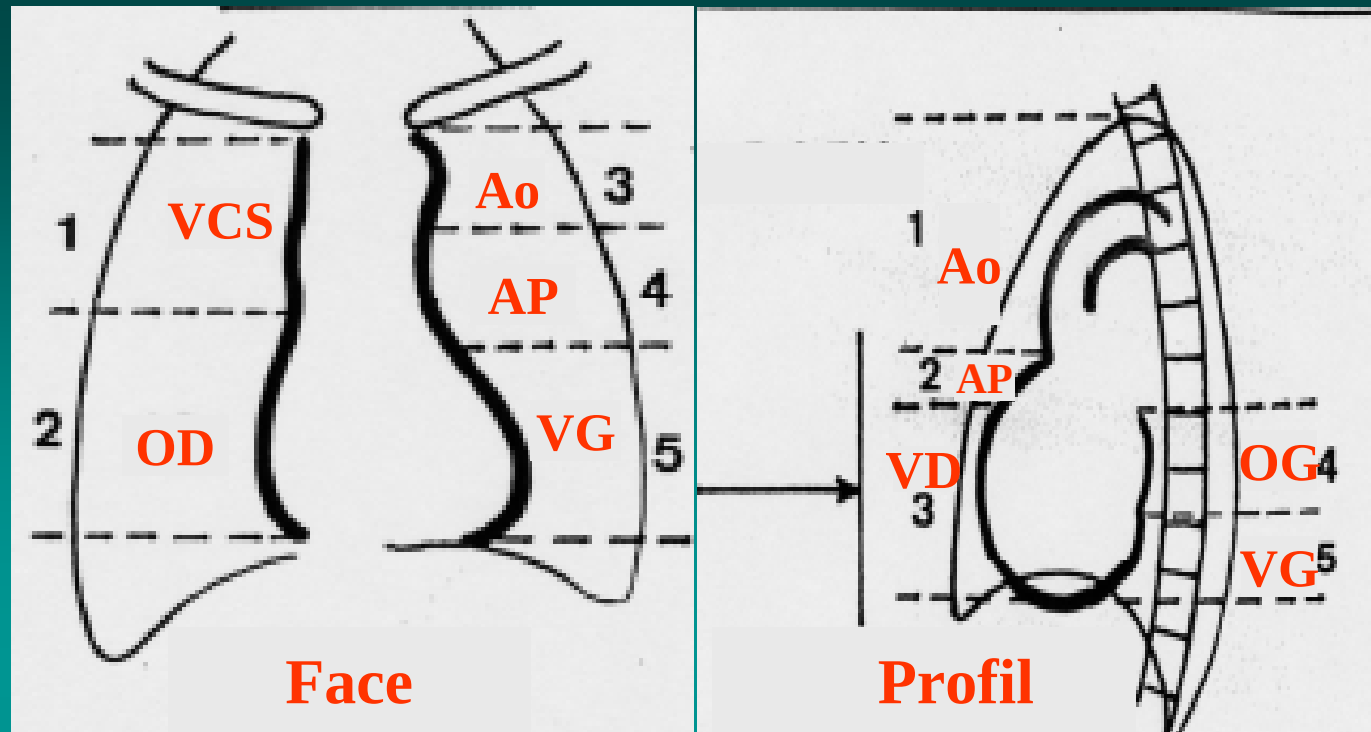
**SYNDROME
CARDIO-VASCULAIRE**

W 256
L 138

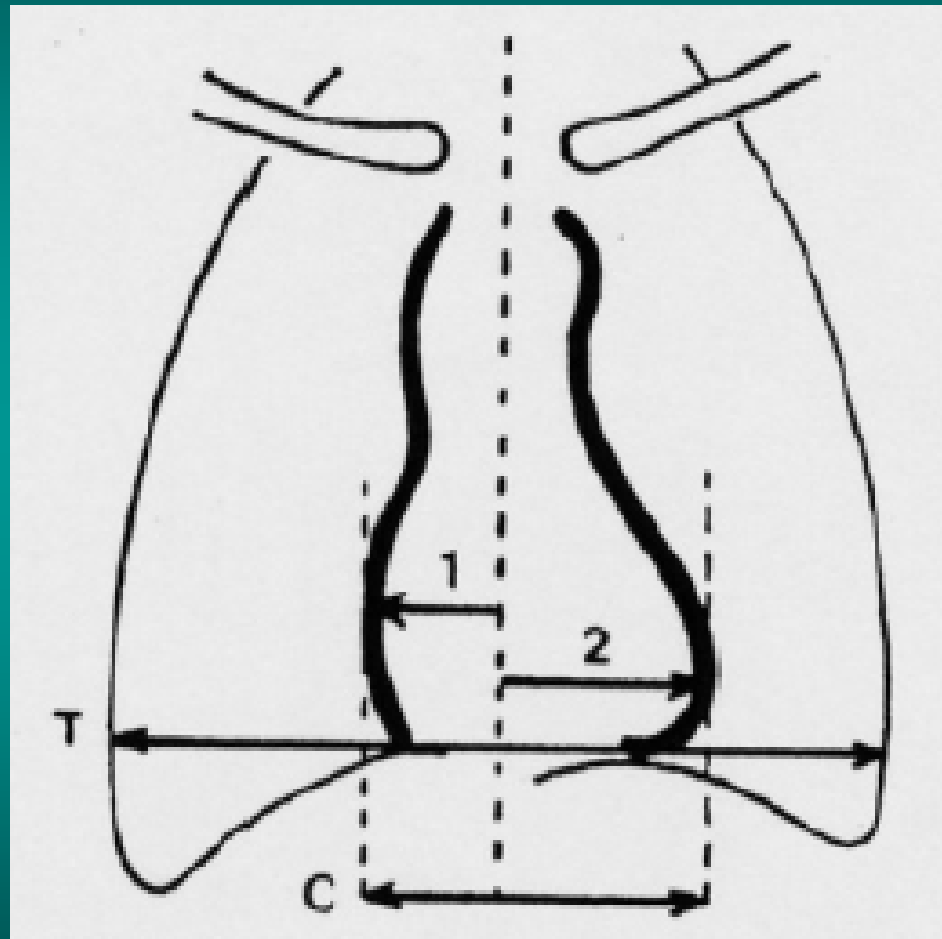




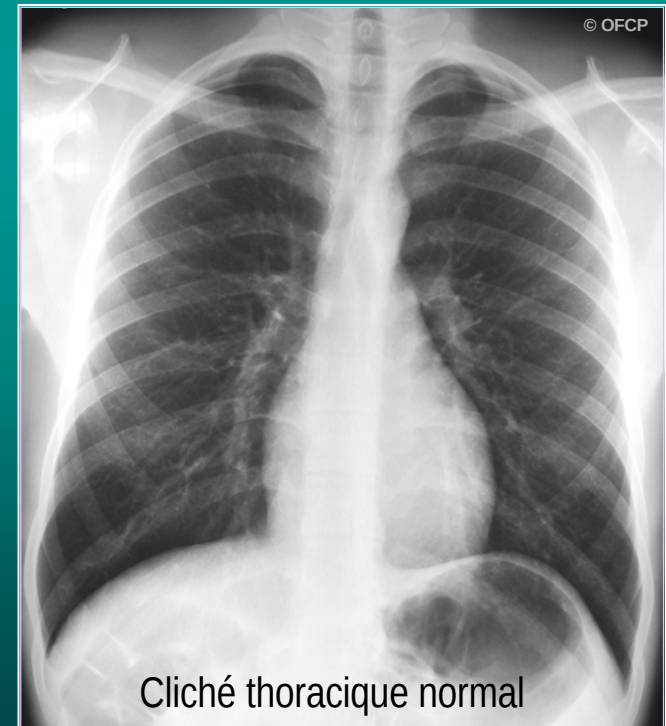
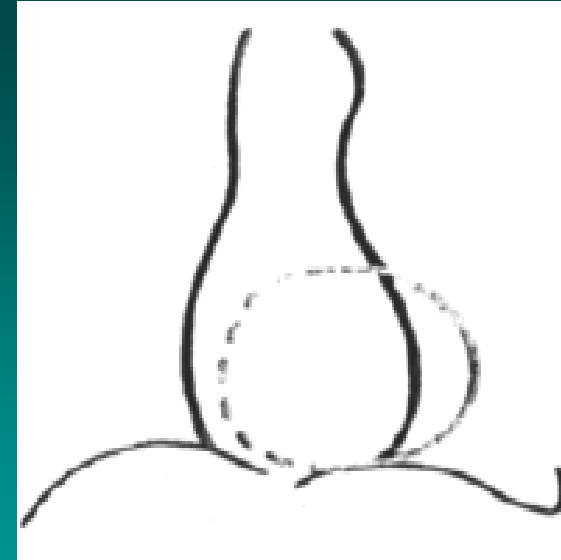
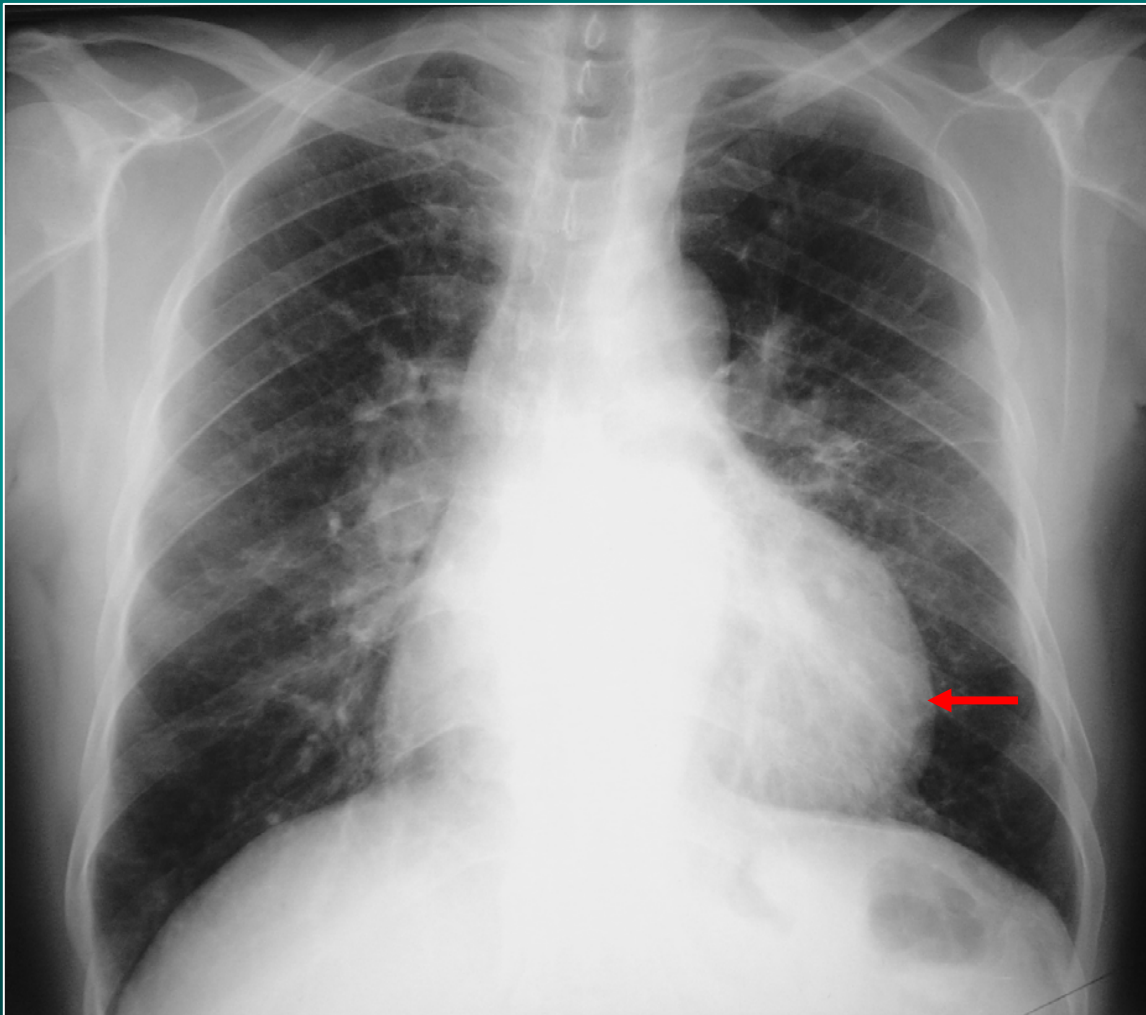




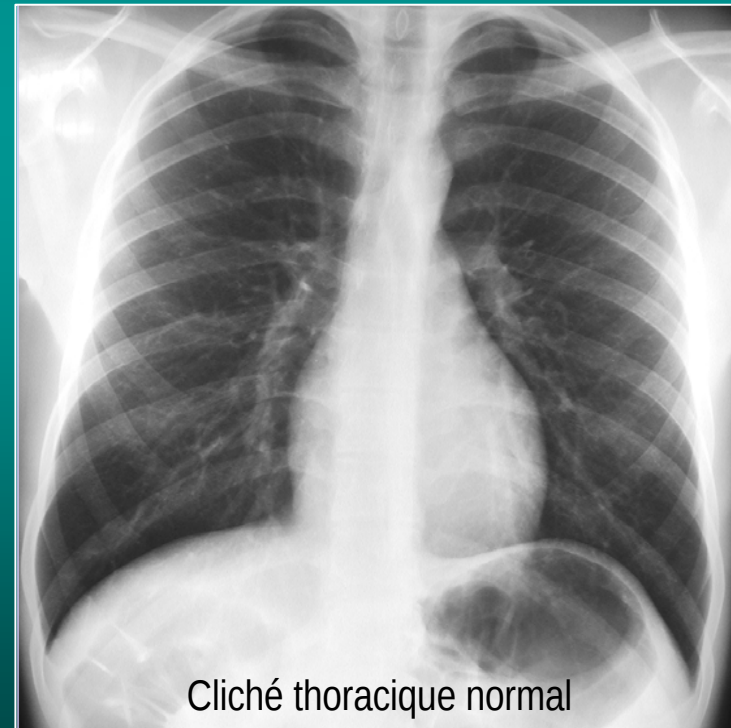
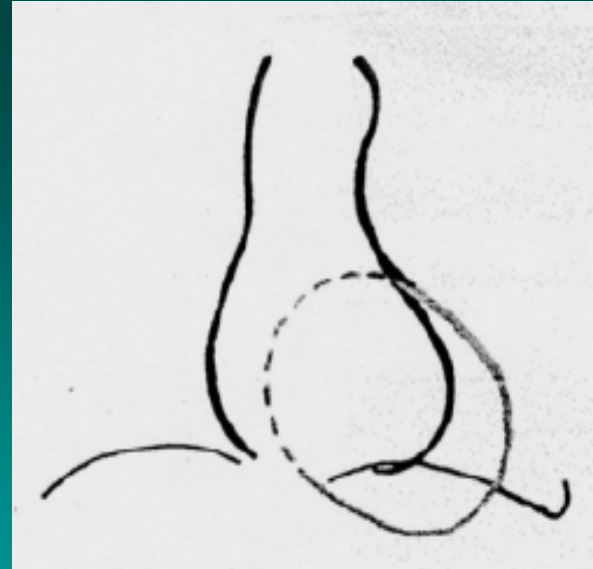
Estimation du volume cardiaque : mesure de
l'index cardio-thoracique : **C/T**

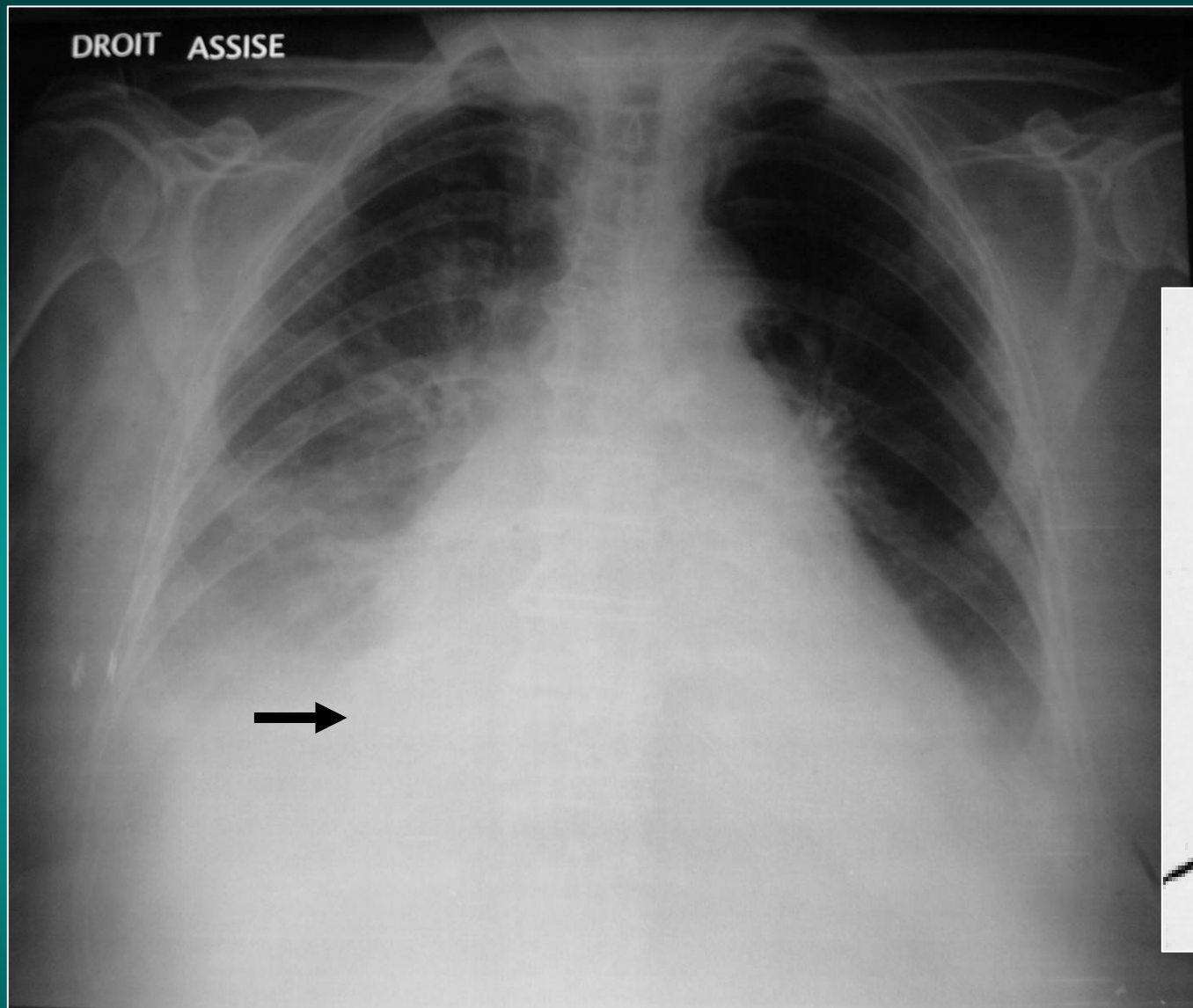


Hypertrophie du ventricule droit



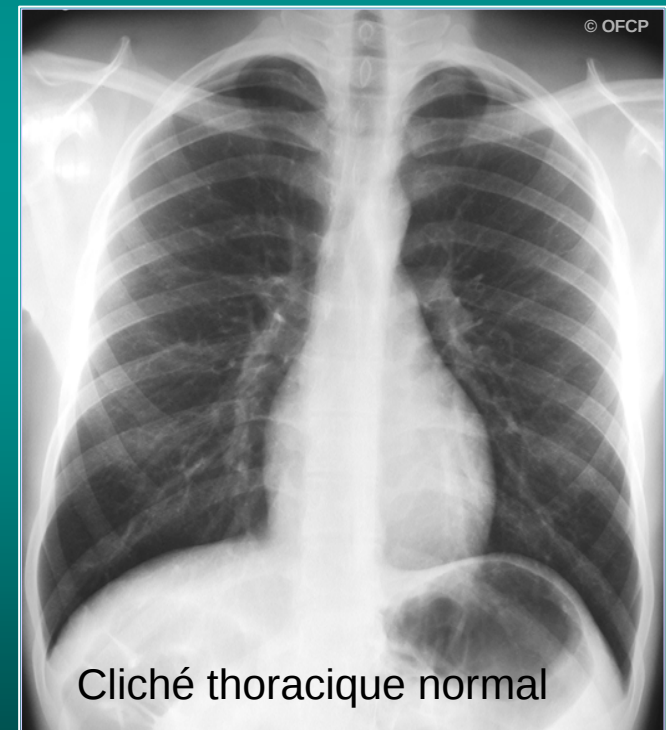
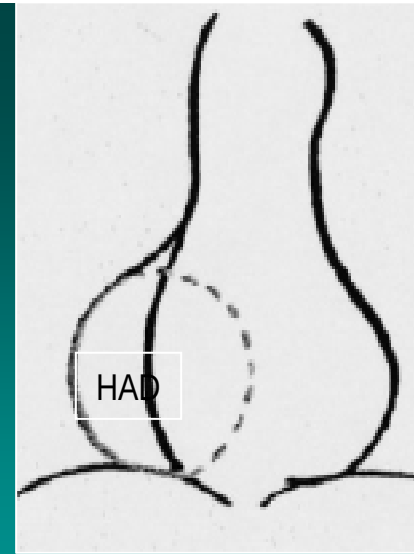
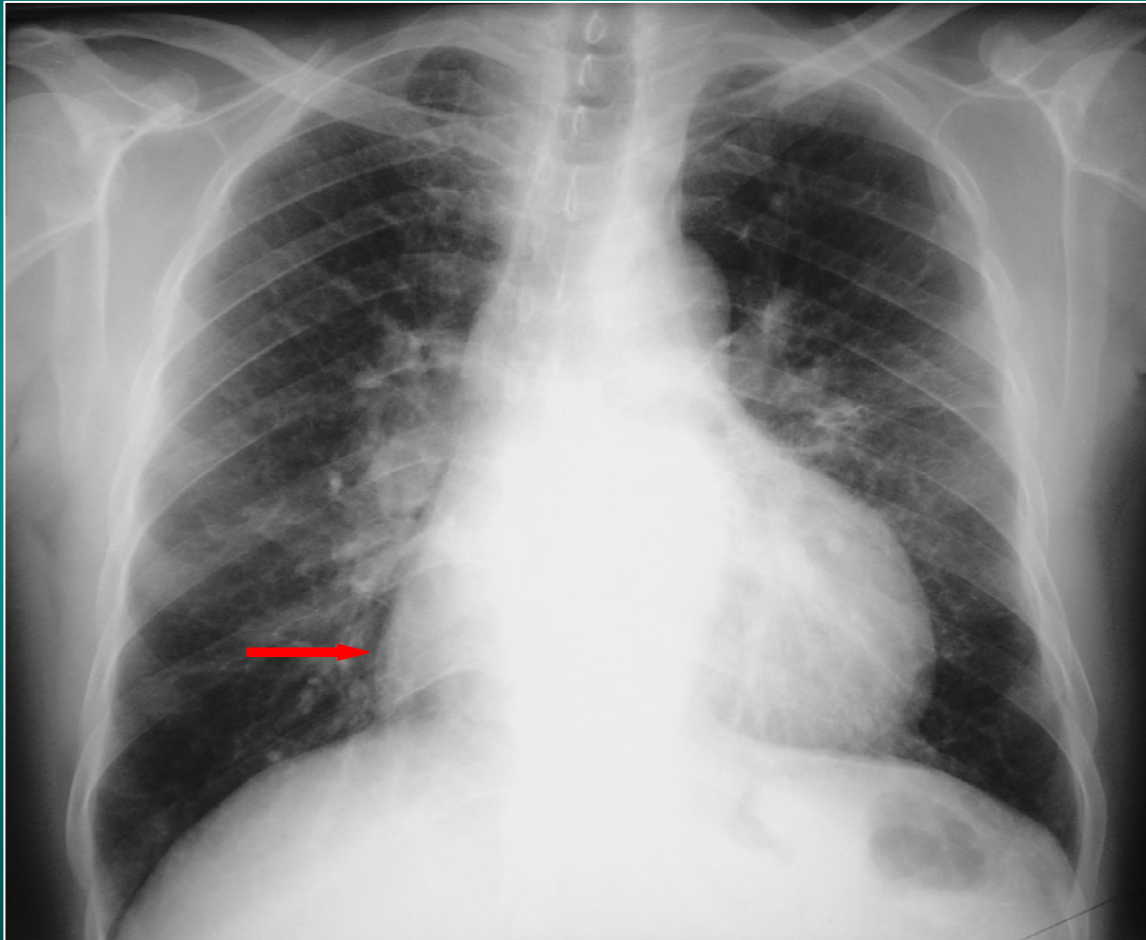
Hypertrophie du VG



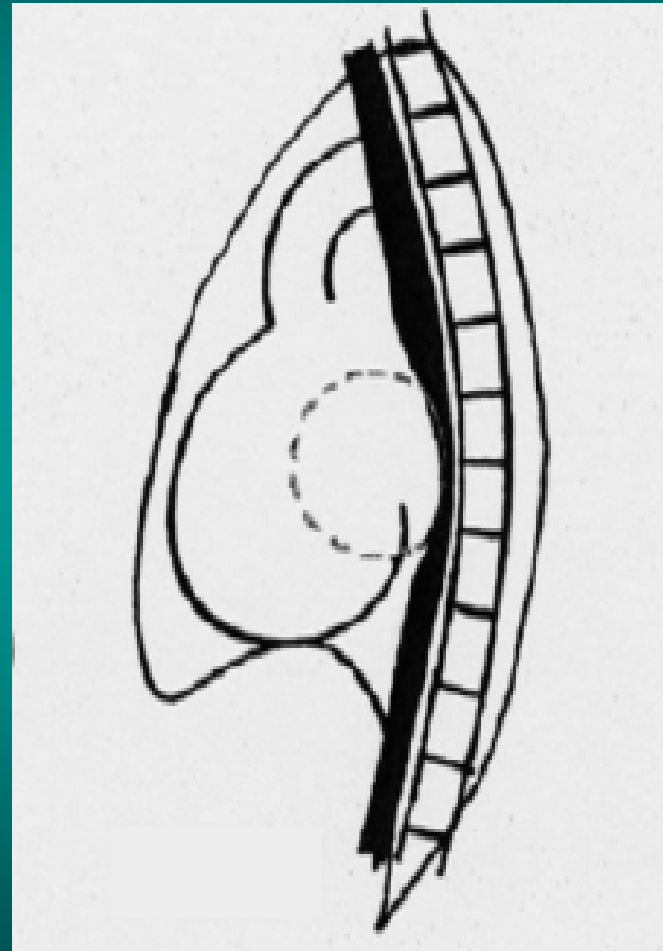
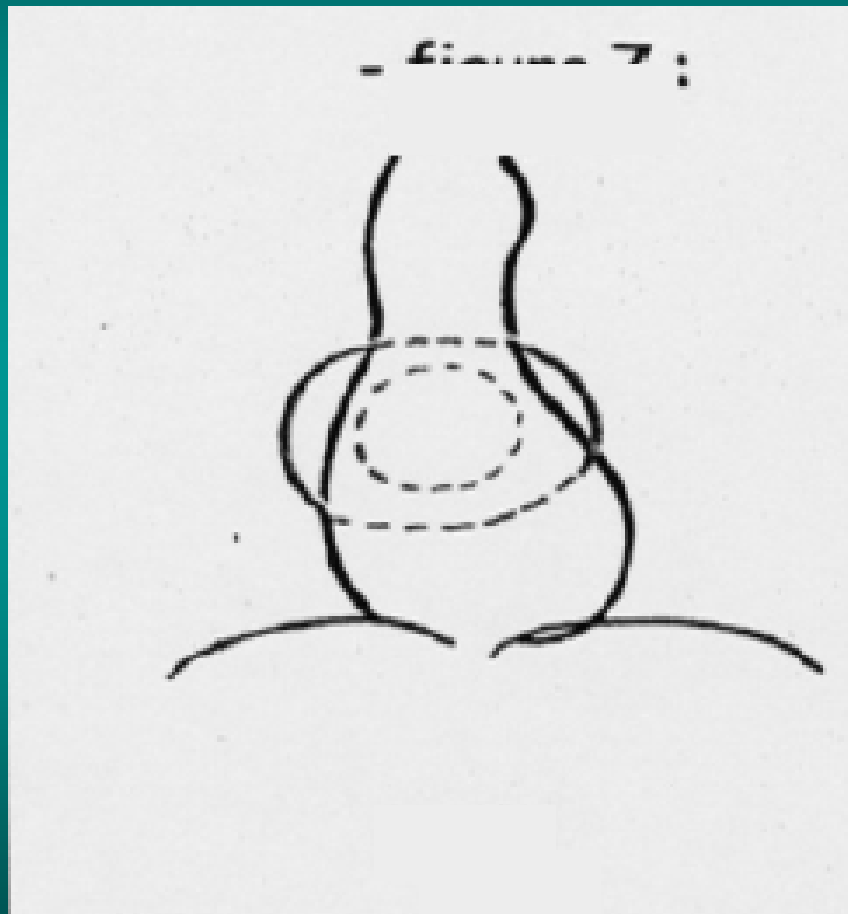


Maladie thrombo-embolique avec
cœur pulmonaire chronique

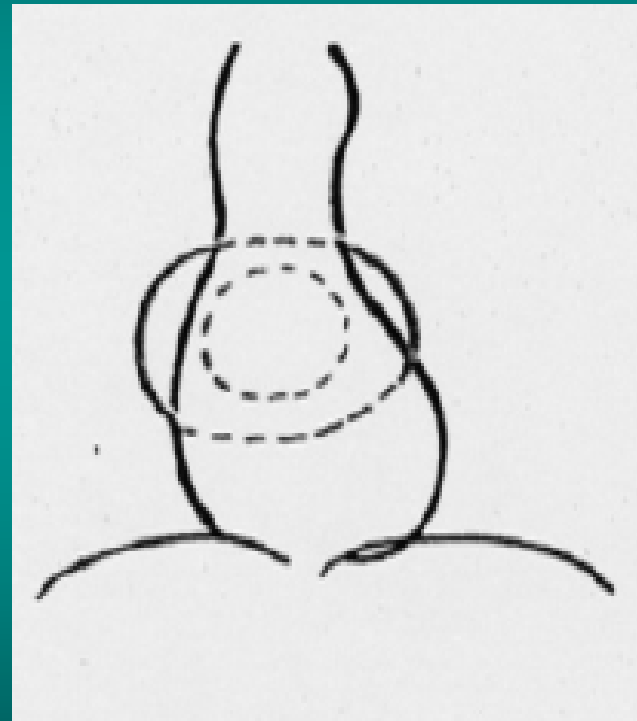
Hypertrophie de l'oreillette droite



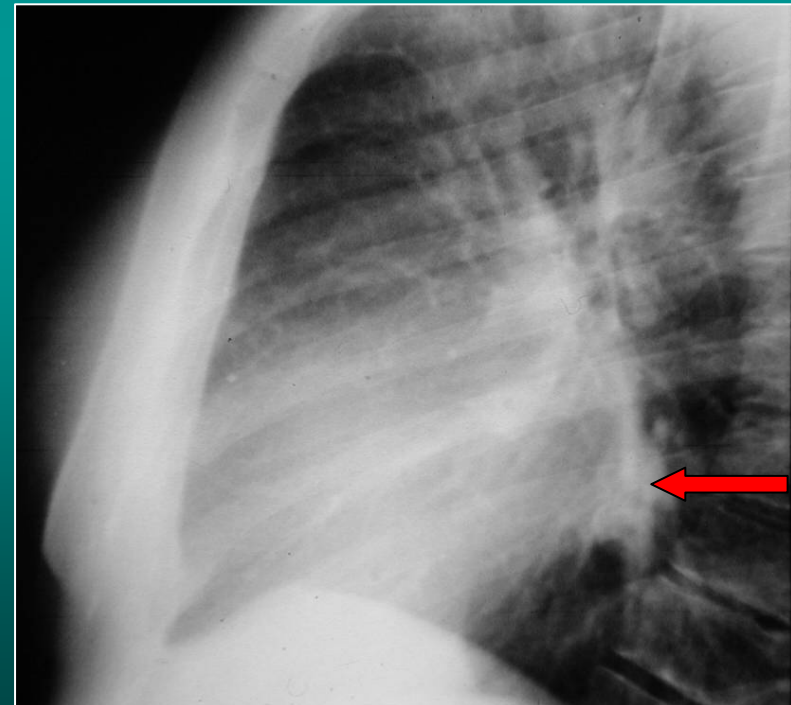
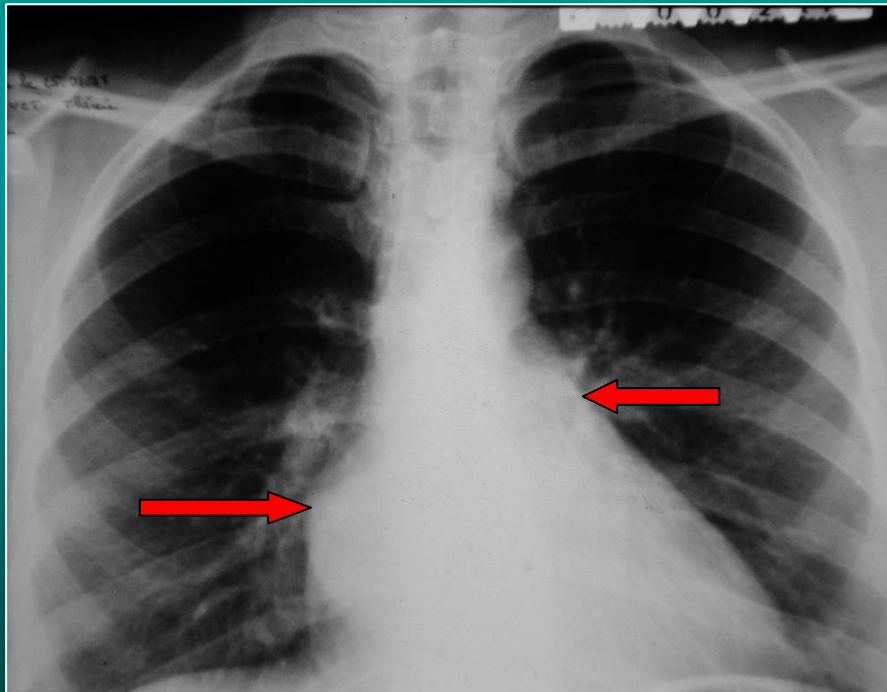
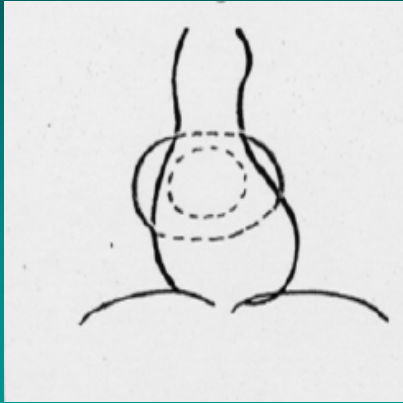
Hypertrophie de l'oreillette gauche

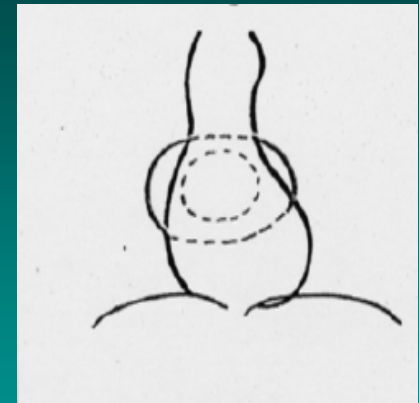


Hypertrophie de l'oreillette gauche (RM)



Hypertrophie de l'oreillette gauche (RM)





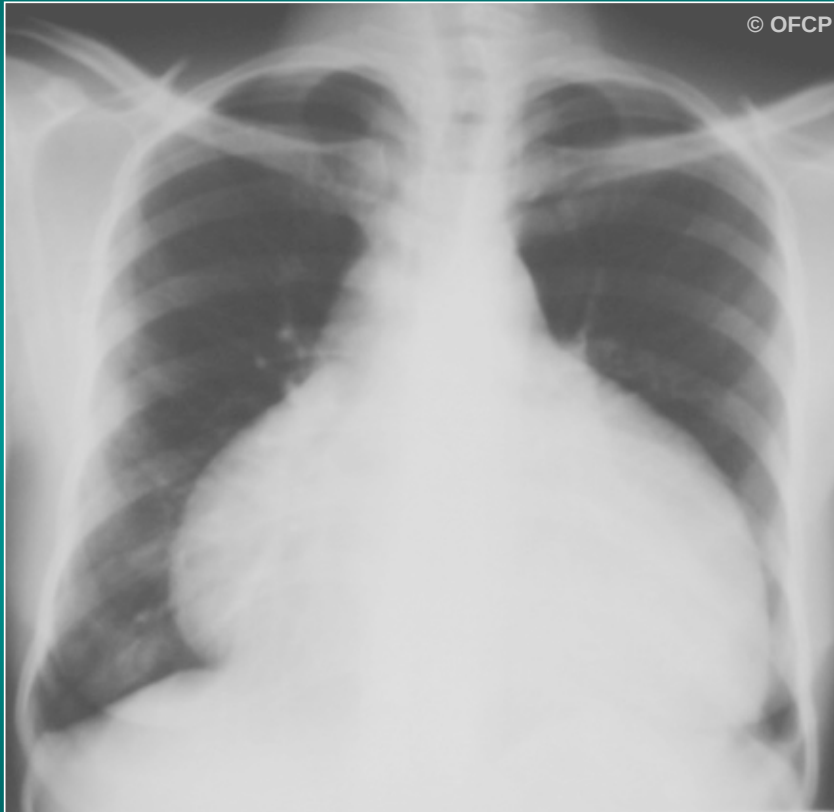
Maladie mitrale : RM + IM $\rightarrow$ HAG + HVG

Hypertrophie de l'arc moyen G

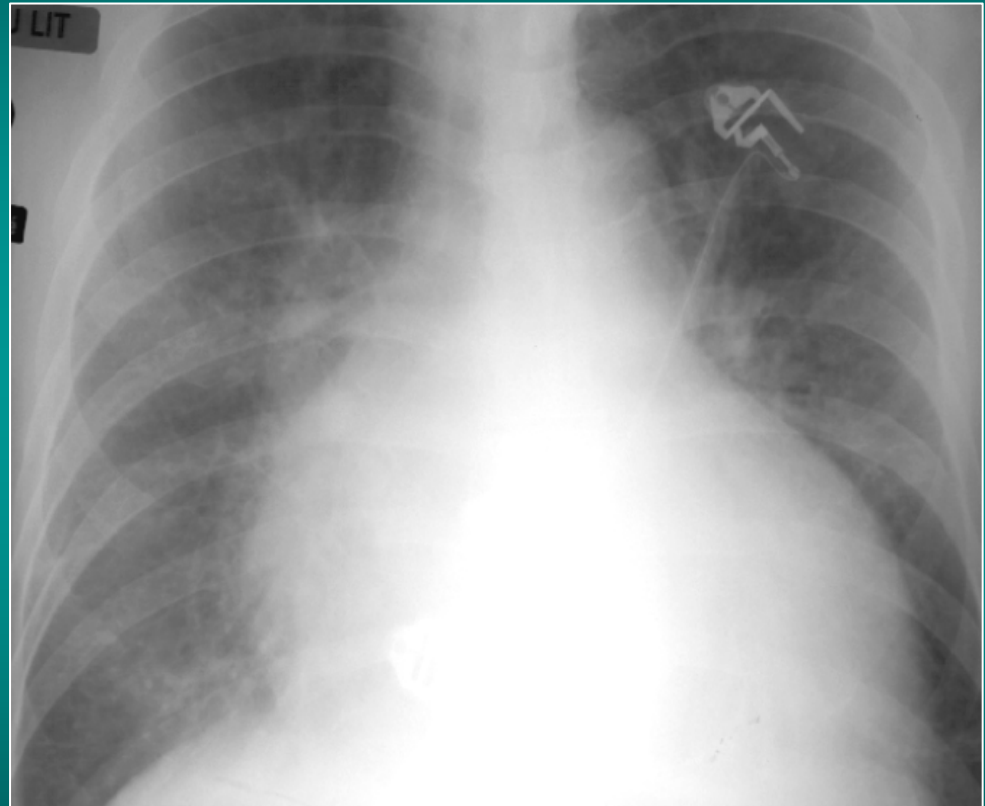
Hypertrophie du VG

Hypertension artérielle pulmonaire

Important pour les médecins du PNT de ne pas confondre
péricardite = TB très probable à traiter en urgence
cardiomégalie, à adresser au cardiologue

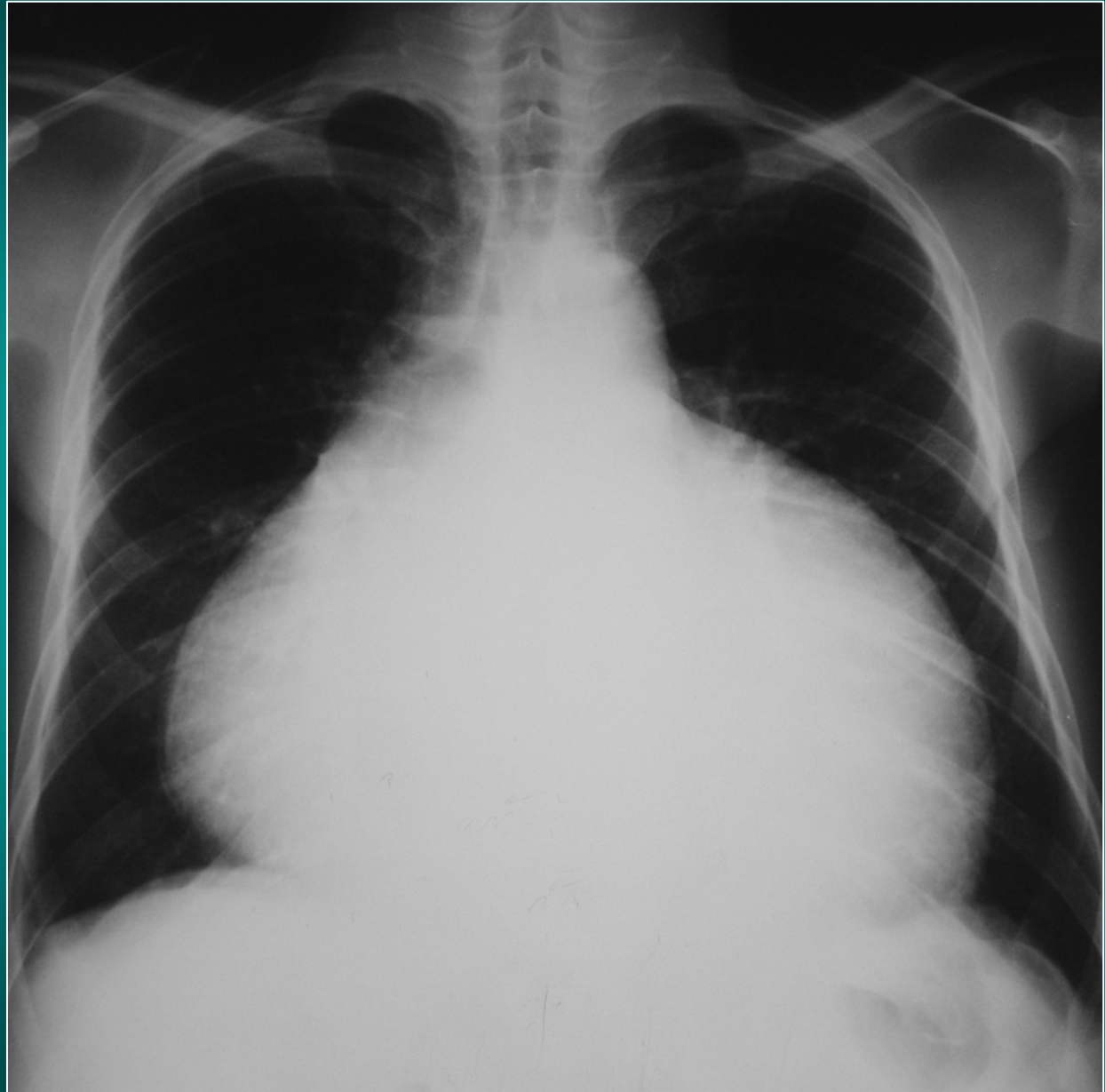


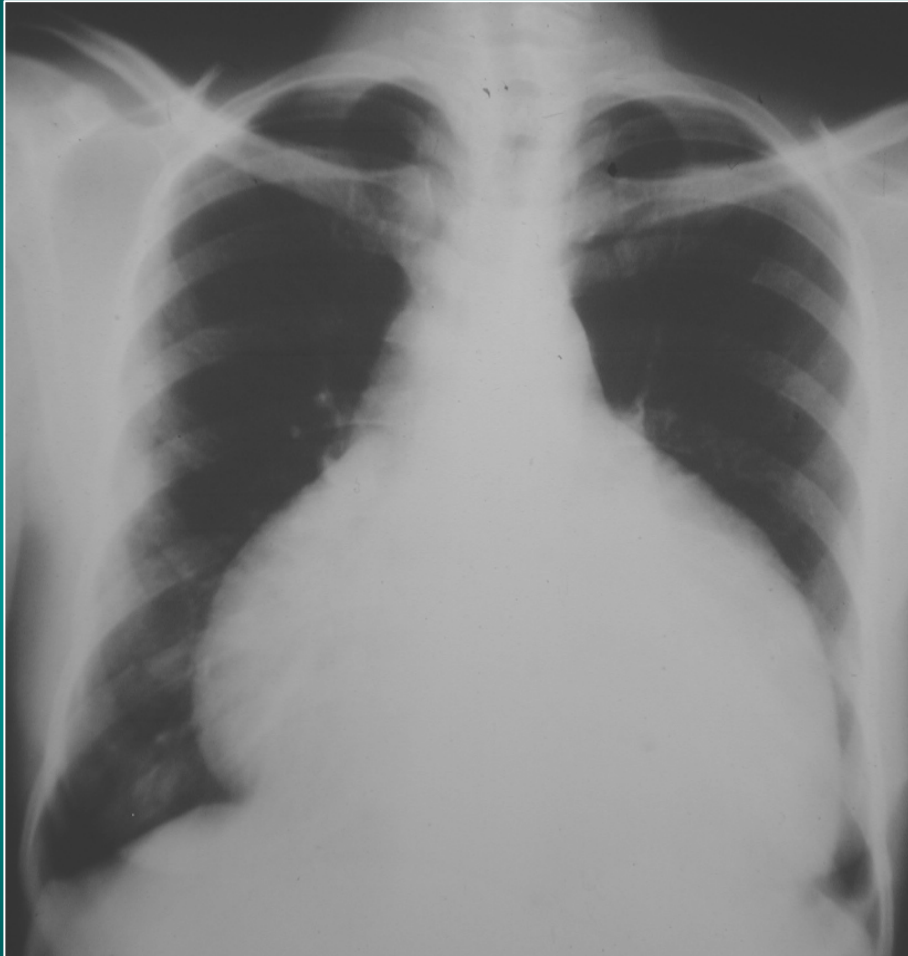
Péricardite



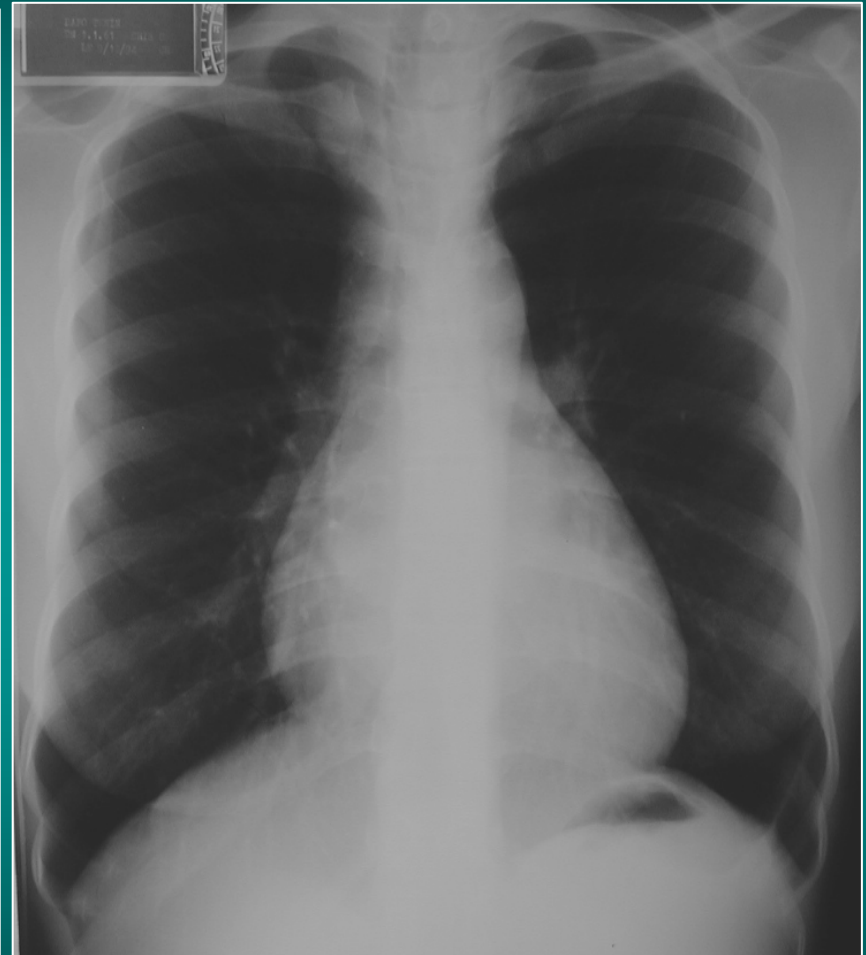
Cardiomégalie avec HVG

Péricardites





Péricardite



Après ponction

Œdème pulmonaire

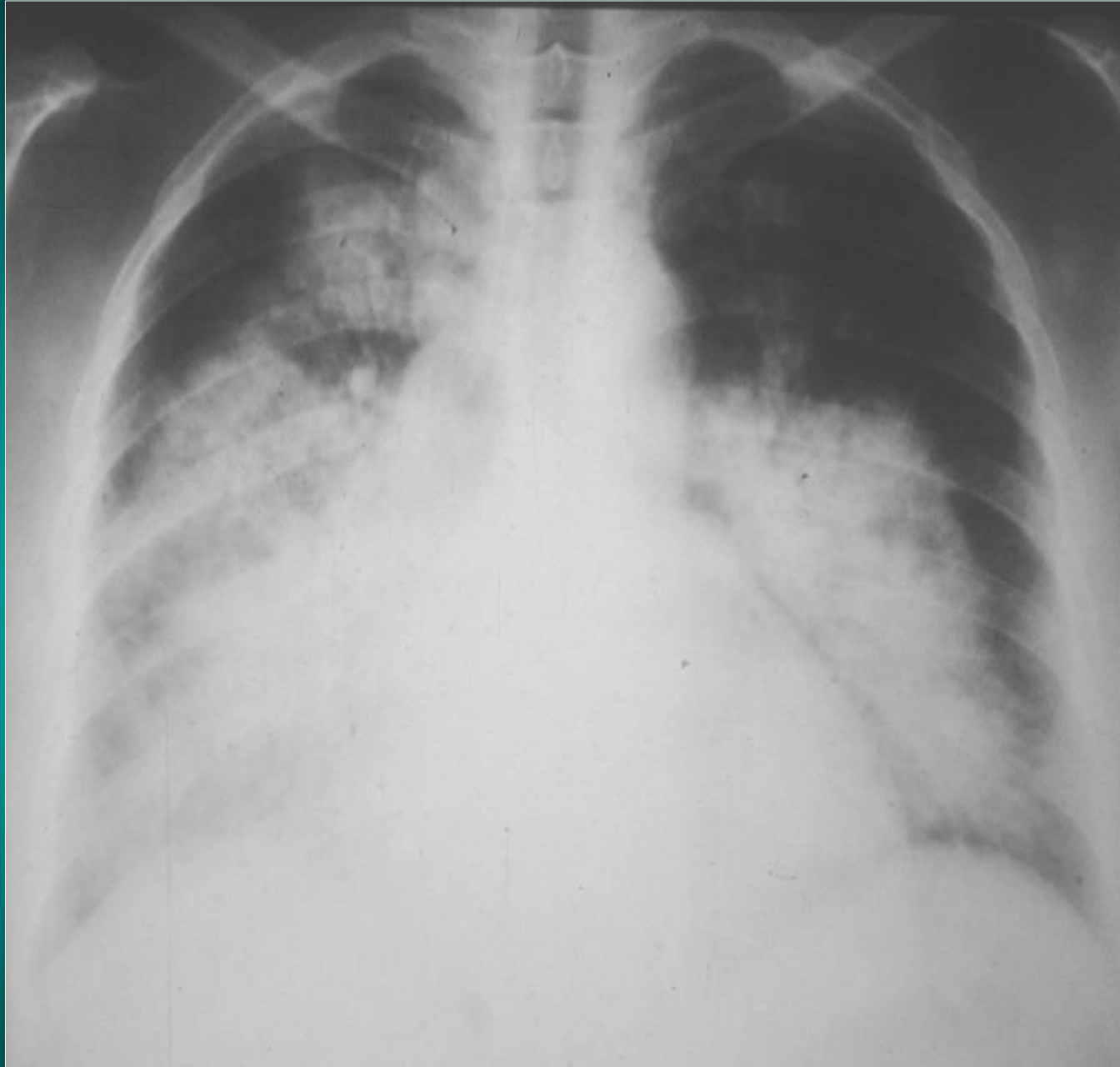
L'œdème pulmonaire est la conséquence d'une accumulation anormale de liquide extravasculaire, plus ou moins rapidement

- initialement dans l'espace interstitiel (œdème interstitiel)
- puis dans les cavités alvéolaires (œdème alvéolaire et œdème aigu pulmonaire pulmonaire)

Œdème pulmonaire

2 mécanismes physiopathologiques

- Œdème hémodynamique : défaillance cardiaque G
Réversible sous traitement adapté (O₂, diurétiques, TNT...).
Pas de lésion anatomique de la “barrière alvéolo capillaire”
- Œdème lésionnel Altération de la “barrière alvéolo capillaire”
Pronostic péjoratif : hypoxémie irréversible
 - infectieux (virale ou bactérienne)
 - toxique (inhalation de gaz toxique ou ingestion de substances toxiques)
 - choc quelque soit son étiologie

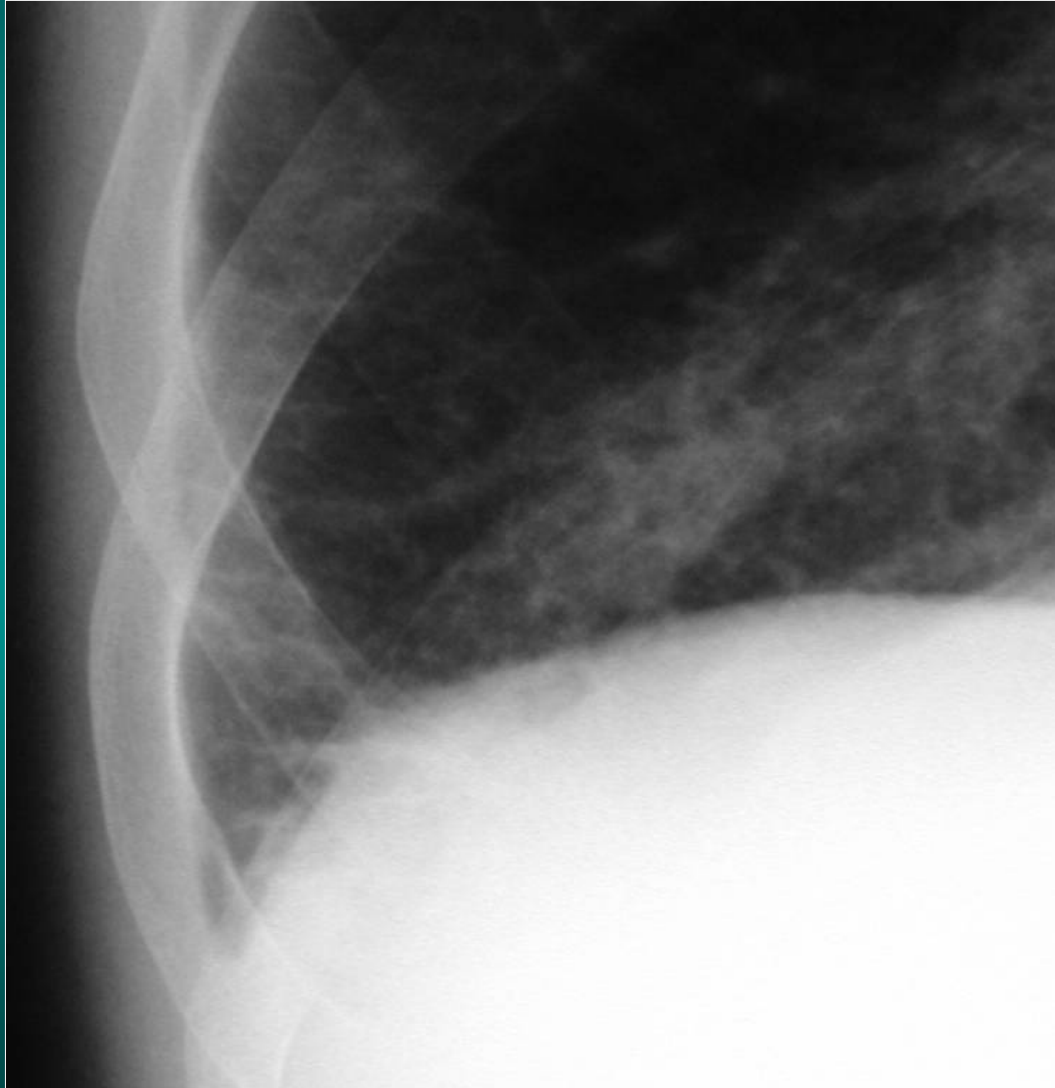


Œdème pulmonaire hémodynamique

Œdème pulmonaire

- Si la pression capillaire est $> 20\text{mm Hg}$, l'œdème est interstitiel :
 - Lignes de Kerley A et B
 - Opacités floues autour du hile
 - Parfois opacités floues autour des bronches (signe de l'anneau)
 - Petit épanchement pleural
 - Opacités en verre dépoli

Œdème Interstitiel



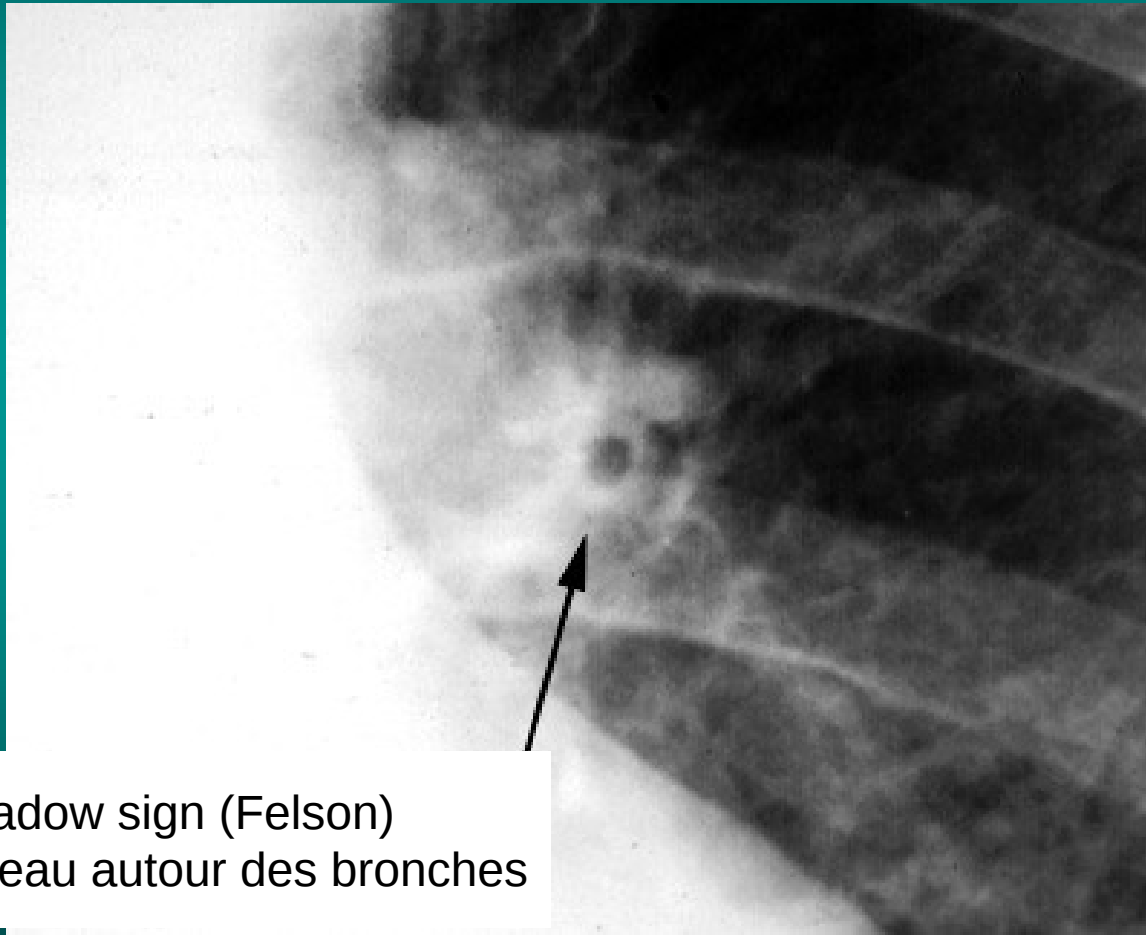
Lignes de Kerley B

Œdème Interstitiel



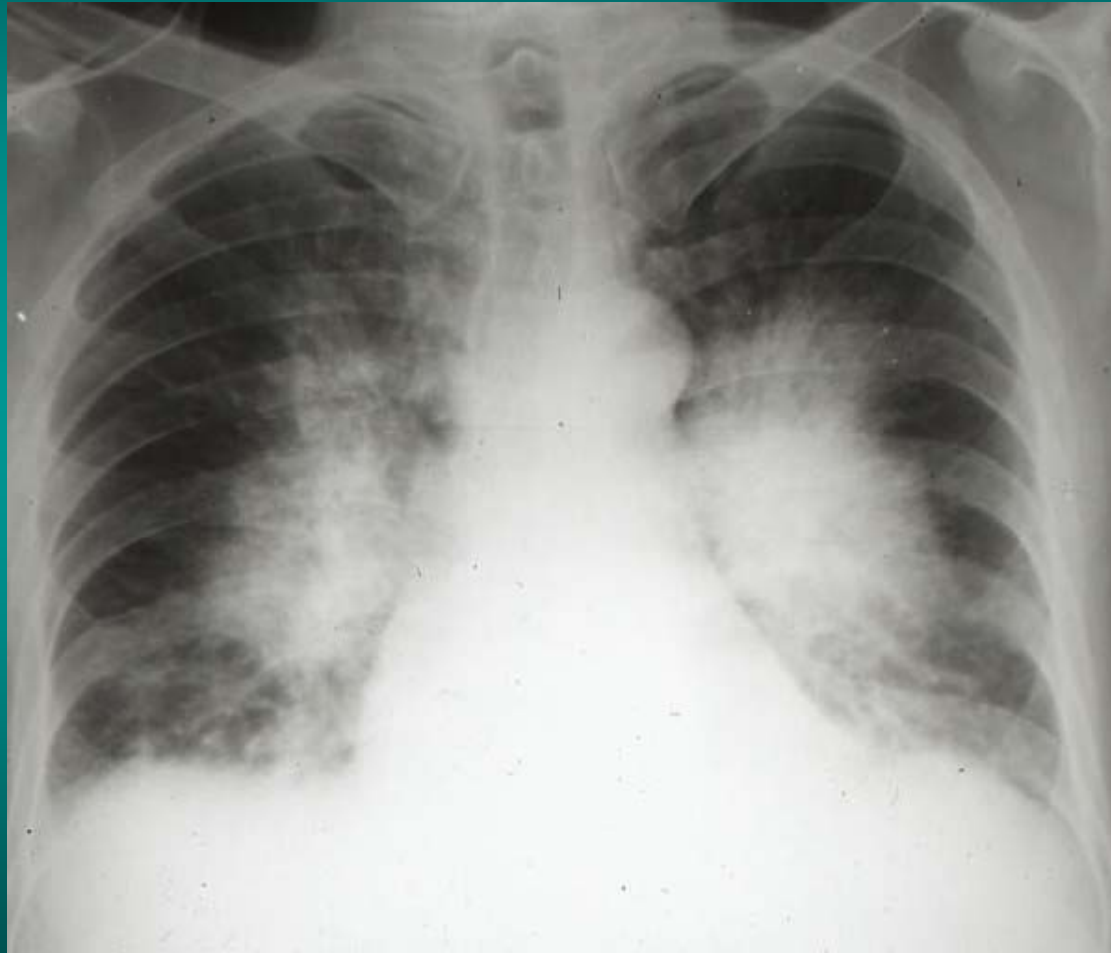
Opacités floues autour du hile. Les limites vasculaires ne sont pas claires

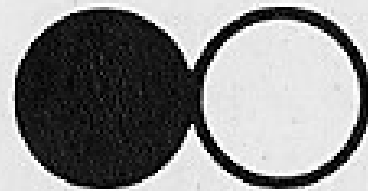
Œdème Interstitiel



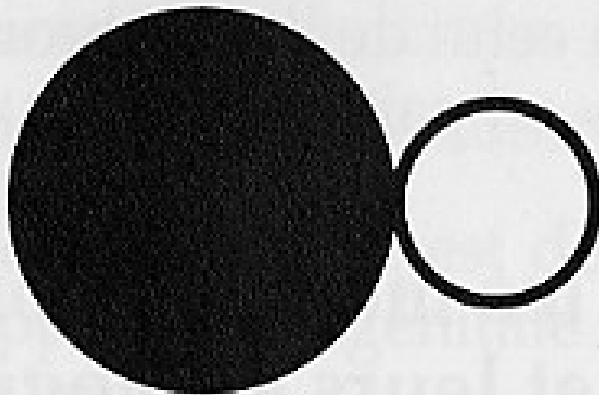
Ring shadow sign (Felson)
Signe de l'anneau autour des bronches

Œdème aigu pulmonaire (OAP) : œdème alvéolaire. La pression capillaire est $> 30\text{mm Hg}$ (image en ailes de papillon)

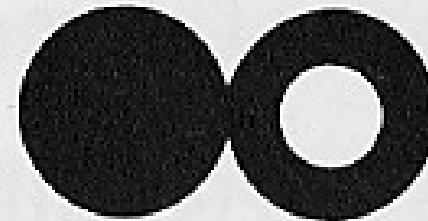




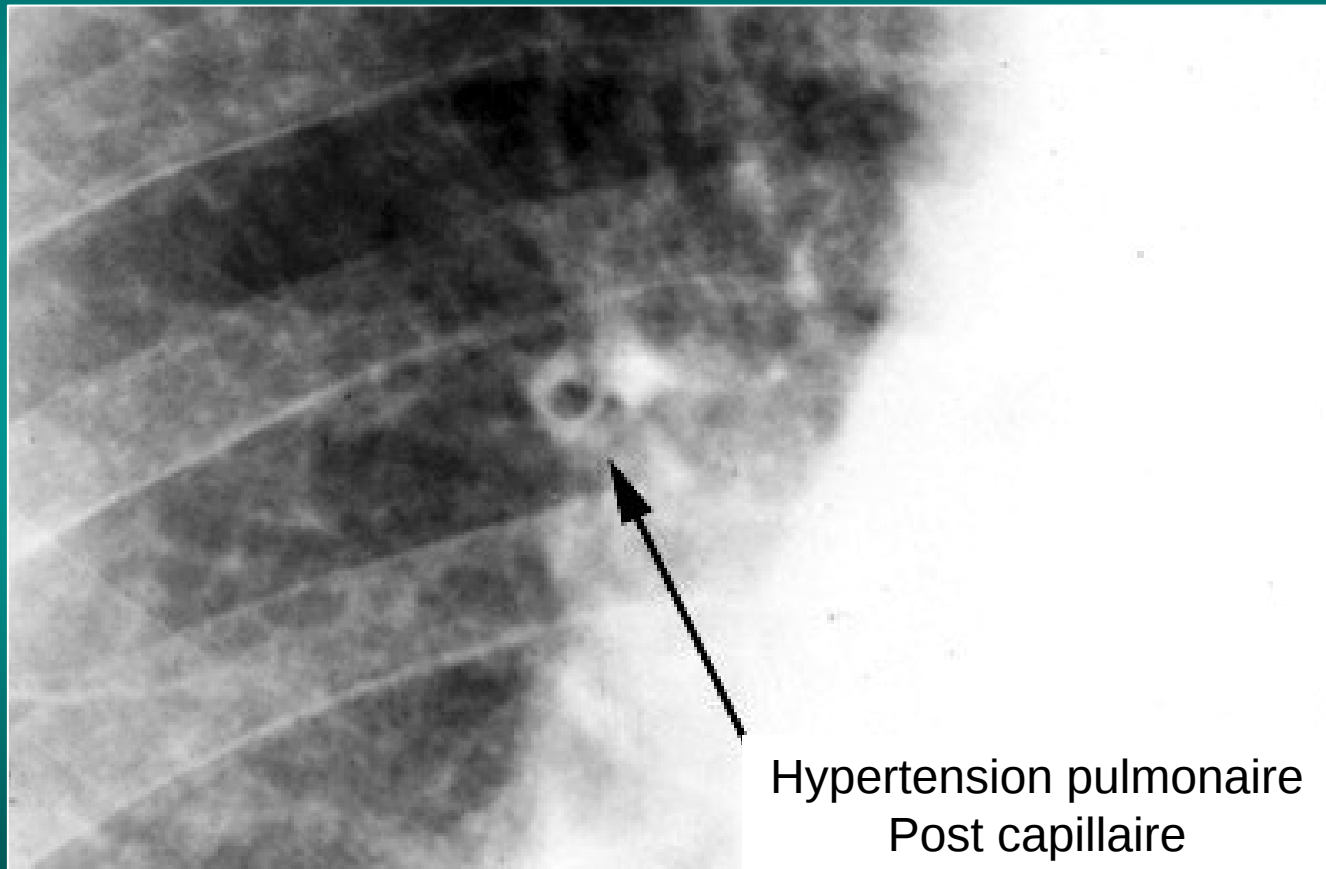
Artery bronchus



Pulmonary arterial hyperpression
Pre-capillary type

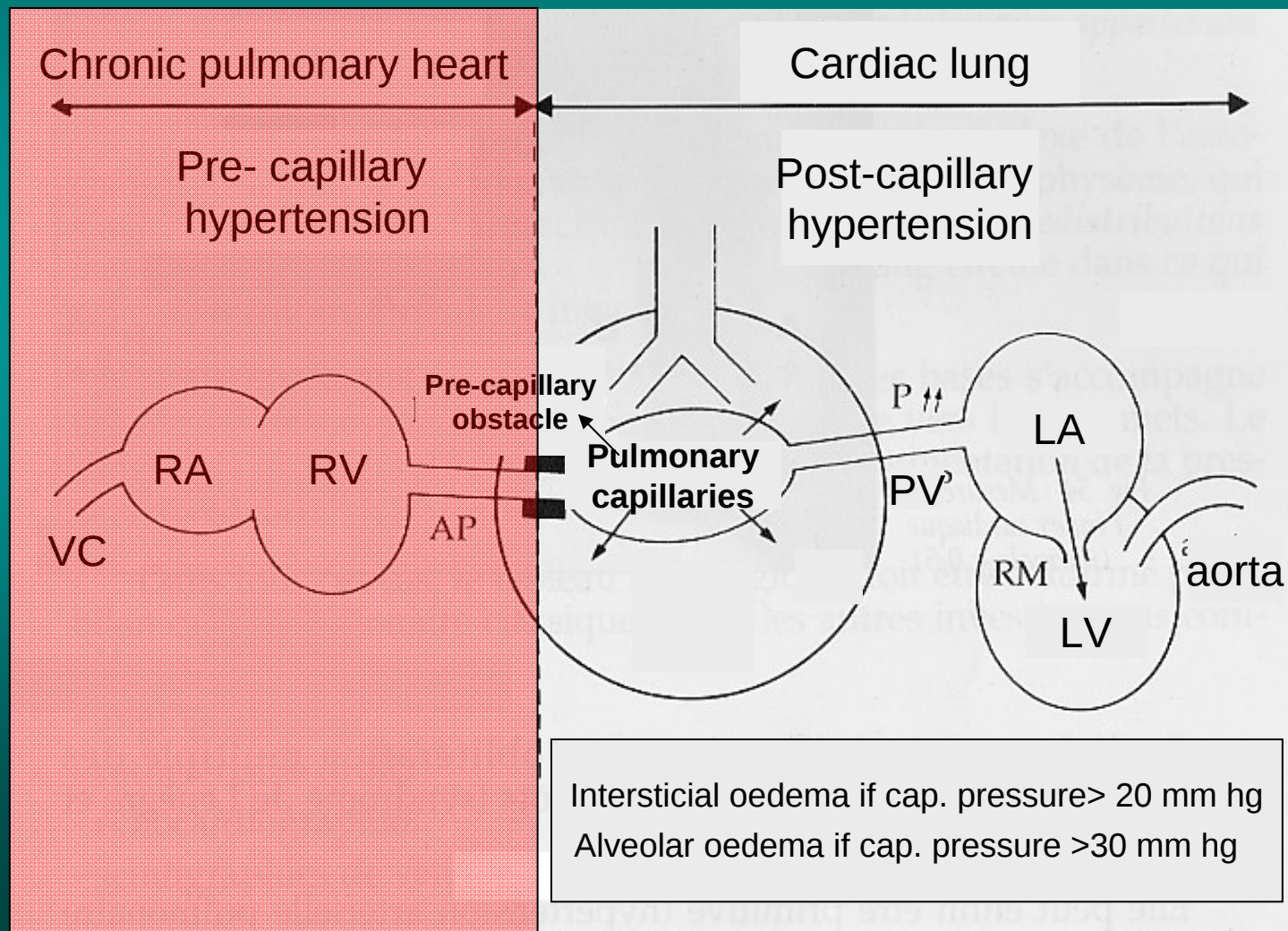


Pulmonary hyperpression
Post-capillary type
(ring shadow sign)

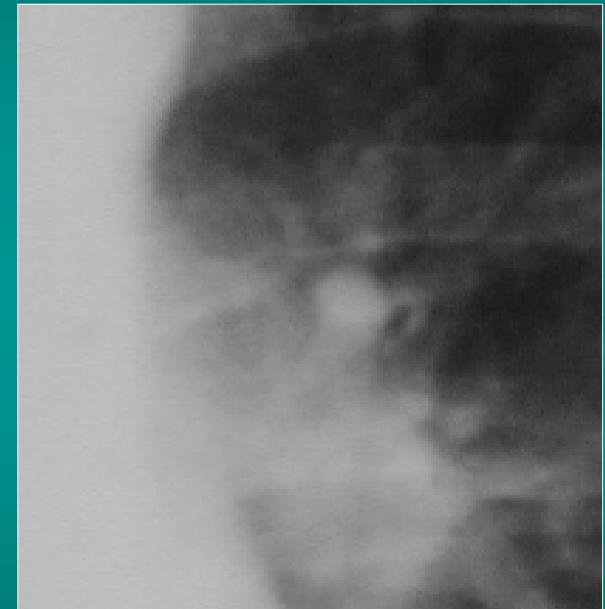
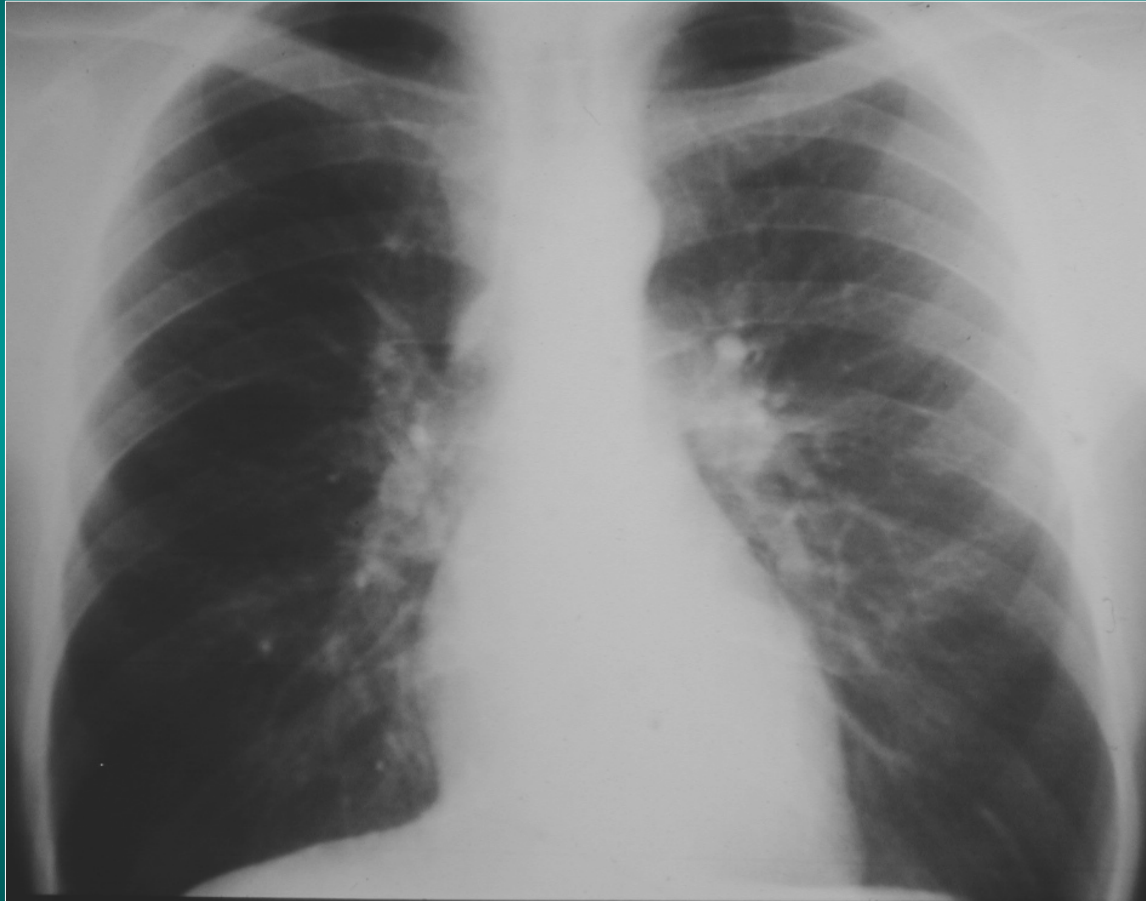


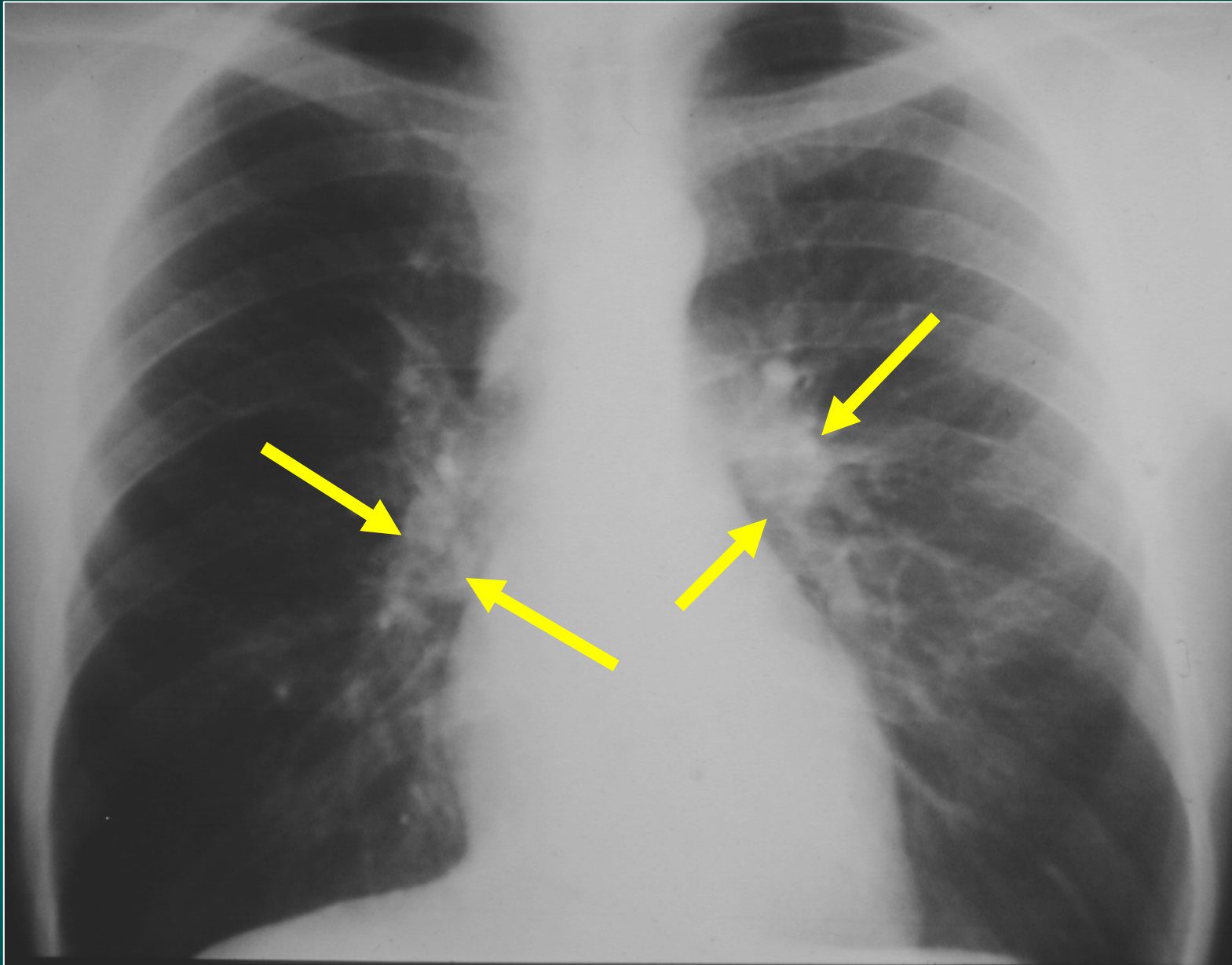
Hypertension pulmonaire
Post capillaire

Hypertension pulmonaire



Hypertension pré capillaire (emphysème) Cœur pulmonaire chronique





Hypertension pré capillaire

- Camerounais 23 a - France x 10 a
- Antécédents = TB apex droit
- Dyspnée d'effort isolée depuis 4 ans
- Examen clinique normal
- Biologie normale
- **E.F.R.** :déficit mixte de 44 % - TCO/VA : 76 %
- Gazométrie artérielle de repos normale
- Écho cardiaque : PAP moyenne = 45 mm Hg

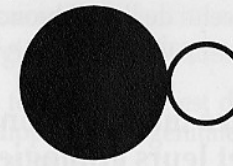
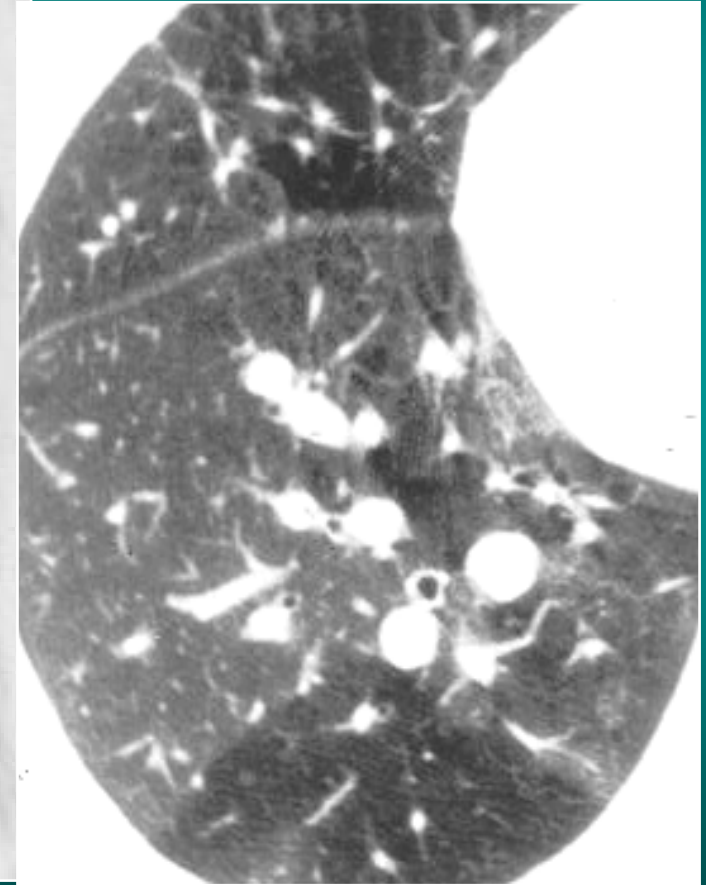


image en « pain à cacheter »
→ HTAP

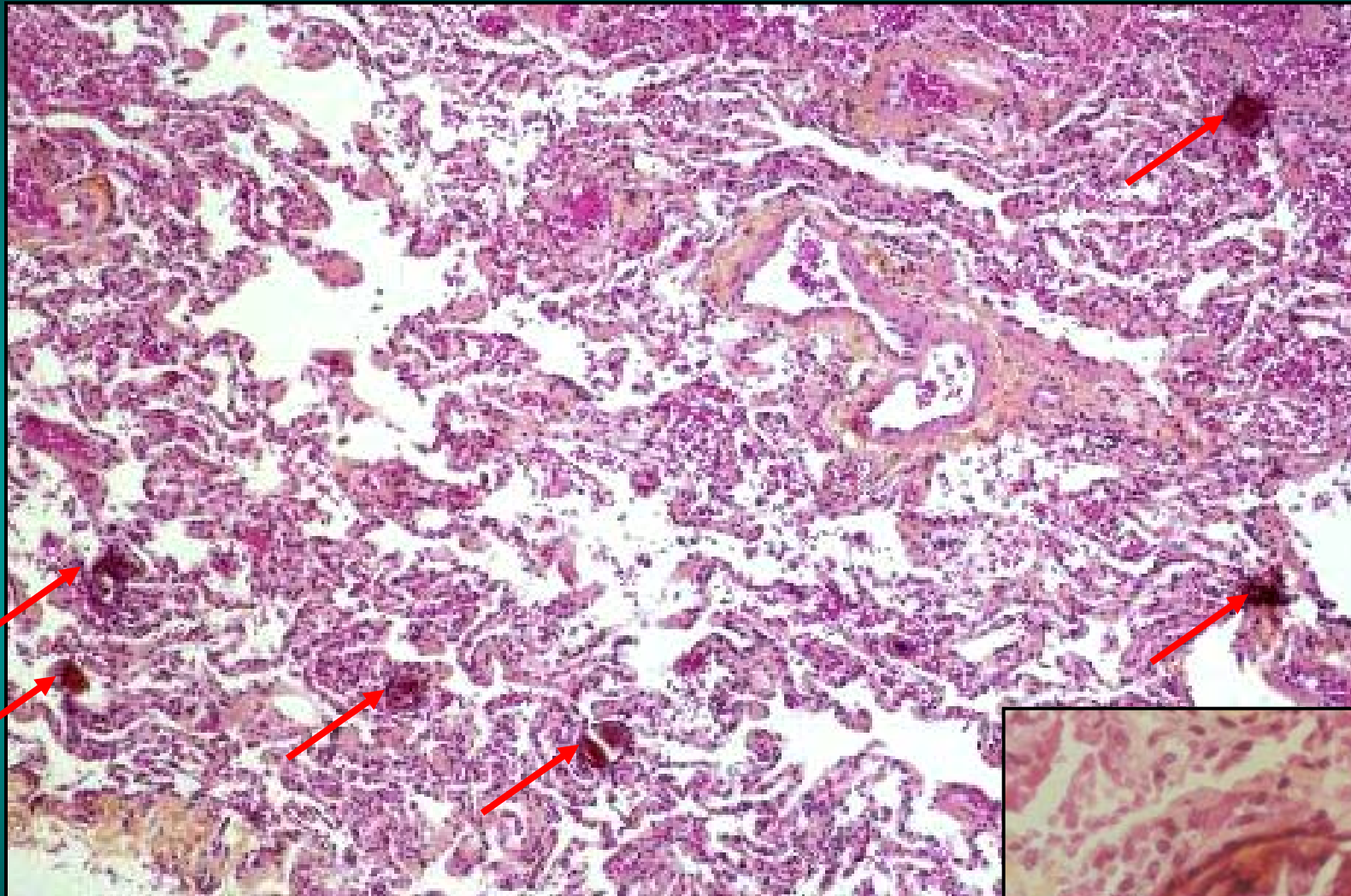


image en « anneau »
→ IVG

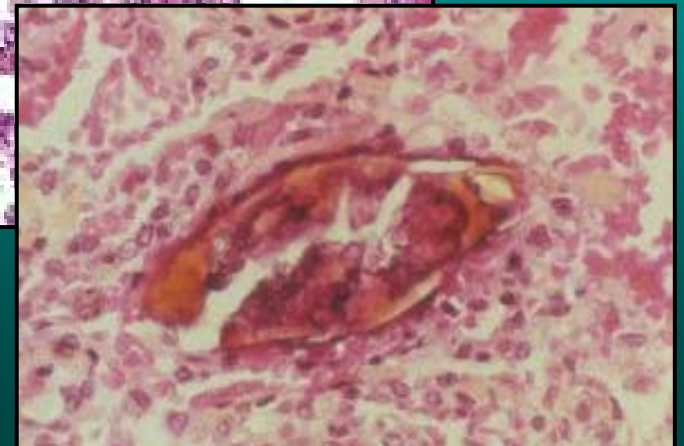


Bilharziose

Biopsie pulmonaire sous CTVA



Granulomes bilharziens centrés par des œufs



Embolie pulmonaire

Savoir évoquer une embolie pulmonaire

Le diagnostic d'embolie pulmonaire est difficile sans un angioscanner

- Contexte clinique évocateur : facteurs favorisant, immobilisation, voyage en avion, tabac+pilule
- Signes cliniques évocateurs (douleur thoracique, tachycardie, dyspnée aiguë) et pas d'autre pathologie évidente (infection, maladie cardiaque)
- Parfois ECG évocateur (cœur pulmonaire aigu)
- Parfois, cliché de thorax évocateur ...

Embolie pulmonaire

Aspects radiologiques variés :

- Normal
- Épanchement pleural
- Ascension d'un héli diaphragme
- Hypo-vascularisation localisée
- **Opacité triangulaire** à sommet tourné vers le hile ou **Image ronde** (infarctus pulmonaire)

N'oubliez pas:

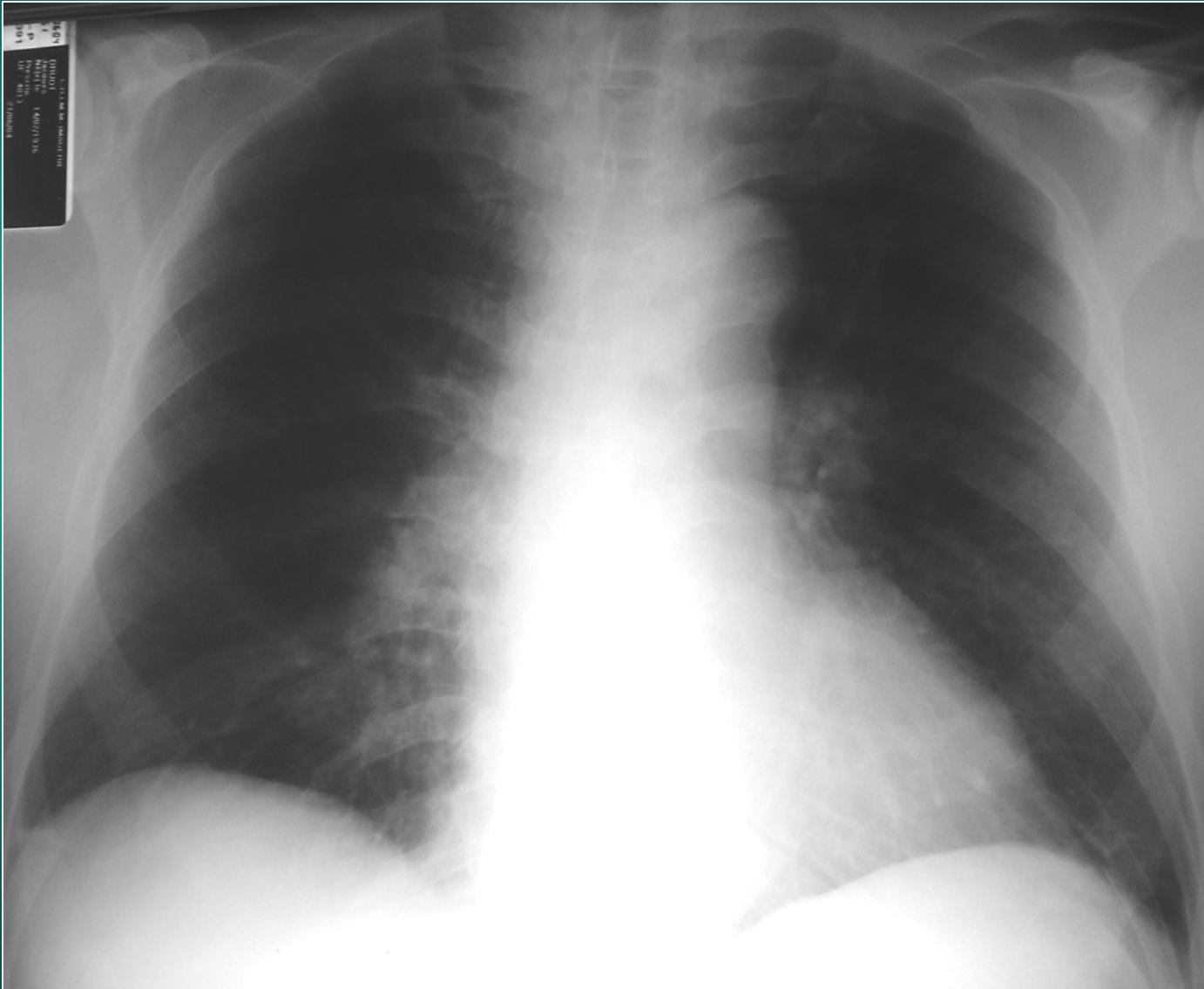
Un cliché de thorax normal n'élimine pas
une embolie pulmonaire

Les signes majeurs d'orientation pour une EP :

Douleur thoracique et dyspnée

Contexte de survenue : facteurs favorisants, immobilisation

Homme 45 ans, dyspnée aiguë et sévère, douleur thoracique. Tachycardie (110/mn), $\text{SaO}_2 = 89\%$.

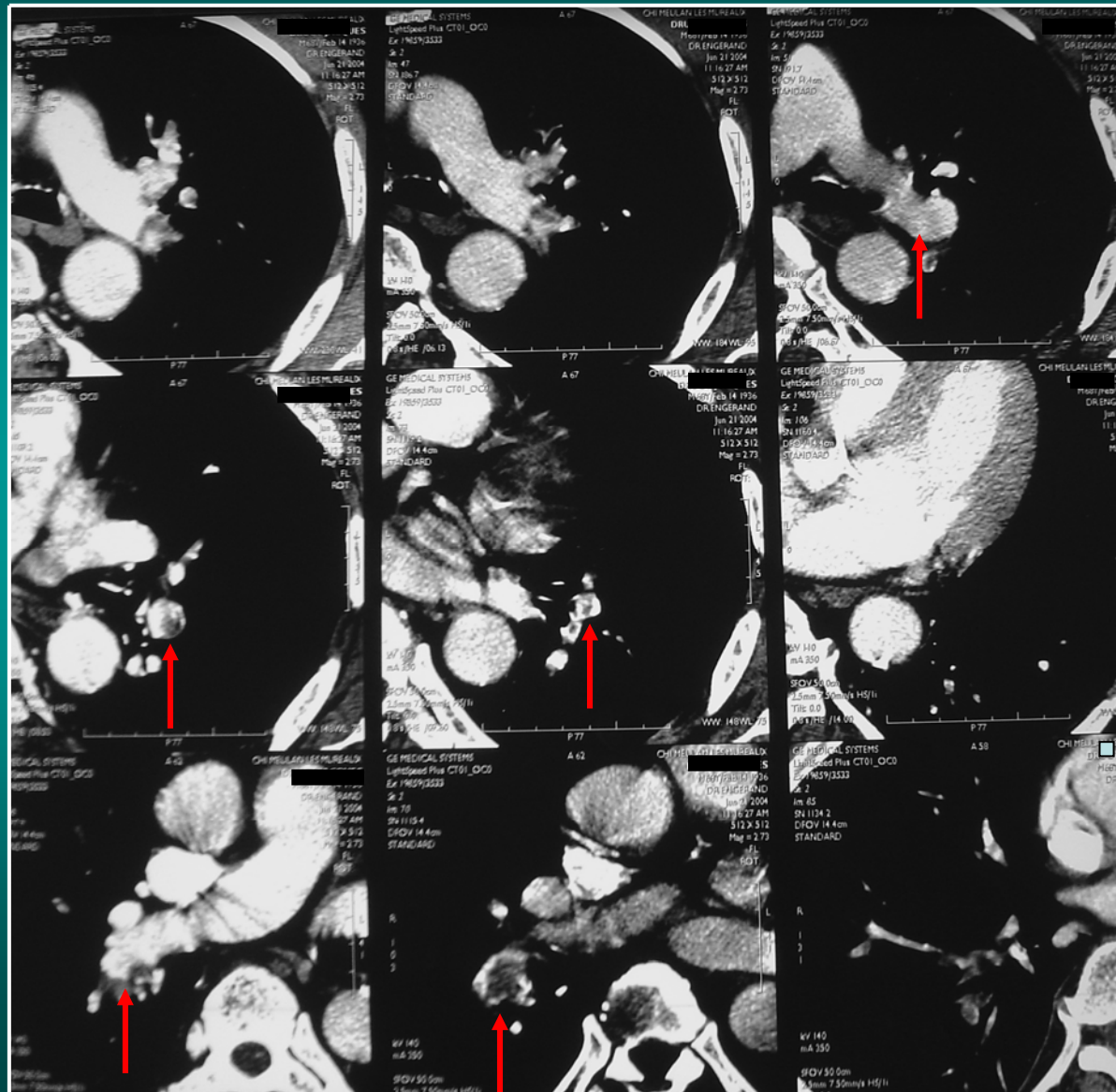


Tomodensitométrie

Angioscanner

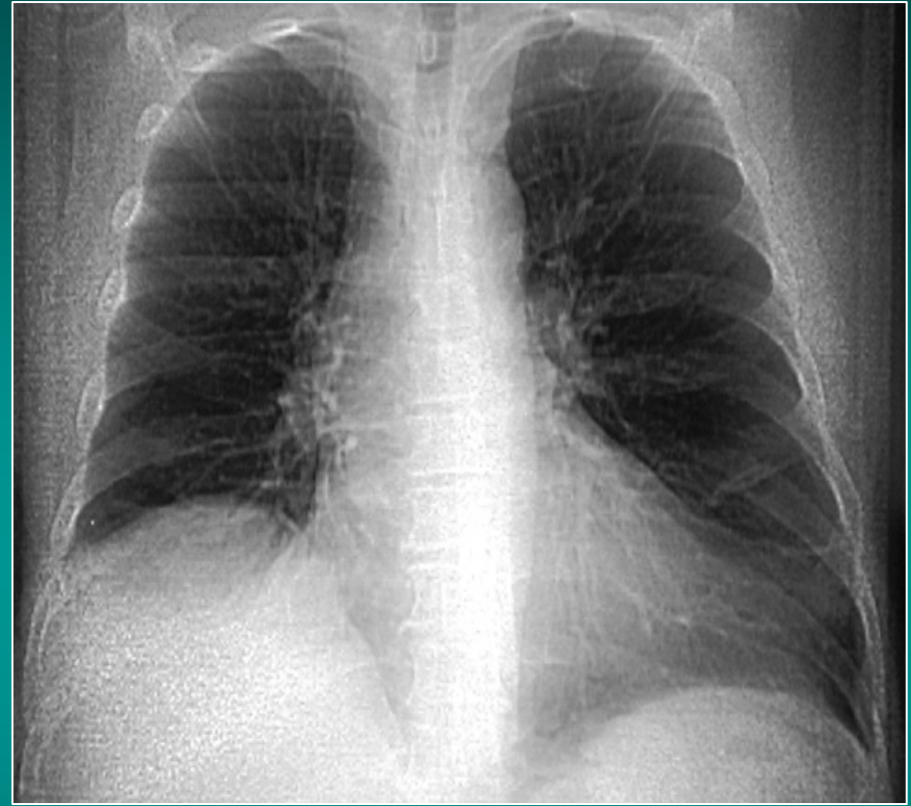


Angio scanner : embolie pulmonaire sévère et bilatérale

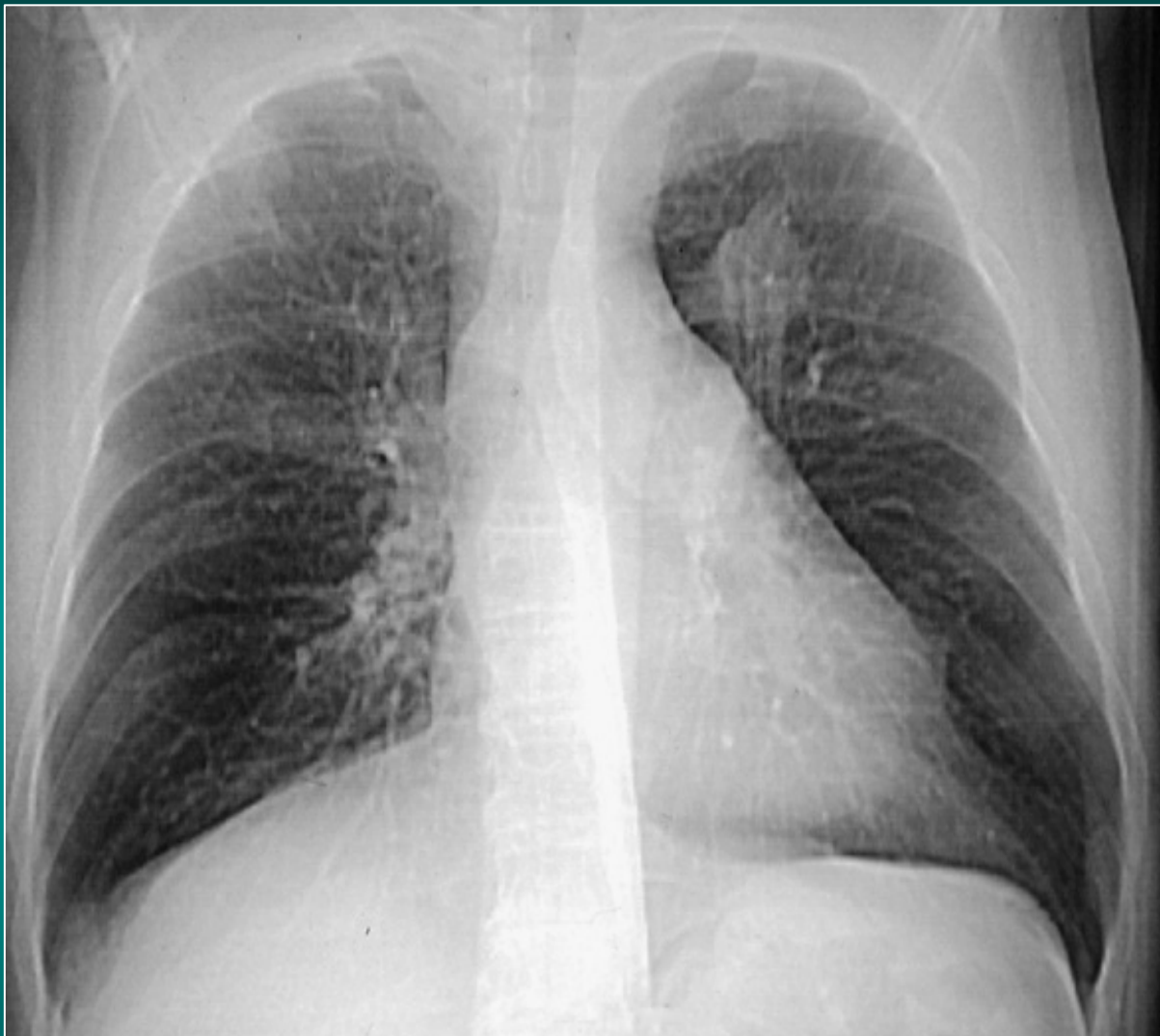




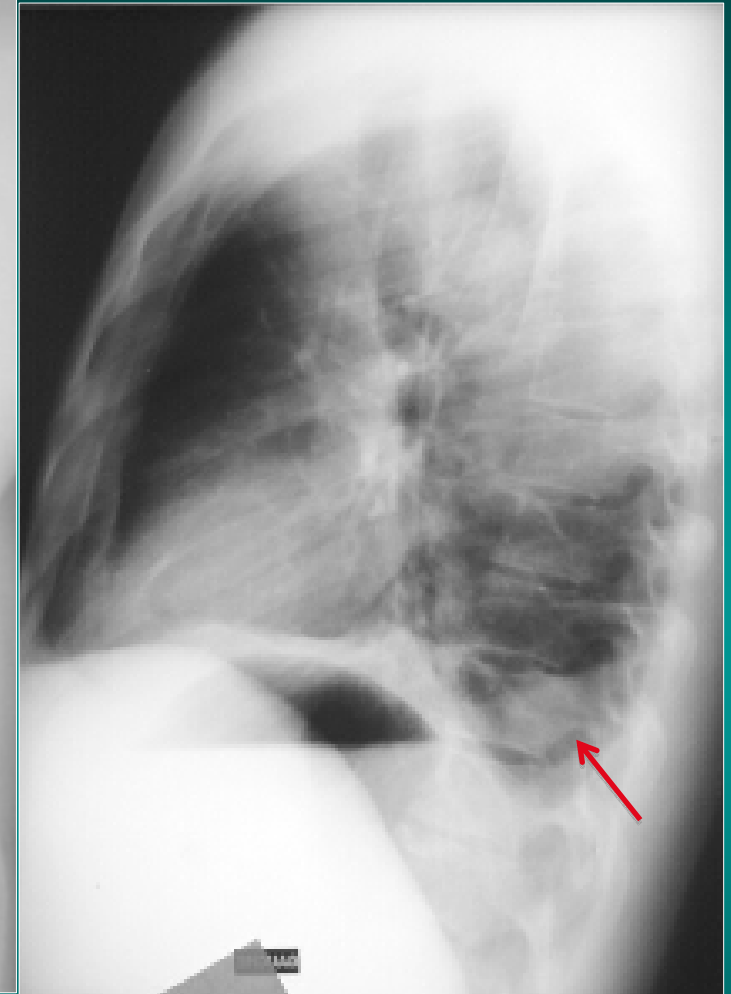
Surélévation de la coupole
diaphragmatique G



Surélévation de la coupole
diaphragmatique Dte avec petit
épanchement pleural

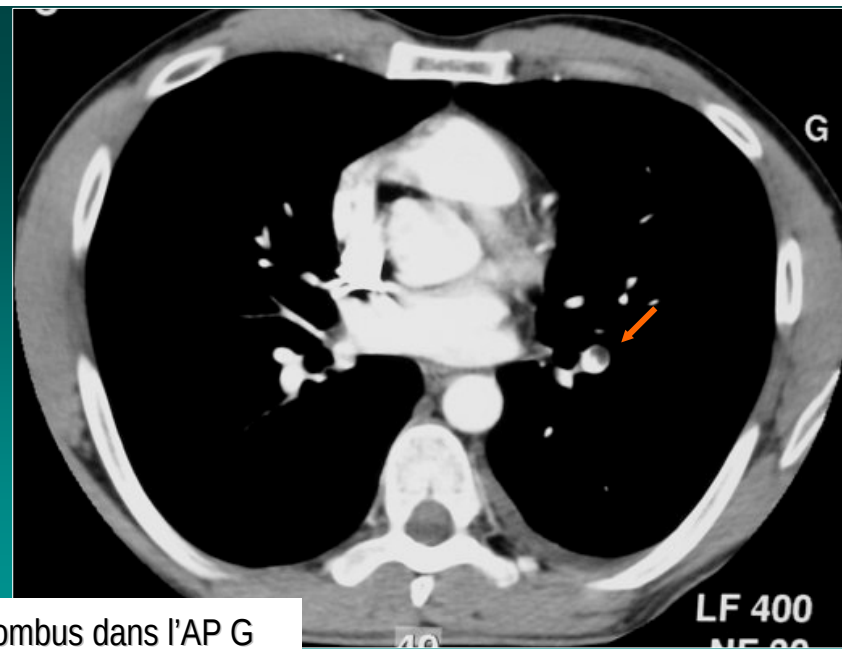
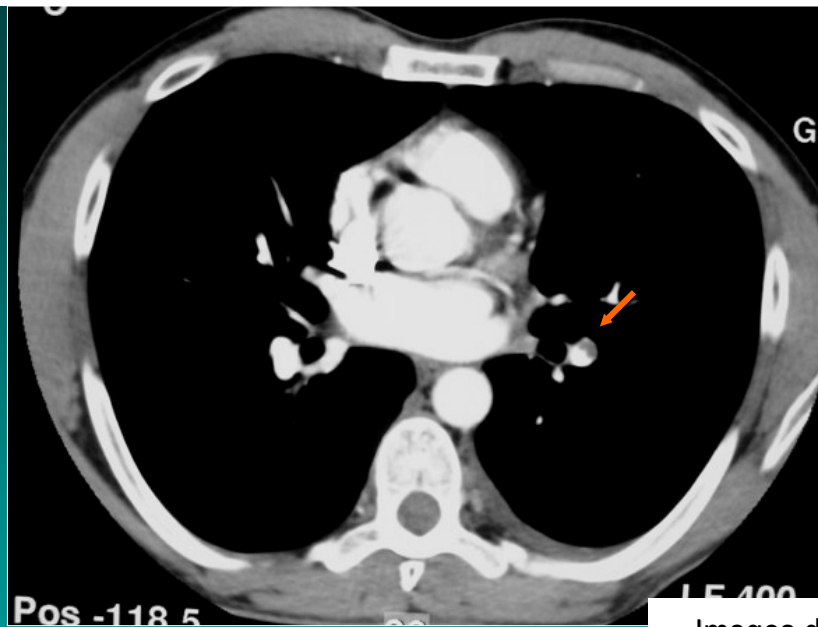


Opacité ronde d'infarctus pulmonaire (cliché en décubitus)

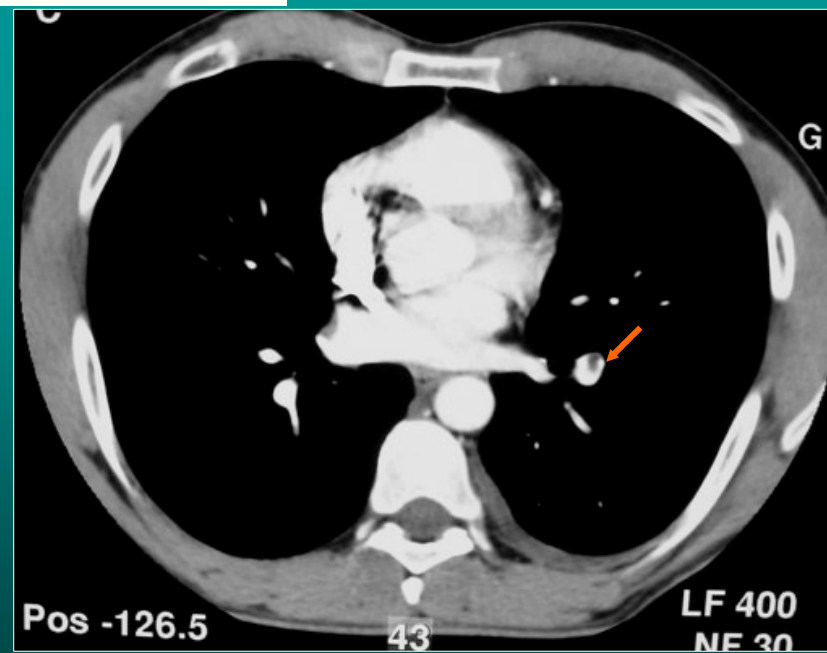
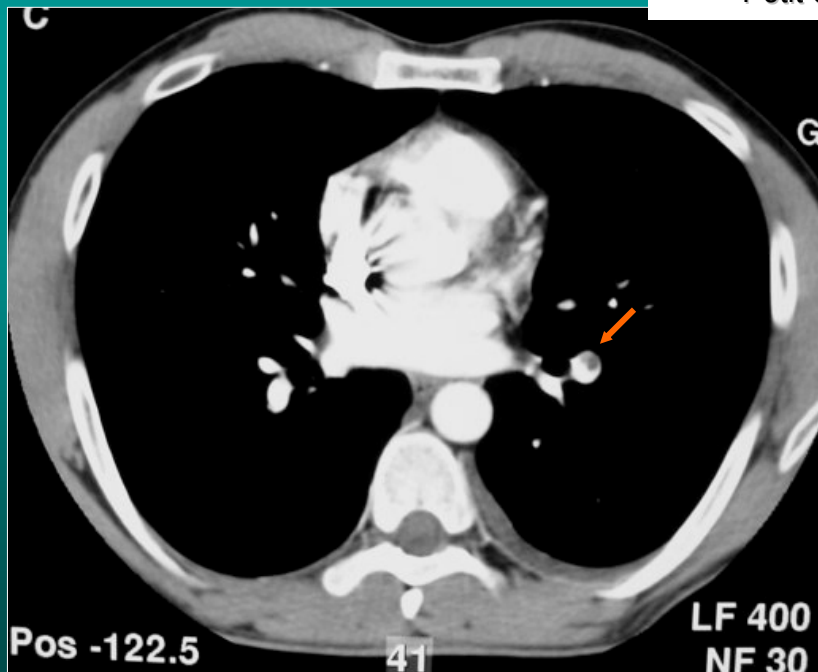


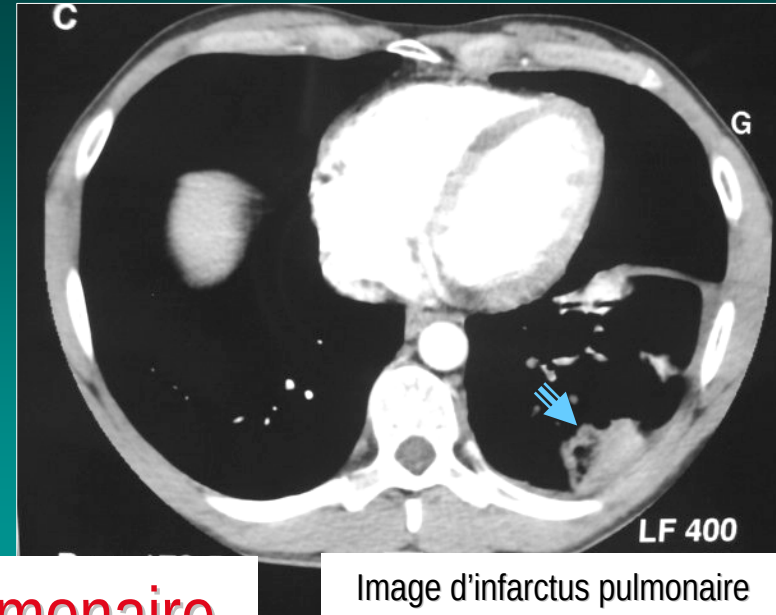
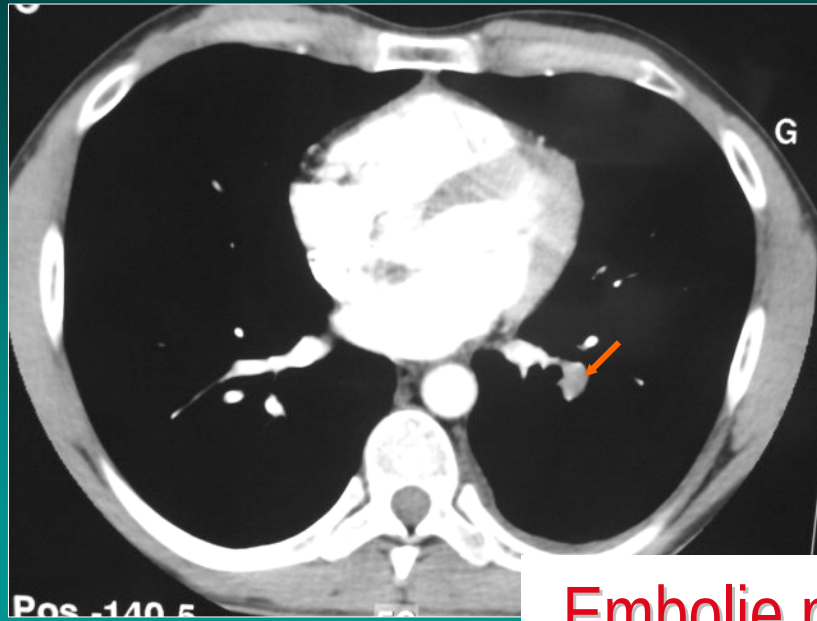
Militaire sportif, consulte pour t° 37° 8- 38° le soir,
et douleur à l'inspiration profonde après une course.
Mis sous Augmentin. Hôpital 2 jours plus tard

Infarctus pulmonaire



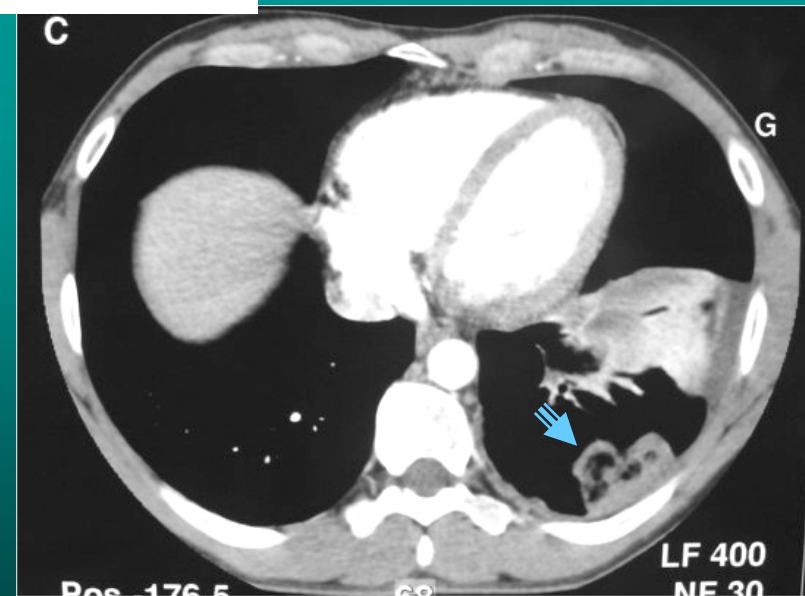
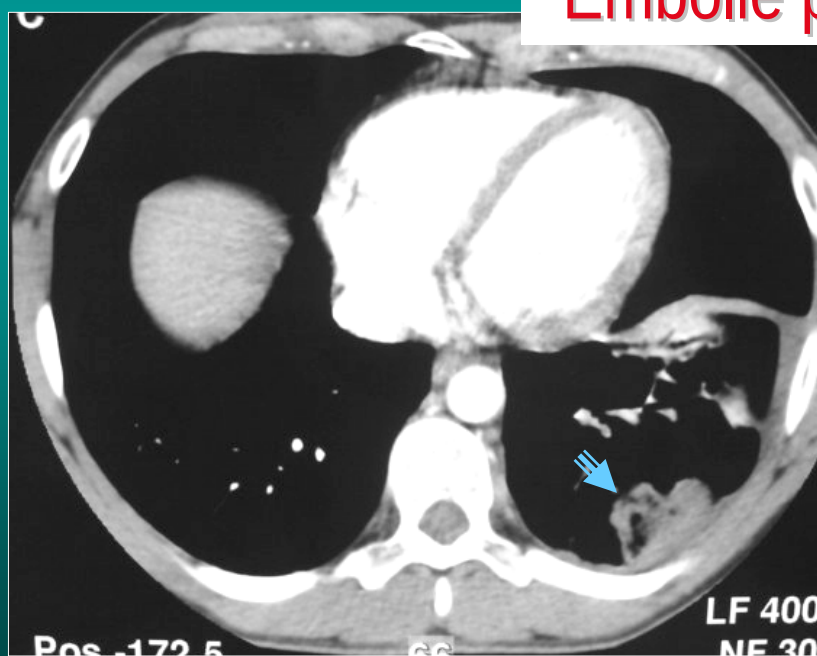
Images de thrombus dans l'AP G
Petit épanchement pleural





Embolie pulmonaire

Image d'infarctus pulmonaire



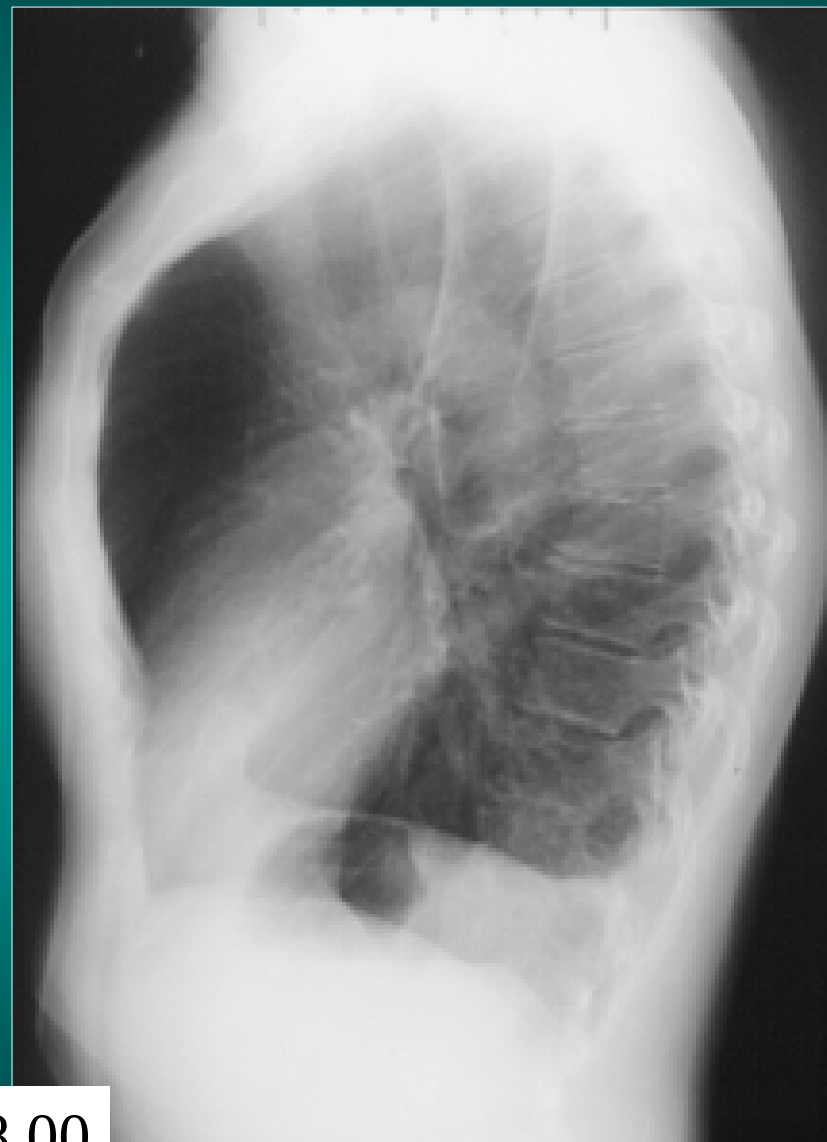
Voyage en avion



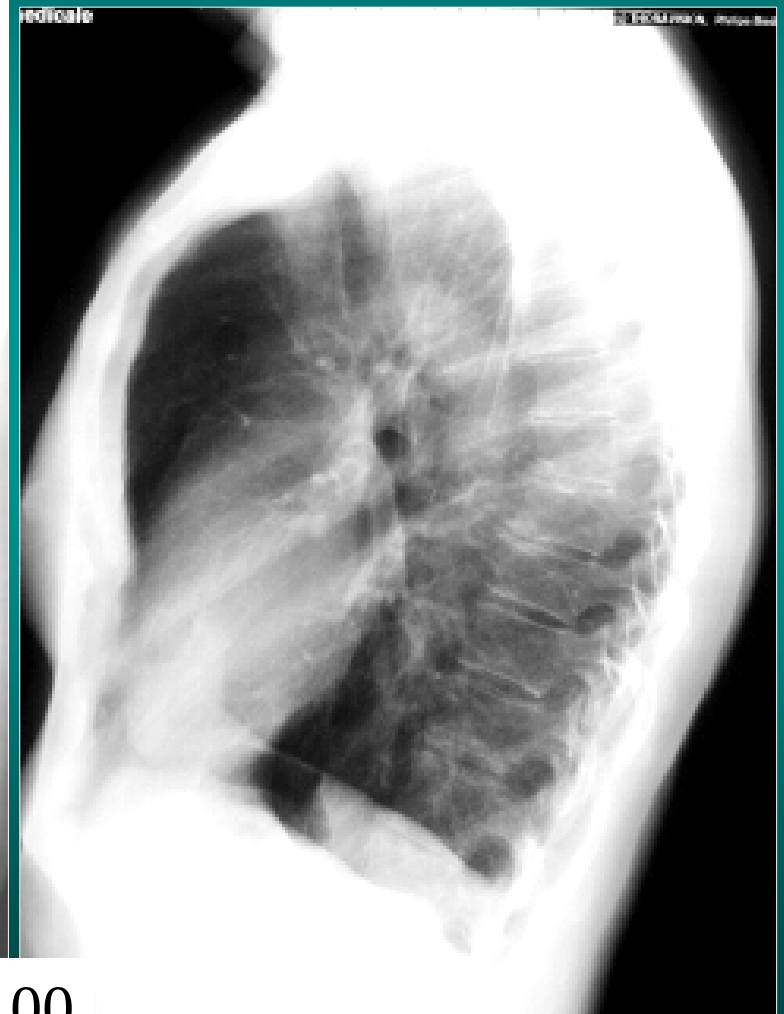
17.08.00

F 57 a, voyage Chicago - Paris 12.08.00
16.08 gêne basi thoracique G
Consulte aux urgences **17.08**
Hospitalisée le **18.08** D dimères -,
TDM épanchement pleural G minime

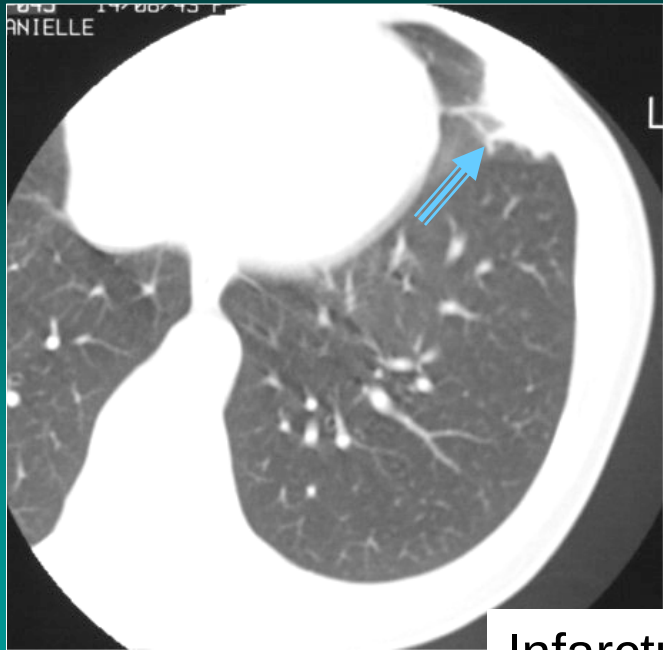




22.08.00

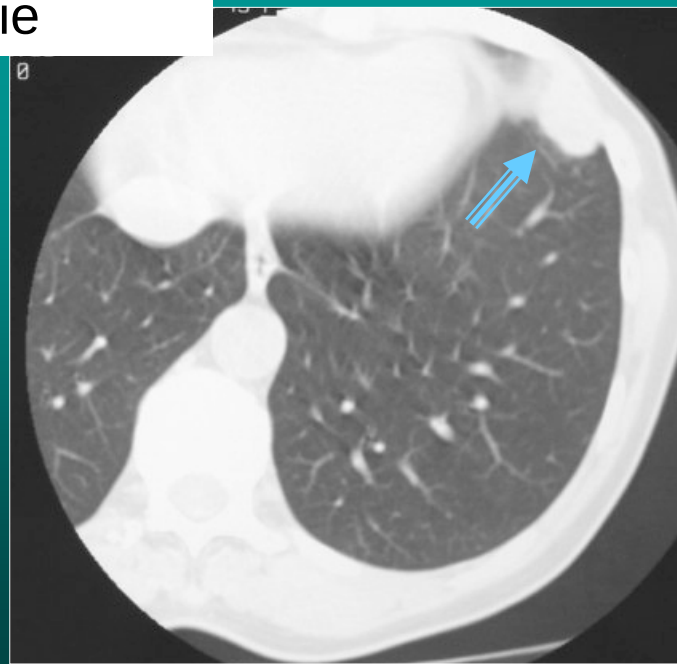
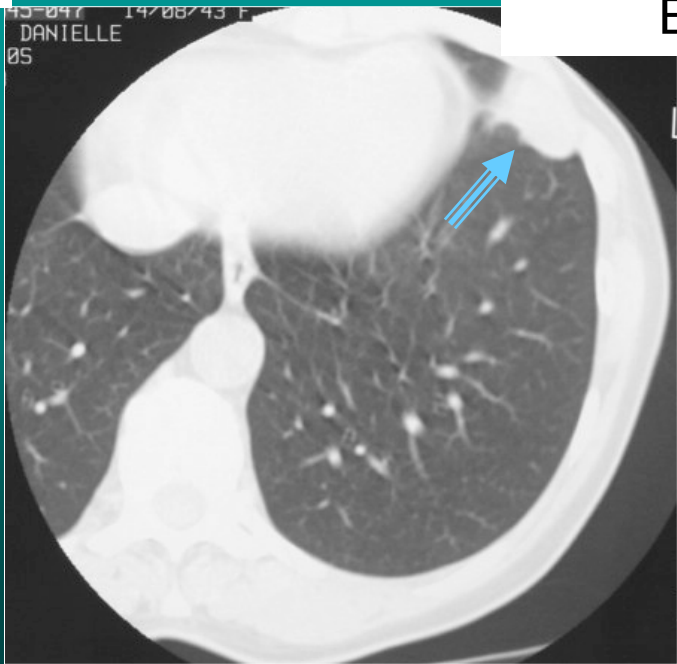


28.08.00



28.08.00

Infarctus pulmonaire
Embolie



Mais aussi
voyage en voiture

F 35 a, Atcd = 0, 3 enfants,
tabac = 0

23.12.03 : 700 km voiture

24.12.03 : gastro-entérite, alitée 48h

26.12 : Douleur brutale basi-thor Dt
+ dyspnée

Rx Tho + écho abdo = No

Retour à Paris en voiture le 27.12

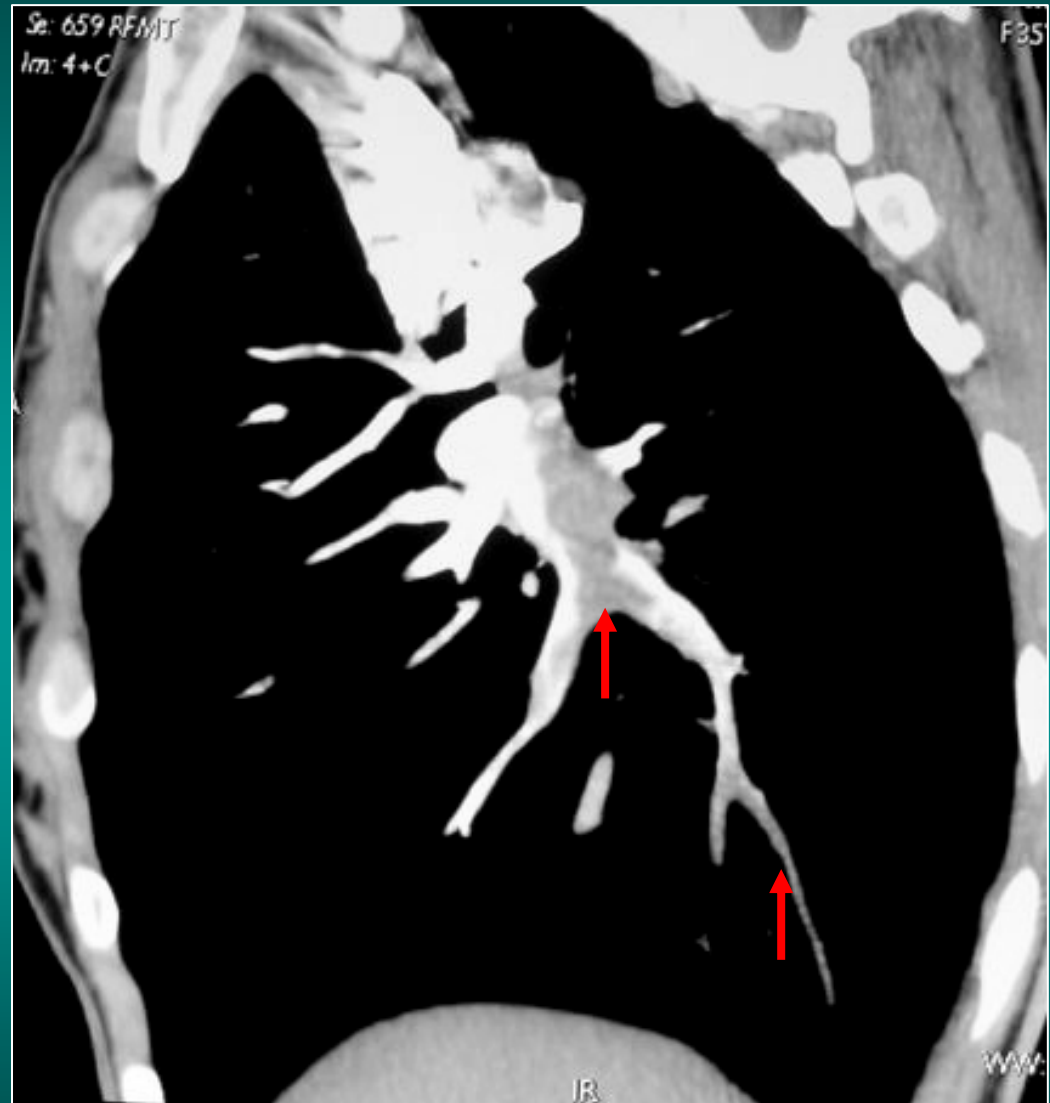
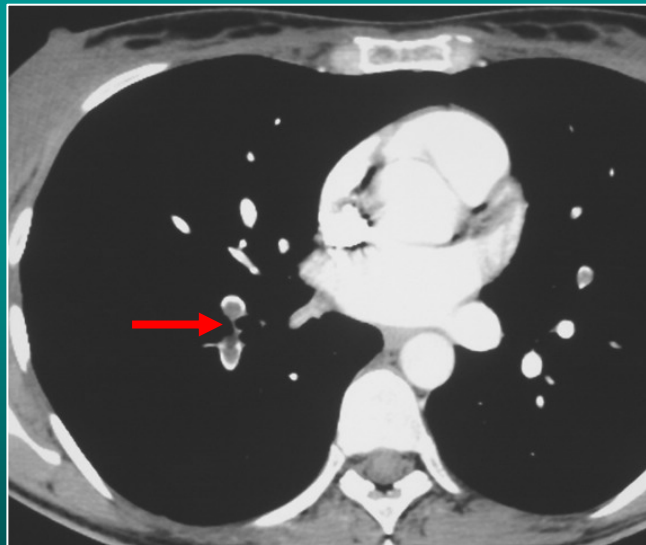
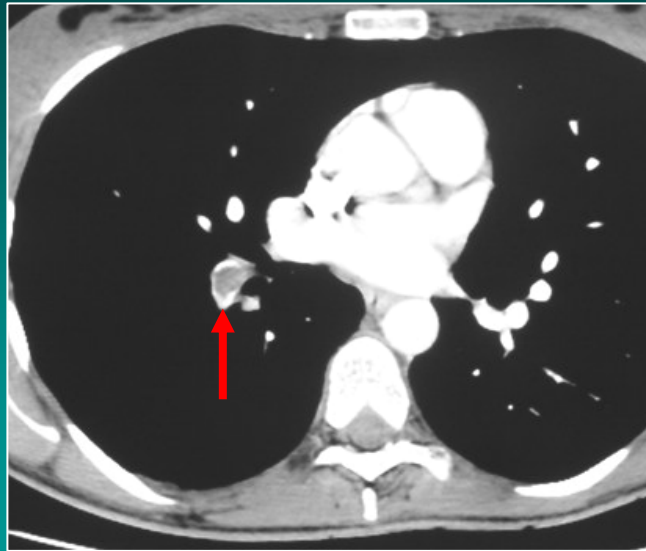
Gêne basi tho Dte persistante

Pneumologue libéral 29.12

D-dimères 4964

SAU SaO₂ 95 %

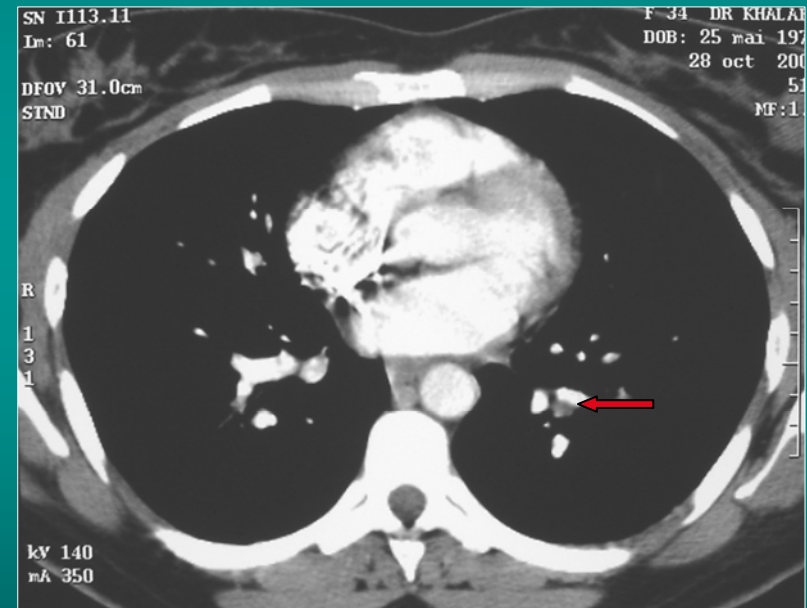
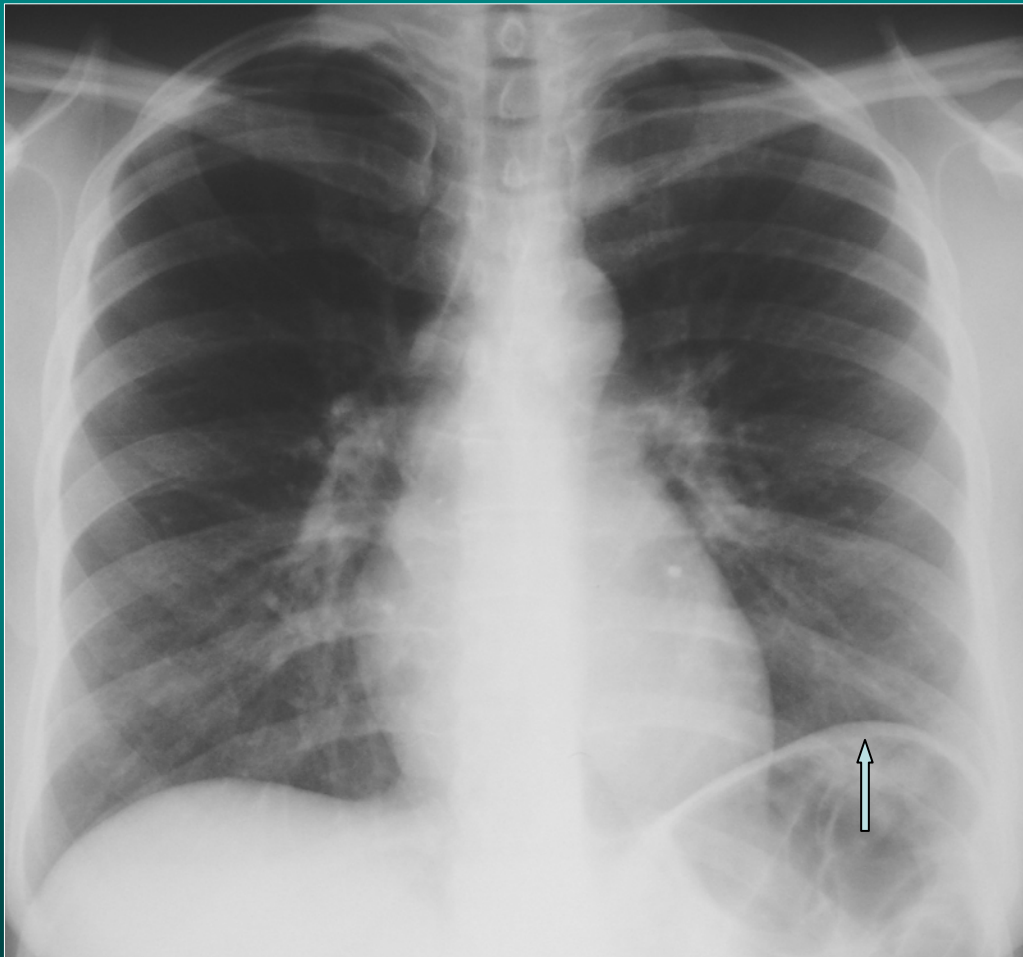




Embolie pulmonaire massive dans l'artère pulmonaire inférieure droite

Et tabac + pilule

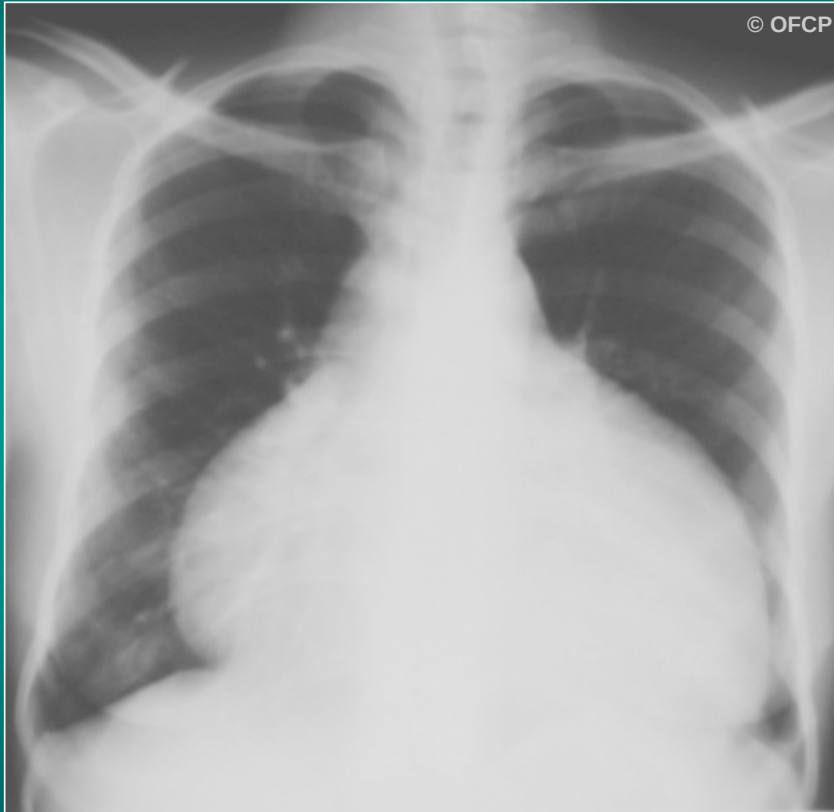
Femme 35 a, douleur thoracique G, tachycardie, dyspnée
Antécédents de tabagisme 10 paquets-années
Contraception par oestro progestatifs depuis 5 ans



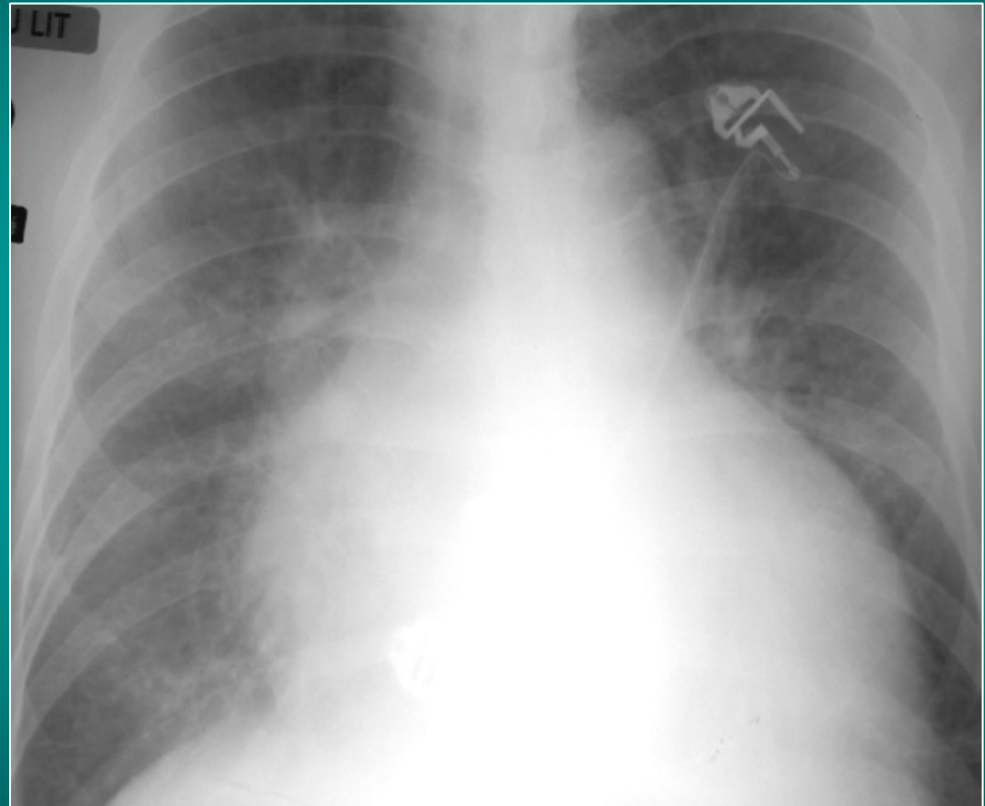
SYNDROME VASCULAIRE

A Retenir
impérativement

Important pour les médecins du PNT de ne pas confondre
péricardite = TB très probable à traiter en urgence
cardiomégalie, à adresser au cardiologue



Péricardite



Cardiomégalie avec HVG

Savoir évoquer une embolie pulmonaire

Le diagnostic d'embolie pulmonaire est difficile
sans un angioscanner

- Contexte clinique évocateur : facteurs favorisant, immobilisation, voyage en avion, tabac+pilule
- Signes cliniques évocateurs (douleur thoracique, tachycardie, dyspnée aiguë) et pas d'autre pathologie évidente (infection, maladie cardiaque)
- Parfois ECG évocateur (cœur pulmonaire aigu)
- Parfois, cliché de thorax évocateur ...