



homme 52 ans , défaillance cardio-circulatoire aiguë ,4 heures après un voyage aérien de 10 heures en classe économique.

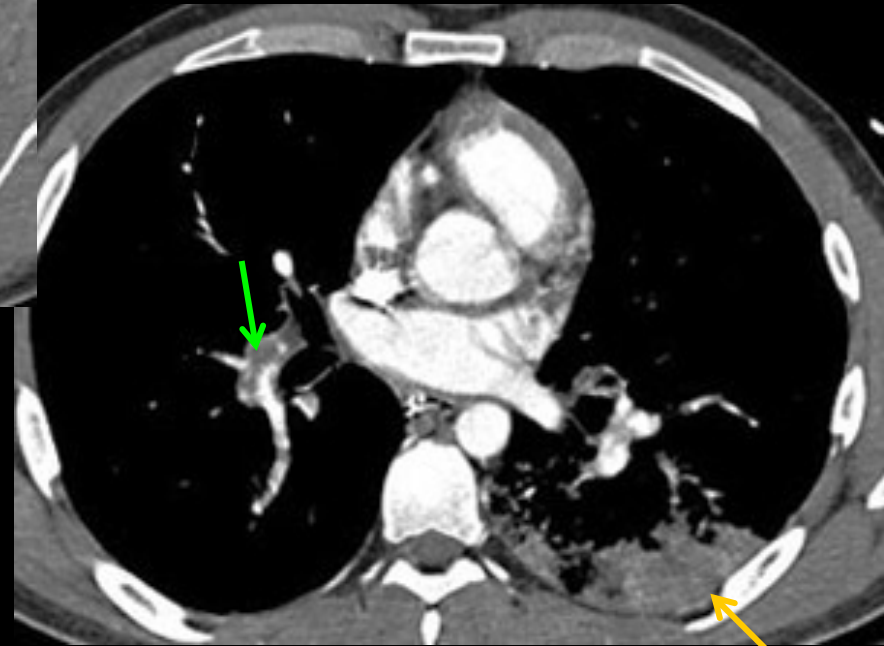
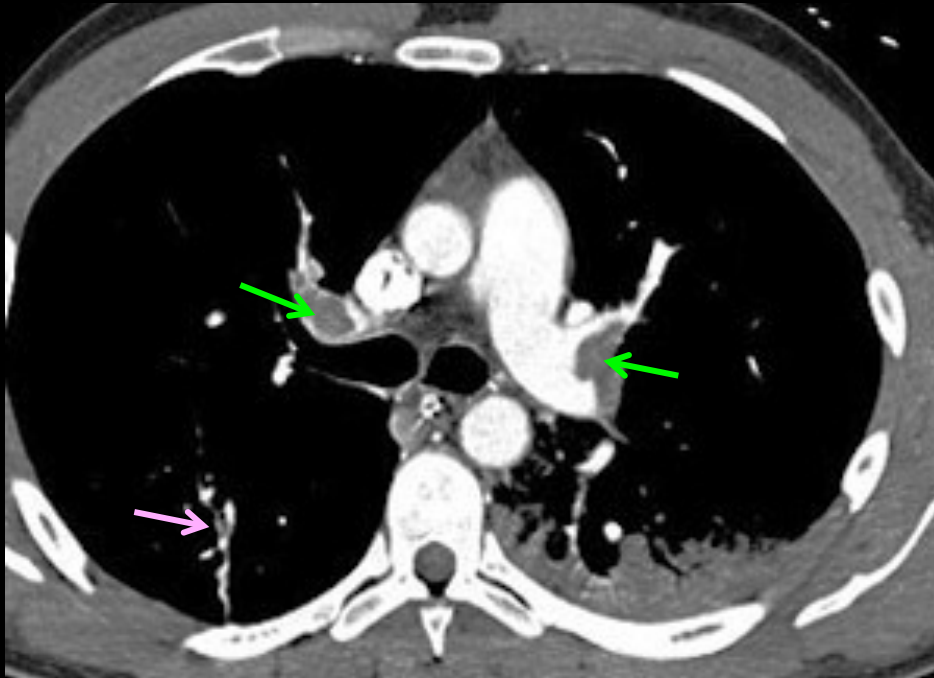


- hypertransparence de l'hémi-champ pulmonaire droit
- raréfaction des images vasculaires (signe de Westermark)
- saillie de l'artère pulmonaire droite dilatée (signe de Fleischner)
- opacités non systématisées du poumon gauche avec bronchogramme aérien (comblement alvéolaire)
- aspect "en mosaïque" du parenchyme du poumon droit

Principaux éléments sémiologiques

Localisation des anomalies

Orientations étiologiques



Principaux éléments sémiologiques

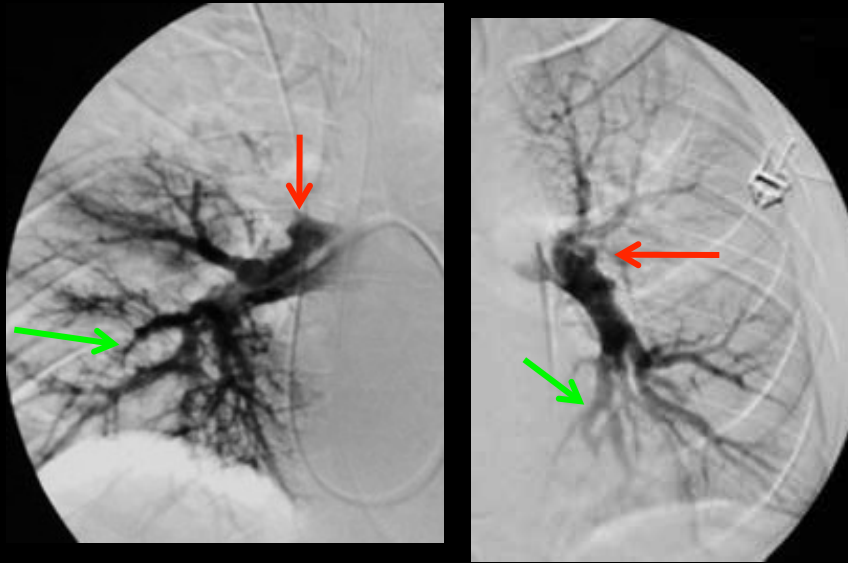
Localisation des anomalies

Orientations étiologiques

-emboles cruoriques dans les branches artérielles lobaires supérieure droite ,inférieures bilatérales ,dont certains déjà "pariétalisés"

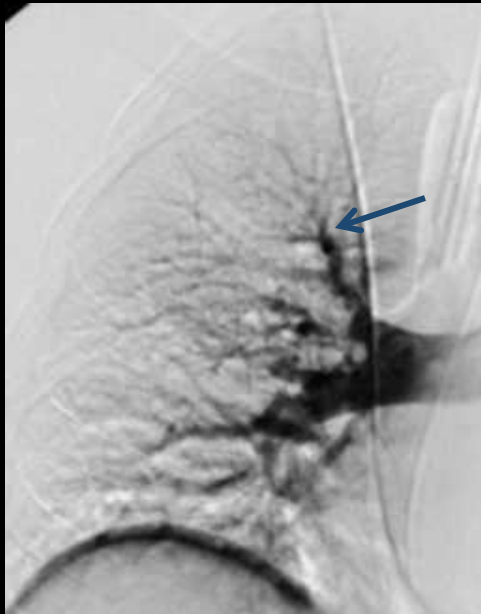
-condensation parenchymateuse non systématisée ,sous pleurale gauche

quel est l'examen ci-dessous ; comment le pratique-t-on ; quelles sont les principales anomalies observées, quelles sont ses indications actuelles



-angiographie pulmonaire sélective droite :  
.embole obstructif de la branche lobaire supérieure  
.emboles sous segmentaires du lobe moyen et de la pyramide basale

\_ à gauche :  
.embole obstructif de la branche linguale  
.emboles sous segmentaires du lobe supérieur et de la pyramide basale



Contrôle après traitement (fibrinolyse par voie endovasculaire)

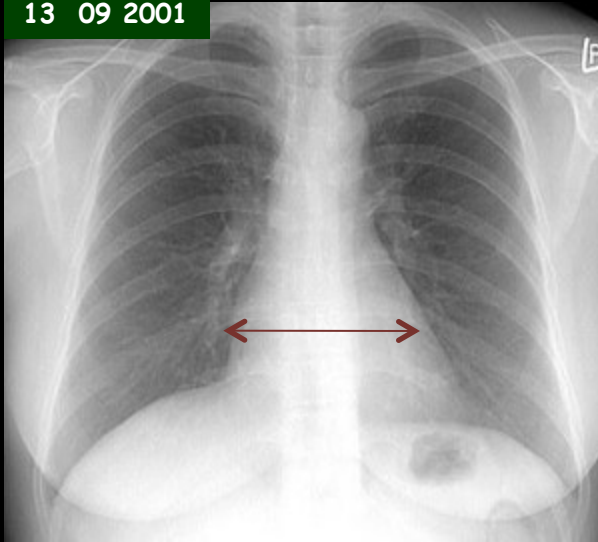
-nette régression des emboles  
-persistance d'une lacune proximale et d'obstructions segmentaires et sous segmentaires des trois lobes

EP sévère avec risque important d'évolution vers un CPC post embolique ; nécessité de poursuivre le traitement anticoagulant .suivi clinique : dyspnée

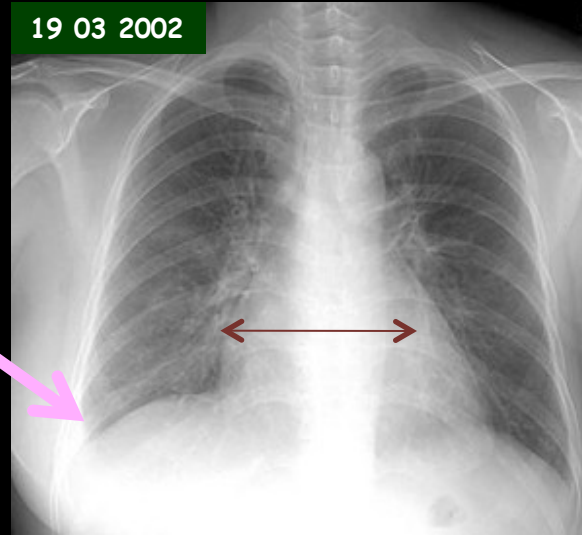
femme 58 ans , dyspnée progressive, devenue invalidante  
antécédent de carcinome mammaire traité par radiochimiothérapie



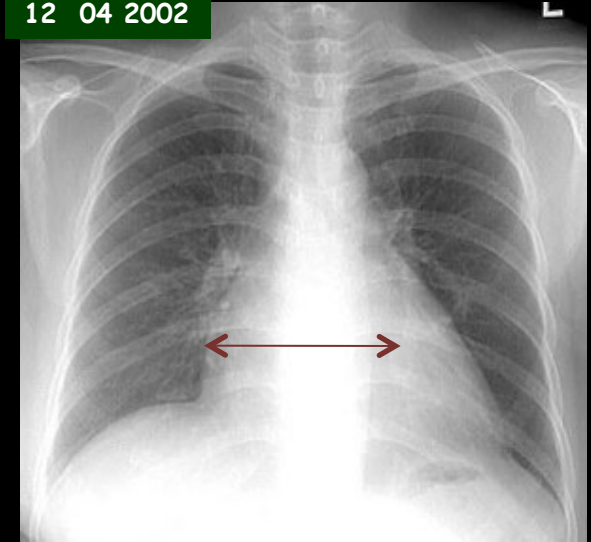
13 09 2001



19 03 2002



12 04 2002



### Principaux éléments sémiologiques

Localisation des anomalies

Orientations étiologiques

-insuffisance cardiaque congestive

-péricardite

-auscultation cardiaque et pulmonaire

-ECG , dosage BNP

-échocardiographie

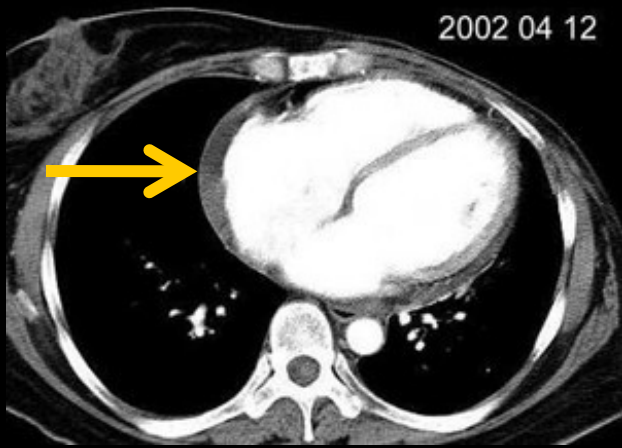
-CT

-augmentation progressive de l'index cardio-thoracique

-lame liquidienne pleurale droite avec redistribution vasculaire biapicale et œdème pulmonaire sur le second cliché

-aspect triangulaire du cœur sur le troisième cliché

-disparition de l'ombre mammaire gauche entre clichés 1 et 2 !!!



Principaux éléments sémiologiques  
Localisation des anomalies  
Orientations étiologiques



- dilatation globale des cavités cardiaques
- lame liquidienne péricardique
- mammectomie gauche

-échocardiographie : diminution de la FE du VG à 25% ; dysfonction ventriculaire gauche

Dilatation du VG et des 2 atriums

-la patiente avait reçu 4 cures de chimiothérapie comportant de l' **adriamycine** (doxorubicine) ,soit 360 mg/m<sup>2</sup> de surface corporelle.

**Les dérivés de l'anthracycline** et spécialement la doxorubicine sont de puissants antimitotiques qui, à doses élevées (supérieures à 550 mg/m<sup>2</sup>) peuvent entraîner une insuffisance cardiaque fatale. C' est le VG qui est préférentiellement touché

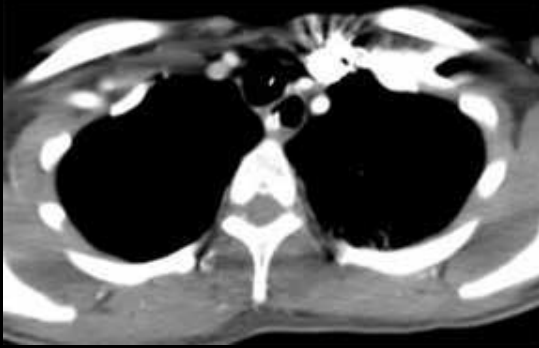
La formation de radicaux libres ,la libération de catécholamines , d' histamine ,les altérations des fonctions mitochondriales , les lésions de l' ADN sont à l' origine d' une dégénérescence vacuolaire et de lésions fibrillaires

**Les facteurs de risque associés** : âge > 70 ans , cardiopathie ischémique , irradiation , HTA , **drogues associées** (cyclophosphamide)

**Les effets observés peuvent s'aggraver** durant 10 ans après la chimiothérapie

jeune sportif professionnel 20 ans ; à fait un arrêt cardiaque au cours d'un entraînement de football

RECHERCHE ALL RIGHTS RESERVED  
All Rights Reserved

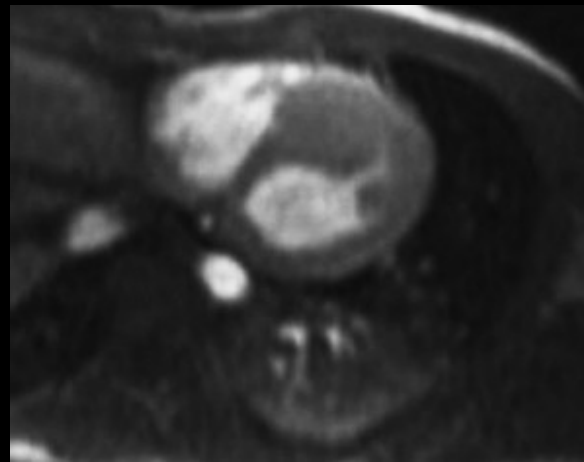
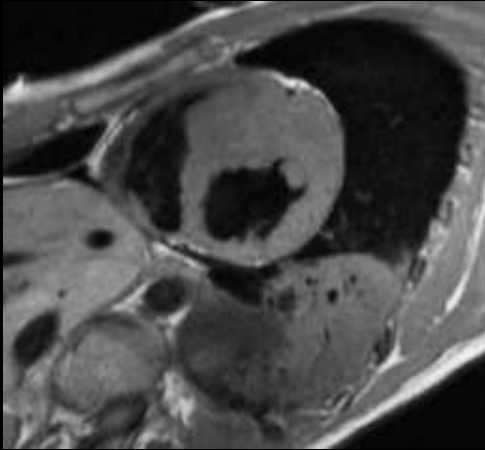


Technique  
Principaux éléments sémiologiques  
Localisation des anomalies  
Orientations étiologiques

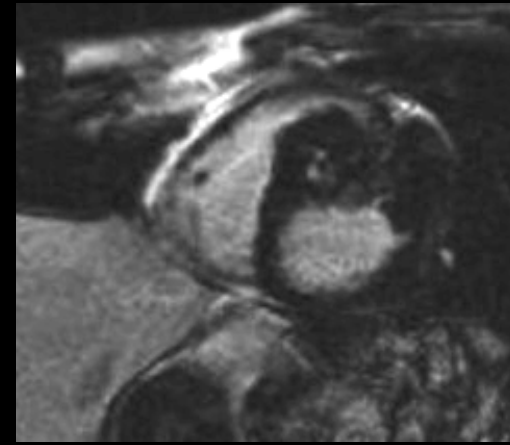


-important épaissement du myocarde du ventricule gauche : hypertrophie ventriculaire gauche

-nette prédominance au niveau du septum interventriculaire



après injection ; phase précoce



après injection ; phase tardive

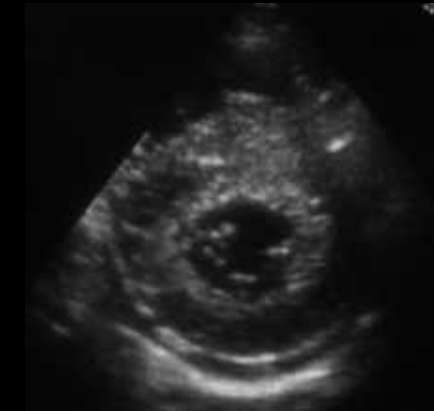
**Technique**  
**Principaux éléments sémiologiques**  
**Localisation des anomalies**  
**Orientations étiologiques**



-important épaissement du myocarde du ventricule gauche : hypertrophie ventriculaire gauche

-nette prédominance au niveau du septum interventriculaire

-rehaussement 'ponctué' du myocarde hypertrophique du septum saillant dans le ventricule



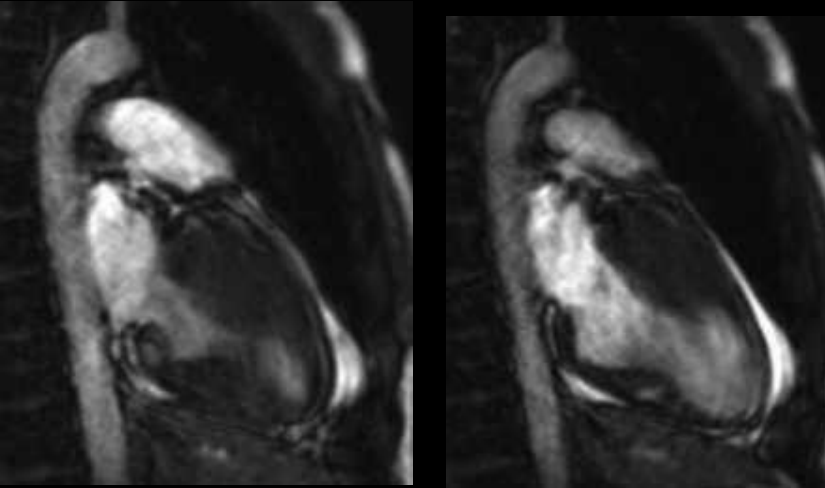
séquences à l'état d'équilibre : TrueFISP;FIESTA; balanced FFE (sans injection de PC) ; quelle (s) est(sont) la (les) différence(s) et comment les interpréter ? ? ?

### Technique

Principaux éléments sémiologiques

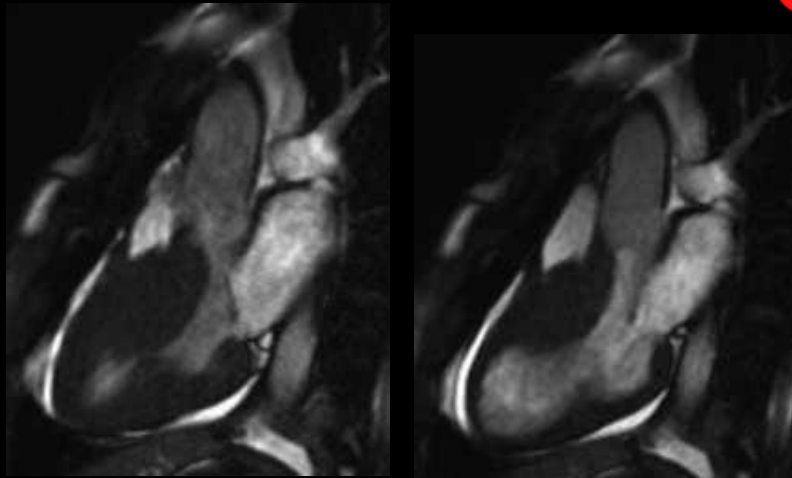
Localisation des anomalies

Orientations étiologiques



-incidences deux chambres ; en télésystole et télédiastole

-hypertrophie asymétrique du septum interventriculaire avec saillie intraventriculaire gauche et VG hyperkinétique (FEVG 74%)



-incidence de la chambre de chasse du VG (LVOT left ventricular outflow tract )

-sténose dynamique de la chambre de chasse du VG durant la systole



-la cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMHO) est une **maladie génétique du myocarde** touchant **0,2 % de la population**

-cause la plus fréquente de mort subite avant 30 ans, par fibrillation ventriculaire ou tachycardie ; touche de façon identique les 2 sexes.

-le degré de retard du rehaussement est corrélé au degré de fibrose et au risque de mort subite

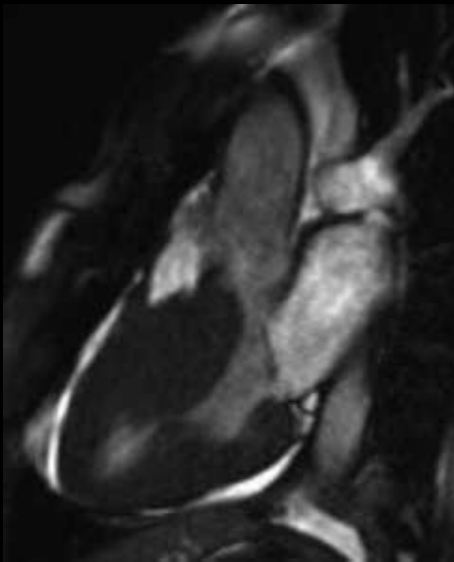
-l'épaisseur normale de la paroi du ventricule gauche est de 12 mm ; elle est généralement augmentée en cas de CMH et  $> 15$  mm.

-il y a une hypertrophie asymétrique sans dilatation et une hyperkinésie du VG

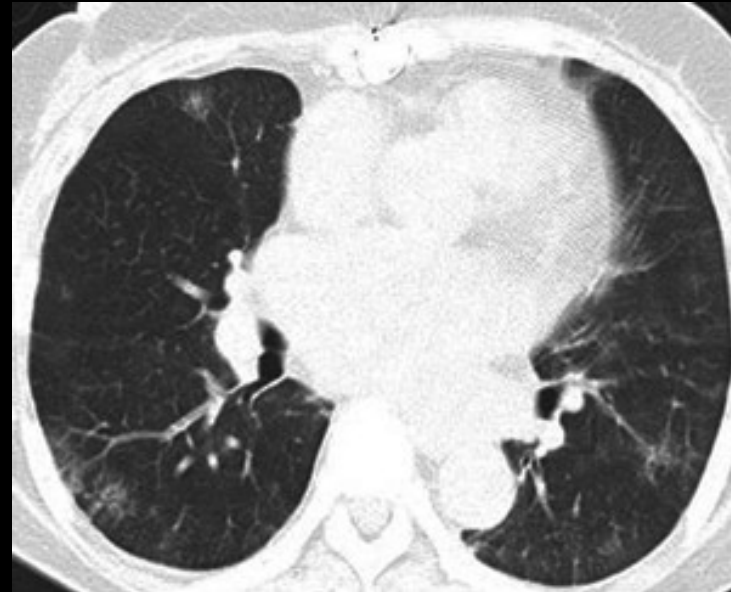
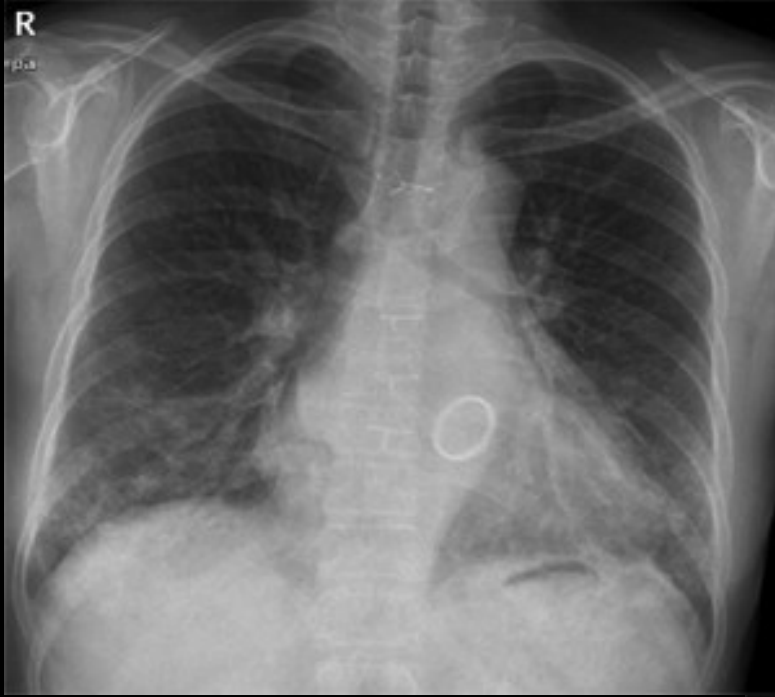
-l'atteinte est généralement asymétrique, prédominant sur le septum interventriculaire, généralement sur la partie basale. L'hypertrophie apicale est un sous type plus volontiers rencontré chez les asiatiques

-l'hypertrophie du myocarde setal et le mouvement systolique antérieur de la valvule mitrale antérieure peut entraîner une obstruction dynamique du LVOT (left ventricular outflow tract) et une regurgitation mitrale

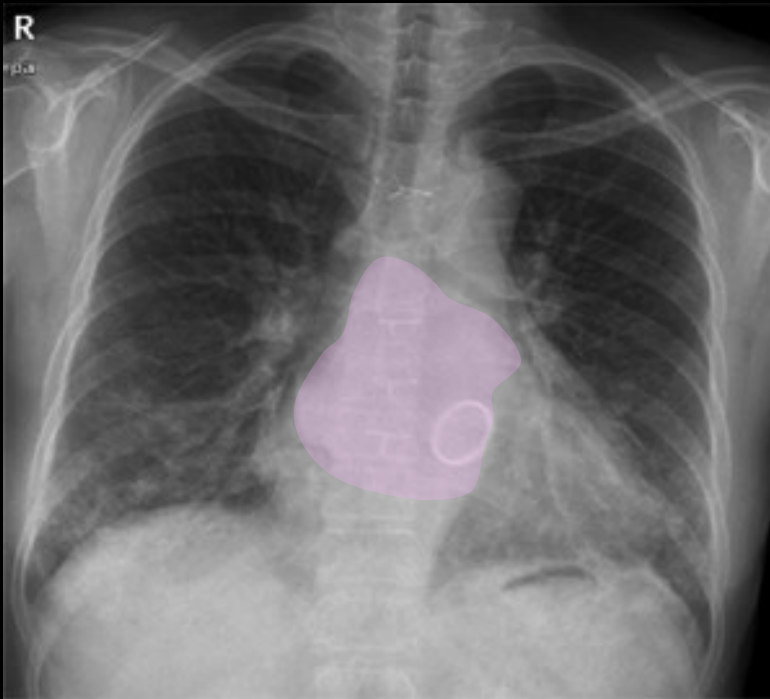
-les options thérapeutiques sont les bêta-bloquants et les inhibiteurs calciques, la myotomie-myectomie septale chirurgicale, l'ablathérapie alcoolique du septum, les défibrillateurs automatiques implantables ... la transplantation cardiaque



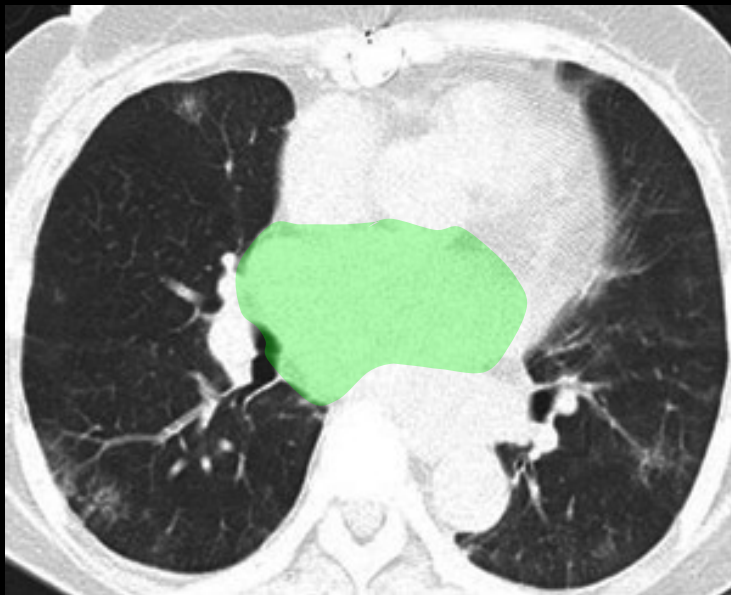
homme 58 ans , tousse et crache ,examen physique sans particularités .antécédents :prothèse valvulaire mitrale il ya 3 ans



- Principaux éléments sémiologiques
- Localisation des anomalies
- Orientations étiologiques



- index cardio-thoracique > 0,55
- prothèse métallique d la valve mitrale
- horizontalisation de la bronche souche gauche ; ouverture de la carène ;déplacement vers le bas de la valve mitrale : **dilatation atriale gauche**
- redistribution vasculaire bi-apicale
- dilatation des cavités droites et des veines pulmonaires (HTAP post-capillaire)
- opacités réticulo micronodumaires bibasales



-dilatation atriale gauche , des artères et des veines pulmonaires

-plages de verre dépoli

-épaississement des septas interlobulaires et périlobulaires des 2 bases (réticulation) , plus marqués à droite

-dilatations proximales des branches D et G de l'artère pulmonaire

-hypothèses diagnostiques



-poumon cardiaque

-pneumopathie infiltrante (~~interstitielle~~)

-pneumonie organisée (cryptogénétique)  
COP

- ...





-**hyperdensité spontanée du parenchyme hépatique** (par rapport à la rate , aux muscles et au sang circulant+++)

-**pneumopathie à la Cordarone®** (amiodarone) , surcharge en iode (hyperthyroïdie induite possible)  
contient 37% d'iodo

-utilisée comme antiarythmique

-peut entraîner des **lésions pulmonaires de degré variable** :

.dommages alvéolaires diffus

.NSIP

.''pneumonie organisée like'' réaction

-principaux éléments sémiologique:

.réticulation diffuse bilatérale

.zones de consolidation périphériques et péribronchiques

.le plus fréquemment plages de verre dépoli avec réticulation

.hyperdensité spontanée du foie et du poumon



homme 22 ans , fièvre depuis 3 jours ; tabagisme important et récent



- Principaux éléments sémiologiques
- Localisation des anomalies
- Orientations étiologiques



- épaississement des septas périlobulaires ,diffus
- plages de verre dépoli dans les 2 champs
- épanchement liquidien pleural droit de faible abondance
- évoluant dans un contexte aigu ++++

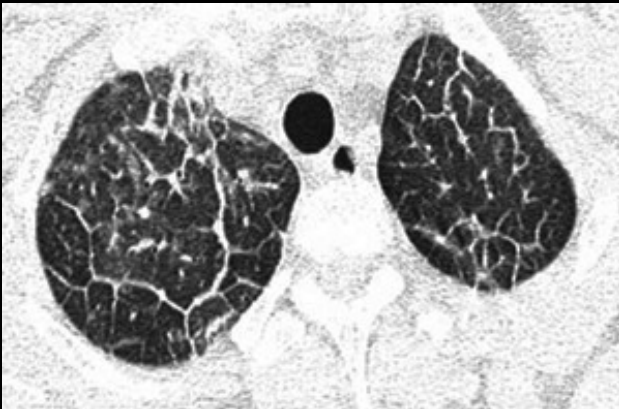
- hypothèses diagnostiques



- poumon cardiaque ( œdème pulmonaire cardiogénique) IDM,IM aigus
- œdème pulmonaire "lésionnel" ( non cardiogénique)



-dans un tel contexte , la notion de tabagisme intense récent peut elle orienter vers une étiologie particulière



-pneumonie éosinophilique aiguë

-peut résulter d'une agression aiguë par:

.une infection (toxines)

.une réaction médicamenteuse

une **inhalation toxique** ,par exemple au **tabac** ,en particulier chez les ''nouveaux fumeurs'' jeunes

-ne s'accompagne pas d'une hyperéosinophilie sanguine

-diagnostic par l'hyperéosinophilie au LBA

-diagnostic différentiel



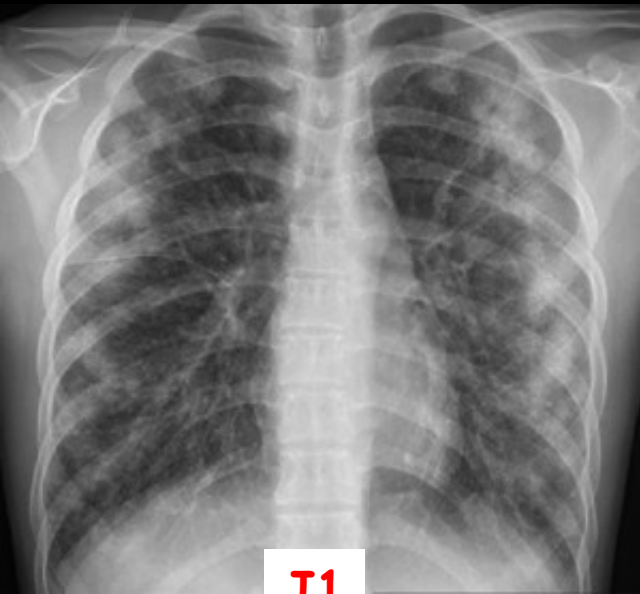
-pneumonie infiltrante infectieuse (virale++  
+,mycobactéries atypiques )

-SDRA

-pneumonie infiltrante (interstitielle aiguë )

-œdème aigu cardiogénique

-aspects évolutifs d'un autre cas de pneumopathie éosinophilique aiguë



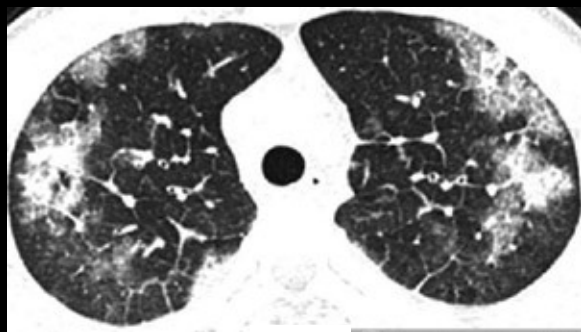
**J1**



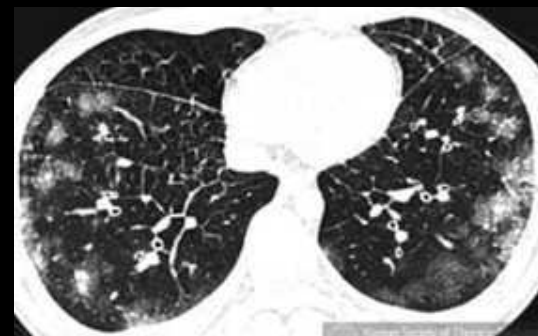
**J3**

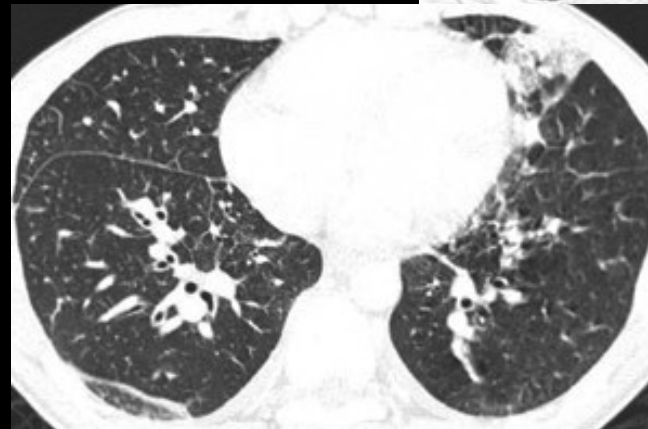
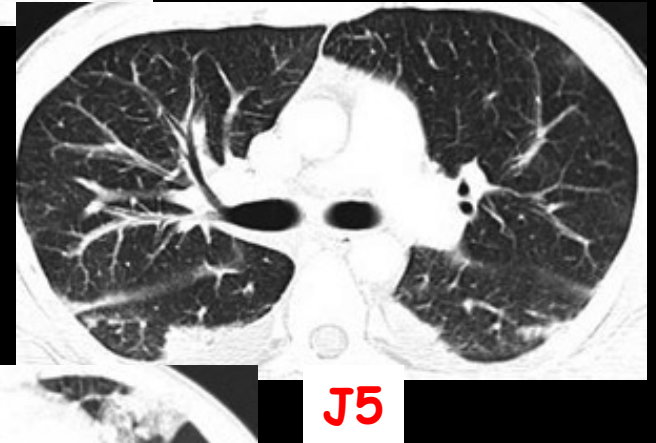
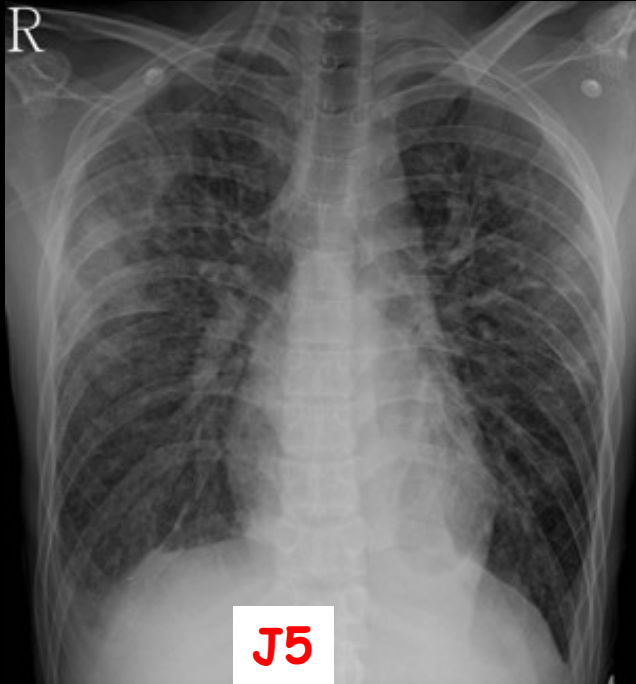


**J5**



**J1**





pneumopathie éosinophilique aiguë