

The logo for 'PHYSIO DAY' is rendered in a stylized, outlined font. The 'P' is particularly large and features a circular element. The background of the top banner is a dark teal color with a white, intricate network of lines resembling a human circulatory system or a complex web.

JOURNÉES DE PHYSIOLOGIE
EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

The logo for 'ARNAULT TZANCK' features a stylized 'A' with a blue top half and a yellow bottom half. Below the 'A', the name 'ARNAULT TZANCK' is written in a bold, sans-serif font. Underneath that, in a smaller font, is 'SAINT-CAZENTROU-VAR'. The background of the top banner is a light green and white pattern of thin, branching lines.

La Physiologie Cardiaque : Focus sur les Valvulopathies

Dr Léo CUENIN

5 & 6 AVRIL 2024

HÔTEL SHERATON · NICE



ETT/ETO = Gold Standard



MAIS... certaines situations restent floues

Avec des décisions chirurgicales lourdes in fine

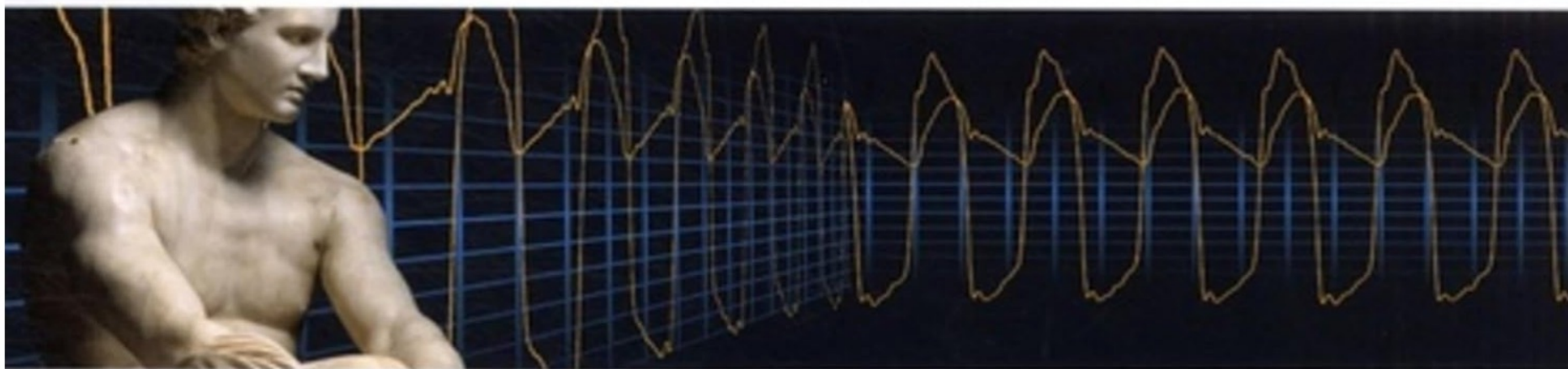
L'évaluation hémodynamique et angiographique invasive apporte souvent la réponse

Et n'est probablement plus assez utilisée (guidelines)



Le bilan hémodynamique par cathétérisme cardiaque

Approche systématique



RÉDA IBRAHIM • ALEXIS MATTEAU • NICOLO PIAZZA

Les Presses de l'Université de Montréal



CAS 1 : Mr L. 72 ans

ATCD :

- **RVA bio 2003, redux RVA bio 2007 sur endocardite**
- **stent IVP janvier 2023**

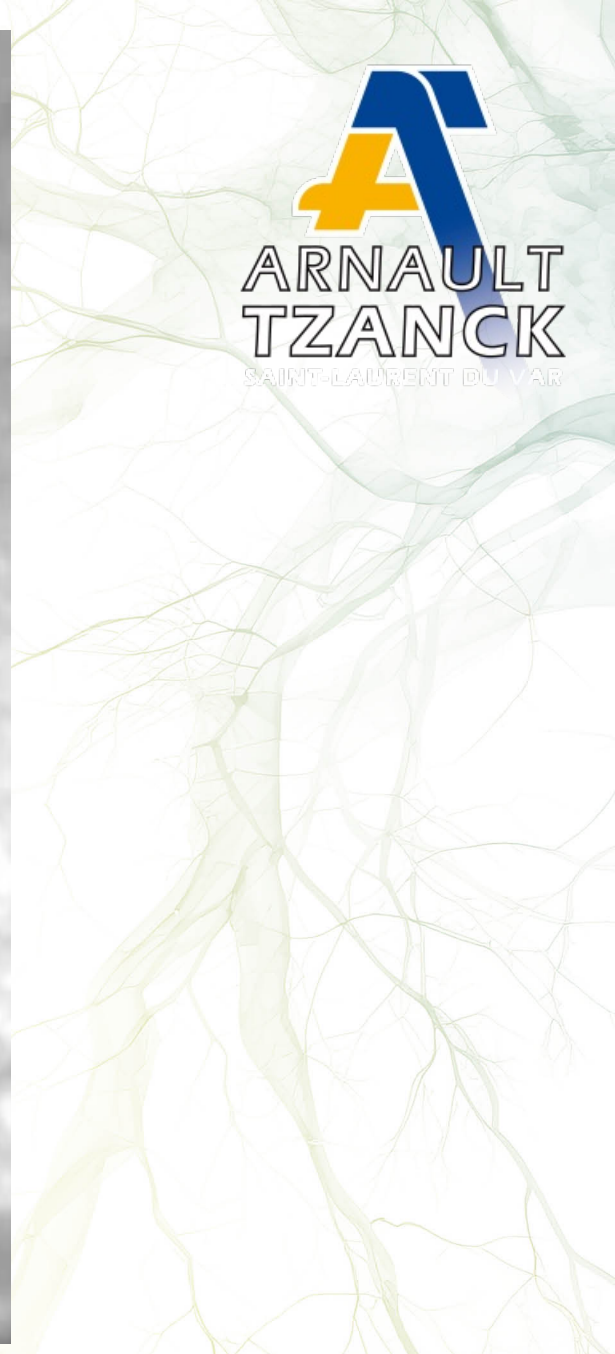
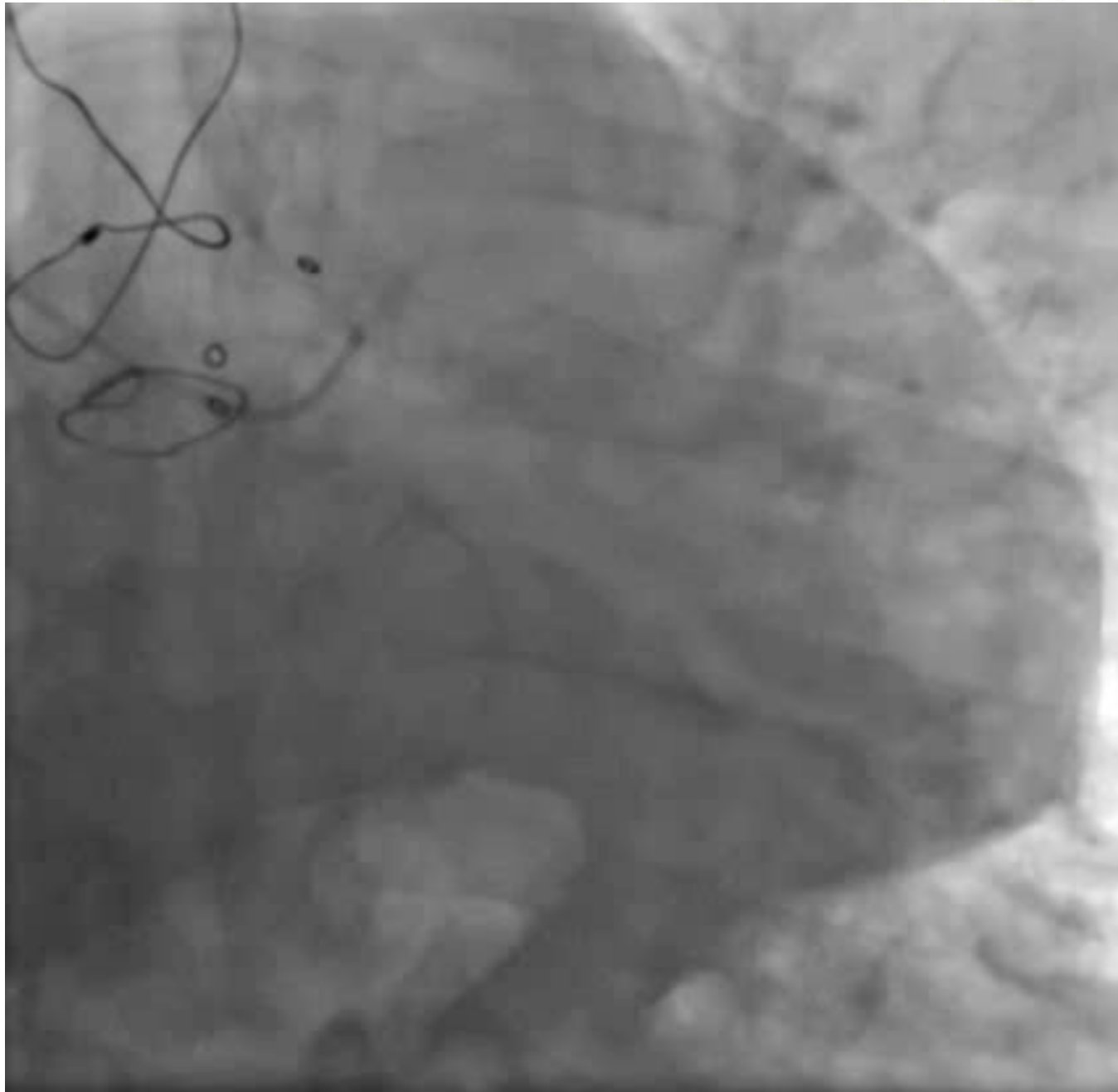
Consulte aux urgences en mai 2023 pour **angor et dyspnée**

ECG : **sous-ST post**

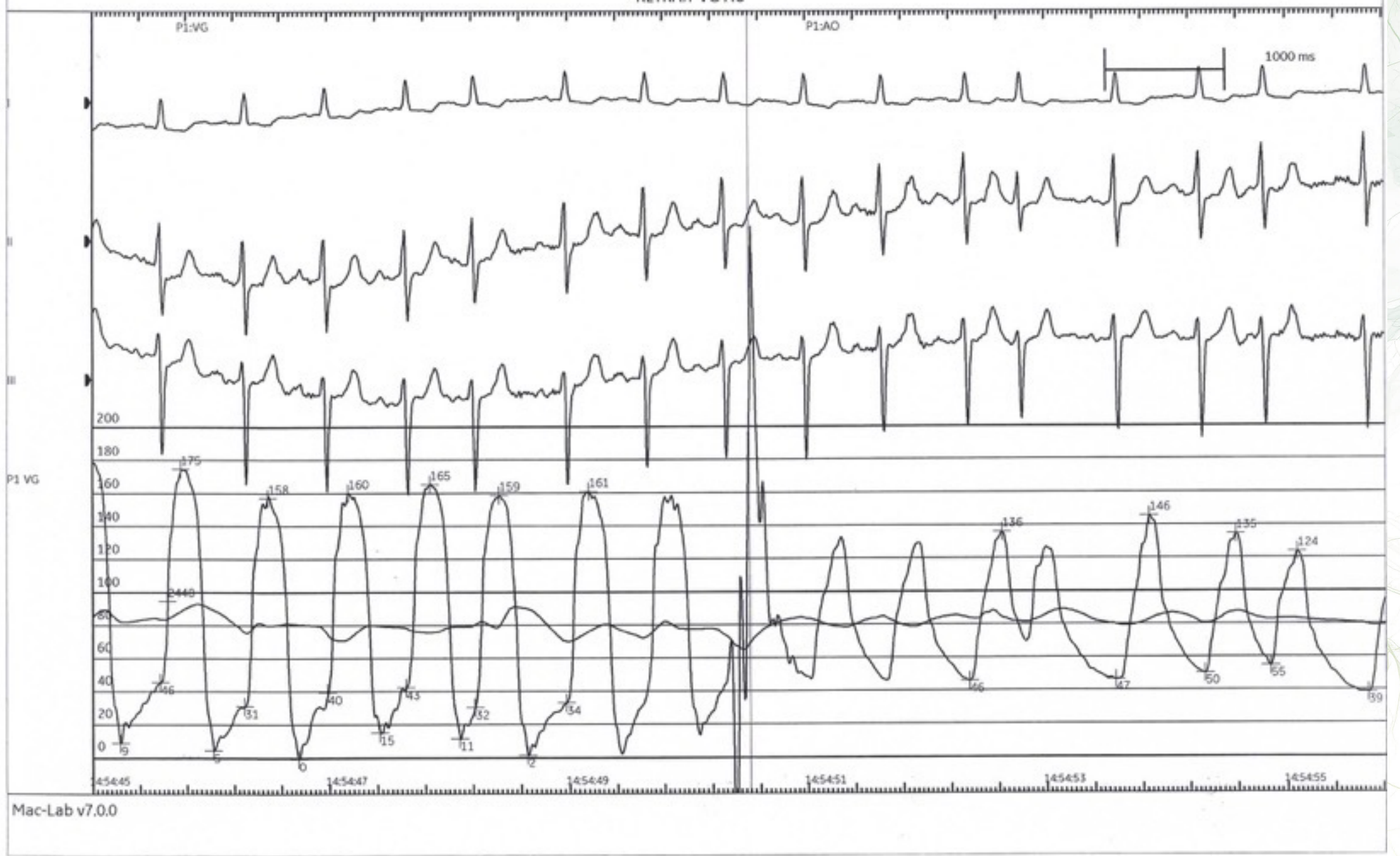
Tropo 270

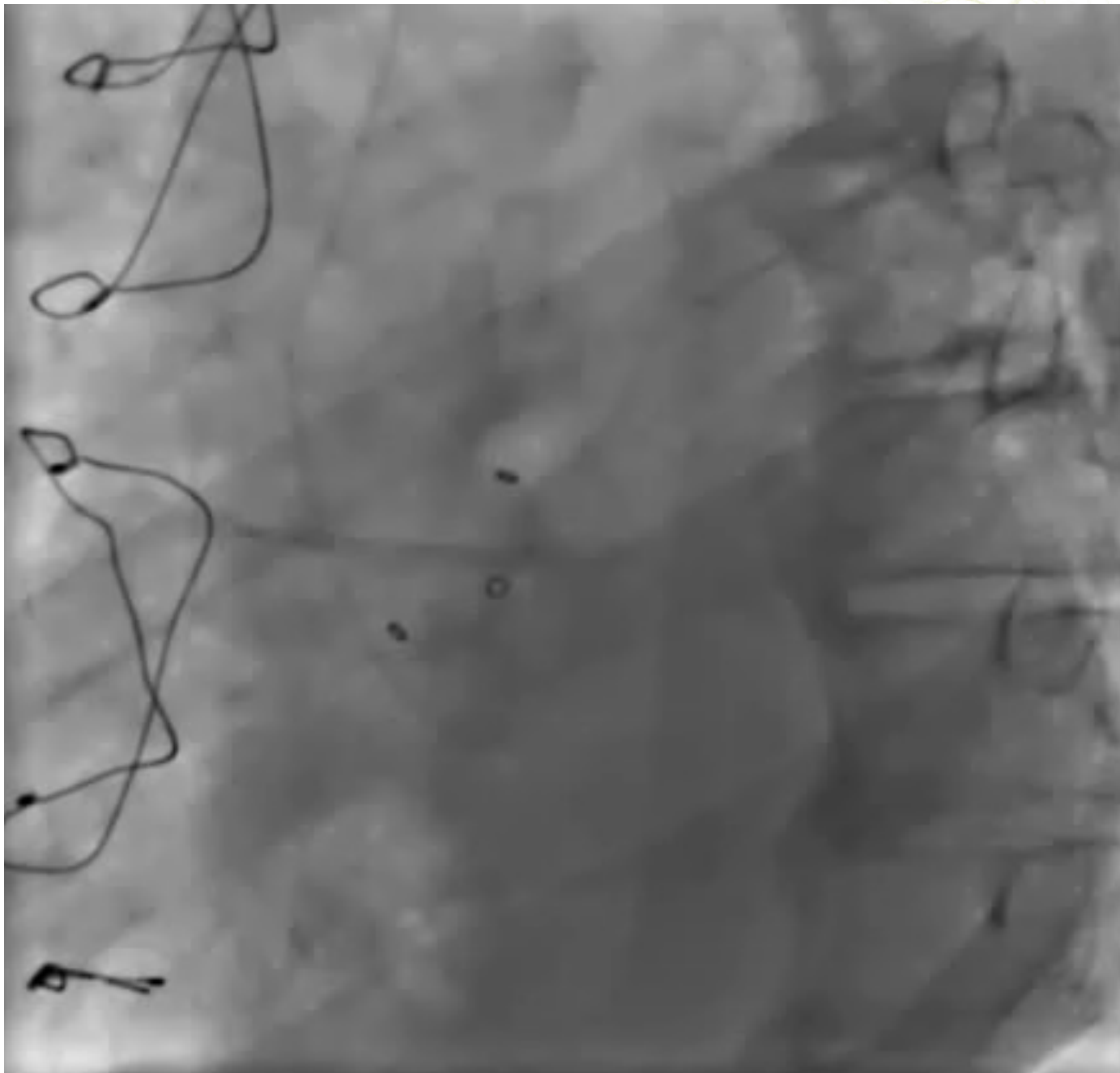
ETT :

- Bon VG, pas de trouble de cinétique
- PRVG non élevées, E/A 1.6 et E/E' 6.4
- ITV sous aortique conservée à 30cm avec flux d'IAO surajouté perturbateur
- IAO grade 1 et IM grade 1 stable
- VD correct, TAPSE 16mm et S'11
- Pas d'épanchement péricarde
- Pas de dilation de la racine aortique mesurée à 21mm

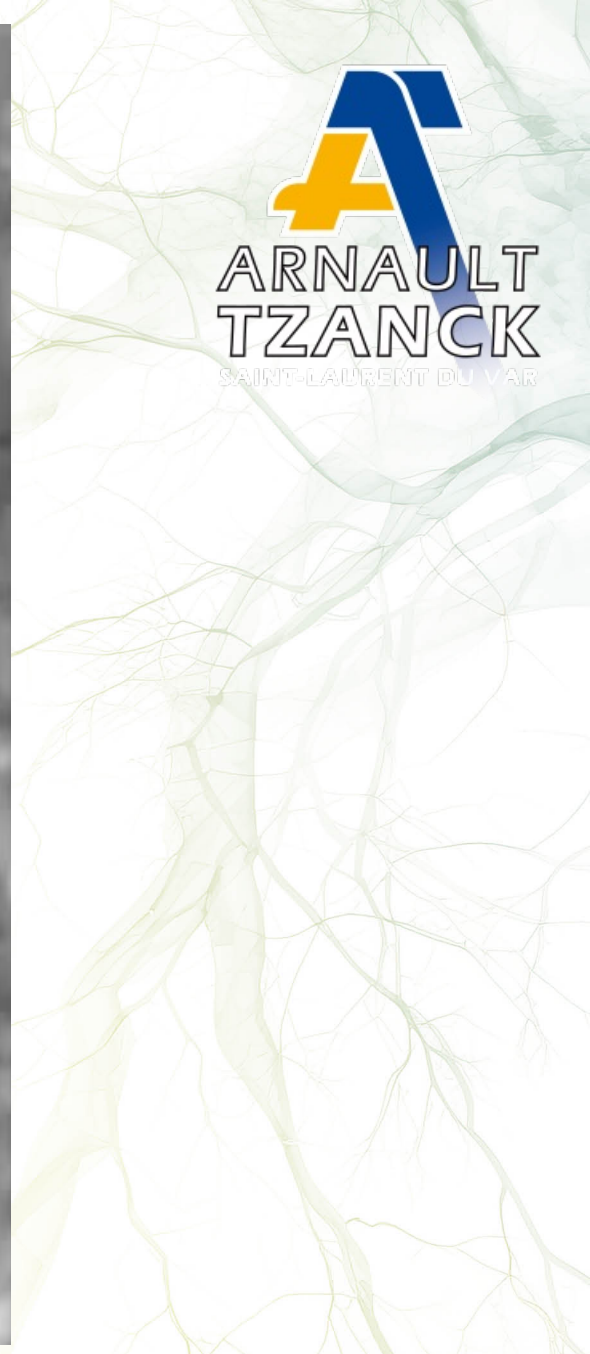


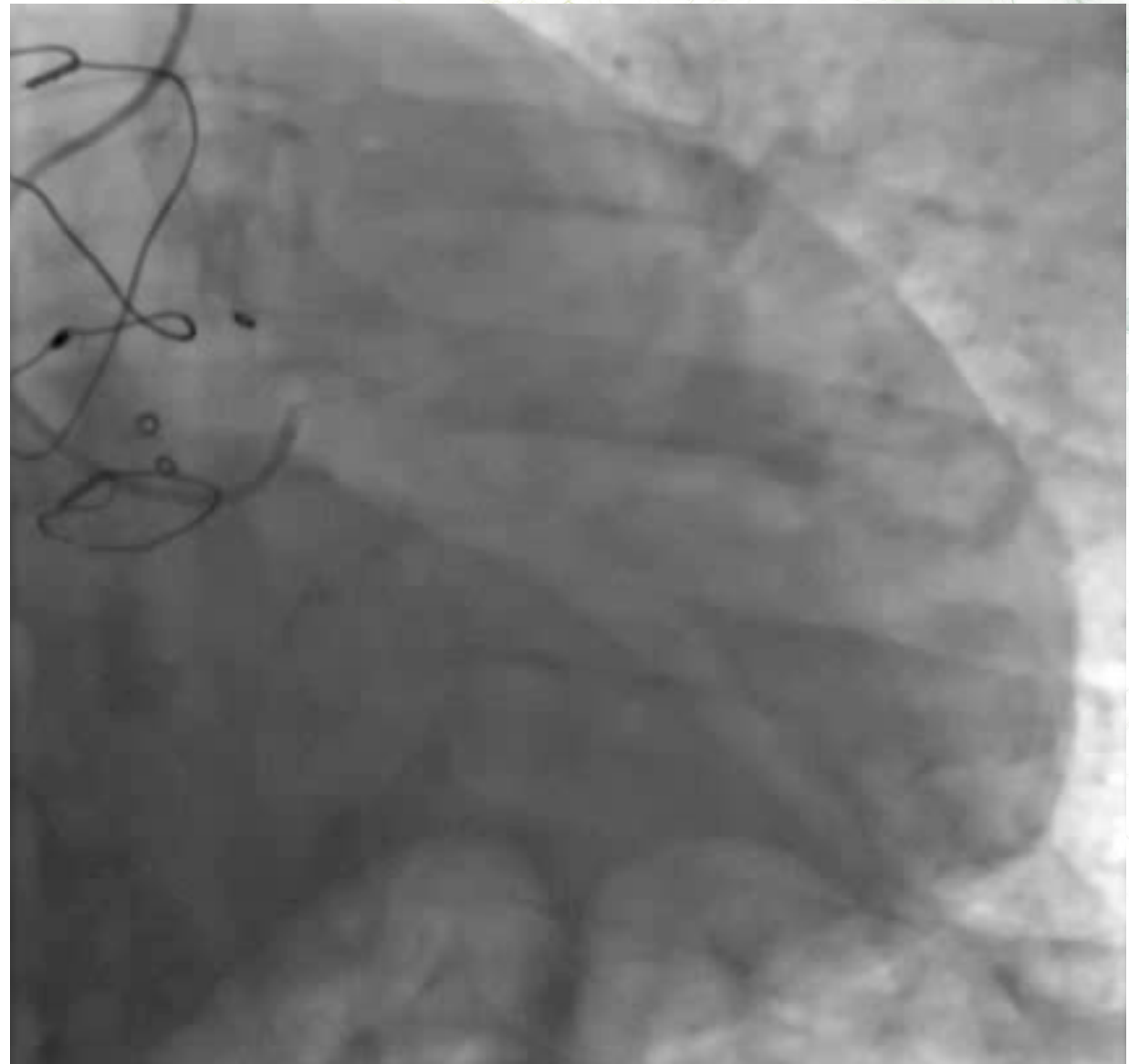
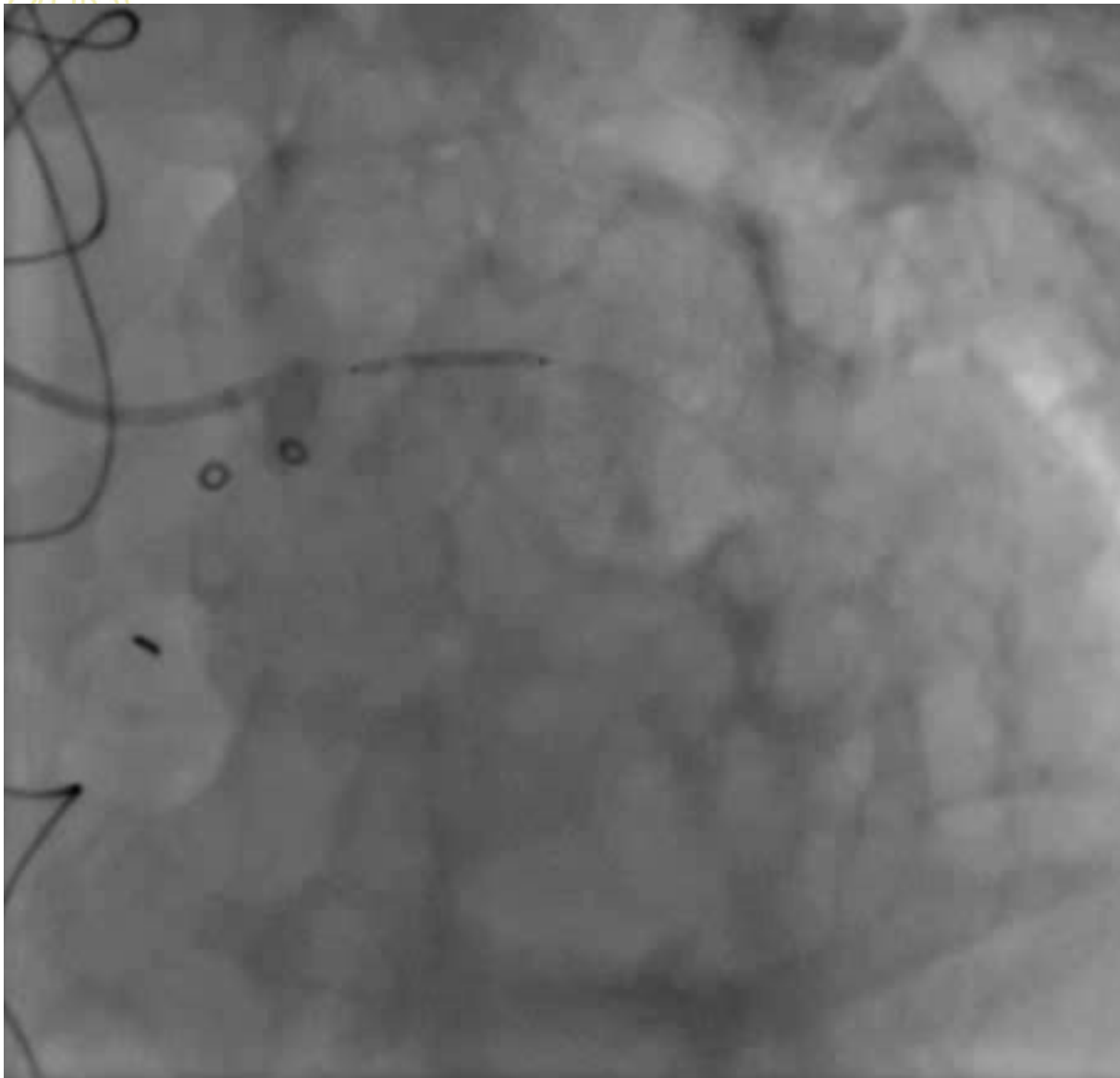


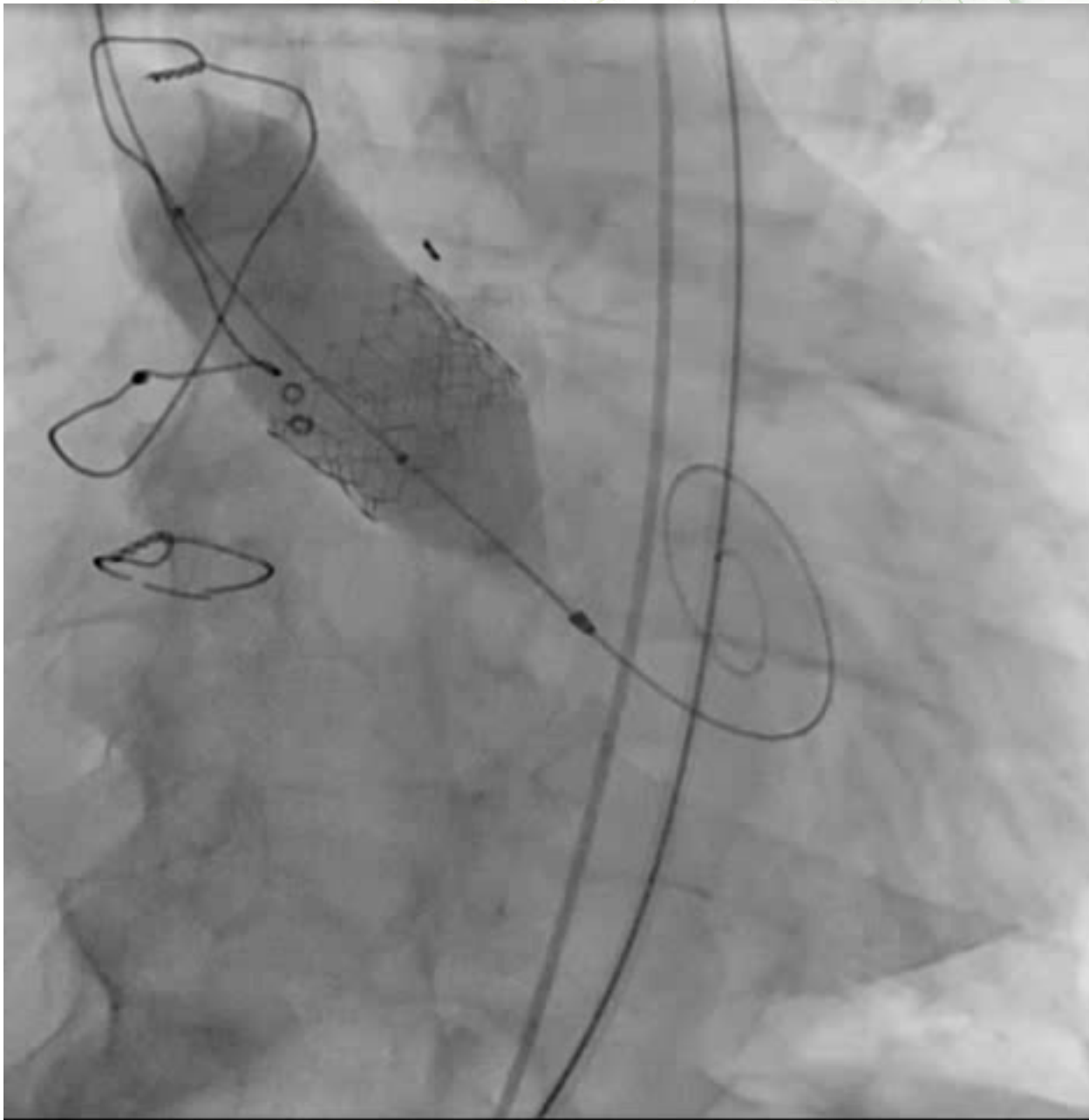
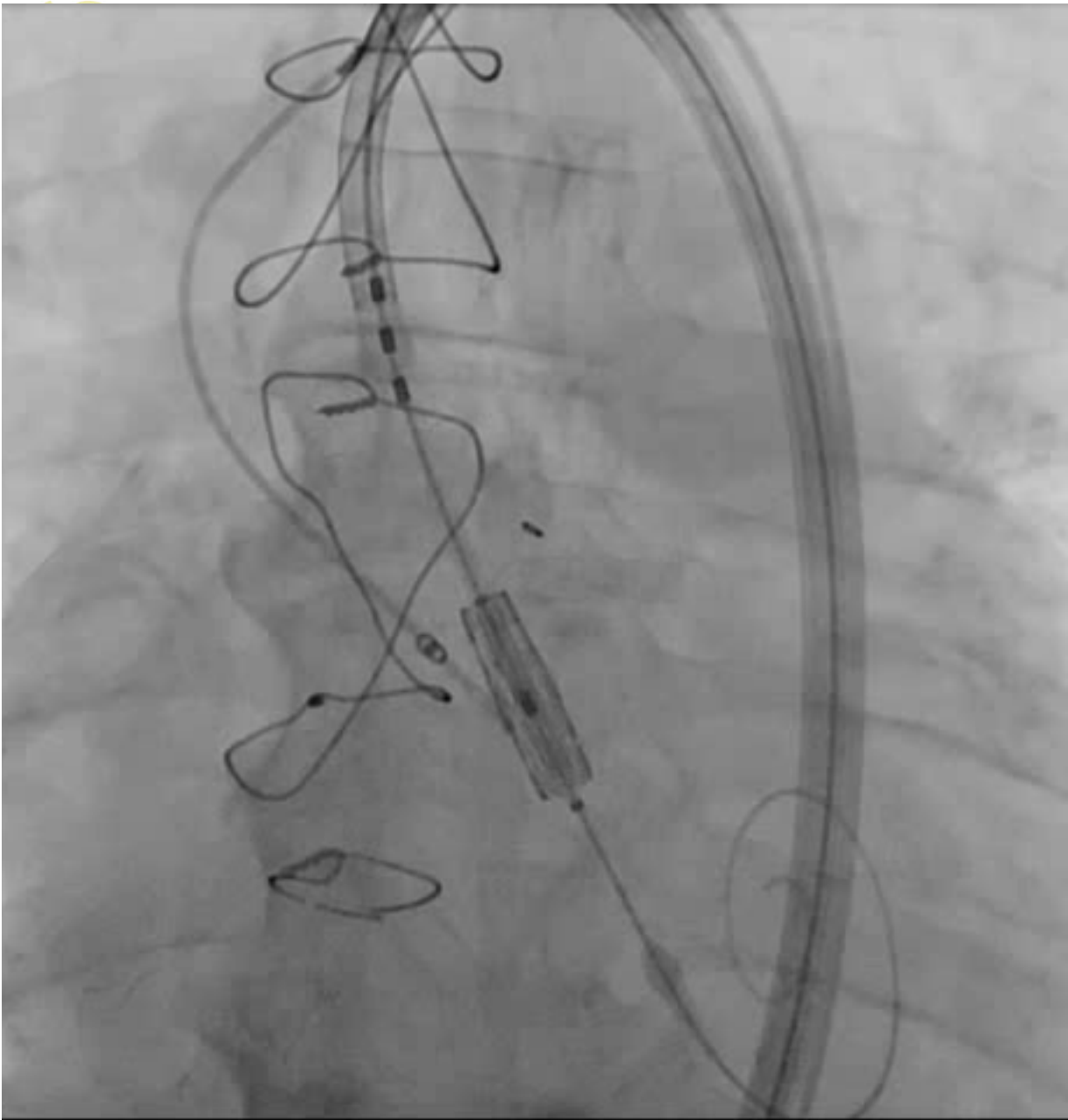


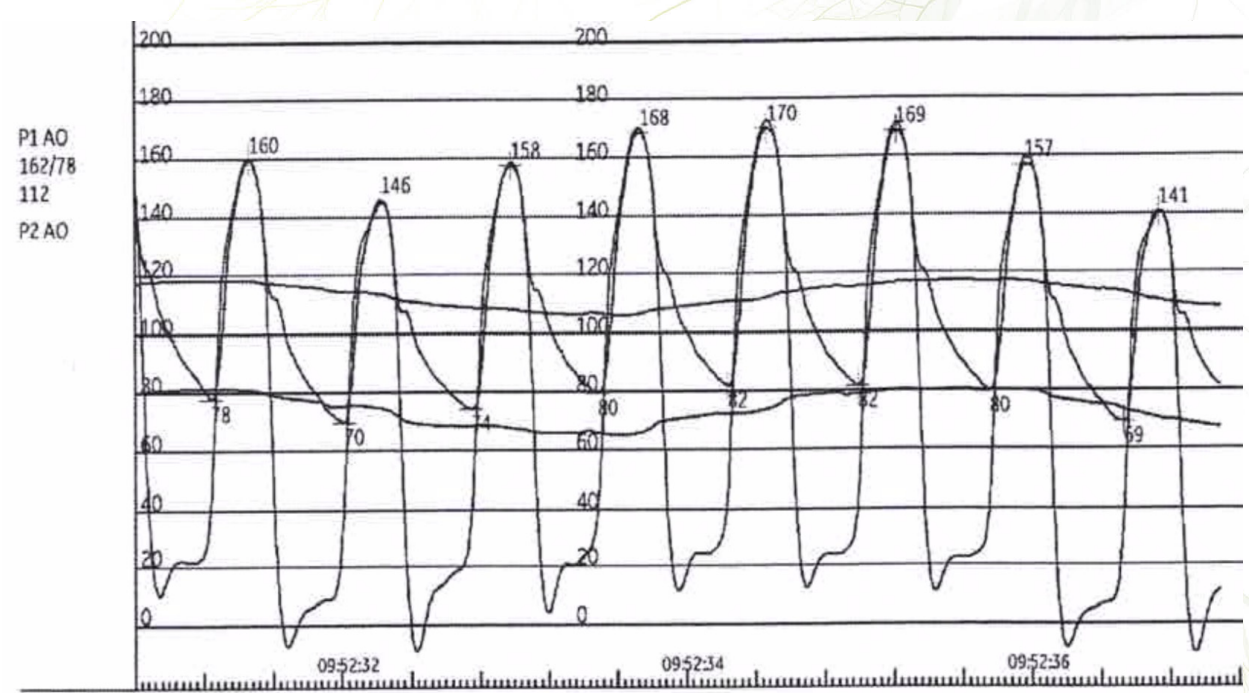
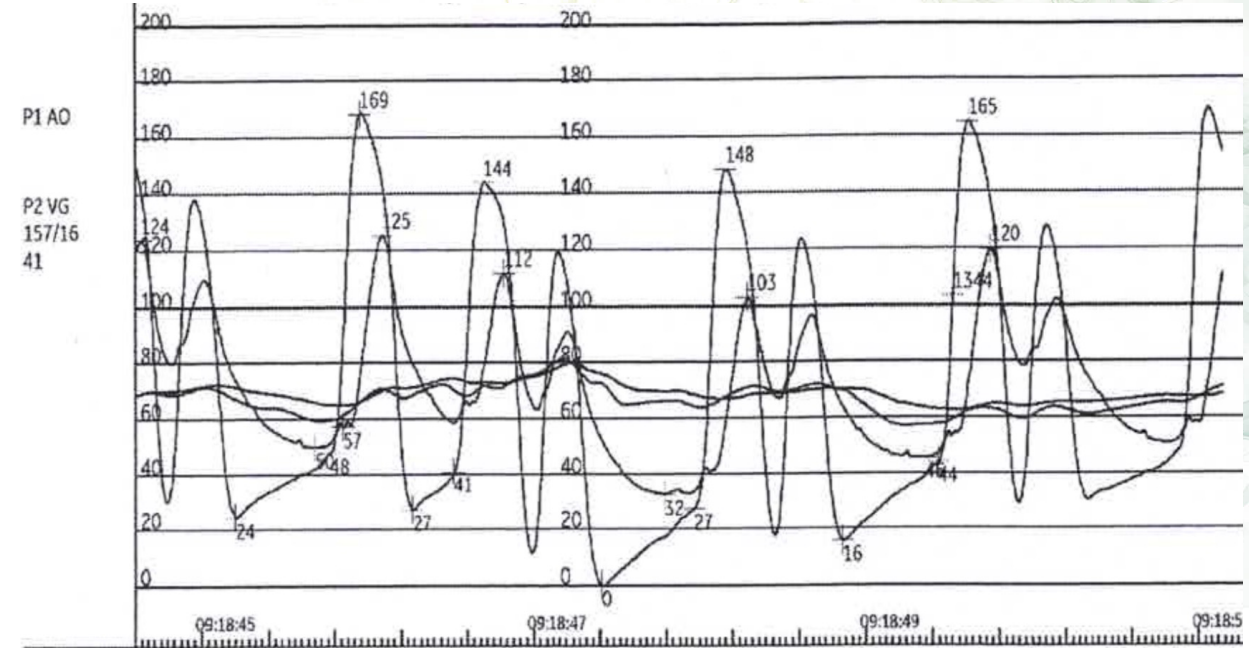
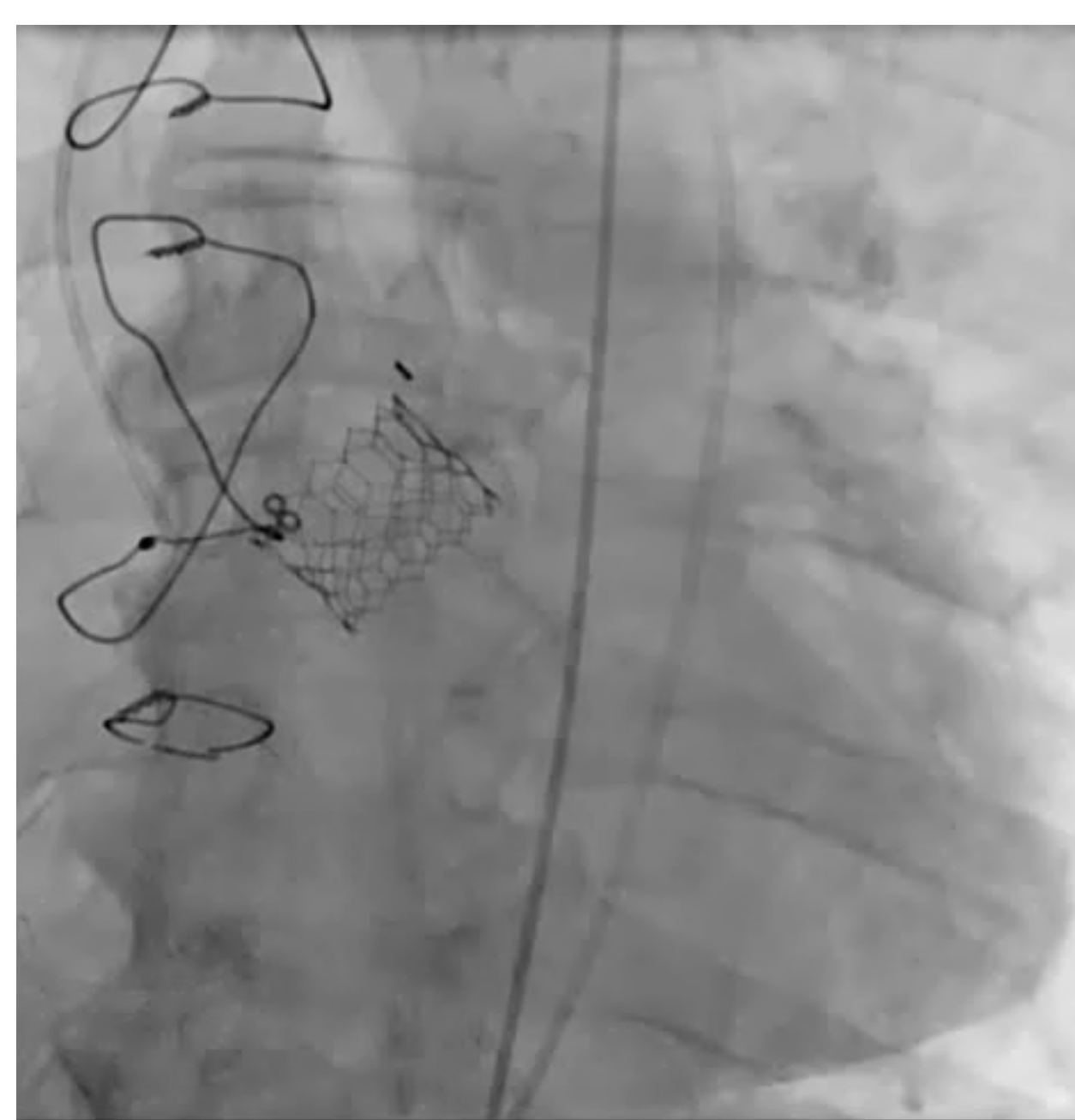


ARNAULT
TZANCK
SAINT-LAURENT DU VAR



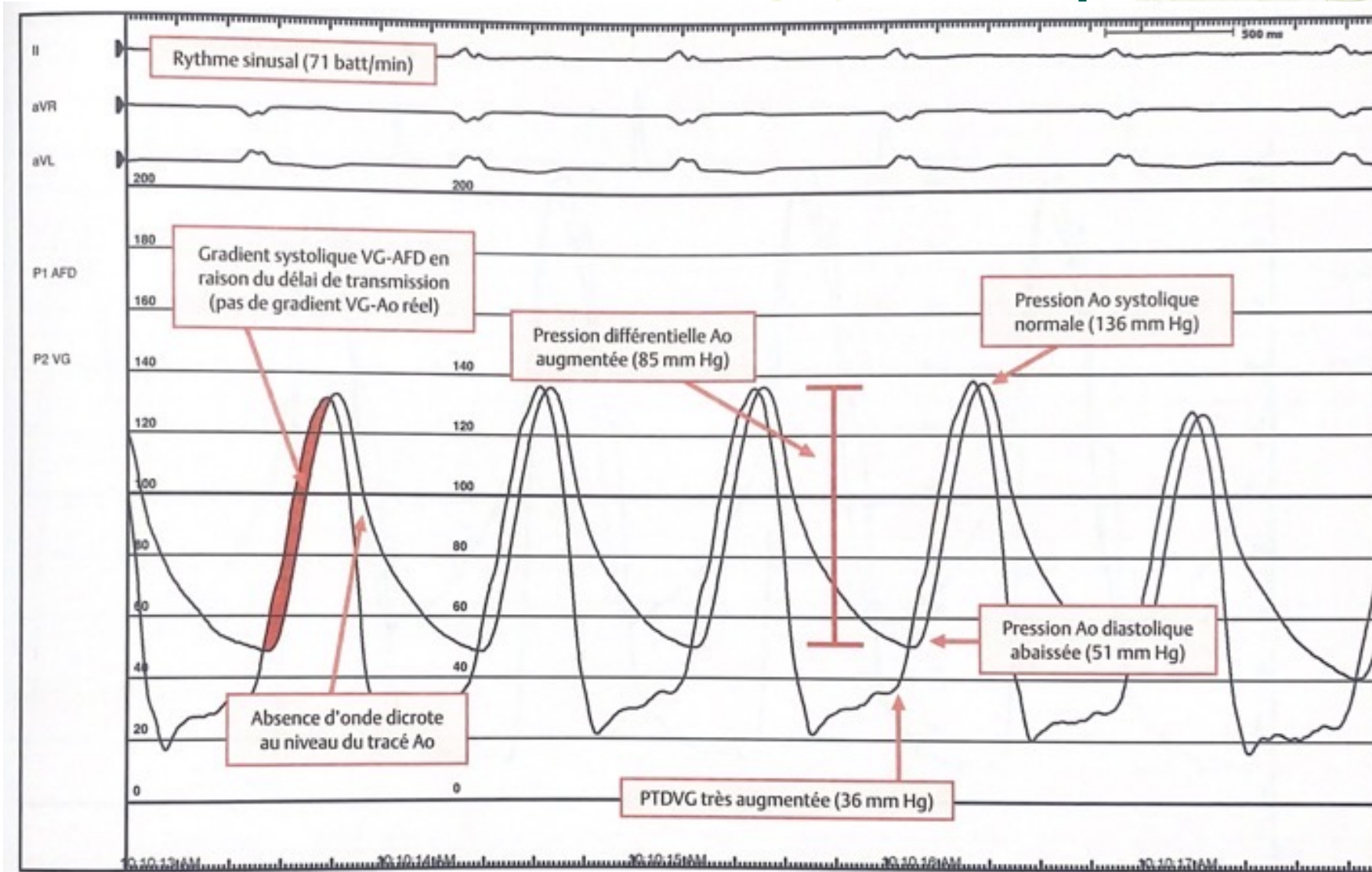








CCL CAS 1 : Insuffisance Aortique Massive





CAS 2 : Mr B. 91 ans

ATCD :

- HTA, Diabète T2
- Athérome coronaire diffus

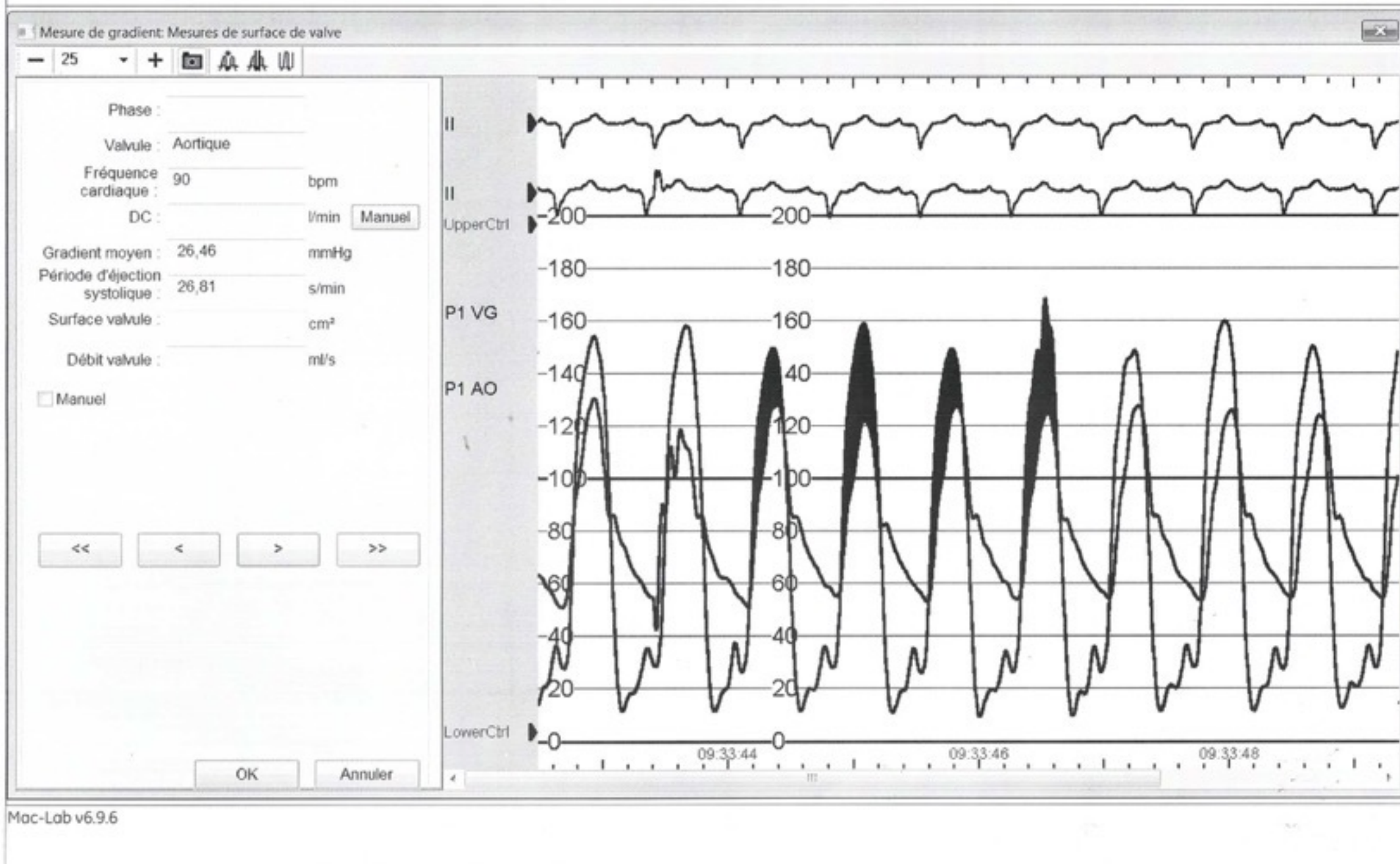
Adressé pour **angor** et **dyspnée NYHA III** sur découverte d'un RAC serré (Gm 42 mmHg, IP 20%) à FEVG 38% (séquelle ASA)

Coro : **athérome diffus**

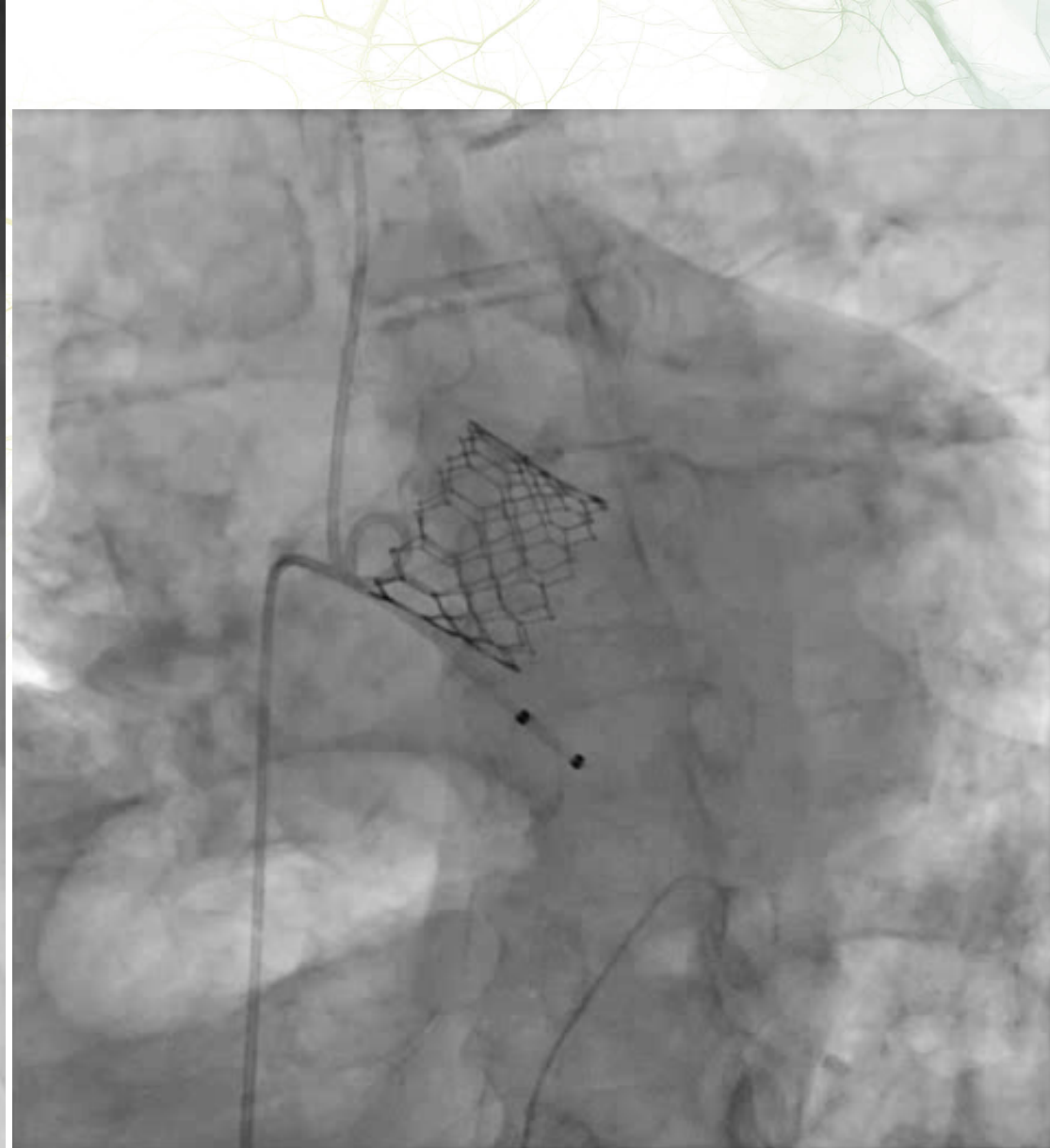


P1 AO
125/58
86

Mac-Lab v6.9.6



Mac-Lab v6.9.6





CCL CAS 2 : Pouls Alternant



Signe de défaillance cardiaque importante

Urgence thérapeutique

=> **Toujours analyser la courbe de pression aortique**



CAS 3 : Mme C. 86 ans



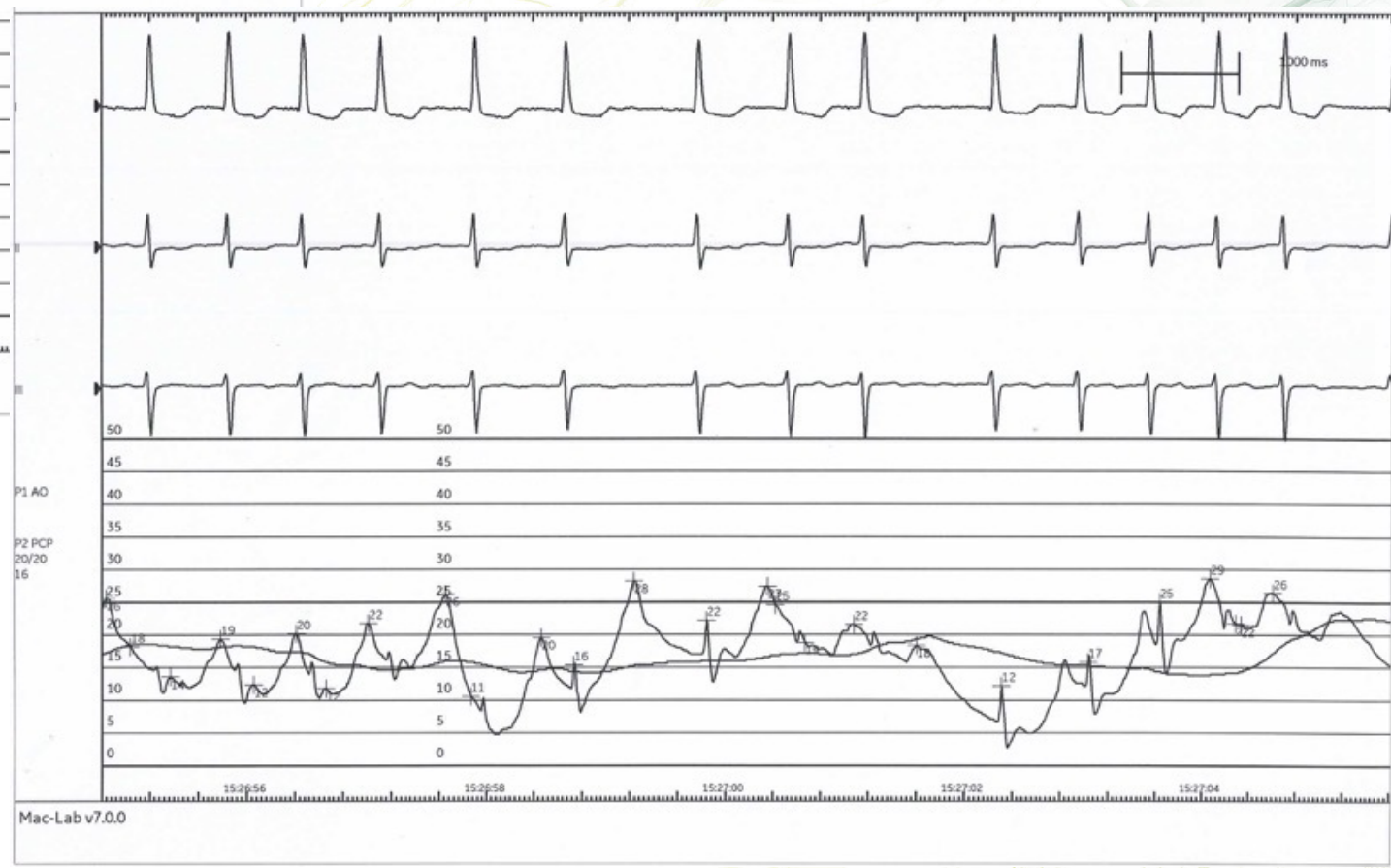
ATCD :

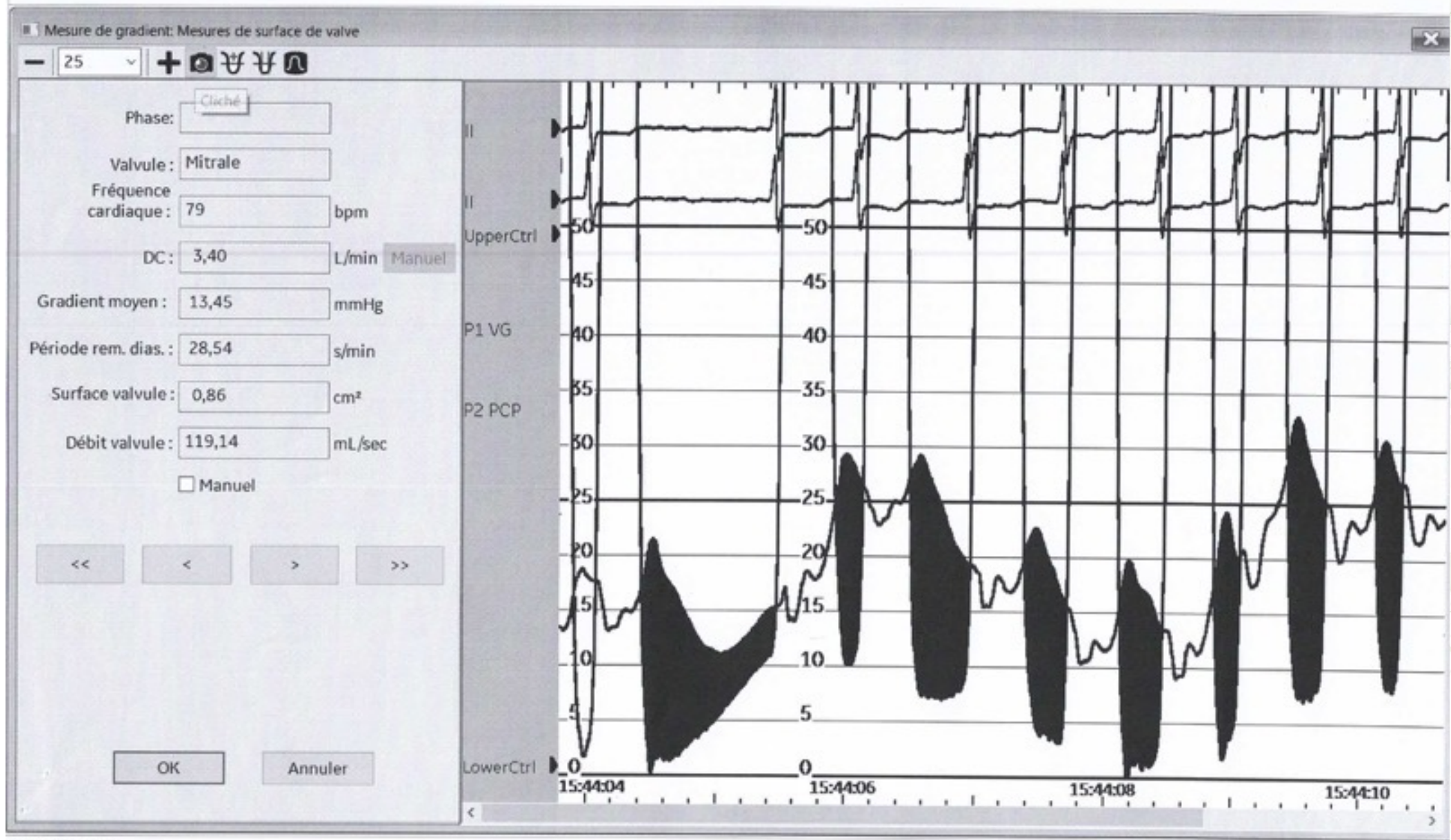
- FA permanente
- RVM bio 2017

Adressée pour **dyspnée NYHA III** et **OAP récent**

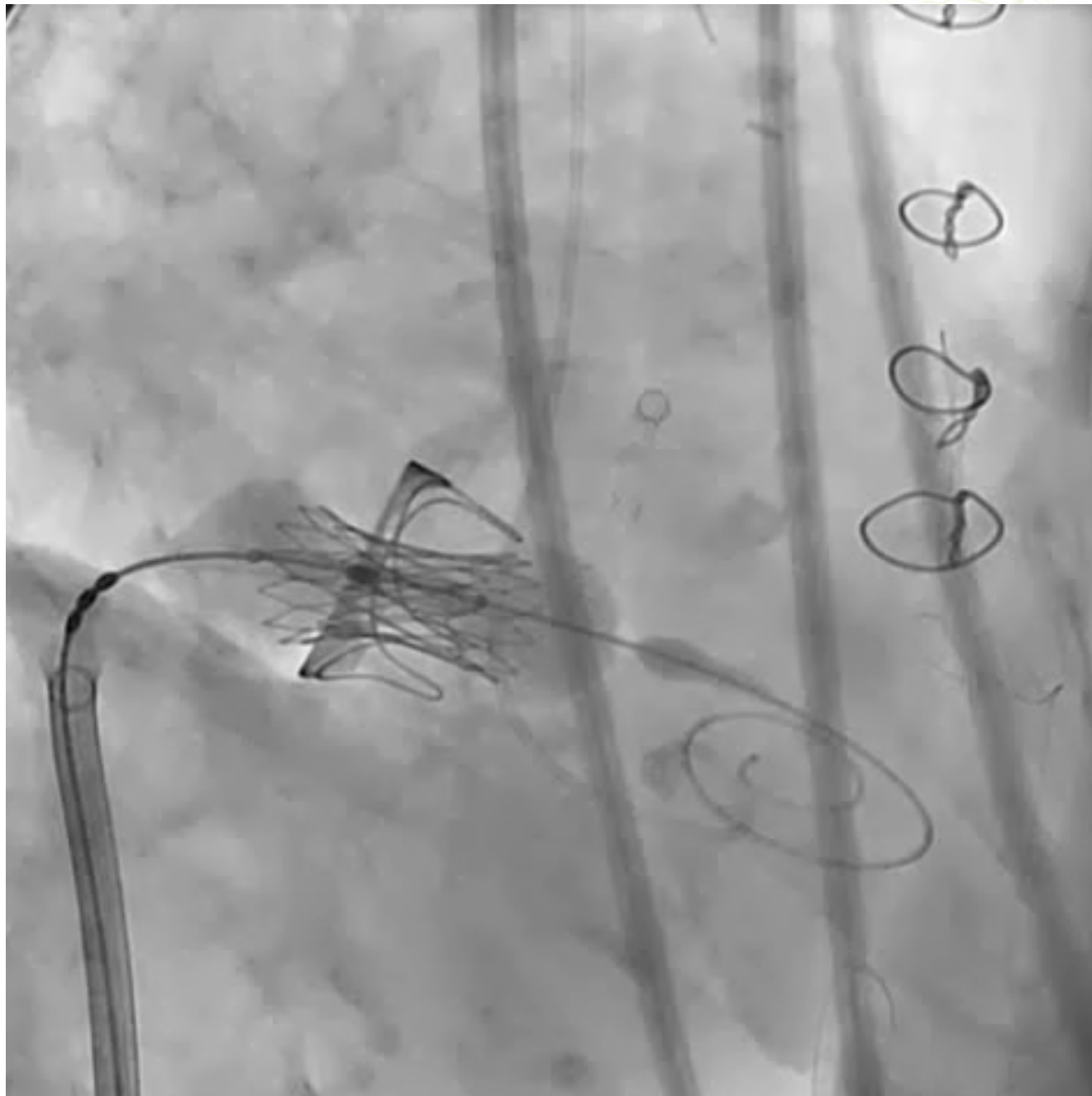
ETT :

- RM limite : Gm 8mmHg en FA
- bon VG
- PAPs 70 mmHg

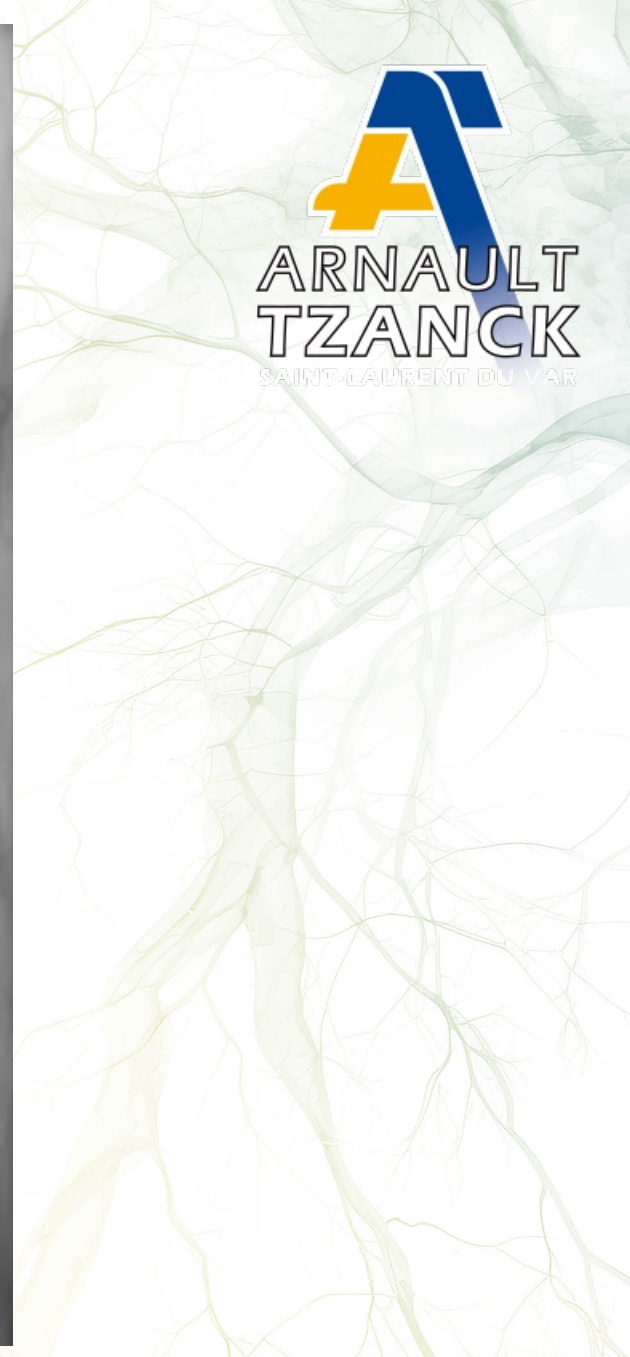




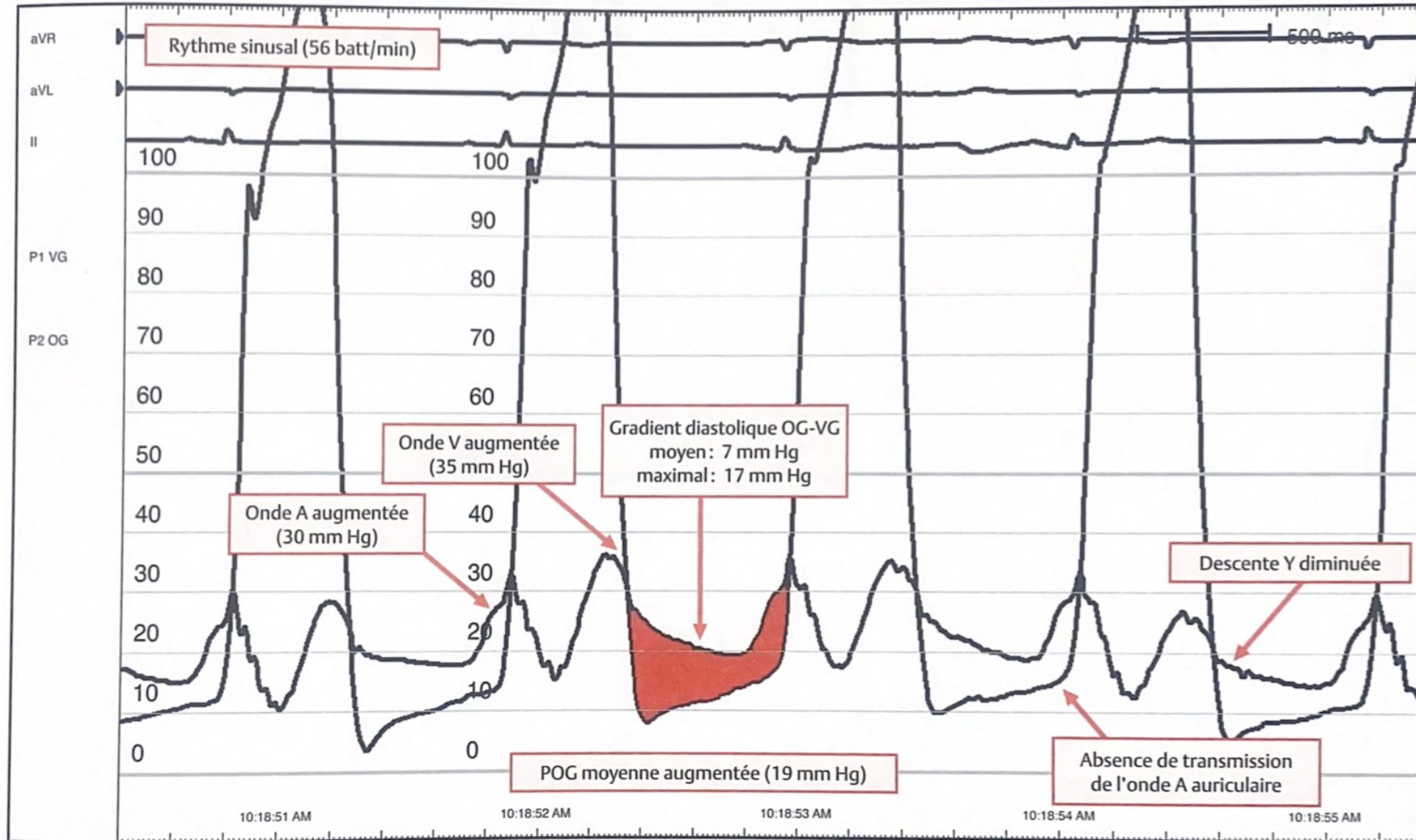
Mac-Lab v7.0.0



**ARNAULT
TZANCK**
SAINT-LAURENT DU VAR



CCL CAS 3 : Rétrécissement mitral





CAS 4 : Mme M. 75 ans

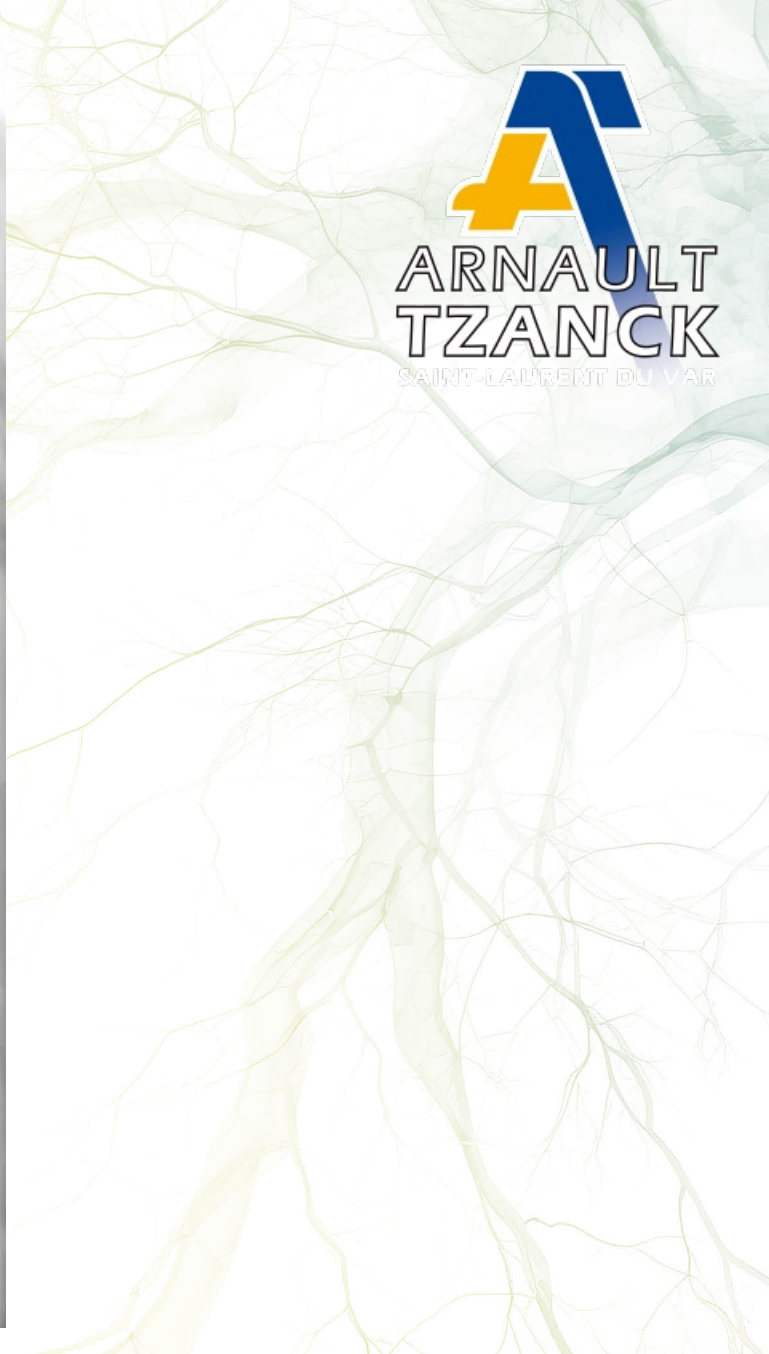
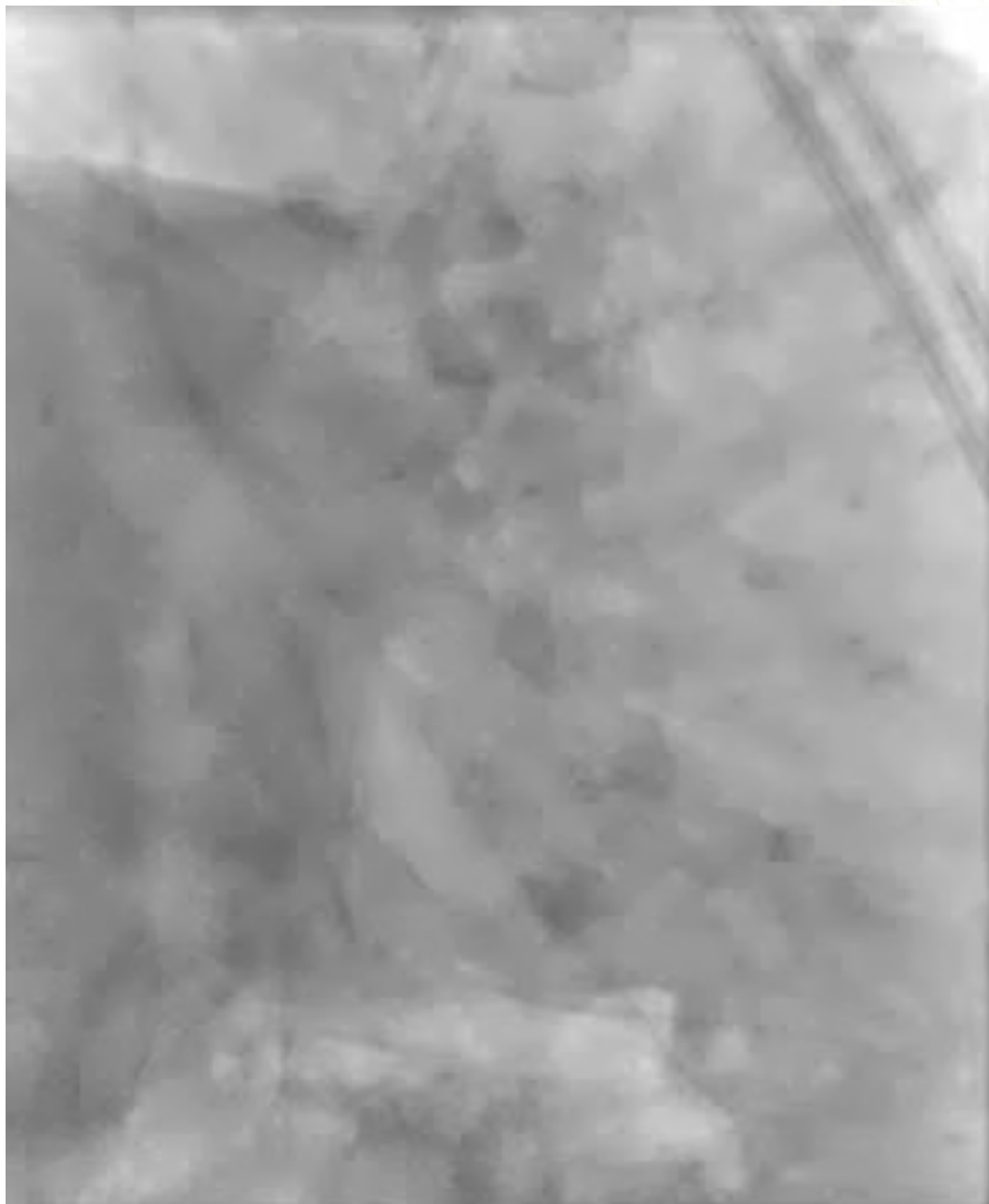


ATCD :

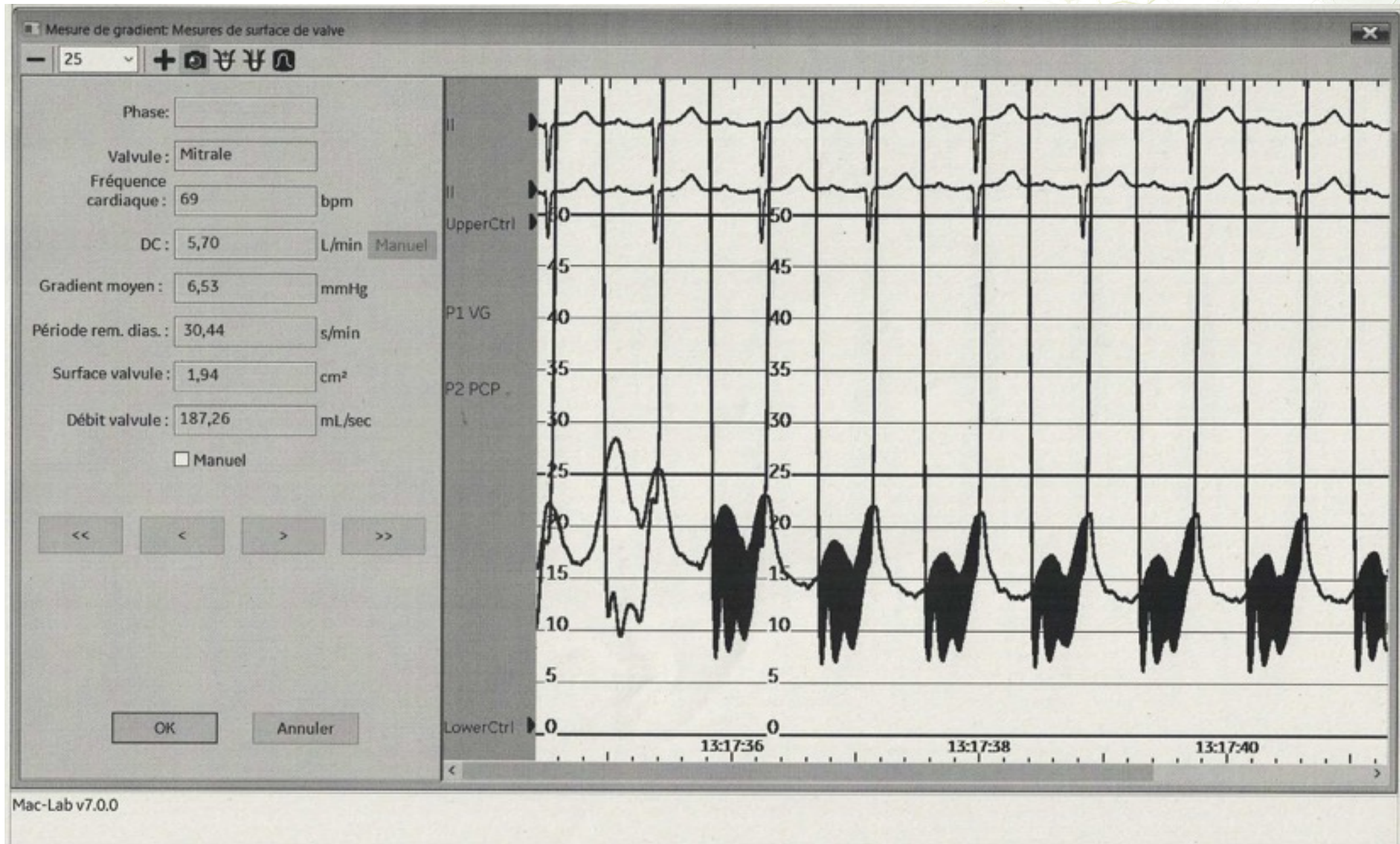
- HTA, Diabète T2
- Dilatation de l'aorte ascendante 40mm

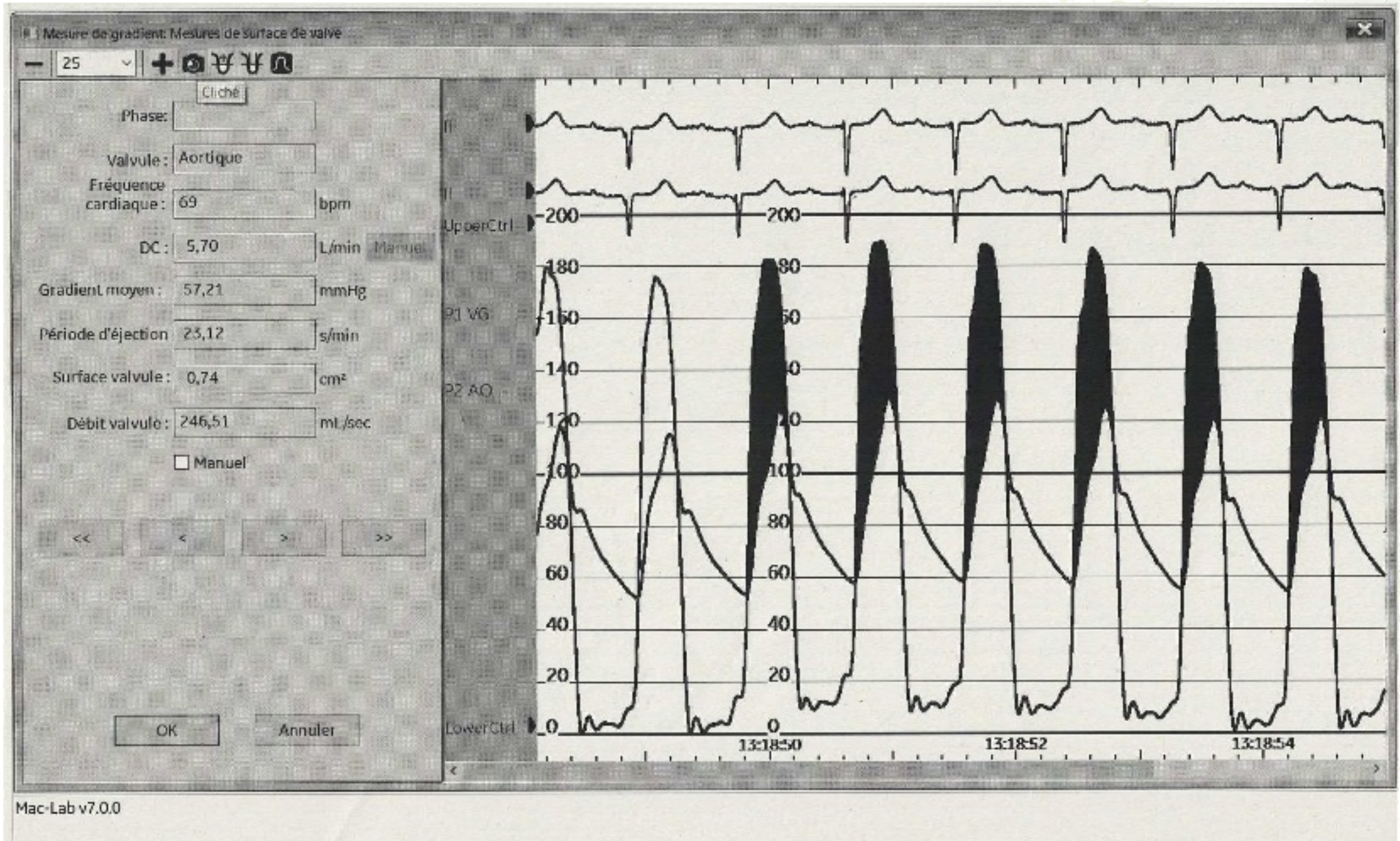
Adressé pour **dyspnée NYHA II** et évaluation d'une cardiopathie mixte :

- RAC serré (Gm 56 mmHg, IP 26%, hyperdébit 10L/min)
- RM limite (Gm 8 mmHg)

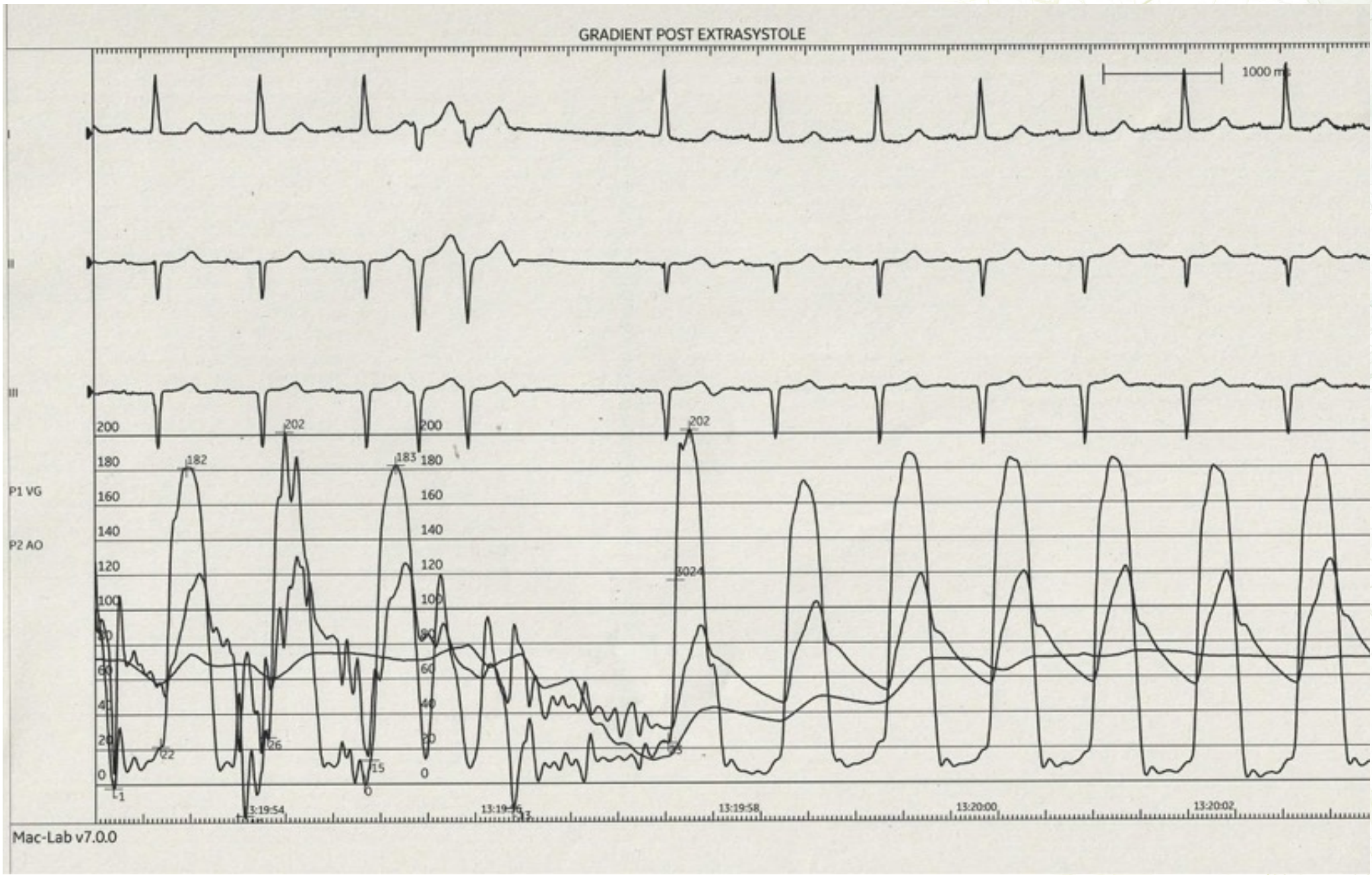








Mac-Lab v7.0.0





CAT : Heart Team

1/ Alcoolisation septale

2/ PM

3/ TAVI (1 mois)





CCL CAS 4 : Cardiopathie mixte



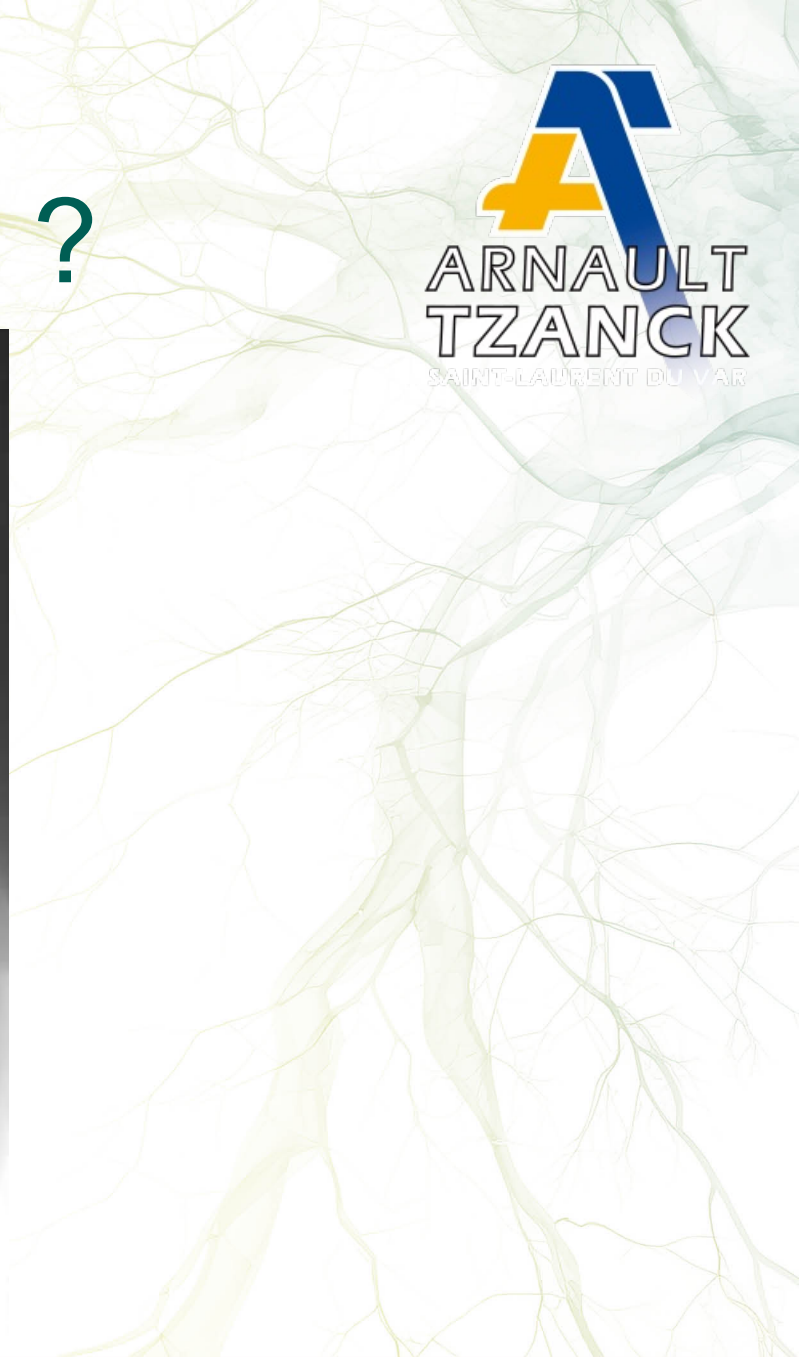
Se méfier d'une CMHO associée au RAC

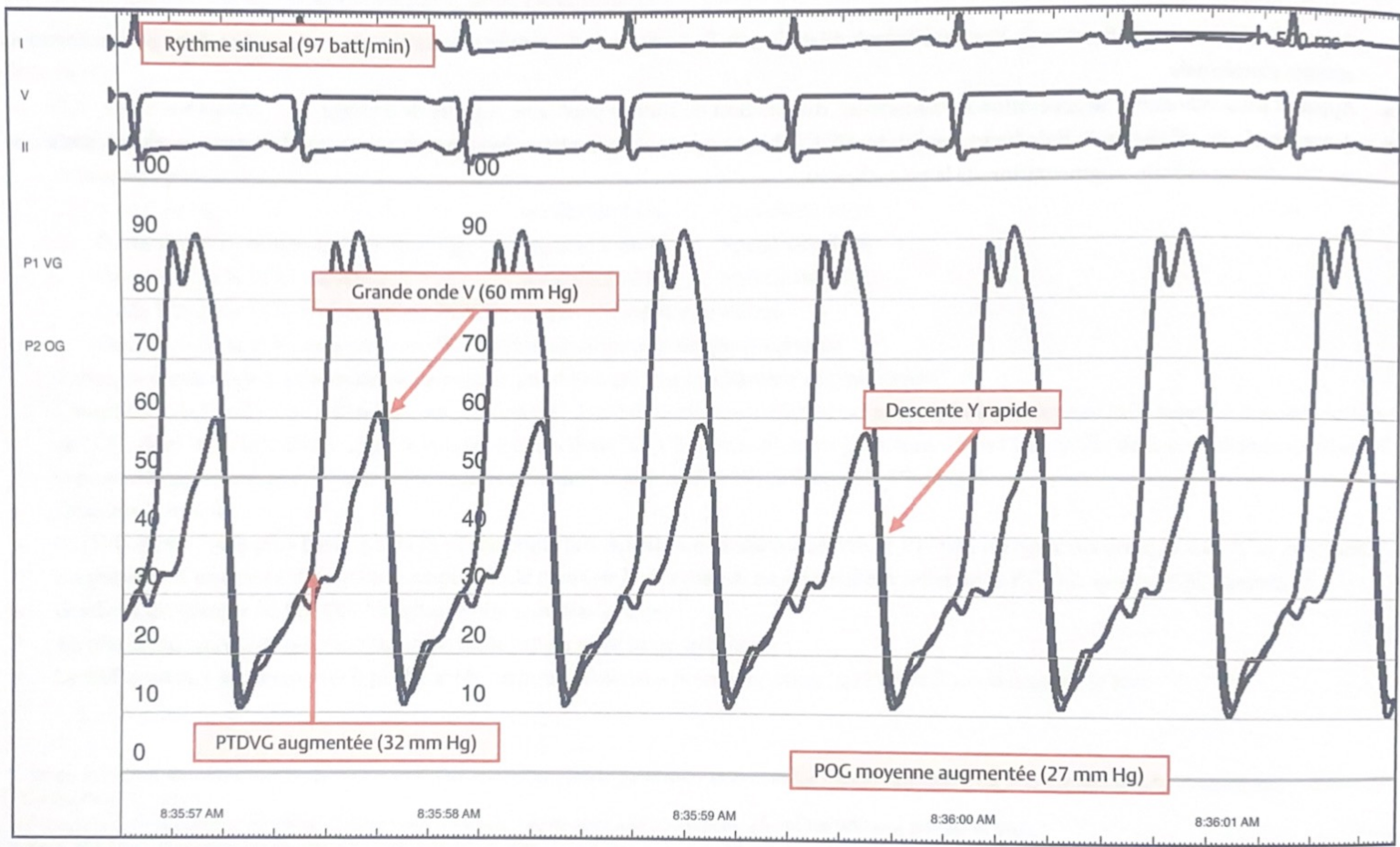
- faux hyperdébit échographique (aliasing CCVG)
- traiter la CMHO AVANT le RAC (ou chirurgie) : risque d'obstruction à la lever de l'obstacle aortique

Evaluation précise de toutes les valves indispensable



Et l'évaluation invasive de l'IM ?







Take Home Message



Quand l'imagerie conventionnelle n'est pas claire

Un KT droit-gauche complet apporte toujours des informations essentielles

Hémodynamicien vs Radiologue interventionnel coronaire