

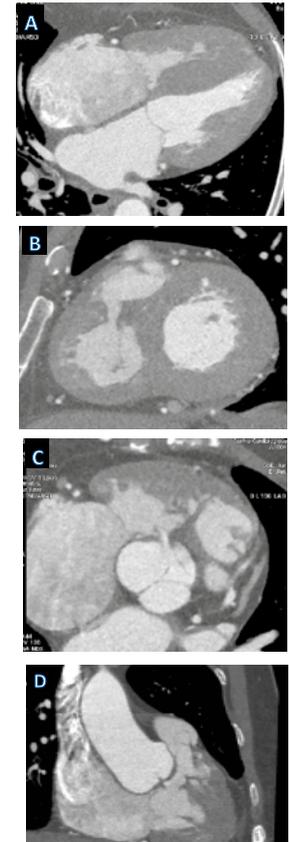
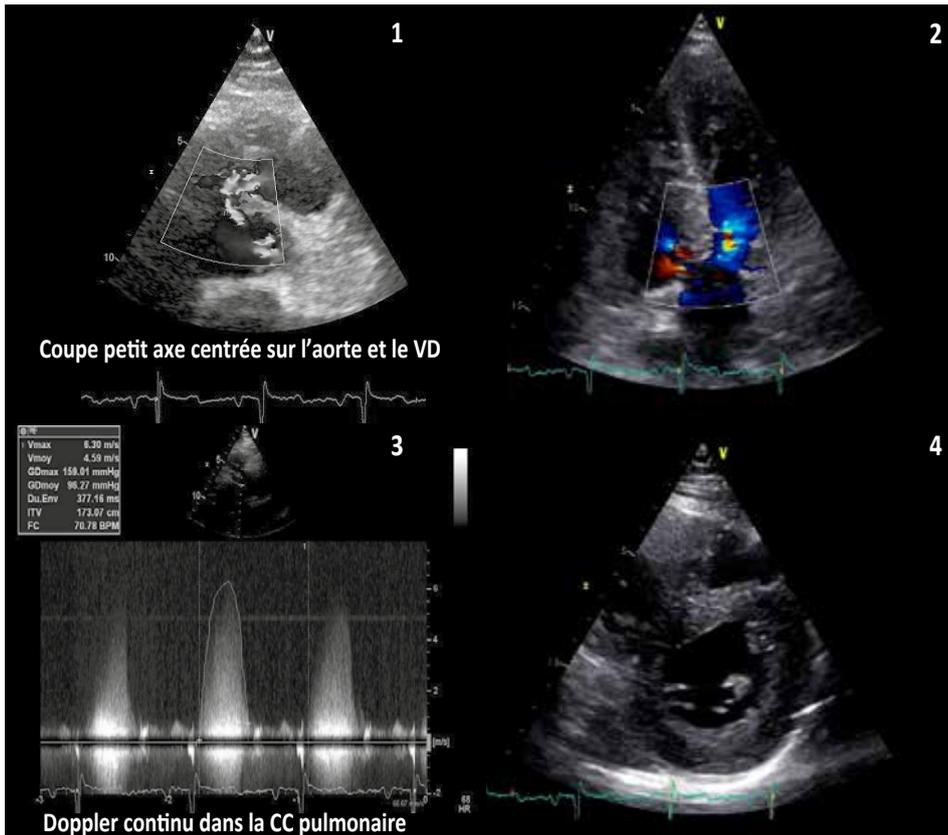
Héloïse Prigent - Département de cardiologie, CHU Lariboisière

Un patient de 52 ans se présente aux urgences pour anasarque. L'examen clinique révèle un souffle systolique en rayon de roue, des crépitations bilatéraux aux bases, une turgescence jugulaire, des oedèmes des membres inférieurs, de l'ascite.

Quel est votre diagnostic sur l'échographie cardiaque et le scanner joints ?

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

SCANNER



CATHÉTÉRISME CARDIAQUE DROIT

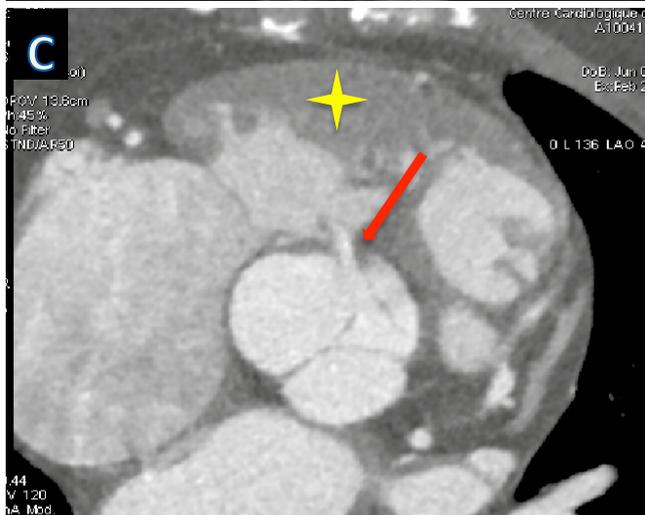
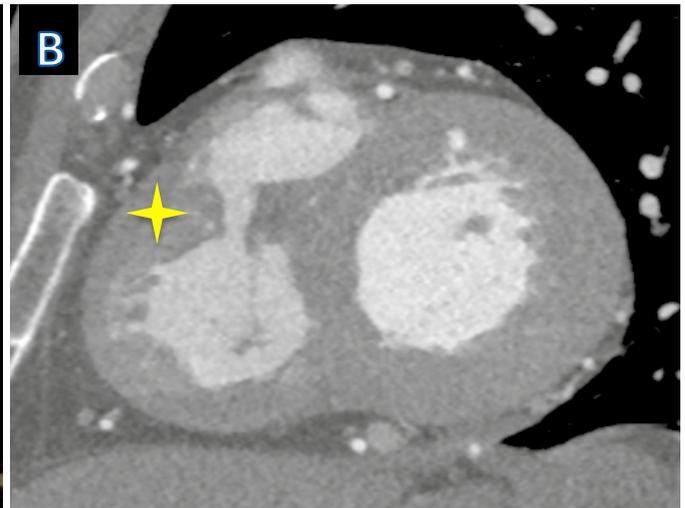
	Systolic	Diastolic	Mean
Aorta (mmHg)	135	8	100
LV (mmHg)	135	1	10
Pcap (mmHg)	-	-	10
PAP (mmHg)	27	15	20
Max gradient RV-PA (mmHg)		93	
DC L/min		6	

Absence d'HTAP, gradient d'obstruction entre le VD et l'AP

Réponse :

Shunt minime, retentissement sévère

- CIV infundibulaire avec petit shunt, à haute vélocité. Pas d'HTAP.
- Mais hypertrophie réactionnelle VD avec bourrelet hypertrophique de la paroi libre de l'infundibulum VD, là où le jet à haute vélocité vient léser la paroi VD
- Créant une sténose serrée, obstacle à l'éjection du VD (V_{max} 6,30 m/s, gradient max 159 mmHg)
- Et de l'insuffisance cardiaque droite !



→ CIV infundibulaire



Bourrelet réactionnel de la paroi du VD