

## **SESSION DU 27/10/2022**

# **L'arpège des explorations en harmonique sonne l'immobilité**

EZZAOUIA KHALED  
Interne CH Avignon

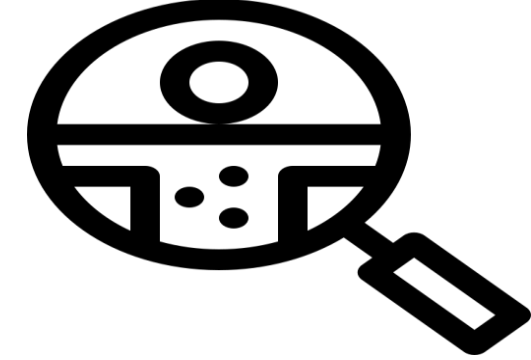
Avec le soutien institutionnel de





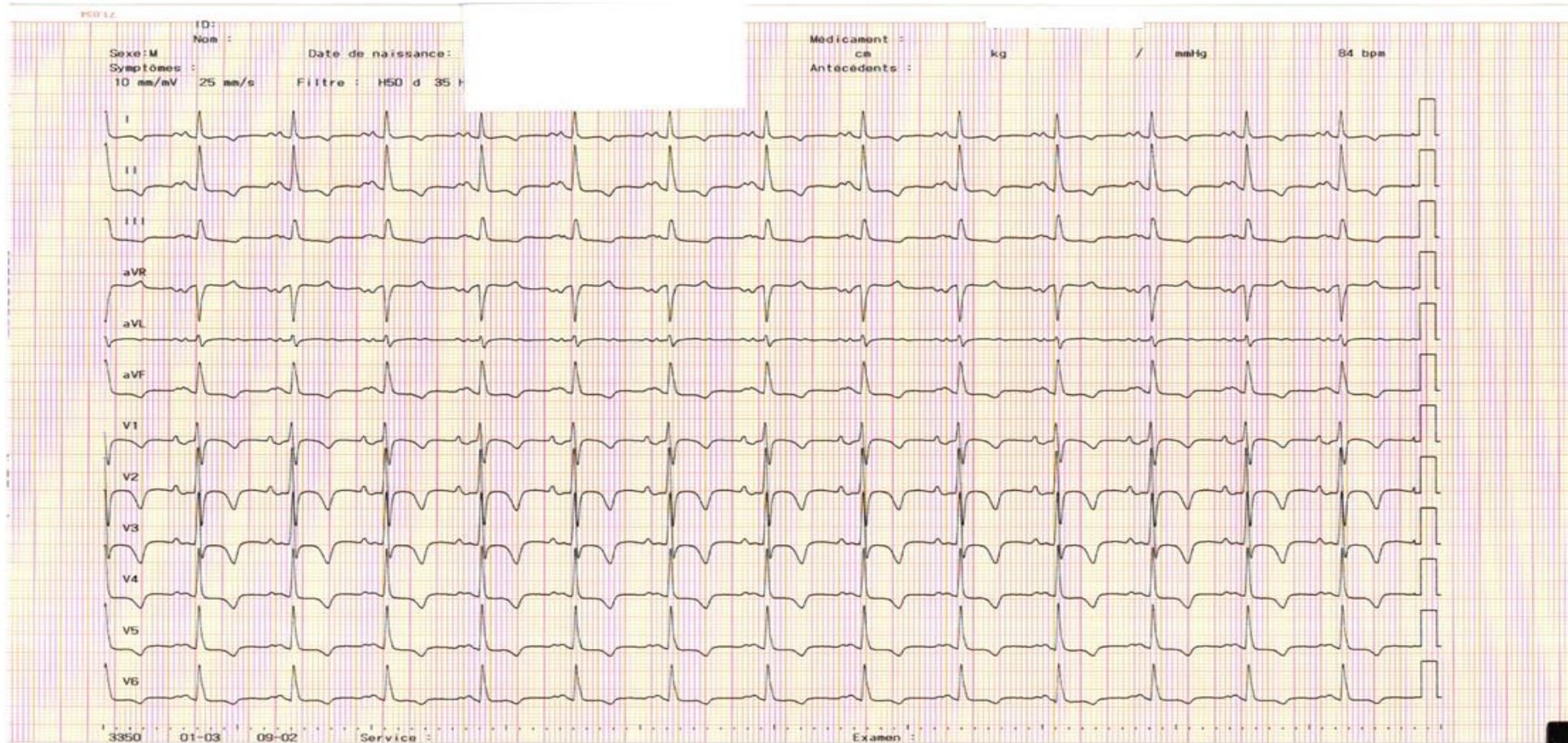
# Identité

- Mme A-E M, née 1989 (32 ans)
- Dysthyroïdie
- FcRCV:Aucun
- BMI:22 Kg/m<sup>2</sup>
- Groupe A+
- ATCD: 2FCS(G2P0)
- Allergie: aucune
- Mode de vie: Originaire de Kenya, issue d'une famille modeste, arrivée en France en 2019, étudiante, vit avec son mari
- Médication: Aucune: (Arrêt de lévothyrox 25 ug pour mauvaise tolérance), pas de contraceptif



# Présentation

- **Symptomatologie**: Douleur basithoracique avec lente progression d'une dyspnée stade II-III de la NYHA surtout au début d'exercice avec impression « cœur qui bat dans la tête » + toux sèches d'effort
- Etat général préservé, pas de fièvre, pas d'amaigrissement récent
- **Clinique**:
  - Bruits du cœur sont bien perçus, pas de galop, éclats de B2 au foyer pulmonaire, pas de souffle, pas de roulement, pas de déviation de choc de pointe
  - MV bien perçus
  - Discrète HMG non douloureuse, abdomen souple dépressible, pas d'OMI, pas de TVJ/RHJ
  - Pas d'ictère, pas d'ulcérations, pas d'éruption
  - Articulations normales, forces musculaires normales
  - Pas d'ADP





Constantes	Valeurs	Unités
Globules blancs	7,9	Giga/L
Hémoglobine	10,4	g/dL
Plaquettes	340	Giga/L
Kaliémie	4,01	mmol/L
Créatininémie	77	umol/L
CRP	2,2	mg/L
VS	5	mm
NT PRO-BNP	310	ng/L
ASAT/ALAT/Gamma-GT	50/45/58	UI/L



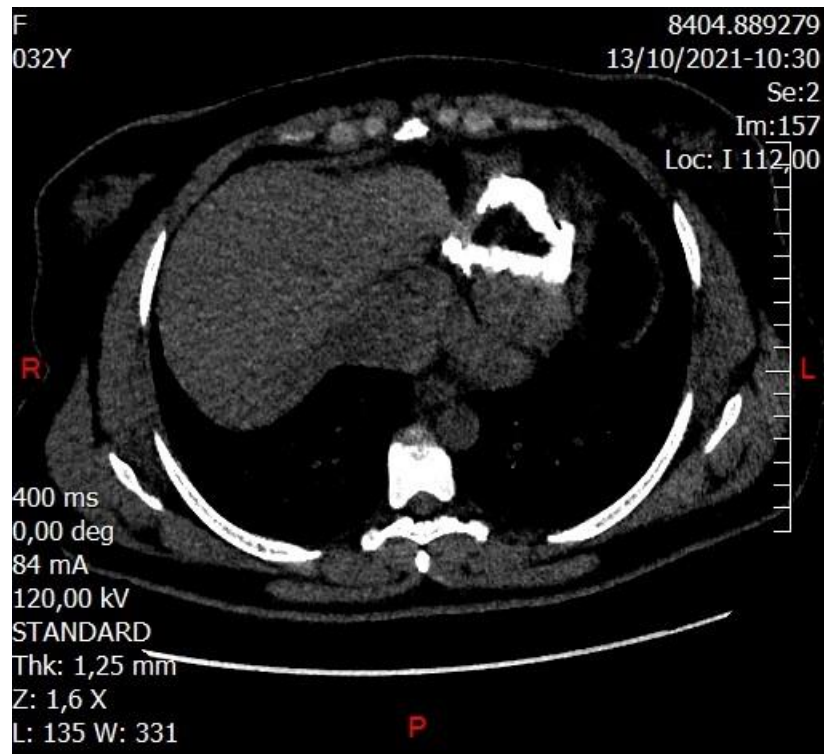
Constantes	Résultats
EPP sérique	Rien à signaler
Sérologies virales CMV/Hépatites B-C ...	Négatives
AAN,Anti DNA-n,Anti Sm, anti-cardiolipine G et M	négatifs
Anti SSA/SSB	négatifs
Facteur rhumatoïde/anti-CCP	négatifs
PCR SARS COV 2	négative

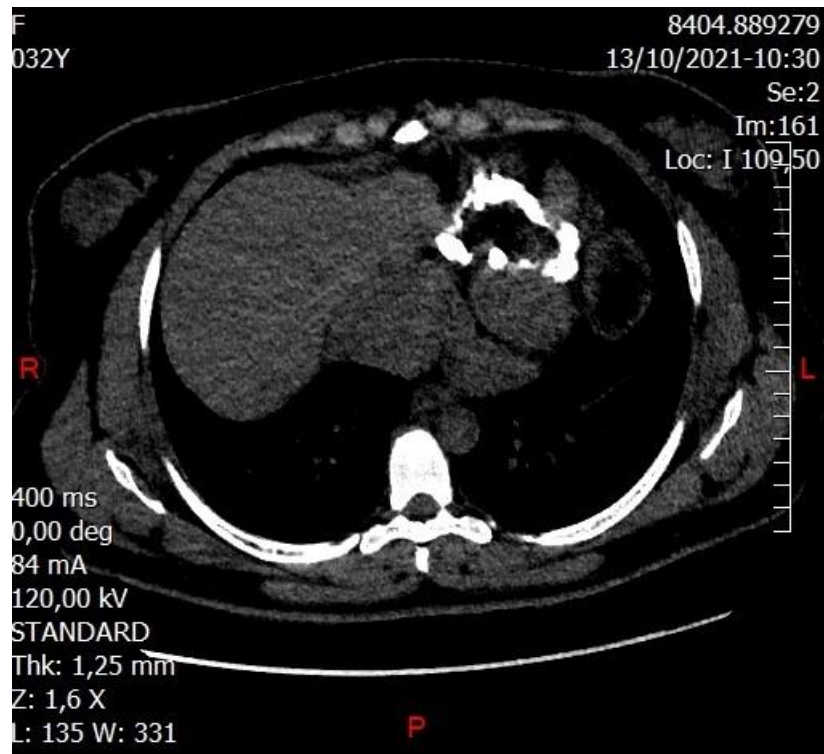


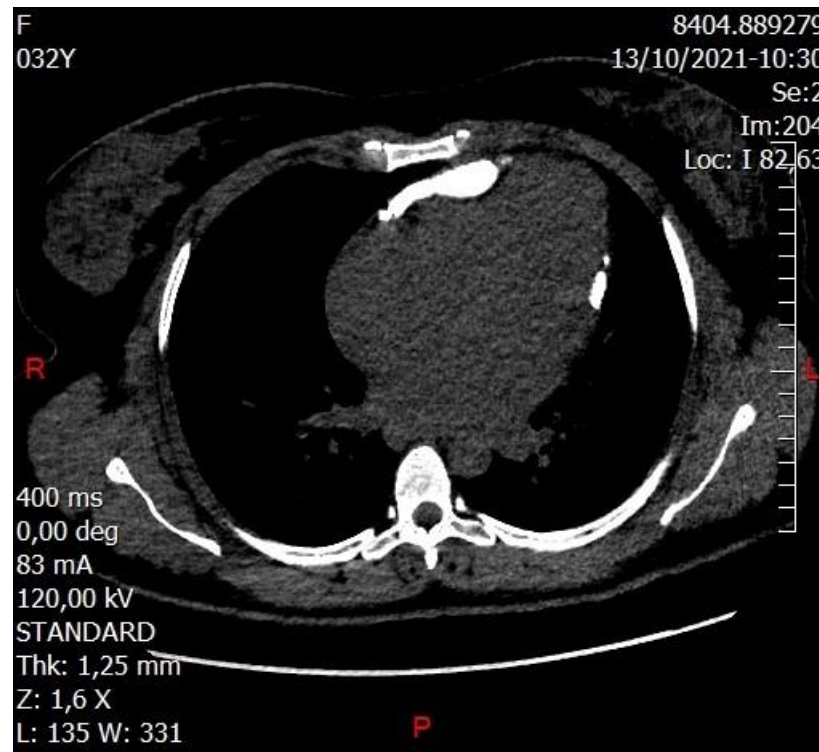


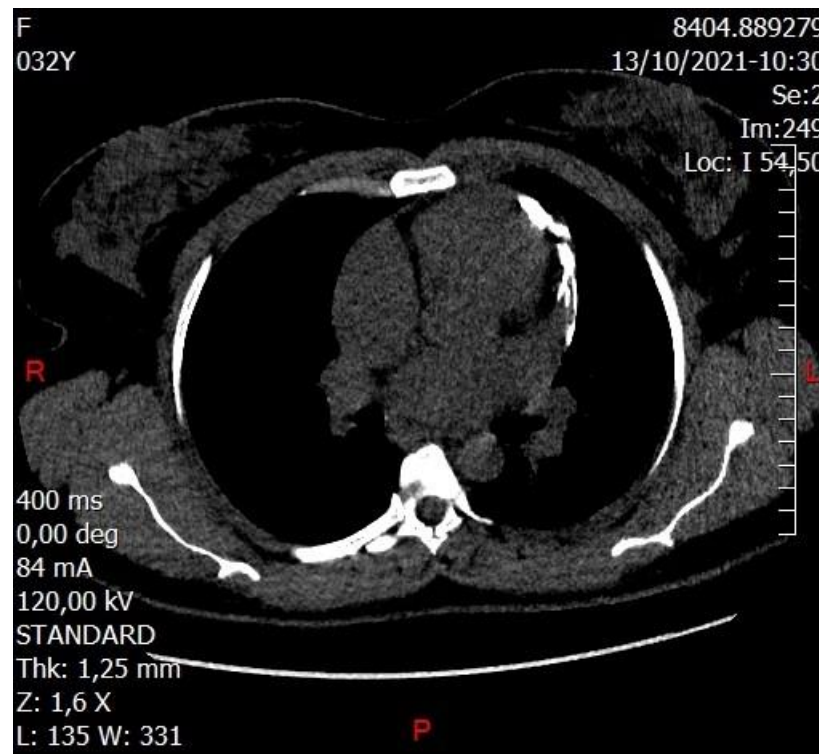


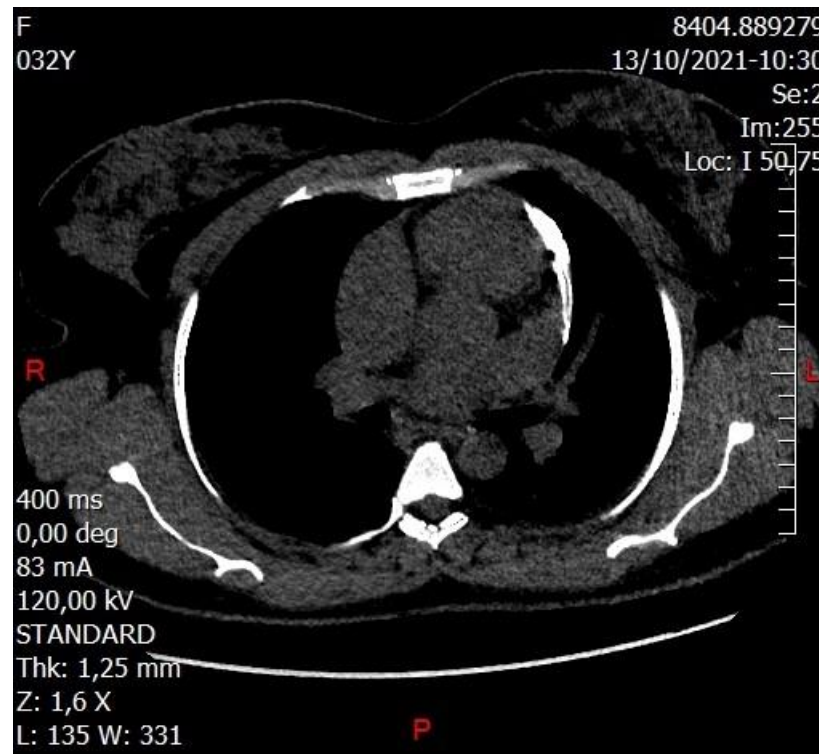


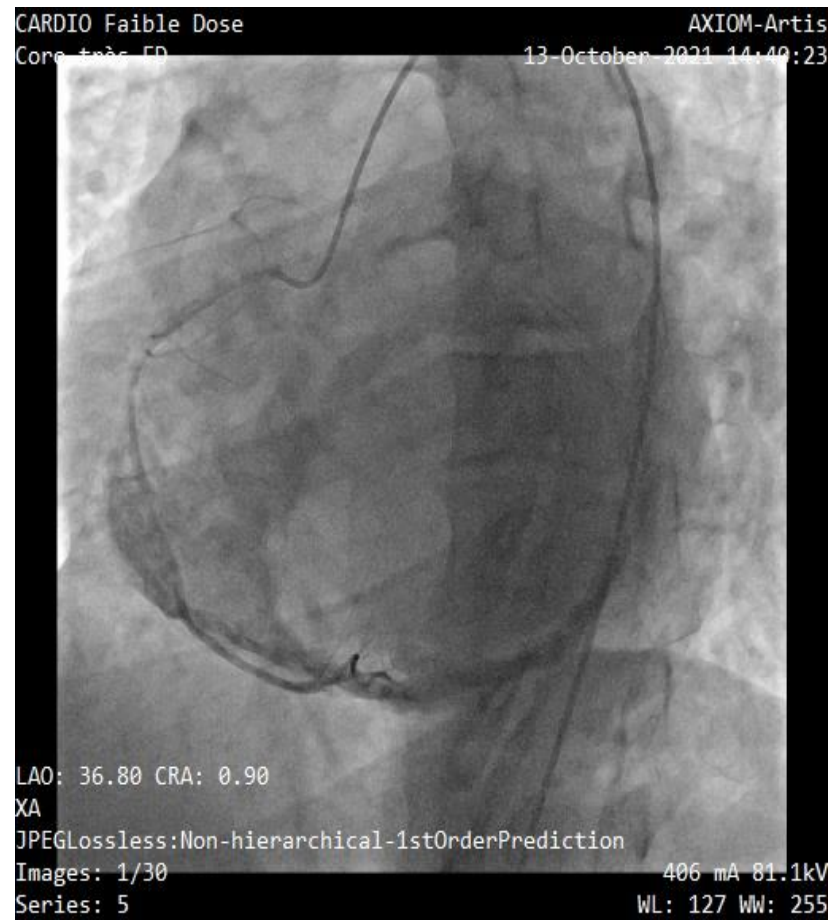
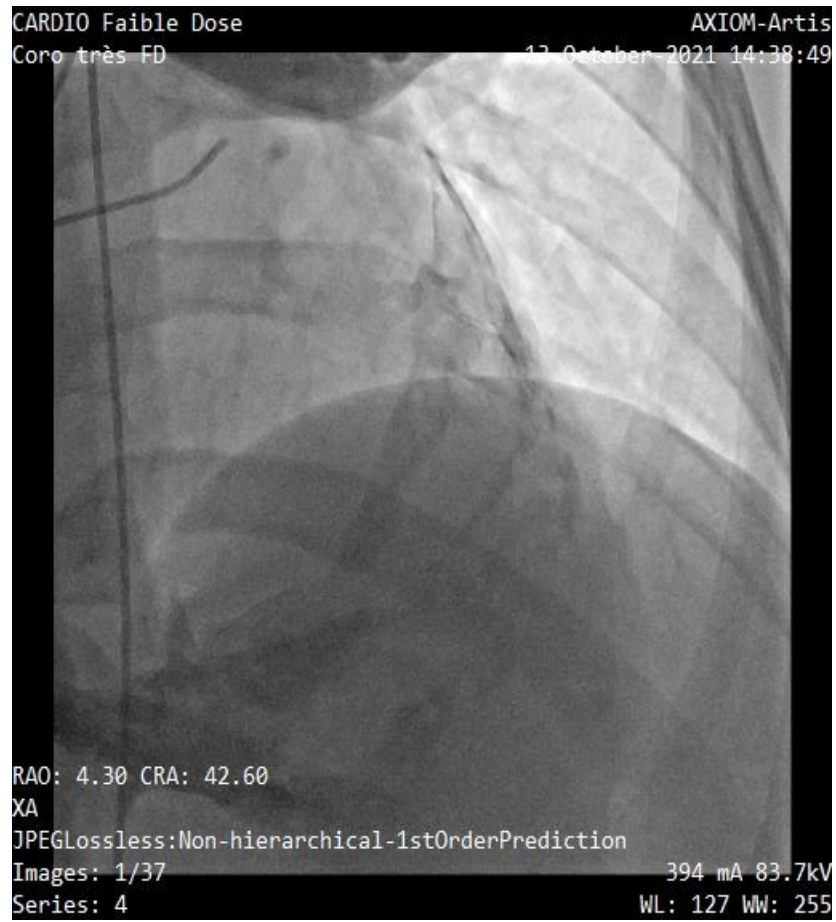
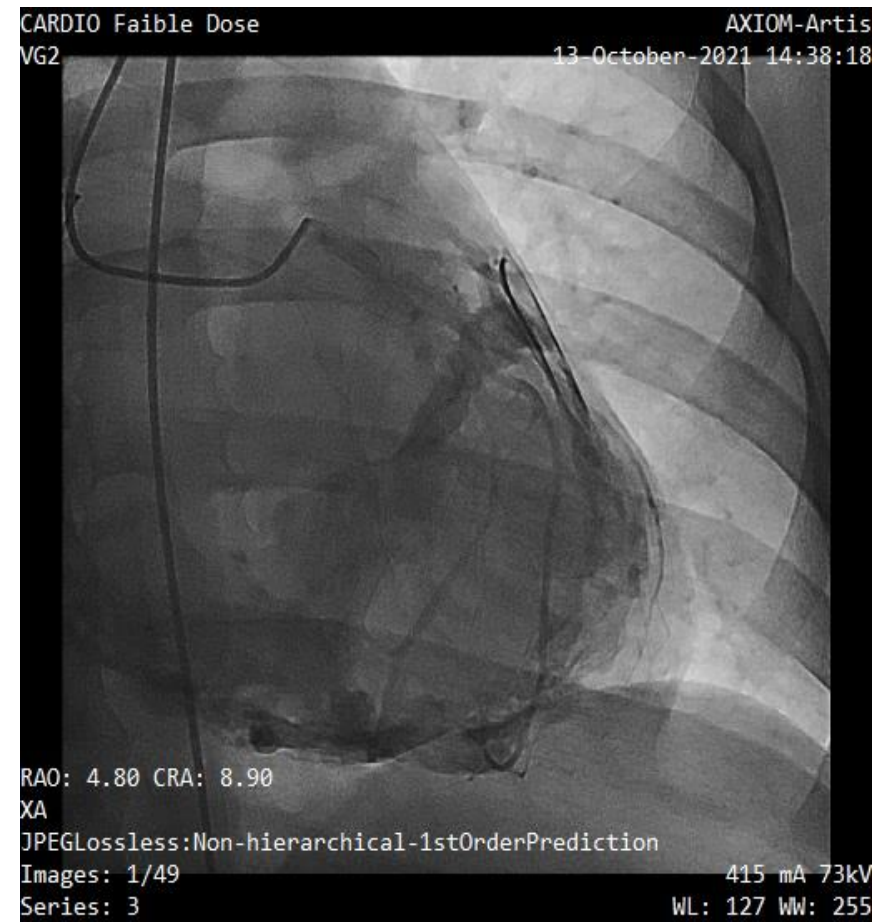




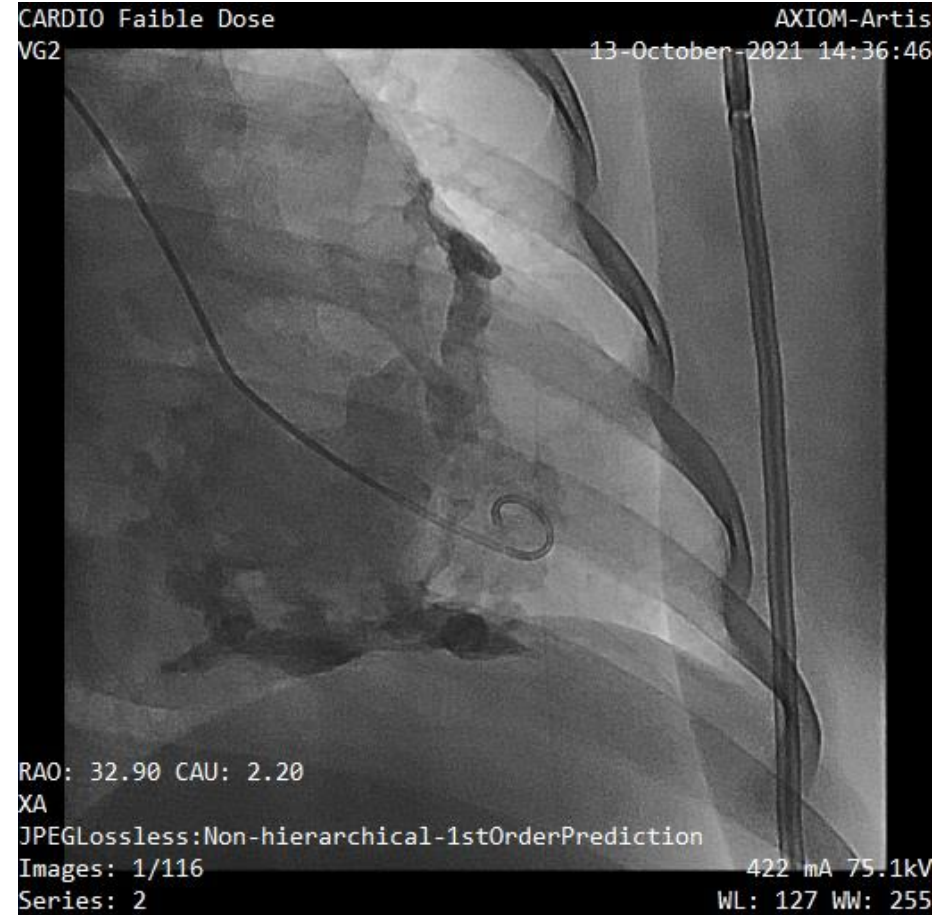












CARDIO Faible Dose  
Coro très FD

AXIOM-Artis

13 October 2021 14:30:40



LAO: 3.90 CAU: 0.20

XA

JPEGLossless:Non-hierarchical-1stOrderPrediction

Images: 1/4

Series: 1

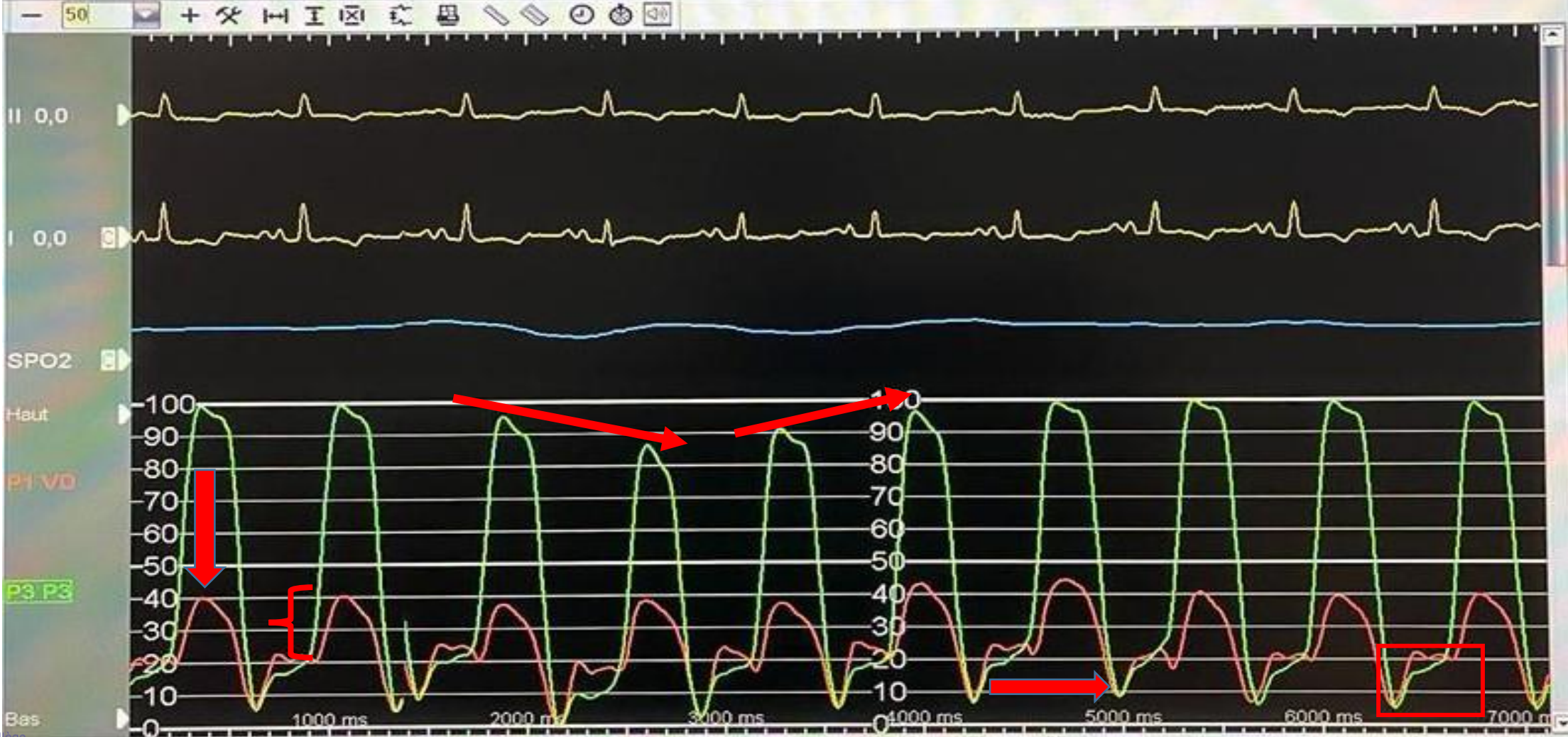
380 mA 76.1kV

WL: 127 WW: 255

P1 (PS/PD/TLD) VD  
41/4/19

P3 (PSPD/M) P3  
98/3/46

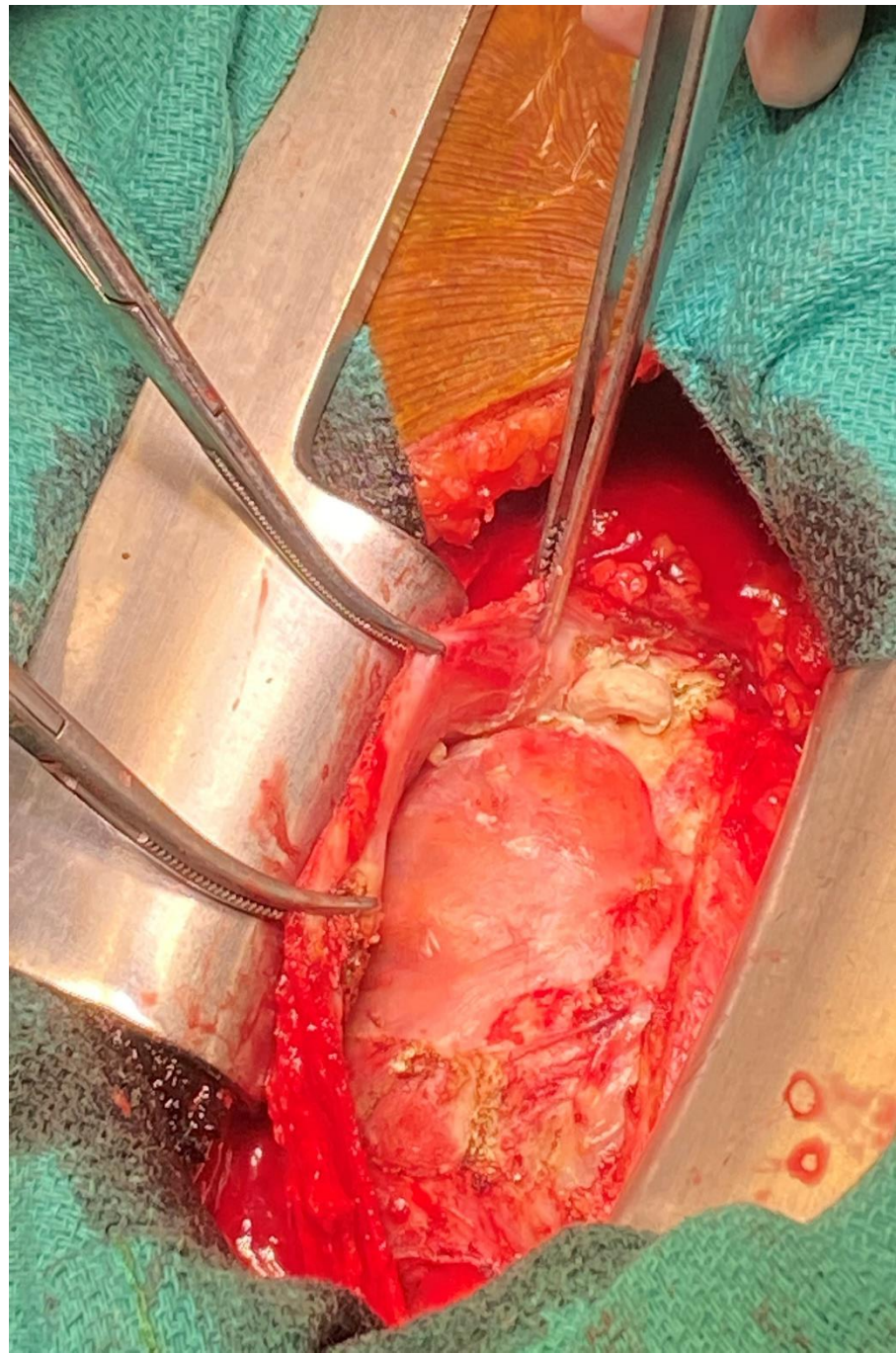
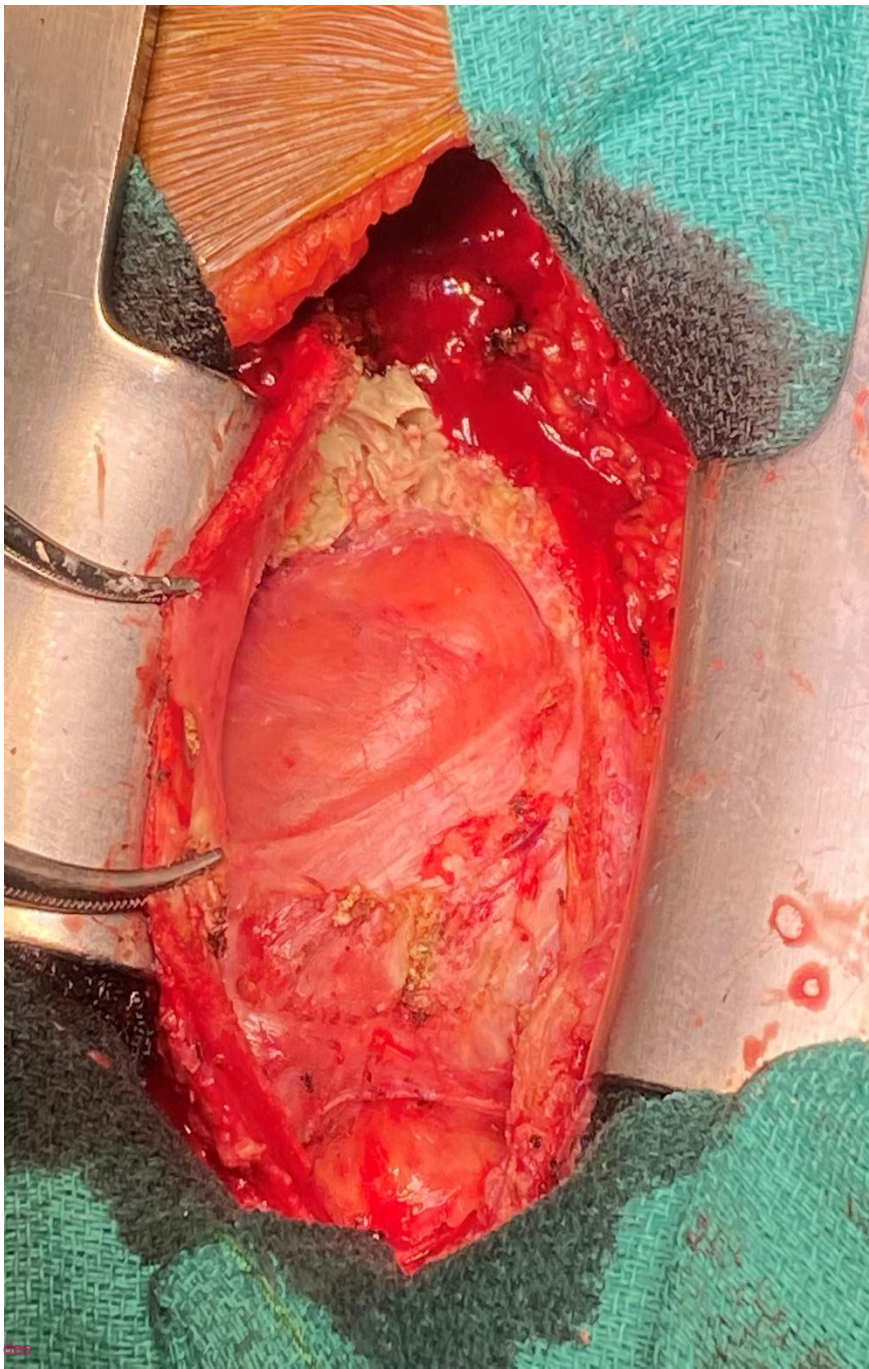
Temps réel: Page 1

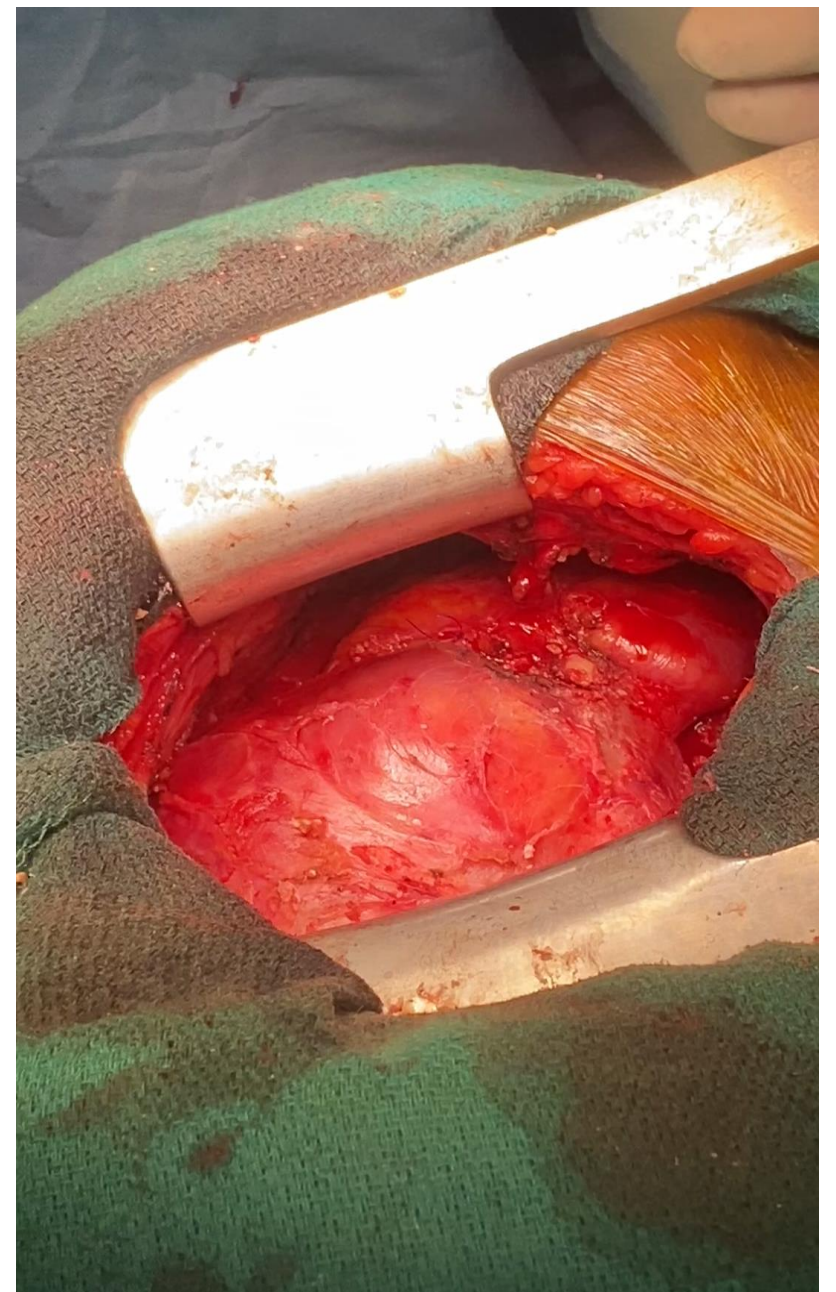
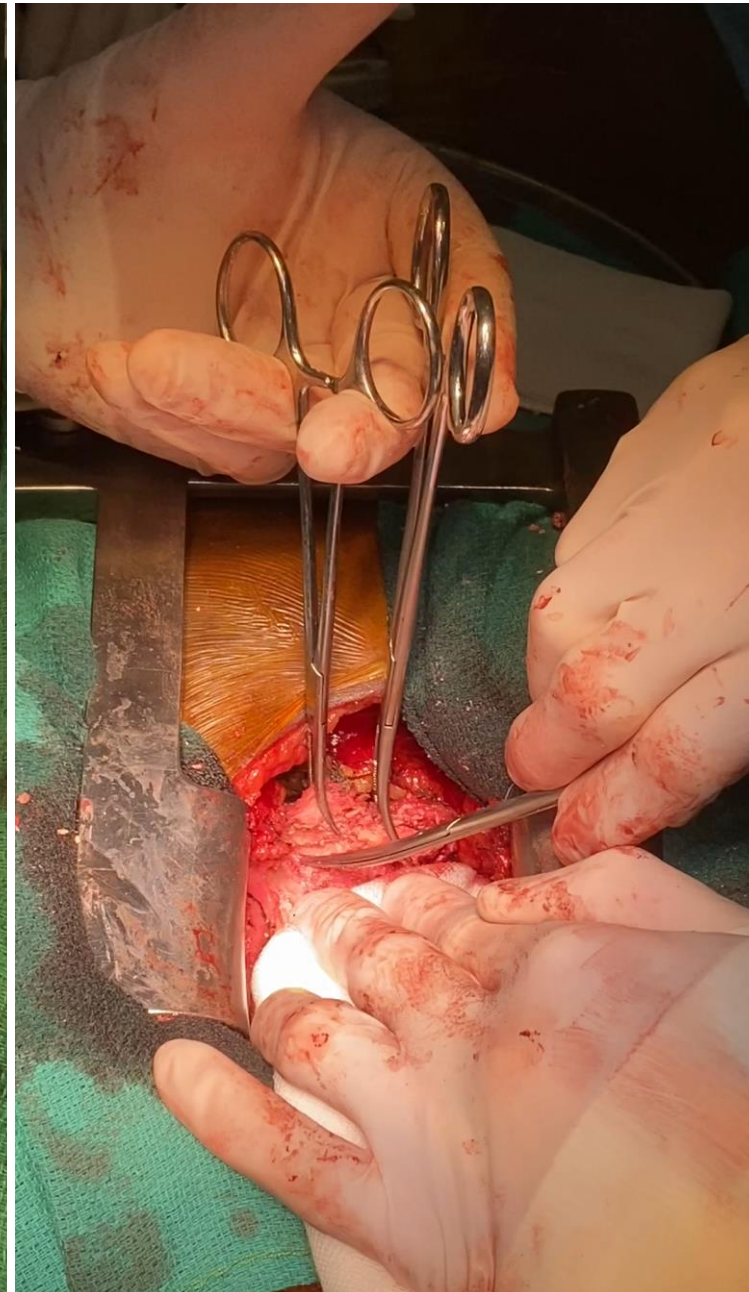
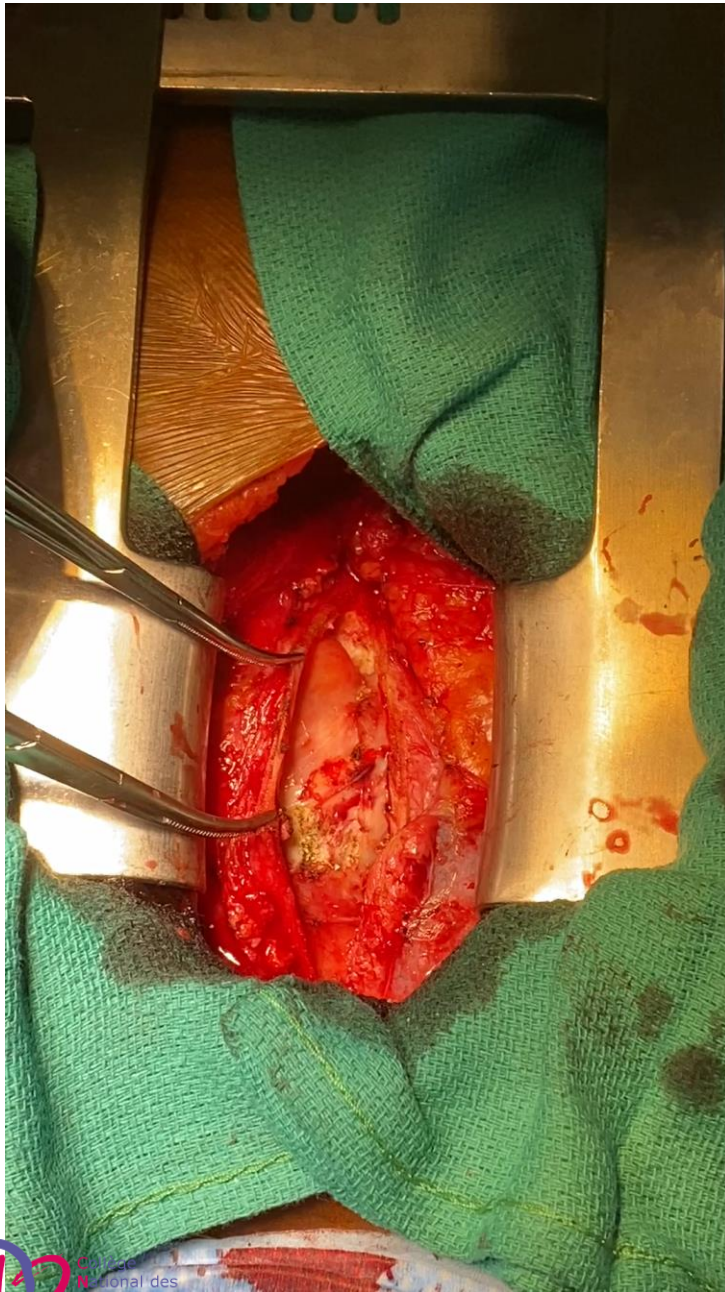


# Hémodynamique

- VG (s/pd/td) mmHg: 95/5 -23
- Pcap (a/v –m) mmHg: 22/20 – 21
- AP (s/d –m) mmHg: 38/12 -25
- VD (s/pd –td) mmHg: 41/5 -20
- OD mmHg:21







# Evolution

- Patiente asymptomatique
- ETT de contrôle: Profils de remplissage VG/VD normaux sans HTAP

- La PC : Altération fibrino-calcique du péricarde -> Coque rigide limitant le remplissage ventriculaire (Adiastolie)/Ice cardiaque droite.

----- ***Les manifestations cliniques sont souvent non spécifiques ouvrant un Dg différentiel large***

La PC est l'évolution terminale d'une péricardite aiguë pouvant passer ou non par un stade d'épanchement

**-> Dissociation des pressions intrathoracique et intracardiaque**

**-> Interdépendance ventriculaire**

**-> Septum paradoxal**



# Constrictive Pericarditis in 26 Patients With Histologically Normal Pericardial Thickness

Deepak R. Talreja, MD; William D. Edwards, MD; Gordon K. Danielson, MD;  
Hartzell V. Schaff, MD; A. Jamil Tajik, MD; Henry D. Tazelaar, MD;  
Jerome F. Breen, MD; Jae K. Oh, MD

JACC: CARDIOVASCULAR IMAGING  
© 2010 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION  
PUBLISHED BY ELSEVIER INC.

VOL. 3, NO. 6, 2010  
ISSN 1936-878X/\$36.00  
DOI:10.1016/j.jcmg.2010.04.009

## Multimodality Imaging of Pericardial Diseases

Kibar Yared, MD,\*‡ Aaron L. Baggish, MD,\* Michael H. Picard, MD,\*  
Udo Hoffmann, MD,† Judy Hung, MD\*

*Boston, Massachusetts; and Toronto, Ontario, Canada*

- **3- Echocardiographie** Rôle centrale dans l'orientation Dg (Marqueurs de contractilité myocardique préservés, profil de remplissage restrictif, variation respiratoire exagérée des flux T et M, anomalie cinétique SIV, déplacement diastolique anneau M préservé (e'), une augmentation de l'inversion diastolique du flux lors de l'expiration

### **Pericardial Disease: Diagnosis and Management**

MASUD H. KHANDAKER, MD, PhD; RAUL E. ESPINOSA, MD; RICK A. NISHIMURA, MD;  
LAWRENCE J. SINAK, MD; SHARONNE N. HAYES, MD; ROWLENS M. MELDUNI, MD; AND JAE K. OH, MD

*On completion of this article, you should be able to: (1) identify the diagnostic criteria for acute and relapsing pericarditis, cardiac tamponade, and constrictive pericarditis; (2) integrate the information obtained from a history, physical examination, electrocardiography, and laboratory studies to determine if further imaging modalities or invasive cardiac catheterization is necessary for the diagnosis of the various pericardial syndromes; and (3) apply management strategies on the basis of evidence and clinical experience to decrease morbidity and improve survival in patients with pericardial disease.*

- Péricardite virale ou idiopathique 42-49%
- Chirurgie cardiaque 11-37%
- Postradique (lymphome, cancers mammaire et pulmonaire) 9-31%
- Connectivites 3-7%
- Péricardite tuberculeuse, bactérienne 3-6%
- Autres : post-traumatique, néoplasie péricardique, sarcoïdose

## Epidemiology of pericardial effusions at a large academic hospital in South Africa

H. REUTER, L. J. BURGESS\* AND A. F. DOUBELL

*Cardiology Unit/TREAD Research, Tygerberg Hospital and Stellenbosch University, South Africa*

*(Accepted 22 November 2004)*

Cureus

Open Access Review  
Article

DOI: 10.7759/cureus.28268

## Tuberculosis and Cardiovascular Complications: An Overview

Mayowa A. Adefuye<sup>1</sup>, Nisha Manjunatha<sup>2</sup>, Vinutna Ganduri<sup>3</sup>, Kruthiga Rajasekaran<sup>4</sup>, Shrimahitha Duraiyarasan<sup>5</sup>, Bolanle O. Adefuye<sup>6</sup>

Review began 08/11/2022

Review ended 08/17/2022

Published 08/22/2022

© Copyright 2022

Adefuye et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0., which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Research, University of Ibadan College of Medicine, Ibadan, NGA 2. Research, Our Lady of Fatima University College of Medicine, Valenzuela, PHL 3. Research, Bhaskar Medical College, Hyderabad, IND 4. Research, Rajah Muthiah Medical College & Hospital, Chidambaram, IND 5. Research, K.A.P. Viswanatham Government Medical College, Tiruchirappalli, IND 6. Pulmonary Medicine, Obafemi Awolowo College of Health Sciences, Olabisi Onabanjo University, Sagamu, NGA

**Corresponding author:** Mayowa A. Adefuye, mayowaadefuye18@gmail.com

- Insuffisance cardiaque gauche
- Hypertension pulmonaire
- **Cardiomyopathies restrictives**
- Épanchement péricardique
- Compression tumorale de la veine cave inférieure
- Sténose et insuffisance tricuspidiennes
- Myxome de l'oreillette droite
- Cirrhose
- Syndrome néphrotique

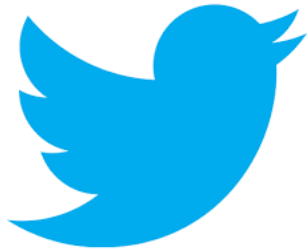
# Implications pratiques



- Il est nécessaire d'intégrer la péricardite constrictive (PC) dans le diagnostic différentiel de l'insuffisance cardiaque chronique à prédominance droite
- **Diagnostic difficile à poser** : Caractère aspécifique et insidieux de la symptomatologie
- **Complémentarité: Echocardiographie/Scanner/Cathérétisme droit**



Suivez le CNCH sur le Social Média!  
**#CNCHcongres**



**@CNCHcollege**



shutterstock.com • 278925056

**@CNCHcollege**

Si vous voulez devenir Ambassadeur social média CNCH adressez-nous un email à [cnch@sfcario.fr](mailto:cnch@sfcario.fr)