

pour l'ECN : une image , un
diagnostic

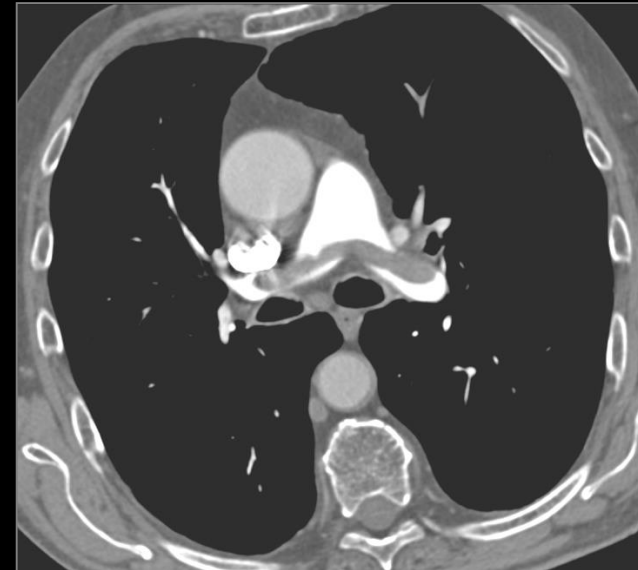
cardiologie

Patiente de 35ans

CAS 15 :

Bilan de suivi d'un adénocarcinome colique opéré

Sous chimiothérapie . Syncope au lever

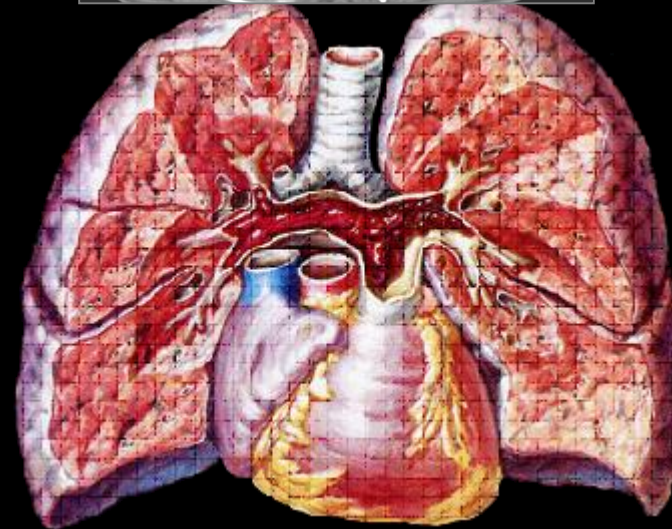
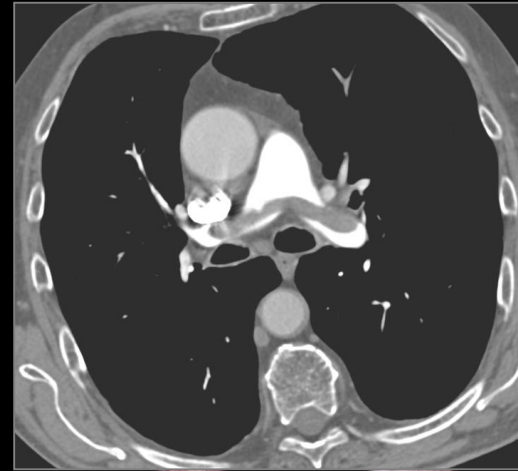


Scanner thoracique et abdomino-
pelvien En coupes axiales

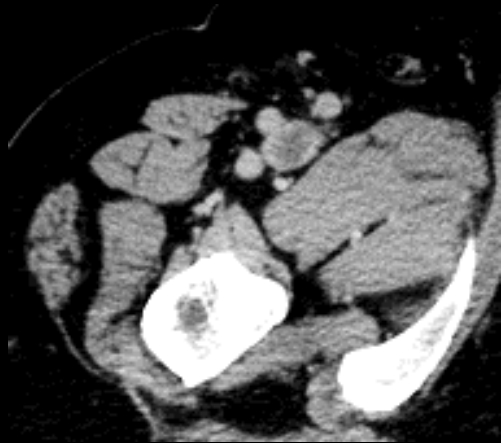
En fenêtre médiastinale et
abdominale

Avec injection au temps artériel
(1ère), au temps veineux (2nde)

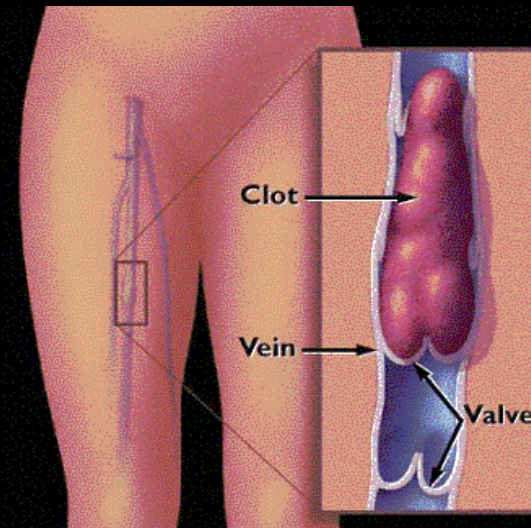
Hypodensité au sein de l'AP droite
et de l'artère lobaire inférieure
gauche → embolie pulmonaire
proximale bilatérale



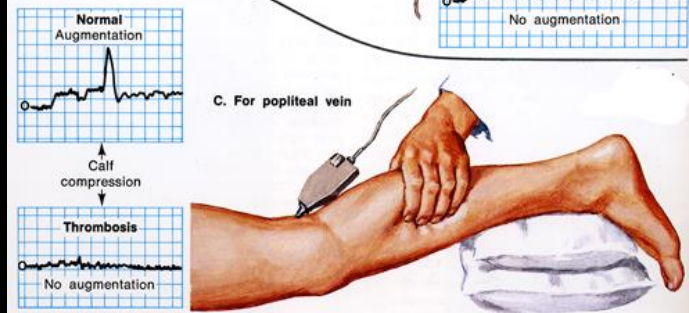
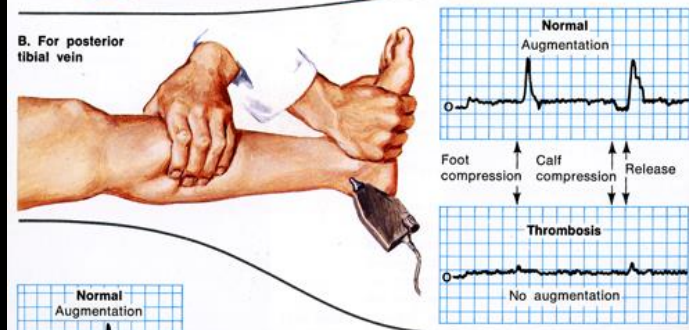
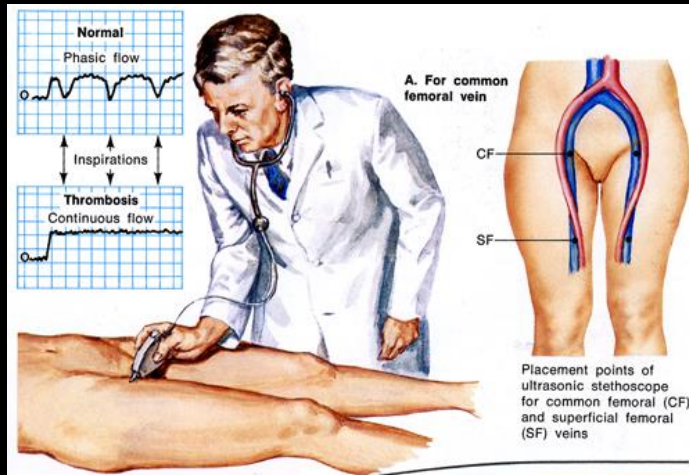
embolie pulmonaire proximale, "en selle"



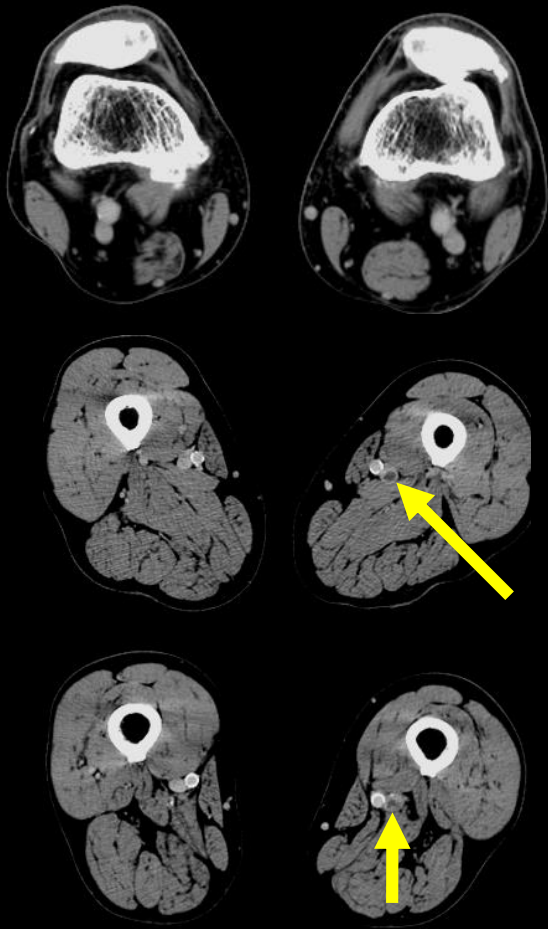
**veine fémorale
superficielle thrombosée**



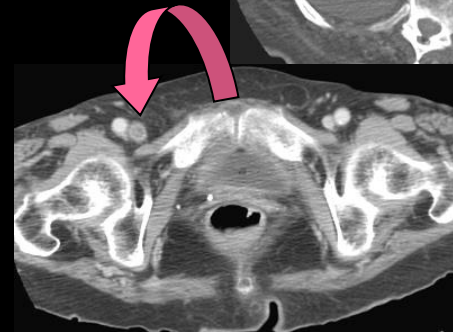
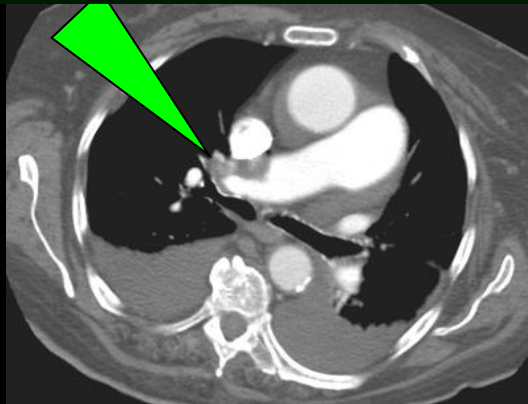
Thrombose veineuse fémorale
superficielle droite:
écho-Doppler veineux des membres
inférieurs dimères



bilan CT "tout en un" de la maladie veineuse thrombo-embolique !!!



Thrombose veineuse profonde des MI



CAS 16 :

Patiente de 45ans traitée par HBPM (chirurgie orthopédique récente)





Thrombose VC inf/ Hématome du muscle grand droit gauche

Scanner abdomino-pelvien injecté au temps portal

Coupe axiale

Hypodensité au sein de la veine cave inférieure-->volumineux **thrombus** "flottant" de la VCI



Hyperdensité au sein du muscle grand droit gauche hypertrophié→
hématome du muscle grand droit gauche

CAS 17 :

Patient de 69ans

Douleurs abdominales diffuses

ATCD : ACFA anticoagulé par AVK



Scanner abdomino-pelvien
injecté

Coupe axiale

Hyperdensité des muscles
et grand droit gauches
hypertrophiés

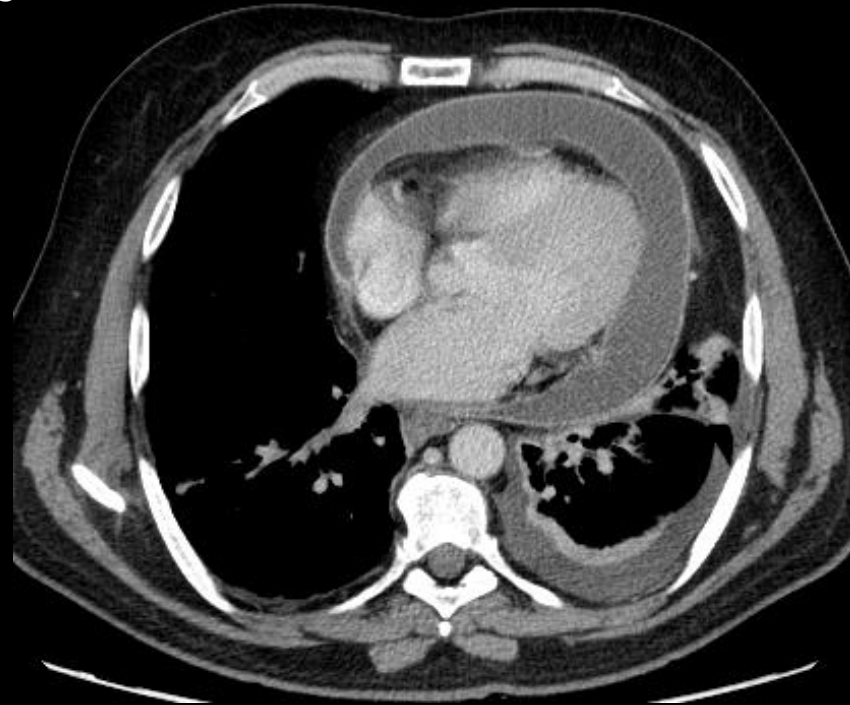
→ **hématomes musculaires**
(accident des anticoagulants)



Patient de 45ans , dyspnée modérée

CAS 18 :

Douleurs de l'hypochondre droit depuis plusieurs semaines
semaines



Scanner thoracique injecté

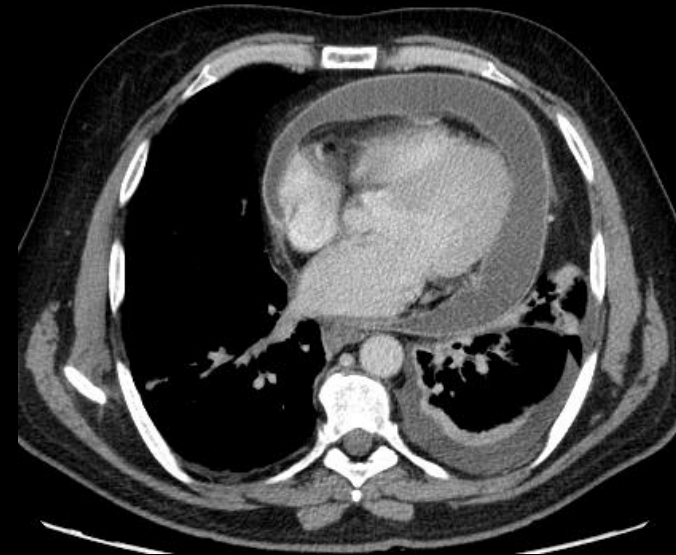
Coupe axiale

Fenêtre parenchymateuse

Épanchement péricardique
circonférentiel de grande abondance
→ **péricardite liquidienne**

Pas de septum paradoxal

Épanchement pleural gauche avec
atélectasie passive de contact

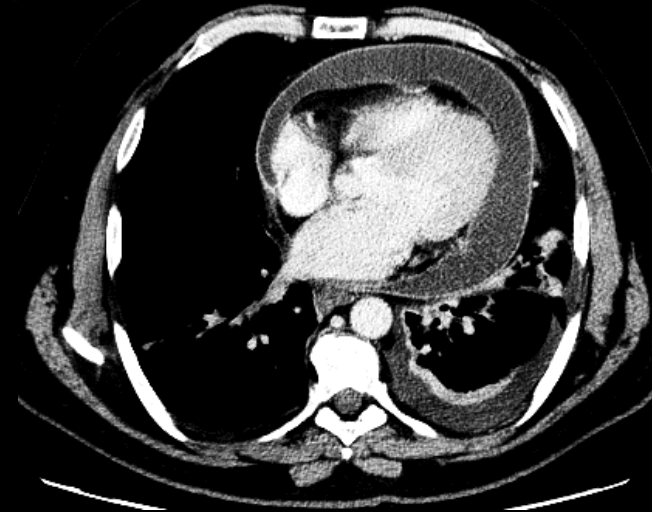
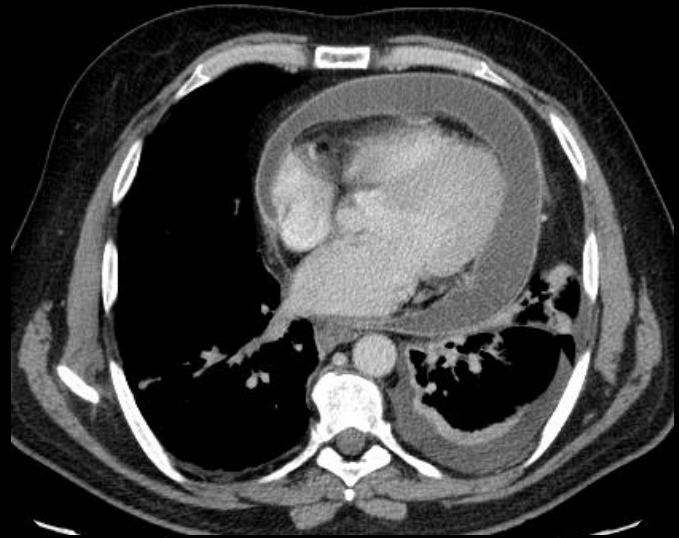


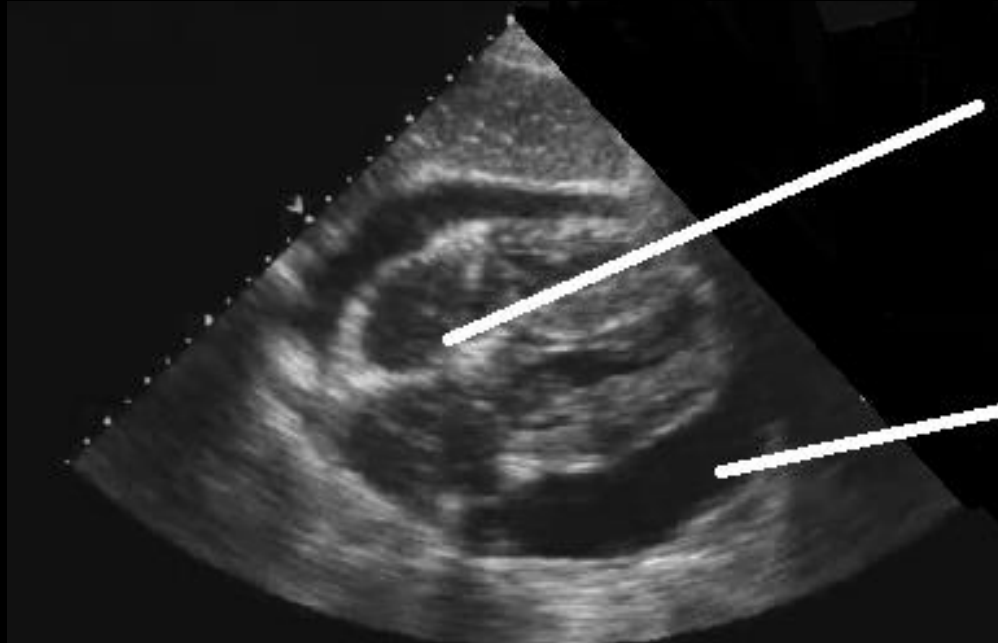
**péricardite liquidienne exsudative
inflammatoire ou infectieuse** , en fait
tuberculeuse

avec l'"œil densitométrique" , vous avez bien d'autres éléments sémiologiques:

-densité du liquide péricardique > densité du LCR et du liquide pleural , donc **exsudat péricardique** et transsudat pleural (hydrothorax)

-feuillet épicaudique et péricardique épaissis et rehaussés de façon durable





Septum paradoxal

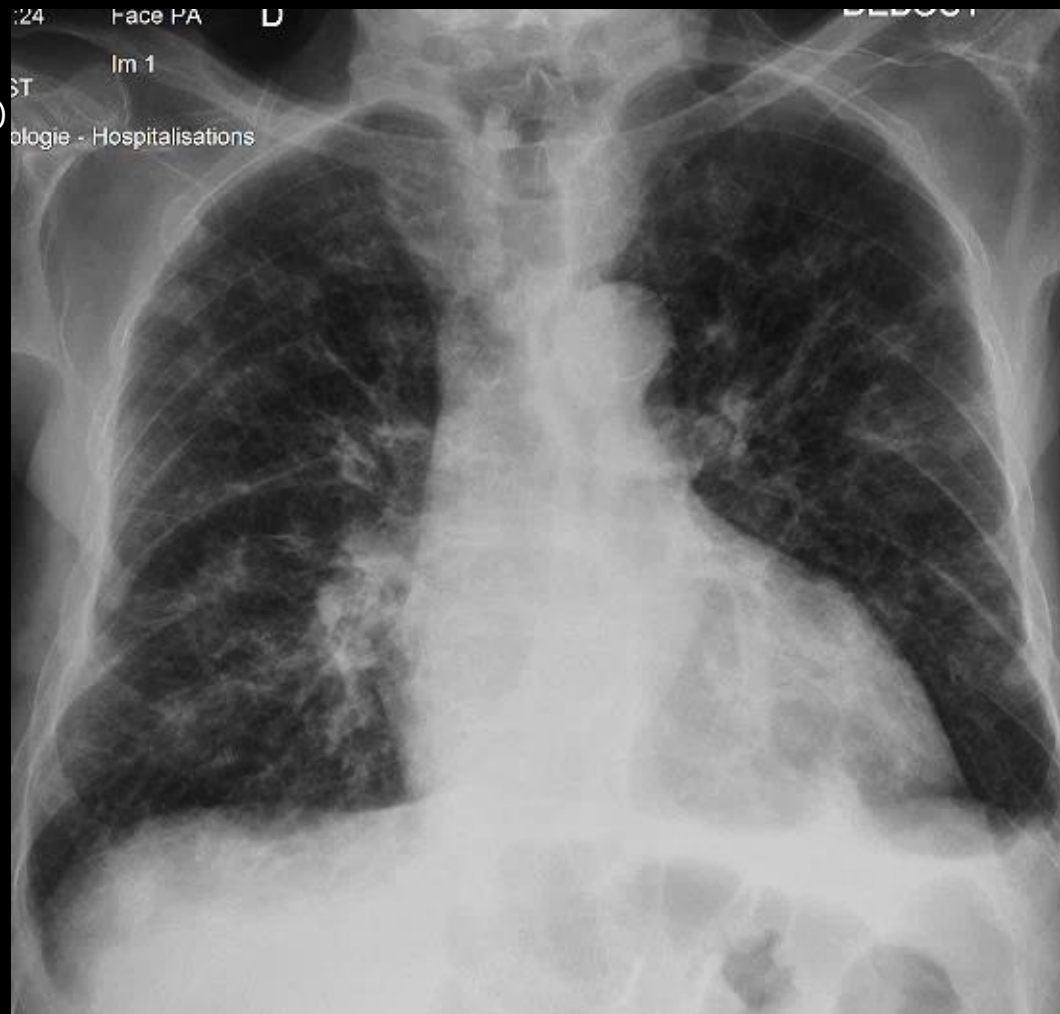
**Epanchement
péricardique
circonférentiel**

Tamponnade

Patient de 80ans

Dyspnée (orthopnée)

Sibilants diffus

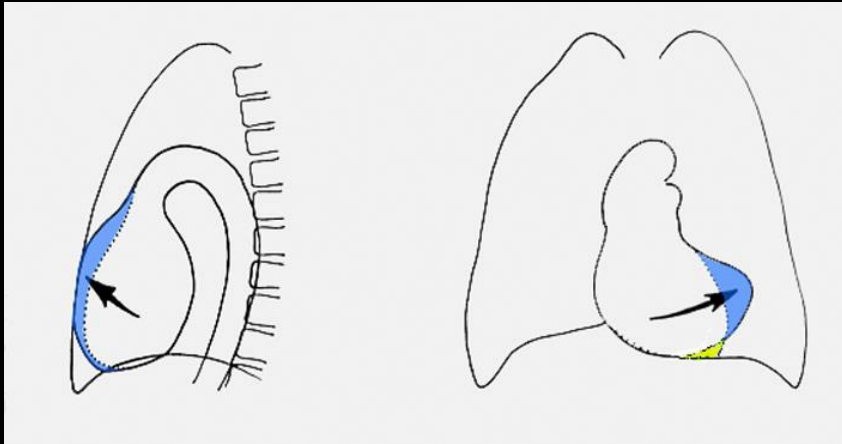


CAS 19 :

-index cardio-thoracique > 0,55

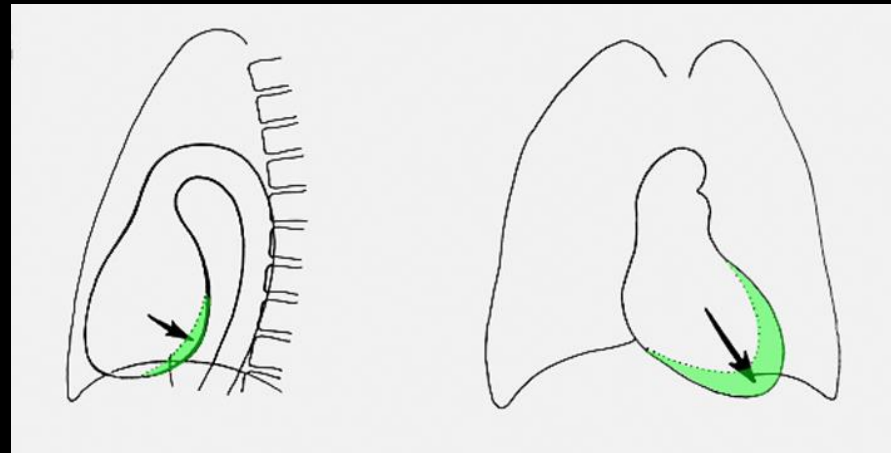
saillie arc inférieur droit (atrium D)

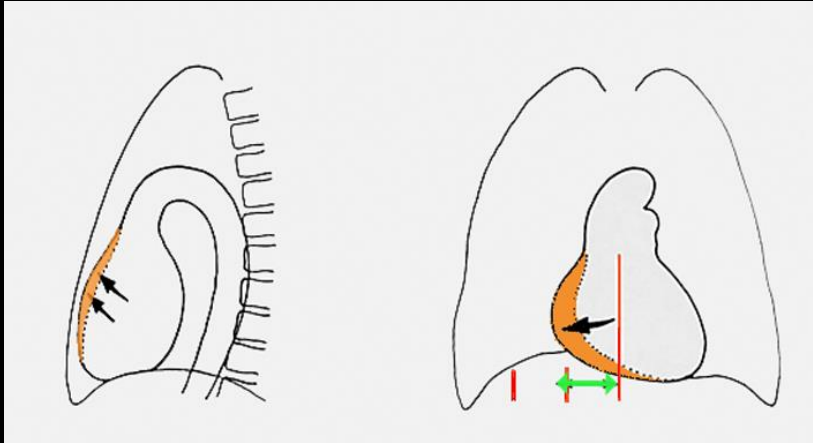
allongement arc inférieur gauche pointe
sous diaphragmatique (VG)



dilatation ventriculaire D

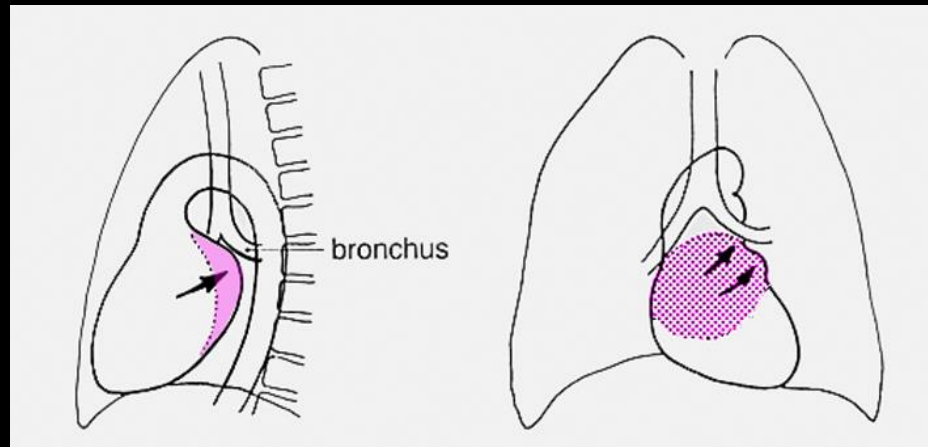
dilatation ventriculaire G





dilatation atriale D

dilatation atriale G



Y a-t-il une masse
médiastinale haute

- index cardio-thoracique $> 0,55$
- saillie arc inférieur droit (atrium D)
- allongement arc inférieur gauche pointe
sous diaphragmatique (VG)

vasculaire

- redistribution vasculaire bi-apicale

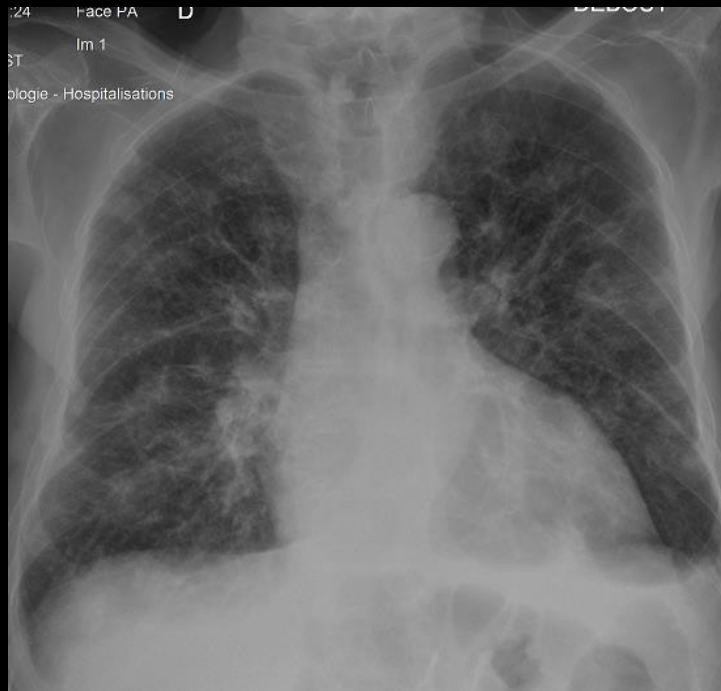
interstitiel

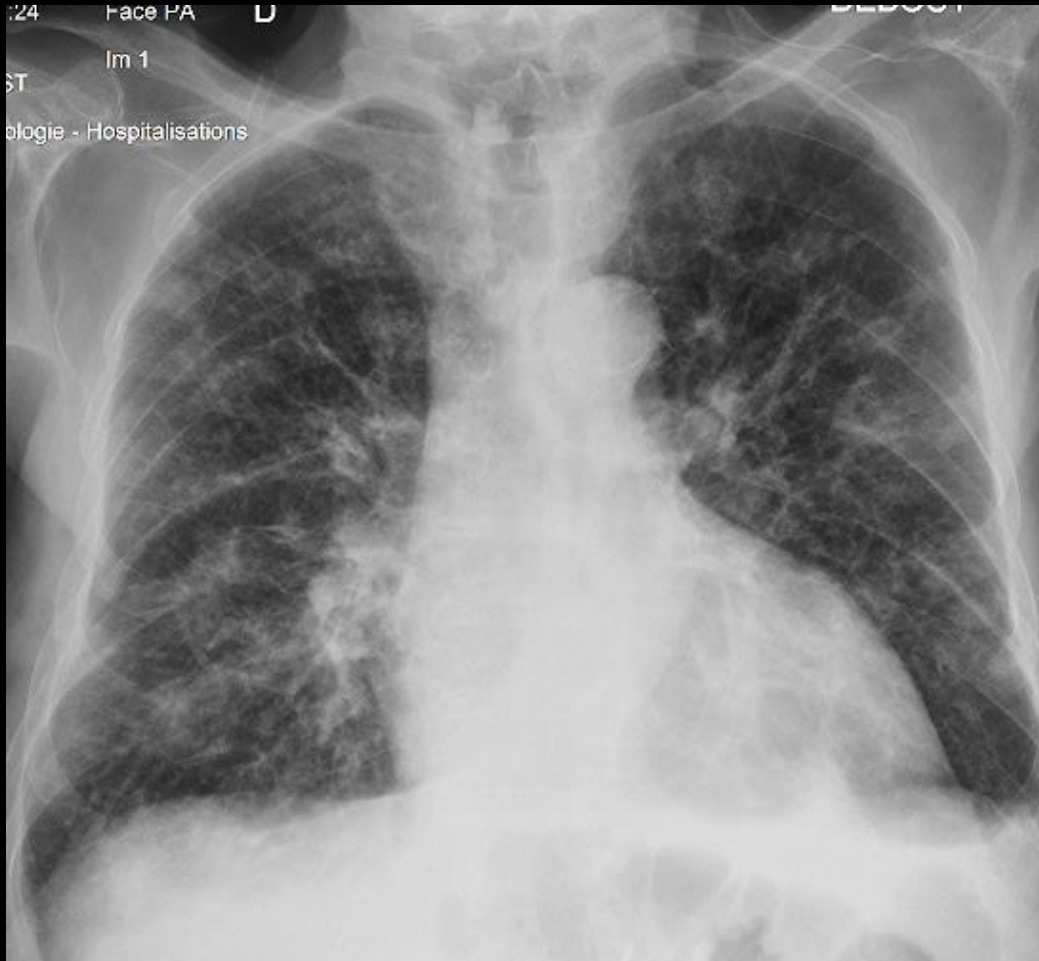
- cul de sac pleural émoussé (gauche)

lignes de Kerley B

alvéolaire

- plages de verre dépoli péri-hilaires
bilatérales





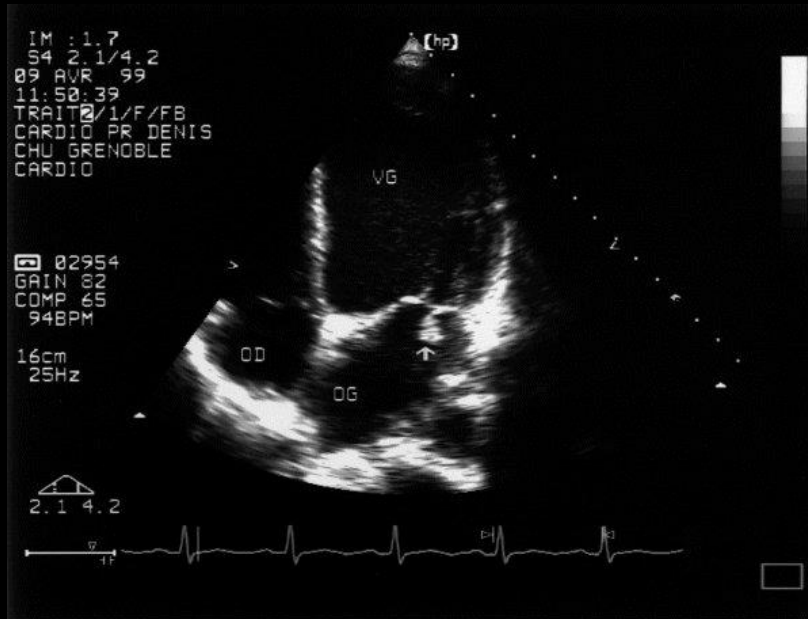
insuffisance cardiaque gauche avec hypertension pulmonaire et œdème pulmonaire
cardiogénique

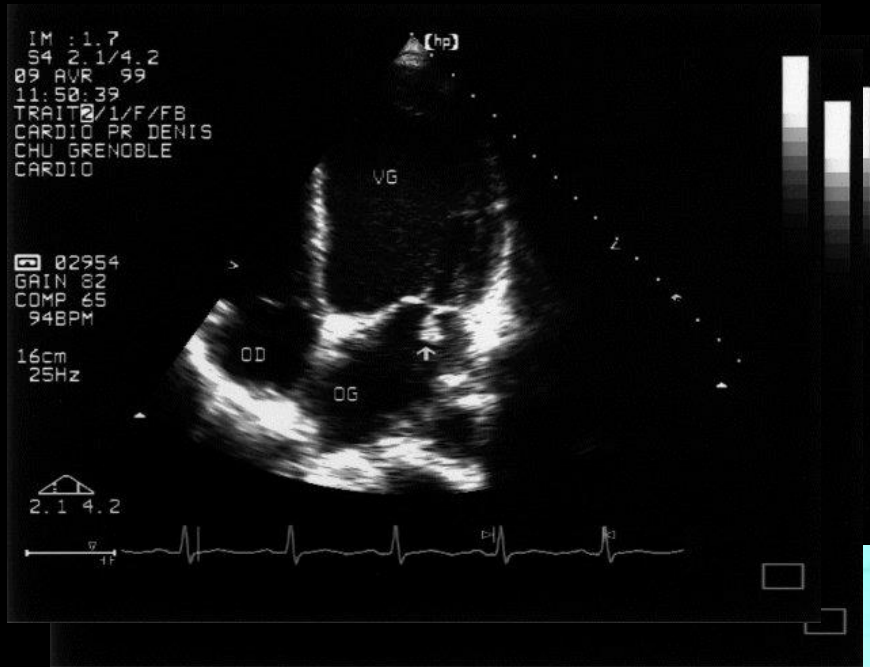
Patient de 45ans
progressive

Dyspnée

AEG+ fièvre depuis 1 mois Éruption
cutanée

CAS 20 :





Endocardite infectieuse subaiguë
maladie d'Osler

placards érythémateux palmo-plantaires

"de Janeway" d'Osler : nodosités

bleuâtres ou rosées, toujours

douloureuses, siégeant à la pulpe des

doigts ou des orteils dont l'examen doit

être systématique. Leur fugacité en fait

surtout un signe d'interrogatoire



Echographie trans-thoracique Coupe 4 cavités

Image appendue à la valve mitrale sur son versant atrial , d'environ 1 à 2cm : végétations

→ endocardite subaiguë développée sur une valvulopathie pré-existante



rechercher

faux anévrysmes infectieux (mycotiques) encéphale, micro-anévrysmes

embolies viscérales rate et reins (pas foie, pourquoi ?)

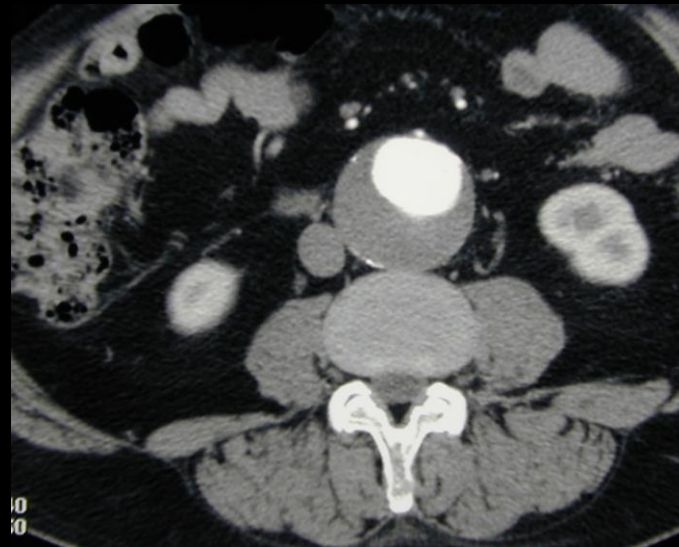
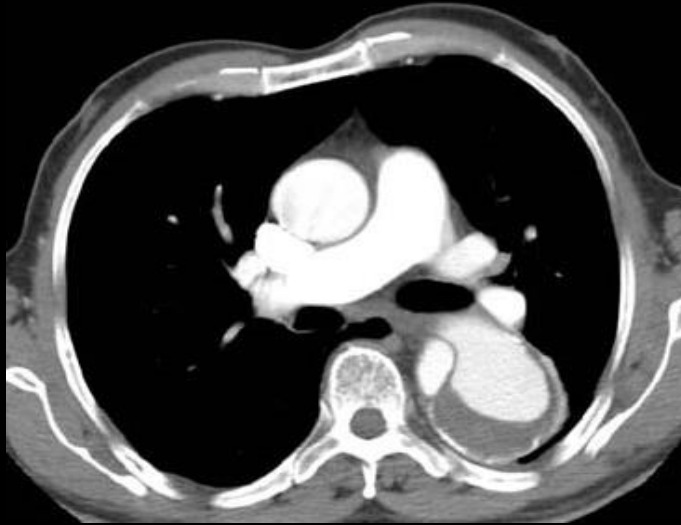
embolies artérielles périphériques

localisations septiques : spondylodiscites ++++

Patient de 80ans

Bilan systématique pour exposition à l'amiante

CAS 21 :



Scanner thoracique et abdominal injecté, au temps artériel

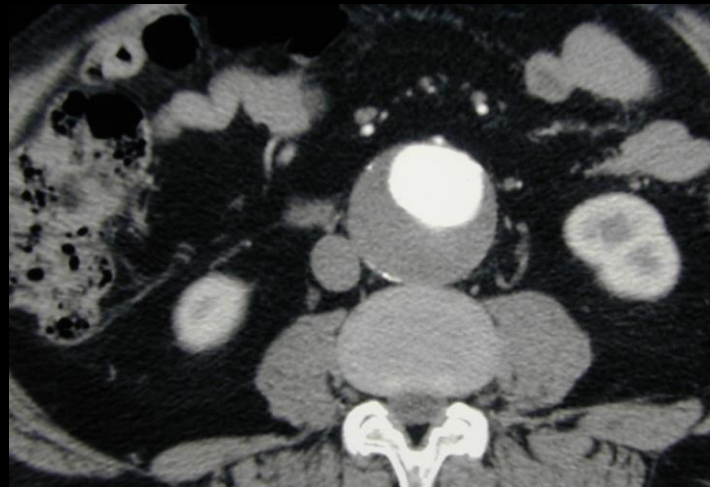
Augmentation du diamètre de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte abdominale

→ anévrisme disséquant chronique du segment thoraco-abdominal de l'aorte

facteurs de risques de rupture : taille >50 mm **chenal excentré**

signes de déstabilisation ; **crescent sign**

discontinuités des plaques calcifiées pariétales



CAS 22 :

Patient de 87ans

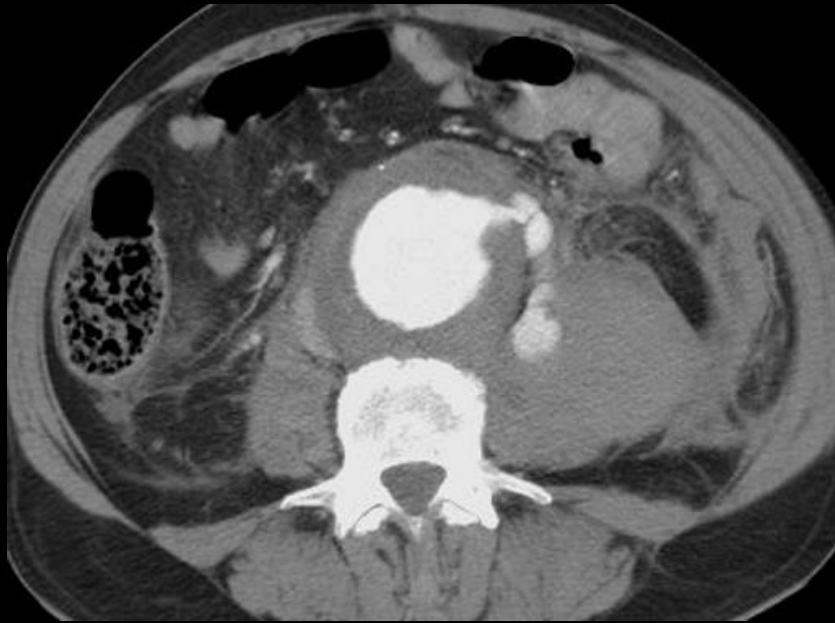
Douleurs abdominales et du flanc avec irradiations scrotales

Défense

Hypotension, tachycardie



Rupture "contenue" d'un anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale dans le rétropéritoine. Hématome rétro-péritonéal



Scanner abdomino-pelvien injecté au temps artériel

En coupe axiale

Augmentation du calibre de l'aorte abdominale : anévrisme

Perte de continuité de la paroi aortique avec extravasation de PDC : rupture de la paroi externe

Hématome au sein du rétro-péritoine

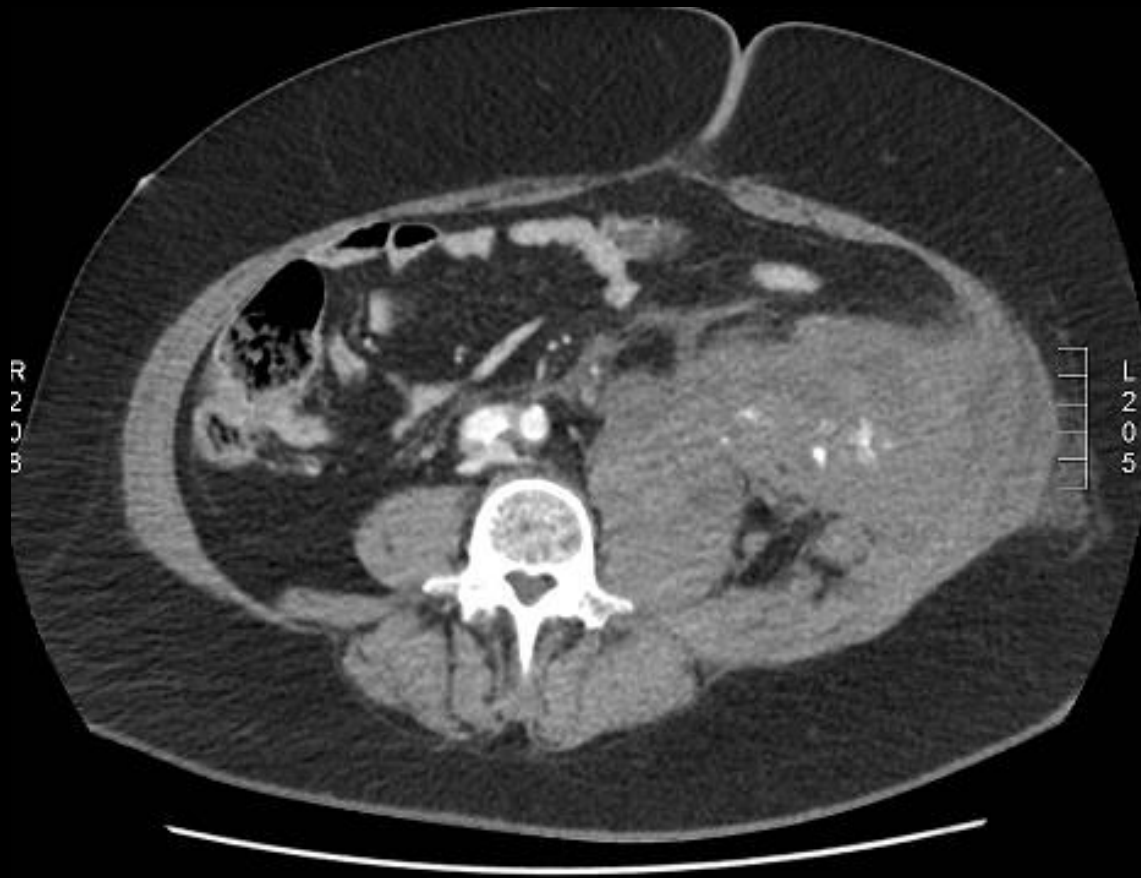
→ Rupture d'un anévrisme aortique dans le rétropéritoine

CAS 23 :

Patiente de 87ans

Douleur de la hanche gauche post-traumatique avec cruralgies

ATCD EP il y a 3mois



Hématome ilio-psoas gauche avec petites extravasations

Scanner abdomino-pelvien au temps artériel

En coupe axiale

Hyperdensité du muscle psoas gauche : hématome musculaire

Hyperdensité en son sein : saignement actif

→ Hématome psoas gauche avec saignement ~~actif~~ extravasat

(si le volume apparent de l'extravasat s'accroît sur un contrôle à 3-5 minutes
c'est un saignement actif)